

สารบัญ	หน้าที่	Contents
	Page	
บทบรรณาธิการ		Editorial
ความรู้ทางสุขภาพ สอนอย่างไรให้จำ วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	195	Health Literacy - How to achieve Effective Learning <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
มุมสถิติ		Statistics Corner
การแปลงข้อมูลให้ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ อรุณ จิรวัดนกุล	197	Data Transformation for Improving the Normality of Variables <i>Aroon Chirawatkul</i>
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
อิทธิพลของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรง ของเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่ ทัศนมินทร์ รัชตาทนรัชต์ เนียรนุช วงศ์เจริญ	199	Influence of Media on Violent Behavior of Child and Youth in Chiangmai Province <i>Tasanamin Ratchatathanarat</i> <i>Neeranuch Wongcharoen</i>
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มี เนื้อหาเรื่องเพศในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี กรวิภา คตอินทร์ และคณะ	211	Factors Associated with Exposure to Sexual Content on Social Media among Senior High School Students, Nonthaburi Province <i>Kornwika Kotin, et al.</i>
ผลของการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษา และ ทักษะชีวิต แบบบูรณาการโดยใช้ชุดสื่อสำเร็จรูป บุคคลิจิตอลสำหรับนักเรียนระดับประถมและ มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย ละมัย มั่นคง และคณะ	223	Effective of Teaching Program on Integrated Sex Education and Life Skills Using Digital Media for Primary, Junior and High School Students <i>Lamai Mankong, et al.</i>



สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
ภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะ สังกัด เทศบาลจังหวัดนนทบุรี <i>สลีรัตน์ นิตรมร และคณะ</i>	232	Health Status of Waste Management Workers in Municipality of Nonthaburi Province <i>Salinrat Nitaramorn, et al.</i>
สมรรถภาพสมอง และความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี <i>สาวิตรี สิงหาต และคณะ</i>	242	Cognitive Function and Functional Ability of Older People, Elderly School, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University <i>Sawitree Singhard, et al.</i>
การตอบสนองการจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร <i>ปาจารย์ เนียมจันทร์ และคณะ</i>	251	Responsiveness to the Elderly Health Care Services of the Local Fund in the National Health Security Scheme, Phothalae District, Phichit Province <i>Pajaree Niemjunt, et al.</i>
ความคาดหวังของผู้รับบริการและทีมหมอครอบครัวต่อ บริการของคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดเชียงใหม่ <i>สุคนธ์ทิพย์ บุญยั้ง</i>	262	Expectations of the Clients and Family Care Teams toward the Services of Primary Care Cluster in Chiangmai province <i>Sukontip Boonyoung</i>
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตภายใต้กลไกคณะกรรมการ-- พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา <i>ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล</i> <i>สันติ ทวยมีฤทธิ์</i>	274	Development of an Operating Model for the First 1,000 Days of Life Project under the Mechanism of District Health Board, Nakhon Ratchasima Province <i>Phattharapol Jungsomjatepaisal</i> <i>Sunti Tuaymeerit</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ- ติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของ ชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา <i>จิตรกร วนะรักษ์</i>	285	Care Model Development for The Home-bound Elderly and The Bedridden by Participation of The Ethics Club of Thungmaphrao Health Promotion Hospital In Phang-Nga Province <i>Jittakorn Wanarak</i>
รูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี <i>ปณต มานวิโรจน์</i>	295	Participatory Management Model for the Preven- tion and Control of Dengue Hemorrhagic Fever in Sub district Health Promotion Hospitals of Nonthaburi Province <i>Panote Manawiroj</i>
แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดล สำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย องค์การบริหารส่วนตำบลนาคา และ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล <i>สุริโย ชูจันทร์</i> <i>อดิศักดิ์ ภูมิรัตน์</i>	306	Strategic Approach in the Development of Nakha Model for Malaria Elimination Management by Nakha Subdistrict Administrative Organization and Partnering of Nakha Subdistrict-level Network <i>Suriyo Chujun</i> <i>Adisak Bhumiratana</i>
การพัฒนา รูปแบบการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <i>ธีรพร สิริอังกูร และคณะ</i>	320	Development of Nursing Administration Model in the COVID-19 Outbreak Situation of Hospitals under the Ministry of Public Health <i>Teeraporn Sathira-Angkura, et al.</i>
การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผล ตาม RDU Hospital PLEASE ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ <i>จิตตวดี กมลพุท</i>	334	Rational Drug Use Under the Scheme of RDU Hospital PLEASE in District Health Promoting Hospitals at Khong Chai District, Kalasin Province <i>Jittawadee Kamonput</i>



สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
อิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจ ในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ	344	Influencing of Work-Life Balance and Job Satisfaction on Quality of Life among Thai Professional Nurses <i>Pramote Thangkratok, et al.</i>
แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข- ประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคน ด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต วิเชียร เทียนจารุวัฒนา และคณะ	353	Guidelines for Development of Quality Village Health Volunteers (VHVs) to Support the Health Workforce for the Future Health System <i>Wichian Thianjuruwatthana, et al.</i>
ประสิทธิผลการบรรจุบุคลากรข้าราชการตั้งใหม่ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนา 2019 อุจนิษฐ์ พรชัยสุขศิริ และคณะ	367	Effectiveness of Personnel Recruitment in the Office of the Permanent Secretary for Public Health in Response to the Epidemic of Corona- virus 2019 in Thailand <i>Ujanee Pornchaisuksiri, et al.</i>
บทบาทของความสามารถตามเกณฑ์สมรรถนะวิชาชีพ ในฐานะปัจจัยทำนายสำคัญ สำหรับความลงตัว ระหว่างบุคลากรกับตำแหน่งงานตามความรูสึกของ บัณฑิตเภสัชศาสตร์ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตร 6 ปี ในประเทศไทย นิจนาวี คำไชยเทพ และคณะ	378	A Role of the Professional Competency Perception as a Significant Predicting Factor for Self-Perceived Person-Job Fit and Misfit of Doctor of Pharmacy Graduates in Thailand <i>Nichnawee Kamchaithep, et al.</i>

วารสารวิชาการสาธารณสุข

วารสารวิชาการสาธารณสุข จัดทำขึ้นโดยสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยตีพิมพ์ติดต่อกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เพื่อเป็นช่องทางสำหรับการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานทางวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านระบบสุขภาพกับภาคีองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. เพื่อเสริมสร้างคุณภาพงานวิจัยของสำนักวิชาการสาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพทุกระดับ
4. เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
5. เพื่อประชาสัมพันธ์ผลงานของสำนักวิชาการ-สาธารณสุข

รูปแบบของวารสาร

1. รูปลักษณ์วารสารวิชาการทั่วไป แต่สอดแทรกรูปภาพบ้างในส่วนที่ไม่ใช่เนื้อหาวิชาการโดยตรง
2. จัดทำปีละ 6 ฉบับเป็นราย 2 เดือน โดยมีกำหนดออกคือปลายเดือนกุมภาพันธ์ เมษายน มิถุนายน สิงหาคม ตุลาคม และธันวาคม
3. มีขนาดเล่ม 21.0 x 28.7 ซม. ความหนา 200 หน้า โดยเผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

วารสารวิชาการสาธารณสุขเปิดรับบทความจากนักวิชาการสาขาต่างๆ ในทุกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งนี้ การเตรียมต้นฉบับจะเป็นไปตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ และต้นฉบับที่ต้องการเผยแพร่ต้องไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน

ต้นฉบับที่สำนักวิชาการฯ ได้รับจะผ่านกระบวนการคัดกรองและส่งไปยัง reviewers 2 คนเพื่อประเมินคุณภาพและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ซึ่งจะรวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประสานกับเจ้าของบทความเพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบบทความและแนวทางการส่งบทความได้ที่ <https://digitaljournals.moph.go.th/tdj/index.php/JHS>

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่าง ๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่า สำนักวิชาการสาธารณสุขและคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วย

Unless otherwise stated, the views and opinions expressed in Journal of Health Science are those of authors of the papers, and do not represent those of the Journal of Health Science and the management team.



คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษา	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ)
	อธิบดีกรมทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข
	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ
นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองบรรณาธิการ
ดร.กฤษดา แสงวงศ์
สำนักวิชาการสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

ดร.จุฬาร กระทบ	นพ.ถาวร สกุกพานิชย์	ศ.ดร.พญ.ทิพวรรณ เลียบสีตระกูล	พ.ญ.ทิวาวรรณ ปิยกุลมลา
สำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์	สำนักวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ดร.ธีรพร สติธอังกูร	ภก.บรรเจิด เตชาศิลาชัยกุล	ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	ดร.นพ.ปิยะ หาญวรงค์ชัย
สำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	คณะแพทยศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยมหิดล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี	นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์	ผศ.ดร.นพ.ภูติ เทชาตีวัฒน์
สำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ภูษิต ประคองสาย	ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล	ศ.ดร.นพ.วิชัย เอกพลากร	นพ.วิเชียร เทียนจารุวัฒนา
สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล-	สำนักวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยมหิดล	รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤษ์	นพ.ศุภชัย ฤกษ์งาม	ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย	ดร.สลักจิต ชูติพงษ์วิเวท
สำนักงานอธิการบดี	มูลนิธิป้องกันโรคเอดส์	มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความ-	สมาคมเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยรังสิต		เป็นธรรมทางสุขภาพ พิษณุโลก	แห่งประเทศไทย
รศ.ดร.สุนธรา คงศีล	ศ.ดร.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	ศ.แสง บุญเฉลิมวิภาส	รศ.อรุณ จิรวินน์กุล
คณะสาธารณสุขศาสตร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ฝ่ายจัดการวารสาร สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พญ.สุริยาพร ตั้งศรีสกุล ดร.จุฬาร กระทบ นางสมาลี คักดิ์ผิวผาด นางสุภาพร ศศิจันทร์ นางชวิตา สุขนิรันดร์
ดร.เบญจทิรา รัชตพันธ์ นางสาวทัดดาว ศรีบุรณ์ นางสาวดวงตะวัน ปานมิ่ง นางสาววิพาดา เชื้อผักชี

ความรู้ทางสุขภาพ สอนอย่างไรให้จำ

ปัจจุบัน การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพกลายเป็นงานสำคัญทางสาธารณสุข หลักการสำคัญคือ ทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ รู้ถึงต้นเหตุของภัยสุขภาพ และรู้วิธีป้องกันภัยดังกล่าว เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะความเจ็บป่วย เพราะเมื่อป่วยแล้ว มักจะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสูญเสียสุขภาพ เสี่ยงทรัพย์สิน ในการบำบัดรักษาโรค บางครั้งถึงขั้นเสียชีวิต จึงมีคำกล่าวกันติดปากอย่างแพร่หลายว่า “กันไว้ดีกว่าแก้”

ความจริงการสร้างความรู้ทางสุขภาพไม่ควรถูกตีกรอบว่าเป็นงานด้านสาธารณสุข แต่เป็นงานของชุมชนและสังคม ทุกคนรอบรู้ ชุมชน และองค์กร ผู้นำครอบครัว สร้างความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวให้รับรู้ถึงการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สถานศึกษาในทุกระดับทุกสาขาวิชา ก็ควรสร้างความรอบรู้ให้นักเรียน-นักศึกษาหลีกเลี่ยงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ ถ้าทุกภาคส่วนของสังคมร่วมกันสร้างความรู้ทางสุขภาพแก่ผู้ใกล้ชิด ผู้ร่วมสังคม และประชาชนทั่วไป สุขภาวะโดยรวมของประเทศก็จะถูกยกระดับให้สูงขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของประชาชนก็จะยืนยาวขึ้น

แนวทางการสร้างความรู้ทางสุขภาพนั้น โดยทั่วไปมักจะเป็นการชี้แนะ การเรียน การสอน และการให้ข้อมูล โดยผ่านสื่อต่างๆ ทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ-โทรทัศน์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ปัญหาที่คือ สื่อและแนวทางการถ่ายทอดสื่อแบบใดที่จะสามารถทำให้ผู้รับข่าวสารสามารถจดจำและนำไปใช้ประโยชน์ได้

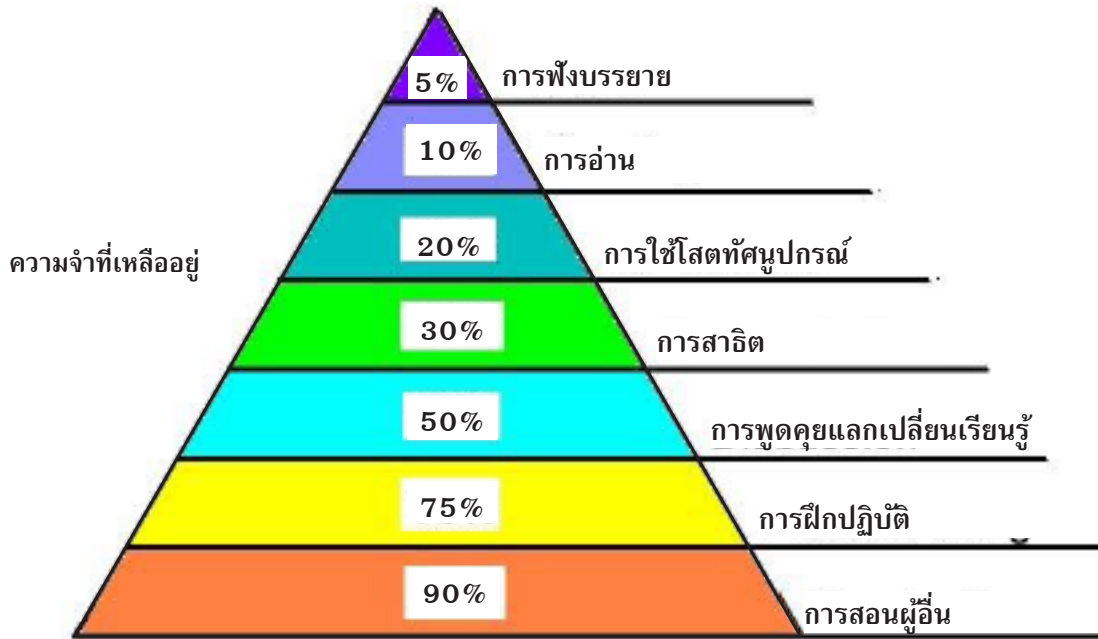
เกี่ยวกับเรื่องนี้ มีสถาบันแห่งหนึ่งในสหรัฐ ชื่อ National Training Laboratories Institute หรือสถาบัน-ปฏิบัติการฝึกอบรมแห่งชาติ ได้ทำการศึกษาวินิจฉัยไว้เมื่อกว่า 60 ปีมาแล้ว และพัฒนาออกมาเป็นสิ่งที่เรียกว่า พิระมิดแห่งการเรียนรู้ ซึ่งต่อมากลายเป็นพื้นฐานสำคัญของงานฝึกอบรมโดยทั่วไป

ภาพของพิระมิดการเรียนรู้แสดงถึงความจำที่ยังคงหลงเหลืออยู่หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการเรียนการสอนดังกล่าวแล้ว ดังภาพที่ 1

จากภาพดังกล่าวแสดงว่า กิจกรรมสร้างความจำสามารถจำแนกเป็น 7 ระดับคือ

1. การสอนแบบบรรยายปากเปล่า (lecture) หลังสิ้นการบรรยาย ผู้ฟังจะจำเนื้อหาได้เพียงร้อยละ 5 (แต่ก็ไม่แน่ ถ้าบรรยายเก่ง สอดใส่ความรู้สึก หรือใส่อารมณ์ขันลงไป อาจจำได้มากขึ้น)
2. การอ่าน (reading) ช่วยให้เข้าใจและเรียนรู้ได้ร้อยละ 10 แน่แน่นอนว่า ถ้ามีการอ่านทบทวนและจดบันทึกไว้ ก็จะจำได้มากยิ่งขึ้น
3. การเรียนรู้ผ่านโสตทัศนูปกรณ์ (audiovisual) ช่วยเพิ่มความจำเป็นร้อยละ 20 ดังนั้น การใช้ภาพประกอบการบรรยาย เช่น เป็นไฟล์ PowerPoint ปรากฏบนจอภาพ หรือเป็นวีดิทัศน์ รวมทั้งการเผยแพร่ผ่านสื่อโทรทัศน์ จะช่วยให้จำได้มากกว่าการบรรยายด้วยวาจาเพียงอย่างเดียว
4. การแสดงตัวอย่าง หรือการสาธิต (demonstration) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพขึ้นเป็นร้อยละ 30

ภาพที่ 1 พีระมิดแห่งความจำ (Learning pyramid)



ที่มา: US National Training Laboratories Institute, Bethel, Maine, USA.

5. การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (discussion) ช่วยให้เกิดความจำมากขึ้น เป็นร้อยละ 50
6. การฝึกปฏิบัติ (practice doing) ช่วยให้เกิดความจำเป็นร้อยละ 75 ซึ่งน่าจะเป็นเพราะเกิดประสบการณ์จริง เกิดความเข้าใจเพิ่มขึ้นในเรื่องที่เรียน
7. การสอนผู้อื่น (teaching) ถือเป็นวิธีการเรียนที่ได้ผลดีที่สุด ทำให้จดจำเนื้อหาได้ถึงร้อยละ 90 เพราะผู้เรียนต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้ถึงระดับที่สามารถสอนผู้อื่นได้ อย่างเช่นเวลาจัดติว ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นติวเตอร์จะจดจำเนื้อหาที่เรียนได้สูงกว่าคนที่รับการติว

การสร้างความรู้แก่ประชาชน หากนำเอาข้อมูลจากพีระมิดแห่งการเรียนรู้ไปประยุกต์ ก็น่าจะช่วยให้สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมในการเพิ่มความรู้แก่ประชาชน อันที่จริงภาพพีระมิดนี้ ไม่ได้จำเพาะว่าจะใช้กับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่านั้น แต่สามารถใช้กับการเรียนการสอนในทุกเรื่อง ช่วยให้ผู้สอนเลือกพิจารณาว่า จะสอนอย่างไรให้ผู้ถูกสอนสามารถจดจำได้ ขณะเดียวกัน นักเรียน-นักศึกษา หรือผู้เรียน เพื่อนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ต่าง ๆ เช่น ไปสมัครงาน ก็สามารถแสวงหาวิธีเรียนให้มีความรู้เพื่อให้สอบผ่านได้

นพ. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

บรรณาธิการ

การแปลงข้อมูลให้ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ

อรุณ จิรวัดนกุล วท.บ. (อาชีวอนามัย), วท.ม. (ชีวสถิติ), M.Sc. (Clinical Epidemiology)

การใช้สถิติวิเคราะห์ทดสอบสมมติฐานเพื่อสรุปผลการเปรียบเทียบจากตัวอย่างไปเป็นข้อสรุปของประชากรโดยใช้สถิติ parametric เช่น t-test ที่มีข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ว่าตัวแปรที่จะนำมาทดสอบต้องมีการแจกแจงปกติ ดังนั้น ก่อนที่จะทดสอบสมมติฐานตัวแปรใด นักวิจัยต้องดำเนินการตรวจสอบก่อนว่า ตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงปกติหรือไม่ ถ้าพบว่าตัวแปรที่จะทดสอบสมมติฐานมีการแจกแจงไม่ใช่แบบปกติ นักวิจัยส่วนใหญ่จะใช้สถิติ nonparametric ที่มีอำนาจการทดสอบ (power of test) ต่ำมาทดสอบแทน การใช้สถิติที่มีอำนาจการทดสอบต่ำมาทดสอบ ทำให้ความสามารถระบุความต่างของการเปรียบเทียบได้น้อยลง อาจทำให้ได้ผลสรุปที่ผิดพลาด

วิธีที่ควรใช้ในการวิเคราะห์ คือ การแปลงข้อมูลตัวแปรดังกล่าวให้มีการแจกแจงปกติ แล้วนำข้อมูลแปลงไปทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ parametric ผลสรุปของการทดสอบที่ได้ สามารถใช้สรุปผลวิจัยเสมือนกับการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนแปลงโดยมีอำนาจการทดสอบเท่าเดิม กรณีข้อมูลที่ไม่สามารถแปลงเป็นการแจกแจงปกติได้ หรือตัวอย่างขนาดเล็ก จึงจะใช้สถิติ nonparametric ทดสอบสมมติฐาน

การทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ parametric จะคำนวณค่าสถิติจากข้อมูลจริง ซึ่งข้อมูลจริงแต่ละตัวจะต่างกันมากหรือน้อยตามค่าของข้อมูล เช่น ข้อมูล ตัวที่ 1 ต่างจาก ข้อมูลตัวที่ 2 อยู่ 8 (20-12) (ดังแสดงในตาราง)

ข้อมูลตัวที่	1	2	3	4	5	6
ค่าข้อมูลจริง	12	20	32	54	88	75
ค่าอันดับ	1	2	3	4	6	5

ตัวที่ 3 ต่างจากตัวที่ 2 อยู่ 12 (32-20) ฯลฯ ส่วน nonparametric จะใช้อันดับที่ใช้ในการคำนวณค่าสถิติ เช่น ค่าอันดับตัวที่ 1 ต่างจากตัวที่ 2 อยู่ 1 และค่าอันดับตัวที่ 1 ต่างจากตัวที่ 3 อยู่ 2 ฯลฯ ในการวิเคราะห์แบบ nonparametric ความต่างระหว่างข้อมูลแต่ละตัว จะลดลงเหลือเป็นความต่างระหว่างอันดับ ทำให้อำนาจการระบุความต่างลดลงไปด้วย ดังนั้นเพื่อให้การทดสอบมีอำนาจการทดสอบเท่าเดิม จึงต้องแปลงข้อมูลให้มีการแจกแจงปกติแล้วทดสอบด้วยสถิติ parametric นอกจากนี้ในการหาขนาดความต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ขนาดความต่างที่คำนวณได้จากข้อมูลแปลง สามารถแปลงกลับไปเป็นขนาดความต่างของข้อมูลจริง ความต่างที่แปลงกลับมาใช้นำไปใช้พิจารณาขนาดความต่างที่มีความสำคัญ (clinical meaningful) เพื่อใช้ช่วยตัดสินใจในการนำผลงานวิจัยไปใช้งาน ส่วน nonparametric ทำไม่ได้

การทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ parametric จะมีข้อกำหนด ข้อตกลงเบื้องต้นว่าการแจกแจงของตัวแปรที่จะทดสอบต้องมีคุณสมบัติอย่างไร ถ้าคุณสมบัติของตัวแปรที่จะทดสอบ ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดดังกล่าว ผลสรุปที่ได้จากการทดสอบจะคลาดเคลื่อน หรือไม่ถูกต้อง

ข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับการแปลงข้อมูลได้แก่

1. Normality ตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (t test)
2. Homogeneity of variance ข้อมูลของกลุ่มต่างๆ ที่จะเปรียบเทียบต้องมีความแปรปรวนเท่ากัน (ANOVA)
3. Linearity มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linear regression)

ดังนั้นการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น ก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติจึงเป็นสิ่งจำเป็น

การแปลงข้อมูลคือวิธีการที่ใช้แปลงข้อมูลจากรูปแบบ (format) หนึ่งไปเป็นอีกรูปแบบหนึ่ง เช่น นักวิจัยต้องการแปลงอุณหภูมิที่วัดเป็นองศา Celsius ไปเป็นองศา Fahrenheit วิธีการที่ใช้คือสมการคณิตศาสตร์ $F = C \times 9/5 + 23$ จากสมการ เมื่อแทนค่า C เท่ากับ 37 ลงในสมการ ค่า F ที่คำนวณได้ 98.6 จะเป็นค่าแปลงเมื่อ C เท่ากับ 37 ค่าแปลงจากสมการนี้สามารถแปลงกลับไปเป็นข้อมูลเดิมได้ค่าเท่าเดิม การแปลงด้วยสมการนี้ใช้ได้ทั้ง linear และ non-linear เช่น ในการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของ antibodies ซึ่งมีการแจกแจงแบบ non-linear การหาค่าเฉลี่ยจะต้องแปลงค่า antibodies ที่วัดได้ของแต่ละคนเป็นค่า log นำค่า log ที่แปลงได้ไปหาค่าเฉลี่ย นำค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้แปลงกลับ (anti-log) มาเป็นค่าเฉลี่ย antibodies ของตัวอย่างที่ศึกษา

การแปลงข้อมูลเป็นเพียงการเปลี่ยนหน่วยวัดเดิมเป็นหน่วยใหม่ (re-scaling) ระยะห่างของค่าข้อมูลแปลง

จะสัมพันธ์กับข้อมูลเดิม เมื่อแปลงกลับเป็นข้อมูลตามหน่วยวัดเดิมค่าความห่างของข้อมูลจะเท่าเดิม ดังนั้นการแปลงข้อมูลให้มีการแจกแจงปกติ ก่อนนำไปทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ parametric จะสามารถนำผลการทดสอบไปสรุปได้โดยตรง เสมือนกับการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนแปลง

วิธีการแปลงข้อมูลให้มีการแจกแจงแบบปกติมีหลายวิธี เช่น logarithmic transformation square root transformation arcsine transformation ฯลฯ จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับลักษณะการแจกแจงของข้อมูลก่อนแปลง

นักวิจัยควรกำหนดการแปลงข้อมูลลงในแผนการวิเคราะห์ด้วย เช่น “เปรียบเทียบผลต่างของความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test ก่อนการทดสอบสมมติฐาน จะวิเคราะห์ลักษณะการแจกแจง ถ้าพบว่าการแจกแจงไม่ใช่แบบปกติ จะแปลงข้อมูลให้มีการแจกแจงปกติก่อนการทดสอบ ถ้าไม่สามารถแปลงข้อมูลให้มีการแจกแจงแบบปกติได้ จะใช้ Mann Whitney U test ในการทดสอบ”

สรุป

การทดสอบสมมติฐานที่มีข้อตกลงเบื้องต้นว่าตัวแปรต้องมีการแจกแจงปกติ นักวิจัยควรตรวจสอบลักษณะการแจกแจงก่อนทำการทดสอบ ถ้าพบว่าตัวแปรที่จะทดสอบมีการแจกแจงที่ไม่ใช่แบบปกติ ควรแปลงข้อมูลก่อนใช้สถิติ parametric ทดสอบ ในกรณีตัวอย่างขนาดเล็ก หรือไม่สามารถแปลงให้มีการแจกแจงปกติได้ จึงจะใช้สถิติ nonparametric ในการทดสอบ

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

อิทธิพลของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรง ของเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่

ทัศนมินทร์ รัชตารณรัชต์ ปร.ด.*

ณิรณช วงศ์เจริญ ปร.ด.**

* ศูนย์วิจัยและพัฒนาาระบบความมั่นคงและความปลอดภัยชายฝั่งเศรษฐกิจอ่าวไทยและอันดามัน

** โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา

วันรับ:	15 ม.ค. 2563
วันแก้ไข:	31 มี.ค. 2563
วันตอบรับ:	13 เม.ย. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สื่อและอิทธิพลของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) เด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 400 คน (2) ผู้ให้ข่าวสารสำคัญเป็นเด็กและเยาวชนที่ถูกควบคุมตัวของสถานพินิจเด็กและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จำนวน 20 คน และกลุ่มนักวิชาการและผู้บริหารระดับนโยบายด้านเด็กและเยาวชนของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จำนวน 20 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา path analysis และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ภาพยนตร์ โทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงได้มากที่สุด ปัจจัยแวดล้อมด้านภาพและด้านเนื้อหาของสื่อจะส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนสูงที่สุด และตัวแปรด้านสื่อ ด้านสิ่งเร้าของสื่อ ด้านการรับรู้ และด้านการเรียนรู้มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ควรส่งเสริมด้านการรับรู้สื่อ การเรียนรู้สื่อของเด็กในสถานศึกษาและควรมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: อิทธิพลของสื่อ; พฤติกรรมความรุนแรง; เด็กและเยาวชน

บทนำ

โลกในยุคศตวรรษที่ 21 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเป็นยุคแห่งการสื่อสารแบบไร้พรมแดน ข้อมูลข่าวสารถูกเผยแพร่ในสื่อต่างๆ อย่างรวดเร็ว สื่อเปรียบเสมือน “ครู” หรือต้นแบบที่ช่วยถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจ ค่านิยม ทัศนคติ โดยผ่านกระบวนการและรูปแบบที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นการบ่มเพาะปลูกฝังค่านิยมและความเชื่อต่างๆ อยู่ตลอดเวลา การถ่ายทอดข้อมูลของสื่อที่ดำเนินอยู่ในขณะนี้มีความเข้มข้นสูงขึ้นอย่าง

ต่อเนื่อง ส่งผลต่อการปลูกฝังทัศนคติและค่านิยมของสังคมทุนนิยมและบริโภคนิยมของมนุษย์โดยไม่รู้ตัว^(1,2) ทุกคนจะมีบทบาททั้งเป็นผู้ส่งสาร (source) และเป็นผู้รับสาร (receiver) ผ่านการใช้อุปกรณ์ในมือ ส่งข้อมูลข่าวสาร (message) ผ่านช่องทาง (channel) ที่เลือกสรรได้เองจากการที่มีสื่อหลากหลายรูปแบบ ทั้งในรูปของสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์เคลื่อนที่ ฯลฯ สื่อเหล่านี้ได้นำเสนอความรู้และความบันเทิง ซึ่งอาจถือได้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยการดำรงชีวิตของมนุษย์บางกลุ่มไป

แล้ว มนุษย์เราได้เปิดรับสื่อเช่นนี้ทุกวันไม่มากก็น้อย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มว่าจะได้รับอิทธิพลจากสื่อเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการแต่งกาย พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการรับประทานและด้านอื่นอีกมากมาย สื่อเป็นตัวแปรของการรับรู้และอาจก่อให้เกิดค่านิยมที่ผิดตามมาได้ เนื่องจากสื่อบางประเภทยังไม่ได้ถูกควบคุมอย่างเคร่งครัด⁽³⁾

สื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เด็กและเยาวชนเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ Klapper Joseph เสนอทฤษฎีแรงเสริม⁽⁴⁾ (reinforcement theory) ที่กล่าวว่าความรุนแรงในสื่อมีผลในการเสริมความก้าวร้าวความรุนแรงที่มีอยู่แล้วของบุคคลผู้รับสาร โดยเนื้อหาของสื่อเป็นแรงเสริมต่อทัศนคติ ค่านิยม บรรทัดฐาน และความเชื่อของบุคคล หากบุคคลนั้นเชื่อในการใช้ความรุนแรงอยู่แล้ว ความรุนแรงในสื่อก็จะช่วยเสริมความเชื่อนั้นให้หนักแน่นขึ้น นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีการปลูกฝัง (cultivation theory) ของ Morgan⁽⁵⁾ กล่าวว่า ชาวสารของสื่อมวลชนมีอิทธิพลต่อการปลูกฝังค่านิยม ความคิดของผู้รับสาร ปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่สามารถเข้าถึงได้โดยปลายนิ้วสัมผัส ได้ทุกที่ทุกเวลา และสามารถเข้าชมได้บ่อยเท่าที่ต้องการ โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนซึ่งยังมีประสบการณ์ชีวิตน้อย จึงถูกบ่มเพาะโดยไม่รู้ตัว ส่วนใหญ่จะคล้อยตามและเชื่อตามที่สื่อนำเสนอ

“สื่อ” คือสิ่งที่มีอิทธิพลชักนำวัยรุ่นให้นิยมความรุนแรง หรือเกิดพฤติกรรมเลียนแบบ ไม่ว่าจะเป็นภาพยนตร์ ข่าวความรุนแรง เกมตู้ เกมคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต รายการโทรทัศน์ แม้แต่นิยายหรือการ์ตูนแนวก้าวร้าว จากผลสำรวจเรื่องพฤติกรรมของวัยรุ่นไทยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.02 คิดว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่น่าหวงจากสิ่งมอมเมาช่วยๆ โดยเฉพาะอิทธิพลจากสื่อ ทั้งนี้ 5 อันดับที่ประชาชนเป็นหวงวัยรุ่นไทย ได้แก่ การใช้ความรุนแรงในสังคม ร้อยละ 85.65 การมั่วสุมสุรา และยาเสพติด ร้อยละ 83.17 การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ร้อยละ 8.74 การใช้สื่อโซเชียล ร้อยละ 69.62 และการคบเพื่อน ร้อยละ 52.44 ตามลำดับ⁽⁶⁾ จากการ

สำรวจการเกิดคดีของเด็กและเยาวชนตั้งแต่ปี 2549-2553 พบว่า การกระทำผิดที่มีเด็กเป็นผู้ลงมือมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความผิด 4 ประเภท คือ (1) ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน (2) ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย (3) ความผิดเกี่ยวกับเพศ และ (4) ความผิดเกี่ยวกับความสงบสุข ชื่อเสียงและการปกครอง⁽⁷⁾ ทั้งนี้ การที่เด็กและเยาวชนเข้าถึงสื่อได้ง่ายและยังไม่สามารถคัดกรอง เลือกรับสื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมเลียนแบบความรุนแรงตามมาได้

เมื่อบุคคลรับสื่อ เปิดรับและตั้งใจรับสิ่งเร้าที่มากกระทบ หลังจากนั้นจะเลือกรับรู้ (perceptual selection) บุคคลจะเลือกสรรเฉพาะสิ่งเร้าที่ตรงกับความต้องการ และทัศนคติของตนเท่านั้น โดยกระบวนการรับรู้แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเปิดรับ (exposure) จะเกิดขึ้นเมื่อประสาทสัมผัสของบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า ทำให้เกิดความรู้สึก เช่น การได้เห็น การได้ยิน การได้ฟัง และการได้กลิ่น เป็นต้น (2) การตั้งใจรับ (attention) เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลจะแบ่งปันความสนใจมาสู่สิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะอันเป็นกิจกรรมทางจิตใจ (mental activity) และ (3) การเลือกรับรู้ (selective perception) บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งเร้าที่มากกระทบจะไม่รับรู้ทุกอย่าง แต่จะเลือกรับรู้ในสิ่งที่แต่ละคนต้องการ เพราะมีทัศนคติ ประสบการณ์ และคุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน เมื่อเกิดการรับรู้แล้วบุคคลจะเกิดการเรียนรู้ ทั้งนี้ในทฤษฎีการเรียนรู้ได้จำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) เป็นพฤติกรรมด้านสมอง เกี่ยวกับสติปัญญา ความรู้ ความเฉลียวฉลาด ความสามารถในการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ (2) ด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วชำนาญ และ (3) ด้านเจตพิสัย (affective domain) เป็นค่านิยม ความรู้สึก ความซาบซึ้ง ทัศนคติ ความเชื่อ ความสนใจและคุณธรรม ดังนั้นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และสอดแทรกสิ่งที่ดีงามอยู่ตลอดเวลาจะ

ทำให้พฤติกรรมของผู้เรียนเปลี่ยนไปในทิศทางที่พึงประสงค์ได้⁽⁸⁾

จากข้อมูลสถิติและผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจุบันเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมความรุนแรง คดีการกระทำผิดและกระทำผิดซ้ำของเด็กและเยาวชนไทยยังมีจำนวนสูง⁽⁹⁾ ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลและงบประมาณในการแก้ไขปัญหาสังคมและอาชญากรรมที่เกิดจากเด็กและเยาวชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของสื่อ สิ่งเร้าของสื่อ การรับรู้ และการเรียนรู้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงที่แสดงออกทางวาจา ทางกาย และแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมความรุนแรงในอนาคตของเด็กและเยาวชน โดยเลือกกลุ่มประชากรในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีสถิติการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนสูงอยู่ในระดับต้น ๆ ของประเทศ นอกจากนี้ยังเป็นศูนย์กลางความเจริญของเทคโนโลยี มีสื่อหลากหลายรูปแบบที่ล้วนมีอิทธิพลต่อเด็กและเยาวชน ซึ่งผลการศึกษานี้จะนำไปสู่การพัฒนาและแก้ไขปัญหาอิทธิพลของสื่อที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ และพื้นที่อื่นต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สื่อและอิทธิพลของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา (mixed methodology) โดยนำปัจจัยด้านประเภทสื่อ ได้แก่ (1) สื่อภาพยนตร์ (2) สื่ออินเทอร์เน็ต (3) สื่อวิทยุ (4) สื่อมวลชน (5) สื่อสิ่งพิมพ์ (6) สื่อโทรศัพท์ และ (7) สื่อโทรคมนาคม ปัจจัยด้านสิ่งเร้าของสื่อ ได้แก่ (1) ภาพ (2) เสียง และ (3) เนื้อหา ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเปิดรับ (exposure) (2) การตั้งใจรับ (attention) และ (3) การเลือกรับรู้ (selective perception) และการจำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) (2) ด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain)

และ (3) ด้านเจตพิสัย (affective domain) โดยนำทั้ง 4 ปัจจัยมาใช้ในการศึกษาอิทธิพลของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) พฤติกรรมความรุนแรงที่แสดงออกทางวาจา (2) พฤติกรรมความรุนแรงที่แสดงออกทางกาย และ (3) แนวโน้มการเกิดพฤติกรรมความรุนแรงในอนาคต

กลุ่มตัวอย่าง

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นเด็กและเยาวชนในเขตพื้นที่ของจังหวัดเชียงใหม่ อายุระหว่าง 10-18 ปี ที่อาศัยอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 25 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejzie RV และ Mogan DW⁽¹⁰⁾ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวนทั้งหมด 400 คน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบบังเอิญหรือตามสะดวก (convenience sampling) และกลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข่าวสารสำคัญ (key informants) เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ถูกควบคุมตัวของสถานพินิจเด็กและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่ เพศชาย 10 คน เพศหญิง 10 คน นักวิชาการและผู้บริหารระดับนโยบายด้านเด็กและเยาวชนของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดเชียงใหม่ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามการรับรู้ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การเปิดรับ การตั้งใจรับ และการเลือกรับรู้ มีข้อคำถาม 15 ข้อ (2) แบบสอบถามการเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และเจตพิสัย มีข้อคำถาม 26 ข้อ และ (3) แบบสอบถามพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมความรุนแรงที่แสดงออกทางวาจา ทางกาย และแนวโน้ม

การเกิดพฤติกรรมความรุนแรงในอนาคต มีข้อคำถาม 11 ข้อ แบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 โดยให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนตามความคิดเห็นของตนเอง กำหนดเกณฑ์และการแปลค่าคะแนนรวมเฉลี่ยที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1.00-5.00 การแปลผล ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึงระดับต่ำที่สุด 1.81-2.60 หมายถึงระดับต่ำ 2.61-3.40 หมายถึงระดับปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึงระดับมาก และ 4.21-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.904, 0.850 และ 0.896 ตามลำดับ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบกึ่งโครงสร้าง แบบสัมภาษณ์ฉบับเด็กและเยาวชน เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับประเภท สาเหตุ และผลกระทบของพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อ ส่วนฉบับของกลุ่มนักวิชาการและผู้บริหารระดับนโยบายด้านเด็กและเยาวชนของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นแนวคำถามเกี่ยวกับประเภท สาเหตุ กระบวนการรับรู้ เรียนรู้และแนวทางการแก้ปัญหา ผลกระทบของพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อ โดยแบบ

ตารางที่ 1 ความหมายของประเภทสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่ (n=400)

รายการ	Mean	SD	ความหมาย
1. ภาพยนตร์	4.58	0.54	มากที่สุด
2. อินเทอร์เน็ต	4.54	0.70	มากที่สุด
3. โทรทัศน์	4.53	0.68	มากที่สุด
4. สื่อมวลชน	4.36	0.53	มาก
5. วิทยู	4.30	0.51	มาก
6. สื่อโทรคมนาคม	4.08	0.42	มาก
7. สื่อสิ่งพิมพ์	4.27	0.49	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.36	0.55	มาก

สัมภาษณ์ทั้งสองผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) เพื่อพิสูจน์สมมติฐานด้วย Path analysis กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์สื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษา พบว่า ประเภทของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต และโทรทัศน์ (Mean=4.58, 4.54, 4.53, SD=0.54, 0.70, 0.68) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยแวดล้อมของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านภาพและเสียง (Mean=4.69, 4.58, SD=0.78, 0.61) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยการรับรู้สื่อที่ส่งผลต่อ

ตารางที่ 2 ความหมายของปัจจัยแวดล้อมของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ (n=400)

รายการ	Mean	SD	ความหมาย
1. ภาพ	4.69	0.78	มากที่สุด
2. เสียง	4.58	0.61	มากที่สุด
3. เนื้อหา	4.54	0.70	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.60	0.69	มากที่สุด

อิทธิพลของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่

พฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือการเปิดรับ รองลงมาคือ การตั้งใจรับ (Mean=4.78, 4.47, SD=0.65, 0.52) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยการเรียนรู้ของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงไปต่ำ คือด้านพุทธิพิสัย ด้านทักษะพิสัย และด้านเจตพิสัย ตามลำดับ (Mean=4.37, 4.12, 4.11, SD=0.53, 0.56, 0.50) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

2. อิทธิพลของสื่อของเด็กและเยาวชนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษา พบว่า ตัวแปรด้านสื่อ (media) ด้านสิ่งเร้าของสื่อ (stimulation) ด้านการรับรู้ (recognition) และด้านการเรียนรู้ (learning) มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ (violent) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังภาพที่ 1

ปัจจัยของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่

1. ผลการสัมภาษณ์เด็กและเยาวชนที่ถูกควบคุมตัวในสถานพินิจเด็กและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีอายุระหว่าง 12-18 ปี ถูกควบคุมตัวเนื่องจากกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด จำนวน 7 คน และกระทำความผิดฐานลักทรัพย์ จำนวน 3 คน สำหรับเพศหญิงมีอายุระหว่าง 12-18 ปี โดยทั้งหมดกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลดังนี้

1.1 ปัจจัยประเภทของสื่อที่มีอิทธิพลของความรุนแรงพบว่า สื่อที่มีความรุนแรงแฝงอยู่มาก ได้แก่ ภาพยนตร์ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เกมคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และสื่อโทรคมนาคม ตามลำดับ โดยสื่อที่มีความรุนแรงที่เข้าถึงมากที่สุดในแต่ละวัน ได้แก่ ภาพยนตร์ โทรทัศน์ เกมคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต สื่อโทรคมนาคม สื่อมวลชน และหนังสือพิมพ์ ตามลำดับ โดยที่ภาพ เสียงและเนื้อหา

ตารางที่ 3 ความหมายของปัจจัยการรับรู้สื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ (n=400)

รายการ	Mean	SD	ความหมาย
1. การเปิดรับ	4.78	0.65	มาก
2. การตั้งใจรับ	4.47	0.52	มาก
3. การเลือกรับรู้	4.11	0.57	มาก
รายละเอียด			
ค่าเฉลี่ย	4.45	0.60	มาก

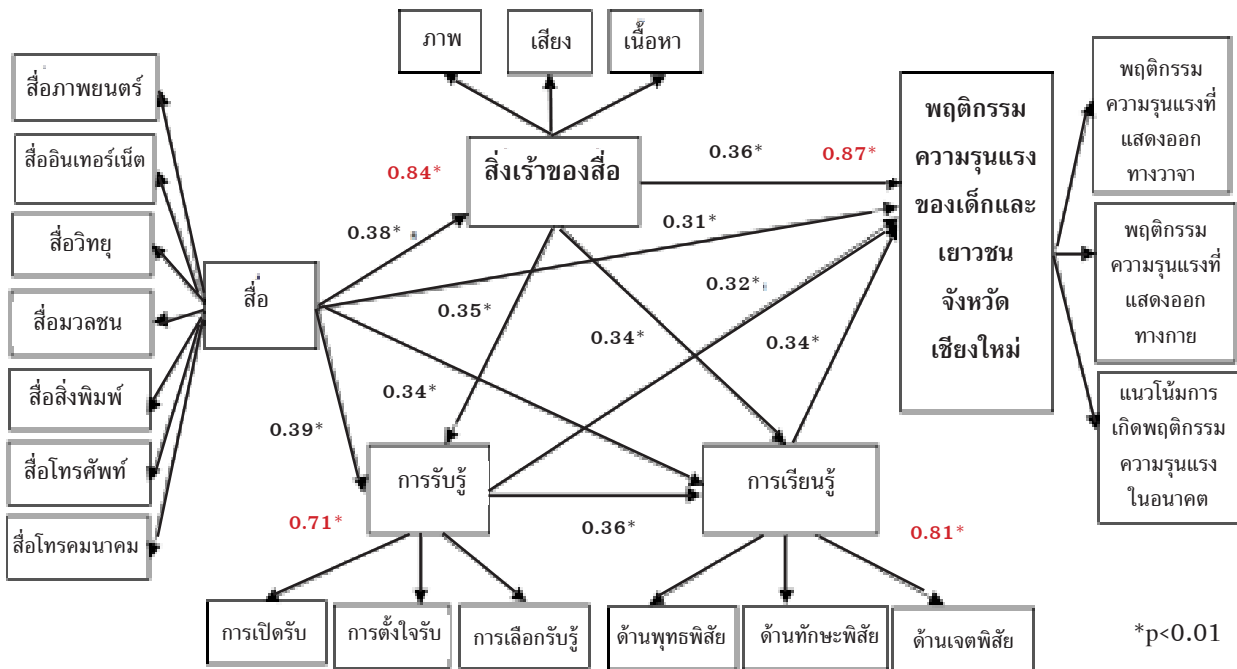
ตารางที่ 4 ความหมายของปัจจัยการเรียนรู้สื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ (n=400)

รายการ	Mean	SD	ความหมาย
1. ด้านพุทธิพิสัย	4.37	0.53	มาก
2. ด้านทักษะพิสัย	4.12	0.56	มาก
3. ด้านเจตพิสัย	4.11	0.50	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.20	0.53	มาก

ของสื่อมีการใช้กลยุทธ์วิธีสร้างความสนใจ มีการโน้มน้าวจิตใจ การชวนเชื่อ การสร้างความต้องการ การสร้างความสนใจ เพื่อให้เกิดการติดตามและกระทำตามในรูปแบบต่างๆ

1.2 ปัจจัยแวดล้อมด้านสื่อของเด็กและเยาวชนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ (1) สื่อบุคคลในครอบครัว พบว่า เด็กและเยาวชนที่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมทะเลาะวิวาท จะมีการแสดงพฤติกรรมความรุนแรงทางวาจาและความรุนแรงทางกายสูงกว่าเด็กและเยาวชนที่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่ไม่มีการทะเลาะวิวาท และมีแนวโน้มว่าจะแสดงพฤติกรรมความรุนแรงในอนาคตสูงขึ้น (2) สื่อบุคคลภายนอกครอบครัว พบว่า เด็กและเยาวชนที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมความรุนแรงจะมีพฤติกรรม

ภาพที่ 1 การวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่



*p<0.01

$\chi^2 = 2.428$, $\chi^2/df=2.428$, P-value=0.155 GFI=0.988, AGFI=.975, CFI=.998, RMSEA=0.043, RMR=0.02

ความรุนแรงทางวาจา และความรุนแรงทางกายสูงกว่าเด็กและเยาวชนที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ไม่มีพฤติกรรมความรุนแรง และมีแนวโน้มว่าจะแสดงพฤติกรรมความรุนแรงในอนาคตสูงกว่าเช่นกัน และ (3) สื่อสถานการณ์ในชุมชนพบว่า เด็กและเยาวชนที่อยู่ในสื่อสถานการณ์ในชุมชนที่มีปัญหา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาอันธพาล อาชญากรรม ยาเสพติด การลักขโมย หรือปัญหาปมด้อยส่วนบุคคล จะมีพฤติกรรมความรุนแรงทางวาจาและความรุนแรงทางกายสูงกว่าเด็กและเยาวชนที่ไม่มีสถานการณ์ปัญหาในชุมชน เด็กที่ชอบชมซีรีส์โดมมักจะรวมกันเป็นกลุ่มใหญ่ มักทำตัวเรียกร้องความสนใจ พูดแซว ส่วนเหยื่อนั้นพบว่ามักเป็นเด็กที่ถูกเลี้ยงดูมาอย่างทะนุถนอม ทำทางอ่อนแอ พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด จึงมักตกเป็นเบี้ยล่างของเด็กพวกนี้

1.3 ลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ มีดังนี้ (1) พฤติกรรมความรุนแรงที่แสดงออกทางวาจา ได้แก่ การล้อเลียนด้านร่างกายและด้านบุคลิกภาพ ส่วนใหญ่ในกลุ่มนักเรียน

หญิงจะใช้คำพูดเสียดสี เยาะเย้ย ล้อเลียน และการไม่ยอมรับเข้ากลุ่ม สำหรับกลุ่มนักเรียนชายจะชอบล้อเลียนนักเรียนหญิงมากกว่าล้อเลียนเพศเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าล้อเลียนแล้วได้ผล เช่น นักเรียนหญิงแสดงอารมณ์โกรธ ต่ำทอกลับ ยิ่งสร้างความสนุกสนานและเพิ่มอัตราความถี่ในการล้อเลียนยิ่งขึ้น และพบว่านักเรียนในระดับมัธยมต้นจะมีพฤติกรรมการล้อเลียนปมด้อยมากกว่านักเรียนในระดับมัธยมปลาย (2) พฤติกรรมความรุนแรงที่แสดงออกทางกาย ได้แก่ การขว้างปาสิ่งของ การทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีการเตะต่อยตี การผลัก การกระชาก และพฤติกรรมการแข่งขันในทางสาธารณะ และ (3) พฤติกรรมการทำร้ายและแข่งขัน การกระทำผิดทางจริยธรรม เพื่อให้เกิดการยอมรับและเป็นผู้นำกลุ่ม อาทิ แข่งขันก่อกดีอาชญากรรม แข่งขันการมีคู่นอน และการแข่งขันกระทำทำร้ายทางกฎหมายบ้านเมือง เป็นต้น

2. ผลการสัมภาษณ์จากนักวิชาการ ผู้บริหารระดับนโยบาย ให้ข้อมูลว่าปัญหาเรื่องสื่อเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง

กับสถาบันครอบครัวไม่ใช่เฉพาะตัวเด็กเท่านั้น ซึ่งปัจจุบัน “เด็กถูกเลี้ยงด้วยสื่อ” เด็กและเยาวชนจำนวนไม่น้อยที่ถูกปล่อยให้ใช้ชีวิตอยู่กับสื่อ เช่น ภาพยนตร์ โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต เนื่องจากด้วยหลายสาเหตุ รวมถึงการที่ผู้ปกครองต้องดิ้นรนทำมาหากิน ไม่มีเวลาอยู่กับลูก และให้เงินลูกได้ใช้จ่ายในการเสพสื่อต่างๆ นั้น โดยคิดว่าดีกว่าไปยุ่งกับยาเสพติด ในขณะที่เด็กและเยาวชนขาดกระบวนการรับรู้และเรียนรู้จากสื่ออย่างถูกต้อง ซึ่งทำให้เกิดการพฤติกรรมเลียนแบบและเกิดผลกระทบตามมาอย่างชัดเจน ได้แก่ (1) เด็กดูการ์ตูนที่มีการชกต่อยกัน แล้วเด็กจะทำตามด้วยการไปชกเพื่อน (2) กลุ่มฮีโร่ในสื่อที่แสดงให้เห็นว่าตัวเองจะเป็นฮีโร่ และได้รับการยกย่องจากการปราบเหล่าร้ายแม้ว่าจะใช้ความรุนแรงทำร้ายคนอื่น หรือทำลายข้าวของ (3) กรณีเหยื่อเป็นคนเลว การลงโทษด้วยความรุนแรงเป็นสิ่งที่ถูกต้อง และการแก้แค้นเป็นสิ่งที่น่าเชิดชู (4) ละครที่มีฉากพระเอกข่มขืนนางเอก แต่ต่อมากลายเป็นคู่รักกันโดยที่นางเอกก็ไม่ได้คิดแม้แต่จะแจ้งความ กลายเป็นว่าผู้ชายข่มขืนผู้หญิงแล้วได้ดีแทนที่จะถูกลงโทษ และ (5) การดูสื่อที่มีความรุนแรงบ่อยครั้งจนเกิดความชินชา กรณีละครที่มีฉากตบตีกันบ่อยครั้งอาจจะทำให้รู้สึกเฉยๆ เมื่อเห็นคนในสังคมตบตีกัน จากเหตุดังกล่าวส่งผลกระทบทำให้เกิดพฤติกรรมความรุนแรงที่แสดงออกทางวาจา ทางกาย และมีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมความรุนแรงในอนาคตของเด็กและเยาวชนตามมาได้

ด้านแนวทางการแก้ไขปัญหามาจากสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชน กลุ่มนักวิชาการ ผู้บริหารระดับนโยบาย มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านสื่อ ควรส่งเสริมการผลิตสื่อที่สอดคล้องกับพัฒนาการและการเรียนรู้สำหรับเด็กและเยาวชน โดยต้องคำนึงลักษณะกลุ่มเป้าหมาย เลือกเนื้อหาและวิธีการนำเสนอให้เหมาะสมกับความต้องการและพัฒนาการตามช่วงวัย และเลือกใช้ช่องทางให้เหมาะสมกับพฤติกรรมการใช้สื่อของเด็กและเยาวชน

2. ด้านผู้ปกครอง พ่อแม่ควรให้เวลากับการดูแล

ครอบครัวให้มากขึ้น มอบความรัก ความอบอุ่น ส่งเสริมให้มีการสื่อสาร ปรึกษาหารือร่วมกันจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ครอบครัวเข้มแข็งจะช่วยให้เด็กวัยรุ่นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดี มีวุฒิภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่ดี ไม่แสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง นอกจากนี้ควรมีการกำหนดข้อตกลงการใช้สื่อของครอบครัวอย่างถูกต้อง เหมาะสม และควรส่งเสริมให้ทำกิจกรรมอื่นแทน เช่น เล่นกีฬา งานอดิเรก อ่านหนังสือ เป็นต้น

3. ด้านเด็กและเยาวชน ควรศึกษากระบวนการรับรู้เรียนรู้ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างถูกต้อง พัฒนาการกระบวนกรคิด มีความตระหนัก รู้จักไตร่ตรองในการเสพสื่อก่อนการตัดสินใจนำไปปฏิบัติ โดยต้องรู้จักแยกแยะถูกผิด เลือกปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสมกับสถานภาพของตนเอง ไม่ตามผู้อื่น พยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และรู้จักการบริหารจัดการเวลาในการใช้สื่อให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตประจำวัน

4. ด้านสถานศึกษา ควรมีจัดการเรียนการสอน การรับรู้และการเรียนรู้การเท่าทันสื่อเชิงบูรณาการอย่างชัดเจน มีการประเมินพฤติกรรมเด็กในแต่ละช่วงชั้น และส่งต่อผลการประเมินไปยังระดับการศึกษาที่สูงขึ้นหรือเมื่อเปลี่ยนสถานศึกษา เพื่อปรับพฤติกรรมผู้เรียนในระยะยาว สถานศึกษามีการจัดอบรมครูแนะแนว ครูประจำชั้น และครูฝ่ายปกครองให้เข้าใจสภาพ การป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมความรุนแรงเด็กและเยาวชน รวมถึงควรมีการกำหนดช่องทางสื่อสารเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กระหว่างสถานศึกษากับผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมดูแลและแก้ไขพฤติกรรมเด็ก โดยเฉพาะเด็กกลุ่มเสี่ยงใช้ความรุนแรง

5. ชุมชนและสังคม ควรส่งเสริมให้คนในชุมชนเป็นหูเป็นตาเพื่อป้องกันปัญหาความรุนแรง ร่วมกันจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย สร้างชุมชนและสังคมที่เข้มแข็ง จัดมุมให้คำปรึกษา ให้ความสำคัญกับวัยรุ่น ให้โอกาสในการปรับตัว จัดหาสิ่งที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมเชิงบวก ทั้งด้านการศึกษา ด้านอาชีพ ด้านคุณธรรมจริยธรรมและ

มนุษย์ธรรม รวมถึงการสนับสนุนส่งเสริมเด็กและเยาวชน ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

6. หน่วยงานภาครัฐ ควรกำหนดตำแหน่งและลักษณะงาน สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการ แก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่าง ชัดเจน ภายใต้หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับเด็กและ เยาวชนในระดับกรม เพื่อดำเนินงานจัดทำฐานข้อมูล พฤติกรรมเด็กและเยาวชน (Database) และมีมาตรการ ติดตามสอดส่อง ดูแลควบคุม คุ้มครอง ฝึกอบรม ส่งเสริม กิจกรรมบูรณาการพฤติกรรมที่ดีมีความรับผิดชอบต่อ สังคม รวมถึงร่วมแก้ไขปัญหและบำบัดฟื้นฟูเด็กและ เยาวชนและครอบครัวอย่างครบวงจร

วิจารณ์

1. สถานการณ์สื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรง ของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษา พบว่า ประเภทสื่อที่เด็กและเยาวชนใน จังหวัดเชียงใหม่สามารถเข้าถึงได้มากที่สุด ได้แก่ ภาพยนตร์ โทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-4 ชั่วโมงต่อวันหรือมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ส่วน สถานการณ์ความรุนแรงจากสื่อที่ทำให้ตกใจ หวาดเสียว สะเทือนอารมณ์ พบว่า สื่อด้านภาพ ได้แก่ ภาพยนตร์ โทรทัศน์และอินเทอร์เน็ตตามลำดับ ด้านเสียง ได้แก่ ภาพยนตร์ โทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต ตามลำดับ ส่วนด้าน เนื้อหาที่รุนแรง ได้แก่ โทรทัศน์ ภาพยนตร์และสื่อมวลชน ตามลำดับ ทั้งนี้ผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิง- คุณภาพมีความสอดคล้องกัน สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจุบันเด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงสื่อได้สะดวก รวดเร็วมากขึ้น สื่อทุกประเภทอยู่ในโทรศัพท์มือถือที่ สามารถรับชมข่าวสาร ความรู้ ความบันเทิงทุกอย่างได้ ตามที่ต้องการ ผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ในประเทศไทยปี 2559 พบว่า คนไทยใช้อินเทอร์เน็ต เฉลี่ย 45.0 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือประมาณ 6.4 ชั่วโมง ต่อวัน โดยเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้มากที่สุด และร้อยละ 13.0 ของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในเจนเนอเรชั่น

แซท (generation Z) จะถูกรบกวนด้วยสื่อลามกอนาจาร⁽¹¹⁾ สื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เด็กและเยาวชนเกิด พฤติกรรมรุนแรงได้ โดยการเสริมความก้าวร้าวรุนแรงที่มี อยู่แล้วของบุคคลผู้รับสาร⁽⁴⁾ ซึ่งเด็กไทยร้อยละ 35.0 จะเปิดรับเว็บไซต์ที่ไม่เหมาะสม เช่น เกมอันตรายหรือ เว็บอนาจารที่เต็มไปด้วยคำก้าวร้าวและหยาบคายซึ่งส่ง ผลให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ⁽¹²⁾ โดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์ และภาพยนตร์มักนิยมนำเสนอการใช้ความรุนแรงในการ แก้ปัญหา ซึ่งคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่าสาเหตุของความรุนแรงนั้นมี ด้วยกัน 3 สาเหตุ คือ (1) พฤติกรรมการเล่นแบบจาก สื่อ (2) ผู้ดูแลเด็กไม่มีความพร้อมที่จะเป็นผู้ดูแลเด็ก (3) ขาดการศึกษาและความรู้ความเข้าใจ ดังจะเห็นได้ว่า สถานการณ์สื่อส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็ก และเยาวชนในปัจจุบัน

ปัจจัยแวดล้อมด้านเนื้อหาและด้านภาพของสื่อจะส่ง ผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนใน จังหวัดเชียงใหม่สูงที่สุด ด้านปัจจัยการรับรู้ของสื่อที่ส่ง ผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนสูง ได้แก่ ด้านการเปิดรับและการตั้งใจรับ ส่วนปัจจัยการ เรียนรู้ของสื่อจะมีการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย ด้านทักษะ พิสัยสูง สามารถอธิบายได้ว่า สื่อปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้ ง่าย โดยมักมีภาพ เนื้อหาที่รุนแรงและยังมีสื่อลามก อนาจารแฝงอยู่ในสื่อ ซึ่งสื่อเหล่านี้เด็กและเยาวชนจะ ชิมชับและถูกปลูกฝัง โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนที่มี ประสบการณ์ชีวิตน้อย จึงถูกบ่มเพาะโดยไม่รู้ตัว ส่วนใหญ่ จะคล้อยตามและเชื่อตามที่สื่อนำเสนอ⁽⁵⁾ ทั้งนี้พบว่าการ ใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กและเยาวชนไทยเข้ามามีบทบาท สำคัญต่อเด็กและเยาวชนไทยมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหา ตามมาไม่ว่าจะเป็นปัญหาพฤติกรรม ทั้งการเลียนแบบ หรือปัญหาการติดการใช้อินเทอร์เน็ต เช่น เด็กวัยรุ่นฆ่า ปาดคอคนขับแท็กซี่เลียนแบบเกม GTA⁽¹³⁾ ตลอดจนชาว เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาใช้อาวุธปืนยิงครูและเพื่อน นักเรียนในโรงเรียน เสียชีวิตก่อนจะฆ่าตัวตายตาม จาก การสืบประวัติของเด็กที่กระทำความผิดพบว่ามีประวัติ

เล่นเกมที่มีเนื้อหารุนแรงอย่างหมกมุ่น และก่อเหตุรุนแรงเหมือนสถานการณ์ที่เขาสร้างขึ้นในเกม สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าภาพความรุนแรงในโทรทัศน์ ภาพยนตร์ วิดีโอและเกมคอมพิวเตอร์มีผลกระทบต่อความเร้าอารมณ์ความคิดและอารมณ์เพิ่มโอกาสในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวหรือหวาดกลัวในเด็กโดยเฉพาะในเด็กผู้ชาย⁽¹⁴⁾

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจุบันเด็กถูกเลี้ยงด้วยสื่อ เด็กและเยาวชนจำนวนไม่น้อยที่ถูกปล่อยให้ใช้ชีวิตอยู่กับสื่อ เนื่องจากด้วยหลายสาเหตุ เช่น ผู้ปกครองต้องดิ้นรนทำมาหากิน ไม่มีเวลาอยู่กับลูก ผู้ปกครองให้เงินลูกได้ใช้จ่ายในการเสฟสื่อต่าง ๆ คิดว่าดีกว่าไปยุ่งกับยาเสพติด ด้วยปัจจุบันพ่อแม่ต้องออกไปทำงานเด็กจึงถูกทิ้งไว้กับบุคคลอื่น ซึ่งเด็กที่นอนกับปู่ย่า ตายายหรือญาติคนอื่น มีปริมาณการใช้แท็บเล็ตและสมาร์ตโฟนสูงสุด⁽¹⁵⁾ โดยเด็กที่ได้รับสื่ออิเล็กทรอนิกส์ตั้งแต่อายุ 6-18 เดือน ร้อยละ 99.7 เฉลี่ย 4 ชั่วโมงต่อวันเพิ่มขึ้นเป็น 5 ชั่วโมงต่อวันที่อายุ 18 เดือน สื่ออิเล็กทรอนิกส์ส่วนใหญ่เป็นที่วิแต่แนวโน้มการดูรายการ เพลงและการ์ตูนผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สมาร์ตโฟนและแท็บเล็ตสูงขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมแยกตัว การต่อต้าน มีอารมณ์และพฤติกรรมความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับสื่อสำหรับผู้ใหญ่⁽¹⁶⁾ ทั้งนี้ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เด็กอยู่กับสื่อมาก ฉะนั้นปัญหาเรื่องสื่อจึงเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกันในระดับครอบครัวไม่ใช่เฉพาะตัวเด็กเท่านั้น หากเด็กและเยาวชนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงพฤติกรรมความรุนแรงทางวาจาและทางกาย ทั้งสื่อบุคคลในครอบครัว สื่อบุคคลภายนอกครอบครัว และสื่อสถานการณ์ในชุมชนทำให้เด็กและเยาวชนมีการแสดงพฤติกรรมความรุนแรงทางวาจา ความรุนแรงทางกาย และมีแนวโน้มว่าจะแสดงพฤติกรรมความรุนแรงในอนาคตสูงขึ้น ประกอบกับหากเป็นสื่อที่ผู้ปกครองไม่สามารถเข้าถึงหรือควบคุมการใช้งานยาก โดยเฉพาะในชุมชนที่ไม่เข้มแข็ง บุคคลในชุมชนไม่ได้ช่วยกันสอดส่องดูแลบุตรหลาน หรือช่วยเป็นหูเป็นตาเพื่อขจัดสิ่งผิด

กฎหมายไม่ให้เข้ามาบ่อนทำลายชุมชน แต่มองว่าเป็นเรื่องของตัวใครตัวมัน ซึ่งชุมชนลักษณะนี้จะเป็นสถานบ่มเพาะเยาวชนรุ่นใหม่ที่มีขาดคุณภาพ ก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมาอย่างต่อเนื่อง

2. อิทธิพลของสื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่

อิทธิพลตัวแปรด้านสื่อ ด้านสิ่งเร้าของสื่อ ด้านการรับรู้ และด้านการเรียนรู้มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้ปัจจัยด้านมวลชนและสารสนเทศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น⁽¹⁷⁾ สื่อเป็นแรงเสริมทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ บรรทัดฐานทางสังคม ในขณะที่เดียวกันก็เป็นแรงเสริมความก้าวร้าว รุนแรงหยาบคายเช่นกัน⁽¹⁸⁾ โดยอิทธิพลของสื่อและการตอบสนองของเด็กจะแตกต่างกันออกไป กล่าวคือหากเด็กมีพื้นฐานของความรุนแรงอยู่เป็นทุนเดิมเมื่อได้รับสารที่มีเนื้อหารุนแรง สื่อนั้นจะเสริมแรงความรุนแรงในเด็กให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น⁽⁴⁾ ในกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก เด็กจะเชื่อมโยงสิ่งที่ได้รับชมจากโทรทัศน์สู่โลกที่แท้จริง หากรายการนำเสนอเนื้อหาที่รุนแรง หยาบคาย ทารุณกรรม หรือก้าวร้าวทางเพศ ก็จะส่งผลให้ผู้รับชมกลุ่มเด็กเกิดทัศนคติและมีมุมมองว่าโลกเต็มไปด้วยความป่าเถื่อนโหดร้าย อันตราย และไม่ปลอดภัยและวิธีการป้องกันอันตรายเพื่อให้ตนเองอยู่รอดคือการแสดงออกด้วยความก้าวร้าวและรุนแรง⁽¹⁹⁾ ด้วยปัจจุบันกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในสังคมโลกาภิวัตน์ สื่อออนไลน์เป็นตัวกลางในการถ่ายทอดความรุนแรงได้อย่างไร้ขอบเขต และพบว่าพฤติกรรมเปิดรับเนื้อหาความรุนแรงส่งผลต่อการเรียนรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับความรุนแรงบนสื่อออนไลน์ อาจทำให้เด็กมีความคุ้นชินกับความรุนแรง⁽²⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อิทธิพลของสื่อและปัจจัยแวดล้อมด้านสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชน⁽²¹⁾ ดังจะเห็นได้ว่าสื่อ สิ่งเร้าของสื่อ การรับรู้ และด้านการเรียนรู้ล้วนมีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนทั้งสิ้น

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ครอบครัว การคบเพื่อนและชุมชนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวที่อธิบายว่า ครอบครัวย่อมมีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว⁽²²⁾ และสอดคล้องการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมในครอบครัวและเพื่อนส่งผลต่อพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต⁽²³⁾ ซึ่งเป็นสื่อที่นักเรียนมัธยมศึกษาสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ทั้งนี้แนวทางการแก้ไขปัญหาคือ การร่วมมือแก้ไขปัญหอย่างจริงจังของผู้ผลิตสื่อ ครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และสังคมในการร่วมมือกันช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้สื่อ การเข้าถึงสื่อของเด็กและเยาวชนลง⁽¹³⁾ ความร่วมมือของครอบครัว สถานศึกษา ชุมชนและสังคมยังช่วยในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับครอบครัวและชุมชน อีกทั้งยังสามารถนำประโยชน์ของอินเทอร์เน็ตมาใช้ในด้านการพัฒนาทักษะการสื่อสารได้ ทั้งนี้อินเทอร์เน็ตและสื่อต่างๆ เป็นเพียงช่องทางสื่อสารช่องทางหนึ่งที่มีความหลากหลาย จึงมีทั้งสื่อที่ช่วยพัฒนาหรือสื่อที่เสริมสร้างความรุนแรงปะปนกันไป จะเห็นได้ว่าสื่อไม่ได้ทำให้เด็กและเยาวชนเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เพียงอย่างเดียว แต่ยังสามารถใช้เพื่อฝึกทักษะทางสมองและทักษะทางความคิดได้ด้วย ดังนั้น ครอบครัว ชุมชนจึงจำเป็นต้องมีแนวทางเพื่อช่วยให้เด็กและเยาวชนสามารถใช้สื่อและการเข้าถึงสื่อได้อย่างเหมาะสม มีการควบคุมด้านการผลิตสื่อ ด้านสิ่งเร้าของสื่อ ส่งเสริมด้านการรับรู้และการเรียนรู้ ส่งเสริมการรู้จักคิดวิเคราะห์ในการรับสื่อของเด็กและเยาวชนที่เหมาะสม จะเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาทางพฤติกรรม และส่งเสริมทักษะชีวิตให้แก่เด็กและเยาวชนอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมการจัดตั้งองค์กรอิสระที่สามารถเข้ามีส่วนร่วมในการกำกับดูแลเนื้อหา ภาพ และเสียงของสื่อ และร่วมประเมินคุณภาพของสื่อด้วยวิธีการเก็บข้อมูลย้อน

กลับทันทีหลังการนำเสนอสื่อที่เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงได้อย่างอิสระ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลิตสื่อเพื่อเด็กในมิติวัฒนธรรมและจริยธรรม

2. การส่งเสริมด้านการรับรู้ การเรียนรู้ และการรู้จักคิดวิเคราะห์ของเด็กในสถานศึกษาในด้านการรู้เท่าทันสื่อ อย่างเป็นรูปธรรม อาทิ การสอดแทรกเนื้อหาในการเรียน มีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. เข็มพร วิรุณจภาพันธุ์. สื่อดีที่สถาบันเด็กและเยาวชนเร่งสร้าง. ใน: ชัชฌิมา ตังพิพัฒน์, ณัฐพรรณ แยมไชย, บรรณาธิการ. คู่มือผลิตรายการโทรทัศน์สำหรับเด็ก. กรุงเทพมหานคร. สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน; 2557. หน้า 13-15.
2. วิโรจน์ อารีย์กุล. การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977); 2554.
3. ชมรมจิตแพทย์และวัยรุ่นแห่งประเทศไทย. คู่มือการเลี้ยงลูกตอนวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.rcpsycht.org/cap/book04.php>
4. Klapper J. Reinforcement theory. New York: John Wiley and Sons Inc; 2010.
5. Morgan M. Cultivation analysis and media effects. In: The SAGE handbook of media processes and effects. London. SAGE Publications Inc; 2009.
6. ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยสวนดุสิต. พฤติกรรมของวัยรุ่นไทย ณ วันนี้ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ryt9.com/s/sdp/2600399>
7. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. สถิติคดีอาญาจำแนกตามฐานความผิดประจำปี 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/7offense_56_year.pdf
8. Bloom BS, Englehart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl D. Taxonomy of educational objectives, Handbook I: cognitive domain. New York: Longman; 1956.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. วิเคราะห์เด็กและเยาวชน.

- กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก; 2558.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607-10.
11. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.slideshare.net/Yakuzaaze-ro/2557-37727346>
12. ดีแทคและเทเลนอร์กรุ๊ป. ผลสำรวจการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย.2560]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dtac.co.th/pressroom/news/safe-internet.html>.
13. ภัทริกา วงศ์อนันต์นนท์. พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กและเยาวชน. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2557;15(2): 173-78.
14. Browne KD, Hamilton-Giachritsis C. The influence of violent media on children and adolescents: a public health approach. *Lancet* 2005;365:702-10.
15. อภิรพี เศรษฐวิวัฒน์ ตันเจริญวงศ์, ศรีรัฐ ภัทธีรมชิต, ญาณวุฒิ เศวตธิตติกุล. พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย 0-3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการ-นวัตกรรมสื่อสารสังคม* 2561;6(2):60-9.
16. ประวิทย์ ลี่สถาพรพงศา. ภัยเงียบยุค 4.0 เมื่อเราเลี้ยงลูกด้วยหน้าจอ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://prachatai.com/journal/2017/09/73154>
17. จิราพร เพชรดำ, ไพบูลย์ แยมกลีกร. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาจังหวัดนครนายก. *นครนายก: สำนักงาน-วัฒนธรรมจังหวัดนครนายก*; 2554.
18. Klapper, JT. *The effect of mass communication*. New York: Free Press; 1960.
19. Gerbner, G, Gross L, Morgan M, Signorielli N. The 'mainstreaming' of America: violence profile. *Journal of Communication* 1980;11(30):10-27.
20. ภัทรวดี แก้วเทศ. ความคิดเห็นต่อความรุนแรงเชิงวัฒนธรรมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษา เนื้อหาความรุนแรงบนสื่อออนไลน์. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย-ธรรมศาสตร์; 2558. 105 หน้า
21. สิริภิญญา อินทรประเสริฐ. อิทธิพลของสื่อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2556.
22. Duvall EM. *Family development*. 3rd ed. Philadelphia & New York: JB Lippincott; 1967.
23. วิไลลักษณ์ ทองคำบรรจง, อรพินทร์ ชูชม, ผจงจิต อินท-สุวรรณ, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล. ปัจจัยเชิงเหตุและผลของพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์* 2554;17(2): 103-20.

Abstract: Influence of Media on Violent Behavior of Child and Youth in Chiangmai Province

Tasanamin Ratchatathanarat, D.P.A.*; Neeranuch Wongcharoen, Ph.D.**

** Research and Development Center of Security the Coast in Gulf and Andaman of Thailand;*

*** Pong Hospital, Phayao Province, Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(2):199-210.

The objectives of this study were to investigate the current situation and the influence of media on violent behavior of child and youth. The samples divided into 2 groups: (1) 400 children and youth in Chiangmai Province and (2) 20 children and youth who committed crimes and were detained, and 20 academicians and policy makers of juvenile observation and protection. The research instruments included questionnaire and semi-structured in-depth interview. Data were analyzed by using descriptive statistics, path analysis and content analysis. The findings of this research study revealed that movies, television and internet were the most accessible; and visual and content of media were the factors highly associated with violent behaviors of child and youth. The media, the stimuli of the media, media perception and media learning had statistically significant direct and indirect effects on violent behavior of child and youth ($p < 0.01$). These findings indicated that media perception and media learning should be promoted among child and youth in school; and regular monitoring and evaluation were recommended.

Keywords: media influence; violent behavior; child and youth

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหา เรื่องเพศในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี

กรวิกา คตอินทร์ วท.ม.*

ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ ปร.ด.**

มลินี สมภาพเจริญ ปร.ด.**

*หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ:	30 ม.ค. 2563
วันแก้ไข:	25 พ.ค. 2563
วันตอบรับ:	8 มิ.ย. 2563

บทคัดย่อ การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศในวัยรุ่นเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศและปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 390 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสม ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์และการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ ผลการวิจัยพบ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.1 มีการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศในระดับไม่เหมาะสม ในขณะที่ร้อยละ 65.9 อยู่ในระดับที่เหมาะสม การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ พบเพียงสี่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญและสามารถทำนายการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสม ได้แก่ เพศ (Odds ratios=4.7, 95%CI=2.6-8.6) ความรู้เรื่องการใช้สื่อ (Odds ratios=2.3; 95%CI=1.3-4.1) เจตคติต่อการใช้สื่อ (Odds ratios=3.9; 95%CI=2.1-7.4) ทักษะการใช้สื่อในการเข้าถึง(Odds ratios=2.5; 95%CI=1.3-4.7) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นความจำเป็นของกิจกรรมสุขศึกษา ในโรงเรียนเกี่ยวกับการสอนที่เน้นการเพิ่มความรู้และการสร้างเจตคติที่นำไปสู่การเข้าถึงอย่างรอบรู้ รวมทั้งส่งเสริมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในทางบวกโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีทักษะในการเข้าถึงที่ดี

คำสำคัญ: การเปิดรับสื่อ; สื่อสังคมออนไลน์; เนื้อหาเรื่องเพศ

บทนำ

ปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์ เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันของเรา โดยพบว่าคนไทย มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 74.0 และใช้เวลาอยู่กับสื่อสังคมออนไลน์โดยเฉลี่ย 3 ชั่วโมง 11 นาทีต่อวัน ประเภท

ของสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยม ได้แก่ Facebook, YouTube, LINE, Facebook Messenger, Instagram, และ Twitter⁽¹⁾ โดยพบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี มีสัดส่วนการใช้สื่อสังคมออนไลน์สูงกว่ากลุ่มอื่น จากร้อยละ 54.8 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 69.7 ในปี 2557⁽²⁾ และวัยรุ่นมี

การใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 3 ชั่วโมง 42 นาที ต่อวัน โดยประเภทของสื่อสังคมออนไลน์ที่กลุ่มวัยรุ่นมีการใช้งานมากที่สุดได้แก่ YouTube ร้อยละ 99.4 รองลงมาคือ Facebook ร้อยละ 97.7 และ Line ร้อยละ 88.2⁽³⁾ สิ่งที่น่าห่วง คือ มีวัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่รู้เท่าไม่ถึงการณ์ มักตกเป็นเหยื่อของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ผิดประเภท นั่นคือการบริโภคสื่อลามกหรือเนื้อหาทางเพศบนสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกในรูปแบบต่างๆ⁽⁴⁾

จากสถิติการเปิดรับสื่อลามกของเยาวชนไทย พบว่า ร้อยละ 62.6 เคยดูภาพโป้/เว็บโป้ทางอินเทอร์เน็ต ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เคยดู ร้อยละ 54.8 เคยใช้บริการดาวน์โหลดภาพ/วิดีโอโป้ ร้อยละ 26.6 พุดคุยเรื่องเพศกับคนอื่นบนเว็บ และร้อยละ 11.8 ส่งภาพ/ข้อความทางเพศไปในเว็บโป้⁽⁵⁾ มีการประกาศหาคู่ทางอินเทอร์เน็ตของเพศชายร้อยละ 20.8 เพศหญิงร้อยละ 12.2 นัดพบคนรู้จักผ่านอินเทอร์เน็ต เพศชายร้อยละ 38.8 เพศหญิงร้อยละ 22.4 และเคยมีเพศสัมพันธ์กับคนรู้จักทางอินเทอร์เน็ต เพศชายร้อยละ 26.6 เพศหญิงร้อยละ 8.2⁽⁶⁾ วัยรุ่นส่วนใหญ่ที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพราะความอยากรู้อยากลอง ต้องการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเมื่อเปิดรับสื่อลามกทางอินเทอร์เน็ตแล้วมีอารมณ์ ก็จะมีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองร้อยละ 30.0 มีเพศสัมพันธ์กับแฟนร้อยละ 24 และเคยมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เพิ่งรู้จักกันทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 7.0⁽⁷⁾ จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์รูปแบบการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศของวัยรุ่นอยู่ในภาวะที่น่าเป็นห่วง อันเนื่องมาจากการเปิดรับเนื้อหาทางเพศบนสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกทุกเวลา ซึ่งการเปิดรับเนื้อหาทางเพศบนสื่อต่างๆ ดังกล่าวนี้นำไปสู่การกระตุ้นอารมณ์ทางเพศที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และปัญหาสืบเนื่อง อาทิ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น⁽⁸⁾

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มวัยรุ่น พบว่า มีหลายปัจจัย จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการใช้เพื่อเรื่องเกี่ยวกับทางเพศ สัมพันธ์กับ ลักษณะประชากรด้าน เพศ ลักษณะในการใช้อินเทอร์เน็ต⁽⁹⁾ ค่าใช้จ่ายส่วนตัว รายได้ครอบครัว⁽¹⁰⁾ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้⁽⁴⁾ เป็นต้น ความรู้ในการใช้อินเทอร์เน็ตของวัยรุ่น⁽¹⁰⁾ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ลักษณะการคบเพื่อน บทบาทระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อน^(4,11) การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัว ที่ให้ความรัก ความอบอุ่น การสนับสนุนหรือให้ความรู้ และควบคุมการใช้งานจากครอบครัว^(12,13)

จากการทบทวน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในกลุ่มวัยรุ่น เป็นเรื่องของสหปัจจัยทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งส่วนใหญ่เน้นปัจจัยภายนอก แต่ยังมีการศึกษาไม่มากในส่วนของปัจจัยภายใน ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออก พฤติกรรมของบุคคลได้เช่นกัน การดำเนินงานในการป้องกันผลกระทบจากการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสมจำเป็นต้องตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกบุคคล ตามกรอบแนวคิดการวางแผน PRECEDE-PROCEED Model⁽¹⁴⁾ ในขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางการศึกษาและทางนิเวศวิทยา อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพเกิดจากปัจจัย 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในบุคคลในการกระทำพฤติกรรม เช่น ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ (2) ปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีส่วนเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำพฤติกรรม เช่น ทรัพยากรที่มีอยู่ การเข้าถึงทรัพยากร ทักษะ และ (3) ปัจจัยเสริม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาเป็นกรอบในการกำหนดปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อศึกษาระดับของการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มี

เนื้อหาเรื่องเพศ และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง ประชากรคือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 3 จังหวัดนนทบุรี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วน ของ Daniel WW และ Cross CL⁽¹⁵⁾ แทนค่าด้วยสัดส่วนพฤติกรรมดูภาพโป๊/เว็บโป๊ทางอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 62.6) จากการศึกษาของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์⁽⁵⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 390 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างโรงเรียนจากโรงเรียนขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ และขนาดใหญ่พิเศษ ขนาดละ 1 โรงเรียน โดยการจับฉลาก ได้ 4 โรงเรียน

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างห้องเรียนในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ของโรงเรียนตัวอย่าง 4 แห่ง โดยการจับฉลากห้องเรียน โดยโรงเรียนขนาดเล็กและขนาดกลาง สุ่มระดับชั้นละ 1 ห้องเรียน โรงเรียนขนาดใหญ่และขนาดใหญ่พิเศษ สุ่มระดับชั้นละ 2 ห้องเรียน

ขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างนักเรียน โดยการคำนวณสัดส่วนนักเรียนในแต่ละโรงเรียน และตามสัดส่วนแต่ละระดับการศึกษา และใช้นักเรียนในแต่ละห้องเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตามสัดส่วน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์เป็นตัวแทนประชากร กรณีนักเรียนที่ถูกสุ่มไม่อยู่หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในวันที่ทำแบบสอบถาม จะสุ่มนักเรียนใหม่ จนครบจำนวนตัวอย่างที่กำหนดไว้ ได้จำนวนตัวอย่างตามระดับชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 135 คน มัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 127 คน และมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 128 คน รวม 390 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่พัฒนาขึ้นโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบคุณภาพโดยวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ มี 4 ตอน คือ

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียน การมีแฟน)
- 2) ความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (ความคงที่ภายใน $KR-20=0.79$) ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนนรวม 15 คะแนน
- 3) เจตคติต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบบลิเคอร์ท 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จำนวน 12 ข้อ ($\alpha=0.80$) ให้คะแนน 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) 4 (เห็นด้วย) 3 (ไม่แน่ใจ) 2 (ไม่เห็นด้วย) และ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) สำหรับข้อความทางบวกต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ และให้คะแนนในทางกลับกันในข้อความทางลบ ช่วงคะแนนรวม 12-60 คะแนน
- 4) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คำตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบบลิเคอร์ท 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จำนวน 12 ข้อ ($\alpha=0.95$) ให้คะแนน 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) 4 (เห็นด้วย) 3 (ไม่แน่ใจ) 2 (ไม่เห็นด้วย) และ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)
- 5) ทักษะการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อการเข้าถึงเรื่องเพศ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ลักษณะการพักอาศัย การมีเวลาว่าง การได้รับการสอน หรือการเรียนรู้เรื่องสื่อที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ การมีกฎระเบียบของโรงเรียน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย (1) การดูแลของผู้ปกครอง เป็นคำถามเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวของ

ผู้ปกครองในการให้ความรู้ และควบคุมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียน คำตอบ 2 ตัวเลือก (ทำ/ใช่ และ ไม่ทำ/ไม่ใช่) จำนวน 11 ข้อ ให้คะแนน 1 และ 0 ตามลำดับ คะแนนรวม 0-11 คะแนน และการดูแลของครูเป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของครูในการให้ความรู้ และควบคุมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียน คำตอบ 2 ตัวเลือก (ทำ/ใช่ และ ไม่ทำ/ไม่ใช่) จำนวน 5 ข้อ ให้คะแนน 1 และ 0 ตามลำดับ คะแนนรวม 0-5 คะแนน ส่วนที่ 4 การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ของการกระทำหรือเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศของนักเรียน ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 15 ข้อ คำตอบ 5 ระดับ คือ ไม่เคย นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย บ่อยครั้ง และทุกวัน ให้คะแนน 0, 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ คะแนนรวม 0-48 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้ดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 2018-185) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ตามขั้นตอนดังนี้

1) ประสานโรงเรียนเพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลและติดต่อประสานงานกับอาจารย์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการนัดหมายนักเรียนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) เข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยอธิบายให้ทราบถึงสิทธิและการรักษาข้อมูลเป็นความลับ จากนั้นให้ลงนามในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และขอการยินยอมจากผู้ปกครองร่วมด้วย

3) เก็บข้อมูลในโรงเรียนโดยผู้วิจัย ชั่วโมงวิชา สุขศึกษาและแนะแนว โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมตนมานั่งทำแบบสอบถามในที่ที่จัดเตรียมไว้สำหรับการทำ

แบบสอบถามซึ่งเป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด แล้วเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที

4) เมื่อทำเสร็จให้ใส่แบบสอบถามลงในซองปิดผนึกสำหรับใส่แบบสอบถาม และใส่ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงในซองปิดผนึกสำหรับใส่ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้ เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงกันของแบบสอบถามและหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย ส่งคืนให้ผู้วิจัยด้วยตนเอง

วิเคราะห์ข้อมูล จากจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้จำนวน 390 คน เก็บข้อมูลได้สมบูรณ์จำนวน 387 คน จากนั้นวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางด้านสถิติใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ) ในการวิเคราะห์การกระจายของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์แบบสองตัวแปรในเบื้องต้น จากนั้นใช้ตัวแปรที่ผลการทดสอบทางสถิติมีค่า $p < 0.10$ เข้าในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสม (คะแนนการปฏิบัติตนน้อยกว่าร้อยละ 50.0 ของคะแนนรวม) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งหมด จำนวน 387 คน ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.9) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-17 ปี (ร้อยละ 73.6) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการเรียนมากกว่า 2.50 (ร้อยละ 81.4) ส่วนของปัจจัยนำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 52.5) ด้านเจตคติต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหา

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี

เรื่องเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเห็นหรือความเชื่อในทางลบต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ (ร้อยละ 63.3) มีเพียงร้อยละ 4.7 มีความเห็นหรือความเชื่อในทางบวกต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง มีความเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับความต้องการของบุคคลสำคัญต่อการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศในระดับต่ำ (ร้อยละ 54.5) และมีเพียงร้อยละ 11.4 ที่มีความเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับความต้องการของบุคคลสำคัญต่อการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศในระดับสูง ด้านทักษะในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเข้าถึงเรื่องเพศ พบว่าส่วนใหญ่มีทักษะในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเข้าถึงเรื่องเพศในระดับน้อย (ร้อยละ 75.2)

ปัจจัยเอื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะที่พึงอาศัยที่มีความเป็นส่วนตัว (ร้อยละ 79.6) และมากกว่าครึ่งมีเวลาว่างในแต่ละวันน้อย (ร้อยละ 57.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการสอนหรือการเรียนรู้

เกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศจากโรงเรียน (ร้อยละ 76.2) และมากกว่าครึ่งไม่มีกฎระเบียบของโรงเรียนในการห้ามพกหรือใช้โทรศัพท์ (ร้อยละ 60.7) ส่วนของปัจจัยเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากจากผู้ปกครองและครูในระดับดูแลไม่ใกล้ชิด (ร้อยละ 72.6 และ 52.5 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่มีแฟน (ร้อยละ 72.4)

การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินจากความถี่ของการปฏิบัติ พบว่า มีร้อยละ 19.6 ที่รายงานว่าไม่ใช้หรือไม่เปิดรับชม และร้อยละ 46.3, 34.1 ปฏิบัติเหมาะสม และไม่เหมาะสมตามลำดับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปรระหว่างปัจจัยที่ศึกษา (ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม) กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ (ตารางที่ 1 และ 2) พบปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความ

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากร ปัจจัยนำ และระดับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ (N=387)

ปัจจัย	จำนวน	กลุ่มตัวอย่างที่เปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ (ร้อยละ)		p-value	
		ไม่เหมาะสม	เหมาะสม		
เพศ	ชาย	159	61.6	38.4	<0.001
	หญิง	228	14.9	85.1	
อายุ (ปี)	15-17	285	33.7	66.3	0.769
	18-19	102	35.3	64.7	
เกรดเฉลี่ย	<2.5	72	47.2	52.8	0.009
	≥2.5	315	31.1	68.9	
ความรู้เรื่องการใช้สื่อ	ต่ำ	55	74.5	25.5	<0.001
	ปานกลาง	129	41.1	58.9	
	สูง	203	18.7	81.3	
เจตคติต่อการใช้สื่อ	ทางลบ	245	15.5	84.5	<0.001a
	ค่อนข้างบวก	124	61.3	38.7	
	บวก	18	100.0	0.0	

Factors Associated with Exposure to Sexual Content on Social Media among Senior High School Students

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากร ปัจจัยนำ และระดับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ (N=387) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	กลุ่มตัวอย่างที่เปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ (ร้อยละ)		p-value
		ไม่เหมาะสม	เหมาะสม	
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้สื่อ				<0.001
ต่ำ	211	16.6	83.4	
ปานกลาง	132	49.2	50.8	
สูง	44	72.7	27.3	
ทักษะการใช้สื่อในการเข้าถึง				<0.001
น้อย	291	23.4	76.6	
มาก	96	66.7	33.3	

หมายเหตุ: a ค่า p-value จากสถิติทดสอบ Chi-square เมื่อยุบรวมเจตคติเป็น 2 กลุ่ม (ทางลบ กับก่อนทางบวก-บวก)

ตารางที่ 2 กลุ่มปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และระดับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ (N=387)

ตัวแปร	จำนวน	กลุ่มตัวอย่างที่เปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ (ร้อยละ)		p-value	
		ไม่เหมาะสม	เหมาะสม		
ปัจจัยเอื้อ:					
ลักษณะที่พักอาศัย	ไม่เป็นส่วนตัว ^a	79	25.3	74.7	0.065
	มีความเป็นส่วนตัว ^b	308	36.4	63.6	
การมีเวลาว่าง	น้อย	223	33.	66.4	0.818
	มาก	164	34.8	65.2	
การได้รับการสอน	ไม่เคย	92	34.8	65.2	0.876
	เคย	295	33.9	66.1	
กฎระเบียบ/ข้อห้าม	มี	152	30.3	69.7	0.199
	ไม่มี	235	36.6	63.4	
ปัจจัยเสริม:					
การดูแลของผู้ปกครอง	ไม่ใกล้ชิด	281	28.8	71.2	<0.001
	ใกล้ชิด	106	48.1	51.9	
การดูแลของครู	ไม่ใกล้ชิด	203	29.1	70.9	0.028
	ใกล้ชิด	184	39.7	60.3	
การมีแฟน	มี	107	35.5	64.5	0.718
	ไม่มี	280	33.6	66.4	

หมายเหตุ: ก คือ อยู่บ้านที่ไม่มีห้องเป็นส่วนตัว

ข คือ อยู่บ้านที่มีห้องเป็นส่วนตัว หรืออยู่หอพัก

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี

สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ ($p < 0.001$) และ เกรดเฉลี่ย ($p = 0.009$) และตัวแปรที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ กลุ่มปัจจัยนำ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ($p < 0.001$) เจตคติต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ($p < 0.001$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($p < 0.001$) และทักษะในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเข้าถึงเรื่องเพศ ($p < 0.001$) กลุ่มปัจจัยเอื้อพบว่า ตัวแปรทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (ลักษณะที่พอกอาศัย การมีเวลาว่าง การได้รับการสอนหรือการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศจากโรงเรียน และการมีกฎระเบียบของโรงเรียนในการห้ามพกหรือใช้โทรศัพท์) กลุ่มปัจจัยเสริม ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การดูแลของผู้ปกครอง ($p < 0.001$) และการดูแลของครู ($p = 0.028$) และตัวแปรที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่

การมีแฟน

เมื่อนำเฉพาะตัวแปรที่ผลการทดสอบความสัมพันธ์แบบสองตัวแปรมีค่า $p < 0.10$ มาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ ผลการวิเคราะห์ (ตารางที่ 3) พบว่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญและทำนายการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสม ได้แก่ เพศ ความรู้เรื่องการใช้สื่อ เจตคติต่อการใช้สื่อ ทักษะการใช้สื่อในการเข้าถึง กล่าวคือ นักเรียนหญิงมีโอกาสที่จะใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสมมากกว่านักเรียนชาย 4.7 เท่า (Odds ratios=4.7; 95%CI=2.6 – 8.6) และนักเรียนที่มีความรู้เรื่องการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับสูง มีเจตคติเชิงลบต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ และมีทักษะการใช้สื่อเพื่อการเข้าถึงในระดับน้อย จะมีโอกาสที่จะใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสมมากกว่า ผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำถึงปานกลาง (Odds

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิของการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสม

	ตัวแปร	Odds ratios	95% CI (lower-upper)
เพศ	หญิง	4.69*	2.562-8.583
	ชาย	1	
เกรดเฉลี่ย	<2.5	0.89	0.440-1.813
	≥2.5	1	
ความรู้เรื่องการใช้สื่อ	สูง	2.31*	1.287-4.130
	ต่ำ-ปานกลาง	1	
เจตคติต่อการใช้สื่อ	ค่อนข้างบวก-บวก	3.92*	2.064-7.448
	ทางลบ	1	
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	ต่ำ	1.78	0.936-3.391
	ปานกลาง-สูง	1	
ทักษะการใช้สื่อในการเข้าถึง	น้อย	2.51*	1.331-4.735
	มาก	1	
ลักษณะที่พอกอาศัย	ไม่เป็นส่วนตัว	2.02	0.970-4.214
	เป็นส่วนตัว	1	
การดูแลของผู้ปกครอง	ใกล้ชิด	0.676	0.347-1.316
	ไม่ใกล้ชิด	1	
การดูแลของครู	ใกล้ชิด	0.987	0.536-1.818
	ไม่ใกล้ชิด	1	

ratios=2.3; CI=1.3-4.1) มีเจตคติค่อนข้างบวกและเชิงบวก (Odds ratios=3.9; CI=2.1-7.4) และมีทักษะการใช้สื่อเพื่อการเข้าถึงในระดับมาก (Odds ratios=2.5; CI=1.3 - 4.7) สำหรับตัวแปร เกรดเฉลี่ย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ลักษณะที่พึงอาศัย และการดูแลของผู้ปกครองและการดูแลของครู ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสม

วิจารณ์

การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศในการวิจัยนี้ศึกษาในคุณลักษณะความเหมาะสมและไม่เหมาะสมของการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ซึ่งวัดจากความถี่ของการใช้ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อความ รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว วิดีโอหรือสิ่งที่เผยแพร่ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศและกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ เช่น การ์ตูน นิยาย เรื่องเล่าทางเพศ ภาพ วิดีโอ เซ็กซ์ไปเปลือยหรือการกระทำทางเพศ รวมทั้งการพูดคุยสนทนาในเรื่องเพศ จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศในระดับเหมาะสมและไม่เหมาะสม ร้อยละ 65.9 และร้อยละ 34.1 ตามลำดับ โดยร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศในระดับไม่เหมาะสมยังสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่เข้าถึงเทคโนโลยีได้ง่าย และสะดวกรวดเร็ว อีกทั้งเป็นวัยที่ศึกษาค้นคว้าพร้อมอยากเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ ดังนั้น จึงมีพฤติกรรมการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษาของ Bleakley A และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาในวัยรุ่นสหรัฐอเมริกา อายุ 13-18 ปี ซึ่งพบว่าวัยรุ่นมีการเปิดรับสื่อลามกทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 25.7 และของกอล์ฟ ป้อมสูง⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายในกรุงเทพมหานครที่พบร้อยละ 29.4 เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการถามการเปิดรับเนื้อหาเรื่องเพศผ่านช่องทางต่างๆ นอกจากสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งรวมถึงโทรทัศน์ เพลง

มิวสิควิดีโอ นิตยสาร และภาพยนตร์รวมอยู่ด้วย⁽¹⁶⁾ และเป็นคำถามพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสื่อที่มีเนื้อหาเรื่องเพศชัดเจน สื่อที่มีเนื้อหาเกลียดชัง/เนื้อหารุนแรง สื่อที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ยาเสพติด แอลกอฮอล์ และสิ่งผิดกฎหมาย และสื่อที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเกมการพนัน⁽¹⁰⁾ ซึ่งทั้งสองการศึกษาไม่ได้เป็นการถามเฉพาะเจาะจงในเรื่องสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศโดยเฉพาะ และการวัดของการศึกษานี้ใช้ ผลรวมคะแนนรายงานความถี่ของการเปิดรับสื่อที่อาจทำให้ผลต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่วัดแค่การใช้กับไม่ใช่

ผลจากการศึกษานี้พบเพียงบางปัจจัยในกลุ่มปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ ความรู้เรื่องการใช้สื่อ เจตคติต่อการใช้สื่อ และทักษะการใช้สื่อในการเข้าถึงเท่านั้นที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ปัจจัยเพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลเพียงตัวเดียวเท่านั้นที่สัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ โดยนักเรียนหญิงมีโอกาสที่จะใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสมมากกว่านักเรียนชาย ผลนี้อธิบายได้ว่า วัยรุ่นจะมีความสนใจเรื่องทางเพศหรือมีพฤติกรรมทางเพศ⁽¹⁷⁾ โดยวัยรุ่นหญิงจะจินตนาการถึงความสัมพันธ์ที่อบอุ่นโรแมนติก จึงชอบอ่านนิยายชวนฝัน ในขณะที่ผู้ชายจะมีจินตนาการทางเพศเป็นภาพของการมีเพศสัมพันธ์ จึงชอบดูภาพไปเปลือย⁽¹⁸⁾ ในทางกลับกันมีการศึกษาพบว่านักเรียนชายมีแนวโน้มที่จะเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาที่ไม่เหมาะสมสูงกว่า ดังเช่นการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรพงษ์ พวงเล็ก⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่า วัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานครที่เป็นเพศชายมีการเปิดรับเนื้อหาทางเพศบนสื่ออินเทอร์เน็ตมากกว่าเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bleakley A และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า วัยรุ่นในสหรัฐอเมริกา อายุ 13-18 ปี ที่เป็นเพศชายมีการแสวงหาเนื้อหาทางเพศมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะการแสวงหาทางเว็บไซต์

ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เรื่องการใช้สื่อ เจตคติต่อการใช้

ใช้สื่อ และทักษะการใช้สื่อในการเข้าถึง มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ โดยนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับสูงจะมีโอกาสที่จะใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำถึงปานกลาง ยิ่งนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพิ่มมากขึ้น นักเรียนกลับมีการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศลดลง เนื่องจากเมื่อนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์จะทำให้ นักเรียนเกิดความเข้าใจและรู้เท่าทันภัยที่มาจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น ทำให้นักเรียนมีการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศลดลง สอดคล้องกับการศึกษา กอล์ฟ ป้อมสูง⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีความรู้ในการใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการใช้อินเทอร์เน็ตในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ ยิ่งนักเรียนมีความรู้ในการใช้อินเทอร์เน็ตในระดับสูง จะมีพฤติกรรมในการใช้อินเทอร์เน็ตในทางที่เหมาะสม

เจตคติต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ พบว่านักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติเชิงลบต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ จะมีโอกาสที่จะใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีเจตคติค่อนข้างบวกและเชิงบวก ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยต่อการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศมีการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เห็นด้วย สอดคล้องกับแนวคิดการกระทำด้วยเหตุผล ที่กล่าวว่า เจตคติเป็นตัวกำหนดหรือองค์ประกอบด้านบุคคล หรือธรรมชาติของบุคคลที่เกี่ยวกับการประเมินทั้งในด้านบวกและด้านลบ หรือด้านดีและไม่ดีของบุคคลนั้น ต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นการแสดงออกอย่างง่าย ๆ ถึงการตัดสินใจของบุคคลว่าพฤติกรรมนั้นดีหรือเลว ชอบหรือต่อต้านการกระทำนั้น เป็นการประเมินความรู้สึกโดยทั่วไปของบุคคล ในทางที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ โดยความเชื่อจะมีอิทธิพลในการสร้างเจตคติต่อสิ่งต่าง ๆ และยังส่งผลไปถึงความสัมพันธ์

ระหว่างเจตคติกับการกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้⁽¹⁹⁾

ทักษะการใช้สื่อเพื่อการเข้าถึงพบว่านักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการใช้สื่อเพื่อการเข้าถึงในระดับน้อยจะมีโอกาสที่จะใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีทักษะการใช้สื่อเพื่อการเข้าถึงในระดับมาก เนื่องจากนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะมากจะรู้จักค้นหาช่องทางและเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศได้ง่าย ทำให้มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับ จิตติกาญจน์ อัครกุล⁽¹²⁾ ที่พบว่า ทักษะในการใช้งานอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในทางที่ผิดของวัยรุ่น ถ้าวัยรุ่นมีทักษะในการใช้งานอินเทอร์เน็ตมาก จะมีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในทางที่ผิดมากขึ้นตามไปด้วย

สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เกรดเฉลี่ย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ซึ่งจะเห็นได้ว่านักเรียนที่มีผลการเรียนต่างกันมีการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศไม่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอริยาภรณ์ เลิศพัฒนกิจกุล⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 พบว่า นักเรียนที่มีผลการเรียนต่างกันมีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยนำเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศเช่นกัน อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในระดับต่ำ และไม่แตกต่างกัน ทั้งในกลุ่มที่เปิดรับเหมาะสมและไม่เหมาะสม ซึ่งขัดแย้งกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล⁽¹⁹⁾ ที่ว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกิดจากการประเมินความเชื่อตามความคาดหวังของบุคคลอื่น รอบ ๆ ตัวเขา ในกรณีที่บรรทัดฐาน

ของกลุ่มอ้างอิงเกิดจากการประเมินความเชื่อตามความคาดหวังของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่เฉพาะเจาะจง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลนี้เรียกว่า กลุ่มอ้างอิงเด่นชัด กลุ่มอ้างอิงเด่นชัดนี้เท่านั้นที่จะมีอิทธิพลต่อการคล้อยตามของกลุ่มอ้างอิงของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ เกี่ยวกับ ลักษณะที่พักอาศัย ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหา เรื่องเพศ ซึ่งจะเห็นได้ว่านักเรียนที่มีลักษณะที่พักอาศัย แบบไม่เป็นส่วนตัว และเป็นส่วนตัวมีการเปิดรับสื่อสังคม ออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศไม่ต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ กอล์ฟ ป้อมสูง⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าวัยรุ่นที่ใช้อินเทอร์เน็ตที่บ้านมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการใช้อินเทอร์เน็ตต่ำกว่า วัยรุ่นที่ใช้อินเทอร์เน็ตที่อื่น ๆ ในส่วนของปัจจัยในกลุ่ม ปัจจัยเสริม ได้แก่ การดูแลของผู้ปกครองและการดูแล ของครู จากการศึกษาไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับการ เปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ซึ่งจะเห็นได้ ว่านักเรียนที่มีการดูแลของผู้ปกครองและการดูแลของครู ต่างกันมีการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ไม่ต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ วุฒิกัญจน์ อัครกุล⁽¹²⁾ ที่ พบว่าการอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวที่ให้ความรัก ความ อบอุ่นให้การสนับสนุนหรือสามารถให้ความรู้และควบคุม การใช้งานอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในทางที่ผิดของวัยรุ่น ซึ่ง หากพ่อแม่ให้คำแนะนำและสอนวิธีการใช้อินเทอร์เน็ต และสอนวิธีการเข้าถึงข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับวัยรุ่น รวมทั้งสามารถชักจูงวัยรุ่นให้เข้าร่วม กิจกรรมที่เป็นประโยชน์เสริมสร้างทักษะในการเรียนรู้ และการดำเนินชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัวแทนการ ปล่อยให้วัยรุ่นใช้เวลาว่างไปกับการเล่นอินเทอร์เน็ตจะมี ส่วนช่วยป้องกันไม่ให้เด็กและวัยรุ่นใช้อินเทอร์เน็ตในทาง ที่ผิด⁽²¹⁾ และไม่สอดคล้องกับ กอล์ฟ ป้อมสูง⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับความรู้ความเข้าใจในการใช้อินเทอร์เน็ตจาก ครูส่งผลต่อพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการใช้อินเทอร์เน็ต ของวัยรุ่นในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ หากครูให้ความ รู้ความเข้าใจในการใช้อินเทอร์เน็ตแก่วัยรุ่นจะทำให้วัยรุ่น

มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการใช้อินเทอร์เน็ตลดลง

การวิจัยในครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ (1) การวัดตัวแปรที่ประยุกต์แนวคิดการกระทำด้วยเหตุผล ได้แก่ เจตคติที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม และการคล้อย ตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์วิธีการวัด แบบทางตรง คือ วัดตามความคิด/ความเชื่อต่อการใช้สื่อ สังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ ไม่ได้วัดทางอ้อม (ความเชื่อในผลของการกระทำพฤติกรรมเมื่อถ่วงน้ำหนัก ด้วยการประเมินความเป็นไปได้ของผลของการกระทำ พฤติกรรมตามความเชื่อนั้น ๆ) ดังนั้นในการเปรียบเทียบ ผลกับการศึกษาอื่น หรือสรุปผลอ้างอิงสู่ประชากรทั่วไป อาจยังมีข้อจำกัด และ (2) การศึกษานี้เป็นการศึกษา เฉพาะกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาซึ่งอยู่ในบริบท เขตเมือง ดังนั้นผลที่พบจึงจำกัดหรืออธิบายได้เฉพาะ กลุ่มที่มีบริบทนี้ ไม่สามารถอธิบายในประชากรทั่วไปได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่านักเรียนถึง 1 ใน 3 ที่มีการ ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศไม่เหมาะสม โดย ปัจจัยเกี่ยวกับเพศ ความรู้ เจตคติ และทักษะในการใช้ สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเข้าถึงเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญกับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มี เนื้อหาเรื่องเพศ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารโรงเรียนควรเน้นหรือบรรจุ เนื้อหาการใช้หรือเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่อง เพศ ในการสอนกลุ่มสาระสุขศึกษาพลศึกษา หรือเสริมใน ชั่วโมงกิจกรรมลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้

2. ด้านการนำไปปฏิบัติ

- 2.1 ในการจัดการเรียนการสอนของโรงเรียน เพื่อให้ นักเรียนสามารถใช้ สื่อออนไลน์ โดยเฉพาะที่มีเนื้อหา เรื่องเพศได้อย่างเหมาะสม ควรดำเนินการดังนี้ เน้น กิจกรรมเพิ่มความรู้ โดยเฉพาะประเด็นความรู้เกี่ยวกับ พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับ คอมพิวเตอร์ เน้นในกลุ่มนักเรียนที่มีแนวโน้มในการใช้ สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศมากกว่า โดยเน้น

เพศชายมากเป็นพิเศษ

2.2 โรงเรียนควรจัดให้มีระบบที่เอื้อและสนับสนุนให้มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสม ได้แก่ ส่งเสริมการใช้ทักษะในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนในการนำไปใช้ประโยชน์ในการเรียน โดยจัดให้มีการหาข้อมูล หรือการทำกิจกรรมพิเศษผ่านสื่อสังคมออนไลน์ให้แก่ นักเรียน เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ

สำหรับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับที่ศึกษาในวิจัยนี้ หรือศึกษาในกลุ่มอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบผล รวมทั้งควรมีการศึกษาต่อยอดเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมดำเนินงานที่มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้และเจตคติ ต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Datareportal. Digital 2019: Thailand [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 10]. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2019-thailand>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 6 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://www.m-society.go.th/article_attach/12407/16719.pdf
3. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2560. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2560.
4. วีรพงษ์ พวงเล็ก. ปัจจัยเชิงเหตุของการเปิดรับเนื้อหาทางเพศบนสื่ออินเทอร์เน็ตที่มีต่อทัศนคติทางเพศของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารปัญญาภิวัฒน์ 2557;5(ฉบับพิเศษ):105-22.
5. สำนักวิจัยเอแบคโพลล์. ความคิดเห็นและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของเยาวชนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 11 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ryt9.com/s/abcp/97935>
6. สำนักวิจัยเอแบคโพลล์. พฤติกรรมและผลกระทบของการใช้อินเทอร์เน็ตจากกลุ่มเยาวชน [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 11 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ryt9.com/s/abcp/121181>
7. สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์. การเปิดรับสื่อลามกทางอินเทอร์เน็ตกับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2552.
8. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. การจัดการอบรมเรื่องเพศคุยได้ในครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2558.
9. นิติพงษ์ ศรีระพันธ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ศึกษาระดับมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2552. 190 หน้า.
10. กอล์ฟ ป้อมสูง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการใช้อินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2550. 136 หน้า.
11. Baumgartner SE, Valkenburg PM, Peter J. Assessing causality in the relationship between adolescents' risky sexual online behavior and their perceptions of this behavior. J Youth Adolesc 2010;39(10):1226-39.
12. ฐิติกาญจน์ อัครกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในทางที่ผิดของวัยรุ่นตอนกลางในเขตพระนคร กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2554. 167 หน้า.
13. Doornwaard SM, Bickham DS, Rich M, Vanwesenbeeck I, Van den Eijnden RJ, Ter Bogt TF. Sex-related online behaviors and adolescents' body and sexual self-perceptions. Pediatrics 2014;134(6):1103-10.
14. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. Boston: McGraw-Hill; 2005.
15. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. Hoboken, NJ: Wiley & Sons; 2013.
16. Bleakley A, Hennessy M, Fishbein M. A model of adolescents' seeking of sexual content in their media choices. J Sex Res 2011;48(4):309-15.

17. สุรางค์ โค้วตระกูล. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
18. กรมอนามัย. คู่มือพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างวัยรุ่นกับครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ พับลิชชิง; 2559.
19. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Massachusetts: Addison Wesley; 1975.
20. อริยาภรณ์ เลิศพัฒนกิจกุล. การศึกษาพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เขตพื้นที่การศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 [สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554. 163 หน้า.
21. ภัทราวดี วงศ์สุเมธ. การใช้งานอินเทอร์เน็ตของเด็กและวัยรุ่นและผลกระทบต่อที่เกี่ยวข้อง. วารสารนักบริหาร 2558; 35(2):95-106.

Abstract: Factors Associated with Exposure to Sexual Content on Social Media among Senior High School Students, Nonthaburi Province

Kornwika Kotin, M.Sc.*; Paranee Vatanasomboon, Ph.D.; Malinee Sompopcharoen, Ph.D.****

** Faculty of Public Health, Mahidol University; ** Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(2):211-22.

Exposure to sexual content on social media among adolescences is a significant problem leading to sexual intercourse and teenage pregnancy. This survey research aimed to study social media exposure on sexual content and its related factors among senior high school students. The 390 senior high school students of the secondary school in Nonthaburi Province were selected using multistage sampling. A self-administered questionnaire was used to obtain the data. Chi-square test and binary logistic regression analysis were employed to analyze the association between the study variables and the appropriate exposure to sexual content on social media. The results showed that 34.1% of the respondents were at an inappropriate level of exposure to sexual content on social media, while 65.9% were at an appropriate level. Logistic regression analysis showed only four factors associating significantly with and predicting the appropriate - being female (Odds ratios=4.69, 95%CI=2.6-8.6), high level of knowledge of using social media (Odds ratios=2.3; 95%CI=1.3-4.1), positive attitude toward exposure (Odds ratios=3.9; 95%CI=2.1-7.4), and less skill of access to media (Odds ratios=2.5; 95%CI=1.3-4.7). The findings suggested the needs of school health education intervention regarding health education instruction which focuses on the enhancement of knowledge and attitude leading to literate exposure, as well as the promotion of positive use of social media particularly among students with skillful access.

Keywords: media exposure; social media; sexual content

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของการจัดการเรียนการสอนเรื่อง เพศศึกษา และ ทักษะชีวิต แบบบูรณาการโดยใช้ชุดสื่อสำเร็จรูป ยุคดิจิทัล สำหรับนักเรียนระดับประถม มัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย

ละมัย มั่นคง ว.ท.ด. (สาธารณสุข) *
อารี พุ่มประไพทย์ ส.ด. (สาธารณสุข) *
อารีย์ มหุวรรณ สส.ม. (สังคมสงเคราะห์)*
วิรัชกร เรียบร้อย ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม) **
วรุฒ โยธา ศศ.บ.(ภาษาอังกฤษ--ธุรกิจ)***

* คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยปทุมธานี จังหวัด ปทุมธานี

** สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัยจังหวัด นนทบุรี

*** สำนักงานเกษตรและสหกรณ์ จังหวัดตราด

วันรับ:	27 พ.ย. 2563
วันแก้ไข:	27 ม.ค. 2564
วันตอบรับ:	7 ก.พ. 2564

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิต ความพึงพอใจของนักเรียนในการใช้สื่อ การจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษา และทักษะชีวิตแบบบูรณาการ โดยใช้ชุดสื่อสำเร็จรูปยุคดิจิทัล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (one group pretest-post test design) กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียน คัดเลือกแบบเจาะจงโดยสำนักงานการประถมศึกษา (สพฐ.) จำนวน 37 โรงเรียน 23 จังหวัด กระจายทั่วทุกภาคของ ประเทศเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 1,804 คน โดยมีครูรับผิดชอบ จำนวน 84 คน จาก 37 โรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือชุดสื่อ ประกอบด้วยคู่มือ 1 เล่ม และการ์ตูน จำนวน 15 เรื่อง ระดับชั้นละ 5 เรื่อง และแบบทดสอบความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติ ซึ่ง พัฒนาโดยสำนักงานอนามัยและเจริญพันธุ์ กรมอนามัย โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจาก 38 หน่วยงานร่วมดำเนินการ และนำไปทดลองใช้ 8 โรงเรียน นักเรียน แห่งละ 30 คน นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า KR 20 = 0.72, alpha Cronbach coefficient = 0.78 และ 0.85 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้ในการอบรมครู (ผู้ช่วยวิจัย) คือครูที่ รับผิดชอบนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 วัน โดยผ่านการทดลองสอนและมีผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ และมอบหมายให้ครูไปสอนนักเรียนในชั้นของตนเองตามโปรแกรมที่กำหนดในสื่อ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากสอน โดยใช้ชุดสื่อ นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้นด้านทักษะคิดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัย สำคัญทางสถิติ ด้านความพึงพอใจของการใช้สื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยสรุป สื่อเพศศึกษาที่ใช้น่าจะมี ประโยชน์ในการเพิ่มความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

คำสำคัญ: เพศศึกษา; ทักษะชีวิต; สื่อดิจิทัล

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอกและสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเพศ ที่มีเนื้อหาช่วยอำนวยความสะดวกให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กันอย่างอิสระมากขึ้น จากการที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์และขาดความพร้อมในการมีชีวิตครอบครัว เป็นผลให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอัตราที่สูง⁽¹⁾ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เฉลี่ยทั่วโลกประมาณ 65 ราย ต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วพบร้อยละ 49.0 ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาพบร้อยละ 36.0⁽²⁾ ข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁽³⁾ พบว่า พ.ศ. 2554 มีการเกิดจากเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 3,676 คน และมารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรอายุน้อยกว่า 20 ปี ทั้งหมดจำนวน 114,001 คน ซึ่งในจำนวนนี้พบว่ามีแม่วัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 8 ปี ในขณะที่พ่อวัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 10 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเดียวกัน

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่าวัยรุ่นเป็นผู้มีลักษณะ 3 ประการ⁽⁴⁾ คือมีพัฒนาการด้านร่างกายโดยมีวุฒิภาวะทางเพศ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจโดยมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่และมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพ มีรายได้สามารถรับผิดชอบและพึ่งพาตนเองและได้กำหนดอายุของวัยรุ่นอยู่ระหว่าง 10-19 ปีเริ่มมีความสนใจเกี่ยวกับเพศและเข้าสู่วุฒิภาวะทางเพศคือสามารถมีเพศสัมพันธ์และให้กำเนิดบุตรได้ วัยรุ่นจึงเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในหลาย ๆ ด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเนื่องจากเป็นวัยเจริญพันธุ์และธรรมชาติของวัยทำให้เกิดความต้องการในการมีเพศสัมพันธ์ประกอบกับได้รับอิทธิพลจากเพื่อนคนรักสื่อสังคมและต้องการต่อต้านขนบธรรมเนียมประเพณี อยากรู้ อยากเห็นอยากลอง

มีการลองผิดลองถูกและคอยสังเกตดูจากปฏิกิริยาของคนรอบข้างเพื่อตัดสินใจว่าสิ่งที่ทำนั้นดีเลวเป็นอย่างไรการสนับสนุนส่งเสริมให้เด็กคงสภาพการอยากรู้อยากเห็นอยากลองและได้มีโอกาสทดลองสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ ในขอบเขตที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นตามวัยจะทำให้ก้าวเข้าสู่วัยรุ่นด้วยความภาคภูมิใจพฤติกรรมอยากลองมักจะมีสูงสุดในช่วงวัยรุ่นตอนกลางเป็นเด็กก็ไม่ใช่ว่าเป็นผู้ใหญ่ก็ไม่เชิงแนวความคิดและการยับยั้งตัวเองมีไม่มากพอ

กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์สาเหตุส่วนใหญ่ เนื่องจากวัยรุ่นขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา และทักษะชีวิต⁽⁵⁾ เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวสถานศึกษาจึงควรจัดการสอนเรื่องทักษะชีวิตและเพศศึกษา เพื่อให้วัยรุ่นได้รับความรู้และการปฏิบัติตัวในกลุ่มเพื่อน หรือสิ่งแวดล้อมในสังคมได้ถูกต้องเพราะความหมายว่า “เพศศึกษา” มิใช่เป็นเพียงหน่วยการสอนเกี่ยวกับการสืบพันธุ์ การปฏิสนธิและการคลอดเท่านั้น แต่รวมถึงกระบวนการทางการศึกษาที่ช่วยให้บุคคลได้นำความรู้เกี่ยวกับเพศไปผสมผสานกับการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคตเพื่อช่วยให้เข้าใจพื้นฐานที่สำคัญทางเพศเมื่อถึงวัยผู้ใหญ่และเข้าใจถึงบรรทัดฐานทางเพศในสังคมที่แตกต่างกันตลอดจนสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นในสังคมได้ อีกทั้งเป็นการปลูกฝังให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติทางเพศอย่างถูกต้องและมีศีลธรรมจรรยาอีกด้วย⁽⁶⁾ ส่วนเรื่องทักษะชีวิต เป็นทางเลือกความรับผิดชอบส่วนบุคคลเมื่อบุคคลต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบในตัวเอง บุคคลนั้น ๆ อยู่ในกระบวนการสร้างทางเลือกที่จะทำให้ชีวิตของตนเองสมบูรณ์และมีความสุขมากที่สุด ดังนั้นทักษะชีวิตจึงเป็นทักษะในการช่วยเหลือตนเอง (self-helping skills) หรือเป็นความสามารถที่บุคคลสามารถช่วยตนเองในด้านต่าง ๆ ในการจัดแจงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน⁽⁸⁾ ได้กำหนดองค์ประกอบทักษะชีวิตที่สำคัญที่จะสร้างและพัฒนาเป็นภูมิคุ้มกันชีวิตให้กับเด็กและเยาวชนในสภาพสังคมปัจจุบันและเตรียมพร้อมสำหรับอนาคตไว้ 4 องค์

ประกอบดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น องค์ประกอบที่ 2 การคิดวิเคราะห์ตัดสินใจและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ องค์ประกอบที่ 3 การจัดการกับอารมณ์และความเครียด องค์ประกอบที่ 4 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น นอกจากนี้ การเรียนรู้ที่ดีและมีประสิทธิภาพ ต้องมีสื่อการสอนที่เหมาะสม การเรียนรู้สื่อเทคโนโลยีจึงเป็นตัวเลือกต้น ๆ ที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการเรียนการสอน แต่การเลือกชนิดของสื่อต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมของสื่อเทคโนโลยี เพราะสื่อเทคโนโลยีต้องช่วยพัฒนาเด็กทั้งด้านสติปัญญาและทางสังคมควบคู่กันไป ควรใช้ในลักษณะเป็นอุปกรณ์การเรียนรู้หรือเรียนแบบร่วมมือเพื่อลดปัญหาการแยกตัวของเด็ก⁽⁹⁾ สื่อเทคโนโลยีที่ดีจะช่วยพัฒนาการเรียนรู้ของเด็กได้ ควรจะเป็นโปรแกรมที่ช่วยฝึกทักษะให้เป็นคนช่างสังเกตทำทหายความคิดเพื่อให้เกิดอย่างมีระบบ เป็นเหตุเป็นผล เสน่ห์ของสื่อเทคโนโลยี คือ การมีเสียงดนตรีหรือเสียงเพลงบรรเลงประกอบภาพที่เชิญชวนให้เด็กหลงใหลในอรรถรสและการมีอารมณ์ร่วม ซึ่งมีผู้รู้และนักการศึกษาหลายท่านได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องของสื่อยุคใหม่กับการเรียนรู้ของเด็กไว้ดังนี้ จูฬากรณ์ มาเสถียรวงศ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้รายงานไว้ว่า สื่อเป็นช่องทางการเรียนรู้ที่ดีมากสำหรับเด็ก แต่ตอนนี้ช่องทางนั้นมีให้เลือกเยอะมากทั้งสื่อสีเทา สีดำ สีขาว ทำอย่างไรจะให้เด็กเดินไปในเส้นทางของสื่อสีขาวให้มาก ให้สื่อเป็นครูทางเลือกอีกคนหนึ่งการสอนให้เด็กตั้งหลัก กับเป้าหมายของชีวิตและมีแรงบันดาลใจกับเป้าหมายการเรียนและการใช้ชีวิตที่ถูกต้องให้มากที่สุด

จากสถานการณ์ดังกล่าว กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้มีการพัฒนาชุดคู่มือการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตในนักเรียนแบบบูรณาการ พร้อมชุดสื่อดิจิทัลประกอบด้วยคู่มือ 1 เล่ม และการ์ตูนจำนวน 15 เรื่อง ระดับชั้นละ 5 เรื่อง ซึ่งแบ่งตามระดับชั้นประถมศึกษา/มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยความร่วมมือจากภาคีที่เกี่ยวข้อง 38 แห่ง รวมกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวง

สาธารณสุข ทีมผู้วิจัยและทีมผู้จัดทำชุดสื่อ จึงเห็นสมควรว่าควรนำคู่มือและสื่อดังกล่าวไปขยายผลเพื่อให้เกิดประโยชน์กับกลุ่มเป้าหมายคือนักเรียนในสถานศึกษาทั่วประเทศต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย และประถมศึกษาตอนปลาย ทุกภาคทั่วประเทศซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักการประถมศึกษา (สพฐ.) มี 18 เขตพื้นที่ โดย สพฐ. คัดเลือกมารวม 37 โรงเรียน จำนวน 23 จังหวัด โดยพิจารณาจากเกณฑ์คือ มีความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการ มีนักเรียนตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด และยังคงมีปัญหาด้านการตั้งครุภัณฑ์ในกลุ่มนักเรียน โดยทางโรงเรียนส่งครูที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตมาเข้ารับการอบรมโรงเรียนละ 2 คน (ผู้ช่วยวิจัย) มีครูเข้ารับการฝึกอบรมทั้งสิ้น 84 คน รับการฝึกอบรมจำนวน 3 วันและมีการสาธิตการสอนโดยมีผู้เชี่ยวชาญวิพากษ์ หลังจากนั้น นำความรู้ที่ได้รับไปสอนนักเรียน ที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ตามโปรแกรมของสื่อฯ ซึ่งมีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 1,804 คน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยคือ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561-มีนาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ สื่อชุดดิจิทัล ประกอบด้วย คู่มือจำนวน 1 เล่ม การ์ตูน จำนวน 15 เรื่อง ระดับชั้นละ 5 เรื่อง แบบทดสอบความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ พัฒนาโดยสำนักอนามัยและเจริญพันธุ์ กรมอนามัย โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจาก 38 หน่วยงานร่วมดำเนินการ และนำไปทดลองใช้ 8 โรงเรียน นักเรียนแห่งละ 30 คน นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า KR 20 = 0.72, Cronbach alpha coefficient = 0.78 และ 0.85 ตามลำดับ

รายละเอียดของแบบประเมินประกอบด้วย

1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ประเภทของโรงเรียน สถานที่ตั้ง จำนวนนักเรียน จำนวนครูอายุของนักเรียน และครู

2) แบบทดสอบความรู้ ทักษะชีวิตและเพศศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย เรื่องละ 20 ข้อ ระดับประถมศึกษา เรื่องละ 5 ข้อ เป็นข้อสอบแบบถูกผิด แบ่งเกณฑ์ประเมินโดยใช้การแบ่ง 4 ระดับ ต่ำกว่าร้อยละ 50.0 ต้องปรับปรุง ร้อยละ 50.0-59.0 ระดับพอใช้ ร้อยละ 60.0-70.0 ระดับดี ร้อยละ 70.0 ขึ้นไป ระดับดีมาก

3) แบบทดสอบความรู้ ทักษะชีวิตและเพศศึกษา ระดับชั้นประถมศึกษาจำนวน เรื่องละ 5 ข้อ เป็นข้อสอบแบบถูกผิด แบ่งระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด⁽¹¹⁾

4.) แบบวัดทัศนคติ ด้านทักษะชีวิตและเพศศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย เรื่องละ 20 ข้อ ระดับชั้นประถมศึกษา เรื่องละ 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ตามแบบของ Likert' scale five rating⁽¹²⁾

5) แบบวัดการปฏิบัติ ด้านทักษะชีวิตและเพศศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย เรื่องละ 20 ข้อ ระดับชั้นประถมศึกษา เรื่องละ 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ⁽¹²⁾

แบบวัดความพึงพอใจของนักเรียน ในการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ⁽¹²⁾

กำหนดความหมายของคะแนนดังนี้

- 5 หมายถึงข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
- 4 หมายถึงข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
- 3 หมายถึงข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นปานกลาง
- 2 หมายถึงข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อย
- 1 หมายถึงข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุด

ใช้ค่าทางสถิติคะแนนเฉลี่ยกำหนดช่วงของการวัดตามเกณฑ์ของยุทธ ไกยวรรณ⁽¹³⁾

สูตรการจัดระดับดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.8$$

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง นักเรียนมีทัศนคติการปฏิบัติ และความพึงพอใจ อยู่ในระดับ มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง นักเรียนมีทัศนคติการปฏิบัติ และความพึงพอใจ อยู่ในระดับ มาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง นักเรียนมีทัศนคติการปฏิบัติ และความพึงพอใจ อยู่ในระดับ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง นักเรียนมีทัศนคติการปฏิบัติ และความพึงพอใจ อยู่ในระดับ น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง นักเรียนมีทัศนคติการปฏิบัติ และความพึงพอใจ อยู่ในระดับ น้อยที่สุด

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ (ผู้ช่วยวิจัย) ครูที่ได้รับการคัดเลือกมาเข้ารับการฝึกอบรมจำนวน 3 วัน ซึ่งทุกคนผ่านการสาธิตการสอนได้ ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการวิจัย เป็นผู้สอนเรื่องเพศศึกษา และทักษะชีวิตโดยใช้สื่อที่ได้จัดทำขึ้น และให้ครูกลับไปสอนนักเรียนของโรงเรียนตนเอง โดยเลือกระดับชั้นที่ตนเองสอน สอนตามโปรแกรมในสื่อฯ โดยมีนักเรียนจำนวน 1,804 คน ตามรายละเอียดของแต่ละระดับชั้น ตามสื่อ DVD ชั้นละ 5 เรื่องจนครบ (ระยะเวลาในการสอน เฉลี่ย 1-2 เดือน) สอนคาบละ 50 นาที สอนจนครบตามคู่มือ ก่อนดำเนินการสอนแจกแบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ และการปฏิบัติ และเมื่อสอนจนครบตามคู่มือจะวัดผลหลังการทดลองอีกครั้ง ผู้วิจัยและทีม จะลงเยี่ยมและสอบถามปัญหาอุปสรรค ตลอดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ก่อนและหลังการสอน ใช้สถิติ paired t test

ผลการศึกษา

การศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอน เรื่องทักษะชีวิตและเพศศึกษา โดยใช้คู่มือการเรียนการสอนฯ และ

ผลของการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษา และทักษะชีวิต แบบบูรณาการโดยใช้ชุดสื่อสำเร็จรูปชุดจิตจดล

สื่อฯ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลายและ ประถมศึกษา ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป โรงเรียน จำนวน 37 แห่ง ระดับประถมศึกษาจำนวน 16 แห่ง มัธยมศึกษาตอนต้น 10 แห่ง มัธยมศึกษาตอนปลายและขยายโอกาส 11 แห่ง จำนวนครู ทั้งหมด 84 คน จำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษา 437คน มัธยมศึกษาตอนต้น 658 คน มัธยมศึกษาตอนปลาย 709 คน รวม1,804 คน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติ ด้านทักษะชีวิต และเพศศึกษา ของนักเรียนทุกระดับชั้น ก่อน หลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติด้านเพศศึกษา และทักษะชีวิตของนักเรียนทุกระดับ ก่อน หลัง การสอน พบว่าค่าเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติ ด้านเพศศึกษาและทักษะชีวิตของนักเรียนทุก

ระดับชั้นหลังการสอน มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่จะมีด้านทัศนคติของระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

2) คะแนนความพึงพอใจของนักเรียน ภายหลังจากได้รับการสอนโดยใช้คู่มือและสื่อ การสอนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิต

ระดับความพึงพอใจของนักเรียนด้านทักษะชีวิต จำนวนทั้ง 37 โรงเรียนพบว่า ด้านความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลางทุกระดับชั้น ส่วนด้านการนำไปใช้พบค่าเฉลี่ยระดับมัธยมศึกษาอยู่ในระดับสูง ประถมศึกษาระดับปานกลาง ดังแสดงตามตารางที่ 2

ระดับความพึงพอใจของนักเรียนด้านเพศศึกษา จำนวนทั้ง 37 โรงเรียน พบว่า ด้านวิธีการสอน ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น พบระดับมาก

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติ ด้านเพศศึกษาและทักษะชีวิตของนักเรียนทุกระดับชั้นก่อนและหลังการสอน

	ระดับชั้น	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย (Mean)		t-test	p-value
			ก่อน	หลัง		
ความรู้	มัธยมศึกษาตอนปลาย	658	16.45	18.68	-1.872	0.03*
	มัธยมศึกษาตอนต้น	709	16.62	17.44	-5.931	0.01*
	ประถมศึกษา	437	3.60	4.50	-1.245	0.02*
ทัศนคติ	มัธยมศึกษาตอนปลาย	658	3.42	4.55	-1.74	0.06
	มัธยมศึกษาตอนต้น	709	3.34	3.45	-1.382	0.03*
	ประถมศึกษา	437	3.62	4.40	-0.132	0.01*
การปฏิบัติ	มัธยมศึกษาตอนต้น	658	3.37	4.46	-1.538	0.02*
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	709	3.56	4.12	-1.639	0.01*
	ประถมศึกษา	437	3.28	4.43	-0.172	0.00*

*p<0.05

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของนักเรียนด้านทักษะชีวิต จำนวน 37 โรงเรียน

ความพึงพอใจ	โรงเรียนประถมศึกษา		โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น		โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
สามารถเข้าใจได้ง่าย	3.17	0.57	3.04	0.63	3.36	0.62
การนำไปใช้	2.98	0.20	3.49	0.57	3.51	0.43

ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายพบระดับมากที่สุด สำหรับด้านความเข้าใจ ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายพบระดับมาก ชั้นประถมศึกษาพบระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่านักเรียนทุกชั้น ที่ได้รับการสอนเพศศึกษาและทักษะชีวิต แบบบูรณาการโดยใช้คู่มือ และชุดสื่อดิจิทัลที่ผลิตขึ้น มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ในระดับมากกว่าก่อนได้รับการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นสื่อและคู่มือนี้จึงเหมาะที่จะนำไปปรับใช้กับนักเรียนได้ในทุกระดับชั้น ในด้านของความพึงพอใจ นักเรียนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดที่ได้เรียนรู้จากครู โดยมีสื่อเป็นสิ่งสนับสนุน สื่อที่นำเสนอมีความเข้าใจง่าย มีภาพประกอบและเสียงบรรยายที่สามารถสื่อสารออกมาแล้ว นักเรียนสามารถเข้าใจได้ทันที สามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามช่วงวัย มีการแสดงสถานการณ์สมมติประกอบการแสดงผ่านตัวการ์ตูน ทำให้นักเรียนเกิดความสนุกและเพลิดเพลิน ไม่น่าเบื่อ สีสันสดใส น่าสนใจ การบรรยายใช้คำพูดเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน แต่ละตอนในสื่อการ์ตูน มีความเหมาะสมกับช่วงวัย สอดคล้องกับงานวิจัยของสุรเดช คนตรง⁽¹⁴⁾ เรื่องการศึกษาทักษะการแก้ปัญหาเรื่องเพศศึกษาโดยใช้สื่อ-โทรทัศน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในเรื่องเพศศึกษาโดยใช้สื่อโทรทัศน์ และให้นักเรียนใช้กระบวนการกลุ่มในการร่วมกับระบุดูปัญหา แยกแยะปัญหา แก้ไขปัญหาสามารถวิเคราะห์ได้ว่าพฤติกรรมในตัวละครที่นักเรียนได้

ชมเหมาะสมหรือไม่ ส่งผลกระทบต่อใครอย่างไรบ้าง และทำให้นักเรียนได้เรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาด้านเพศศึกษาอย่างรอบด้าน มีความเข้าใจถึงการพัฒนาการในช่วงวัยของตนเองคือช่วงวัยรุ่น การใช้ทักษะการคิดในการตัดสินใจและทักษะการแก้ปัญหาได้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เรียนรู้ทักษะการปฏิเสธ รวมทั้งรู้จักวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงเพื่อสามารถแก้ปัญหา หลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ตลอดจนการนำเสนอการใช้ทักษะการแก้ปัญหาในเรื่องเพศศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของรุจา ภูไพบูลย์⁽¹⁵⁾ เรื่องการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตระหว่างหนังสือการ์ตูนและสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันต่อทักษะชีวิตของเด็กวัยเรียน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนทักษะชีวิตระหว่างกลุ่มอ่านหนังสือการ์ตูนและกลุ่มดูภาพยนตร์แอนิเมชันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อทดสอบเพิ่มเติมโดย Scheffe's test พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ภาพยนตร์แอนิเมชันมีคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตสูงกว่ากลุ่มอ่านหนังสือการ์ตูนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะในการนำสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันมาใช้ในการสอนเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของเด็กวัยเรียนและทำการศึกษาวิจัยในอนาคต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee GY และ Lee DY⁽¹⁶⁾ ศึกษาผลของการใช้ทักษะชีวิตเป็นแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมสอนเพศศึกษาต่อความรู้ ทักษะการจัดการตนเองในด้านสุขภาพทางเพศ และความพึงพอใจการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนตามโปรแกรม และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนตามโปรแกรมปกติ ประเมินผลหลังการสอนพบว่า กลุ่ม-

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของนักเรียนด้านเพศศึกษา จำนวน 37 โรงเรียน

ความพึงพอใจด้านเพศศึกษา	โรงเรียนประถมศึกษา		โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น		โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
วิธีการสอน	3.46	0.77	3.99	0.68	4.10	0.78
สามารถเข้าใจได้ง่าย	2.88	0.33	3.60	0.63	3.07	0.43

ทดลอง มีคะแนนความรู้เฉลี่ยและทักษะในการจัดการตนเองด้านสุขภาพทางเพศมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้นำโปรแกรมนี้เป็นส่วนหนึ่งบรรจุในหลักสูตรของการจัดการเรียนการสอนระดับมัธยมต้นในประเทศเกาหลี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jafarigiv S และ Peyman N⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาผลของการอบรมทักษะชีวิตและกลยุทธ์ความรู้ด้านสุขภาพต่อความภาคภูมิใจในตนเอง และความสามารถแห่งตนในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความภาคภูมิใจในตนเองและความสามารถแห่งตน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

การศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยใช้ชุดสื่อสำเร็จรูปยุคดิจิทัลสำหรับนักเรียนระดับประถม และมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย สามารถเสริมสร้างความรู้ ทักษะชีวิต การปฏิบัติ ด้านทักษะชีวิตและเพศศึกษา ในนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำมาใช้อบรมครูและทดสอบความรู้ครู ก่อนและหลังการอบรมให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพื่อนำไปสอนนักเรียนตั้งแต่ประถมศึกษาจนถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 1,804 คน ระยะเวลาในการศึกษา พ.ศ. 2561-2562 ผลการศึกษา ภายหลังจากสอนนักเรียนทุกระดับชั้น มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะชีวิต การปฏิบัติเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการสอน

ข้อเสนอแนะ

ก. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กระทรวงศึกษาธิการควรบรรจุเนื้อหาวิชา จำนวนหน่วยกิต ให้ชัดเจนใน 8 กลุ่มสาระวิชาหลัก แบ่งการสอนตามระดับความรู้ เพื่อให้นักเรียน สามารถก้าวทันโลก ไม่เกิดความผิดพลาด

2) กระทรวงสาธารณสุขควรติดตามการดำเนินงานของโรงเรียนพ่อแม่ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3) กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ และนวัตกรรม ควรพัฒนาหลักสูตร เกี่ยวข้องกับการผลิตครู ควรเพิ่มเนื้อหาวิชาและกิจกรรมให้กับ นักศึกษา เนื่องจาก เมื่อสำเร็จการศึกษา ยังไม่ทราบว่าจะได้รับผิดชอบวิชาใด การมีความรู้ สามารถให้คำแนะนำแก่เด็กที่กล้าเข้ามาซักถาม เนื่องจากความไว้วางใจ

ข. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ควรเชิญผู้มีส่วนได้-ส่วนเสีย ได้แก่ เยาวชน ชาย หญิง บิดา มารดา ตำรวจ แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ รัฐมนตรี-ว่าการกระทรวงศึกษาธิการ รัฐมนตรีกระทรวงพัฒนา-ความมั่นคงของมนุษย์ สื่อมวลชน มาร่วมแสดงความคิดเห็น รับฟัง การนำเสนอปัญหา แนวทางแก้ปัญหา เพื่อให้สื่อต่างๆ ช่วยกันผลักดันให้ หน่วยงานที่รับผิดชอบ นำไปกำหนดเป็นนโยบายในหน่วยงานของตนเอง

ค. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการนำทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ในการอบรม
- 2) ควรมีการวิจัยแนวทางในการผลิตสื่อออนไลน์ที่เหมาะสมกับวัยรุ่น เช่นเกมส์ที่มีการแข่งขัน
- 3) พิมพ์ผลงานวิจัยเผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ เพื่อสะดวกในการทำวิจัย systemic review

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาวิจัยแห่งชาติที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยขอขอบคุณ ศูนย์นโยบายและการจัดการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี กรมอนามัย สำนัก-งานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) โรงเรียนกลุ่มเป้าหมาย คณาจารย์และนักเรียน ในการมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. การตั้งครุภัณฑ์ไม่ต้องการ. ใน: วิทยาดิฐาพันธ์, นิศารัตน์ พิทักษ์วัชร, พงษ์นัย ผดุงเกียรติวัฒนา, บรรณาธิการ. วิกฤติในเวชปฏิบัติปริทัศน์. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.สีฟ้า; 2555. หน้า 143-50.

2. อรพินท์ เจริญผล. การตั้งครรภที่ไม่ต้องการ บทบาทพยาบาล. ใน: วิทยา ธิฐาพันธ์, นิศารัตน์ พิทักษ์วัชร, พงนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, บรรณาธิการ. วิกฤติในเวชปฏิบัติปริกำเนิด . กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2555. หน้า 157-62.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2555.
4. World Health Organization. Child and adolescent health and development [Internet]. [cited 2017 Jun 4]. Available from: http://www.who.int/child_adolescent_health/news/archive/2011/01_06_2011/en/index.html/
5. วัลยา ธรรมพนินชวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนไทยชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555;42(1):30-40.
6. Rubin IK, Rubin LK. Sex in the adolescent years. New York: North Youth Association; 1964.
7. Nelson-Jones R. Life skills helping: a textbook of practical counseling and helping skills. 3rd ed. Sydney: Holt, Rinehart and Winston; 1997.
8. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตบูรณาการการเรียนการสอน 8 กลุ่มสาระการเรียนรู้หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์-การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
9. กมลรัฐ อินทรทัศน์, พรทิพย์ เย็นจะบก. บทเรียนที่ 3 ศิลปะการสื่อสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://pirun.ku.ac.th/agrpct/lesson3/com>
10. จุฬารัตน์ มาเสถียรวงษ์, สรรชัย หนองตรุด, ภัทรา วายจูด, กมลทิพย์ นิ่มคธาวัธ. การพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ตามหลักการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐาน. Journal of Yanasangvorn Research Institute 2560;10(2).41-57.
11. Best JW. Research in Education. 3rded. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
12. รัตนศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาล: การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
13. ยุทธ โกยวรรณ์. สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
14. สุรเดช คนตรง. การศึกษาทักษะการแก้ปัญหาเรื่องเพศศึกษาโดยใช้สื่อโทรทัศน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนปรีณรอสกุล [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://academic.pry.ac.th/teacherresearch/>
15. รุจา ภูโพบูลย์. การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตระหว่างการใช้สื่อหนังสือการ์ตูนและสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันต่อทักษะชีวิตของเด็กวัยรุ่นเรียน. รามาธิบดี-พยาบาลสาร 2558;42(2):271-87.
16. Lee GY, Lee DY. Effects of a life skills-based sexuality education program on life-skills, sexuality, knowledge, self-management skills for sexual health, and program satisfaction of adolescents. Sex Education: Sexuality, Society and Learning [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 21st];19(5):519-33. Available from: [https://doi.org/10.1080/14747859.2019-0121](https://doi.org/10.1080/14747859.2019.1612121)
17. Sara Jafarigiv, Nooshin Peyman. The effect of life skills training with health literacy strategies on self-esteem and self-efficacy in female students during puberty. International Journal of Adolescent Medicine and Health [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 21st];19:468-72]. Available from: <https://doi.org/10.1080/14747859.2019-0121>

Abstract: Effective of Teaching Program on Integrated Sex Education and Life Skills Using Digital Media for Primary, Junior and High School Students

Lamai Mankong, Ph.D. (Public Health) *; Ari Pumprawai, Ph.D. (Public Health)*;
Aree Mahuwon, M.S.W. (Social Work)*, WatcharakornRiabroi, M.P.H. (Environmental Health)**;
Warut Yotha, B.S. (Art) ***

* Faculty of Nursing Pathumthani University; ** Bureau of Reproductive Health, Department of Health;
***Trat Provincial Agriculture and Cooperative Office, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(2):223-31.

The objective of this study was to assess the effectiveness of a sex education program that applied an integrated sex education and life skills digital media for primary, junior and high school students. It was conducted through a pre- and post-teaching evaluation of knowledge, attitude and practice among the samples who were students in 37 public schools in 23 provinces nationwide, under the Office of the Basic Education Commission. Altogether 1,804 students from primary, junior and high school participated in the study under the supervision of 84 teachers. The education tool was a digital media to assess the knowledge, attitude and practice on sex education developed by Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, of which the contents included 1 manual and 15 cartoons plays (5 for each student level). The tool was pre-tested by 38 experts in 8 schools with 30 student each; and the assurance value (KR 20) was found to be 0.72, and Cronbach's alpha coefficient was 0.78 and 0.85, respectively. The researchers had conducted 3-day training of assistant teacher and teachers in charge; and assigned them to teach their student in class. It was found that after the teaching, students had significantly higher point average on knowledge, attitude and practice than before ($p < 0.05$). However, there was no significant difference on the attitude of high school students. The satisfaction of digital media was at moderate level. In conclusion, the sex education tool should be widely promoted to achieve high level of knowledge, attitude and practice among young people in order to reduce the incidence of adolescent pregnancy in the country.

Keywords: sex education; life skills; digital media

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะ สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี

สลิลรัตน์ นิตนมร สพ.บ.*

นวรรตน์ สุวรรณผ่อง พบ.ด. (ประชากรและการพัฒนา)**

มธุรส ทิพยมงคลกุล Ph.D. (Epidemiology)***

ธนาศรี สีหะบุตร Ph.D. (Environmental Science)****

* หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ:	20 ม.ค. 2563
วันแก้ไข:	12 พ.ค. 2563
วันตอบรับ:	29 พ.ค. 2563

บทคัดย่อ ผู้ประกอบอาชีพเกี่ยวกับขยะต้องสัมผัสกับสิ่งสกปรก ย่อมได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่ปะปนมากับขยะชุมชน ได้แก่ ปัจจัยจากสารเคมี ปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยทางชีวภาพที่ต้องสัมผัสกับเชื้อโรค และปัจจัยทางการยศาสตร์จากการต้องยก หาม ลาก จูง วัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะ สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน และภาวะสุขภาพมิติด้านร่างกายและด้านจิตใจ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี จำนวน 282 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า พนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี มีภาวะสุขภาพมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจต่ำกว่าค่ามาตรฐาน T-score (Norm-based T score) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยที่ 50 คะแนน ร้อยละ 82.3 และ 72.4 ตามลำดับ การออกกำลังกายสัมพันธ์กับระดับภาวะสุขภาพมิติรวมด้านร่างกาย การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพมิติรวมด้านจิตใจ พนักงานที่มีการเจ็บป่วยบ่อยครั้งจะทำให้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจแย่ลง รวมถึงพนักงานที่มีความถี่ของการประสบอุบัติเหตุจากการทำงานสูง มีการรับรู้น้อยเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน จะทำให้ภาวะสุขภาพมิติรวมด้านร่างกายและมิติรวมด้านจิตใจแย่ลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลการวิจัย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงาน ส่งเสริมความรู้และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุ สนับสนุน การดูแลสุขภาพพนักงานในรูปแบบกองทุน เช่น กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล กองทุนเพื่อการออมทรัพย์ เป็นต้น เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ; แบบสอบถามภาวะสุขภาพ SF-36; พนักงานเก็บและคัดแยกขยะ; เทศบาล

บทนำ

ผู้ประกอบการอาชีพเกี่ยวกับขยะมีความเสี่ยงจากสิ่งคุกคามจากขยะ ได้แก่ ปัจจัยทางเคมีหรือสารเคมีจากระบวนการผลิตการเก็บกองขยะ เกิดการสะสมหรือทำลายระบบต่างๆของร่างกาย ปัจจัยทางกายภาพ เสียง อากาศ น้ำ อุณหภูมิ อุปกรณ์ เครื่องจักร ปัจจัยทางชีวภาพ ผ่านการสัมผัสกับตัวเชื้อโรค และปัจจัยทางการยศาสตร์ จากสภาพการทำงานไม่เหมาะสม เช่น การยกหาม ลาก จูง แบกวัสดุที่มีน้ำหนักมากเกินไปหรือร่างกาย การทำงานซ้ำๆ ต่อเนื่องกัน ผลกระทบทางสุขภาพที่พบบ่อย เกิดจากการประสบอุบัติเหตุกระดูกหัก เกิดแผล แผล ฝี ฉีกเนื้อจากวัสดุมีคมระหว่างการเก็บคัดแยกขยะในชุมชน⁽¹⁾ การสูดดมสารเคมีบริเวณแหล่งกำจัดขยะ เช่น สารอินทรีย์ระเหยง่าย (volatile organic compounds, VOC) จากการย่อยสลายของขยะอินทรีย์ ก่อให้เกิดอาการ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ระคายเคืองทางเดินหายใจ ก่อเกิดกระบวนการอักเสบของทางเดินหายใจ ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง^(2,3)

ตามแนวคิดปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพของบุคคล (health determinants) สุขภาพจะเป็นเช่นไรเกิดจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมในการประกอบอาชีพ⁽⁴⁾ ผู้ประกอบการอาชีพเกี่ยวกับขยะเสี่ยงต่อความบกพร่องทางสุขภาพ ระดับการศึกษาของส่งผลต่อระดับการรับรู้ รายได้ส่งผลสถานะทางสังคม การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมจากการประกอบอาชีพเพิ่มโอกาสประสบอุบัติเหตุและบาดเจ็บ การศึกษาด้านพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพเกี่ยวกับขยะพบว่า พนักงานเก็บขนขยะของกรุงเทพมหานคร มักประสบอุบัติเหตุจากการโดนวัสดุมีคมบาด ทิ่ม แหว่ง ร้อยละ 77.4⁽⁵⁾ ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจระหว่างทำงาน ร้อยละ 50.0 มีความชุกการป่วยของระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 40.0 และความชุกผลตรวจสมรรถภาพปอดผิดปกติ ร้อยละ 31.9 กลุ่มที่ทำงานตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มต่อความ

ผิดปกติของสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มที่ทำงานน้อยกว่า 20 ปี 2.19 เท่า (adjusted OR=2.19, CI 95% 0.94-5.08)⁽⁶⁾ พนักงานทำงานเฉลี่ย 10.79 ชั่วโมง/วัน มักเกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีอาการป่วยจากโรคทางเดินอาหาร การถูกของแข็ง/ของแหลม/กระเบื้องบาด สภาพแวดล้อมด้านความปลอดภัยในการทำงาน สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และชั่วโมงในการทำงานสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ($p < 0.05$)⁽⁷⁾ พนักงานเก็บขนขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดหนองบัวลำภู⁽⁸⁾ มักบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุขณะเก็บและคัดแยกขยะร้อยละ 77.5 พบอาการ musculoskeletal disorder syndrome ของแผ่นหลัง แขน และหัวไหล่ ที่แสดงอาการในระยะเวลา 7 วัน ร้อยละ 73.8 และใน 12 เดือน ร้อยละ 90.0 พนักงานเก็บขนขยะของเทศบาลจังหวัดนครปฐม⁽⁹⁾ มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง พบปัญหาการบาดเจ็บและประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน เพราะขาดความตระหนักต่อความปลอดภัย ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน เกิดการขาดงานต้องทำงานทดแทนกัน เพิ่มภาระงานและชั่วโมงการทำงาน จนเกิดปัญหาขาดแคลนบุคลากรด้านการเก็บขนขยะของเทศบาลตามมา⁽¹⁰⁾ แสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการอาชีพเกี่ยวกับขยะมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพ เพราะต้องทำงานและอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยง

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจประเมินภาวะสุขภาพของผู้ประกอบการอาชีพเกี่ยวกับขยะและปัจจัยที่กระทบต่อภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ ข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพที่เหมาะสมแก่พนักงานเพื่อป้องกัน การเจ็บป่วย การบาดเจ็บจากการทำงาน และการส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่พนักงานต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ พนักงานจ้างตำแหน่งพนักงานติดรถขยะและพนักงานที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานเก็บ

และคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดนนทบุรี 17 แห่ง จำนวน 282 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ พนักงานทั้งเพศชาย และหญิง สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและตอบแบบสอบถาม เกณฑ์การคัดออก คือ พนักงานที่ลาออก หรือถูกพักงานลาป่วย ลาภิก ลาคลอด ลาบวช ระหว่างการจัดเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 สิงหาคม ถึง 31 ตุลาคม 2560 อัตราการตอบกลับร้อยละ 90.0

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามใช้การสัมภาษณ์รายบุคคลและการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ และเติมข้อมูลแบบปลายเปิด จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคเครื่องดื่มชูกำลัง และการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ และเติมข้อมูลแบบปลายเปิด จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะ จำนวน 26 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน 8 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน 6 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันตนเองต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน 6 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เลือกได้ 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก จาก 5 -1 คะแนน (เห็นด้วยอย่างยิ่ง-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ข้อคำถามเชิงลบ มีการให้คะแนน จาก 1- 5 คะแนน (เห็นด้วยอย่างยิ่ง-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แบ่งการรับรู้ด้วยคะแนนร้อยละเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ในระดับต้องปรับปรุง (<ร้อยละ 60.0) การรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.0-79.0) และการรับรู้ในระดับดี (ร้อยละ 80.0-100.0)

ส่วนที่ 4 การประเมินภาวะสุขภาพด้วยแบบสอบถามภาวะสุขภาพ SF-36 (short form health survey) ฉบับแปลภาษาไทย ภายใต้ลิขสิทธิ์ของ Quality Metric®⁽¹¹⁾ ซึ่งผ่านการปรับปรุงข้อคำถามและแปลผลคะแนนเป็นค่ามาตรฐาน T-score มีค่าเฉลี่ยของทุกมิติที่ 50 (Mean=50) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.5 SD ความหมายของคะแนนสูงคือ การมีสุขภาพดี คะแนนต่ำหมายถึงสุขภาพที่ต่ำกว่า ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติหลัก ได้แก่ มิติร่างกาย (physical component score: PCS) และมิติจิตใจ (mental component score: MCS) และ 8 มิติย่อย ได้แก่ มิติการทำหน้าที่ทางกาย (physical functioning: PF) มิติบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย (role limitations due to physical health: RP) มิติความเจ็บปวดทางกาย (Bodily pain: BP) มิติสุขภาพทั่วไป (general health: GH) มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป (general mental health: MH) มิติด้านพลังงาน (vitality: VT) มิติด้านการทำหน้าที่ของสังคม (social functioning: SF) และมิติด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (role limitations due to emotional health: RE) นำคะแนนแบ่งกลุ่มระดับภาวะสุขภาพ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และคะแนนมากกว่า 50 คะแนน ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจและพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2017/120

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

จากการส่งแบบสอบถามไปยังพนักงานเก็บและคัดแยกขยะจำนวน 282 คน ได้รับการตอบกลับร้อยละ 90.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 86.2 อายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 63.4 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.7 ประสบการณ์ในการเก็บและคัดแยกขยะมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 57.1 โดยมีประสบการณ์มากที่สุด 30 ปี ระยะเวลาทำงานมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 59.4 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 85.0 แต่มีรายได้พิเศษจากการคัดแยกขยะชาย ร้อยละ 81.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 29.5 เป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ประสบการณ์การบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุขณะเก็บและคัดแยกจาก ของมี

คมบาด/ทิ่ม/แทง/เฉือน ร้อยละ 67.7 รองลงมาเป็นการลื่นล้ม ถึงขณะกระแทกมือเท้า ร้อยละ 49.6 อาการเจ็บป่วยหลังการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระตุก ข้อต่อ ร้อยละ 74.8 (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 78.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 52.0 บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 41.3 บริโภคเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 71.4 การนอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 44.9 บริโภคอาหารไม่ครบ 3 มื้อต่อวัน ร้อยละ 69.3 มีพฤติกรรมบริโภคอาหารไขมันสูง บริโภคของหวาน ขนมหวาน น้ำอัดลม น้อยกว่า 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 46.5 และ ร้อยละ 51.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมรับประทานอาหาร ขนม เครื่องดื่มระหว่างทำงาน ร้อยละ 72.1 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ใช้เป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ กางเกงขายาว เสื้อแขนยาว และถุงมือยาง คิดเป็นร้อยละ 72.8, 69.7 และ 66.5 อุปกรณ์ที่ไม่เคยใช้ ได้แก่ หน้ากากอนามัยและแว่นตา ร้อยละ 87.8 และ 87.3 รูปแบบการปฏิบัติงานประกอบด้วย การดึง/ลากจนถึงขยับ ร้อยละ 73.2 รอง

ตารางที่ 1 ประสบการณ์การบาดเจ็บ/อุบัติเหตุระหว่างการทำงาน และอาการป่วยหลังการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี (จำนวน 254 คน)

ปัจจัย (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	จำนวน	ร้อยละ
มีการบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุขณะเก็บและคัดแยกขยะ	197	77.6
บาดแผลจากของมีคมบาด/ทิ่ม/แทง/เฉือน	172	67.7
อุบัติเหตุลื่นล้ม ถึงขณะกระแทกมือ เท้า	126	49.6
บาดแผลจากการสัมผัสสารเคมี วัตถุที่มีความร้อน	53	20.9
อุบัติเหตุพลัดตกจากรถบรรทุกขยะ	40	15.7
อุบัติเหตุจากเครื่องจักร เช่น ถูกหนีบ ถูกกระแทกโดยไฮโดรลิก	27	10.6
มีอาการป่วยหลังการปฏิบัติงาน	224	88.2
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระตุก ข้อต่อ	190	74.8
ผด/ผื่น/คัน/อักเสบผิวหนัง	139	54.7
ดวงตาและรอบดวงตา ตาแดง ตาพร่า แสบตา	102	40.2
ทางเดินอาหาร อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย	83	32.7
วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม	83	32.7
การหายใจ จาม ไอเรื้อรัง คัดจมูก แน่นหน้าอก	81	31.9

ลงมาเป็นการยก/แบก/หามถึงขยะร้อยละ 65.3 หน่วย
งานการสนับสนุนอุปกรณ์/เครื่องมือร้อยละ 89.8 ซึ่ง
เพียงพอต่อการปฏิบัติงานร้อยละ 65.4

**ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการบาดเจ็บจาก
การทำงาน**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความเสี่ยงต่อโรคและการ
บาดเจ็บจากการทำงานระดับปานกลางร้อยละ 70.9 มี
การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน
และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองต่อ
โรคและการบาดเจ็บจากการทำงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ
47.6 และ 70.5 ตามลำดับ แต่มีการรับรู้อุปสรรคเกี่ยว
กับการป้องกันตนเองต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน
ระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 36.6 และปานกลาง

ร้อยละ 36.6 (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 4 ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพมิติด้านร่างกายและมิติ
ด้านจิตใจ ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 82.3 และ 72.4 ตาม
ลำดับ มิติด้านร่างกายที่ต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ มิติ
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย ร้อยละ 80.3
มิติด้านจิตใจต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ มิติด้าน
พลังงาน ร้อยละ 99.2 มีเพียงมิติด้านสุขภาพจิตทั่วไปที่
สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 50.4 (ตารางที่ 3 และภาพที่ 1)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การออกกำลังกาย
สัมพันธ์กับระดับภาวะสุขภาพ ด้านร่างกาย (p=0.041)
ส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับ
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ (p=0.014) โดยกลุ่มที่บริโภค

**ตารางที่ 2 การรับรู้ต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานรายด้านของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัด
นนทบุรี (จำนวน 254 คน)**

ตัวแปร	ต้องปรับปรุง	ปานกลาง	ดี
การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน	6.3	70.9	22.8
การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน	13.4	39.0	47.6
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน	2.0	27.6	70.5
การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันตนเองต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน	36.6	36.6	26.8

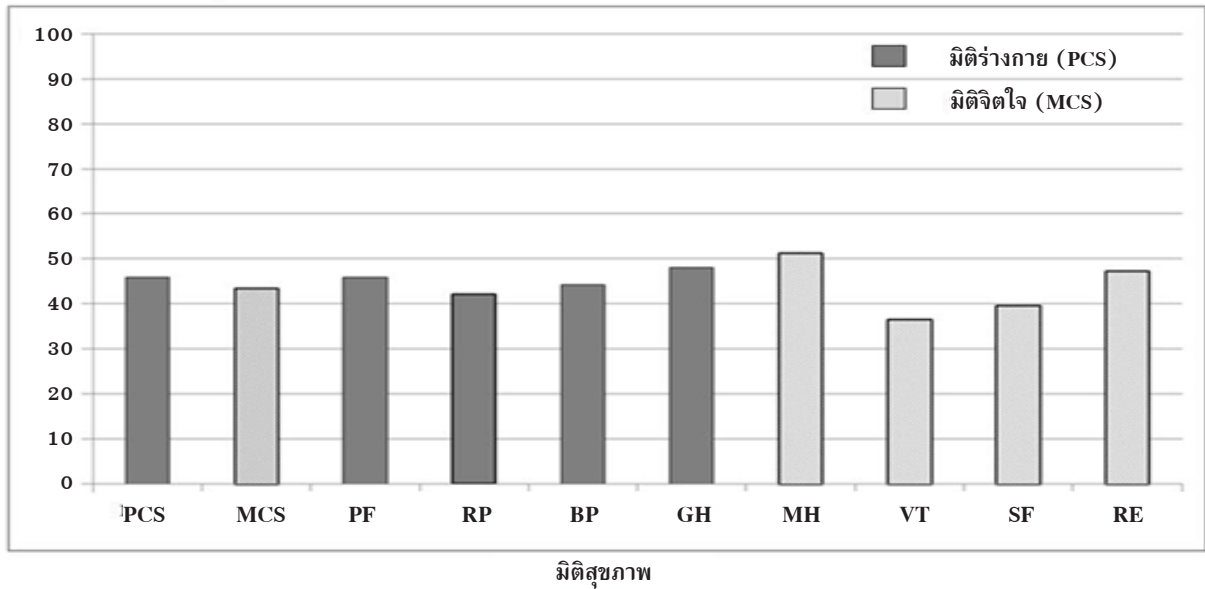
**ตารางที่ 3 ระดับภาวะสุขภาพแต่ละมิติรวมด้านร่างกายและด้านจิตใจของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัด
นนทบุรี (จำนวน 254 คน)**

มิติสุขภาพ	ต่ำกว่าเกณฑ์		สูงกว่าเกณฑ์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย (PCS)	209	82.3	45	17.7
ด้านจิตใจ (MCS)	184	72.4	70	27.6
ด้านการทำหน้าที่ทางกาย (PF)	158	62.2	96	37.8
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย (RP)	204	80.3	50	19.7
ด้านความเจ็บปวดทางกาย (BP)	185	72.8	69	27.2
ด้านสุขภาพทั่วไป (GH)	153	60.2	101	39.8
ด้านสุขภาพจิตทั่วไป (MH)	126	49.6	128	50.4
ด้านพลังงาน (VT)	252	99.2	2	0.8
ด้านการทำหน้าที่ของสังคม (SF)	214	84.3	40	15.7
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (RE)	156	61.4	98	38.6

ภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะ สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี

ภาพที่ 1 ภาวะสุขภาพพนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรีมีโดยรวม 2 มิติ และมิตีย่อย 8 มิติ (ค่ามาตรฐาน T-scored เท่ากับ 50 คะแนน)

คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพแต่ละมิติ



เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มภาวะสุขภาพมิติจิตใจดีกว่ากลุ่มที่ไม่บริโภค (ตารางที่ 4) การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความถี่ของการเจ็บป่วยจากการทำงาน มีความสัมพันธ์กับทางลบกับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ (p=0.018)

ความถี่ของอุบัติเหตุจากการทำงาน และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันตนเองต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ กับภาวะสุขภาพมิติร่างกายและจิตใจของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี (จำนวน 254 คน)

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพมิติร่างกาย (PCS)			p*
	จำนวน	ต่ำกว่าเกณฑ์	สูงกว่าเกณฑ์	
พฤติกรรมสุขภาพ				
การออกกำลังกาย				
ไม่	188	76.6	23.4	0.041
ใช้แต่ไม่ตามเกณฑ์	32	62.5	37.5	
ใช้ตามเกณฑ์	34	58.8	41.2	
ตัวแปร	ภาวะสุขภาพมิติจิตใจ (MCS)			p*
	จำนวน	ต่ำกว่าเกณฑ์	สูงกว่าเกณฑ์	
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	149	87.2	12.8	0.014
ดื่ม	105	75.2	24.8	

* Chi-square test

วิจารณ์

ผลการศึกษา พบว่า พนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี 3 ใน 4 มีภาวะสุขภาพมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจต่ำกว่าค่าเฉลี่ย และต่ำกว่าเกณฑ์ของประชากรไทยจากศึกษาของ Kangwanrattanakul K และ Auamnoy T⁽¹²⁾ และประชากรประเทศมาเลเซีย⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับ ภาวะสุขภาพรายด้านทั้ง 8 มิติ ที่มีภาวะสุขภาพต่ำกว่าเกณฑ์ของประชากรประเทศไทย⁽¹²⁾ ประเทศมาเลเซีย⁽¹³⁾ และประเทศสิงคโปร์⁽¹⁴⁾ โดยมีมิติด้านร่างกายที่คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด คือ มิติบทบาทที่ถูกจำกัดจากการทำหน้าที่ทางกาย ร้อยละ 80.3 มิติด้านจิตใจ พบว่า มิติด้านพลังงานต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 99.2 แสดงให้เห็นว่า การทำงานเก็บและคัดแยกขยะ มีผลจำกัดการทำงานหรือการดำเนินกิจกรรมประจำวันของพนักงาน ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หดแรงแง อีกด้วย

ส่วนความถี่ของการเจ็บป่วยจากการทำงานสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพมิติด้านจิตใจ และความถี่ของอุบัติเหตุจากการทำงานสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพทั้งมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พนักงานมักแสดงอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระตุกและข้อต่อ ร้อยละ 74.8 โดยเป็นผลมาจากการแบก หาม จูง ถึงขยะ ร้อยละ 67.7 มีบาดแผลจากของมีคมบาด/ทิ่ม/แทง/เฉือน ทั้งนี้สอดคล้องกับข้อมูล ว่าผู้ประกอบการอาชีพเก็บขยะมีโอกาสบาดเจ็บและประสบอุบัติเหตุจากการทำงานสูง^(5,8,9) และการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุบ่อยครั้งจะทำให้ภาวะสุขภาพของพนักงานแย่งลง

พฤติกรรมออกกำลังกายสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพมิติด้านร่างกายจิตใจ โดยพนักงานที่ออกกำลังกายมีแนวโน้มระดับสุขภาพมิติด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลัง ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรบรีโกลด์เครื่องตี้มแอลกอฮอล์กับภาวะสุขภาพด้านจิตใจของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญโดยกลุ่มที่บรีโกลด์เครื่องตี้มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มภาวะสุขภาพมิติด้านจิตใจดีกว่ากลุ่มที่ไม่บรีโกลด์ แม้จากข้อมูลสนับสนุนว่า การบรีโกลด์

เครื่องตี้มแอลกอฮอล์นั้นส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพแต่อาจเพราะพนักงานบรีโกลด์เครื่องตี้มแอลกอฮอล์หลังการทำงานเพื่อเข้าสังคมและสังสรรค์ ซึ่งพฤติกรรมกรบรีโกลด์เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ถือเป็นพฤติกรรมกรบรับมือต่อความเครียดรูปแบบอย่างหนึ่ง⁽¹⁵⁾ โดยใช้ปัจจัยภายนอกเพื่อการผ่อนคลายทางอารมณ์และอาจทำให้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจดีกว่า การศึกษาครั้งนี้จึงสอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพของ Dahlgren และ Whitehead⁽¹⁶⁾ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมกรบใช้ชีวิตประจำวันสามารถกำหนดระดับสุขภาพของตัวบุคคลในทางส่งเสริมหรือบั่นทอนสุขภาพก็ได้

การรับรู้ต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน ก่อเกิดเป็นพฤติกรรมกรบป้องกัน เช่น การใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคล การมีสุขอนามัย ถือเป็นปัจจัยเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพในกลุ่มคนทำงาน⁽¹⁷⁾ และหากมีการรับรู้สูงจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมป้องกันตนเองสูงไปด้วย การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานระดับปานกลาง พนักงานทราบถึงข้อมูลของขยะแต่ละชนิดและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทราบว่าการทำงานมีอันตราย แม้จะมีประสบการณ์กรบทำงานสูงแต่ต้องปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน พนักงานมีการรับรู้ความรุนแรงระดับสูง ว่าการห้อยโหนรถขยะจะทำให้ประสบอุบัติเหตุ รู้รู้ว่าขยะทั่วไปมีเชื้อโรค ส่วนขยะอันตรายจะมีสารเคมีสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จนอาจทำให้สูญเสียรายได้ เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานระดับสูง ร้อยละ 70.5 พนักงานส่วนใหญ่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ของเทศบาล ซึ่งการได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการทำงาน ย่อมทำให้พนักงานมีพฤติกรรมลดความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดจากการทำงาน วิราภรณ์ ทองยัง⁽¹⁸⁾ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพิ่มโอกาสเกิดพฤติกรรมกรบป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน

ของพนักงานเก็บขยะเทศบาลจังหวัดนครปฐม เช่นเดียวกับงานวิจัยของปิยะนุช บุญวิเศษ⁽¹⁹⁾ ว่าความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายและการป้องกันอันตรายจากการทำงานจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตนเองของคนงานผลิตรูป โดยเฉพาะข้อมูลที่ได้มาจากเพื่อนร่วมงาน

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันตนเองต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 36.6 และระดับปานกลางร้อยละ 36.6 เมื่อระดับการรับรู้ด้านนี้ต่ำ หมายถึงการมีอุปสรรคต่อการพฤติกรรมป้องกันตนเองสูง ไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ จนภาวะสุขภาพมีมิติด้านร่างกายและด้านจิตใจแย่งลงอย่างมีนัยสำคัญ แม้พนักงานจะมีความเห็นด้านบวกต่อพฤติกรรมป้องกันโรค โดยยินดีตรวจสุขภาพหรือฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ แต่ถ้าไม่มีบริการในหน่วยงานของตนก็ปฏิเสธที่จะไปรับบริการจากสถานพยาบาลอื่น พนักงานเลือกใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลบางประเภท เพราะอากาศร้อน ทำงานไม่คล่องตัว อุปกรณ์ที่ได้รับจากหน่วยงานขนาดไม่เหมาะสม คุณภาพไม่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของลัดดาวรรณ ดอกแก้ว และคณะ⁽⁶⁾ ว่าร้อยละ 40.0 ของพนักงานเก็บขนขยะเขตปทุมวันกรุงเทพมหานครไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจ เพราะทำให้อึดอัด รำคาญ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52.0 สุกบู่หรือระหว่างทำงานแม้จะทราบว่าพฤติกรรมไม่เหมาะสม แต่เพราะความเคยชินและไม่ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว การศึกษานี้ สอดคล้องตามทฤษฎีของ Becker MH ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยง⁽²⁰⁾ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองย่อมทำให้เกิดความตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างไรก็ตามหากยังมีการรับรู้อุปสรรคสูงว่า พฤติกรรมอนามัยนั้นเป็นสิ่งไม่สะดวกทางกายและใจ ชัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ย่อมไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการโรค

การวิจัยนี้ทำให้ทราบว่าพนักงานเก็บและคัดแยกขยะมีแนวโน้มภาวะสุขภาพแย่กว่าประชากรทั่วไป อันเกิดจากความถี่ของการบาดเจ็บและเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การขาดความตระหนักถึงพฤติกรรมป้องกันตนเองต่อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน ดังนั้นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงาน ส่งเสริมความรู้ ข้อมูล แนวทางปฏิบัติตน เน้นย้ำความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันตนเอง สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแก่พนักงาน ทั้งนี้อุปกรณ์ต้องได้มาตรฐาน ทนทาน เหมาะสมกับลักษณะการปฏิบัติงาน สนับสนุนบริการสุขภาพแก่พนักงานโดยศูนย์บริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงสนับสนุนการดูแลสุขภาพพนักงานในรูปแบบกองทุน เช่น กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล กองทุนเพื่อการออมทรัพย์ เป็นต้น เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การประเมินการรับรู้ เป็นการประเมินจากความรู้สึกของพนักงาน ดังนั้นในการประเมินอาจมีบางข้อที่ผู้ตอบจะตอบมากหรือน้อยกว่าความเป็นจริง
2. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการขยะของเทศบาล ทำให้ขาดรายละเอียดบางประเด็น เช่น ตารางปฏิบัติงานของพนักงาน อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ภาควิชาบริหาร-งานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลในการช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการวิจัย และขอบคุณพนักงานเก็บและคัดแยกขยะสังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี และเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานจากเทศบาลทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่สำคัญและเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Poulsen MO, Breum ON, Ebberhoj N, Hansen AM, Ivens U, Van Lelieveld D, et al. Collection of domestic waste. Review of occupational health problems and their problem causes. *Sci Total Environ* 1995;170(1-2):1-19.
- Bünger J, Schappler-Scheele B, Hilgers R, Hallier E. A 5-year follow-up study on respiratory disorders and lung function in workers exposed to organic dust from composting plants. *Int Arch Occup Environ Health* 2007; 80(4):306-12.
- Vimercati L, Baldassarre A, Gatti MF, Maria LD, Caputi A, et al. Respiratory health in waste collection and disposal workers. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 1];13(7):631. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4962172/pdf/ijerph-13-00631.pdf>
- World Health Organization. Health impact assessment: The determinant of health [Internet]. 2016 [cited 2016 Jun 5]. Available form: <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- Luksamijarulkul P, Sujirarat D, Charupoonphol P. Risk behaviors, occupational risks and seroprevalence of hepatitis B and C among public cleaning workers in Bangkok Metropolis. *Hepatitis Monthly* 2008;8(1):35-60.
- ลัดดาวรรณ ดอกแก้ว, ประมุข โอศิริ, เฉลิมชัย ชัยกิตติกรณ์, สมพร กันทรดุขฎี, เตรีียมชัยศรี, ดุสิต สุจิรารัตน์, นพพร จงวิศาล. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางเดินหายใจและสมรรถภาพปอดในกลุ่มพนักงานเก็บขยะของกรุงเทพมหานคร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2559; 18(3):18-29.
- ฐิติรัตน์ อำไพ. วิถีชีวิตการทำงานกับภาวะสุขภาพอนามัยของผู้มีอาชีพเก็บขยะ กรณีศึกษาชุมชนกองขยะหนองแขม. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรการพัฒนาระบบงานและสวัสดิการ-มหาดบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547. 252 หน้า.
- สุนิสา ชายเกลี้ยง, พีรพงษ์ จันทราเทพ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ของการปวดหลังส่วนล่างในพนักงานเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2554;4(2):49-58.
- ศิริพรรณ ศิริสุกุล. ภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บขยะ กรณีศึกษาเทศบาลในจังหวัดนครปฐม [การค้นคว้าอิสระหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2554. 94 หน้า.
- ขงยุทธ บุญจันทร์, อำพร บุตรังษี. การจัดการมูลฝอยของเทศบาลในประเทศไทย. สถานการณ์ในปัจจุบันและทิศทางในอนาคต. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2544.
- Maruish ME. User's manual for the SF-36V2 health survey. 3rd edition. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2011.
- Kangwanrattanakul K, Auamnoy T. Psychometric testing of the health-related quality of life measurement, SF-36v2, in the general population of Thailand. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2019;19(3):313-20.
- Atif M, Syed Sulaiman SA, Shafie AA, Asif M, Ahmad N. SF-36v2 norms and its' discriminative properties among healthy households of tuberculosis patients in Malaysia. *Qual Life Res* 2013;22(8):1955-64.
- Sow WT, Wee HL, Wu Y, Tai E, Gandek B, Lee J et al. Normative data for the Singapore English and Chinese SF-36 version 2 health survey. *Ann Acad Med Singapore* 2014;43(1):15-23.
- Lazarus RS. Psychological distress and coping process. 1st edition. New York. McGraw-Hill; 1966.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

ภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะ สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี

17. กิติมา นิพาสพงษ์, สุรินทร์ กลัมพากร, ประรณนา สติถย์ 19. ปิยะนุช บุญวิเศษ, มณฑนา ดำรงค์ดี, อีรนุช ทานริตติชัย.
วิภาวี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพนักงาน บัณฑิตทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นรูปใน
ดับเพลิงกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ผู้ประกอบอาชีพผลิตรูป. พยาบาลสาร 2556;40(4):80-
2557;28(3):99-111. 90.
18. วิราภรณ์ ทองยัง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ 20. Becker MH, Janz NK. The health belief model: a decade
ป้องกันโรคและการบาดเจ็บในการทำงานของพนักงานเก็บ later. Health Educ Q 1984;11(1):1-47.
ขยะ. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต].
นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552. 178 หน้า

Abstract: Health Status of Waste Management Workers in Municipality of Nonthaburi Province

Salinrat Nitaramorn, D.V.M*; Nawarat Suwannapong, Ph.D. (Population and Development)**; Mathuros Tipayamongkholgul, Ph.D. (Epidemiology)*** Tanasri Sihabut, Ph.D. (Environmental Science)****

* Master of Science Program, Faculty of Public Health, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; ** Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University; *** Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University; **** Department of Environmental Health Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(2):232-41.

Waste management workers must have been encountering with the impurities for a long period, inevitably affected their health and exposed to risk of hazards mixed in community waste including chemical factors, physical factors, biological factors through receiving direct contact from infectious agents and ergonomic factors from inappropriate working conditions such as heavy lifting, repetitive tasks over time; lifting, hauling, towing, carrying heavy loads exceed maximum capacity of the human body. This research was a cross-sectional study aiming to assess the health status of waste management workers in municipalities of Nonthaburi Province; and analyzed the relationship between personal characteristics, health behaviors, perceptions of occupational diseases and injuries, and health status both physical and mental dimensions of 282 waste management workers with the response rate of 90.1%. Descriptive statistics, Chi-square test and Pearson's correlation coefficient were used for data analysis. It was found that the samples had health status in overall physical and mental dimensions below criteria at 50 (Norm-based T score), at 82.3% and 72.4% respectively. Having exercise was significantly related to the level of health status in overall physical dimension; and alcohol consumption was associated with health status in overall mental dimension. The frequency of work-related illness was negatively correlated to the health status in overall mental dimension. Frequency of occupational accident, perceived risk of occupational diseases and injuries was negatively correlated with both physical and mental dimensions of health status at statistically significant level ($p < 0.05$). Administrators of local administrative organizations should regulate occupational safety and health policies to reduce the rate of occupational accidents and injuries by promoting knowledge and providing personal protective equipment, supporting health in form of funding such as welfare fund or saving fund, to continuously improve the health status of waste management workers.

Keywords: health status; sf-36; waste management workers; municipality

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

สมรรถภาพสมอง และความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สาวตรี สิงหาต พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)*
สุพดี กิตติวเรช พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)*
ภูษณิศ มินาเขตร ปร.ด. (การวิจัยและประเมินผลการศึกษา)*
อติพงศ์ สุริยา Ph.D. (Information System Engineering)**

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

** คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วันรับ:	7 ก.ย. 2562
วันแก้ไข:	17 ก.พ. 2563
วันตอบรับ:	9 เม.ย. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถภาพสมองและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 90 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 แบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพสมองปกติ ร้อยละ 84.4 มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 15.6 (Mean=20.42, SD=1.36) และการประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Mean=18.25, SD=0.68) และในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Mean=7.75, SD=0.56) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการจัดทำโครงการและกิจกรรมเพื่อช่วยชะลอความเสี่ยงและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถภาพสมอง; ความสามารถในการทำหน้าที่; ผู้สูงอายุ; โรงเรียนผู้สูงอายุ

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.0 และคาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า ปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 20.0⁽¹⁾ การเพิ่มขึ้นของ

ประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นอย่างรวดเร็วนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และปัญหาด้านสุขภาพที่มีการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นและในผู้สูงอายุพบว่ามักมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และมีความรุนแรงของโรคมมากกว่ากลุ่มวัยอื่น⁽²⁾ เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (geriatric

syndrome) คือ ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่สมรรถภาพในการทำงานของสมองลดลง ทำให้เกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดและสติปัญญา มีการสูญเสียความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีความบกพร่องทางการรับรู้ ทักษะการใช้ภาษา ทักษะการคิด การตัดสินใจ และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ร่วมด้วยการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ต่อเนื่อง และอาการจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนไม่สามารถคืนสู่สภาพเดิมได้⁽³⁾ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรผู้สูงอายุตามอายุที่มากขึ้น ประมาณร้อยละ 5.0-8.0 พบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ร้อยละ 15.0-20.0 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปี และอัตราการเกิดจะเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 25.0-50.0 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ร้อยละ 28.6⁽⁴⁾ มีการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ด้วยตนเอง มีความต้องการช่วยเหลือมากขึ้นหรือมีข้อจำกัด โดยเฉพาะเป็นปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (activity of daily living, ADL) ร้อยละ 20.4 และเป็นปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (instrumental activity of daily index, IADL) ร้อยละ 18.6 เกิดภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 15.0 ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีโอกาสที่จะอยู่ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ สูงขึ้น 2 เท่า⁽⁵⁾ ส่วนด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลระดับสูงใจ เกิดความรู้สึกรู้ว่าตนเอง เป็นภาระแก่ครอบครัว มีภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง และด้านสังคมพบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทในครอบครัวลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ไม่สามารถเข้าร่วมสังคมเหมือนเดิมได้ ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งต้องการดูแลระยะยาวและการช่วยเหลือจากสังคม⁽⁶⁾

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เป็นสถาบันการศึกษาที่มีภารกิจที่สำคัญด้านหนึ่ง คือ การให้บริการวิชาการแก่สังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน

ชุมชน และให้บริการวิชาการด้านสุขภาพ ตามความต้องการของชุมชนในพื้นที่และได้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อเป็นศูนย์กลางเรียนรู้ การดูแลสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และในปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ จำนวน 90 คน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสามารถคัดกรองได้โดยการประเมินสมรรถภาพสมอง และการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมที่สามารถบอกรถึงการมีสุขภาพดี ครอบคลุมมิติสุขภาพกาย จิต และสังคม และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ⁽⁷⁾

ดังนั้นการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถภาพสมองและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผลจากการวิจัยนำมาซึ่งประโยชน์เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และการคาดการณ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนนำไปสู่การวางแผนการ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อช่วยป้องกันการเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมองหรือชะลอภาวะสมองเสื่อม และดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร คือ ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่

กำหนด จำนวน 90 คน ในระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 การประเมินสมรรถภาพสมอง ใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ แบบทดสอบนี้เป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ (cognitive impairment) 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) ด้านความจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) ด้านการคำนวณ (calculation) ด้านภาษา (language) และด้านการระลึกได้ (recall) ประกอบด้วย คำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนต้องพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโดยแบ่งได้ ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จาก คะแนนเต็ม 23 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและ (3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 การประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ประเมินจาก 2 เครื่องมือ คือ แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และแบบประเมินเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index)

3.1) ประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล⁽⁹⁾ เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADLs) ของผู้สูงอายุ มีข้อ

คำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหารเช้า การเคลื่อนย้าย การเดิน การขึ้นลงบันได การใช้ห้องสุขา การกลั้นปัสสาวะ กลั้นการถ่ายอุจจาระ เป็นต้น ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุตามความเป็นจริงที่แสดงถึงการใช้ชีวิตอิสระตามลำพังได้ โดยการให้คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์คือ คะแนน 0-4 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย คะแนน 5-8 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย คะแนน 9-11 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง และคะแนน >12 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก

3.2) แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล⁽⁹⁾ เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADLs) มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ใช้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุตามความเป็นจริงทั้งหมด 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำงานบ้าน การทอนเงินและการใช้บริการขนส่งสาธารณะ เป็นต้น เกณฑ์การประเมินโดยให้คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรมที่แสดงถึงการใช้ชีวิตอย่างอิสระในสังคมของผู้สูงอายุ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลผล คะแนน 0-4 หมายถึงสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้น้อย คะแนน 5-8 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ปานกลาง และคะแนน >9 หมายถึงสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการศึกษาเครื่องมือวิจัยมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ

ดัชนีจุฬาเอดีแอล เป็นแบบประเมินมาตรฐานสำหรับ ผู้-สูงอายุที่มีการใช้แพร่หลาย โดยผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย จากผู้พัฒนาเครื่องมือ และได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และเชิงเกณฑ์อยู่ในระดับดี จากนั้นผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยได้นำไปทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลบัววัด อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีผู้สูงอายุลักษณะคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย มีค่าเท่ากับ 0.94 แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เทล เอดีแอล มีค่าเท่ากับ 0.92 และแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล มีค่าเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-35/2561 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง ขออนุญาตผู้ร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับ และการปฏิเสธไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยพึงจะได้รับ คำตอบและข้อมูลทุกอย่าง จะถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินดีให้ความร่วมมือ ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.2 และเพศชาย ร้อยละ 37.8 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 52.2 อายุเฉลี่ย 67.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.4 ปี มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ ร้อยละ 53.4 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา พบมากที่สุด ร้อยละ 58.9 อาชีพและการทำงานในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 23.3 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 84.4 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือบุตร ร้อยละ 64.4 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 83.3 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

2. สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ

การประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพสมองปกติ ร้อยละ 84.4 (n=76) มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 15.6 (n=14) และมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมอง 20.42 คะแนน (SD=1.36) เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการคำนวณ (calculation) มากที่สุด รองลงมาบกพร่องด้านการระลึกได้ (recall) และด้านการจดจำ (registration) ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

3) การประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

การประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (ADLs) โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 9-20 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 18.25 (SD=0.68) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95.0 (n=86)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง (n=90)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	56	62.2
	ชาย	34	37.8
อายุ (ปี)	60-69	47	52.2
	70-79	33	36.7
	>80 ขึ้นไป	10	11.1
สถานภาพสมรส	โสด	9	10
	คู่	48	53.3
	หม้าย	33	36.7
การศึกษา	ประถมศึกษา	53	58.9
	มัธยมศึกษาและสูงกว่า	37	41.1
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	47	52.2
	เกษตรกร	21	23.3
	ข้าราชการบำนาญ	16	17.8
โรคประจำตัว	ไม่มี	15	16.7
	มี	75	83.3

คะแนนมากกว่า 12 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADLs) โดยใช้แบบประเมิน Chula ADL Index ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 9-10 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 7.75 (SD=0.56) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90.0 (n=81) คะแนนมากกว่า 9 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

จากการศึกษาสมรรถภาพสมอง และความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในครั้งนี้สามารถวิจารณ์ อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อมูลสมรรถภาพสมอง 6 ด้าน (N=90)

สมรรถภาพสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการรับรู้ (orientation)	8	8.9
ด้านการจดจำ (registration)	11	12.2
ด้านความใส่ใจ (attention)	7	7.8
ด้านการคำนวณ (calculation)	31	34.4
ด้านภาษา (language)	4	4.4
ด้านการระลึกได้ (recall)	22	24.4

หมายเหตุ: ตัวอย่าง 1 คนอาจมีความบกพร่องได้มากกว่า 1 ด้าน

1. สมรรถภาพสมองผู้สูงอายุ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.6 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า การศึกษาครั้งนี้พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสูงกว่าการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทย พ.ศ. 2557 ที่พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.1⁽¹⁰⁾ และสูงกว่าผลการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอแม่จันท์ จังหวัดเชียงราย พบร้อยละ 7.4⁽¹¹⁾ แต่การศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาภาวะสมองเสื่อม ในชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาล-ทหารอากาศ พบร้อยละ 13.7⁽¹²⁾ และการศึกษาสมรรถภาพทางสมองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชนบทไทย ร้อยละ 15.5⁽¹³⁾ และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถภาพสมอง เป็นรายด้านแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความความบกพร่องด้านการคำนวณ (calculation) มากที่สุด พบร้อยละ 34.4 รองลงมา บกพร่องด้านการระลึกได้ (recall) พบร้อยละ 24.4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ เนื่องจากความบกพร่อง ที่พบในกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นลักษณะอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก เรียกว่าภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairments) ซึ่งเป็นภาวะที่อยู่ระหว่างการ

สมรรถภาพสมองและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ตารางที่ 3 ข้อมูลความสามารถในการทำหน้าที่ (n=90)

ความสามารถในการทำหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL)		
การรับประทานอาหารเช้าเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า	90	100.0
การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน	90	100.0
การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	90	100.0
การใช้ห้องน้ำ	90	100.0
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	86	95.6
การสวมใส่เสื้อผ้า	90	100.0
การขึ้นลงบันได	85	94.4
การอาบน้ำ	90	100.0
การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ	90	100.0
การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ	86	95.6
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Chula ADL)		
สามารถเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้านได้เอง	90	100.0
สามารถทอนเงิน/แลกเงินได้เอง	88	97.8
สามารถทำความสะอาดดูบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้าได้เอง	87	96.7
สามารถทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าวได้เอง	85	94.4
สามารถใช้บริการรถสาธารณะได้เอง	82	91.1

หลงลืมปกติ (normal forgetfulness) ของผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (early dementia) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อว่าจะมีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความบกพร่อง ด้านการคำนวณ (calculation) ร้อยละ 36.7 มีความบกพร่องด้านการระลึกได้ (recall) ร้อยละ 31.7⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาสมรรถภาพสมองที่พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากโครงสร้างประชากร ระดับการศึกษา ปัญหาสุขภาพ และวัฒนธรรมมีความแตกต่างกันตามบริบทในพื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งการศึกษาการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยเน้นการคัดกรองหรือการประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เพื่อให้การ

บำบัดและฟื้นฟูความสามารถในการรู้คิดและสติปัญญา ด้านการคิดคำนวณและการระลึกได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง ทำให้สมองเกิดการหลั่งสารนิวโรโทฟินส์ ทำให้ใยประสาทนำเข้าที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานได้ดีขึ้น ทำให้เซลล์สมองแข็งแรงขึ้นและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเซลล์สมองแข็งแรง ก็จะทำให้เกิดพุทธิปัญญา (cognitive function) รวมไปถึงการทำงานของสมองระดับสูง (executive function) ทำให้การทำงานของสมองยังคงประสิทธิภาพดี แข็งแรง และชะลอความเสื่อมถอยของสมอง เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 83.5 การมาเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอร่วมกัน

ทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าสังคม ได้เผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และได้รับการฝึกกิจกรรมการบริหารสมอง เป็นการกระตุ้นสมองในการรู้คิด ความจำ การระลึกได้ การได้รับการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันการเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมอง และป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้⁽¹⁷⁾

2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เป็นผู้สูงอายุที่ดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม จัดเป็นผู้สูงอายุติดสังคม สามารถช่วยเหลือตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ดีโดยไม่ต้องมีคนช่วยในทุกด้าน⁽¹⁸⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง⁽¹⁹⁾ แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายซึ่งจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพ ความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนถึงการผสมผสานการทำหน้าที่ทางกาย จิตและสังคม⁽²⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า

ร้อยละ 90.0 การมาเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอร่วมกันทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ต่างๆ ในการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการเข้าสังคมโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้รับความรู้ใหม่ๆ และมีการออกกำลังกาย ทุกครั้งที่มาร่วมกิจกรรมส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ยังคงมีภาวะสุขภาพดี มีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ⁽²¹⁾ และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ การมีกิจกรรมทางกาย เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ลดภาวะพึ่งพา สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามลำพังโดยอิสระและเป็นประโยชน์ในการสนับสนุน ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ยังมีความสามารถในการทำหน้าที่ปกติให้สามารถดูแลตนเอง และสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างอิสระได้ตามปกติ นานที่สุด⁽²²⁾

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม พร้อมทั้งวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและการคาดการณ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. ควรจัดโครงการและกิจกรรมการให้ความรู้และการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นไปที่การพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมและการพัฒนาความสามารถด้านการคิดคำนวณและการระลึกได้ ตลอดจนส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อชะลอความเสื่อมและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว, รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย 2559; 21(2):94-10.
2. สุกิตตา ไกยวรรณ, ผ่องพรรณ อรุณแสง. ความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2559;39(1):78-8.
3. Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment epidemiology diagnosis and treatment. Clinics in Geriatric Medicine 2016;30(3):421-42.
4. Lang L, Clifford A, Wei L, Zhang D, Leung D, Augustine G, et al. Prevalence and determinants of undetected dementia in the community a systematic literature review and a meta-analysis. BMJ Open 2017;7(1):1-8.
5. Doi T, Shimada H, Makizako H, Lee S, Park H, Tsutsu K, et al. Cognitive activities and instrumental activity of daily living in older adults with mild cognitive impairment. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders EXTRA 2014;3(1):398-406.
6. Yang L, Yan J, Jin X, Jin Y, Yu W, Xu S, et al. Screening for dementia in older adults: comparison of mini-mental state examination mini-cog clock drawing test and AD8. Plos One 2016;11(2):1-19.
7. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญและผู้สูงอายุ.(พิมพ์ครั้งที่4). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา;2559.
8. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุนันทบุรี: อีสอากัส; 2558.
9. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
10. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2557.
11. ศรินทิพย์ คำฟู, กฤษณพนธ์ ชัยมงคล, ชันลิกา ไชยชมพู, เพ็ญพิชชา แก้วมณีวงศ์. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและภาวะในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ อำเภอแม่จันท์ จังหวัดเชียงราย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2558;29(4):389-93.
12. วลลภา อันตารา, อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, ปัทมา วงศ์นิธิกุล. การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2559;8(1):23-33.
13. นงนุช โอบะ. สมรรถภาพทางสมองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชนบทไทย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2558;9(1):17-31.
14. ทศนีย์ กาศทิพย์, สุปรีดา มั่นคง, พรทิพย์ มาลาธรรม. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง. วารสารสภาการพยาบาล 2562;34(1):104-21.
15. กรรณิกา อุ่นอ้าย, กนกพร สุคำวัง, วิชยา เห็นแก้ว, รัญชนา หน่อคำ, ญัฐวรรณ พินิจสุวรรณ. สมรรถภาพสมองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย. พยาบาลสาร 2560;44(2):1-11.
16. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(4):6-14.
17. ปิ่นวดี ศรีสุพรรณ, สุรีย์ ธรรมิกบวร, สุรสุม กฤษณะจุฑะ. โรงเรียนผู้สูงอายุกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นอีสาน. วารสารสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร 2560; 14(1):133-62.
18. กนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558;38(4):11-21.

19. นงนุช แยมวงษ์. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. วารสารการแพทย์และ-วิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558;21(1):37-44.
20. Dias EG, Andrade FB, Duarte YA, Santos JL, Lebrao ML. Advanced activities of daily living and incidence of cognitive decline in the elderly. Cad Saúde Pública Rio de Janeiro 2015;31(8):1-13.
21. ฤทธิชัย แกมภาค, สุภัสษา พันเลิศพาณิชย์. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ 2559;11(1):47-61.
22. จามรี พระสุนิล. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุชุมชนดงมะตะ จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 2561;10(4):270-9.

Abstract: Cognitive Function and Functional Ability of Older People, Elderly School, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

Sawitree Singhard, M.N.S. (Gerontological Nursing)*; Suladi Kittiworavej, M.N.S. (Nursing Administration)*; Phusanisa Meenakate, Ph.D. (Educational Research and Evaluation)*; Atipong Suriya, Ph.D. (Information System Engineering)**

* Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University; ** Faculty of Engineering, Ubon Ratchathani University, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(2):242-50.

The purpose of the study was to investigate cognitive function and functional ability of older people in the Elderly School, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. Samples of 90 older people were selected through purposive sampling. The instruments used for the collected data included general information form, mini-mental state examination tool (Thai version 2002), and functional ability assessment form. Data were analyzed by using descriptive statistics. percentage, mean, standard deviation. The results showed that 84.4% of the older people had normal cognitive function; and 15.6% had a risk for dementia (Mean=20.42, SD=1.36). Assessment of functional ability of the elderly revealed that the sample could help themselves in the daily living activities (Mean=18.25, SD=0.68); and could help themselves in the instrumental activity of daily index (Mean=7.75, SD=0.56). The results of this study could be used as a basis for developing projects and activities to reduce degeneration, maintain physical function, and prevent dementia among the elderly; and to promote their health for a better quality of life.

Keywords: cognitive function; functional ability; older people; elderly school

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การตอบสนองการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร

ปาจรีย์ เนียมจันทร์ ส.บ. *

อังสนา บุญธรรม ปร.ด. (ประชากรและการพัฒนา)**

ชรินทร์ เจริญกุล ปร.ด. (ประชากรและการพัฒนา)***

อัจฉรา วรารักษ์ Ph.D. (Information System Engineering)**

* หลักสูตรการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันรับ:	18 มี.ค. 2562
วันแก้ไข:	9 เม.ย. 2563
วันตอบรับ:	21 พ.ค. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตอบสนองการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการกองทุนฯ ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 กองทุน รวม 6 คน และผู้สูงอายุจำนวน 396 คน ซึ่งสุ่มโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร และสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการจัดทำแผนงานกองทุนฯ ใช้เครื่องมือวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการค้นหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยการดำเนินงานโครงการผู้สูงอายุ และโครงการที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดการจัดบริการตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ การตอบสนองการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง กิจกรรมบางกิจกรรมตอบสนองได้ค่อนข้างน้อย ได้แก่ กิจกรรมการตรวจประเมินสุขภาพที่ ตุ่มสุรา ร้อยละ 47.8 กิจกรรมการคัดกรองสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 37.7 กิจกรรมการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ร้อยละ 42.6 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 48.7 กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกายภาพบำบัด ร้อยละ 80.0 และกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 78.9 มีสาเหตุจากไม่มีการจัดบริการ และกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย ร้อยละ 38.1 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 35.4 กิจกรรมส่งเสริมนวัตกรรมการสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ร้อยละ 38.30 และกิจกรรมการตรวจภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ร้อยละ 27.3 นั้นมีสาเหตุจากผู้สูงอายุประกอบอาชีพ จึงทำให้การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้รับบริการไม่ครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์ ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาทักษะของทีมอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในประเด็นการติดตามงาน การสื่อสารเชิงรุกมากขึ้น รวมทั้งพัฒนาระบบการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: แผนงานโครงการ; การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ; กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

บทนำ

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามประกาศฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2557⁽¹⁾ ได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และส่งเสริมให้กลุ่มองค์กรต่างๆ เช่น กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดพิจิตร มีจำนวนทั้งหมด 13 กองทุน ได้มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดไว้ ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากข้อมูลงบประมาณย้อนหลัง 3 ปี⁽²⁾ (พ.ศ. 2558-2560) จำนวน 3,764,178.87, 3,576,821.84 และ 3,554,373.73 บาท ตามลำดับ พบว่าสัดส่วนการใช้งบประมาณประเภทที่ 3 (กิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ เด็กเล็ก คนพิการและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) ตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนดให้ใช้จ่ายมากกว่าร้อยละ 15.0 ของรายรับในปีนั้น ๆ ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2558 - 2560) พบว่า ค่าใช้จ่ายในประเภทที่ 3 ยิ่งต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 15 (ร้อยละ 14.6, 14.9 และ 18.0 ตามลำดับ) ในขณะที่เดียวกันประชากรในอำเภอบึงสามพัน เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุมากขึ้นในทุก ๆ ปี ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี⁽³⁾ (พ.ศ.2558-2560) ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.8, 17.5 และ 18.0 ตามลำดับ และข้อมูลสถานะสุขภาพย้อนหลัง 3 ปี ของผู้สูงอายุอำเภอบึงสามพัน⁽⁴⁾ พบว่า แนวโน้มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.2, 18.3 และ 18.5 ตามลำดับ)

โรค-ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 50.3, 49.7 และ 50.2 ตามลำดับ) และโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 1.6, 1.5 และ 1.4 ตามลำดับ) การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบึงสามพัน มีการเสนอโครงการต่างๆ เพื่อของบประมาณสนับสนุนในการจัดกิจกรรมเพื่อตอบสนองตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่กำหนด แต่การได้มาของโครงการต่างๆ นั้น พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอบึงสามพัน จังหวัดพิจิตร มีลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งบางกองทุนฯ จะมีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนทุก ๆ ปี ให้ประชาชน ภาคีเครือข่าย และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้เข้ามาร่วมระดมความคิดเห็น ร่วมแก้ไขปัญหา ที่เป็นปัญหาหรือความต้องการของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ จากข้อมูลงานยุทธศาสตร์ อำเภอบึงสามพัน พบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนจากภาคประชาชนนั้นค่อนข้างน้อย เนื่องจากประชาชนไม่เข้าใจกระบวนการจัดทำแผน กองทุนฯ ส่วนใหญ่มักจะไม่ได้มีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนในทุก ๆ ปี โดยมีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนทุก 3 ปี⁽⁵⁾ ในแต่ละปี จะมีการจัดทำโครงการกิจกรรมจากแผนสุขภาพชุมชน เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น ๆ ซึ่งเป็นการนำแผนโครงการเดิมจากปีที่ผ่านมา ปรับปรุงใหม่ แต่รายละเอียดกิจกรรมไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง โครงการที่ขอรับงบประมาณสนับสนุนส่วนใหญ่ได้มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่โครงการที่ของบประมาณสนับสนุนจากภาคประชาชนค่อนข้างน้อย ทั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของสำนักงานวิจัย เพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) พบว่า โครงการส่วนใหญ่ยังมีฐานจากงานนโยบายสาธารณสุขเป็นหลัก จึงไม่มีการบูรณาการงบประมาณกับกองทุนอื่นหรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกอื่น ๆ⁽⁶⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้มีความสนใจศึกษาการดำเนินการแก้ไขปัญหา การจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ว่า สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่หรือไม่ เนื่องจากกระบวนการจัดทำแผนงานโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เขตอำเภอโพทะเลนั้น การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานโครงการจากหลายภาคส่วนค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาตามกรอบแนวคิด “การตอบสนอง” เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นหนึ่งในเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดในการประเมินสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (framework for assessing the performance of health systems)⁽⁷⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตอบสนองการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร ดังนี้ (1) เพื่ออธิบายลักษณะการดำเนินงานแผนงานโครงการและวิเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (2) เพื่อประเมินการจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ แต่ละกลุ่ม ในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และ (3) เพื่อประเมินการตอบสนองการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะทำให้ทราบถึงกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับนั้น ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และทราบสาเหตุของผู้สูงอายุที่ไม่ตอบสนองต่อการจัดกิจกรรมเพื่อนำไปปรับ และประยุกต์การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุในพื้นที่

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ใช้รูปแบบผสม ประกอบด้วยการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณประเมินการตอบสนองการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่จัดบริการให้ผู้สูง-

อายุ และใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ อธิบายลักษณะการดำเนินงานแผนงานโครงการและวิเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสรุปในการดำเนินวิจัยดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ

ศึกษาประเด็นการตอบสนอง (responsive) และชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประชากรที่ใช้ศึกษา คือผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอโพทะเล โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์ในการคัดเลือก เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ดูแลผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุดในกองทุนฯ ขนาดใหญ่ และขนาดกลาง จำนวน 2 กองทุน ได้แก่ กองทุนเทศบาลตำบลทุ่งน้อย และกองทุน อบต.ทะนง แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง แบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์กำหนดร้อยละของประชากรตามสัดส่วน⁽⁸⁾ รวมจำนวน 396 คน (กองทุนเทศบาลตำบลทุ่งน้อย จำนวน 202 คน และกองทุน อบต.ทะนง จำนวน 194 คน) จำแนกในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มติดสังคม จำนวน 336 คน (กองทุนเทศบาลตำบลทุ่งน้อย จำนวน 190 คน และกองทุน อบต.ทะนง จำนวน 146 คน) (2) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 48 คน (กองทุนเทศบาลตำบลทุ่งน้อย จำนวน 10 คน และกองทุน อบต.ทะนง จำนวน 38 คน) และ (3) กลุ่มติดเตียง จำนวน 12 คน (กองทุนเทศบาลตำบลทุ่งน้อย จำนวน 2 คน และกองทุน อบต.ทะนง จำนวน 10 คน) โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สัมภาษณ์ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากการดำเนินงานแผนงานโครงการกองทุนฯ สัมภาษณ์การตอบสนองการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การเข้าร่วมรับบริการ การจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การตอบสนองการจัดบริการ

สุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลัก-
ประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่จัดบริการให้
ผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพ
และความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา
และนำไปเก็บข้อมูลสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ตามกลุ่มตัวอย่าง
เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์
ของแบบสัมภาษณ์ทุกชุด แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วย
โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติ-
เชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วน-
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางการจัดทำแผน
สุขภาพ แผนงานโครงการของกองทุนฯ กิจกรรมที่จัดทำ
เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม
ของกองทุนฯ ขนาดกลางและขนาดใหญ่ จำนวน 2 กองทุน
คือ กองทุนเทศบาลตำบลทุ่งน้อย และกองทุน อบต.ทะนง
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้จัดทำแผน
งานโครงการของกองทุนฯ กลุ่มตัวอย่างกองทุนละ 3 คน
จาก 3 หน่วยงาน คือ อปท. ภาคประชาชน และเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข จำนวนรวม 6 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก
แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น
ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การรับรู้การจัดบริการตามชุดสิทธิ-
ประโยชน์ของกลุ่มต่างๆ

ประเด็นที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประเด็นที่ 3 ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผน
สุขภาพชุมชนของกองทุนฯ

ประเด็นที่ 4 ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแผน
ยุทธศาสตร์/แผนสุขภาพชุมชนของกองทุน

โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความตรงจาก
ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา เก็บข้อมูลโดยการ
สัมภาษณ์เชิงลึกตามประเด็นที่กำหนดไว้ และนำมา
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
จำแนกและจัดระบบข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษางานวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ตามรหัสโครงการ 1/2558 เอกสาร
รับรองโครงการวิจัย COA. No. MUPH 2015-042 วัน
ที่รับรอง 10 มีนาคม พ.ศ.2560

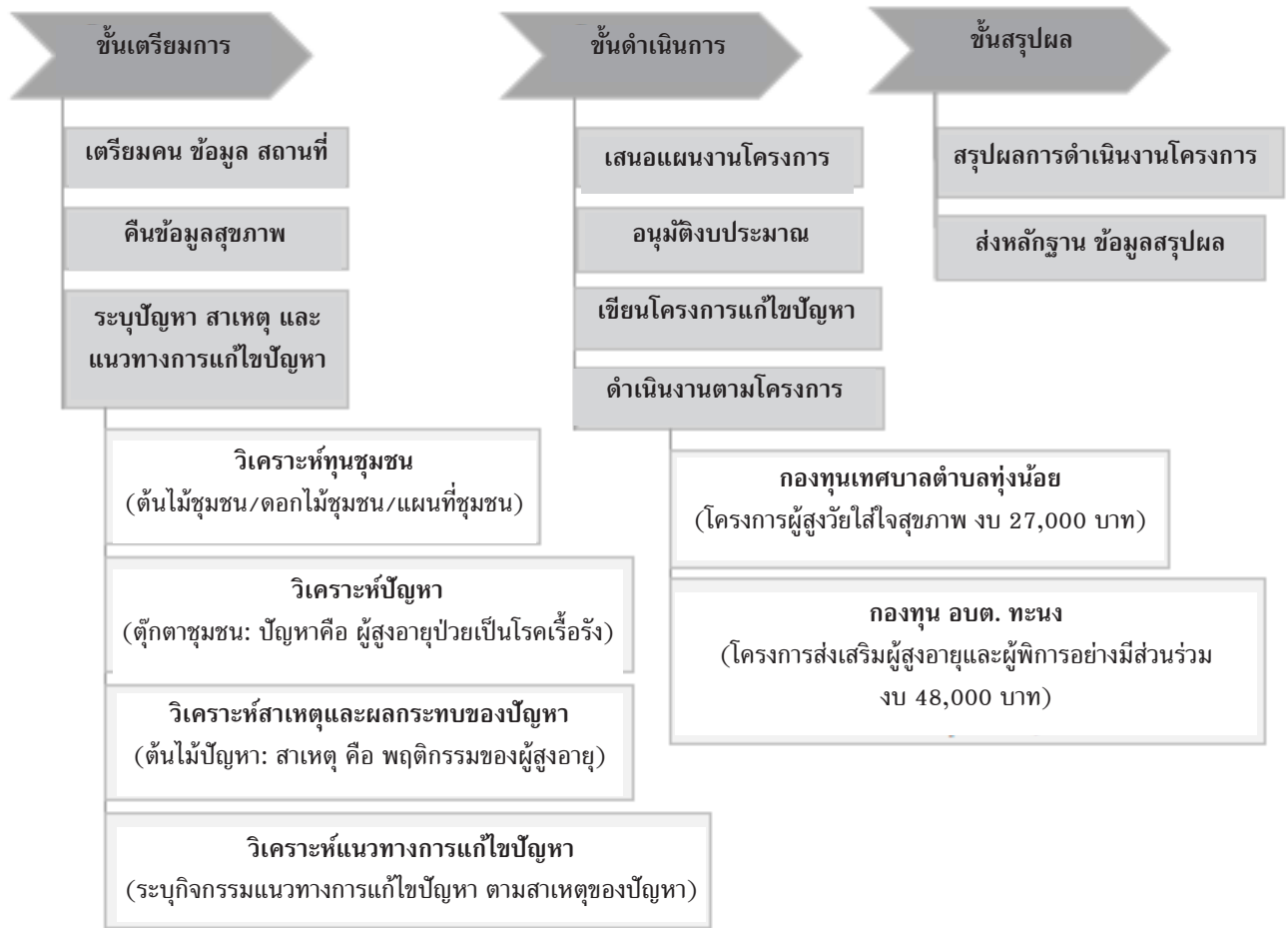
ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะการดำเนินงานแผนงานโครงการและ
วิเคราะห์รูปแบบ การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน
โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ
พื้นที่ เป็นไปตามภาพที่ 1

กระบวนการจัดทำแผนงานโครงการ กองทุนหลัก-
ประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ประกอบด้วยชั้น
ตอนต่างๆ คือ

ขั้นเตรียมการ เป็นขั้นตอนนำเข้าสู่ที่สำคัญของการได้
มาซึ่งแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ตั้งแต่การ
คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกระบวนการ เป็นกลุ่ม
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เป็นตัวแทนใน
การจัดทำแผน ข้อมูล วัสดุอุปกรณ์ ต้องมีความพร้อม
สถานที่ในการจัดทำแผน เหมาะสมในการแบ่งกลุ่มร่วม
คิด วิเคราะห์ เสนอปัญหาหารือกัน วิเคราะห์ทุนในชุมชน
ผ่านเครื่องมือวิเคราะห์ชุมชน เพื่อให้รู้ทุนในสังคม จุด
เสี่ยงที่ต้องระวังในพื้นที่ของตนเอง ทุนทางสังคมที่ร่วม
กันวิเคราะห์นั้น สามารถช่วยสนับสนุนกิจกรรมบาง
กิจกรรมตามโครงการในการแก้ไขปัญหาได้ การวิเคราะห์
ปัญหาและสาเหตุของปัญหา จากการที่ชุมชนเสนอปัญหา
ที่มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยปัญหา
ที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุได้แก่ ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง) เป็น
ปัญหาที่สำคัญควรได้รับการดูแลแก้ไขเป็นลำดับแรก ซึ่ง
เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ว พฤติกรรมสุขภาพ
เป็นสาเหตุสำคัญ เช่น การบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม
 บุตรหลาน เป็นผู้ประกอบอาหาร หรือการบริโภคอาหาร
ปรุงสำเร็จจากร้านค้า ตลาดนัด ความเครียด การออก-
กำลังกาย และการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น จาก
ขั้นวิเคราะห์สุขภาพแบบองค์รวม ผ่านเครื่องมือวิเคราะห์

ภาพที่ 1 กระบวนการจัดทำแผนงานโครงการ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่



ชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่

ขั้นดำเนินการ เป็นการพิจารณาอนุมัติแผนงานโครงการที่ชุมชนร่วมกันคิดวิเคราะห์ และดำเนินกิจกรรมตามโครงการที่เสนอ โดยการเขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุน ต้องยึดตามระเบียบกองทุนฯ ผ่านการกลั่นกรองพิจารณาโครงการจากคณะกรรมการกองทุนฯ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมโครงการผู้สูงอายุนั้น มีข้อจำกัดของชมรมผู้สูงอายุที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้เอง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องเป็นที่เล็งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการให้ ส่วนการเบิกจ่ายงบประมาณนั้น ชมรมผู้สูงอายุจะเป็นผู้เบิกจ่ายงบประมาณด้วยตนเอง

ขั้นสรุปผล การสรุปผลการดำเนินโครงการ ต้อง

สอดคล้องกับวัตถุประสงค์โครงการที่ตั้งไว้ และจัดทำเอกสาร หลักฐานเบิกจ่ายงบประมาณตามโครงการ เพื่อส่งคืนให้กับกองทุนฯ ต่อไป

ส่วนที่ 2 การจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มในแผนงานโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

นอกเหนือจากโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพียง 1 โครงการต่อปีแล้วนั้น ยังพบว่าการดำเนินกิจกรรมตามโครงการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุที่ควรได้รับ จึงจำเป็นต้องมีโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงงานประจำของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะต้องจัดบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มในพื้นที่ กิจกรรมตาม

สิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานทั้งโครงการที่ใช้งบประมาณกองทุนฯ และแผนงานประจำที่ไม่ใช้งบประมาณ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการนั้น มีทั้งโครงการและแผนงานประจำที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง และกลุ่มวัยทำงานเป็นหลักแต่ดำเนินการต่อเนื่องจนถึงวัยผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า สิทธิประโยชน์การให้บริการสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นแผนงานประจำของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามมาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุได้มากกว่า เมื่อเทียบกับโครงการต่างๆ ที่ของงบประมาณแก้ไขปัญหา

การสื่อสารประชาสัมพันธ์ กิจกรรมโครงการต่างๆ รวมถึงงานประจำของรพ.สต. แม้มีการจัดกิจกรรม แต่ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุรับรู้กิจกรรมที่จัดขึ้น ผู้สูงอายุก็ไม่สามารถรับรู้หรือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่กองทุน หรือหน่วยบริการจัดขึ้นได้ ซึ่งการประชาสัมพันธ์กิจกรรมนั้นมีหลายรูปแบบ เช่น การส่งหนังสือเชิญไปยังกลุ่มเป้าหมายโดยตรง หรือผ่านทางเสียงตามสายของหมู่บ้าน แจกผ่าน อสม.ที่รับผิดชอบในพื้นที่ รวมไปถึงการติดต่อทางโทรศัพท์โดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย

การบริหารจัดการทีม การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผนงานโครงการเพื่อให้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ทั้ง อสม. ผู้นำชุมชน และผู้รับผิดชอบโครงการ ร่วมมือกันดำเนินงาน

การบริหารงบประมาณ มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งและศักยภาพของกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ หากกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุมีศักยภาพและเข้มแข็ง ก็จะสามารถบริหารจัดการงบประมาณโครงการด้วยตนเอง แต่หากกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุยังมีศักยภาพไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็จะเป็นพี่เลี้ยงช่วยในการบริหารจัดการโครงการให้ ซึ่งงบประมาณสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุในแต่ละปี เพียงพอที่จะจัดกิจกรรมต่างๆ แต่งบประมาณบางส่วนไม่สามารถเบิกจ่ายตามระเบียบของกองทุนฯ ได้ จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยน งบประมาณ เพื่อให้สอดคล้องตาม

ระเบียบของกองทุนฯ

ส่วนที่ 3 การตอบสนองการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 396 คน แบ่งตามระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคมจำนวน 336 คน กลุ่มติดบ้านจำนวน 48 คน และกลุ่มติดเตียงจำนวน 12 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 252 คน (ร้อยละ 63.6) อายุระหว่าง 60 - 69 ปีจำนวน 199 คน (ร้อยละ 50.3) อายุเฉลี่ย 70.91 ปี ส่วนมากประกอบอาชีพ จำนวน 228 คน (ร้อยละ 57.6) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 323 คน (ร้อยละ 81.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 601 - 1,800 บาท จำนวน 222 คน (ร้อยละ 56.1) รายได้เฉลี่ย 1,857.9 บาท จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 2-4 คนจำนวน 260 คน (ร้อยละ 65.7) สถานภาพในครัวเรือน เป็นหัวหน้าครอบครัวจำนวน 187 คน (ร้อยละ 47.2) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจำนวน 302 คน (ร้อยละ 76.3) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดในกลุ่มติดสังคมและติดบ้าน คือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 186 คน (ร้อยละ 55.4) และจำนวน 27 คน ร้อยละ 56.3 ตามลำดับ กลุ่มติดเตียง พบเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตจำนวน 9 คน (ร้อยละ 75.0) ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลจำนวน 293 คน (ร้อยละ 74.0) แต่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแล จำนวน 302 คน (ร้อยละ 68.7) และจำนวน 12 คน (ร้อยละ 100.0) ตามลำดับ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ เป็นบุตรหลานจำนวน 18 คน (ร้อยละ 56.8) และจำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.3) และในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแล แต่ไม่มีผู้ดูแลจำนวน 22 คน (ร้อยละ 21.4)

“การตอบสนอง” เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นหนึ่งในเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดในการประเมินสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (Framework for assessing the

การตอบสนองการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร

performance of health systems)⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 2 มิติ

1. มิติการให้ความเคารพในความเป็นตัวบุคคล (respect for person) เน้นตัวผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ที่กองทุนฯ จัดให้ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการให้เกียรติ (dignity) ด้านการให้ความเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) และด้านการเก็บความลับ (confidentiality) จากการศึกษาการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับมิติการให้ความเคารพในความเป็นตัวบุคคล (respect for person) ได้แก่ กิจกรรมบริการตรวจประเมินสถานะสุขภาพทางกาย ทางใจ และพฤติกรรมเสี่ยง กิจกรรมการคัดกรองสุขภาพในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และกิจกรรมการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL)

2. มิติการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ (client orientation) เป็นมุมมองการตอบสนองต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการใส่ใจในทันที (prompt attention) ด้านการอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐาน (basic amenities) ด้านการได้รับสนับสนุนทางสังคม (access to social support network) และด้านโอกาสในการเลือก (choice) จากการศึกษาการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ที่สอดคล้องกับมิติการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ (client orientation) ได้แก่ กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย กิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพหรือทีมสหวิชาชีพ กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนนวัตกรรมการสร้างสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมพื้นบ้าน กิจกรรมการตรวจภาวะแทรกซ้อนตา ตา เท้า กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกายภาพบำบัด และกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดบริการให้ทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุได้รับบริการที่กองทุนฯ จัดบริการให้ แต่เมื่อศึกษาประเด็นรายละเอียดเพิ่มเติม พบว่ามีการตอบสนองค่อนข้างน้อย สาเหตุเนื่องมาจากไม่สามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขที่กองทุนฯ จัดบริการให้ โดยแบ่งออกเป็น 2 สาเหตุหลัก คือ (1) จากผู้ให้บริการ ได้แก่ ไม่มีการจัดบริการ และไม่มีการแจ้งข่าวสาร และ (2) จากผู้รับบริการ ได้แก่ การประกอบอาชีพไม่สอดคล้องกับการจัดบริการ ไม่มีผู้พามาใช้บริการ และไม่สมัครใจเข้ารับบริการ โดยแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียดของสาเหตุดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การตอบสนองกิจกรรมของผู้สูงอายุได้ค่อนข้างน้อย สาเหตุผู้สูงอายุทุกกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมรับบริการ การจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนฯ

กิจกรรมที่กองทุนฯ จัดบริการให้ผู้สูงอายุ	สาเหตุจากผู้ให้บริการ (ร้อยละ)		สาเหตุจากผู้รับบริการ (ร้อยละ)		
	ไม่มีการจัดบริการ	ไม่ได้รับแจ้งข่าวสาร	ประกอบอาชีพ	ไม่มีคนพาเข้าร่วมกิจกรรม	ไม่สมัครใจเข้าร่วม
มิติการให้ความเคารพในความเป็นตัวบุคคล (respect for person)					
กิจกรรมการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา)	47.8	34.8	17.4	0.0	0.0
กิจกรรมคัดกรองสุขภาพในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (ตรวจสุขภาพช่องปาก)	37.7	36.1	26.2	0.0	0.0
กิจกรรมการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL)	42.6	31.5	25.9	0.0	0.0
มิติการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ (Client orientation)					
กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ออกกำลังกาย)	2.3	14.5	38.1	9.0	36.1
กิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย	21.7	27.3	35.4	3.1	12.5
กิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ/ทีมสหวิชาชีพ	48.7	15.4	35.9	0.0	0.0

ตารางที่ 1 การตอบสนองกิจกรรมของผู้สูงอายุได้ค่อนข้างน้อย สาเหตุผู้สูงอายุทุกกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมรับบริการ การจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนฯ (ต่อ)

กิจกรรมที่กองทุนฯ จัดบริการให้ผู้สูงอายุ	สาเหตุจากผู้ให้บริการ (ร้อยละ)		สาเหตุจากผู้รับบริการ (ร้อยละ)		
	ไม่มีการจัดบริการ	ไม่ได้รับแจ้งข่าวสาร	ประกอบอาชีพ	ไม่มีคนพาเข้าร่วมกิจกรรม	ไม่สมัครใจเข้าร่วม
กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุน นวัตกรรมการสร้างสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมพื้นบ้าน	0.0	19.2	38.3	16.8	25.7
กิจกรรมการตรวจภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	13.6	20.4	27.3	20.5	18.2
กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกายภาพบำบัด	80.0	15.0	5.0	0.0	0.0
กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การนวด การอบประคบสมุนไพร	78.9	15.8	5.3	0.0	0.0

วิจารณ์

การตอบสนองการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาการดำเนินงานแผนงานโครงการและวิเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตอบสนองการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้นั้น กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนเป็นการรับฟังปัญหาจากพื้นที่ เพื่อตอบสนองความต้องการการดำเนินงานของผู้สูงอายุในพื้นที่ กองทุนทั้งสองแห่งมีกระบวนการจัดทำแผนงานโครงการคล้ายคลึงกัน โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากชุมชน เป็นหลักสำคัญ โดยใช้เครื่องมือวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมจากชุมชน จากตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่เข้าร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหา มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการดำเนินกิจกรรมตามโครงการในการแก้ไขปัญหาที่มากที่สุดเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญทำให้เกิดการเป็นเจ้าของปัญหาโดยชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของภูติพิ เตชา-ดิวัฒน์ และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ตัวแทนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทรัพยากร ร่วมตัดสินใจวางแผน จนถึงร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพประชาชน

ในชุมชน สนับสนุนให้เกิดการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนโดยชุมชน

แม้ว่ากระบวนการนำเข้าแผนงานโครงการที่สามารถตอบโจทย์ปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ ซึ่งต้องควบคู่กับแผนงานประจำของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยจึงสามารถตอบสนองการจัดบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุได้ แต่การตอบสนองการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ ในบางกิจกรรม แต่บางกิจกรรมตอบสนองได้น้อย ได้แก่ กิจกรรมการตรวจประเมินสุขภาพหัตถ์ ตี๋มสุรา ร้อยละ 47.8 กิจกรรมการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ร้อยละ 42.6 กิจกรรมการคัดกรองสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 37.7 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของสำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยี นโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนน้อย เข้าถึงการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม และซึมเศร้า การเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรค คุณภาพของการคัดกรองโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 48.7 สอดคล้องกับการศึกษาของลินลา ตูเอื้อง⁽¹¹⁾ พบว่า รูปแบบความต้องการในการได้รับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ คือการมีบริการที่เอื้อต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การดูแล

เกี่ยวกับโรคประจำตัว รวมทั้งการมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ออกเยี่ยมบ้าน กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกายภาพบำบัด ร้อยละ 80.0 และกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 78.9 โดยมีสาเหตุจากผู้ให้บริการ ไม่มีการจัดบริการ ไม่ได้รับแจ้งข่าวสาร และกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย ร้อยละ 38.1 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 35.4 กิจกรรมส่งเสริมนวัตกรรมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ร้อยละ 38.3 และกิจกรรมการตรวจภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ร้อยละ 27.3 มีสาเหตุจากผู้รับบริการ ผู้สูงอายุประกอบอาชีพ ไม่มีคนพาเข้าร่วมกิจกรรม และผู้สูงอายุไม่สมัครใจเข้าร่วม จึงทำให้การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้รับบริการไม่ครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์ ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรรดา พงศธราริก⁽¹²⁾ พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ผู้สูงอายุมีอายุมาก มีโรคประจำตัวหลายโรค ผู้สูงอายุบางคนอยู่คนเดียว ไม่มีคนเฝ้าบ้าน และยังมีผู้สูงอายุที่มีภาระต้องทำ ปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุบางส่วนออกมาไม่ได้ เพราะไม่มีคนมาส่ง ไม่มีรถมารับ ลูกหลานออกไปทำงาน ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ ทั้งหนังสือเชิญ การบอกปากต่อปาก รถประชาสัมพันธ์ ป้ายโฆษณา ซึ่งถ้าผู้สูงอายุได้รับหนังสือเชิญ ก็จะมาเข้าร่วมกิจกรรม ถ้าไม่ได้รับก็ไม่ได้เข้าร่วม จึงทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาใช้ประโยชน์กับพื้นที่

ด้านบริหาร

ผู้บริหารกองทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เห็นความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนโครงการกองทุน ในการเสนอปัญหา วางแผนการดำเนิน

ตั้งแต่เริ่มกระบวนการ จะทำให้การพิจารณาอนุมัติงบประมาณ หรือกิจกรรมบางส่วนที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ สามารถขอรับการสนับสนุนได้จากหน่วยใดเพิ่มเติม เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้

ด้านบริการ

การดำเนินงานการจัดบริการสาธารณสุข ของกองทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น พบว่า สาเหตุไม่มีการจัดบริการ การบริการเชิงรุกในพื้นที่ จาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังไม่ครอบคลุม จึงควรเพิ่มทักษะการพัฒนาของทีม อสม. ในประเด็นการติดตามงานเชิงรุกมากขึ้น ผู้ให้บริการควรปรับเปลี่ยนระยะเวลาการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพราะผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมการจัดบริการสาธารณสุขได้ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ รวมไปถึงการพัฒนากระบวนการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสมารับบริการสาธารณสุขที่กองทุนฯ หรือหน่วยงานอื่นที่เข้ามาช่วยเหลือ และเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในระบบกองทุนการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long-term care) ในประเด็นการตอบสนองของผู้สูงอายุ และขยายผลการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ทั้ง 7 กลุ่ม (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการ และทุพพลภาพ และกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง) ในทุกพื้นที่กองทุนฯทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ จะทำให้ทราบแนวโน้ม ความเหมือน ความแตกต่าง ข้อดี และข้อเสียของการดำเนินกิจกรรมแต่ละพื้นที่ ว่ามีการตอบสนองการจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนฯ ที่จัดให้ไว้เป็นสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับ เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงการจัดบริการให้มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอโพทะเล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะนง ทุ่งน้อย นายกองการบริการส่วนตำบลทะนง นายกเทศมนตรีตำบลทะนง ทุ่งน้อย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลทะนง และทุ่งน้อย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนภาคประชาชน และผู้สูงอายุ ในตำบลทะนงและ ทุ่งน้อย ทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี [สืบค้นเมื่อ 28 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://obt.nhso.go.th/obt/report>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ด้านสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร [อินเทอร์เน็ต]. พิจิตร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร; [สืบค้นเมื่อ 28 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ppho.go.th/mis-new/>
4. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน สถานะสุขภาพ การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [สืบค้นเมื่อ 28 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพทะเล. ศูนย์ข้อมูลยุทธศาสตร์ อำเภอโพทะเล [อินเทอร์เน็ต]. พิจิตร: สำนักงานสาธารณสุข- อำเภอโพทะเล [สืบค้นเมื่อ 28 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.hosthai/00702>.
6. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). รายงานการศึกษาผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี [สืบค้นเมื่อ 30 พ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://www.thaiichr.org/autopagev4/show_page.php?topic_id=159&auto_id=8&TopicPk=91
7. Murray, CJ, J Frenk, A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ 2000;78(6):717-31.
8. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: จามจุรี-โปรดักท์; 2554.
9. กุติท เตชาติวัฒน์, พัชรินทร์ สิริสุนทร, ศิวิลักษณ์รัตน์วิจิตร, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2555;26(3): 1-15.
10. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฏกุล, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ลีลี อิงศรีสว่าง. โครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพมหานคร: วัชรินทร์ พี.พี.; 2556.
11. ลินลา ตูเอื้อง. รูปแบบความต้องการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2561;14(2):47-52.
12. จิตรรดา พงศธาธิก, วีรยุทธ ศรีทุมสุข, ณัฐกร นิลเนตร, บุญตา กลิ่นมาลี, บวรจิต เมธาฤทธิ, อรุณรัตน์ หวังถนอม. รูปแบบการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ต.บ้านหม้อ อ.เมือง จ.เพชรบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;20(2):150-59.

Abstract: Responsiveness to the Elderly Health Care Services of the Local Fund in the National Health Security Scheme, Phothalae District, Phichit Province

Pajaree Niemjunt, B.P.H.*; Angsana Boonthum, Ph.D. (Population And Development); Chanin Chareonkul, Ph.D. (Population and Development)***; Ajchara Vararuk, Ph.D. (Information System Engineering)****

** Major in Community Health System Development Faculty of Public Health Mahidol University;*

*** Department of Community Health Faculty of Public Health Mahidol University; *** Faculty of Public Health Thammasat University, Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(2):251-61.

This mixed methods research investigated the responsiveness to the elderly health care services of local fund in the National Health Security Scheme, Phothalae District, Phichit Province. The samples of this study included 6 individuals comprising of the fund committees, representatives of local administrative organizations and people sector, and public health officers from 2 funds, as well as 396 elderly people. Data were collected using in-depth interview, related documents and structured interview; and were analyzed by using content analysis and descriptive statistics—number, percentage, and mean. The results showed that the process of fund planning using participatory community analytical tools to diagnose the cause of the problems by implementing the elderly program and related projects led to the elderly health care service provision according to their right as well as the needs of well elder, home bound and bed bound groups. Some activities had relatively low responsiveness because there were no services such as smoking and alcohol drinking screening test activities (47.8%), oral health screening activities (37.7%), assessing the ability of daily living activities (42.6%), home visiting activities (48.7%), physiotherapy-based rehabilitation activities (80.0%) and rehabilitation activities by traditional medicine (78.9%). In addition, some activities were not accomplished by the elderly who were employed, that led to the elderly not receiving health care service in accordance to their right, and those activities included health behavior adjustment activities and exercise (38.1%), health promoting activities using Thai traditional medicine (35.40%), promoting health innovation activities with local wisdom (38.3%) and examination of eyes, kidney, foot complications activities (27.30%). The suggestions of this study included the improvement of follow-up and proactive communication skills of public health volunteer teams and public health officers for follow-up and proactive communication; and the information system for the elderly should be developed.

Keywords: program plan; elderly health care services; the local fund in the national health security scheme

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ความคาดหวังของผู้รับบริการและทีมหมอครอบครัวต่อ บริการของคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดเชียงใหม่

สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว, อ.ว.เวชศาสตร์ป้องกัน
คลินิกหมอครอบครัวแม่ป๋อง โรงพยาบาลพร้าว อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

วันรับ:	10 ก.ย. 2562
วันแก้ไข:	1 พ.ค. 2563
วันตอบรับ:	16 พ.ค. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการและทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 คือ ผู้รับบริการในคลินิกหมอครอบครัวทุกกลุ่มวัย จำนวน 400 คน กลุ่มที่ 2 คือ ทีมหมอครอบครัว จำนวน 108 คน ทั้งสองกลุ่มถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก สืบหาข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ด้วยแบบประเมินความคาดหวัง 2 ชุดจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้รับบริการเป็นเพศชายร้อยละ 51.50 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 32.50 ระดับการศึกษา ประถมศึกษาร้อยละ 58.00 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 59.80 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 72.20 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 68.50 สถานพยาบาลที่มักใช้เวลาเจ็บป่วยคือ รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุขร้อยละ 34.25 และมีความต้องการคลินิกหมอครอบครัวร้อยละ 97.50 กลุ่มผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อการบริการของคลินิกหมอครอบครัวในภาพรวมในระดับมากที่สุด (Mean=3.84, SD=0.39) และความคาดหวังคือ มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างโรงพยาบาลใหญ่และคลินิกหมอครอบครัวแบบออนไลน์เรียกดูได้ทันที ได้รับการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาโดยแพทย์ทุกครั้ง คลินิกหมอครอบครัวทำงานประสานกับท้องถิ่นเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีการจ่ายยาโดยเภสัชกร และมีโครงสร้างคลินิกที่ได้มาตรฐานสะอาด ปลอดภัย บรรยากาศดี มีห้องสุขาและที่จอดรถสะดวก ส่วนกลุ่มทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 27.78 พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 22.22 และมีความต้องการคลินิกหมอครอบครัวร้อยละ 98.15 กลุ่มทีมหมอครอบครัวมีความคาดหวังต่อการบริการของคลินิกหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=3.45, SD=0.66) และมีความคาดหวังคือ ต้องการสิ่งสนับสนุนบริการที่เป็นโครงสร้าง-คลินิกหมอครอบครัวได้มาตรฐาน สะอาด ปลอดภัยตามมาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการในพื้นที่ และมีช่องทางให้คำปรึกษาให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างรวดเร็วทันเวลาด้วยเทคโนโลยี ความคาดหวังต่อการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ คือ ต้องการรับการตรวจรักษาจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีสหวิชาชีพเชี่ยวชาญเฉพาะด้านร่วมให้บริการ มีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการทำงานด้านสุขภาพของประชาชน ประสานกับท้องถิ่นและพัฒนาโครงสร้างคลินิกหมอครอบครัวให้สะอาดได้มาตรฐานด้านทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานประจำในคลินิกหมอครอบครัว ควรมีทีมสหวิชาชีพสนับสนุนการให้บริการและร่วมกันพัฒนาระบบให้ผ่านมาตรฐาน รพ.สต. ติดดาวและสร้างช่องทางติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการที่รวดเร็วทันเวลา เพื่อเป็นการให้และรับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ประชาชนให้ความไว้วางใจและเป็นสถานที่ทำงานที่มีความสุข

คำสำคัญ: ความคาดหวังของผู้รับบริการ; ความคาดหวังของทีมหมอครอบครัว; บริการของคลินิกหมอครอบครัว

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 ได้กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ครอบคลุมการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มาตรา 15 ความว่า บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ⁽²⁾ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ปี 2562 ด้านการพัฒนา ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (primary care cluster)⁽³⁾ ซึ่งจะปรับปรุงแบบบริการจากดูเป็น “โรค” เป็นดูที่ “คน” ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว รัฐจึงมีนโยบายให้เปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) ดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเหลื่อมล้ำ ให้บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยีด้วยทีมหมอครอบครัวซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ อีกทั้งยังมีเป้าหมายวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดบริการในคลินิกหมอครอบครัวต้นแบบอย่างน้อยเขตละ 1 แห่งด้วย สิ่งที่ประชาชนคาดหวังว่าจะได้รับคือการให้บริการที่เป็นองค์รวม ทำให้ประชาชนสุขภาพดีเกิดการดูแลที่มีคุณค่า การบริการที่สะดวกรวดเร็วเป็นกันเอง ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ดูจตุตามแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ⁽⁴⁾ ซึ่งการบริการในคลินิกหมอครอบครัวนั้นประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่องแบบผสมผสานและเป็นองค์รวมโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ งานคุ้มครองผู้บริโภค การให้บริการดูแลที่บ้าน

และในชุมชน ระบบให้คำปรึกษาให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างรวดเร็วทันเวลาด้วยการใช้เทคโนโลยีและการรับและส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

คลินิกหมอครอบครัวในภาพรวมของประเทศจัดตั้งขึ้นในปีงบประมาณ 2559–2561 จำนวนเป็น 76, 553 และ 1,170 ทีมตามลำดับ^(3,5) จังหวัดเชียงใหม่มีพื้นที่นำร่องจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 5 แห่ง มีรูปแบบการให้บริการอิงตามแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ⁽⁴⁾ ต่อมาในปีงบประมาณ 2561 ขยายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวให้เพิ่มมากขึ้นทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทที่สมัครใจและผ่านข้อกำหนดอีกจำนวน 13 แห่ง⁽⁶⁾ กระจายเกือบทุกอำเภอซึ่งมีความต่างของบริบทพื้นที่และลักษณะปัญหาสุขภาพ ลำดับความคาดหวังของประชาชนจึงอาจแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัวมาก่อน นอกจากการศึกษาการรับรู้ของประชาชนต่อความสำคัญของบริการคลินิกหมอครอบครัวของสฤดีเดช เจริญไชย และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสำคัญของบริการคลินิกหมอครอบครัวด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย ด้านการส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้และดูแลตนเอง ด้านการส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลครอบครัวและการติดตามเยี่ยมบ้าน/ไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านและมีความต้องการคลินิกหมอครอบครัวร้อยละ 92.40 และการสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตากของวิสนา ศรีวิชัย⁽⁸⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังว่าอยากให้สุขภาพดีขึ้น การได้รับบริการโรคเรื้อรังตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว

ด้านทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินั้นเป็นบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขที่กระทรวงต้องการส่งเสริมให้มีความสุขในการทำงานโดยนำ happinometer หรือเครื่องมือวัดความสุขด้วยตนเอง⁽⁹⁾ มาประเมินผลกิจกรรมในการสร้างสุขต่างๆ ให้แก่บุคลากรด้าน

สาธารณสุขโดยนำแนวคิดองค์กรแห่งความสุขมาวัดความสุขของบุคลากร หนึ่งในปัจจัยสร้างสุขนั้นคือ happy work life คือ การงานดี ซึ่งหมายถึงได้ทำงานบริการในคลินิก หมอครอบครัวตามความคาดหวังที่ครอบคลุมด้านต่างๆ ซึ่งเป็นงานที่มีความท้าทายและส่งเสริมให้ได้เรียนรู้สิ่งใหม่กับเพื่อนร่วมงานคือทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีสิ่งแวดล้อมสนับสนุนย่อมจะส่งผลให้มีความสุขในการทำงานและส่งเสริมให้การบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวและเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) จังหวัดเชียงใหม่ สาขาพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ จึงสนใจที่จะทำการวิจัยโดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการ และทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการสำรวจว่าผู้รับบริการคาดหวังหรืออยากให้มีบริการแต่ละด้านอยู่ในระดับใด และทีมหมอครอบครัวซึ่งเป็นผู้ให้บริการมีความต้องการปฏิบัติงาน ความต้องการที่จะให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ความต้องการจะได้รับหรือมีสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านต่างๆ อยู่ในระดับใด เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการปรับปรุงแบบและพัฒนาคุณภาพการบริการในคลินิกหมอครอบครัวให้สอดคล้องกับลำดับความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ทีมหมอครอบครัวและบริบทพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและพึงพอใจ ทีมหมอครอบครัวและผู้ให้บริการมีความสุขไปพร้อมๆ กัน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ และทีมหมอครอบครัวในคลินิกหมอครอบครัวเขตจังหวัดเชียงใหม่ที่เปิดดำเนินการในปีงบประมาณ 2561⁽¹⁰⁾ ในช่วงเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ มี 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มผู้รับบริการในคลินิกหมอครอบครัวทุกกลุ่มวัย รวมไปถึงผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ทีมให้การดูแลถึงบ้านด้วย ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้าคือต้องเป็นผู้รับบริการที่อ่านออกเขียนได้ เกณฑ์คัดออกคือผู้ที่ไม่ใช่ประชากรในพื้นที่ เช่น เป็นคนท้องที่อื่นแต่บังเอิญผ่านมาแวะรับบริการโดยบังเอิญเท่านั้น

ทีมหมอครอบครัว ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เภสัชกรและสหวิชาชีพซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้าคือต้องเป็นทีมหมอครอบครัวที่มีคำสั่งให้ปฏิบัติงานประจำที่คลินิกหมอครอบครัวในช่วงที่มีการศึกษาวิจัยนี้ เกณฑ์คัดออกคือประเภทสหวิชาชีพที่มาให้บริการเป็นครั้งคราวหรืออาจมาปฏิบัติงานแทนเจ้าหน้าที่ประจำ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคำนวณโดยสูตรของ Yamane T⁽¹¹⁾

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดประชากรทั้งหมด

e แทน ความกระชับของการประมาณค่าโดยกำหนดเป็น 0.05

จากจำนวนประชากรทั้งหมดในฐานข้อมูลที่คลินิกหมอครอบครัวดูแลและจำนวนบุคลากรในทีมหมอครอบครัวประจำคลินิกหมอครอบครัวในรายงานสรุปการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster: PCC) จังหวัดเชียงใหม่ เดือนมกราคม 2561⁽⁶⁾ เมื่อแทนค่าจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ 400 คน และกลุ่มตัวอย่างทีมหมอครอบครัว 108 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มทีมหมอครอบครัวใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบประเมินความคาดหวังต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว มี 2 ชุด ชุดที่ 1 สำหรับผู้รับบริการมี 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ตอนที่ 2 ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว แบ่งเป็น 6 ด้าน รวม 22 ข้อ ชุดที่ 2 สำหรับทีมหมอครอบครัวมี 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ตอนที่ 2 ความคาดหวังของทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัวแบ่งเป็น 6 ด้าน รวม 22 ข้อ

แบบประเมินนี้ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ของประชาชนต่อความสำคัญของบริการคลินิกหมอครอบครัว⁽⁷⁾ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบมีระดับความสำคัญตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด กำหนดค่าคะแนนตั้งแต่ 4 ถึง 1 ดังนี้

ความสำคัญมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

ความสำคัญมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

ความสำคัญปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ความสำคัญน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 2 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวอีก 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index - CVI) เท่ากับ 0.86 จากนั้นได้นำแบบสอบถามที่ปรับแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายจำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงโดยวิธี Conbrach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87 จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปใช้จริง

การเก็บและรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตามคุณสมบัติเข้าเกณฑ์และตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะที่พิกสิทธิสวัสดิการ สถานพยาบาลที่มักใช้เวลาเจ็บป่วย วิชาชีพและความต้องการคลินิกหมอครอบครัว

2) วิเคราะห์ข้อมูลความคาดหวังต่อบริการคลินิกหมอครอบครัว มีคำถามสำหรับผู้รับบริการ 22 ข้อและคำถามสำหรับทีมหมอครอบครัว 22 ข้อ เกณฑ์ในการแปลค่าเฉลี่ยที่มีต่อระดับความคาดหวังได้แบ่งระดับความคาดหวังออกเป็น 4 ระดับ โดยการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น = $(4-1)/4=0.75$

- คะแนน 1.00-1.75 หมายถึง มีความคาดหวังน้อย

- คะแนน 1.76-2.50 หมายถึง มีความคาดหวังปานกลาง

- คะแนน 2.51-3.25 หมายถึง มีความคาดหวังมาก

- คะแนน 3.26-4.00 หมายถึง มีความคาดหวังมากที่สุด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.50 และเพศหญิง ร้อยละ 48.50 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 32.50 รองลงมาอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 24.50 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.00 รองลงมาคือระดับอนุปริญญาและปริญญาตรีและระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 22.00 และ 18.00 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.80 ลักษณะที่พักเป็นบ้านเดี่ยว ร้อยละ 86.80 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.25 รองลงมาคือมีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.50 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 68.50 รองลงมาคือสิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 14.80 และ 8.25 ตามลำดับ สถานพยาบาลที่มักใช้เวลาเจ็บป่วย คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) / ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 34.25 รองลงมาคือโรงพยาบาล

อำเภอและโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 28.00 และ 22.25 ตามลำดับ มีความต้องการคลินิกหมอครอบครัว ร้อยละ 97.50

กลุ่มทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.22 มีอายุระหว่าง 23-30 ปี ร้อยละ 30.56 รองลงมาอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 25.00 เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 27.78 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 22.22 ที่หน่วยบริการคลินิกหมอครอบครัวมีระบบข้อมูลการรักษาเชื่อมโยงแบบออนไลน์ระหว่างหน่วยบริการและโรงพยาบาลชุมชนเพียงร้อยละ 38.89 และมีความต้องการคลินิกหมอครอบครัว ร้อยละ 98.15

2. ความคาดหวังของผู้รับบริการและทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว

กลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความคาดหวังโดยรวมต่อ

บริการของคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=3.84, SD=0.39) และมีความคาดหวังระดับมากที่สุด ใน 3 อันดับแรกคือ (1) คาดหวังให้มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างโรงพยาบาลใหญ่และคลินิกหมอครอบครัวแบบออนไลน์ (Mean=3.91, SD=0.37) (2) คาดหวังจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาโดยแพทย์ทุกครั้ง (Mean=3.90, SD=0.34) และ (3) คาดหวังให้คลินิกหมอครอบครัวทำงานประสานกับท้องถิ่นเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Mean=3.89, SD=0.38) มีการจ่ายยาโดยเภสัชกร (Mean=3.89, SD=0.36) และโครงสร้างคลินิกหมอครอบครัวได้มาตรฐาน สะอาดปลอดภัย บรรยากาศดี ห้องสุขาสะอาดและที่จอดรถสะดวก (Mean=3.89, SD=0.37) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว (n=400)

ความคาดหวังต่อบริการด้านต่าง ๆ		Mean	SD	อันดับที่
การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค				
1	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ไม่ให้เจ็บป่วย	3.78	0.38	14
2	ส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้และดูแลตนเอง	3.84	0.37	8
3	ส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลครอบครัว	3.82	0.36	10
4	ควบคุมโรคระบาดทั้งในคนและที่จะแพร่จากสัตว์มาสู่คน	3.80	0.40	12
การรักษาพยาบาล				
1	มีแพทย์ประจำตัวและครอบครัว	3.86	0.37	6
2	รักษาเมื่อมีปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ	3.76	0.41	15
3	ได้รับการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาโดยแพทย์ทุกครั้ง	3.90	0.34	2
4	จ่ายยาโดยเภสัชกร	3.89	0.36	3
5	ดูแลภาวะฉุกเฉินได้และมีเครื่องมือช่วยวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น	3.88	0.38	4
6	ทำหัตถการเบื้องต้น เช่น เย็บแผล เอาสิ่งแปลกปลอมออก เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ หรือสายยางให้อาหาร	3.88	0.36	4
7	ส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม	3.76	0.41	15
การฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่องแบบผสมผสานและเป็นองค์รวมโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ				
1	ดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ยังไม่ป่วย ขณะป่วยและฟื้นฟู	3.83	0.39	9
2	ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม	3.75	0.51	16
3	มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการในพื้นที่	3.86	0.37	6

ความคาดหวังของผู้รับบริการและทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 1 ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว (n=400) (ต่อ)

ความคาดหวังต่อบริการด้านต่าง ๆ	Mean	SD	อันดับที่
คุ้มครองผู้บริโภค	3.79	0.39	13
การให้บริการดูแลที่บ้านและในชุมชน			
1 ติดตามเยี่ยมบ้านหรือไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	3.81	0.38	11
2 มีช่องทางรับคำปรึกษาและความรู้ด้านสุขภาพอย่างรวดเร็วทันเวลาด้วยเทคโนโลยี	3.87	0.40	5
3 สนับสนุนให้ร่วมกันพัฒนาชุมชน	3.86	0.37	6
4 ทำงานประสานกับท้องถิ่นเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	3.89	0.38	3
สิ่งสนับสนุนบริการ			
1 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างโรงพยาบาลใหญ่และคลินิกหมอครอบครัวแบบออนไลน์ เรียกว่าได้ทันที	3.91	0.37	1
2 โครงสร้างคลินิกหมอครอบครัวได้มาตรฐาน สะอาดปลอดภัย บรรยากาศดี ห้องสุขาสะอาดและที่จอดรถสะดวก	3.89	0.37	3
3 มีงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่สร้างประโยชน์ด้านสุขภาพให้ประชาชน	3.85	0.38	7
ค่าเฉลี่ยรวม	3.84	0.38	

กลุ่มทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่มีความคาดหวังโดยรวมต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=3.45, SD=0.66) และมีความคาดหวังระดับมากที่สุด ใน 3 อันดับแรก ดังนี้ (1) ต้องการสิ่งสนับสนุนบริการที่เป็นโครงสร้างคลินิกหมอครอบครัวที่ได้มาตรฐาน สะอาดปลอดภัยตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว (Mean=3.62, SD=0.61) (2) คาดหวังให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการในพื้นที่ (Mean=3.60, SD=0.58) และ (3) คาดหวังให้มีช่องทางให้คำปรึกษาให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างรวดเร็วทันเวลาด้วยเทคโนโลยี (Mean=3.59, SD=0.58) รายละเอียดดังตารางที่ (2)

ตารางที่ 2 ความคาดหวังของทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว (n=108)

ความคาดหวังต่อบริการด้านต่าง ๆ	Mean	SD	อันดับที่
การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค			
1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ไม่ให้เจ็บป่วย	3.44	0.57	12
2 ส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ ดูแลตนเองและสามารถดูแลครอบครัว	3.56	0.62	5
3 ควบคุมโรคระบาดทั้งในคนและที่จะแพร่จากสัตว์มาสู่คน	3.44	0.65	12
การรักษาพยาบาล			
1 รักษาเมื่อประชาชนมีปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ	3.35	0.70	15
2 มีแพทย์ประจำตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาทุกครั้ง	3.46	0.72	12
3 จ่ายยาโดยเภสัชกร	3.31	0.70	16
4 ดูแลภาวะฉุกเฉินได้และมีเครื่องมือช่วยวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น	3.41	0.67	13
5 ทำหัตถการเบื้องต้น เช่น เย็บแผล เอาสิ่งแปลกปลอมออก เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะหรือสายยางให้อาหาร	3.41	0.64	13
6 ส่งต่อเพื่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม	3.52	0.59	7

ตารางที่ 2 ความคาดหวังของทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว (n=108) (ต่อ)

ความคาดหวังต่อบริการด้านต่างๆ	Mean	SD	อันดับที่
การฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่องแบบผสมผสานและเป็นองค์รวมโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ			
1 ดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ยังไม่ป่วย ขณะป่วยและฟื้นฟู	3.41	0.63	13
2 ดูแลประชาชนทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม	3.39	0.72	14
3 มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการในพื้นที่	3.60	0.58	2
คุ้มครองผู้บริโภค	3.29	0.61	17
การให้บริการดูแลที่บ้านและในชุมชน			
1 ติดตามเยี่ยมบ้าน/ไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	3.48	0.63	10
2 มีช่องทางให้คำปรึกษาให้ความรู้แก่พี่น้องประชาชนอย่างรวดเร็วทันเวลาด้วยการใช้เทคโนโลยี	3.59	0.58	3
3 สนับสนุนให้ร่วมกันพัฒนาชุมชน	3.55	0.59	6
4 ทำงานประสานกับท้องถิ่นเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	3.44	0.63	12
สิ่งสนับสนุนบริการ			
1 ข้อมูลการรักษาระหว่างโรงพยาบาลใหญ่และคลินิกหมอครอบครัวเชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกันแบบออนไลน์ เรียกดูได้ทันที	3.44	0.63	12
2 โครงสร้างคลินิกหมอครอบครัวได้มาตรฐาน สะอาดปลอดภัยเชื่อมตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	3.62	0.61	1
3 มีงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่สร้างประโยชน์ด้านสุขภาพให้ประชาชน	3.85	0.38	7
4 มีจุดรองรับผู้ป่วยที่ส่งต่อไปและส่งกลับจากโรงพยาบาลชุมชนแบบไร้รอยต่อ สะดวกรวดเร็ว (PCC-hospital referral center)	3.49	0.63	9
5 มีทรัพยากรสนับสนุนการออกทำงานในพื้นที่และบริหารจัดการงบประมาณได้เอง	3.58	0.69	4
ค่าเฉลี่ยรวม	3.48	0.63	

วิจารณ์

กลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นช่วงวัยกลางคนอายุ 40-49 ปี อาชีพเกษตรกรกรรม ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว สถานพยาบาลที่มักใช้เวลาเจ็บป่วย คือ รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข (ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽²⁾) ผู้รับบริการเป็นประชาชนและทำการเกษตรในพื้นที่จึงสะดวกที่เข้ารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวใกล้บ้านตนเองเนื่องจากไม่ต้องไปแออัดรอคอยที่โรงพยาบาลจนเสียเวลาประกอบอาชีพสอดคล้องกับการศึกษาของภัทร-จารินทร์ คุณารูป⁽¹²⁾ พบว่า เหตุจูงใจที่สำคัญที่สุดที่มารับบริการคือ ใกล้บ้าน สะดวกในการเดินทาง มีบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจและสถานพยาบาลที่มักใช้ในลำดับรองลง

มาคือโรงพยาบาลอำเภอซึ่งเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อจากคลินิกหมอครอบครัวตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่แล้ว กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 97.50 มีความต้องการคลินิกหมอครอบครัว ความคาดหวังโดยรวมของผู้รับบริการต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสุษัดดี เตชเจริญไชย⁽⁷⁾ ที่ศึกษาการรับรู้ของประชาชนต่อความสำคัญของการบริการคลินิกหมอครอบครัวพบว่ามีความต้องการคลินิกหมอครอบครัวมากถึงร้อยละ 92.40 และมีความคาดหวังโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ความคาดหวังใน 3 อันดับแรก ดังนี้

อันดับที่หนึ่ง มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างโรงพยาบาลใหญ่และคลินิกหมอครอบครัวแบบออนไลน์

เรียกดูได้ทันที สถานการณ์ปัจจุบันระบบข้อมูลการรักษาในคลินิกหมอครอบครัวและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ร้อยละ 61.11 ยังไม่เชื่อมโยงหากัน ไม่สามารถเรียกดูแบบออนไลน์ได้ตลอดเวลา ผู้รับบริการจึงคาดหวังให้มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างโรงพยาบาลใหญ่และคลินิกหมอครอบครัวแบบออนไลน์ เพราะเมื่อมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแล้วถูกส่งมาดูแลต่อเนื่องจากคลินิกหมอครอบครัวต้องการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องกัน

ทีมหมอครอบครัวจะได้ทราบข้อมูลการตรวจรักษาที่เป็นปัจจุบันและสามารถดูแลต่อได้เลย และในทางกลับกันหากเริ่มต้นที่คลินิกหมอครอบครัวแล้วจำเป็นต้องส่งต่อไปโรงพยาบาล โรงพยาบาลก็สามารถเรียกดูข้อมูลได้เช่นกันไม่ต้องเริ่มต้นซักประวัติใหม่ตลอดจนช่วยลดขั้นตอนและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลบุคคลได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kripalani S และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า การขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะผลการวินิจฉัยและแบบสรุปแผนการรักษาจะส่งผลทำให้การดูแลต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิแย่ง

อันดับที่สอง ผู้รับบริการในคลินิกหมอครอบครัวคาดหวังจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาโดยแพทย์ทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรจารินทร์คุณารูป⁽¹²⁾ ที่พบว่า ประชาชนคาดหวังให้มีแพทย์ออกตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกวันเพราะรู้สึกมีความมั่นใจมากกว่าและจากการศึกษาของพอล อูยยานนท์⁽¹⁴⁾ พบว่า ผู้รับบริการมีความต้องการเพิ่มแพทย์พยาบาลในหน่วยบริการสาธารณสุข

อันดับที่สามมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังเท่ากัน 3 ข้อ ได้แก่

1. ผู้รับบริการมีความคาดหวังให้คลินิกหมอครอบครัวทำงานประสานกับท้องถิ่นเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตรงตามแนวคิดส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเรื่องสร้างเครือข่ายความร่วมมือทุกภาคส่วนรวมถึงคลินิกหมอครอบครัวในการจัดการสุขภาพชุมชนและพัฒนาการสาธารณสุข

และสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการรับความเสี่ยงจากปัจจัยทางสังคมที่คุกคามสุขภาพอันจะนำไปให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ตอบสนองความต้องการของประชาชนและประชาชนมีสุขภาพ⁽¹⁵⁾ และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ที่มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง สร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนให้มีสุขภาพร่างกาย จิตและสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป⁽¹⁶⁾

2. ผู้รับบริการมีความคาดหวังให้คลินิกหมอครอบครัวมีการจ่ายยาโดยเภสัชกร เนื่องจากในยุคก่อตั้งคลินิกหมอครอบครัวใช้โครงสร้างบุคลากรเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งไม่มีเภสัชกรประจำทุกวัน มีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพช่วยจ่ายยา ในปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายยังไม่สามารถสนับสนุนเภสัชกรให้สามารถปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวได้ตลอดเวลา แต่มีนโยบายลดความแออัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยระยะท้ายจากโรงพยาบาลให้กลับมารักษาที่คลินิกหมอครอบครัว ยาที่ใช้รักษาในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีหลายชนิดและซับซ้อนจึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในกรณีให้วิชาชีพที่ไม่ได้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านมาช่วยจ่ายยาซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวังของทีมหมอครอบครัวที่อยากให้ทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมให้บริการในพื้นที่ด้วย เนื่องจากการดูแลในคลินิกหมอครอบครัวที่รับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและหลากหลายขึ้นต้องการการดูแลที่มีคุณภาพตรงตามมาตรฐานความเชี่ยวชาญเฉพาะและลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ส่วนการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงก็ต้องการการดูแลเฉพาะปัญหาตามความเชี่ยวชาญของวิชาชีพต่าง ๆ ซึ่งตรงกับแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ พ.ศ. 2559⁽⁴⁾ ที่ต้องมีทีมสหวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ร่วมกันดูแลคน โดยอาศัยความรู้ความชำนาญของทุกคนในทีมผสมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสมยศ ศรีจารนัย และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การจัดบริการของทีมหมอครอบครัวที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้

ตามความคาดหวัง โดยกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ที่ทีมหมอครอบครัวให้การดูแลนั้นเป็นกลุ่มผู้ซึ่งต้องการได้รับการช่วยเหลือแบบใกล้ชิดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งเศรษฐกิจสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยติดเตียงเมื่อได้รับการดูแลครอบคลุมทุกด้านด้วยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายจึงมีผลให้ความพึงพอใจค่อนข้างมากในการรับบริการที่สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย ได้รับความเป็นธรรมและเป็นมิตรจากทีมหมอครอบครัว

3. ผู้รับบริการมีความคาดหวังว่าจะมีโครงสร้างคลินิกหมอครอบครัวที่ได้มาตรฐาน สะอาดปลอดภัย อบอุ่น บรรยากาศดี มีห้องสุขาและที่จอดรถสะดวก

กลุ่มที่หมอครอบครัวมีความต้องการคลินิกหมอครอบครัวร้อยละ 98.15 ความคาดหวังโดยรวมของทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุดและมีความคาดหวังระดับมากที่สุดในระดับแรก ดังนี้

อันดับที่หนึ่ง ต้องการสิ่งสนับสนุนบริการที่เป็นโครงสร้างคลินิกหมอครอบครัวที่ได้มาตรฐาน สะอาดปลอดภัยตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว ซึ่งตรงกับ ความคาดหวังอันดับที่สามของกลุ่มผู้รับบริการ เมื่อความคาดหวังของทั้งสองฝ่ายตรงกันน่าจะส่งผลให้เป็นปัจจัยสนับสนุนต่อการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวไปในทิศทางที่ดีขึ้นสอดคล้องกับแผนการพัฒนาระบบการแพทย์-ปฐมภูมิที่จะพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว ผ่าน 3 ดาว ร้อยละ 100.00 และผ่าน 5 ดาว ร้อยละ 60.00 ในปี 2562⁽⁵⁾

อันดับที่สอง คาดหวังให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการในพื้นที่ ซึ่งตรงกับความคาดหวังของกลุ่มผู้รับบริการอันดับที่สามที่ต้องการเภสัชกรซึ่งเป็นหนึ่งในสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมาร่วมให้บริการในคลินิกหมอครอบครัว

อันดับที่สาม คาดหวังให้มีช่องทางให้คำปรึกษาให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างรวดเร็วทันเวลาด้วยการใช้

เทคโนโลยี ทีมหมอครอบครัวต้องการช่องทางให้คำปรึกษาให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างรวดเร็วทันเวลา ด้วยการใช้เทคโนโลยีสอดคล้องกับนโยบายด้านการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ⁽³⁾ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ให้บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี

ข้อเสนอแนะ

ก. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กำหนดเป็นนโยบายการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽²⁾ ในจังหวัดเชียงใหม่ ให้จัดบริการให้สอดคล้องกับความคาดหวังของประชาชน ซึ่งต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพร่วมดำเนินการสร้างระบบข้อมูลเชื่อมโยงแบบออนไลน์ระหว่างคลินิกหมอครอบครัวและโรงพยาบาลแม่ข่ายรวมถึงโรงพยาบาลจังหวัด ปรับโครงสร้างคลินิกหมอครอบครัวให้ได้มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว และประสานกับท้องถิ่นเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ ควรมีการกำกับติดตามการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว และการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนดและประเมินผลการดำเนินงานต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ

ข. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบบริการของคลินิกหมอครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดเชียงใหม่ในบริบทพื้นที่ปกติ เช่น เขตชนบทหรือกึ่งชนบทกึ่งเมือง สำหรับเขตพื้นที่พิเศษ เช่น ในพื้นที่สูงหรือพื้นที่ที่มีชาติพันธุ์หลากหลายควรมีการวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

2) การศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมจะช่วยให้ทราบข้อมูลความคาดหวังต่อบริการจากกลุ่มเป้าหมายในเชิงลึกและรายละเอียดแต่ละด้านมากขึ้น

จุดแข็งของงานวิจัย เป็นงานวิจัยที่สะท้อนให้เห็นถึง

ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคลินิกหมอครอบครัว และในกลุ่มทีมหมอครอบครัวเอง ซึ่งผลของงานวิจัยนี้จะสามารถนำไปพัฒนาคุณภาพของระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัวมากขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย ข้อมูลความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจเป็นข้อมูลจากผู้ที่เดินเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการและกลุ่มที่ทีมหมอครอบครัวออกไปเยี่ยมที่บ้านซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณในภาพรวมช่วยให้เราทราบความคาดหวังส่วนใหญ่ของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ แต่ยังคงขาดข้อมูลความคาดหวังจากประชาชนทั่วไปในพื้นที่ทั้งหมดที่อาจจะยังไม่เคยเข้ามาใช้บริการในช่วงที่เก็บข้อมูล ดังนั้น การศึกษาเพิ่มเติมขยายกลุ่มเป้าหมายออกไปและเพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัวทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกเก็บข้อมูล ขอขอบคุณนายแพทย์จรัส สิงห์แก้ว ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) จังหวัดเชียงใหม่ สาขาพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 134, ตอนที่ 40 ก (ลงวันที่ 6 เมษายน 2560).
2. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 136, ตอนที่ 56 ก (ลงวันที่ 30 เมษายน 2562).
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562 [สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/1.%20Primary%20Care.pdf

4. โสภณ เมฆธน, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, สุภโชค เวชภักดิ์เกสัช, สันติ ลากเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล, สิริชัย นามทรงศนีย์, และคณะ. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนุสสหกรณ์-การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
5. มรุต จิรเศรษฐสิริ. การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ. การประชุมคณะกรรมการพบปะและช่วยเหลือบุคคลโดยโอกาส, คณะกรรมการดำเนินงานโครงการสานตติบัญญัติแห่งชาติพบประชาชน; 14 มกราคม 2561; ห้องประชุมคณะกรรมการธิการ หมายเลข 209 ชั้น 2 อาคารรัฐสภา 2. กรุงเทพมหานคร.
6. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว(Primary Care Cluster: PCC) [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; มกราคม 2561 [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2561]. แหล่งข้อมูล: https://drive.google.com/drive/folders/1ZlC4FKQOpjAPbU_vtV7KXZraY-7CrNDzu
7. สฤกษ์เดช เจริญไชย, สุดคณิง ฤทธิฤชัย, จารุณี จันทร์เพชร, โกเมนทร์ ทิวทอง. การศึกษาการรับรู้ของประชาชนต่อความสำคัญของบริการคลินิกหมอครอบครัว. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว; 2561.
8. วัสนา ศรีวิชัย. การสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตาก: ความคาดหวัง การได้รับบริการสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแล. บุรพา-เวชสาร 2561;5(1):64-82.
9. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ, เฉลิมพล สายประเสริฐ, พงดา บุญยธีรณะ, วรณภา อารีย์. คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง HAPPINOMETER. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
10. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายชื่อทีมที่ลงทะเบียนเพื่อเปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ในปีงบประมาณ 2561 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 3S [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; มกราคม 2561 [สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://sites.google.com/site/primarycarecluster2017/register1>

11. Yamanae T. Statistics. 3rd ed. New York: Harper International Edition; 1973.
12. ภัทรจารินทร์ คุณารูป. ความคาดหวังการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ตำบลตอนแก้ว อำเภอแม่อิง จังหวัดเชียงใหม่. พิชนศาสตร์-สาร 2558;11(2):13-23.
13. Sunil K, Frank L, Christopher OP, Mark VW, Preetha B, David WB. Deficits in communication and Information transfer between hospital-based and primary care physicians implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007;297(8):831-41.
14. พอพล อูทยานนท์. การให้บริการและความต้องการบริการสาธารณสุขในพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์; 2557.
15. โกเมนทร์ ทิวทอง, ลีรัชชัย นามทรศนีย์, สุวัฒน์ วิริยะพงษ์-สุกิจ, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, ปวีตร วณิชชานนท์, สุธี สุดดี, และคณะ. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) district health system (DHS) ฉบับประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2557.
16. สำนักงานกฤษฎีกา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนพิเศษ 54 ง (ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561).
17. สมยศ ศรีจารนัย, พิชญภััสสร วรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ, อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา, สมใจ นกดี. วิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

Abstract: Expectations of the Clients and Family Care Teams toward the Services of Primary Care Cluster in Chiangmai province

Sukontip Boonyoung, M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine and Preventive Medicine

Maepung Primary care cluster Phrao hospital Phrao district Chiangmai province, Thailand

Journal of Health Science 2021;130(2):262-73.

This descriptive study aimed to survey expectations of the clients and the family care teams (FCTs) toward the primary medical and primary health care services of primary care clusters (PCCs). There were two groups of samples. The group 1 were 400 clients of the PCCs; and the second group were 108 health service providers in the FCTs of the PCCs. Both groups were selected by convenience sampling. Data were collected from October to November 2018 using 2 different sets of expectation assessment forms for voluntary response. Data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation. The results showed that 51.50% of the clients were male. Most of them were between 40-49 years old (32.50%), elementary education level (58.00%), agriculture career (59.80%), no medical conditions (72.20%) and used universal health coverage service (68.50%). The health facilities they often visited were primary public health center (34.25%), and PCCs were needed (97.50%). The clients had a highest level of expectations toward all aspects of the PCCs' services (Mean=3.84, SD=0.39). Their expectations included the linkage of online medical data system between the major hospitals and the PCCs, obtaining diagnosis and treatment by doctor on every visit, the PCCs worked in collaboration with the municipality to manage the environment in support for good health, the medications dispensed by pharmacists and the PCCs' settings that were up to standard, clean, sterile, good condition, convenient toilets and parking. For the FCT group, 72.20% were female. They were public health technical officers (27.78%), professional nurses (22.22%) and PCCs were needed (98.15%). They had high expectations toward all aspects of the PCCs' service (Mean=3.45, SD=0.66), which included the clean structure of the PCCs that was sterile and passed 5-star health promoting hospital standard, multidisciplinary teams available to provide services in PCCs, a rapid technology channel providing counseling and knowledge to people. The expectations of clients toward the service of primary care cluster were obtaining diagnosis and treatment by family doctors, available multidisciplinary teams that provided other medical services in PCCs, linkage of online medical data system with the major hospitals, collaborated with local municipalities to facilitate well-being of the people, and development of PCCs' structure to archive clean and standard. For the FCTs, there should be multidisciplinary teams to support and cooperate for systemic development of health promoting hospitals to reach 5-star standards, established a rapid technology channel provided counseling and knowledge to people using technology in order to provide and receive primary health care service that people trust and lead to happy workplaces.

Keywords: expectations of the clients; expectations of family care teams; primary care cluster services

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

ภัทรพล จิงสมเจตไพศาล พ.บ., วว. (ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์)*

สันติ ทวยมีฤทธิ์ ปร.ด.**

* สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วันรับ: 2 ก.ย. 2563

วันแก้ไข: 1 พ.ย. 2564

วันตอบรับ: 10 ธ.ค. 2564

บทคัดย่อ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ความรู้ และความพึงพอใจ องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จ และการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 265 คน กลุ่มที่ 2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 15 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูลผลการวิจัย พบว่า มีการกำหนดให้แต่ละพื้นที่ประชุมหารือเพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมร่วมกัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ในด้านความพึงพอใจ โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก (Mean=3.79, SD=0.715) โดยมีการดำเนินงานตามกระบวนการ วงจร PDCA ดังนี้ มีการวางแผน ดำเนินการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประมวลผลและปรับปรุงข้อค้นพบ ด้าน องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จ ได้แก่ (1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรมีความเข้มแข็ง และเป็นเอกภาพ (2) การสร้างภาคีเครือข่าย (3) การใช้ทรัพยากรร่วมกัน (4) ประเด็นปัญหาจากพื้นที่เป็น ผู้กำหนด (5) การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตใช้หลัก 7S Model คือ แผนกลยุทธ์มีความชัดเจน เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร ผู้บริหารรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ และความชำนาญ และมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (3) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตมีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานส่งผลให้เด็ก 0 - 2 ปี ได้รับวัคซีน ร้อยละ 75.44 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากอดีต ข้อเสนอแนะ ควรติดตามพัฒนาการเด็กในโรงเรียน ดูแลสุขภาพช่องปากพร้อมระบบส่งต่อและการขยายผลนำ Ratchasima Model นี้ ไปใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทั่วประเทศต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชน มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ดังนี้ (1) สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (2) สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณรวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม (3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่ และ (4) สร้างความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน ภายใต้สังกัดกระทรวง-สาธารณสุข และประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ⁽¹⁾

จังหวัดนครราชสีมาเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่มีการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการขับเคลื่อนและขยายผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความชัดเจนว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องและให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วน จึงบัญญัติไว้ในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ฉบับนี้ว่า “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” สำหรับการดำเนินการในจังหวัดต่างๆ ในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดนครราชสีมาได้ดำเนินการนำร่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ทั้งหมด 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอจักราช อำเภอเมืองนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2560 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเพิ่ม 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโนนสูง บัวใหญ่ และขามสะแกแสง รวมเป็น 5 อำเภอ เน้นประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเป็น 32 อำเภอทั้งจังหวัด เพื่อบริการประชาชนทุกกลุ่มวัย ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเป็น 32 อำเภอทั้งจังหวัด เพื่อบริการประชาชนทุกกลุ่มวัย ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเป็น 32 อำเภอทั้งจังหวัด เพื่อบริการประชาชนทุกกลุ่มวัย ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเป็น 32 อำเภอทั้งจังหวัด เพื่อบริการประชาชนทุกกลุ่มวัย

นุเบกษา เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 มีผลบังคับใช้ครอบคลุมทุกอำเภอทั้งประเทศทำให้เกิดการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะประชาชนในระดับพื้นที่⁽²⁾

ต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้มอบนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดทุกระดับ ขับเคลื่อนงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ร่วมกับ 4 กระทรวงหลักในพื้นที่จัดโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ปี 2560 – 2562 โดยชุมชนมีส่วนร่วม⁽³⁾ โดยมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต หมายถึง ทารกในครรภ์มารดาตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิ จนถึงอายุ 2 ปี เป็นช่วงที่โครงสร้างสมองมีการพัฒนาสูงสุดทั้งการสร้างเซลล์สมองและการเชื่อมโยงระหว่างเซลล์สมองเกิดเป็นโครงข่ายเส้นใยประสาทนับล้านโครงข่าย เป็นผลให้เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างเซลล์สมอง ทำให้เด็กมีความสามารถในการจดจำ⁽⁴⁾

จากการดำเนินงานด้านมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิตของจังหวัดนครราชสีมาที่ผ่านมา (พ.ศ.2560) มีประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพเด็กในภาพรวม แยกเป็นด้านแม่ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 55.19 (2) หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 37.47 (3) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 14.69 ⁽⁵⁾ และเมื่อพิจารณาเฉพาะด้านเด็ก พบว่ามี 3 ประเด็น ได้แก่ (1) เด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 3.70 (2) เด็กแรกคลอดกินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนร้อยละ 64.59⁽⁵⁾ (3) การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในเด็ก ร้อยละ 78.71 (4) เด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 84.14⁽⁶⁾ สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานด้านมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของจังหวัดนครราชสีมา กำลังประสบปัญหาการพัฒนาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก

จากปัญหาการพัฒนาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกที่เกิดขึ้นในจังหวัดนครราชสีมา แนวทางหนึ่งในการแก้ไข

ปัญหาดังกล่าว คือ การนำมาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติงาน (standard operating procedure: SOP) ในโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 มาประยุกต์ใช้งาน ประกอบด้วย 6 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะก่อนตั้งครรภ์ (2) ระยะฝากครรภ์ (3) ระยะคลอด (4) ระยะแรกเกิด ถึง 6 เดือน (5) ระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปี และ (6) ระยะ 1 ปี ถึง 2 ปี⁽⁷⁾ ในขณะที่จังหวัดอื่นใช้กลไกในพื้นที่ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด (Child Project Manager: CPM) คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) คณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด รวมถึงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการนำนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตสู่การปฏิบัติ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความรู้และความพึงพอใจที่มีต่อการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา อันจะเป็นการพัฒนากระบวนการสุขภาวะระดับประเทศสืบไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาในพื้นที่ 3 อำเภอของจังหวัดนครราชสีมา โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 2 ปี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2561 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอปากช่อง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโนนไทย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 782 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ (1) เป็นอำเภอที่มีการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตประเด็นมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตอย่างต่อเนื่อง มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ (2) สามารถเป็นต้นแบบที่ดีในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตได้ และ (3) ยินดีให้ผู้วิจัยเข้าศึกษาข้อมูลการวิจัย

แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร Yamane T⁽⁸⁾ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน และ (2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในการกำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัย ได้แก่ นายอำเภอ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สาธารณสุขอำเภอ กรรมการและเลขานุการ เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ทั้งนี้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย อำเภอละ 5 คน รวม 15 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในด้านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน ดังนี้ ผู้เชี่ยวชาญด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้เชี่ยวชาญด้านมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและได้ค่าสัมประสิทธิ์

ความสอดคล้อง (index of item – objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.66 – 1.00 และได้นำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.77 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นสูง

สำหรับเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ได้ทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยสร้างคำถามจัดรูปแบบและโครงสร้างของการวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพไปขอรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ดังกล่าวแล้วข้างต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยจากแบบสอบถาม ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำเสนอในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ตามแนวคิดเกี่ยวกับมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวงจร PDCA⁽⁹⁾ และแนวคิดเกี่ยวกับ 7S model⁽¹⁰⁾ โดยการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูลพร้อมทั้งขอรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำข้อค้นพบมาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้ว และนำเสนอเชิงพรรณนา

การปกป้องสิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่อง แนวทางการนโยบายนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสู่การปฏิบัติของจังหวัดนครราชสีมา ได้รับการปกป้องสิทธิกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2019 – 001 ลงวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2562

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ ความรู้ และความพึงพอใจที่มีต่อการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

จากการวิเคราะห์เอกสารพบว่า ทั้ง 3 อำเภอมีการกำหนดให้มีคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน รับผิดชอบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต กำหนดให้มีการประชุมหรือเพื่อรายงานผลการดำเนินงานทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ โดยกำหนดให้แต่ละพื้นที่ประชุมหรือเพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมร่วมกัน กิจกรรมต้องตอบสนองแผนการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตตามบริบทของพื้นที่ ส่วนด้านองค์ประกอบแห่งความสำเร็จ เช่น (1) คณะกรรมการดูแลเด็กและครอบครัวมีความเข้มแข็ง (2) การดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (3) ผู้บริหารให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (4) การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ผลจากแบบสอบถาม พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ทั้งที่มีความรู้ถูกต้อง และไม่ถูกต้อง ดังต่อไปนี้ เช่น มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต หมายถึง ทารกในครรภ์มารดาตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิ จนถึงอายุ 2 ปี มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ตอบ “ถูก” ซึ่งเป็นคำตอบที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 89.93 เป็นต้น ในด้านความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก (Mean=3.79, SD=0.715) ผลลัพธ์ความสัมพันธ์ของความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตกับความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square test นั่นคือความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต มีความสัมพันธ์กับ

ความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดที่ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพเด็กพบว่าอำเภอพิมายและอำเภอปากช่องมีผลการดำเนินการในปีพ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 10.90 และ 7.10 ตามลำดับ ซึ่งดีกว่าภาพรวมของทั่วประเทศ สำหรับร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ทุกอำเภอมีผลการดำเนินการในปีพ.ศ.2563 ดีกว่าภาพรวมทั่วประเทศในขณะที่ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมอำเภอพิมายและอำเภอปากช่องมีผลการดำเนินการดีกว่า ภาพรวมทั่วประเทศ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ด้านการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA สามารถสรุปได้ ดังนี้ (1) plan ได้แก่ การวางแผนการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวางแผนการวิเคราะห์

คำสั่ง และการวางแผนการแจกแบบสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2) do ได้แก่ ดำเนินการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการวิเคราะห์คำสั่ง และดำเนินแจกแบบสอบถาม (3) check ได้แก่ ประมวลผลข้อค้นพบที่ได้จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประมวลผล ข้อค้นพบที่ได้จากคำสั่ง ประเมินผลแบบสอบถาม (4) act ได้แก่ ปรับปรุงข้อค้นพบที่ได้จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คำสั่ง ให้มีความเป็นวิชาการมากขึ้น เขียนเรียบเรียงข้อค้นพบ

2. องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดนครราชสีมา

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า การดำเนินงานตามมาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติงานในโครงการมหัศจรรย์ 1,000

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดที่ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพเด็ก เปรียบเทียบระหว่าง 3 อำเภอกับภาพรวมทั่วประเทศ

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)											
	อำเภอโนนไทย			อำเภอพิมาย			อำเภอปากช่อง			ภาพรวมทั่วประเทศ		
	2561	2562	2563	2561	2562	2563	2561	2562	2563	2561	2562	2563
1. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง	21.5	19.5	18.3	18.0	15.3	10.9	10.3	7.5	7.1	16.1	16.4	15.1
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	59.2	64.7	66.7	67.7	74.8	70.3	67.0	74.4	75.5	51.3	57.1	63.9
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือ 12 สัปดาห์	69.9	74.6	71.0	80.4	84.8	78.0	75.2	83.9	79.6	74.5	80.6	74.2
4. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก	91.5	88.4	96.5	94.6	99.3	97.8	82.4	91.2	69.2	70.5	74.9	79.5
5. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	4.6	5.1	6.9	1.2	1.6	4.0	5.4	5.7	7.6	6.2	6.3	6.6
6. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	67.5	72.9	76.3	84.8	80.8	84.5	84.4	84.9	88.0	50.9	57.9	62.1
7. เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ไตรมาส 4	51.6	60.3	70.9	44.7	55.5	63.2	56.4	61.4	64.0	48.6	56.8	63.1
8. เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	6.1	54.0	49.2	12.3	65.3	71.6	36.6	65.4	65.9	26.0	47.5	62.3

การพัฒนาแบบการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ

วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 โดยจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินงานดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนตั้งครรภ์ มีการจัดตั้งคลินิกดูแลก่อนตั้งครรภ์ และค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มารับยาเม็ดโพลีค/เฟอร์รัส เป็นต้น

ระยะที่ 2 ระยะฝากครรภ์ มีการดูแลโภชนาการในมารดา โรงเรียนพ่อแม่เน้นโภชนาการ เป็นต้น

ระยะที่ 3 ระยะคลอด มีการจัดห้องคลอดคุณภาพ และจัดระบบส่งต่อคุณภาพ เป็นต้น

ระยะที่ 4 ระยะแรกเกิดถึง 6 เดือน มีการเยี่ยมหลังคลอดและเฝ้าระวังโรงซิมเศรัวหลังคลอด และการตรวจ/ติดตาม เป็นต้น

ระยะที่ 5 ระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี มีการตรวจ/ติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การเฝ้าระวังโภชนาการและฟันผุ เป็นต้น

ระยะที่ 6 ระยะ 1 ปี ถึง 2 ปี มีการเลิกนมขวดอายุ 1 - 1.5 ปี และพัฒนาการสะดุดถ้าไม่หยุดเลี้ยงลูกด้วยมือถือ

องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จมี 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรมีความเข้มแข็งและมีเอกภาพ (2) การสร้างภาคีเครือข่ายท้องถิ่น โดยการดึงหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (3) การใช้ทรัพยากรร่วมกันไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือในการดำเนินงาน (4) ประเด็นที่จะนำมากำหนดรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตควรเป็นประเด็นที่เกิดจากพื้นที่อย่างแท้จริง (5) การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนแบบพลวัตร

การวิเคราะห์การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยใช้หลัก 7S Model พบว่า

1) strategy มีแผนกลยุทธ์ขององค์กรมีความชัดเจนครอบคลุม แต่ยังขาดการติดตาม/ประเมินผลแผนปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

2) structure โครงสร้างองค์กรเน้นการมีส่วนร่วมของ

บุคลากร แต่อำนาจในการตัดสินใจยังต้องรอผู้บังคับบัญชา

3) system แม่และเด็กสามารถเข้ารับบริการจากสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ทุกแห่ง แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานมากทำให้กระบวนการหลักไม่ได้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4) style ผู้บริหารรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา แต่ยังขาดการควบคุมกำกับแผนยังมีน้อยเกินไป

5) staff เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน แต่ยังขาดขวัญและกำลังใจ

6) skill บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีทักษะ ความรู้และความชำนาญที่เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ แต่ยังขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับปฏิบัติการ

7) shared value มีวิสัยทัศน์การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตร่วมกัน

แต่การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตยังไม่ครอบคลุม

ในด้านการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA สามารถสรุปได้ ดังนี้

1) plan เช่น การวางแผนการค้นหาวิธีการที่ส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น

2) do เช่น ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาวิธีการที่ส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตให้ประสบความสำเร็จ

3) check เช่น ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาวิธีการที่ส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น

4) act เช่น ปรับปรุงข้อค้นพบเพื่อออกแบบและพัฒนาระบบการส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น

3. การพัฒนาแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

ผลการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมี่ 6 องค์ประกอบได้แก่ (1) strength หมายถึง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรมีความเข้มแข็งและเป็นเอกภาพ (2) true information หมายถึง การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตควรสามารถแก้ไขปัญหาของพื้นที่อย่างแท้จริง (3) on going หมายถึง การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (4) resources charring หมายถึง การใช้ทรัพยากรร่วมกันไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ต่าง ๆ (5) network associates หมายถึง การสร้างเครือข่ายใหม่ ๆ ในการทำงาน อยู่เสมอ (6) get knowledge หมายถึง การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ให้กับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม พบว่า (1) ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง (2) เป้าหมายของการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต คือ ลูกเกิดรอดปลอดภัย แม่ปลอดภัย และเด็กต้องมีพัฒนาการสมวัย ทั้งด้านความฉลาดทางอารมณ์ และด้านความฉลาดทางเชาว์ (3) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต สามารถแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตมากขึ้น แม่สามารถเลี้ยงลูกอย่างเหมาะสม และเด็กมีพัฒนาการสมวัย สุขภาพร่างกายแข็งแรง (4) ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต คือ (4.1) เด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 3.71 (4.2) เด็กกินนมแม่อย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 75.44 (4.3) เด็กสูงดีสมส่วน คิดเป็นร้อยละ 52.72 (4.4) ความครอบคลุมในการได้รับวัคซีนเด็ก 0 – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 86.53 จากความสำเร็จดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงาน

มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมาสามารถใช้งานได้จริง

ในด้านการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA สามารถสรุปได้ ดังนี้ (1) plan เช่น การวางแผนจัดเวทีสนทนากลุ่มคณะกรรมการ พขอ. ครั้งที่ 1 และ 2 การวางแผนการประกาศรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการ พขอ. จังหวัดนครราชสีมาให้กับทั้ง 3 อำเภอไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นต้น (2) do เช่น การดำเนินการจัดเวทีสนทนากลุ่มคณะกรรมการ พขอ. ครั้งที่ 1 และ 2 การดำเนินการประกาศรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการ พขอ. จังหวัดนครราชสีมาให้กับทั้ง 3 อำเภอไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน เป็นต้น (3) check เช่น ประมวลผลข้อค้นพบที่ได้จากสนทนากลุ่มคณะกรรมการ พขอ. ครั้งที่ 1 และ 2 ประมวลผลการประกาศรูปแบบ การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการ พขอ. จังหวัดนครราชสีมาให้กับทั้ง 3 อำเภอไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นต้น (4) act เช่น ปรับปรุงข้อค้นพบที่ได้จากสนทนากลุ่มคณะกรรมการ พขอ. ครั้งที่ 1 และ 2 ตามหลักวิชาการ ปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการ พขอ. จังหวัดนครราชสีมาให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

วิจารณ์

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ค่อนข้างน้อย โดยบุคลากรสาธารณสุขตอบผิดค่อนข้างมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุกฤตา สวนแก้ว และคณะ⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่าหน่วยงานทางสุขภาพควรมีการผลักดันการให้ความรู้ที่ถูกต้อง และสนับสนุนทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการเลี้ยง

ลูกด้วยนมแม่แก่สมาชิกในกลุ่มแม่และเด็ก เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา กล่าวคือ เจ้าหน้าที่บางกลุ่มยังมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ย่อมเป็นเรื่องยากที่จะทำให้กลุ่มแม่และเด็กมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว ดังนั้นจึงควรเร่งให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้แล้วย่อมสามารถถ่ายทอดให้กับกลุ่มแม่ได้

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความพึงพอใจต่อบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า โดยภาพรวมบุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจในทุกประเด็นที่ระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของพรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่า การประเมินความพึงพอใจของคณะกรรมการฯ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก แต่ภายหลังจากการดำเนินงาน มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในประเด็นการเยี่ยมชมพลังดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ กล่าวคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความพึงพอใจในระดับเดียวกัน ซึ่งหลังจากการดำเนินงานแล้ว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความพึงพอใจเปลี่ยนเป็นมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับ บุคลากรสาธารณสุขอาจจะมีความพึงพอใจเปลี่ยนเป็นระดับมากที่สุดได้ เมื่อมีการสื่อสารเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตมากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นงานอนามัยแม่และเด็กของทั้ง 3 อำเภอ พบว่าร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ มีทิศทางที่ดีขึ้นทุกอำเภอ ยกเว้นอำเภอพิมายที่ผลการดำเนินการใน

ปี 2563 ด้ร้อยละ 70.3 ลดลงจากปี 2562 ที่ด้ร้อยละ 74.8 สำหรับอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือ 12 สัปดาห์ ทั้ง 3 อำเภอพบว่า มีแนวโน้มลดลงในปี 2563 เช่นเดียวกับอัตราหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ในขณะที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในปี 2563 มีอัตราที่เพิ่มขึ้น ร้อยละของเด็กแรกเกิดต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวและร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสมส่วน มีทิศทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับมาตรฐานสำหรับวิธีปฏิบัติงานในโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9

เมื่อพิจารณากระบวนการวงจร PDCA พบว่า (1) plan เช่น การวางแผนการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการ พขอ. (2) do เช่น ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาวิธีการที่ส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตให้ประสบความสำเร็จ (3) check เช่น ประมวลผลการดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาวิธีการที่ส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตให้ประสบความสำเร็จ (4) act เช่น ปรับปรุงข้อค้นพบในการพัฒนากระบวนการส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดนครราชสีมา สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ⁽¹³⁾ ที่ว่า กระบวนการวงจร PDCA ประกอบด้วย (1) plan เป็นการวางแผนจะเป็นจุดเริ่มต้นของงานและเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การทำงานในส่วนต่างๆ ขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (2) do เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ในตารางการปฏิบัติงาน (3) check เป็นการตรวจสอบดูว่าเมื่อปฏิบัติงานตามแผนหรือการแก้ปัญหาตามแผนแล้ว ผลลัพธ์เป็นอย่างไร (4) action เป็นการกระทำภายหลังที่กระบวนการ 3 ขั้นตอนตามวงจรได้ดำเนินการเสร็จแล้ว กล่าวคือ องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดนครราชสีมา ได้มาจากการวางแผนการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการ พขอ. อย่างเป็นระบบ ดำเนินการตามแผนประมวลผลข้อค้นพบ ที่ได้จากการดำเนินการสัมภาษณ์

เชิงลึก และปรับปรุงข้อค้นจาก การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนากระบวนการส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในรูปแบบ Ratchasima Model ของจังหวัดนครราชสีมา ต่อไป

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นผู้บริหาร พบว่าผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิราพร เรือนชุ่มเชย และชัยนันทธรรณ ขาวงาม⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีประสิทธิผลต่อการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ คือ ปัจจัยด้านการบริหารงาน กล่าวคือ การบริหารงานโดยผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สื่อสารอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารต้องเข้าใจบริบทของพื้นที่ และบุคลากรในสังกัดของตน เพื่อให้การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต พบว่า ผลกระทบสามารถแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตมากขึ้น แม่สามารถเลี้ยงลูกอย่างเหมาะสม และเด็กมีพัฒนาสมวัย สุขภาพร่างกายแข็งแรง สอดคล้องกับแนวคิดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ที่กล่าวว่า ประโยชน์ของการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต คือ เด็กเจริญเติบโตดี พัฒนาการสมวัย ระดับเขาวัวปัญญาดี มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา กล่าวคือ การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเป็นสิ่งที่ดี หากพื้นที่นำไปถือปฏิบัติอย่างแท้จริง ผู้ได้รับผลประโยชน์คือกลุ่มแม่และเด็ก ตลอดจนชุมชนได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในระดับจังหวัด ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรตรวจความฉลาดทางอารมณ์ (emotional quotient: EQ) เด็กอายุมากกว่า 3

ปี ตรวจและติดตามพัฒนาการเด็ก DSPM 42, 60 เดือน

2. การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในระดับจังหวัด ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรติดตามพัฒนาการเด็กในโรงเรียน เช่น สุขอนามัยในโรงเรียน อาหารกลางวัน สุขภาพ สนามเด็กเล่นคุณภาพ และดูแลสุขภาพช่องปากพร้อมระบบส่งต่อ เป็นต้น เพื่อติดตามพัฒนาการรอบด้าน

3. ควรมีการนำรูปแบบ Ratchasima Model ไปขยายผลกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทั่วประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทางพระราชรัฐ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (service plan) หัวข้อ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ พขอ.จังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9 ตรวจราชการวันที่ 12-14 กุมภาพันธ์ 2562. นครราชสีมา: เรื่องสั่งข้บ้านงานพิมพ์; 2562.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร; 2561 [สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/Content/42225-ขับเคลื่อนมหัศจรรย์%201,000%20วันแรกแห่งชีวิต.html>
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต พ.ศ.2561. นนทบุรี: เอ.วี โปรแกรสซีฟ; 2561.
5. คลังข้อมูลสุขภาพ. ด้านอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. นครราชสีมา; 2560. [สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?Cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. Korat report. [อินเทอร์เน็ต]. นครราชสีมา; 2560. [สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.korathealth.com/kreport/>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. มาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติงาน (standard operating procedure: SOP) ในโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2560.
8. Yamane T. Statistic: an introductory analysis. 3 rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
9. Deming WE. PDCA cycle a quality approach. Cambridge: MA MIT; 1993.
10. Peters TJ, Waterman RH Jr. In search of excellence. 2nd ed. London: Profile Book; 2004.
11. สุกฤตา สวนแก้ว, ศิวพร อังวัฒนา, จิรนนท์ วงศ์สุวรรณ. การศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสมาชิกในกลุ่มแม่และเด็ก อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562;39(1):116-27.
12. พรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์. รูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system) เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2558-2560. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(1):59-72.
13. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. PDCA เครื่องมือในการจัดการคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร; 2560. [สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2562]. แหล่งข้อมูล: http://psdg.mnre.go.th/ckeditor/upload/files/id147/KM/PD-CA_28_29_ก_ย_2560_กพร_ทส.pdf
14. จิราพร เรือนชุมเชย, ชัยนันท์ธรรณ ขาวงาม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติของเทศบาลในจังหวัดเชียงใหม่. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ครั้งที่ 2 “งานวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่น”; 14 ก.พ. 2558; มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์. เพชรบูรณ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์; 2558.

Abstract: Development of an Operating Model for the First 1,000 Days of Life Project under the Mechanism of District Health Board, Nakhon Ratchasima Province

Phattharapol Jungsomjatpaisal, M.D., Dip. Thai Board in Orthopedic Surgery*; **Sunti Tuaymeerit, D.P.A.****

** Health Technical Office, Ministry of Public Health; ** Nakhon Ratchasima Public Health Office, Thailand
Journal of Health Science 2021;30(3):274-84.*

The objective of this study was to develop a model for implementing the first 1,000 days of life project using the mechanism of district health board. It was conducted as an action research in Nakhon Ratchasima Province. The main approaches included the analysis of the situation, knowledge, and satisfaction, as well as the elements that promote the success of the project. The study samples were (1) 265 health officers working in health promoting hospitals and (2) 15 members of 3 district health boards (from 3 districts in the province: Phimai, Pakchong and Nonthai). The research tools included documents analysis, questionnaires, in-depth interviews and group discussions. The analysis was performed by using frequency, percentage, mean and standard deviation for quantitative data, and classifying and grouping for qualitative data. It was found that there was assignments for meetings to formulate joint activities. Health officers still had some knowledge on the first 1,000 days of life operation. The overall satisfaction was at high level (Mean=3.79, SD=0.715). The implementation of the project followed the PDCA cycle process. For the elements promoting the success, they were: (1) the strength and unity of the district health board, (2) establishment of local network partners, (3) resource sharing, (4) selection of the health issues by the local areas, and (5) continuity of the operations. The operation of the first 1,000 days of life project utilized 7s Model principle which included clear strategic plan, focusing on the participation of personnel, executives' consideration on and listening to the opinions of their subordinates, good experiences of the staff, knowledge and expertise of health officers, and having a common vision on the project. Such collaborative operation had resulted in the increase of desirable outcomes, for example, the increased coverage of immunization in children 0 - 2 years reaching 75.44 percent. The authors recommended that the project should be further strengthened through the monitoring of child development in schools, promoting oral health and the improving the referral system. It was also recommended that the approach (described as Ratchasima Model) should be implemented by district health boards nationwide.

Keywords: model development; the first 1,000 days of life; district health board

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของ ชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ- ตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

จิตรกร วนะรักษ์ ว.ม.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

วันรับ:	11 พ.ค. 2561
วันแก้ไข:	1 พ.ค. 2563
วันตอบรับ:	10 พ.ค. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 60 คน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงทั้งหมด จำนวน 18 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน แบบประเมินภาวะสุขภาพและการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื้อที่บ้าน ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงกันยายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้เป็นค่าความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามประเด็นที่กำหนด ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในพื้นที่ตำบลทุ่งมะพร้าว ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีภาวะโรคเรื้อรัง บางรายมีความพิการและทุพลภาพ ทุกรายอยู่ในภาวะพึ่งพิง และยังไม่มียุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าวที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ มีระบบการติดตามประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกันพัฒนารูปแบบและแนวทางการสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ขั้นตอนที่ 2 การสร้างระบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และขั้นตอนที่ 3 สะท้อนการปฏิบัติ มีกระบวนการในการตรวจสอบ การปรับปรุงและการประเมินผล ผลจากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและญาติ มีความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 97.11 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง มีพัฒนาการด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ผู้สูงอายุติดกลุ่ม 3 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ลดลงเหลือร้อยละ 66.67 ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ที่สามารถดูแลตัวเองได้แต่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ลดลงจากร้อยละ 70.59 เป็นร้อยละ 6.25 ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแล เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีขึ้น ทีมสุขภาพมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจน เหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง; การดูแลสุขภาพ; พึ่งตนเอง; การมีส่วนร่วม

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่สำคัญคือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติ ที่ได้นิยามว่าสังคมผู้สูงอายุคือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10.00 หรือประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 7.00 ประเทศไทยก็เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เพราะตอนนั้นประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.40 และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า พ.ศ.2568 สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) ⁽¹⁾ การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจกันเป็นอย่างมากทั้งในระดับชาติและระดับโลก เนื่องจากมีผลกระทบในวงกว้างทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องและระยะยาว คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ “การเตรียมความพร้อม สังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ” ด้วยการมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 เพื่อดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น การให้บริการทางด้านสุขภาพ การจัดสวัสดิการทางสังคม การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีบนพื้นฐานของการลงทุนและการใช้จ่ายที่คุ้มค่า ⁽²⁾

รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันความพิการ การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจึงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มโครงการ “ทีมหมอครอบครัว” เพื่อเป็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุมและทั่วถึง จะดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกที่จะเดินทางไปยังสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง ⁽³⁾ และมีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่าง

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียงในชุมชน โดยมีเครือข่ายสุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ ⁽⁴⁾ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

จากการสำรวจประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6.3 ล้านคน ในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 79.00 (5 ล้านคน) คือผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ยังช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ และร้อยละ 21.00 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือที่เรียกว่า กลุ่มติดบ้านเป็นผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มติดเตียง เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือภาวะทุพพลภาพ ที่ต้องการดูแลระยะยาว ⁽⁵⁾ และพบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ กลุ่มโรคเรื้อรัง โดยร้อยละ 31.10 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.10 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 1.60 เป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบ ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าวต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ปัจจุบันระบบบริหารโรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอ ⁽⁶⁾ ถึงแม้ว่าที่ผ่านมามีโครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องแต่มีการศึกษาที่พบว่าผลการดำเนินงานด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีและยั่งยืน ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์เท่าที่ควร ⁽⁷⁾ การดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน และการดูแลที่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ควรมีการวางแผนตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จะต้องมียุทธศาสตร์การดูแลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการถึงชุมชน โดยอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากผู้มี

ส่วนเกี่ยวข้อง⁽⁸⁾ ที่ผ่านมารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แบ่งเป็น การดูแลตนเอง การดูแลโดยครอบครัว การดูแลโดยเพื่อนบ้าน การดูแลโดยผู้นำชุมชน การดูแลโดยชมรมผู้สูงอายุ การดูแลโดย อสม. การดูแลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการดูแลโดยสถานบริการสาธารณสุข⁽⁹⁾ โดยมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ คือ การเสริมสร้างความรู้ การมีระบบอาสาสมัครในการดูแลที่บ้าน การจัดสวัสดิการในชุมชน การส่งเสริมภูมิปัญญา และการสร้างเสริมกำลังใจ⁽¹⁰⁾ ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมจะช่วยพัฒนาให้คนรู้จักใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์อย่างมีวิจารณญาณในการวางแผนและตัดสินใจดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเอง อย่างเป็นอิสระ และสอดคล้องกับความต้องการในการดูแลสุขภาพของท้องถิ่นชุมชนนั้น⁽¹¹⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว (รพ.สต.) อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน มีประชากร 7,663 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 1,052 คน คิดเป็นร้อยละ 13.73 จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 21.48 นอกจากนี้ มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจำนวน 18 คน และพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลทุ่งมะพร้าว ยังเข้าถึงระบบบริการสุขภาพไม่ครอบคลุมขาดผู้ดูแลและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ การช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่ถูกต้อง การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุของทีมหมอครอบครัว ยังไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง ไม่มีการดูแลอย่างเป็นระบบองค์รวม ขาดการจัดการดูแลสุขภาพที่มีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่ ได้รับการดูแลโดยญาติ หากญาติมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุกับญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹²⁾ จากการศึกษาของเพ็ญภา มะหะหมัด พบว่า หากผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตผู้สูงอายุดีขึ้น⁽¹³⁾ รูปแบบการจัดบริการ

ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน การสร้างการเข้าถึงบริการ การดูแลผู้สูงอายุโดยทีมจิตอาสา ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองตามความต้องการ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาด้วย⁽¹³⁾ สำหรับในพื้นที่ของตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา ชมรมผู้สูงอายุตำบลทุ่งมะพร้าว ไม่มีกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว มีชมรมจริยธรรม รพ.สต. ทุ่งมะพร้าว จัดกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีม รพ.สต. และการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน ตามหลักการของ “ตำบลจัดการสุขภาพ” โดยการร่วมคิด วิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ ติดตามและประเมินผล มีกระบวนการจัดการต่างๆ ตั้งแต่พื้นฐานจนถึงความต้องการทางจิต-วิญญาณ ผลของกระบวนการนอกจากสามารถสร้างความสุขให้กับผู้รับแล้วที่สำคัญ คือ ทำให้ผู้ให้มีความสุขเช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้ศึกษา จึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม รพ.สต. ทุ่งมะพร้าว เพื่อพัฒนาเครือข่ายชมรมจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ทั้งหมดจำนวน 18 คน จากแฟ้มประวัติของ รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว และศึกษาข้อมูลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงด้วย

การประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่าง เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และการประชุมกลุ่มระดมสมอง⁽¹⁴⁾ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลทุ่งมะพร้าว ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ อบต. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน พระ และผู้นำศาสนา ตัวแทนชมรมจริยธรรม รวมทั้งสิ้น 60 คน และนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ในพื้นที่ระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2559 และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสะท้อนผลการดำเนินงานทุก 4 เดือน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม รพ.สต. ทุ่งมะพร้าว โดยการสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ของกรมอนามัย แบบประเมินภาวะสุขภาพและการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (home health care) ของกองการพยาบาล สำนัก-อนามัย กรุงเทพมหานคร แบบสังเกต ประเด็นในการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงประมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ จำนวนและร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามประเด็นที่กำหนด

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ ท้ายเหมือง ที่ 2/2558

ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม รพ.สต.

ทุ่งมะพร้าว พบว่า

ส่วนที่ 1 การสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง จากการสำรวจข้อมูล พบว่า

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 44.44 อายุมากที่สุด 98 ปี อายุน้อยที่สุด 61 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.78 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 83.33 และส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 38.89

สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ก่อนการพัฒนารูปแบบ

1) สภาพปัญหาของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง บางรายมีความพิการและทุพพลภาพร่วมด้วย ทุกรายอยู่ในภาวะพึ่งพิง มีปัญหาด้านจิตใจ และเครียด ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีรายได้จากเงินผู้สูงอายุ ผู้พิการ รายได้ไม่พอกับรายจ่าย เนื่องจากต้องใช้ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่และแผ่นรองขับ จำนวนมาก

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ถูกต้อง บางส่วนต้องไปทำงานนอกบ้านไม่สามารถให้การดูแลได้ตลอดเวลา บางรายมีปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มขึ้น

3) ด้านผู้ให้บริการ ยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชนที่ชัดเจน ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ แนวทางในการส่งต่อไม่ชัดเจน

4) ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน มีกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อพม. เข้าร่วมกิจกรรม กับ รพ.สต. เป็นบางครั้ง

5) ชมรมผู้สูงอายุตำบลทุ่งมะพร้าว ซึ่งเป็นชมรมในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งมะพร้าว ไม่มีกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีเฉพาะกิจกรรมด้านสวัสดิการกรณีเสียชีวิตเพียงอย่างเดียว

6) ชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว มีกิจกรรม

การเสริมพลัง การสร้างขวัญกำลังใจ โดยมีพระสงฆ์และผู้นำศาสนาช่วยด้วย มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ด้านการดูแลสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส

7) หน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ตำบลทุ่งมะพร้าว มีนิคมสร้างตนเองท้ายเหมือง เป็นหน่วยงานมีส่วนร่วมในการดูแลด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งมะพร้าว สนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน

8) ความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ต้องการให้มีทีมสุขภาพมาเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจ เป็นประจำ ต้องการการสนับสนุนทางด้านค่าใช้จ่าย เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป แผ่นรองขับ ต้องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน

ส่วนที่ 2 การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว และการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลทั่วไปทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จึงได้มีกระบวนการในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการทดลองใช้ มีระบบการดูแลติดตาม และประเมินผลร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ นำข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของ รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพ โดยใช้แนวทางของคณะกรรมการประสานสาธารณสุขอำเภอท้ายเหมือง

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการสร้างระบบในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

1) สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในพื้นที่ตำบลทุ่งมะพร้าว โดยการรับสมัครเป็นสมาชิกชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะ-

ทำงาน ของชมรม กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ และคณะทำงาน

2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และการประชุมกลุ่ม ระดมสมอง ในการพัฒนาารูปแบบ

3) มีการพัฒนาศักยภาพสมาชิกชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว จำนวน 44 คน ให้เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 18 คน โดยใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย

4) กำหนดบทบาทหน้าที่ แนวทางการดูแลและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง รวมทั้งการติดตามการให้คำปรึกษาและสนับสนุนอย่างใกล้ชิด

5) สร้างระบบการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง คือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงทุกรายจะต้องได้รับการดูแล ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกเดือน ทีมสุขภาพ รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว ลงเยี่ยมและให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน เดือนละ 1 ครั้ง ผู้สูงอายุติดเตียง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จัดทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทีมละ 3-4 คน ต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 1 คน ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และเยี่ยมเสริมพลังผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและครอบครัว เป็นกิจกรรม “พระและผู้นำศาสนาเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง” ประกอบด้วยทีมสุขภาพ และทีมชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว ปีละ 2 ครั้ง

6) จัดตั้งกองทุนธนาคารบุญ เพื่อจัดหาเตียงผู้ป่วยรถเข็น ถึงออกซิเจน ให้ผู้ป่วยยืมใช้ในชุมชน ภายใต้การดูแลของชมรมจริยธรรม

7) สร้างการเข้าถึงกรณีมีเหตุฉุกเฉินโดยจัดทำป้ายหมายเลขโทรศัพท์ของ รพ.สต. ทีมสุขภาพ และ 1669 และแจ้งช่องทาง การสื่อสาร การประสานงานผ่านทางระบบโทรศัพท์ โอนไลน์ เพื่อติดตามผลการดูแล

8) จัดทำแผนงานโครงการเพื่อรับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

ขั้นตอนที่ 3 สะท้อนการปฏิบัติ มีกระบวนการในการตรวจสอบและการปรับปรุง

1) ทีมสุขภาพ นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากขั้นตอนระยะ

ของการปฏิบัติงานมาร่วมกันวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาทวิวิธี ในการปฏิบัติงานและปรับปรุงรูปแบบ หลังจากการลง เยี่ยมบ้านทุกครั้ง

2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสะท้อนผลการดำเนินงาน ทุก 4 เดือน การสะท้อนการปฏิบัติโดยมีเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ทีม สุขภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครต่างๆ ผู้นำศาสนา ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเป็นวงจรต่อเนื่องกันไปในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของ ชุมชน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ และการ ดำเนินงานทุกกระบวนการจะใช้การสังเกต การมีส่วนร่วม ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมด้วย

3) ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ แนวทางการดำเนินงาน แนวทางการดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อสำหรับผู้ สูงอายุติดบ้านติดเตียง

หลังจากการดำเนินงานดังกล่าว ทำให้ได้รูปแบบการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วม ของชมรมจริยธรรม รพ.สต. ท่งมะพร้าว โดยมีการแบ่ง บทบาทหน้าที่ดังนี้

1) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และผู้ดูแล มีหน้าที่ใน การดูแลและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาล

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงทุกเดือน

3) ชมรมจริยธรรม เยี่ยมเสริมพลัง ปีละ 2 ครั้ง จัดหา/รับบริจาควัสดุ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยในชุมชน

4) ทีมภาคีเครือข่าย ประสานงาน ประชาสัมพันธ์และ ร่วมเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่อง

5) ทีมสุขภาพ รพ.สต. ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงตามแนวทาง แบบองค์รวมอย่างสม่ำเสมอและ ต่อเนื่องตามแผน

6) อบต./กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สนับสนุน งบประมาณ ช่วยเหลือด้านการปรับปรุงพัฒนาที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมของบ้านผู้สูงอายุ

มีการพัฒนาการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ระหว่างทีมสุขภาพ จากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการ ประชุมเพื่อพัฒนาและจัดทำแนวทางเป็นประจำทุกปี เป็น แนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการใช้เกณฑ์ ADL ในการแบ่งกลุ่มประเภทของผู้สูง-อายุ เพื่อลงเยี่ยมและประเมินสภาวะสุขภาพให้การช่วย เหลือตามบทบาทของทีมนสวิชาชีพและทีมสุขภาพ

ระยะที่ 3 การประเมินผล การพัฒนารูปแบบที่กำหนด ขึ้น โดยมีการประเมินทั้งขณะดำเนินการและหลังดำเนิน การ เพื่อสรุปประเมินผล ปัญหา อุปสรรค ความต้องการ ของผู้ป่วยและญาติ จุดอ่อนที่จะต้องแก้ไข เสริมพลังใน จุดแข็ง เพื่อให้ได้รูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับ ความ ต้องการของชุมชนและคืนข้อมูลให้กับชุมชน และจากการ ดำเนินกิจกรรมแล้วสรุปผลเพื่อนำไปสู่การปรับแผนใหม่ หลังการดำเนินงานพบว่า

1) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและญาติ มีความพึงพอใจ โดยรวม เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 86.48 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 92.34 และ 97.11 ในปี 2559 และ 2560 ตาม ลำดับ

2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง มีพัฒนาการด้าน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ผู้สูงอายุ กลุ่ม 3 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ลดลงเหลือ ร้อยละ 66.67 ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ที่สามารถดูแลตัวเองได้ แต่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ลดลงจากร้อยละ 70.59 เป็นร้อยละ 6.25

3) ชมรมจริยธรรม รพ.สต. ท่งมะพร้าว ได้รับการ คัดเลือกเป็นชมรมที่มีผลงานดีเด่นด้านการพัฒนา คุณธรรมและจริยธรรมระดับจังหวัด ปี 2559-2560 ด้วย ผลงานเด่นคือ การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสในชุมชน

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง และพัฒนาเครือข่ายชมรมจริยธรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

จากข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่ร้อยละ 38.89 ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ชี้ให้เห็นว่าโรคและปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญในประชากรสูงอายุ คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย และโรคเรื้อรัง⁽¹⁵⁾ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โรคที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 24.00 และโรคไข้มันในเส้นเลือดสูง ร้อยละ 22.00 ตามลำดับ⁽⁸⁾

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครสมาชิกชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นหัวใจสำคัญของทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม พบว่า ผู้ดูแลและอาสาสมัครสมาชิกชมรม ส่วนใหญ่ทำได้ สามารถให้บริการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลเบื้องต้นและให้กำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของพิศสมัย บุญเลิศ และคณะ⁽⁶⁾ และ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์-ศรี และ อรสา กงตาล⁽⁸⁾ แสดงให้เห็นว่าหากมีการจัด ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลให้กับผู้ดูแลและ อาสาสมัครอย่างเหมาะสม ก็จะสามารถขยายบุคลากรให้กับเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามการจ้ดเนื้อหาที่สอน และการฝึกภาค-ปฏิบัติ ควรเน้นให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่

กระบวนการพัฒนาเครือข่ายทีมสุขภาพ ชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว มีการรับสมัครสมาชิกชมรมอย่างต่อเนื่อง โดยเป้าหมายหลักของชมรม คือ

1) ช่วยเหลือ สร้างกำลังใจ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส

2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

3) ส่งเสริมศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม

4) การจัดตั้งกองทุนธนาคารบุญของชมรมจริยธรรม เพื่อจัดหาเตียงผู้ป่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดำเนินงานของชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว ทำให้ชุมชนเกิดความตื่นตัวที่จะให้มีการจัดการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ให้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม อันส่งผลต่อคุณภาพการบริการที่ดี สอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจของ Gibson GH⁽¹⁶⁾ ที่อธิบายถึงการตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ กระบวนการนี้เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและร่วมมือกันแก้ไข้ปัญหาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมตนเอง⁽¹⁵⁾ การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก รู้ เข้าใจ และยอมรับในศักยภาพของตนเอง ทำให้สามารถตัดสินใจที่จะแก้ไข้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ นำข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของ รพ.สต. ทุ่งมะพร้าว เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการแก้ไข้ปัญหาร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพ โดยใช้แนวทางของคณะกรรมการประสานสาธารณสุขอำเภอท้ายเหมือง

- ขั้นตอนที่ 2 การสร้างระบบในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

- ขั้นตอนที่ 3 สะท้อนการปฏิบัติ มีกระบวนการในการตรวจสอบ การปรับปรุง และการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว เป็นสิ่งสำคัญและต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เข้ามาเป็นทีมงานเดียวกัน มีจุดประสงค์ร่วมกัน เพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างมาตรฐานของงาน ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งเน้นให้เกิดแนวทางสำคัญ เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีระบบในการดูแลโดยอาศัยอาสาสมัครชมรมจริยธรรมเป็นหลัก ในการจัดการการดูแลเยี่ยมบ้าน โดยมีหน่วยงานองค์กรในชุมชนให้การสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาของวิไล ตาปะสี และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การเยี่ยมบ้าน การสร้างการเข้าถึงบริการ การดูแลผู้สูงอายุโดยทีมจิตอาสาทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองตามความต้องการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา นอกจากนี้ การเสริมสร้างศักยภาพของการบริการปฐมภูมิ “หมอครอบครัว” เน้นครอบครัวและชุมชนเป็นหัวใจสำคัญ ในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ทุกกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้น การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน การสรุปประเมินผล และการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน ได้รูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อใช้ในการดำเนินงานและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
2. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ชมรมจริยธรรม รพ.สต.ทุ่งมะพร้าว ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน อบต. พระ ผู้นำศาสนา และภาคีเครือข่าย องค์กรในตำบลทุ่งมะพร้าวที่เป็นสมาชิกชมรม จริยธรรม และเพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพร่วมกันในชุมชน ควรให้

โรงเรียนและนักเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอแนวคิด และร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยจะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุช พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2556.
2. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิชย์; 2553.
3. มูลนิธิสถานบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: พรินเตอร์; 2560.
4. กฤตวรรณ สาหร่าย. การศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในญี่ปุ่นและในประเทศไทย. ใน: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. ประมวลบทความฉบับสมบูรณ์ รายงานสรุปงานสัมมนาวิชาการระดับชาติด้านคนพิการ ครั้งที่ 9 ปี 2560 และการสัมมนาวิชาการระดับนานาชาติด้านคนพิการ ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ; 2560. หน้า 260-74.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
6. พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์, ศุภวดี แถวเพ็ญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงรามัน. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559;23(2):79-87.
7. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญพัฒนา, นกัธ แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24(1): 24-9.
8. จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี, อรสา กงตาล. การพัฒนาการดูแล

- สุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]; 2556. [สืบค้นเมื่อ 2 เม.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo14.pdf>
9. เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ปราณีย์ สุทธิ-สุนทร. การจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน. วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ 2555;8(11):20-42.
 10. จารุณี รัตนจินดา. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 2559. 147 หน้า.
 11. วสุธร ตันวัฒนกุล. สุขภาพอนามัยชุมชนและกระบวนการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
 12. Doungchan N, Wirojratana V, Jitramontree N. Correlation between the quality of life of stroke patients' caregivers and basic factor, mutuality and reward of caregiving. Thai Journal of Nursing Council 2017;32(2):65-78.
 13. เพ็ญภา มะหะหมัด. รูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยนครราชสีมา-ราชนครินทร์ 2561;10(2):51-63.
 14. สุกางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
 15. วิชัย โชควิวัฒน์. การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง.[อินเทอร์เน็ต]; 2559 [สืบค้นเมื่อ 21 ส.ค.2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaihealth.or.th/>.
 16. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nur 1991;16(20):354-61.
 17. วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, สีนวล รัตนวิจิตร. รูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกั่ว จังหวัดนครปฐม. วารสารเกื้อ-การุณย์ 2560;24(1):42-54.

Abstract: Care Model Development for The Home-bound Elderly and The Bedridden by Participation of The Ethics Club of Thungmaphrao Health Promotion Hospital In Phang-Nga Province

Jittakorn Wanarak, M.Sc. (Health Promoting)

Thungmaphrao Health Promotion Hospital, Phang-Nga Province, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(2):285-94.

The objective of the study is to study the situation of health care for the home-bound elderly and the bedridden by participating of the Ethics Club of Thungmaphrao Health Promotion Hospital, Phang-nga Thaimuang District, Phangnga Province. The sample group was consisted of 60 interested persons (stakeholders) and 18 home-bound elderly and bedridden persons chosen by purposive sampling. The research tools used in data collection were an in-depth interview form, an evaluation form for long-term health problem screening in the elderly, and a health assessment and continuous nursing home form. Duration of the study was from October 2015 to September 2019. Quantitative data were analyzed by using frequency and percentage values; and qualitative data were analyzed based on specified issues. The study found that the problems of the home-bound elderly and the bedridden in Thungmaphrao area were mostly associated with chronic condition and disabilities. There was no common caring pattern for the elderly and the bedridden. With the involvement of the Ethics Club of Thungmaphrao Health Promotion Hospital, Phangnga Thaimuang District, Phangnga Province, there was a systematic improvement on the care together with a monitoring and continuing development system, joined by the health team and local stake holders. The care guidelines were implemented in 3 steps: (1) information preparation from situation analysis on the home care for the elderly and the bedridden; (2) creation of a care system for the home-bound elderly and the bedridden; and (3) reflection of the practice. In addition, there was a process for inspection, improvement and evaluation of the model. Assessment of model revealed that it was satisfied by 97.11 percent of the home-bound and the bedridden elderly; and improvement of activities of daily living was observed. There was a reduction in the number of the elderly who were unable to help themselves. The home-bound elderly and the bedridden persons had improved their self-care behaviors and better self-reliance. In conclusion, the care model developed by the Ethics Club of Thungmaphrao Health Promotion Hospital had provided clear, appropriate and practical guidelines for the health team to implement for better care and support for the home-bound elderly and the bedridden.

Keywords: elderly at home; self-care behavior; self-reliance; participation

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

รูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี

ปณิต มานวิโรจน์ ปร.ด.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ จังหวัดนนทบุรี

วันรับ:	13 ม.ค. 2564
วันแก้ไข:	18 ก.พ. 2564
วันตอบรับ:	26 ก.พ. 2564

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดนนทบุรี เป็นการวิจัยแบบผสมผสานโดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากประชากร จำนวน 72 คนคือ ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ รพ.สต. อยู่ในระดับปานกลาง ความคาดหวังต่อรูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ด้านทรัพยากรการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านผลผลิต ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลกับความคาดหวังของรูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ขนาดความสัมพันธ์และอิทธิพลของสภาพปัจจุบันกับความคาดหวังต่อรูปแบบอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยสภาพปัจจุบันด้านผลผลิตมีขนาดความสัมพันธ์และอิทธิพลสูงสุด รองลงมาได้แก่ สภาพแวดล้อม กระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ทรัพยากรการบริหารจัดการ และผู้วิจัยจึงได้เสนอรูปแบบตามแนวคิดของทฤษฎีระบบ ประกอบด้วย (1) ทรัพยากรการบริหารจัดการ (2) กระบวนการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม (3) ผลผลิต (4) ผลลัพธ์และ (5) ผลกระทบในการดำเนินการโดยเน้นกิจกรรมที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการ

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก; การป้องกันและควบคุมโรค; กระบวนการบริหารแบบมีส่วนร่วม; การพัฒนารูปแบบ

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อซึ่งมีสาเหตุมาจากไวรัสเดงกี (dengue virus) อาการของโรคนี้มีความคล้ายคลึงกับโรคไข้หวัดในช่วงแรก จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ว่าตนเป็นเพียงโรคไข้หวัด และทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องในทันที โรคไข้เลือดออกมีอาการและความรุนแรงของโรคหลายระดับตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยไปจนถึงเกิดภาวะช็อกซึ่งเป็นสาเหตุที่

ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต⁽¹⁾

ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 58 ปี และเริ่มมีการรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2501 โรคไข้เลือดออกมีการระบาดกระจายไปทั่วประเทศ โดยการกระจายของโรครมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา⁽²⁾ สถิติในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั่วประเทศ จำนวน 52,049 ราย คิดเป็น 79.55 ต่อแสน

ประชากร ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด คือ 50 ต่อแสนประชากร โดยมีผู้เสียชีวิต 62 ราย เมื่อจำแนกรายเดือนพบว่า ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด 8,385 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี⁽³⁾ การแพร่กระจายการเกิดโรคไข้เลือดออกรายภาค พบว่าภาคใต้มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ

จังหวัดนนทบุรี มีอัตราการป่วยสะสมของโรคไข้เลือดออก ระหว่างวันที่ 26 พฤศจิกายน - 23 ธันวาคม 2560 หรือ สัปดาห์ที่ 48 - 51 ของ ปี พ.ศ.2560 สูงสุดเป็นลำดับที่ 9 ของประเทศ คือ จำนวนผู้ป่วย 123 ราย หรือ 10.39 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้จากรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 4 ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าจังหวัดนนทบุรี มีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก ข้อศอก จำนวน 1 ราย และเสียชีวิต จำนวน 1 ราย⁽⁴⁾

จากการวิเคราะห์อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกและการประเมินพื้นที่เสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดการระบาดต่อเนื่องไป กรมควบคุมโรคจึงต้องมีการกำหนดแผนงาน มาตรการ และการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันเวลา โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยงต้องเน้นมาตรการการป้องกันโรคล่วงหน้า ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินการคือความร่วมมือจากประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชน ก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผลในทางจิตวิทยา คือการเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด โดยผลดีของการมีส่วนร่วม มี 5 ประการ ประกอบด้วย (1) ทำให้การบริหารหรือการพิจารณาแนวทางในการแก้ปัญหา มีความหลากหลายเป็นไปอย่างถี่ถ้วน โดยการระดมแนวคิดจากบุคคลที่มีความหลากหลาย ทั้งความรู้ และประสบการณ์ (2) ทำให้มีการถ่วงดุลอำนาจซึ่งกันและกัน

โดยมิให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีอำนาจมากเกินไป อันเกิดผลเสียหายแก่เครือข่ายได้ (3) เป็นการขจัดปัญหา มิให้การดำเนินนโยบายใด ๆ มีผลต่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมากหรือน้อยเกินไป (4) ก่อให้เกิดการประสานงานที่ดี ทำให้การบริหารเครือข่ายเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ และ (5) การรวมตัวกันของบุคคลเป็นเครือข่ายจะก่อให้เกิดพลังที่เข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และตรงเป้าหมาย ทั้งนี้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนนั้นจำเป็นต้องมีการรวมตัวกันของบุคคลในชุมชนเพื่อให้เกิดการประสานงานที่ดีในการกำหนด ปัญหา และร่วมกันพิจารณาสาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก และนำเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ในขณะที่รูปแบบ หมายถึง แบบอย่างหรือแนวทางในการกระทำหรือดำเนินการใด ๆ ที่แสดงหรืออธิบายให้เห็นถึงโครงสร้างทางความคิดหรือความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญของปรากฏการณ์ที่ศึกษาให้สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น โดยอาจเป็นรูปแบบเชิงกายภาพหรือเชิงคุณลักษณะก็ได้ รวมทั้งอาจเป็นรูปแบบอย่างง่ายหรือซับซ้อนก็ได้เช่นกัน สำหรับรายละเอียดและองค์ประกอบของรูปแบบจะขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์และวัตถุประสงค์ของผู้สร้างและพัฒนารูปแบบ⁽⁵⁾

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ การกำหนดแนวทาง โครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญของป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของสังคม โดยกระบวนการดังกล่าว มีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ตัวแปรจากกรอบทฤษฎีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยตัวแปรที่สำคัญควรประกอบด้วย การบริหารจัดการ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต สภาพแวดล้อม และการพัฒนารูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชน และยังพบว่า การ

ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการและเชิงนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยนำแนวคิดและหลักการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วยแนวคิดด้านกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนารูปแบบ และแนวคิดด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มาเป็นฐานความรู้ในการกำหนดกรอบแนวคิด กระบวนการ และเครื่องมือสำหรับการวิจัย เพื่อวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของกระบวนการบริหารจัดการและระบบในการบริหารจัดการ ปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และนำมาสังเคราะห์รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี ต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) โดยมีวิธีดำเนินการดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อการวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ระหว่างสภาพปัจจุบันและความคาดหวังต่อรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม และนำไปวิเคราะห์ (ร่าง) รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี จำนวน 77 แห่งๆ ละ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามสภาพปัจจุบันของการดำเนินการและความคาดหวังของผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน

รพ.สต. พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นฐานในการสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ คือ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินสภาพปัจจุบันและความคาดหวังในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี จำนวน 43 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นปลายปิดแบบประเมินค่า (rating scale) เกณฑ์การให้คะแนนความคาดหวังแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปลายเปิด และประเด็นการสนทนา โดยมีลักษณะเป็นประเด็นการสนทนาแบบมีโครงสร้าง จำนวน 4 ข้อ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัยและด้านการสาธารณสุข ได้ค่า IOC (index of item objective congruence) โดยแบบสอบถามชุดที่ 1 ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.50-1.00 และค่าความเชื่อมั่น = 0.98

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มเพื่อตรวจสอบ ยืนยัน (ร่าง) รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม และนำไปวิเคราะห์รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยได้สร้างประเด็นในการสนทนากับผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขและการจัดการศึกษา จำนวน 7 คน และทดสอบการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัยและด้านการสาธารณสุข

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนาเพื่อคำนวณค่าสถิติร้อยละ ค่า-

เฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยอธิบายเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ความคาดหวังในการพัฒนาการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการทดสอบการถดถอยพหุคูณ ระหว่างสภาพปัจจุบันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กับ ความคาดหวังในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี โดยเกณฑ์การตัดสินแบ่งตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้⁽⁶⁾

- ค่า 0.90-1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก
- ค่า 0.70-0.89 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
- ค่า 0.50-0.69 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
- ค่า 0.30-0.50 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
- ค่า 0.00-0.29 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดค่าระดับนัยสำคัญไว้ที่ <0.01

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากการสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อตรวจสอบยืนยันรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ได้รับแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน

1.1) ปัจจัยด้านสภาพปัจจุบันการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าด้านผลผลิต มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาได้แก่ ด้านกระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม

ร่วม ด้านสภาพแวดล้อม และด้านทรัพยากรการบริหารจัดการ

1.2) ด้านความคาดหวังต่อการพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านผลผลิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาได้แก่ ด้านกระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ด้านทรัพยากรการบริหารจัดการ และด้านสภาพแวดล้อม ตามลำดับ

1.3) การวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพปัจจุบันของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม กับความคาดหวังต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี พบว่า สภาพปัจจุบันป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านทรัพยากรการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านผลผลิต ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังของรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ($r = 0.680, 0.775, 0.831$ และ 0.769 ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

สภาพปัจจุบันของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สามารถทำนายผลความคาดหวังในการพัฒนารูปแบบรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม ใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี ได้ดังสมการ

$$\hat{y} = 70.450 + 0.931 * \text{ทรัพยากรการบริหารจัดการ} + 1.523 * \text{กระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม} + 10.747 * \text{ผลสัมฤทธิ์} + 10.433 * \text{สภาพแวดล้อม}$$

ซึ่งหมายความว่า การเปลี่ยนแปลงสภาพปัจจุบันของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม สามารถทำนายความคาดหวังในรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 77.20 (ตารางที่ 2)

รูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพปัจจุบันของป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมกับความคาดหวังของรูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี

สภาพปัจจุบันของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ความคาดหวังต่อรูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
1. ทรัพยากรการบริหารจัดการ			
1.1 ทรัพยากรมนุษย์	0.806	<0.01*	สูงมาก
1.2 งบประมาณ	0.521	<0.01*	ปานกลาง
1.3 ด้านวัสดุ/สถานที่	0.643	<0.01*	สูงมาก
1.4 ทรัพยากรสารสนเทศ	0.715	<0.01*	สูงมาก
ภาพรวมของทรัพยากรการบริหารจัดการ	0.680	<0.01*	สูงมาก
2 กระบวนการบริหารแบบมีส่วนร่วม			
2.2.1 การวางแผน	0.711	<0.01*	สูงมาก
2.2.2 การปฏิบัติตามแผน	0.737	<0.01*	สูงมาก
2.2.3 การตรวจสอบ	0.784	<0.01*	สูงมาก
2.2.4 การประเมินผล	0.743	<0.01*	สูงมาก
ภาพรวมปัจจัยด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม	0.775	<0.01*	สูงมาก
3. ปัจจัยด้านผลผลิต	0.831	<0.01*	สูงมาก
4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม	0.769	<0.01*	สูงมาก
ภาพรวมทั้งหมด	0.785	<0.01*	สูงมาก

*p<0.01

ตารางที่ 2 ค่าสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของรูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต.จังหวัดนนทบุรี

ปัจจัยต่างๆ	ความคาดหวังต่อรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม			
	B	S.E.b	Beta	p-value
ทรัพยากรการบริหารจัดการ	0.931	0.364	0.326	0.013
กระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม	1.523	0.313	0.869	<0.01*
ผลสัมฤทธิ์	10.747	1.611	1.226	<0.01*
สภาพแวดล้อม	10.433	2.790	0.909	<0.01*
ค่าคงที่	70.450	9.388		<0.01*
R	0.879			
R2 adj.	0.772			

*p<0.01

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์นักวิชาการด้านการสาธารณสุขจำนวน 7 คน ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหาและเสนอรูปแบบป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี รายละเอียดดังตารางที่ 3

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ด้านกระบวนการผลิต และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งกันและกันกับความคาดหวังในในพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม ทั้งนี้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการโดยกำหนดกลยุทธ์ด้านการความเป็นเลิศด้านการส่งเสริม-

สุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ (promotion and prevention excellence) ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข ระหว่าง พ.ศ. 2560 – 2579⁽⁷⁾ และกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ โดยมีเป้าหมายสูงสุดให้คนไทยมีสุขภาพดี ในด้านปัจจัยด้านการบริหารจัดการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น การตั้งเป้าหมายโดยการมุ่งเน้นที่สัมฤทธิ์ของงาน หรือ result-based management (RBM) มีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะการลดอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน รวมทั้งการกำจัดลูกน้ำยุงลายเพื่อลดดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชน สถานศึกษาและสถานที่ประกอบศาสนาลดลง ทั้งนี้สอดคล้องกับหลักการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามหลัก “3 เก็บ ป้องกัน 3 โรค” ได้แก่การ เก็บบ้าน เก็บขยะ เก็บน้ำ โดยกรมควบคุม-

ตารางที่ 3 ประเด็นในการรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม ของ รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี

องค์ประกอบของรูปแบบ	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
ทรัพยากรการบริหารจัดการ หรือ Input	การมีทักษะที่เพียงพอของบุคลากร - การได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ - การมีวัสดุ/ครุภัณฑ์ที่พร้อมใช้งาน - การมีฐานข้อมูลสำหรับการค้นคว้าในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
กระบวนการแบบมีส่วนร่วม (Participatory process)	การจัดทำโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน - การขออนุมัติการดำเนินการโครงการ - การดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ - การประเมินผลการดำเนินการ - การฝึกอบรมบุคลากร
ผลผลิต หรือ Output	ดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายในชุมชนลดลง
ผลลัพธ์ หรือ Outcome	การติดตามการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ผลกระทบ หรือ Impact	การลดอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน
สภาพแวดล้อม หรือ Environment	การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน วัด

คุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดน้ำขัง ในภาชนะต่าง ๆ ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย⁽⁸⁾ และ สอดคล้องกับงานวิจัยของเตื่อนใจ ลับโกษา และคณะ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพชุมชน ตำบลเมืองบัว อำเภอยะลาบุรี จังหวัดสุรินทร์ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การเฝ้าระวังและควบคุมความชุกของลูกน้ำยุงลาย เพื่อลดอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

ในด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรีนั้น ผลการวิจัยพบว่า การจัดทำโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน และการขออนุมัติการดำเนินการโครงการ การดำเนินการตามแผน และการประเมินผลโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ในการจัดทำโครงการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้น ประชาชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน และร่วมกันวางกลยุทธ์ที่เหมาะสม และปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่กำหนดไว้ รวมทั้งการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการเพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับในการวางแผนการดำเนินการในครั้งถัดไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของไพรัตน์ ห้วยทราย และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม และอิทธิพลทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอยะลาบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ สำหรับด้านปัจจัยนำเข้านั้น ผลการวิจัยพบว่า การมีบุคลากรที่มีทักษะเพียงพอ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และการมีฐานข้อมูลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างเพียงพอ มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม ซึ่งแสดงว่า บุคลากร โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกประจำ รพ.สต.

มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดำเนินการ ดังนั้น หากมีบุคลากรที่มีความรู้ในการดำเนินการอย่างเพียงพอพร้อมทั้งการอบรมและฟื้นฟูความรู้ด้านระบาดวิทยาเพื่อวิเคราะห์ฐานข้อมูลจากแอปพลิเคชันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินการ ได้แก่ สื่อสุขศึกษาในรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การได้รับทราบอะเปทอย่างเพียงพอสำหรับการแจกจ่ายให้ประชาชนเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย จะสามารถป้องกันการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค⁽¹¹⁾ ที่กล่าวไว้ว่า การพัฒนาระบบการจัดการแก้ไขปัญหาไข้เลือดออก ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สามารถดำเนินการโดยผสมผสานองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยี ระบบข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย และการบริหารจัดการทรัพยากรในรูปแบบใหม่ที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นบุคลากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินการดังกล่าว สำหรับด้านสภาพแวดล้อมนั้น ผลการวิจัยพบว่า การได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอและทันเวลาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม

ในปัจจุบัน สำนักสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยการกำจัดแหล่งน้ำขังจากการใช้วัสดุอุปกรณ์เกินความจำเป็น เหลือใช้จัดเก็บไม่เหมาะสมเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ทั้งนี้การดำเนินการดังกล่าวจะประสบผลสำเร็จได้ควรมีความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการบูรณาการงบประมาณในการจัดทำโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยผ่านกระบวนการด้านประชาคมหมู่บ้าน เพื่อกำหนดแนวทาง

ในการสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรค- ไข้เลือดออกให้กับประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับประมวล โกลีทีซีซังมงคล และคณะ⁽¹²⁾ ที่ได้กล่าวไว้ว่า ปัญหาอย่าง หนึ่งของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกคือ ปัญหาการมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการพ่นยากำจัดยุง- ลาย เนื่องจากพื้นที่รับผิดชอบมีความกว้างขวาง ดังนั้น หากได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดจ้างบุคลากร ในการพ่นยากำจัดยุงลายโดยได้รับงบประมาณสนับสนุน จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะสามารถแก้ไขปัญหา การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกได้

สภาพปัจจุบันด้านปัจจัยด้านทรัพยากรการบริหาร จัดการกระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ผล สัมฤทธิ์และสภาพแวดล้อม มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง ของรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี นนทบุรี จากผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงสภาพ ปัจจุบันของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือด- ออกแบบมีส่วนร่วม ด้านทรัพยากรการบริหารจัดการ กระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ผลสัมฤทธิ์ และสภาพแวดล้อม สามารถทำนายความคาดหวังในการ พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม ใน รพ.สต. จังหวัด นนทบุรี ได้ร้อยละ 70.45 โดยเมื่อพิจารณาขนาดของ ความสัมพันธ์และการมีอิทธิพล ต่อตัวแปรตาม และจาก การสนทนากลุ่มจากผู้เชี่ยวชาญ สามารถระบุได้ว่า รูป- แบบของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบมี ส่วนร่วมใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี ควรมุ่งเน้นที่ผล- สัมฤทธิ์ของการดำเนินการ ซึ่งจะสะท้อนกลับมาเป็น วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ทั้งนี้จุดเน้นของผลสัมฤทธิ์ ควร มุ่งเน้นไปที่การลดอัตราการป่วย ลดดัชนีลูกน้ำยุงลาย การ สร้างความพึงพอใจให้ประชาชนในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก พร้อมทั้งวางแนวทางในการ จัดหางบประมาณสำหรับการดำเนินการและบูรณาการ การปฏิบัติงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วัด โรงเรียน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อม

ของการดำเนินการเพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องและ ยั่งยืน และควรมีกระบวนการสร้างความรอบรู้เรื่องการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับประชาชน พร้อมทั้งเน้นด้าน การจัดทำโครงการแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการ สนับสนุนงบประมาณ หรือทรัพยากรการบริหารจัดการ เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการจัดจ้างผู้ดำเนินการ พ่นหมอกควันเพื่อฆ่ายุงลายตัวเต็มวัย ทั้งนี้สอดคล้องกับ วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ⁽¹³⁾ กระบวนการบริหารแบบ มีส่วนร่วม จะเพิ่มความคาดหวังและการยอมรับจากภาคี เครือข่ายในการพัฒนาชุมชน และงานวิจัยของภคอร โจทยักษ์ และประจักษ์ บัวผัน⁽¹⁴⁾ ซึ่งกล่าวไว้ว่า การ สนับสนุนจากองค์การ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้าน วัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ สามารถพยากรณ์การ ปฏิบัติงานของการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยมเทศบาลนครขอนแก่นได้ร้อยละ 75.10 ในขณะที่สมัชชาสุขภาพจังหวัดกระบี่⁽¹⁵⁾ กล่าวไว้ว่า หน่วย งานในสังกัดสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ องค์กร- ปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย ได้ร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่าง จริงจังและต่อเนื่อง ทั้งโดยการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พัฒนาองค์ความ รู้ จัดระบบเฝ้าระวัง แจ้งเตือน โรคไข้เลือดออก สนับสนุน วิชาการในการควบคุมโรคไข้เลือดออก และติดตามความ ก้าวหน้า ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ร่วมกับภาคีเครือข่ายส่งเสริมสนับสนุนให้ ท้องถิ่นมีข้อมูลยุติหรือมาตรการทางสังคมในการการจัด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน กำหนดจัดกิจกรรมรณรงค์ big cleaning ในพื้นที่เสี่ยงหรือมีการระบาดซ้ำซาก และ สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา โรคไข้เลือดออกในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1) จากผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันด้านทรัพยากร

การบริหารจัดการ กระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ผลสัมฤทธิ์และสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในการดำเนินการ จึงเสนอให้พัฒนาการงานโดยใช้แนวคิดของทฤษฎีระบบประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริหารจัดการ ผลสัมฤทธิ์ และสภาพแวดล้อม

2) จากผลการวิจัยพบว่าสภาพปัจจุบันด้านทรัพยากรการบริหารจัดการกระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ผลสัมฤทธิ์และสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความคาดหวังในรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี จึงเสนอให้เสนอการวางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี ดังนี้

3) ด้านผลสัมฤทธิ์ ควรเน้นการกำหนดค่าเป้าหมายเพื่อการลดอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน ได้แก่ ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในชุมชน ประกอบด้วย หลังคาเรือน สถานที่ประกอบศาสนสถาน และสถานศึกษาและผลของการติดตามการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง และค่าเป้าหมายของผลความพึงพอใจของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

4) ด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ การจัดทำประชาคมหมู่บ้านเพื่อวิเคราะห์ปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน และบรรจุแผนการดำเนินการในเทศบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยดำเนินการก่อนเดือนพฤษภาคมของทุกปีงบประมาณ

5) ด้านกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การจัดทำโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน การขออนุมัติการดำเนินการโครงการ การดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ การประเมินผลการดำเนินการ

6) ด้านทรัพยากรการบริหารจัดการ ได้แก่ การแสวงหาบุคลากรได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีทักษะที่เพียงพอในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้องค์ความรู้ด้านระบาดวิทยาเพื่อการวิเคราะห์ฐานข้อมูลด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน และการบูรณาการการใช้งบประมาณ และวัสดุ ครุภัณฑ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) อาจมีการศึกษาสภาพปัจจุบันและความคาดหวังของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย โดยกำหนดรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2) ควรทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้สอดคล้อง ตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ.2556 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาทางวิจัย รองศาสตราจารย์ดุสิต สุจิรรัตน์ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำวิธีดำเนินการอันเป็นประโยชน์แก่การจัดงานวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งบุคลากรใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรีที่ตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จนได้ข้อมูลที่นำมาจัดทำงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน: โรคไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 7 พ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560.

3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำปี 52 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 7 พ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaivbd.org/n/histories/view/2804>
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญเขตสุขภาพที่ 4 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 7 พ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://odpc4.ddc.moph.go.th/documents/618690318.89126.pdf>
5. ประชา กัญธิยะ. การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนที่พระมีส่วนร่วมในการสอนศีลธรรม [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสยาม; 2552.
6. Hinkle DE. Applied statistics for the behavioral sciences. Boston: Houghton Mifflin; 1998.
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
8. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรคแนะประชาชนร่วมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในช่วงหน้าฝน ป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=13448&deptcode=brc>
9. เตือนใจ ลับโกษา, วิรัตน์ ปานศิลา, สมศักดิ์ ศรีภักดี. รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพชุมชน ตำบลบัว อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
10. ไพรัตน์ ห้วยทราย, ธนุย์สิญจน์ สุขเสริม, กฤษณ์ ชุนลิก. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กาฬสินธุ์: มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์; 2559.
11. สถาบันป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเขตเมือง. แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมือง. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
12. ประมวล โกลิทธิชัยมงคล, ประมวล โกลิทธิชัยมงคล, ศิริขวัญ ทันไพบุลย์, ชาญวิทย์ สุภาประสิทธิ์. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/125801>
13. วันชัย วัฒนศัพท์, ถิลาดี บุรีกุล, เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน การตัดสินใจที่ดีกว่าโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท; 2551.
14. ภคอร โจทยกิจ, ประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
15. สมัชชาสุขภาพจังหวัดหวัดกระบี่ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://kbhpp.nationalhealth.or.th>

Abstract: Participatory Management Model for the Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever in Sub-district Health Promotion Hospitals of Nonthaburi Province

Panote Manawiroj, Ph.d.

Faculty of Public Health, Rajapruk University, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(2):295-305.

The purpose of this research was to develop a participatory management model for the prevention and control of dengue hemorrhagic fever (DHF) in sub-district health promotion hospitals. It was conducted in Nonthaburi province using mixed method through the assessment of current situation on resource management, participatory process, outputs, environmental and expectations for participatory management. The data were collected from 77 responsible health personnel in sub district community health promotion hospitals using a questionnaire. Content analysis was performed by the focus group. It was found that the current status of the participatory management of prevention and controlling DHF was at a moderate level; and the expectation of participatory management was at high level. There was a strongly positive association between the expectation on participatory management and the resources, participatory process, products, and environmental factors. Thus, the researcher had proposed a model that was in line with the system theory (input, process, output, outcome and impact); and it was recommended that health personnel should apply this model in order to become successful in the DHF prevention and control program.

Keywords: dengue hemorrhagic fever; prevention and control; participation administration; model development

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดล สำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย องค์การบริหารส่วนตำบลนาคา และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล

สุริโย ชูจันทร์ ส.ม.*

อดิศักดิ์ ภูมิรัตน์ ปร.ด.**

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ปทุมธานี

วันรับ:	18 ก.ย. 2562
วันแก้ไข:	18 ธ.ค. 2562
วันตอบรับ:	28 ธ.ค. 2562

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) นาคา ในปี 2561 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการบริการสาธารณะเป็นแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลซึ่งประกอบด้วยระบบ กลไก ขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ ที่ อบต. นาคา สามารถดำเนินการจัดระบบการบริการชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับตำบล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นาคา รพ.สต. ควนไทรงาม หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.5.4 กะเปอร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุราษฎร์ธานี แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การจัดการพาหะนำโรคไข้มาลาเรียและการเฝ้าระวังและประเมินผล ซึ่งทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน คือการสร้างระบบและกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา การจัดการองค์กรที่สามารถจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมและการแปลงกลยุทธ์สู่แผนปฏิบัติการเพื่อใช้ควบคุมกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขต อบต. นาคา ประเด็นสำคัญยิ่งคือนาคาโมเดลสามารถเพิ่มศักยภาพในการบริการค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียเชิงรุกซึ่งเป็นแผนงานบริการชุมชนที่สำคัญสำหรับแผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ปีงบประมาณ 2562-2564 ซึ่งมีการกำกับติดตามและประเมินผลโดยคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรียและได้บรรจุไว้ในแผนงานสาธารณสุข แผนพัฒนาสี่ปี (พ.ศ.2561-2564) ตามรูปแบบงบประมาณของ อบต. นาคา

คำสำคัญ: นาคาโมเดล; การจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย; อบต. นาคา; การจัดการบริการสาธารณะ; การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา; การบริการค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียเชิงรุก

บทนำ

โรคไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่อมาโดยยุงก้นปล่องที่เกิดจากการติดเชื้อมาลาเรียและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรีย (malaria elimination) ภายในปี พ.ศ. 2567⁽¹⁾ คณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ ได้ตั้งเป้าหมายให้ทุกอำเภอของประเทศไทยไม่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียในพื้นที่ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปี ภายในปี 2567 และได้ดำเนินการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยใช้ 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) การจัดการติดเชื้อและการแพร่เชื้อมาลาเรียในคน (2) การพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการ และรูปแบบในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับพื้นที่ (3) การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศและนานาชาติ และ (4) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย ความสำเร็จในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียเพื่อหยุดการแพร่เชื้อมาลาเรียในขอบเขตพื้นที่อำเภอนั้น ขึ้นอยู่กับผลสัมฤทธิ์ของมาตรฐานการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งระดับอำเภอและตำบล⁽²⁾ ควบคู่กับการพัฒนารูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับพื้นที่โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอและตำบล⁽³⁾

ประเด็นสำคัญประการหนึ่งในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียในระดับตำบลและอำเภอคือ การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขตองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยอาศัยระบบและกลไกการบริหารงานของอปท. ที่สามารถวางแผนหรือปรับแผนการพัฒนาท้องถิ่น⁽⁴⁾ ให้มีแนวทางเชิงกลยุทธ์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับตำบลและอำเภอให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย^(1,3) ในขณะที่ อปท. ยังคงสามารถพัฒนาองค์การและการให้บริการสาธารณะให้สอดคล้องกับบริบทและหลักเกณฑ์ใน

การปฏิบัติราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินผลการดำเนินงานโดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานในภาพรวมให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจัดทำและประสานแผนพัฒนาของ อปท. พ.ศ. 2546⁽⁵⁾ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 (19) ได้กำหนดให้ อปท. รวมถึงองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในเขต อปท.⁽⁶⁾ พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2552 มาตรา 67 (3) ได้กำหนดให้ อบต. มีอำนาจและหน้าที่ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อในเขต อบต.⁽⁷⁾ ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มาตรา 25

จังหวัดระนองมีปัญหาการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย โดยมีรายงานผู้ป่วย 26 ราย ครอบคลุมพื้นที่ 7 ใน 8 หมู่บ้าน ในเขต อบต.นาคา อำเภอสุขสำราญ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560 ได้ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการหรือมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของการจัดการองค์การและความสามารถในการตอบโต้การระบาดของโรคไข้มาลาเรียร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอและตำบลโดยใช้มาตรการ 1-3-7⁽²⁾ (การแจ้งเตือนภายใน 1 วัน สอบสวนโรคภายใน 3 วัน และตอบโต้โรคไข้มาลาเรียภายใน 7 วัน) ภัยคุกคามของโรคไข้มาลาเรียดังกล่าวจึงทำให้ อบต.นาคา มีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการบริการชุมชนที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคทุกหมู่บ้านในเขต อบต.นาคา ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลในการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย อบต.นาคา และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าไปสู่การปรับแผนพัฒนาสี่ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับแผนงานสาธารณสุขซึ่งถือเป็นแผนงานด้านบริการ

ชุมชนและสังคมตามรูปแบบงบประมาณของ อบต.นาคา ให้มีระบบ กลไก ขั้นตอน กระบวนการและวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมที่ใช้ในการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในปี 2562

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการให้บริการสาธารณะ⁽⁸⁻¹⁰⁾ ซึ่งถูกนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางเชิงกลยุทธ์ การพัฒนานาคาโมเดลในการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ซึ่งประกอบด้วยระบบ กลไก ขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ ที่ อบต.นาคา สามารถดำเนินการจัดระบบการบริการชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับตำบล แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์สภาพปัจจัยพื้นฐาน (2) การออกแบบ (3) การพัฒนา (4) การทดสอบ และ (5) การบำรุงรักษาระบบการบริการชุมชน ในที่นี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนานาคาโมเดลฯ ในปี 2561 สำหรับขั้นตอนที่ 1-3 เพื่อให้ได้นาคาโมเดลต้นแบบ โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์สภาพปัจจัยพื้นฐานซึ่งประกอบด้วย 2 กระบวนการสำคัญ คือ (1) การตรวจประเมินเบื้องต้นของภาคีเครือข่ายระดับตำบลโดยทำการประเมินมาตรฐาน 1-3-7⁽²⁾ เพื่อวิเคราะห์หาช่องว่างระหว่างมาตรฐานแนวปฏิบัติของคู่มือกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคาและการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในช่วงปี 2559-2560 โดยหน่วยงานต่างๆ ที่เป็นภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา และ (2) การตรวจประเมินเบื้องต้นของ อบต.นาคา โดยทำการวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการจัดการองค์กรและทรัพยากรในการตอบโต้การระบาดของโรคไข้มาลาเรีย

ผลสัมฤทธิ์จากขั้นตอนที่ 1 ทำให้ได้ข้อมูลไปใช้สำหรับขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ และขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมโดย อบต.นาคา โดยทำการกำหนดประเด็นระดมสมองและการประชุมระดมสมองโดยผู้แทนผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียจากภาคส่วนต่างๆ การสร้างนาคาโมเดลต้นแบบ และการปรับโมเดลให้เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จนสามารถนำไปสู่การปรับแผนพัฒนาท้องถิ่นสี่ปี (พ.ศ. 2561-2564) แผนงานสาธารณสุข และแผนปฏิบัติการเจ้าหน้าที่แผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ส่วนการพัฒนา นาคาโมเดลฯ ในขั้นตอนที่ 4 และ 5 จะดำเนินการในช่วงระหว่างปี 2562-2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ 1-3-7

ภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา เป็นหน่วยงานต่างๆ ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติการและหน่วยสนับสนุนปฏิบัติการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียในเขต อบต.นาคา ในที่นี้ ผู้แทนจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานแนวปฏิบัติของมาตรการ 1-3-7 ได้แก่ ตัวชี้วัด กระบวนการ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน และตัวชี้วัดผลลัพธ์ โดยอาศัยกลไกการประสานความร่วมมือและการสนับสนุนทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติงานควบคุมกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขต อบต.นาคา เป็นผู้รับการประเมิน ได้แก่ หัวหน้าหน่วยควบคุมติดต่อ นำโดยแมลง (นคม.) และหัวหน้างานควบคุมโรคจาก นคม. ที่ 11.5.4 กะเปอร์ หัวหน้าฝ่ายเวชศาสตร์และครอบครัวและผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรคจากโรงพยาบาล (รพ.) สุขสำราญ หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรคจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สุขสำราญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคจาก รพ.สต. นาคา และ รพ.สต. ควนไทรงาม รวมถึงปลัด อบต.นาคา และหัวหน้างานพัฒนาชุมชนจาก อบต.นาคา

การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ 1-3-7 โดยภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา เป็นกระบวนการประเมินผลสรุป โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เกณฑ์ให้คะแนน และตัวชี้วัดตาม

มาตรฐานแนวปฏิบัติของมาตรการ 1-3-7 มาตรการ 1 ประเมินจากการแจ้งเตือนผู้ป่วยมาลาเรียภายใน 1 วัน โดยให้คะแนน 1 = ทันเวลา 0 = ไม่ทันเวลา มาตรการ 3 ประเมินจากการสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียภายใน 3 วัน โดยให้คะแนน 1 = ทันเวลา 0 = ไม่ทันเวลา มาตรการ 7 ประเมินจากการควบคุมกำจัดโรคภายใน 7 วัน โดยให้คะแนน 1 = ทันเวลา 0 = ไม่ทันเวลา ดังนั้น ประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการ 1 หรือ 3 หรือ 7 โดยภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ใช้เกณฑ์การตัดสินคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 = ผ่าน น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 80 = ไม่ผ่าน ส่วนประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ 1-3-7 ในภาพรวม ใช้เกณฑ์การตัดสินคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 60 = ผ่าน น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 60 = ไม่ผ่าน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิโดยการสัมภาษณ์ผู้รับการประเมินดังกล่าว และทำการควบคุมคุณภาพข้อมูลบันทึกการปฏิบัติงานสำหรับการดำเนินมาตรการ 1-3-7 ในกลุ่มผู้ป่วยมาลาเรียทั้ง 26 ราย โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า

2) การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอก

การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก เป็นเครื่องมือวางแผนเชิงกลยุทธ์สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ได้รับอิทธิพลจากสภาพปัจจัยภายนอก (PEST factor analysis) ได้แก่ ปัจจัยทางการเมือง (P – political factors) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (E – economical factors) ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (S – social/cultural factors) และปัจจัยทางเทคโนโลยี (T – technological factors) กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ขั้นตอนแรก ผู้วิจัยได้ออกแบบวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกโดยอาศัยเกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพและเกณฑ์ให้คะแนน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและควบคุมคุณภาพข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า และได้พิจารณาพร้อมกับทีมวิเคราะห์โดยใช้เกณฑ์พิจารณาองค์ประกอบปัจจัยภายนอกและเกณฑ์การถ่วงน้ำหนักที่บ่งชี้ความแรง (influence of PEST factors หรือ W) ทีมวิเคราะห์พิจารณาค่าการถ่วงน้ำหนัก (W) ขององค์ประกอบปัจจัยภายนอกในแต่ละด้าน โดยมี 3 ระดับ

ความแรงตั้งแต่ 1 ถึง 3 คือ ระดับต่ำ (หรือ 1) ระดับปานกลาง (หรือ 2) และระดับสูง (หรือ 3) ขั้นตอนที่สอง ปัจจัยต่างๆ ในแต่ละด้านของปัจจัยภายนอกซึ่งบ่งชี้ความแรง (strengths) ได้ถูกนำเข้าสู่ขั้นตอนการคำนวณคะแนนที่ปรับค่าถ่วงน้ำหนักที่ถูกต้อง (weigh scores corrected หรือ WSc) โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินและเกณฑ์ให้คะแนน (weigh scores หรือ WS) โดยทีมผู้เชี่ยวชาญ (expert review) เกณฑ์ให้คะแนน 1 ถึง 5 บ่งชี้ถึงระดับความแรงจากต่ำสุดไปสูงสุด ใช้โปรแกรมการคำนวณแบบ spread sheet ของโปรแกรม Microsoft Excel เพื่อคำนวณค่า WSc ของแต่ละปัจจัยที่ได้จากขั้นตอนแรกโดยใช้สูตรการคำนวณดังนี้ $WSc = (\text{ค่าเฉลี่ยของคะแนน } WS \times W) / \text{ผลรวมของค่าถ่วงน้ำหนักของปัจจัยภายนอกทั้งหมด } (\Sigma W)$ ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงหรือมีค่า WSc สูง ได้ถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณา กำหนดประเด็นระดมสมองโดยอาจพิจารณา ร่วมกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ำ

3) การออกแบบและการพัฒนารูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมโดย อบต.นาคา

การประชุมระดมสมองเพื่อออกแบบและการพัฒนารูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียใน เขต อบต.นาคา กำหนดประเด็นระดมสมองและการระดมสมองของตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระดมสมองใช้ทั้ง 2 รูปแบบตามที่อธิบายไว้ก่อนหน้านี้โดยสุริโย ชูจันทร์⁽¹¹⁾ การประชุมระดมสมองแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) การประชุมระดมสมองโดยใช้การระดมสมองแบบทำงานเดี่ยว ตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนประชาชนซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวแทนประชาชน ประเด็นสมองมี 7 ประเด็นได้จากการสรุปประเด็นการจัดการองค์การและทรัพยากรที่ใช้ในการควบคุมกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย อบต.นาคา ประเด็นดังกล่าวได้จากการวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกโดยพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงเป็นหลักร่วมกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ำ หรือ ข้อมูล gaps และ (2) การประชุมระดมสมองโดยใช้การระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่มตามประเด็นระดมสมองสำหรับ

กลุ่มตัวแทนเจ้าหน้าที่ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวแทนภาครัฐและประชาชน ประเด็นระดมสมองมี 9 ประเด็นได้จากการวิเคราะห์ gaps ที่ได้จากการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ 1-3-7 โดยภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา

การประชุมระดมสมองทั้งแบบการทำงานเดี่ยวโดยกลุ่มผู้แทนภาคประชาชน องค์กรอิสระ และแบบทำงานเป็นกลุ่มโดยกลุ่มผู้แทนภาครัฐ ทำให้ได้แนวคิดหลักหรือเนื้อหาสำคัญที่นำไปสร้างโมเดลต้นแบบ “นาคาโมเดล” โดยอาศัยแนวทางเชิงกลยุทธ์ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนในเขต อบต.นาคา ในที่นี้กลยุทธ์หลักทั้ง 4 กลยุทธ์ ได้แก่ กลยุทธ์ที่ 1 การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนาคา กลยุทธ์ที่ 3 การจัดการพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย และกลยุทธ์ที่ 4 การเฝ้าระวังและประเมินผล หลังจากนั้นการปรับนาคาโมเดล เป็นกระบวนการพิจารณาถ่วงถ่วงเพื่อให้เกิดการตัดสินใจโดยทีมผู้บริหาร อบต.นาคา โดยอาศัยกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการขับเคลื่อนนาคาโมเดลสู่การปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคาอย่างเป็นรูปธรรม ทำการอภิปรายกลุ่มแบบโต๊ะกลมของผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานขับเคลื่อนแนวทางเชิงกลยุทธ์หลักทั้ง 4 กลยุทธ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยผู้แทนหรือผู้มีอำนาจหน้าที่จาก อบต.นาคา รพ.สต.นาคา รพ.สต.ควนไทรงาม นคม. ที่ 11.5.4 กะเปอร์ ประธาน อสม.นาคา คณะผู้วิจัย และ ที่ปรึกษาโครงการ โดยมีข้อตกลงร่วมกันในการตั้งประเด็นคำถามว่า “นาคาโมเดลทำได้จริงหรือไม่” และมีสิทธิ์เสมอภาคกันในการถกประเด็นและโต้แย้ง ผลที่ได้จากกระบวนการตัดสินใจนี้ นำไปสู่กระบวนการนำไปใช้ซึ่งเป็นการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

ผลการศึกษา

1) การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ 1-3-7

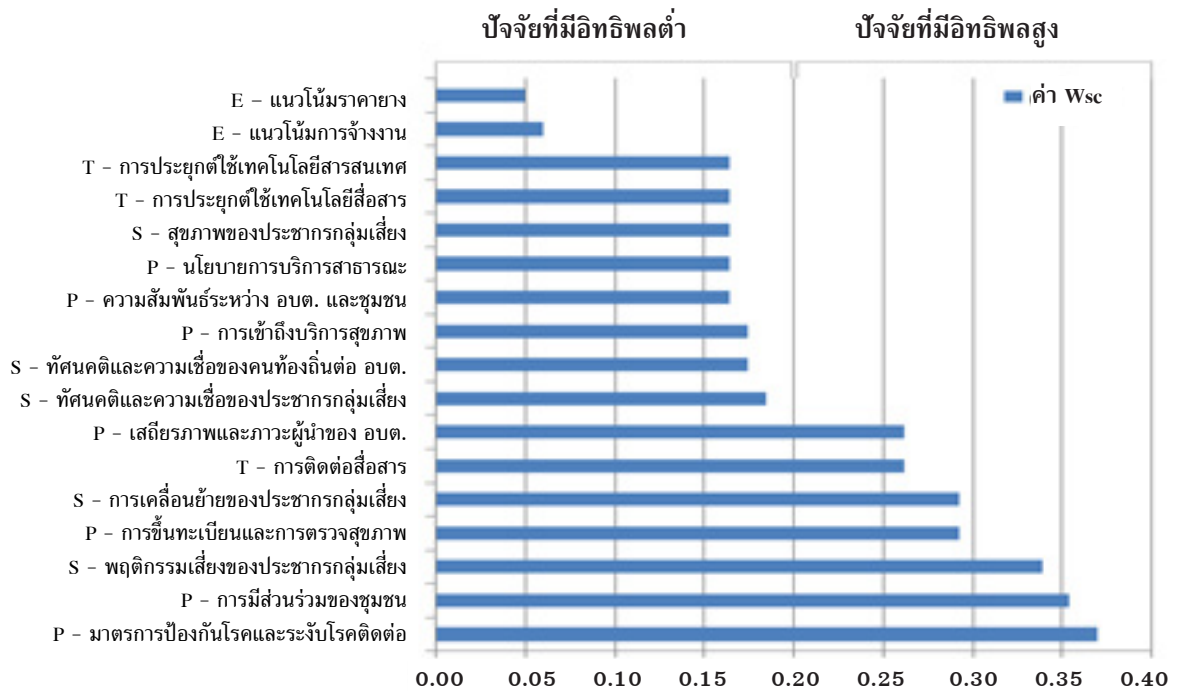
จากการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ 1-3-7 โดยหน่วยงานภาคีเครือข่าย พบว่า ประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการ 3 ในด้านกระบวนการและผลผลิตนั้น ผ่านเกณฑ์การประเมินหรือมีประสิทธิผลร้อยละ 80.8 ในขณะที่การดำเนินมาตรการ 7 และ 1 ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินหรือมีประสิทธิผลร้อยละ 65.4 และ 23.1 ตามลำดับ ส่วนประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ 1-3-7 ในภาพรวมโดยภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินหรือมีประสิทธิผลร้อยละ 36.1

3.2 การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอก

ในขั้นตอนแรก การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพล พบว่า ปัจจัยที่บ่งชี้ความแรง มี 17 ปัจจัย จำแนกเป็น P factors มี 7 ใน 15 ปัจจัย E factors มี 2 ใน 5 ปัจจัย S factors มี 5 ใน 8 ปัจจัย และ T factors ทั้ง 3 ปัจจัย ปัจจัยที่บ่งชี้ความแรงดังกล่าว ได้นำไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อคำนวณค่า WSc (ภาพที่ 1) P factors ที่มีค่า WSc จากมากไปน้อยตามลำดับ ได้แก่ มาตรการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ การมีส่วนร่วมของชุมชน การขึ้นทะเบียนแรงงาน เสถียรภาพและภาวะผู้นำของ อบต. การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่าง อบต. และชุมชน และนโยบายการบริการสาธารณะ ในทำนองเดียวกัน E factors ได้แก่ แนวโน้มการจ้างงาน และแนวโน้มราคายาง S factors ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงของประชากรกลุ่มเสี่ยง การเคลื่อนย้ายของประชากรกลุ่มเสี่ยง ทศนคติและความเชื่อของคนท้องถิ่นต่อ อบต. ทศนคติและความเชื่อของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อ อบต. และสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง และ T factors ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสื่อสาร และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

ในขั้นตอนสอง การวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลซึ่งได้ปรับค่า WSc พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูง

ภาพที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของการจัดการองค์การของ อบต. นาคา



หมายเหตุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ำหรือมีค่า WSc < 0.2 ในขณะที่ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงหรือมีค่า WSc > 0.2 การคำนวณค่า WSc ได้อธิบายรายละเอียดไว้ในเนื้อหา ในที่นี้ P - ปัจจัยทางการเมือง E - ปัจจัยทางเศรษฐกิจ S - ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม และ T - ปัจจัยทางเทคโนโลยี

หรือมีค่า $WSc \geq 0.2$ มี 7 ปัจจัย จำแนกเป็น P factors มี 4 ใน 7 ปัจจัย ได้แก่ มาตรการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ การมีส่วนร่วมของชุมชน การขึ้นทะเบียนแรงงาน เสถียรภาพและภาวะผู้นำของอบต. ในขณะที่ S factors มี 2 ใน 5 ปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงของประชากรกลุ่มเสี่ยง และการเคลื่อนย้ายของประชากรกลุ่มเสี่ยง และ T factors มี 1 ใน 3 ปัจจัย ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงเหล่านี้ ได้ถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานหลักเพื่อพิจารณากำหนดประเด็นระดมสมอง ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1 และ 2 ซึ่งได้สรุปแนวคิดหลักที่ได้จากการระดมสมองทั้งการระดมสมองแบบทำงานเดี่ยวตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนประชาชน และการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่มตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนเจ้าหน้าที่ แนวคิดเหล่านี้ได้ถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในกระบวนการออกแบบและ

พัฒนารูปแบบนาคาโมเดลโดยใช้แนวทางเชิงกลยุทธ์ที่ขับเคลื่อนโดย อบต.นาคา

3.3 ผลสัมฤทธิ์ของแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดล

ผลสัมฤทธิ์ที่ได้จากการระดมสมอง (ตารางที่ 1 และ 2) ทำให้เกิดแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดล โดยใช้ 4 กลยุทธ์ดังกล่าว แนวคิดนี้ทำให้เกิดกระบวนการออกแบบและพัฒนานาคาโมเดล จนสามารถปรับนาคาโมเดลให้มีรูปแบบการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมโดย อบต.นาคา และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล ผลสัมฤทธิ์ของแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการกำจัดโรคไข้มาลาเรียมีดังต่อไปนี้

1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม คือ “บันทึกข้อตกลง

ความร่วมมือ (MOU) ว่าด้วยความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ใน ต.นาคา อ.สุขสำราญ จ.ระนอง” อบต.นาคา ได้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย ตามคำสั่งที่ 114/2561 เรื่อง ป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย โดยอาศัยพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 6) พ.ศ.2552 มาตรา 67 (3) อบต.นาคา ได้ปรับแผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี (พ.ศ.2561-2564) เพิ่มเติม ฉบับที่ 2/2561 แผนงานสาธารณสุข โครงการพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ปีงบประมาณ 2561 วงเงิน

ตารางที่ 1 แนวคิดที่ได้จากการระดมสมองแบบทำงานเดี่ยวตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนประชาชนเพื่อพัฒนาแนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับนาคาโมเดล

ประเด็นระดมสมอง*	จำนวนแนวคิด (n = 51)	สรุปแนวคิดหลัก/เนื้อหาสำคัญ	แนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับนาคาโมเดล
1. รู้ได้อย่างไรว่าเป็นไข้มาลาเรีย	9	รับรู้อาการป่วย แต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรคไข้มาลาเรีย	กลยุทธ์ที่ 1 การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก
2. เมื่อสงสัยว่าป่วยเป็นไข้มาลาเรีย บอกใครก่อน	8	แจ้งอาการป่วยให้คนในบ้าน/นอกบ้านทราบ เพื่อทำการตรวจรักษาพยาบาล แต่ยังคงมีการรักษาด้วยตนเองเพื่อบรรเทาอาการป่วย	
3. ไปเจาะเลือดที่ไหน เดินทางอย่างไร	5	ตรวจเลือดที่หน่วยมาลาเรียคลินิก อ. กะเปอร์ หรือ รพ. สุขสำราญ แต่อยากให้มีหน่วยบริการเจาะเลือดในพื้นที่	
4. นัดเจาะเลือดตามนัดอย่างไร	5	เจาะเลือดตามนัดหมายทุกครั้ง แต่เพิ่มช่องทางติดต่อสื่อสารวิธีการแจ้งเตือนและการติดตามเจาะเลือดที่บ้าน เพื่อลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	
5. นัดกินยารักษา มาลาเรีย ให้ครบ ทำอย่างไร	4	กินยาครบและให้ความร่วมมือในการติดตามการรักษา แต่อยากให้เพิ่มช่องทาง วิธีการแจ้งเตือนตารางการกินยาที่บ้าน เพื่อลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และ อสม. ตำบลนาคา
6. ป้องกันยุงกัดตอนกลางคืนทำอย่างไร	10	มีการปรับใช้วิธีการ มาตรการป้องกันตนเอง ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายตามท้องตลาด เพื่อลดความเสี่ยงจากการถูกยุงกัดในบ้าน นอกบ้านขณะทำงานหรือพักผ่อนนอกพื้นที่ หรือในป่า	
7. ทำอย่างไรจึงจะไม่เป็นมาลาเรียในปี	10	ประสานงานนายจ้างให้นำแรงงานต่างด้าวได้รับการตรวจเลือดวินิจฉัยโรคไข้มาลาเรียทุกรายเมื่อเข้ามาอยู่ในพื้นที่ เพิ่มช่องทางติดต่อสื่อสาร ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน ชุมชน เพื่อให้รับรู้ข่าวสาร ภัยอันตรายของโรคไข้มาลาเรียอย่างทั่วถึง และเพื่อหาวิธีการ มาตรการป้องกันตนเอง เพิ่มวิธีการ มาตรการ กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนให้ อสม. นักเรียน ประชาชนทั่วไป มีความรู้ความเข้าใจโรคไข้มาลาเรีย แหล่งแพร่พันธุ์ยุงกันปล่อย	กลยุทธ์ที่ 3 การจัดการพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย กลยุทธ์ที่ 4 การเฝ้าระวังและประเมินผล

หมายเหตุ * ประเด็นระดมสมอง ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงร่วมกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ำหรือข้อมูลจากรูปภาพที่ 1 หรือ gaps ที่ได้จากการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ 1-3-7

แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนานาคาโมเดลสำหรับการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาคา

ตารางที่ 2 แนวคิดที่ได้จากการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่มตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนเจ้าหน้าที่เพื่อพัฒนาแนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับนาคาโมเดล

ประเด็นระดมสมอง*	จำนวนแนวคิด (n = 62)	สรุปแนวคิดหลัก/เนื้อหาสำคัญ	แนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับนาคาโมเดล
1. การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง	12	สร้างและพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ หน่วยบริการ รูปแบบหรือวิธีการบริการคัดกรองผู้ป่วยสงสัยในชุมชน โดยผู้ให้บริการสามารถให้บริการคัดกรองคนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สามารถเจาะเลือดเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคไข้มาลาเรียด้วยชุดทดสอบสำเร็จรูป RDT หรือฟิล์มโลหิตหนา ผู้ให้บริการที่ได้รับการว่าจ้างโดยหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ได้แก่ อาสาสมัครมาลาเรียชุมชน เจ้าพนักงาน/เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงตำบลนาคา เพิ่มช่องวิธีการ มาตรการ กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุน ประสานงานขอความร่วมมือจากชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน หัวหน้าครอบครัวของผู้ป่วย อสม. นักเรียน ประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ความเข้าใจโรคไข้มาลาเรีย แหล่งแพร่พันธุ์ยุงก้นปล่อง	กลยุทธ์ที่ 1 การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก
2. การขยายหน่วยบริการตรวจเลือดในชุมชน	2	สร้างและพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ ได้แก่ รพ.สต. อสม. และเจ้าหน้าที่ป่าไม้ ให้สามารถทำการคัดกรอง เจาะเลือดตรวจวินิจฉัยโรคไข้มาลาเรีย นอกเหนือจากการบริการที่รพ.สุขสำราญ	
3. การติดตามการรักษาผู้ป่วยเชิงรุก	6	สร้างและพัฒนาศักยภาพทีมงานในพื้นที่เฝ้าระวังเพื่อแจ้งข่าว ติดตามผู้ป่วยในพื้นที่และผู้ป่วยนอกพื้นที่ที่เข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลนาคา เพิ่มประสิทธิภาพการติดต่อประสานงานระหว่าง รพ. รพ.สต. และ อสม. ให้สามารถติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง	กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และ อสม. ตำบลนาคา
4. การเพิ่มช่องทางการแจ้งเตือนผู้ป่วย	12	เพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการ 1 โดยเพิ่มช่องทางการแจ้งข่าวสารให้แก่ผู้ป่วย โดยผ่านทุกสื่อและช่องทางสื่อสารในชุมชน ได้แก่ แกนนำชุมชน อสม. ครู ครูสอนศาสนา โดยใช้หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย รถประชาสัมพันธ์ วิทยุชุมชน ป้ายประกาศข่าวในชุมชน ที่ประชุมหมู่บ้าน ที่ประชุมศาลาประชาคม ศาสนสถาน โรงเรียน สร้างและพัฒนาทีมประชาสัมพันธ์ท้องถิ่น	
5. การเพิ่มศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในแต่ละ รพ.สต.	5	เพิ่มประสิทธิภาพโดยใช้มาตรการ 1-2 แทนมาตรการ 1-3 โดยเฉพาะมาตรการ 3 เพิ่มทักษะและขีดความสามารถในด้านการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนโรค การวินิจฉัยโรค โดยทีม SRRT จาก รพ.สต.นาคา และ รพ.สต.ควนไทรงาม เพิ่มการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณในการปฏิบัติงานสอบสวนโรค	
6. การเข้าถึงมาตรการควบคุมพาหะนำโรคในชุมชน	8	เพิ่มประสิทธิภาพโดยใช้มาตรการ 1-2-3 แทนมาตรการ 1-3-7 โดยเฉพาะมาตรการ 7 เพิ่มศักยภาพทีมควบคุมโรคในชุมชน แกนนำชุมชน ครู ครูสอนศาสนา โดยให้มีความรู้และทักษะ และมีความพร้อมรับมือการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย เช่น มีความรู้และทักษะในการกำจัดลูกน้ำยุง ควบคุมการระบาด และการใช้เครื่องพ่นชนิดอัลตร้า	กลยุทธ์ที่ 3 การจัดการพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย

ตารางที่ 2 แนวคิดที่ได้จากการระดมสมองแบบทำงานเป็นกลุ่มตามประเด็นระดมสมองสำหรับกลุ่มตัวแทนเจ้าหน้าที่เพื่อพัฒนาแนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับนาคาโมเดล (ต่อ)

ประเด็นระดมสมอง*	จำนวนแนวคิด (n = 62)	สรุปแนวคิดหลัก/เนื้อหาสำคัญ	แนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับนาคาโมเดล
7. ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ควบคุมพาหะนำโรค	8	เพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการ 7 โดยยังขาดเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และกำลังคนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมพาหะนำโรค เช่น ขาดเครื่องพ่นยุงแบบพ่นฝอยน้ำ และเจ้าหน้าที่ฉีดพ่นสารเคมี แจกจ่ายมุ้งชุบสารเคมียังไม่ทั่วถึง มีความพร้อมในการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนท้องถิ่น	
8. รูปแบบของการสื่อสารความเสี่ยงโรคมalariaเรีย ก่อนระหว่าง และหลังการระบาด	5	เพิ่มช่องทางสื่อสารความเสี่ยงโรคไวมalariaเรียครอบคลุมทุกครัวเรือน โดยเฉพาะผู้นำชุมชน และ อสม. ให้สามารถสื่อสารกับชาวบ้านเกี่ยวกับการรับรู้อาการโรค รับรู้ความเสี่ยงหากไม่รับรักษา รับรู้ความเสี่ยงหากไม่ป้องกัน	กลยุทธ์ที่ 4 การเฝ้าระวังและประเมินผล
9. ทำอย่างไรจึงจะปลอดภัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบในปี	4	สร้างเสริมความร่วมมือทุกภาคส่วน ภาครัฐ ประชาชน ให้เกิดความเข้าใจ เข้าถึงการบริการ เร่งส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน เน้นการป้องกันตนเอง โดยใช้มาตรการป้องกันเพื่อลดการสัมผัสกับยุงพาหะนำโรคมalariaเรียขณะทำงานนอกบ้าน ในเวลากลางคืน หรือคางแรมนอกพื้นที่ หรือในพื้นที่เสี่ยง	

หมายเหตุ * ประเด็นระดมสมอง ขึ้นอยู่กับ gaps ที่ได้จากการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการ 1-3-7 ร่วมกับปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ำ

68,950 บาท ซึ่งได้รับอนุมัติงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ สปสช. อบต.นาคา โดยมีกิจกรรมหลักคือ (1) การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีม SRRT ตำบลนาคา และเครือข่าย/จิตอาสาควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง (2) การจ้างพนักงานควบคุมโรคชุมชน (3) การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. และแกนนำชุมชน ในการสื่อสารความเสี่ยงด้านโรคติดต่อโดยแมลงในชุมชน และ (4) ประเมินผลการดำเนินงานโครงการ

2) การแปลงนาคาโมเดลไปสู่แผนปฏิบัติการ ปี 2562 (ภาพที่ 2) ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมคือ อบต.นาคา ได้เพิ่มอัตราลูกจ้างชั่วคราวตำแหน่งเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง โดยอาศัยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542

มาตรา 25 และจัดทำแผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง ปีงบประมาณ 2562 และแผนปฏิบัติการต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2563-2564 โดยมีเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงเป็นผู้รับผิดชอบแผนงาน ซึ่งมีกระบวนการกำกับ ติดตามและประเมินผล โดยคณะกรรมการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไวมalariaเรีย แผนปฏิบัติการดังกล่าว ประกอบด้วย 4 แผนงาน คือ

1) แผนงานการบริการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เป็นการแปลงกลยุทธ์ที่ 1 การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เพื่อคัดกรองผู้ป่วยสงสัยจากประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งคนไทยและต่างด้าวอย่างครอบคลุม วินิจฉัยผู้ป่วยน่าจะเป็นอย่างรวดเร็วและส่งต่อผู้ป่วยยืนยันให้ได้รับการรักษาอย่างทันที่ โดยมี อบต.นาคา เป็นเจ้าภาพหลัก

ภาพที่ 2 วงจรขับเคลื่อนนาคาโมเดลโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา



หมายเหตุ แสดงวงจรการปรับแผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี (พ.ศ. 2561-2564) แผนงานสาธารณสุข สำหรับปีงบประมาณ 2562-2564 อบต. นาคา จัดทำแผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อมาลาเรีย โดยแมลง ซึ่งมีกระบวนการกำกับ ติดตาม และประเมินผลโดยคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย

2) แผนงานการพัฒนาทีม SRRT และ อสม. ตำบลนาคา เป็นการแปลงกลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพทีม SRRT และ อสม. ตำบลนาคา เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะด้านการจัดการโรคไข้มาลาเรียตามมาตรการ 1-2-3 โดยทีม SRRT ตำบลนาคาเป็นเจ้าภาพหลักรวมถึงการสื่อสารความเสี่ยงโรคไข้มาลาเรียโดย อสม. ตำบลนาคา

3) แผนงานการกำจัดพาหะนำโรคไข้มาลาเรียและใช้เลือดออก เป็นการแปลงกลยุทธ์ที่ 3 การจัดการพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย เน้นสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงก้นปล่อง ความชุกและการกระจายของยุงก้นปล่อง และประเมินการตอบสนองของยุงก้นปล่องตัวเมียต่อมาตรการการฉีดพ่นสารเคมีออกฤทธิ์ตกค้างในบ้าน โดยมี อบต.นาคา เป็นเจ้าภาพหลัก

4) แผนงานการเฝ้าระวังประเมินผล เป็นการแปลงกลยุทธ์ที่ 4 การเฝ้าระวังและประเมินผล เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์โรคอย่างเป็นระบบและติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมี ศตม.ที่ 11.5 ระนองและนคท.ที่ 11.5.4 กะเปอร์ เป็น

เจ้าภาพหลัก

นอกจากนี้ อบต.ได้อนุมัติแผนจัดซื้อเครื่องพ่นเคมีชนิดอัลตร้า 2 เครื่อง ในปีงบประมาณ 2562 วงเงิน 32,000 บาท และตั้งผูกพัน 3 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2562-2564) รวมวงเงิน 392,650 บาท

วิจารณ์

อปท. มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเองตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 16 และมาตรา 17 แผนพัฒนาท้องถิ่น (local plans) ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาซึ่งเป็นแผนพัฒนาระยะยาว และแผนพัฒนาสามปี (หรือแผนพัฒนาสี่ปี) ซึ่งเป็นแผนพัฒนาแบบหมุนเวียน โดยจะต้องมีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาระดับต่างๆ เช่น แผนระดับชาติ ได้แก่ แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายของรัฐบาล แผนกระทรวง แผนกรม และรัฐวิสาหกิจต่างๆ รวมถึงแผนระดับจังหวัดและแผนระดับอำเภอ

แนวคิดการพัฒนาโมเดลในการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย อบต.นาคา ที่ยึดหลักการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (result-based management)⁽¹²⁻¹⁴⁾ ได้ใช้แนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับการให้บริการสาธารณะ โดยสามารถสร้างระบบ กลไก แนวทาง กระบวนการ วิธีหรือเครื่องมือ มาตรการ และกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้ในการควบคุมกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขต อบต.นาคา การศึกษานี้ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าผลสัมฤทธิ์ของโมเดลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน คือ การสร้างระบบและกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา และการจัดการองค์การและทรัพยากรที่ใช้ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดย อบต.นาคา สามารถสร้างวงจรขับเคลื่อนนาคาโมเดลตามรูปแบบงบประมาณของ อบต.นาคา แผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี (พ.ศ.2561-2564) แผนงานสาธารณสุข สามารถจัดทำแผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ปีงบประมาณ 2562-2564 โดยมีการกำกับ ติดตามและประเมินผลโดยคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย สามารถจัดหน่วยบริการค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียเชิงรุก รวมถึงให้บริการค้นหาผู้ป่วยเชิงรับด้วย โดยเพิ่มอัตราลูกจ้างตำแหน่งเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง และสามารถจัดซื้อจัดจ้างครุภัณฑ์ที่ใช้ในการควบคุมพาหะนำโรคติดต่อโดยแมลง ผลสัมฤทธิ์ของนาคาโมเดลชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า อบต.นาคา ได้พิจารณาถึงการจัดการองค์การที่ดีเพื่อจัดบริการสาธารณะที่ดี⁽⁴⁾ โดยสามารถสะท้อนถึงการจัดกลุ่มงานซึ่งคำนึงถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มงานต่างๆ และบุคคลที่ร่วมปฏิบัติงานกัน การมอบหมายงานโดยกำหนดขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของบุคคล รวมถึงการบริหารจัดการของทรัพยากร ซึ่งมีสถานที่ทำงานของหน่วยปฏิบัติการควบคุมพาหะนำโรคติดต่อฯ โดยแมลง มีวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือและทรัพยากรต่างๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน

อีกประการหนึ่งที่สำคัญ คือ การขับเคลื่อนนาคาโมเดลนั้นเป็นการแปลงกลยุทธ์ทั้ง 4 กลยุทธ์ของนาคาโมเดลไปสู่แผนงานทั้ง 4 แผนงานของแผนปฏิบัติการดัง

กล่าว ซึ่งคาดว่าจะทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ดีในแต่ละแผนงาน โดยสามารถกำหนดกิจกรรม วิธี มาตรการต่างๆ และผลสัมฤทธิ์ที่สอดคล้องกับแนวทางในการติดตามประเมินผลแผนพัฒนาท้องถิ่นตามเกณฑ์มาตรฐาน 6 ใน 7 ด้าน ได้แก่ (1) สัมฤทธิ์ผลและการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย (2) ความเสมอภาคและความเป็นธรรมในสังคม (3) ความสามารถและคุณภาพในการให้บริการ (4) ความรับผิดชอบต่อหน่วยงาน (5) การตอบสนองความต้องการของประชาชน และ (6) ความพึงพอใจของประชาชน จากข้อค้นพบดังกล่าวสามารถชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าแนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนาโมเดลในการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย อบต.นาคา สามารถปรับให้เข้ากับหลักการบริหารราชการของอบต.โดยการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์⁽¹²⁻¹⁴⁾ โดยที่ อบต.นาคา สามารถอำนวยความสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในเขต อบต.นาคา เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจภาครัฐ โดยการใช้ทรัพยากรต่างๆ ให้เกิดประสิทธิผล

นอกจากนี้ องค์ประกอบปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นปัจจัยต่างๆ ที่ขับเคลื่อนโดยอาศัยระบบ กลไก กระบวนการทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และเทคโนโลยี ล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของการจัดการองค์การของ อบต.นาคา รวมถึงทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการควบคุมกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขต อบต.นาคา จากการวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอกชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า แนวทางเชิงกลยุทธ์การพัฒนาโมเดลนี้สะท้อนให้เห็นศักยภาพในด้านการจัดการองค์การและทรัพยากรที่ใช้ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย อบต. นาคา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องหรือเชื่อมโยงกับ P factors และ S factors โดยเฉพาะอย่างยิ่งเสถียรภาพและภาวะผู้นำของ อบต.นาคา และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็น P factors ที่มีอิทธิพลสูง แต่อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของการดำเนินมาตรการ 1-3-7 ในภาพรวมโดยหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคานั้น ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในส่วนของการแจ้งเตือนและ

ตอบโต้โรคไข้มาลาเรีย ส่งผลให้การระบาดของโรคขยายวงกว้าง ซึ่งได้ปรับแนวปฏิบัติในด้านกระบวนการและผลผลิตของการดำเนินการโดยร่วมกันกำหนดมาตรการ 1-2-3 ทดแทน เพื่อให้ทำลายและให้เกิดประสิทธิผลสูงขึ้น และ อบต.นาคา ก็ควรมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรมากขึ้น

โดยสรุป การพัฒนานาคาโมเดลซึ่งประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ในการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย อบต.นาคา สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ของนาคาโมเดลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน คือ การสร้างระบบและกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา และการจัดการองค์การและทรัพยากรที่ใช้ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย อบต.นาคา โดยเอื้ออำนวยให้เพิ่มศักยภาพในการจัดบริการสาธารณะโดยมุ่งเน้นการบริการค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียเชิงรุก ซึ่งเป็นแผนงานสำคัญที่บรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการงานเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงปีงบประมาณ 2562-2564 โดยมีการกำกับ ติดตามและประเมินผลโดยคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและระงับโรคติดต่อมาลาเรีย อย่างไรก็ตามแนวทางปฏิบัติการของแผนปฏิบัติการดังกล่าวควรต้องดำเนินการควบคู่กันไปการทดสอบและการบำรุงรักษานาคาโมเดลโดย อบต.และการขยายผลการศึกษาในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการพัฒนา รูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ต้นแบบภาคใต้ตอนบน ประเทศไทย โดยได้รับทุนวิจัยจากกรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2561 ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่สนับสนุนการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคีเครือข่ายระดับตำบลนาคา ผู้ร่วมวิเคราะห์สภาพปัจจัยภายนอก ผู้เข้าร่วมประชุม ระดมสมอง ออกแบบและพัฒนานาคาโมเดล ได้แก่ นาย-ดลร้อมมาเฟด นาคา นายก อบต.นาคา นายอนุวิท ชำนาญ-กิจ ปลัด อบต.นาคา ที่ปรึกษาโครงการและผู้เชี่ยวชาญ หัวหน้า หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 11.5.4

อำเภอกะเปอร์ สสอ.สุขสำราญ ผอ.รพ.สต.นาคา และ รพ.สต.ควนไทรงาม ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของ สสอ. และ รพ.สต. ทั้ง 2 แห่ง และตัวแทนเครือข่ายทั้ง ภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุก ท่านที่ให้การสนับสนุนกิจกรรมวิจัยจนประสบผลสำเร็จ ด้วยกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569 และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
2. สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล (CDCU/SRRT) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://malaria.ddc.moph.go.th/downloadfiles/Malaria_Manual
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับภาคีเครือข่ายระดับตำบลและอำเภอ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.123.7/diseasecontrol/wp-content/uploads/2018/02>
4. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. คู่มือการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา แผนพัฒนาสามปี แผนปฏิบัติการและการติดตามประเมินผล [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: www.dla.go.th/work/planlocal/คู่มือ.htm
5. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจัดทำและประสานแผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2546 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://e-plan.dla.go.th/activityImage/403.pdf>

6. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dla.go.th/work/planlocal>
7. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 6) พ.ศ.2552 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CA52/%CA52-20-9999-update.pdf>
8. Slaymaker T, Christiansen K. Community-based approaches and service delivery: issues and options in different environments and partnerships [Internet]. [cited 2018 Mar 24]. Available from: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3822.pdf>
9. Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. A community-based approach in UNHCR operations [Internet]. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees [cited 2018 Mar 24]. Available from: <https://www.unhcr.org/publications/legal/47ed0e212>
10. Peters DH, El-Saharty S, Siadat B, Janovsky K, Vujicic M. Improving health service delivery in developing countries: from evidence to action [Internet]. [cited 2018 Mar 24]. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12335>
11. สุริโย ชูจันทร์, อติศักดิ์ ภูมิรัตน์. แนวทางเชิงกลยุทธ์การระดมสมองอย่างมีประสิทธิภาพ. วารสารควบคุมโรค 2562; 4(2):115-24.
12. ทิพาวดี เมฆสวรรค์. การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ; 2543.
13. พิรุวรรณ กิตติคุณ. การพัฒนาระบบราชการโดยการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (result based management: RBM) [อินเทอร์เน็ต]. สำนักวิชาการ สำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, มกราคม 2559 [สืบค้นเมื่อ 29 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.library2.parliament.go.th/ebook/content-issue/2559/hi2559-007.pdf>
14. ดิเรก ปัทมสิริวัฒนา, กอบกุล ราชระนาคร. การขับเคลื่อนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการจัดการบริการสาธารณสุขที่ดี. กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี; 2552.

Abstract: Strategic Approach in the Development of Nakha Model for Malaria Elimination Management by Nakha Subdistrict Administrative Organization and Partnering of Nakha Subdistrict-level Network

Suriyo Chujun, M.P.H.*; Adisak Bhumiratana, Ph.D.**

** Office of Disease Prevention and Control 11 Nakhon Si Thammarat; ** Faculty of Public Health, Thammasat University, Rangsit Campus, Pathumthai Province, Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(2):309-19.

This study aimed to develop Nakha model of malaria elimination management by Nakha Subdistrict Administrative Organization (SAO) in 2018 Public service delivery framework was applied for strategic approach to develop Nakha model that encompassed systems, mechanisms, steps and processes by which Nakha SAO could deliver community-based service system through partnering of Nakha Subdistrict-level network including Nakha Subdistrict Health Promoting Hospital (SHPH), Khaun Sai Ngam SHPH, Vector Borne Disease Control Unit 11.5.4 Kapoe, Suk Samran Hospital, and Suk Samran District Health Office. The strategic approach to Nakha model development encompasses 4 strategies such as active case finding, capacity building of surveillance and rapid response team and village health volunteers, malaria vector management, and surveillance and monitoring. This Nakha model development could achieve the concrete results of Nakha model that can establish the system and mechanisms for partnering of Nakha Subdistrict-level network and organization that can manage resources suited to control and eliminate malaria in defined Nakha SAO area of responsibility. More significantly, the model could build the capacity of malaria active case finding that was the mainstay of community services in a set of workplans of the action plan of vector-borne disease control personnel for fiscal years 2019-2021, and accordingly, it was directed by a panel of disease prevention and malaria control. This action plan has been put in place to fully integrate in Nakha SAO's budget and public health plan of the local 4-year plan (2018-2021).

Keywords: Nakha model; malaria elimination management; Nakha SAO; public service, partnering of Nakha Subdistrict-level network; malaria active case finding

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ธีรพร สติธอังกูร ส.ด. (การบริหารสาธารณสุข)*

ศิริมา ลีละวงศ์ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข)**

ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ ปร.ด. (การพยาบาล)**

สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล พย.ด. (การพยาบาล)***

ณิชภา ยนจอหอ ปร.ด. (การบริหารการพยาบาล)****

กนกพร แจ่มสมบุรณ์ ปร.ด. (การพัฒนาศึกษาการพยาบาล)**

* สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

** กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

*** สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**** สถาบันบาราศนราดรุณ กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	4 ม.ค. 2564
วันแก้ไข:	11 ก.พ. 2564
วันตอบรับ:	20 ก.พ. 2564

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิครอบคลุมเขตสุขภาพทั่วประเทศ 13 แห่ง ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และ (3) ประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 และ 2 เป็นผู้บริหารการพยาบาล 59 คน กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 ประกอบด้วย (1) หัวหน้าพยาบาล 13 คน (2) ผู้บริหารการพยาบาล 316 คน (3) พยาบาล 545 คน และ (4) ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รับบริการที่โรงพยาบาลในช่วง 1-28 กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 616 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผสารานวิธี ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI=0.80 และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสำรวจและแนวทางการประชุมระดมสมองเพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหาร (2) แนวทางการติดตามการดำเนินงานตามรูปแบบ (3) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินผลรูปแบบ (4) แบบประเมินความพร้อมในการบริหาร (5) แบบสอบถามความพร้อมในการบริหารตามความรู้ของผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (6) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบ และ (7) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามลำดับที่ 5-7 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.90, 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง บริหารการพยาบาลตามสถานการณ์ โดยไม่มีรูปแบบการบริหารการพยาบาลที่ชัดเจน และไม่ครอบคลุมการบริหารการพยาบาล

การพัฒนาารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หลังการระบาดของโควิด-19 ผลการพัฒนาารูปแบบพบว่า ประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล การประเมินความพร้อมการบริหารการพยาบาล และแนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ครอบคลุมระยะก่อน ขณะ และหลังเกิดการระบาดของโควิด-19 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่าผู้บริหารการพยาบาลมีความคิดเห็นต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด สามารถนำรูปแบบใช้ได้จริง (Mean=4.58, SD=0.58) ใช้กับโรงพยาบาลระดับอื่นได้ (Mean=4.54, SD=0.60) และใช้กับโรคติดต่ออื่นได้ในระดับมากที่สุด (Mean=4.61, SD=0.58) โรงพยาบาลทุกแห่งมีความพร้อมในการบริหารการพยาบาล ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เห็นว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมามีความพร้อมการบริหารการพยาบาล อยู่ในระดับมาก (Mean=4.35, SD=0.41) และพึงพอใจในบริการพยาบาล อยู่ในระดับมาก (Mean=4.30, SD=0.45) พยาบาลรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.55, SD=0.44) และมั่นใจในมาตรการการปฏิบัติงานของหน่วยงานอยู่ในระดับมาก (Mean=4.40, SD=0.53) และไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพยาบาล และการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังทดลองรูปแบบในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง โดยสรุป รูปแบบนี้มีประโยชน์ต่อการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 และผู้วิจัยได้โดยได้ขยายผลรูปแบบนี้ไปยังองค์กรพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ทั่วประเทศแล้ว

คำสำคัญ: พัฒนาการูปแบบ; บริหารการพยาบาล; การระบาดของโควิด-19

บทนำ

การระบาดของโควิด-19 เป็นลักษณะของการระบาดใหญ่ (pandemic) องค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค⁽¹⁾ การระบาดของโควิด-19 ที่แพร่ไปทั่วโลก และมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น ส่งผลกระทบต่อระบบโครงสร้างและการบริการของโรงพยาบาลในระดับโลก และระหว่างประเทศ⁽²⁾ ประเทศไทยได้ประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย⁽³⁾ มีการกำหนดมาตรการควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในระดับบุคคล และระดับชุมชน ที่เน้นการทำงานและความร่วมมือของทุกภาคส่วน จนได้รับการยกย่องจากนานาประเทศ⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ทำให้ความต้องการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวกระโดด ในขณะที่ขีดความสามารถของสถานพยาบาลและบุคลากรสุขภาพไม่ได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย⁽⁵⁾ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพยาบาล

ผู้สงสัยที่มาตรการคัดกรอง และผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ทั้งที่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก⁽⁶⁾ ในขณะที่ยาบาลกลับเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคาม (hazards) ได้แก่ การสัมผัสกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค ชั่วโมงการปฏิบัติงานที่ยาวนาน ภาวะความบีบคั้นทางจิตใจ ความเหนื่อยล้า ภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงาน การตีตราทางสังคม (stigmatization) และได้รับความรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีอาการปวดศีรษะเพิ่มขึ้นจากการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตลอดเวลา⁽⁷⁾ การบริหารการพยาบาลจึงมีความสำคัญ สภาการพยาบาลระหว่างประเทศกำหนดให้ใช้หลักการ 2P2R (Preparedness, Prevention & Mitigation, Response and Recovery) และดำเนินการครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ ก่อน ขณะ และหลังเกิดภัยพิบัติต่าง ๆ⁽⁸⁾ ด้วยความสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้สงสัยและผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดตั้งศูนย์ประสานความร่วมมือของพยาบาลในภาวะการติดเชื้อ COVID-19 ขึ้น มีบทบาทในการพัฒนาองค์ความรู้ และเป็นแกนกลางการบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในภาพรวมของประเทศ จากการรายงานของศูนย์ พบว่า การบริหารการ

พยาบาลช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมา ไม่มีรูปแบบชัดเจน บริหารการพยาบาลตามสถานการณ์ ไม่ได้เตรียมความพร้อม⁽⁹⁾ ทั้งที่ความพร้อมขององค์กรจะทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾ ด้วยการที่โควิด-19 เป็นโรคระบาดใหม่ จึงมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ และด้วยการติดเชื้อโควิด-19 เป็นไปได้ง่าย⁽²⁾ พบว่ามีพยาบาลกว่า 1,000 คนติดเชื้อและเสียชีวิตใน 44 ประเทศ⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทยถึงแม้จะไม่มีพยาบาลเสียชีวิตจากโควิด-19 แต่พบว่า พยาบาลติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 45 คนในจำนวนการติดเชื้อของบุคลากรสุขภาพ 96 คน คิดเป็นร้อยละ 46.87⁽¹¹⁾ ผู้วิจัยเห็นว่าการบริหารการพยาบาลให้มีความพร้อมในการรองรับการระบาดของโควิด-19 ที่อาจมีโอกาสเกิดการระบาดใหม่มีความสำคัญ และการสนับสนุนให้พยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) จะทำให้มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะทำงานในสถานการณ์ยากได้⁽¹²⁾ อีกทั้งผู้วิจัยยังเห็นอีกว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีบทบาทเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในจังหวัดและในเขตสุขภาพ⁽¹³⁾ จึงพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โดยศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 13 แห่ง สามารถเป็นต้นแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 และขยายผลไปยังโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารการพยาบาล พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา ใช้แนวคิดการบริหารองค์กร 7S⁽¹⁴⁾ แนวคิดการบริหารการพยาบาลภยันพิบัติของ Jennings-Sanders A⁽¹⁵⁾ และหลักการ 2P2R (Preparedness, Prevention & mitigation, Response and

Recovery)⁽⁸⁾ วิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีแบบผสมวิธี (mixed method) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

ศึกษาสถานการณ์การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โดย (1) ทบทวนวรรณกรรม (2) ประชุมระดมสมองผู้บริหารการพยาบาลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง จำนวน 59 คน และ (3) สืบหาข้อมูลสถานการณ์การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 พบโอกาสพัฒนา คือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง หัวหน้าพยาบาลเป็นผู้สั่งการด้านการพยาบาลตามระบบและกลไกของโรงพยาบาลที่มีอยู่ โดยการบริหารการพยาบาลตามสถานการณ์ที่พบ ไม่มีแนวทางการบริหารการพยาบาลที่เป็นรูปแบบชัดเจน ทั้งระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดการระบาดของโควิด-19 ทำให้การบริหารการพยาบาลไม่ครอบคลุมตามหลักการ 2P2R โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสภาพผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้บริหารการพยาบาลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 เขตสุขภาพ โดยสุ่มเขตสุขภาพละ 1 โรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลลำปาง พุทธชินราช สวรรค์ประชารักษ์ พระนครศรีอยุธยา นครปฐม ชลบุรี ขอนแก่น อุดรธานี มหาราชนครราชสีมา สรรพสิทธิประสงค์ วัชรภูเก็ท หาดใหญ่ และสถาบันโรคทรวงอก และคัดเลือกผู้บริหารการพยาบาลจากโรงพยาบาลที่ศึกษาแต่ละแห่งประกอบด้วยหัวหน้าพยาบาล รองหัวหน้าพยาบาลด้านบริหาร รองหัวหน้าพยาบาลด้านบริการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 59 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสำรวจสถานการณ์การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการบริหารองค์กร 7S⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ตอน จำนวน 54 ข้อ ประกอบด้วย

ด้วย (1) ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล 4 ข้อ (2) ข้อมูลผู้รับบริการ 5 ข้อ (3) ข้อมูลการอัตรากำลังพยาบาล 12 ข้อ (4) ระบบการบริหารการพยาบาล 32 ข้อ (5) ข้อเสนอแนะ 1 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสำรวจทั้งฉบับเท่ากับ 0.80

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 มีการดำเนินการ 2 ครั้ง ดังนี้

การดำเนินการครั้งที่ 1

1. กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ (1) ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล (2) แนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

2. สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของรูปแบบ จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารการพยาบาลและด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 5 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้ปรับแก้ไขข้อความให้เข้าใจง่ายขึ้น ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. จัดทำคู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในระยะก่อนเกิด ระยะขณะเกิด และระยะหลังเกิดการระบาด และจัดทำแบบประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

4. ประชุมชี้แจงให้ผู้บริหารการพยาบาลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง จำนวน 59 คน ประเมินความพร้อมตามแบบประเมินที่จัดทำขึ้นในข้อ 3 เพื่อกำหนดแผนพัฒนาการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

5. ผู้บริหารการพยาบาลนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ไปทดลองใช้ โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล และพัฒนาแนวทางการบริหารการ

พยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ตามบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง

ผลการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบในระยะที่ 1 พบว่าการประเมินความพร้อมเป็นส่วนสำคัญในการประเมินตนเองเพื่อวางแผนการพัฒนางาน ประกอบกับในช่วงเวลาที่ศึกษา (เดือนมกราคม พ.ศ. 2564) เกิดการระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทย การเตรียมพร้อมเป็นเรื่องสำคัญ จึงได้ปรับรูปแบบ โดยเพิ่มการประเมินความพร้อม การซ้อมแผนเผชิญเหตุ และการเตรียมโรงพยาบาลสนามในการบริหารการพยาบาลระยะก่อนเกิดการระบาด

การดำเนินการครั้งที่ 2

1. กำหนดให้การประเมินความพร้อมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบ มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุ และเตรียมการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในการบริหารการพยาบาลระยะก่อนเกิดการระบาด

2. ผู้บริหารการพยาบาลทดลองใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุ เตรียมการจัดตั้งโรงพยาบาล-สนาม สามารถวางแผนการบริหารการพยาบาลครอบคลุมระยะก่อนเกิด ระยะขณะเกิด และระยะหลังเกิดการระบาด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้บริหารการพยาบาล ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องจากระยะที่ 1

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วยคู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 และแบบประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการบริหารการพยาบาลภัยพิบัติของเจนนิง⁽¹⁵⁾ และหลักการ 2P2R⁽⁶⁾ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80

ระยะที่ 3 ประเมินสรุปผลรูปแบบ

หลังสิ้นสุดระยะที่ 2 ได้ 2 สัปดาห์ ทำการประเมินรูปแบบจากข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณประเมินจากแบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง และ

ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนข้อมูลเชิง-
คุณภาพ ประเมินจากการสนทนากลุ่มหัวหน้าพยาบาล
ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) หัวหน้าพยาบาลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13
แห่ง จำนวน 13 คน

2) ผู้บริหารการพยาบาลจากโรงพยาบาลระดับตติย-
ภูมิ 13 แห่ง ที่คัดเลือกจากผู้บริหารที่ปฏิบัติงานในช่วงที่
เกิดการระบาดของโควิด-19 จำนวน 318 คน ตอบ
แบบสอบถามทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้รับตอบกลับ 318 ชุด
สมบูรณ์ 316 ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.37 ของแบบสอบถาม
ที่ตอบกลับทั้งหมด

3) พยาบาลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง
ที่คัดเลือกจากผู้ปฏิบัติงานในช่วงที่เกิดการระบาดของ
โควิด-19 จำนวน 547 คน ตอบแบบสอบถามทาง
อิเล็กทรอนิกส์ ได้รับตอบกลับ 547 ชุด สมบูรณ์ 545
ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.63 ของแบบสอบถามที่ตอบกลับ
ทั้งหมด

4) ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่คัด
เลือกจากผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับ
บริการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง ในช่วงที่มีการ
ระบาดระลอกใหม่ คือ 1-28 กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน
619 คน ตอบแบบสอบถามทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้รับตอบ
กลับ 619 ชุด สมบูรณ์ 616 ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.51
ของแบบสอบถามที่ตอบกลับทั้งหมด

เครื่องมือประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

1) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการ
บริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-
19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการบริหารการพยาบาลภัย
พิบัติของ Jennings-Sanders A⁽¹⁵⁾ และหลักการ 2P2R⁽⁸⁾
ประกอบด้วย 2 ตอนคือ (1) ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ และ
(2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของรูปแบบการ
บริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-
19 จำนวน 20 ข้อ มีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 มากมีคะแนนเฉลี่ย
3.50-4.49 ปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 น้อย
มีคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 และน้อยมากมีคะแนนเฉลี่ย
1.00-1.49

2) แบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ
ปฏิบัติการพยาบาลโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด
self-efficacy ของ Bandura A⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วย 2 ตอน
จำนวน 46 ข้อ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ ตอนที่ 2 การ
รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลโควิด-
19 จำนวน 37 ข้อ ข้อคำถามนี้มีลักษณะเป็นแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย
แบ่งออกเป็น 5 ระดับ เช่นเดียวกับแบบสอบถามความ
คิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารการพยาบาลใน
สถานการณ์การระบาดของโควิด-19

3) แบบสอบถามความพร้อมในการบริหารการ-
พยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ตาม
ความรู้ของผู้สงสัยและผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ผู้วิจัย
สร้างขึ้นจากแนวคิดความพร้อม⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วยข้อ
คำถาม จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ หน่วยงาน โรงพยาบาลที่
รับบริการ จำนวน 2 ข้อ ความคิดเห็นต่อความพร้อมใน
การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของ
โควิด-19 จำนวน 5 ข้อ ความมั่นใจ ความพึงพอใจ และ
ความพร้อมในภาพรวม 3 ข้อคำถามนี้มีลักษณะเป็นแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย
แบ่งออกเป็น 5 ระดับ เช่นเดียวกับแบบสอบถามความ
คิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารการพยาบาลใน
สถานการณ์การระบาดของโควิด-19

4) แบบสอบถามความพร้อมในการบริหารการ-
พยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 สร้างขึ้น
จากแนวคิดความพร้อม⁽¹⁰⁾ และแนวคิดการบริหารการ
พยาบาลภัยพิบัติของเจนนิง⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม
2 ตอน จำนวน 25 ข้อ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรง-
พยาบาล 3 ข้อ ตอนที่ 2 ประเมินความพร้อมของการ
บริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรค-
โควิด-19 จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อ 3 ตัวเลือกคือ ปฏิบัติ

แล้ว เริ่มปฏิบัติ และยังไม่ปฏิบัติ โดยมีช่องข้อความให้
ระบุสิ่งที่ต้องพัฒนาเพิ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ

เครื่องมือเชิงปริมาณทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 สำหรับเครื่องมือลำดับ
ที่ 1-3 ได้ทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ
ใกล้เคียงกันจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ
ครอนบาร์ค เท่ากับ 0.97, 0.96 และ 0.90 ตามลำดับ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย (1) แนวทางการ
สนทนากลุ่มการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การ
ระบาดของโควิด-19 (2) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อ
ประเมินผลรูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์
การระบาดของโควิด-19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความ
ตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าดัชนีความตรง
ตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการเข้าถึงกิจกรรมในทุกระยะ
ของการดำเนินโครงการวิจัย ดำเนินการระหว่างเดือน
พฤศจิกายน 2563 – มีนาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย
ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา โดยผู้วิจัยแยกตาม
แหล่งที่มาของข้อมูล กำหนดรหัส วิเคราะห์รวบรวมเป็น
ข้อมูลที่อยู่ในกลุ่มความหมายเดียวกัน สรุปเป็นประเด็น

สำคัญขององค์ประกอบของรูปแบบ และข้อเสนออื่น ๆ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ-
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครอง-
การวิจัยในมนุษย์ IHRP No. 123-2563 และผู้วิจัย
ดำเนินการตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็น
สำคัญ

ผลการศึกษา

สถานการณ์การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์
การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข พบว่า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง
ไม่มีรูปแบบการบริหารการพยาบาลเฉพาะ โดยบริหาร
ตามสถานการณ์ที่เผชิญ หัวหน้าพยาบาลรับมอบงานจาก
ศูนย์ปฏิบัติตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาล อัตรา
พยาบาลต่อเตียงผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1: 0.90 ถึง 1: 1.49
การบริหารอัตรากำลังพยาบาลสามารถดำเนินการได้
ภายในโรงพยาบาล โดยให้บริการพยาบาลผู้สงสัยและ
ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการระบาดระลอกแรก
(กุมภาพันธ์-กันยายน 2563) และระลอกใหม่ (ตุลาคม
2563 – กุมภาพันธ์ 2564) ดังตารางที่ 1

รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การ
ระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง-
สาธารณสุข พบว่ารูปแบบมี 3 องค์ประกอบดังนี้
องค์ประกอบที่ 1 ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
ด้านการพยาบาล ซึ่งกำหนดขึ้นในโรงพยาบาลระดับ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่ำสุดและสูงสุดในการระบาดในระลอกแรกและระลอกใหม่ของ
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตสุขภาพ (n=13)

ประเภท	จำนวนในช่วงระบาดระลอกแรก (เขตสุขภาพ)		จำนวนในช่วงระบาดระลอกใหม่ (เขตสุขภาพ)	
	min	max	min	max
ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4 (เขต 1)	72 (เขต 11)	0 (เขต 2)	258 (เขต 5)
ผู้สงสัยติดเชื้อโควิด-19	64 (เขต 1)	2,656 (เขต 5)	116 (เขต 13)	6,325 (เขต 5)

ตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง มีเป้าหมายเพื่อสั่งการ จัดระบบ บริหารการพยาบาล ควบคุม ประสานความร่วมมือ และ สื่อสาร โดยมีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้บัญชาการศูนย์ฯ มี รองหัวหน้าพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มงานทางการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและ ป้องกันการติดเชื้อเป็นประธานคณะทำงานด้านต่าง ๆ มีการกำหนดแนวปฏิบัติ สถานที่ อุปกรณ์ และฐานข้อมูลที่สำคัญเพื่อใช้งานของศูนย์

องค์ประกอบที่ 2 การประเมินความพร้อมในการ บริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรค- โควิด-19 โดยใช้แบบประเมินความพร้อมเป็นเครื่องมือ ในการวิเคราะห์ส่วนขาดและพัฒนาการบริหารการ- พยาบาลให้มีความพร้อม และใช้คู่มือการบริหารการ- พยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเครื่องมือในการพัฒนาและกำหนด แนวทางการบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง

องค์ประกอบที่ 3 แนวทางการบริหารการพยาบาลใน

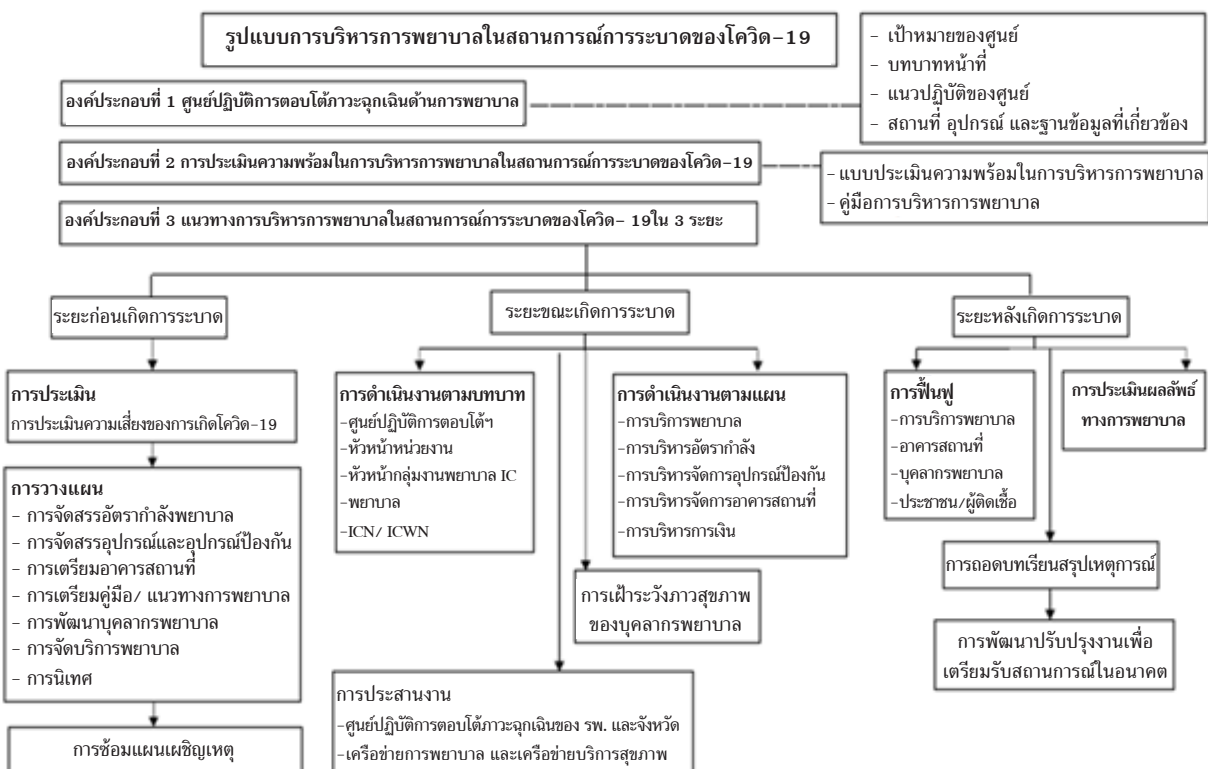
สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง ใช้หลักการ 2P2R กำหนดแนวทาง การบริหารการพยาบาล ใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อน ขณะ และระยะหลังเกิดการระบาดของโควิด-19

รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การ ระบาดของโควิด-19 ตามภาพที่ 1

จากการทดลองใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลใน สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ของโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ 13 แห่ง มีผลการดำเนินงานตามองค์- ประกอบของรูปแบบที่สำคัญ ดังตารางที่ 2

ภายหลังการดำเนินงานของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้ง 13 แห่ง ผู้วิจัยประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหาร การพยาบาลจากความคิดเห็นของผู้บริหารการพยาบาล ที่มีต่อองค์ประกอบของรูปแบบและการขยายผลการนำ รูปแบบการบริหารการพยาบาลไปใช้ จากการประเมิน ความพร้อมของการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์ การระบาดของโควิด-19 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ พยาบาล และความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับ-

ภาพที่ 1 รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19



การพัฒนาารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ดำเนินงานตามองค์ประกอบของรูปแบบก่อนและหลังทดลองรูปแบบ (n=13)

องค์ประกอบ	การดำเนินการ					
	ก่อนทดลองรูปแบบ		หลังทดลองรูปแบบ			
	จำนวน	ร้อยละ	ดำเนินการแล้ว		ระหว่างดำเนินการ	
จำนวน			ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
องค์ประกอบที่ 1 ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล	0	0.00	11	84.61	2	15.39
องค์ประกอบที่ 2 การประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาล	0	0.00	13	100.00		
องค์ประกอบที่ 3 แนวทางการบริหารการพยาบาล						
3.1 ระยะก่อนเกิดการระบาดของโควิด-19						
การซ้อมแผนภัยพิบัติ	0	0.00	7	53.84	6	46.15
การนิเทศงานด้านการพยาบาลเพื่อเตรียมการระบาดของโควิด-19	5	38.46	11	84.61	1	7.69
การวางแผนจัดสรรอัตรากำลังพยาบาล จัดสรรอุปกรณ์และอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เตรียมอาคารสถานที่ จัดบริการพยาบาล	13	100.00	13	100.00		
การจัดทำแนวทางการบริหารการพยาบาล	0	0.00	13	100.00		
การจัดทำแนวทางการพยาบาล	0	0.00	13	100.00		
3.2 ระยะขณะเกิดการระบาดของโควิด-19	13	100.00	13	100.00		
3.3 ระยะหลังเกิดการระบาดของโควิด-19						
การฟื้นฟูสภาพครอบครัวผู้สงสัยและผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19	0	0.00	13	100.00		
กำหนดและประกาศใช้ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	0	0.00	13	100.00		

บริการ

ความคิดเห็นของผู้บริหารการพยาบาลที่มีต่อองค์ประกอบของรูปแบบและการขยายผลการนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลไปใช้ พบว่า หัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง เห็นด้วยกับองค์ประกอบทั้ง 3 ของรูปแบบ และเห็นว่ารูปแบบสามารถใช้ได้จริง สามารถขยายผลไปยังโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งอื่นๆ ได้ รวมทั้งสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรงอื่นๆ ได้ ซึ่งตรงกับผลการสอบถามผู้บริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง จำนวน 316 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 53 ปี และมีประสบการณ์การบริหารการพยาบาลเฉลี่ย 7 ปี โดยมีความคิดเห็นต่อองค์ประกอบของรูปแบบ และการขยายผลการนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 3

ผลการประเมินความพร้อมของการบริหารการ-

พยาบาล พบว่า ผู้สงสัยและผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 616 คน ส่วนใหญ่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 340 คน (ร้อยละ 54.93) และส่วนใหญ่รับบริการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตสุขภาพที่ 5, 13 และ 9 จำนวน 280 คน (ร้อยละ 45.45) 136 คน (ร้อยละ 21.75) และ 52 คน (ร้อยละ 8.44) ตามลำดับ ประเมินความพร้อมของการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 4

ผลการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สงสัยและผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 พบว่าพยาบาล 545 คน โดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังตารางที่ 5

ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยไม่พบการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และไม่พบการ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความคิดเห็นที่มีต่อองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารการพยาบาลและการขยายผลการนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลไปใช้ (n=316)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความคิดเห็น
องค์ประกอบของรูปแบบการบริหารการพยาบาล			
ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล	4.59	0.59	มากที่สุด
การประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาล	4.64	0.56	มากที่สุด
แนวทางการบริหารการพยาบาล	4.62	0.60	มากที่สุด
การขยายผลการนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลไปใช้			
รูปแบบสามารถใช้ได้จริงในสถานการณ์การระบาดของโควิด -19	4.58	0.58	มากที่สุด
รูปแบบเป็นประโยชน์ สามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข	4.54	0.60	มากที่สุด
รูปแบบเป็นประโยชน์ สามารถใช้ได้กับโรคติดต่อร้ายแรงอื่น ๆ ได้นอกเหนือจากโควิด-19	4.61	0.58	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความคิดเห็นของผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีต่อความพร้อมของการบริหารการพยาบาล (n=616)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความคิดเห็น
ความพร้อมของพยาบาลในการให้บริการ	4.41	0.46	มาก
ความรู้ความสามารถของพยาบาลในการให้บริการ	4.33	0.44	มาก
ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ และเครื่องใช้	4.19	0.49	มาก
ความพร้อมของการจัดสถานที่ต่อการให้บริการ	4.30	0.47	มาก
ความพึงพอใจต่อการให้บริการของพยาบาล	4.30	0.45	มาก
ความพร้อมของการบริหารจัดการการพยาบาล ในภาพรวม	4.35	0.41	มาก

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สงสัยติดเชื้อ/ผู้ป่วยโควิด-19 (n=545)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความคิดเห็น
มาตรการทั่วไป	4.45	0.54	มาก
ความมั่นใจมาตรการการปฏิบัติงานของบุคคล	4.55	0.44	มากที่สุด
ความมั่นใจว่าจะไม่นำเชื้อกลับสู่ครอบครัว หรือชุมชน หลังจากปฏิบัติงานแล้ว	4.52	0.64	มากที่สุด
ความมั่นใจว่าสามารถให้การดูแลผู้สงสัยติดเชื้อ/ผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างปลอดภัย ทั้งตัวผู้ป่วย และตนเอง	4.59	0.59	มากที่สุด
ความมั่นใจในมาตรการการปฏิบัติงานของหน่วยงาน	4.40	0.53	มาก
ความมั่นใจว่าหน่วยงานสามารถบริหารจัดการด้านการพยาบาลโควิด-19 ได้ดี	4.39	0.70	มาก
บุคลากรพยาบาล และผู้ป่วยจะไม่นำเชื้อกลับสู่ครอบครัว หรือชุมชน			
ความมั่นใจว่าหน่วยงานสามารถให้การดูแลผู้สงสัยติดเชื้อ/ผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างปลอดภัย ทั้งต่อตัวบุคลากรพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน	4.47	0.67	มาก

ติดเชื่อจากการปฏิบัติงานของพยาบาล ก่อนและหลัง
ทดลองรูปแบบการบริหารการพยาบาล

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การบริหารการพยาบาลเป็นไปตามสถานการณ์ที่พบ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิทุกแห่งเตรียมความพร้อมด้านการจัดสรรอัตรากำลัง อุปกรณ์และอุปกรณ์ป้องกัน อาคารสถานที่ และการพัฒนาบุคลากรพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศ⁽⁴⁾ ผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลมีความตื่นตัวในการบริการผู้ป่วย จัดอัตรากำลังพยาบาล และพัฒนาความรู้ ทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^(7,9)

การศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าองค์ประกอบของรูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 มี 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล การประเมินความพร้อมการบริหารการพยาบาล และแนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลเห็นด้วยกับองค์ประกอบทั้ง 3 ในระดับมากที่สุด โดยองค์ประกอบที่ผู้บริหารการพยาบาลให้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาล และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทุกแห่งมีการดำเนินงานตามองค์ประกอบนี้ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นขององค์การอนามัยโลก ที่ขอให้แต่ละประเทศประเมินความพร้อมเพื่อพัฒนาส่วนขาด⁽¹⁷⁾ และองค์การทางการแพทย์ควรวิเคราะห์ความพร้อมและการกระจายพยาบาลและอุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้เพียงพอ⁽¹⁸⁾ องค์ประกอบของรูปแบบที่ได้คะแนนเฉลี่ยรองลงมาคือแนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ครอบคลุมระยะก่อน ขณะ และหลังเกิดการระบาดของโควิด-19 เป็นไปตามที่สภาการพยาบาลระหว่างประเทศกำหนดบทบาทของพยาบาลใน 3 ระยะดังกล่าว⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่พบมาก่อน

ทดลองรูปแบบโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง ไม่ได้มีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลเป็นการเฉพาะ อีกทั้งไม่ได้มีการประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาล ไม่เคยซ้อมแผนภัยพิบัติ ไม่มีแนวทางการบริหารการพยาบาล และไม่กำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเป็นการเฉพาะ รวมถึงไม่ได้กำหนดและประกาศใช้ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และไม่ได้ติดตามฟื้นฟูสภาพผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นระบบ แต่เมื่อทดลองใช้รูปแบบ ทำให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 13 แห่ง ดำเนินการดังกล่าว จึงเป็นไปได้ที่สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ไม่เคยมีมาก่อน อีกทั้งโรงพยาบาลตติยภูมิทั้ง 13 แห่งไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรงมาก่อน แต่เมื่อทดลองรูปแบบ ซึ่งเป็นช่วงเวลาประเทศไทยเกิดการระบาดใหม่ของโควิด-19 ทำให้มีการดำเนินการตามรูปแบบ อย่างไรก็ตาม เพื่อการรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อร้ายแรง จึงต้องมีการปรับระบบบริหารบริการพยาบาล และต้องจัดการในระดับนโยบายการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ ในด้านการผสมผสานอัตรากำลังพยาบาล โดยมีพยาบาลทักษะเฉพาะ เช่น พยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ร่วมเป็นทีมสำคัญในการดูแลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการใช้เทคโนโลยีสื่อสารในการบริการพยาบาล การบริการพยาบาลทางไกล (tele-nursing)⁽¹⁹⁾ และอาจต้องเพิ่มเนื้อหาด้านการตอบโต้ภาวะการระบาดของโรคในหลักสูตรการพยาบาลศาสตร์และหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง⁽¹⁸⁾

นอกจากนี้การที่ผู้บริหารการพยาบาลให้ความเห็นว่ารูปแบบนี้สามารถใช้ได้จริงในระดับมากที่สุด และใช้กับโรคติดต่อร้ายแรงอื่น และโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับมากที่สุด เป็นไปได้ที่ระหว่างการทดลองใช้รูปแบบเป็นช่วงการระบาดของโรคระลอกใหม่ และเป็นการประจักษ์ของผู้บริหารการพยาบาลที่ทดลองใช้รูปแบบในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยตรง จึงมีความเห็นต่อการขยายผลรูปแบบในระดับ

มากที่สุด ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้เผยแพร่รูปแบบแบบประเมินความพร้อมและคู่มือการบริหารการพยาบาลให้กับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ เกิดผลกระทบต่อการบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับความคิดเห็นของผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีต่อความพร้อมของการบริหารการพยาบาลในภาพรวม และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล อยู่ในระดับมาก ยังเห็นอีกว่ามีความพร้อมของพยาบาล สถานที่ และอุปกรณ์เครื่องใช้ในระดับมาก เป็นไปได้ที่รัฐบาลไทยให้ความสำคัญและมีมาตรการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโควิด-19 อย่างดี⁽⁴⁾ อีกทั้งผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลต่างเตรียมตนเองด้านความรู้ ทักษะการดูแลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^(18,20) อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนาหลักสูตรภาวะผู้นำการพยาบาลในภาวะวิกฤติ⁽¹⁸⁾ ที่จัดสำหรับผู้บริหารการพยาบาล และผู้จัดการการดูแล

สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล พบว่าการใช้รูปแบบช่วยให้พยาบาลมั่นใจมาตรการการปฏิบัติงานของบุคคล มั่นใจว่าจะไม่นำเชื้อโรคกลับสู่ครอบครัวหรือชุมชน หลังจากปฏิบัติงานแล้ว และมั่นใจว่าสามารถให้การดูแลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างปลอดภัย ทั้งตัวผู้ป่วย และตนเอง ในระดับมากที่สุด เป็นไปได้ที่พยาบาลได้ศึกษา ฝึกทักษะ และมีความรู้ความสามารถที่จะดูแล ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษา^(12,19) ที่กล่าวว่าหากพยาบาลรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในระดับสูงจะจัดการตนเองในสถานการณ์กดดันได้อย่างมั่นใจ และผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมั่นใจในมาตรการการปฏิบัติงานของหน่วยงานในระดับมาก เป็นไปได้ที่การสื่อสารประชาสัมพันธ์มาตรการต่างๆ ไม่ทั่วถึง ทำให้พยาบาลรับรู้และมั่นใจในมาตรการของหน่วยงานไม่ถึงระดับมากที่สุด ผู้บริหารการพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ⁽²¹⁾ ควรจัดระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้พยาบาลรับรู้และเกิดความมั่นใจในมาตรการของหน่วยงานเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ก. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดเป็นนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่รองรับสถานการณ์การเกิดโรคติดต่ออันตราย และกำหนดให้มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาบุคลากรสุขภาพทั้งระบบเพื่อตอบโต้สถานการณ์ของโรคติดต่ออันตราย

2. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลในการดูแลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีพยาบาลทักษะเฉพาะ เช่น พยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นทีมผสมผสานอัตรากำลังพยาบาล โดยให้ห้องศัลยกรรมของกระทรวงสาธารณสุขนำสู่การปฏิบัติ และกำหนดให้พยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของโรงพยาบาลตติยภูมิเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับพยาบาลของโรงพยาบาลตติยภูมิและปฐมภูมิในเครือข่าย

3. สภาการพยาบาลควรเพิ่มเนื้อหาการพยาบาลในการตอบโต้การระบาดของโรคติดต่ออันตรายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ให้มีเรื่องการระบาดวิทยา การบริหารการพยาบาล บทบาทของพยาบาลในระยะก่อน ขณะ และหลังการเกิดระบาดของโรคติดต่ออันตราย

ข. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์การพยาบาลของโรงพยาบาลทุกระดับสังกัดกระทรวงสาธารณสุขควรนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล ประเมินความพร้อมการบริหารการพยาบาล และพัฒนางานตามส่วนขาด โดยใช้คู่มือการบริหารการพยาบาลและแบบประเมินความพร้อม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้ กำหนดเป็นแนวทางการบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้เตรียมความพร้อมในการรองรับการระบาดของโควิด-19 และโรคติดต่ออันตรายอื่นที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เผยแพร่

รูปแบบไปยังโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศแล้ว

ค. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

นักวิจัยควรวิจัยและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดระบบบริหารและระบบบริการพยาบาลในการรองรับการเกิดโรคติดต่ออันตรายอื่นที่อาจเกิดขึ้น และควรศึกษาวิจัยเฉพาะประเด็น เช่น การบริหารบุคลากรพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 การจัดทีมผสมผสานกำลังคน การพยาบาล (skill mix) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้สงสัยและผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย และคุณภาพการพยาบาลผู้สงสัยและผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล พยาบาล ผู้สงสัยและผู้ป่วยโควิด-19 ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง ที่มีส่วนร่วมที่สำคัญทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. COVID 19 Public health emergency of international concern (PHEIC) global research and innovation forum: towards a research road-map [Internet]. [cited 2021 Jan 30]. Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)
2. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [สืบค้นเมื่อ 30 ม.ค. 2564] แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อและอากาศสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 48 ง (ลงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563).
4. Sirilak S. Thailand's experience in the COVID-19 response [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 12]. Available

- from: <https://greatermekong.org/thailand%E2%80%99s-experience-covid-19-response>
5. นพพล วิทย์วรพงศ์. COVID-19: การต่อสู้ในระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ไทยพับลิก้า; 2563.
6. International Council of Nurses. COVID-19 and the international supply of nurses. [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 30]. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-07/COVID19_international_supply_of_nurses_Report_FINAL.pdf
7. International Council of Nurses. Protecting nurses from COVID-19 a top priority: a survey of ICN's national nursing associations [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 30]. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-09/Analysis_COVID-19%20survey%20feedback_14.09.2020%20EMBARGOED%20VERSION_0.pdf
8. International Council of Nurses. ICN framework of disaster nursing competencies [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 30]. Available from: http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf
9. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานศูนย์ประสานความร่วมมือของพยาบาลในภาวะการติดเชื้อ COVID-19. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2563.
10. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. Implementation Science [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 30];4(67):1-9. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-67>
11. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19. สถานการณ์โควิด-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ ในการแถลงข่าวของ ศบค. วันที่ 9 เมษายน 2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ตี๊กสันติ-ไมตรี ทำเนียบรัฐบาล; 2563 [สืบค้นเมื่อ 14 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/watch?v=k-TYsmceJhgY>.
12. Praghlapati A. Self-efficacy of nurses during the pandemic COVID-19. [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 30]. Available from: https://www.academia.edu/download/63305323/Self-efficacy_of_Nurses_during_the_Pandemic_COVID-1920200514-56521-hcrzzn.pdf
13. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

- (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
14. Waterman RH, Peters TJ, Phillips JR. Structure is not organization. *Bus Horiz* 1980;23(3):14-26.
15. Jennings-Sanders A. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. *Nurse Educ Pract* [Internet] 2004 [cited 2021 Jan 30];4(1):69-76. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1471-5953\(03\)00007-6](https://doi.org/10.1016/S1471-5953(03)00007-6)
16. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: WH Freeman; 1997.
17. World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19 [Internet] 2020 [cited 2021 Jan 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>
18. Veenema TG, Meyer D, Bell SA, Couig MP, Friese CR, Lavin R, et al. Recommendations for improving national nurse preparedness for pandemic response: early lessons from COVID-19 [Internet]. Maryland: Johns Hopkins University; 2020 [cited 2021 Jan 30]. Available from: https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/pubs_archive/pubs-pdfs/2020/nurse-preparedness-report.pdf
19. Lester PL, Holahan T, Siskind D, Healy E. Policy recommendations regarding skilled nursing facility management of coronavirus 19 (COVID-19): lessons from New York State. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 30];21(7):888-92. Available from: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(20\)30484-9/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30484-9/fulltext)
20. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี: กองการพยาบาล; 2564.
21. อีรพร สติรอังกูร. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขกับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของพยาบาล. *วารสารกองการพยาบาล* 2559;3(1):1-8.

Abstract: Development of Nursing Administration Model in the COVID-19 Outbreak Situation of Hospitals under the Ministry of Public Health

Teeraporn Sathira-Angkura, Dr.P.H. (Public Health Administration)*; Sirima Leelawongs, M.Sc. (Public Health)**; Sasamon Srisuthisak, Ph.D. (Nursing Sciences)**; Somjai Puttapitukpol, D.N.S. (Nursing)***; Nichapa Yonchoho, Ph.D. (Nursing Management)****; Kanogporn Jamsomboon, Ph.D. (Human Resource Development)**

* Health Technical Office, Ministry of Public Health; ** Nursing Division, Ministry of Public Health; *** School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University; **** Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Ministry of Public Health, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(2):320-33.

The objectives of study were to explore the situation, develop a nursing administration model, and evaluate the use of the model in the COVID-19 outbreak situation of the hospitals under the Ministry of Public Health. It was conducted in the tertiary hospitals, covering 13 health regions nationwide and consisted of 3 phases: (1) studying the situation, (2) developing and testing the model, and (3) evaluating the model. The samples in phases 1 and 2 consisted of 59 chief nurses in the 13 tertiary hospitals. The samples in phase 3 included 13 head nurses, 316 nurse administrators, 545 staff nurses, and 616 suspected/confirmed COVID-19 cases receiving medical service during 1-28 February 2021. Data were collected using mixed method, both quantitative and qualitative approaches. The research instruments were: (1) nursing administrative manual in the COVID-19 situation, assessed for content validity by 5 experts with CVI 0.80, and (2) data collecting tools which included a survey and a brainstorming guides on the management of situation, guidelines to monitor the model implementation, group discussion guidelines to evaluate the model, administrative readiness assessment form, the suspected/confirmed case's perception on administrative readiness inquiry, opinion towards the model, and the nurse's self-efficacy questionnaire. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics; and the qualitative data using content analysis. The findings showed that the 13 tertiary hospitals did manage the administrative nursing care according to the situation. There was neither well-defined nursing management model employed nor continued the administrative nursing care to cover the after-COVID-19 outbreak phrase. The model development identified 3 components of the nursing care: (1) the emergency nursing response operations center, (2) the assessment of nursing management readiness, and (3) the COVID-19 outbreak-nursing management guidelines, that covered the 3 phases (before, during, and after) of the outbreak. The findings on the model evaluation found that the chief nurses and the nurse-administrators towards the model were at a high level and this model was quite practical and could apply to other hospitals as well as other infectious diseases (Mean=4.58, SD=0.58; Mean=4.54, SD=0.60, Mean=4.61, SD=0.58 respectively). The suspected/confirmed COVID-19 cases rated the nursing administrative readiness at a high level (Mean=4.35, SD=0.41) and they were satisfied with the nursing service provision at a high level (Mean=4.30, SD=0.45). The nurses also perceived their competencies towards COVID-19 practices at a high level (Mean=4.55, SD=0.44) and they feel confident on the measures launched by their organizations at a high level (Mean=4.40, SD=0.53). There was no infection among nurses during practice; and also no spreading among infected or suspected cases before and after implementation of the model in 13 tertiary hospitals.

Keywords: model development; nursing administration; the COVID-19 outbreak

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การดำเนินงานการใช้อย่างสมเหตุผล ตาม RDU Hospital PLEASE ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

จิตตาวดี กมลพุทธ ภ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก)

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วันรับ:	16 ก.ย. 2562
วันแก้ไข:	7 ม.ค. 2563
วันตอบรับ:	3 ก.พ. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินการใช้อย่างสมเหตุผลตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตอำเภอเมืองชัย โดยรวบรวมอัตราการสั่งจ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันใน รพ.สต. ทั้งหมด 7 แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2561 เนื่องจากพบว่า รพ.สต. การสั่งจ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในอัตราสูงไม่ผ่านเกณฑ์ RDU ทำให้มีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยได้ ซึ่ง RDU เป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุข การปรับปรุงตาม RDU Hospital PLEASE ใน รพ.สต. คือ (1) การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (2) การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (3) การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผล (4) การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อหลักเกณฑ์ในการใช้อย่างสมเหตุผล (5) การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (6) การสร้างเสริมจริยธรรมในการสั่งจ่าย ดำเนินการศึกษาโดยใช้กระบวนการ 4 ระยะคือ (1) ระยะวางแผน (plan) (2) ระยะลงมือปฏิบัติ (do) (3) ระยะประเมินผล (check) และ (4) ระยะการปรับปรุงแก้ไข (action) ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินงานตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE พบมี รพ.สต. ที่มีการสั่งจ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 42.9) และ 2 แห่ง (ร้อยละ 28.6) หลังดำเนินงานตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE พบว่าร้อยละของ รพ.สต. ที่มีการสั่งจ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 100.0) และ 6 แห่ง (ร้อยละ 85.7) เพื่อให้การใช้อย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. ยั่งยืน ควรดำเนินการตาม RDU Hospital PLEASE อย่างต่อเนื่องต่อไป ควบคู่กับการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน

คำสำคัญ: การใช้อย่างสมเหตุผล; โรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน; โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน; กระบวนการ RDU Hospital PLEASE; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บทนำ

ประเทศไทยมีปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543 จนถึงปี พ.ศ. 2553 มีรายงานมูลค่าการผลิตและนำเข้ากลุ่มยาฆ่าเชื้อ (รวมถึงยาปฏิชีวนะ) สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ มีการศึกษาผลกระทบของการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2553 ในโรงพยาบาลจำนวน 1,023 แห่ง พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 3.24 ล้านวัน มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเสียชีวิต 38,481 ราย พบความสูญเสียทางเศรษฐกิจของยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาปัญหาการติดเชื้อดื้อยามีมูลค่าประมาณ 2,539 ถึง 6,084 ล้านบาท⁽²⁾ ปัญหาโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเกิดขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและชุมชนมีความชุกร้อยละ 50.0 และร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมีอัตราเสียชีวิตจากการติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 1 เท่า⁽³⁾

การใช้ยาไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขทำให้สูญเสียงบประมาณในการใช้ยาและเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการเฝ้าระวังการใช้ยาให้สมเหตุผลมีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การใช้ยาสมเหตุผล (rational drug use: RDU) จึงเป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (performance agreement: PA) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลใช้นโยบายในการดำเนินการใน 6 ด้าน RDU Hospital PLEASE⁽⁴⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมืองชัย มีจำนวน 7 แห่ง พบว่าผลการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ปีงบประมาณ 2560 ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ มีร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกระดับ รพ.สต. น้อยกว่าร้อยละ 20.0 มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.85 (เกณฑ์คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.0) และร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วย-

นอก ระดับ รพ.สต. น้อยกว่าร้อยละ 20.0 มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.6 (เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80.0)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติในกระบวนการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE เพื่อนำความรู้ไปใช้โดยข้อค้นพบที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. ต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไข ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน สถานที่ศึกษา คือ รพ.สต. 7 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.โนนศิลาเลิง รพ.สต.โนนทัน รพ.สต.โคกประสิทธิ์ รพ.สต.หนองบัว รพ.สต.โนนเขวา รพ.สต.โนนแดง และ รพ.สต.ท่าเยี่ยม ขั้นตอนการวิจัย มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ระยะเวลาวางแผน (Plan) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการทำงานการใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. โดยใช้ SWOT analysis ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ จุดแข็ง (strengths: S) จุดอ่อน (weakness: W) และปัจจัยภายนอก ได้แก่ โอกาส (opportunities: O) และภาวะคุกคาม (threats: T) เพื่อนำมาเชื่อมโยงในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการแก้ปัญหาในขั้นตอนต่อไป พบว่าการดำเนินงาน ตาม RDU Hospital PLEASE จัดทำได้ไม่ครบทั้งหมดโดย (1) ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. (2) มียาปฏิชีวนะใน รพ.สต. หลายขนาน ไม่มีรายการยาสมุนไพรทางเลือก (3) ไม่มีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาระหว่าง รพ. กับ รพ.สต. (4) ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะใน รพ.สต. (5) ยาที่ส่งมอบเป็นการเขียนซองยาซึ่งไม่มีข้อมูลครบถ้วน

เช่น ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังที่ชัดเจน ไม่มีการจัดทำลากลยามาตรฐาน (6) ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (7) ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคคออักเสบเฉียบพลัน (8) ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสด (9) ไม่มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้อาสมเหตุผลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และไม่มีการอบรมผู้รับบริการเรื่องการใช้อาปฏิชีวนะ ทำให้ผลการดำเนินงานการใช้อาสมเหตุผลใน รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์ ทั้งหมด 9 ประเด็น ตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ทั้ง 6 ด้าน ในปีงบประมาณ 2561 วางแผนปรับปรุงการดำเนินงานตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ใน รพ.สต. 7 แห่ง โดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ช่างชัยแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้อาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรพยาบาลใน รพ.สต. มีหน้าที่บริหารจัดการเภสัชตำรับพิจารณา ยาเข้า/ยาออกอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. กำหนดนโยบายการใช้อาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล กำกับติดตาม และพัฒนาระบบยาใน รพ.สต. อย่างสมเหตุผลจากการจัดประชุมคณะกรรมการการใช้อาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอทบทวนบัญชียา รพ.สต. พบว่า มีรายการยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนหลายขนาน จึงพิจารณาตัดรายการยาที่ซ้ำซ้อนเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาปฏิชีวนะ เพิ่มรายการสมุนไพรคือฟ้าทะลายโจรในบัญชียา รพ.สต. ซึ่งเป็นสมุนไพรใช้รักษาไข้หวัดที่ไม่ได้เกิดจากแบคทีเรียแทนการใช้อาปฏิชีวนะ ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลช่างชัยจัดทำแบบบันทึกใบเบิกเวชภัณฑ์ยาและจ่ายยาให้ รพ.สต. ตามรายการที่คณะกรรมการการใช้อาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอกำหนด จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. โดยแพทย์จัดอบรมให้ความรู้และจัดทำแนวทางการใช้อาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคคออักเสบเฉียบพลัน และบาดแผลสดแนวทางการใช้อาปฏิชีวนะในผู้ป่วยไตเรื้อรัง แนวทางการ

สั่งฟ้าทะลายโจร เภสัชกรจัดอบรมให้ความรู้และจัดทำแนวทางการประเมินแพทย์ผู้ป่วยเบื้องต้น แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพทย์ระหว่าง รพ. กับ รพ.สต. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ปฏิชีวนะโดยนักวิชาการคอมพิวเตอร์รวบรวมข้อมูลการแพทย์ปฏิชีวนะจากโปรแกรม Medesoft และพิมพ์สรุปชื่อผู้ป่วย อาการแพทย์ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ให้ รพ.สต. ทุก 1 เดือน นักเวชสถิติและนักวิชาการคอมพิวเตอร์จัดอบรมเรื่องการลงวินิจฉัยบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ หรือ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 10 รหัสยามาตรฐาน 24 หลักและการเก็บข้อมูลการสั่งใช้อาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS (Java health center information system) การพิมพ์ลากลยาปฏิชีวนะด้วยคอมพิวเตอร์แทนการเขียนชื่อยา จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการใช้อาสมเหตุผลโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต.

2. ระยะลงมือปฏิบัติ (Do) ในปีงบประมาณ 2561 คณะกรรมการการใช้อาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอได้ดำเนินการตามแผนงาน โดยจัดทำบัญชียาปฏิชีวนะใน รพ.สต. จัดอบรมให้ความรู้และจัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เรื่องแนวทางการใช้อาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคคออักเสบเฉียบพลัน และบาดแผลสด แนวทางการใช้อาปฏิชีวนะในผู้ป่วยไตเรื้อรัง แนวทางการสั่งฟ้าทะลายโจร แนวทางประเมินแพทย์ผู้ป่วย แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพทย์ระหว่าง รพ. กับ รพ.สต. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ปฏิชีวนะ จัดอบรมเรื่องการลงวินิจฉัยบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ รหัสยามาตรฐาน 24 หลักและการสั่งใช้อาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS พิมพ์ลากลยาปฏิชีวนะด้วยคอมพิวเตอร์แทนการเขียนชื่อยา จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการใช้อาสมเหตุผล

3. ประเมินผล (Check) ประเมินผลร้อยละการใช้อาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและร้อยละการใช้อาปฏิชีวนะ

ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วย จากรายงานฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (health data center: HDC) และนำเสนอในที่ประชุม คปสอ. ฮ่องกงทุก 1 เดือน

4. การปรับปรุงแก้ไข (Action) คณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอประชุมปรับปรุงสรุปผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน ออกนิตยสารใน รพ.สต. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์และนำเสนอในที่ประชุม คปสอ. ฮ่องกงทุก 1 เดือน

ผลการศึกษา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 7 แห่ง มีมูลค่าจ่ายยารวมเป็นเงิน 571,817.19 บาท ประกอบด้วย รพ.สต.โนนศิลาเล็ก เป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ดูแลประชากร 5,027 ราย มีบุคลากร 8 ราย สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 4 ราย รพ.สต.โนนทัน เป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ดูแลประชากร 4,860 ราย มีบุคลากร 5 ราย สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 3 ราย รพ.สต.โคกประสิทธิ์เป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ดูแลประชากร 4,247 ราย มีบุคลากร 7 ราย สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 3 ราย รพ.สต.หนองบัว เป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ดูแลประชากร 4,145 ราย มีบุคลากร 7 ราย สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 4 ราย รพ.สต.โนนเขวา เป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ดูแลประชากร 3,125 ราย มีบุคลากร 8 ราย สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 3 ราย รพ.สต.โนนแดง เป็น รพ.สต. ขนาดเล็ก ดูแลประชากร 1,941 ราย มีบุคลากร 6 ราย สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 3 ราย และ รพ.สต.ท่าเยี่ยม เป็น รพ.สต. ขนาดเล็ก ดูแลประชากร 1,820 ราย มีบุคลากร 5 ราย สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะได้ 3 ราย

คณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอพิจารณาตัดรายการยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาปฏิชีวนะออก จำนวน 6 รายการและเพิ่มรายการสมุนไพรคือฟ้าทะลายโจรในบัญชียา รพ.สต. จัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและบาดแผลสด แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยไตเรื้อรัง แนวทางการ

สั่งฟ้าทะลายโจร การลงรหัสโรค ภายหลังจากอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล พบว่าเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 45.2 เป็น ร้อยละ 86.9 มีการลงวินิจฉัยบัญชีจำแนกโรคไม่ถูกต้องใน รพ.สต. 5 แห่ง ลงรหัสยาในโปรแกรม JHCIS ผิด 1 แห่ง โดยลงยา Glyceryl guaiacolate syrup เป็นยาปฏิชีวนะ ทำให้มีการแสดงจำนวนการใช้ยาปฏิชีวนะในอัตราที่สูง ดังแสดงในตารางที่ 1

ภายหลังปรับปรุงการดำเนินงานตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าไม่มีรายงานเกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาปฏิชีวนะ ไม่มีรายงานการเกิดการแพ้ยาปฏิชีวนะซ้ำใน รพ.สต. มีการส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยแพ้ยาปฏิชีวนะ จาก รพ.สต. มายัง รพ. 1 ราย แต่ยังมี รพ.สต. 3 แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาสมเหตุผลใน รพ.สต. คณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอจึงออกนิตยสารใน รพ.สต. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่าไม่ปฏิบัติตามแนวทางการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ เนื่องจากการขาดความรู้และความตระหนักในการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ และผู้ป่วยร้องขอยาปฏิชีวนะ แก้ไขโดยการทบทวนแนวทางการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จัดทำแนวทางการสั่งจ่ายยาในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและบาดแผลสด แนวทางการสั่งฟ้าทะลายโจร และการลงวินิจฉัยการรักษาโรคโดยย่อสรุปเนื้อหาเรื่องอาการ รหัสโรค สูตรยาที่แนะนำ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง ติดบนโต๊ะตรวจโรค อธิบายเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็นแก่ผู้ป่วย จัดตั้ง รพ.สต. ต้นแบบในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและให้ รพ.สต. ต้นแบบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ รพ.สต. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ แนวทางการแนะนำผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยร้องขอยาปฏิชีวนะ รพ.สต. ต้นแบบ คือ รพ.สต.โนนทัน ซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้ผ่านทั้ง 2 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2560 และมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในอัตราที่ต่ำ คือ มีการใช้ในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ร้อยละ 2.9 มีการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ร้อย-

ตารางที่ 1 การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE

RDU Hospital PLEASE	การดำเนินงานประเด็นที่ยังไม่สำเร็จ	แนวทางการปรับปรุง	รพ. สต. ที่ดำเนินการ (แห่ง)
1. การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and therapeutics committee (PTC) competency)	1.1 ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการให้บริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. 1.2 มียาปฏิชีวนะใน รพ.สต. หลายขนาน 1.3 ไม่มีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะระหว่าง รพ. กับ รพ.สต.	- การกำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. - ประชุมและสรุปผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน - ทบทวนบัญชียา รพ.สต. ตัดรายการยา Amoxycillin 250 mg capsule, Penicillin V syrup, Penicillin V 250 mg, Co-trimoxazole 400/80 mg tablet, Doxycycline 100 mg capsule, Niclosamide 500 mg tablet เพิ่มฟ้าทะลายโจร - ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลม้องชัยจัดทำแบบบันทึกใบเบิกเวชภัณฑ์ยาตามบัญชียา รพ.สต. - จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยามีแนวทางประเมินแพ้ยาผู้ป่วยเบื้องต้น แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะระหว่าง รพ. กับ รพ.สต. ส่งต่อข้อมูลแพ้ยาจาก รพ. ให้ รพ.สต. ทุก 1 เดือน	7
2. การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (Label information leaflet)	2.1 ไม่มีการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน 2.2 ยาที่ส่งมอบเป็นการเขียนชื่อยามีข้อมูลไม่ครบถ้วนชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังที่ชัดเจน	- จัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน - พิมพ์ฉลากยาแทนการเขียนชื่อยา	7
3. การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งยาอย่างสมเหตุผล (Essential RDU tools)	3.1 ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ในโรค อหิวาต์เฉียบพลัน และบาดแผลสด	- จัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรค อหิวาต์เฉียบพลันและบาดแผลสด แนวทางการสั่งฟ้าทะลายโจร - จัดทำแนวทางการลงรหัสโรค	7
4. การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อหลักเกณฑ์ในการใช้ยาสมเหตุผล (Awareness for RDU principles among health personnel and patients)	4.1 ไม่มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการ ใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 4.2 ไม่มีการอบรมผู้รับบริการ	- จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการ ใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล เรื่อง การลงวินิจฉัยบัญชียาจำแนกโรค รหัสยามาตรฐาน 24 หลัก และการเก็บข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS และประเมินความรู้ก่อนและหลังให้ ความรู้เรื่องการ ใช้ยาสมเหตุผล - จัดอบรมความรู้เรื่องการ ใช้ยาสมเหตุผลการใช้ยา- ปฏิชีวนะยาเดี่ยวรอยดแต่ผู้รับบริการ	7 2
5. การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (Special population care)	5.1 ไม่มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยไตเรื้อรัง	- จัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยไตเรื้อรัง	7
6. การสร้างเสริมจริยธรรมในการสั่งใช้ยา (Ethics in prescription)	6.1 มีการดำเนินการบริหารจัดการให้เกิดความโปร่งใสและปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมในการคัดเลือกยา การสั่งใช้ยา	- มีการดำเนินการบริหารจัดการให้เกิดความโปร่งใสและปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมในการคัดเลือกยา การสั่งใช้ยา	7

การดำเนินงานการใช้จ่ายสมเหตุผล ตาม RDU Hospital PLEASE ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ละ 2.5 ซึ่งเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามแนวทาง antibiotic smart use และมีแนวทางการจ่ายยาปฏิชีวนะไปในแนวทางเดียวกันทุกคน คือ “ตาม Diag ตาม guideline ไม่มี ไม่จ่าย อธิบายคนไข้” มีการลงรหัสโรคผิด แก้ไขโดยจัดให้มีนักเวชสถิตินักวิชาการคอมพิวเตอร์ตรวจสอบการลงวินิจฉัยการรักษาโรคและการลงรหัสยาในโปรแกรม JHCIS ทุก 1 เดือน

ภายหลังปรับปรุงการดำเนินงานตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE เป็นระยะเวลา 6 เดือนพบว่าไม่มีรายงานเกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้จ่ายปฏิชีวนะ ไม่มีรายงานการเกิดการแพ้ยาปฏิชีวนะซ้ำใน รพ.สต. ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบน

และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันก่อนและหลังดำเนินการตาม RDU Hospital PLEASE ใน รพ.สต. 7 แห่ง มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะลดลง แสดงในตารางที่ 2 รพ.สต.ที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันน้อยกว่าร้อยละ 20.0 ผ่านเกณฑ์ทั้ง 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.0 จากเดิมผ่านเพียง 3 แห่ง ร้อยละ 42.9 และร้อยละของ รพ.สต. ที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันน้อยกว่าร้อยละ 20.0 มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.7 จากเดิมผ่าน 2 แห่ง ร้อยละ 28.6 แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันก่อนและหลังดำเนินการตาม RDU Hospital PLEASE ใน รพ.สต. 7 แห่ง

รพ.สต.	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน		ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. โนนเขาวา	18.6	5.4	73.3	26.1
2. โนนทัน	5.7	2.9	17.5	2.5
3. ท่าเยี่ยม	45.3	13.8	55.2	6.7
4. โนนแดง	17.4	5.5	57.1	10.5
5. หนองบัว	25.1	7.9	71.8	8.5
6. โคกประสิทธิ์	29.8	7.1	100.0	15.4
7. โนนศิลาเลิง	54.4	18.9	4.8	4.2

ตารางที่ 3 จำนวน รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การใช้จ่ายปฏิชีวนะ

เกณฑ์การใช้จ่ายสมเหตุผลใน รพ.สต.	จำนวน รพ. สต. ผ่านเกณฑ์ก่อนดำเนินการ ตาม RDU Hospital PLEASE (ร้อยละ)	จำนวน รพ. สต. ผ่านเกณฑ์หลังดำเนินการ ตาม RDU Hospital PLEASE (ร้อยละ)
- ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก น้อยกว่าร้อยละ 20.0 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80.0	3 แห่ง (42.9)	7 แห่ง (100.0)
- ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก น้อยกว่าร้อยละ 20.0 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80.0	2 แห่ง (28.6)	6 แห่ง (85.7)

วิจารณ์

การใช้ยาปฏิชีวนะใน รพ.สต. อำเภอส่องชัยไม่ผ่านเกณฑ์ที่เป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อป้องกันปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะ การเฝ้าระวังการใช้ยาให้สมเหตุผลมีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การวิจัยก่อนหน้า มีการทบทวนข้อมูลการเฝ้าระวังการบริโภคยาปฏิชีวนะในต่างประเทศพบว่าในภูมิภาคยุโรปมีเครือข่ายเฝ้าระวังการบริโภคยาปฏิชีวนะ (European Surveillance of Anti-microbial Consumption Network: ESAC-Net) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลการบริโภคยาปฏิชีวนะในภาพรวมของภูมิภาคประกอบด้วยประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรปและประเทศในเขตเศรษฐกิจยุโรป (European Economic Area countries) จำนวน 30 ประเทศพบว่าประเทศฝรั่งเศสประสบปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะในมนุษย์เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับปริมาณการบริโภคยาปฏิชีวนะต้านเชื้อแบคทีเรีย ในปี พ.ศ. 2543 ประเทศฝรั่งเศสมีอัตราการบริโภคยาปฏิชีวนะสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเดียวกัน รัฐบาลฝรั่งเศสต้องเร่งแก้ไขปัญหาเพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมายร้อยละ 25.0 ภายในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2550) ในปี พ.ศ. 2550 ลดการใช้ยาปฏิชีวนะลงได้ร้อยละ 26.5 ประเทศเนเธอร์แลนด์มีอัตราการบริโภคยาปฏิชีวนะเกณฑ์ต่ำที่สุด องค์การอนามัยโลกได้ประกาศบัญชียาหลักฉบับที่ 20 (the 20th WHO Model List of Essential Medicines) จัดกลุ่มยาปฏิชีวนะออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มยาที่เข้าถึงได้ (access group) กลุ่มยาที่ต้องเฝ้าระวัง (watch group) และกลุ่มยาที่สงวนไว้ (reserve group)⁽⁵⁾ ประเทศตุรกีมีนโยบายการเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ในปี พ.ศ. 2546 มีการศึกษาโดยเก็บข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล จำนวน 495 ราย ในปี พ.ศ. 2549 พบที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง จากร้อยละ 16.6 เป็นร้อยละ 11.3⁽⁶⁾

คปสอ.ส่องชัยปรับปรุงการดำเนินงานตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอประกอบ

ด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร และพยาบาลในทุกรพ.สต. และมีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน ทำให้รู้ปัญหาและแก้ไขปัญหามาจากผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. การปรับปรุงบัญชียาปฏิชีวนะและเพิ่มสมุนไพรรักษาหลายโรครใน รพ.สต. การจัดทำแบบบันทึกใบเบิกเวชภัณฑ์ยา รพ.สต. การจัดอบรมให้ความรู้และจัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและบาดแผลสด แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยไตเรื้อรัง แนวทางการสั่งฟ้าทะลายโจร ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เลือกใช้ยาปฏิชีวนะได้ถูกต้องเหมาะสม การอบรมเรื่องแพ้ยาปฏิชีวนะและจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยา จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะระหว่าง รพ. กับ รพ.สต. ส่งเสริมให้ใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ลดความเสี่ยงการเกิดการแพ้ยาปฏิชีวนะซ้ำ การอบรมเรื่องการลงวินิจฉัยบัญชีจำแนกโรค การลงรหัสยามาตรฐาน 24 หลักและการบันทึกการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลโปรแกรม JHCIS ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ลงบันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง การพิมพ์ฉลากยาปฏิชีวนะด้วยคอมพิวเตอร์แทนการเขียนชื่อยา ช่วยให้ผู้ป่วยอ่านและเข้าใจวิธีการใช้ยาได้ถูกต้องและสามารถดำเนินการได้ใน รพ.สต. ทั้ง 7 แห่ง ซึ่งมีผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา^(6,10,11) จากการศึกษาประสิทธิภาพของชุดกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยติดเชื้อระบบการหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในแผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยตรวจประกันสังคมและหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2555 โดยอบรมบุคลากรในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม เตรียมคู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วย พบว่า มีการรักษาโรคหวัด จำนวน 1,241 ครั้ง และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 210 ครั้ง มีอัตราการได้รับยาปฏิชีวนะลดลงเหลือร้อยละ 13.0 ในโรคหวัด และร้อยละ 19.1 ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่า ผลการรักษาในวันที่ 3 หลังการตรวจรักษาพบว่ามากกว่า

ร้อยละ 97.0 ทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ หายหรือมีอาการดีขึ้น⁽¹⁰⁾ มีการศึกษาผลการรักษาโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้นในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 2 ถึง 5 ปี) และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 5 ถึง 6 ปี) ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 408 ราย พบว่าเป็นโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้น 209 ราย และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 199 ราย มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 30.2 และ 13.6 ตามลำดับ ไม่พบว่ามีหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์การใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในการรักษาเด็กวัยก่อนเรียนที่สุขภาพแข็งแรงดีมาก่อนที่เจ็บป่วยด้วยอาการของการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้นและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน⁽¹¹⁾

อย่างไรก็ตามการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการใช้จ่ายสมเหตุผลโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต. ยังดำเนินการได้เพียง 2 แห่ง คือ รพ.สต.โนนทัน และ รพ.สต.หนองบัว และมี รพ.สต. 1 แห่ง คือ รพ.สต. โนนเขวา ไม่ผ่านเกณฑ์การใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซึ่งเกิดจากการร้องขอของผู้ป่วย ควรอบรมให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการเรื่องการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพื่อให้ผู้รับบริการมีความสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ กลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น ดังการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁸⁻¹⁰⁾ ที่มีแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในชุมชน (นอกสถานพยาบาล) คือ

1) ประชาชนไม่ใช้จ่ายยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ไม่ซื้อยาปฏิชีวนะมาใช้เอง ไม่ขอให้บุคลากรสุขภาพจ่ายยาปฏิชีวนะให้ ไม่ใช้จ่ายยาปฏิชีวนะที่เหลือจากการรักษาการป่วยครั้งก่อน ไม่แจกยาปฏิชีวนะที่มีหรือที่เหลือให้ผู้อื่น

2) ประชาชนไม่เรียกยาปฏิชีวนะว่ายาแก้ไอแก้เจ็บ เพราะการอักเสบส่วนมาก (เช่น ข้อเข่าเสื่อม ปวดหลัง) ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย จึงไม่สามารถรักษา

ด้วยยาปฏิชีวนะ

3) บุคลากรสุขภาพที่สถานพยาบาล คลินิก ร้านยา ไม่จ่ายยาปฏิชีวนะให้ผู้รับบริการโดยไม่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคหวัดและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองโรคนี้นั้นมากกว่าร้อยละ 90.0 ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ

4) ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะโดยมีข้อบ่งชี้จากบุคลากรสุขภาพ ให้ใช้จ่ายยาปฏิชีวนะให้ครบถ้วนตามขนาด และระยะเวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัด ไม่ลดขนาดยาปฏิชีวนะหรือหยุดใช้ยาปฏิชีวนะก่อนกำหนด ยกเว้นจะเกิดพิษและผลข้างเคียง ซึ่งผู้ป่วยควรพบบุคลากรสุขภาพโดยเร็ว

5) ประชาชนรับประทานอาหารที่สุก สะอาดและดื่มน้ำที่สะอาดเพื่อป้องกันการได้รับเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะที่ปนเปื้อนอยู่ในอาหารและน้ำ

6) ประชาชนรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่ไม่มียาปฏิชีวนะปนเปื้อน

7) ประชาชนล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ก่อนรับประทานอาหาร และภายหลังการสัมผัสสิ่งที่มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ควรปฏิบัติตามแนวทางการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลและอธิบายผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการที่ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ ลดโอกาสเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาในระยะเวลายาวสั้น ควรติดตามการดำเนินงานการใช้จ่ายสมเหตุผลตาม RDU Hospital PLEASE ในระยะยาวต่อไป จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ มีคณะกรรมการการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอที่มีพยาบาลใน รพ.สต. เป็นกรรมการ มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานต่อเนื่องทุกเดือน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ.สต. โดย รพ.สต.ต้นแบบ มีนักเวชสถิตินักวิชาการคอมพิวเตอร์ที่ประสานงานระหว่าง รพ. และ รพ.สต. จุดด้อยของการศึกษานี้ คือไม่ได้ศึกษาถึงการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยนอกสถานพยาบาล ไม่ได้ศึกษาถึงมูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะก่อนและหลังเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานการใช้จ่ายสมเหตุผลตาม

กระบวนการ RDU Hospital PLEASE

การศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเรื่องการจัดตั้งคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ และกำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในการขับเคลื่อน การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. การทบทวนบัญชีรายการยาปฏิชีวนะ จัดทำ แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการ- หายใจช่วงบน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรค- อูจจาระร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลสด แนวทางการสั่ง พิจารณายาจัดทำแนวทางประเมินแพทย์ผู้ป่วยเบื้องต้น แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาระหว่าง รพ. กับ รพ.สต. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะ การลงวินิจฉัยบัญชียุติการโรคและรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก ทบทวนการลง รหัสยาในโปรแกรม JHCIS โดยนักเวชสถิตินักวิชาการ คอมพิวเตอร์ อย่างไรก็ตามควรทบทวนความรู้แก่เจ้า- หน้าที่ใน รพ.สต. เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลและติดตาม การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลตาม RDU Hospital PLEASE อย่างต่อเนื่อง ควรอบรมให้ความรู้แก่ผู้มารับ บริการให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการใช้ยา ปฏิชีวนะเกินจำเป็นและควรศึกษาแหล่งใช้ยาปฏิชีวนะใน ชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดการดื้อยาปฏิชีวนะ การใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (บ้าน วัด และโรงเรียน) และศึกษาถึงมูลค่ายาปฏิชีวนะ ก่อนและหลังเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานการใช้ยา สมเหตุผลตามกระบวนการ RDU Hospital PLEASE ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อัญชลี จิตรภักดิ์. มูลค่ายาปฏิชีวนะ. ใน: นิตยา เกียรติยั้ง อังสุลี, นุศราพร เกษสมบุรณ์, อุษาวดี มาลีวงศ์, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2553. กรุงเทพ- มหานคร. วิชาการพิมพ์; 2554. หน้า 21-5.

2. ภาณุมาศ ภูมาศ, ตวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อาทร รั้วไพบุลย์, ภูษิต ประคองสาย, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. ผล- กระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยา- ต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัย- ระบบสาธารณสุข 2555;6(3):352-60.
3. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การดื้อยาต้านจุลชีพ: ความสำคัญต่อ ระบบสุขภาพ. เวชบันทึกศิริราช 2554;4(3):93-7.
4. Chongtrakul P. RDU hospital: the pathway to rational drug use. Thai J Pharmacol 2015;37(1):48-62.
5. สุนิษา ชานวานิก. การเฝ้าระวังการบริโภคยาต้านจุลชีพของ ประเทศไทย: รากฐานเพื่อการควบคุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(4):593-607.
6. Tunger O, Karakaya Y, Cetin CB, Dinc G, Borand H. Rational antibiotic use. J Infect Developing Countries 2009;3(2):88-93.
7. คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้าน จุลชีพ. ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการการดื้อยาต้าน จุลชีพในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร. อักษรกราฟฟิค- แอนด์ดีไซน์; 2558.
8. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. เชื้อโรคดื้อยาปฏิชีวนะ (ยาต้านจุลชีพ) และการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ. เวช- บันทึกศิริราช 2556;6(2):117-20.
9. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. เชื้อโรคดื้อยาปฏิชีวนะ (ยาต้านจุลชีพ) และการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ. เวช- บันทึกศิริราช 2557;7(1):26-9.
10. Boonyasiri A, Thamlikitkul V. Effectiveness of Multi- faceted interventions on rational use of antibiotics for patients with upper respiratory tract infections and acute diarrhea. J Med Assoc Thai 2014;97 (Suppl 3):S13-9.
11. Vandepitte WP, Ponthong R, Srisarang S. Treatment outcomes of the uncomplicated upper respiratory tract infection and acute diarrhea in preschool children com- paring those with and without antibiotic prescription. J Med Assoc Thai 2015;98:974-84.

Abstract: Rational Drug Use Under the Scheme of RDU Hospital PLEASE in District Health Promoting Hospitals at Khong Chai District, Kalasin Province

Jittawadee Kamonput M.Sc. in Pharm. (Clinical Pharmacy)

Department of Pharmacy, Khong Chai Hospital, Kalasin Province, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(2):334-43.

This action research aimed to study outcomes of rational drug use (RDU) under the scheme of RDU Hospital PLEASE of District Health Promoting (DHP) hospital in Khong Chai district, Kalasin Province, by collecting the rate of antibiotics use in patients with upper respiratory tract infections (URI) and acute diarrhea in 7 DHP hospitals between October 2017 and March 2018. The reason behind this study was the observation on the increased risk of antimicrobial resistance due to failure of RDU indicator achievement. The advantages of RDU Hospital PLEASE include (1) strengthening pharmacy and therapeutic committee (PTC), (2) competency developing standardized labels, additional labels and patient information leaflets, (3) implementing the essential tools for rational use of medicines, (4) establishing awareness of RDU concepts for health professionals and patients, (5) supporting safety use of medicines in the special populations, and (6) promoting ethical concern in prescription. Before implementing the RDU Hospital PLEASE, the percentage of DHP hospital with an appropriate antibiotic use in patients with URI and acute diarrhea were 3 DHP hospitals (42.9%) and 2 DHP hospitals (28.6%), respectively. The plan-do-check-act cycle was applied in the study. It was found that the implementation of the RDU Hospital PLEASE had resulted in the improvement of an appropriate antibiotics use for URI in all 7 DHP hospitals (100.0%) and for acute diarrhea in 6 DHP hospitals (85.7%). In order to promote appropriate antibiotic use in patients with URI and acute diarrhea, the RDU Hospital PLEASE should be implemented continuously together with the RDU in communities.

Keywords: rational drug use; upper respiratory tract infections; acute diarrhea; RDU Hospital PLEASE; sub-district health promoting hospital; RDU community

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

อิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจ ในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย

ปราโมทย์ ต่างกระโทก วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)*

วินัย ไตรนาทอวัลย์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)**

เอกกมล ไชยโม พย.บ.***

ภราดร ยิ่งยวด พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)**

* สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สกกาชาติไทย

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

วันรับ:	4 ก.ย. 2562
วันแก้ไข:	12 พ.ย. 2562
วันตอบรับ:	20 ธ.ค. 2562

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพไทยที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 400 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์เรื่อง สมดุลชีวิตกับการทำงาน ความพึงพอใจในงาน และแบบวัดคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง 0.93, 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า สมดุลชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพไทยอยู่ในระดับน้อย (mean=2.44, SD=0.77) ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพไทยอยู่ในระดับน้อย (mean=2.37, SD=0.71) คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean=78.90 SD=16.52) สมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า สมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยได้ร้อยละ 27.80 ($R^2=0.278$, $F=76.25$, $p < 0.01$) ดังนั้น ผู้บริหารควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพไทยมีสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: สมดุลชีวิตกับการทำงาน; ความพึงพอใจในงาน; คุณภาพชีวิต; พยาบาล

บทนำ

การธำรงรักษาบุคลากรให้อยู่ในองค์กรเป็นความท้าทายอย่างมากสำหรับผู้บริหารองค์กรในปัจจุบัน⁽¹⁾ เพราะถือได้ว่าบุคลากรเป็นกลไกสำคัญและมีคุณค่าต่อการขับเคลื่อนองค์กรให้ประสบความสำเร็จตามเป้า-

หมาย ระบบบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร สามารถสร้างสมดุลชีวิตกับการทำงาน อันเป็นปัจจัยที่จะ

ส่งเสริมให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรในองค์การด้านสุขภาพ ที่ปัจจุบันประสบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในทุกสาขาอาชีพ ที่ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่องค์การไม่สามารถธำรงรักษาบุคลากรไว้ในระบบได้⁽²⁾ ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย อาทิ ปัญหาความเหลื่อมล้ำของค่าตอบแทน ความไม่สมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน สภาพแวดล้อมและสัมพันธภาพในองค์การที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน⁽³⁻⁷⁾ ดังนั้นการที่จะธำรงรักษาบุคลากรให้อยู่ในองค์การและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องส่งเสริมให้บุคลากรมีสมดุลชีวิตกับการทำงาน มีความพึงพอใจในการปฏิบัติ อันจะส่งผลให้การปฏิบัติงานเกิดผลิตผลและคุณค่าสูงสุด

พยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญและมีจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพและการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกระดับในประเทศไทย⁽⁸⁾ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนับวันยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการขาดตำแหน่งข้าราชการเพื่อบรรจุพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ระหว่างปี 2548 – 2553 จำนวน 95 แห่ง มีอัตราการลาออกสูงถึงร้อยละ 40.8 เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลเข้าทำงานใหม่พร้อมกัน โดยเป็นการลาออกภายในปีแรกของการทำงานสูงถึงร้อยละ 48.7⁽²⁾ ปัญหาการลาออกดังกล่าวเป็นเหตุที่ส่งผลกระทบต่อขาดแคลนบุคลากรทำให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น เกิดความไม่สมดุลชีวิตกับการทำงานและทำให้คุณภาพชีวิตแย่งลงได้ ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนได้หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน⁽¹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมและพัฒนาให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of nursing work life) ที่ดีขึ้นจะเป็นปัจจัยสำคัญในการดึงดูดและธำรงรักษาบุคลากรให้อยู่ในองค์การ⁽⁹⁾ อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการขาดแคลน

บุคลากรทางการพยาบาลได้อีกทางหนึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพอย่างกว้างขวางทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย อาทิ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์การทำงาน ค่าตอบแทนที่เพียงพอ) ปัจจัยด้านลักษณะงาน (ภาระงาน การทำงานเป็นกะ การทำงานในภาวะตึงเครียด ตำแหน่งงาน แรงจูงใจในการทำงาน) ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การ การสนับสนุนจากองค์การ และปัจจัยด้านความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ^(3-7, 10) แต่การวิจัยเพื่อศึกษาอิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Work-life balance) และความพึงพอใจในงาน (Job satisfaction) ต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลยังมีอยู่อย่างจำกัด⁽⁷⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสมดุลชีวิตกับการทำงาน ความพึงพอใจในงาน และคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตกับการทำงาน ความพึงพอใจในงานกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย อันจะเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรทางการพยาบาลและธำรงรักษาบุคลากรทางการพยาบาลไว้ในองค์การ ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณค่าในการพยาบาลให้แก่ประชาชนต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้วิธีการสำรวจภาคตัดขวางด้วยแบบสอบถามในพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร^(11,12)

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

โดยกำหนดให้ proportion (p) = 0.50, error (d)=0.05, alpha (α)=0.05, Z (0.975)=1.959964, N=153,536⁽¹³⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n)=384 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (2) แบบสอบถามสมดุลชีวิตกับการทำงาน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ โดยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง “น้อยที่สุด” ถึง 5 หมายถึง “มากที่สุด” และมีเกณฑ์ในการแปลผล ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในงานหรือมีสมดุลชีวิตกับการทำงานมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในงานหรือมีสมดุลชีวิตกับการทำงานมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในงานหรือมีสมดุลชีวิตกับการทำงานปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในงานหรือมีสมดุลชีวิตกับการทำงานน้อย และค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในงานหรือมีสมดุลชีวิตกับการทำงานน้อยที่สุด และ (4) แบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพไทย โดยประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 1 หมายถึง มากที่สุด ถึง 5 หมายถึง ไม่เลย ข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เลย ถึง 5 หมายถึง มากที่สุด คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนน 26-60 หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95

หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96-130 หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี การหาคุณภาพเครื่องมือโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสมดุลชีวิตกับการทำงาน แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน และแบบวัดคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยเท่ากับ 0.93, 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social network) ได้แก่ เฟซบุ๊ก (Facebook) เพื่อเชิญชวนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามความสมัครใจ ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด ผลการศึกษาไม่มีการระบุชื่อหรือหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะรายงานผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา

พยาบาลวิชาชีพไทยที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.5) อายุ 20-29 ปี (ร้อยละ 42.8) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 54.5) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 84.0) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 23.8) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 89.5) ส่วนใหญ่ได้บรรจุรับราชการ (ร้อยละ 56.3) และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.75 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.51 (ตารางที่ 1)

พยาบาลวิชาชีพไทยมีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ใน

อิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					
ชาย	26	6.5	สถานที่ปฏิบัติงาน		
หญิง	374	93.5	โรงพยาบาลศูนย์	95	23.8
อายุ (ปี)			โรงพยาบาลทั่วไป	92	23
20 – 29	171	42.8	โรงพยาบาลชุมชน	90	22.5
30 – 39	81	20.3	ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต.	33	8.3
40 – 49	108	27	เอกชน/สังกัดมหาวิทยาลัย	90	22.5
50 – 59	38	9.5	ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
59 ขึ้นไป	2	0.5	ผู้บริหาร	42	10.5
สถานภาพสมรส			ผู้ปฏิบัติ	358	89.5
โสด	218	54.5	ประเภทการจ้างงาน		
สมรส	158	39.5	ข้าราชการ	225	56.3
หม้าย/หย่า/แยก	24	6	ลูกจ้างประจำ	49	12.3
การศึกษา			พนักงานของรัฐ	48	12
ปริญญาตรี	336	84	พนักงานบริษัท	39	9.8
สูงกว่าปริญญาตรี	64	16	ลูกจ้างชั่วคราว	39	9.8
			ประสบการณ์การทำงาน		Mean=9.8, SD=8.5

ระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า พยาบาลวิชาชีพไทยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พยาบาลวิชาชีพไทยมีสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานในระดับน้อย

(ตารางที่ 2) สมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

(ตารางที่ 3) สมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงาน

ตารางที่ 2 ระดับสมดุลชีวิตกับการทำงาน ความพึงพอใจในงาน และคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย

ตัวแปร	Mean	SD	Sk	Ku	ระดับ
สมดุลชีวิตกับการทำงาน	2.44	0.77	-0.07	-0.42	น้อย
ความพึงพอใจในงาน	2.37	0.71	-0.11	-0.49	น้อย
คุณภาพชีวิตโดยรวม	78.90	16.52	-0.22	-0.09	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	22.42	4.28	0.12	-0.32	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	19.06	4.34	-0.16	-0.21	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.87	2.50	-0.53	0.25	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	22.05	6.38	-0.09	-0.40	ปานกลาง

Sk=Skewness อยู่ในเกณฑ์ ± 3 , Ku=Kurtosis อยู่ในเกณฑ์ ± 10 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ต่างจากการแจกแจงปกติ

สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยได้ ร้อยละ 27.8 (ตารางที่ 4) สมการที่ใช้อธิบายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยได้ดังนี้ คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย=49.76 + 8.04 (สมดุลชีวิตกับการทำงาน) + 4.00 (ความพึงพอใจในงาน)

วิจารณ์

พยาบาลวิชาชีพไทยมีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพยาบาลวิชาชีพไทยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ เนื่องจากปัจจุบันวิชาชีพพยาบาลประสบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ทำให้พยาบาลมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบภาระงานและอัตราค่าจ้างด้านการพยาบาลพบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีอัตราภาระงานเพิ่มมากขึ้นสูงเกือบร้อยละ 60.0 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 ในขณะที่

อัตราค่าจ้างด้านการพยาบาลเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 25.0 เท่านั้น⁽²⁾ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ตนเองมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดน้อย สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า บุคลากรฝ่ายการพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานหนักทำให้มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดน้อย⁽¹⁸⁾ และการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ความเครียดจากการทำงานเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล⁽⁴⁾ รวมถึงพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ตนเองนอนหลับไม่เพียงพอ นอกจากนี้การศึกษาก่อนหน้านี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีปัญหาการนอนหลับและมีความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงถึงร้อยละ 65.1 ถึง 93.3^(19, 20) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง มีการผลัดเปลี่ยนการขึ้นเวรทั้งกลางวันและกลางคืน ส่งผลให้แบบแผนการนอนหลับและการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากปกติทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน เช่น เวลาในการนอนไม่เพียงพอ การนอน

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตกับการทำงาน ความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
สมดุลชีวิตกับการทำงาน	0.52	<0.001*
ความพึงพอใจในงาน	0.49	<0.001*

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<0.01

ตารางที่ 4 อำนวยการทำนายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย

Model	b	SE	β	t	p-value
Constant	49.76	2.50	-	19.85	<0.001**
ความพึงพอใจในงาน	4.00	1.95	0.17	2.05	<0.05*
สมดุลชีวิตกับการทำงาน	8.04	1.80	0.38	4.48	<0.001**

R²=0.278, Adjusted R²=0.274, R=0.527, F=76.259, p<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

หลับยาก การนอนหลับไม่สนิท การใช้ยานอนหลับ เป็นต้น⁽²⁰⁾ อีกทั้งภาระงานของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่มมากขึ้นจากที่กล่าวไปแล้วข้างต้นและผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการจัดสรรอัตรากำลังในการทำงานของหน่วยงานน้อยที่สุด จึงส่งผลให้พยาบาลมีโอกาสได้พักผ่อนน้อยและมีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สมดุลชีวิตกับการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการที่พยาบาลมีสมดุลชีวิตกับการทำงานส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากสมดุลชีวิตกับการทำงานเป็นการรักษาสมดุลระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนตัวและแบบแผนการทำงานให้สามารถดำเนินร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า หากพยาบาลวิชาชีพสามารถทำให้เกิดสมดุลระหว่างการทำงานกับการใช้ชีวิตส่วนตัว จะทำให้การดำเนินชีวิตและการทำงานราบรื่นและประสบความสำเร็จ^(21,22) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽²³⁾ ผลการศึกษาพบว่า สมดุลชีวิตกับการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่พยาบาลยังไม่สามารถบริหารจัดการให้ตนเองมีดุลยภาพระหว่างชีวิตกับการทำงานได้ เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่มีภาระเพิ่มมากขึ้นจากเหตุผลที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการที่พยาบาลมีความพึงพอใจในงานส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย เนื่องจากความพึงพอใจในงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในองค์การมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงาน หากบุคลากรมีความพึงพอใจในงานมากจะส่งผลให้มีความตั้งใจและมีความสุขในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ หากบุคลากรไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานก็จะส่งผลให้คุณภาพของงานและผลการปฏิบัติงานลดลง⁽²⁴⁾ อันจะเป็นผลให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่แย่

ลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล⁽²⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพยาบาล⁽⁶⁾ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่พยาบาลรับรู้ว่าองค์การมีนโยบายหรือมาตรการในการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากร และมีการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานของหน่วยงานในระดับน้อย ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบควรให้ความสำคัญกับการสร้างขวัญกำลังใจและการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมและเพียงพอแก่พยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น อันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

จะเห็นได้ว่าสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพไทยมีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพไทยมีสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น เช่น การจัดสรรอัตรากำลังในการทำงานของหน่วยงานให้เพียงพอ มีกระบวนการพิจารณาความดีความชอบบุคลากรในหน่วยงานที่เหมาะสม มีนโยบายหรือมาตรการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากรที่ดีขึ้น และมีการจัดสวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากการทำงานของหน่วยงานให้เพียงพอและเหมาะสม จะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจะสามารถธำรงรักษาบุคลากรทางการพยาบาลไว้ในองค์การ ส่งผลต่อการเพิ่มประ-

สิทธิภาพและคุณค่าในการพยาบาลแก่ประชาชนให้เพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศ ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยที่เฉพาะเจาะจงในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับหรือในแต่ละบริบทที่มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อให้สามารถวัดระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพได้ดียิ่งขึ้น และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงส่งแบบสอบถามผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และใช้แบบสอบถามออนไลน์ ดังนั้นการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างอาจยังไม่เป็นตัวแทนของประชากรได้ทั้งหมด ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างออกไปจากความเป็นจริงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Aamir A, Hamid ABA, Haider M, Akhtar CS. Work-life balance, job satisfaction and nurses retention: moderating role of work volition. *International Journal of Business Excellence* 2016;10(4):488-501.
2. Sawaengdee K. Crisis of nursing shortage in health service facilities under office of permanent secretary, ministry of public health: policy recommendations. *Journal of Health Science* 2017;26(2):456-68.
3. Wu SY, Li HY, Tian J, Zhu W, Li J, Wang XR. Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Ind Health* 2011;49(2):158-65.
4. Wu SY, Li HY, Wang XR, Yang SJ, Qiu H. A comparison of the effect of work stress on burnout and quality of life between female nurses and female doctors. *Arch Environ Occup Health* 2011;66(4):193-200.
5. Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz J, Colditz G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *BMJ* 2000;320(7247):1432-6.
6. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. *J Nurs Care Qual* 2003;18(2):151-8.
7. Makabe S, Takagai J, Asanuma Y, Ohtomo K, Kimura Y. Impact of work-life imbalance on job satisfaction and quality of life among hospital nurses in Japan. *Industrial Health* 2015;53:152-9.
8. Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. *Nurs Econ* 2005;23(6):319-26, 279.
9. Brooks BA, Storfjell J, Omoike O, Ohlson S, Stemler I, Shaver J, et al. Assessing the quality of nursing work life. *Nurs Adm Q* 2007;31(2):152-7.
10. Thangkratok P, Vararuk A, Silawan T, Piaseu N. Role of nurses in implementing chronic care model in subdistrict health promoting hospital. *Science, Engineering and Health Studies* 2019;13(2):83-92.
11. Daniel WW, Cross CL. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 1995.
12. Ngamjarus C. n4Studies: sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal* 2016;68(3):160-70.
13. Strategy and Planning Division. Report on public health resource. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016.
14. Nursing Division. Job satisfaction and work-life of professional nurses questionnaire. Nonthaburi: Nursing Division, Ministry of Public Health; 2014.

15. Kaewpheang P, Kwaunsuk T, Chai-iad N. Factors influencing the quality of life of registered nurses at Songklanagarind Hospital. *Songkla Med J* 2006;24(2): 111-6.
16. Prateepchaikul L, Singchungchai P, Songwathana P, Siriphun S, Kaittisaksophon J, Kaewmanee P. Quality of life, retention and social support of professional nurses in the unrest areas of three southern Thai border provinces. Bangkok: Secretariat of the Senate; 2012.
17. Siriphan S, Prateepchaiku L, Songwanthana P, Shinghangchai P. Quality of life of professional nurses in the unrest areas of three southern Thai border provinces. *Journal of Health Science Research* 2014;8(2):47-55.
18. Chamsaeng C. Factors influencing the quality of life of nursing department personnel at Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center Nakhonayok Province. Nakhon Nayok: HRH Princess MahaChakri Sirindhorn Medical Center; 2014.
19. Reangsing C. Quality of sleep and mental health of professional nurses in government hospitals Bangkok Metropolis. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
20. Yamma C, Lueboonthavatchai P. Sleep problems, fatigue and work efficiency among registered nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013;58(2):183-96.
21. Intulak K, Oumtanee A. Building work-life balance of professional nurses in a private hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):382-9.
22. Kaewtawee A, Oumtanee A. Relationships between work-life balance, safety climate and organizational commitment of professional nurses, private hospitals, southern region. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):313-20.
23. Kangsanon K, Klinhom V. Quality of life of registered nurses in community hospitals zone 1 Nakhon Si Thammarat province. *WMS Journal of Management* 2017; 6(2):72-82.
24. Ruangdej K, Chaosuansreecharoen P, Sungkeao S. Job satisfaction of nurses from the southern nursing shortage problem solving project. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2014;24(1):12-29.
25. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Care Quality* 2003;18(2):151-8.

Abstract: Influencing of Work-Life Balance and Job Satisfaction on Quality of Life among Thai Professional Nurses

Pramote Thangkratok, M.Sc. (Public Health), M.N.S. (Nursing Administration)*; Winai Trainattawan, M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing); Ekkamon Chaimo, B.N.S.***; Paradorn Yingyou, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)****

** School of Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing; ** Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute; *** Boromarajonani College of Nursing Chonburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(2):344-52.

The aims of this descriptive study was to examine the relationship between work-life balance and job satisfaction on the quality of life among Thai professional nurses. The participants of this study consisted of 400 Thai professional nurses participated during April and July 2016. The online questionnaire were the job satisfaction, work-life balance, and quality of life of Thai professional nurse's scale. The reliability was analyzed by Cronbach's alpha coefficient which was 0.93, 0.94 and 0.95, respectively. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis were employed for data analyses. The results showed that average mean score of work-life balance was low (mean=2.44, SD=0.77), and job satisfaction was low (mean=2.37, SD=0.71). The average score of quality of life of Thai professional nurses was moderate (mean=78.90 SD=16.52). The influence of work-life balance and job satisfaction was correlated with the quality of life among Thai professional nurses. The two variables could explain 27.80% of the variation in the quality of life of Thai professional nurses. ($R^2=0.278$, $F=76.25$, $p<0.01$) As a consequence, the executives should provide and build work-life balance and job satisfaction, in order to improve the quality of life among Thai professional nurses.

Keywords: work-life balance; job satisfaction; quality of life; nurses

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข- ประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคน ด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต

วิเชียร เทียนจรรย์วัฒนา พ.บ.*

กิตติพร เนาว์สุวรรณ ศษ.ด.**

สายสมร วชิระประพันธ์ วท.ม.***

* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

*** นักวิจัยอิสระ

วันรับ:	25 ม.ค. 2564
วันแก้ไข:	8 ก.พ. 2564
วันตอบรับ:	17 ก.พ. 2564

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนา อสม. คุณภาพ เพื่อสนับสนุนกำลังคนสำหรับระบบสุขภาพ ในอนาคต ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน 2 วิธี คือ (1) วิธีวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. 31,883 คน สุ่มตัวอย่าง แบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลแบบ Online Survey ผ่าน Application LINE วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ (2) วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ประธาน อสม. หรือ อสส. จำนวน 22 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่ง-โครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า อสม. คุณภาพ ควรมีคุณสมบัติสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ทศนคติ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมและการแสดงออก รายละเอียดมีดังนี้ (1) ทศนคติ มี 2 องค์ประกอบ คือ มีจิตอาสาเสียสละ และเป็นพี่ของชุมชน (2) ความรู้ มี 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้สาธารณสุขพื้นฐานดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย การพัฒนาชุมชน และเทคโนโลยี การสื่อสาร (3) ทักษะ มี 3 องค์ประกอบ คือ ทักษะทางสุขภาพ เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และทักษะพิเศษ (4) พฤติกรรมและการแสดงออก มี 6 องค์ประกอบ คือ ปฏิบัติตามค่านิยม เป็นแบบอย่างดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัย ดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และปฏิบัติตามนโยบาย จากคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมิน อสม. คุณภาพ ที่เหมาะสมกับบริบทและภารกิจของ อสม. โดยประเมินจากหลายแหล่ง ได้แก่ ประเมินตนเองจากผู้บังคับบัญชา และผู้รับบริการ พิจารณาตัดสินในรูปแบบคณะกรรมการ ทั้งนี้ ควรออกแบบ การพัฒนากำลังคนของ อสม. ในทุกมิติเพื่อให้ อสม. สามารถช่วยบุคลากรสาธารณสุขแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: อสม. คุณภาพ; ระบบสุขภาพ; แนวทางการประเมิน; กำลังคนสาธารณสุข

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกิดขึ้นภายใต้คำประกาศ Alma Ata⁽¹⁾ เมื่อปี ค.ศ. 1978 (พ.ศ. 2521) ให้ประเทศดำเนินงานสาธารณสุขด้วยหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) โดยปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขให้เน้นความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นด้วยการผสมผสานสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ขยายความร่วมมือกับกระทรวงต่างๆ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และเริ่มให้ความสำคัญกับบทบาทของประชาชน โดยให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) เน้นการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการได้รับบริการพื้นฐานที่จำเป็น โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพในระยะยาว อสม. จึงเป็นหัวใจสำคัญต่อการให้บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพในระดับหมู่บ้านและชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ที่เสียสละ มีบทบาทในการทำงานเชิงรุกในชุมชน เป็นผู้นำทางความคิด เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ช่วยแนะนำเผยแพร่ความรู้ วางแผนประสานกิจกรรมสาธารณสุข ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังและป้องกันโรค ช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น คัดกรองผู้บริโภคร และส่งต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ กำหนดให้อสม. 1 คน รับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน⁽²⁾

ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทย มี อสม. ทั้งสิ้น 1,039,247 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ชื่อที่เรียกแตกต่างกัน และมีหน่วยงานที่รับผิดชอบซึ่งแยกฐานข้อมูลกัน คือ (1) อสม. มี 1,028,510 คน ปฏิบัติงานใน 76 จังหวัด (ยกเว้นในกรุงเทพมหานคร (กทม.) รับผิดชอบโดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ (2) อสส. ใน กทม. มี 10,737 คน รับผิดชอบ โดยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ภาพรวมพบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ของ อสม. มีอายุ 51-60 ปี ส่วน อสส. อายุ

61-70 ปี ส่วนใหญ่ของ อสม. มีอาชีพเกษตรกร ส่วน อสส. อาชีพงานบ้าน ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. ส่วนใหญ่ 11-20 ปี⁽³⁾ ส่วน อสส. 0-10 ปี ในภาพรวมการกระจายของ อสม. และ อสส. ครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศแล้ว ดังนั้น จำนวนน่าจะเพียงพอ หากจะเพิ่มเติมสมควรเพิ่มเติมเฉพาะพื้นที่ที่ยังขาดเท่านั้น และภาพรวมส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ดังนั้นการประเมิน อสม. คุณภาพ ต้องออกแบบแนวทางในการประเมินให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของ อสม. และ อสส. ให้เข้าใจได้ง่ายและไม่ยุ่งยากซับซ้อน

การได้มาของ อสม. โดยการสมัครใจ มีคุณสมบัติและผ่านกระบวนการตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ถึงจะมีการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะให้ อสม. อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถอบรมได้ครบทุกคน และการปฏิบัติงานของ อสม. โดยทั่วไปจะอยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับ รพ.สต. เป็นหลัก เนื่องจากคุณสมบัติที่มาของ อสม. กำหนดไว้เพียงว่า ให้มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้ จึงพบว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.8 ในปี 2563) ซึ่งระดับการศึกษาส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังไม่มีกำหนดการเกษียณอายุของ อสม. ไว้ ทำให้กำลังคน อสม. ที่มีอายุมากและมีปัญหาด้านสุขภาพไม่สามารถปฏิบัติงานตามภารกิจที่กำหนดไว้ได้⁽⁵⁾ รวมถึงมีปัญหการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ผลการประเมินระดับการปฏิบัติงานสูงสุดระดับ 4 พบมี อสม. ได้เพียงระดับ 1 หรือ 2 อยู่ระหว่างร้อยละ 18-46 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามี อสม. จำนวนไม่น้อยยังมีปัญหาในเรื่องสมรรถนะหรือศักยภาพที่ต่ำไม่สอดคล้องกับบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ เช่นเดียวกับศึกษาของคมสันต์ ธงชัย และสุชาติ มณี บุญจรัส⁽⁷⁾ พบว่า ชีตความสามารถและศักยภาพของ อสม. ลดลงเนื่องจาก อสม. เข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย รับข้อมูลข่าวสารจาก อสม. น้อยลง ขาดความเชื่อมั่นใน

ศักยภาพตนเอง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานทัศนคติไม่ดีต่อการทำงาน และยังคงใช้เทคนิคการทำงานแบบเดิม ๆ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศก้าวสู่ประเทศไทย 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะ อสม. เพื่อรองรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งโรคอุบัติใหม่ เช่น COVID-19 ในปัจจุบันและในด้านเทคโนโลยีดิจิทัล⁽⁸⁾ และการพัฒนางานตามบทบาทและหน้าที่ของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ถ่ายทอดความรู้ ประชาสัมพันธ์ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข⁽⁹⁾ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก การสร้างระบบความร่วมมือการพัฒนาบทบาทประชาชน และการสร้างมาตรการทางสังคม⁽²⁾ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประเมินผลงานของ อสม. นำมาเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จักและยอมรับของสังคมมากขึ้น รวมทั้งเพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติเสริมสร้างขวัญกำลังใจ แต่การประเมินดังกล่าวเป็นการคัดเลือกผู้ที่มีผลงานโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์เท่านั้น ดังนั้นเพื่อพัฒนาคุณภาพให้กับ อสม. ทั่วประเทศให้เป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนระบบสุขภาพได้ จึงจำเป็นต้องศึกษาแนวทางการพัฒนา อสม. คุณภาพ เพื่อสนับสนุนกำลังคนสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนา อสม. คุณภาพ เพื่อสนับสนุนกำลังคนสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต ศึกษาคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ และพัฒนาแนวทางการประเมิน อสม. คุณภาพที่เหมาะสมกับบริบทและภารกิจของ อสม.

วิธีการศึกษา

วิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods) ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ

การเป็น อสม. คุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลงทะเบียนปฏิบัติงานในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 1,039,247 คน⁽³⁾

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อสม. ที่ลงทะเบียน 1,039,247 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.0 โดยใช้เกณฑ์ประชากรเกินหลักล้านใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.0-5.0⁽¹⁰⁾ คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 31,177 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดขีดความสามารถของ McClelland D⁽¹¹⁾ แนวคิดสมรรถนะ อสม. ตามมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการศึกษาอบรมเป็น อสม. ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554⁽²⁾ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. ส่วนที่ 3 สมรรถนะที่ควรเป็นของ อสม. คุณภาพ ส่วนที่ 4 กระบวนการพัฒนา อสม. คุณภาพ ส่วนที่ 5 การประเมินคุณภาพ อสม. คุณภาพ และส่วนที่ 6 ที่มาของ อสม. คุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ รวม 3 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า อสม. มีความเข้าใจในข้อคำถาม สามารถตอบคำถามได้ตรงประเด็นและครบถ้วน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยส่งแบบสอบถามไปยังประธาน อสม. ทั้ง 77 จังหวัด เพื่อส่งต่อให้ อสม. แต่ละพื้นที่โดยใช้ Application LINE และ

ให้ตอบผ่าน Google form ผู้วิจัยได้ตรวจสอบจำนวนผู้ตอบและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกวัน ใช้เวลา 2 สัปดาห์จึงยุติตามที่ระบุเวลาไว้ จากนั้นตรวจสอบพบว่า มีข้อมูลที่สมบูรณ์ 31,883 ชุด เกินกลุ่มตัวอย่างคำนวณไว้ 31,177 คน จึงใช้ข้อมูลทั้งหมด 31,883 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างคือ ประธาน อสม. และ อสส. เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง รวม 22 คน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับประสบการณ์หรือความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อการเป็น อสม. คุณภาพ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ทศนคติ ความรู้ ทักษะ และความประพฤติและการแสดงออก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบ และให้ความเห็นโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญรวม 3 คน แล้วนำมาปรับปรุง แก้ไข ก่อนนำไปทดสอบสัมภาษณ์ อสม. ที่ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 คน และนำมาปรับปรุงอีกครั้งเพื่อสามารถสื่อความหมายได้อย่างชัดเจนและตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ติดต่อกับ อสม. ทางโทรศัพท์ แนะนำตัวเอง และอธิบายถึงรายละเอียดงานวิจัย และการปกป้องสิทธิของผู้ให้ข้อมูล หากยินยอมจะติดต่อทาง Application LINE ส่งเอกสารชี้แจงรายละเอียดพร้อมหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้ลงนามและส่งกลับคืน ให้ อสม. นัดวันและเวลาสัมภาษณ์ เมื่อถึงเวลานัดหมาย จะขอความยินยอมด้วยวาจา ขอบันทึกเทป และ

ดำเนินขั้นตอนตามวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ⁽¹²⁾ ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า ด้วยการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลและจากการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งจากข้อมูลแหล่งอื่น นอกจากนี้ยังนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เปรียบเทียบกับผลการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อดูความสอดคล้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สกัดและจำแนกข้อมูล (typological analysis) ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่กำหนดไว้ แล้วจึงทำการสรุป และรายงานผลการวิจัย⁽¹³⁾

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจงในรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย และบอกสิทธิในการถอนตัวอย่างอิสระ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 31,883 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.9 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 36.3 รองลงมา อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 28.8 การศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญาตรีร้อยละ 84.3 และมีประสบการณ์การทำงาน อสม. 1-10 ปีร้อยละ 43.6 รองลงมา 11-20 ปี ร้อยละ 32.1 และเหตุผลสำคัญที่สุดในการมาเป็น อสม. คือ มีความเสียสละร้อยละ 97.9

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 22 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (15 คน) มีอายุระหว่าง 36-72 ปี โดยอายุ 51-60 ปีมีมากที่สุด (11 คน) รองลงไปคือช่วงอายุ 61-70 ปี (9 คน) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ 8-36 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมากกว่าสิบปี (18 คน)

และส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (11 คน) สำหรับ อสม. ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (5 คน)

2. คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ

เนื่องจากยังไม่เคยมีงานวิจัยใดได้กำหนดคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ มาก่อน ดังนั้นจึงได้ออกแบบ (ร่าง) คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ แล้วส่งให้ อสม. ให้ความเห็น

2.1 คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ จากแบบสอบถาม (ร่าง) คุณสมบัติของ “อสม. คุณภาพ” ได้ออกแบบจากหลักเกณฑ์วิธีการคัดเลือกเป็น อสม. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และการรักษาจรรยาบรรณ อสม. ตามที่กำหนดในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 มีดังนี้

- 1) ด้านทัศนคติ: เป็นผู้ที่มีจิตอาสา เสียสละ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน
- 2) ด้านความรู้: มีความรู้ด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหรือภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพ มีความรู้ที่เพียงพอในการดูแลตนเอง และให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ครอบครัว และชุมชนที่รับผิดชอบ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีได้

3) ด้านทักษะ: สามารถเป็นผู้นำด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และแนะนำเรื่องการส่งต่อการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งปรับตัวในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างเหมาะสม

4) ด้านพฤติกรรมและการแสดงออก: เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพตนเอง มีจิตสาธารณะให้มีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือชุมชนในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพได้

จากแบบสอบถาม พบว่า อสม. และ อสส. ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับคุณสมบัติต้องมีครบทั้ง 4 ข้อ กระบวนการพัฒนา อสม. คุณภาพ ควรพัฒนาเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ ทุก 1 ปี การรักษาจรรยาบรรณ ต้องยึดมั่นและถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด กระบวนการคัดเลือก อสม. ระบบเดิมที่อยู่แล้ว การฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม. คงเดิม ทั้ง 4 ข้อ การฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม. ในเรื่องอายุ เนื่องจาก อสม. สูงอายุ จะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ ส่วนใหญ่มีความเห็นให้คงเดิม ไม่มีอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม. หากมีกรณีที่ทำให้ระบุมีการสิ้นสุดสภาพ อสม. เนื่องจากอายุมาก ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า อายุที่เป็นเกณฑ์สิ้นสุดสภาพ อสม. คือ 70 ปี และสำหรับ อสม. สูงอายุที่สิ้นสุดสภาพ

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อ (ร่าง) คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ

(ร่าง) คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เห็นด้วยทุกข้อ	29,046	91.1
เห็นด้วยบางข้อ	2,837	8.9
กระบวนการพัฒนา อสม. คุณภาพ		
พัฒนาเฉพาะครั้งแรกที่เข้ามาเป็น อสม.	4,562	14.3
พัฒนาเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอทุก 1 ปี	20,218	63.4
พัฒนาทุก 4 ปี เมื่อต่อบัตรประจำตัว อสม.	7,103	22.3
การรักษาจรรยาบรรณ		
ต้องยึดมั่นและถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด	30,894	96.9
ทำตามบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบนั้น เพียงพอแล้ว	989	3.1
กระบวนการคัดเลือก อสม.		
ระบบเดิมที่อยู่แล้ว	22,586	70.8
ควรเป็นรูปคณะกรรมการ ที่มีผู้แทน รพ.สต. ร่วมเป็นกรรมการ	9,297	29.2

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อ (ร่าง) คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ (ต่อ)

(ร่าง) คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม.		
คงเดิม ทั้ง 4 ข้อ	29,363	92.1
ควรปรับปรุงไข	2,520	7.9
การฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม. ในเรื่องอายุ เนื่องจาก อสม. สูงอายุ จะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่กำหนดไว้		
คงเดิม ไม่มีอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม.	20,783	65.2
ควรระบุอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม.	11,100	34.8
อายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม. (กรณีที่ควรระบุอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม.)		
60 ปี	6,501	35.4
70 ปี	7,907	43.0
80 ปี	3,970	21.6
อสม. สูงอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม. แล้วควรเชิดชูเกียรติเป็น “อสม. ที่ปรึกษาอาวุโส” ในกรณีที่ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. มากกว่า (กรณีที่ควรระบุอายุที่สิ้นสุดสภาพ อสม.)		
5 ปี	1,366	9.4
10 ปี	3,068	21.1
20 ปี	4,289	29.4
30 ปี	5,850	40.1

อสม. แล้วควรเชิดชูเกียรติเป็น “อสม. ที่ปรึกษาอาวุโส” และในกรณีที่ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. มากกว่า 30 ปี ดังตารางที่ 1

2.2 คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยกับคุณสมบัติทั้ง 4 ด้าน และได้ให้ความเห็นในรายละเอียดดังนี้

1) ด้านทัศนคติ ได้แก่ การเป็นผู้มีจิตอาสา เต็มใจทำงาน เสียสละ ไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงินหรือสิ่งของ มีความเข้าใจและความปรารถนาดีกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เป็นที่พึ่งของคนในชุมชน กล้าหาญในการทำสิ่งที่ถูกต้อง ตลอดจนไม่ฝักใฝ่การเมือง

2) ด้านความรู้ ได้แก่ มีความรู้ด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย มีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน และความรู้ด้านการสร้างนวัตกรรมในชุมชน และมีความรู้ด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร

3) ด้านทักษะ ได้แก่ (1) ทักษะทางสุขภาพ เช่น แนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ การส่งต่อการรักษา การวัดไข้ วัดความดันเลือด วัดน้ำตาลในเลือด การตรวจและกำจัดแหล่งลูงน้ำยุงลาย (2) ทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Care giver) การกู้ชีพ หมอประจำบ้าน และ (3) ทักษะพิเศษ เช่น การประสานงาน การมีมนุษยสัมพันธ์ การให้ความร่วมมือกับผู้อื่น และการดึงคนเข้ามาเป็นแนวร่วมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

4) ด้านพฤติกรรมและการแสดงออก ได้แก่ (1) การปฏิบัติตามค่านิยม เช่น การทุ่มเทให้การทำงาน การรักษาระเบียบวินัย การมีจรรยาบรรณ อสม. การประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดี (2) เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพตนเอง (3) การดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัย การดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งช่วยเหลือชุมชนในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและ

แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุข

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (4) การดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยและรวมถึงญาติ (5) การดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ได้แก่ การปลูกพืชสวนครัว โดยไม่ใช้สารเคมี การจัดตั้งธนาคารความดี การส่งเสริมให้ดำรงชีวิตตามวิถีไทยโดยอนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณี (6) การปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การเข้าร่วมประชุม อสม. การดำเนินกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย เช่น การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัข-บ้า การสำรวจข้อมูล การจัดทำแผนชุมชน

สำหรับความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนา อสม. คุณภาพ จากการสัมภาษณ์พบว่า การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพของ อสม. โดยได้จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ (1) การอบรมในหลักสูตรต่างๆ (2) การดูงานแหล่งที่ประสบความสำเร็จ (3) คำแนะนำจากพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา (4) การลงพื้นที่ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม มีอุปสรรคที่ทำให้ อสม. ไม่สามารถเข้าร่วมอบรมหรือดูงานได้ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้ นอกจากนี้ การเดินทางเข้าอบรม อสม. ต้องออกค่าเดินทางเอง

ดังนั้น เมื่อประมวลความเห็นจากการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ จะพบความสอดคล้องอย่างชัดเจนว่า คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ต้องมีองค์ประกอบครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านทัศนคติ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมและการแสดงออก

3. แนวทางการประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ ตามบริบทและภารกิจของ อสม.

เนื่องจากยังไม่เคยมีงานวิจัยใดได้กำหนดแนวทางการประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพมาก่อน ดังนั้นจึงได้สอบถามความเห็นโดยใช้จากแบบสอบถาม และพบว่า อสม. และ อสส. ส่วนใหญ่เห็นว่า คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ควรเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของ อสม. ในอนาคต โดย อสม. ทุกคนต้องเป็น “อสม. คุณภาพ” และการประเมิน อสม. คุณภาพ ควรให้ประเมินเป็นระยะ ทุก 4 ปี เมื่อต่อบัตรประจำตัว อสม. (ตารางที่ 2) ดังนั้นการออกแบบแนวทางการประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ ตามบริบทและภารกิจของ อสม. มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผู้ประเมิน (evaluator): ใช้ผู้ประเมินจากหลายแหล่ง ได้แก่ ประเมินตนเอง จากผู้บังคับบัญชา และผู้รับบริการ สำหรับการพิจารณาตัดสินว่า ผ่านเกณฑ์ของ อสม. คุณภาพหรือไม่ ในระดับพื้นที่ให้ใช้รูปแบบคณะกรรมการร่วมพิจารณา ประกอบด้วย (1) ผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้านหรือผู้แทน (2) ผู้แทนจาก รพสต. และ (3) ผู้แทนหัวหน้าครัวเรือนในพื้นที่

3.2 ผู้ได้รับการประเมิน (evaluatee): อสม. ทุกคน

3.3 นิยาม อสม. คุณภาพ ใช้คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาจัดเป็นกลุ่มย่อยในแต่ละด้าน ทั้ง 4 ด้าน เพื่อประยุกต์เป็นหัวข้อสำหรับใช้เป็นแบบประเมิน อสม. คุณภาพ

3.4 แบบประเมิน: ประยุกต์จากคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เป็นแบบประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ 4 ด้านมี 14 หัวข้อ ผลประเมินกำหนดเป็นค่า 5 ระดับ (5-Likert scale) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อ การกำหนดคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ

การกำหนดคุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เป็นคุณสมบัติพื้นฐานของ อสม. ในอนาคต โดย อสม. ทุกคนต้องเป็น “อสม. คุณภาพ”	23,295	73.1
กำหนดคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ แนวทาง/ขั้นตอน ในการคัดเลือก “อสม. คุณภาพ” แล้วจัดให้มีกระบวนการคัดเลือก/ประเมินผลงาน	8,588	26.9
การประเมิน อสม. คุณภาพ		
ให้ประเมินเฉพาะครั้งแรกที่สมัครเข้ามาเป็น อสม.	7,494	23.5
ให้ประเมินเป็นระยะ ทุก 4 ปี เมื่อต่อบัตรประจำตัว อสม.	24,389	76.5

ตารางที่ 3 แบบประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ 4 ด้าน 14 หัวข้อ

ข้อ	คุณสมบัติ อสม. คุณภาพ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
	ด้านทัศนคติ					
1	มีจิตอาสา เต็มใจทำงาน เสียสละ ไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงินหรือสิ่งของ					
2	มีความเข้าใจและปรารถนาดีกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เป็นที่พึ่งของคนในชุมชน กล่าวหาญทำสิ่งที่ถูกต้อง ไม่ฝักใฝ่การเมือง					
	ด้านความรู้					
3	มีความรู้ด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย					
4	ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน การสร้างนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน					
5	ความรู้ด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร					
	ด้านทักษะ					
6	มีทักษะทางสุขภาพ ได้แก่ แนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ แนะนำเรื่องการส่งต่อการรักษา การวัดไข้ วัดความดันเลือด วัดน้ำตาลในเลือด การตรวจและกำจัดแหล่งลูกน้ำยุงลาย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เป็นต้น					
7	มีทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยติดเตียง (care giver) การกู้ชีพ หมอประจำบ้าน					
8	มีทักษะพิเศษ ได้แก่ การประสานงาน การมีมนุษยสัมพันธ์ การให้ความร่วมมือกับผู้อื่น และการดึงคนเข้ามาเป็นแนวร่วมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ					
	ด้านพฤติกรรมและการแสดงออก					
9	การปฏิบัติตามค่านิยมที่พึงประสงค์ ได้แก่ ทุ่มเทให้การทำงาน รักษาระเบียบวินัย มีจรรยาบรรณ อสม. การประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดี					
10	เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพตนเอง					
11	ดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ช่วยเหลือชุมชนปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ					
12	ดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติ					
13	ดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต เช่น ปลูกพืชโดยไม่ใช้สารเคมี จัดตั้งธนาคาร-ความดี ส่งเสริมให้ดำรงชีวิตตามวิถีไทยโดยอนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณี					
14	ปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เข้าร่วมประชุม อสม. ดำเนินกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย เช่น ฝึการวังโรคพิษสุนัขบ้าสำรวจข้อมูล จัดทำแผนชุมชน เป็นต้น					

3.5 เกณฑ์การให้คะแนน: ลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 5 ระดับ (5-Likert scale) คือ มีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละระดับของแต่ละหัวข้อหรือกิจกรรมไว้อย่างชัดเจน ตั้งแต่ระดับที่ 1-5 โดย 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด

3.6 เกณฑ์การแบ่งระดับของ อสม. คุณภาพ: ผลการประเมินจะเป็นตัวกำหนดระดับของ อสม. คุณภาพ ใช้หลักเกณฑ์พิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ⁽¹⁴⁾ ซึ่งคะแนนประเมินที่ได้จะอยู่ในเกณฑ์คุณภาพ 4 ระดับดังนี้

- 81-100 คะแนน = ดีเด่น
- 61-80 คะแนน = ดี
- 41-60 คะแนน = พอใช้
- 20-40 คะแนน = ต้องปรับปรุง

ใช้สีแทนแต่ละระดับคุณภาพ เช่น ฟ้ำ เขียว เหลือง แดง สำหรับติดในบัตรประจำตัว อสม.

3.7 การผ่านเกณฑ์: อสม. คุณภาพ จะต้องมียะคะแนน ตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป

3.8 การรายงานผล: รายงานผลเป็นรายบุคคล โดยให้รายงานเป็นแผนภูมิเรดาร์ (Radar graph)

3.9 ระยะเวลาประเมิน: อสม. ทุกคนต้องถูกประเมิน เป็นระยะ ทุก 4 ปี ก่อนต่อบัตรประจำตัว อสม.

วิจารณ์

ผลการศึกษาทั้งจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป และจบชั้นต่ำกว่าอนุปริญา ข้อมูลที่ได้คล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านอายุและการศึกษามีผลต่อการทำงาน อสม. โดยช่วงอายุ 51-60 ปี เป็นช่วงที่มีภารกิจในครอบครัวลดลง มีเวลาให้กับสังคมมากขึ้น ประกอบกับผู้ที่มีการพัฒนาทางจิต-สังคมอย่างสมบูรณ์ จะคิดถึงการเสียสละ เผื่อแผ่ เอื้ออาทรต่อบุคคลอื่น⁽¹⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับในการศึกษานี้ที่พบว่า เหตุผลสำคัญของการเป็น อสม. คือ การเสียสละ นอกจากนี้ยังเข้าหาผู้รับบริการและทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจได้มากกว่ากลุ่มอายุอื่น⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ความสามารถจดบันทึกและใช้เครื่องมือช่วยในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมีต่ำ⁽¹⁶⁾ สำหรับระดับการศึกษาน้อยทำให้ขีดความสามารถต่ำ จึงเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย ใช้เทคนิคการทำงานแบบเก่า⁽⁵⁾ และศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. บางด้านมีน้อย⁽⁶⁾ ในอนาคตควรปรับปรุงกระบวนการคัดเลือก อสม. โดยเพิ่มระดับการศึกษาของการเป็น อสม. ใหม่ จากเดิมอ่านออกเขียนได้ เป็นระดับการศึกษาคะทั่งค้ำแทน และปรับรูปแบบการคัดเลือก อสม. ให้เป็นรูปแบบคณะกรรมการ และหาก

ระบุมีการสิ้นสุดสภาพของ อสม. เนื่องจากอายุมาก ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า อายุที่เป็นเกณฑ์สิ้นสุดสภาพ อสม. คือ 70 ปี ในกรณีที่อายุครบ 70 ปีและปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. มากกว่า 30 ปี ควรเชิดชูเกียรติเป็น “อสม. ที่ปรึกษาอาวุโส”

นอกจากนี้พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น อสม. ทัวไป ซึ่งมีประสบการณ์การทำงาน อสม. น้อยกว่า 10 ปี แตกต่างจากผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีประสบการณ์มานานกว่า 10 ปี เนื่องจากเป็นการเลือกแบบเจาะจงจากผู้ดำรงตำแหน่งประธาน อสม. ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อสม. ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมานาน สามารถเลือกใช้เครื่องมือในการทำงานได้ดี สร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการ โดยชักนำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และต้องการรับบริการอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁶⁾

กระบวนการพัฒนาคุณภาพในด้านความรู้และทักษะต่าง ๆ พบว่า อสม. ต้องการได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแรงจูงใจส่วนบุคคลที่สำคัญ เพื่อที่จะนำความรู้และทักษะเหล่านั้นไปใช้ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว⁽¹⁷⁾ นอกจากนั้นยังช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้น⁽¹⁸⁾ จากการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพเกิดจาก 4 แหล่ง (1) การอบรมในหลักสูตรต่างๆ (2) การดูงานจากแหล่งที่ประสบความสำเร็จ (3) คำแนะนำจากพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา (4) การลงพื้นที่ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ปัญหาที่พบคือ การไม่ได้เข้ารับการอบรม และอุปสรรคสำคัญคือไม่มีเวลา คล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^(19,20) การขาดกระบวนการพัฒนาความรู้และทักษะที่ดี และเพียงพอส่งผลต่อคุณภาพของ อสม.^(21,22) โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ⁽²²⁾

คุณสมบัติของ อสม. คุณภาพ ประกอบด้วยรายละเอียด 4 ด้าน ได้แก่ ทศนคติ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมแสดงออก ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินขีดความสามารถ^(11,23) ที่สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการทำงานอันแท้จริงของบุคคล และความสามารถนั้นเป็นผลดีต่อผลการปฏิบัติงาน นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับผลงานในเชิงประจักษ์ ได้แก่ การช่วยเหลือประชาชนให้

ปลอดภัยจากโรคร้ายในทุกรูปแบบ⁽²⁴⁻²⁶⁾ และบทบาทหน้าที่ที่กำหนดให้ อสม. เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขสุขให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ให้บริการสาธารณสุข เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาทางสาธารณสุข เป็นผู้นำในการวางแผนแก้ปัญหาของชุมชน เป็นแกนนำชักชวนประชาชนให้เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุข และดูแลสิทธิประโยชน์ของประชาชน^(2,27)

แนวทางการประเมิน อสม. คุณภาพ ทั้ง 4 ด้าน ด้านทัศนคติ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมและการแสดงออกสะท้อนคุณลักษณะและบทบาท ที่มีการประเมินการปฏิบัติ (performance assessment)¹⁸ ที่เกิดจากตัว อสม. เอง⁽²⁹⁾ และประชาชน⁽³⁰⁾ ถือเป็นแบบการประเมินเพื่อการแข่งขัน (competition) ทำให้เกิดการเปรียบเทียบระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน⁽³¹⁾ ที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในการทำงานตามหลักของการบริหารทรัพยากรมนุษย์⁽³²⁾ โดยรูปแบบการประเมินที่สร้างขึ้น ประเมินโดยใช้วิธีการหลายคน (multiple assessors) ได้แก่ ประเมินตนเอง จากผู้บังคับบัญชา และผู้รับบริการ สำหรับการพิจารณาตัดสินว่า ผ่านเกณฑ์ของ อสม. คุณภาพหรือไม่ ในระดับพื้นที่ให้ใช้รูปแบบคณะกรรมการร่วมพิจารณา ประกอบด้วย (1) ผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้านหรือผู้แทน (2) ผู้แทนจาก รพ.สต. และ (3) ผู้แทนหัวหน้าครุเรือนในพื้นที่ ถือได้ว่าครอบคลุม เพราะนอกจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ยังมีชาวบ้านที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกิดจากการให้บริการของ อสม.⁽³⁰⁾ ซึ่งแตกต่างจากวิธีการประเมินแบบเดิมที่ประเมินจากเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. และแบบประเมินคุณลักษณะที่ออกแบบนี้ใช้เทคนิคการประเมินแบบวิธีแบ่งชั้น (grading) ที่สามารถอธิบายคำจำกัดความของแต่ละคุณลักษณะไว้ชัดเจน จึงเหมาะสำหรับการประเมินการทำงานอาสาสมัคร (performance evaluations for volunteers) ที่สามารถสะท้อนการแสดงออกของบทบาทในการปฏิบัติงานได้จริง ทั้งนี้ แนวทางในการประเมิน “อสม. คุณภาพ” ควรจัดให้มีกระบวนการประเมินทุกปี โดย อสม. ทุกคนต้องถูกประเมิน ซึ่งจะประเมินเมื่อแรกเข้าและประเมินทุก 4 ปี

เมื่อครบระยะเวลาต่อบัตรประจำตัว อสม. เมื่อผ่านเกณฑ์การประเมินจะได้รับบัตรประจำตัว “อสม. คุณภาพ” หากไม่ผ่านเกณฑ์จะได้บัตรประจำตัว อสม. ตามเดิม กำหนดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในการประเมินในแต่ละพื้นที่ และใช้แบบประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ 4 ด้าน 14 หัวข้อ ด้วยหลักเกณฑ์วิธีการที่กำหนดเป็นมาตรฐานกลางของประเทศ

อย่างไรก็ตาม แนวทางการพัฒนา อสม. คุณภาพ ควรออกแบบเชิงระบบในเรื่องการพัฒนากำลังคนของ อสม. ในทุกมิติ ทั้งการวางแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Strategy; HRS) การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Planning; HRP) การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management; HRM) และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development; HRD) ของ อสม. รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลของ อสม. ให้มีข้อมูลที่ต้องการ นำเชื่อถือ ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลของ อสม. จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ก. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพ เพื่อสนับสนุนกำลังคนสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต คือ หน่วยงานในระดับกระทรวง ควรออกแบบเชิงระบบในเรื่องการพัฒนากำลังคน อสม. ประกอบด้วยการวางแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ของ อสม. เพื่อพัฒนาให้ความรู้ฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องให้ อสม. สามารถปรับตัวก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วได้ และสามารถสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาระบบข้อมูลของ อสม. ให้มีข้อมูลที่ต้องการ นำเชื่อถือ ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยบูรณาการเชื่อมโยง

โยงฐานข้อมูล (database) ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และในระดับพื้นที่ พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลที่ดี ทั้งการขึ้นทะเบียน การติดตามกำกับและประเมินผล จัดให้มีรายงานมาตรฐาน (standard report) ระบบเฝ้าระวังแจ้งเตือน ระบบความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (cyber security) และมีการสำรองข้อมูล (backup) อย่างสม่ำเสมอ

3. อสม. คุณภาพ ควรมีคุณลักษณะ 4 ด้าน 14 หัวข้อ ได้แก่ ด้านทัศนคติ 2 หัวข้อ คือ มีจิตอาสาเสียสละ และเป็นที่ยอมรับของชุมชน ด้านความรู้ 3 หัวข้อ คือ ความรู้สาธารณสุขพื้นฐานดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย การพัฒนาชุมชน และเทคโนโลยีการสื่อสาร ด้านทักษะ 3 หัวข้อ คือ ทักษะทางสุขภาพ เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และพิเศษ และด้านพฤติกรรมและการแสดงออก 6 หัวข้อ คือ ปฏิบัติตามค่านิยม เป็นแบบอย่างดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัย ดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และปฏิบัติตามนโยบาย สำหรับแนวทางการพัฒนา อสม. คุณภาพ จำเป็นต้องมีการออกแบบระบบใหม่ เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดเลือก อสม. ใหม่ ควรปรับเป็นระดับการศึกษาภาคบังคับขึ้นไป และปรับรูปแบบการคัดเลือก อสม. ให้เป็นรูปแบบคณะกรรมการ ในระหว่างเป็น อสม. มีกระบวนการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องใช้หลากหลายรูปแบบ และท้ายสุดควรกำหนดให้มีการเกษียณอายุของ อสม. เมื่ออายุครบ 70 ปีบริบูรณ์ หากปฏิบัติหน้าที่ต่อเนื่อง มากกว่า 30 ปี ควรเชิดชูเกียรติเป็น “อสม. ที่ปรึกษาอาวุโส”

4. กำหนดแนวทางในการประเมิน “อสม. คุณภาพ” ที่ชัดเจน ให้มีกระบวนการประเมินทุกปี อสม. ทุกคนต้องถูกประเมิน โดยประเมินเมื่อแรกเข้าและทุก 4 ปี เมื่อผ่านเกณฑ์ประเมินจะได้รับบัตรประจำตัว “อสม. คุณภาพ” หากไม่ผ่านเกณฑ์จะได้บัตรประจำตัว อสม. ตามเดิม กำหนดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในการประเมินแต่ละพื้นที่ ใช้แบบประเมินคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ 4 ด้าน 14 หัวข้อ ด้วยหลักเกณฑ์วิธีการที่กำหนด ใช้ผู้ประเมินจากหลายแหล่ง ได้แก่ ประเมินตนเอง จากผู้บังคับบัญชา

และผู้รับบริการ มีการพิจารณาตัดสินในรูปแบบคณะกรรมการ และบูรณาการประเมิน อสม. คุณภาพ กับการประเมินผลงานของ อสม. ประจำปี

ข. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) ของคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ

2. ควรศึกษาการพัฒนาารูปแบบคุณสมบัติ อสม. คุณภาพที่พึงประสงค์ด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research development) เพื่อสร้างและพัฒนาารูปแบบการพัฒนา อสม. ให้มีคุณสมบัติ อสม. คุณภาพ ภายใต้อบริบทและสถานการณ์ปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. From Alma-Ata to the year 2000: reflections at the midpoint. Geneva: World Health Organization; 1988.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนุสสหกรณ์การเกษตร-แห่งประเทศไทย; 2554
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบรายงานระบบฐานข้อมูลอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 2 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล <http://www.thaiphc.net/new2020/content/4>
4. Chatio S, Welaga P, Tabong PT, Akweongo P. Factors influencing performance of community-based health volunteers' activities in the Kassena-Nankana Districts of Northern Ghana. PloS one [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 2];14(2):e0212166. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212166>
5. ฉลาด ภูระหงษ์, มาลี ไชยเสนา, กุลชญา ลอยหา. ศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดระยอง. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2021;9(1):369-79.

6. สหัทธยา ถึงรัตน์. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลาอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. [การศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
7. คมสันต์ ธงชัย, สุชาติตามณี บุญจรัส. การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ กิ่งเมืองกิ่งชนบทบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 2560;9(3):206-20.
8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
9. มณีทิพย์ ชวิตรานุกัษ์, ชาญชัย จิวจินดา. บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบกับ. กันตัง จ. ตรัง และ ต. บางรักพัฒนา จ. นนทบุรี. วารสารนวัตกรรมกรรมการบริหารและการจัดการ 2563;8(1):68-76.
10. สมชาย วรภิจเกษมสกุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุตรธานี: อักษรศิลป์; 2562.
11. McClelland D. Testing for competence rather than for "intelligence". The American psychologist 1973;28(1): 1-14.
12. Farooq MB, De Villiers C. Telephonic qualitative research interviews, when to consider them and how to do them, Meditari Accountancy Research 2017;25(2):291-316.
13. Miller WL, Crabtree BF. Clinical research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research (pp. 340-352). Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994. p. 340-52.
14. สุวีพันธุ์ วรพงษ์ศร. การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: วิฑูรย์การปก; 2558.
15. Watanabe O, Chompikul J. Factors influencing the intention to leave elderly care among village health volunteers in Mueang district in Nakhon Ratchasima province, Thailand. Journal of International Health 2016;31(1):1-11.
16. Slater CL. Generativity versus stagnation: an elaboration of Erikson's adult stage of human development. Journal of Adult Development 2003;10(1):53-65.
17. Crispin N, Wamae A, Ndirangu M, Wamalwa D, Wangalwa G, Watako P, et al. Effects of selected socio-demographic characteristics of community health workers on performance of home visits during pregnancy: a cross-sectional study in Busia District, Kenya. Global Journal of Health Sciences 2012;4(5):78-90.
18. Tshering D, Tejatvaddhana P, Briggs D, Wangmo N. Factors affecting motivation and retention of village health workers and recommended strategies: a systematic review from 11 developing countries. Asia Pacific Journal of Health Management 2018;13(2):18-27.
19. Skoglund AG. Do not forget about your volunteers: a qualitative analysis of factors influencing volunteer turnover. Health Soc Work 2006;31(3):217-20.
20. Kauffman KS, Myers DH. The changing role of village health volunteers in northeast Thailand: an ethnographic field study. International Journal of Nursing Studies 1997;34(4):249-55.
21. Ahmed SM. Taking healthcare where the community is: the story of the Shasthya Sebikas of BRAC in Bangladesh. Dhaka: BRAC University; 2008.
22. เอกพงศ์ เกยงค์. การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(1):118-26.
23. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยมอย่างยิ่ง. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2558.

24. World Health Organization. Thailand's 1 million village health volunteers – “unsung heroes” – are helping guard communities nationwide from COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 2]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailand-1-million-village-healthvolunteers-unsung-heroes-are-helping-guard-communities-nationwide-from-covid-19>.
25. Bezbaruah S, Wallace P, Zakoji M, Padmini Perera WL, Kato M. Roles of community health workers in advancing health security and resilient health systems: emerging lessons from the COVID-19 response in the South-East Asia Region. WHO South-East Asia Journal Public Health 2021;10(1):1:41-8.
26. ลือชัย ศรีเงินยวง. ติดตามประเมินผลโครงการพัฒนานโยบายการสนับสนุนศักยภาพ อสม. ผู้ให้บริการ ระบบสุขภาพชุมชน ปี 2553. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.
27. ชาญณรงค์ วงศ์วิชัย. คุณลักษณะอาสาสมัครที่มีผลต่อบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา 2017;5(1):123-51.
28. Bloom B, Englehart M, Furst E, Hill W, Krathwohl D. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: cognitive domain. New York: Longmans Green; 1956.
29. ยุทธนา แยกบาย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19(3):145-55.
30. สุพัตรา ศรีชุม. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามการรับรู้และความคาดหวังของประชาชนตำบลเสม็ด จังหวัดชลบุรี. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยบัณฑิต กลุ่มวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
31. บรรยงค์ โตจินดา. การบริหารงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร: รวมสาส์น; 2543.
32. เบญจมาศ ลักษณะนิยานนท์. การบริหารทรัพยากรมนุษย์. อุดรธานี: แม่ละมุลการพิมพ์; 2547.

Abstract: Guidelines for Development of Quality Village Health Volunteers (VHVs) to Support the Health Workforce for the Future Health System

Wichian Thianjuruwatthana, M.D.*; Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.; Saisamorn Vachirapapun, M.S.*****

** Office of the Permanent Secretary for Public Health, Ministry of Public Health; ** Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Praboromarajchanok Institute, Thailand; *** Independent Researcher
Journal of Health Science 2021;30(2):353-66.*

The objective of this study was to produce a guideline for the development of quality village health volunteers (VHVs) together with a quality assessment tool. Two study methods were applied: (1) quantitative method to collect opinions on the quality of VHVs among 31,883 VHVs selected through random sampling from the total VHV population; and (2) the qualitative method to obtain suggestions on the characteristics of a quality VHV from 22 head or sub-head of VHVs purposively selected. Quantitative data were collected by online survey using a newly created questionnaire, of which the content validity was checked and obtained IOC ranged 0.67-1.00. The data were analyzed by using descriptive statistics. For the qualitative study, data collection was conducted via telephone interviews using a semi-structured questionnaire. The study found that majority of VHVs agreed that desirable qualifications of VHVs should cover 4 dimensions of attitude, knowledge, skills, and behavioral expression. For the attitude, a quality VHV should have volunteer spirit and being supportive to community needs. The knowledge dimensions should cover basic public health for caring people of all age groups, community development, and communication technology. For the skills dimension, 3 components were essential: health care, specialized and specific skills. On the behavioral expression, it covered 6 areas which included the practice based in norms, being a role model in self-care, applying integrated care for all ages, taking care people's mind, promoting quality of life, and implementing the health policies. The results of this study could be applied as a guideline for an assessment of quality VHVs taking into account different local context. As for the quality assessment, it could be performed comprehensively by self assessment, by supervisors, and by people receiving their services; and the decision should be made by a specific committee. In conclusion, the development of quality VHVs should cover all essential dimensions so that the VHVs would be able to support the health personnel for effectively solving health problems in their area.

Keywords: qualified village health volunteer; health system; assessment guideline; health workforce

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ประสิทธิผลการบรรจุบุคลากรข้าราชการตั้งใหม่ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนา 2019

อุจนิษฐ์ พรชัยสุขศิริ ศศ.บ.

ฉวีวรรณ สำเภา ร.บ.บ.

วิไลวรรณ ประโยชน์ ศศ.บ.

ธนิษฐ์พัทรา จันทร์อาภรณ์ ร.ป.ม.

กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันรับ: 10 ม.ค. 2564

วันแก้ไข: 20 ก.พ. 2564

วันตอบรับ: 28 ก.พ. 2564

บทคัดย่อ เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563 มติคณะรัฐมนตรีอนุมัติอัตราข้าราชการตั้งใหม่ให้กระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และให้ดำเนินการคัดเลือกเป็นกรณีพิเศษ ตามที่ ก.พ. กำหนด 24 สายงาน จำนวน 38,105 อัตรา ทั้งนี้ ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา 1 ปี จึงจำเป็นต้องมีการปรับกระบวนการดำเนินการบรรจุข้าราชการเพื่อให้ทันเงื่อนไข การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบรรจุบุคลากรการจ้างงานทางเลือก ได้แก่ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) เป็นข้าราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 22 สายงาน จำนวน 34,914 อัตรา และสรุปบทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบรรจุและแต่งตั้งข้าราชการ ศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากผลการบรรจุและข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสารทางราชการ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการอภิปรายกลุ่มกับผู้เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผลการศึกษาพบว่า การบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ มีผลสัมฤทธิ์ระดับสูงสามารถบรรจุบุคคลเข้ารับราชการได้ถึงร้อยละ 94.7 ของตำแหน่งที่ได้รับจัดสรรทั้งหมด ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จคือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขที่เชื่อมโยงข้อมูลบุคลากรระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค เป็นเครื่องมือประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการวางแผน ตรวจสอบ และแก้ปัญหา ประกอบกับการปรับกระบวนการคัดเลือกโดยการมอบอำนาจของปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้มีส่วนอำนาจในการแต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือก และมอบหมายให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป เป็นประธานกรรมการคัดเลือก จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้กำหนดนโยบายจัดการข้อมูลบุคลากรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งด้านความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และสามารถเรียกใช้งานง่าย ทันเวลา นอกจากนี้ สำนักงาน ก.พ. และกระทรวงสาธารณสุข ควรศึกษาร่วมกันเพื่อปรับปรุงมาตรฐานกำหนดตำแหน่งทุกประเภทการจ้างงานให้สอดคล้องกันเพื่อพัฒนาการบรรจุและแต่งตั้งให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งในกรณีปกติและกรณีพิเศษที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: การบรรจุข้าราชการ; ประสิทธิภาพ; ภาวะฉุกเฉิน; ไวรัสโคโรนา 2019; มติคณะรัฐมนตรี

บทนำ

จากการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562⁽¹⁾ ที่ผ่านมา และองค์การอนามัยโลก ได้ออกมาระบุว่า ไวรัสชนิดดังกล่าว คือ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 ตามการประกาศชื่ออย่างเป็นทางการที่ใช้เรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ขององค์การอนามัยโลก⁽²⁾ และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คนผ่านฝอยละอองขนาดเล็ก จากเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้เริ่มมีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นวงกว้าง มีการแพร่ระบาดลุกลามไปยังประเทศต่าง ๆ ส่งผลกระทบไปทั่วโลก มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ระบบสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ เกิดสภาวะที่ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยทั้งหมดได้ เนื่องจากทรัพยากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จนเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเป็น “ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ” (Public Health Emergency of International Concern)⁽³⁾ และวันที่ 11 มีนาคม 2563 ประกาศให้เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (Pandemic)⁽⁴⁾

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และประกาศในราชกิจจานุเบกษา⁽⁵⁾ โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย ระยะต่อมาได้พบการแพร่ระบาดใหญ่ โดยเป็นการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (cluster) จนทำให้ยอดผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้รัฐบาลต้องยกระดับ การบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอยู่ในวงจำกัด และจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2563⁽⁶⁾ การยกระดับมาตรการในการเฝ้าระวัง และควบคุมการแพร่ระบาดในประเทศไทยยึดหลัก “ชีวิตและสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ” เป้าหมายเพื่อลดโอกาสการแพร่

เชื้อเข้าสู่ประเทศไทย เพิ่มสมรรถนะการคัดกรองและตรวจจับผู้ติดเชื้อ เพิ่มการเฝ้าระวัง ลดการแพร่เชื้อในชุมชน และเพิ่มความพร้อมในการรักษาพยาบาล รวมทั้งลดผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และเพิ่มความมั่นคงของประเทศ ด้วยการสร้างความเชื่อมั่นของประชาชนและภาพลักษณ์ของประเทศ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและเตรียมความพร้อมทุกระดับเพื่อรับมือกับภัยจากโรคระบาด

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการวางแผนรับมือการระบาดของโรคดังกล่าว ได้ประกาศยก ระดับการแจ้งเตือนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽⁷⁾ และได้เตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับวิกฤตการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อดังกล่าว ตามเป้าหมายที่คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติกำหนด ทั้งในด้านอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ ยาและวัคซีน ตลอดจนด้านกำลังคน เพื่อให้เพียงพอกับปริมาณผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการหนักวิกฤติ และอาจเสียชีวิตจำนวนมาก ในขณะเดียวกันยังต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ แต่ข้อเท็จจริงกระทรวงสาธารณสุขยังมีความขาดแคลนอัตรากำลังและบุคลากรที่จำเป็นต่อการรับมือการระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการระดมสรรพกำลังทรัพยากรและเพิ่มขีดความสามารถด้านกำลังคนให้เพียงพอกับการรับมือกับภาวะวิกฤติ ลดการสูญเสียชีวิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ด้วยความขาดแคลนตำแหน่งข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจ้างงานทางเลือกบุคลากร ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมและสั่งสมประสบการณ์การทำงานในสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเป็นกำลังหลักในการปฏิบัติงานด้านหน้า ที่จะต้องทำงานเป็นเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมง หมุนเวียนไปปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ประกอบกับยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอที่จะพยากรณ์ความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ

เชื้อไวรัสโควิด 2019 และภาระงานที่สูงขึ้นอย่างมาก ทั้งการรักษาพยาบาลและการควบคุมโรค รวมทั้งการที่ยังต้องให้บริการผู้ป่วยประเภทอื่นๆ ทำให้หน่วยบริการมีความจำเป็นต้องจัดให้บุคลากรทำงานล่วงเวลา โดยไม่มีวันหยุดเพื่อเพิ่มกำลังสำรอง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยผลักดันให้บุคลากรกลุ่มนี้ออกในช่วงที่ประเทศประสบภาวะวิกฤติขาดแคลนกำลังคน กระทรวงสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นต้องเร่งด่วนที่จะต้องขออนุมัติตำแหน่งข้าราชการอัตราตั้งใหม่ โดยได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อขออนุมัติอัตราข้าราชการตั้งใหม่ และมาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขรองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019⁽⁸⁾ ซึ่งต่อมาที่ประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563 ได้มีมติเห็นชอบให้จัดสรรอัตราข้าราชการตั้งใหม่⁽⁹⁾ รวมทั้งมาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ตามที่สำนักงาน ก.พ. ในฐานะฝ่ายเลขานุการร่วมคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐเสนอ คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) เห็นชอบให้คณะอนุกรรมการสามัญประจำกระทรวงสาธารณสุข (อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข) แบ่งการกำหนดตำแหน่งอัตราข้าราชการตั้งใหม่ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ให้กำหนดตำแหน่งเพื่อรองรับการบรรจุกลุ่มบุคลากรที่ให้บริการในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 โดยตรง รวม 25,051 อัตรา (13 สายงาน ได้แก่ นายแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักรังสีการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักวิชาการสาธารณสุข นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ พยาบาลเทคนิค เจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม) ภายในเดือนพฤษภาคม 2563

ระยะที่ 2 ให้กำหนดตำแหน่งเพื่อรองรับการบรรจุ

กลุ่มบุคลากรที่สนับสนุนการให้บริการในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 รวม 5,616 อัตรา (11 สายงาน ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาคลินิก นักโภชนาการ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ วิศวกร (ชีวการแพทย์) นักวิชาการอาหารและยา เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และโภชนาการ) ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2563 เป็นต้นไป

ระยะที่ 3 ให้กำหนดตำแหน่งเพื่อรองรับการบรรจุกลุ่มบุคลากรที่ให้บริการหรือสนับสนุนการให้บริการในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ รวม 7,438 อัตรา (11 สายงาน ได้แก่ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และพยาบาลเทคนิค) ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2563 เป็นต้นไป

กระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการบรรจุและแต่งตั้งบุคคลในอัตราข้าราชการตั้งใหม่ที่ได้รับจัดสรรให้แล้วเสร็จโดยเร็ว หรือภายในระยะเวลา 1 ปี นับแต่วันที่ได้อนุมัติจากมติคณะรัฐมนตรี ทั้งนี้ การบรรจุและแต่งตั้งบุคคลต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด⁽¹⁰⁾ และต้องดำเนินการให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.)⁽¹¹⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563 โดยรวบรวมประสิทธิผลการดำเนินการบรรจุ แนวทางการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค พร้อมเสนอแนวทางแก้ไข อันจะเป็นประโยชน์ต่องานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลในอนาคต

วิธีการศึกษา

ศึกษาโดยวิธีวิจัยเชิงพรรณนา ตามกรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการ โดยการรวบรวมหลักฐานจากข้อเท็จจริงในการดำเนินการบรรจุบุคลากรในอัตราข้าราชการตั้งใหม่ รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อ วันที่ 15 เมษายน 2563 ในลักษณะการประเมินระหว่างการทำงานและประเมินผลหลังการดำเนินงาน โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ได้รับการบรรจุสำเร็จ และไม่สำเร็จเปรียบเทียบกับเป้าหมายจำนวนตำแหน่งที่ได้รับอนุมัติในแต่ละระยะ

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์เนื้อหาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผลการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการปฏิบัติงานตามขั้นตอนการบรรจุข้าราชการตามมติคณะรัฐมนตรี และการรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมาย โดยการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) แบบออนไลน์ ด้วยโปรแกรม Cisco Webex Meeting คัดเลือกผู้เข้าร่วมอภิปรายกลุ่ม ด้วยวิธีสุ่มแบบกำหนดโควตา ผู้ปฏิบัติงานด้านทรัพยากรบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ ตามมติคณะรัฐมนตรี จำนวน 10 คน ได้ผู้เข้าร่วมอภิปรายกลุ่มจากหน่วยงานส่วนภูมิภาค 10 จังหวัด ใน 5 ภูมิภาค (ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคกลาง และภาคใต้) เป็นตัวแทนระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 คน (จังหวัดอุดรธานี อุบลราชธานี ชลบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา) และตัวแทนระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 5 คน (จังหวัดเชียงใหม่ อุดรธานี ตราด พิจิตร และนครปฐม)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ประเด็นสำคัญการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางราชการ ได้แก่ มติคณะรัฐมนตรี พระราชบัญญัติ กฎระเบียบ คำสั่ง รายงานการประชุม คู่มือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานประเมินเชิงปริมาณ โดยวิธีการแจกแจงจำนวน และคำนวณสัดส่วนร้อยละ ประเด็นคำถามการ

อภิปรายกลุ่ม และวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา

การศึกษาข้อมูลต้นกำลังคนย้อนหลัง 3 ปี พบว่าสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจ้างงานบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง และสายงานสนับสนุนงานตรวจรักษาวินิจฉัย คัดกรอง ที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และสหวิชาชีพอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสาธารณสุข ในระบบการจ้างงานทางเลือก ในตำแหน่งพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการลาออกจากงานสูงกว่าข้าราชการถึง 10 เท่า ข้อมูลปรากฏตามตารางที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินการเพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นเร่งด่วนในการบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 24 สายงาน รวมทั้งสิ้น 38,105 อัตรา ซึ่งเดิมเป็นสายงานที่ต้องดำเนินการสอบแข่งขันเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ ตามมาตรา 53 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 จำนวน 10 สายงาน ได้แก่ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ไม่ใช่ปริญญาทางเวชศาสตร์การธนาคารเลือด) นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา (ไม่ใช่ปริญญาทางจิตวิทยาคลินิก) นักเทคโนโลยีสารสนเทศ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ วิศวกร (ชีวการแพทย์) นักวิชาการอาหารและยา นักโภชนาการ โภชนากร เจ้าพนักงานสาธารณสุข และสายงานที่ ก.พ. กำหนดให้หน่วยงานสามารถดำเนินการคัดเลือกบรรจุบุคคลเข้ารับราชการเป็นกรณีพิเศษตามมาตรา 55 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 จำนวน 14 สายงาน ได้แก่ นายแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ พยาบาล

ประสิทธิผลการบรรจุบุคลากรข้าราชการตั้งใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนา 2019

ตารางที่ 1 จำนวนอัตราการลาออกของบุคลากรประเภทต่าง ๆ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเภทการจ้างงาน	ปีงบประมาณ 60			ปีงบประมาณ 61			ปีงบประมาณ 62			เฉลี่ย 3 ปี ลาออก
	จำนวนคน ปฏิบัติงาน*	ลาออก		จำนวนคน ปฏิบัติงาน	ลาออก		จำนวนคน ปฏิบัติงาน	ลาออก		
		ราย	ร้อยละ		ราย	ร้อยละ		ราย	ร้อยละ	
ข้าราชการ	164,973	2,297	1.4	170,108	2,487	1.5	172,827	2,459	1.4	1.4
การจ้างงานทางเลือก**	38,185	3,557	9.3	36,989	3,297	9.0	20,418	4,948	24.2	14.2

หมายเหตุ * จำนวนคนปฏิบัติงาน หมายถึง บุคลากร 24 สายงาน ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 15 เมษายน 2563

** การจ้างงานทางเลือก ได้แก่ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)

เทคนิค เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ทั้งนี้ สายงานนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ปริญญาสาขาวิชาใดสาขาวิชาหนึ่ง ทางเวชศาสตร์การธนาคารเลือด) และสายงานนักจิตวิทยา (ปริญญาสาขาวิชาใดสาขาวิชาหนึ่ง ทางจิตวิทยาคลินิก) คัดเลือกบรรจุได้ สำนักงาน ก.พ. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ได้หารือการดำเนินการตาม มาตรา 55 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 เพื่อคัดเลือกบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นกรณีที่มีเหตุพิเศษเข้ารับราชการและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งโดยไม่ต้องสอบแข่งขัน พร้อมกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการคัดเลือกบุคคลเข้ารับราชการตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนราชการที่ได้รับอนุมัติตำแหน่งข้าราชการตั้งใหม่มากที่สุด 22 สายงาน จำนวน 34,914 อัตรา หรือคิดเป็นร้อยละ 91.6 ของอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรีที่ได้รับอนุมัติทั้งหมด จึงจำเป็นต้องปรับแนวทางดำเนินการคัดเลือกบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดแนวทางใหม่ในการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ และทันต่อระยะเวลาที่มีอยู่จำกัด จากเดิมที่กระบวนการบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ กรณีสอบแข่งขัน ประกอบด้วย 15 ขั้นตอน

หลัก และรายละเอียดระหว่างดำเนินการอีกมากมาย ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือน เช่นเดียวกับกรณีคัดเลือกบรรจุ ที่ประกอบด้วย 10 ขั้นตอนหลัก ใช้เวลาดำเนินการประมาณ 1.5 – 2 เดือน แต่เมื่อปรับแนวทางใหม่ โดยการคัดเลือกบุคคลเข้ารับราชการเป็นกรณีพิเศษ และเปลี่ยนผู้รับมอบอำนาจจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทำให้สามารถบรรจุบุคคลได้ใน 14 ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการเพียง 1 เดือนเท่านั้น รายละเอียดตามตารางที่ 2

การวิเคราะห์ประเด็นประสิทธิผลการบรรจุ พบว่าการบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ ตามมติคณะรัฐมนตรีได้สำเร็จ เป็นจำนวน 33,070 อัตรา จากจำนวนอัตราข้าราชการตั้งใหม่ที่ได้รับอนุมัติทั้งหมดจำนวน 34,914 อัตรา หรือคิดเป็นความสำเร็จร้อยละ 94.7 มีอัตราตั้งใหม่คงเหลือ 1,844 อัตรา หรือคิดเป็นร้อยละ 5.3 ทั้งนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระหว่างหารือสำนักงาน ก.พ. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขส่วนที่เหลือ ได้รับการบรรจุเข้ารับราชการในอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้มากที่สุด รายละเอียดตามตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15

Effectiveness of Personnel Recruitment in the Office of the Permanent Secretary for Public Health

ตารางที่ 2 อัตราข้าราชการตั้งใหม่ที่ได้รับอนุมัติ ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563 จำแนกตามสายงานสอบแข่งขันและสายงานคัดเลือก

ลำดับ	สายงาน	จำนวนอัตราที่ได้รับอนุมัติ (ราย)		
		ภาพรวมกระทรวงสาธารณสุข	เฉพาะสำนักงานปลัดฯ	กรมอื่นๆ (8 กรม)
สายงานสอบแข่งขัน				
1	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์*	749	207	542
2	นักวิชาการสาธารณสุข	10,651	9,831	820
3	นักจิตวิทยา*	325	286	39
4	นักเทคโนโลยีสารสนเทศ	51	32	19
5	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	2,123	1,873	250
6	วิศวกร (ชีวการแพทย์)	19	0	19
7	นักวิชาการอาหารและยา	14	0	14
8	นักโภชนาการ	688	624	64
9	โภชนาการ	203	171	32
10	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	2,372	2,368	4
	รวม	17,195	15,392	1803
สายงานคัดเลือก				
1	นายแพทย์	277	166	111
2	เภสัชกร	563	408	155
3	พยาบาลวิชาชีพ	13,552	12,735	817
4	นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	47	31	16
5	นักเทคนิคการแพทย์	1,437	1,264	173
6	นักจิตวิทยาคลินิก	77	38	39
7	นักกายภาพบำบัด	1,560	1,526	34
8	นักกิจกรรมบำบัด	92	89	3
9	นักรังสีการแพทย์	152	130	22
10	เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	12	10	2
11	พยาบาลเทคนิค	55	55	0
12	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	26	20	6
13	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	1,657	1,654	3
14	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1,403	1,396	7
	รวม	20,910	19,522	1388
	รวมอัตราตั้งใหม่สายงานสอบแข่งขันและคัดเลือก	38,105	34,914	3,191
	คิดเป็นร้อยละ	100	91.6	8.4

หมายเหตุ: * สายงานนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ปริญญาสาขาวิชาใดสาขาวิชาหนึ่ง ทางเวชศาสตร์การธนาคารเลือด) และสายงานนักจิตวิทยา (ปริญญาสาขาวิชาใดสาขาวิชาหนึ่ง ทางจิตวิทยาคลินิก) คัดเลือกบรรจุได้ ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1004/ว 17 ลงวันที่ 19 กันยายน 2562

ประสิทธิผลการบรรจุบุคลากรข้าราชการตั้งใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนา 2019

ตารางที่ 3 ผลการบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรี ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระยะ	จำนวนที่ได้รับอนุมัติ (อัตรา)	ผลสำเร็จการบรรจุบุคลากร อัตราข้าราชการตั้งใหม่		จำนวนอัตราข้าราชการตั้งใหม่ คงเหลือ	
		อัตรา	ร้อยละ	อัตรา	ร้อยละ
ระยะที่ 1	22,376	21,363	95.5	1,013	4.5
ระยะที่ 2	5,100	4,858	95.3	242	4.7
ระยะที่ 3	7,438	6,849	92.1	589	7.9
รวม 3 ระยะ	34,914	33,070	94.7	1,844	5.3

เมษายน 2563 แบ่งเป็น 3 ประเด็น ได้แก่

1) ประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการบรรจุ ทำให้มีอัตราข้าราชการตั้งใหม่คงเหลือ สาเหตุเนื่องจากคุณสมบัติทั่วไป คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง และคุณสมบัติตามคำนิยามคุณลักษณะของบุคลากรและลักษณะงานที่จะได้รับการพิจารณาให้เปลี่ยนสภาพเป็นข้าราชการไม่ตรงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด บุคลากรที่รับการจัดงานทางเลือกไม่สอดคล้องกับคุณสมบัติทั่วไป คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง และคุณสมบัติตามนิยามคุณลักษณะของบุคลากรและลักษณะงานที่จะได้รับการพิจารณาให้เปลี่ยนสภาพเป็นข้าราชการตามที่กระทรวงฯ กำหนด

2) ประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการบรรจุ พบว่า ข้อมูลการจัดงานทางเลือกในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (Human Resource Office of the Permanent Secretary System: HROPS) ไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างหลักเกณฑ์ ประเภทการทำงานที่ซับซ้อน มีอัตรากำลังจำนวนมากและหลากหลายกว่าส่วนราชการอื่น ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลบันทึกข้อมูลในระบบ HROPS ไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน และไม่ทันเงื่อนไขเวลา ด้วยภาระงานมากเกินไปที่จะทำได้ ประกอบกับขาดความเข้าใจในการป้อนข้อมูล ขาดระบบการตรวจสอบข้อมูล และจำนวนผู้มีสิทธิเข้าใช้งานระบบ HROPS ยังไม่สอดคล้องกับผู้มีอำนาจการจัดงาน

3) ประเด็นปัญหาอื่น ๆ เช่น ความไม่ชัดเจนทางการสื่อสาร บุคลากรไม่ประสงค์บรรจุเข้ารับราชการ หรือไม่ผ่านการคัดเลือก เป็นต้น รายละเอียดตามตารางที่ 4

วิจารณ์

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติอัตราข้าราชการตั้งใหม่ และ ก.พ. เห็นชอบให้ดำเนินการตามมาตรา 55 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 ด้วยเหตุพิเศษครั้งนี้ สืบเนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการระบาดรุนแรงและยากที่จะพยากรณ์ ดังนั้น การอนุมัติอัตราข้าราชการตั้งใหม่ จึงเป็นการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพแก่ประชาชน สนับสนุนให้กระทรวงสาธารณสุขมีบุคลากรที่มีทักษะและมีความสามารถพร้อมสำหรับการทำงาน โดยเฉพาะการปฏิบัติงานรองรับการระบาดและการบริการประชาชนหลังการระบาดของโรค โดยพบว่า ประสิทธิผลการบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563 ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการคัดเลือกเพื่อบรรจุเข้ารับราชการเป็นกรณีพิเศษที่ ก.พ. กำหนด โดยสามารถดำเนินการบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ได้จำนวน 33,070 อัตรา จากอัตราข้าราชการตั้งใหม่ที่ได้รับอนุมัติทั้งหมด จำนวน 34,914 อัตรา หรือคิดเป็นความสำเร็จร้อยละ 94.7 มีอัตราตั้งใหม่คงเหลือ 1,844 อัตรา หรือคิดเป็นร้อยละ 5.3 ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จจากการสังเกตแบบมีส่วน

ตารางที่ 4 สรุปข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรี

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
<p>1. ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบรรจุ</p> <p>1.1 คุณสมบัติทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - สัญชาติ <p>1.2 คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - คุณสมบัติ <p>- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ</p> <p>1.3 คุณสมบัติตามนิยามคุณลักษณะของบุคลากรและลักษณะงานที่จะได้รับการพิจารณาให้เปลี่ยนสถานภาพเป็นข้าราชการตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>	<p>มีการจ้างงานทางเลือกบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ซึ่งไม่เป็นไปตามคุณสมบัติทั่วไป ตามมาตรา 36 (1) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551</p> <p>(1) คุณสมบัติการจ้างงานทางเลือกถูกต้อง แต่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานกำหนดตำแหน่งของข้าราชการ แต่เป็นการจ้างงานบุคคลด้วยคุณสมบัติที่สูงกว่าตำแหน่ง เช่น การจ้างงานผู้มีคุณวุฒิปริญญาดุษฎี ในตำแหน่งประเภททั่วไป ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งกำหนดคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งว่า “ได้รับวุฒิประกาศนียบัตรซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า 2-3 ปี ต่อจากมัธยมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาวิชาสามัญ และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) หรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน”</p> <p>(2) คุณสมบัติการจ้างงานทางเลือกไม่ถูกต้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจ้างงานในสาขาวิชาและ/หรือทางที่ไม่ตรงกับมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง - การจ้างงานด้วยคุณวุฒิที่ ก.พ. ไม่ได้รับรองคุณวุฒิ - การจ้างงานในตำแหน่งที่ระบุว่าเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ แต่ผู้ได้รับการจ้างงานไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหมดอายุ - การจ้างรายวัน รายคาบ จ้างเหมาบริการ ลูกจ้างโครงการ หรือการจ้างงานที่ไม่ต่อเนื่องจนถึงวันบรรจุเข้ารับราชการ หรือไม่ได้ปฏิบัติงานในสถานการณั่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งไม่เป็นไปตามนิยามคุณลักษณะของบุคลากรและลักษณะงานที่จะได้รับการพิจารณาให้เปลี่ยนสถานภาพเป็นข้าราชการตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
<p>2. ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการบรรจุ</p> <p>ข้อมูลการจ้างงานในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)</p>	<p>1) ประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการบรรจุ โดยพบว่าข้อมูลการจ้างงานทางเลือกในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้าง หลักเกณฑ์ ประเภทการจ้างงานที่ซับซ้อนและหลากหลายกว่าส่วนราชการอื่น ทำให้เจ้าหน้าที่มีภาระงานจำนวนมาก การจัดลำดับความสำคัญของการติดตามเอกสารการจ้างงาน การปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ใว้ภายหลังภาระงานเร่งด่วน ส่งผลให้การดำเนินการเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติบุคคลและจัดทำข้อมูลรายชื่อผู้ที่ได้รับการบรรจุแต่งตั้งในอัตราข้าราชการตั้งใหม่ เกิดความคลาดเคลื่อน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องใช้ทรัพยากรด้านกำลังคน และระยะเวลาในการตรวจสอบข้อมูลต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ในกองบริหารทรัพยากรบุคคล มากขึ้น</p> <p>2) ขั้นตอน และระยะเวลาการตรวจสอบคุณวุฒิ กรณีที่ต้องเสนอสำนักงาน ก.พ. และ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณา</p> <p>3) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการจ้างงานทางเลือก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎระเบียบและหลักเกณฑ์การจ้างงานทางเลือกประเภทต่าง ๆ ส่วนใหญ่เกิดจากอัตรการหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงาน (turn over) ทำให้ขาดการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน (coaching)</p> <p>4) จำนวนผู้มีสิทธิเข้าใช้งานระบบ HROPS ยังไม่สอดคล้องกับผู้มีอำนาจการจ้างงาน เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีอำนาจการจ้างงาน แต่ไม่มีสิทธิเข้าใช้งานเพื่อบันทึกข้อมูลการจ้างงานในระบบ เป็นต้น</p>

ประสิทธิผลการบรรจุบุคลากรข้าราชการตั้งใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนา 2019

ตารางที่ 4 สรุปข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรี (ต่อ)

ประเด็นปัญหา	รายละเอียด
3. ประเด็นปัญหาอื่น ๆ	1) การสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจไปสู่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับไม่ชัดเจน เนื่องจากมีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก 2) หน่วยงานที่จ้างงานอยู่ปัจจุบัน ไม่ตรงกับหน่วยงานที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติ 3) ไม่ประสงค์เข้ารับการคัดเลือก ด้วยเหตุ ดังนี้ - อัตราเงินเดือนลดลง - ตำแหน่งที่ได้รับการบรรจุไม่ตรงกับตำแหน่งที่จ้างอยู่ปัจจุบัน - ระยะเวลาดำรงตำแหน่งข้าราชการไม่มีสิทธิรับบำนาญ 4) ผ่านการคัดเลือกแล้ว แต่ไม่มารายงานตัวตามกำหนด 5) ไม่ผ่านการคัดเลือก

ร่วม พบว่าสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานและประกอบ การตัดสินใจของผู้บริหาร ในการวางแผนและแก้ไขปัญหา ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งหลักเกณฑ์ที่ ก.พ. ให้ผู้มีวุฒิสอบแข่งขันสามารถคัดเลือกบรรจุได้ และการปรับลดขั้นตอนการคัดเลือกจากเดิมมอบอำนาจให้ ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นมอบให้นายแพทย์สาธารณสุข- จังหวัด มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกใน ส่วนภูมิภาค ทำให้สามารถดำเนินการได้ทันภายในเงื่อนไข เวลาที่กำหนด

สำหรับปัญหาการบรรจุที่พบ ได้แก่ คุณสมบัติทั่วไป คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง และคุณสมบัติตาม นิยามคุณลักษณะของบุคลากรและลักษณะงานที่จะได้รับ การพิจารณาให้เปลี่ยนสถานภาพเป็นข้าราชการตามที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปัญหาข้อมูลสารสนเทศการ จ้างงาน และอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม สำนักงานปลัดกระทรวง- สาธารณสุขให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อนโยบายการบรรจุ บุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563 และตระหนักถึงขวัญและ กำลังใจของผู้ปฏิบัติงานที่ยังไม่ได้รับการบรรจุเข้ารับ ราชการ จึงได้รวบรวมประเด็นปัญหาอุปสรรค พร้อม แนวทางแก้ไขเสนอผู้มีอำนาจพิจารณาต่อไป⁽¹²⁾ ทั้งนี้ โดย ไม่ขัดต่อกฎ ระเบียบ หลักเกณฑ์หรือแนวทางที่กำหนด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาประสิทธิผลการบรรจุ บุคลากรอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรี พบ ว่าสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาขับ- เคลื่อนการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (Human Resource Office of the Permanent Secretary System: HROPS) อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกประเภทการจ้างงาน และควรทบทวน การเพิ่มจำนวนผู้ใช้งาน (user) ในหน่วยงานภูมิภาค โดย กระจายสิทธิการเข้าถึงระบบให้แก่หน่วยบริการที่มีอำนาจ การจ้างงาน เพื่อความคล่องตัวและรวดเร็วในการบันทึก ข้อมูลบุคลากรเข้าสู่ระบบสารสนเทศ HROPS เนื่องจาก เป็นระบบที่สนับสนุนการดำเนินการตามนโยบายด้าน กำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันทบทวนหลักเกณฑ์การจ้างงานประเภทต่าง ๆ ได้แก่ พนักงานราชการ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับพนักงานกระทรวง สาธารณสุข ควรอดบทยื่นการบรรจุเป็นกรณีพิเศษ ตามมติคณะรัฐมนตรี เสนอคณะกรรมการบริหาร พนักงานกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปรับปรุงพัฒนาระบบ การจ้างงานในตำแหน่งให้สอดคล้องกับการบรรจุเข้ารับ ราชการ (นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าพนักงาน- เวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานการแพทย์แผนไทย) และควร ทบทวนแนวทางการมอบอำนาจตามมาตรา 57 แห่งพระ- ราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 ให้

หน่วยงานส่วนภูมิภาค เพื่อการบริหารงานบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ มีความคล่องตัว และทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาประสิทธิผลการบรรจุบุคลากรอัตราข้าราชการต้งใหม่ รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนของผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายสรเสริญ นามพรหม ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อมูลต่างๆ ประกอบการศึกษาวิจัย รวมถึงขอขอบคุณบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านทรัพยากรบุคคล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ ร่วมแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารงานบุคคลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2563]. แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_world.php.
2. World Health Organization. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 8]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).
3. World Health Organization. COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 8]. Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum).
4. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 48 ง (ลงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2564).
6. สำนักนายกรัฐมนตรี. คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.opm.go.th/opmportal/multimedia/phoobeas/covid-19/nr2563/76-2563.pdf>
7. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ฉบับที่ 29 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 19.00 น. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no29-010263.pdf>.
8. กระทรวงสาธารณสุข. ขออนุมัติอัตราข้าราชการต้งใหม่ และมาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นสำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19. หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ 0208.02/1244 (ลงวันที่ 3 เมษายน 2563).
9. ข้อมูลมติคณะรัฐมนตรี. การเพิ่มอัตราข้าราชการต้งใหม่ และมาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นสำหรับบุคลากรกระทรวง-

- สาธารณสุขรองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: https://resolution.soc.go.th/?prep_id=99335103
10. ศูนย์สรรหาและเลือกสรร. การบรรจุบุคลากรสาธารณสุขอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรี. หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1004.2/58 (ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2563).
11. สำนักพัฒนาระบบบำนาญตำแหน่งและค่าตอบแทน. การขอเพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่ และมาตรการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นสำหรับบุคลากรสาธารณสุข รองรับภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19. หนังสือสำนักงานคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ ที่ นร 1008.4/34 (ลงวันที่ 30 เมษายน 2563).
12. กระทรวงสาธารณสุข. การบรรจุบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเข้ารับราชการอัตราข้าราชการตั้งใหม่ตามมติคณะรัฐมนตรี. หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ 0208.02/352 (ลงวันที่ 23 กันยายน 2563).

Abstract: Effectiveness of Personnel Recruitment in the Office of the Permanent Secretary for Public Health in Response to the Epidemic of Coronavirus 2019 in Thailand

Ujane Pornchaisuksiri, B.A.; Chaweewan Samphao, B.P.A.; Vilaivan Prayod, B.A.; Taninpatra Janarporn, M.P.A.

Human Resource Division, Office of The Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand
Journal of Health Science 2021;30(3):367-77.

The Cabinet Resolution on 15 April 2020 approved the allocation for the new positions of civil servants in the Ministry of Public Health (MOPH) to address the emergence of coronavirus 2019 epidemic. It was a special case of the recruitment and appointment for 24 classifications, 38,105 positions which had to be finished within one year, and it was necessary to manipulate of procedures in order to fulfil the time limitation. This study was conducted to assess the effectiveness and process for the recruitment of 34,914 positions for the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Data were collected through the study of the official government records papers such as the Cabinet Resolutions, the Parliament Acts, as well as participatory observations and focus group discussions among relevant officials. The results of the study showed that the recruitment and appointment process was highly effective as 94.7 percent of the positions were filled. The key success factors included the use of a tool, the Human Resource Office of the Permanent Secretary's System (HROPS) that provided information support to the decisions, to plan, to verify and to solve the concurrent problems. Another important factor was the decentralization of recruitment authority to the provincial public health officer to manage the official procedure at the provincial level. The findings of this study suggested that policy makers should conduct and support the improvement of the HROPS to increase efficiency, accuracy, completeness, and to be readily accessible. In addition, the Human Resource Division of MOPH should review the specifications for the personnel positions to be in line with those of the Office of the Civil Service Commission in order to efficiently and effectively improve the recruitment and appointment procedure both in the ordinary situation and the special emerging events in the future.

Keywords: personnel recruitment; effectiveness; emergency situation; coronavirus 2019; cabinet resolutions

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

A Role of the Professional Competency Perception as a Significant Predicting Factor for Self-Perceived Person-Job Fit and Misfit of Doctor of Pharmacy Graduates in Thailand

Nichnawee Kamchaithep, B.Pharm.

Montaya Sunanthiwat, Ph.D.

Pagamas Maitreemit, Ph.D.

Luerat Anuratpanich, Ph.D.

Date received:	6 Aug 2019
Date revised:	22 Jan 2020
Date accepted:	10 Feb 2020

Social and Administrative Pharmacy Excellence Research (SAPER) Unit, Division of Social and Administrative Pharmacy, Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract The six-year Doctor of Pharmacy program (Pharm D) was mandated in Thailand with the expectation to produce specialty pharmacists who were advance in pharmacy competency and meet the demands of the current job market. However, the Doctor of Pharmacy graduates' suitability to the job has never been evaluated in the big picture. This study aimed to investigate person-job fit and misfit among Pharm D graduates and identify factors affecting person-job fit and misfit. The cross-sectional survey was conducted using an internet-based self-administrated questionnaire for data collection. There were 163 responses included in the study. The person-job fits were determined in two dimensions, the expected person-job fit and the self-perceived person-job fit. The data analysis showed that over two-thirds (79%) of pharmacy graduates were female. Age ranged from 24 to 44 years, with the age median at 26 years. The majority of the Pharm D graduates were graduated in the pharmaceutical care program from the government university. Among this, about 80% of respondents were working in pharmaceutical care positions, and 20% in the industrial pharmacy position. The graduates perceived their professional competency as competent (74% in both pharmaceutical care and industrial pharmacy) and a very competent level (17% in pharmaceutical care and 15% in the industrial pharmacy). There were 58% of Pharm D graduates perceived they had a person-job fit. The distribution of self-perceived person-job fit and misfit was not different across the programs. This study directly represented the graduates' viewpoint on their compatibility in real-world practice. The high percentage of a self-perceived person-job misfit should not be overlooked. The graduates from both programs expressed the same level of the feeling that they were not fit to the job even though their perception toward pharmacy

professional competency is competent. Future research should be conducted to obtain more information regarding the misfit phenomenon as well as to understand how the perceived fit and misfit occurred.

Keywords: person–job fits; pharmacist; Pharm D graduate; pharmacy program

Introduction

The Pharmacy Council Thailand made the 6–year program a compulsory education requirement for pharmacy licensure starting from 2014 onward⁽¹⁾. The council believed the 6–year program would help move pharmacy competencies from generalist to specialist, solve the curriculum, and provide the same standards within the pharmacy profession throughout Thailand. Regarding licensure requirements, in 2009, all 19 pharmacy schools in Thailand changed their curriculum to the 6–year Pharm D programs^(2,3). Since, the previous Pharm D program through 2013 was the traditional patient–focused Pharm D only⁽⁴⁾, it was also an expectation that the reconstructed curriculum of the Pharm D program would produce graduates who meet the requirements of the job market and could perform competently in the health care system⁽⁵⁾.

Person–Environment Fit (P–E fit) is defined as the degree to which individual and environmental characteristics match. Previous studies showed that P–E fit positively related to individuals' career involvement, job satisfaction, organizational commitment, and career success. P–E fit is also negatively related to intention to turnover and behaviors⁽⁶⁾, in contrast to misfit could lead to negative consequences and outcomes such as low performance and employee turnover. P–E fit has been conceptualized into different dimensions of compatibility^(7–9). The first conceptual is supplementary and complementary fit. Supplementary fit occurs when a person possesses

similar characteristics to the environment, the job in this case. The complementary fit occurs when a person can fulfill the need of the environment⁽¹⁰⁾, such as job requirements. The second conceptual of P–E fit is described as the need–supplies versus demand–abilities distinction. This concept has been mentioned as the extends concept of complementary fit as the fit occurs when the individual's need meets the resources supplied by the environment. In the same way, the environment may demand contributions from individuals. The third conceptual of P–E fit has been conceptualized base on the way that fit has been measured, the perceived (subjective) versus actual/calculated (objective) distinction⁽⁶⁾. Perceived fit is conceptualized as the judgment of an individual on how well the person fits in the environment. The level of perceived fit is based upon the degree of belief it exists. Differently, the actual fit measured by comparing the characteristic of the individual and the environment. P–E misfit defines as the discrepancy between personal and environmental attributes, which can occur in two different dimensions. A positive discrepancy or deficiency occurs when personal attributes are higher than environmental features, whereas a negative discrepancy or excess occurs when personal attributes are less than environmental characteristics^(11,12).

To the best of our knowledge, there was no evidence of the previous study on evaluating the compatibility between the personal characteristic Pharm D

graduates and the current job position in Thailand. Therefore, this study was aimed to explore the person-job fit of Pharm D graduates and to explore factors affecting on person-job fit among this population.

Material and methods

This study was conducted as a cross-sectional survey research. Data were collected through online communication targeting pharmacists who graduated in the Pharm D program.

Questionnaire

A survey questionnaire had been developed to measure sociodemographic background, career placement, perception of professional competency, and the self-perceived job fits. The questionnaires consist of three parts:

Part 1 assessed participants' demographic background. The sociodemographic elements were selected in the relevant literature reviews.

Part 2 aimed to assess how the Pharm D graduates perceived their professional competency using sixteen items of pharmacy competency statement adopted from Suttajit S. et al. study⁽¹³⁾.

Part 3 assessed self-perception of person-job fit using six items questionnaires modified from Vreugdenhil H's research⁽¹⁴⁾.

Parts 2-3 of the questionnaire were assessed by a 5-point Likert-type scale, where score 2 = strongly agree, and -2 = strongly disagree for the positive statements; and the score -2 = strongly agree, and 2 = strongly disagree for the negative statements. The questionnaire was reviewed for content validity by two pharmacist lecturers from the Faculty of Pharmacy, Mahidol University. After the questionnaire was revised

with respect to received recommendations, it was pretested by the 25 pharmacists who were graduated from a 5-year pharmacy program and currently work in various job areas. The overall internal consistency of the questionnaire was 0.879, assessed by Cronbach's alpha coefficient.

Data collection

The data collection was performed in January-April 2020. The procedure and questionnaire were submitted and approved by the Faculty of Dentistry/Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Institutional Review Board prior to data collection. The first page of the questionnaire was an information sheet giving full details of the study. The participants were agreeing to participate in this study by submitting the answer to the questionnaire to the researcher. The invitations to participate in an anonymous web-based questionnaire were sent via a social network such as Facebook fan-pages or line application's opened chat groups. Even though convenience sampling was used for data collection but, there was a possibility that the questionnaire could reach all Pharm D graduates so that each unit in the population had an equal chance to be included in the study.

The target response number was calculated using Cochran's formula for finite calculating a sample for proportions. There were 12,000 pharmacists who graduated in the Pharm D program, with a 95% confidence interval and 0.075 margins of error, 163 responses were needed. There were 173 responses in total, and ten incomplete/not eligible were excluded from the study. Finally, the data collection was completed with 100% of the target response.

Data analysis

Data were entered and analyzed by IBM SPSS

Statistics 26. Descriptive statistics were used to define the characteristics of the respondents. The perception regards 16-item professional competency statement were analyzed using mean and standard deviation — the Pharm D graduates who have overall rating scores higher than the mean considering self-perceived person-job fit. By the way, the Pharm D graduates who have overall rating scores lower than the mean were deemed to be self-perceived person-job misfits.

Chi-square was performed to compare the perceptions toward their competency, expected person-job fit, and self-perceived person-job fit between pharmaceutical care and industrial pharmacy PharmD graduates. Univariate linear regression analysis was used to identified factors affecting the person-job fit. Multivariable linear regression was later performed to identify the predicting equation of the self-perceived person-job fit. The statistical significance was set at a P-value of 0.05.

Results

Respondent characteristics

Over two-thirds (79%) of pharmacy graduates were female. Age ranged from 24 to 44 years, with the age median at 26 years. The majority of the Pharm D graduates were graduated in the pharmaceutical care program from the government university. Approximately 27% of graduates lived in the northern regions, 24% in Bangkok metropolitan, 13% in East region, 12% in the South region, 11% in the North-eastern area, and 10% in the central region accordingly. There were no statistically significant differences in gender, self-geolocation, university ownership, employment status work-geolocation, and monthly income among the two groups of Pharm D graduates. However, the

age distribution in the pharmaceutical care program showed a broader range of 24–44 years, compared with those of 24–30 years in the industrial pharmacy program and, year of graduation of pharmaceutical care graduates was more extensive than those who graduated from industrial pharmacy program were significantly different among the pharmacy programs ($p < 0.05$). Most of Pharm D graduates were working in Bangkok metropolitan, 38% for pharmaceutical care graduates, and 52% for industrial pharmacy graduates. The results revealed a large number of industrial pharmacy graduates were employed in the pharmaceutical care position. In contrast, only a few pharmaceutical care graduates were employed in a industrial pharmacy career.

Professional competency perception of Pharm D graduates

The distribution of pharmacy competency scores was different across the Pharmacy Program. The industrial pharmacy program graduates held a significantly higher overall competency score than the pharmaceutical care program ($p < 0.05$). A comparison of competency scores of each aspect was presented in Table 1.

Self-perceived person-job fit and misfit

There were no differences in perception rating on person-job fit between pharmacy programs. Fifty-eight percent of Pharm D graduates perceived they were fit to the job by the way forty-two percent perceived that they were not fit with their current position. The number of graduates who have self-perceived person-job fits and misfits across pharmacy programs is shown in Table 2.

The majority of Pharm D graduates expressed their self-perceived person-job fit. Seventy two percent of

Table 1 Comparison of professional competency scores across Pharm D programs

Pharmacy competency aspects	Pharm D Program		p-value
	Pharmaceutical care	Industrial pharmacy	
	(n=114) Mean score±SD)	(n=49) Mean score±SD	
Pharmaceutical care			
Provision of pharmacy services with quality and safety concerns	0.99±0.66	1.04±0.71	0.591
Drug and health policy, drug system, health service and the country's health system	0.22±0.90	0.370±0.93	0.327
Linkage between the drug systems and other components in healthcare system	0.25±0.88	0.27±0.97	0.865
Risk management system	0.41±0.81	0.33±0.85	0.603
Drugs and healthcare information	0.99±0.71	0.92±0.64	0.456
Knowledge in diseases, pharmacotherapy, and non-pharmacotherapy	1.04±0.71	0.82±0.70	0.061
Industrial Pharmacy			
Components of drug formulations	0.46±0.84	0.90±0.68	0.002*
Differences between drug dosage forms and their effectiveness	0.70±0.77	1.08±0.71	0.004*
Drug manufacturing process of the different dosage forms	-0.02±0.79	0.96±0.69	<0.001*
Quality control process of varying dosage forms	-0.09±0.74	0.98±0.93	<0.001*
Alternative medicine and herbal treatments	0.04±0.86	0.27±0.88	0.220
Expertise in medicinal chemistry for the selection of herbal drugs and supplies	-0.14±0.84	0.22±1.01	0.052
Administrative pharmacy			
Law and regulation regarding the pharmaceutical and health products	0.10±0.84	0.41±0.86	0.024*
Consumer behaviors and social factors that affect those behaviors	0.39±0.85	0.63±0.81	0.117
Others			
Value of a pharmacist's career	1.09±0.76	1.10±0.71	0.937
Research conduct and implementation	0.12±0.81	0.20±0.91	0.579
Overall pharmacy competency score (Total score)	6.54±8.43	10.39±9.20	0.019*

Note: * statistically difference between Pharm D programs

pharmaceutical care graduates, and 68% of industrial pharmacy graduates clearly showed their perceived person-job fit. The comparison of self-perceived person-job fit scores for each question indicated that there were no differences in perception rating on person-job fit between pharmacy programs even though the

graduates had rated themselves differently in competency perception.

Modeling analysis of self-perceived person-job fits/misfits among Pharm D graduates in Thailand

Multiple regression was conducted to develop a model for predicting the self-perceived person-job fit

Table 2 Self-perceived person-job fit/misfit among Pharm D graduates

Self-perceived person-job fit/misfit	Pharmacy programs					
	Pharmaceutical Care (n=104)		Industrial Pharmacy (n=44)		Total (n=148*)	
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
Self-perceived person-job fit	65	72	30	68	95	58
Self-perceived person-job misfit	49	28	19	32	68	42

** The missing numbers occurred due to unanswered item by participants

score of a Pharm D graduate. All variables from both personal characteristics and job characteristics were tested together using the stepwise method. The analysis results indicated that there are two candidate regression models for predicting self-perceived person-job fit scores were identified. Regarding the R², a multiple regression with pharmacy competency score and university ownership as predicting variables (F (1,142)= 6.055 p=0.003) with an R² of 0.079 (adjusted R²= 0.066) was selected as a predicting model.

Self-perceived person-job fit score = 3.855+ 0.104*Pharmacy competency score – 1.730*University ownership

This model could explain 7.9% of the self-perceived person-job fit score of Pharm D graduates. The pharmacy competency score was a predicting factor that positively influences the self-perceived person-job fit score. Simultaneously, the university ownership had a negative effect on the self-perceived person-job fit score.

Discussion

Age distribution of graduates from pharmaceutical care program showed a broader range, compared to those from industrial pharmacy program because some of the pharmaceutical care graduates had already

graduated in Bachelor of Pharmacy (five-year program) before attending the Pharm D program in pharmaceutical care. However, the age of respondents did not show any relationship to the professional competency perception. This finding was in contrast with the previous studies which presumed that the amount of knowledge and life-experience increase by age⁽¹⁵⁾.

The study revealed that the pharmacy graduates in both programs perceived their professional competency at a competent and very competent level. This finding was in line with the previous study⁽¹²⁾ of self-reported professional competency across pharmacy education programs in 2013. It showed that pharmacy graduates in both programs perceived their professional competency to be between a moderate to a high level. The high competency perception rating could be an effect of study design, the self-reported study. People often responded in such a way that presented them more enthusiastically, even if these responses did not reflect how they thought or behaved in reality⁽¹⁶⁾. The study for evaluating the accuracy of pharmacy students' self-assessment skills also found the differences between self-assessment and external assessments across all performance aspects⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Thus, the self-assessment of nursing competency among final year

nursing students in Thailand showed that majority of respondents reported being confident or very confident in all competencies⁽¹⁷⁾.

The total pharmacy competency score of industrial pharmacy graduates was significantly higher than the pharmaceutical care program because the pharmaceutical care graduates reported a positive competency in eleven out of sixteen aspects while the industrial pharmacy graduates demonstrated positive perceptions in all competency aspects. Thus, the competency statements such as drug formulation, the differences between drug dosage forms and their effectiveness, manufacturing process, and drug quality control process were included in order to propose the industrial pharmacy competency clearly in this study. The differences in competency perception between the two pharmacy programs were similar to the results from the study in 2015⁽¹²⁾. The pharmaceutical care graduates had significantly higher perceived competency in the domains of pharmaceutical care per their patient-oriented nature. On the other hand, the graduates in the industrial pharmacy program had significantly higher perceived competency in industrial pharmacy activities, which in line with the product-oriented nature of their training program.

The factors that influence pharmacists' self-perceived person-job fit were pharmacy competency score and university ownership. Since the person-job fit is a dynamic interaction between individual characteristics and job characteristics, which could be changed over time, re-assessments of person-job fit, as well as the professional competency, were suggested in order to understand the degree of fitness and the need for improvement⁽²¹⁾. According to previous research, knowledge had been mentioned as the

dominant discourse of competency⁽²²⁾, so that lifelong learning had been suggested⁽²³⁻²⁶⁾ as a process that supports the improvement of knowledge, skills, and personal competencies. Alsop A.⁽²⁵⁾ revealed in "Continuing professional development in health and social care: strategies for lifelong learning" that lifelong learning did not only help the pharmacists to maintain competence to practice in the professional role, but it also supported career development and other significant life changes. In Thailand, pharmacy education continues after graduation as the Pharmacy Council of Thailand has required that all pharmacists should participate in continuing pharmaceutical education to ensure that the knowledge and competency of practicing pharmacists are standardized and continually updated in the dynamic context of the health system in which they work⁽²⁷⁾. Pharmacists should acquire at least 100 continuing pharmacy education credits within five years and not less than ten credits in any given year. The continuing pharmaceutical education credits can be earned through several activities, such as attending an academic conference and e-learning. This continuing pharmaceutical education activities could help improve the self-perceived person-job fit of the graduates in a long run.

In this study, the type of university ownership, such as the private university, showed a negative effect on self-perceived person-job fit. This might be expressed because of the differences in the elective subjects available in each university. As all six-year pharmacy courses were complied with the core pharmacy course structure guidelines and the program curriculums had been approved by the Pharmacy Council of Thailand. But, while most of the government universities provide at least two training

programs, there were only three out of five private universities offer training in both pharmaceutical care and industrial pharmacy. This finding was conforming to the result from the study of final year students at 14 British pharmacy schools in 2009⁽²⁸⁾; Pharmacy school attended had significant effect on students' perceptions of their competency as the learning outcomes. The study in final-year nursing students in five Asian countries in 2012–2013⁽²⁹⁾ demonstrated that their perceived competencies were significantly related to the educational background. The self-assessment of nursing competency among final year nursing students in Thailand⁽¹⁷⁾ also reported that private nursing students reported significant higher competency level in public health aspects than public nursing students. In the same way, the study of preparedness for hospital work of junior doctors in Australia⁽³⁰⁾ revealed that the junior doctors who attended small university clinical schools felt more confident and better prepared at internship than those who attended the large universities. Bailey LC and friends⁽³¹⁾ mentioned in their study that a lack of consistency across curricula and programs was found in healthcare education globally. The collaborative work between pharmacy schools to develop a standardized teaching model, materials, and tools had been suggested so that the gap between pharmacy curriculum and learning outcomes could be identified and fulfilled and the negative impact of university ownership would be reduced.

Conclusion

This study was the first survey of person–job fit among Thai pharmacy graduates as well as was the first study of professional competency perception

after the graduated had entered the job market. The findings in this study revealed that almost one hundred percent of Pharm D graduates possess a pharmacy position. Among this, about 80% of Pharm D graduates were working in pharmaceutical care positions and 20% in industrial pharmacy. Nearly 100% of Pharmaceutical care graduates held the position similarly to their training program while the majority of industrial pharmacy graduate (75%) were employed in the position differed from their education attainment. The six-year Doctor of Pharmacy program was mandated with the expectation to produce the specialty pharmacists who were advance in pharmacy competency meet the demands of the current job market. But either the Pharmacy Education Consortium of Thailand or the Pharmacy Council of Thailand never revealed any measurable goal of the suitability. So, it was difficult to concluded whether this level of fits and misfits was within acceptable range or not. One of the reasons of expected person–job misfits was the flexibility of enrollment to the training programs and workplaces. In the situation that the vacancies in pharmaceutical industry were limited and the number of graduates in the program were double the available positions. All stakeholders especially the PECT, the PCT, the education providers and the employee might need to work in collaboration regards the need of the industry in term of number of position available and the enrollment into the industrial pharmacy program of the future students.

The high percentage of a self–perceived person–job misfit as 42% should not be overlooked. This finding directly represented the graduates' viewpoint on their compatibility in real–world practice. It was interesting that the graduates from both programs possess the same

level of feeling that they were not fit. Future research should be conducted in order to obtain more in-depth and comprehensive information regarding the misfit phenomena as well as the way to improve the self-perceived person-job could be identified.

Study limitation

The use of self-report technique while collecting data, with self-report measured, social desirability bias was unavoidable. Another concern regarding the questionnaires about personality was whether people knew enough about themselves to be able to accurately portray what the self-report was attempting to determine. This research was conducted based on the assumption that the participants were well aware of what the researcher wished to measure. However, there might be some variation in interpretations of the questions so that could become a cause of concern.

References

1. Chanakit T, Low BY, Wongpoowarak P, Moolasarn S, Anderson C. A survey of pharmacy education in Thailand. *Am J Pharm Educ* 2014;78(9):161.
2. Nawanopparatsakul S, Keokitichai S, Wiyakarn S, Chantaraskul C. Challenges of pharmacy education in Thailand. *Silpakorn Univ Int J* 2009–2010;9–10:19–39.
3. Chanakit T, Low BY, Wongpoowarak P, Moolasarn S, Anderson C. Does a transition in education equate to a transition in practice? Thai stakeholder's perceptions of the introduction of the Doctor of Pharmacy programme. *BMC Medical Education* 2015;15:Article 205.
4. Sumpradit N, Suttajit S, Hunnangkul S, Wisaijohn T, Putthasri W. Comparison of self-reported professional competency across pharmacy education programs: a survey of Thai pharmacy graduates enrolled in the public service program. *Adv Med Educ Pract* 2014;5:347–57.
5. Sub-committee in Pharmacy Education, the Pharmacy Education Consortium of Thailand. Past...present...future of pharmacy education in Thailand (Part III). *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2014;10(3):242–55. (Thai)
6. Lauer KJ and Kristof-Brown A. Distinguishing between employees' perceptions of person-job and person-organization fit. *Journal of Vocational Behavior* 2001;59(3):454–70.
7. Finegan JE. The impact of person and organizational values on organizational commitment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2000;73(2):149–69.
8. Van Vianen AEM. Person-environment fit: a review of its basic tenets. *Annual Review of Organizational Psychology and Organization Behavior* 2015;5(1):75–101.
9. Kristof AL. Person-organization fit: an integrative review of its conceptualizations, measurement, and implication. *Personnel Psychology* 1996;49(1):1–47.
10. Anuratpanich L. Trait profile and impact of specialty selection: A case of 5th year pharmacy students of Mahidol University academic year 2013. *Journal of HR Intelligence* 2014;9(2):64–7. (Thai)
11. Chanakit T, Low BY, Wongpoowarak P, Moolasarn S, Anderson C. Hospital pharmacists' perceptions of the suitability of doctor of pharmacy graduates in hospital settings in Thailand. *BMC Med Educ* 2015;15:181.
12. Burapadecha A, Thiankhanithikun K, Saenjum C. The link between curriculum and learning processes and graduate outcomes: Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University, Thailand. *Proceedings of the Universal*

- Academic Cluster International Spring Conferences, 2017 [Internet]. [cited 2020 Jun 10]. Available from: <http://www.universal-conferences.org/proceedings/2017/spring/kannika2>
13. Suttajit S, Suwannaprom P, Supapaan T, Eakanunkul S, Tangkiatkumjai M, Kongkaew C, Anderson C, Wongpoowarak P. Are we on the right track? answers from a national survey of Thai graduates' perceptions during the transition to the 6-year PharmD program. *Adv Med Educ Pract* 2018;9:713-22.
 14. Vreugdenhil H. Do older employees use task crafting in order to reduce the perceived misfit with their job? [Master Degree]. Tilburg: Van Tilburg University; 2012.
 15. Knäuper B, Carrière K, Chamandy M, Xu Z, Schwarz N, Rosen NO. How aging affects self-reports. *Eur J Ageing* 2016;13(2):185-93.
 16. McDonald J. Measuring personality constructs: the advantages and disadvantages of self-reports, informant reports and behavioural assessments. *Enquire* 2008;1:75-94.
 17. Sawaengdee K, Kantamaturapoj K, Seneerattanaprayul P, Putthasri W, Suphanchaimat R. Self-assessment of nursing competency among final year nursing students in Thailand: a comparison between public and private nursing institutions. *Adv Med Educ Pract* 2016;7:475-82.
 18. Yorra ML. The development of self-efficacy and self-esteem in pharmacy students based on experiential education [dissertation]. Boston, MA: Northeastern University; 2012.
 19. M Lee, N Fjortoft. Gender Differences in Attitudes and Practice Patterns of Pharmacists. *American Journal of Pharmaceutical Education* 1993;57(4):313-9.
 20. Mills E, Laaksonen, Bates I, Davies G, Duggan C. Self-assessment of competence in a community pharmacy setting. *Pharmacy Education* 2005;5(03):1-11.
 21. Paraidathathu T, Jamal JA, Azmi N. Preceptor Assessment of the competencies of pharmacy graduates. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2011;8:134-7.
 22. Bond CA, Pitterle ME, Raehl CL. An assessment of recent pharmacy graduates' knowledge and competency, professional practice functions, and involvement in pharmacy teaching programs. *Pharmacotherapy* 1994; 14(6):712-23.
 23. Austin Z. Competency and its many meanings. *Pharmacy* 2019;7(2):article 37.
 24. Bajis D, Chaar B, Moles R. Rethinking competence: a nexus of educational models in the context of lifelong learning. *Pharmacy* 2020;8(2):article 81.
 25. Alsop A. Continuing professional development in health and social care: strategies for lifelong learning; John Wiley & Sons, Incorporated: Chicester, UK, 2013.
 26. Rouse MJ. Continuing professional development in pharmacy. *Journal of the American Pharmacists Association* 2004;44(4):517-20.
 27. Ploylearmsang C, Kanjanasilp J, Kessomboon N, Suttajit S, Suwannaprom P, Sripa S, et al. Hospital pharmacy practice and the way forward for pharmacy education in Thailand. *Can J Hosp Pharm* 2019;72(1):34-41.
 28. Motycka CA, Rose RL, Ried LD, Brazeau G. Self-assessment in pharmacy and health science education and professional practice. *Am J Pharm Educ* 2010;74(5): article 85.
 29. Pudpong N, Suphanchaimat R, Batra B, Hou J, Vu LTH, Dipika P. A final-year nursing student survey: rural attitudes, perceived competencies and intention to work across five Asian countries. *BMC Nurs* 2017;16:article 13.
 30. Eley DS. Postgraduates' perceptions of preparedness for work as a doctor and making future career decisions:

support for rural, non-traditional medical schools. Educ Health 2010;23(2):article 374.

31. Bailey LC, DiPietro Mager NA. Global health education in doctor of pharmacy programs. Am J Pharm Educ 2016;80(4):article 71.

บทคัดย่อ: บทบาทของความสามารถตามเกณฑ์สมรรถนะวิชาชีพในฐานะปัจจัยทำนายสำคัญ สำหรับความลงตัวของบุคลากรกับตำแหน่งงานตามความรู้สึกของบัณฑิตเภสัชศาสตร์ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตร 6 ปีในประเทศไทย

นิจนาวี คำไชยเทพ ภ.บ.; มนทยา สุนันทวิวัฒน์ ปร.ด.; ผลกามาศ ไผตรีมิตร ปร.ด.; ลีรัตน์ อนุรัตน์พานิช ภ.ด.ค
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(2):378-88.

การจัดการเรียนการสอนเภสัชศาสตร์หลักสูตรเภสัชศาสตร์ 6 ปี ในประเทศไทยถือเป็นข้อบังคับ เพื่อผลิตเภสัชกรที่มีความรู้เฉพาะด้าน มีคุณลักษณะตามสมรรถนะทางวิชาชีพเภสัชกรรมในระดับสูง ตามความต้องการของตลาดแรงงานในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามเนื่องจากยังไม่เคยมีการประเมินถึงความเหมาะสมระหว่างงานและบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตร 6 ปีในภาพรวมมาก่อน จึงได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาความลงตัวของบุคลากรและตำแหน่งงาน ของบัณฑิตเภสัชศาสตร์ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตร 6 ปี รวมทั้งปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความลงตัวและไม่ลงตัวของบุคลากรและตำแหน่งงานที่ทำ โดยเป็นการวิจัยแบบตัดขวาง ใช้แบบสอบถามออนไลน์เพื่อเก็บข้อมูล มีการตอบกลับจำนวน 163 ชุดคำตอบที่ถูกรวบรวมมาในการศึกษาวิจัยนี้ ความลงตัวของบุคลากรกับตำแหน่งงานถูกประเมินแบบสองมิติคือ ความลงตัวที่คาดหวัง (expected person-job-fit) และความลงตัวตามความรู้สึก (self-perceived person-job fit) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าบัณฑิตเภสัชศาสตร์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 24-44 ปี อายุมัธยฐาน 26 ปี บัณฑิตเภสัชศาสตร์ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในสาขาบริหารเภสัชกรรมจากมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยร้อยละ 80 ของผู้ตอบแบบสอบถามทำงานทางด้านบริหารเภสัชกรรม และอีกร้อยละ 20 ทำงานทางด้านเภสัชอุตสาหกรรม บัณฑิตส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณสมบัติของตนเองมีความสามารถตามเกณฑ์สมรรถนะทางวิชาชีพ (ร้อยละ 74 ทั้งในสาขาบริหารเภสัชกรรมและในสาขาเภสัชอุตสาหกรรม) และมีความสามารถตามเกณฑ์สมรรถนะทางวิชาชีพเป็นอย่างมาก (ร้อยละ 17 ในสาขาบริหารเภสัชกรรมและร้อยละ 15 ในสาขาเภสัชอุตสาหกรรม) ร้อยละ 58 ของบัณฑิตเภสัชศาสตร์รู้สึกว่าคุณสมบัติของตนเองเหมาะสมกับงานที่ทำ การกระจายตัวของความลงตัวตามความรู้สึกไม่มีความแตกต่างกันในระหว่างสาขาวิชา การศึกษาวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงทัศนคติโดยตรงของบัณฑิตเภสัชศาสตร์ถึงความเหมาะสมของตนเองในการปฏิบัติงานจริง อัตราส่วนของผู้ที่รู้สึกว่าคุณสมบัติไม่ลงตัวกับงานที่ทำคือร้อยละ 42 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่สูงและไม่ควรถูกมองข้าม บัณฑิตเภสัชศาสตร์จากทั้งสองสาขาวิชาแสดงให้เห็นความรู้สึกว่าตนเองไม่เหมาะสมกับตำแหน่งงานในระดับที่ใกล้เคียงกัน ถึงแม้จะประเมินตนเองว่ามีความสามารถตามเกณฑ์สมรรถนะวิชาชีพ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงปรากฏการณ์ความไม่ลงตัวนี้ รวมทั้งทำความเข้าใจถึงความลงตัวและความไม่ลงตัวที่เกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: ความลงตัวของบุคลากรกับตำแหน่งงาน; เภสัชกร; บัณฑิตเภสัชศาสตร์; หลักสูตรเภสัชศาสตร์