

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
<b>บทบรรณาธิการ</b>		<b>Editorial</b>
ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสงครามบุหรี่ไฟฟ้า วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	195	Additional Information Regarding the War on E-cigarette <i>Wiwat Rojanapithyakorn</i>
<b>มุมวิธีวิจัย</b>		<b>Methodology Corner</b>
การวิเคราะห์เครือข่ายสังคม: กระบวนทัศน์แห่ง การทำความเข้าใจความสัมพันธ์แบบเครือข่าย หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์	197	Social Network Analysis: a Paradigm for the Understanding of Network Relationship <i>Hathairat Kosiyaporn</i>
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ</b>		<b>Original Article</b>
การสำรวจระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพและ ความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่พักอาศัย ในพื้นที่เทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ และคณะ	199	A Survey of Epidemiology of Health and Needs Assessment among Aging People Living in Town Municipality, Pathumthani Province <i>Sirima Mongkolsomlit, et al.</i>
ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ ทบทวนทักษะ และเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทัศนมินทร์ รัชตธนรัชต์ และคณะ	211	Effectiveness of Upskill, Reskill, and New Normal Skill of Tourism Business Personnel for the Prevention of Novel Coronavirus 2019 in Koh Samui, Surat Thani Province <i>Tasanamin Ratchathananarat, et al.</i>
การบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและ ควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 ในผู้สูงอายุ ในจังหวัด เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อารักษ์ วงศ์วรชาติ และคณะ	224	Integrating Long Term Care in the Prevention and Control of Disease in Remote Areas together with COVID-19 among the Elderly in the Northeastern Province <i>Arak Wongworachat, et al.</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้าน สาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี: การถอดบทเรียน มนู ศกุลสกุล และคณะ	235	Management of the Public Health Emerging Situation in Handling COVID-19, Surat Thani Province: Lesson Learnt <i>Manu Sukonsakul, et al.</i>
การรับรู้และการระลึกได้ของประชาชนต่อ การโฆษณาเครื่องดื่มผ่านตราสัญลักษณ์ ที่คล้ายคลึงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิริกูล วงษ์สิริโสภาคย์	245	Awareness and Recall of Alcohol Advertising through Similar Brands to Alcoholic Beverages <i>Sirikul Vongsirisopak</i>
การพัฒนาศักยภาพทีมจิตอาสาช่วยเหลือสูบบุหรี่ ในพื้นที่นาร่องตำบลนาหวง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง สมลรัตน์ ชูสกุล	255	Capacity Building of Volunteer Team to Support Smoking Cessation in Navigation Area, Na Wong Sub-district, Huai Yot District, Trang Province, Thailand <i>Sumonrat Choosakul</i>
รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ ทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสาน ตำบลโพนทราย อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร กุนทีนี กุสโร	262	A Participatory Maternal and Child Health Model in the Community by Using the Isan Indigenous Cultural Process, Phon Sai Sub-district, Muang Mukdahan District. Mukdahan Province <i>Kuntinee Kusaro</i>
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดน่าน นิยม ศิริ วรยุทธ นาคอ้าย	271	Health Promotion and Diseases Prevention Model for Non Communicable Diseases among Risk Group, Nan Province <i>Niyom Siri</i> <i>Worayuth Nak-Ai</i>
การพัฒนากระบวนการทันตกรรมใส่ฟันเทียม ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ภายใต้รูปแบบ Huaiyot Model ภัสรา รัตน์ะ	282	Development of Dental Prosthesis Service at Sub-District Health Promoting Hospitals Near Home Under the Huaiyot Model, Trang Province, Thailand <i>Phassara Ratana</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การดูแลสุขภาพตนเองและความรู้เท่าทัน ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองแกงเขน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี นภินทร์ ศิริไทย ชินเงิน พิธิภักดิ์	289	Self-care of Diabetic Patients and Health Literacy: Case Study of Diabetic Patients of Ban Nong Kang Khen Sub-district Health Promoting Hospital, Nonthaburi Province, Thailand <i>Napintorn Sirithai</i> <i>Chingern Piripun</i>
ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา จังหวัดพังงา มนทิติ พูลสงวน	299	Factors Related to Blood Sugar Control among Diabetes Type 2 Patients, Kohyaochaipat Hospital, Kohyao District, Phangnga Province <i>Montith Poolsanguan</i>
ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการ ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 วิรัช ประวันเตา จามजूรี เพียรทำ	307	Satisfaction of Outpatients at Central and General Hospital Fiscal Year 2018, Thailand <i>Virat Prawantao</i> <i>Jamjuree Pheantham</i>
ความพึงพอใจของผู้ป่วยในผลการรักษาด้วย รากฟันเทียม กัญจิกา เข้มทอง และคณะ	319	Patient Satisfaction in Dental Implant Treatment Outcomes <i>Kantika Khemthong, et al.</i>
อัตราตายและภาวะแทรกซ้อนที่สูงจากการตรวจ วินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน โดยไม่มีการทำหัตถการต่อเนือง: ผลการศึกษา ข้อมูลการขอเบิกย่อนหลังในระบบหลักประกัน- สุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2559-2563) ปานเทพ คณานุรักษ์ และคณะ	328	High Morbidity and Mortality of Coronary Angiography without Further Intervention: the Lesson Learned from the Claimed Data, National Health Security Office, Thailand, Years 2016-2020 <i>Pantheep Khananuraksa, et al.</i>



สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริม- สุขภาพ ตำบลบางปลา อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม <i>พงศ์ศักดิ์ กมลสัลย์ และคณะ</i>	336	Unit Cost Analysis of Dengue Prevention and Control Measure in Bang Pla Health Promoting Hospital, Nakhon Pathom Province <i>Pongsak Kamolsal, et al.</i>
การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาองค์กร ตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล <i>มัธยัสถ์ เหล่าสุรสุนทร และคณะ</i>	344	Implementation of the Human Resources Infor- mation System of Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health for Organi- zational Improvement Based on the Digital Government Concept y <i>Mattayat Laosurasoonthorn, et al.</i>
การพัฒนาหลักสูตรความเชี่ยวชาญด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์สุขภาพของบุคลากร ในกระทรวงสาธารณสุข <i>ธินี ทวีวิทยการ</i> <i>ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร</i>	353	Development of Health Policy and Strategy Developmental Expertise Course for Ministry of Public Health Personnel <i>Thaninee Taweewikayakarn</i> <i>Piyanuch Promsaka na Sakolnakorn</i>
<b>บทความพินิจ</b>		<b>Review Article</b>
การป้องกันโรคเบาหวานในสภาพการณ์ ของประเทศไทย <i>วีรชัย ศรีวิณิชชากร</i> <i>เพชร รอดอารีย์</i>	363	Diabetes Prevention for Thailand <i>Weerachai Srivanichakorn</i> <i>Petch Rawdaree</i>
<b>บทความพิเศษ</b>		<b>Special Article</b>
หลักคิดจริยธรรมทางการแพทย์ <i>ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย</i>	376	Medical Ethics Concept <i>Pairoj Boonsirikamchai</i>

## วารสารวิชาการสาธารณสุข

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

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข
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 3 คนเพื่อประเมินคุณภาพและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ซึ่งจะรวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประสานกับเจ้าของบทความเพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบบทความและแนวทางการส่งบทความได้ที่ <https://thaidj.org/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.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)
	อธิบดีกรมทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข
	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	

### บรรณาธิการ

บรรณาธิการ	นพ.วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองบรรณาธิการ	นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### กองบรรณาธิการ

ดร.จุฬาร กระทบ	ศ.ดร.พญ.ทิพวรรณ เลี้ยวสูตระกูล	พ.ญ.ทิพวรรณ ปิยกุลมลา	พ.ญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ
สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์	สำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	ดร.นพ.ปิยะ หาญวรงค์ชัย	นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี	นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	คณะแพทยศาสตร์	สำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักวิชาการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์	ศ.ดร.นพ.ภูติ เตชาดีวัฒน์	นพ.ภูษิต ประคองสาย	ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล
คณะแพทยศาสตร์	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน	สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	มหาวิทยาลัยมหิดล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์	ศ.ดร.นพ.วิชัย เอกพลาก	นพ.ศุภชัย कुमारตันพฤกษ์	นพ.ศุภชัย ฤกษ์งาม
กองระบาดวิทยา	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล-	สำนักงานอธิการบดี	มูลนิธิป้องกันโรคเอดส์
กรมควบคุมโรค	รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยรังสิต	
ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย	ดร.สลักจิต ชูติพงษ์วิเวท	รศ.ดร.สุคนธา คงศีล	ศ.ดร.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความ-	สมาคมเทคนิคการแพทย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์
เป็นธรรมทางสุขภาพ พิษณุโลก	แห่งประเทศไทย	มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส	รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล	
	ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	
	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	

### ฝ่ายจัดการวารสาร สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ดร.จุฬาร กระทบ	ร.ต.ดร.เรวัต รักเกื้อ	นางชวิตา สุขนิรันดร์
นางสาริณี พันธุ์สวัสดิ์	นางสมาลี ศักดิ์ผิวผาด	นางสุภาพร ศศิจันทร์
นางสาวทัตดาว ศรีบูรมณี	นางสาวดวงตะวัน ชินวงศ์	

## ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสงครามบุหรี่ไฟฟ้า

หลังจากที่ได้กล่าวถึงบุหรี่ไฟฟ้าในบทบรรณาธิการฉบับที่ผ่านมา ก็ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมอีกหลายประการ อาทิ ข้อมูลเผยแพร่จากกลุ่มแพทย์ในประเทศแคนาดา ที่เรียกตัวเองว่า Physicians for a Smokefree Canada ซึ่งได้เผยแพร่เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 ระบุว่า

- 1) บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เยาวชนติดนิโคตินเพิ่มขึ้นในบางประเทศ
- 2) เยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ธรรมดา
- 3) การสูบบุหรี่ไฟฟ้าและบุหรี่ธรรมดาคงได้บ่อยและมีอันตราย
- 4) การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในภาวะปกติ ไม่มีประสิทธิภาพช่วยให้เลิกบุหรี่
- 5) บุหรี่ไฟฟ้าทำความเสียหายต่อระบบหายใจ และระบบไหลเวียนของเลือด
- 6) มีรัฐบาลประเทศอื่นๆ ที่ให้ข้อมูลการประเมินทางวิทยาศาสตร์ที่ใหม่กว่าของกระทรวงสาธารณสุขแคนาดา

พร้อมทั้งยังระบุเอกสารอ้างอิง 41 รายการที่จะช่วยประเทศปรับปรุงมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ผู้สนใจสามารถอ่านเพิ่มเติมได้จากเว็บ <https://smoke-free.ca/science-has-marched-on-its-time-to-update-the-advice-to-canadians/>

สื่อเผยแพร่จากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ยังทยอยให้ข้อมูลว่า

- การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปากและลำคอ โดยอาจเป็นจากสารปรุงแต่งกลิ่นใน

ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า

- การทดลองในหนูพบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เป็นมะเร็งปอดและความผิดปกติในเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะของหนู
- บุหรี่ไฟฟ้าเสี่ยงต่อมะเร็งจุกและลำคอกว่าบุหรี่ธรรมดา เพราะเหตุพ่นควันทางจุก
- บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะต่างๆ เช่น สมอ หัวใจ ปอดและหลอดเลือด ปาก ตา ตับ ไต และกระเพาะอาหาร
- ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับอันตรายจากไอบุหรี่ไฟฟ้ามือสอง ซึ่งเสี่ยงต่ออันตรายทางสุขภาพ
- ฯลฯ

ขณะเดียวกัน ทางบรรณาธิการวารสารวิชาการฯ ก็ได้รับจดหมายอิเล็กทรอนิกส์จากศาสตราจารย์ ดร. นิตศน์ศิริโชติรัตน์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ปรึกษากรมการด้านการพาณิชย์และทรัพย์สินทางปัญญา สภาผู้แทนราษฎร ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า สภาผู้แทนราษฎรได้จัดตั้งอนุกรรมการการศึกษาโครงสร้างภาษียาสูบและบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งคณะกรรมการฯ กำลังจัดพิมพ์รายงานฉบับสมบูรณ์เกี่ยวกับเรื่องนี้ และให้ข้อมูลส่วนหนึ่งจากรายงานดังกล่าวว่า

1. มีงานวิจัยเพิ่มขึ้นมากมายเกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพของบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งหักล้างข้อโต้แย้งของกลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ว่า ปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน 95% เช่น บทความวิจัยเรื่อง An updated overview of e-cigarette impact on human health โดย Patrice Marques, Laura Piqueras และ Maria-Jesus Sanz ใน

วารสาร Respiratory Reseach ฉบับวันที่ 18 พฤษภาคม 2564 ทาง online [<https://doi.org/10.1186/s12931-021-01737-5>]

2. การที่มีบุคคลในรัฐบาลออกมาอ้างว่าบุหรี่ไฟฟ้าประเภทให้ความร้อน (heat not burn) เช่น ไอคอส (IQOS) เป็นเทคโนโลยีใหม่ มีความปลอดภัยต่อสุขภาพ ได้รับการยอมรับจากประเทศที่พัฒนาแล้วกว่า 60 ประเทศ และเสนอว่า ประเทศไทยควรจะยอมรับผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าให้เป็นสิ่งถูกกฎหมาย ประเด็นนี้ คณะอนุกรรมการฯ ได้ข้อมูลว่า 60 กว่าประเทศที่มีไอคอส จำหน่ายนั้น ล้วนแล้วแต่เป็นประเทศที่มีมาตรการควบคุมยาสูบอย่างเข้มงวด ส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในประเทศเหล่านั้น ลดลงอย่างต่อเนื่อง บริษัทผู้ผลิตบุหรี่ไฟฟ้าจึงส่ง IQOS ไปจำหน่ายเพื่อให้ประชากรในประเทศเหล่านั้นกลับมาเสพติดนิโคตินอีก เพื่อประโยชน์เชิงพาณิชย์ แต่ไม่ใช่เพื่อสุขภาพของประชาชน

3. หากบริษัทผู้ผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ต้องการส่งเสริมให้เป็นเครื่องมือในการเลิกบุหรี่มวน ก็ควรไปขอขึ้นทะเบียนยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งในปัจจุบัน ยังไม่มีผู้ผลิตรายใดขอขึ้นทะเบียน

ข้อมูลที่ศาสตราจารย์นักศันฯ ให้มา ล้วนน่าสนใจ ก็หวังว่า เมื่อจัดพิมพ์รายงานเสร็จแล้ว จะมีการเผยแพร่ไปยังทุกภาคส่วนในสังคมอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้บริหารระดับสูงจากภาครัฐ ซึ่งเป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการจำหน่ายและการเสบบุหรี่ไฟฟ้า

ประเด็นที่ผู้สนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้ามักจะกล่าวอ้างว่า สามารถใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นอุปกรณ์ช่วยเลิกการเสบบุหรี่มวนเป็นเรื่องที่น่าพิจารณา ข้อมูลที่พบว่า ยังไม่มีบริษัทใดไปขอจดทะเบียนยา ก็แสดงว่า บริษัทผู้ผลิตฯ ยังไม่มีข้อพิสูจน์เกี่ยวกับคุณสมบัติดังกล่าว เพราะถ้ามี บริษัทผู้ผลิตฯ เหล่านั้น ซึ่งล้วนแต่ต้องการเผยแพร่ผลิตภัณฑ์เพื่อประโยชน์ทางการค้า ก็จะต้องเร่งรีบไปจดทะเบียนเพื่อปลดล็อคการนำเข้าผลิตภัณฑ์ และส่งเสริมการประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มยอดขาย

เรื่องบุหรี่ไฟฟ้านับวันแต่จะมีข้อมูลการศึกษาวัยเพิ่มเติมอยู่ตลอด จึงเป็นเรื่องที่ควรติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อสร้างความตระหนักและลดอันตรายทางสุขภาพที่แฝงมากับการเสบบุหรี่ไฟฟ้า

นพ. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

บรรณาธิการ



## มุมมองวิจัย

## Methodology Corner

# การวิเคราะห์เครือข่ายสังคม: กระบวนทัศน์แห่งการ ทำความเข้าใจความสัมพันธ์แบบเครือข่าย

หทัยรัตน์ โกษิยาภรณ์ พ.บ., วท.ม.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

การวิเคราะห์เครือข่ายสังคม (social network analysis) เป็นกระบวนทัศน์ที่ใช้อธิบายโครงสร้างสังคมที่ถูกพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1930 กระบวนทัศน์ดังกล่าวถูกนำมาปรับใช้อย่างแพร่หลายในหลากหลายสาขาวิชา ทั้งสาขาสังคมศาสตร์ รัฐศาสตร์ วิทยาการคอมพิวเตอร์ รวมถึงด้านสาธารณสุขศาสตร์ ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย ซึ่งไม่ใช่แค่หน่วยงานด้านงานวิชาการเท่านั้นที่นำกระบวนทัศน์ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ แต่ภาครัฐหรือภาคธุรกิจ ก็ได้้นำการวิเคราะห์ดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการทำงาน ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาลักษณะของกลุ่มมิจฉาชีพในพื้นที่ เพื่อออกนโยบายป้องกันการเกิดอาชญากรรม จึงเห็นได้ว่า การวิเคราะห์เครือข่ายสังคมเป็นกระบวนทัศน์หนึ่งที่ทำให้เกิดความเข้าใจเครือข่ายสังคมมากขึ้น นำไปสู่การออกแบบกระบวนการแก้ปัญหาหรือมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้

เครือข่ายสังคม คือ กลุ่มของความสัมพันธ์ (edge) จากสมาชิกในเครือข่าย (node) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลหรือองค์กร การวิเคราะห์เครือข่ายสังคม คือ การศึกษารูปแบบของความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายสังคมโดยพัฒนาหลักการจากทฤษฎีกราฟ (graph theory) หรือการคำนวณทางคณิตศาสตร์ในแผนผังสังคมมิติ และทฤษฎี

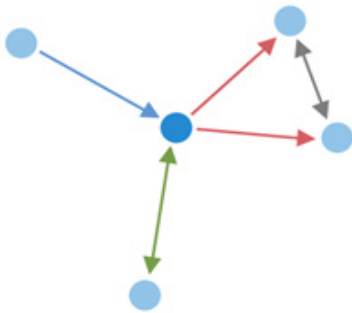
เครือข่าย (network theory) หรือการวิเคราะห์อิทธิพลของความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายสังคม<sup>(1)</sup> โดยหลักการเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดวิธีการวิเคราะห์เครือข่ายสังคมต่อไป

ก่อนเริ่มทำการเก็บข้อมูล จะต้องระบุว่ากลุ่มตัวอย่างที่เราสนใจศึกษาเป็นเครือข่ายสังคมทั้งหมด (whole network) หรือเครือข่ายสังคมเฉพาะสมาชิก (ego network) และความสัมพันธ์ในเครือข่ายสังคมสามารถเชื่อมโยงได้ทั้งหมด (one-mode model) หรือเฉพาะบางกลุ่ม (two-mode model) โดยสามารถเก็บข้อมูลได้ทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิธีเชิงปริมาณคือ การสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม สำหรับการศึกษาเครือข่ายสังคมทั้งหมด จะใช้หลักการถามแต่ละสมาชิกในเครือข่ายว่ามีความสัมพันธ์กับแต่ละสมาชิกอื่นในเครือข่ายหรือไม่ และมีความสัมพันธ์แบบใด (sociometric test) สำหรับการศึกษาเครือข่ายสังคมเฉพาะสมาชิก จะใช้หลักการถามสมาชิกที่สนใจว่ามีความสัมพันธ์กับสมาชิกชื่ออะไรและมีความสัมพันธ์แบบใด (name generator instruments)<sup>(2)</sup> ส่วนการเก็บข้อมูลความสัมพันธ์กับคุณลักษณะ เช่น อาชีพ บทบาท สามารถเก็บได้โดยใช้แบบสอบถามถามว่าสมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์แบบใดต่อคุณลักษณะที่แตกต่างกันของสมาชิกอื่น (position generator) สำหรับการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์/สังเกต

หรือจากเอกสาร จะใช้ในการทำความเข้าใจเครือข่ายสังคมในเชิงลึกและเพื่อการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า เช่น การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ในเครือข่ายสังคม การให้ความหมายต่อความสัมพันธ์ในเครือข่ายสังคม<sup>(3)</sup>

ข้อมูลเครือข่ายสังคม สามารถแสดงเป็นแผนภูมิ (graph) และเมทริกซ์ (matrices) การแสดงแผนภูมิพัฒนาจากการสร้างเมทริกซ์ โดยจุดเป็นตัวแทนของสมาชิกและเส้นเป็นตัวแทนของความสัมพันธ์ในเครือข่ายขนาดและสีของจุดใช้แสดงคุณลักษณะที่แตกต่างกันของสมาชิกได้ ส่วนทิศของเส้นสามารถแสดงเป็นลูกศรแบบทิศทางเดียว (undirected edge) คือ มีความสัมพันธ์จากฝ่ายเดียว และสองทิศทาง (directed edge) คือ มีความสัมพันธ์จากทั้งสองฝ่าย<sup>(3)</sup> ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ตัวอย่างแผนภูมิเครือข่ายสังคม



สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถวิเคราะห์ได้หลากหลายรูปแบบ<sup>(4)</sup> ดังนี้

1. ขนาด (size) หมายถึง จำนวนสมาชิกทั้งหมดในเครือข่าย
2. ความหนาแน่น (density) หมายถึง สัดส่วนความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริงต่อความสัมพันธ์สามารถเกิดขึ้นได้ในเครือข่าย
3. ระดับ (degree) หมายถึง จำนวนของความสัมพันธ์ของสมาชิกที่สนใจในเครือข่าย ซึ่งสามารถแจกแจง (degree distribution) หรือแบ่งเป็นความสัมพันธ์เข้าและออกได้ (in-degree/out-degree)
4. ระยะห่าง (distance) หมายถึง จำนวนความสัมพันธ์ที่สั้นที่สุดระหว่างสมาชิกหนึ่งไปยังสมาชิกอื่นใน

เครือข่าย

5. ความเป็นศูนย์กลาง (centrality) แสดงถึงความสำคัญของสมาชิกที่มากกว่าสมาชิกอื่นในเครือข่าย

a. ระดับความเป็นศูนย์กลาง (degree centrality) หมายถึง จำนวนสมาชิกทั้งหมดที่อยู่รอบสมาชิกที่สนใจในเครือข่าย

b. ค่าคั่นกลาง (betweenness centrality) หมายถึง จำนวนครั้งที่สมาชิกอยู่ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกใด ๆ ในเครือข่าย

c. ค่าความใกล้ชิด (closeness centrality) หมายถึง ระยะเฉลี่ยที่สั้นที่สุดจากสมาชิกหนึ่งไปยังอีกสมาชิกหนึ่งในเครือข่าย

โดยสรุป การวิเคราะห์เครือข่ายสังคมเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดความเข้าใจความสัมพันธ์ในเครือข่ายต่าง ๆ ที่มีความซับซ้อน สามารถชี้ให้เห็นช่องว่างของโครงสร้างและออกแบบมาตรการที่สอดคล้องกับความสัมพันธ์ของเครือข่ายในสังคมได้

### เอกสารอ้างอิง

1. Marin A, Wellman B. Social network analysis: an introduction. In: Carrington PJ, Scott J, editor. The SAGE handbook of social network analysis. London: SAGE Publications; 2016. p. 11-25.
2. Marsden PV. Survey methods for network data. In: Carrington PJ, Scott J, editor. The SAGE Handbook of social network analysis. London: SAGE Publications; 2016. p. 370-88.
3. Riddle M, Hanneman RA. A brief introduction to analyzing social network data. In: Carrington PJ, Scott J, editor. The SAGE handbook of social network analysis. London: SAGE Publications; 2016. p. 331-9.
4. Riddle M, Hanneman RA. Concepts and measures for basic network analysis. In: Carrington PJ, Scott J, editor. The SAGE handbook of social network analysis. London: SAGE Publications; 2016. p. 340-69.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การสำรวจระดับความวิตกกังวลสุขภาพ และความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่พักอาศัย ในพื้นที่เทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี

สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ วท.ด.

นนท์ธิดา หอมขำ วท.ด.

ศติยา อีวานวิช วท.ด.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันรับ:	30 ม.ค. 2562
วันแก้ไข:	21 ธ.ค. 2564
วันตอบรับ:	30 ธ.ค. 2564

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจทางด้านระดับความวิตกกังวลสุขภาพผู้สูงอายุ และความต้องการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 2,027 ราย ที่พักอาศัยในพื้นที่เทศบาลเมือง 2 แห่งของจังหวัดปทุมธานี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางด้านระดับความวิตกกังวลซึ่งประกอบด้วยปัญหาทางด้านสุขภาพและความต้องการที่จำเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.8 เป็นกลุ่มสูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 54.7 กลุ่มสูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) ร้อยละ 31.6 และกลุ่มสูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 57.4 แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว พบร้อยละ 74.6 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อและกระดูก โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคภูมิแพ้หรือหอบหืด และอัมพฤกษ์อัมพาต ความต้องการที่จำเป็นด้านการจัดการบริการทางกายและจิตใจ คือ บริการตรวจสุขภาพและให้ความรู้ในพื้นที่ของชุมชน โดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการจัดการของสถานพยาบาลใกล้บ้าน สำหรับความต้องการที่จำเป็นด้านบริการทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อม คือ การจัดการขยะที่ดีและเป็นระบบ/ปัญหาทางกลิ่น ความสะอาดภายในชุมชน อาคาร ดังนั้น หน่วยงานรัฐในระดับท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงควรจัดบริการทางด้านสุขภาพแบบครบวงจรให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ รวมถึงสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและถูกสุขอนามัยผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ; ความต้องการที่จำเป็น; เทศบาลเมือง

## บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรที่พักอาศัยในพื้นที่เขตเมืองมากกว่าเขตชนบท<sup>(1)</sup> รวมถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ซึ่งส่งผลต่อภาระทางด้านเศรษฐกิจ<sup>(2,3)</sup> และจากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุพบว่ามีความคุณภาพชีวิตไม่ดี การบริโภคอาหารผักผลไม้ไม่เพียงพอ และมีสถานะทางสังคมต่ำ<sup>(4)</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจ

ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2537, 2545, 2550, 2554 และ พ.ศ. 2557 พบว่า ประเทศไทย มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.8, 9.4, 10.7, 12.2 และ 14.9 ของประชากรไทยทั้งหมดตามลำดับ นอกจากนี้ แนวโน้มดัชนีการสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งสวนทางกับ อัตราส่วนเกือหนุนที่ประชากรวัยแรงงานจะสามารถดูแล เกือหนุนผู้สูงอายุได้ลดลง มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตาม ลำพังในครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2557 จึงจำเป็นที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องวางแผนการจัดรูปแบบการ บริการที่จะสามารถรองรับการเติบโตอย่างรวดเร็วของ จำนวนผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม<sup>(5)</sup> จากข้อมูลของ สถาบันวิจัยประชากรและสังคมได้คาดการณ์ว่า ในปีพ.ศ. 2548 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมด แต่ในอีก 30 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.0 ของประชากรทั้งหมด หรือมีจำนวนมากถึง 16 ล้านคนและเมื่อถึงเวลานั้น ประชากรสูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าประชากรวัยเด็ก สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจะส่งผลให้ลักษณะ การพึ่งพิงทางเศรษฐกิจระหว่างประชากรวัยต่าง ๆ เปลี่ยน ไป ซึ่งแต่เดิมมีประชากรวัยเด็กที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัย แรงงานมากกว่าผู้สูงอายุ แต่ในอนาคตจะมีผู้สูงอายุที่ต้อง พึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากกว่าเด็ก อัตราส่วนระหว่าง ประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุจะลดลงจนเหลือเพียง 2 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คนในอีก 30 ปีข้างหน้า<sup>(6)</sup>

นอกจากสถานการณ์โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยน- แปลงไป ยังมีปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงของ สังคมอีกด้วย ซึ่งองค์การสหประชาชาติ ได้ระบุไว้ว่าในปี ค.ศ. 2050 คาดการณ์ไว้ว่าจำนวนประชากรที่อาศัยใน พื้นที่เขตเมืองจะมีมากขึ้นถึงร้อยละ 66.0 ของประชากร โลกทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากปัจจุบัน คือร้อยละ 54.0<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทยได้ทำการคาดการณ์จำนวน ประชากรภายในประเทศ พ.ศ. 2559 พบว่า ประชากรที่ อาศัยในเขตเมือง (เทศบาลและเมืองทุกประเภท) จำนวน

ประมาณ 31,618,000 คน และประชากรที่อาศัยเขต ชนบท 33,705,000 คน<sup>(7)</sup> นอกจากนี้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม ที่มีความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่ง- แวดล้อมที่เฉพาะแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น ในปัจจุบันได้มี การจัดบริการที่หลากหลายให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัด ตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในภูมิภาคต่าง ๆ การจัดตั้งศูนย์ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ เหล่านี้ ได้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่พอมีสถานะทางเศรษฐกิจ หรือรับราชการและเกษียณอายุราชการ แต่มีผู้สูงอายุอีก จำนวนไม่น้อยที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้หรือ อาจจะไม่ใช้ความต้องการของผู้สูงอายุเหล่านั้น ในเชิง วิชาการได้มีการระบุรูปแบบการจัดบริการหลายแนวคิด เช่น แนวความคิดของการจัดบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา (group home)<sup>(8)</sup> แนวคิดของการจัดบริการสังคมแบบ บริการดูแลที่บ้าน (home care)<sup>(9,10)</sup> รวมถึงการจัดบริการ และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นหลักสำคัญในการ ทำงานที่จะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกลยุทธ์ในการ เพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติ ปัญญาและสังคม

จังหวัดปทุมธานี มีการเปลี่ยนแปลงของประชากรและ ลักษณะความเป็นเมืองเพิ่มขึ้น สภาพส่วนใหญ่ของชุมชน มีประชากรอาศัยอย่างหนาแน่น มีการขยายตัวอย่าง รวดเร็วทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีโรงงาน อุตสาหกรรมตั้งอยู่ในพื้นที่ แต่ยังไม่มียารายงานข้อมูลทาง ระบาดวิทยาเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความต้องการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเทศบาลเมือง ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญ ในการนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย เพื่อใช้เป็นข้อมูล ในการตัดสินใจวางแผนทางด้านกิจกรรม โครงการและ งบประมาณ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบาด- วิทยาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และประเมินความต้องการ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ในพื้นที่เทศบาลเมือง จังหวัด ปทุมธานี

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยในพื้นที่เทศบาลเมืองท่าโขลงและเทศบาลเมืองปทุมธานี การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากข้อมูลการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตในผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.5 ด้วยวิธีการประมาณค่า สัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน<sup>(11)</sup> โดยอ้างอิง ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองท่าโขลง จำนวน 4,630 ราย และประชากรผู้สูงอายุเทศบาลเมืองปทุมธานี จำนวน 2,822 ราย ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนด ค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 3.0 ได้ขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาในพื้นที่เทศบาลเมืองท่าโขลงจำนวน 1,018 ราย และเทศบาลเมืองปทุมธานีจำนวน 1,004 ราย รวมขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 2,022 ราย โดยคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 1% เพื่อความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

### วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 30 รายในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่พักอาศัยในทุกชุมชนของเทศบาลเมืองท่าโขลงและเทศบาลเมืองปทุมธานี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีทะเบียนบ้านหรือพักอาศัยในพื้นที่มานานไม่น้อยกว่า 1 ปีเข้าในการศึกษา และเกณฑ์การตัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาเมื่อผู้สูงอายุหรือญาติ คนใกล้ชิด ไม่สามารถช่วยผู้สูงอายุในการให้ข้อมูลได้และไม่ยินยอมให้ข้อมูล

### เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามข้อมูลทางด้านระดับชาติวิทยาในการสำรวจปัญหาสุขภาพและความต้องการที่จำเป็นทางด้านสุขภาพทางกาย และประเมินปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจ สังคมด้วยเครื่องมือวัดดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.93<sup>(12)</sup> แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และการเข้าสังคม โดยวัดจากแบบประเมินกิจกรรม activities of daily living (ADL) หรือ Barthel ADL index<sup>(13,14)</sup> และเครื่องมือวัดการประเมินคุณภาพชีวิต

อ้างอิงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของสวัตน์ มหัตนรินทร์-กุล และคณะ ที่ปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก<sup>(15)</sup>

การวิเคราะห์ทางสถิติ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลระดับ วิทยาปัญหาลุสสุขภาพกาย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการเข้าสังคม ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และความต้องการที่จำเป็น ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต รหัสโครงการวิจัย 172/2560 เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2561

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,027 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 62.8 โดยมากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) จำนวน 1,109 ราย (ร้อยละ 54.7) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) จำนวน 641 ราย (ร้อยละ 31.6) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จำนวน 277 ราย (ร้อยละ 13.7) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันร้อยละ 57.4 รองลงมาเป็นหม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต ร้อยละ 30.2 หย่าหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 6.3 และเป็นโสดร้อยละ 6.1 รายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 77.3 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.3 รองลงมาคือดอกเบี้ยเงินฝากหรือบุตรหลานหรือทำงาน ร้อยละ 38.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.8 รองลงมาคือมัธยมปลาย/ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 11.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 77.2 ส่วนใหญ่มีบุตร ร้อยละ 89.3 การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นลูกหลาน รองลงมาคือภรรยา และดูแลตัวเอง ร้อยละ 31.2, 30.9 และ 29.3 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=2,027)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	1,273	62.8
ชาย	754	37.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1,564	77.2
ไม่มีบุตร	216	10.7
อายุเฉลี่ย (ปี)	70.03±7.67	
สถานภาพสมรส		
โสด	123	6.1
สมรสและอยู่ด้วยกัน	1,163	57.4
หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต	613	30.2
หย่า/แยกกันอยู่	128	6.3
รายได้ของผู้สูงอายุ (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	1,567	77.3
5,000 - 20,000	308	15.2
มากกว่า 20,000	152	7.5
แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บำเหน็จ/บำนาญ	246	12.1
เบี้ยผู้สูงอายุ	1,730	85.3
อื่น ๆ (ดอกเบี้ยย ทำงาน บุตรหลาน)	768	38.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1,375	67.8
มัธยมต้น	140	6.9
มัธยมปลาย/ปวส./อนุปริญญา	235	11.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	142	7.0
ไม่ได้เรียน	135	6.7
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
น้อยกว่า 5 คน	1,639	80.8
6 - 10 คน	361	17.8
10 คนขึ้นไป	27	1.4
ผู้ดูแล		
ดูแลตัวเอง	594	29.3
ลูก/หลานดูแล	632	31.2
ภรรยา	626	30.9
สามี	126	6.2
ญาติ/ลูกจ้าง	49	2.4

ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 74.6 โรคที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ โรคหัวใจ เป็นต้น สำหรับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่า มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 75.4 และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 13.1 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.9 อยู่ในเกณฑ์ปกติ รองลงมาคือ เศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 4.2 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม ร้อยละ 96.9 ระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางร้อยละ 62.4 ไม่พบผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี รายละเอียดตามตารางที่ 2

ข้อมูลทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่สนิทสนมใกล้ชิดกับครอบครัวดีและสามารถพูดคุยได้ทุกเรื่องร้อยละ 95.7 สามารถขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลภายในบ้านได้ ร้อยละ 95.6 ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยวร้อยละ 72.6 ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่บริเวณชั้น 1 หรือชั้นล่างของบ้านพบร้อยละ 58.9 ห้องน้ำไม่มีราวจับ ร้อยละ 84.9 ส่วนใหญ่ไม่มีสัญญาณฉุกเฉินที่หัวเตียง ร้อยละ 99.0 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ความต้องการที่จำเป็นด้านบริการสุขภาพทางกาย จิตใจ ส่วนใหญ่ต้องการให้มีการบริการตรวจสุขภาพและให้ความรู้ในชุมชนโดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสถานพยาบาลใกล้บ้าน รองลงมาคือ ต้องการอุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น ไม้เท้า ผ้าอ้อม รถเข็น เตียง และบริการนวดแผนไทย

ความต้องการด้านบริการทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการด้านสาธารณูปโภค ได้แก่ สร้าง/ปรับปรุงถนน ไฟฟ้า น้ำประปา ห้องสมุด สวนสาธารณะ สถานที่ออกกำลังกาย รองลงมา คือเรื่อง การจัดการขยะที่ดีและเป็นระบบ/ปัญหาทางกลิ่น ความ

การสำรวจระดับวิทยาปัญหাসุภาพและความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในพื้นที่เทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี

สะอาดภายในชุมชน อาคาร และจัดตั้งชมรม/รวมกลุ่ม ผู้สูงอายุ การฝึกอาชีพ การออกกำลังกาย รายละเอียดตั้ง เพื่อพบปะสังสรรค์ และทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ชมรม- ตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ระบาดวิทยาปัญหาสุภาพในผู้สูงอายุ (n=2,027)

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สุขภาพทางกาย</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	515	25.4
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค	1,512	74.6
- โรคความดันโลหิตสูง	1,076	
- โรคเบาหวาน	442	
- โรคกระดูกและข้อ	251	
- โรคหัวใจ	168	
- โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	42	
- โรคหอบหืด	42	
- โรคภูมิแพ้	42	
- โรคมะเร็ง	33	
- อื่น ๆ เช่น หลอดเลือดสมอง ไทรอยด์ ไขมันในเลือดสูง ต้อกระจก	671	
<b>สุขภาพจิต</b>		
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	122	11.5
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	1,224	75.4
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	681	13.1
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>		
ปกติ	1,924	94.9
เศร้าเล็กน้อย	84	4.2
เศร้าปานกลาง	17	0.8
เศร้ารุนแรง	2	0.1
<b>ความสามารถในการเข้าสังคม</b>		
ติดสังคม	1,964	96.9
ติดบ้าน	32	1.6
ติดเตียง	31	1.5
<b>ระดับคุณภาพชีวิต</b>		
มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ	1,265	62.4
มีคุณภาพชีวิตที่ดี	762	37.6

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ (n=2,027)

ข้อมูลสังคมและสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดีในระดับใด		
สนิทสนมใกล้ชิด/คุยได้ทุกเรื่อง	1,943	95.7
ทะเลาะเบาะแว้งเป็นประจำ	7	0.4
เฉยๆ	77	3.9
ผู้สูงอายุมีผู้ที่สามารถขอรับความช่วยเหลือได้หรือไม่		
ไม่มี	27	1.3
มี บุคคลภายในบ้าน	1,937	95.6
มี บุคคลนอกบ้าน	63	3.1
ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ		
บ้านเดี่ยว	1,472	72.6
บ้านทาวน์เฮาส์	395	19.5
ตึกแถว/ห้องแถว	107	5.3
คอนโด/ห้องชุด/แฟลต	53	2.6
ลักษณะของห้องพักของผู้สูงอายุ		
ห้องพักอยู่บริเวณชั้น 1 หรือชั้นล่างของบ้าน	1,193	58.9
ห้องพักมีสัญญาผูกมัดเงินจากหัวเตียง	20	1.0
ห้องน้ำมีราวจับ	306	15.1
ภายในห้องน้ำมีเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ	225	11.1
ที่พักอาศัย/ห้องน้ำลื่นง่าย	212	10.5
อุปกรณ์ปิด/เปิดน้ำในที่พักอาศัยต้องออกแรงมาก	34	1.7
ที่พักอาศัยมีบันได	1,544	76.2
ที่พักอาศัยมีพื้นลาด	421	20.8
ที่พักอาศัยมีระบบการถ่ายเทอากาศที่ดี	1,804	89.0
บริเวณที่พักอาศัยมีแหล่งน้ำขัง	678	33.4
ที่อยู่อาศัยมีแสงสว่างเพียงพอ	1,925	95.0

ตารางที่ 4 ความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี

ความต้องการที่จำเป็น	จำนวน (ราย)
<b>บริการทางด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ (n= 259)</b>	
- บริการตรวจสุขภาพและให้ความรู้ในชุมชนโดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสถานพยาบาลใกล้บ้าน	208
- อุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น ไม้เท้า ฝักอ้อมรถเข็น เตียง และบริการนวดแผนไทย	42



ตารางที่ 4 ความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี (ต่อ)

ความต้องการที่จำเป็น	จำนวน (ราย)
<b>บริการทางด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ (n= 259)</b>	
- เยี่ยมบ้านและพูดคุยกับผู้สูงอายุ	5
- ปรับปรุงสิทธิการรักษา, ปรับปรุงการบริการที่ล่าช้า, แพทย์จำนวนน้อยในการตรวจ	4
<b>บริการทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อม (n=334)</b>	
- การจัดการขยะที่ดีและเป็นระบบ/ปัญหาทางกลิ่น ความสะอาดภายในชุมชน อาคาร	77
- สาธารณูปโภค ได้แก่ สร้าง/ปรับปรุงถนน ไฟฟ้า น้ำประปา ห้องสมุด สวนสาธารณะ สถานที่ออกกำลังกาย	68
- จัดตั้งชมรม/รวมกลุ่มเพื่อพบปะสังสรรค์ และทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ การฝึกอาชีพ การออกกำลังกาย	65
- จัดการน้ำเสีย/น้ำท่วมขัง มลพิษทางอากาศ มลพิษทางเสียง	58
- กำจัดขยะ หนู แมลงพาหะ และสุนัขและแมวจรจัด	40
- ดูแลความปลอดภัยในชุมชน	6

### วิจารณ์

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองท่าโขลงและเทศบาลเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งมีลักษณะทางประชากรผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปีพ.ศ. 2557<sup>(5)</sup> ที่ระบุว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชาย กล่าวคือผู้สูงอายุชายร้อยละ 45.1 และหญิงร้อยละ 54.9 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 56.5 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง ร้อยละ 29.9 และวัยปลาย ร้อยละ 13.6 เป็นผู้มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.5 ในจำนวนนี้มี ร้อยละ 61.0 เป็นผู้มีคู่สมรสอยู่ด้วยกันในครัวเรือน เป็นผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่าแยกกันอยู่ ร้อยละ 32.6 และเป็นโสด ร้อยละ 3.9 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 75.7 สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 13.3 และไม่ได้เรียน ร้อยละ 10.9 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าลักษณะทางโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองของการศึกษานี้มีลักษณะที่คล้ายกับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของประเทศ

นอกจากนี้ประเด็นเรื่องรายได้และการทำงานของผู้สูงอายุในการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท เป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมากถึง ร้อยละ 77.2 แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ รองลงมาเป็นรายได้จากดอกเบี้ยเงินฝาก บุตรหลานให้หรือทำงานเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>(5)</sup> ที่รายงานว่าแหล่งรายได้ที่สำคัญหรือแหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับจากบุตร ร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ รายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุเอง ร้อยละ 33.9 และเบี้ยยังชีพจากทางราชการ ร้อยละ 14.8 จากเงินบำเหน็จ บำนาญ ร้อยละ 4.9 จากคู่สมรส ร้อยละ 4.3

และจากดอกเบี้ยเงินออมที่ผู้สูงอายุได้เก็บออมไว้ ร้อยละ 3.9 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในการศึกษานี้เป็นผู้ที่พักอาศัยในเขตเทศบาลเมือง ซึ่งมีลักษณะทางด้านเศรษฐกิจที่แตกต่างจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ทำการศึกษาคอบคลุมทั้งในพื้นที่เขตเมืองและชนบททุกภูมิภาค นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในเขตเมืองอาจมีแนวโน้มที่จะพึ่งพาและขอรับความช่วยเหลือจากรัฐบาล ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทอาจมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นและได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่า<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ความเครียดทางเศรษฐกิจโดยทั่วไปในเขตเมืองจะมากกว่าในพื้นที่ชนบท และความเครียดดังกล่าวยังสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละคนเพิ่มขึ้นตามอายุ<sup>(5)</sup> ซึ่งอาจนำไปสู่ความตึงเครียดทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้น ซึ่งในการศึกษานี้พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.4 และมีผู้สูงอายุมีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนเพียงร้อยละ 7.5 และไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 77.2 ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ระบุว่าอัตราการจ้างงานลดลงตามอายุ คือ ผู้สูงอายุวัยต้น ผู้สูงอายุวัยกลาง และผู้สูงอายุวัยปลาย (ร้อยละ 5.3, 22.4 และ 54.9 ตามลำดับ) ยังมีการศึกษาอื่นที่ชี้ให้เห็นว่าวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(16)</sup> แต่อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าควรได้รับการตรวจสอบอย่างใกล้ชิดในผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพในบุคคลที่มีอาการป่วยเรื้อรัง<sup>(17,18)</sup>

มีอีกหนึ่งประเด็นที่น่าสนใจ คือผลจากการศึกษานี้พบว่า การดูแลผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนของภรรยาที่ดูแลคู่สมรสร้อยละ 30.9 ในขณะที่สามีดูแลคู่สมรสเพียงร้อยละ 6.2 ซึ่งเรื่องนี้อาจอธิบายได้ด้วยอัตราการตายที่ค่อนข้างสูงพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ชายในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี 2555 และ 2560 มีอัตราการเสียชีวิตของชายและหญิงเท่ากับ 8.2 และ 5.9 ต่อ 1,000

คน<sup>(19)</sup> และปัจจัยทางวัฒนธรรม เช่น ความคิดหรือความคาดหวังว่าผู้หญิงควรเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว<sup>(20)</sup>

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค มากถึงร้อยละ 74.6 ซึ่งกระบวนการของการสูงวัยมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาที่คาดการณ์ได้ในระบบหัวใจและหลอดเลือด<sup>(21)</sup> ซึ่งผู้สูงอายุในต่างประเทศมีรายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งเช่นผู้สูงอายุแคนาดา มีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานประมาณ 8.6 รายต่อพันรายต่อปี<sup>(22)</sup> หรือในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามสร้างการรับรู้และการบำบัดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ<sup>(23)</sup> ซึ่งการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น<sup>(24)</sup> และเป็นโรคที่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสอาจเกิดอันตรายจากการได้รับยาเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักจะต้องได้รับยาหลายชนิดทั้งทางร่างกายและจิตใจ<sup>(25)</sup>

สำหรับความต้องการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการบริการด้านสุขภาพที่สำคัญ รวมถึงการตรวจสุขภาพในชุมชนโดยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุหลายคนยังแสดงความต้องการสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ใกล้บ้าน เช่นเดียวกับความต้องการอำนวยความสะดวกการดูแลเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ และการเข้าถึงอุปกรณ์/บริการช่วยเหลือ (เช่น ไม้เท้า รถเข็น เตียง บริการนวดแผนโบราณ) เนื่องจากสภาวะร่างกายของผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของร่างกายทำให้การใช้ชีวิตประจำวันไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างสะดวกเช่นคนในวัยหนุ่มสาว จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการมาตรการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และอุบัติเหตุในผู้สูงอายุด้วย<sup>(26)</sup> เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนควรดำเนินการในเชิงรุกในการให้บริการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยลดความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะเดินทางเพื่อรับการรักษาขั้นพื้นฐาน

นอกจากนี้ เครือข่ายทางสังคมมีความสำคัญเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับภัย

คุณภาพชีวิตที่ดี และการพึ่งพาความสัมพันธ์ของเครือข่ายเพื่อตอบสนองความต้องการจะมีมากกว่ากลุ่มบุคคลวัยอื่น การเพิ่มความหลากหลายของเครือข่ายทางสังคมอาจมีความจำเป็นสำหรับการพัฒนาสุขภาพและการอยู่รอดของผู้สูงอายุ<sup>(3)</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุยังได้เสนอแนะในการเข้าถึงการจัดการของเสียที่เหมาะสมและเป็นระบบ การจัดการปัญหากลิ่นเหม็นภายในชุมชน และสภาพความเป็นอยู่ที่สะอาด รวมถึงความจำเป็นของหน่วยงานรัฐในพื้นที่ให้มีการจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงการก่อสร้างถนน บริการสาธารณูปโภค (น้ำ ไฟฟ้า) และการเข้าถึงสวนสาธารณะ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสันตนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุชาวเยอรมันที่แสดงให้เห็นว่าไม่ได้การตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย (เช่น บริการรถ การมองเห็น/การได้ยิน/การสื่อสาร ปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว/การหกล้ม การดูแลตนเอง และความต่อเนื่อง) และการมีส่วนร่วมทางสังคม (เช่น การมีเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด การมีกิจกรรมในเวลาว่าง การรับทราบข้อมูล และรู้สึกถึงการถูกละเมิด/ละเลย)<sup>(27)</sup>

โดยสรุป ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลต้องการการสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในรูปแบบเฉพาะ มีข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ ได้แก่ (1) การเพิ่มทุนสำหรับการวิจัยและพัฒนาที่มุ่งแก้ไขกระบวนการชราที่เสื่อมโทรมและยืดอายุขัยที่มีสุขภาพดีและมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะ (2) การจัดให้มีสิ่งจูงใจสำหรับองค์กรทางการค้า วิชาการ ภาครัฐ และภาครัฐ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวิจัยและพัฒนาดังกล่าว และ (3) การจัดตั้งและขยายการประสานงานระหว่างโครงสร้าง โปรแกรม และสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การพัฒนา และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอายุมากในด้านวิชาการ อุตสาหกรรม หน่วยงานนโยบายสาธารณะ และในระดับรัฐบาลและเหนือรัฐบาล<sup>(2)</sup> ทั้งนี้ในการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการขาดข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการหรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมี

หลายการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเรื่องภาวะโภชนาการ<sup>(28)</sup> และการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะมีการดำเนินการต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบของการศึกษา ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่ดังนี้

1. ประชาชนควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากแหล่งรายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมาจากเบี้ยผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว
2. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพและประเมินผลรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุอาจพิจารณาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อให้การพัฒนาเกิดวงรอบของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนทุกกลุ่มวัยมากที่สุด ดูแลสวัสดิการผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่อย่างทั่วถึง เช่น การสร้างงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย การผลักดันและสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องของกิจกรรมชมรมต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมกิจกรรมทางกายและจิตใจ
4. สถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ทั้งจากภาครัฐ และเอกชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน พิจารณาให้บริการเชิงรุกโดยจัดบริการตรวจสุขภาพ รักษาโรคเบื้องต้นเชิงรุกให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่ออำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็นต้องเดินทางเพื่อไปรับบริการที่สถานพยาบาล
5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการจัดระบบการให้บริการซ่อมแซม

ปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ราวบันได ไฟ- หัวเตียง หรือไฟฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความปลอดภัยและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาวิจัยแห่งชาติ ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินงบประมาณแผ่นดิน แผนบูรณาการวิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ 2561

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World urbanization prospects, the 2014 revision. New York: Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat; 2014.
2. Jin K, Simpkins JW, Ji X, Leis M, Stambler I. The critical need to promote research of aging and aging-related diseases to improve health and longevity of the elderly population. *Aging Dis* 2015;6(1):1-5.
3. Ali T, Nilsson CJ, Weuve J, Rajan KB, Mendes de Leon CF. Effects of social network diversity on mortality, cognition and physical function in the elderly: a longitudinal analysis of the Chicago Health and Aging Project (CHAP). *J Epidemiol Community Health* 2018;72(11):990-6.
4. Amarasena N, Keuskamp D, Balasubramanian M, Brennan DS. Health behaviours and quality of life in independently living South Australians aged 75 years or older. *Aust Dent J* 2018;63(2):156-62.
5. สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์-เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2557.
6. ปัทมา ว่าพัฒนางศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล. ประชากรไทยในอนาคต 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article02.htm>
7. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: [http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Population\\_Gazette2016-TH.pdf](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Population_Gazette2016-TH.pdf)
8. Nathwani D, Zambrowski JJ, Ad HOCW. Advisory group on Home-based and Outpatient Care (AdHOC): an international consensus statement on non-inpatient parenteral therapy. *Clin Microbiol Infect* 2000;6(9):464-76.
9. Beguin AM. Nursing care. Keeping and treating elderly incontinent patients at home. *Soins* 2000;648:17-9.
10. Soderhamn O, Lindencrona C, Ek A. Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *Int J Nurs Stud* 2000;37(4):361-8.
11. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. New York: John Wiley & Sons; 2003.
12. สุชีรา ภักทรายุตวรรัตน์. คู่มือวัดทางจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ตรีเทพ; 2556.
13. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud* 1988;10(2):64-7.
14. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud* 1988;10(2):61-3.
15. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
16. Chaves C, Castellanos T, Abrams M, Vazquez C. The impact of economic recessions on depression and individual and social well-being: the case of Spain (2006-2013). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018;53(9):977-86.

17. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: current understanding. *J Clin Neurosci* 2018;47:1-5.
18. Salvatore T. Suicide Risk in Homebound Elderly Individuals What Home Care Clinicians Need to Know. *Home Healthc Now* 2015;33(9):476-81.
19. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560 นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
20. Langholz PL, Strand BH, Cook S, Hopstock LA. Frailty phenotype and its association with all-cause mortality in community-dwelling Norwegian women and men aged 70 years and older: the Tromso Study 2001-2016. *Geriatr Gerontol Int* 2018;18(8):1200-5.
21. Lye M, Donnellan C. Heart disease in the elderly. *Heart* 2000;84(5):560-6.
22. Rockwood K, Awalt E, MacKnight C, McDowell I. Incidence and outcomes of diabetes mellitus in elderly people: report from the Canadian Study of Health and Aging. *CMAJ* 2000;162(6):769-72.
23. Prisant LM, Moser M. Hypertension in the elderly: can we improve results of therapy? *Arch Intern Med* 2000;160(3):283-9.
24. Zhou M, Sun X, Huang L. Chronic disease and medical spending of Chinese elderly in rural region. *Int J Qual Health Care* 2021;33(1):mzaa142.
25. Keijsers CJ, Jansen PA, Brouwers JR, de Wildt DJ. (Need for improvement in education on appropriate prescribing in elderly patients). *Ned Tijdschr Geneesk* 2015; 159:A9609.
26. Urrunaga-Pastor D, Moncada-Mapelli E, Runzer-Colmenares FM, Bailon-Valdez Z, Samper-Ternent R, Rodriguez-Manas L, et al. Factors associated with poor balance ability in older adults of nine high-altitude communities. *Arch Gerontol Geriatr* 2018;77:108-14.
27. Stein J, Luppá M, König HH, Riedel-Heller SG. The German version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): evaluation of content validity and adaptation to the German-speaking context. *Int Psychogeriatr* 2015;27(11):1919-26.
28. Maseda A, Diego-Diez C, Lorenzo-Lopez L, Lopez-Lopez R, Regueiro-Folgueira L, Millan-Calenti JC. Quality of life, functional impairment and social factors as determinants of nutritional status in older adults: the VERISAUDE study. *Clin Nutr* 2018;37(3):993-9.

**Abstract: A Survey of Epidemiology of Health and Needs Assessment among Aging People Living in Town Municipality, Pathumthani Province**

**Sirima Mongkolsomlit, Ph.D; Nontiya Homkom, Ph.D; Katiya Ivanovitch, Ph.D.**

*Faculty of Public Health, Thammasat University, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):199-210.*

The objectives of this research were to assess the epidemiology of elderly health problems and the needs for the elderly in urban areas of Thailand. It was conducted as a cross-sectional study covering 2,027 elderly people in two town municipalities in Pathumthani province. Data were collected by using questionnaires to collect personal data, epidemiological data including health problems and the needs associated with physical, mental health, social and environment; and were analyzed by descriptive statistics. It was found that the majority of the elderly in the study areas were female (62.8%), and 54.7% of them were categorized as early elderly group, 31.6% were senior elderly, and 3.7% were late elderly. Among them 57.4% were married. The most common source of income was from government support (85.3%). Around 74.6% of the elderly had chronic diseases such as hypertension, diabetes mellitus, bone and joints syndrome, cardiovascular disease, allergy or asthma, and paralysis. The essential needs of the elderly on physical and mental health services were health check-up and community-based care by physicians, nurses, or public health officials. For the social environment services, the elderly people need good waste management in the community. Thus, the local governments should be responsible for providing comprehensive healthcare to the elderly, including the provision of suitable employment as well as safe and healthy living environment for the elderly.

**Keywords: elderly people; need assessment; town municipality**

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ ทบทวนทักษะ และเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจ การท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อโรคโควิด 19 เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ทัศนมินทร์ รัชตารณรัชต์ รป.ด.\*

ณิรณัฐ วงศ์เจริญ ปร.ด.\*\*

สรรเพชญ์ เรืองอร่าม ศษ.ม.\*\*\*

\* ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบความมั่นคงและความปลอดภัยชายฝั่งเศรษฐกิจอ่าวไทยและอันดามัน

กรุงเทพมหานคร

\*\* มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา

\*\*\* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วันรับ:	26 ต.ค. 2564
วันแก้ไข:	23 ธ.ค. 2565
วันตอบรับ:	4 ม.ค. 2565

**บทคัดย่อ** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ การทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวร่วมกับปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) บุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว เกาะสมุย จำนวน 274 คน และ (2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 20 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง และโปรแกรมการพัฒนาทักษะ การทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา paired t-test และ independent t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมสมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=2.23, 3.79, SD=0.77, 0.63) ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ด้านการให้คุณค่าปัญญาประดิษฐ์สมุยขณะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.40, SD=0.60) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้ปัญญาประดิษฐ์สมุยขณะร่วมกับโปรแกรมฯ ช่วยเพิ่มความรู้ และทักษะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ให้สูงขึ้นได้

**คำสำคัญ:** การพัฒนาทักษะ; การทบทวนทักษะ; การเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่; บุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว; โรคโควิด 19

## บทนำ

โรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัส กลายเป็นโรคระบาดไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต และส่งผลต่อเศรษฐกิจทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในปัจจุบันหลายประเทศเลือกใช้มาตรการปิดประเทศโดยระงับการเดินทางเข้ามาของนักท่องเที่ยวต่างชาติเป็นการชั่วคราวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค รวมถึงประเทศไทยด้วย จากสถานการณ์ดังกล่าวจะทำให้จีดีพีของไทยลดลงจากประมาณการเดิมโดยภาคธุรกิจที่ได้รับผลกระทบรุนแรง ได้แก่ ภาคการท่องเที่ยว ธุรกิจบันเทิง สันทนาการและสิ่งทอ<sup>(1)</sup> ทั้งนี้ธุรกิจด้านการท่องเที่ยวเป็นแหล่งรายได้สำคัญของระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยธุรกิจบริการด้านการท่องเที่ยว เช่น ธุรกิจโรงแรมและที่พัก หลายแห่งต้องปิดให้บริการที่พักรับชั่วคราว รวมถึงธุรกิจนำเที่ยวทั้งออนไลน์และออฟไลน์ ธุรกิจร้านค้าของที่ระลึกและร้านอาหารในสถานที่ท่องเที่ยวต่างได้รับผลกระทบอย่างหนัก การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีอิทธิพลต่อการท่องเที่ยวที่ต้องมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการไปจากเดิม มีการปรับบริการการท่องเที่ยวใหม่เป็นวิถีท่องเที่ยวที่คำนึงถึงสุขภาพ โดยการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการบริการต่างๆ การใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้กระบวนการจัดเก็บและประมวลผลข้อมูลมีประสิทธิภาพและตรงกับความต้องการของนักท่องเที่ยวแต่ละรายมากขึ้นภายใต้ฐานวิถีชีวิตใหม่ (new normal) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักท่องเที่ยวและรักษาความสามารถในการแข่งขัน นอกจากนี้ เทคโนโลยีสมัยใหม่ยังช่วยยกระดับห่วงโซ่คุณค่าการท่องเที่ยว (tourism value chain) ซึ่งมีความซับซ้อนเนื่องจากเป็นภาคเศรษฐกิจที่เชื่อมโยงกับกลุ่มธุรกิจจำนวนมาก อาทิ โรงแรม บริษัทนำเที่ยว การขนส่ง ธุรกิจอาหาร คาเฟ่ ผู้จัดส่งวัตถุดิบ ผู้ประกอบการธุรกิจท้องถิ่น ฯลฯ ช่วยให้ผู้ประกอบการในห่วงโซ่สามารถเชื่อมโยงกันผ่าน platform ต่าง ๆ รวมถึงพัฒนาต่อยอดธุรกิจเพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวที่แตกต่างและหลากหลาย<sup>(2)</sup>

จากสถานการณ์โรคโควิด 19 ส่งผลให้ทุกคนต้องมีการปรับตัวที่เรียกว่า new normal หมายถึง ความปกติใหม่ ฐานวิถีชีวิตใหม่ เป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องมาจากมีบางสิ่งมากระทบจนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ในบริบทสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงจนแพร่กระจายไปทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก มนุษย์จึงจำเป็นต้องป้องกันตนเองเพื่อให้มีชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ผิดไปจากวิถีเดิม ๆ โดยมีการปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิตแบบใหม่เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยทำมาเป็นกิจวัตร เกิดการบายเบนออกจากความคุ้นเคยแต่เดิมทั้งในดำเนินชีวิตส่วนตัว และการทำงาน จนในที่สุดทำให้เกิดความคุ้นชินก็จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติของผู้คนในสังคม ทั้งนี้ในกลุ่มบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว เป็นกลุ่มบุคคลที่ลักษณะการทำงานจะต้องพบเจอนักท่องเที่ยวที่มีความหลากหลายที่มา จึงทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ หรือเป็นพาหะในการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรท่องเที่ยวในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ซึ่งการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นการสร้างการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้สูงขึ้น<sup>(3)</sup> ทั้งนี้สมรรถนะบุคลากรคือ คุณลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลสามารถสร้างผลการปฏิบัติงานในงานที่ตนรับผิดชอบให้สูงกว่าหรือเหนือกว่าเกณฑ์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้<sup>(4)</sup> ซึ่งสมรรถนะของบุคคลตามแนวคิดของ McClelland DC ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความรู้ (knowledge) (2) ทักษะ (skill) (3) อัตมโนทัศน์ (self-concept) (4) คุณลักษณะเฉพาะ (traits) และ (5) แรงจูงใจ (motive)<sup>(4)</sup> โดย



สมรรถนะสามารถสะท้อนให้เห็นได้จากพฤติกรรมการทำงานที่แสดงออกมาของแต่ละคน ซึ่งทั้งหมดเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาขึ้นได้จากการฝึกอบรมหรือการฝึกฝนผ่านประสบการณ์จริงเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดในประเทศ ทั้งนี้เมื่อการระบาดของโรคโควิด 19 มีแนวโน้มลดลง แต่จะต้องมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นพื้นที่ที่ประชาชนมีรายได้ส่วนใหญ่มาจากธุรกิจการท่องเที่ยว หากไม่มีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ที่ดีจะส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น หลังวิกฤตครั้งนี้คงยากที่จะทำจุดขายใหม่แต่อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวไทยมีจุดขายด้านการบริการที่มีศักยภาพอยู่แล้ว เพียงแต่ต้องเพิ่มมูลค่าจุดขายเดิมให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น โดยมีการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะ (upskill) ทบทวนทักษะ (reskill) และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ (new normal skill) ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 และการทำดิจิทัลแพลตฟอร์มให้เกิดในอุตสาหกรรมท่องเที่ยว โดยมีขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดของ Gagne RM<sup>(5)</sup> มีการประเมินสมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความรู้ (knowledge) (2) ทักษะ (skill) (3) อัตมโนทัศน์ (self-concept) (4) คุณลักษณะเฉพาะ (traits) และ (5) แรงจูงใจ (motive)<sup>(6)</sup> และนำปัญญาประดิษฐ์ (AI “สมุยชนะ”) มาใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายและการติดเชื้อโรคโควิด 19 ร่วมด้วยเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับการท่องเที่ยวให้สามารถฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมพร้อมในการฟื้นฟูการท่องเที่ยวในด้านโครงสร้างพื้นฐาน ทั้งในแง่สถานที่ท่องเที่ยวสถานประกอบการ โรงแรมและภาคส่วนการบริการต่างๆ เพื่อให้พนักงานท่องเที่ยวมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 จากการเข้ารับบริการในธุรกิจการท่องเที่ยวของเกาะสมุย จังหวัด

สุราษฎร์ธานี จึงดำเนินการวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ การทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวร่วมกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ในเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำ (two group pretest-posttest design) มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) มีการวัดผล 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวโดยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนด้านการท่องเที่ยว และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อออกแบบและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ ทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 และการนำโปรแกรมฯ มาใช้ร่วมกับปัญญาประดิษฐ์ (แอปพลิเคชัน) กำหนดวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 20 แห่ง จำนวน 20 คน ตามที่คุณสมบัติที่กำหนด คือ (1) ผู้บริหารองค์กรภาครัฐ (2) ผู้บริหารองค์กรเอกชน และ (3) เจ้าของธุรกิจการท่องเที่ยว

กลุ่มที่ 2 บุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 683 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองโปรแกรมฯ มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie RV และ Morgan DW<sup>(7)</sup> ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 246 คน มีการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (drop-out

rate) และความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างตามแนวคิดของ Gupta KK และคณะ<sup>(8)</sup> สำหรับการวิจัยนี้กำหนดค่า  $d$  กับร้อยละ 10.00 จึงเพิ่มตัวอย่างเพื่อการป้องกันการสูญหาย จำนวน 28 คน ดังนั้น ในการศึกษาคั้งนี้จึงรวมตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 274 ราย ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 137 คน โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งงาน และธุรกิจประเภทเดียวกัน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ตามแนวคิดของ McClelland DC<sup>(4)</sup> ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ (1) องค์ประกอบด้านความรู้ (knowledge) เป็นแบบทดสอบความรู้แบบ 2 คำตอบ คือ ใช่และไม่ใช่ มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธี Kuder Richardson 20: KR-20 ได้เท่ากับ 0.76 และ (2) องค์ประกอบด้านทักษะ (skill) ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept) ด้านคุณลักษณะเฉพาะ (traits) และด้านแรงจูงใจ (motive) มีจำนวนข้อคำถาม 41 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยการให้คะแนนตามความคิดเห็นของตนเอง คะแนน 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงคะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งนี้คะแนนรวมเฉลี่ยที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1.00-5.00 มีการแปลผลดังนี้ ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับต่ำที่สุด 1.81-2.60 หมายถึง ระดับต่ำ 2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึงระดับมาก และ

4.21-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และมีค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการให้คุณค่าและความพึงพอใจต่อคุณสมบัติของปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1 - 5 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยการให้คะแนนตามความคิดเห็นของตนเอง คะแนน 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงคะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) แบบกึ่งมีโครงสร้าง โดยใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนด้านการท่องเที่ยว และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการพัฒนาทักษะร่วมกับปัญญาประดิษฐ์ในการป้องกันการแพร่กระจายและการติดเชื้อโรคโควิด 19 โดยแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน

ส่วนที่ 5 โปรแกรมการพัฒนาทักษะ ทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และ (2) การพัฒนาทักษะ ทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ร่วมกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” ในการป้องกันการแพร่กระจายและการติดเชื้อโรคโควิด 19 โดยโปรแกรมผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ขอความยินยอมในการ

เข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยมีวิธีการและมาตรการในการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ หรือการแพร่กระจายเชื้อในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

2. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้และทักษะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายและการติดเชื้อโรคโควิด 19 ก่อนการทดลอง (pre-test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. การจัดอบรมโปรแกรม “Upskill/Reskill/New normal skill” ร่วมกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) โดยโปรแกรมฯ มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดของ Gagne RM<sup>(5)</sup> มีขั้นตอนดังนี้ (1) เร่งเร้าความสนใจ (gain attention) (2) บอกวัตถุประสงค์ (specify objective) (3) ทบทวนความรู้เดิม (activate prior knowledge) (4) นำเสนอเนื้อหาใหม่ (present new information) (5) ชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ (guide learning) (6) กระตุ้นการตอบสนองบทเรียน (elicit response) (7) ให้ข้อมูลย้อนกลับ (provide feedback) (8) ทดสอบความรู้ใหม่ (assess performance) และ (9) สรุปและนำไปใช้ (review and transfer) และมีกิจกรรมเชิงปฏิบัติ (workshop) ให้แก่กลุ่มทดลอง มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ได้แก่ การประเมินสมรรถนะบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ตามแนวคิดของ McClelland DC<sup>(6)</sup> ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความรู้ (knowledge) (2) ทักษะ (skill) (3) อัตมโนทัศน์ (self-concept) (4) คุณลักษณะเฉพาะ (traits) และ (5) แรงจูงใจ (motive) และการให้คุณค่าและความพึงพอใจต่อคุณสมบัติของปัญญาประดิษฐ์ (AI) ตามแนวคิดของ Almqvist E และคณะ<sup>(9)</sup> ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านคุณสมบัติอุปกรณ์ (functional) (2) ด้านความรู้สึก (emotional) (3) คุณค่าด้านการดำรงชีวิต (life changing) และ (4) การสร้างคุณค่าตนเองต่อสังคม (social impact) มาใช้ในการวัดประสิทธิผลด้านการให้คุณค่านวัตกรรมปัญญาประดิษฐ์ (AI)

4. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้และทักษะ

ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวหลังการทดลอง (post-test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเก็บข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณสมบัติและคุณค่าของ ปัญญาประดิษฐ์ (AI) หรือแอปพลิเคชัน “สมุยชนะ” จากบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในกลุ่มทดลอง

5. สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข่าวสารสำคัญ (key informants) เพื่อหาแนวทางการนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะ ทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวปฏิบัติกร่วมกับปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” มาใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19

6. รูปแบบของปัญญาประดิษฐ์ (AI: artificial intelligence) หรือแอปพลิเคชัน “สมุยชนะ” มีคุณสมบัติของปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” เป็นระบบที่มีการลงทะเบียนแบบออนไลน์ รองรับฐานข้อมูล SQL, MySQL, Oracle มีระบบการประมวลผล (data mining) การตรวจสอบและคัดกรองฐานข้อมูลร่วมหน่วยงานราชการ มีระบบ hologram รองรับการยืนยันอัตลักษณ์ตัวตนร่วมกับการใช้บัตรประจำตัวประชาชน ส่งข้อมูลภาพผ่าน file transfer protocol real time ใช้ระบบการนำข้อมูลและจัดเก็บข้อมูล (database server) รูปแบบการทำงานของโปรโตคอล TCP/IP ด้วยระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ผ่านเครือข่ายสากล โดยแอปพลิเคชันออกแบบมาเพื่อใช้งานร่วมกับระบบปฏิบัติการ IOS และ Android ด้วย application ที่สามารถดาวน์โหลดใช้ได้ฟรี มีความเร็วของการส่งผ่านข้อมูลสูงสุด 384 Kbps ในการดาวน์โหลด และ 240 Kbps ในการอัปโหลด ใช้ระบบคุกกี้บริหารจัดการลงทะเบียนข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เบราว์เซอร์ (web browser) ในการจัดเก็บฐานข้อมูลทั้งหมด มีระบบ GPS ติดตามตัวและค้นหาตลอดเวลา (real time) จากแอปพลิเคชันและอุปกรณ์เสริม ผ่านระบบดาวเทียม และระบบสัญญาณโทรศัพท์ มีระบบรักษาความปลอดภัยข้อมูล (access control) ทั้งนี้โปรแกรมควบคุมอุปกรณ์ไฟฟ้าแบบอัตโนมัติอย่างง่ายได้ผ่าน Visual Programming Editor (Google Blockly) ในการควบคุมอุปกรณ์ไฟฟ้า และ

แสดงสถานะเปิด-ปิดของอุปกรณ์ไฟฟ้า รวมถึงติดตามค่าเซ็นเซอร์ทั้งแบบอนาล็อกและดิจิทัล ภายในระบบได้ผ่านทาง Web application และควบคุมอุปกรณ์ไฟฟ้าที่สามารถควบคุมด้วยรีโมทคอนโทรล เช่น แอร์ ทีวี ประตูอัตโนมัติได้ โดยใช้ IR Module โดยสามารถตั้งค่าล่วงหน้า มีระบบตรวจจับ (sensor) ทั้งเชิงข้อมูลระบบและการสื่อสาร เชื่อมโยงกล้องวงจรปิด IP camera การนำภาพใบหน้าดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับภาพบุคคลในฐานข้อมูล ใช้ระบบสามารถแจ้งเตือนใบหน้า Blacklist ได้ในการรองรับการประมวลผลข้อมูลจากภาพนิ่ง JPEG, MJPEG, MPEG4, RTSP, HTTP ใช้ระบบเชื่อมโยงข้อมูล Webserver (กรณีต้องการบริหารจัดการระบบที่ส่วนกลาง) และ ADSL router (กรณีต้องการลิงค์และดูข้อมูลจากส่วนกลาง) และระบบการทำงานเป็นแบบเชื่อมโยงการรับผลประโยชน์ร่วมกัน จึงส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการระบบต่ำ นอกจากนี้ยังมีระบบการตรวจสอบย้อนกลับ (traceability) โดยใช้ handheld mobile computer

จุดเด่นของปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” คือ (1) ระบบเป็นแบบผสมสัญญาณและแยกสัญญาณ (Modulator/Demodulator) ลดปัญหาพื้นที่อับสัญญาณ (2) ระบบทำงานร่วมกับ GPS (3) ระบบการคัดกรองข้อมูลแบบเชื่อมโยงฐานข้อมูลอื่นแบบ real time เช่น hologram, IP camera, ระบบการค้นหาและการแจ้งเตือน ผ่าน file transfer protocol real timer (4) ระบบไม่ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน (5) มีระบบความปลอดภัยทั้งเชิงระบบปฏิบัติการและถูกต้องตามกฎหมาย และ (6) เว้นระยะห่างและลดความใกล้ชิดและสัมผัสได้มากกว่าร้อยละ 90.00 ส่งผลลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ (1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) สถิติเชิงอนุมาน

(inferential statistic) ในการวิเคราะห์หาความแตกต่าง โดยใช้ Pair t-test และ independent t-test โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

#### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (เลขที่โครงการ ST-PHO2021-022) ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการจัดทำเอกสารคำชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย มีการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนบซองเปล่าสำหรับผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคน หลังตอบแบบสอบถามเสร็จให้ผู้ตอบแบบสอบถามปิดผนึกด้วยตนเอง แล้วจึงรวบรวมส่ง โดยข้อมูลที่ได้รับถือเป็นความลับ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดในลักษณะภาพรวม ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หน่วยงาน หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง แบบสอบถามถูกจัดเก็บอยู่ที่ปลอดภัย ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และจะทำลายทิ้งทั้งแบบสอบถามที่ได้รับกลับและข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

#### ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.50 มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 53.98 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.84 มีรายได้เฉลี่ย 10,000-25,000 ต่อเดือน ร้อยละ 56.88 มีตำแหน่งงานบริการ ร้อยละ 62.68 ทำงานในประเภทธุรกิจกลุ่มภัตตาคาร ร้านอาหาร สตรีทฟู้ด ร้อยละ 77.89 มีประสบการณ์การทำงาน 5-10 ปี ร้อยละ 52.53 ไม่เคยผ่านอบรมเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ร้อยละ 59.42 ไม่มีประวัติการเข้าพื้นที่เสี่ยงสูงของการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 100.00 และใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ ทบทวนทักษะ และเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว**

ร้อยละ 82.24

ส่วนที่ 2 ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ ทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่

ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมสมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=2.23, 3.79, SD=0.77, 0.63) ตามลำดับ โดยสมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว ด้านความรู้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=2.47, 3.89, SD=0.87, 0.66) รองลงมาคือ ด้านทักษะ (Mean=2.25, 3.84, SD= 0.74, 0.62) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมสมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=3.79, 2.30, SD=0.63, 0.68) ตามลำดับ โดยสมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวทั้งสองกลุ่มพบด้านความรู้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=3.89, 2.84, SD=0.66, 0.76) รองลงมาคือ ด้านทักษะ (Mean=3.84, 2.49, SD= 0.62, 0.68) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวกลุ่มทดลองสูงกว่าและมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 1 สมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=137)**

สมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม			หลังการเข้าร่วมโปรแกรม		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1. ความรู้ (Knowledge)	2.47	0.87	น้อย	3.89	0.66	มาก
2. ทักษะ (Skill)	2.25	0.74	น้อย	3.84	0.62	มาก
3. อัตมโนทัศน์ (Self-concept)	2.12	0.71	น้อย	3.83	0.57	มาก
4. คุณลักษณะเฉพาะ (Traits)	2.17	0.71	น้อย	3.80	0.63	มาก
5. แรงจูงใจ (Motive)	2.14	0.84	น้อย	3.48	0.67	มาก
รวม	2.23	0.77	น้อย	3.79	0.63	มาก

**ตารางที่ 2 สมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=274)**

สมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1. ความรู้ (Knowledge)	3.89	0.66	มาก	2.84	0.76	น้อย
2. ทักษะ (Skill)	3.84	0.62	มาก	2.49	0.68	น้อย
3. อัตมโนทัศน์ (Self-concept)	3.83	0.57	มาก	2.05	0.64	น้อย
4. คุณลักษณะเฉพาะ (Traits)	3.80	0.63	มาก	2.13	0.72	น้อย
5. แรงจูงใจ (Motive)	3.48	0.67	มาก	2.01	0.69	น้อย
รวม	3.79	0.63	มาก	2.30	0.68	น้อย

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=274)

สมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	3.79	0.73	42	7.64	<0.001
กลุ่มควบคุม	2.30	0.68			

ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณสมบัติของปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.08, SD=0.70) โดยด้านระบบการนำข้อมูลเข้าและจัดเก็บข้อมูลมีความสมบูรณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.32, SD=0.6) รองลงมาคือด้านระบบการเข้าใช้งานมีความสะดวกรวดเร็ว (Mean=4.27, SD=0.79) (ตารางที่ 4)

ค่าคะแนนเฉลี่ยการให้คุณค่าปัญญาประดิษฐ์ (AI “สมุยชนะ”) ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค-

โควิด 19 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.40, SD=0.60) โดยด้านคุณสมบัติอุปกรณ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.51, SD=0.52) รองลงมาคือด้านการดำรงชีวิต (Mean=4.44, SD=0.61) (ตารางที่ 5)

ส่วนที่ 3 แนวทางการนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะ ทบทุนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวร่วมกับปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” มาใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อคุณสมบัติของปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 (n=137)

คุณสมบัติของปัญญาประดิษฐ์ (AI)	Mean	SD	แปลผล
1. ระบบการนำข้อมูลเข้าและจัดเก็บข้อมูลมีความสมบูรณ์	4.32	0.67	มากที่สุด
2. ระบบการเข้าใช้งานมีความสะดวกรวดเร็ว	4.27	0.79	มากที่สุด
3. ความสามารถในการประมวลผลชุดข้อมูลขนาดใหญ่ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องแม่นยำ	4.25	0.76	มากที่สุด
4. ระบบมีการประมวลผลข้อมูลและแจ้งเตือนทันต่อสถานการณ์	4.16	0.56	มาก
5. ระบบมีความทันสมัย	4.13	0.72	มาก
6. เป็นระบบปฏิบัติการที่มีการตอบสนองอย่างมีเหตุมีผล	4.11	0.64	มาก
7. มีค่าใช้จ่ายในการดูแลระบบต่ำ	4.04	0.71	มาก
8. ระบบสามารถนำข้อมูลที่มีไปใช้ประโยชน์อย่างสูงสุด	4.01	0.96	มาก
9. ระบบสามารถเชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.98	0.73	มาก
10. ระบบสามารถปรับปรุงพัฒนาได้ตลอดเวลา	3.94	0.77	มาก
11. ระบบสามารถสืบค้นและหาคำตอบหรือหาคำปรึกษาได้ทุกเวลา	3.94	0.68	มาก
12. มีระบบป้องกันข้อมูลเสียหาย	3.91	0.52	มาก
รวม	4.08	0.70	มาก

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ ทบทวนทักษะ และเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว

ตารางที่ 5 การให้คุณค่าปัญญาประดิษฐ์ (AI “สมุยชนะ”) ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 (n=137)

คุณค่าของปัญญาประดิษฐ์ (AI)	Mean	SD	แปลผล
1. ด้านคุณสมบัติอุปกรณ์	4.51	0.52	มากที่สุด
2. ด้านการดำรงชีวิต	4.44	0.61	มากที่สุด
3. ด้านความรู้สึกลึก	4.37	0.73	มากที่สุด
4. สร้างคุณค่าตนเองต่อสังคม	4.29	0.55	มากที่สุด
รวม	4.40	0.60	มากที่สุด

ผลการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า

1. โปรแกรมการพัฒนาทักษะ ทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่สามารถช่วยส่งเสริมความรู้ ทักษะ ความตระหนัก และเพิ่มศักยภาพในการเตรียมพร้อมของบุคลากรในการป้องกันการแพร่กระจายและการติดเชื้อโรคโควิด 19 เชิงรูปธรรมทั้งส่วนบุคคลและระบบการทำงานที่รับผิดชอบหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างมาก

2. การนำโปรแกรมฯ ร่วมกับการใช้การปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” ช่วยลดการใกล้ชิดและการสัมผัสอันส่งผลต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างมากในหลายด้าน ดังนี้ (1) ระบบการบริการต้อนรับนักท่องเที่ยว (2) ระบบการควบคุมเกี่ยวกับการสั่งงานของอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก (3) ระบบการแจ้งเตือนเหตุฉุกเฉิน (4) ระบบ timeline (5) ระบบตรวจสอบข้อมูล และ (6) ระบบความปลอดภัยต่างๆ โดยสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจริง

3. คุณสมบัติของปัญญาประดิษฐ์มีระบบในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามรายด้าน ดังนี้ (1) ระบบการนำข้อมูลเข้าและจัดเก็บข้อมูลมีความสมบูรณ์ (2) ระบบการเข้าใช้งานมีความสะดวกรวดเร็ว (3) มีค่าใช้จ่ายในการดูแลระบบต่ำ (4) ความสามารถในการประมวลผลชุดข้อมูลขนาดใหญ่ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องแม่นยำ (5) เป็นระบบปฏิบัติการที่มีการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ (6)

ระบบมีความทันสมัย (7) ระบบมีการประมวลผลข้อมูลและแจ้งเตือนทันต่อสถานการณ์ (8) ระบบสามารถเชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (9) ระบบสามารถสืบค้นและหาคำตอบหรือหาคำปรึกษาได้ตลอดเวลา (10) มีระบบป้องกันข้อมูลเสียหาย (11) ระบบสามารถปรับปรุงพัฒนาได้ตลอดเวลา และ (12) ระบบสามารถนำข้อมูลที่มีไปใช้ประโยชน์อย่างสูงสุด ซึ่งเป็นผลดีต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การดำเนินการตามโปรแกรมฯ สามารถนำมาสร้างแนวทางการมีส่วนร่วมทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการสร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจการบริการ ด้านมาตรฐานสุขอนามัยในการท่องเที่ยวเกี่ยวกับ ความสะอาด ความปลอดภัย และแนวทางการควบคุมโรคระบาด ต่อนักท่องเที่ยวเชิงรูปธรรม

5. ประสิทธิภาพโปรแกรมฯ เป็นแนวทางในการจัดทำโครงการยกระดับอุตสาหกรรมท่องเที่ยวไทยมาตรฐานความปลอดภัยด้านสุขอนามัย หรือ Amazing Thailand Safety & Health Administration: SHA เพื่อการสร้างมาตรฐานความปลอดภัยด้านสุขอนามัย ลดความเสี่ยงจากการแพร่กระจายของเชื้อโรคโควิด 19 และการสร้างความมั่นใจให้แก่นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศในการเดินทางท่องเที่ยวภายในประเทศไทย

ทั้งนี้ผลจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า มีความเห็นตรงกับค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของบุคลากร

ธุรกิจการท่องเที่ยวที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าและมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุม

## วิจารณ์

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ การทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19

1.1 สมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงกว่า โดยสมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว ด้านความรู้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านทักษะ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านคุณลักษณะเฉพาะ ด้านแรงจูงใจ ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวกลุ่มทดลองสูงกว่าและมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

ความรู้เป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว หากบุคลากรขาดความรู้ จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะสถานการณ์วิกฤติของโรคโควิด 19 ซึ่งความรู้จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน คุณลักษณะที่เป็นที่ต้องการขององค์การภายใต้สถานการณ์วิกฤติ ประกอบด้วยคุณสมบัติ 5 ประการ คือ มีความรู้และความรับผิดชอบสูง ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างดี มีความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ สื่อสารได้ดี และมีใจรักที่จะทำงาน ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ มีความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และคุณลักษณะส่วนบุคคล (attributes)<sup>(10)</sup> ทั้งนี้การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรตามโปรแกรมมีกระบวนการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Gagne RM<sup>(5)</sup> มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ด้านระบดวิทยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 และมีการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าหรือสถานการณ์วิกฤตต่างๆ โดยการใช้

ปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” มาช่วยในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ มีการใช้กระบวนการฝึกกระทำซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง จนทำให้เกิดความชำนาญในการทำงาน ทั้งนี้โปรแกรมมีการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นการประยุกต์ความรู้ทางจิตวิทยา ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการอบรมคิดเป็นทำเป็น สร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้ และให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้รู้ รวมถึงมีการพัฒนาทักษะ ความสามารถเฉพาะที่จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ จึงทำให้บุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวที่กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีสมรรถนะในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม โดยเฉพาะด้านความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19

1.2 การให้คุณค่าต่อคุณสมบัติของปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณสมบัติของปัญญาประดิษฐ์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านคุณสมบัติอุปกรณ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านการดำรงชีวิต ด้านความรู้สึก และสร้างคุณค่าตนเองต่อสังคมตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างให้คุณค่าด้านคุณสมบัติอุปกรณ์และคุณค่าด้านการดำรงชีวิตมากที่สุดอาจเป็นเพราะว่า ด้วยปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงจนแพร่กระจายไปทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก มนุษย์จึงจำเป็นต้องป้องกันตนเองเพื่อให้มีชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ผิดไปจากวิถีเดิมๆ โดยมีการปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิตแบบใหม่เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยทำมาเป็นกิจวัตร เกิดการบ้ายเบนออกจากความคุ้นเคยแต่เดิมทั้งในดำเนินชีวิตส่วนตัว และการทำงาน ซึ่งนวัตกรรมที่สร้างขึ้นทำให้รู้สึกปลอดภัย ลดความกังวลต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 และคาดหวังว่าเมื่อใช้ปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” แล้วจะช่วยป้องกันตนเองลดความเสี่ยงในการติดเชื้อลง ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19<sup>(11)</sup> ดังจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันมีการพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การพัฒนาแพลตฟอร์มวินิจฉัยโรคติดเชื้อโควิด 19 ใช้ปัญญาประดิษฐ์เป็นเทคโนโลยีพื้นฐาน หุ่นยนต์บอดี้การ์ดน้อย ทำหน้าที่ป้องกันบุคคลภายนอก คอยเตือนให้ผู้ที่เข้ามาในอาคารปฏิบัติตามกฎอย่างเคร่งครัด ลิฟต์อัจฉริยะสั่งการด้วยระบบเสียงชาวต์เอไอ (sound AI) ลดการสัมผัสและการติดเชื้อ จากสิ่งแวดล้อม (cross-infection) หรือจะเป็นแพลตฟอร์มออนไลน์ให้คำปรึกษาทางการแพทย์ เป็นต้น<sup>(12)</sup> โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ดังเช่น ปัญญาประดิษฐ์ (AI: artificial intelligence) หรือแอปพลิเคชัน “สมุยชนะ” ที่เน้นในด้านการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ใช้มีความพึงพอใจในระดับมาก ทั้งในด้านมีระบบการนำข้อมูลเข้าและจัดเก็บข้อมูลมีความสมบูรณ์ สามารถเข้าใช้งานมีความสะดวกรวดเร็ว มีการประมวลผลข้อมูลและแจ้งเตือนทันต่อสถานการณ์ มีความทันสมัย ระบบสามารถนำข้อมูลที่มีไปใช้ประโยชน์อย่างสูงสุดโดยสามารถเชื่อมต่อบริการสารสนเทศอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับปรุงพัฒนาระบบได้ตลอดเวลา สามารถสืบค้นและหาคำตอบหรือหาค่าปรึกษาได้ตลอดเวลา และไม่มีค่าใช้จ่ายในการใช้งาน

2. แนวทางการนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะ การทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวร่วมกับปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19

การนำโปรแกรมฯ ร่วมปฏิบัติการปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” ช่วยบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวลดการใกล้ชิดและการสัมผัส อันส่งผลดีต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพในประเด็น ดังนี้ (1) ระบบการบริการต้อนรับนักท่องเที่ยว (2) ระบบการควบคุมเกี่ยวกับการสั่งงานของอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก (3) ระบบการแจ้งเตือนเหตุฉุกเฉิน (4)

ระบบ timeline (5) ระบบตรวจสอบข้อมูล และ (6) ระบบความปลอดภัยต่างๆ และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารในการใช้ชีวิต เพื่อลดการปฏิสัมพันธ์เป็นชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19<sup>(13)</sup> ทั้งนี้การพัฒนาทักษะมีการดำเนินโปรแกรมนี้อาศัยกระบวนการด้วยการทบทวนทักษะก่อนการอบรมวิชาการเรื่องเกี่ยวกับโรคโควิด 19 การพัฒนาศักยภาพการดูแลและป้องกันตนเอง มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ มีการจำลองสถานการณ์เพื่อร่วมกันฝึกปฏิบัติ ร่วมกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” กระบวนการดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ได้รับความรู้ และมีทักษะปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ได้รับจากเพื่อน ครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์สามารถทำนายการรับรู้ความเสี่ยงได้ และการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(14)</sup> ดังนั้น การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติจริงทำให้มีกลุ่มตัวอย่างมีทักษะชีวิตวิถีใหม่ในการดูแลตนเองในการชีวิตประจำวัน และการทำงานในการลดโอกาสการติดเชื้อได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ ผลการวิจัยได้นำไปเป็นแนวทางสนับสนุนโครงการยกระดับอุตสาหกรรมท่องเที่ยวไทยมาตรฐานความปลอดภัยด้านสุขอนามัย หรือ Amazing Thailand Safety & Health Administration: SHA ของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการท่องเที่ยว เพื่อการสร้างมาตรฐานความปลอดภัยด้านสุขอนามัย เพื่อลดความเสี่ยงจากการแพร่กระจายของโรคโควิด 19 และการสร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจให้แก่นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศในการเดินทางท่องเที่ยวแบบวิถีปกติใหม่ (new normal) ภายในประเทศไทยอย่างมีความสุข และมีประสบการณ์ที่ดี และทำให้การท่องเที่ยวเป็นอีกหนึ่งเสาหลักทางเศรษฐกิจที่มั่นคงและยั่งยืนต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมมา เป็นการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” มาช่วยในการเรียนรู้ จึงทำให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการพัฒนาความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่กระจายและการติดเชื้อโรคโควิด 19 ซึ่งหน่วยงานและองค์กรอื่นสามารถนำโปรแกรมมา งานวิจัยนี้ไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในองค์กร เพื่อป้องกันการแพร่กระจายและการติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้

2. หน่วยงานที่กำกับดูแลการท่องเที่ยวควรนำโปรแกรมมา ไปใช้ในการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่กระจายและการติดเชื้อโรคโควิด 19

### เอกสารอ้างอิง

- พจน์ ใจชาญสุขกิจ. ประเทศไทยกับการรับมือ และสื่อสารภาวะวิกฤติจากผลกระทบของไวรัสสายพันธุ์ใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ส.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.prthailand.com/images/articles/expert-commu-covid19.pdf>
- ธนาคารกรุงศรีอยุธยา. ธุรกิจท่องเที่ยวและโรงแรมหลัง COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ส.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.krungsri.com/th/research/research-intelligence/ri-future-of-tourism-21>.
- Yorks L. Strategic human resource development. Mason, OH: South-Western Thomson; 2005.
- McClelland DC. A competency model for human resource management specialists to be used in the delivery of the human resource management cycle. Boston; Mcber; 1975.
- Gagne RM. The conditions of learning. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1985.
- McClelland, David C. Identifying competencies with behavioral-event interviews. Psychological Science 1999;9(5): 331-9.
- Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
- Gupta KK, Attri JP, Singh A, Kaur H, Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials! Saudi Journal of Anesthesia 2016;10: 328-31.
- Almquist E, Senior J, Bloch N. The elements of value. Harvard Business Review 2016;94(9):47-53.
- ประดัลภ์ ปัทมพิงกุล. 7 habits [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ส.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://prakal.wordpress.com/>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2560.
- ภูมิพัฒน์ พงศ์พุดติกุล. 10 เทคโนโลยีอัจฉริยะ พิชิต COVID 19 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ส.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dpu.ac.th/dpurdi/analysis/3>
- กาญจนา ปัญญาธร, ศรีนรัตน์ นิลภูผาทวีโชติ, ชลการ ทรงศรี, กมลทิพย์ ตั้งหลั๊กมันคง, เสาวลักษณ์ ทาแจ้. ชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563;38(4): 45-53.
- Dryhurst S, Schneider C, Kerr J, Freeman A, Recchia G, van der Bles A, et al. Risk perceptions of COVID-19 around the world. Journal of Risk Research 2020;23(7-8),994-1006.

**Abstract: Effectiveness of Upskill, Reskill, and New Normal Skill of Tourism Business Personnel for the Prevention of Novel Coronavirus 2019 in Koh Samui, Surat Thani Province**

Tasanamin Ratchatathanarat, D.P.A.\*; Neeranuch Wongcharoen, Ph.D.\*\*; Sunpet Ruangaram, M.Ed.\*\*\*

\* Research and Development Center of Security for the Coasts of Gulf and Andaman of Thailand, Bangkok; \*\* PayaoUniversity, Phayao Province; \*\*\* Phanom District Public Health Office, Surat Thani Province, Thailand

*Journal of Health Science 2022;31(2):211-23.*

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of upskill, reskill, and new normal skill of tourism business personnel for the prevention of novel COVID-19. The samples were divided into 2 groups: (1) 274 tourism business personnel in Koh Samui, and (2) 20 related stakeholders. The research instruments included questionnaire, semi-structured in-depth interview and a program to develop upskill, reskill, and new normal skill. Data were analyzed by using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test and content analysis. The research revealed that the mean score of competencies of tourism business personnel in experimental group after receiving the program was higher than before the program (Mean=2.23 vs 3.79, SD=0.77 vs 0.63) respectively. The mean scores of the competency of tourism business personnel between experimental group and control group after receiving the program were statistically significantly different at 0.01 level. The innovative value of application Samui Chana was at highest level (Mean=4.40, SD=0.60). This study indicated that the use of the program with application Samui Chana would enhance knowledge and skill on the prevention of the spread of COVID-19 among tourism business personnel.

**Keywords: upskill, reskill, new normal skill, tourism business personnel, novel covid-19**

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# การบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 ในผู้สูงอายุในจังหวัดเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อารักษ์ วงศ์วรชาติ พ.บ., อว. เวชศาสตร์ป้องกัน (เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก)\*

รุ่งเรือง กิจผาติ พ.บ., อว. เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา)\*\*

จุฬาร กระทบ ประ.ด.\*\*

เพชร กาญจรัส วท.ม.\*\*\*\*

สุรศักดิ์ สุกใส ประ.ด.\*\*\*\*\*

ยงยุทธ ภูริปริบูรณ์ วท.ม.\*\*\*\*\*

วีระศักดิ์ อเนกศักดิ์ วท.ม.\*\*\*\*\*

วรยุทธ นาคอ้าย ประ.ด.\*\*\*\*\*

ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล ประ.ด.\*\*\*\*\*

สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง วท.ม.\*\*\*

สุทธิศักดิ์ นรดี วท.ม.\*\*\*\*

อรรรรยา ศรีวระมย์ วท.ม.\*\*\*\*\*

พชรมน สอนเจริญ วท.ม.\*\*\*\*\*

พานิชย์ จันทจร พ.บ.\*\*\*\*\*

จิตติมา วงศาโรจน์ ประ.ด.\*\*\*\*\*

\* โรงพยาบาลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

\*\* สำนักงานวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

\*\*\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

\*\*\*\* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ

\*\*\*\*\* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางกู จังหวัดศรีสะเกษ

\*\*\*\*\* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

\*\*\*\*\* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

\*\*\*\*\* หน่วยวิจัยโรคเขตร้อนและโรคปรสิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันรับ:	7 ก.พ. 2565
วันแก้ไข:	27 มี.ค. 2565
วันตอบรับ:	5 มี.ค. 2565

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดารของผู้สูงอายุ ร่วมกับโรค COVID-19 ในจังหวัดเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 2 จังหวัด และนำปัจจัยที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 666 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 - มกราคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ค่า IOC มีค่าตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป โดยระดับความเชื่อมั่น (Reliability) >0.70 ขึ้นไป ทุกตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สถิติเชิงวิเคราะห์ หาคความสัมพันธ์ของปัจจัยกับการรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดารของผู้สูงอายุ ร่วมกับโรค COVID-19 ในจังหวัดเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson วิเคราะห์สมการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองกลุ่ม โดยการใช้อยู่หลายตัวแปร (multiple linear regression) แบบ step-wise

## การบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 ในผู้สูงอายุ

วิเคราะห์ผลการพัฒนารูปแบบโดยใช้ paired T-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดารอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดารและความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดารอยู่ในระดับสูง ในทางกลับกันการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ การสนับสนุนทางด้านสังคมอยู่ในระดับสูง และคุณภาพชีวิตในช่วงการระบาดของโรคโควิดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุพบว่า ตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดารของผู้สูงอายุร่วมกับโรค COVID-19 ในจังหวัดอุบลราชธานี เรียงตามลำดับตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดาร การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฯ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยาและปัจจัยทางสังคม ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดารของผู้สูงอายุร่วมกับโรค COVID-19 ได้ร้อยละ 61.9 ( $R^2 = 0.619$ ,  $R^2_{adj} = 0.616$ ,  $SE_{est} = 0.36473$ ,  $F = 97.585$ ,  $p < 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนายการรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดารของผู้สูงอายุ ร่วมกับโรค COVID-19 ในจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดารและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฯ ได้ร้อยละ 13.3 ( $R^2 = 0.133$ ,  $R^2_{adj} = 0.118$ ,  $SE_{est} = 0.44568$ ,  $F = 2.731$ ,  $p = 0.006$ ) ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 คือ (1) การพัฒนาศักยภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (2) การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมและความรู้ที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ:** การบูรณาการการดูแลระยะยาว; โรคในถิ่นทุรกันดาร; โรค COVID-19; ผู้สูงอายุ

### บทนำ

ในช่วงศตวรรษนี้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทิศทางของสภาพสังคมทางด้านโครงสร้างของประชากรกำลังเกิดขึ้นทั่วโลก เป็นผลสืบเนื่องมาจากอัตราการเกิดและอัตราการเสียชีวิตของประชากรโลก ผู้สูงวัยจะลดความมั่งคั่งของโลกได้อย่างไร<sup>(1)</sup> และจากอัตราส่วนร้อยละของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีความหมายว่าสังคมโลกได้ก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 จากสถิติของประชากรโลก มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,050 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 7,795 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.0 ของประชากรทั้งหมด<sup>(2)</sup> สำหรับประเทศไทย ได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ซึ่งมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด และ

มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว<sup>(3)</sup> และในอีก 20 ปีข้างหน้า คาดว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4.0 ต่อปี ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7.0 ต่อปี ในผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป<sup>(2)</sup>

การที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเป็นสังคมสูงอายุ ซึ่งมีผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 18.0 ของประชากร ส่งผลให้น่ามาสู่ความท้าทายของประเทศ-ไทยในการบริหารจัดการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคหลักที่พบในผู้สูงอายุ รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม และสภาวะพิการ<sup>(4)</sup> ทำให้ความ

สามารถในการช่วยตัวเองของผู้สูงอายุ น้อยลงหรือไม่ สามารถช่วยตนเองได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการบริการฟื้นฟู ดูแลที่ครอบคลุมทางด้านสาธารณสุข รวมถึงการติดตามและประเมินผลในการดูแลโรคเรื้อรังหรือภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว<sup>(5)</sup> โดยการบริการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งแบบที่เป็นทางการ คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม และผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบไม่เป็นการ ได้แก่ ครอบครัว หรือญาติผู้สูงอายุ<sup>(6)</sup> กอปรกับในสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์เช่นนี้ ยิ่งต้องมีความระมัดระวังเป็นอย่างมาก โดยแนวทางเบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ประเมินคัดกรองสุขภาพด้วยโปรแกรม Thai Save Thai และเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเอง ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA (Distancing, Mask wearing, Hand washing, Temperature, Testing & Application Thaichana)<sup>(5)</sup>

นอกจากโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบแล้ว ผู้สูงอายุมักมีความเสี่ยงเรื่องของโรคติดเชื้ออื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในแถบชนบท มักพบอุบัติการณ์ในการติดโรคในถิ่นทุรกันดาร ซึ่งโรคในถิ่นทุรกันดารที่พบบ่อย ได้แก่ การติดโรคหนองพยาธิในแถบชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากวิถีชีวิตของชาวบ้านมีพฤติกรรมบริโภคอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ที่อาจมีไข่พยาธิปะปนอยู่<sup>(7)</sup> รวมถึงการอยู่อาศัยในพื้นที่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การเดินเท้าเปล่า ซึ่งมีความเสี่ยงที่ตัวอ่อนของพยาธิจะไชเข้าสู่ผิวหนังได้ นอกจากนี้การติดโรคหนองพยาธิบางชนิดเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้ และอาจส่งผลอันตรายถึงชีวิต<sup>(8)</sup>

ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อจะศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 ในจังหวัดเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาตรการสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด จาก

นั้นร่วมกันหาแนวทางเพื่อลดข้อจำกัดทางบริการสาธารณสุขที่เกิดขึ้นเป็นแนวทางการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 เพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อโรคในถิ่นทุรกันดารของผู้สูงอายุร่วมกับโรค COVID-19 ในพื้นที่เป้าหมายเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งจัดทำแนวทางการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรค

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 ในพื้นที่เป้าหมายเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะของประชากร การรับรู้และการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดาร ส่วนที่ 3 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 และนำไปปัจจัยที่ได้มาออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### ประชากรและตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 666 คน ใน 2 จังหวัดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 544 คน และจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 122 คน

#### เครื่องมือที่ใช้

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ที่ผู้วิจัยสร้างจากกรอบทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ครอบคลุมกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ

ผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 การรับรู้และการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดาร ส่วนที่ 3 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19

### การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้ นำมาหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) พบว่า มีคะแนน IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ในจังหวัดยโสธร หลังจากนั้นนำมาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสถิติเชิงบรรยาย ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงคุณภาพ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยระดับความเชื่อมั่น (reliability) >0.70 ขึ้นไป ทุกตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่สอง คือ การสนทนาและการประชุมกลุ่ม ได้แก่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 การตรวจสอบสถานการณ์การระบาดของโรคหนองพยาธิ นโยบาย แนวทาง และมาตรการในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ และแนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้มีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดาร ร่วมกับโรค COVID-19 รวมถึงการใช้สื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการ

ปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิ การบริหารและออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ และหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในพื้นที่เป้าหมายทั้ง 2 จังหวัด การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่สอง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติมสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณที่วิเคราะห์

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจังหวัดศรีสะเกษและอุบลราชธานี ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.7 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 36.3 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 39.5) รองลงมาอยู่ในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 29.7) และช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 24.8) และส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90.4) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 86.8) รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท (ร้อยละ 51.1) และรองลงมา มีรายได้อยู่ในช่วง 3,000 ถึง 9,000 บาท (ร้อยละ 31.7) สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่อาศัยจำนวน 3 ถึง 6 คน (ร้อยละ 71.2) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างอยู่อาศัยกับบุตร (ร้อยละ 62.5) รองลงมาคืออยู่อาศัยกับคู่สมรส (ร้อยละ 24.6)

### ข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 42.9) ส่วนโรคประจำตัวที่พบมากสุดในกลุ่มตัวอย่างคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.4) ด้านภาวะโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 73.7) ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 71.9) และประวัติการดื่มส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 31.5) และส่วนน้อยที่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (ร้อยละ 2.7) และดื่มเครื่องดื่มอื่น ๆ นอกจากที่กล่าวมาข้างต้น (ร้อยละ

39.3) ด้านการตรวจโรคพยาธิ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง เคยตรวจหาพยาธิ (ร้อยละ 57.7) ชนิดของพยาธิส่วนใหญ่ที่เคยตรวจพบคือพยาธิปากขอ (ร้อยละ 19.80) รองลงมาคือพยาธิใบไม้ในตับ (ร้อยละ 14.10) ส่วนน้อยที่พบพยาธิไส้มาและพยาธิเส้นด้าย (ร้อยละ 3.00 และ 1.10 ตามลำดับ) ประวัติการสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ COVID-19 ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัดในช่วงระยะเวลา 14 วัน เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างไม่มีการสัมผัสกับผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด (ร้อยละ 92.6) รองลงมาคือมีการสัมผัสกับผู้ดูแลที่มีความเสี่ยง (ร้อยละ 6.0) และส่วนน้อยมีการสัมผัสกับบุคคลในครอบครัวที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด (ร้อยละ 0.8) และในด้านกิจกรรมการช่วยเหลือจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานการณการระบาดของโรค COVID-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ร้อยละ 65.2) รองลงมาคือลูกหลานต้องดูแลด้านบริหารข้อติด (ร้อยละ 14.7) และส่วนน้อยที่ลูกหลานต้องดูแลด้านการขับถ่ายและรับประทานอาหาร (ร้อยละ 9.9)

จากผลแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอทีแอล (Barthel activities of daily living: ADL) ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ หรือเรียกว่ากลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 48.4) รองลงมาคือกลุ่มที่พึ่งตนเองและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือเรียกว่ากลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 46.7) และเพียงส่วนน้อยเป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพหรือที่เรียกว่ากลุ่มติดเตียง (ร้อยละ 4.9) ในทำนองเดียวกันกับจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 74.1) รองลงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 20.6) และมีเพียงส่วนน้อยที่เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง พิการหรือทุพพลภาพ (ร้อยละ 5.3)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดารสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19

ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในถิ่นในถิ่นทุรกันดารอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดาร และความเชื่อมั่นว่าจะสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดารอยู่ในระดับสูง ในทางกลับกันการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ สำหรับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดศรีสะเกษ มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดาร การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดาร และความเชื่อมั่นว่าจะสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดารอยู่ในระดับสูง ส่วนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำตลอดจนการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน การดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่หน่วยงานภาครัฐจัดสรรให้เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างทั้งในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษอยู่ในระดับสูง ส่วนความพึงพอใจในการเข้าถึงระบบบริการด้านการดูแลระยะยาวจากภาครัฐและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้งในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใจสูง และจากการสำรวจคุณภาพชีวิตในช่วงการระบาดของโรคโควิดของกลุ่มตัวอย่างจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างจังหวัดศรีสะเกษ อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุพบว่า ตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดารของผู้สูงอายุ ร่วมกับโรค COVID-19 ในจังหวัดอุบลราชธานี เรียงตามลำดับตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดาร การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฯ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยาและปัจจัยทางสังคม ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับ



**การบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 ในผู้สูงอายุ**

**ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19**

หัวข้อ	จังหวัดอุบลราชธานี			จังหวัดศรีสะเกษ		
	Mean	SD	ผลประเมิน	Mean	SD	ผลประเมิน
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดาร	2.12	0.47	ปานกลาง	2.54	0.57	ระดับสูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดาร	2.61	0.40	ระดับสูง	2.77	0.40	ระดับสูง
ความเชื่อมั่นว่าสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดาร	2.91	0.27	ระดับสูง	2.86	0.37	ระดับสูง
การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ	1.38	0.31	ระดับต่ำ	1.27	0.42	ระดับต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	2.95	0.18	ระดับสูง	2.92	0.28	ระดับสูง
ความพอใจในการเข้าถึงระบบบริการด้านการดูแลระยะยาว	2.85	0.28	ระดับสูง	2.53	0.47	ระดับสูง
คุณภาพชีวิตในช่วงการระบาดของโรคโควิด	2.53	0.46	ระดับสูง	2.28	0.47	ปานกลาง

รู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดารของผู้สูงอายุร่วมกับโรค COVID-19 ได้ร้อยละ 62.2 ( $R^2 = 0.622$ ,  $SE_{est} = 0.36473$ ,  $F = 97.585$ ,  $p < 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนายการรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคในถิ่นทุรกันดารของผู้สูงอายุ ร่วมกับโรค COVID-19 ในจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดารและการปฏิบัติตัวในการ

ป้องกันโรคหอนอนพยาธิ ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฯ ได้ร้อยละ 13.3 ( $R^2 = 0.133$ ,  $R^2_{adj} = 0.118$ ,  $SE_{est} = 0.44568$ ,  $F = 2.731$ ,  $p = 0.006$ ) ดังตารางที่ 2 และ 3

กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากพื้นที่เป้าหมายทั้ง 2 จังหวัด กลุ่มเป้าหมายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ

**ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดารในผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี (n=122)**

โมเดลวิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย		$R^2$	$R^2_{adj}$	$Sr^2$	$R^2$ change
		(coefficient)					
		B	$\beta$				
โมเดลที่ดีที่สุด	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดาร	0.532	0.754	0.241	0.240	0.512	0.241
	การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ	-0.637	-0.469	0.559	0.557	0.391	0.317
	ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ	-0.168	-0.168	0.608	0.605	0.369	0.049
	ปัจจัยด้านจิตวิทยา	-0.215	-0.912	0.614	0.611	0.366	0.007
	ปัจจัยทางสังคม	0.125	0.543	0.619	0.616	0.364	0.005

Constant = 2.408,  $R^2 = 0.619$ ,  $R^2_{adj} = 0.616$ ,  $SE_{est} = 0.36473$ ,  $F = 97.585$ ,  $p = 0.001$

ตารางที่ 3 อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดารในผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดจังหวัดศรีสะเกษ (n = 544)

โมเดลวิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย		R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> adj	Sr <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change
		(coefficient)					
		B	β				
โมเดลที่ดีที่สุด	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดาร	0.293	0.246	0.084	0.076	0.455	0.084
	การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ	-0.326	-0.211	0.133	0.118	0.444	0.049

Constant = 1.823, R<sup>2</sup>=0.133, R<sup>2</sup>adj=0.118, SEest=0.44568, F=2.731, p=0.006

จังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาล ผู้นำชุมชน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข วิทยาลัยเทคนิค/การอาชีพ ภาควิชาพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จากการประชุมกลุ่ม/ระดมสมอง/สัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า จังหวัดศรีสะเกษ มียุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญของสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีการคัดกรองระดับ ADL ของผู้สูงอายุ และจัดเกณฑ์ความถี่ของการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์ต่างๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคลอย่างชัดเจน ส่วนจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า มีการบริหารจัดการด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเครือข่ายที่ช่วยกันในเรื่องของการบริการชุมชน การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง โดยมีพยาบาลวิชาชีพดูแล และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ลงพื้นที่ดูแลและรับผิดชอบในชุมชนของตนเอง อีกทั้งจังหวัดอุบลราชธานีมีการบริหารจัดการงบประมาณทางสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนในหมู่บ้าน ทำให้มีการดำเนินการทางด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างราบรื่น รวมถึงการได้รับการสนับสนุนขวัญกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ระดับสูงแก่ผู้ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ทำให้บุคลากรมีกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอันนำมาซึ่งผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ทั้งในจังหวัดศรีสะเกษและจังหวัดอุบลราชธานีมีการ

สนับสนุนสร้างพลังและทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เป็นแกนนำสุขภาพทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อดีและข้อจำกัดของการปฏิบัติงานและเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานต่อไป

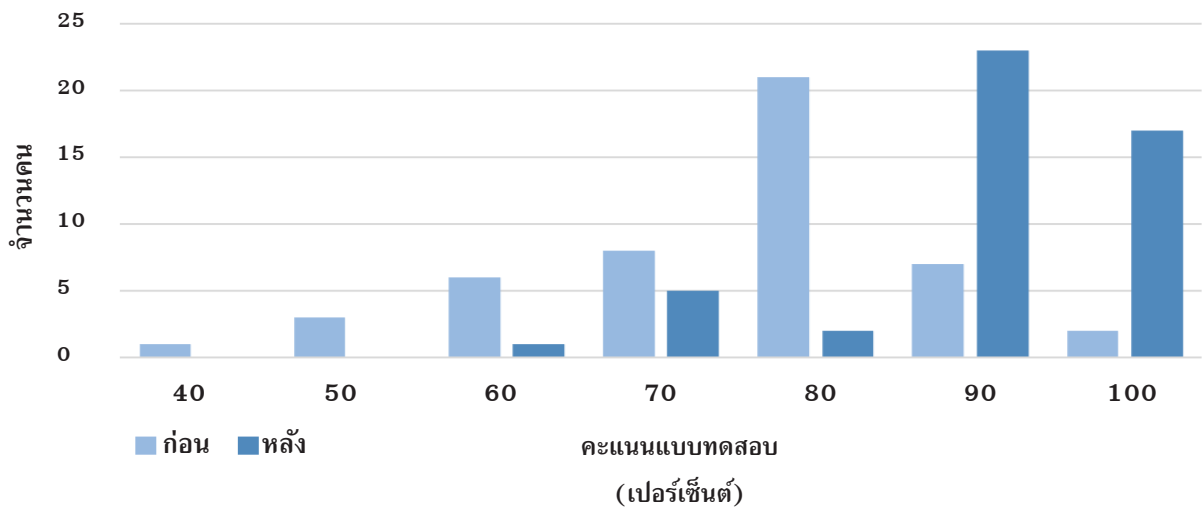
รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดาร ได้แก่ (1) การให้ความรู้และการป้องกันตนเองในการติดโรคพยาธิในรูปแบบของวิถีทัศน์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายและเห็นภาพอย่างชัดเจน (2) การจัดการอบรมให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาทิเช่นในเรื่องการถ่ายทอดแผนการดูแล (care plan) สู่แผนการปฏิบัติงาน แนวทางการดำเนินงาน และข้อเสนอเอกสารการเบิกจ่ายงบประมาณการดูแลระยะยาว (3) การประสานงานเครือข่ายในชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง และ (4) การอบรมแก่เครือข่ายผู้สูงอายุในการแก้ไข ข้อติด และการเคลื่อนไหวทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ได้แก่ วิถีทัศน์การบริหารและออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีผลการทดสอบแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิและการระบอบของโรค COVID-19 ในผู้เข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน พบว่า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิและการระบอบของโรค COVID-19 หลังการให้

**การบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 ในผู้สูงอายุ**

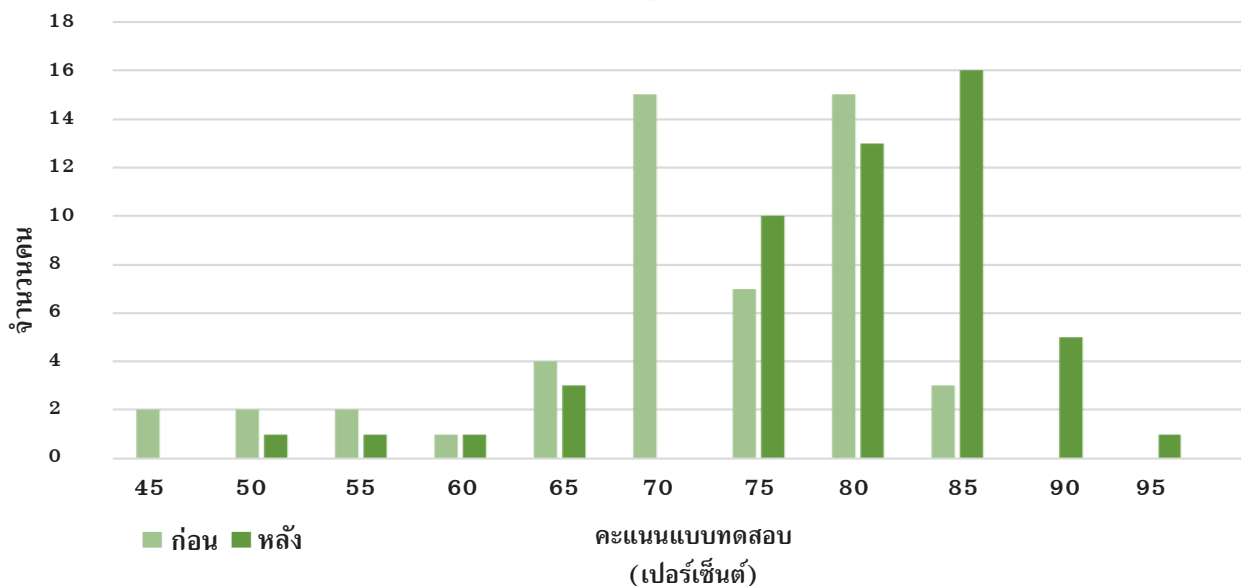
ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในระดับดีมาก (ร้อยละ 90.0 ถึง 100.0) ดังภาพที่ 1 และผู้เข้าร่วมการพัฒนา ศักยภาพในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 51 คน พบว่า ผู้เข้าอบรมจำนวน 37 คน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิและการระบาดของ โรค COVID-19 อยู่ในช่วงร้อยละ 70.0 ถึง ร้อยละ 80.0 และผลของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการให้ความรู้พบ

ว่า ผู้เข้าประชุมส่วนใหญ่จำนวน 39 คน มีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิ และการระบาดของโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง ร้อยละ 75.0 ถึง ร้อยละ 85.0 ดังภาพที่ 2 จากผลการ ศึกษาครั้งนี้รวมถึงแนวทางการบูรณาการการดูแลผู้สูง-อายุระยะยาว สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและส่งเสริม ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูง-

ภาพที่ 1 ผลการทดสอบความรู้ความเข้าใจของผู้ที่เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพที่ 2 ผลการทดสอบความรู้ความเข้าใจของผู้ที่เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จังหวัดศรีสะเกษ



อายุมีพฤติกรรมและความรู้ที่เหมาะสมในการเป็นแบบอย่างของการมีสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

### วิจารณ์

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย ทั้งสองจังหวัดมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดารอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง อีกทั้งรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคและเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคในถิ่นทุรกันดารได้ในระดับสูง แต่ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างกลับมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิในระดับต่ำ เนื่องจากพฤติกรรมและวัฒนธรรมการรับประทานอาหารในแถบชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นิยมรับประทานอาหารดิบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขึ้นพันธ์ วิริยะวิภาต และคณะ<sup>(9)</sup> ที่พบว่า ประชากรที่อยู่ในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย นิยมรับประทาน ก้อยปลา ลาบปลาดิบ โดยที่กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การกินปลาดิบเป็นสาเหตุของการติดโรคหอนอนพยาธิ อีกทั้งมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างยังคงบริโภคปลาดิบ เนื่องจากเป็นวิถีชีวิตที่ปฏิบัติมานานและตั้งใจในความอร่อย<sup>(9)</sup> สำหรับในด้านของความพึงพอใจในการเข้าถึงระบบบริการด้านการดูแลระยะยาวของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับผลการสนับสนุนทางด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับสูง ซึ่งบ่งบอกว่ากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมายได้รับการบริการด้านการดูแลระยะยาวอย่างครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้วิจัยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมายที่มีการจัดระบบแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลและมีการจัดความถี่การเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม การอบรมและให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุยังคงเป็นสิ่งจำเป็นและต้องให้ความสำคัญอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแล

ผู้สูงถือเป็นหลักสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ หากมีการให้ความรู้และมีการอบรมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้การบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดีขึ้น<sup>(6)</sup> นอกจากนี้การสร้างกำลังใจและสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุจากทางภาครัฐและหัวหน้าองค์กรถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งจะนำมาซึ่งการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ<sup>(10)</sup> ในด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงจังหวัดศรีสะเกษในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการต้องเว้นระยะห่างทางสังคมและมาตรการการป้องกันตนเองที่เข้มงวดมากขึ้นส่งผลให้เกิดสภาวะความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19<sup>(11)</sup>

### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาวิจัยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการบูรณาการเทคโนโลยีภูมิศาสตร์สารสนเทศ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทาง และสร้างนวัตกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์นโยบายและเป็นแนวทางในการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 ในจังหวัดเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อไป นอกจากนี้ควรมีการสนับสนุนและเพิ่มการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและสถานศึกษา ในรูปแบบภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตัวอย่างเช่น โครงการประสานงานกับโรงเรียนหรือวิทยาลัยในพื้นที่ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเบื้องต้น เพื่อให้เยาวชนมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้นำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงได้ อย่างยั่งยืน

### เอกสารอ้างอิง

1. Farrell D, Shavers T, Ghai S, Greenberg E, Kulczakowicz P, Ocampo C, et al. The coming demographic deficit: how aging populations will reduce global saving. Washington DC: McKinsey Global Institute; 2005.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 25 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://thaitgri.org/?p=39772><https://thaitgri.org/?p=39772>
3. กรมสุขภาพจิต. 93 วันสู่สังคม “คนชรา” [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>
4. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล. สังคมผู้สูงอายุ...กับความท้าทายการจัดการด้านสุขภาพ. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 25 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: [https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/12/PB\\_Elderly-Survey-2556-Final.pdf](https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/12/PB_Elderly-Survey-2556-Final.pdf)
5. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. รายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม: กลุ่มผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 26 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: [https://e-meeting.anamai.moph.go.th/agenda\\_att/file\\_eemeeting\\_agenda\\_att\\_904\\_19](https://e-meeting.anamai.moph.go.th/agenda_att/file_eemeeting_agenda_att_904_19)
6. กীরติ กิจธีระวุฒิมงษ์, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36(4):15-24.
7. ธนากร วรมพร, ยุวดี สาระพันธ์, สุนิศา แสงจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซบถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563;3(2):16-30.
8. Tack DM, Ray L, Griffin PM, Cieslak PR, Dunn J, Rissman T, et al. Preliminary incidence and trends of infections with pathogens transmitted commonly through food — foodborne diseases active surveillance network, 10 US Sites, 2016–2019. MMWR 2020;69(17):509–14.
9. ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต, เกษร แถวโนนจิว, วันทนา กลางบุรีรัมย์. ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทยในปี 2556. วารสารควบคุมโรค 86-77:(1)41;2558.
10. Jones PS, Winslow BW, Lee JW, Burns M, Zhang XE. Development of a caregiver empowerment model to promote positive outcomes. Journal of Family Nursing 2011;17(1):11-28.
11. วรวิมล ชมภูพาน, วรางคณา ชมภูพาน, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ, ฐากร เกษิต, วิชัย อิงพิณิจพงศ์, วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพล. ผลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลแบบวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564;15(1):81-92.

**Abstract: Integrating Long Term Care in the Prevention and Control of Disease in Remote Areas together with COVID-19 among the Elderly in the Northeastern Province**

Arak Wongworachat, M.D.\*; Rungrueng Kitphati, M.D.\*\* Juraporn Krates, Ph.D.\*\*; Sukhontip Buadang, M.Sc.\*\*\*; Phachara Kanjaras, M.Sc.\*\*\*\*; Sutthisak Noradee, M.Sc.\*\*\*\*; Surasak Suksai, Ph.D.\*\*\*\*\*; Onwanya Sriwarom, M.Sc.\*\*\*\*\*; Yongyuth Puriboriboon, M.Sc.\*\*\*\*\*; Pacharamon Sorncharoen, M.Sc.\*\*\*\*\*; Weerasak Aneksak, M.Sc.\*\*\*\*\*; Panich Chantachon, M.D.\*\*\*\*\*; Worayuth Nak-Ai, Ph.D.\*\*\*\*\*; Thitima Wongsaroj, Ph.D.\*\*\*\*\*; Choosak Nithikathkul, Ph.D.\*\*\*\*\*

\* Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province; \*\* Health Technical Office, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; \*\*\* Sisaket Provincial Public Health Office; \*\*\*\* Pho Si Suwan District Health Office, Sisaket Province; \*\*\*\*\* Prang Ku District Health Office, Sisaket Province; \*\*\*\*\* Khueang Nai District Health Office, Ubon Ratchathani Province; \*\*\*\*\* Muang Sam Sip District Health Office, Ubon Ratchathani Province; \*\*\*\*\* Tropical and Parasitic Diseases Research Unit, Faculty of Medicine, Maharakham University, Maharakham Province, Thailand

*Journal of Health Science 2022;31(2):224-34.*

The objectives of this study were to investigate factors affecting perceptions of disease prevention practices in wilderness areas among the elderly with COVID-19 in two Northeastern provinces (Ubon Ratchathani and Sisaket provinces), and utilize the findings to establish a care model for the elderly with COVID-19. It was conducted as an integrated operational study during June 2021 - January 2022. The sample were 666 elderly people in the 2 provinces. The study instrument was an interview form created by a researcher and reviewed by three specialists for the IOC. Every component had a value of 0.67 or higher, with a level of confidence (reliability) of 0.70 or higher. Data were analyzed using descriptive statistics: number, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. The association of factors and behavioral perceptions were determined using Pearson's correlation coefficient. Step-wise multiple linear regression was used to predict the association between the two groups of variables. The paired T-test was used to examine the model development results. The findings revealed that the samples had a moderate to high level of perception of disease severity, and a high perception of the benefits as well as the ability to perform disease prevention. On the other hand, the prevention practice was at low level. There was high level of social support; and moderate to high level of quality of life during the COVID-19 outbreak. The variables that were able to predict prevention practice, in ranking order, were the perception of the benefits of disease prevention, the disease prevention practice, the behavioral factors, the health factors, the psychological factors, and the social factors, respectively for the elderly in Ubon Ratchathani province; and the perceived benefits of disease prevention and helminth prevention practices for Sisaket province ( $p < 0.05$ ). From this study, the strategies for long-term care for the elderly in the prevention and control of disease in the wilderness areas in combination with COVID-19 included: (1) developing potential for village health volunteers and carers for the elderly, and (2) promoting appropriate exercise in the elderly. This research could be utilized to plan and motivate village health volunteers and elderly caregivers to adopt suitable habits and knowledge when caring and promoting the quality of life of the elderly.

**Keywords:** integrating long term care; disease in remote area; COVID19; elderly

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

## การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี: การถอดบทเรียน

มนู ศุกลสกุล พ.บ.\*

วาสนี วงศ์อินทร์ ปร.ด.\*\*

ปัญญาพัฒน์ ไชยเมล์ Ph.D.\*\*\*

สมเกียรติยศ วรเดช Ph.D.\*\*\*

คณิต หนูพลอย ส.ด.\*\*\*\*

ขจรศักดิ์ เพ็ชรรัตน์\*\*\*

\* กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

\*\* กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

\*\*\* คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

\*\*\*\* คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วันรับ:	29 ธ.ค. 2564
วันแก้ไข:	22 ก.พ. 2565
วันตอบรับ:	1 มี.ค. 2565

**บทคัดย่อ** การถอดบทเรียนครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 13-17 ธันวาคม 2564 ผู้ให้ข้อมูลทำการคัดเลือกแบบเจาะจงโดยมีลักษณะเป็นตัวแทนของบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี 86 คน ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาด้วยวิธีการจัดข้อมูลหมวดหมู่และสรุปผลด้วยการบรรยายตามประเด็นข้อคำถาม จากการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย (1) การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยในสถานพยาบาลและชุมชน (2) การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ (3) การติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน (4) การสื่อสารความเสี่ยง (5) การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และ (6) การประสานงานและจัดการข้อมูล เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค ดังนั้น ในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ควรมีการประยุกต์ใช้แนวทาง การบริหารดังกล่าวในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ต่อไป

**คำสำคัญ:** การบริหารจัดการ; สถานการณ์ฉุกเฉิน; สาธารณสุข; โรค COVID 19; จังหวัดสุราษฎร์ธานี; การถอดบทเรียน

## บทนำ

จากการที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (coronavirus disease 2019: COVID-19) หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และติดต่อผ่านทางระบบทางเดินหายใจและการสัมผัสเอาเชื้อโรคเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ<sup>(1)</sup> ซึ่งจากการระบาดและความรุนแรงของโรคดังกล่าว รัฐบาลจึงได้ประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 นอกจากนี้ได้ออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติในการดำเนินการเพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงโดยเร็วและป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น<sup>(2)</sup>

จากสถานการณ์โควิด 19 ทั่วโลก ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้ป่วยสูงถึง 234,115,587 ราย และมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 4.7 ล้านราย<sup>(3)</sup> โดยประเทศที่มีการป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ สหรัฐอเมริกา (44,199,496 ราย) อินเดีย (33,738,188 ราย) และบราซิล (21,399,546 ราย) มีการกระจายของการป่วยและการเสียชีวิตแบบชนิดไม่คงที่ (Fluctuated distribution)<sup>(3)</sup> สำหรับสถานการณ์โควิด 19 ของประเทศไทย มีแนวโน้มการกระจายของการป่วยและการเสียชีวิตไม่คงที่เช่นเดียวกัน ข้อมูลศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยยืนยันสะสม 1,603,475 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม 16,727 ราย<sup>(4)</sup> ในส่วนของจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า มีลักษณะการระบาดและแนวโน้มของผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคล้ายคลึงกับลักษณะการระบาดของประเทศไทย และจังหวัดอื่น ๆ ในห้วงเวลาเดียวกัน เมื่อจำแนกตามอำเภอที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงสุดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี 3 อันดับแรก คือ อำเภอเกาะสมุย อำเภอเมือง และอำเภอพุนพิน ตามลำดับ โดยมีผู้ติดเชื้อสะสม ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 จำนวน 12,416 ราย และเสียชีวิตสะสม 63 ราย<sup>(5)</sup> เมื่อพิจารณา

ถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สตรีมีครรภ์ และแรงงานต่างด้าว ซึ่งกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่ง่ายต่อการติดเชื้อ มักมีอาการรุนแรง และอาจเสียชีวิตได้<sup>(6-8)</sup>

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งในระดับประเทศ และระดับจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังที่กล่าวในข้างต้น และส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และการใช้ชีวิตของประชาชน จากช่วงการแพร่ระบาดดังกล่าวที่ผ่านมา จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมและเสียชีวิตจำนวนมากจังหวัดหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ตอนบน และยังไม่เคยมีการถอดบทเรียนการบริหารจัดการในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อน อีกทั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข<sup>(9)</sup> ได้ส่งเสริมและกำหนดแนวทางการถอดบทเรียนในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อการค้นหา สอบสวนโรค และการแยกกักผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่เชื้อไปสู่บุคคล การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการป้องกันและควบคุมโรค เป็นต้น

จากผลการดำเนินงานกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นในการถอดบทเรียนการบริหารจัดการ เพื่อศึกษาการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นต้นแบบและแนวทางในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรค COVID-19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จ และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี



## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาการถอดบทเรียนครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ดำเนินการ และสรุปผล ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง มกราคม 2565 และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านกิจกรรมการถอดบทเรียนระหว่างวันที่ 13-17 ธันวาคม พ.ศ. 2564

ทำการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Informants) แบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีลักษณะเป็นตัวแทนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย (1) บุคลากรสาธารณสุขจากหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (สสจ.) จำนวน 23 คน (2) โรงพยาบาล จำนวน 11 คน (3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จำนวน 23 คน (4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 8 คน (5) ผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน และ (6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 86 คน

### เครื่องมือในการวิจัย

จากข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19<sup>(10)</sup> ประกอบด้วยประเด็นคำถามหลัก 5 ประเด็น คือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์โรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นอย่างไร (2) วิเคราะห์การดำเนินงานและการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นอย่างไร (3) จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการดำเนินการอย่างไร (4) วิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับพื้นที่ เป็นอย่างไร และ (5) บทเรียนและ

ข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นอย่างไร

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้นำประเด็นคำถามจากคู่มือการถอดบทเรียนสำหรับนักวิจัยระดับจังหวัด ภายใต้โครงการวิจัยถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 ในประเทศไทย<sup>(10)</sup> ซึ่งเป็นประเด็นคำถามตามมาตรฐานกลางที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับกิจกรรมการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ เป็นกิจกรรมที่อยู่ภายใต้การถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ดำเนินการ และสรุปผล สำหรับระยะเตรียมการ เป็นระยะในการประสานงานกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเชิญประชุมจากหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งศึกษาข้อมูลสถานการณ์โรคโควิด 19 และประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง สำหรับระยะดำเนินการ เป็นระยะในการทำกิจกรรมการถอดบทเรียน ซึ่งในกิจกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย การอธิบายแนวคิดพื้นฐานการถอดบทเรียน การแบ่งกลุ่มการถอดบทเรียน การนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของแต่ละกลุ่ม โดยมีการจัดกลุ่มจำนวน 8 กลุ่ม กลุ่มละ 6 - 12 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันตามบทบาทของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และระยะสรุปผล ซึ่งเป็นระยะดำเนินการสรุปผลและเขียนเอกสารรายงาน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการจดบันทึกแบบทึ่งเทป สำหรับการจดบันทึกและถอดเทปโดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและคุณภาพความถูกต้องของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบสาม

เส้า (Triangulation) รวมทั้งการยืนยันข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการถอดเทปบันทึกเสียง อ่านบททวนข้อมูล จัดข้อมูลหมวดหมู่ (Grouping) และเขียนสรุปข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยการบรรยายตามประเด็นข้อคำถาม

### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สพม.) COA No. IHRP2021076, IHRP No. 027-2564 ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2564 โดยการนำเสนอข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล หรือเข้าถึงตัวบุคคลได้

### ผลการศึกษา

การบริหารจัดการสามารถจำแนกออกเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์โรคโควิด 19 (2) วิเคราะห์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 (3) การดำเนินงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (4) วิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับพื้นที่ เป็นอย่างไร และ (5) บทเรียนและข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. วิเคราะห์สถานการณ์โรคโควิด 19

สำหรับสถานการณ์การระบาดวิทยาของโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในระลอกที่ 1 (เดือนธันวาคม 2562 – เมษายน 2563) มีผู้ติดเชื้อจำนวน 18 ราย โดยพบผู้ติดเชื้อรายแรกในเดือนมีนาคม 2563 ระลอกที่ 2 (เดือนพฤษภาคม – 14 ธันวาคม 2563) มีผู้ป่วยยืนยันจำนวน 1 ราย ระลอกที่ 3 (15 ธันวาคม 2563 – มีนาคม 2564) พบผู้ป่วยยืนยันจำนวน 11 ราย และระลอกที่ 4 (1 เมษายน – 31 ธันวาคม 2564) มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 28,760 ราย และเสียชีวิต 157 ราย จากการถอดบทเรียน การติดเชื้อโควิด 19 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ไม่มี

ความแตกต่างกันระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 20-50 ปี และกลุ่มเสี่ยงสำคัญ คือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มที่มีโรคประจำตัว 8 กลุ่มโรค นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่เป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติ อีกทั้งการระบาดเป็นการระบาดในกลุ่มใช้แรงงานในโรงงาน และกลุ่มชาวประมง เป็นต้น สำหรับสถานการณ์ของการเกิดโรคในห้วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า เพิ่มสูงขึ้น ในช่วงไตรมาสที่ 2 และกลับค่อยๆ ลดลงในช่วงปลายของไตรมาสที่ 3 สำหรับพฤติกรรมกำบังกันของประชาชนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการป้องกันตามมาตรการกำบังกัน (DMHTTA; D: Distancing; M: Mask wearing; H: Hand washing; T: Temperature; T: Testing; A: Application Thaichana) จากการคาดการณ์การเกิดโรค พบว่า สถานการณ์จะมีแนวโน้ม และการระบาดเพิ่มมากขึ้นหลังจากช่วงเทศกาลปีใหม่ เนื่องจากมีการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์ใหม่ “โอมิครอน”

#### 2. วิเคราะห์การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19

สำหรับการดำเนินงานในการรับมือสถานการณ์โรคโควิด 19 ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการมุ่งเน้นในยุทธศาสตร์ 6 C ซึ่งมีเนื้อหาและรายละเอียดอันประกอบด้วย

2.1 การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่สถานพยาบาลและชุมชน (Capture)

2.2 การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ (Case management and infection control)

2.3 การติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน (Contact tracing)

2.4 การสื่อสารความเสี่ยง (Communication)

2.5 การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย (Community intervention and law enforcement)

2.6 การประสานงานและจัดการข้อมูล (Coordinating and joint information center)

รวมทั้งการเพิ่มช่องทางในการกระจายข่าวสารผ่านยังช่องทาง Social media คือ Line application และ Official Facebook และการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน จะใช้รูปแบบของการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายหน่วยงานท้องถิ่นเชิงพื้นที่ รวมทั้งประชาชน ในการบูรณาการร่วมกันตามลำดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น และจัดชุดปฏิบัติการในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด อันจะทำให้กระบวนการในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเกิดการส่งผ่านระบบข้อมูลการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. การดำเนินงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

การดำเนินงานในสถานการณ์การระบาดดังกล่าวที่ผ่านมา พบว่า

3.1 การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วย ณ สถานพยาบาล และชุมชน จะมีชุดปฏิบัติการระดับพื้นที่เป็นชุดหลักในการคัดกรอง และการเฝ้าระวังสถานการณ์ดังกล่าว ตามระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นและการประสานงานร่วมกันในทุกระดับเพื่อการคัดกรองรวมทั้งเฝ้าระวังผู้ป่วย และมีการรายงานผลข้อมูลต่างๆ สู่ระดับที่สูงขึ้นไป

3.2 การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อระบบของการรักษาผู้ป่วยจะใช้รูปแบบการรักษาส่วนใหญ่ในรูปแบบของโรงพยาบาลสนามเป็นหลัก และรูปแบบของ Home isolation (HI) และ Community isolation (CI) ร่วมด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา

3.3 การติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน กระบวนการในการติดตาม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้ง อสม. นับว่าเป็นกำลังหลักที่มีคุณค่ายิ่งในการติดตามและให้ข้อมูลแก่ประชาชนชุมชน ประกอบกับการพัฒนาแอปพลิเคชัน (application) เพิ่มเติมในการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ เช่น Save Surat application หรือ Khondee application เป็นต้น

3.4 การสื่อสารความเสี่ยง เทคโนโลยีนับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งในการเป็นช่องทางการสื่อสารต่างๆ เกี่ยวกับสถานการณ์โรคโควิด 19 อันทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักและเกิดการตื่นตัวในการดูแลป้องกันตนเองได้เป็นอย่างดี เช่น การกระจายข้อมูลผ่านช่องทางต่างๆ เช่น Line และ Facebook หรือแม้กระทั่งการใช้โปรแกรมต่างๆ ในการประชุมคณะทำงานหรือชุดปฏิบัติการต่างๆ ผ่านระบบออนไลน์ เป็นต้น

3.5 การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย มาตรการทางสังคมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและมีประโยชน์และสร้างความเข้าใจได้เป็นอย่างดีให้กับประชาชน ก็คือมาตรการทางสังคมในการป้องกันตนเอง (DMHTTA) รวมทั้งการออกประกาศควบคุมเชิงพื้นที่เสี่ยงและประกาศการจำกัดจำนวนคนในการรวมตัว ก็ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน มีระบบแบบแผนที่มีความรัดกุมและลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดได้เป็นอย่างดี

3.6 การประสานงานและจัดการข้อมูล สำหรับการประสานงานและจัดการข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จะมีการจัดเก็บข้อมูลลงในระบบของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และมีการเผยแพร่สรุปสถานการณ์ข้อมูลข่าวสารเป็นรายวัน เพื่อให้ประชาชนสามารถรับรู้ถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างครบถ้วนเพื่อเป็นการสร้างความตระหนักให้กับประชาชน

หลังจากเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 กระบวนการทำงานต่างๆ ย่อมเปรียบเสมือนบทเรียนอันเป็นวิกฤตที่เกิดขึ้น แต่กระนั้นก็ได้ทิ้งร่องรอยของการเรียนรู้ร่วมกันไปในตัว จนนำมาสู่ความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคหรือแม้กระทั่งแนวปฏิบัติอันดีต่างๆ หรือรูปแบบ Best practice ซึ่งทำให้สามารถผ่านสถานการณ์ดังกล่าวมาได้ในระดับหนึ่ง

**4. วิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน และการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19**

สำหรับการดำเนินงาน และการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ ตามช่วงเวลาของการระบาด ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคใน

**ตารางที่ 1 ปัจจัยสู่ความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19**

ช่วงเวลาการระบาด	ปัญหาอุปสรรค	ปัจจัยสู่ความสำเร็จ
ก่อนการระบาดระลอก 1 (ธ.ค. 62- ม.ค. 63)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นโยบายยังไม่ชัดเจน คลุมเครือ การปฏิบัติงานที่ไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน</li> <li>2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกับโรคอุบัติใหม่</li> <li>3. ขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น แมสก์และเจลแอลกอฮอล์</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เกิดกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมร่วมกันในการผลิตแมสก์และเจลแอลกอฮอล์ เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาความขาดแคลน</li> <li>2. เกิดกระบวนการเตรียมความพร้อมของทีม เพื่อรองรับสถานการณ์โรคโควิด 19</li> <li>3. เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และภาคเอกชนในการเตรียมความพร้อม</li> <li>4. มีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจ โดยเฉพาะแนวทางรักษาโรคโควิด 19</li> </ol>
ระหว่างการระบาดระลอก 1 (ม.ค. 63 - พ.ค. 63)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน ยังขาดความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอ</li> <li>2. กระบวนการในการส่งตรวจตัวอย่างค่อนข้างล่าช้า</li> <li>3. ประชาชนขาดความตระหนักในอันตรายของโรค</li> <li>4. บุคคลที่ติดเชื่อมีการปิดบัง Timeline</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีแนวปฏิบัติในการดำเนินงานในเชิงปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น</li> <li>2. มีคลินิกเฉพาะทาง (ARI clinic)</li> <li>3. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานท้องถิ่น</li> <li>4. เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการปฏิบัติตามแนวทางในการแก้ปัญหา</li> <li>5. มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และทีม EOC</li> </ol>
ระยะหลังการระบาดระลอก 1 (พ.ค. 63 - 14 ธ.ค. 63)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การไม่ปฏิบัติตามมาตรการทางสังคม (DMHTTA) อย่างเคร่งครัด</li> <li>2. ความไม่เพียงพอของวัคซีน</li> <li>3. ความเหนื่อยล้าของบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มี Mobile unit lab สนับสนุนจากหน่วยงานส่วนท้องถิ่น</li> <li>2. มี Local quarantine (LQ) ทุกพื้นที่ และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่น</li> <li>3. ประชาชนเกิดความตื่นตัวมากขึ้น</li> <li>4. เจ้าหน้าที่เกิดขวัญกำลังใจมากขึ้น</li> <li>5. ประชาชนมีความตื่นตัวเกี่ยวกับโรคมมากขึ้น (กลัวตาย)</li> </ol>
ระยะการระบาดระลอกใหม่ (ธ.ค. 63 - มี.ค. 64)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปัญหาด้านเศรษฐกิจเริ่มทวีความรุนแรงเนื่องจากขาดรายได้</li> <li>2. การกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</li> <li>3. ประชาชนยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของวัคซีน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบการค้นหา ระบบคัดกรองทำได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น</li> <li>2. วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์มีปริมาณที่เพียงพอมากขึ้น</li> <li>3. เกิดนโยบายในการควบคุมและป้องกันชัดเจนยิ่งขึ้น (6C)</li> </ol>

## 5. บทเรียนและข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน ในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือ โรคโควิด 19

สำหรับบทเรียนและข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน  
ในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรค-  
โควิด 19 ประกอบด้วย

5.1 การประยุกต์พีชสมุนไพรมานำใช้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่ง  
เป็นการดูแลสุขภาพทางเลือกที่เหมาะสมในการประยุกต์  
การดูแลสุขภาพตนเองในระดับพื้นที่

5.2 การใช้มาตรการทางสังคมอย่างเคร่งครัด เพื่อ  
เป็นแนวทางที่สำคัญยิ่งในการสร้างแบบแผนการใช้ชีวิต  
ร่วมกันในสังคมอย่างเป็นระบบ และการรับผิดชอบต่อ  
สังคม

5.3 การเพิ่มช่องทางสาธารณะในการสื่อสารองค์-  
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพื่อให้ประชาชนเกิดความ  
ตระหนักมากยิ่งขึ้น

5.4 การสร้างและบูรณาการกิจกรรม โครงการ และ  
งบประมาณระหว่างภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นในการ  
ป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังโรค

## วิจารณ์

จากการถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์  
ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัด  
สุราษฎร์ธานี พบว่า สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรค  
โควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ไม่มีความแตกต่างระหว่าง  
ชุมชนเมืองและชนบท ซึ่งสอดคล้องกับการแพร่ระบาดใน  
ระดับประเทศ ที่พบว่าการแพร่ระบาดในทุกพื้นที่ของ  
ประเทศไทย กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่เป็น  
กลุ่มอายุ 20-50 ปี และกลุ่มเสี่ยงสำคัญ คือ กลุ่มผู้สูง-  
อายุ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มที่มีโรคประจำตัว 8  
กลุ่มโรค นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่เป็น  
กลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ ซึ่งจากการระบาด พบว่า  
เป็นการระบาดในกลุ่มใช้แรงงานในโรงงานและกลุ่มชาว-  
ประมง สำหรับสถานการณ์ของการเกิดโรคในหัวง 1 ปีที่  
ผ่านมา พบว่า เพิ่มสูงขึ้น ณ ช่วงไตรมาสที่ 2 และลดลง

ในช่วงปลายของไตรมาสที่ 3 ซึ่งการระบาดเป็นไปตาม  
ลักษณะทางระบาดวิทยา ที่พบในกลุ่มผู้ใหญ่มากกว่ากลุ่ม  
เด็ก และมักมีความรุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรค-  
เรื้อรังร่วมด้วย<sup>(11-12)</sup>

สำหรับพฤติกรรมกำบังกันของประชาชน พบว่า  
ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการป้องกันตาม  
มาตรการกำบังกัน (DMHTTA) ซึ่งสอดคล้องกับการ  
ศึกษาของ จิราพร บาร์ศรี และคณะ<sup>(13)</sup> ที่ทำการศึกษาการ  
มีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด 2019  
ในตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า  
ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำบังกันอยู่ในระดับดี  
และการศึกษาของตรีญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญ-  
รักษา<sup>(14)</sup> ที่ทำการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม  
การป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่  
อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ประชาชนส่วน  
ใหญ่มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมอยู่ในระดับดี  
(ร้อยละ 62.4, 71.3 และ 72.4 ตามลำดับ) จากการคาด  
การณ์การเกิดโรคพบว่า จะมีการระบาดเพิ่มมากขึ้นหลัง  
จากช่วงเทศกาลปีใหม่ เนื่องจากมีการระบาดของเชื้อไวรัส  
โคโรนา 2019 สายพันธุ์ใหม่ “โอมิครอน” ซึ่งสอดคล้อง  
กัน

จากการดำเนินงานในการรับมือสถานการณ์โรคโควิด  
19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการมุ่งเน้นในยุทธศาสตร์ 6 C  
อันประกอบด้วย (1) Capture การคัดกรองและเฝ้าระวัง  
ผู้ป่วย ที่สถานพยาบาล และชุมชน (2) Case management  
and infection control การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกัน  
การติดเชื้อ (3) Contact tracing การติดตามผู้สัมผัสโรค  
และควบคุมการระบาดในชุมชน (4) Communication  
การสื่อสารความเสี่ยง (5) Community intervention and  
law enforcement การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย  
(6) Coordinating and joint information center การ  
ประสานงานและจัดการข้อมูล รวมทั้งการเพิ่มช่องทางใน  
การกระจายข่าวสารผ่านยังช่องทางสื่อสาธารณะ และการ  
บริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินใช้รูปแบบของการ  
ทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายหน่วยงาน

ท้องถิ่นเชิงพื้นที่ รวมทั้งประชาชน ในการบูรณาการร่วมกันตามลำดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น และจัดชุดปฏิบัติการในทุกกระดับ อันจะทำให้กระบวนการในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเกิดการส่งผ่านระบบข้อมูลการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ บุญส่ง และคณะ<sup>(15)</sup> ที่ทำการศึกษากิจการภาวะวิกฤติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่าการจัดการในภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ของผู้บริหารทางการแพทย์ด้านการดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก

นอกจากนี้ ในสถานการณ์การระบาดดังกล่าวที่ผ่านมา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้มีการดำเนินการ (1) การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วย ณ สถานพยาบาลและชุมชน การเฝ้าระวังตามระดับความรุนแรงของโรค และการรายงานผลข้อมูลต่างๆ (2) การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ ระบบของการรักษาผู้ป่วยจะใช้รูปแบบการรักษาส่วส่วนใหญ่ในรูปแบบของโรงพยาบาลสนามเป็นหลัก และรูปแบบของ Home isolation (HI) และ Community isolation (CI) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา (3) การติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน กระบวนการในการติดตาม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้ง อสม. ประกอบกับการพัฒนาแอปพลิเคชันและข้อมูลสารสนเทศ (4) การสื่อสารความเสี่ยง เทคโนโลยีนับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและสำคัญยิ่งในการเป็นช่องทางการสื่อสารต่างๆ เกี่ยวกับสถานการณ์โรคโคโรนาไวรัส 19 อันทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักและเกิดการตื่นตัวในการดูแลป้องกันตนเองได้เป็นอย่างดี เช่น การกระจายข้อมูลผ่านช่องทางสื่อสาร-สนเทศ หรือชุดปฏิบัติการต่างๆ ผ่านระบบออนไลน์ เป็นต้น (5) การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย มาตรการทางสังคมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและมีประโยชน์และสร้างความเข้าใจได้เป็นอย่างดีให้กับ

ประชาชน รวมทั้งการออกประกาศควบคุมพื้นที่เสี่ยงและประกาศการจำกัดจำนวนคนในการรวมตัว ก็ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนมีระบบแบบแผนที่มีความรัดกุมและลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดได้เป็นอย่างดี (6) การประสานงานและจัดการข้อมูล สำหรับการประสานงานและจัดการข้อมูลสถานการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับโรคโคโรนาไวรัส 19 จะมีการจัดเก็บข้อมูลลงในระบบของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และมีการเผยแพร่สรุปลงสถานการณ์ข้อมูลข่าวสารเป็นรายวัน เพื่อให้ประชาชนสามารถรับรู้ถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างครบถ้วน เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักให้กับประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโคโรนาไวรัส 19 ของประเทศไทย<sup>(16,17)</sup>

#### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโคโรนาไวรัส 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ควรมีการดำเนินการตามแนวทางประกอบด้วย (1) การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยในสถานพยาบาลและชุมชน (2) การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ (3) การติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน (4) การสื่อสารความเสี่ยง (5) การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และ (6) การประสานงานและจัดการข้อมูล เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 48 (ลงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563).
2. กรมควบคุมโรค. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2563.
3. World Health Organization. WHO coronavirus (COVID-19) dashboard [Internet]. 2021 [cited 2021

- Oct 20]. Available from: <https://covid19.who.int>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 25 ม.ค.2565]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no636-300964.pdf>
  5. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 25 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
  6. Araujo MPD, Nunes VMD, Costa LD, de Souza TA, Torres GD, Nobre TTX. Health conditions of potential risk for severe Covid-19 in institutionalized elderly people. *Plos One* 2021;16(1):e0245432.
  7. Pratt NL, Ellett LMK, Andrade AQ, Le Blanc VT, Barratt J, Roughead EE. Prevalence of multiple risk factors for poor outcomes associated with COVID-19 among an elderly Australian population. *Aust J of Gen Pract* 2021; 50(1-2):84-9.
  8. Zhang P, Wang MM, Wang Y, Wang YF, Li T, Zeng J, et al. Risk factors associated with the progression of COVID-19 in elderly diabetes patients. *Diabetes Res Clin Pract* 2021;171:108550.
  9. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no7-100163.pdf>
  10. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการถอดบทเรียนสำหรับนักวิจัยระดับจังหวัด ภายใต้โครงการวิจัยถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรค COVID-19 ของจังหวัดต่างๆ ในประเทศ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
  11. จักรพันธ์ ศิริบริรักษ์, สมจิต พงกษะรัตนานนท์. โรคโควิด-19. *บูรพาเวชสาร* 2563;7(1):89-95.
  12. คำนวน อึ้งชูศักดิ์, ศุภมิตร ชุณหะวัณ. วิถีชีวิตโควิด-19 ในประเทศไทย: การเปลี่ยนผ่านจากมาตรการ “กึ่งล็อกดาวน์” สู่การมี “เสถียรภาพ”. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2563;29(2):377-80.
  13. จิราพร บาร์ศรี, เจนรบ พลเดชะ, ผ่องพรรณ มุริกันนท์, รินดา พันธุ์ภาพสินธ์, สมทรง พลเดชะ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด-2019 (COVID-2019) ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น* 2564:7(2):33-45.
  14. ดร.ณชนก พันธุ์สุมา, พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2564:36(5):597-604.
  15. อุไรวรรณ บุญส่ง, ปราโมทย์ ทองสุข, ประภาพร ชุกกานิต. การจัดการภาวะวิกฤติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดแดนใต้. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล* 2564;27(2):137-49.
  16. พงษ์พิพัฒน์ ชุ่มสีดา, วินัย ทองภูบาล. กลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา* 2564;7(1):158-75.
  17. วลัยพร พัชรนฤมล, วริศรา พานิชเกรียงไกร, อังคนา เลชะกุล. การพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563.

**Abstract: Management of the Public Health Emerging Situation in Handling COVID-19, Surat Thani Province: Lesson Learnt**

**Manu Sukonsakul, M.D.\*; Wasinee Wongin, Ph.D.\*\*; Bhunybhadh Chaimay, Ph.D.\*\*\*; Somkiattiyos Woradet, Ph.D.\*\*\*; Kanit Hnuploy, Dr.P.H.\*\*\*\*; Kachonsak Petcharat, M.P.A\*\*\***

*\* Inspection Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Royal Thai Government; \*\* Strategic Public Health Development Department, Surat Thani Provincial Public Health Office; \*\*\* Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus; \*\*\*\* Faculty of Science and Technology, Suratthani Rajabhat University, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):235-44..*

The purpose of this study was to review the management of the public health emerging situation in handling with COVID-19 in Surat Thani Province in order to identify lessons learnt from the operation. The data were collected from key stakeholders during 13-17 December 2021. There were 86 informants purposively selected consisted of health professionals whose task was related to COVID-19 prevention and control in the province. The data quality was verified by triangulation method. The data were analyzed using content analysis by grouping and describing in accordance with the research questions. It was found that the management of public health emerging situations to handle COVID-19 in Surat Thani province consisted of (1) capture, (2) case management and infection control, (3) contact tracing, (4) communication, (5) community intervention and law enforcement, and (6) coordinating and managing unified information center. These approaches should be efficiently applied to strengthen the surveillance, prevention, and control system in order to handle the health emergency situation associated with the spread of COVID-19.

**Keywords: management, emerging situation, public health, COVID-19, Surat Thani Province, lesson learnt**



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

## การรับรู้และการระลึกได้ของประชาชนต่อ การโฆษณาเครื่องดื่มผ่านตราสัญลักษณ์ ที่คล้ายคลึงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สิริกุล วงษ์ศิริโสภาคย์ วท.ม. (ชีววิทยาสาขาระดับมัธยมศึกษา)  
สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค

วันรับ:	28 ม.ค. 2564
วันแก้ไข:	30 ธ.ค. 2564
วันตอบรับ:	10 ม.ค. 2565

**บทคัดย่อ** จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2560 พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 28.4 เพศชายดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 47.5 และเพศหญิงดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 10.6 จากพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย แสดงว่าธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมูลค่าทางการตลาดมหาศาลและมีการแข่งขันทางการค้าสูงมาก ถึงแม้ว่าจะมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เป็นเครื่องมือในการควบคุมแต่ยังคงพบว่าการดัดแปลงตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อย แต่ยังคงคุณลักษณะที่ไม่แตกต่างจากตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้ในการโฆษณาเพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมาย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้ เพื่อศึกษาความแตกต่างของการรับรู้และการระลึกได้ของประชาชนในเพศชายและหญิงที่มีต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และความแตกต่างของแรงจูงใจในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเพศชายและหญิงจากการโฆษณาตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปอายุ 15-60 ปี ที่อยู่ในประเทศไทย จำนวน 3,267 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่า Chi-square ผลการศึกษา พบว่าผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.2) มีอายุเฉลี่ย 34 ปี พบเห็นการโฆษณาตราสินค้าทางโทรทัศน์ (ร้อยละ 78.1) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับทราบและระลึกถึงตราสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แม้ว่าจะมีการดัดแปลงตราสัญลักษณ์ไปใช้ในสินค้าประเภทอื่น รวมถึงพบว่าการรับรู้และการระลึกได้ว่าเป็นภาพโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแรงจูงใจของภาพโฆษณามีต่อการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมีความแตกต่างกันระหว่าง เพศ ดังนั้นการรู้เท่าทันกลยุทธ์การโฆษณา และการพัฒนาปรับปรุงกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอนาคตจะช่วยควบคุมและลดแรงจูงใจในการเลือกบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มสตรี เด็กและเยาวชนลง

**คำสำคัญ:** การโฆษณา; การรับรู้; การจดจำ; เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

## บทนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่คู่กับสังคมไทยมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ประชาชนไทยนิยมดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเข้าสังคม งานสังสรรค์ และการเฉลิมฉลองในวาระต่าง ๆ จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2560<sup>(1)</sup> พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 28.4 เพศชายดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 47.5 และเพศหญิงดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 10.6 จากพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย แสดงว่าธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมูลค่าทางการตลาดมหาศาลและมีการแข่งขันทางการค้าสูงมาก<sup>(2)</sup> ผู้ประกอบการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงพยายามสร้างกลยุทธ์ในการโฆษณาประชาสัมพันธ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างความคุ้นเคยให้ผู้บริโภคจดจำสินค้า จนกระทั่งสร้างค่านิยมและความเชื่อ ให้ผู้บริโภคชื่นชมและตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น โดยสื่อโฆษณาที่วงการโฆษณายอมรับว่ามีอิทธิพลต่อการรับรู้และความเข้าใจต่อผู้บริโภคสูงมากคือสื่อโทรทัศน์ เพราะสามารถให้ความเคลื่อนไหว เสียง สี ทำให้สร้างแรงจูงใจได้ดีกว่าสื่อประเภทอื่น<sup>(3)</sup>

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มาตรา 32 วรรคแรกบัญญัติไว้ว่า “ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ผู้อื่นดื่มโดยตรงหรือโดยอ้อม การโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ใด ๆ โดยผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทให้กระทำได้เฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม โดยไม่มีการปรากฏภาพของสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น เว้นแต่เป็นการปรากฏของภาพสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเท่านั้น ทั้งนี้ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง บทบัญญัติในวรรคหนึ่งและวรรคสอง มิให้ใช้บังคับกับการโฆษณาที่มีต้นกำเนิดนอกราชอาณาจักร”<sup>(4)</sup> นับเป็นมาตรการทางกฎหมายที่สำคัญ มาตรการหนึ่งที่รัฐได้นำมาบังคับใช้เพื่อกำหนดและ

ควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยมีนิยามของ “โฆษณา” ตามมาตรา 3 หมายความว่า การกระทำไม่ว่าโดยวิธีการใด ๆ ให้ประชาชนเห็น ได้ยิน หรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ในทางการค้า และให้หมายความรวมถึงการสื่อสารการตลาด” คำว่า “ข้อความ” มีนิยามว่า ข้อความ หมายถึง การกระทำที่ปรากฏด้วยตัวอักษร-ภาพ ภาพยนตร์ แสง เสียง เครื่องหมายหรือการกระทำอย่างใด ๆ ที่ทำให้บุคคลทั่วไปเข้าใจความหมายได้ เหตุผลที่ต้องมีข้อกำหนดเพื่อควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการโฆษณาเป็นการส่งเสริมภาพลักษณ์ของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเชิงบวก ส่งผลทำให้ประชาชนที่พบเห็น ได้ยิน หรือรับทราบข้อความของการโฆษณา มีทัศนคติที่ดีและเกิดความนิยมในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>(5)</sup> ดังนั้น มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นมาตรการสำคัญที่จะช่วยลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงได้

ในปัจจุบันธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการหลีกเลี่ยงกฎหมายโดยการออกผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มชนิดอื่น เช่น น้ำดื่ม น้ำแร่ธรรมชาติ น้ำโซดา แล้วจดทะเบียนเครื่องหมายการค้าที่คล้ายกับเครื่องหมายการค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อนำมาใช้ในการโฆษณา ทดแทนการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการใช้สัญลักษณ์ต่างๆ เพื่อสื่อให้ทราบหรือระลึกถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน จากข้อมูลสถิติการร้องเรียนการละเมิดกฎหมายในฐานความผิดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 - 30 กันยายน 2562 ได้มีประชาชนร้องเรียนการละเมิดกฎหมายในฐานความผิดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากถึง 1,424 เรื่อง และคิดเป็นร้อยละ 80.23 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมดตามพระราชบัญญัติดังกล่าว<sup>(6)</sup> แต่การบังคับใช้กฎหมายยังมีความคลุมเครือไม่ชัดเจน<sup>(7)</sup> จึงควรมีการศึกษาการรับรู้ของประชาชนต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสัญลักษณ์ที่มีความคล้ายคลึงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการพิจารณาดำเนินการตามกฎหมาย รวมถึง

การปรับปรุงกฎหมายใหม่ในโอกาสต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างของการรับรู้และการระลึกได้ของประชาชนในเพศชายและหญิงที่มีต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และความแตกต่างของแรงจูงใจในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเพศชายและหญิงจากการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

### วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้ภาพโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเครื่องมือในการวิจัย

ประชากรในการวิจัย คือ ประชาชนไทยที่มีอายุ 15-60 ปี ที่อยู่ในประเทศไทย<sup>(8)</sup>

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15-60 ปี ที่อยู่ในประเทศไทย จำนวน 3,267 คน การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ Krejcie RV และ Morgan DW<sup>(9)</sup> ตามสูตร ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

$\chi^2$  = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (= 3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (กำหนด p = 0.5)

เมื่อแทนค่าตามสูตรจะได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมไม่น้อยกว่า 3,200 ตัวอย่าง ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling technique) โดยแบ่งประชากรเป็น 4 ภาค และกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จากนั้นสุ่มเลือกจังหวัด ส่วนการคัดเลือก

ตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (accidental sampling) ให้ครอบคลุมทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามและภาพโฆษณาที่มีตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 15 ภาพ และภาพที่ใช้ตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6 ภาพ ซึ่งออกแบบให้รวมอยู่ในชุดการเก็บข้อมูล ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ดำเนินการสำรวจข้อมูลประจำปี 2561

วิธีการเก็บข้อมูล โดยการแสดงภาพให้ผู้เข้าร่วมวิจัยดูทีละภาพ และสอบถาม 2 คำถาม คือ (1) ภาพที่แสดงเป็นภาพอะไร ให้เลือกตอบ 3 คำตอบคือ (ก) เป็นเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ (ข) เป็นเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ หรือ (ค) ไม่ใช่เครื่องดื่ม และ (2) ภาพที่เห็นมีแรงจูงใจต่อการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2561 การคัดเลือกภาพโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้สอบถามอยู่ภายใต้การควบคุมของอาจารย์จากมหาวิทยาลัยสวนดุสิตและนักวิชาการจากสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทดสอบค่าความตรง (validity) จากผู้เชี่ยวชาญทางนิเทศศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยสวนดุสิต<sup>(10)</sup> และคำนวณความน่าเชื่อถือ (reliability) ของเครื่องมือโดยวิธีการทดสอบหาค่าทางสถิติ ใช้สูตร Cronbach alpha coefficient<sup>(11)</sup> มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.776 ใช้โปรแกรมในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่า Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูล

### ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.2 และเพศชาย ร้อยละ 49.0 มีอายุเฉลี่ย 34 ปี ระดับการศึกษา คือ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 51.3 มีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 23.1 มีค่าเฉลี่ยรายได้ส่วนบุคคล คือ 18,809 บาทต่อเดือน อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ

71.7 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 57.0 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้เข้าร่วมวิจัยเคยดื่มและยังดื่มอยู่ คิดเป็นร้อยละ 50.8 รองลงมา ส่วนใหญ่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านขายของชำ ร้อยละ 39.3 ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มคือ เบียร์ ร้อยละ 68.6 รองลงมา เหล้า-แดง เหล้าสี เหล้าขาว วิสกี้ จิน วอดก้า 35-40 ดีกรี ร้อยละ 42.8 ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คือ นานๆ ครั้ง (1-11 วัน/ปี) คิดเป็นร้อยละ 33.0

การรับรู้และการระลึกได้ของประชาชนที่มีต่อตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ภาพที่นำมาสอบถาม 21 ภาพ เป็นภาพโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเภทสุราที่ผลิตจากต่างประเทศ 6 ภาพ ภาพโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเภทสุราที่ผลิตจากต่างประเทศ 7 ภาพ ภาพโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเภทอื่น 2 ภาพ และภาพโฆษณาเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ที่มีตราสัญลักษณ์คล้ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6 ภาพ สามารถแบ่งลักษณะการโฆษณาได้เป็น 3 แบบ คือ แสดงเฉพาะเครื่องหมายการค้าเท่านั้น 8 ภาพ แสดงชื่อและเครื่องหมายการค้า 4 ภาพ และแสดงชื่อ

เครื่องหมายการค้าและข้อความ 9 ภาพ (ตารางที่ 1)

จากการสอบถามพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ว่าเป็นภาพเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ เกินร้อยละ 50.0 ทุกภาพ และภาพมีแรงจูงใจต่อการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าร้อยละ 50.0 จำนวน 11 ภาพ โดยเป็น (1) ภาพตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5 ภาพ จำแนกเป็นภาพที่แสดงชื่อและเครื่องหมายการค้า 1 ภาพ และภาพที่แสดงชื่อ เครื่องหมายการค้าและข้อความประกอบ 4 ภาพ และ (2) ภาพตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6 ภาพ จำแนกเป็นภาพที่แสดงเฉพาะเครื่องหมายการค้า 4 ภาพ และภาพที่แสดงชื่อ เครื่องหมายการค้าและข้อความ 2 ภาพ (ตารางที่ 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยพบเห็นการโฆษณาจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 78.1 รองลงมาคือป้ายประกาศ ร้อยละ 53.3 และสื่อโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 32.1

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับความการรับรู้และการระลึกถึงการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เข้าร่วมวิจัยพบว่า ภาพที่มีการรับรู้และการระลึกถึงแตกต่างกันระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 10 ภาพ โดยเป็น (1) ภาพตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 7 ภาพ จำแนกเป็นภาพที่แสดง

ตารางที่ 1 ภาพโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลักษณะการโฆษณา

ประเภท	จำนวนภาพ		
	แสดงเฉพาะเครื่องหมายการค้า	แสดงชื่อและเครื่องหมายการค้า	แสดงชื่อ เครื่องหมายการค้า และข้อความประกอบ
- สุราผลิตจากต่างประเทศ	3	1	2
- สุราผลิตภายในประเทศ		3	4
- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่น ๆ เช่น เบียร์ ไวน์	1		1
- สินค้าที่ใช้ตราสัญลักษณ์คล้ายคลึงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4		2
รวม	8	4	9

การรับรู้และการระลึกได้ของประชาชนต่อการโฆษณาเครื่องดื่มผ่านตราสัญลักษณ์ที่คล้ายคลึงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 2 ลักษณะของภาพโฆษณาที่มีการรับรู้ว่าเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ/หรือมีแรงจูงใจในการซื้อ มากกว่าร้อยละ 50

ลักษณะการโฆษณา	จำนวนภาพ							
	สุราต่างประเทศ		สุราในประเทศ		เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อื่นๆ		สินค้าที่ใช้ตราสัญลักษณ์ คล้ายกัน	
	รับรู้	จูงใจ	รับรู้	จูงใจ	รับรู้	จูงใจ	รับรู้	จูงใจ
1. แสดงเฉพาะเครื่องหมายการค้าเท่านั้น	2	0	1	0			4	4
2. แสดงชื่อและเครื่องหมายการค้า	1	1	1	0				
3. แสดงชื่อ เครื่องหมายการค้าและข้อความ	3	1	5	1	2	2	2	2
รวม	6	2	7	1	2	2	6	6

เฉพาะเครื่องหมายการค้าเท่านั้น 1 ภาพ และภาพที่แสดงชื่อและเครื่องหมายการค้า 1 ภาพ และภาพที่แสดงชื่อเครื่องหมายการค้าและข้อความ 5 ภาพ และ (2) ภาพตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 ภาพ จำแนกเป็นภาพที่แสดงเฉพาะเครื่องหมายการค้าเท่านั้น 2 ภาพและภาพที่แสดงชื่อเครื่องหมายการค้าและข้อความ 1 ภาพ (ตารางที่ 3) และ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับการแรงจูงใจในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 1 ภาพ เป็นภาพตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทสุราในประเทศที่แสดงชื่อ เครื่องหมายการค้าและข้อความ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพศกับการรับรู้ต่อภาพโฆษณาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ลักษณะการโฆษณา	จำนวนภาพ							
	สุราต่างประเทศ		สุราในประเทศ		เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อื่นๆ		สินค้าที่ใช้ตราสัญลักษณ์ คล้ายกัน	
	รับรู้	รับรู้ต่างกัน	รับรู้	รับรู้ต่างกัน	รับรู้	รับรู้ต่างกัน	รับรู้	รับรู้ต่างกัน
1. แสดงเฉพาะเครื่องหมายการค้าเท่านั้น	3	1	0	0	1	0	4	2
2. แสดงชื่อและเครื่องหมายการค้า	1	0	3	1	0	0	0	0
3. แสดงชื่อ เครื่องหมายการค้าและข้อความ	2	2	4	3	1	0	2	1
รวม	6	3	7	4	2	0	6	3

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพศกับแรงจูงใจในการซื้อที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ลักษณะการโฆษณา	จำนวนภาพ							
	สุราต่างประเทศ		สุราในประเทศ		เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อื่นๆ		สินค้าที่ใช้ตราสัญลักษณ์ คล้ายกัน	
	จูงใจ	จูงใจต่างกัน	จูงใจ	จูงใจต่างกัน	จูงใจ	จูงใจต่างกัน	จูงใจ	จูงใจต่างกัน
1. แสดงเฉพาะเครื่องหมายการค้าเท่านั้น							4	0
2. แสดงชื่อและเครื่องหมายการค้า	1	0						
3. แสดงชื่อ เครื่องหมายการค้าและข้อความ	1	0	1	1	2	0	2	0
รวม	2	0	1	1*	2	0	6	0

### วิจารณ์

จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยพบเห็นการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือป้ายประกาศ และสื่อโซเชียลมีเดีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทักษพล ธรรมรังสี<sup>(12)</sup> ที่พบว่าสื่อโทรทัศน์เป็นสื่อที่ประชาชนไทยพบเห็นบ่อยที่สุด โดยเฉพาะช่วงก่อนที่จะมีการควบคุมการโฆษณา และการศึกษาของธัญลักษณ์ นามจักรและปิยธิดา ปลอดภัย<sup>(3)</sup> พบว่า การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มุ่งไปที่สื่อโทรทัศน์เป็นสื่อหลัก ทั้งนี้การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อโทรทัศน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนสูง โดยเฉพาะต่อเด็กและเยาวชน นอกจากนี้รายงานของบางบริษัทเกี่ยวกับงบการลงทุนเพื่อการโฆษณาสุราในสื่อต่าง ๆ<sup>(13)</sup> ซึ่งพบว่าเป็นการโฆษณาผ่านสื่อโทรทัศน์มากกว่าสื่ออื่นๆ หลายเท่าตัว

การรับรู้และการระลึกถึงของประชาชนที่มีต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน พบว่าทุกภาพที่นำมาสอบถามประชาชนทั้งเพศชายและหญิงรับรู้และระลึกถึงได้ว่าเป็นการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 50 เมื่อนำภาพสื่อโฆษณาที่ใช้มาจัดกลุ่ม สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ภาพสื่อโฆษณาสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง จำนวน 13 ภาพ จำแนกเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทสุราผลิตจากต่างประเทศ 6 ภาพ สุราผลิตภายในประเทศ 7 ภาพ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น 2 ภาพ

2. ภาพสื่อโฆษณาสินค้าประเภทอื่นที่ใช้สัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 8 ภาพ

เมื่อพิจารณาลักษณะของสื่อโฆษณาสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ภาพที่แสดงเฉพาะเครื่องหมายการค้าเท่านั้น จำนวน 8 ภาพ

2. ภาพที่แสดงชื่อ และเครื่องหมายการค้า จำนวน 4 ภาพ

3. ภาพที่แสดงชื่อ เครื่องหมายการค้าและข้อความ จำนวน 9 ภาพ

จากผลการวิจัยพบว่าถึงแม้ว่าบางภาพจะเป็นการใช้ตราสัญลักษณ์ที่คล้ายกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการโฆษณาซึ่งบริษัทผู้ผลิตกล่าวอ้างว่าไม่ใช่ตราสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้ในการโฆษณา แต่เนื่องจากประชาชนมีการจดจำตราสัญลักษณ์สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก่อนหน้า ต่อมาเมื่อมีกฎหมายห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกสื่อ แต่เปิดช่องให้

ผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถโฆษณาได้ ตามวรรคสอง ของมาตรา 32 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>(4)</sup> ที่บัญญัติไว้ว่า “การโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ใดๆ โดยผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทให้กระทำได้เฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม โดยไม่ปรากฏภาพของสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น เว้นแต่เป็นการปรากฏ ภาพสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น ทั้งนี้ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง” ดังนั้น การสื่อสารด้วยตราองค์กร การเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ การประกวด การทำการกุศล การใช้ music marketing และ sports marketing รวมถึงการแตกไลน์ธุรกิจไปยังธุรกิจรองประเภทอื่นๆ เพื่อสร้างชื่อ และตราสัญลักษณ์ที่คล้ายกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น น้ำแร่ น้ำโซดา และการเอ่ยชื่อสินค้าหรือชื่อองค์กรซ้ำๆ (repetition) สามารถสร้างการจดจำตราสินค้าได้ด้วยเช่นกัน<sup>(14)</sup> นับเป็นการกระทำเพื่อประโยชน์ทางการค้า ซึ่งเป็นข้อห้ามตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความแตกต่างของการรับรู้และการระลึกได้ของประชาชนในเพศชายและหญิงที่มีต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันพบว่าภาพที่มีการรับรู้และการระลึกได้แตกต่างกันระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 10 ภาพ สามารถจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ภาพสื่อโฆษณาตราสัญลักษณ์สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง จำนวน 7 ภาพ ได้แก่ (1) ภาพสุราที่ผลิตจากต่างประเทศ แสดงเฉพาะเครื่องหมายการค้าเท่านั้น 1 ภาพ (2) ภาพสุราที่ผลิตจากต่างประเทศ แสดงชื่อ เครื่องหมายการค้าและข้อความ 2 ภาพ (3) ภาพสุราที่ผลิตในประเทศ แสดงชื่อและเครื่องหมายการค้า 1 ภาพ และ (4) ภาพสุราที่ผลิตในประเทศ แสดงชื่อ เครื่องหมายการค้าและข้อความ 3 ภาพ

2. ภาพสื่อโฆษณาสินค้าประเภทอื่นที่ใช้ตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับสินค้าเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ จำนวน 3 ภาพ ได้แก่ (1) ภาพสินค้าที่แสดงเฉพาะเครื่องหมายการค้าเท่านั้น 2 ภาพ และ (2) ภาพสินค้าที่แสดงชื่อ เครื่องหมายการค้าและข้อความ 1 ภาพ การที่ภาพกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นภาพสื่อโฆษณาตราสัญลักษณ์สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง แต่การรับรู้และการระลึกถึงที่มีต่อตราสัญลักษณ์แตกต่างกันระหว่างเพศ เนื่องจากลักษณะการเปิดรับสื่อของเพศชายและหญิงมีลักษณะแตกต่างกัน<sup>(15)</sup> โดยเพศหญิงจะเปิดรับสื่อ Offline มากกว่าเพศชาย ทำให้การโฆษณาสินค้าที่ไม่ใช้สื่อ Offline จะทำให้เพศหญิงรับรู้และการระลึกถึงได้น้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการแถลงข่าวของบริษัทผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มบริษัทหนึ่ง<sup>(16)</sup> ซึ่งแถลงทิศทางการดำเนินงานประจำปีของบริษัทและแผนประจำปี ในกลุ่มสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มธุรกิจสุรา ซึ่งเพิ่งเปิดตัวเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดใหม่ เปิดตัวในประเทศไทยเมื่อต้นปี 2561 เน้นทำการตลาดในแพลตฟอร์มที่ตรงกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทสุราขาวและสุราสี ซึ่งเป็นสินค้าในบริษัทเดียวกัน ซึ่งสุราทั้ง 3 ตรา มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะซึ่งมีใช้เพศหญิง ทำให้เพศหญิงไม่เคยรับรู้ ไม่รู้จักสินค้าทั้ง 3 ตรา

ส่วนภาพกลุ่มที่ 2 สื่อโฆษณาสินค้าประเภทอื่นที่ใช้ตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับตราสัญลักษณ์สินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีจำนวน 3 ภาพ ที่ผลการรับรู้และการและการระลึกได้ของประชาชนที่มีต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างเพศชายและหญิง คือ ภาพตราสัญลักษณ์น้ำโซดาและภาพตราสัญลักษณ์น้ำแร่ธรรมชาติ ทั้งที่ภาพตราสัญลักษณ์น้ำแร่และน้ำโซดาอีก 5 ภาพที่เหลือมีผลการรับรู้และการระลึกได้ของประชาชนทั้ง 2 เพศไม่แตกต่างกัน ซึ่งต้องทำการศึกษาเชิงลึกต่อไป ถึงปัจจัยที่ทำให้การรับรู้มีความแตกต่างกัน

ภาพที่มีความแตกต่างของแรงจูงใจในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนจากการโฆษณาเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ที่มีตราสัญลักษณ์ลักษณะคล้ายคลึงกันระหว่างเพศชายและหญิงมีจำนวน 1 ภาพ เป็นภาพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทสุราผลิตในประเทศ ลักษณะเป็นภาพโฆษณาแสดงชื่อ เครื่องหมายการค้าและข้อความจากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสื่อโฆษณาตราสัญลักษณ์มีผลต่อแรงจูงใจในการเลือกซื้อและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kotler P<sup>(17)</sup> ที่กล่าวไว้ว่า กระบวนการเกิดพฤติกรรมของผู้บริโภคเกิดจากสิ่งกระตุ้น โดยการส่งเสริมการตลาดถือเป็นสิ่งกระตุ้นอย่างหนึ่ง และสอดคล้องกับงานวิจัยของชนัญษาชนะภัย<sup>(18)</sup> ที่กล่าวว่าการเปิดรับชมภาพยนตร์โฆษณาเชิงสร้างสรรค์สังคม ของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากคำสัมภาษณ์ พบว่า “รู้จักโฆษณาเบียร์เพราะโลโก้ครับ แล้วเรื่องราวก็เป็นดนตรี กีฬา หรือสาว ๆ และรับทราบเพราะโลโก้ ก็รู้นี่เป็นอะไร” เนื่องจากการรับรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญของบุคคล การที่บุคคลมีความต้องการจะมีพลังกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม จึงทำให้มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของบุญณิศา วิเศษสินธุ์<sup>(19)</sup> ที่กล่าวไว้ว่า วัยรุ่นรับรู้และให้ความหมายเชิงสัญลักษณ์ในภาพยนตร์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 ส่วน ได้แก่ (1) ด้านการรับรู้และการตีความสัญลักษณ์ในภาพยนตร์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (2) ด้านการเชื่อมโยงความสัมพันธ์จากการรับรู้และการตีความสัญลักษณ์สู่การให้ความหมายของผลิตภัณฑ์และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (3) ด้านการเชื่อมโยงสัญลักษณ์ในโฆษณาสู่พฤติกรรมการดื่มของวัยรุ่นในสังคม โดยที่ตราสินค้าที่จำได้ คู่กันเคยจะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วัยรุ่นรับรู้สัญลักษณ์ในสื่อโฆษณาจากการตีความรหัสคำ เช่น Say Hi (ไฮ) หรือภาษาไทย 100 กับ 100 (ตราสินค้า) คือ ชนิดเดียวกัน รับรู้ผ่านภาพ เช่น ภาพเสือ ภาพช้าง ภาพดาวแดง หรือรับรู้จากสี เช่น สีเขียว หมายถึง เบียร์ สีฟ้า หมายถึง น้ำดื่ม เป็นต้น

ปัจจุบันการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการเปลี่ยนแปลงไปเพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมาย โดยเป็นการใช้

ตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะเหมือนหรือคล้ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้ในการโฆษณา หรือที่เรียกว่าการใช้แบรนด์ดีเอ็นเอ (Brand DNA) บุญอยู่ ขอพรประเสริฐ<sup>(20)</sup> ได้กล่าวไว้ว่าการดัดแปลงสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปใช้กับผลิตภัณฑ์อื่น เช่น น้ำแร่ น้ำโซดา แต่ประชาชนทั่วไปโดยส่วนใหญ่ก็ยังรับรู้หรือเข้าใจว่าเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ดี และการกระทำของผู้ใช้แบรนด์ DNA ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปทำการโฆษณาสินค้าอื่นที่อ้างว่ามีใช้สินค้าประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ตาม ย่อมชี้ให้เห็นถึงการแฝงเจตนาว่าต้องการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสำคัญ เพื่อเป็นการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมายควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### สรุป

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าประชาชนมีการรับรู้และการระลึกได้ต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านตราสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยที่สามารถเข้าใจได้ว่าตราสัญลักษณ์ที่ใช้แม้จะไม่ใช้ตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ยังสามารถเชื่อมโยงให้เข้าใจได้ว่าเป็นสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แสดงให้เห็นถึงประเด็นช่องว่างทางกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่สามารถควบคุมการโฆษณา อันนำไปสู่การควบคุมแรงจูงใจและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ และความแตกต่างระหว่างเพศมีผลต่อการรับรู้และจดจำตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางประเภทที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรนำผลการวิจัยนี้มาประกอบการปฏิบัติงาน ทั้งการชี้แจงข้อกฎหมาย การจัดทำคำกล่าวโทษไปยังเจ้าหน้าที่ตำรวจ
2. กรมควบคุมโรค ในฐานะผู้ดูแลกฎหมาย ควรมีการอบรม ชี้แจงทำความเข้าใจในประเด็น มาตรา 32 ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามเจตนารมณ์ของ



กฎหมาย รวมถึงพิจารณาปรับปรุง แก้ไขกฎหมายให้รอบคอบ รัดกุม เพื่อลดการใช้ดุลยพินิจของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

### กิตติกรรมประกาศ

รายงานฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จากการสนับสนุนของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค ที่ช่วยในการดำเนินงานประสานงานด้านข้อมูล ขอขอบคุณ ผ.ศ.ดร.บุญอยู่ ขอพรประเสริฐ คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ จนกระทั่งได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณคณะอาจารย์และเจ้าหน้าที่จากมหาวิทยาลัยสวนดุสิตที่เสียสละเวลาตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจนมีความถูกต้องและช่วยลงพื้นที่เก็บข้อมูล จนได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วนและสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2561.
2. วรณา ยงพิศาลภพ. แนวโน้มธุรกิจอุตสาหกรรมปี 2562-2564: อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 8 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.krungsri.com/th/research/industry/industry-outlook/Food-Beverage/Beverage/IO>
3. ัญลักษณ์ นามจักร, ปิยธิดา ปลอดภัย. เงื่อนไขและข้อกำหนดทางกฎหมายในการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อโทรทัศน์. วารสารนักบริหาร 2559;36(2):111-22.
4. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125 ตอนที่ 33 ก (ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2551).
5. จักรกฤษ ณ นคร. มาตรการในการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- พทุศักราช 2551. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ-พระนคร 2560;7(2):39-48.
6. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. รายงานประจำปี สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 8 ก.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://drive.google.com/file/d/1YNEippUBYsyORXmo-WPpNf8r9hwfk6y-/view>
7. ปัทมา นวประภากุล, ศาสตรา แก้วแพง. มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [สืบค้นเมื่อ 8 ก.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: [http://www2.huso.tsu.ac.th/ncom/csd/csdful\\_pdf/c257.pdf](http://www2.huso.tsu.ac.th/ncom/csd/csdful_pdf/c257.pdf)
8. ระบบสถิติทางทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: [http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat\\_8%A9%E0%B8%93%E0%B8%B2](http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_8%A9%E0%B8%93%E0%B8%B2).
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sampling size for research activities. Education and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
10. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. รายงานการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ประจำปี 2561. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์; 2561.
11. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. Psychometrika 1951;16:297-334.
12. ทักษพล ธรรมรังสี. ทำไมคนไทยถึงขี้เมา. วารสารวิชาการ-สาธารณสุข 2549;15(3):335-46.
13. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาบทบาทการดำเนินการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2540 - 2550 และบทบาทของ สสส. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กราฟิโกซิสเต็มส์; 2550.
14. ศรีรัช ลอยสมุทร. เปิดหน้ากาการตลาดน้ำเมา. กรุงเทพมหานคร. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค; 2554.
15. ศุภกิติ์ ใจแข็ง. การเปิดรับสื่อ พฤติกรรมการดื่ม และความคิดเห็นต่อกิจกรรมการสื่อสารการตลาดของผู้ดื่มที่มีต่อธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://ethesisarchive.library>

- tu.ac.th/thesis/2017/TU\_2017\_5907011265\_8499\_8333.pdf
16. ข่าวธุรกิจการตลาด ผู้จัดการออนไลน์. ไทยเบฟโหมอาเซียน +6 ตลาดครึ่งโลก จัดทัพขยายธุรกิจ อัดงบ 7 พันล้านต่อปี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://mgronline.com/business/detail/9620000095551>
17. Kohler P. Marketing management. 14<sup>th</sup> ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson; 2012.
18. ชนนินสา ชนะภัย. การเปิดรับการเรียนรู้และพฤติกรรมของวัยรุ่นที่มีต่อภาพยนตร์โฆษณาสร้างสรรค์สังคมของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสื่อสารมวลชน)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556. 90 หน้า.
19. ปุญญิศวิเศษสินธุ์. การรับรู้และให้ความหมายเชิงสัญลักษณ์ในภาพยนตร์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางโทรทัศน์ของวัยรุ่นในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2554;1(1):111-30.
20. บุญอยู่ ขอพรประเสริฐ. รายงานผลการวิจัย การรับรู้ของประชาชนต่อการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านแบรนด์ DNA และสัญลักษณ์ที่มีความคล้ายคลึงกัน. กรุงเทพมหานคร: ศรีเทพฟลูกู; 2562.

**Abstract: Awareness and Recall of Alcohol Advertising through Similar Brands to Alcoholic Beverages**

Sirikul Vongsirisopak, M.Sc. (Biological Environment)

Office of Alcohol Control Committee, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand  
*Journal of Health Science 2022;31(2):245-54.*

Statistical survey of the National Statistical Office in 2017 found that 28.4% of Thai people aged between 15 years and over consumed alcohol: 47.5% among male and 10.6% among female, which indicates that the alcoholic beverage business has a huge market value and becomes a very competitive trade. Although the Alcohol Control Act B.E. 2551 (2008) is a control tool, there are modifications of the advertisement to promote alcohol sale without being punished by the law. The objectives of this research was to assess the differences between male and female perception and motivation to buy alcoholic beverages based on the advertisements using the logos or symbols similar to those of alcohol products. The samples were 3,267 persons aged 15-60 years living in different regions of Thailand. Data were collected by using questionnaires, and were analyzed by the use of frequency, percentage, mean, and Chi-square. It was found that 50.2% of the participants were females, with an average age of 34 years, and 78.1% of them had seen alcohol advertisement on television. It was observed that the samples were able to aware and recall the brands of alcoholic beverages, even though the advertisements were for non-alcohol products; and there was difference perception between sex in some advertisements. Therefore, there is a need to revise the law on alcohol to control the advertisements that mimic alcohol products in order to reduce people's perception and motivation to purchase alcohol, especially among women, children, and the youth.

**Keywords:** awareness; recall; alcohol advertising; alcoholic beverages

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การพัฒนาศักยภาพทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ ในพื้นที่นำร่องตำบลนาง อำเภอยะยง จังหวัดตรัง

สมลรัตน์ ชูสกุล พย.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

วันรับ:	24 ม.ค. 2563
วันแก้ไข:	24 มิ.ย. 2564
วันตอบรับ:	4 ก.ค. 2564

**บทคัดย่อ** การพัฒนาทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ระดับชุมชนและเพิ่มสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ในชุมชน ทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่คัดเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุขของพื้นที่และมีจิตอาสาปฏิบัติงานช่วยเลิกสูบบุหรี่ ทีมจิตอาสาที่ได้รับการคัดเลือกได้รับการพัฒนาศักยภาพ อบรมความรู้และฝึกทักษะการช่วยเลิกสูบบุหรี่ จากหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพทีมจิตอาสา ให้ทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ จัดทำโครงการให้ความรู้ผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในพื้นที่นำร่องตำบลนาง โดยเริ่มจากการค้นหาผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่จำนวน 100 คน ทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่สามารถสร้างสื่อรณรงค์ และสร้างนวัตกรรมเพื่อใช้เป็นสื่อในการรณรงค์กิจกรรมเลิกสูบบุหรี่สำหรับชุมชน และติดตามรณรงค์ ผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ ในปี 2561 พบว่าผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ คิดเป็นร้อยละ 75.0 เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ในชุมชนพื้นที่ตำบลนาง ปี 2559 และ 2560 พบร้อยละ 40.0 และ 33.3 ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** ทีมจิตอาสา, การเลิกสูบบุหรี่, พื้นที่นำร่อง

## บทนำ

บุหรี่ยังคงเป็นภัยคุกคามสุขภาพ ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ยังกว่า 8 ล้านคนต่อปี<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทย จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งล่าสุดใน พ.ศ.2558 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 54.8 ล้านคน สูบบุหรี่ร้อยละ 19.9 หรือประมาณ 10.9 ล้านคน<sup>(2)</sup> ความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ เป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้ด้วยการไม่สูบบุหรี่ ประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จึงได้ร่วมแสดงเจตนารมณ์ด้วยการร่วมกันตั้งเป้าหมายลดการบริโภคยาสูบ เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนใน พ.ศ.2573 โดยสมัชชาองค์การอนามัยโลกกำหนดให้ทุกประเทศลดอัตราสูบ

บุหรี่ยังร้อยละ 30.0 ให้ได้ภายใน พ.ศ.2568 เพื่อลดการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<sup>(3)</sup> ประเทศไทยต้องลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ให้เหลือ 9 ล้านคนใน พ.ศ.2568 หรือลดผู้สูบบุหรี่ลงให้ได้โดยเฉลี่ย 1.3 แสนคนต่อปี แนวทางการลดจำนวนคนสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ นอกเหนือจากการใช้มาตรการทางภาษีและกฎหมาย คือ การสร้างความร่วมมือกับบุคลากรสาธารณสุขเข้ามาร่วมทำงาน ทำให้เห็นความสำคัญในการทำให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่ พร้อมเชื่อมโยงบูรณาการทำงานเข้ากับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการนำองค์ความรู้ต่างๆ มาประยุกต์ใช้ อาทิ การนัดตรวจจุดสะท้อนเท้าช่วยเลิกสูบบุหรี่ สมุนไพร รวมถึงสื่อและอุปกรณ์ต่างๆ ที่โดดเด่นในโครงการ คือ การ

ใช้เครื่องเป่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดที่ทำให้ชุมชนเกิดการตื่นตัวและเข้าร่วมโครงการมากขึ้น<sup>(2)</sup>

มณฑล เก่งการพานิช รายงานผลการดำเนินงานโครงการยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่นาร่อง 40 ตำบลโดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวาในการสร้างการเปลี่ยนแปลง ด้วยการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและแกนนำ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ ปรับระบบบริการที่เป็นทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และการช่วยบุคคลให้ลด ละ เลิกบุหรี่ ซึ่งผลการขับเคลื่อนด้วยมาตรการดังกล่าว ทำให้ผู้สูบบุหรี่ลดละเลิกได้ราวร้อยละ 50.0<sup>(4)</sup> และจากความสำเร็จดังกล่าว ได้ขยายแนวคิดการควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐานไปในระดับจังหวัด ดังตัวอย่าง “โคราชโมเดล” ที่จังหวัดนครราชสีมาใน 40 พื้นที่<sup>(5)</sup> พบว่ามีผู้เลิกสำเร็จ 1,939 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ลดละเลิกได้ 6,054 คน โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกับชุมชนเป็นผู้คัดกรองผู้สูบบุหรี่ และจัดกระบวนการเลิกสูบบุหรี่ให้นักสูบบุหรี่ในชุมชนของตนเอง ชุมชนสร้างมาตรการขึ้นควบคุมกันเอง กลยุทธ์สำคัญคือการจัดคลินิกเคลื่อนที่เข้าไปตรวจสุขภาพ ใช้เครื่องเป่าปอดกระตุ้นให้เห็นผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบ จากนั้นให้ผู้สูบบุหรี่มารวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมเลิกสูบบุหรี่ปรับพฤติกรรมในระดับบุคคล โดยให้กิจกรรมในแต่ละชุมชนหลากหลายเป็นไปตามรูปแบบชุมชนเอง กิจกรรมเชิงรุกที่ทำในระดับชุมชนเป็นรูปแบบที่เข้าถึงตัวบุคคล และในปี 2559 นี้พบว่าในแต่ละพื้นที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 50 จาก 143 ชุมชน ซึ่งหลังจากทำโครงการแล้ว จะเกิดความยั่งยืนในชุมชนด้วยเพราะเป็นการสร้างเสริมศักยภาพให้ชุมชนเรียนรู้และทำงานเอง รวมทั้งบูรณาการในกิจกรรมที่ทำอยู่ เช่น ในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<sup>(5)</sup>

จากการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560 พบว่าประชาชนในจังหวัดตรัง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ ร้อยละ 24.2 สูงกว่าระดับประเทศประมาณ ร้อยละ 5.0<sup>(6)</sup> ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายจะ

ลดความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยตั้งเป้าหมาย ลดลงร้อยละ 18, 17.5 และ 17.0 ในปี 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ<sup>(7)</sup> และสนับสนุนการบำบัดเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ ส่งเสริม สนับสนุนและร่วมกับหน่วยงานระดับจังหวัด ในการดำเนินงานเฝ้าระวังการสูบบุหรี่หน้าใหม่ โดยเฉพาะเยาวชนในพื้นที่ทั้งโรงเรียน สถานศึกษาและชุมชน ควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด<sup>(7)</sup> และจากฐานข้อมูล HDC ของจังหวัดตรัง ยังพบว่าความชุกของผู้สูบบุหรี่ อายุ 15 ปีขึ้นไปของอำเภอห้วยยอด ปี 2560, 2561 จำนวน 2,661 และ 5,194 ราย ร้อยละ 5.3 และ 10.5 ตามลำดับ<sup>(8)</sup> ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดตรัง ที่ร้อยละ 10.1 และพบสถานการณ์โรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ จำนวนครั้งของอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในระดับอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2560 และ 2561 ที่สัดส่วน 1,495.44 และ 1,901.73 ครั้งต่อแสนประชากร ตามลำดับ<sup>(8)</sup> ซึ่งจะเห็นว่าเป็นปัญหาในระดับรุนแรง และปัจจัยที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าว คือ การสูบบุหรี่<sup>(9)</sup>

จากสถานการณ์ความรุนแรงและเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ จากนโยบายในระดับจังหวัดตรัง การรณรงค์ให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้ ปัญหาการดำเนินการเลิกสูบบุหรี่ของอำเภอห้วยยอด ยังพบปัญหาการขาดบุคลากรในระดับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรณรงค์ให้การเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ดังนั้น การให้ตัวแทนของชุมชนมีบทบาทในการดูแลบุคคลในชุมชนในลักษณะของทีมจิตอาสาเลิกสูบบุหรี่ ทำให้ชุมชนมี เครื่องมือในการทำกิจกรรมเลิกสูบบุหรี่และการปรับพฤติกรรมในระดับบุคคล ตัวแทนของชุมชนมีความใกล้ชิดกับชุมชนทำให้สามารถเฝ้าระวังติดตาม และให้คำแนะนำผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยแก้ไขปัญหาลดการเลิกสูบบุหรี่ จึงได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ

มีส่วนร่วมเพื่อสร้างทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพิ่มสัดส่วนผู้สมัครใจพร้อมผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาง อำเภอยะยง จันทบุรี

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีความรู้และทักษะการดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพทีมจิตอาสา และสามารถเพิ่มสัดส่วนผู้สมัครใจพร้อมผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาง

### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ลด ละ เลิก บุหรี่ ในชุมชนจำนวน 100 คน โดยมีทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นผู้ดำเนินการ ตั้งแต่ปี 2559-2560 การพัฒนาความรู้ทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ ช่วย ลด ละ เลิก บุหรี่ มี 6 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและปัญหาการสูบบุหรี่ร่วมกับครอบครัวผู้สูงอายุ และตัวของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาศักยภาพ ทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ ช่วย ลด ละ เลิก บุหรี่ ที่รับผิดชอบโครงการและประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วันพร้อมกำหนดกิจกรรมและวางแผนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 นำแผนที่กำหนดลงสู่การปฏิบัติ ด้านการบำบัดผู้สูงอายุและการป้องกัน

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผลการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 5 สะท้อนการปฏิบัติโดยกลุ่มแกนนำชุมชนเรียนรู้ร่วมกันและวิเคราะห์กิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข

ขั้นตอนที่ 6 นำแนวทางใหม่ที่ได้นำไปปฏิบัติตามสถานการณ์จริงเพื่อการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีความรู้และมีศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมการณรงค์เลิกบุหรี่ โดยคัดเลือกทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การคัดเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุขของพื้นที่เป้าหมาย

จำนวน 3 คน มีคุณสมบัติเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่และมีจิตอาสาปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้สูงอายุของพื้นที่ตำบลนาง จากนั้นดำเนินการพัฒนาศักยภาพทีมจิตอาสา โดย

1. อบรมทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพและเทคนิคการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายวิชาชีพแพทย์เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 1 วัน และคณะทำงานควบคุมยาสูบ โรงพยาบาลช่วยยง จำนวน 1 วัน

2. สนับสนุนทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในการจัดทำโครงการฯ ในพื้นที่ตำบลนาง ดังนี้

2.1 ทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ สามารถคัดเลือกจากผู้สมัครใจผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาง จำนวน 100 คน เพื่อจัดทำโครงการของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาง

2.2 ทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ สามารถให้ความรู้กับผู้สมัครใจผู้สูงอายุ สร้างความตระหนักถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่

2.3 ทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ สามารถจัดกิจกรรมกลุ่มสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สมัครใจผู้สูงอายุ โดยวิทยากรต้นแบบที่สูบบุหรี่จนกระทั่งป่วยเป็นมะเร็ง-กล่องเสียง

2.4 ทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ ร่วมกับครอบครัวให้กำลังใจแก่ผู้สมัครใจผู้สูงอายุในการเลิกสูบบุหรี่ให้ได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง

2.5 ทีมจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สมัครใจผู้สูงอายุในพื้นที่และให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในการเลิกสูบบุหรี่ รวม 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 จากการสมัครใจเลิกบุหรี่

ครั้งที่ 2 นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 นัดติดตามอาการ 1 เดือน

ครั้งที่ 4 นัดติดตามอาการ 3 เดือน

ครั้งที่ 5 นัดติดตามอาการ 6 เดือน

ครั้งที่ 6 นัดติดตามอาการ 1 ปี

3. เจ้าหน้าที่คลินิกเลิกสูบบุหรี่ เสริมพลังทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ โดยให้ความสำคัญกับทีมจิตอาสา สร้างระบบการทำงานเป็นทีม การเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาองค์ความรู้และการถอดบทเรียน

#### การเลือกตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ สอบถามความสมัครใจของกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่และบันทึกแบบฟอร์มตามแบบสำรวจของโครงการเครือข่าย อสม.ฟ้าใส เครื่องมือและทีมจิตอาสาช่วยเลิกบุหรี่

1. ทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านการอบรมและมีศักยภาพในการดำเนินกิจกรรม จำนวน 3 คน เป็น อสม.จิตอาสาจาก รพ.สต.บ้านหนองหม้อ

2. แบบฟอร์มในการค้นหาและติดตามผู้เลิกสูบบุหรี่ตามแบบสำรวจของโครงการเครือข่าย อสม. ฟ้าใส ซึ่งได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ แพทย์สมาคมในพระบรมราชูปถัมภ์<sup>(10,11)</sup>

#### การเก็บข้อมูล

รวบรวมกิจกรรมการดำเนินงานของทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ และเก็บข้อมูลการหยุดสูบบุหรี่ ของกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่โดยสมัครใจ ตั้งแต่วันแรกของการบันทึกแบบฟอร์ม จนครบ 1 ปี

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง จนครบ 1 ปี เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการของทีมจิตอาสาช่วยเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติร้อยละ

ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561

## ผลการศึกษา

1. ผลจากการพัฒนาศักยภาพทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ตำบลนาง

1.1 ทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่มีการจัดทำโครงการรณรงค์ ถ่ายทอดความรู้ให้ผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ ในพื้นที่ตำบลนาง จำนวน 1 ครั้ง จากการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการของทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่จำนวน 100 คน

1.2 ทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่สามารถสร้างสื่อการรณรงค์ / ให้ความรู้ : การสร้าง นวัตกรรมสื่อป้ายวงกลม จำนวน 4 ชิ้นงาน และตัวแบบชุดทดลองปอด จำนวน 1 ผลงาน

1.3 ทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่สามารถสร้างสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ สื่อแผ่นพับ โปสเตอร์ สติกเกอร์ต่างๆ ได้จากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

#### 2. ผลการเลิกบุหรี่โดยสมัครใจ

จากผลการดำเนินงาน พบมีผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่จำนวน 5 ครั้ง (1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี) จนครบ 1 ปี ถึง 75 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 สูงกว่าปี 2559 และ 2560 ที่ร้อยละ 33.3 และ 40.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

#### 3. ผลการดำเนินการในด้านต่างๆ

ก. ด้านแกนนำ อสม.จิตอาสาในชุมชนที่ได้รับคัดเลือก เป็นผู้ร่วมดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาของการสูบบุหรี่ในชุมชนจำนวน 3 คน

ข. ด้านผู้สูบบุหรี่พบว่า มีผู้สมัครใจเข้าร่วมบำบัดจำนวน 100 คน หลังเสร็จสิ้นโครงการ มีผู้เลิกสูบบุหรี่จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0

ค. ด้านชุมชนพบว่า มีการกำหนดและประกาศใช้นโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชน โดยประกาศพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ได้แก่ งานศพ/งานบุญ/งานแต่งงาน ปลอดบุหรี่และครอบครัวถึงสถานที่ส่วนบุคคล ได้แก่ บ้านแกนนำชุมชน และบ้านผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งมีวิทยุชุมชนเข้ามามีบทบาทในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้โทษพิษภัยบุหรี่และประกาศพื้นที่ตำบลนางเป็นเขตปลอดบุหรี่

**การพัฒนาศักยภาพทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ในพื้นที่นำร่องตำบลนาหวาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง**

**ตารางที่ 1** จำนวนผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่และร้อยละผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ (ครบ 1 ปี) ก่อนและหลังการมีทีมจิตอาสา พื้นที่ตำบลนาหวาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ปี	สถานะทีมจิตอาสา	จำนวนผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่	ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ*	
			จำนวน	ร้อยละ
ปี 2559	ก่อนจัดตั้งทีมจิตอาสา	50	20	40.0
ปี 2560	ระหว่างเตรียมทีมจิตอาสา	75	25	33.3
ปี 2561	หลังการมีทีมจิตอาสา	100	75	75.0

หมายเหตุ \* การเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ หมายถึง ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่อง 1 ปี และการคิดร้อยละการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ คำนวณจากจำนวนที่สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ทั้งหมดต่อจำนวนที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ต่อเนื่องในระยะเวลา 1 ปี x 100

**วิจารณ์**

จากผลการเปลี่ยนแปลงด้านศักยภาพของทีมนจิตอาสาช่วยเลิกบุหรี จะเห็นว่าทีมนจิตอาสาช่วยเลิกบุหรี มีศักยภาพในการจัดการโดยจัดทำโครงการให้ความรู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี โดยให้ความรู้ในด้านวิชาการ เสริมพัฒนาความรู้จากสื่อแผ่นพับ โปสเตอร์ สติกเกอร์ต่างๆ เช่น สติกเกอร์บ้านปลอดบุหรีจากมูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรีและนวัตกรรมสื่อการสอนเรื่องพิษภัยบุหรีและผลดีของการเลิกสูบบุหรี ด้วยชุดทดลองปอด และนวัตกรรมป้ายกลมล้อหมุนเรื่องรู้เท่าทันพิษภัยบุหรีจัดทำสื่อ โดยทีมน อสม. จิตอาสาช่วยเลิกบุหรี พร้อมลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้ผู้สมัครใจเลิกบุหรี และนัดติดตามผลระยะเวลาที่กำหนด

จากการปรับเปลี่ยนใช้นวัตกรรมป้ายหมุนวงกลมเป็นสื่อในการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้พร้อมติดตามผลการเลิกสูบบุหรีเป็นระยะเวลาที่กำหนด ทำให้ผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรีได้เข้าใจในเนื้อหาความรู้พิษภัยบุหรีและเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่กันและกัน ทั้ง อสม. จิตอาสาช่วยเลิกบุหรีและผู้สมัครใจเลิกบุหรี จากการติดตามผลในชุมชน ทำให้บุคคลรอบคร้วผู้สมัครใจเลิกบุหรีได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องพิษภัยบุหรีที่มีเนื้อหาหลากหลายและบุคคลในครอบครัวเป็นกำลังใจสำคัญที่ช่วยให้ผู้สมัครใจเลิกบุหรีมีเป้าหมาย มีความหวัง กำลังใจอย่างดีเยี่ยม การพูดคุย น้ำเสียง สำคัญเช่นกัน ทำให้จำนวน

ผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรีเพิ่มมากขึ้น

ครบระยะ 1 ปี ร่วมจัดกิจกรรมถอดบทเรียนขึ้นในโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีสมรรถนะในการช่วยคนให้เลิกสูบบุหรี เพื่อทบทวนการดำเนินโครงการฯ ประเมินผลและพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่และถอดบทเรียน ทั้งนี้ได้รับความอนุเคราะห์สถานที่ศาลาเอนกประสงค์หมู่บ้าน เพื่อจัดประชุมจัดกิจกรรม

ผลจากการดำเนินงานในกระบวนการกลุ่มถอดบทเรียน พบว่า อสม. ในพื้นที่ได้สะท้อนการดำเนินงานในเรื่องของการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี ประเด็นในเรื่องของการประชาสัมพันธ์ป้ายบ้านนี้ปลอดบุหรี ที่ช่วยให้คนในชุมชนรับรู้และมีส่วนร่วม มีผลให้คนที่มาเยือนปฏิบัติตามอุปสรรคปัญหาจากทัศนคติของผู้สูบบุหรีที่ยังสูบบุหรีไม่ให้ความร่วมมือ อาจจะมีคำพูดที่กระทบจิตใจ อสม. ทำให้การแนะนำจาก อสม. ค่อนข้างยาก จึงต้องให้พยาบาลคลินิกเลิกบุหรี และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เข้าไปช่วยพูดแนะนำ และการถอดบทเรียนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน แกนนำ อสม. และบุคคลต้นแบบเลิกสูบบุหรีได้ ถึงการเป็นพื้นที่ต้นแบบและพัฒนาขยายเครือข่ายพื้นที่การดำเนินงานโดยมีแนวคิดการพัฒนาในเรื่องการเป็นชุมชนที่เลี้ยงให้กับชุมชนอื่นที่สนใจ โดยผ่านการประสานงานระหว่างผู้นำชุมชนด้วยกัน พร้อมทั้งต้องการให้เกิดโซนพื้นที่สุขภาพดี เช่น หมู่บ้านสุขภาพดี: ปลอดเหล้า ปลอดบุหรี ในชุมชน

ตามแบบสำรวจโครงการเครือข่าย อสม.ฟ้าใส และติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ในพื้นที่และให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 5 ครั้ง (1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี) จนครบ 1 ปี ถึง 75 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 สูงกว่าปี 2559 และ 2560 ที่ร้อยละ 33.3 และ 40.0 ตามลำดับ เนื่องจาก การมีทีมจิตอาสาในชุมชน ทำให้ทราบข้อมูลส่วนบุคคล จากความใกล้ชิดสนิทสนม การพูดคุย และความต่อเนื่อง ทำให้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ในชุมชน ได้รับแรงในการสนับสนุนและการแก้ไขปัญหาระหว่างการเลิกสูบบุหรี่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการทดลองโครงการควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า ในแต่ละพื้นที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 50.0 จาก 143 ชุมชนทั่วประเทศ ซึ่งหลังจากทำโครงการแล้วจะเกิดความยั่งยืนในชุมชนด้วยเพราะเป็นการสร้างเสริมศักยภาพให้ชุมชนเรียนรู้และทำงานเอง<sup>(5)</sup> และการศึกษาของสมภาพ แสงจันทร์ และคณะ ในการศึกษาหมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่โดยชุมชนมีส่วนร่วมที่บ้านหนองย่างชั้น หมู่ 7 ตำบลหนองย่างชั้น อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม พบว่ามีผู้สมัครใจเข้าร่วมบำบัดจำนวน 15 คน หลังเสร็จสิ้นโครงการ มีผู้เลิกสูบบุหรี่จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33<sup>(12)</sup> นอกจากนี้ จากการแบ่งภาระงานในการติดตามผู้ที่สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ ทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเลิกสูบบุหรี่ โรงพยาบาล ห้วยยอด สามารถเน้นที่การประเมินผลการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ ยังคงมีผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 25 คน หรือร้อยละ 25.0 ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ การมีทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ จะสามารถติดตาม แก้ไขปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง เวลา มากกว่า 1 ปี รวมถึงการค้นหาคู่คอกที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่รายอื่น ๆ และการมีทีมจิตอาสาช่วยเลิกสูบบุหรี่ ดังกล่าวยังสามารถขยายผลไปยังพื้นที่ตำบลอื่น ๆ โดยการคัดเลือกจาก อสม.จิตอาสาในพื้นที่นั้น ๆ เป็นการสร้าง

กระบวนการให้ชุมชนเป็นฐานในการให้ชุมชนเรียนรู้และทำงานเอง ในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในพื้นที่

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Tobacco [Internet]. [cited 2017 Sep 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). สถานการณ์ เหล้า บุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaipost.net/main/detail/25505>
3. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. มณฑล เก่งการพานิช, ศรีธัญญา เบญจกุล, ธราดล เก่งการพานิช, กรกนก ลัธธนันท์. บันทึกไว้เป็นบทเรียน: การควบคุมบุหรี่ (มวนเองหรือยาเส้น) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์; 2559.
5. Isranews. โคราซโมเดล ต้นแบบแก้ปัญหาบุหรี่ใช้ชุมชนเป็นฐาน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://www.isranews.org/content-page/item/47327-thumbnaill300559.html>.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2561.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ต.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล:<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABIN-FOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF>
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. ฐานข้อมูล HDC [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: [https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php)



9. พรรณิภา สืบสุข. บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2011;29(2):18-26.
10. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. การดำเนินงานการบริโภคยาสูบในชุมชน. ในการประชุมเครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. วันที่ 30-31 พฤษภาคม 2560, ณ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี, กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่; 2560.
11. เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. คู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน. นครปฐม: สันทวีกิจพริ้นติ้ง; 2561.
12. สมภพ แสงจันทร์. พัฒน์พงศ์ เข็มปัญญา, นิยม บัวชุม, แอนนา บุญบุบผา, อภิชาติ หงษาวงษ์, แมรี่ พลหาญ. หมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่โดยชุมชนมีส่วนร่วมที่บ้านหนองย่างชิ้น หมู่ 7 ตำบลหนองย่างชิ้น อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://mgronline.com/qol/detail/9560000156844>

**Abstract: Capacity Building of Volunteer Team to Support Smoking Cessation in Navigation Area, Na Wong Sub-district, Huai Yot District, Trang Province, Thailand**

Sumonrat Choosakul, B.Se. (Nursing and Midwifery)

Huai Yot Hospital, Trang Province, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(2):255-61.

The objective of this study was to develop capacity of a volunteer team assist help smoking cessation program in Huai Yot Hospital, Trang Province, in order to achieve high proportion of smoking cessation in the community. The volunteer team was selected from the village health volunteers in the area and had intention to help smokers quit smoking. The volunteers were strengthen on their capacity through knowledge and skills training on smoking cessation. The project was started in Na Wong Subdistrict, Huai Yot District, Trang Province, beginning with recruitment of people who volunteered to quit smoking. The volunteer team began to develop a media campaign, and create innovations to use as a medium for campaigning smoking cessation activities in the community; and follow-up with the smokers on their smoking behaviours. It was found that among 100 smokers participated in the program in the year 2018, 70% of them were able to quit smoking. The outcome was higher than that of the years 2016 and 2017 of which the cessation rate was 40.0% and 33.3%, respectively.

**Keywords:**volunteer team, smoking cessation, pilot program

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสาน ตำบลโพนทราย อำเภอมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

กุนทีนี้ กุสโร พย.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดโง้ง จังหวัดมุกดาหาร

วันรับ: 2 เม.ย. 2563

วันแก้ไข: 23 พ.ย. 2564

วันที่ตอบรับ: 3 ธ.ค. 2564

**บทคัดย่อ** การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสานให้การบริการด้านการฝากครรภ์มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน เป็นการวิจัยแบบปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ในปี 2559 ผู้สูงอายุ พระภิกษุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 60 คน ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานนวัตกรรม ได้แก่ (1) กระบวนการดำเนินนวัตกรรมเดือนช่วง (เทคโนโลยี) แก้ไขปัญหาด้านการรับบริการตามเกณฑ์คุณภาพ ระบบการให้บริการด้านการแจ้งเตือนการมารับบริการโดยระบบ SMS การแจ้งเตือนโดยการส่งข้อความทางโทรศัพท์ การแจ้งข่าวเป็นระยะๆ เพื่อส่งผลกระทบต่อคุณค่าด้านความรู้สึกที่เป็นห่วงเป็นใย (2) กระบวนการดำเนินนวัตกรรมห่วงครก (วิถีพุทธ) แก้ไขปัญหาด้านทัศนคติการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ นำเอาประเพณีการผูกข้อต่อแขนร่วมกับการให้บริการในระบบสุขภาพถือว่าได้พยายามนำเอาทั้งสองอย่างมาผสมผสานกันอย่างกลมกลืน ประโยชน์ที่ได้โดยตรงในการผสมผสานในครั้งนี้ คือ การยอมรับ และโดยธรรมชาติของประเพณีการผูกข้อต่อแขน เมื่อให้พรสิ่งใด ๆ แล้ว จะเกิดความเชื่อถือในสิ่งนั้น ๆ เจ้าหน้าที่จึงสามารถให้สุขศึกษาได้ประสิทธิผล และ (3) กระบวนการดำเนินนวัตกรรมต้นพร้อม (สุดยอดมาตรฐาน) แก้ไขปัญหาด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ขยายกราฟ Vallop Curve และถ่ายภาพหญิงตั้งครรภ์ทุกคนในเซตรับผิดชอบ ให้สุขศึกษาร่วมกับการอธิบายกราฟ

**คำสำคัญ:** อนามัยแม่และเด็ก; มีส่วนร่วม; กระบวนการทางวัฒนธรรม

## บทนำ

การดูแลสุขภาพของคนในสังคมไทยอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย ซึ่งเป็นวิธีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่เรียกว่า วัฒนธรรมสุขภาพ (health culture) ภูมิปัญญาไทยด้านสุขภาพมีบทบาทอย่างมากในการดูแล

สุขภาพที่มีการปฏิบัติสืบต่อกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ และเกิดการผสมผสานวัฒนธรรมในปัจจุบันจนกลายเป็นวิถีชีวิตของคนในชุมชน โดยสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นสถาบันที่มีความผูกพันแนบแน่น และใกล้ชิด ต้องใช้ชีวิตร่วมกันตั้งแต่เกิดจนตายจาก

กัน เป็นแหล่งให้การอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน สร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้แก่สังคม<sup>(1)</sup> และสืบทอดและอนุรักษ์วัฒนธรรมจากรุ่นสู่รุ่นต่อไปอีกด้วย และถ้าเกิดปัญหาหรืออุปสรรค ครอบครัวจะเป็นแหล่งช่วยเหลือ ทำให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรค จะเห็นว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญยิ่ง ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์<sup>(2)</sup>

ระยะตั้งครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นที่มีความสำคัญสำหรับการให้กำเนิดทารกให้มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา แม้ว่าการตั้งครรภ์ของสตรีจะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ก็เป็นภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความไม่สุขสบายและมีความวิตกกังวล ดังนั้น จึงจำเป็นที่หญิงตั้งครรภ์ต้องมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการ ดูแลตนเองและทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งต้องมีการเตรียมกล้ามเนื้อให้แข็งแรง โดยการฝึกการหายใจเพื่อลดความเจ็บปวดขณะคลอด เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการคลอด รวมทั้งเตรียมรับบทบาทการเป็นมารดาที่ดีมีคุณภาพ สามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาภายหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง เมื่อมารดาได้รับการส่งเสริมอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยจะเริ่มตั้งแต่มารดาวางแผนการตั้งครรภ์อย่างค่อยเป็นค่อยไป ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์และหลังคลอด เพื่อก้าวเข้าสู่บทบาทของการเป็น “คุณแม่คุณภาพ”<sup>(3)</sup>

ความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์มีส่วนสำคัญในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ ความเชื่อนั้นอาจเป็นไปได้ทั้งทางที่ถูกหรือผิดจากข้อเท็จจริง ส่วนใหญ่ในสังคมเดียวกันจะมีความเชื่อที่คล้ายกัน จนกลายเป็นวัฒนธรรมของสังคมนั้น สมาชิกของสังคมนั้น จะเรียนรู้วัฒนธรรมตั้งแต่เกิด ซึ่งถ่ายทอดจากบิดา มารดา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่น ๆ ในลักษณะถ่ายทอดขนบธรรมเนียมประเพณีกันมาหลายช่วงอายุคน

ภูมิปัญญาพื้นบ้านถูกลดบทบาทลง การแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้น แต่การดูแลหญิงตั้งครรภ์

ก็มีได้สูญหายไปชุมชน เพียงแต่มิได้มีการเข้าไปศึกษาหรือรวบรวมอย่างจริงจังถึงคำอธิบาย ขั้นตอน ประโยชน์ตามหลักแห่งเหตุผลและปัจจุบัน นโยบายของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้บรรจุให้มีการฟื้นฟูสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ถูกทิศทางและเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมานั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายจะต้องเข้ามามีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นชุมชน ครอบครัว และหญิงตั้งครรภ์เอง การพิจารณานำเอาขนบธรรมเนียมประเพณีปฏิบัติมารวมผสมผสานในกระบวนการเพิ่มความรู้ เจตคติ แก่หญิงตั้งครรภ์<sup>(4)</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา และได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้ดำเนินกิจกรรมร่วมกับการพัฒนาเพื่อหารูปแบบ โดยใช้กระบวนการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งเน้นที่จะพัฒนา “คน” ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดานั่นเอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสาน ให้การบริการด้านการฝากครรภ์มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานให้เกิดความพึงพอใจและพัฒนาสิ่งใหม่ๆ เพื่อกระตุ้นการรับบริการที่ดีและการมีส่วนร่วมของชุมชน

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาองค์ความรู้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ดำเนินการอย่างไร วิธีปฏิบัติตน ภูมิปัญญาพื้นบ้านอย่างไรเป็นเหตุเป็นผล และศึกษารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสาน

### รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการเรียนรู้โดยการปฏิบัติร่วมกัน (action learning) เชิงปริมาณใช้

การสำรวจ ส่วนเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนการมีส่วนร่วม (A-I-C)<sup>(5)</sup> โดยการเลือกแบบแบบเจาะจง

### ประชากรที่ศึกษา

กรณีศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ พระภิกษุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำสุขภาพ-ประจำครอบครัว จำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้มีประสบการณ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ชุมชนเชื่อถือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการดูแลหญิง-ตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดตามกรอบแนวคิดการวิจัย

2. กลุ่มผู้มีประสบการณ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน ใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยความรู้ประสบการณ์ และวิธีปฏิบัติในการดูแลหลังคลอด

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ในปี 2559 ผู้สูงอายุ พระภิกษุ ผู้นำชุมชน อสม และแกนนำสุขภาพ-ประจำครอบครัว จำนวน 60 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง

### กระบวนการและวิธีการดำเนินงาน

ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการลงมือปฏิบัติจริงโดยใช้กระบวนการเรียนรู้โดยการปฏิบัติร่วมกัน (action learning) การศึกษาเชิงปริมาณใช้การสำรวจ ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่มโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนการมีส่วนร่วม (A-I-C)<sup>(5)</sup>

### ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

จำนวน 45 ราย พบว่า อายุระหว่าง 24-36 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ 10,000 บาท ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย คืออยู่ร่วมกับครอบครัวเดิมโดยมีปู่ ย่า หรือ ตายาย คอยช่วยดูแลหลาน ปัจจัยพื้นฐาน เช่น ครอบครัวได้แก่ แม่ สามี หรือบุคคลในครอบครัวที่คอยแนะนำอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นเงื่อนไขในการผลักดันให้หญิงหลังคลอดดูแลตนเองแบบพื้นบ้านหลังคลอด แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เครือญาติที่คอยแนะนำและให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งบริการหรือช่วยเหลือพาไปติดต่อกับผู้ดูแลหญิงหลังคลอดเพื่อไปรับบริการหลังคลอด หญิงหลังคลอดที่มารับบริการส่วนมากจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

จากการสังเกตพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในการฟื้นฟูสุขภาพตนเอง ใฝ่หาความรู้และมีแนวโน้มว่าจะใช้วิถีธรรมชาติในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ ภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง มักมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดและเดินทางไปทำงานกรุงเทพมหานคร เมื่อกลุ่มตัวอย่างจะกลับมาคลอดที่บ้านตนเองหรือบ้านสามี และเคยรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ตั้งครรภ์มาจากท้องถิ่นเดิม รวมทั้งด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีฐานะปานกลางขึ้นไป และค่าใช้จ่ายดังกล่าวไม่แพงเกินไป ทำให้สามารถเสียค่าใช้จ่ายได้ สุดท้ายข้อมูลที่ได้รับทราบเกี่ยวกับประสบการณ์ปัญหาสุขภาพตั้งครรภ์บุตรคนแรก หญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการคลอดแล้วและไม่ได้ฟื้นฟูสุขภาพแบบพื้นบ้าน โดยการอบสมุนไพร ประคบสมุนไพร และทับหม้อเกลือตั้งครรภ์ มีอาการหนาวสั่นง่ายหลังอาบน้ำหรือเวลา มีลมฝนมากกระทบและสุขภาพไม่แข็งแรง ทำให้มีความเชื่อว่าตนเองอาจเกิดอาการเช่นนั้นได้ ประกอบกับหญิงตั้งครรภ์เลือกวิธีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน จากการเชื่อในประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านว่ามีประโยชน์จริงและประเมินแล้วว่าการปฏิบัติจะให้ผลทางบวกและไม่มีผลเสียแต่อย่างใดและการรับรู้ภาวะสุขภาพการคลอดลูกครั้งแรกมีความวิตกกังวล ไม่รู้ว่าตั้งครรภ์แล้วจะเกิดผลกระทบบางอย่างหรือไม่

รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสาน

ปฏิบัติเพื่อเป็นการป้องกันไว้ก่อน และหญิงตั้งครรภ์มีความคาดหวังและความพึงพอใจที่จะให้ร่างกายฟื้นตัวเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังคาดหวังว่าจะช่วยในการปรับปรุงภาพลักษณ์สร้างเชื่อมั่นในบุคลิกภาพ รวมถึงความสวยงามของร่างกายซึ่งจะส่งผลถึงเรื่องการประกอบอาชีพหลังจากการคลอด

จากการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับปฏิบัติการ โดยกระบวนการ AIC และการถอดบทเรียนร่วมกันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การดำเนินงานด้านอนามัยแม่มีความสำคัญมากเป็นอันดับแรก เนื่องจากคุณภาพแม่มีผลต่อคุณภาพด้านสุขภาพของลูก จึงได้มุ่งเน้นดำเนินการแก้ไข ปัญหาที่แม่หรือหญิงตั้งครรภ์ โดยจากการศึกษาสามารถแยกปัญหาที่พบ ได้ดังนี้

1. ปัญหาด้านการรับบริการตามเกณฑ์คุณภาพ

2. ปัญหาด้านทัศนคติการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์
3. ปัญหาด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์

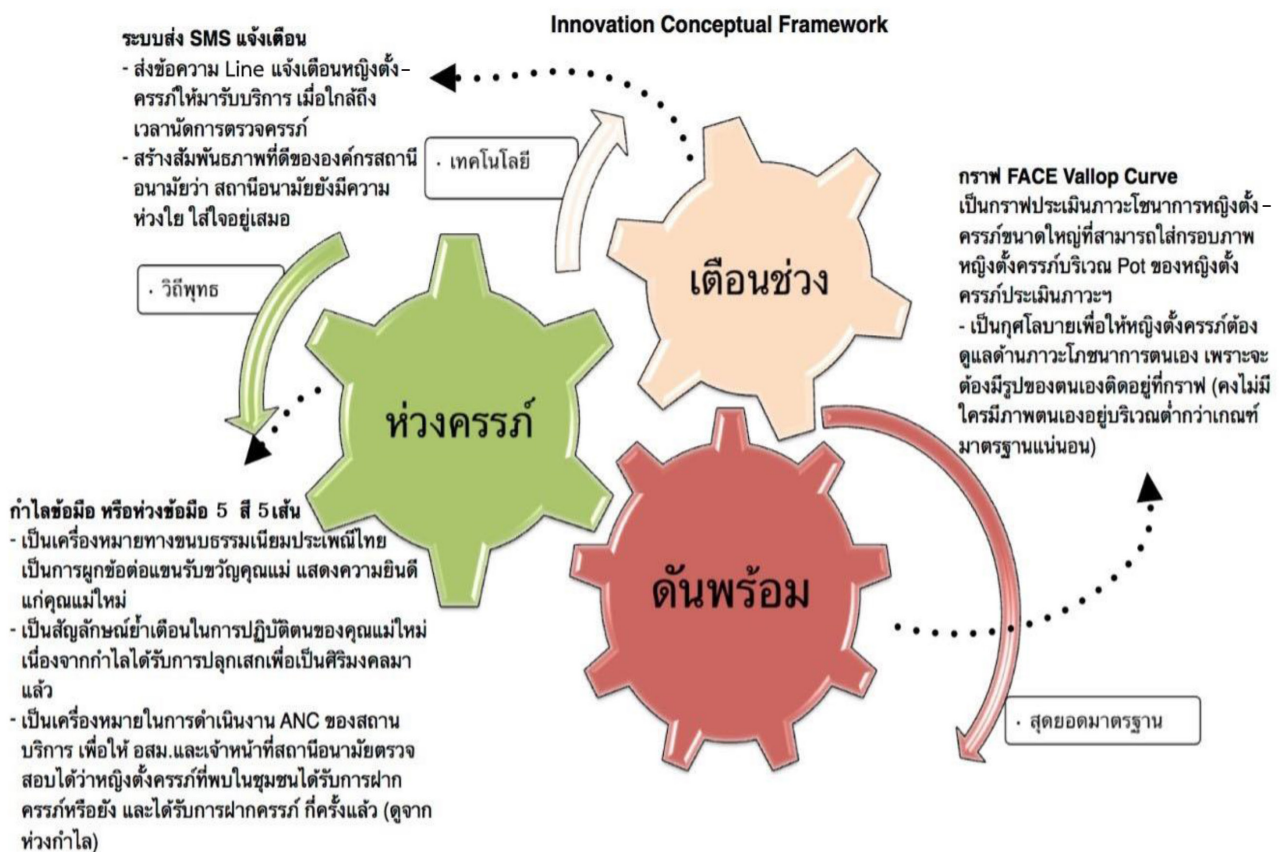
เมื่อร่วมกันหาทางออกโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการศึกษาเรียนรู้ action learning พบว่า

รูปแบบที่เหมาะสม คือการดำเนินงานนวัตกรรม ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสานของตำบลโพนทราย อำเภอมะนังจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีการดำเนินงาน ดังภาพที่ 1

ก. กระบวนการด้านนวัตกรรมเดือนช่วงเดือนช่วง หมายถึง การแจ้งเตือนหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้มารับบริการฝากครรภ์

จากการสำรวจหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทุกรายสามารถติดต่อสื่อสาร ทางโทรศัพท์ได้ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดมีและใช้โทรศัพท์มือถือ (โทรศัพท์ของ

ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วม



หญิงตั้งครรภ์เองหรือเป็นของสามีของหญิงตั้งครรภ์)

จากการศึกษาการให้บริการกิจกรรมการเฝ้าระวังการฝากครรภ์ พบว่า ในการให้บริการฝากครรภ์นั้นผู้รับบริการไม่มารับบริการในเวลาที่กำหนดจึงทำให้ผลการปฏิบัติงานด้านการบริการ 5 ครั้งคุณภาพไม่ครบ 100% การให้บริการในปีงบประมาณ 2552 จึงได้นำระบบการให้บริการด้านการแจ้งเตือนการมารับบริการโดยระบบ SMS โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพหนองทรายได้ศึกษาถึงความพร้อม ความเป็นไปได้ และลักษณะการดำเนินงาน พบว่า วิธีการให้บริการที่เหมาะสมที่สุดในระบบการแจ้งเตือน ดังนี้

ในปี 2552 ใช้ระบบการแจ้งเตือนโดย SMS ทางอินเทอร์เน็ต ส่วนในปี 2558 เป็นต้นมาใช้ระบบไลน์ให้บริการโดยมีกลุ่มไลน์ของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพคำนึงถึงความพร้อม ดังนี้

1.1. ค่าใช้จ่ายที่เป็นธรรม เนื่องจากการให้บริการส่งข้อความจำเป็นต้องมีต้นทุนค่าใช้จ่ายซึ่งตามปกติค่าใช้จ่ายในการส่งข้อความอยู่ที่ประมาณ 1-2 บาท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพหนองทราย จึงเลือกบริษัทที่คิดค่าบริการที่ถูกลง และเป็นธรรม

1.2. อรรถประโยชน์ เนื่องจากการให้บริการไลน์ แจ้งเตือนนั้นเป็นระบบใหม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องคำนึงถึงโปรแกรมหรือระบบที่สามารถช่วยให้เจ้าหน้าที่ทำงานได้อย่างง่ายดาย

1.3. ความมั่นคง และความเชื่อถือได้ในการให้บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพหนองทรายต้องคำนึงถึงบริษัทที่มีความมั่นคง และความเชื่อถือได้ในการให้บริการ เนื่องจากปัจจุบันนี้ระบบอินเทอร์เน็ตและการสื่อสารข้อมูลมีการพัฒนาอย่างมาก บริษัทที่ให้บริการก็มีจำนวนมาก และก็มีหลายบริษัทที่ปิดกิจการลงไปอย่างรวดเร็ว เพราะฉะนั้น การเลือกบริษัทที่มีความมั่นคงเป็นเรื่องสำคัญเช่นเดียวกัน

1.4. ความสะดวกในการจ่ายค่าบริการ เป็นเรื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพหนองทรายคำนึงเช่นเดียวกัน เพราะการจ่ายค่าบริการที่ให้บริการในอินเทอร์เน็ต

เน็ตบางอย่างมีความยากลำบากมาก เช่น ต้องจ่ายโดยบัตรเครดิตเท่านั้น

1.5. สามารถส่งข้อความได้ทุกระบบ เนื่องจากปัจจุบันนี้ผู้ให้บริการโทรศัพท์มีหลายเครือข่าย เช่น AIS, DTAC หรือ True ซึ่งการเลือกบริษัทที่ให้บริการส่งข้อความทางโทรศัพท์นั้นจะต้องรองรับทุกระบบ

จากการสังเกต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจทุกคน โดยกลุ่มตัวอย่างอธิบายว่า กระบวนการการถามไถ่การแจ้งข่าวเป็นระยะๆ เพื่อส่งผลต่อคุณค่าด้านความรู้สึกที่เป็นห่วงเป็นใย ไม่ทอดทิ้ง หญิงตั้งครรภ์รู้สึกมีความอุ่นใจขึ้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้ตามหลักทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์เชิงจิตวิทยาได้นำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน แม้ว่าจะเป็นการแจ้งเตือนเพียงข้อความสั้นๆ หญิงตั้งครรภ์ก็เกิดความรู้สึกที่ดีต่อสถานบริการและการรับบริการเพิ่มขึ้น

#### การดำเนินงาน

สถานบริการสาธารณสุขในตำบลโพหนองทราย ดำเนินการเก็บข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งเบอร์โทรศัพท์และรหัส ID LINE ที่สามารถติดต่อได้ และมีการส่งเตือนให้มารับบริการในแต่ละเดือน และแจ้งเชิญชวนมารับบริการอีกครั้งในกรณีที่ยังไม่มารับบริการในแต่ละครั้ง โดยใช้ภาษาที่สื่อถึงความห่วงใย เอื้ออาทร และหวังดี มีกิจกรรมเสริมดังนี้

1) การจัดทำนามบัตรหมอบ เป็นการเพิ่มกิจกรรมโดยได้จัดทำนามบัตรซึ่งมีหมายเลขโทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ติดต่อได้สะดวก ซึ่งถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมสองทาง (พัฒนาต่อยอดจากนวัตกรรม “เตือนช่วง” ที่ได้มีการเก็บข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อการส่งข้อความ SMS ให้มารับบริการ)

2) บัตรคิวพูดได้ทำได้ เป็นกิจกรรมเสริมโดยได้จัดทำบัตรคิว รวมทั้งมีข้อความที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ กิจกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นจากการศึกษาหาแนวทางในการให้บริการ และมีกิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ควรทำในระหว่างรอรับการตรวจรักษา บัตรคิวพูดได้ทำได้ พัฒนา

จากบัตรคิวที่มีการเพิ่มเติมความรู้ด้านการดูแลครรภ์ รวมทั้งเพิ่มเติมเช็คลิส เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทำเครื่องหมายว่าได้มีการปฏิบัติหรือไม่ การรวมคะแนน และการให้สุขศึกษารายกลุ่มจากคะแนนที่ได้รับ

3) กิจกรรมฟังแม่-ฟังลูก เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่นำเอาอุปกรณ์การฟังเสียงหัวใจเด็กออกให้บริการในชุมชน แทนที่จะให้บริการเพียงแต่ในสถานบริการ รวมทั้งการให้คู่สมรส พ่อ และแม่ร่วมฟังเสียงหัวใจของลูกในครรภ์ โดยถือว่า ลูกที่อยู่ในครรภ์กำลังพูดกับคุณพ่อ คุณแม่ ตายาย ปู่ย่า ซึ่งจะทำให้เกิดความผูกพันตั้งแต่อยู่ในครรภ์ และถือได้ว่าเป็นกุศโลบายที่ได้ประโยชน์เป็นอย่างมาก เพราะเป็นการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเกิดความรู้สึกว่า ต้องมีการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น โดยใช้เสียงเต้นของหัวใจเด็กในครรภ์เสมือนว่ากำลังพูดคุยกับหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว ส่วนฟังแม่ คือกิจกรรมที่ให้หญิงตั้งครรภ์ได้ฟังเพลงคลาสสิก เพื่อให้เด็กเกิดพัฒนาการที่ดี ซึ่งสถานบริการได้ดำเนินการติดตั้งเครื่องเสียงทั่วทั้งสถานบริการ แม้แต่ในห้องน้ำ และดำเนินการเปิดเพลงคลาสสิกในวันที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการทั้งวัน

#### ข. กระบวนการด้านนวัตกรรมห่วงครรภ์

ห่วงครรภ์ หมายถึง การทำสัญลักษณ์หรือเครื่องหมาย แสดงการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ห่วงกำไลข้อมือ หรือสายสิญผูกข้อมือ เพื่อเป็นการแสดงความห่วงใย

จากการศึกษาการให้บริการฝากครรภ์พบว่า การให้บริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ยังคงเป็นปัญหา แม้ว่าในภาพรวม ร้อยละของการให้บริการจะผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายจำนวนยังพบว่า การให้บริการยังคงไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร ซึ่งเมื่อศึกษาในเชิงคุณภาพพบว่า มีหลาย ๆ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการ ทั้งด้านบุคคล เศรษฐกิจ สังคมและโดยเฉพาะด้านความเชื่อ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมาหรือไม่มารับบริการสูงมาก จึงได้ประมวลปัญหาและกระบวนการแก้ไขโดยยึดแนวความ

เชื่อแต่โบราณ ชนบธรรมนิยมประเพณี โดยชุมชนมีส่วนร่วมให้มากที่สุดที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความพึงพอใจที่จะมาฝากครรภ์ พบว่า ชนบธรรมนิยมประเพณีที่ดั่งงามของอีสานและโดยเฉพาะในเขตตำบลโพนทรายมีความสวยงามและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการฝากครรภ์ คือ ประเพณีการผูกข้อต่อแขน ทำขวัญ-เสนห่มของชาวอีสาน คือ เมื่อลูกหลานได้ดิบได้ดี มีงานทำ มีที่เรียนหนังสือที่ดี ขึ้นบ้านใหม่ แต่งงาน ได้สิ่งดี ๆ เข้าบ้าน รวมทั้งลูกหลานตั้งท้อง ตั้งครรภ์ ผู้เฒ่าผู้แก่จะจัดเตรียมหาใบตองนำมาเย็บหมากเบ็ง (ทำพานบายสี) เพื่อเตรียมพิธีผูกข้อมือข้อมือผูกข้อต่อแขนให้กับลูกหลาน อวยชัยให้พรให้มีความสุข ถ้าเป็นหญิงตั้งครรภ์ จะอวยพรให้ลูกที่ออกมาคลอดง่าย ปลอดภัย จึงได้นำเอาประเพณีดังกล่าวผนวกกับกระบวนการการดำเนินงานด้านการฝากครรภ์ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่วางเอาไว้

จากการให้คำสัญลักษณ์ของประเพณีการผูกข้อต่อ-แขน ร่วมกับการให้บริการในระบบสุขภาพถือได้ว่า ได้พยายามนำเอาทั้งสองอย่างมาผสานกันอย่างกลมกลืน เพราะความเชื่อและประเพณีที่มีมาแต่โบราณนั้น เป็นสิ่งที่อยู่คู่กับสังคมอีสานมาโดยตลอด และเมื่อพิจารณาอย่างถ่องแท้แล้ว ประโยชน์ที่ได้โดยตรงในการผสมผสานในครั้งนี้คือ การยอมรับ รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกเป็นเจ้าของที่พูดภาษาเดียวกันกับพวกเขา และโดยธรรมชาติของประเพณีการผูกข้อต่อแขน คือ เมื่อให้พรสิ่งใด ๆ แล้ว จะเกิดความเชื่อถือในสิ่งนั้น ๆ เจ้าหน้าที่จึงสามารถผนวกเอาการให้สุขศึกษา ความตระหนัก และเจตคติร่วมด้วยการดำเนินงาน

1. ศึกษากระบวนการการดำเนินงานตามชนบ-ธรรมนิยมประเพณี การผูกข้อต่อแขน

2. จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ห่วงกำไลคล้องแขน โดยนำเอาห่วงกำไลที่มีลักษณะเป็นสายสิญที่เป็ยศิริมงคลทั้งหมด 5 สี หมายถึง 5 ครั้งคุณภาพ ได้แก่ สีน้ำตาล สีเหลือง สีชมพู สีฟ้า และสีเทา

3. ทำพิธีพุทธาภิเษก โดยพระสงฆ์ เพื่อเป็นสิริมงคล และประกาศบอกบุญให้ประชาชนร่วมเป็นเจ้าของในการดำเนินการในครั้งนี้ และเป็นการประชาสัมพันธ์

4. ดำเนินกิจกรรมโดย เจ้าหน้าที่ (โดยเฉพาะหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) เป็นผู้ผูกข้อต่อแขน ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ กล่าวอวยพร แสดงความยินดี และความห่วงใยต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยกำหนดตามสีต่างๆ ได้แก่ สีน้ำตาลในครั้งที่ 1 สีเหลือง ในครั้งที่ 2 สีชมพูในครั้งที่ 3 สีฟ้า ในครั้งที่ 4 และสีเทา ในครั้งที่ 5

5. แจงแก่ อสม. ในการประชุมประจำเดือนในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่ได้ใส่ห่วง (กำไล) ครรภ์ ให้มารับห่วงครรภ์ เพราะเป็นเครื่องหมายสัญลักษณ์การรับบริการ

6. ออกให้บริการในชุมชนเมื่อออกเยี่ยมบ้านในหมู่บ้านสังเกตหญิงตั้งครรภ์ว่าในชุมชนนั้น หญิงตั้งครรภ์มีห่วง-กำไลครรภ์หรือไม่ รวมทั้งสามารถคาดคะเนได้อีกว่า ครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์น่าจะได้รับจำนวนครั้งคุณภาพกี่ครั้งแล้ว

#### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่-สาธารณสุขตามคุณภาพ รวมทั้งมีความพึงพอใจในการรับบริการร้อยละ 100 (จากการสำรวจความพึงพอใจนวัตกรรมของผู้รับบริการ)

2. หญิงตั้งครรภ์ เกิดความรู้สึที่ดีต่อองค์กร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจาก ได้ใช้กระบวนการทางประเพณีวัฒนธรรมอันทรงคุณค่า ซึ่งเป็นประเพณีที่สืบทอดกันมาแต่โบราณ เป็นประเพณีที่แสดงความเอื้อ-อาทร แสดงความยินดี รวมทั้งการให้พรแก่หญิงตั้งครรภ์

3. เพื่อเป็นเครื่องย้ำเตือนโดยสัญลักษณ์ ให้หญิง-ตั้งครรภ์เกิดความตระหนักว่า ภายในร่างกายนั้นยังมีอีกหนึ่งชีวิตที่ต้องดูแล การที่จะรับประทานหรือไม่รับประทานอะไร การทำหรือไม่ทำอะไรนั้น ย่อมส่งผลต่ออีกชีวิตด้วย (การให้พร ในระหว่างที่มีการผูกข้อ ต่อแขนนั้น เจ้าหน้าที่ได้ให้สุขศึกษาไปพร้อมด้วย โดยมีความเชื่อว่า หญิงตั้งครรภ์จะเชื่อถือมากกว่าการให้สุขศึกษาธรรมดา)

4. เป็นสัญลักษณ์ในการบริการฝากครรภ์ ของสถานบริการและบุคลากร เพื่อให้สามารถติดตามหญิงตั้งครรภ์ได้สะดวกมากขึ้น

5. เพื่อให้ประชาชน และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด

#### ค. กระบวนการด้านนวัตกรรมต้นพร้อม

ต้นพร้อม หมายถึง การผลักดันความพร้อมหรือการเตรียมความพร้อมแก่หญิงตั้งครรภ์โดยการส่งเสริมโภชนาการและอื่นๆ เพื่อการเป็นคุณแม่คุณภาพ

จากการศึกษาผลการปฏิบัติงานในปีที่ผ่านมา พบว่า การให้บริการฝากครรภ์นั้น ในด้านภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์มีบางรายคลอตบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งเมื่อสอบถามเจ้าหน้าที่ พบว่า แม่เจ้าหน้าที่จะให้สุขศึกษาแล้วก็ตาม หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ-ตำบลโพธิ์ทรายจึงได้ศึกษาเพื่อหาเครื่องมือในการพัฒนาเจตคติหญิงตั้งครรภ์ พบว่า เครื่องมือที่มีคุณภาพอย่างมากในการประมาณค่าน้ำหนักเด็กแรกเกิด คือ Vallop Curve ซึ่งเป็นกราฟที่มีอยู่ในสมุดคู่มือฝากครรภ์ จึงได้นำเอากราฟดังกล่าวมาปรับใช้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักมากขึ้น

#### การดำเนินงาน

จากการประชุมเพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานด้านภาวะโภชนาการแก่หญิงตั้งครรภ์ จึงได้นำเอากราฟ Vallop Curve ซึ่งเป็นกราฟที่มีอยู่ในสมุดคู่มือฝาก มาเป็นเครื่องมือร่วมกับสมุดคู่มือการฝากครรภ์ โดยดำเนินการดังนี้

1. ขยายกราฟ Vallop Curve ให้มีขนาดใหญ่ และถ่ายภาพหญิงตั้งครรภ์ทุกคนในเขตรับผิดชอบ และใช้เข็มหมุดติดรูปหญิงตั้งครรภ์ตรงบริเวณที่อ่านค่าของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน

2. ให้สุขศึกษาร่วมกับการอธิบายกราฟ ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรูปอยู่บริเวณที่ต่ำกว่าเกณฑ์ให้พัฒนาด้าน-โภชนาการเพื่อให้เดือนต่อๆ ไป จุดรูปตนเองจะอยู่ตรงจุดตามเกณฑ์



จากการให้คำสัญลักษณ์ภาพใบหน้าของหญิงตั้งครรภ์พร้อมมีหมายเลขกำกับไว้เพื่อสะดวกแก่ทั้งหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่ค้นหาได้ง่ายในกราฟ โดยจากการประชุมเจ้าหน้าที่ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ มีความเห็นว่า ไม่ควรเขียนชื่อของหญิงตั้งครรภ์ เพราะจะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าเป็นการประจานตัวเองมากเกินไป เครื่องมือดังกล่าวต้องการเพียงเป็นเครื่องมือกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองด้านโภชนาการเพิ่มขึ้นเพื่อไม่ให้ตกเกณฑ์ และเป็นเครื่องมือในการให้เจ้าหน้าที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ตรงจุดมากขึ้น รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์เข้าใจในการอ่านค่ากราฟและเห็นประโยชน์ของกราฟต่าง ๆ แทนที่จะเป็นเครื่องมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงอย่างเดียว

### ประโยชน์ที่ได้รับ

จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว โดยนำเอากราฟมาขยายขนาดให้ใหญ่ สามารถติดรูปภาพใบหน้าของหญิงตั้งครรภ์ ถือว่าเป็นกุศโลบายอย่างหนึ่งที่เป็นรูปธรรม เพราะในการพูดคุยกันในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละเดือน หญิงตั้งครรภ์แต่ละคนจะพยายามพัฒนาเพื่อให้ตนเองมีจุดภาพใบหน้าอยู่ในระดับที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2552 พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความตื่นตัวอย่างมากในการดูแลด้านภาวะโภชนาการ มีการสอบถามเจ้าหน้าที่ในเรื่องภาวะโภชนาการอยู่ตลอด

### วิจารณ์

ผลการศึกษาจากนวัตกรรมเดือนช่วงแม้ว่าจะเป็นการแจ้งเตือนเพียงข้อความสั้น ๆ หญิงตั้งครรภ์ก็เกิดความรู้สึกที่ดีต่อสถานบริการและการรับบริการเพิ่มขึ้น<sup>(6)</sup> นวัตกรรมห่วงครรภ์เจ้าหน้าที่ได้นำเอาความเชื่อมาผนวกกับการให้สุขศึกษา ความตระหนัก และเจตคติร่วมด้วย<sup>(6)</sup> ซึ่งเป็นกุศโลบายอย่างหนึ่งที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของรุจา คุโพบูลย์ และคณะ ที่กล่าวว่าการดูแลสุขภาพของคนในสังคมไทยอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย ซึ่งเป็นวิธีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่เรียกว่าวัฒนธรรมสุขภาพ (health culture) เป็นแหล่งสร้างสรรค์

สมาชิกใหม่ให้แก่สังคม และเป็นแหล่งที่สืบทอดและอนุรักษ์วัฒนธรรมจากรุ่นสู่รุ่นต่อไปอีกด้วย และถ้าเกิดปัญหาหรืออุปสรรค ครอบครัวจะเป็นแหล่งช่วยเหลือทำให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรค จะเห็นว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญยิ่ง ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรม และนวัตกรรมต้นพร้อมได้นำ Vallop Curve ซึ่งเป็นกราฟที่มีอยู่ในสมุดคู่มือฝากครรภ์ มาปรับใช้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักมากขึ้น<sup>(7)</sup>.

### อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน

ในการดำเนินงานกิจกรรมเป็นเลิศในหญิงตั้งครรภ์พบว่า ในบางเดือนจะมีหญิงตั้งครรภ์ที่ย้ายเข้ามาในเขตรับผิดชอบในช่วงเดือนที่ 5-7 ของการตั้งครรภ์ ทำให้ต้องดำเนินการเพื่อให้เข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการดูแลตั้งครรภ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านกับที่ไม่มีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน
2. ควรผสมผสานการฟื้นฟูสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับกระบวนการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านเข้าไปในโครงการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้สุขภาพหญิงหลังคลอดแข็งแรงสมบูรณ์และให้น้ำนมที่มีคุณภาพ
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการลดภาวะซึมเศร้าตั้งครรภ์ด้วยวิธีการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน

### เอกสารอ้างอิง

1. กำแหง จาตุรจินดา. สุตศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โอเอส-พรินท์ติ้ง; 2555.
2. รุจา คุโพบูลย์, สาวิตรี ทยานศิลป์, ระพีพรรณ คำหอม, วรณิ เตียววิศเรศ, ดารุณี จงอุดมการณ์, จิตตินันท์ เดชะคุปต์, และคณะ. การศึกษาครอบครัวไทยแบบบูรณาการ ตามวงจรชีวิตครอบครัว. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.

3. เขवालักษณ์ เสรีเสถียร. ปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีขณะตั้งครรภ์. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
4. สมพร เชื้อพันธ์. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่3 โดยใช้วิธีการจัดการเรียนการสอนแบบสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองกับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา; 2547.
5. ชันญวีร์ จิตวัฒนานนท์. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC: กรณีศึกษาชุมชนในตำบล หนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2552.
6. เบญจวรรณ อธิจารกุล, อรัญญา ปุณณัน. รายงานการวิจัยเรื่องวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
7. พรทิพย์ เต็มวิเศษ. การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ด้วยการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยผ่านศึก; 2558.

**Abstract: A Participatory Maternal and Child Health Model in the Community by Using the Isan Indigenous Cultural Process, Phon Sai Sub-district, Muang Mukdahan District, Mukdahan Province**

**Kuntinee Kusaro, B.N.S**

*Bankutngont Tambon Health Promoting Hospital, Muang District, Mukdahan Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):262-70.*

This study aimed to develop a participatory community maternal and child health model using Thailand's north-eastern indigenous cultural process to provide qualified standardized antenatal care services. It was conducted in 2016 as an action research by using participatory planning process techniques. The samples were 60 pregnant women, the elderly, monks, community leaders, volunteers and family health leaders. It was found that the suitable format for the innovative model included the following components: (1) service notification using text message (SMS) warning which indicated the concern, (2) promoting self care during pregnancy through Buddhist traditional way of life, and (3) promote innovations on nutrition during pregnancy and the use to photographic pregnancy staging (Vallop curve) together with health education. solve pregnant women's nutritional problems, expand the Vallop Curve, and photograph all pregnant women in the area of responsibility. provide health education together with the graph explanation. The model had successfully increase awareness and alertness among the pregnant women in the community. The approach should be widely applied to strengthen maternal and child care program at community level.

**Keywords:** fmaternal and child health; participation; cultural process

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดน่าน

นิยม คิริ ศศ.ม.\*

วรยุทธ นาคอ้าย ปร.ด.\*\*

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

\*\* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

วันรับ:	3 พ.ย. 2564
วันแก้ไข:	18 ก.พ. 2565
วันตอบรับ:	28 ก.พ. 2565

**บทคัดย่อ** การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรวมทั้งศึกษาปัจจัยเงื่อนไขสนับสนุนการดำเนินงาน เก็บข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกในสมุดบันทึก และการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครครอบครัว และกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะเจาะจง จำนวน 16 คน ร่วมกับการศึกษาเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่สอดคล้องกันในลักษณะคล้ายกังจักร โดย ชั้นในสุดคือ กระบวนการสร้างความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ ชั้นที่ 2 คือ เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ชั้นที่ 3 คือ บทบาทหน้าที่ของแต่ละเครือข่าย ชั้นที่ 4 สมรรถนะที่สำคัญของเครือข่าย และชั้นที่ 5 คือ หน่วยงานที่มีบทบาทในการสนับสนุน สำหรับปัจจัยความสำเร็จ คือ นโยบายและการขับเคลื่อนประเด็นผ่านกลไก พขอ. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและความเข้มแข็งของชุมชน

**คำสำคัญ:** กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค; การมีส่วนร่วมของชุมชน

## บทนำ

โรคไม่ติดต่อหรือ Non-communicable diseases (NCDs) นั้นเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เจ็บป่วย และทุพพลภาพอันดับต้น ๆ ในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคไม่ติดต่อคร่าชีวิตคนเป็นจำนวนถึง 41 ล้านคนต่อปีซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71.0 ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก<sup>(1)</sup> ซึ่งในจำนวนนี้มีถึง 15 ล้านคนที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30-69 ปี) จากโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ ร้อยละ 77.0 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อนั้นเกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง

โดยที่โรคหัวใจและหลอดเลือดมีส่วนการเสียชีวิตมากที่สุด (17.9 ล้านคน) ตามด้วยโรคมะเร็ง (9.3 ล้านคน) โรคระบบทางเดินหายใจ (4.1 ล้านคน) และโรคเบาหวาน (1.5 ล้านคน)<sup>(2,3)</sup> โรคไม่ติดต้อย่างคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรคและอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ประกอบด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2559 หลังจากนั้นแนวโน้มลด

ลงเล็กน้อยและคงที่ในปีพ.ศ. 2561 โดยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุดเท่ากับ 44.3 รายต่อประชากรแสนคน<sup>(4)</sup>

จากสถานการณ์กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และอันดับหนึ่งในประเทศไทย ทั้งในมิติของการเสียชีวิตและการะโรคโดยรวม ซึ่งโรคไม่ติดต่อหลักที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคทางจิต อันเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลักได้แก่อาหารที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ บุหรี่ สุรา และมลพิษทางอากาศซึ่งโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นโรคซึ่งทั่วโลกกำลังให้ความสนใจอย่างยิ่ง สถิติโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ในช่วงปี พ.ศ. 2564 ของจังหวัดน่านพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 2,973 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5,031 ต่อแสนประชากร

ในปัจจุบันอำเภอเมืองน่านมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 15,386 ต่อแสนประชากรและอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5,275 ต่อแสนประชากร<sup>(5,6)</sup> และคาดว่าในอีก 20 ปี ข้างหน้าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึง 2 เท่า เป็นห่วงคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะโรคแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ อีกทั้งยังพบว่า อายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน นั้นน้อยลงเรื่อยๆ และมีแนวโน้มจะลุกลามไปถึงเด็กในอนาคตอันใกล้ด้วยวิถีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พื้นที่อำเภอเมืองน่าน เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีรายงานผลการดำเนินงานการควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ดีตามเกณฑ์และค่าเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยพบในการดำเนินงานนอกจากจะมุ่งเน้นการจัดการพฤติกรรม และการรักษาในเชิงบุคคล หรือผู้ป่วย แล้วยังมีการจัดการเชิงระบบและสร้างกลไกเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการป้องกัน

และควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมีความสำคัญต่อสุขภาพ และการมีชีวิตที่สมบูรณ์ของประชากร ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสนับสนุนการมีสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของชุมชน โดยเฉพาะแนวคิดเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ ได้เป็นที่ยอมรับไปทั่วโลกว่า เป็นวิธีการที่ส่งผลให้คนในชุมชนและสังคมมีสุขภาพชีวิตที่ดี ซึ่งรัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงได้ออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ได้วางทิศทางและนโยบายในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพไว้หลาย ๆ แนวทางและได้นำเสนอรูปแบบของการจัดโครงการจัดกิจกรรมรณรงค์ในเรื่องต่างๆ แก่ประชาชน การส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงจะส่งผลดีต่อความแข็งแรงด้านร่างกายเท่านั้น หากเป็นการสร้างความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจ และมิติจิตวิญญาณด้วยเช่นกัน<sup>(7)</sup> และหากกลุ่มที่นำไปใช้เป็นมาตรการสำคัญในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานของจังหวัดน่านตามที่กล่าวไว้ข้างต้นก็จะเป็นประโยชน์ในการลดปัจจัยเสี่ยงและลดการป่วยได้ดียิ่งขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและศึกษาปัจจัยหรือเงื่อนไขสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยคาดหวังว่าในท้ายที่สุด รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อำเภอเมือง จะเป็นตัวแบบหรือชุดความรู้สำหรับเครือข่าย หรือองค์กรด้านสุขภาพอื่นที่จะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อสร้างศักยภาพและขีดความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ รวมถึงสามารถส่งเสริมสุขภาพตัวเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผ่านบทเรียน เอกสาร และการสัมภาษณ์เครือข่าย

### พื้นที่ศึกษา

ดำเนินการในหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 4 แห่ง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ที่มีกิจกรรมและการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ รพ.สต. บ้านดอนมูล รพ.สต. ถิมตอง รพ.สต. บ้านละแบ๋ยา และ รพ.สต. กองควาย

### กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นโครงการในปีงบประมาณ 2563-64 โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 16 คน ที่ให้ข้อมูลเพื่อแสดงให้เห็นปรากฏการณ์ ปัญหา ประสพการณ์ ความคิดเห็น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการส่งเสริมสุขภาพโดยการเลือกผู้มีส่วนร่วมแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานและมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 ปี ได้แก่

- 1) ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อซึ่งได้แก่พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุข หน่วยบริการละ 1 คน รวม 4 คน
- 2) กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหน่วยบริการละ 1 คน รวม 4 คน
- 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยบริการละ 1 คน รวม 4 คน
- 4) กลุ่มอาสาสมัครครอบครัว (อสค.) หรือใน

การศึกษาคั้งนี้ เรียกว่า “หมอน้อยประจำตัว”

หน่วยบริการละ 1 คน รวม 4 คน

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นฐานคิดในการศึกษา โดยใช้เทคนิคการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกเทคนิคและกระบวนการที่สังเกตได้จากกระบวนการพัฒนาในสมุดบันทึก (field note)<sup>(8)</sup> และจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพและการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง ตรวจสอบข้อมูลโดยเทคนิคการตรวจสอบสามเส้า (triangulation methods) คือ ข้อมูลวิจัยขั้นต้น เวลา สถานที่ และการตรวจสอบโดยใช้ทฤษฎีหลายทฤษฎี<sup>(9)</sup> โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยในพื้นที่เป้าหมาย 4 พื้นที่ ดังนี้

1. ประสานงานกิจกรรมและการดำเนินงานกับพื้นที่เป้าหมายการศึกษา เพื่อเข้าร่วมสังเกตและศึกษากระบวนการดำเนินงาน และบทบาทของเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของพื้นที่เป้าหมายตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการ

2. ศึกษาผลการดำเนินงานในเชิงผลผลิต และผลลัพธ์ของการดำเนินงานโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการของพื้นที่เป้าหมาย

3. เก็บข้อมูลกระบวนการดำเนินงาน เทคนิค ปัจจัยเงื่อนไขสนับสนุนการดำเนินงาน ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อสม. และ อสค. และเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

4. ประสานและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้มีส่วนร่วมคนเดิม หรือสอบถามข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ตามที่ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยเสนอแนะ ด้วยวิธีการเลือกผู้มีส่วนร่วมแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และใช้วิธีการโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อขอสอบถามข้อมูลในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว<sup>(8)</sup>

## วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) คืออ่านข้อมูลให้ได้เนื้อหา (ความหมาย) แยกแยะ และจัดกลุ่มความหมายหาแบบแผนกระบวนการ และเชื่อมโยงแบบแผนต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เห็นภาพความสัมพันธ์ของกระบวนการและการขับเคลื่อนกระบวนการในขั้นสุดท้ายการวิเคราะห์ที่ใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเพื่อสังเคราะห์ประเด็นตัวแปรและสร้างรูปแบบ (model constructions)<sup>(9)</sup> รวมทั้งการศึกษาปัจจัยเงื่อนไขสนับสนุนการดำเนินงาน

## ผลการศึกษา

### 1. บริบทของพื้นที่ศึกษา

#### บริบททางสังคมและวัฒนธรรม

“น่าน” จังหวัดเล็ก ๆ ทางภาคเหนือที่ยังคงไว้ซึ่งความน่ารักของบ้านเมืองผู้คนวิถีชีวิตศิลปวัฒนธรรมและธรรมชาติมีแหล่งท่องเที่ยวที่หลากหลาย ทั้งแหล่งท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์ศิลปวัฒนธรรม รวมทั้งแหล่งท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ เชิงสุขภาพ เชิงเกษตร ตลอดจนการท่องเที่ยวโดยชุมชนจึงกลายเป็นจุดหมายสำคัญของนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ 1 ใน 12 เมืองต้องห้ามพลาด อำเภอเมืองน่านเป็นอำเภอหนึ่งในจำนวน 15 อำเภอ ของจังหวัดน่าน แต่เดิมเรียกชื่ออำเภอนี้ว่า “แขวงนครน่าน” ได้จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2442 อำเภอเมืองน่าน สภาพพื้นที่จะมีภูเขาและป่าไม้ล้อมรอบ มีพื้นที่ราบลุ่มอยู่กลางหุบเขา แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 11 ตำบล 109 หมู่บ้าน 30 ชุมชน มีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่มากมายได้แก่ ม้ง เมี่ยน ไทพวน และไทยวน หรือคนเมืองอาศัยอยู่ร่วมกัน ส่วนใหญ่ของจังหวัดน่านจึงมีอาชีพเกษตรกร

#### บริบทกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในปัจจุบันอำเภอเมืองน่านพบมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานทั้งสิ้น 12,450 คน และ 4,544 คน โดยพบว่ากลุ่มเสี่ยงอ้างอิงนิยามตามรายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงาน

ด้านโรคไม่ติดต่อ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ของกรมควบคุมโรค คือ กลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึงกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ (เป้าหมาย  $\geq 90\%$ ) และกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กลุ่มที่มีประวัติความดันโลหิตสูงจากการรับบริการที่ระดับความดันโลหิต High normal (SBP 130-139 มม.ปรอท และ/หรือ DBP 85-89 มม.ปรอท) และได้รับการติดตาม พบมีจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจำนวน 124 คน เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 131 คน และเสี่ยงทั้งสองโรค 130 คน อายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเบาหวานนั้นน้อยลงเรื่อยๆ และมีแนวโน้มจะลุกลามไปถึงเด็กในอนาคตอันใกล้ ด้วยวิถีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารโดยกลุ่มคนที่เสี่ยงเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คือ กลุ่มคนที่มีน้ำหนักเกิน และมีปัจจัยเสี่ยงอีกหลายๆ ประการ เช่น ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ไม่ออกกำลังกาย มีประวัติความดันโลหิตสูง มีไขมันในเลือดผิดปกติ มีรอบเอวเกิน มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานตอนตั้งครรภ์ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นกลุ่มเสี่ยง

ข้อมูลอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จากรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอเมืองน่าน ปีงบประมาณ 2564 ในพื้นที่เป้าหมายการศึกษา 4 แห่งพบว่า พื้นที่บริการของ รพ.สต. ดอนมูล ซึ่งมีลักษณะของชุมชนเขตเมือง มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ส่วนพื้นที่บริการ รพ.สต. กองควาย ซึ่งเป็นพื้นที่ชานเมืองมีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมากที่สุด ในขณะที่พื้นที่บริการ รพ.สต. ละบ้ายา เป็นชุมชนชนบท และเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่ำที่สุด ดังตารางที่ 1

### 2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน มีกิจกรรมและรูปแบบ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดน่าน

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในพื้นที่การศึกษา ปี 2564

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	โรคความดันโลหิตสูง (คน)		โรคเบาหวาน (คน)		เสี่ยงทั้ง 2 โรค (คน)
	ผู้ป่วย	กลุ่มเสี่ยง	ผู้ป่วย	กลุ่มเสี่ยง	
ดอนมูล	602	33	276	4	3
ถืมตอง	808	21	225	1	8
กองควาย	757	17	224	17	6
ละบัวยา	191	11	80	7	2

การดำเนินงานด้วยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนร่วมกัน โดยได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่อำเภอเมืองน่าน มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพทางกายและจิต กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

ดังกล่าวสามารถเขียนเป็นรูปแบบได้ดังภาพที่ 1

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง มีลักษณะเป็นวงจักร 5 ชั้นที่สอดคล้องกัน โดยชั้นในสุด คือ กระบวนการสร้างความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ชั้นที่ 2 คือ กลุ่มเครือข่ายที่มีบทบาทในการดำเนินงาน ชั้นที่ 3 คือ บทบาทหน้าที่

ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



ของแต่ละเครือข่าย ชั้นที่ 4 คือ สมรรถนะที่พึงประสงค์ของเครือข่ายที่ต้องปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และชั้นนอกสุด (ชั้นที่ 5) คือหน่วยงานที่มีบทบาทในการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ และนโยบาย ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดขององค์ประกอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงได้ดังนี้

ชั้นที่ 1 กระบวนการสร้างความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ

การสร้างความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกระบวนการดังกล่าว ดำเนินการผ่านกิจกรรม “รู้ก่อนชนะก่อน” โดยการให้ความรู้ในประเด็นอาหาร (ลดหวาน มัน เค็ม) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอันตราย การออกกำลังกาย บุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้นี้ ดำเนินการจัดกระบวนการเรียนรู้ผ่าน ฐานการเรียนรู้ (Walk rally) ที่มุ่งเน้นการสาธิต และการฝึกประเมินสุขภาพและความเสี่ยงด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้ 1 วัน โดยก่อนดำเนินการฝึกอบรม กลุ่มเป้าหมายจะต้องทำการประเมินความเสี่ยงด้านพฤติกรรมของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการประเมินตนเอง

ชั้นที่ 2 กลุ่มเครือข่ายที่มีบทบาทในการดำเนินงาน

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงนั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 4 กลุ่ม ซึ่งได้แก่ (1) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้มีหน้าที่ในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ ประเมินผลและสนับสนุนเครือข่าย (2) กลุ่ม อสม. มีหน้าที่ในการติดตาม สนับสนุนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอัตราส่วนรับผิดชอบ 1: 10 คน (3) กลุ่ม อสค. มีหน้าที่ในการกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอัตราส่วน 1:1 คน และ (4) กลุ่มเพื่อนหรือสมาชิกกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีบทบาทหน้าที่ในการกระตุ้นเตือนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งแต่ละกลุ่มมีการเตรียมทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ใน

การดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกระบวนการพัฒนาศักยภาพด้วยการฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะ

ชั้นที่ 3 บทบาทหน้าที่ของแต่ละเครือข่าย

1) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีบทบาททั้งเป็นผู้พัฒนาศักยภาพ สนับสนุนประเมิน ควบคุมกำกับสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ กลุ่ม อสม. และกลุ่ม อสค. ดำเนินการออกแบบกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย วางแผนการดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผล ร่วมกับ อสม. และ อสค. และสนับสนุนการเยี่ยมบ้านของทั้งสองกลุ่ม ซึ่งการติดตามเยี่ยมบ้านดำเนินการเยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ต่อผู้ป่วย 1 คน ร่วมกับ อสม. และ อสค. และดำเนินการประเมินผลทักษะการปฏิบัติงานของ อสม. และ อสค. ในระหว่างปฏิบัติงานไปพร้อมกัน นอกจากนี้ บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังทำหน้าที่ในการจัดพื้นที่เพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่ายและกลุ่มเป้าหมาย เสริมศักยภาพในส่วนที่กลุ่ม อสม. และ อสค. ขาดทักษะ

2) กลุ่ม อสม. มีหน้าที่ในการติดตามสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมกับการประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมตามแนวทางการประเมินพฤติกรรมด้วยการสังเกตตามแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างขึ้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยอาสาสมัคร-สาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 10 คน

3) กลุ่ม อสค. เป็นกลุ่มที่มีบทบาทใกล้ชิดกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด มีบทบาทในการสนับสนุน กระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และเสริมแรงสำหรับกลุ่มเป้าหมาย การให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยง และการประเมินผลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง หรือในบางครอบครัว อสค. คือผู้กำหนดทิศทางของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะประเด็นการบริโภคอาหารเสี่ยง หวาน มัน เค็ม ซึ่งอาสาสมัครครอบครัวจะรับผิดชอบในการดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ ในอัตราส่วน 1: 1



4) กลุ่มเพื่อน (peer group) เป็นกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเสี่ยงๆ ที่อยู่ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเพื่อนมีบทบาทในการสนับสนุนเสริมพลัง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งแบบเป็นทางการ คือ ในเวทีจัดการความรู้เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแบบไม่เป็นทางการ เช่น การพูดคุยกันในชีวิตประจำวัน ประเด็นที่ กลุ่มเพื่อนสื่อสาร ไม่จำกัดเพียงแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากยังครอบคลุมถึงปัญหา อุปสรรค ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้สมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ชั้นที่ 4 สมรรถนะและการกิจของเครือข่าย

กลุ่มเครือข่ายที่จะดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพ หรือ การเสริมสมรรถนะ ทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงๆ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ดังนั้นบทบาทของการพัฒนาสมรรถนะทั้ง อสม. อสค. และกลุ่มเพื่อน จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข ที่จะออกแบบกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้และสร้างสมรรถนะที่คาดหวังดังกล่าว หากพิจารณาตามกลุ่มเครือข่าย จะพบว่า

กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำเป็นต้องมีสมรรถนะในการออกแบบกระบวนการ/เสริมทักษะการจัดการความรู้ การประเมินผลแบบเสริมพลัง (empowerment evaluation) และการเยี่ยมบ้าน

กลุ่ม อสม. สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน คือ การเยี่ยมบ้าน การประเมินความเสี่ยงโดยการใช้เครื่องมือเพื่อการประเมินและวัดผลสุขภาพ เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้ว การประเมินค่าดัชนีมวลกาย และการเสริมพลัง

กลุ่ม อสค. สมรรถนะที่จำเป็นคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ถือเป็นคุณสมบัติที่สำคัญในการปฏิบัติงาน รวมถึงทักษะการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจ การเสริมแรงบวกเพื่อกระตุ้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มเสี่ยงๆ

กลุ่มเพื่อน สมรรถนะที่จำเป็น คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเสริมพลังบวก

ชั้นที่ 5 หน่วยงานที่มีบทบาทในการสนับสนุน

การดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง มีหน่วยงานและเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวจนบรรลุเป้าหมาย ซึ่งได้แก่

(1) หน่วยงานด้านสาธารณสุข การดำเนินงานดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลน่านสนับสนุนวิทยากรในการบรรยายความรู้ และสนับสนุนกระบวนการจัดการความรู้ และการประเมินผลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาค้อขับเคลื่อนประเด็นดังกล่าวให้เป็นวาระของอำเภอผ่านกลไก พชอ. เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวมีความต่อเนื่องและมีกลไกการสนับสนุนด้านงบประมาณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในฐานะเจ้าภาพหลักในการปฏิบัติการดำเนินงาน และเป็นศูนย์กลางของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงประชาชนและหน่วยงานสนับสนุนต่างๆ เข้าด้วยกัน

(2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและให้ความสำคัญต่อการดำเนินงาน ด้วยการสนับสนุนการจัดทำแผนงานและงบประมาณ ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยงานส่วนท้องถิ่นยังสนับสนุนและดำเนินการจัดการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชน เช่น การจัดทำสถานที่พักผ่อนและลานกิจกรรมกีฬา

(3) ชุมชน ด้วยความเข้มแข็งของชุมชนที่มีทุนทางสังคมของระบบเครือข่าย ชุมชนจึงเป็นกลไกหนึ่งของการดำเนินงานที่มีบทบาทในการควบคุม กำกับ และสอดส่องพฤติกรรมเสี่ยงของคนในชุมชนเอง ซึ่งกระบวนการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของชุมชนที่สามารถดำเนินการได้ดี คือ การออกกฎระเบียบและมาตรการชุมชนเพื่อการ

ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การควบคุม และการจำกัด การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

### 3. ปัจจัย/เงื่อนไขสนับสนุนการดำเนินงาน

ปัจจัย เงื่อนไขสนับสนุนการดำเนินงานประกอบด้วย นโยบาย การมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของชุมชน ดังนี้

1) นโยบายและการขับเคลื่อนประเด็นผ่านกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เงื่อนไขสำคัญของการดำเนินงานในภาพการบริหาร จัดการ คือ การขับเคลื่อนประเด็น โรคไม่ติดต่อผ่านกลไก พชอ. ซึ่งมีผลต่อทิศทางการดำเนินงานที่มีความเป็นรูป-ธรรม ซึ่งกลไก พชอ. นั้นไม่เพียงส่งผลต่อกระบวนการ จัดการทรัพยากร (คน วัสดุ และวิธีการ) ยังครอบคลุม กระบวนการประเมินผลความสำเร็จเพื่อการดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง และการขยายผล

2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในระดับปฏิบัติ- การ หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งเป็น หน่วยปฏิบัติการของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน-โรค ได้รับการสนับสนุนและให้ความร่วมมือจากหน่วย งานในพื้นที่ทั้งภาครัฐ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.น่าน หรือ เครือข่าย รพ.สต. ในพื้นที่ใกล้เคียง และ การสนับสนุนของเครือข่ายภาคประชาชน เช่น กลุ่ม อสม. และ อสค. ที่มีเป้าหมายและทิศทางการดำเนินงาน เดียวกัน

3) ความเข้มแข็งของชุมชนและบริบทวัฒนธรรมใน ชุมชนกิ่งเมืองและชุมชนชนบทของพื้นที่ศึกษา จะเห็นว่ การตั้งอยู่ของชุมชน มักมีความสัมพันธ์ในเชิงเครือญาติ และเครือญาติเดียวกันจะมีบ้านเรือนในกลุ่มเดียวกัน หรือ ใกล้ ๆ กัน เป็นสังคมที่ยังให้ความเคารพต่อผู้อาวุโส ดังนั้นการมีผู้สูงอายุในกลุ่มเครือญาติ จึงเป็นโอกาสให้ สมาชิกในครอบครัวได้มาเจอกันในการเยี่ยมผู้สูงอายุ จึง เป็นโอกาสที่กลุ่มญาติ และ อสม. ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น เครือญาติหรือมีบ้านใกล้กัน ได้สอบถาม และติดตาม การ จัดการพฤติกรรมอย่างไม่เป็นทางการ หรือแม้แต่ในการ ดำรงชีวิตประจำวันในภาคเกษตรกรรม ที่ยังมีโอกาสได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน

## วิจารณ์

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่สอดคล้อง กัน ซึ่งได้แก่ (1) กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้าน-สุขภาพ (2) เครือข่ายที่สำคัญ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. อสค. และกลุ่มเพื่อน) (3) บทบาทหน้าที่ของ เครือข่าย (4) สมรรถนะที่พึงประสงค์ของเครือข่าย และ (5) หน่วยงานที่มีบทบาทในการสนับสนุน องค์ประกอบ ของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว มีบางส่วนที่ สอดคล้องกับ แนวคิดรูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (CBINCDs)<sup>(10)</sup>ใน ส่วนของกระบวนการชุมชนลดเสี่ยงลดโรค โดยในขั้นตอน ของการรับรู้ สนใจ เรียนรู้ที่สอดคล้องกับการสร้างความ รอบรู้ด้านสุขภาพที่เครือข่ายได้ดำเนินการ ซึ่งการสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เครือข่ายได้ดำเนินการนั้น มุ่ง เน้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย 3อ. 2ส. และการ ค้นหาค้นแบบพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อการจัดการเรียน รู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ ประกอบด้วยการบริโภค อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ และการ บริโภคสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสร้างความ รอบรู้ดังกล่าวนั้นเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการ ตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเป้าหมาย การจัดการกระบวนการเรียนรู้ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงตาม หลัก 3อ.2ส. สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน<sup>(11)</sup> โรคความดัน-โลหิตสูง<sup>(12)</sup> และการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคเบา-หวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงราย ใหม่<sup>(13)</sup>

เครือข่ายและบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย เครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพ อสม. อสค. และกลุ่ม เพื่อน ที่ดำเนินการสอดประสานกัน ตัวแปรดังกล่าว สอดคล้องกับแนวทาง CBINCDs<sup>(10)</sup>(ยกเว้นตัวแปรกลุ่ม

เพื่อน) ที่ให้ความสำคัญต่อการจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรค และภาวะโรคเรื้อรังในชุมชน ด้วยการจัดการผ่านกลไก ชุมชน ครอบครัวและบุคคล โดยแต่ละเครือข่ายมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายนำมาซึ่งการทำงานร่วมกันและสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ซึ่งบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในแต่ละระดับจะแตกต่างกันออกไปตามภารกิจของหน่วยงานและองค์กรนั้นๆ เช่น บทบาทของเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ มีหน้าที่ในการทำแผนการดำเนินงาน ประเมินสถานการณ์ การพัฒนาศักยภาพ จัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการลดความเสี่ยง หน้าที่ของภาคประชาชน เช่น เป็นแกนนำในการจัดทำแผนชุมชนลดเสี่ยงโรค ร่วมคัดกรอง ให้ความรู้ เยี่ยมบ้าน และติดตามประเมินผล หน้าที่ของ อสค. คือ ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และเป็นผู้ประสานงาน เป็นต้น ซึ่งการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา แล้วจึงกำหนดรูปแบบการพัฒนา<sup>(14)</sup> โดยกำหนดเป้าหมายและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลักได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และออกแบบกิจกรรมที่ต้องการสนับสนุนเพื่อให้มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีแนวทางการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ ซึ่งในการศึกษานี้การติดตามประเมินผลพฤติกรรมนั้น มีรูปแบบการประเมินตนเองของกลุ่มเสี่ยงและการประเมินโดยกลุ่มผู้สนับสนุน คือ บุคลากรสาธารณสุข อสม. และ อสค. ซึ่งการประเมินและติดตามจึงเป็นการติดตามความก้าวหน้าและการเรียนรู้ร่วมกันของทีมสุขภาพ<sup>(10)</sup>

2. ปัจจัยเงื่อนไขของความสำเร็จ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าตัวแปรที่สำคัญหนึ่งของการดำเนินงานคือนโยบายและการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายผ่านกลไก พขอ. ที่หยิบยกประเด็น NCDs เป็นประเด็นสำคัญของการดำเนินงานนั้น นำมาซึ่งความเป็นไปได้และแนวโน้มสู่ความสำเร็จของการดำเนินงาน ทั้งนี้ กลไก พขอ. ไม่เพียงสนับสนุนในเชิงการดำเนินงานและการจัดการ แต่ยัง

ครอบคลุมติดตามประเมินผล และกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพประชาชน ส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลสุขภาพครอบคลุมทุกระดับจากชุมชนสู่ครัวเรือนและบุคคล<sup>(15)</sup> สอดคล้องกับแนวทางและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการ เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางมีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน<sup>(16)</sup> ในการศึกษานี้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นเป็นกระบวนการที่ให้สมาชิกในชุมชนซึ่งเข้าใจบริบทและวิถีวัฒนธรรมของชุมชนเองมามีส่วนในการออกแบบกิจกรรมและการจัดการพฤติกรรม ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งตอบสนองต่อสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน รวมถึงภาคีเครือข่ายอื่นๆ ทั้งภาครัฐ และภาคประชาชนในพื้นที่ ที่กำหนดเป้าหมายการพัฒนา ร่วมกันในการศึกษาครั้งนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนจะปรากฏในระยะปฏิบัติการเพื่อการจัดการพฤติกรรม หรือการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่มีตัวละคร ที่สำคัญคือ อสม. และ อสค. ร่วมดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่ ในส่วนของการวางแผนกิจกรรม การดำเนินงานเพื่อการจัดการพฤติกรรม การประเมินผลร่วมกัน<sup>(10)</sup> หากแต่ว่าการมีส่วนร่วมในเชิงนโยบายหรือการกำหนดปัญหานั้น ได้ดำเนินการในส่วนของการเสนอประเด็นการขับเคลื่อนสุขภาพตามกลไกของ พขอ. การนำมามาตรการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการจัดการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิต-

สูงเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลชุมชน<sup>(17)</sup> และการมีส่วนร่วมยังเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงที่สามารถจัดการและควบคุมพฤติกรรมของตนเอง<sup>(18)</sup>

บริบททางสังคมและวัฒนธรรม ที่สนับสนุนให้การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงสามารถดำเนินการได้ดี ความเป็นพี่น้องและเครือญาติ “เครือญาติเป็นองค์ประกอบการจัดระเบียบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของสังคม สถาบันทางสังคมนี้เชื่อมโยงบุคคลและกลุ่มต่าง ๆ เข้าด้วยกันและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน” เครือญาติอาจเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างคนสองคนที่ไม่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือการแต่งงาน<sup>(19,20)</sup> ในมิติของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน ภาพความเป็นเครือญาติในชุมชนยังคงมีผลต่อการดำเนินงานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วัฒนธรรมเอื้ออาทร การเยี่ยมบ้าน การไต่ถามความทุกข์ยาก เป็นทั้งการกระตุ้นพฤติกรรมบวก และการเสริมแรงในคราวเดียวกัน กลไกเครือญาติและเกลียวสัมพันธ์ของคนในชุมชน จึงเป็นปัจจัยสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยง อาสาสมัครครอบครัว และ อสม. ร่วมกันปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

### เอกสารอ้างอิง

1. Clark A JM, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HHX, Mercer SW, et al. . Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modeling study. *Lancet Global Health* 2020;8(8):E1003-17.
2. สุชีรา บรรลือศิลป์. รายงานผลการทบทวนผลกระทบจากภาระโรคของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับโลก. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2564.
3. นัฐพล ปันสกุล, ศุภกาญจน์ แก่นท้าว. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดแพร่. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2563; 40 (2): 66-82.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค

NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2563.

5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดน่าน. สรุปผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ปี 2562. น่าน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน; 2562.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองควาย. สรุปผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ปี 2562. น่าน: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองควาย; 2562.
7. กานดา ยุบล, วรยุทธ นาคอ้าย. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาอำเภอปัว จังหวัดน่าน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2561;41(ฉบับพิเศษ):s23-36.
8. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2540.
9. สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
10. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). กรุงเทพมหานคร: อีโมชั่น อาร์ต; 2557.
11. ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2563;29(4):618-24.
12. รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา สุนทรระกูล, ศศิธร รุจนเวช. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทยนาวิ* 2561;45(3):509-26.
13. สำรวย กลยณี, ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม. ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่. *วารสารราชพฤกษ์* 2562;17(2):95-104.
14. พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ, สรัญญา วัชชวี. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของ

## รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดน่าน

- พระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2558;22(2):117-29.
15. ซาดิซาย กิตยยานันท์. การศึกษาผลการลดกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องของตำบลต้นแบบภายหลังการใช้ “กลไก-ประชารัฐเชิงรุก บุกลึกกันครัว” จังหวัดสมุทรสงคราม 2561; วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561;33(3):375-88.
16. สมยศ ศรีจารนัย. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: [http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc\\_pr/ndc\\_2560-2561/PDF/8549s/%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1.pdf](http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc_pr/ndc_2560-2561/PDF/8549s/%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1.pdf)
17. วีรชัย บริบูรณ์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2559;6(1):60-70.
18. คัทลียา วสุธาดา, นันทวัน ใจกล้า, จาริกา ประคองศรี, สัพพัญญู เทียมเงิน. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับกลุ่มเสี่ยง กรณีศึกษาตำบลบางกะจะ อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2562;36(2):142-53.
19. Schneider MD. A Critique of the study of kinship. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1984.
20. Murdock GP. Kin term patterns and their distribution. Ethnology 1970;9(2):165-208.

### **Abstract: Health Promotion and Diseases Prevention Model for Non Communicable Diseases among Risk Group, Nan Province**

Niyom Siri, M.A.\*; Worayuth Nak-Ai, Ph.D.\*\*

\* Nan Provincial Public Health Office; \*\* Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

*Journal of Health Science 2022;31(2):271-81.*

This qualitative study was aimed to synthesize a health promotion and prevention model for risk people with noncommunicable diseases (NCDs): diabetic mellitus and hypertension, and to study the key success that support operation factors. Data were collected through participated observation, field note and in-depth interviews from 16 key informants recruited from snowball purposive sampling. They were health workers, community health volunteers, family health volunteers, and people at risk of NCDs. The data were analyzed by content analysis. The research result showed that a health promotion and prevention model for non-chronic communicable diseases among the risk people consisted of 5 components which were interrelated in a circular pattern. The inner circle was a health literacy development process; the outer circle represented participating network; and the third circle was the network's roles which was surrounded by the fourth circle representing the network's core competencies. The outermost circle was for supportive agencies that provided assistance with policy and budgets. The key performances for the success were the NCDs policy implementation through district health committees's process, network's participation and community strengthening.

**Keywords: NCDs risk group; health promotion and prevention; community participation**

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไถ่บ้าน ภายใต้รูปแบบ Huaiyot Model

ภัสรา รัตนะ ท.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

วันรับ: 29 ม.ค. 2563

วันแก้ไข: 2 ก.ย. 2564

วันตอบรับ: 12 ก.ย. 2564

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยมุ่งหวังให้กระจายการเข้าถึงบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมและลดระยะเวลารอคอยคิวใส่ฟันเทียมให้รวดเร็วขึ้น ศึกษาที่โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ระยะเวลาตั้งแต่ปี 2558 - 2562 วิธีการศึกษาประกอบด้วย การออกแบบ สร้าง และพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่ รพ.สต. การจัดทำงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือของงานทันตกรรมเฉพาะทางฟันเทียมใน รพ.สต. การจัดสรรอัตรากำลังทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์หมุนเวียนไปปฏิบัติงานที่ รพ.สต. การฝึกสอนให้ผู้ช่วยทันตแพทย์สามารถประดิษฐ์ขึ้นงานแลบฟันเทียมได้เอง และการนัดหมายโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแจ้งให้ผู้ป่วยในพื้นที่ไถ่ รพ.สต. มารับบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียม ได้เป็นรูปแบบการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลห้วยยอด (Huaiyot Model) วิเคราะห์ผลของโครงการโดยเก็บข้อมูลจำนวนผลงานบริการฟันเทียมจากคลังข้อมูลสุขภาพ HDC (Health Data center) และเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นของรัฐในจังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบ Huaiyot Model สามารถขยายไปสู่ รพ.สต.จำนวน 10 แห่ง ส่งผลให้กระจายการเข้าถึงบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมให้แก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมไถ่บ้าน ไม่ต้องเดินทางไกลไปโรงพยาบาล ระยะเวลารอคอยคิวทำฟันเทียมลดลงจาก 8 เดือนเฉลี่ยเหลือเพียง 3 เดือน จำนวนผลงานฟันเทียมในเขตอำเภอห้วยยอดจึงมีจำนวนสูงที่สุดในจังหวัดตรัง

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ; บริการทันตกรรมใส่ฟันเทียม; รูปแบบ Huaiyot Model

## บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่สูญเสียฟันไปหลายซี่ และจำเป็นต้องรักษาด้วยการใส่ฟันเทียมทดแทน ด้วยหลักประกันสุขภาพคุ้มครองสิทธิในการรักษาทันตกรรมที่จัดให้โดยรัฐ ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบัตรทอง สิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่น สิทธิประกันสังคม สามารถใช้สิทธิรักษา-

ทันตกรรมใส่ฟันเทียมได้<sup>(1)</sup> ทำให้มีผู้ป่วยเข้ามาติดต่อทำฟันเทียมจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาของณรงค์ฤทธิ์ จันทวงศ์<sup>(2)</sup> พบว่าความจำเป็นและความต้องการบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ ตำบลหนองแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ร้อยละ 78.2 ต้องการรับบริการคือ ถอนฟันและใส่ฟันเทียม ชูลีพร เผ่านิมมงคล<sup>(3)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัด

สมุทรปราการ พบว่าปัจจัยตระหนักถึงความจำเป็นต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมีความต้องการรับบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมทดแทนมากที่สุด เนื่องด้วยโรงพยาบาลห้วยยอดมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องการทำฟันเทียม จึงจำเป็นต้องจัดระบบลงทะเบียนบัญชีเข้าคิวทำฟันเทียมของโรงพยาบาล

จากการสำรวจข้อมูลการเข้าคิวทำฟันเทียมของผู้ป่วยโรงพยาบาลห้วยยอดในเดือนมีนาคม 2558 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 328 คนอยู่ระหว่างรอเรียกคิวใส่ฟันเทียมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ทำให้ระยะเวลารอคอยทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลนานถึง 1 ปี ด้วยลักษณะงานของการทำฟันเทียมมีหลายขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมาพบทันตแพทย์หลายครั้ง ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลหรือกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องอาศัยญาติพามา จึงไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการทันตกรรมตามนัดหมายได้ทุกครั้ง และจากการศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 15.6 มาใช้บริการใส่ฟันเทียมในหน่วยบริการที่ไม่ใช่ภาครัฐ เนื่องจากซ้ำ รอนาน และไม่สะดวกในเวลาทำการ<sup>(4)</sup> ส่งผลให้มีกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในบางพื้นที่หันไปทำฟันเทียมเถื่อนกับหมอฟันเถื่อนที่ไปให้บริการใส่ฟันเทียมถึงบ้านและเสร็จเร็วกว่า<sup>(5)</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอห้วยยอดมีจำนวน 10 แห่ง ที่มีศูนย์ทันตกรรมและมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขไปปฏิบัติงานประจำ ในการพัฒนาระบบบริการใส่ฟันเทียมเชิงรุกที่รพ.สต. จะสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ให้มีความสะดวกเรื่องการเดินทาง สร้างความพึงพอใจมากต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยได้<sup>(6)</sup> เพราะการเข้าถึงบริการด้านทันตสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ<sup>(7)</sup> ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในการถอดบทเรียนหารูปแบบการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่รพ.สต. ใกล้บ้านแก่ผู้ป่วยให้มี

ประสิทธิภาพขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่รพ.สต. ส่งผลให้กระจายการเข้าถึงบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมและลดระยะเวลารอคอยคิวใส่ฟันเทียมให้รวดเร็วขึ้น

## วิธีการศึกษา

ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าประกอบด้วย แบบรายงานลงทะเบียนบัญชีคิวฟันเทียม รายงานการประชุมจากการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอห้วยยอด (คปสอ.) โปรแกรมรายงานระบบบริการทันตกรรมจากคลังข้อมูลสุขภาพ HDC (Health Data Center) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2562

ขั้นตอนและการพัฒนาประกอบด้วย

1. ศึกษาเอกสารจากแบบรายงานลงทะเบียนบัญชีคิวฟันเทียมของโรงพยาบาลห้วยยอด พบว่า มีผู้ป่วยรอคิวทำฟันเทียมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 อยู่จำนวน 328 ราย จากบันทึกระยะเวลารอคอยตั้งแต่วันที่ลงทะเบียนเข้าคิวจนถึงวันที่ติดต่อดนัดหมายมาทำฟันเทียม ใช้เวลาเฉลี่ย 1 ปี และมีข้อมูลที่บ้านที่กถึงการมาสอบถามลำดับคิวของผู้ป่วยซ้ำๆ เพื่อต้องการเร่งทำฟันเทียมเนื่องจากไม่มีฟันรับประทานอาหาร

2. ออกแบบและพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมโดยคำนึงถึง ผู้ป่วยได้ใส่ฟันเทียมหลังจากการเตรียมช่องปากเสร็จแล้วในระยะเวลาที่เหมาะสม ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รอคิวฟันเทียมของโรงพยาบาลห้วยยอด ลดระยะเวลารอคอยคิวฟันเทียม อำนวยความสะดวกและการเข้าถึงบริการได้ง่าย อยู่ใกล้บ้าน และรวดเร็ว แก่ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาล จึงออกแบบให้ขยายบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมไปที่ รพ.สต. ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอดมี รพ.สต. ในความรับผิดชอบจำนวน 21 แห่ง แต่มีเพียง 4 แห่งที่มีขนาดใหญ่และมีศูนย์ทันตกรรมแล้ว ได้แก่ นางว ห้วยนาง

ลำภูรา และทำจิว ในระยะแรกจึงได้จัดบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมไปที่สถานที่นำร่อง 4 แห่งนี้

3. กำหนดแนวทางการสร้างระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่ รพ.สต. โดยนำเสนอในการประชุมประจำเดือนวาระเพื่อพิจารณาร่วมกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และตัวแทนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าร่วมด้วย

3.1 โรงพยาบาลห้วยยอดจัดสรรอัตรากำลังทันตแพทย์ต่อผู้ช่วยทันตแพทย์สัดส่วน 1:1 หมุนเวียนไปปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง สัปดาห์ละ 1 วัน โดยเปิดให้บริการเฉพาะทำฟันเทียมแบบถอดได้ และนัดหมายผู้ป่วยมารับบริการวันละ 5-6 ราย ในส่วนการเตรียมช่องปากก่อนทำฟันเทียม ได้แก่ ถอนฟันหรืออุดฟันอย่างง่าย ทันตแพทย์จะวางแผนการรักษาและมอบหมายให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่อยู่ประจำดูแลรักษาให้ได้ ส่วน อสม. ให้ความช่วยเหลือในการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ใกล้เคียง รพ.สต. มาทำฟันเทียมตามนัดหมายเมื่อถึงคิว

3.2 กระบวนการทำฟันเทียมจะมีขั้นตอนของชิ้นงานที่ต้องนำส่งบริษัทแลบเอกซันซึ่งต้องผ่านช่องทางรับส่งไปรษณีย์จากโรงพยาบาลห้วยยอด ทำให้เกิดช่วงระยะเวลาที่สูญเปล่านานในการรอคอยชิ้นงานแลบฟันเทียมจากบริษัทเอกซัน ทันตแพทย์จึงจัดกิจกรรมฝึกสอนให้ผู้ช่วยทันตแพทย์สามารถประดิษฐ์ชิ้นงานแลบฟันเทียมได้เอง ได้แก่ Special tray และ Biteblock โดยไม่ต้องส่งชิ้นงานฟันเทียมในขั้นตอนนี้ไปบริษัทแลบเอกซัน ซึ่งช่วยลดระยะเวลาในการทำฟันเทียมให้ผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้นและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการส่งชิ้นงานไปยังบริษัทแลบเอกซันได้

3.3 จัดหางบประมาณในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือของงานทันตกรรมเฉพาะทางฟันเทียม เนื่องจากมาตรฐานของเครื่องมือทันตกรรมที่มีใน รพ.สต. นั้นกำหนดไว้เฉพาะงานทันตกรรมทั่วไป ได้แก่ ขูดหินปูน อุดฟัน และถอนฟัน ไม่มีเครื่องมือสำหรับงานทันตกรรม

เฉพาะทางฉะนั้นจึงควรจัดให้มีเป็นเครื่องมืองานฟันเทียม ประจำในห้องทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้มีใช้เพียงพอ ไม่ต้องเบิกเครื่องมือจากโรงพยาบาลห้วยยอด ไม่ต้องหมุนเวียนเครื่องมือหลายแห่ง จัดซื้อโดยงบเงินบำรุงของโรงพยาบาลห้วยยอดโดยการเขียนแผนเสนอขอชุดเครื่องมือฟันเทียมไปออกให้บริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่ รพ.สต. แห่งละ 1 ชุด

4. ติดตามผลการให้บริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมจากโปรแกรมรายงานระบบบริการทันตกรรมคลังข้อมูลสุขภาพ HDC (Health Data Center) ที่ รพ.สต. นำร่อง 4 แห่งในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยในอำเภอห้วยยอดที่มาติดต่อทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลห้วยยอดถูกจัดแบ่งตามตำบลที่อยู่อาศัยและจัดลำดับคิวส่งรายชื่อต่อให้กับ รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง ผู้ป่วยได้รับบริการทันตกรรมใกล้บ้าน เพื่อให้เดินทางสะดวก และสามารถตามนัดหมายได้ทุกครั้ง หลังจากนั้นนำผลจากการประเมินระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่ รพ.สต. เสนอต่อที่ประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อีกครั้งเพื่อพิจารณาขยายบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมไปที่ รพ.สต. อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยในพื้นที่ใกล้เคียงได้รับบริการอย่างทั่วถึง และเรียกระบบบริการใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านว่า Huaiyot Model

การประเมินความสำเร็จของรูปแบบ Huaiyot Model พิจารณาจากความยอมรับของ รพ.สต. ในการให้ความร่วมมือขยายจุดให้บริการ ระยะเวลารอคอยคิวฟันเทียม และเปรียบเทียบจำนวนผลงานทันตกรรมใส่ฟันเทียมกับโรงพยาบาลอื่นของรัฐในจังหวัดตรัง โดยใช้ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ HDC (Health Data Center)

## ผลการศึกษา

รูปแบบ Huaiyot Model เป็นการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมเปิดให้บริการที่ รพ.สต. ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ นางว ห้วยนาง ลำภูรา และ



ทำจิว ผลจากการที่ผู้ป่วยในพื้นที่นำร่อง 4 แห่ง ได้รับการบริการใส่ฟันเทียมใกล้บ้านและมีความพึงพอใจสะดวกในการเดินทาง ทำให้พื้นที่ตำบลอื่นๆ เล็งเห็นความสำคัญของการได้รับบริการใส่ฟันเทียมใกล้บ้านของผู้ป่วย ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 มี รพ.สต. เข้าร่วมเพิ่มอีก 4 แห่ง ได้แก่ บางดี วังคีรี ปากแจ่ม และเขากอบ ทำให้มียอดผลงานฟันเทียมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการอย่างทั่วถึง ในปีพ.ศ. 2561 ขยายรูปแบบนี้ไปที่ รพ.สต. เพิ่มขึ้นอีก 2 แห่ง ได้แก่ ทุ้งต่อและปากคม รวมเป็น 10 แห่ง (ตารางที่ 1) ซึ่งในปี พ.ศ. 2561 ยอดผลงานฟันเทียมลดลงเนื่องจากผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรอคิวฟันเทียมได้ถูกเรียกมารับบริการใส่ฟันเทียมจนเสร็จสิ้นแล้วทำให้มีผู้ป่วยเหลือน้อยลง

ผลจากการขยายระบบบริการทันตกรรมฟันเทียมไปที่ รพ.สต. ภายใต้รูปแบบ Huaiyot Model ทำให้กระจายผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ในปีพ.ศ. 2558 , 2560 และ 2561 ระยะเวลารอคอยคิวฟันเทียมลดลงเหลือ 8 เดือน 6 เดือนและ 3 เดือนตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมได้ที่รพ.สต. ใกล้บ้าน สะดวกขึ้น ไม่ต้องเดินทางไกล ประหยัดเวลา และผู้ป่วยได้คิวทำฟันเทียมรวดเร็วขึ้นไม่ต้องรอคิวนาน

การติดตามรายงานผลจากโปรแกรมระบบบริการทันตกรรมจากคลังข้อมูลสุขภาพ HDC (Health Data Center) เปรียบเทียบจำนวนผลงานฟันเทียมจำแนกตามโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดตรังพบว่าปี พ.ศ. 2558-2562 โรงพยาบาลห้วยยอดให้บริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมได้จำนวนผลงานโดยรวมสูงที่สุดในจังหวัดตรังเท่ากับ 3,034 ชิ้นงาน คิดเป็นค่าเฉลี่ย 607 ชิ้นงานต่อปี รองลงมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ตรัง โรงพยาบาลสิเกา โรงพยาบาลปะเหลียน โรงพยาบาลกันตัง โรงพยาบาลวังวิเศษ โรงพยาบาลย่านตาขาว โรงพยาบาลรัชฎา โรงพยาบาลนาโยง และโรงพยาบาลหาดสำราญ ตามลำดับ (ภาพที่ 1)

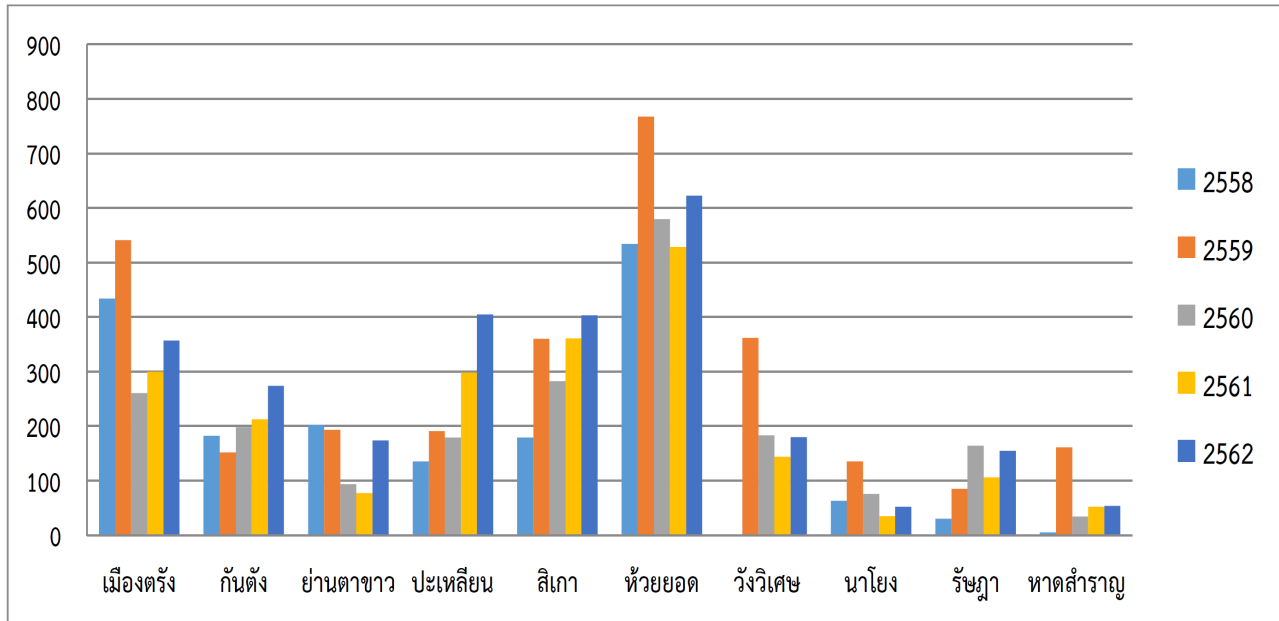
### วิจารณ์

การพัฒนาาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใกล้บ้านด้วยรูปแบบ Huaiyot Model สามารถขยายการบริการไปที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอห้วยยอด ได้จำนวน 10 แห่ง ในช่วงระยะเวลา 5 ปี ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่รอรับบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมในพื้นที่ใกล้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้รับการได้อย่างรวดเร็วขึ้นไม่ต้องเดินทางไกล แสดงให้เห็นถึงรูปแบบของ Huaiyot

ตารางที่ 1 ผลการขยายรูปแบบ Huaiyot Model ไปที่รพ.สต. ปีพ.ศ. 2558 - 2561

	ปี		
	2558	2560	2561
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้บริการทันตกรรมด้วยรูปแบบ Huaiyot Model	นาง	4 แห่งเดิม	8 แห่งเดิม
	ห้วยนาง	บางดี	ทุ้งต่อ
	ลำภูรา	วังคีรี	ปากคม
	ทำจิว	ปากแจ่ม	
		เขากอบ	
จำนวน รพ.สต. ( แห่ง)	4	8	10
จำนวนผลงานฟันเทียม ( ชิ้น)	534	580	529
ระยะเวลารอคอยคิวฟันเทียม ( เดือน)	8	6	3

ภาพที่ 1 จำนวนผลงานฟันเทียมแบบถอดได้จำแนกตามโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดตรัง ปี พ.ศ. 2558- 2562



Model ที่มีประสิทธิภาพสามารถขยายผลต่อเนื่องได้จริง และทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จ แตกต่างกับการศึกษาของอนงค์ เพชรล้ำ<sup>(6)</sup> ที่ทางกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการใหม่ ฟันเทียมทันใจ ห่วงใยชุมชน ดำเนินการโดยนัดหมายผู้ป่วยไปรับบริการทำฟันเทียมที่ รพ.สต.นาร่องได้เพียง 2 แห่ง และการศึกษาของวัณณะ ศรีวัฒนา<sup>(8)</sup> ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการใส่ฟันเทียมให้กับผู้ป่วยเฉพาะที่ รพ.สต. ขนาดใหญ่ ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม ได้จำนวน 4 แห่ง แต่มีข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรทันตแพทย์ไม่เพียงพอ ความไม่พร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่และผู้ช่วยทันตแพทย์ แม้ว่าวัสดุอุปกรณ์ส่วนหนึ่งจะจัดเตรียมไปจากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม

การกระจายคิวผู้ป่วยฟันเทียมที่แออัดในโรงพยาบาลส่งต่อไปทำฟันเทียมที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน ด้วยรูปแบบการดำเนินงานของ Huaiyot Model ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยคิวเพื่อเรียกมาทำฟันเทียมลดลงเหลือเพียง 3 เดือน ผู้ป่วยได้รับบริการรวดเร็วขึ้น ไม่ต้องรอนาน เดินทางใกล้บ้านได้สะดวก และจะช่วยลดปัญหาการทำฟันเทียมเลื่อน

กับหมอฟันเดินทางไปให้บริการถึงบ้านได้ เปรียบเทียบกับการศึกษาของอังคณา งามสมบัติ<sup>(9)</sup> สามารถลดระยะเวลาการรอคอยคิวใส่ฟันเทียมเหลือเพียง 3.5 เดือน ด้วยวิธีการปรับตารางนัดงานทันตกรรมเฉพาะทางของทันตแพทย์ จัดตารางเวรผู้ช่วยทันตแพทย์เพื่อช่วยช่างแก้ฟันเทียม กำหนดตัวชี้วัดงานใส่ฟันเทียมรายบุคคลของทันตแพทย์ เพิ่มยูนิตทันตกรรม และปรับเปลี่ยนบริษัทรับส่งงานแลบฟันเทียม จะเห็นได้ว่ารูปแบบการบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยแตกต่างกัน แต่รูปแบบดังกล่าวไม่สามารถกระจายการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่อยู่พื้นที่ห่างไกลได้ ทำให้มีผู้ป่วยบางส่วนที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลยังคงไปทำฟันเทียม-เลื่อนกับหมอฟันเลื่อนแทน

ข้อเสนอแนะรูปแบบ Huaiyot Model สามารถเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่น ๆ นำไปใช้เป็นแบบอย่างและขยายผลต่อไป เพื่อกระจายการเข้าถึงบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมแก่ผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงภายใต้ระบบงานที่มีรูปแบบชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ควรมีการติดตามประเมินผลคุณภาพระบบบริการที่ผู้ป่วยได้มาใส่ฟันเทียมใกล้บ้าน ประเมินผลคุณภาพชีวิตภายหลังใส่ฟันเทียมแล้ว และ

สำรวจความพึงพอใจต่อการมารับบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่รพ.สต. ทั้งนี้ในอนาคตควรมีทันตกรรมเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ใกล้ รพ.สต. ที่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมให้มารับบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมใกล้บ้าน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยยอด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอห้วยยอดทุกท่าน และทันตแพทย์พีรพงษ์ จันทรพุ่ม หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยยอด ที่ให้แนวคิดหลักสำคัญในการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมเป็นแรงบันดาลใจและสนับสนุนช่วยเหลือการเขียนผล-งานวิชาการในครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. สิทธิการรักษาทางทันตกรรมที่จัดให้โดยรัฐในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 14 ธ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://dt.mahidol.ac.th/th/wp-content/uploads/2017/09.pdf>
2. ณรงค์ฤทธิ์ จันทนงค์. ความจำเป็นและความต้องการบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ ตำบลหนองแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 14 ธ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.184.6/Newaumpher/fileupload/13156Dental.pdf>
3. ชุติพร เผ่านิ่มมงคล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพัฒนศึกษาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2561;17(1):10-9.

4. สุณี วงศ์คงคาเทพ. การใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทย ปี 2552. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2555;17(2):45-59.
5. กุลนันท์ พุ่มไม้, ปิยะนารถ จาติเกตุ. ขบวนการไต่ตรองของผู้ใช้บริการหมอฟันที่บ้านโดยใช้แบบจำลองโน้มน้าวใจ. เชียงใหม่ทันตแพทยสาร 2560;38(2):139-50.
6. อนงค์ เพชรล้ำ. การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการใหม่ ฟันเทียมทันใจ ห่วงใยชุมชน อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม 2560;11(26):44-61.
7. เกศคินี วีระพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ่อเกลือ อําเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน. เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ นเรศวร-วิจัย ครั้งที่ 12: นเรศวรวิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ; 21-22 ก.ค. 2559; มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559: 695-705.
8. วัฒนะ ศรีวัฒนา. คุณภาพและการดูแลรักษาฟันเทียม สภาวะช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้รับบริการใส่ฟันเทียมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556-2558. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2559;10(23):36-50.
9. อังคณา งามสมบัติ. การลดระยะเวลารอคิวใส่ฟันเทียม [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 19 ธ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://110.77.137.106/CQI/uploads/CQI.A1.pdf>

**Abstract: Development of Dental Prosthesis Service at Sub-District Health Promoting Hospitals Near Home Under the Huaiyot Model, Trang Province, Thailand**

**Phassara Ratana, D.D.S**

*Dental Department, Huaiyot Hospital, Trang Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):282-8.*

The purpose of this study was to develop dental prosthesis service at sub-district health promoting hospitals which would be beneficial for the increase in accessibility and the reduction of the long waiting time for the patients. It was conducted as an action research at Huaiyot Hospital in Trang Province during the years 2015-2019. The process began from a situation review and a study of the performance report, followed by the expansion of dental prosthesis service to participating sub-district health promoting hospitals through the procurement and distribution of dental clinical tools and materials to the sub-district hospitals, rotation of dentists and dental assistants to the sub-district hospitals, development of dental lab skills for dental assistants, and appointment of patients to receive dental prosthesis service at local sub-district hospitals. The results of the study revealed that the Huaiyot Model had gradually extended to cover ten sub-district health promoting hospitals; and the number of patients receiving the dental service in Huaiyot had increased. The patients were able to access the service at a health facility close to their home; and the waiting time reduced from initial 8 months to three months by the end of 2019. As a result, the number of patients receiving dental prosthesis service in Huaiyot became the highest compared to the rest of public hospitals in the province.

**Keywords: model development; dental prosthesis service; Huaiyot Model**

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การดูแลสุขภาพตนเองและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแกงเขน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

นภินทร ศิริไทย ว.ม. (การสื่อสารภาครัฐและเอกชน)\*

ชินเงิน พิริภักดิ์ ส.บ.\*\*

\* สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

\*\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแกงเขน จังหวัดนนทบุรี

วันรับ:	23 ส.ค. 2562
วันแก้ไข:	11 ม.ค. 2565
วันตอบรับ:	21 ม.ค. 2565

**บทคัดย่อ** สถานการณ์ของโรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี แม้จะมีการณรงค์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อีกทั้งปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารข้อมูล ทำได้ง่ายและเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถค้นหา เข้าถึง วิเคราะห์ ตัดสินใจ และเลือกใช้ข้อมูลความรู้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการแนวคิดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ โดยจังหวัดนนทบุรี เป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน แต่จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแกงเขน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนหนึ่งที่มีพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง มีการควบคุมระดับเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติได้ดี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง และใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกรายบุคคล ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและสร้างข้อสรุปตามประเด็นสำคัญ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง 6 รูปแบบ คือ (1) ปรับพฤติกรรมการกิน (2) กินยาสม่ำเสมอ (3) ควบคุมอาหารด้วยตนเองโดยไม่กินยา (4) พบแพทย์ต่อเนื่อง (5) ดูแลกายและใจ และ (6) ใช้ยาสมุนไพรเป็นทางเลือกร่วม รวมทั้งมีพฤติกรรมการรู้เท่าทันด้านสุขภาพในระดับขั้นปฏิสัมพันธ์ คือ สามารถเข้าถึง ค้นหาข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต และมีทักษะการคิดวิเคราะห์เพื่อประเมินข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ; การจัดการสุขภาพตนเอง; การดูแลสุขภาพ; โรคเบาหวาน

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เป็นภัยคุกคามที่ลุกลามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (international diabetes federation: IDF)<sup>(1)</sup> ได้รายงานว่ ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวม 425 ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 98 ล้านราย และช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และคาดการณ์ว่ ในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 191 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 94.8 และในช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 438 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 33.9

สำหรับสถานการณ์ของโรคเบาหวานในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า ประชากรไทยทุกๆ 100 คน จะมีผู้เป็นโรคเบาหวานถึง 8 คน โดยคนที่มีอายุเกิน 35 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.6 และคนที่อายุเกิน 65 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18.0<sup>(2)</sup> ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุข<sup>(3)</sup> ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งประเทศของปี พ.ศ. 2559 - 2562 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 840,489 คน ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 876,970 คน ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 941,226 คน และปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1,002,310 คน โดยจังหวัดนนทบุรี เป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน คือ ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 11,114 คน ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 11,892 คน ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 13,524 คน และปี พ.ศ. 2562 จำนวน 13,822 คน โดยแนวทางสำคัญหนึ่งที่ประเทศไทยใช้ในการหยุดยั้งและลดความสูญเสียจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ คือ การกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองด้วยการลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเหล่านี้ ทั้งการควบคุมยาสูบ สุรา อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย ผ่านการรณรงค์เพื่อการ

สร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของหน่วยงานต่างๆ อีกทั้งจากสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตที่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจะมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างมากมาหาคาศเนื่องจากเทคโนโลยีทางการสื่อสารที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลทำได้ง่ายสะดวกและเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหรือประชาชนมีความสามารถและศักยภาพในการค้นหา เข้าถึง แลกเปลี่ยน กลั่นกรอง เลือกรับ ทำความเข้าใจ ประเมิน วิเคราะห์ ตัดสินใจด้วยกระบวนการทางความคิด และเลือกนำหรือใช้ข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเองมาปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพหรือการตัดสินใจที่เหมาะสมกับสภาวะของตนเองได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการแนวคิดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ หรือ health literacy ตามที่ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559<sup>(4)</sup> นิยามไว้ว่า คือ ความสามารถในการค้นหา เข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีเป้าหมายให้เกิดการรู้เท่าทันด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ของโรคเบาหวานในภาพรวมของประเทศ และจำแนกตามจังหวัดต่างๆ รวมถึงจังหวัดนนทบุรี ยังพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านหนองแกงเขน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ที่มีการเปิดคลินิกโรคเรื้อรังมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และมีกิจกรรมนัดตรวจผู้ป่วยของคลินิกโรคเบาหวานทุกวันศุกร์ โดยข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2560 รพ.สต. แห่งนี้ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากกว่าหนึ่งร้อยคน โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนหนึ่งที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการควบคุมระดับเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติ/มีความคงที่หรือลดลงได้ มีการปฏิบัติและการปรับตัวด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้อง และไม่มีโรคแทรกซ้อน

ดังนั้น ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความรู้ และประสบการณ์ในการรับมือ การเผชิญหน้ากับโรคเบาหวาน และการปรับตัวด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง รวมไปถึงความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งในเรื่องของการรับรู้ การเข้าถึง การแสวงหา การไตร่ตรองข้อมูลความรู้ที่ได้รับ และการปฏิบัติจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแกงเซิน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ จะช่วยให้ทราบถึงแบบแผนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อันจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายอื่น ๆ ต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ใช้การสุ่มแบบเจาะจง และมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ (1) ไม่จำกัดอายุ เพศ และระดับการศึกษา (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และมาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแกงเซิน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี (3) มีประวัติการป่วยเรื้อรังด้วยโรคเบาหวาน มากกว่า 6 เดือน (4) มีผลการตรวจระดับระดับน้ำตาลในเลือด (เบาหวาน) ในระดับไม่เกิน 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และมีระดับน้ำตาลในเลือดคงที่หรือลดลงภายใน 2 ปี (5) เป็นผู้มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 ปี (6) มีสติสัมปชัญญะและสามารถให้ข้อมูลได้ และ (7) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง ที่พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบการสร้างคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและพฤติกรรมของการรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีโครงสร้างคำถาม ดังนี้ (1) ข้อมูลส่วนตัวและบริบทพื้นฐานของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา (2) การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับมือกับโรคเบาหวานของผู้ป่วย เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน (3) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (4) รูปแบบ/วิธีการในการค้นหาและศึกษาข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวาน และ (5) ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินข้อมูลสุขภาพ และนำไปเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือการตัดสินใจที่เหมาะสมกับตนเอง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการศึกษากาตสนามและใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกรายบุคคลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ทั้งจากการถอดเทปสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาแต่ละคน มาจับประเด็นสำคัญที่ได้ตามประเด็นของแบบสัมภาษณ์ นำมาเรียบเรียงและสร้างข้อสรุปตามประเด็นสำคัญ เพื่ออธิบายถึงความรู้สึก การรับรู้ ความคิด ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติดูแลรักษาสุขภาพ หรือพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สะท้อนออกมาจากคำพูด การกระทำ ซึ่งแสดงออกถึงความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้อันเกี่ยวข้องเป็นประสบการณ์และพฤติกรรมในการปฏิบัติดูแลรักษาสุขภาพและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การตรวจสอบข้อมูล ได้แก่ (1) ผู้ศึกษาให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแกงเซิน เป็น

ผู้ให้ข้อมูลในเบื้องต้น และตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาอีกครั้ง และ (2) ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (data triangulation) โดยตรวจสอบแหล่งข้อมูลบุคคลที่ได้มาตั้งนี้ มีการตรวจสอบข้อมูลโดยการพิจารณาจากข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแกงเซ่น การสอบถามจากญาติผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วนำมาพิจารณาความสอดคล้องกันของข้อมูลนั้น

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้ศึกษาให้สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาตัดสินใจด้วยตนเอง หลังจากผู้ศึกษาได้ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนของการศึกษา เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาถามข้อข้องใจในการศึกษาได้ ให้สิทธิด้านความพร้อมของการให้ข้อมูล มีการขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ และความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษา การถอดความ การใช้นามสมมุติ เพื่อปกป้องความเป็นบุคคลของแหล่งข้อมูล

### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลเบื้องต้นของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ทั้ง 5 คน เกือบทั้งหมดหรือร้อยละ 80 เป็นเพศชาย (4 คน) และร้อยละ 20 เป็นเพศหญิง (1 คน) เป็นผู้ที่มียุ 45-55-67 และ 78 ปี โดยเป็นผู้มีอายุ 55 ปี จำนวน 2 คน ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 80 (4 คน) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และร้อยละ 20 (1 คน) ที่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนการประกอบอาชีพค่อนข้างมีความหลากหลาย คือ เป็นเจ้าของร้านค้า เกษตรกร คุมวินมอเตอร์ไซด์ และไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากอยู่ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุแล้ว จำนวน 2 คน นอกจากนั้น สามารถจัดกลุ่มช่วงระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน 11 ปีขึ้นไป จำนวน 1 คน กลุ่มที่ 2 คือ ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานในช่วง 6-10 ปี จำนวน 2 คน และ กลุ่มที่ 3 คือ ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน 1-5 ปี จำนวน 1 คน

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับมือกับโรคเบาหวานของผู้ป่วย เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาบางคนเกิดอาการตกใจ กลัว บางคนรู้สึกวิตกกังวล เพราะคิดถึงผลที่จะเกิดตามมา เนื่องจากพบเห็นประสบการณ์ที่เกิดกับคนรอบข้าง บางคนรู้สึกไม่กังวล เพราะคิดว่าเป็นเหตุมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เป็นสิ่งที่ต้องยอมรับ อีกทั้งยังมีประสบการณ์ที่คนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน และยังมีชีวิตที่ปกติได้

3. พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษา พบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใน 6 รูปแบบ คือ

1) การปรับพฤติกรรมการกินและการควบคุมอาหาร ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทั้งหมด มีการปรับพฤติกรรมการกินและการควบคุมอาหารแตกต่างไปจากเดิม ก่อนที่จะเป็นโรคเบาหวาน โดยเน้นการลดอาหาร ขนม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน และรสจัดเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล เช่น งดผลไม้รสหวาน ขนมขบเคี้ยว ขนมหวาน ของทอด นมโยเกิร์ต และเครื่องดื่มรสหวาน พยายามหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน กะทิ และน้ำซุปรสหวาน ไม่กินอาหารที่ใส่เครื่องปรุงรสจัด ลดสัดส่วนของการกินข้าวลงไป เน้นกินปลาและผักมากขึ้น เป็นต้น

2) การกินยาตามที่ได้รับจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ร้อยละ 60 (3 คน) ที่มีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดร่วมกับการกินยาตามที่ได้รับจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

3) การควบคุมอาหารและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ด้วยตนเอง โดยไม่กินยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ร้อยละ 40 (2 คน) ที่มีรูปแบบการควบคุมอาหารและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ด้วยตนเอง โดยไม่กินยาตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจากกลัวผลกระทบบหรือผลข้างเคียงจากการกินยา

4) การพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบระดับ



น้ำตาลในเลือด โดยผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทั้งหมดมีการพบแพทย์ตามนัดหมายอย่างต่อเนื่องเพื่อตรวจสอบระดับน้ำตาลว่าอยู่ในระดับปกติหรือระดับที่ควบคุมได้

5) การดูแลตนเองทั้งเรื่องทางกายและใจควบคู่กัน ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทั้งหมด มีการรับรู้และเข้าใจว่า สิ่งสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ต้องจัดการดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ และบางคนมีแบบแผนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเป็นรูปแบบชัดเจน จนเป็นวิถีในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นผู้สูงอายุ และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่ได้ทำงานแล้ว ส่วนบางคนปฏิบัติอย่างไม่มีแบบแผนหรือรูปแบบที่ชัดเจน โดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกาย เนื่องด้วยยังอยู่ในวัยทำงาน อาชีพและวิถีชีวิตที่ไม่เอื้อให้สามารถออกกำลังกายทุกวันหรือสม่ำเสมอ

6) การใช้ยาสมุนไพรและวิถีทางเลือกอื่น ๆ ร่วมในการดูแลรักษา ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทั้งหมด ยังได้มีการแสวงหาทางเลือกในการรักษาโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการใช้สมุนไพรหลายชนิด บางคนใช้แล้วได้ผลดีกับตนเองก็จะปฏิบัติเช่นนั้นต่อไป บางคนมีการทดลองให้อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หลังจากพบว่าระดับน้ำตาลไม่ลดลง จึงเลิกใช้หรือเปลี่ยนวิธีการใหม่ แต่มีบางคนไม่เลือกที่จะใช้สมุนไพรร่วมในการรักษาโรคเบาหวานเลย เพราะไม่มั่นใจในสรรพคุณ คุณภาพ และความสะอาดของสมุนไพร

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้ง 5 คน มีแบบแผนการดูแลสุขภาพของตนเองที่คล้ายคลึงกัน คือ มีการปรับพฤติกรรมการกินและการควบคุมอาหาร เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์และความเครียด ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 5 คน รับรู้และเข้าใจดีว่า การดูแลรักษาโรคหรือการดูแลสุขภาพของตนเองต้องครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงอย่างสมดุล ควบคู่กับการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง รวมไปถึงการพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดได้ดี แต่มีบางคนที่ไม่กินยาตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจากกลัวผลข้างเคียงจากการกินยาในระยะยาว ในขณะที่พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความแตกต่างกันในรายละเอียดตามแต่วิถีชีวิตและวิถีปฏิบัติของแต่ละคน โดยเฉพาะเรื่องของการออกกำลังกาย และการใช้สมุนไพรและวิถีทางเลือกอื่น ๆ ร่วมในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน โดยบางคนเลือกที่จะไม่ใช้สมุนไพรร่วมในการรักษาเลย อย่างไรก็ตาม มีบางคนเลือกใช้วิธีการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการปรับประยุกต์และสร้างความรู้ในการดูแลจัดการสุขภาพของตนเองด้วยการใช้สมุนไพรหลายชนิด โดยได้ทดลองปฏิบัติกับตนเอง เมื่อได้ผลลัพธ์ที่ดี จึงเลิกรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งไปเลย แต่มีบางคนที่เลือกใช้สมุนไพรและอาหารเสริมบางประเภทในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มเติมด้วย และหากไม่ได้ผลดี จึงเลิกใช้ และทดลองแนวทางใหม่ไปเรื่อย ๆ

4. รูปแบบหรือวิธีการในการค้นหาและศึกษาข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวาน เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานแล้ว ได้มีการค้นหาและศึกษาข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวาน โดยรูปแบบหรือวิธีการศึกษาหาข้อมูลข่าวสารและความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานในหลายช่องทาง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการสืบค้นข้อมูลข่าวสารและความรู้ผ่านทางอินเทอร์เน็ต การพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิด คนที่มีประสบการณ์การเป็นโรคเบาหวาน และการสอบถามจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข

5. ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินข้อมูลสุขภาพ และนำไปแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือการตัดสินใจที่เหมาะสมกับตนเอง จากการศึกษาพบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทั้งหมด มีการเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีการคิดวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับด้วยวิจารณญาณของตนเอง ที่จะเชื่อหรือไม่เชื่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ได้รับมาจากหลากหลาย

หลายช่องทาง อีกทั้งบางคนยังมีการสร้างความรู้จากการทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง และนำไปสู่แบบแผนหรือแนวปฏิบัติตนในการดูแลตนเองอย่างเป็นรูปแบบชัดเจน บางคนมีการสร้างความรู้ในการปฏิบัติดูแลตนเองร่วมกับการรักษาของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข โดยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานดังกล่าวนี้ นำไปสู่การตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อไม่ต้องกินหรือปรับเพิ่มยา และการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ในการรักษาโรคเบาหวานอีกด้วย

### วิจารณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้ความเข้าใจยอมรับและเผชิญหน้าต่อการเป็นโรคเบาหวานว่าแม้จะเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงมากต่อการใช้ชีวิตประจำวัน แต่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่หายขาด และจะอยู่กับผู้ป่วยไปตลอดชีวิต แต่หากมีการปรับตัวด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี มีการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ หรือหากรู้จักและเข้าใจต่อลักษณะของโรคเบาหวานอย่างดีก็จะอยู่หรือมีชีวิตร่วมกับโรคเบาหวานได้อย่างเป็นปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณธา ชื่นวัฒนา และณิชาภา สอนภักดี<sup>(5)</sup> ที่ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นอย่างดี โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการดูแลตนเองดี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ให้อยู่ในระดับปกติและคงที่นั้น มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรค

เบาหวาน ใน 6 รูปแบบ ได้แก่

1) การปรับพฤติกรรมการกินและการควบคุมอาหาร เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคเบาหวาน

2) การกินยาตามที่ได้รับจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ นอกจากการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดแล้ว การกินยาตามที่หมอสั่งอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองอยู่ในระดับปกติและคงที่ได้เป็นอย่างดี

3) การควบคุมอาหารและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ด้วยตนเอง โดยไม่กินยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ในกรณีนี้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารและลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ด้วยตนเองเป็นอย่างดี ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของตนเองอยู่ในระดับปกติและคงที่ได้อย่างต่อเนื่อง

4) การพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบระดับน้ำตาล ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีวินัยในการพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่มีการนัดหมายทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับรู้ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของตนเอง และสามารถดูแลหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

5) การดูแลตนเองทั้งเรื่องทางกายและใจควบคู่กัน สิ่งสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ต้องจัดการดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหาร อารมณ์ การดูแลและจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การกินยาอย่างสม่ำเสมอ และการพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยต้องมีแบบแผนการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเป็นรูปแบบชัดเจน มีการปฏิบัติอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จนเป็นวิถีในชีวิตประจำวัน

6) การใช้ยาสมุนไพรและวิถีทางเลือกอื่นๆ ร่วมในการดูแลรักษา เป็นรูปแบบทางเลือกหนึ่งของการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใน 6 รูปแบบนี้ เป็นรูปแบบที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองตามความ

เหมาะสม ตามความรู้ ประสบการณ์ วิถีชีวิต ความเชื่อ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ด้วยตนเอง การดูแลตนเองทั้งเรื่องร่างกายและใจควบคู่กัน ร่วมกับการพบแพทย์และกินยาตามที่ได้รับจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ส่วนการใช้ยาสมุนไพรเป็นวิถีทางเลือกนอกเหนือจากรูปแบบดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของกุลฤดี จิตตยานันท์ และคณะ<sup>(6)</sup> เพชรรัตน์ จิวแก้ว และคณะ<sup>(7)</sup> เลิศมณฑน์ฉัตร อัครวาทิน และคณะ<sup>(8)</sup> และการศึกษาของสมใจ จางวาง และคณะ<sup>(9)</sup> ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับรู้ดีว่า การออกกำลังกาย การดูแลด้านอารมณ์ การกินยาที่ถูกต้อง พบแพทย์อย่างต่อเนื่อง และควบคุมอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการรักษาและควบคุมโรคเบาหวาน การรู้จักเลือกกินและจำกัดปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คือ ผู้ที่มีการปรับพฤติกรรม การกินและการควบคุมอาหาร และพยายามงด ลดและหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน รสจัด อาหารที่มีไขมันและแป้งสูง มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การกินยาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยการใช้สมุนไพรยาสมุนไพรและวิถีทางเลือกอื่นๆ เป็นทางเลือกอย่างเหมาะสมในการรักษาและดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละคน

สำหรับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีรูปแบบหรือวิธีการในการค้นหาและศึกษาข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวานในหลายช่องทาง ไม่ว่าจะเป็นทางอินเทอร์เน็ต หรือเครือข่ายทางสังคม (social network) การศึกษาข้อมูลความรู้สุขภาพจากสื่อต่างๆ อาทิ แผ่นพับ สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น รวมไปถึงการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สุขภาพกับบุคคล

ในครอบครัว คนใกล้ชิด คนที่มีประสบการณ์การเป็นโรคเบาหวาน และการสอบถามจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเข้าถึงและสืบค้นข้อมูลความรู้สุขภาพทางอินเทอร์เน็ต หรือเครือข่ายทางสังคมก่อนเป็นอันดับแรก เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว

จากผลการศึกษาของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทั้ง 5 คน พบว่า มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในขั้นปฏิสัมพันธ์ คือ การมีทักษะในการคิด วิเคราะห์ รู้จักเลือกรับและใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะข้อมูลข่าวสารได้ มีการปรับประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองได้ รับรู้และวิเคราะห์ได้ว่า ข้อมูลข่าวสารใดน่าเชื่อถือ เป็นจริง หรือถูกต้อง และข้อมูลข่าวสารสุขภาพใดที่เหมาะสมสำหรับตนเอง รวมทั้งยังมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลความรู้สุขภาพที่ได้รับด้วยการคิดวิเคราะห์ ไตร่ตรองด้วยวิจารณญาณของตนเอง ที่สำคัญยังมีการนำข้อมูลความรู้สุขภาพดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เป็นแบบแผนพฤติกรรมหรือแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองอีกด้วย สอดคล้องกับการพิจารณาระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy ของ Nutbeam D<sup>(10)</sup> ซึ่งได้จำแนกระดับของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ระดับขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การอ่านออกเขียนได้ สามารถอ่านฉลากยาได้ มีความเข้าใจตามที่แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขแนะนำ มีการกินตามที่แพทย์สั่ง มีการมาพบแพทย์ตามการนัดหมายอย่างถูกต้อง เป็นต้น ส่วนระดับที่ 2 คือ ระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ communicative/interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้

ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ และระดับที่ 3 คือ ระดับขั้น วิจารณ์ญาณ หรือ critical health literacy ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการ สถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ เป็นระดับที่เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคม และสุขภาพของประชาชนทั่วไป

ปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษาที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และอาชีพ ไม่มีผลต่อความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เนื่องจากปัจจุบันคนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ และการรับรู้หรือความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว แต่สำหรับทักษะการคิด ไตร่ตรอง การตัดสินใจด้วยกระบวนการทางปัญญาอาจจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์ชีวิตร่วมด้วยในการนำข้อมูลความรู้สุขภาพเหล่านั้น มาประยุกต์ปรับใช้กับการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งทักษะการคิด ไตร่ตรอง การตัดสินใจ ด้วยกระบวนการทางปัญญาและประสบการณ์ชีวิตเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพด้วย ซึ่งหากผู้ป่วยหรือประชาชนมีศักยภาพและความสามารถ หรือมีทักษะด้านความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ย่อมทำให้เกิดการบริโภคข้อมูลข่าวสารด้วยการคิดวิเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้อง มีการตัดสินใจทางด้านสุขภาพด้วยความรู้และความจริง มากกว่าความเชื่อ ซึ่งจะทำให้มีการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งมีกระบวนการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วย โดยมีการสร้างความรู้จากการทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง และนำไปสู่แบบแผนปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเป็นรูปแบบชัดเจน และในบางกรณีมีการสร้างความรู้ในการปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับการรักษาของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขได้ เพื่อไม่

ต้องกินยาหรือปรับเพิ่มยา และการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ ในการรักษาโรคเบาหวานได้ ดังที่องค์การอนามัยโลก<sup>(11)</sup> ระบุว่า หากประชากรมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำแล้ว ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำตามไปด้วย ซึ่งจะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ แก้วทอง และคณะ ที่พบว่า ผู้ที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพเพียงพอจะมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพจำกัดและไม่เพียงพอ<sup>(12)</sup> เนื่องจากผู้ที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพเพียงพอ นอกจากจะมีความสามารถในการอ่านและเข้าใจในข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแล้ว ยังเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค สามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบผลดี ผลเสียของการไม่ดูแลสุขภาพและตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เห็นว่า เหมาะสมได้

จึงอาจกล่าวได้ว่า คนที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในระดับมากกว่าย่อมได้เปรียบกว่าคนที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในระดับน้อยกว่า เพราะสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพและโรคต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ด้วยศักยภาพ ความสามารถหรือมีทักษะในการคิดวิเคราะห์ แยกแยะ ประมวลข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพได้ ด้วยการใช้กระบวนการคิดและวิจารณ์ญาณด้วยตนเอง เพื่อเลือกใช้หรือปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับตนเองได้อีกทั้งผู้ที่มีทักษะความรู้เท่าทันด้านสุขภาพนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับเพศ อายุ อาชีพ การศึกษาเท่านั้น แต่ผู้ที่มีทักษะความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ คือ ผู้ที่ใส่ใจ ตระหนัก ให้ความสำคัญ และมีกระบวนการในการเรียนรู้ การจัดการความรู้ เพื่อพัฒนารูปแบบ วิธีการ แบบแผนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองตลอดเวลา และสามารถสื่อสารหรือปฏิบัติสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้วยความมั่นใจ เพื่อนำไปสู่แนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับแต่ละบุคคลร่วมกันได้เป็นอย่างดี

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1) ควรมีการนำประสบการณ์และความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแบบแผนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย และมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในระดับปกติหรือคงที่นำมาเป็นตัวอย่างที่ดี (best practice) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อให้เกิดความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2) ควรมีแนวทางในการส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาศักยภาพและทักษะความรู้เท่าทันสุขภาพให้กับประชาชนหรือผู้ป่วย เพื่อให้ประชาชนมีการเข้าถึง มีความสามารถในการวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพของตนเอง อันนำไปสู่การมีแบบแผนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับแต่ละบุคคลได้

2. ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง ควรมีการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานในลักษณะที่เจาะลึกมากขึ้นถึงระดับวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อแบบแผนของพฤติกรรมทั้งในเรื่องของการดูแลตนเอง กระบวนการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมไปถึงการติดตามผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะยาว เพื่อให้ได้รายละเอียดที่ครบถ้วน และนำไปสู่งานวิจัยที่เป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Hfocus. สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ประเมินทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านราย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>
2. เทพ หิมะทองคำ. ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒนา; 2552.
3. กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2561 (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง COPD) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
4. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 284 ง (ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2559).
5. วรณรา ชื่นวัฒนา, ฉนิชานาฏ สอนภักดี. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี 2557;6(3):163-70.
6. กุลฤดี จิตตยานันท์. ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557;23(3):110-21.
7. เพชรรัตน์ จิวแก้ว, เบญจมาศ ชะดาจันทร์, ลัดดา แสงศรี, มณีรัตน์ ทินสม, อุมพร ฉัตรวิโรจน์. การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบัว อำเภอดุสิต จังหวัดพิจิตร. การประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ครั้งที่ 4; 22 ธันวาคม 2560; สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏ กำแพงเพชร; 2560.
8. เลิศมณฑน์ฉัตร อัครวาทิน, สุรางค์ เมธานนท์, สุทธิชาติติยะ. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาผู้ป่วยตำบลม่วงงาม อำเภอสายบุรี จังหวัดสงขลา. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ 2554;5(1):103-12.
9. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน, นิรชร ชูดีพัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3(1):110-28.
10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-67.
11. World Health Organization. Health promoting glossary. [Internet]. 1998 [cited 2021 Jul 27]. Available from:

<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

12. นางลักษณ์ แก้วทอง, ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, ชวิญเมือง แก้วดำเกิง. ความ

แตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 2557; 30(1):45-56.

**Abstract: Self-care of Diabetic Patients and Health Literacy: Case Study of Diabetic Patients of Ban Nong Kang Khen Sub-district Health Promoting Hospital, Nonthaburi Province, Thailand**

**Napintorn Sirithai, M.A. (Communication Management for Public and Business Sectors)\*; Chingern Piripun, B.P.H.\*\***

*\* The National Health Commission Office; \*\* Ban Nong Kang Khen Sub-district Health Promoting Hospital, Bang Mae Nang Sub-district, Bangyai District, Nonthaburi Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):289-98.*

The number of patients with diabetes in Thailand continues to increase annually despite the active campaigns for health promotion and disease prevention. Nowadays, with the easier and faster access to information, there is an opportunity to disseminate knowledge and information to change their health behaviors among diabetes patients in order to improve self care among them. The objective of this research was to study the association between self-care behaviors pattern and health literacy level of diabetic patients. It was conducted at Ban Nong Kang Khen Sub-district Health Promoting Hospital in Nonthaburi province. The samples were purposively recruited diabetes patients who had over 2 years of self care experiences and willing to participate in the study. Data were collected by in-depth interview using a semi-structured questionnaire; and were analyzed according to the key related issues. The results showed that the diabetic patients had 6 patterns of health care behaviors: (1) consumption adjustment behavior, (2) medicine adherence, (3) diet control without medication, (4) regular hospital visits, (5) taking care of the body and mind, and (6) utilization of some kinds of herbs as the alternative treatment of diabetes. The patients were well aware and literate on information and knowledge related to diabetes. Most of them accessed and searched for health information on the internet and had analytical thinking skills to evaluate information and health knowledge for self-care or management. Thus, health literacy in patients could result in the modification of health care behaviors appropriate for their ability to live a normal life and have a better quality of life.

**Keywords: health literacy, self-care, self-health management, self-care behavior, NCDs, diabetes mellitus**

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเกะยาวชัยพัฒนา จังหวัดพังงา

มนทิต พูลสงวน พ.บ.

โรงพยาบาลเกะยาวชัยพัฒนา อำเภอกะยาว จังหวัดพังงา

วันรับ:	20 เม.ย. 2564
วันแก้ไข:	29 ธ.ค. 2564
วันตอบรับ:	9 ม.ค. 2565

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาที่โรงพยาบาลเกะยาวชัยพัฒนา โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี HbA1C <7 และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ HbA1C ≥7 ข้อมูลที่ใช้ศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นโรค ดัชนีมวลกาย BMI ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต ค่า microalbuminuria วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ทดสอบความสัมพันธ์ binary logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนทั้งสิ้น 297 คน พบปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ระดับดัชนีมวลกาย BMI ≥22 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ≥10 ปี ระดับไขมัน TG ≥150, HDL ≥40 (p<0.05) ซึ่งผลจากการศึกษาอาจนำไปใช้พัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยได้ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** โรคเบาหวาน; ปัจจัยความสัมพันธ์; การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

## บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (diabetes mellitus type II) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable diseases) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเป็นหนึ่งในสิบการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ในปีค.ศ. 2019 จำนวน 463 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 4.2 ล้านคน จากอาการและผลแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน<sup>(1)</sup> ในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2560 มีจำนวนประชากร 51,475,200 คน มีจำนวน

ผู้ป่วยเบาหวานถึง 4,284,900 คน<sup>(2)</sup> และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 14,322 คน คิดเป็นอัตรา 21.96 ต่อแสนประชากร<sup>(3)</sup> โรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น โดยคาดการณ์ว่าอีกประมาณ 13 ปีข้างหน้า หรือปี.ศ. 2578 อาจจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 200 ล้านคนทั่วโลก<sup>(4)</sup>

ลักษณะอาการสำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์ไขมันของผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรือดื้อต่ออินซูลิน ซึ่งปกติจะนำน้ำตาลกลูโคสไป

สลายเป็นพลังงาน และในผู้ป่วยบางรายมีความบกพร่องต่อการหลั่งอินซูลิน เซลล์ตับอ่อนมีจำนวนลดลง ส่งผลให้น้ำตาลเหล่านั้นสะสมในกระแสเลือดเป็นเวลานาน<sup>(5)</sup>โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease CVD) มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ มีส่วนทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ไม่น่าแปลกใจที่ โรค CVD เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความทุพพลภาพที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ใหญ่ที่ไม่เป็นเบาหวาน 2-4 เท่า คาดว่าอย่างน้อยร้อยละ 68.0 ของผู้ป่วยเบาหวานอายุ 65 ปีขึ้นไปเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และภาวะหัวใจล้มเหลว<sup>(6)</sup> โรค COVID-19 ที่มีการแพร่ระบาดทั่วโลกส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคร้ายแรงหรือเสียชีวิตจากไวรัสอย่างน้อย 2 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดี หรือผู้ที่มีโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความเสี่ยงยังรุนแรงขึ้นจากสภาพสังคมในชุมชนที่อยู่กันแออัด ยากจน ซึ่งนำไปสู่การเข้าถึงการดูแลที่ลดลงและอัตราการป่วยด้วยโรคและอัตราเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น<sup>(1)</sup>

สมาคมโรคเบาหวานของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association) ได้กำหนดเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ให้มีค่า HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 7.0<sup>(7)</sup> สำหรับแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 ในประเทศไทยแนะนำให้ใช้เกณฑ์เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานที่ HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 7.0 ด้วยเช่นกัน<sup>(2)</sup>

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจติดตามการรักษา ที่คลินิกโรคเบาหวาน

โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา การวิจัยตั้งคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C <7% ในผู้ป่วย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายต่อไป

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

ศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา จากเวชระเบียน และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ารับการรักษา ณ คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา และมีประวัติการรักษาในช่วงเวลาที่ต้องการเก็บข้อมูลศึกษา มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตัดเท้า ไตวายระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต ผู้ป่วยที่มีประวัติข้อมูลพื้นฐานไม่ครบถ้วน

### นิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยเบาหวาน คือ มีผู้ป่วยที่มีค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมีค่า FBS  $\geq 126$  mg% ได้รับการรักษาและมาตรวจติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C ที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา, โดยค่าน้ำตาลสะสมในเลือดที่เหมาะสม HbA1C <7

2. ค่าดัชนีมวลกาย BMI สูตรการคำนวณ = น้ำหนักตัว [กก.]/(ส่วนสูง [ม.] ยกกำลังสอง) ถือว่าสูงกว่าเกณฑ์ที่ BMI >22

3. ระดับไขมันในเลือด ตรวจระดับค่าคอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol หรือ CHOL) คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (low density lipoprotein หรือ LDL) ค่าไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride หรือ TG) ค่าไขมันชนิดดี



(high density lipoprotein หรือ HDL) โดยใช้ค่าที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานคือ CHOL <200 mg% LDL <100 mg % TG <150 mg% และ HDL  $\geq$ 40 mg%

4. ระดับความดันโลหิตสูง คือ Systolic BP  $\geq$ 140 mmHg และ Diastolic BP  $\geq$ 80 mmHg

5. ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ Microalbumin uria โดยใช้แถบตรวจ urine dipstick albumin แทนค่า  $\geq$ trace ถือว่าเป็น ค่า positive

#### วิธีรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของแพทย์ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารับการรักษาและติดตามที่โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ เพศ อายุ การประกอบอาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

2. ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C <7 และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ HbA1C  $\geq$ 7 ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นโรค (มากกว่า 10 ปี) ดัชนีมวลกาย BMI ระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอล) ระดับความดันโลหิต Systolic BP, Diastolic BP และค่า microalbumin urine

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ทดสอบความสัมพันธ์ binary logistic regression

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 297 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 226 คน คิดเป็นร้อยละ 76.1 เพศชาย 71 คน (ร้อยละ 23.9) อายุเฉลี่ย 62.79 ปี

(SD=11.64) การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 82.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 68.7) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.0) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 99.7) ค่าการทำงานของไตอยู่ในระยะ 1-2 (ร้อยละ 82.8) ค่าดัชนีมวลกาย BMI เฉลี่ย 26.10 (SD=4.98) ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 11.17 ปี (SD=6.47) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C เฉลี่ย 7.93 (SD=2.1)

#### 2. ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 297 คน แบ่งผู้ป่วยเบาหวานเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี HbA1C <7 จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 40.7 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ HbA1C  $\geq$ 7 จำนวน 176 คน (ร้อยละ 59.3) จำนวนผู้ป่วยแยกตามปัจจัยต่างๆ ได้แก่ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน  $\geq$ 10 ปี จำนวน 176 คน (ร้อยละ 59.2) มีค่าดัชนีมวลกาย BMI  $\geq$ 22 จำนวน 235 คน (ร้อยละ 79.1) มีระดับไขมันคอเลสเตอรอล CHOL  $\geq$ 200 จำนวน 76 คน (ร้อยละ 25.6) มีระดับไขมัน TG  $\geq$ 150 จำนวน 115 คน (ร้อยละ 38.7) มีระดับไขมัน LDL  $\geq$ 100 จำนวน 165 คน (ร้อยละ 55.6) มีระดับไขมัน HDL  $\geq$ 40 จำนวน 126 คน (ร้อยละ 42.4) ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ microalbumin จำนวน 45 คน (ร้อยละ 15.1) มีระดับความดันโลหิตสูง SBP  $\geq$ 140 mmHg จำนวน 121 คน (ร้อยละ 40.1) ความดัน DBP  $\geq$ 80 mmHg จำนวน 148 คน (ร้อยละ 49.8)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า (ตารางที่ 1)

2.1 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน  $\geq$ 10 ปี มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน  $\geq$ 10 ปี มีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็น 2.295 เท่า (OR=2.295, 95%CI=1.356-3.884)

2.2 ค่า BMI มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับ

ตารางที่ 1 ค่า Adjusted Odds ratio ของปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (N = 297)

ปัจจัยที่ศึกษา	Adjusted OR	95%CI	p-value	
เพศ	ชาย	0.730	0.403-1.344	0.318
	หญิง			
ระยะเวลาการเป็นโรค (ปี)	<10	2.295	1.356-3.884	0.002*
	≥10			
BMI	<22	2.225	1.220-4.150	0.009*
	>22			
CHOL	<200	0.813	0.423-1.564	0.535
	≥200			
TG	<150	1.826	1.071-3.112	0.027*
	≥150			
LDL	<100	1.133	0.644-1.994	0.664
	≥100			
HDL	<40	2.700	1.568-4.647	0.001*
	≥40			
Micro Albimin	Negative	1.144	0.547-2.390	0.720
	Positive			
Systolic BP	<140	1.006	0.593-1.705	0.980
	≥140			
Diastolic BP	<80	1.300	0.764-2.211	0.333
	≥80			

น้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า BMI  $\geq 22$  มีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็น 2.225 เท่า (OR=2.225, 95%CI=1.220-4.150)

2.3 ค่า TG มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า TG  $\geq 150$  มีโอกาสที่จะไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็น 1.826 เท่า (OR=1.826, 95%CI=1.071-3.112) ค่า HDL มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HDL  $\geq 40$  มีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดได้เป็น 2.700 เท่า (OR=2.700, 95%CI=1.568-4.647)

2.4 ส่วนปัจจัยด้านเพศ ความดันโลหิต ค่า SBP DBP ค่าโปรตีนในปัสสาวะ microalbumin ค่าระดับไขมัน CHOL, LDL ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### วิจารณ์

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของเพศหญิงที่มีการออกกำลังกายหรือทำงานน้อยกว่าเพศชายทำให้เสี่ยงต่อโรคเบาหวานมากกว่า ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ บริบทพื้นที่เกาะยาวยังเป็นสังคมชนบท ชาวบ้านมีอาชีพทำประมง เกษตรและบริการ ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่เนื่องมาจากการได้รับสุศึกษาทำให้ตระหนักต่อโทษของบุหรี่โดยเฉพาะเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราเพราะเป็นชุมชนมุสลิม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์อาจเนื่องจากความอุดมสมบูรณ์ของอาหารในพื้นที่ พฤติกรรมการบริโภคของอาหารท้องถิ่นที่ส่วนใหญ่จะเป็นกะทิ อาหารประเภททอดและอาหารทะเล การบริโภคผักที่ลดลง การมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เพิ่มมากขึ้นเช่นร้านสะดวกซื้อ อาหาร-ฟาสต์ฟู้ดที่มีปริมาณแป้ง น้ำตาลและไขมันทรานส์สูง ความเจริญของท้องถิ่นมีการก่อสร้างถนนและไฟฟ้าเข้าถึงทุกหมู่บ้าน พาหนะ รถ เรือ ที่สะดวกมากขึ้นทำให้ลดการเคลื่อนไหวร่างกาย มีผลต่อน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายเพิ่มสูงขึ้น

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ค่าดัชนีมวลกาย BMI มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายสูงขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศ<sup>(8-13)</sup> การศึกษาโรคเบาหวานแบบติดตามไปข้างหน้าของสหราชอาณาจักร UK Prospective Diabetes Study<sup>(9)</sup> (UKPDS) ยืนยันว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มข้นและการควบคุมระดับน้ำตาลหนักตัว ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของ microvascular และ neuropathic ที่ลดลงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการศึกษาดังกล่าวแสดงผลว่าการเริ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักตัวตั้งแต่เริ่มเป็นโรคอย่างเคร่งครัดจะสามารถลดผลแทรกซ้อน microvascular disease ของโรคเบาหวานได้

ค่า TG  $\geq 150$  มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ในต่างประเทศ (14-16) HDL  $\geq 40$  mg% มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างในหลายปัจจัย เช่น อาหารท้องถิ่นที่แตกต่างจากประเทศในแถบตะวันตก เชื้อชาติ วิถีชีวิต ระดับไขมันค่า CHOL, LDL ไม่มี ความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศ<sup>(14-16)</sup> อาจเนื่องมาจากความแตกต่างในหลายปัจจัย เช่น อาหารของแต่ละพื้นที่ เชื้อชาติ วิถีชีวิต การวัดระดับไขมัน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย แต่ผลการศึกษาในต่างประเทศได้แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความผิดปกติของไขมันที่สูงขึ้น มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มสูงขึ้น ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการทดลองทางคลินิกหลายการศึกษาได้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่มีนัยสำคัญของการรักษาด้วยยา (โดยหลักคือยากลุ่ม statin) ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับไขมันในเลือดสูงต่อผลลัพธ์ของ CVD และการลดระดับไขมัน LDL สามารถป้องกัน CVD การลดระดับ LDL ให้บรรลุเป้าหมาย  $<100$  มก./ดล. ด้วยหลายวิธีร่วมกัน การปรับเปลี่ยนไลฟ์สไตล์ รวมถึงการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น การลดน้ำหนัก และการเลิกสูบบุหรี่ ช่วยทำให้ผู้ป่วยบางรายบรรลุเป้าหมายลดระดับไขมันได้ การปรับเปลี่ยนอาหารและโภชนาการให้เหมาะสมตามอายุของผู้ป่วย การรักษาทางเภสัชวิทยาด้วยยาต่อระดับไขมัน และโรคร่วมอื่น ๆ ของผู้ป่วย ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว และไขมันทรานส์ เพิ่มปริมาณการทานผักมีเส้นใย (เช่น ในผักใบเขียว ข้าวกล้อง พืชตระกูลถั่ว ส้ม) ช่วยเพิ่มในการควบคุมระดับไขมันในเลือด

ระดับความดันโลหิต ค่า SBP DBP ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศ<sup>(17-19)</sup> อาจเนื่องมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ความแตกต่างในหลายปัจจัย เช่น เชื้อชาติ พฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลายการศึกษาวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่าความดันโลหิต  $>115/75$  mmHg มีความ

สัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้นและการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มได้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ ลดเหตุการณ์ CVD โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต เมื่อลดความดันโลหิตให้เหลือ <140 mmHg systolic และ <80 mmHg diastolic ในผู้ป่วยเบาหวาน

ค่าโปรตีนในปัสสาวะ Microalbumin ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศ<sup>(20)</sup> อาจเนื่องมาจากการใช้แถบ dipstick urine albumin แทนที่มีความไวต่ำกว่าการศึกษาในต่างประเทศแสดงผลเพื่อตรวจติดตามค่า microalbumin ในปัสสาวะ ว่ามีการพัฒนาและการดำเนินของโรคไตวายจากภาวะเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และค่า microalbumin ยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้นด้วย

### สรุป

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจติดตามรักษาที่โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา จำนวน 297 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ ซึ่งการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า ระดับดัชนีมวลกาย BMI ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับไขมัน TG และ HDL มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ดังนั้น ควรส่งเสริมให้มีการคัดกรองที่ครอบคลุมเพื่อค้นหาผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่มเป็นโรคเบาหวานและเริ่มต้นให้การรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ค่าดัชนีมวลกาย BMI มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วย

เบาหวานควบคุมน้ำหนักให้ได้ตามเกณฑ์ ระดับไขมัน TG มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้น ควรปรับเปลี่ยนอาหารตามหลักโภชนาการ และการออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีค่า HbA1C <7 เป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาเบาหวาน ซึ่งมีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาล การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนาเป็นองค์รวมเพื่อครอบคลุมทุกด้าน จะเป็นกุญแจสำคัญในการบรรลุเป้าหมายของการรักษา การทำให้ดัชนีมวลกายลดลง BMI <22 การควบคุมระดับไขมันในเลือด การปรับเปลี่ยนอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย การควบคุมความดันโลหิต ลดการบริโภคเกลือ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว สังคม และเพื่อนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน จะสามารถช่วยควบคุมและลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต นโยบายของส่วนท้องถิ่น ชุมชน และผู้มีส่วนร่วมในการให้ความสำคัญ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค การจำกัดการบริโภคแป้ง น้ำตาลในอาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ ส่งเสริมการบริโภคผัก จะมีส่วนช่วยให้การควบคุมและรักษาโรคเบาหวานประสบผลสำเร็จ

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาร่วมกันในหลายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพังงา ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น
2. การศึกษาเพื่อพัฒนาครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นต้นแบบในด้านการสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน
3. การศึกษาวิธีการลดน้ำหนัก และโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวาน

### เอกสารอ้างอิง

1. Chan JCN, Lim LL, Wareham NJ, Shaw JE, Orchard TJ, Zhang P, et al. The Lancet Commission on diabetes: using data to transform diabetes care and patient lives. *Lancet* 2021;396(10267):2019–82.

- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย; 2560.
- สุพัตรา ศรีวิชชากร. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทยในระยะ 5 ปี (2553-2557). วารสารควบคุมโรค 2560;43(4):379-90.
- Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes fact sheet: general information and national estimates on diabetes in the United States. Atlanta: Department of Health and Human Services; 2011.
- DeFronzo RA, Ferrannini E, Groop L, Henry RR, Herman WH, Holst JJ, et al. Type 2 diabetes mellitus. Nat Rev Dis Primers 2015;1:15019.
- Einarson TR, Acs A, Ludwig C, Panton UH. Prevalence of cardiovascular disease in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007-2017. Cardiovasc Diabetol 2018; 17(1):83.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2012. Diabetes Care 2012;35(Suppl 1):S11-63.
- Ohkubo Y, Kishikawa H, Araki E, Miyata T, Isami S, Motoyoshi S, et al. Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. Diabetes Res Clin Pract 1995;28(2):103-17.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet 1998;352(9131):854-65.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352(9131):837-53.
- Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;359(15):1577-89.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2017 abridged for primary care providers. Clinical Diabetes 2017;35(1):5-26.
- Klein S, Sheard NF, Pi-Sunyer X, Daly A, Wylie-Rosett J, Kulkarni K, et al. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies: a statement of the American Diabetes Association, the North American Association for the Study of Obesity, and the American Society for Clinical Nutrition. Diabetes Care 2004;27(8):2067-73.
- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285(19):2486-97.
- Pyörälä K, Pedersen TR, Kjekshus J, Faergeman O, Olsson AG, Thorgeirsson G. Cholesterol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease. A subgroup analysis of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Diabetes Care 1997;20(4):614-20.
- Goldberg RB, Mellies MJ, Sacks FM, Moyé LA, Howard BV, Howard WJ, et al. Cardiovascular events and their reduction with pravastatin in diabetic and glucose-intolerant myocardial infarction survivors with average cholesterol levels: subgroup analyses in the cholesterol and recurrent events (CARE) trial. The Care Investigators. Circulation 1998;98(23):2513-9.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003;289(19):2560-72.
- Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Diabetes Care 1993;16(2):434-44.
- UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Pro-

- spective Diabetes Study Group. *BMJ* 1998;317(7160): 703–13.
20. Klausen K, Borch-Johnsen K, Feldt-Rasmussen B, Jensen G, Clausen P, Scharling H, et al. Very low levels of microalbuminuria are associated with increased risk of coronary heart disease and death independently of renal function, hypertension, and diabetes. *Circulation* 2004; 110(1):32–5.

**Abstract: Factors Related to Blood Sugar Control among Diabetes Type 2 Patients, Kohyaochaipat Hospital, Kohyao District, Phangnga Province**

**Montith Poolsanguan, M.D.**

*Kohyaochaipat Hospital, Kohyao District, Phangnga Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):299–306.*

The objective of this study was to assess the relationship between factors related to the control of HbA1C of patients with type 2 diabetes who were treated at Kohyaochaipat Hospital by collecting data from the history file electronic medical record between October 2020 and March 2021. The samples were selected purposively based on their willingness to participate in the study, and were divided into two groups: one with good glycemic control HbA1C <7 and the other with uncontrolled glycemic HbA1C ≥7. The data used in the study consisted of general information of the patient, factors related to glycemic control include duration of disease, body mass index, BMI, blood lipid levels, blood pressure level, and microalbuminuria. The data were analyzed by using descriptive statistics; and the association was calculated using binary logistic regression. It was found that there were altogether 297 patients recruited; and the factors found to be significantly associated with better glycemic control were body mass index ≥22, duration of diabetes ≥10 years, TG ≥150, HDL >40 (p<0.05). The results of this study may be useful to improve diabetic care with the aim to improve control of the patient's blood sugar levels.

**Keywords:** diabetes; associated factors; glycemic control

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการ ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

วิรัช ประวันเตา วท.บ., ส.บ., น.บ., ส.ม., ปร.ด.\*

จามจุรี เพียรท่า ศศ.บ \*\*

\* สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

\*\* สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	5 พ.ย. 2563
วันแก้ไข:	25 พ.ย. 2564
วันตอบรับ:	6 ธ.ค. 2564

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (2) เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกตามขนาดโรงพยาบาล และแผนกที่ใช้บริการ และ (3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การศึกษา อาชีพ วันใช้บริการ กับความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในแผนกต่าง ๆ สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรง 0.8-1.0 และความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล 103 แห่งทั่วประเทศ จำแนกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) 30 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) 44 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1) 29 แห่ง รวม 25,752 ตัวอย่าง สุ่มข้อมูลระหว่างวันจันทร์ - ศุกร์ โดยงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลฯ นำเข้าข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยสถิติ One way ANOVA วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 30-59 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา/อนุปริญญา มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร และรับจ้าง ใช้บริการในวันจันทร์ พุธ พฤหัสบดี และใช้บริการแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และสูตินรีเวชกรรม ความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 80.87 จัดอยู่ในระดับมาก โดยมีรายละเอียดคือ (1) ด้านเจ้าหน้าที่ พึงพอใจสูงสุดต่อความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ต่ำสุดคือเรื่องการเอาใจใส่ กระจือร้อนใจและความพร้อมในการให้บริการ (2) ด้านขั้นตอนการให้บริการ พึงพอใจสูงสุดเรื่องการให้บริการเป็นไปตามที่คาดหวัง ต่ำสุดคือเรื่องความสะดวกรวดเร็วการให้บริการ (3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พึงพอใจสูงสุดต่อการมีป้ายสัญลักษณ์/การประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ต่ำสุดเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกที่เพียงพอ เช่น ห้องสุขา น้ำดื่ม ที่นั่งรอรับบริการ (4) คุณภาพบริการ พึงพอใจสูงสุดต่อการได้รับการบริการที่ดีและมีคุณภาพ นอกจากนี้ พบความพึงพอใจสูงสุดในวันศุกร์ กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป อาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ แผนกกายภาพบำบัด จากการเปรียบเทียบความพึงพอใจตามขนาดโรงพยาบาล และแผนกผู้ป่วยนอก พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความพึงพอใจสูงสุดในโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 (ร้อยละ 82.40) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S (ร้อยละ 80.80) และโรงพยาบาลศูนย์ (A) (ร้อยละ 79.80) ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** ความพึงพอใจ; ผู้ป่วยนอก; โรงพยาบาลศูนย์; โรงพยาบาลทั่วไป

## บทนำ

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีตราขึ้นเพื่อเกิดประโยชน์สุขต่อประชาชนผู้รับบริการ และกำหนดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการด้วยการวัดความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ<sup>(1)</sup> และเกณฑ์พัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ หมวด 3 ว่าด้วยการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ข้อ (8) กำหนดให้ส่วนราชการมีการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มเพื่อนำไปปรับปรุงคุณภาพบริการ<sup>(2)</sup> และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ<sup>(3)</sup> รวมทั้งตามแผนปฏิรูประบบบริการสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญด้วยการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการปฏิรูป<sup>(4)</sup> ดังนั้น การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการจึงมีความสำคัญต่อการสะท้อนผลการปฏิบัติเชิงคุณภาพขององค์การและของทุกส่วนโดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบปัญหาการร้องเรียนจากผู้ใช้บริการเป็นประจำทุกปี<sup>(5)</sup> ดังนั้น สำนักวิชาการสาธารณสุขจึงได้มีการสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลดังกล่าวทั่วทั้งประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา<sup>(6)</sup> ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลป้อนกลับที่ดีและมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ<sup>(7)</sup> และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเป้าหมายให้มีการสำรวจเพื่อประเมินและจัดอันดับความพึงพอใจของประชาชนผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเพื่อความต่อเนื่องในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการตลอดจนการแก้ไขปัญหาการร้องเรียน รวมทั้งเป็นการยกระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลของรัฐให้เทียบเท่าระดับสากล<sup>(8)</sup> จึงได้ทำการวิจัยนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เปรียบเทียบความพึงพอใจผู้ป่วยนอกระหว่างโรงพยาบาล ขนาดโรงพยาบาล และแผนกที่ใช้บริการ รวมทั้งเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การศึกษา อาชีพ วันใช้บริการ และความพึงพอใจผู้ป่วยนอก

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytic study) โดยสำรวจข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2561

ประชากร: เป็นประชาชนผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) 34 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) 49 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1) 36 แห่ง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 75 จังหวัด ทั่วประเทศ

### นิยามศัพท์

- โรงพยาบาลศูนย์ระดับ A หมายถึง โรงพยาบาลที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์โดยมีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง มีราคาแพง (advance-level hospital: A)

- โรงพยาบาลทั่วไประดับ S หมายถึง โรงพยาบาลจังหวัดที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลทั่วไปโดยมีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ (standard-level hospital: S)

- โรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลทั่วไป โดยมีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ (middle-level hospital: M1)

- ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของประชาชนที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านคุณภาพบริการ



- ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนผู้ที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลโดยลงทะเบียนรักษาและได้รับการตรวจวินิจฉัยรวมทั้งรับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลโดยมิได้พักค้างคืน

กลุ่มตัวอย่าง: สุ่มศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากประชาชนที่มาใช้บริการโรงพยาบาลศูนย์ 27 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (S) 30 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (M1) 23 แห่ง โดยสุ่มตัวอย่างในช่วงเช้าและช่วงบ่ายของแต่ละวัน ระหว่างวันจันทร์ - วันศุกร์ จนครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ โดยกลุ่มพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ และคำนวณกลุ่มตัวอย่างให้เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลแต่ละแห่งจากสูตรของ Yamane T<sup>(9)</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน 5% รวมทั้งสิ้น 25,752 ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1) ประชาชนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป (S, M1) และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยกับฝ่ายเวชระเบียนของโรงพยาบาลและได้รับบริการครบทุกขั้นตอนตั้งแต่ทำบัตร ชักประวัติ และหรือเอกซเรย์ /ตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัย จ่ายยาและจ่ายเงิน

2) สามารถสื่อสารรู้เรื่อง อ่านออกเขียนได้ และยินดีตอบแบบสอบถาม และหรือสามารถตอบแบบสอบถามหรือตอบแบบออนไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลไม่ได้นำเข้า หรือไม่มี การนำเข้าข้อมูลทางออนไลน์

2) เป็นผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วน

3) เป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยที่ไม่สะดวกต่อการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้: เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (item-objective congruence index: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงระหว่าง 0.8 - 1.0 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยนอก จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบัทเท่ากับ 0.88

แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความพึงพอใจ ที่มีข้อคำถามรวมจำนวน 17 ข้อ 4 ด้าน ดังนี้ ด้านขั้นตอนการให้บริการ 5 ข้อ ด้านเจ้าหน้าที่ 4 ข้อ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 6 ข้อ และด้านคุณภาพบริการ 2 ข้อ

วิธีเก็บข้อมูล: ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยงานคุณภาพโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่ ด้วยการติด QR code ไว้บริเวณจุดสิ้นสุดบริการ หรือบริเวณห้องจ่ายยา แล้วให้ผู้รับบริการสแกนและตอบผ่านระบบออนไลน์ หรือกรณีที่ไม่สามารถตอบได้ก็ให้ตอบผ่านแบบสอบถามที่เป็นกระดาษ จากนั้นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบนำเข้าข้อมูลบันทึกเข้าในระบบออนไลน์ผ่าน QR code และตาม Link URL ที่กำหนด ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลส่วนบุคคลใช้ค่าร้อยละ เปรียบเทียบความพึงพอใจใช้ค่าเฉลี่ยและค่าร้อยละ ส่วนการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติ One way ANOVA และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 ผลการประเมินความพึงพอใจ

ผู้ป่วยนอกเป็นเพศหญิงร้อยละ 65.90 อายุ 30 - 44 ปี และอายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 57.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา หรืออนุปริญญา ร้อยละ 74.70 มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร และรับจ้าง ร้อยละ 59.30 รับบริการในวันจันทร์ พุธ พฤหัสบดี รวมร้อยละ 63.70 เป็นผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม ร้อยละ 24.80 รองลงมาเป็นศัลยกรรม (ร้อยละ 9.50) และสูติรีเวชกรรม (ร้อยละ 8.40) ตามลำดับ ส่วนที่จำนวนน้อยที่สุดคือแผนกแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 4.50)

ความพึงพอใจผู้ป่วยนอกโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 80.87 โดยพึงพอใจสูงสุดด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (ร้อยละ 82.63) รองลงมาเป็นด้านคุณภาพบริการ (ร้อยละ 82.17) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (ร้อยละ 80.90) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคือด้านขั้นตอนการให้บริการ (ร้อยละ 79.59)

(1) ด้านขั้นตอนการให้บริการ: พึงพอใจสูงสุดต่อเรื่องการให้บริการเป็นไปตามที่คาดหวัง (ร้อยละ 81.31) รองลงมาเป็นการให้บริการตามลำดับก่อนหลัง ไม่เลือกปฏิบัติหรือมีความเสมอภาคการให้บริการ (ร้อยละ 81.14) และการให้บริการเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนดหรือประกาศ ยกเว้นผู้ป่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 79.91) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคือเรื่องความสะดวก รวดเร็วการให้บริการ (ร้อยละ 76.38)

(2) ด้านเจ้าหน้าที่: พึงพอใจสูงสุดต่อความซื่อสัตย์ สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ (ร้อยละ 84.97) รองลงมาเป็นที่เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ (ร้อยละ 82.24) และเจ้าหน้าที่พูดจาสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใสมีกิริยามารยาท (ร้อยละ 81.79) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคือเรื่อง การเอาใจใส่ กระตือรือร้นและมีความพร้อมในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 81.36)

(3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความพึงพอใจสูงสุดต่อการมีป้ายสัญลักษณ์และการประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย (ร้อยละ 80.90) รองลงมาเป็นที่สถานที่ให้บริการมีความสะอาด (ร้อยละ 80.47) และการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการให้บริการ (ร้อยละ 79.00) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคือเรื่อง สิ่งอำนวยความสะดวกที่เพียงพอ เช่น ห้องสุขา น้ำดื่ม ที่นั่งรอรับบริการ เป็นต้น (ร้อยละ 77.23)

(4) ด้านคุณภาพบริการ: พึงพอใจสูงสุดเรื่องได้รับการบริการที่ดีและมีคุณภาพ (ร้อยละ 82.41) รองลงมาเป็นการได้รับการบริการที่คุ้มค่า คุ้มค่า คุ้มค่า ประโยชน์ (ร้อยละ 81.91)

ความพึงพอใจจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา พบ

มีความพึงพอใจใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 80.20 - 81.40) ส่วนกลุ่มอายุนั้นพบกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไปมีความพึงพอใจสูงสุด (ร้อยละ 82.80) รองลงมาเป็นกลุ่ม 45-59 ปี (ร้อยละ 81.20) และ <15 ปี (ร้อยละ 81.20) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 79.80) สำหรับกลุ่มอาชีพ พบว่า อาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ พึงพอใจสูงสุด (ร้อยละ 82.80) รองลงมาเป็น แม่บ้าน พ่อบ้าน (ร้อยละ 81.60) และเกษตรกร (ร้อยละ 81.20) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคืออาชีพพนักงานบริษัท (ร้อยละ 79.00) และความพึงพอใจจำแนก พบแผนกผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจสูงสุดคือแผนกกายภาพบำบัด (ร้อยละ 87.00) รองลงมาเป็นแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 85.60) และจิตเวช (ร้อยละ 82.20) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคือแผนกฉุกเฉิน (ร้อยละ 77.00) และความพึงพอใจจำแนกตามวันบริการพบความพึงพอใจสูงสุดในวันศุกร์ (ร้อยละ 82.80) รองลงมาเป็นวันพฤหัสบดี (ร้อยละ 81.20) และวันจันทร์ (ร้อยละ 81.20) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคือ วันพุธ (ร้อยละ 79.80) และแผนกบริการรวมที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือแผนกชกัประวัติ (ร้อยละ 80.13) รองลงมาเป็นแผนกเอกซเรย์ (ร้อยละ 79.89) และแผนกตรวจเลือด/ปัสสาวะ (ร้อยละ 79.02) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคือแผนกจ่ายยา (ร้อยละ 78.06) และความพึงพอใจจำแนกตามขนาดโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลทั่วไป (M1) มีระดับความพึงพอใจสูงสุด (ร้อยละ 82.40) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (S) (ร้อยละ 80.80) ต่ำสุดคือโรงพยาบาลศูนย์ (A) (ร้อยละ 79.80) และเขตสุขภาพที่ผู้ป่วยนอกพึงพอใจสูงสุดคือเขตสุขภาพที่ 11 สุราษฎร์ธานี (ร้อยละ 86.40) รองลงมาเป็นเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ (ร้อยละ 83.00) และเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี (ร้อยละ 82.60) ตามลำดับ ส่วนเขตที่ต่ำสุดคือเขตสุขภาพที่ 12 สงขลา (ร้อยละ 77.40)

## ส่วนที่ 2: ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจ

เปรียบเทียบความพึงพอใจผู้รับบริการประเภทผู้ป่วย ในจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

**ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**

เมื่อทำการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe' พบว่า ความพึงพอใจของโรงพยาบาลทุกคู่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

เปรียบเทียบความพึงพอใจผู้ป่วยนอกระหว่างแผนกที่ใช้บริการพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 3) เมื่อทำการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe' พบความพึงพอใจของแต่ละแผนกมีคู่ที่ความพึงพอใจแตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

จากการเรียงลำดับความพึงพอใจผู้ป่วยนอกกลุ่มโรงพยาบาล กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ (A) พบความพึงพอใจสูงสุดที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (ร้อยละ 86.40) รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ (ร้อยละ 85.40) และโรงพยาบาลสุรินทร์ (ร้อยละ 84.80) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคือ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัด

เชียงใหม่ (ร้อยละ 65.20) (ตารางที่ 5)

จากการเรียงลำดับความพึงพอใจผู้ป่วยนอกกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (S) พบความพึงพอใจสูงสุดที่โรงพยาบาลพัทลุง (ร้อยละ 90.40) รองลงมาคือโรงพยาบาลอุทัยธานี (ร้อยละ 89.80) และโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ (ร้อยละ 89.60) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคือโรงพยาบาลอำนาจเจริญ (ร้อยละ 69.80) (ตารางที่ 6)

จากการเรียงลำดับความพึงพอใจผู้ป่วยนอกกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (M1) พบความพึงพอใจสูงสุดที่โรงพยาบาลลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช (ร้อยละ 95.60) รองลงมาคือโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา (ร้อยละ 90.60) และโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี (ร้อยละ 90.40) ตามลำดับ ส่วนที่ต่ำสุดคือ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี (ร้อยละ 70.60)

**ตารางที่ 1 ความพึงพอใจผู้ป่วยนอกระหว่างขนาดโรงพยาบาลโดย One way ANOVA**

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	53.134	2	26.567	52.465	<0.001
ภายในกลุ่ม	13038.867	25749	0.506		
รวม	13092.002	25751			

**ตารางที่ 2 ความแตกต่างความพึงพอใจผู้ป่วยนอกรายคู่ขนาดโรงพยาบาลด้วยวิธีของ Scheffe**

โรงพยาบาล	เฉลี่ย	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป (S)	โรงพยาบาลทั่วไป (M1)
โรงพยาบาลศูนย์	3.99	-	-0.04565*	-0.12055*
โรงพยาบาลทั่วไป (S)	4.04	0.04565*	-	-0.07491*
โรงพยาบาลทั่วไป (M1)	4.12	0.12055*	0.07491*	-

**ตารางที่ 3 ความพึงพอใจผู้ป่วยนอกระหว่างแผนกโดย One way ANOVA**

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	289.336	11	26.303	52.883	<0.001
ภายในกลุ่ม	12802.665	25740	0.497		
รวม	13092.002	25751			

ตารางที่ 4 ความแตกต่างความพึงพอใจตามแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลด้วยวิธีของ Scheffe'

แผนก	เฉลี่ย	แผนก											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	3.98		-0.075	-0.064	-0.364*	0.130*	0.130	-0.017	-0.130*	-0.025	-0.098*	-0.105*	-0.295*
2	4.06	0.075		0.011	-0.289*	0.205	0.058	0.058	-0.055	0.055	-0.023	-0.031	-0.220*
3	4.05	0.064	0.011		-0.300*	0.195*	0.088	0.088	-0.066	0.040	-0.034	-0.042	-0.231*
4	4.35	0.264*	0.389*	0.300*		0.495*	0.348*	0.348*	0.240*	0.340*	0.266*	0.258*	0.069
5	3.85	-0.130*	-0.205*	-0.195*	-0.495*		-0.147*	-0.147*	-0.261*	-0.155*	-0.229*	-0.236*	-0.426*
6	4.00	0.017	-0.058	-0.048	-0.347*	0.147*		0.000	-0.114*	-0.008	-0.082	-0.089	-0.279*
7	4.00	0.017	-0.058	-0.047	-0.348*	0.147	0.000		0.114*	-0.008	-0.082	-0.089	-0.279*
8	4.11	-0.130*	0.055	0.066	-0.234*	0.236*	0.114*	0.114*		0.106	0.032	0.025	-0.165*
9	4.00	0.025	-0.050	-0.040	-0.340*	0.155*	0.008	0.008	-0.106		-0.074	-0.081	-0.271*
10	4.08	0.098*	0.023	0.034	0.266*	0.229*	0.082	0.082	-0.032	0.074		0.088	-0.179*
11	4.09	0.106*	0.031	0.042	-0.258*	0.236	0.089	0.089	-0.025	0.081	0.008		-0.189*
12	4.28	0.296*	0.220*	0.231*	-0.069	0.426*	0.279*	0.279*	0.165*	0.271*	0.179*	0.189*	

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจผู้ป่วยนอกรายโรงพยาบาลกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ (A)

ลำดับ	โรงพยาบาล	ร้อยละ	ลำดับ	โรงพยาบาล	ร้อยละ
1	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	86.40	15	โรงพยาบาลสมุทรสาคร	81.00
2	โรงพยาบาลศรีสะเกษ	85.40	15	โรงพยาบาลพุทธโสธรฯ	81.00
3	โรงพยาบาลสุรินทร์	84.80	17	โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชฯ	80.80
4	โรงพยาบาลอุดรธานี	84.60	18	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	79.00
5	โรงพยาบาลลำปาง	83.80	19	โรงพยาบาลชลบุรี	78.60
6	โรงพยาบาลพุทธชินราชฯ	83.80	20	โรงพยาบาลนครปฐม	78.20
7	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	83.80	21	โรงพยาบาลขอนแก่น	76.20
8	โรงพยาบาลสระบุรี	83.00	22	โรงพยาบาลตรัง	71.60
9	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	83.00	23	โรงพยาบาลหาดใหญ่	75.40
10	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าฯ	82.60	24	โรงพยาบาลสกลนคร	74.80
11	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	82.20	25	โรงพยาบาลราชบุรี	71.40
12	โรงพยาบาลวิษณุภูมิ	82.00	26	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	69.60
13	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	81.60	27	โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่	65.20
14	โรงพยาบาลบุรีรัมย์	81.40			

หมายเหตุ โรงพยาบาล ระยอง สมุทรปราการ ยะลา เชียงราย อุดรดิตถ์ เจ้าพระยาอภัยภูเบศรปราจีนบุรี พระปกเกล้าจันทบุรี ไม่มีข้อมูลนำเข้ามาตามแบบสำรวจออนไลน์ หรือมีจำนวนตัวอย่างน้อย จึงไม่นำมาเทียบเคียง

ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจผู้ป่วยนอกกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (S)

ลำดับ	โรงพยาบาล	ร้อยละ	ลำดับ	โรงพยาบาล	ร้อยละ
1	โรงพยาบาลพัทลุง	90.40	16	โรงพยาบาลหนองคาย	79.80
2	โรงพยาบาลอุทัยธานี	89.80	17	โรงพยาบาลลำพูน	79.40
3	โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	89.60	18	โรงพยาบาลสุโขทัย	78.60
4	โรงพยาบาลแพร่	89.20	18	โรงพยาบาลมหาสารคาม	78.60
4	โรงพยาบาลนครนายก	89.20	18	โรงพยาบาลสตูล	78.60
6	โรงพยาบาลพังงา	88.40	21	โรงพยาบาลพิจิตร	78.20
7	โรงพยาบาล 50 พรรษา มทวชิราลงกรณ์ อุบลราชธานี	88.20	22	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	77.40
8	โรงพยาบาลนครพนม	86.00	23	โรงพยาบาลบึงกาฬ	77.20
9	โรงพยาบาลอ่างทอง	85.80	25	โรงพยาบาลชัยภูมิ	76.80
10	โรงพยาบาลชัยนาทนครนทร	84.80	26	โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์	76.00
11	โรงพยาบาลพะเยา	84.00	27	โรงพยาบาลระนอง	72.40
11	โรงพยาบาลมุกดาหาร	84.00	28	โรงพยาบาลน่าน	71.80
13	โรงพยาบาลตราด	83.20	29	โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี	71.40
14	โรงพยาบาลปทุมธานี	82.60	30	โรงพยาบาลอำนาจเจริญ	69.80
15	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	81.40			

หมายเหตุ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าสมุทรสงคราม นางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ กระบี่ เพชรบูรณ์ สิงห์บุรี ศรีสะเกษ  
จังหวัดแม่ฮ่องสอน ยโสธร เลย กำแพงเพชร พหลพลพยุหเสนา กาญจนบุรี แม่สอด จังหวัดตาก สมเด็จพระเจ้า-  
ตากสินมหาราช ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พระนารายณ์มหาราช  
จังหวัดลพบุรี บางละมุง จังหวัดชลบุรี สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลปัตตานี ไม่มีข้อมูลนำเข้ามา  
แบบสำรวจออนไลน์ หรือ มีจำนวนตัวอย่างน้อย จึงไม่ได้นำมาเทียบเคียง

(ตารางที่ 7)

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า อายุ และอาชีพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจผู้ป่วย-  
นอกที่มาใช้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**วิจารณ์**

การวิจัยนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์เนื่องจากทำให้ทราบ  
ผลประเมินระดับความพึงพอใจผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการ  
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (S, M1) ซึ่งภาพรวม  
จัดอยู่ในระดับมากและทราบความแตกต่างความพึงพอใจ

ผู้ป่วยนอกระหว่างขนาดโรงพยาบาล และแผนกที่ให้  
บริการ รวมทั้ง ทราบความสัมพันธ์เพศ การศึกษา อาชีพ  
วันใช้บริการกับระดับความพึงพอใจ โดยที่การศึกษาครั้ง  
นี้สะท้อนให้เห็นว่าสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้  
ให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการประชาชนประเภทผู้ป่วย-  
นอกของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากขึ้น  
เนื่องจากการดำเนินการทั่วประเทศและต่อเนื่องจาก  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560<sup>(10)</sup> สอดคล้องกับพระราช-  
กฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้าน-  
เมืองที่ดีที่ต้องการให้ส่วนราชการทำงานให้เกิดประโยชน์  
สุขต่อประชาชนผู้รับบริการโดยมีการประเมินจากการวัด

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจผู้ป่วยนอกกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (M1)

ลำดับ	โรงพยาบาล	ร้อยละ	ลำดับ	โรงพยาบาล	ร้อยละ
1	โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช	95.60	11	โรงพยาบาลศรีสังวร จังหวัดสุโขทัย	81.20
2	โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา	90.60	12	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	81.20
3	โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี	90.40	13	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่าง- แดนดิน จังหวัดสกลนคร	80.40
4	โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี	88.60	14	โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น	79.20
5	โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระ เทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดระยอง	86.80	15	โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี	78.80
5	โรงพยาบาลสิรินธร(ภาคตะวันออก- เฉียงเหนือ) จังหวัดขอนแก่น	86.80	16	โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ	78.60
7	โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี	83.20	16	โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่	78.20
8	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี	83.00	18	โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี	77.80
9	โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	82.80	19	โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา	76.60
10	โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่	81.20	20	โรงพยาบาลเบตง จังหวัดยะลา	75.00
			21	โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย	74.80
			22	โรงพยาบาลแก่ง จังหวัดระยอง	71.80
			23	โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี	70.60

หมายเหตุ โรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ตะกั่วป่า จังหวัดพังงา โปธาราม จังหวัดราชบุรี  
เสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร กบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี อัญประเทศ จังหวัด  
สระแก้ว วารินนิวาส จังหวัดสกลนคร ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา  
กันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่มีข้อมูลนำเข้ามาตามแบบสำรวจออนไลน์ หรือมี  
จำนวนตัวอย่างน้อย จึงไม่ได้นำมาเทียบเคียง

ความพึงพอใจประชาชนผู้รับบริการ<sup>(11)</sup> และข้อมูลที่ได้  
จากวิจัยนี้เมื่อสะท้อนกลับต่อโรงพยาบาลต่าง ๆ จะทำให้  
โรงพยาบาลสามารถนำไป ใช้ประโยชน์ในการวางแผน  
แก้ไขปรับปรุง พัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น เป็นไป  
ตามมาตรา 7 พระราชบัญญัติการบริหารจัดการบ้านเมือง  
ที่ดี ที่จะต้องมีการคอยรับฟังความพึงพอใจของประชาชน  
ผู้รับบริการเพื่อปรับปรุงวิธีปฏิบัติงานให้เหมาะสม<sup>(12)</sup>

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในครั้งนี้มีเป็นจำนวนมากเป็นไป  
ตามสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อที่ใช้เป็นตัวแทน  
ผู้รับบริการจึงสอดคล้องตามหลักสถิติ<sup>(9)</sup> ทำให้ข้อมูล  
ระดับความพึงพอใจที่ได้ในครั้งนี้ น่าเชื่อถือ และจากผล  
ระดับความพึงพอใจในภาพรวมเท่ากับร้อยละ 80.87

ต่ำกว่าการศึกษาผู้ป่วยที่ใช้บริการของโรงพยาบาล  
บ้านแพ้วที่ศึกษาโดยบุษราดัม แก้วกระจ่าง<sup>(13)</sup> แต่เป็น  
ระดับความพึงพอใจที่สูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวง-  
สาธารณสุขตั้งไว้ที่ร้อยละ 80.00<sup>(14)</sup> และมีค่าสูงกว่าผล  
การสำรวจความพึงพอใจในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560<sup>(15)</sup>  
ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานปลัด-  
กระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์ โรง-  
พยาบาลทั่วไปได้ให้ความสำคัญในเรื่องคุณภาพบริการ  
มากขึ้น<sup>(16)</sup>

การที่ผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจสูงสุดด้านเจ้าหน้าที่  
ผู้ให้บริการนั้นสอดคล้องกับการศึกษาในปีงบประมาณ  
2560<sup>(16)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาล-

บ้านแพ้ว ที่ศึกษาโดยบุษราคม แก้วกระจ่าง(2558)<sup>(13)</sup> ส่วนที่พึงพอใจต่ำสุดด้านขั้นตอนการให้บริการนั้น แตกต่างจากผลการสำรวจในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ที่พบต่ำสุดในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก โดยที่ความพึงพอใจสูงสุดในแต่ละด้าน และแต่ละเรื่องก็สอดคล้องกับการศึกษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560<sup>(16)</sup> เฉพาะความพึงพอใจต่ำในเรื่องความสะดวก รวดเร็วการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)<sup>(17)</sup> โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงควรดำเนินการปรับปรุงการบริการอย่างจริงจังเพื่อให้การบริการประชาชนมีความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น

สำหรับด้านเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจสูงสุดต่อความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่นั้น ต่างจากการศึกษาของ ก.พ.ร. ที่พบพึงพอใจสูงสุดในเรื่องด้านความรู้ความสามารถในการให้บริการ<sup>(17)</sup> ความพึงพอใจของเพศชายหญิง และระดับการศึกษา พบมีความพึงพอใจใกล้เคียงกัน รวมทั้งกลุ่มอายุนั้นพบอายุ 60 ปี ขึ้นไป อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีความพึงพอใจสูงสุด และความพึงพอใจสูงสุดคือแผนกกายภาพบำบัดสอดคล้องกับการศึกษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560<sup>(16)</sup> ต่ำสุดคือแผนกฉุกเฉิน ชัดแย้งกับการศึกษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ที่พบต่ำสุดในแผนกอายุรกรรม<sup>(16)</sup> ความพึงพอใจจำแนกตามขนาดโรงพยาบาลที่พบโรงพยาบาลทั่วไป (M1) มีระดับความพึงพอใจสูงสุด ต่ำสุดคือโรงพยาบาลศูนย์ (A) สอดคล้องกับการศึกษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560<sup>(16)</sup> ความพึงพอใจจำแนกตามวันบริการพบพึงพอใจสูงสุดในวันศุกร์อาจเนื่องมาจากวันศุกร์เป็นสุดสัปดาห์ที่มีผู้มารับบริการจำนวนน้อย ทำให้เจ้าหน้าที่ให้เวลาในการดูแลรักษาได้มากขึ้น และจุดบริการรวมที่พึงพอใจสูงสุดคือจุดซักประวัติและต่ำสุดคือแผนกจ่ายยา ชัดแย้งกับการศึกษาของวรรณ สโมสรรสุข และคณะ<sup>(18)</sup> ที่ศึกษาความพึงพอใจผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติแล้ว พบว่า ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจในการให้บริการมากที่สุดคือเรื่องระยะเวลาในการรอตรวจนาน และระยะเวลาการรับยานาน และเมื่อเปรียบเทียบความ

พึงพอใจผู้ป่วยนอกจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พบมีความแตกต่างกันทุกคู่ นั่นแตกต่างจากการศึกษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ที่พบมีความแตกต่างกันเฉพาะคู่ของโรงพยาบาลศูนย์ (A) กับโรงพยาบาลทั่วไป (S) และกับโรงพยาบาลทั่วไป (M1) และความพึงพอใจผู้ป่วยนอกระหว่างแผนกที่ใช้บริการพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560<sup>(16)</sup> ผลการเรียงลำดับความพึงพอใจผู้ป่วยนอกตามเขตสุขภาพสูงสุดคือเขตสุขภาพที่ 11 สุราษฎร์ธานี ต่างจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ที่สูงสุดคือเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น และกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ (A) พบความพึงพอใจสูงสุด คือ โรงพยาบาล-มหาราชนครศรีธรรมราช ต่างจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ที่สูงสุดคือโรงพยาบาลศรีสะเกษ และกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (S) พบพึงพอใจสูงสุดที่โรงพยาบาลพัทลุง ต่างจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ที่พบพึงพอใจสูงสุดคือ โรงพยาบาลตราด และกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (M1) พบพึงพอใจสูงสุดที่โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ต่างจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ที่พบพึงพอใจสูงสุดคือ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น<sup>(16)</sup> ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับกับความพึงพอใจผู้ป่วยแตกต่างจากการศึกษาของบุษราคม แก้วกระจ่าง ที่พบเฉพาะปัจจัยเรื่องเพศมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจผู้ป่วย<sup>(13)</sup>

## สรุป

การสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล-ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็น เนื่องจากมีการบัญญัติไว้ในกฎหมายตามพระราชกฤษฎีกาการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี และตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ รวมทั้งตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารระดับสูงขององค์การ/หน่วยงาน และเป็นการติดตามแก้ไขข้อร้องเรียนของประชาชน ผู้รับบริการ แม้จะมีข้อจำกัดเรื่อง การเลือกให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม รวมทั้งกระจายตามวัน ช่วงเวลา

ต่างๆ ให้ใกล้เคียงกัน แต่การทราบระดับความพึงพอใจของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แต่ละกลุ่มผู้รับบริการต่างๆ และความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และความสัมพันธ์ของความพึงพอใจกับปัจจัยส่วนบุคคลผู้รับบริการ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนแก้ไข ยกระดับคุณภาพบริการได้ตรงประเด็นมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรนำข้อมูลที่ได้ในครั้งนี้นำใช้ในการสะท้อนคุณภาพการให้บริการในเวทีผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับ ติดตาม ประเมินผล การให้บริการของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปแต่ละแห่งและแต่ละเขตสุขภาพ

2) ควรมีการสำรวจประเด็นที่ผู้รับบริการไม่พึงพอใจและประเด็นที่เป็นข้อชื่นชมจากผู้รับบริการเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดบุคลากรให้ความสนใจ และให้ความสำคัญและทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการได้ตรงกับความต้องการผู้รับบริการ

3) ควรดำเนินการสำรวจความพึงพอใจอย่างต่อเนื่องเพื่อทราบทิศทางแนวโน้มความพึงพอใจในระยะยาวรวมทั้งให้มีการขยายสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการให้ครอบคลุมระดับโรงพยาบาลชุมชน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์) ที่มอบให้สำนักวิชาการ-สาธารณสุข ได้ทำหน้าที่รับผิดชอบการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการในครั้งนี้ และขอขอบคุณนายแพทย์กำจัด รามกุล หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข ที่ส่งเสริมสนับสนุนการสำรวจ และขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาล-ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (S, M1) ทุกแห่ง รวมทั้งเจ้าหน้าที่งานคุณภาพโรงพยาบาลที่ให้ความร่วมมือดำเนินการสำรวจและนำเข้าข้อมูลในระบบออนไลน์ ขอขอบคุณ

ประชาชนผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายแผนงานและฝ่ายบริหารของสำนักวิชาการสาธารณสุข ที่ช่วยประสาน บริหารจัดการ อำนวยความสะดวก จนทำให้การสำรวจครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120, ตอน 100 ก (ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2546).
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.). เกณฑ์พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วิชั่นพริ้นท์แอนด์มีเดีย; 2557.
3. กองบริหารการสาธารณสุข. ความพึงพอใจผู้รับบริการ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: [https://phdb.moph.go.th/main/upload/web\\_news\\_files/1h1aq9ck30cgs4kcg.pdf](https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/1h1aq9ck30cgs4kcg.pdf)
4. สภาปฏิรูปแห่งชาติ. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: [https://library2.parliament.go.th/giventake/content\\_nrc-cinf/nrc2557-pr38.pdf](https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrc-cinf/nrc2557-pr38.pdf)
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.). นโยบายกำกับดูแลองค์กรที่ดี [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: [http://kmcenter.rid.go.th/kcresearch/order/outside\\_rid\\_13.pdf](http://kmcenter.rid.go.th/kcresearch/order/outside_rid_13.pdf)
6. สำนักงานสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/04/112577/>
7. มหาวิทยาลัยมหิดล. การประเมินคุณภาพบริการ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaiscience.info/journals/Article/KMIT/10830828.pdf>
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.). รางวัลเลิศรัฐการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ [อินเทอร์เน็ต].





**Abstract: Satisfaction of Outpatients at Central and General Hospital Fiscal Year 2018, Thailand**

**Virat Prawantao, B.Sc, B.P.H., B.L., M.P.H., Ph.D.\*; Jamjuree Pheantham, B.E.\*\***

*\* Office of the Expert Committee, Department of Disease Control; \*\* Bureau of Public Health Office of the Permanent Secretary for Public Health, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):307-18.*

This survey research aimed to (1) determine the satisfaction of outpatients at central and general hospitals, (2) compare the satisfaction of outpatients based on the hospital settings, and (3) determine the relationship between gender, education, occupation, service days and the satisfaction. Altogether 25,752 out-patients were recruited from 103 hospitals, divided into 30 regional hospitals (A), 44 general hospitals (S) and 29 general hospitals (M1) through random sampling. Data were collected by using a 5-level estimation questionnaire which had validity index of 0.8–1.0 and reliability was 0.88; and the data were analyzed with descriptive statistics (mean, percentages) as well as the tests for association using one-way ANOVA and Pearson correlation. It was found that most of outpatients were female, secondary education/diploma, age 30–59 years; and their occupation included government or state enterprise worker, trade/private business, farmer and general employee. The common days for hospital visits were Monday, Wednesday and Thursday; and the main out-patient departments were internal medicine, surgery and obstetrics. Maximum satisfaction was expressed by 80.87% of the samples; the highest was in the areas of service personnel, and the lowest on service procedures. The details were as follow: (1) officer: highest satisfaction was with honesty in performing duties, and the lowest was about empathy, enthusiastic and ready to service; (2) service procedures: high satisfaction was with the intended service, the lowest was convenience and fast service, (3) facilities: satisfied with the clear and easy to understand signs and public relations, the lowest was about inadequate amenities such as toilets, drinking water, waiting seats; (4) service quality: high satisfaction was in receiving good service and quality. Comparing satisfaction based on hospital size, there was a high level satisfaction on M1 general hospitals (82.40%), followed by S level general hospitals (80.80%) and center (A) hospitals (79.80%). Age and occupation were found to be significantly associated with satisfaction of the outpatients services ( $p < 0.05$ ).

**Keywords: satisfaction; outpatient; central hospital, general hospital**

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ความพึงพอใจของผู้ป่วยในผลการรักษาด้วยรากฟันเทียม

กัญฉิกา เข้มทอง ท.บ.\*

ชุตินา นวศรี ท.บ.\*

ธนพัฒน์ ศาสตร์ระรุจิ วท.ด.\*\*

พิสัยศิษฐ์ ชัยจรีนนท์ ท.บ., วท.ด.\*\*\*

\* หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาทันตแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, จังหวัดเชียงใหม่

\*\* ศูนย์วิจัยทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, จังหวัดเชียงใหม่

\*\*\* ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

วันรับ:	18 ก.ย. 2564
วันแก้ไข:	30 ม.ค. 2565
วันตอบรับ:	10 ก.พ. 2565

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยในผลการรักษาด้วยรากฟันเทียม กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรากฟันเทียมในภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ 12 คำถามเป็นเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของครอนบาชแอลฟาเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงเป็นจำนวนร้อยละ ผลการวิจัยพบว่ามีผู้ป่วยรวม 105 ราย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเรียงจากมากไปน้อยดังนี้ เรื่องการพูดชัดเจนหลังฝังรากฟันเทียม (ร้อยละ 96.8±4.3) แนะนำการฝังรากฟันเทียมให้ผู้อื่น (ร้อยละ 96.2±5.9) รากฟันเทียมตอบสนองความคาดหวังได้ดี (ร้อยละ 94.8±6.1) ต้องการฝังรากฟันเทียมอีกครั้งหากมีความจำเป็น (ร้อยละ 93.9±6.9) รากฟันเทียมใช้บดเคี้ยวได้ดี (ร้อยละ 93.7±5.7) พึงพอใจกับประสิทธิภาพของรากฟันเทียมเทียบกับฟันธรรมชาติ (ร้อยละ 93.0±5.7) พึงพอใจกับความสวยงามของรากฟันเทียม (ร้อยละ 91.8±6.7) การทำความสะอาดรากฟันเทียมใกล้เคียงกับฟันธรรมชาติ (ร้อยละ 88.9±9.7) ใช้เวลาทำความสะอาดรากฟันเทียมและฟันธรรมชาติใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 88.2±9.7) มีความพึงพอใจในค่ารักษาของรากฟันเทียม (ร้อยละ 83.8±10.3) สามารถทำความสะอาดรากฟันเทียมได้เป็นอย่างดี (ร้อยละ 81.1±10.5) มีเลือดออกบริเวณรากฟันเทียมน้อยกว่าฟันธรรมชาติ (ร้อยละ 40.4±10.9) โดยสรุป ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด (ร้อยละ 90.9±4.8) หลังการรักษา งานวิจัยนี้เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยโดยตรงในการติดตามการรักษา หากพบว่ารากฟันเทียมมีปัญหาผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขได้รวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีประโยชน์กับผู้สนใจรากฟันเทียมเนื่องจากได้รับความพึงพอใจมากที่สุดหลังการรักษา

**คำสำคัญ:** รากฟันเทียม; ความพึงพอใจของผู้ป่วยรากฟันเทียม; ผลการรักษาด้วยรากฟันเทียม

## บทนำ

รากฟันเทียม (dental implant) ทำมาจากโลหะ-ไทเทเนียมลักษณะคล้ายรากฟันธรรมชาติ โดยมีการฝังรากฟันเทียมในช่องปากมนุษย์ครั้งแรกเมื่อปี

พ.ศ. 2512<sup>(1)</sup> และเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน รากฟันเทียมใช้เพื่อทดแทนฟันธรรมชาติและเป็นหลักยึดให้กับฟันเทียมในรูปแบบต่างๆ เช่น ฟันเทียมทั้งปาก ฟันเทียมบางส่วนถอดได้หรือแม้กระทั่งสะพานฟัน มี

หลายการศึกษารายงานว่า การฝังรากฟันเทียมมีอัตราการรอดชีวิตสูงในผู้ป่วยที่ไม่มีฟันหลังเพื่อใช้ในการรักษา รูปแบบของครอบฟันเทียมเดี่ยว (single crown) และ ฟันเทียมที่รองรับด้วยรากฟันเทียม (implant-supported prosthesis)<sup>(2-6)</sup> นอกจากนี้มีการศึกษาเชิงทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับอัตราการอยู่รอดของครอบฟันเทียมเดี่ยวบนรากฟันเทียมย้อนหลัง 5 และ 10 ปี พบว่ามีค่าสูงถึงร้อยละ 96.3 และร้อยละ 89.8 ตามลำดับ<sup>(7)</sup>

สำหรับในประเทศไทยการใช้รากฟันเทียมเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในแง่ของการทดแทนการสูญเสียฟันธรรมชาติ นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ตัวอย่างเช่น การฝังรากฟันเทียมพระราชทานของคณะทันตแพทยศาสตร์<sup>(8)</sup> และโครงการรากฟันเทียมพระราชทานในโรงพยาบาลของรัฐ<sup>(9)</sup> เป็นต้น ในส่วนของคำรักษานั้นปัจจุบันมีราคาไม่สูงมากนักเนื่องจากมีบริษัทผู้ผลิตเพิ่มมากขึ้นในหลายประเทศรวมถึงในประเทศไทยด้วย จากการศึกษาของปริญญา อมรเศรษฐชัยและคณะ<sup>(10)</sup> ที่ได้ทำการศึกษาอัตราการอยู่รอดหลังการใส่รากฟันเทียมที่ผลิตในประเทศไทย พบว่ามีอัตราการอยู่รอดสะสม 3 ปี อยู่ที่ร้อยละ 94.4 ซึ่งนับว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก สำหรับข้อดีของรากฟันเทียมนั้นมีหลายประการ เช่น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว เพิ่มการยึดแน่นของฟันเทียมบางส่วนถอดได้หรือฟันเทียมทั้งปาก ให้ความสวยงามใกล้เคียงกับฟันธรรมชาติ เพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยในการยิ้ม การพูดซึ่งเป็นผลดีในระยะยาวและช่วยคงสภาพกระดูกขากรรไกร<sup>(11-13)</sup>

การศึกษาของ Dong H และคณะ<sup>(14)</sup> ได้อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย จำนวน 373 คน ที่รับการรักษาฟันเทียมทั้งในขั้นตอนการให้ข้อมูล การวางแผนการรักษา ระหว่างการรักษาและภายหลังการรักษาเพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุงคุณภาพทางการแพทย์ของรากฟันเทียมในช่องปาก ผลการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในผลการรักษา ร้อยละ  $69.05 \pm 7.10$

นอกจากนี้การศึกษาของ Adler L และคณะ<sup>(15)</sup> อธิบายเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยรากฟันเทียม จำนวน 400 คน พบว่ามีความพึงพอใจในเรื่องการบดเคี้ยวและความสวยงามมากถึงร้อยละ 81.0 และร้อยละ 94.0 ตามลำดับ<sup>(15)</sup> ผู้วิจัยในฐานะทันตแพทย์ที่ให้การรักษาทางทันตกรรมรากฟันเทียมจึงสังเกตเห็นว่าการฝังรากฟันจะแม้ว่าจะประสบความสำเร็จตามเกณฑ์การประเมินทางคลินิก แต่ในแง่ของความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังรักษาก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกัน

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในผลการรักษาด้วยรากฟันเทียมโดยสามารถนำผลการวิจัยที่ได้นำไปประยุกต์ใช้กับการวางแผนการรักษาเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดและผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์มากในแง่การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยรากฟันเทียมย้อนหลังของภาควิชาให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น เพื่อการลดปัญหาผู้ป่วยขาดการติดต่อและกลับมารับการตรวจติดตามได้ในทุกปี

## วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมด้วยรากฟันเทียมจากภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558-2562 และสามารถเรียกมาเพื่อตรวจติดตามการรักษา โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) คือสามารถสื่อสารได้เป็นอย่างดีและสามารถตอบสนองต่อแบบสอบถามได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (2) ข้อมูลทางคลินิก (3) ข้อมูลความพึงพอใจ โดยส่วนของข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามปลายเปิดประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ข้อมูลทางคลินิกประกอบด้วย ข้อมูลด้านสุขภาพแบ่งเป็นมีโรคประจำตัวที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และประวัติการรักษาทางทันตกรรม โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจาก

เวชระเบียนในระบบของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และการซักประวัติเพิ่มเติมในแบบสอบถาม ในส่วนของข้อมูลความพึงพอใจเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการฝังรากฟันเทียม โดยแบบสอบถามนี้ได้รับการอนุญาตและอ้างอิงจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยรากฟันเทียมของ Pjetursson BE และคณะ<sup>(16)</sup> ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยที่ถูกต้องเพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจซึ่งรับรองโดยศูนย์บริการวิชาการมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ลงวันที่ 14 กรกฎาคม 2564) และแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ที่ทดสอบโดยใช้สอบถามและประเมินในผู้ป่วยรากฟันเทียมกลุ่มอื่นที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มวิจัย ซึ่งแบบสอบถามนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.92

ผู้ป่วยในกลุ่มวิจัยจะถูกตั้งคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีมาตรวัดความพึงพอใจด้วยสายตา (Visual analogue scale, VAS) ที่ประกอบด้วย เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร มีตัวเลขระบุชัดเจนให้เห็น ด้านซ้ายมือสุดเขียนหมายเลข 0 แสดงถึงความพึงพอใจน้อยที่สุดและด้านขวามือสุดเขียนหมายเลข 100 แสดงถึงความพึงพอใจมากที่สุด ผู้ป่วยจะให้ระดับความพึงพอใจได้ตั้งแต่ 0-100 จากนั้นผู้ประเมินจะเขียนตัวเลขตามที่ผู้ป่วยประเมินไว้ในแบบสอบถาม โดยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยอ้างอิงจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยรากฟันเทียมของ Pjetursson BE และคณะ<sup>(16)</sup> ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของแบบสอบถามได้ดังนี้

- ผลการรักษาในแง่ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวของรากฟันเทียม (2 ข้อ)
- การออกเสียงภายหลังได้รับการฝังรากฟันเทียม (1 ข้อ) ความสวยงามของรากฟันเทียม (1 ข้อ)
- การทำความสะอาดรากฟันเทียม (4 ข้อ)
- ความคาดหวังที่มีต่อรากฟันเทียม (1 ข้อ)
- ความต้องการรักษาด้วยรากฟันเทียมอีกครั้งหากจำเป็น (1 ข้อ)
- ผู้ป่วยจะแนะนำหรือบอกต่อกับผู้อื่นเกี่ยวกับ

รากฟันเทียม (1 ข้อ)

- ความพึงพอใจในคำรักษาทันตกรรมรากฟันเทียม (1 ข้อ)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและผู้ป่วยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ตอนไหนก็ได้โดยไม่ได้รับผลกระทบและในการนำเสนอข้อมูลจะไม่มีการนำเสนอข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยแต่จะนำเสนอเป็นภาพรวมสรุปเท่านั้น ก่อนทำแบบสอบถามจะให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยงานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติโดยคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิสวัสดิภาพและป้องกันอันตรายของผู้ถูกวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 182/2564 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2564

#### ผลการศึกษา

จากระบบฐานข้อมูล พบว่า มีผู้ป่วยที่เคยรักษาทางทันตกรรมด้วยรากฟันเทียมที่สะดวกมารับการตรวจทั้งหมด 120 คน แต่เมื่อใช้เกณฑ์ในการตัดเข้าคือผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้เป็นอย่างดีและสามารถตอบสนองต่อแบบสอบถามได้ ทำให้มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และนำเข้าเพื่อการศึกษาวิจัยทั้งสิ้น 105 คน แบ่งเป็นเพศชาย 51 คน (ร้อยละ 48.6) และเพศหญิง 54 คน (ร้อยละ 51.4) ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.8) มากกว่า 50 ปี และรายละเอียดข้อมูลอาชีพของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มประชากรทั้งหมดในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบและอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์จำนวน 71 คนคิดเป็นร้อยละ 67.6 ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 34 คนคิดเป็นร้อยละ 32.4 ในส่วน

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรากฟันเทียมภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันต-แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (N=105)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	51	48.6
	หญิง	54	51.4
อายุ (ปี)	ต่ำกว่า 30	7	6.7
	31-40	10	9.5
	41-50	19	18.0
	51-60	28	26.7
	61 ปีขึ้นไป	41	39.1
อาชีพ	ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	47	44.7
	ธุรกิจส่วนตัว	29	27.6
	ค้าขาย	18	17.1
	อื่นๆ	11	10.4

ของประวัติการรักษาทางทันตกรรมแต่ละประเภท ดังแสดงในตารางที่ 2

ข้อมูลจากการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในผลการรักษาทางทันตกรรมด้วยรากฟันเทียมจากภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยเรียงจากความพึงพอใจมากที่สุด 3

อันดับแรก ได้แก่ การพูดที่ชัดเจนหลังฝังรากฟันเทียม ร้อยละ 96.8±4.3 ผู้ป่วยอยากแนะนำการฝังรากฟันเทียมกับผู้อื่นร้อยละ 96.2±5.9 รากฟันเทียมตอบสนองความคาดหวังได้ดีร้อยละ 94.8±6.1 ส่วนของความพึงพอใจในหัวข้ออื่นผู้เขียนได้แสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรากฟันเทียมภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (N=105)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลด้านสุขภาพ		
มีโรคทางระบบและอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์	71	67.6
ไม่มีโรคประจำตัว	34	32.4
ข้อมูลทางทันตกรรม		
ประวัติการอุดฟัน	105	100.0
ประวัติการถอนฟัน	105	100.0
ประวัติรักษาโรคเหงือก		
ประวัติการขูดหินปูนปกติ	92	87.6
ประวัติรักษาโรคปริทันต์อักเสบ	13	12.3
ประวัติใส่ฟันเทียมมาก่อนได้รับการฝังรากฟันเทียม	95	90.4

## ความพึงพอใจของผู้ป่วยในผลการรักษาด้วยรากฟันเทียม

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรากฟันเทียมภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันต-แพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (N=105)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ	
	Mean±SD	แปลผล
1) รากฟันเทียมสามารถใช้บดเคี้ยวได้ดี	93.7±5.7	พึงพอใจมากที่สุด
2) พึงพอใจกับประสิทธิภาพของรากฟันเทียมเมื่อเทียบกับฟันธรรมชาติ	93.0±5.7	พึงพอใจมากที่สุด
3) สามารถใช้ครอบฟันเทียมหรือสะพานฟันบนรากฟันเทียมแล้วพูดได้ชัดเจนเป็นอย่างดี	96.8±4.3	พึงพอใจมากที่สุด
4) พึงพอใจกับความสวยงามของรากฟันเทียม	91.8±6.7	พึงพอใจมากที่สุด
5) สามารถทำความสะอาดรากฟันเทียมที่มีได้เป็นอย่างดี	81.1±10.5	พึงพอใจมากที่สุด
6) ทำความสะอาดรากฟันเทียมใกล้เคียงกับฟันธรรมชาติ	88.9±9.7	พึงพอใจมากที่สุด
7) ใช้เวลาในการทำทำความสะอาดรากฟันเทียมและฟันธรรมชาติใกล้เคียงกัน	88.2±9.7	พึงพอใจมากที่สุด
8) มีเลือดออกบริเวณรากฟันเทียมน้อยกว่าฟันธรรมชาติ	40.4±10.9	พึงพอใจปานกลาง
9) รากฟันเทียมตอบสนองความคาดหวังของท่านได้ดี	94.8±6.1	พึงพอใจมากที่สุด
10) ท่านอยากรักษาด้วยการฝังรากฟันเทียมอีกครั้ง หากมีความจำเป็น	93.9±6.9	พึงพอใจมากที่สุด
11) ท่านอยากแนะนำการฝังรากฟันเทียมกับเพื่อนหรือคนรอบตัว	96.2±5.9	พึงพอใจมากที่สุด
12) พึงพอใจในค่ารักษาทันตกรรมรากฟันเทียม	83.8±10.3	พึงพอใจมากที่สุด
พึงพอใจโดยภาพรวม	90.9±4.8	พึงพอใจมากที่สุด

หมายเหตุ: เกณฑ์การพิจารณาระดับความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	ได้คะแนนในช่วงร้อยละ	76-100
ระดับความพึงพอใจมาก	ได้คะแนนในช่วงร้อยละ	51-75
ระดับพึงพอใจปานกลาง	ได้คะแนนในช่วงร้อยละ	26-50
ระดับพึงพอใจน้อย	ได้คะแนนในช่วงร้อยละ	0-25

## วิจารณ์

ข้อมูลจากการศึกษาคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจำนวนผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกันเนื่องจากการฝังรากฟันเทียมนั้นทำได้ทุกเพศทุกวัย สามารถฝังรากฟันเทียมได้โดยไม่มีข้อห้าม<sup>(17)</sup> หากไม่ใช่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีบำบัดในบริเวณศีรษะและลำคอ ได้รับการบำบัดด้วยยากลุ่ม bisphosphonates และได้รับยากลุ่ม corticosteroids ซึ่งจะมีผลต่อการยึดติดของรากฟันเทียมและกระดูก (osteointegration)<sup>(17)</sup> แต่จากข้อมูลผู้ป่วยมีโรคทางระบบและอยู่ภายใต้การดูแลของ

แพทย์ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ควบคุม น้ำตาลได้ดี โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งกลุ่มโรคเหล่านี้สามารถฝังรากฟันเทียมได้แต่ต้องมีการปรึกษาแพทย์ประจำตัวก่อน<sup>(18)</sup> ในส่วนของประวัติการรักษาทางทันตกรรม ผู้ป่วยทุกคนเคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมประเภทอื่นมาแล้ว ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดจะให้ความเห็นว่าการฝังรากฟันเทียมให้ความรู้สึกไม่แตกต่างจากการรักษาทางทันตกรรมประเภทอื่น

จากผลวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษา รากฟันเทียมมีความหลากหลายในอาชีพ เนื่องจากค่าใช้จ่ายใน

การรักษาด้วยรากฟันเทียมมีราคาไม่สูงมากนัก และเป็นการรักษาที่ควบคู่ไปกับการเรียนการสอนของทันตแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในบุคลากร คณาจารย์ และระบบการให้บริการของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาทางทันตกรรมด้วยรากฟันเทียมจากภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 90.9 โดยความพึงพอใจสามารถใช้ครอบฟันเทียมหรือสะพานฟันบนรากฟันเทียมแล้วพูดได้ชัดเจนเป็นอย่างดีพบได้มากที่สุดร้อยละ 96.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pjetursson BE และคณะ<sup>(16)</sup> ซึ่งทำการศึกษาความพึงพอใจต่อรากฟันเทียมซึ่งพบผู้ป่วยพึงพอใจและสามารถใช้ครอบฟันเทียมหรือสะพานฟันบนรากฟันเทียมแล้วพูดได้ชัดเจนร้อยละ 91.0 เมื่อพิจารณาในแต่ละหัวข้อการประเมินที่น่าสนใจและเห็นควรอภิปราย ดังนี้

ผู้ป่วยมีเลือดออกบริเวณรากฟันเทียมน้อยกว่าฟันธรรมชาติร้อยละ 40.4 ซึ่งมีผลการประเมินใกล้เคียงกับการศึกษาของ Adler L และคณะ<sup>(15)</sup> ที่มีระดับความพึงพอใจในหัวข้อนี้อยู่ที่ร้อยละ 47.0 งานวิจัยนี้มีการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าคุณใช้ส่วนใหญ่ไม่พบว่ามีเลือดออกบริเวณรากฟันเทียมจึงให้คะแนน VAS score ที่ 0 ผู้ป่วยบางคนมีเลือดออกบริเวณรากฟันเทียมใกล้เคียงกับฟันธรรมชาติเนื่องจากการแปรงฟันที่ผิดวิธีและมีสิ่งบูรณะบนรากฟันเทียมออกแบบเป็นสะพานฟันทำให้มีเศษอาหารติดอยู่บ่อยครั้ง เนื่องจากทำความสะอาดเองไม่ได้และไม่ได้มาตรวจเช็ครากฟันเทียมเป็นประจำ จึงทำให้มีการอักเสบและเลือดออกมากกว่าบริเวณฟันธรรมชาติ ซึ่งจากการศึกษาของ Silverstein L และคณะ<sup>(19)</sup> ได้อธิบายว่าการดูแลรักษารากฟันเทียมโดยทันตแพทย์และการดูแลรากฟันเทียมด้วยตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกวิธีเป็นปัจจัยสำคัญสองประการสำหรับความสำเร็จในระยะยาว

ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดรากฟันเทียมที่มีได้เป็นอย่างดี ในกรณีที่ได้รับการฝังรากฟันเทียมในตำแหน่งที่

หลายหลากทั้งในบริเวณฟันหน้าและฟันหลัง มีสิ่งบูรณะบนรากฟันเทียมที่แตกต่างกัน เช่น ครอบฟัน สะพานฟัน ฟันเทียมถอดได้ ซึ่งการทำความสะอาดจะแตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่าทำความสะอาดไม่ทั่วถึง มีเศษอาหารติดอยู่บ่อยครั้ง อีกเหตุผลหลักที่พบคือคนใช้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสอนใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดรากฟันเทียมเท่าที่ควร เช่น การสอนใช้ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เป็นต้น จากการศึกษาของ Kracher CM และ Smith WS<sup>(20)</sup> อธิบายว่าทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญควรสอนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลทำความสะอาดรากฟันเทียมของตนเองได้ดีเพื่อผลการรักษาที่ดีในระยะยาว

การทำความสะอาดรากฟันเทียมใกล้เคียงกับฟันธรรมชาติและใช้เวลาในการทำความสะอาดรากฟันเทียมและฟันธรรมชาติใกล้เคียงกัน จากข้อมูลสอบถามเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่ารากฟันเทียมมีความแตกต่างจากฟันธรรมชาติและต้องการดูแลรักษาและระยะเวลาทำความสะอาดนานเป็นพิเศษ ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกว่ารากฟันเทียมไม่แตกต่างจากฟันธรรมชาติ จึงใช้วิธีการทำความสะอาดและระยะเวลาที่เหมือนกัน

ผู้ป่วยพึงพอใจในค่ารักษาทันตกรรมรากฟันเทียมจากการสอบถามข้อมูลพบว่าสาเหตุที่พึงพอใจในค่ารักษาเนื่องจากในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีค่ารักษาที่ไม่สูงมากเมื่อเทียบกับคลินิกทันตกรรมเอกชนอื่น ๆ โดยราคารากฟันเทียมเริ่มต้นที่ 17,000 บาทต่อซี่ มีรากฟันเทียมหลากหลายยี่ห้อจากต่างประเทศ เช่น Straumann, Neo Biotech, Astra Tech และอื่น ๆ ส่วนเรื่องการเดินทางผู้ป่วยสามารถเดินทางมารักษาได้สะดวก แต่ผู้ป่วยบางคนก็ยังคงคิดว่าค่ารักษาสูงเกินไปเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยวิธีอื่น เนื่องจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล

การให้คะแนนความพึงพอใจแบบเปรียบเทียบทางสายตา (visual analogue scales) เดิมออกแบบมาเพื่อประเมินความเจ็บปวดและกลายเป็นมาตรฐานในการวิจัยความเจ็บปวด<sup>(21)</sup> มีความเหมาะสมในการประเมินผลลัพธ์



## ความพึงพอใจของผู้ป่วยในผลการรักษาด้วยรากฟันเทียม

ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีข้อดีคือใช้งานง่ายและถูกใช้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ข้อดีเพิ่มเติมคือเมื่อเปรียบเทียบกับคำถามที่ถูกจัดไว้หมวดหมู่จะทำให้ง่ายต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ จัดตอบสรรคด้านภาษา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำมาใช้อ้างอิงในการทำแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยในการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการรักษาควรกลับมาตรวจเช็ครากฟันเทียมอย่างสม่ำเสมอทุกปี จึงต้องมีการผลักดันให้ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามารับการรักษาทราบและเห็นถึงความสำคัญของการกลับมาตรวจเช็ครากฟันเทียม

2) ด้านการจัดการขององค์กร ภาควิชากำลังจะพัฒนาระบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยรากฟันเทียมผ่านแอปพลิเคชันเพื่อให้สะดวกต่อการตรวจสอบข้อมูล

3) ด้านการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปหลังจากแก้ไขและพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยและระบบจัดเก็บข้อมูลให้ดียิ่งขึ้นแล้ว อาจจะมีการประเมินความพึงพอใจอีกครั้งเพื่อประเมินระบบการทำงานของคณะให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### สรุป

การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในผลการรักษาด้วยรากฟันเทียมจากภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 105 คน พบว่ามีทั้งผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ประกอบอาชีพหลากหลายโดยเฉพาะอาชีพรับราชการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีช่วงอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป มีโรคทางระบบที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกคนยังเคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมประเภทอื่นมาแล้วทั้งสิ้น จากแบบสอบถามความพึงพอใจ 12 ข้อ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในผลการรักษาด้วยรากฟันเทียมระดับมากที่สุดร้อยละ 90.9 ซึ่งได้

วิเคราะห์ในรายละเอียดพบว่า ผู้ป่วยพอใจในแง่การพูดและออกเสียงที่ชัดเจน ต้องการแนะนำผู้อื่นให้มารับการรักษาด้วยรากฟันเทียม และรากฟันเทียมตอบสนองความคาดหวังผู้ป่วยได้

### กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนอุดหนุนงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีกทั้งขอขอบคุณคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในงานวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. Branemark PI, Adell R, Breine U, Hansson BO, Lindstrom J, Ohlsson A. Intra-osseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. Scand J Plast Reconstr Surg 1969;3(2):81-100.
2. Van Steenberghe D, Naert I, Jacobs R, Quirynen M. Influence of inflammatory reactions vs. occlusal loading on peri-implant marginal bone level. Adv Dent Res 1999; 13:130-5.
3. Hultin M, Gustafsson A, Klinge B. Long-term evaluation of osseointegrated dental implants in the treatment of partly edentulous patients. J Clin Periodontol 2000; 27(2):128-33.
4. Pjetursson BE, Tan K, Lang NP, Bragger U, Egger M, Zwahlen MA. Systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. Clin Oral Implants Res 2004;15(6):667-76.
5. Levin L, Sadet P, Grossmann YA. Retrospective evaluation of 1,387 single-tooth implants: a 6-year follow-up. J Periodontol 2006;77(12):2080-3.
6. Derks J, Hakansson J, Wennstrom JL, Tomasi C, Lars-

- son M, Berglundh T. Effectiveness of implant therapy analyzed in a Swedish population: early and late implant loss. *J Dent Res* 2015; 94(3 Suppl):44S-51S.
7. Albrektsson T, Donos N, Working Group. Implant survival and complications. The Third EAO consensus conference 2012. *Clin Oral Implants Res* 2012;23 (Suppl 6):63-5.
  8. สัมผัส ประกายสาธก, อภิรุณ จันทน์หอม, การุณ เวโรจน์, สุกิจ เกสรศรี, พิริยะ ยาวีราช. การประเมินระดับกระดูกขากรรไกรล่างในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่รากฟันเทียมชนิดค้ำยันขากรรไกรล่างในโครงการรากฟันเทียมพระราชทาน. *เชียงใหม่ทันตแพทยสาร* 2556;34(1):77-90.
  9. ชาดยา ถุติวิรุฬห์. การศึกษาย้อนหลัง 8 ปี ของอัตราการอยู่รอดของฟันเทียมครอบรากฟันเทียมขากรรไกรล่างในโครงการรากฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. *เชียงใหม่ทันตแพทยสาร* 2563; 41(3):105-22.
  10. ปริญญา อมรเศรษฐชัย,ศุภชัย สุพรรณกุล, ธนภัทร บ่อคำ. การศึกษาย้อนหลัง 3 ปี ของอัตราการอยู่รอดหลังการใส่รากฟันเทียมที่ผลิตในประเทศไทย (พีดีบีบลิวพลัส) ในผู้ป่วยจำนวน 23 ราย. *เชียงใหม่ทันตแพทยสาร* 2561; 39(2):47-55.
  11. Thalji G, McGraw K, Cooper LF. Maxillary complete denture outcomes: a systematic review of patient-based outcomes. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2016;31(Suppl):s169-81.
  12. Boven GC, Raghoobar GM, Vissink A, Meijer HJ. Improving masticatory performance, bite force, nutritional state and patient's satisfaction with implant overdentures: a systematic review of the literature. *J Oral Rehabil* 2015; 42(3):220-33.
  13. Misch CE. *Contemporary Implant Dentistry*. 3<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby; 2005.
  14. Dong H, Zhou N, Liu H, Huang H, Yang G, Chen L, et al. Satisfaction analysis of patients with single implant treatments based on a questionnaire survey. *Patient Preference Adherence* 2019;13:695-704.
  15. Adler L, Liedholm E, Silvegren M, Modin C, Buhlin K, Jansson L. Patient satisfaction 8-14 years after dental implant therapy - a questionnaire study. *Acta Odontol Scand* 2016;74(5):423-9.
  16. Pjetursson BE, Karoussis I, Burgin W, Bragger U, Lang NP. Patients' satisfaction following implant therapy. A 10-year prospective cohort study. *Clin Oral Implants Res* 2005;16(2):185-93.
  17. Gomez-de Diego R, Mang-de la Rosa Mdel R, Romero-Perez MJ, Cutando-Soriano A, Lopez-Valverde-Centeno A. Indications and contraindications of dental implants in medically compromised patients: update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014;19(5):e483-9.
  18. Schimmel M, Srinivasan M, McKenna G, Muller F. Effect of advanced age and/or systemic medical conditions on dental implant survival: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res* 2018; 29(Suppl 16):311-30.
  19. Silverstein L, Garg A, Callan D, Shatz P. The key to success: maintaining the long-term health of implants. *Dent Today* 1998;17(2):104,106,108-11.
  20. Kracher CM, Smith WS. Oral health maintenance dental implants. *Dent Assist* 2010;79(2):27-35.
  21. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974; 2(7889):1127-31.

**Abstract: Patient Satisfaction in Dental Implant Treatment Outcomes**

**Kantika Khemthong, D.D.S.\*; Chutima Navasri, D.D.S.\*; Thanapat Sastraruji, Ph.D.\*\*; Pisaisit Chaijareenont, D.D.S., Ph.D.\*\*\***

*\* Master of Science Program in Dental Science, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University; \*\* Dental research center, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University; \*\*\* Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Chiang Mai Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):319-27.*

This study was conducted to assess patient satisfaction in dental implant treatment outcomes from the Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University. The population was 105 patients who had undergone dental implant treatment. Data were collected by using a dental implant treatment satisfaction questionnaire consisting of 12 questions with Cronbach alpha coefficient equal to 0.92. The data were analyzed by using descriptive statistics are presented as percentages. The results showed that the patients were satisfied with each question of the questionnaire in descending order as follows: clear speech after the dental implant treatment (96.8±4.3%); recommend the dental implant to others (96.2±5.9%); the dental implant treatment meets the expectations of the patients (94.8±6.1%); want to be treated with the dental implant treatment again if necessary (93.9±6.9%); the dental implant treatment is good for occlusion (93.7±5.7%); satisfied with the efficiency of the dental implant treatment compared to natural teeth (93.0±5.7%); satisfied with the beauty of the dental implant (91.8±6.7%); clean the dental implant like the way they clean the natural teeth (88.9±9.7%); spend the same amount of time to clean the dental implant and natural teeth (88.2±9.7%); satisfied with the cost of dental implant treatment (83.8±10.3%); clean the implants that are very well (81.1±10.5%), and the bleeding in the dental implant area was less than the natural teeth (40.4±10.9%). Overall, patients were satisfied with the dental implant treatment at the percentage of 90.9%±4.8 after treatment. This research has direct benefits to patients in follow-up treatment. If there is a problem with dental implant, the patient will be able to solve the problem quickly. The research is also useful to people interested in dental implants because of the high satisfaction after the treatment.

**Keywords: dental implant; satisfaction of dental implant patients; dental Implant treatment outcomes**

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# อัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่สูงจากการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน โดยไม่มีการทำหัตถการต่อเนื่อง: ผลการศึกษาข้อมูลการขอเบิกย้อนหลังในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2559-2563)

ปานเทพ คณานุรักษ์ พ.บ.\*

จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์ พ.บ.\*

กัมปนาท วีรกูล พ.บ.\*

ชุมพล เปี่ยมสมบุรณ์ พ.บ.\*

รัชนิศ พรวิภาวี พ.บ.\*\*

วันรับ:	21 ม.ค. 2565
วันแก้ไข:	21 ก.พ. 2565
วันตอบรับ:	1 มี.ค. 2565

\* คณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพด้านโรคหัวใจในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563

\*\* สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**บทคัดย่อ** การตรวจสวนหัวใจ (coronary angiography, CAG) ยังถือเป็น gold standard สำหรับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และถือว่ามีความปลอดภัยสูง แต่เริ่มมีหลักฐานว่าอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนจาก CAG ในคนไทยอาจสูงกว่าที่ควร คณะผู้วิจัยได้ทบทวนอัตราการตายในโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนของ CAG โดยไม่มีการทำหัตถการต่อเนื่อง (CAG only) ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2563 จากฐานข้อมูลการขอเบิกชดเชยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งภาครัฐและเอกชน ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 พบจำนวนผู้ป่วยที่ทำ CAG only 40,544 รายของ 100 หน่วยบริการ คิดเป็นร้อยละ 40.9 ของการทำ CAG ทั้งหมด โดยมีอัตราการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาล 1,320 ราย (ร้อยละ 3.26) และอีก 698 ราย เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังกลับบ้าน จึงมียอดผู้เสียชีวิตรวมทั้งสิ้นเป็น 2,018 ราย (ร้อยละ 4.98) ซึ่งไม่มีรายละเอียดถึงสาเหตุการเสียชีวิตในฐานข้อมูล การศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกจากฐานข้อมูลในช่วง 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 จาก 76 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน พบการเสียชีวิตในโรงพยาบาลในผู้ที่ได้รับ CAG only เฉลี่ยร้อยละ 2.9 (0.11-50.00) และมีอุบัติการณ์ของ stroke, acute kidney injury (AKI) ในโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 1.25 (0.30-4.30) และ 7.5 (0.10-15.00) ตามลำดับ อัตราตายและภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงเกินมาตรฐานการทำ CAG เกินสิบเท่า ทำให้เกิดคำถามถึงสาเหตุการตาย ข้อบ่งชี้ มาตรฐานการตรวจ และการตัดสินใจ ด้วยข้อมูลจำนวนมากและไม่มียอดเสียชีวิตในฐานข้อมูลที่จะระบุการนำ ข้อบ่งชี้ ผลการตรวจ และสาเหตุการตาย คณะทำงาน สปสช. จึงได้กำหนดตัวชี้วัดทางคลินิกสำหรับ CAG only ได้แก่ อัตราตาย stroke, AKI และสร้างแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์รายงานการตรวจ CAG ขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการกรอกเพื่อประกอบการเบิกชดเชยค่าบริการ ทั้งยังสามารถติดตามคุณภาพในหน่วยบริการของตน และด้วยข้อมูลในปัจจุบัน จึงควรถือว่า CAG only นั้นอาจเป็นหัตถการความเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวัง และทบทวนผลการตรวจทุกรายจนกว่าจะมีรายละเอียดการศึกษา ที่ชัดเจนมากขึ้น

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดโคโรนารี; การตรวจวินิจฉัย; หัตถการสวนหลอดเลือดหัวใจ; อัตราตาย; อัตราการเกิดอัมพาต; การเกิดไตวายเฉียบพลัน; ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นในประชากรไทย จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขไทยพบว่า ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (I20-I25) มิได้ลดลง แต่ยังเพิ่มจากปี 2559 (513:100,000) เป็น 515:100,000 ในปี 2561<sup>(1)</sup> และจากข้อมูลการจ่ายชดเชยอุปกรณ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า การรักษาโรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดมีค่าใช้จ่ายสูงเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 47.00 ค่าใช้จ่ายนี้ได้สูงเพิ่มขึ้นทุกปี และเกินกว่า 3,500 ล้านบาทในปีพ.ศ.2564<sup>(2)</sup>

เนื่องจากการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจด้วยสารทึบรังสี (selective coronary angiography, CAG) ยังคงถือเป็นหัตถการหลักที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารี และด้วยเทคนิคในปัจจุบันทำให้มีความปลอดภัยสูง<sup>(3,4)</sup> ในปี พ.ศ. 2554 สปสช. ได้กำหนดให้มีการจ่ายชดเชยค่าบริการสำหรับการทำหัตถการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจผ่านสายสวน แยกเป็นสองส่วน เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการ คือจ่ายตามการคิดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (adjusted RW) ตามระบบ DRG และแยกจ่ายค่าอุปกรณ์ตามบัญชีราคาอุปกรณ์ในกรณีที่ต้องทำหัตถการเพื่อการรักษาผ่านสายสวน จะมีการจ่ายชดเชยชดลวดถ่างขยาย (stent) เป็นอุปกรณ์ที่มีการจัดซื้อโดยองค์การเภสัชกรรม และเพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล คณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ สปสช. ได้กำหนดเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในปี พ.ศ. 2558 และจากการติดตามผลการบริการในเวลาต่อมาพบว่า การสวนหัวใจอาจมีผลแทรกซ้อนที่สูงกว่าที่คาด ด้วยมีการร้องเรียนผ่านสื่อสังคมเป็นครั้งคราว เช่น นำผู้ป่วยไปตรวจสวนหัวใจซ้ำหลายครั้งทั้งที่ผู้ป่วยไม่ยอมทำ และเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตหลังทำหัตถการ นอกจากนี้ การประเมินผลของสำนัก-

ตรวจสอบชดเชย สปสช. ยังพบอัตราการเบิกค่าบริการที่สูงผิดปกติในหน่วยบริการบางแห่ง ทำให้เกิดคำถามถึงข้อบ่งชี้ ศักยภาพของแพทย์ผู้ทำหัตถการ และทีมงาน ตลอดจนความพร้อมของอุปกรณ์สถานที่อันควรเป็นมาตรฐาน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาพรวมด้านคุณภาพของผลการให้บริการ CAG ที่ชัดเจนมากขึ้น โดยผ่านทางคณะทำงานพัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพด้านโรคหัวใจ ซึ่งได้ทบทวนผลการตรวจทางคลินิกของการตรวจสวนหัวใจที่ไม่ได้รับการทำหัตถการต่อเนื่อง (CAG only) เพื่อวางกรอบสำหรับการกำกับและติดตามคุณภาพบริการด้านโรคหัวใจ

## วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง (retrospective analysis) เชิงพรรณนา โดยรวบรวมผลการทำหัตถการ CAG (รหัสหัตถการ 88.55, 88.56, 88.57) ในผู้ป่วยที่รับการชดเชยค่าบริการพยาบาลจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลการขอเบิกชดเชยในระบบ สปสช. ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยรวบรวมเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยที่รับการทำ CAG ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2563

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ความชุก (ร้อยละ) ของการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ตัวชี้วัดคือ

1. อัตราตายในโรงพยาบาลของการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจโดยไม่มีการทำหัตถการต่อเนื่อง (CAG only) ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561
2. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก (อัตราตาย การเกิดstroke และไตวายเฉียบพลัน) ในปีพ.ศ. 2562-2563

## ผลการศึกษา

1. จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายของหน่วยบริการ 100 แห่ง (รวมทั้งหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไปและที่ขึ้น

ทะเบียนด้านหัตถการรักษโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน กับ สปสช.) ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการ CAG (รหัสหัตถการ 88.55, 88.56, 88.57) ทั้งสิ้น 99,120 ราย และเป็น CAG only 40,544 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.90 (ดังแสดงในตารางที่ 1) และในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับการทำ CAG only ซ้ำสองครั้ง 645 ราย (ร้อยละ 1.59) และอย่างน้อยสามครั้งขึ้นไป 24 ราย (ร้อยละ 0.05)

2. ในผู้ป่วย CAG only 40,544 ราย มีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล 1,320 ราย คิดเป็นอัตราตายในโรงพยาบาลเฉลี่ยร้อยละ 3.26 (ดังแสดงในตารางที่ 1) นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้เสียชีวิตเพิ่ม (ไม่มีรายละเอียดถึงสาเหตุ) หลังกลับบ้านแต่ไม่เกิน 30 วัน (จากวันที่ทำหัตถการ) 698 ราย ทำให้ยอดผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 30 วันรวมทั้งสิ้น 2,018 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.98

3. ข้อบ่งชี้สำหรับการตรวจ CAG only ในฐานข้อมูลพบว่าเป็นการทำเพื่อวินิจฉัยโรค

- acute coronary syndrome ร้อยละ 16.18
- chest pain ร้อยละ 12.06
- cardiomyopathy ร้อยละ 10.26
- non-rheumatic valve disorders ร้อยละ 8.50
- chronic rheumatic heart disease ร้อยละ 5.80
- ischemic heart disease ร้อยละ 2.04
- การวินิจฉัยอื่นๆ ร้อยละ 18.9

4. ในฐานข้อมูลปี พ.ศ. 2559-2561 จากการตรวจ CAG only 10,727 ครั้ง ในผู้ป่วย 10,572 คน พบว่ามี significant coronary stenosis เพียงร้อยละ 25.65

5. การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในช่วง 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 จาก 76 หน่วยบริการ (เฉพาะที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อด้านหัตถการรักษโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนกับ สปสช.) พบการเสียชีวิตเฉลี่ยในโรงพยาบาลในผู้ที่ได้รับ CAG only ร้อยละ 2.90 (0.11-50) และมี อุบัติการณ์เฉลี่ยของการเกิด อัมพาต (stroke) ไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury) ในโรงพยาบาลร้อยละ 1.25 (0.30-4.30) และ 7.50 (0.10-15.00) ตามลำดับ โดยตารางที่ 2 ได้แสดงภาวะแทรกซ้อนเรียงตามความชุกที่พบบ่อยสิบอันดับแรก (top ten) ของหน่วยบริการ

### วิจารณ์

1. โดยทั่วไปถือว่าข้อมูลจาก claimed data มีความเชื่อถือได้มากกว่า registry data ซึ่งไม่อาจตัดอคติในการเลือกบันทึกแต่ด้านดี ดังนั้นข้อมูลจาก claimed data จึงมักจะพบผลแทรกซ้อนทางคลินิกที่สูงกว่า เพื่อการเบิกจ่ายให้ครบถ้วน และเป็นข้อมูลที่ดัดแปลงเป็นรหัสโรคและรหัสหัตถการโดยเจ้าหน้าที่เวชสถิติ ไม่ใช่ข้อมูลที่บันทึกโดยผู้ประกอบวิชาชีพ อาจจะไม่มีความไม่ถูกต้องสมบูรณ์ในเชิงคุณภาพ

2. สาเหตุของการตรวจสวนหัวใจโดยไม่ได้ทำหัตถการต่อ (CAG only) ที่สูงผิดปกติถึงร้อยละ 40.00 และในบางหน่วยบริการสูงเกินร้อยละ 70.00 (ตารางที่ 2) อาจมีสาเหตุที่เป็นไปได้หลายประการได้แก่

2.1 อาจเป็นเพราะเป็นการตัดสินใจตรวจที่ขาดประสบการณ์ หรือไม่มีข้อบ่งชี้เพียงพอ (poor judgment)<sup>(3)</sup>

ตารางที่ 1 อัตราตายในโรงพยาบาลของผู้ได้รับบริการ CAG (รหัสหัตถการ 88.55, 88.56, 88.57) ของ 100 หน่วยบริการ ในปี พ.ศ. 2559-2561

กลุ่ม	ปี พ.ศ. 2559			ปี พ.ศ. 2560			ปี พ.ศ. 2561			รวม พ.ศ. 2559-2561		
	จำนวนป่วย	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวนป่วย	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวนป่วย	เสียชีวิต	ร้อยละ	จำนวนป่วย	เสียชีวิต	ร้อยละ
CAG only	13,157	417	3.17	12,902	418	3.24	14,485	485	3.35	40,544	1,320	3.26
Total CAG	33,740	1,467	4.35	32,184	1,391	4.32	33,196	1,558	4.69	99,120	4,416	4.46

อัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่สูงจากการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนโดยไม่มีการทำหัตถการต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 อัตราตายในโรงพยาบาล อัตราการเกิดอัมพาต (ร้อยละ) และอัตราการเกิดไตวายเฉียบพลันตามความชุกที่พบ สิบอันดับแรก จากทั้งหมด 76 หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. จากฐานข้อมูลในช่วง 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายน 2563

อัตราตายในโรงพยาบาล (In-hospital mortality - IHMR)			อัตราการเกิดอัมพาตในโรงพยาบาล (In-hospital stroke)			อัตราการเกิดไตวายเฉียบพลันในโรงพยาบาล (In-hospital acute kidney injury - AKI)		
Type	CAG only (%)	IHMR (%)	Type	CAG only (cases)	stroke (%)	Type	CAG only (cases)	AKI (%)
1. PH	15.38	50.00	1. PH	51	3.92	1.GH	2,193	14.68
2. PH	8.28	12.00	2. GH	204	3.43	2.GH	633	14.38
3. PH	23.08	11.11	3. UH	187	3.21	3.GH	187	13.37
4. GH	72.06	8.84	4. UH	498	3.01	4.UH	204	13.24
5. GH	34.97	7.43	5. GH	333	2.40	5.GH	920	11.85
6. GH	41.67	6.25	6. PH	731	1.92	6.GH	147	11.56
7. GH	34.83	6.03	7. GH	390	1.79	7.GH	192	11.46
8. GH	46.39	6.01	8. UH	460	1.74	8.GH	333	11.41
9. GH	40.43	5.77	9. PH	117	1.71	9.UH	498	10.24
10. GH	64.29	4.94	10. GH	633	1.58	10.GH	702	9.54

หมายเหตุ: GH: Government hospital, PH: Private hospital, UH: University hospital

เช่น พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการทำ CAG only ซ้ำสองครั้ง 645 ราย และอย่างน้อยสามครั้งขึ้นไป 24 ราย

2.2 อาจเป็นเพราะตรวจแล้วไม่พบว่ามีโรคตีบที่มีนัยสำคัญ หรือได้ผลตรวจที่ปกติ (normal coronary angiogram) โดยเฉพาะการพบ significant stenosis เพียงร้อยละ 25.65 หรืออีกนัยหนึ่งพบ non-significant stenosis สูงถึงร้อยละ 74.35 จากการตรวจทั้งสิ้น 10,727 ครั้ง ในผู้ป่วย 10,572 คน จึงไม่มีความจำเป็นที่ต้องทำหัตถการอื่นต่อ ซึ่งในกรณีหลัง normal coronary angiogram ที่มีรายงานในต่างประเทศ ไม่ควรพบเกินร้อยละ 20.00<sup>(5)</sup>

2.3 อาจมีแรงจูงใจที่อยากจะฝึกฝนในผู้ที่จบใหม่หรืออ้างความชำนาญ ด้วยมีเกณฑ์กำหนดจำนวนหัตถการขั้นต่ำระหว่างการฝึกอบรมอายุรแพทย์โรคหัวใจ (cardiac catheterization: Level 1 สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างน้อย 25 ราย Level 2 สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การชี้แนะของ

อาจารย์อย่างน้อย 25 ราย)<sup>(6)</sup> หรือเพื่อการเป็นมันชนา-กรหลอดเลือดหัวใจ (แพทย์ผู้ทำหัตถการควรมีประสบการณ์ในการทำหัตถการปฏิบัติรักษามาแล้วอย่างน้อย 250 รายรวมระยะเวลาที่ฝึกอบรม หรือได้ทำหน้าที่เป็นแพทย์หลัก (primary operator) ในการทำหัตถการปฏิบัติรักษาไม่น้อยกว่า 150 รายภายในระยะเวลา 2 ปี หลังจากการฝึกอบรม เฉลี่ย 75 รายต่อปี)<sup>(7)</sup>

2.4 การพบสัดส่วน CAG only ในบางหน่วยบริการ สูงเกินร้อยละ 40.00-70.00 (ตารางที่ 2) จึงเป็นไปได้ที่อาจมีแรงจูงใจด้านการเงิน เพราะวิธีการจ่ายชดเชยของ สปสช. ที่ใช้ตัวคูณมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) แยกกับอุปกรณ์ ทำให้ CAG only มีส่วนต่างเฉลี่ยจากการเบิกอย่างน้อย 15,000 บาทต่อราย และอาจสูงกว่านี้ถ้ามีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เป็นตัวคูณที่เพิ่มขึ้น

3. การเสียชีวิตตามธรรมชาติใน 30 วันอาจจะเป็นผลพวงจากภาวะแทรกซ้อนหลังหัตถการได้ด้วย และอัตราการเสียชีวิตรวมที่สูงถึงร้อยละ 3.29 (in-hospital) หรือ

ร้อยละ 4.98 (30-day) นั้นสูงเกินเกณฑ์มาตรฐานของผลการตรวจสวนหัวใจในผู้ป่วย 59,792 ราย ที่รายงานในต่างประเทศ ซึ่งพบอัตรา (ร้อยละ) ตายจากการสวนหัวใจเพียง 0.11<sup>(4)</sup>

4. สาเหตุของการเสียชีวิตนั้นอาจมาได้จากสองประการหลัก<sup>(3,8)</sup>

4.1 การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสวนหัวใจโดยตรงซึ่งอาจเกิดภัยอันตรายจากสายสวน ต่หหลอดเลือดแดงที่เป็นทางเข้า รวมถึงหลอดเลือดแดงใหญ่ หลอดเลือดสมอง และไตโดยตรง หรือ การแพ้สารทึบรังสีแบบเฉียบพลัน รวมทั้งการเกิดผลข้างเคียงต่อหัวใจและไตในระยะต่อมา ที่อาจเป็นเหตุหรือสนับสนุนให้เกิดการเสียชีวิตภายหลังในสามสัปดาห์หลังหัตถการ ซึ่งตามเกณฑ์มาตรฐาน CAG ในต่างประเทศ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะต่ำมาก เช่น อัตราตาย(ร้อยละ 0.11), vascular complication (ร้อยละ 0.43), contrast reaction (ร้อยละ 0.37) และมี total major complications เพียงร้อยละ 1.17<sup>(4)</sup>

4.2 การเสียชีวิตนั้นอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการตรวจโดยตรง แต่อาจเป็นผลทางอ้อมจากการสวนหัวใจที่เกื้อหนุนให้สภาวะผู้ป่วยที่หนักทรุดลง เช่น ท่านอนราบทำให้เลือดกลับเข้าปอดมากขึ้น รวมทั้งความหนืดของสารทึบรังสี อาจทำให้เกิดน้ำท่วมปอดง่ายขึ้นในรายที่มีหัวใจทำงานบกพร่อง<sup>(9)</sup> เพราะจากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการทำ CAG 58,332 ครั้งในต่างประเทศ<sup>(8)</sup> พบว่าโรคร่วม หรือสภาวะของผู้ป่วยจะเพิ่มความเสี่ยงสัมพัทธ์ (odds ratio) ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (major complications) โดยมีรายละเอียดคือ

- ผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติหนักมากใกล้เสียชีวิต (moribund case) จะสูงถึง 10.22 เท่า
- ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อค 6.52 เท่า
- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 24 ชั่วโมง 4.03 เท่า
- ผู้ป่วยโรคไตวาย 3.30 เท่า
- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ 3.29 เท่า

- ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ aortic 2.72 เท่า
- ผู้ป่วยโรคลิ้น mitral 2.33 เท่า
- ผู้ป่วย New York Heart Functional status class III 1.32 เท่า
- ผู้ป่วย New York Heart Functional status class IV 1.52 เท่า

ทั้งนี้อาจจะเกี่ยวกับการตัดสินใจตรวจ การเตรียมผู้ป่วยและความชำนาญในหัตถการ<sup>(3)</sup>

5. อุบัติการณ์ของ stroke, acute kidney injury (AKI) ในโรงพยาบาล ร้อยละ 1.25 (0.30-4.30) และ 7.50 (0.10-15.00) ตามลำดับนั้น สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานมาก จะเห็นว่า cerebrovascular accident ในต่างประเทศพบเพียงร้อยละ 0.07<sup>(4)</sup> ส่วนใหญ่เกิด embolism ขณะทำหัตถการจาก atheromatous plaque, air emboli<sup>(3)</sup> สำหรับ contrast induce acute nephropathy ก็ยังสูงกว่าที่พบในต่างประเทศ จากข้อมูล US FDA ในสหรัฐอเมริกา พบ contrast induce nephropathy (CIN) หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ (ซึ่งต้องใช้ปริมาณสารทึบรังสีมากกว่า CAG only) ก็ยังมีอุบัติการณ์ต่ำกว่านี้ คือพบความชุกเพียงร้อยละ 0.60-2.30<sup>(10)</sup>

6. การวินิจฉัยภาวะ acute coronary syndrome ที่เป็นข้อบ่งชี้ถึงร้อยละ 16.18 อาจเป็นปัญหาสำคัญของ over diagnosis เพราะความไวที่สูงของการตรวจ high sensitivity troponin นอกจากจะพบ cardiomyocyte necrosis ได้ไวขึ้นแล้ว ยังสามารถพบได้ในโรคอื่น (non-ischemic CAD) เช่น microvascular dysfunction, arrhythmias, myopericarditis, pulmonary embolism, cardiac injury (surgery, cardioversion, ablation, contusion), systemic conditions (sepsis, stroke, chronic renal disease, inflammatory disease, critical illness, severe anemia) ทั้งยังพบผลบวกเท็จได้จาก fibrin clot, hemolysis, auto antibody, rheumatoid factor, alkaline phosphatase, bilirubin ที่สูง ฯลฯ<sup>(11,12)</sup> ดังนั้นการวินิจฉัย acute coronary syndrome จึงจำเป็นต้องมีหลักฐานสนับสนุนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเสมอ



#### 7. ข้อเสนอแนะเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

แม้ว่าข้อมูลจาก claimed data จะสะท้อนให้เห็นถึงผลการตรวจที่มีอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนสูงเกินมาตรฐานมาก แต่ในฐานข้อมูลก็ไม่มีรายละเอียดเพียงพอที่จะวิเคราะห์ถึงสาเหตุและความเกี่ยวเนื่องที่ชัดเจนได้

7.1 คณะทำงานกำกับและติดตามคุณภาพฯ จึงมีมติให้กำกับและติดตามคุณภาพบริการการทำหัตถการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนโดยใช้ตัวชี้วัดสามตัว ได้แก่

- 1) อัตราการเสียชีวิตในกลุ่ม CAG only
- 2) อัตราการเกิด stroke ร่วมกับการทำ CAG only
- 3) อัตราการเกิด acute kidney injury ในกลุ่ม CAG only

7.2 เนื่องจากข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ เป็นข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเข้ามาเพื่อเบิกชดเชยค่าบริการ และได้ดัดแปลงเป็นรหัสโรคและรหัสหัตถการ ไม่ใช่ข้อมูลที่บันทึกโดยผู้ประกอบวิชาชีพ อาจจะไม่ถูกต้องสมบูรณ์ในเชิงคุณภาพ ทั้งจากความผิดพลาดในการลงข้อมูล หรือเพื่อเพิ่มน้ำหนักสัมพัทธ์ที่นำไปคิดค่าบริการ คณะทำงาน สปสช. จึงได้เสนอแบบรายงานการตรวจสวนหัวใจขั้นต้นซึ่งผ่านการทำประชาพิจารณ์ที่สามารถแปลงเป็น electronic data และ Excel ให้ทางหน่วยบริการ และ สปสช. สามารถใช้ในการกำกับติดตามคุณภาพได้ง่ายและถูกต้องให้หน่วยบริการ เริ่มลองใช้ใน ปี พ.ศ. 2564 โดยกำหนดให้มีการระบุรายละเอียดดังนี้

1. Demographic data (HCODE, ID, birth date, gender, procedural date, BW, Height, BMI)
2. History and risk factors (cigarette smoker, dyslipidemia, LDL, DM, CKD, known cardiovascular disease: CAD, prior myocardial infarction, previous PCI/CABG, peripheral artery, CVA, aortic disease)
3. Clinical indication/presentation (chronic CAD, STE & non-STE acute coronary syndrome,

cardiomyopathy/CHF, sudden death survivors, pre-operative CAG) รวมทั้งผลการตรวจที่สนับสนุนการวินิจฉัย และแสดงว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือ ขาดเลือด

4. Procedural status (emergency/elective), date, time, amount contrast, vascular entry site, % stenosis,
5. Complications: death, stroke, acute kidney injury, bleeding, acute myocardial infarction, anaphylactic reactions, others
6. Treatment: medical, percutaneous intervention, bypass surgery

#### สรุป

การศึกษาผลการตรวจสวนหัวใจที่ไม่มีหัตถการต่อเนื่อง (CAG only) จากฐานข้อมูลการให้บริการของ สปสช. ในปี พ.ศ. 2559-2561, 2562-2563 พบผู้ป่วย CAG only มีปริมาณสูงถึงร้อยละ 40.00 ของการสวนหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด จึงเป็นไปได้ที่อาจมีการตรวจ CAG ที่เกินความจำเป็น และการพบภาวะแทรกซ้อนอันตราย ได้แก่ อัตราตายทั้งในโรงพยาบาลและที่สามสิบวัน รวมทั้งการเกิด stroke ไตวายที่สูงกว่ามาตรฐานในต่างประเทศนี้อาจเกี่ยวพันกับ สภาวะผู้ป่วย การตัดสินใจตรวจ ระดับความชำนาญ หรือมีผลประโยชน์ทับซ้อน ด้วยความจำกัดของรายละเอียดในฐานข้อมูล จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม ด้วยการลงข้อมูลในแบบฟอร์มเพิ่มเติม เพื่อขจัดข้อครหาด้านมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ และหาแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตราย ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ณ ปัจจุบัน จึงควรถือว่า CAG เป็น high risk (high morbidity, mortality) procedure ที่ต้องติดตามจนกว่าจะมีรายละเอียดที่ชัดเจนมากขึ้น

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนางสาวณิษฐ์ชา แพงสาย นางสาวอภิสมัย สวัสดิสาร และนางสาวกาญจนา รัตน์ะ เจ้าหน้าที่สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้จัดเตรียมข้อมูล  
สำหรับการวิเคราะห์

### เอกสารอ้างอิง

1. Policy and Strategy Section, Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control. 5-Year national NCDs prevention and control plan (2017-2021). 1<sup>st</sup> ed, May 2017 [Internet]. [cited 2022 Jan 15]. Available from: <http://www.thaincd.com>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สถานการณ์การเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูลโปรแกรม e-claim ณ วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565.
3. Tavakol M, Ashraf S, Brenner SJ. Risks and complications of coronary angiography: a comprehensive review. *Global J Health Science* 2012;4(1):65-93.
4. Noto TJ Jr, Johnson LW, Krone R, Weaver WF, Clark DA, Kramer JR Jr, et al. Cardiac catheterization 1990: a report of the Registry of the Society for Cardiac Angiography and Interventions (SCA&I). *Cathet Cardiovasc Diagn* 1991;24(2):75-83.
5. Drabaa ZK, Majed MH. The incidence of normal coronary angiography on cardiac catheterization in Jordanians. *Egyptian J Hosp Med* 2011;42(1):85-9.
6. สมาคมโรคหัวใจ. เกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด ฉบับ พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaiheart.org/Board>
7. สมาคมมัณฑนากรหลอดเลือดหัวใจแห่งประเทศไทย. มาตรฐานและแนวทางการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ ห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ มิถุนายน พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล <http://www.ciat.or.th>
8. Scalon PJ, Faxon DP, Audet AM, Dehmer GJ, Eagle KA, Regako RD, et al. ACC/AHA guidelines for coronary angiography. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on Coronary Angiography). Developed in collaboration with the Society for Cardiac Angiography and Interventions. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33(6):1756-824.
9. Henry P. Coronary angiography in acute heart failure. In: Mebazaa A, Gheorghiade M, Zannad FM, et al, editors. *Acute heart failure*. London: Springer; 2008. p 451-4.
10. Rihad CS, Textor SC, Grill DE, Berger PB, Ting HH, Best PJ. et al. Incidence and prognosis of acute renal failure after percutaneous coronary intervention. *Circulation* 2002;105(19):2259-64.
11. Mair J, Lindahl B, Müller C, Giannitsis E, Huber K, Möckel M, et al. Editor's choice - what to do when you question cardiac troponin values. *Eur Heart J: Acute Cardiovascular Care* 2018;7(6):577-86.
12. Lum G, Solarz DE, Farney L. False positive cardiac troponin results in patients without acute myocardial infarction. *Laboratory Medicine* 2006;37:546-50.

**Abstract: High Morbidity and Mortality of Coronary Angiography without Further Intervention: the Lesson Learned from the Claimed Data, National Health Security Office, Thailand, Years 2016–2020**

**Panthep Khananuraksa, M.D.\*; Chumpol Piamsomboon, M.D.\*; Jitti Kositchaiwat, M.D.\*; Rachanit Pornwipawee, M.D.\*\*; Gumpanart Veerakul, M.D.\***

*\* Committee for Quality Development of Cardiovascular Service, National Health Security Office; \*\* National Health Security Office, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):328–35.*

Coronary angiography (CAG) remains the gold standard for diagnosis of coronary artery disease and is generally considered a safe procedure. Our recent evidences suggested CAG might have an unexpectedly high mortality and morbidity. We reviewed the clinical outcomes of total mortality and morbidity of CAG without further intervention (CAG only) from the claimed data base of total 100 private and government service units registered to the National Health Security Office (NHSO), 2016– 2020. It was found that, based on the 2016–2019 claimed data, there were 40,544 cases with CAG only, accounted for 40.9% of overall CAG. Among them, there were 1,320 in-hospital deaths (3.26%), with additional 698 deaths within 30 days after discharge, making total deaths of 2,018 cases (4.98%). Claimed data from 1 October 2019 – 30 September 2020 delineated the mean hospital mortality rate of 2.9% (0.11–50%). The average rate of stroke and acute kidney injury (AKI) was 1.25% (0.3–4.3%) and 7.5% (0.1–15%), respectively. These results were unexpectedly much higher than the international standard complication rate from CAG only procedure. Thus, it created further questions of appropriateness of indications, skill, decision and procedural safety. Owing to incomplete available data base and large amount of cases, it was almost impossible to clarify these results. To obtain more information, the NHSO Working Group decided to select three outcome parameters of CAG only including death, stroke, AKI. Second, an electronic data entry form (with excel conversion) detailing indication, diagnosis, result, complications and treatment was created to monitor service quality of both sides. Hopefully, we should be able to clarify those questions soon. At present, CAG only should be monitored as the high risk procedure until more data are available.

**Keywords: coronary artery disease; coronary angiography; mortality; stroke; acute kidney injury; claimed data; National Health Security Office**

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

พงศ์ศักดิ์ กมลสัจย์ ส.ม.\*

สุคนธา คงศีล Ph.D. (Health Economics and Policy Analysis)\*\*

สุชุม เจียมตม พ.บ., Ph.D. (Clinical Research)\*\*\*

ศรัณญา เบญจกุล ปร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)\*\*\*\*

จรุง เมืองชนะ พ.บ., Ph.D. (International Health: Disease Prevention and Control)\*\*\*\*\*

\* หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\* ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*\* บริษัทไบโอเนท เอเชีย ประเทศไทย

วันรับ:	10 พ.ย. 2564
วันแก้ไข:	28 ธ.ค. 2565
วันตอบรับ:	8 ม.ค. 2565

**บทคัดย่อ** โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ที่ผ่านมามีการระบาดเกือบทุกปี การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นมาตรการสำคัญเพื่อลดอัตราป่วย ซึ่งจำเป็นต้องใช้งบประมาณและทรัพยากรต่างๆ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางปลา อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ข้อมูลได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่แล้ว และการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผลการศึกษาพบว่า มาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต. บางปลา มีต้นทุนค่าลงทุนทั้งหมด 30,979.34 บาท และต้นทุนค่าดำเนินการทั้งหมด 1,154,489.77 บาท รวมเป็นต้นทุน 1,185,469.11 บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุด คือ กิจกรรมการจัดประชุมวางแผนแนวทางในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 21,913.87 บาทต่อครั้ง กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยน้อยที่สุดคือ กิจกรรมการพ้นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย เท่ากับ 103.46 บาทต่อหลังคาเรือน โดยต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต. บางปลาเฉลี่ยอยู่ที่ 6,432.84 บาทต่อกิจกรรม ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาและบริหารจัดการงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินการตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมถึงเป็นแนวทางการในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:** ต้นทุนต่อหน่วย; โรคไข้เลือดออก; การควบคุมป้องกันโรค; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งของโลกที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตร้อนและกึ่งเขตร้อน<sup>(1)</sup> มีการศึกษาประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อไข้เลือดออกทั่วโลก 390 ล้านคนต่อปี ซึ่งเป็นผู้มีอาการทางคลินิก 96 ล้านคน องค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณการว่าในปี 2558 มีคน 3,200 ล้านคนทั่วโลกน่าจะติดเชื้อโรคนี้<sup>(2, 3)</sup> โดยมีค่าใช้จ่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั่วโลกเกือบ 9 พันล้านเหรียญสหรัฐ<sup>(4)</sup>

โรคนี้อย่างคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย สร้างความสูญเสียมากมายต่อเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย และยังกระทบสังคมในวงกว้าง โดยมีการระบาดของโรคแทบทุกปี และพบผู้ป่วยได้ตลอดปี<sup>(5)</sup> ทั้งนี้มีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 50 ปี และเริ่มมีการรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2501<sup>(6)</sup> สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่-แมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยปี พ.ศ. 2561 ว่าพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 85,849 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 129.96 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต 111 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.13<sup>(7)</sup> ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ โดยในปี 2553 มีการศึกษาประมาณการค่าใช้จ่ายของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายที่คาดการณ์ไว้ คือ  $158 \pm 33$  ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือ  $3.55 \pm 0.53$  เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี<sup>(8)</sup>

จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 จังหวัดที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงสุด คือ จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีรายงานผู้ป่วยจำนวน 3,252 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 358.05 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.09<sup>(7)</sup> และสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในจังหวัดนครปฐม เมื่อพิจารณาจำแนกรายอำเภอ พบว่า อำเภอพุทธมณฑล มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงที่สุด คือ

558.79 ต่อประชากรแสนคน สำหรับอำเภอนครชัยศรี และอำเภอบางเลน มีอัตราป่วยรองลงมาคือ 454.16 และ 418.41 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในรายตำบล พบว่า ในอำเภอบางเลน ตำบลบางปลา มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด มีรายงานจำนวนผู้ป่วย โรคไข้เลือดออกถึง 49 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 681.03 ต่อประชากรแสนคน<sup>(9)</sup> ซึ่งมีอัตราป่วยที่สูงกว่าในอำเภอพุทธมณฑลสูงกว่าจังหวัดนครปฐม และสูงกว่าค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ

จากข้อมูลการศึกษาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในหลายพื้นที่ เช่น ในสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดอุบลราชธานี<sup>(10)</sup> และองค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม อำเภอกาบัง จังหวัดมหาสารคาม<sup>(11)</sup> พบว่า ปัญหาที่พบในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก คือ งบประมาณทรัพยากรด้านกำลังคน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่เพียงพอ ดังนั้นการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก จะช่วยให้บริหารจัดการงบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดนี้ ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

## วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) เก็บข้อมูลในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561 (ปีงบประมาณ 2561) และมีการตรวจสอบความถูกต้องของกิจกรรมด้วยการสัมภาษณ์ ประกอบกับเอกสารหลักฐานหรือรายงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) โดยการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ครั้งนี้ ใช้แนวคิดการประเมินต้นทุนที่อิงการปฏิบัติงานจริง (empirical costing

approach) ในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider perspective)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ กิจกรรมตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ที่เกิดขึ้นในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้พัฒนามาจากภลาคี ยัม-แย้ม<sup>(12)</sup> ที่ได้ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานอนามัยที่เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง ในจังหวัดนนทบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบบันทึกข้อมูล มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 1 แบบบันทึกข้อมูล 10 แบบ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมและการใช้เวลาของกลุ่มผู้ให้บริการ (ACT1)
2. แบบบันทึกข้อมูลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561 (ACT2)
3. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าลงทุน (CC1)
4. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าลงทุนของอาคาร (CC2)
5. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าลงทุนของยานพาหนะ (CC3)
6. แบบบันทึกข้อมูลการกระจายต้นทุนค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ (CC4)
7. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าแรง (LC)
8. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุ (MC1)
9. แบบบันทึกข้อมูลค่าต้นทุนสาธารณูปโภค (MC2)
10. แบบบันทึกข้อมูลการกระจายต้นทุนค่าวัสดุ (MC3)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ และอัตราส่วนร้อยละ

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2020-019 เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา มีบุคลากรจำนวนทั้งหมด 8 คน เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 5 ใน 8 คน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน และพนักงานช่วยการพยาบาล 1 คน นอกจากนี้บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาแล้ว ยังมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลบางปลา จำนวน 119 คน และเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลบางปลา จำนวน 2 คน ได้แก่ พนักงานทั่วไป และพนักงานขับรถ

### ต้นทุนค่าลงทุน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนค่าลงทุนของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา พบว่า มีต้นทุนค่าลงทุนทั้งหมด 30,979.34 บาท ประกอบด้วย ค่าครุภัณฑ์ 29,836.48 บาท และค่ายานพาหนะ 1,142.86 บาท หากพิจารณาต้นทุนค่าลงทุนรายกิจกรรม จะพบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนค่าลงทุนมากที่สุด คือ กิจกรรม 2.6 การพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย 11,937.42 บาท รองลงมาคือ กิจกรรม 1.7 การพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย 11,800.00 บาท กิจกรรม 1.1 การจัดประชุมวางแผนแนวทางในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก 1,983.97 บาท ในส่วนของกิจกรรมที่ไม่มีต้นทุนค่าลงทุนคือ กิจกรรม 1.3 การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้เลือดออก

**การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา**

**ต้นทุนค่าดำเนินการ**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนค่าดำเนินการของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา พบว่า มีต้นทุนค่าดำเนินการทั้งหมด 1,154,489.77 บาท ประกอบด้วย ค่าแรง 695,213.98 บาท ค่าวัสดุ 447,836.80 บาท และค่าสาธารณูปโภค 11,439.00 บาท หากพิจารณาต้นทุนค่าดำเนินการรายกิจกรรม จะพบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนค่าดำเนินการมากที่สุด คือ กิจกรรม 1.6 การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 269,856.15 บาท รองลงมาคือ กิจกรรม 2.5 การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 233,247.49 บาท กิจกรรม 2.6 การพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย 173,503.41 บาท ในส่วนของกิจกรรมที่มีต้นทุนค่าดำเนินการน้อยที่สุดคือ กิจกรรม 2.4 การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้เลือดออก 5,111.70 บาท

**ต้นทุนรวม**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนรวมของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา พบว่า มีต้นทุนรวมทั้งหมด 1,185,469.11 บาท หากพิจารณาต้นทุนรวมรายกิจกรรม จะพบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนรวมมากที่สุด คือ กิจกรรม 1.6 การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 270,429.98 บาท รองลงมาคือ กิจกรรม 2.5 การสำรวจ

และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 233,837.69 บาท กิจกรรม 2.6 การพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย 185,440.84 บาท ในส่วนของกิจกรรมที่มีต้นทุนรวมน้อยที่สุดคือ กิจกรรม 2.4 การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้เลือดออก 5,153.77 บาท

**ต้นทุนต่อหน่วย**

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุดคือ กิจกรรม 2.1 การจัดประชุมวางแผนแนวทางในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 21,913.87 บาทต่อครั้ง รองลงมาคือ กิจกรรม การจัดประชุมวางแผนแนวทางในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 20,366.26 บาทต่อครั้ง กิจกรรมการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ในกรณีพบผู้ป่วย เท่ากับ 19,904.58 บาทต่อครั้ง ในส่วนของกิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยน้อยที่สุดคือ กิจกรรมการพ่น สารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย เท่ากับ 103.46 ต่อหลังคาเรือน

ทั้งนี้ ต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา เฉลี่ยอยู่ที่ 6,432.84 บาทต่อกิจกรรม ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 ต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา อำเภอ บางเลน จังหวัดนครปฐม**

กิจกรรม	จำนวนครั้ง	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)		ต้นทุนค่าดำเนินการ (บาท)			ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	
		หลังคาเรือน	ค่าครุภัณฑ์	ค่าแรง	ค่าวัสดุ	ค่าสาธารณูปโภค			
<b>1. มาตรการป้องกันโรค</b>									
1.1 การจัดประชุมวางแผนแนวทางในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก	5	-	1,983.97	-	55,0850.86	43,0450.60	1,715.85	101,8310.28	20,3660.26
1.2 การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	6	-	1,042.99	-	1,061.56	3,691.50	1,143.90	6,939.95	1,156.66
1.3 การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้เลือดออก	3	-	-	-	5,450.41	5,400.00	-	10,850.41	3,616.80
1.4 การเดินรณรงค์ไข้เลือดออก	2	-	32.00	10.91	8,122.13	1,969.55	-	10,134.59	5,067.30

ตารางที่ 1 ต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม (ต่อ)

กิจกรรม	จำนวน		ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)		ต้นทุนค่าดำเนินการ (บาท)			ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)
	ครั้ง	หลังคาเรือน	ค่าครุภัณฑ์	ค่ายานพาหนะ	ค่าแรง	ค่าวัสดุ	ค่าสาธารณูปโภค		
<b>1. มาตรการป้องกันโรค</b>									
1.5 การจัดกิจกรรม Big Cleaning Day	2	-	32.00	16.37	12,1830.20	1,969.55	-	14,201.11	7,100.56
1.6 การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	-	2,332	137.42	436.41	202,988.20	66,2960.0	571.95	270,4290.98	115.96
1.7 การพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย	-	1,386	11,8000.00	-	24,0000.00	107,600.0	-	143,4000.00	103.46
<b>2. มาตรการควบคุมโรค</b>									
2.1 การจัดประชุมวางแผนแนวทางในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก	2	-	728.29	-	21,679.51	20,276.05	1,143.90	43,827.75	21,913.87
2.2 การสอบสวนโรค	83	-	919.90	226.39	97,099.80	17,934.8	3,431.70	119,612.59	1,441.12
2.3 การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	2	-	1,042.99	-	10,019.26	27,031.05	1,715.85	39,809.15	19,904.58
2.4 การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้เลือดออก	2	-	42.06	-	2,339.75	2,200.00	571.95	5,153.77	2,576.88
2.5 การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	-	1,826	137.42	452.78	197,090.04	35,585.5	571.95	233,837.69	128.06
2.6 การพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย	-	1,370	11,937.42	-	58,094.26	114,837.2	571.95	185,440.84	135.36
รวม			29,836.48	1,142.86	695,213.98	447,836.80	11,439.00	1,185,469.11	83,626.86
ต้นทุนต่อหน่วยเฉลี่ย (บาท)								6,432.84	

### วิจารณ์

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบต้นทุนรวมรายกิจกรรมของการศึกษาในครั้งนี้กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามโครงการของกองทุนสุขภาพตำบล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กิจกรรม 1.1 การจัดประชุมวางแผนแนวทางในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก มีต้นทุนอยู่ที่ 101,831.28 บาท ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าโครงการของชุมชนในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนชลาทัศน์<sup>(13)</sup> ที่มีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 2,500 บาท ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าการศึกษานี้ใช้วิธีประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ตามแนวคิดการประเมินต้นทุนที่อิงการปฏิบัติงานจริง ซึ่งคำนวณจากต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด

ได้แก่ ค่าอาคารสิ่งก่อสร้าง ค่าครุภัณฑ์ ค่ายานพาหนะ ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าสาธารณูปโภค แต่โครงการของชุมชนในเขตศูนย์สุขภาพชุมชน คิดค่าใช้จ่ายเฉพาะค่าวัสดุ จึงส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้มีต้นทุนรวมที่สูงกว่า รวมถึงการศึกษานี้จัดกิจกรรมไปจำนวน 5 ครั้ง ส่วนโครงการของชุมชนในเขตศูนย์สุขภาพชุมชน จัดกิจกรรมไปจำนวน 1 ครั้ง ย่อมส่งผลให้ต้นทุนรวมของการศึกษานี้สูงกว่าอย่างแน่นอน และในกิจกรรม 1.2 การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีต้นทุนอยู่ที่ 6,939.95 บาท ซึ่งมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะขาม<sup>(14)</sup> ที่มีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 17,400 บาท ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าในกิจกรรมนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะขาม



เสริมสุขภาพตำบลบางปลาไม่ใช้หน่วยงานหลักที่จัดกิจกรรม จึงทำให้ต้นทุนค่าดำเนินการไม่ได้อยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา ส่งผลให้มีต้นทุนรวมที่น้อยกว่า

เมื่อพิจารณาต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา เฉลี่ยอยู่ที่ 6,432.84 บาท (หรือ 196.64 เหรียญสหรัฐ) ต่อกิจกรรม ซึ่งไม่อาจนำผลไปเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของ Thalagala N, et al<sup>(15)</sup> ได้โดยตรง เพราะเป็นการศึกษาต้นทุนของกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกและการรักษาในโรงพยาบาลภาคสาธารณสุขในระหว่างปีที่มีการแพร่ระบาดของโรคในศรีลังกา ซึ่งพบว่าต้นทุนในกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อหัวอยู่ที่ 0.42 เหรียญสหรัฐ เนื่องจากการศึกษาของ Thalagala N, et al นี้ดำเนินการในโรงพยาบาลภาคสาธารณสุข ซึ่งต่างจากลักษณะของกิจกรรมของการศึกษาที่นำเสนอ ตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนมากกว่าโรงพยาบาล และยังมี ความแตกต่างของเงินเดือนเจ้าหน้าที่ในทั้งสองประเทศ และความแตกต่างของหน่วยนับผลงานที่ใช้ในการคำนวณต้นทุน

#### จุดแข็ง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยโดยจำแนกกิจกรรมตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกออกเป็น 13 กิจกรรม ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้ ศึกษาเฉพาะต้นทุนภาพรวมของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกเท่านั้น รวมถึงข้อมูลที่ได้มาจากหลักฐานเอกสารที่เกี่ยวข้อง และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โดยตรง ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

#### จุดอ่อน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คำนวณหาต้นทุนตามกิจกรรมหลัก ไม่ได้รวมถึงต้นทุนตามกิจกรรมย่อย ได้แก่ การเตรียมการ การวางแผนก่อนการดำเนินกิจกรรม และการสรุป

ติดตาม ประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรม ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลต้นทุนที่ได้คลาดเคลื่อนจากต้นทุนที่แท้จริง และเนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ดำเนินการศึกษาในปี 2563 ซึ่งเก็บข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2561 ทำให้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้บ้าง เนื่องจากเจ้าหน้าที่เริ่มจำข้อมูลไม่ได้

#### ข้อจำกัด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ทำการศึกษาต้นทุนที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2561 เพียงปีเดียว ซึ่งเป็นปีที่ตำบลบางปลา มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูง จึงอาจส่งผลทำให้การศึกษานี้มีต้นทุนที่สูงขึ้นเช่นเดียวกัน และข้อมูลผลการดำเนินงาน ได้แก่ จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม และผู้รับการอบรม ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ต้นทุนเป็นต่อคนได้

#### ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ต้นทุนค่าดำเนินการ ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง และค่าวัสดุ มีต้นทุนที่สูง ซึ่งควรพัฒนาระบบการทำงานต่างๆ หรือปรับรูปแบบการทำงานให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น เช่น ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดประชุมเป็นแบบออนไลน์ เพื่อลดต้นทุนดังกล่าว
2. สามารถนำแบบบันทึกข้อมูลไปพัฒนาเป็นระบบการเก็บข้อมูลต้นทุน และผลการดำเนินงาน ในรูปแบบโปรแกรม Microsoft excel เพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง และครบถ้วน รวมถึงสะดวก และรวดเร็วมากยิ่งขึ้น
3. ควรทำการศึกษาค้นคว้าต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการทั้งหมด โดยศึกษาทั้งกิจกรรมหลัก และกิจกรรมย่อย ซึ่งควรมีการเก็บบันทึกข้อมูลควบคู่ไปตลอดการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน บริหาร จัดสรรงบประมาณ และพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสละเวลาในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณมูลนิธิสถาบันวิจัยและฝึกอบรมเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ร่วมกับศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Beatty M, Letson G, Edgil D, Margolis H. Estimating the total world population at risk for locally acquired dengue infection. Abstract presented at the 56th Annual Meeting of the American Society of Tropical Medicine and Hygiene 2007;77:170-257.
2. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et al. The global distribution and burden of dengue. Nature 2013;496(7446):504-7.
3. Brady OJ, Gething PW, Bhatt S, Messina JP, Brownstein JS, Hoen AG, et al. Refining the global spatial limits of dengue virus transmission by evidence-based consensus. PLoS neglected tropical diseases 2012;6(8):1760.
4. Shepard DS, Undurraga EA, Halasa YA, Stanaway JD. The global economic burden of dengue: a systematic analysis. Lancet Infectious diseases 2016;16(8):935-41.
5. จอมสุตา อินทรกุล. ผลกระทบต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการใช้สารเคมีทำลายยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี. ราชบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี; 2556.
6. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
7. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำปีสัปดาห์ที่ 52 ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 ส.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f-4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Dangue/Situation/2561/DHF%2052\(1\).pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f-4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Dangue/Situation/2561/DHF%2052(1).pdf)
8. Kongsin S, Jiamton S, Suaya J, Vasanawathana S, Sirisuvan P, Shepard D. Cost of dengue in Thailand. Dengue Bulletin 2010;34:77-88.
9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ. TanRabad-REPORT [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 10 ส.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://report.tanrabad.org/TR-BR1A.jsp>
10. บุญชู ใจภักดี. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดอุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2553.
11. เกียรติศักดิ์ โคช่วย. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดมหาสารคาม. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2554.
12. ภาลดี ยิ้มแย้ม. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานีนอนาถยาที่เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมงในจังหวัดนนทบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541. 149 หน้า.
13. กิริฎา สร้อยแสง. โครงการพิชิตยุงร้ายทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ป้องกันไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://localfund.happynetwork.org/project/5140>
14. นคร กาเหรัมย์. โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เกิดจากยุงในชุมชน รพ.สต.ทุ่งมะขาม [อินเทอร์เน็ต].

- 2560 [สืบค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://localfund.happynetwork.org/project/5670> Dengue Control Activities and Hospitalizations in the Public Health Sector during an Epidemic Year in Urban Sri Lanka. PLoS Neglected Tropical Diseases 2016; 10(2):e0004466.
15. Thalagala N, Tissera H, Paliawadana P, Amarasinghe A, Ambagahawita A, Wilder-Smith A, et al. Costs of

**Abstract: Unit Cost Analysis of Dengue Prevention and Control Measure in Bang Pla Health Promoting Hospital, Nakhon Pathom Province**

**Pongsak Kamolsal, M.P.H.\*; Sukhontha Kongsin, Ph.D. (Health Economics and Policy Analysis)\*\*; Sukhum Jiamton, M.D., Ph.D. (Clinical Research)\*\*\*; Sarunya Benjakul, Ph.D. (Medical and Health Social Sciences)\*\*\*\*; Charung Muangchana, M.D., Ph.D. (International Health: Disease Prevention and Control)\*\*\*\*\***

*\* Master of Public Health Program, Faculty of Public Health and Graduate Faculty, Mahidol University; \*\*Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University; \*\*\* Department of Dermatology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; \*\*\*\* Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University; \*\*\*\*\*Bionet Asia Company, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):336-43.*

Dengue is a major public health problem in Thailand, and has increased incidence almost every year. Dengue prevention and control measures are still essential to reduce its morbidity rate; and still required state budget and various resources. This research aimed at studying unit cost for dengue prevention and control measures in Bang Pla Health Promoting Hospital, Bang Len District, Nakhon Pathom Province. Data were collected from disease control records and through interviewing staff, who had involved in dengue prevention and control measures, about their activities. The research instruments were record form for unit cost of dengue prevention and control measures. The statistical analysis was performed by using computerized descriptive statistics. The results showed that all the capital cost for dengue prevention and control measures in Bang Pla Health Promoting Hospital was 30,979.34 baht, and all the operating cost was 1,154,489.77 baht, resulting in the full cost of 1,185,469.11 baht. The activity with the highest unit cost was the organization of planning meetings for dengue control operations (21,913.87 baht per time). The activity with the least unit cost was the chemicals spraying for adult mosquito elimination (103.46 baht per household). The average unit cost of activities of dengue prevention and control measures in Bang Pla Health Promoting Hospital was 6,432.84 baht per activity. The results of this study could be used as information for budgets consideration and management for supporting the implementation of dengue prevention and control measures for the better benefit. It will also be a guideline for the unit cost analysis of dengue prevention and control measures in other sub-district health promoting hospitals.

**Keywords: unit cost; dengue; prevention and control; health promoting hospital**

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล

มัยยัสต์ เหล่าสุรสุนทร วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

ณัฐธยานันท์ เดชา วท.บ.ม. (เทคโนโลยีสารสนเทศ)

นำทิพย์ มีสัจจี วท.บ. (เทคโนโลยีสารสนเทศ)

นิติมา แสงแก้ว รป.ม. (นโยบายสาธารณะและการจัดการภาครัฐ)

กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	11 ม.ค. 2565
วันแก้ไข:	20 ก.พ. 2565
วันตอบรับ:	1 มี.ค. 2565

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข และศึกษาความพึงพอใจการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจรวบรวมข้อมูล ทั้งแบบปริมาณและคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากร/เจ้าหน้าที่ที่ใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 355 คน ซึ่งคำนวณตามสูตรของ Yamane T และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และผู้อำนวยการกอง (ส่วนกลาง) จำนวน 10 คน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อถือแล้ว ผลการวิจัยพบว่าประสิทธิผลด้านผลการผลิตมากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.9 ความพึงพอใจการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมของการใช้ระบบอยู่ 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 33.2 และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจทั้ง 3 ด้าน พบว่า ด้านความปลอดภัยมีความพึงพอใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.8 และข้อเสนอเชิงนโยบาย จากการสัมภาษณ์กลุ่มกับผู้บริหาร และข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการ สามารถสรุปปัญหาอุปสรรค และความคิดเห็น ได้จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ (1) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข มีส่วนช่วยลดขั้นตอนการทำงาน ประหยัดทรัพยากร ประหยัดเวลาของผู้ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างมาก สามารถเข้าถึงได้ง่าย ทุกที่ ทุกเวลา สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการทำงานและทางการบริหารได้เป็นอย่างดี (2) เสนอให้พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ให้มีความครอบคลุมกลุ่มผู้ใช้งานในระดับพื้นที่ให้มากยิ่งขึ้น พัฒนาให้อยู่ในรูปแบบ Application ควรกำกับติดตามการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวต่างๆ ของบุคลากรให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ (3) ปัญหา อุปสรรคของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขมีความล่าช้าในบางเวลาโดยเฉพาะช่วงที่มีผู้ใช้งานจำนวนมาก และความเป็นปัจจุบันของข้อมูลแต่ละหน่วยงานมีความเป็นปัจจุบันไม่เท่ากัน

**คำสำคัญ:** ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข; รัฐบาลดิจิทัล; กำลังคนด้านสุขภาพ; บุคลากรด้านสาธารณสุข; ข้อมูลข่าวสาร

## บทนำ

ปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลที่ก้าวกระโดดและผสมผสานการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่หลากหลายสาขาเพื่อตอบสนองความต้องการในภาคการผลิต การบริการ และพฤติกรรมของผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลง ได้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม รูปแบบ กระบวนการทำงาน และการดำเนินชีวิตรวมถึงความสัมพันธ์ของคนได้ปรับเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว การพัฒนาดังกล่าวจึงสร้างทั้งโอกาสและความท้าทายให้แก่ประเทศในการพัฒนาสู่ความมั่นคง และยั่งยืน ซึ่งที่ผ่านมาประเทศไทยได้นำเทคโนโลยีมาใช้เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการพัฒนาประเทศอยู่ตลอดเวลา และด้วยอิทธิพลของเทคโนโลยีดังกล่าวส่งผลทำให้ประเทศไทยมีระดับการพัฒนา ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมืองที่สูงขึ้นระดับหนึ่ง ซึ่งอันดับความสามารถในการแข่งขัน โดยรวมมีแนวโน้มปรับตัวดีขึ้น เห็นได้จากการจัดอันดับรัฐบาลดิจิทัลระดับนานาชาติซึ่งจัดอันดับโดยองค์การสหประชาชาติที่มีการประเมินระดับการพัฒนาของบริการอิเล็กทรอนิกส์ภาครัฐในกลุ่มสมาชิก UN ซึ่งการจัดอันดับครั้งล่าสุด เมื่อปี 2561 พบว่าการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 73 ของโลก ซึ่งมากกว่าในปี 2559 อยู่ 4 อันดับ และอยู่ในอันดับที่ 4 ของกลุ่มประเทศอาเซียน<sup>(1)</sup>

รัฐบาลตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่มีต่อการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ จึงได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบราชการให้ขับเคลื่อนโดยการใช้เทคโนโลยี เพื่อยกระดับภาครัฐไปสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัล ผ่านกลไกด้านกฎหมายและแผนระดับชาติที่สำคัญ ซึ่งรัฐบาลก็ได้ผลักดันให้การบริหารงานและการให้บริการภาครัฐปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัลที่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และมีการนำเทคโนโลยีอัจฉริยะมาใช้ในการทำงานและยกระดับการให้บริการ โดยยึดความต้องการของประชาชนเป็นศูนย์กลางมาอย่างต่อเนื่อง โดยรัฐบาลได้กำหนดแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทยในอีก 5 ปีข้างหน้า

เพื่อยกระดับสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัลที่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน มีการทำงานแบบอัจฉริยะให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางและขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริง

กระทรวงสาธารณสุข เป็นส่วนราชการที่มีการกิจการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน จึงได้ดำเนินการปรับรูปแบบการบริหารจัดการ การให้บริการโดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาเป็นเครื่องมือในการทำงานสำหรับหน่วยงานในสังกัด อาทิเช่น ระบบการนัดคนไข้ ระบบการให้คำปรึกษา การรักษาทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล ระบบการบริหารจัดการบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นต้น โดยเฉพาะสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลบุคลากรทางสาธารณสุขมากที่สุด รวมทั้งทุกประเภทการจ้างงานกว่าสี่แสนราย ทั้งในราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาค การบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรในด้านต่าง ๆ จึงเป็นเรื่องยากในการที่จะบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะวิกฤติทางไวรัสวิทยา เช่น การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้มีข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์สำหรับรองรับสถานการณ์ดังกล่าวระบบฐานข้อมูลกำลังคนทางสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างมาก สำนักงานปลัดกระทรวงฯ จึงได้พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ในรูปแบบ Web Application ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 โดยได้รับความร่วมมือระหว่างกองบริหารทรัพยากรบุคคลและศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถตอบสนองการทำงานด้านบริหารงานบุคคลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นระบบและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถใช้งานร่วมกันระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีฐานข้อมูลบุคลากรเดียวกัน เพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานบุคคลในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำคำสั่งต่าง ๆ เช่น คำสั่งเลื่อนเงินเดือน เลื่อน

ระดับ คำสั่งย้าย การบันทึกข้อมูลความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การรายงานสถานการณ์กำลังคน การรายงานสถานการณ์ผู้จะเกษียณอายุราชการ เป็นต้น และได้มีการพัฒนาระบบมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ทำให้มีฐานข้อมูลด้านบุคลากรที่มีความสมบูรณ์ครอบคลุมการใช้งานของผู้ใช้งานในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารงานบุคคล ผู้บริหาร หรือแม้กระทั่งบุคลากรทุกคนในสังกัดเอง อีกทั้งยังเป็นระบบที่ทำให้เกิดรูปแบบการทำงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเป็นผลให้สามารถควบคุมกำกับ ตรวจสอบ ความถูกต้องเป็นปัจจุบัน ลดขั้นตอนการทำงาน ตลอดจนสามารถนำไปสู่การวางแผนเชิงนโยบายทั้งทางด้านการวางแผนด้านงบประมาณ การพัฒนาบุคลากร การกระจายบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(2)</sup>

เนื่องจากมีการพัฒนาโปรแกรมระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์ขอบเขตความต้องการ (TOR) การทดสอบระบบในระหว่างการพัฒนา ประสานงานกับผู้พัฒนาระบบตลอดระยะเวลาการพัฒนา ตรวจสอบการถ่ายโอนข้อมูลจากระบบเดิมสู่ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ฝึกอบรมการใช้งานระบบให้กับผู้ใช้งาน และดูแลระบบร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้านไอทีของกองบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้ระบบสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความทันสมัยและตรงตามความต้องการของผู้ใช้งาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ในการพัฒนาองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับใช้ในการพัฒนาโปรแกรมระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข และเพื่อพัฒนาหน่วยงานให้ก้าวไปสู่รัฐบาลดิจิทัลในอนาคต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ผู้พัฒนาองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล และศึกษาความพึงพอใจการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ผู้พัฒนาองค์กร

ตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล โดยประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ คือ การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ผู้พัฒนาองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ มีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำมาพัฒนาและประยุกต์ใช้กับองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้กำหนดประชากรในการวิจัยในครั้งนี้ คือบุคลากร/เจ้าหน้าที่ที่ใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข จำนวนประชากรทั้งสิ้น 3,006 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane ได้จำนวน 355 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามสัดส่วนของบุคลากร/เจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงาน (proportional to size) ส่วนการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติไว้ จำนวน 3 ประการ คือ (1) จะต้องเป็นเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการที่ใช้งานระบบ (2) ผู้บริหารแต่ละระดับ (3) ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพและแบ่งเป็น 4 กลุ่ม รวม 10 คน ดังนี้ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ จำนวน 2 คน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จำนวน 3 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 3 คน และผู้อำนวยการกอง (ส่วนกลาง) จำนวน 2 คน

### เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบสอบถามการวิจัยเป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณ มี 5 ระดับคือ ระดับคะแนน 1-5 คะแนนเท่ากับระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากมากที่สุด ตามลำดับ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปหรือข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข และส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งวิจัย จะเป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) และใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม หรือการสนทนากลุ่มตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ซึ่งคำถามจะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับประสิทธิผลของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ตอบคำถามได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสรุปเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้รับการทดสอบความน่าเชื่อถือ ดังนี้

1) แบบสอบถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นแบบสอบถามและนำแบบสอบถามนั้นมานำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ของแบบสอบถาม จากนั้นนำมาปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำไปทดลองใช้ กับบุคลากรที่ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach alpha coefficient โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

2) แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อ

การบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สู่การพัฒนาองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล จากนั้นจึงออกแบบสัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงให้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาเพื่อตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเที่ยงตรงของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของแบบสัมภาษณ์

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ศึกษาข้อมูลและเก็บรวบรวมจากหนังสือ บทความวารสาร เอกสาร เว็บไซต์ วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการดำเนินการวิจัย

2) นำแบบสอบถามไปใช้ในการจัดเก็บข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามให้บุคลากร/เจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในการตอบแบบสอบถามผ่านทางออนไลน์

3) แบบสัมภาษณ์ ดำเนินการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลแล้วดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่มตามหัวข้อแบบสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล 2 วิธี คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ออกมาเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ร้อยละ (Percentage) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากข้อมูลที่รวบรวมมาตรวจสอบ วิเคราะห์และสรุปใจความสำคัญ

#### ผลการศึกษา

1) การศึกษาประสิทธิผลการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สู่การพัฒนาองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล ด้านประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ด้านการใช้ทรัพยากร ด้านผลผลิต พบว่า

ส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 57.2 53.2 และ 59.2 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ประสิทธิภาพด้านประสบความสำเร็จตามเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.88 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 57.2 ดังตารางที่ 1

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า (1) ด้านการประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่าเป็นระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข เป็นระบบที่ดีและมีประโยชน์เนื่องจากเป็นระบบที่เก็บข้อมูลของบุคลากรด้านสาธารณสุขของประเทศเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีการบริหารจัดการบุคลากรได้ง่ายและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ใช้งานสามารถดึงข้อมูลบุคลากรไปประยุกต์ใช้งานได้ อาทิ วางแผนจัดการกำลังคน บริหารกรอบอัตรากำลัง การกระจายบุคลากร การพัฒนาบุคลากร เป็นต้น แต่ระบบยังต้องการพัฒนาให้สามารถแสดงข้อมูลบุคลากรให้เป็นการแสดงผลแบบ Real time เพื่อผู้ใช้งานจะได้นำข้อมูลไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (2) ด้านการใช้ทรัพยากร จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก สามารถสรุปได้ว่า ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข เป็นระบบที่สามารถช่วยลดขั้นตอนการ

บริหารจัดการบุคลากรได้ และทำให้การจัดทำข้อมูลบุคลากรมีประสิทธิภาพมากขึ้น (3) ด้านผลการผลิตจากการสัมภาษณ์ สรุปได้ว่า ระบบมีการใช้งานได้ดี แต่อาจจะยังมีบางกระบวนการที่ยังบกพร่องอยู่ และยังเสนอวิธีแก้ไขโดยการให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล จัดตั้งทีมเพื่อดูแลระบบโดยตรง และจะต้องมีการวางแผนพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง อาจจะต้องมีการติดตาม ประเมินผลระบบเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาส เพื่อแก้ปัญหากระบวนการที่บกพร่องให้มีการใช้งานระบบที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) การศึกษาความพึงพอใจการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข สู่การพัฒนาองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล ด้านรูปแบบการใช้งานด้านการให้บริการ และด้านความปลอดภัย พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 48.7 45.1 และ 50.7 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 มีความพึงพอใจในระดับมาก เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจด้านความปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.85 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50.7 ดังตารางที่ 2

3) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบฯ มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข สู่การพัฒนาองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล (จำแนกตามรายด้าน) (N=355)

ประสิทธิภาพของการใช้งาน	ระดับความคิดเห็น										Mean	SD	ระดับความคิดเห็น
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%			
1. ด้านประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย	59	16.6	203	57.2	89	25.1	2	0.6	2	0.6	3.88	0.691	ระดับมาก
2. ด้านการใช้ทรัพยากร	50	14.1	189	53.2	108	30.4	6	1.7	2	0.6	3.78	0.720	ระดับมาก
3. ด้านผลการผลิต	42	11.8	210	59.2	96	27.0	6	1.7	1	0.3	3.80	0.667	ระดับมาก
<b>ภาพรวม</b>											<b>3.82</b>	<b>0.692</b>	<b>ระดับมาก</b>



3.1) เพื่อให้เกิดการบูรณาการข้อมูลบุคลากรทางสาธารณสุขร่วมกันทุกภาคส่วน เสนอให้มีระบบฐานข้อมูลบุคลากรกลางที่สามารถใช้งานร่วมกันได้ทั้งในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข และภาพรวมประเทศ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับการปรับรูปแบบการให้บริการ หรือแม้กระทั่งเพื่อให้มีข้อมูลบุคลากรรองรับกรณีเกิดสถานการณ์ระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ หรือพิบัติภัย

3.2) เสนอให้มีการพัฒนาปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาให้อยู่ในรูปแบบของ Application ที่สามารถทำงานได้แบบ Real time โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้ได้ระบบที่สามารถตอบสนองตรงตามความต้องการใช้งานของผู้ใช้งาน รวมถึงการเข้าใช้งานดูข้อมูลของตัวเองของบุคลากรในสังกัดที่มีความสะดวกสบายในรูปแบบ Application

3.3) กำหนดเป็นมาตรการให้หน่วยงานบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของบุคลากรให้เป็นปัจจุบัน อาทิเช่น การจ้างงานใหม่ การพ้นสภาพการจ้าง การเลื่อนระดับ การเลื่อนเงินเดือน หรือการได้รับสิทธิประโยชน์อื่นใด เพื่อให้สามารถนำข้อมูลจากระบบฯ ไปใช้ประกอบการวางแผนเชิงนโยบายในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านงบประมาณ ด้านการสรรหาบุคลากร การกระจายบุคลากรที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่

## วิจารณ์

จากการศึกษาประสิทธิผลสรุปได้ว่า ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข เป็นหนึ่งในการดำเนินการปรับรูปแบบการจัดบริการภาครัฐ ตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย พ.ศ. 2563-2565 ซึ่งระบบดังกล่าวช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ทุกที่ ทุกเวลา โดยสามารถทำงานได้ทั้งใน computer lab top และใช้งานผ่านมือถือ สอดคล้องกับการปรับรูปแบบการทำงานจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อลดการติดเชื้อเพิ่มขึ้นขององค์กรภาครัฐ ต้องกำหนดให้บุคลากรทำงานแบบ Work Form Home และใช้เทคโนโลยีมาเป็นตัวช่วยในการทำงานมากขึ้น จะเห็นได้ว่าระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าวได้เป็นอย่างดี โดยมีการใช้งานผ่านเครือข่ายส่วนตัวถึงร้อยละ 46.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประคองสุคนธ์จิตต์ ที่ทำการศึกษาศึกษาทรัพยากรมนุษย์ ยุค 4.0 ผลจากการศึกษา พบว่า ทรัพยากรมนุษย์ ยุค 4.0 ต้องปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา อาทิเช่น การเตรียมความพร้อมของทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรเทคโนโลยีต่างๆ ที่เหมาะสมในการทำงาน วัฒนธรรมการเชื่อมโยงระหว่างโลกการทำงานและโลกส่วนตัว สังคมของการมีส่วนร่วมของทรัพยากรมนุษย์ทุกระดับ ตลอดจนการ

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ผู้การพัฒนาองค์กรตามแนวคิดรัฐบาลดิจิทัล (จำแนกตามรายด้าน) (N=355)

ระบบสารสนเทศฯ	ระดับความคิดเห็น										Mean	SD	ระดับความคิดเห็น
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%			
1. ด้านรูปแบบการใช้งาน	40	11.3	173	48.7	132	37.2	9	2.5	1	0.3	3.68	0.715	ระดับมาก
2. ด้านการให้บริการ	46	13.0	160	45.1	137	38.6	10	2.8	2	0.6	3.67	0.756	ระดับมาก
3. ด้านความปลอดภัย	66	18.6	180	50.7	104	29.3	3	0.8	2	0.6	3.85	0.738	ระดับมาก
ภาพรวม											3.73	0.736	ระดับมาก

ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์ยุค 4.0 ตั้งแต่การสรรหา การคัดเลือกทรัพยากรมนุษย์ การเก็บรักษาและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เป็นต้น<sup>(3)</sup> และการศึกษาของภาวิน ชินะโชติ และคณะ ที่ทำการศึกษาระบบสารสนเทศในงานด้านทรัพยากรมนุษย์ ผลการศึกษาพบว่า การจัดการระบบสารสนเทศทรัพยากรมนุษย์ (HRIS) ไม่ได้เป็นเพียงแค่คอมพิวเตอร์ และโปรแกรมสำเร็จรูปที่เกี่ยวข้องกับการจัดการทรัพยากรมนุษย์ การจัดการระบบสารสนเทศงานด้านทรัพยากรมนุษย์ถูกออกแบบเพื่อสนับสนุนงานด้านต่าง ๆ เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ มีความถูกต้อง สั้น กระชับ ตรงประเด็น ครบถ้วนสมบูรณ์ ระบบสารสนเทศทางด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์เป็นข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลจากข้อมูลในงานด้านทรัพยากรมนุษย์ ผู้บริหารจะได้รับข้อมูลสารสนเทศที่ครบถ้วนครอบคลุมสาระสำคัญที่จำเป็นเพื่อจะช่วยให้การวางแผน การตัดสินใจ และการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรอย่างเป็นระบบ<sup>(4)</sup>

นอกจากนี้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข ยังมีส่วนช่วยให้การบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรเกิดความคล่องตัว ลดขั้นตอน ประหยัดทรัพยากร และงบประมาณ เนื่องจากระบบสามารถออกรายงานได้ในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถนำไปนำเสนอต่อผู้บริหาร หรือนำไปวิเคราะห์ผลต่อยอดได้เลย อาทิเช่น PDF, Excel, Word, Text ทำให้สามารถลดปริมาณกระดาษลงได้อย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ อุณรัตน์ และรัตติยา สัจจภิรมย์ ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาความคิดเห็นต่อประสิทธิผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ (MIS) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผลการวิจัย พบว่า ระบบสารสนเทศบุคลากรที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบอื่น ๆ ได้ การรายงานที่สามารถตอบคำถามสารสนเทศต่าง ๆ ได้ อย่างถูกต้อง และการจัดเก็บข้อมูลของระบบเพื่อให้สามารถทำบัญชีและเพื่อการตัดสินใจผู้บริหาร<sup>(5)</sup>

อย่างไรก็ดี แม้ว่าระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข จะเป็นหนึ่งในเครื่องมือด้าน

เทคโนโลยีที่สามารถตอบสนองต่อการทำงานในรูปแบบดิจิทัล แต่จากผลการศึกษาในส่วนของปัญหาและอุปสรรคกลับพบว่าความมีเสถียรภาพของระบบอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.7 นอกจากนี้ในส่วนของความครบถ้วนของข้อมูลยังพบว่า มีความครบถ้วนของข้อมูลในระดับปานกลางถึงน้อยอยู่ที่ร้อยละ 40.8 ซึ่งปัจจัยที่มีผลทำให้ความมีเสถียรภาพของระบบและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลอยู่ในระดับที่ต่ำอันเนื่องมาจากสาเหตุต่อไปนี้

1) การขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง และการขยาย Functions การทำงานของระบบออกไปอีกหลายรายการเนื่องจากมีระเบียบและหลักเกณฑ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของทางราชการ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบเพื่อรองรับ มีผลทำให้ hardware, software ที่มีอยู่เดิมไม่เพียงพอต่อการรองรับการทำงานของระบบ

2) ขาดมาตรการในการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ การบันทึกข้อมูล ของผู้ใช้ปฏิบัติงานที่เข้มข้นมากพอ ทำให้หน่วยงานไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งความไม่ครบถ้วนของข้อมูลนี้ส่งผลกระทบต่อตรงต่อการนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหารในทุกระดับ ไม่ว่าจะในระดับพื้นที่ จังหวัด เขตสุขภาพ หรือแม้แต่ในภาพของกระทรวงสาธารณสุขเอง อันส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อส่วนราชการ ต่อบุคลากรในสังกัด เช่น การไม่บันทึกข้อมูลผู้ได้รับการจ้างงานใหม่ในระบบ การไม่บันทึกข้อมูลผู้ได้รับคุณวุฒิเพิ่มขึ้น การบันทึกคุณวุฒิในการจ้างไม่ตรงกับตำแหน่งสายงานที่จ้าง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ ชวลิต การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กรณีศึกษา บริษัทเวสเทิร์น ดิจิตอล (ประเทศไทย) จำกัด ผลการศึกษา พบว่า ผู้จัดการโครงการมาจากฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้ระบบที่ถูกสร้างขึ้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสมและผู้จัดการโครงการจะขาดความรู้สึกการเป็นเจ้าของในระยะยาวซึ่ง

ผู้จัดการโครงการควรมาจากฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ จะทำให้สามารถพัฒนาระบบที่รองรับการใช้งานได้อย่างเหมาะสมรวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ในระยะยาว ต่อไป<sup>(6)</sup>

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ เพื่อให้ระบบข้อมูลบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถใช้งานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ มีความครบถ้วนสมบูรณ์ เห็นควรมี การสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรที่มีความรู้ความ-สามารถเฉพาะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเพียงพอ และกำหนดมาตรการให้รางวัลแก่หน่วยงานที่บันทึก ข้อมูลเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ หรือมาตรการลงโทษสำหรับ หน่วยงานที่ไม่บันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เป็นการ ประจำ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้อ้างอิงได้อย่างถูก ต้องและน่าเชื่อถือ ทั้งจากหน่วยงานภายนอก และหน่วย-งานภายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยตนเอง

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาคำใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร จัดการบุคลากรสาธารณสุข ในการพัฒนาองค์กรตาม แนวคิดรัฐบาลดิจิทัล สำเร็จลุล่วงได้ ขอขอบคุณผู้อำนวย-การกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุข นายสรรเสริญ นามพรหม ที่ให้โอกาสในการ ทำงานด้านข้อมูลบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข และให้ ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษา ให้ข้อมูลต่างๆ ประกอบ การศึกษาวิจัย รวมถึงขอขอบคุณ แพทย์หญิงทิวาวรรณ ปิยกุลมาลา นายแพทย์ทิมกร โนรี ที่ท่านได้ให้คำปรึกษา ตรวจสอบเครื่องมือ รวมถึงให้คำแนะนำสำหรับการ ปรับปรุงพัฒนางานวิจัยให้สำเร็จลุล่วง มาโดยตลอดการ ศึกษาวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหาร บุคลากรที่ใช้งานระบบ สารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง

และส่วนภูมิภาค ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ ร่วม แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ อันจะเป็นประโยชน์ สำหรับการศึกษาใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร จัดการบุคลากรสาธารณสุข ในการพัฒนาองค์กรตาม แนวคิดรัฐบาลดิจิทัล

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล. แผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของ ประเทศไทย พ.ศ. 2563-2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล; 2563.
2. สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้าน-สาธารณสุข. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข. กรุงเทพ-มหานคร: สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการปฏิรูป ประเทศ; 2561.
3. ประคอง สุนทรจิตต์. ทรัพยากรมนุษย์ ยุค 4.0. วารสาร-มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ นายเรืออากาศ 2562: 7:17-28.
4. ภาวิน ชินะโชติ, ทองฟู ศิราวงศ์, ภาณุ ชินะโชติ, ภาวิตย์ ชินะโชติ, พระมหาทองเชิด กตปุญโญ. ระบบสารสนเทศใน งานด้านทรัพยากรมนุษย์. วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร 2562:10(1):180-91.
5. ประไพ อุนารัตน์, รัตติยา สัจจภิรมย์. การศึกษาความคิดเห็น ต่อประสิทธิผลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ (MIS) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารสาระคาม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2556:4(1):29-40.
6. สุภารัตติ ชวลิตสุนทร. การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมา ใช้ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กรณีศึกษาบริษัท เวสเทิร์น ดิจิตอล (ประเทศไทย) จำกัด [สารนิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: สถาบัน-บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2550.

**Abstract: Implementation of the Human Resources Information System of Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health for Organizational Improvement Based on the Digital Government Concept**

**Mattayat Laosurasoonthorn, B.Se.; Natthayakon Decha, M.Sc.; Numthip Meesujjee, B.Sc.; Nitima Sangkaew, M.P.A.**

*Human Resource Division, Office of the permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):344-52.*

Objectives of this study were to evaluate the effectiveness of implementing the human resources information system of the Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, and to assess satisfaction among the system users. It was the survey study including both quantitative and qualitative methods. For quantitative survey, the samples were officers who used the Human Resources Information System of Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (with the sample size of  $n=355$ , based on Taro Yamane's equation). Qualitative interviews were performed to collect data from health region executive, provincial public health officers, central and general hospital directors, and division directors (central divisions) ( $n=10$ ). Data were collected by questionnaires and interviews. It was found that the Human Resources Information System effectiveness in productivity aspect was highest (with an average of 56.9%); and high satisfaction scale for Human Resources Information System of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health was expressed by 33.2% of the samples, with highest on the safety (53.8%). The Human Resources Information System was able to reduce work process, save resources and time by providing easy access and relevant datum both for working and executing. We propose implementing the Human Resources Information System in the local level; develop into application platform and make the contents up-to-date. Currently, the problems and obstacles include occasional system jamming especially in the peak time and information was not updated in some locations.

**Keywords:** human resources information system; Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; digital government; humana resources for health, health personnel; information system

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การพัฒนาหลักสูตรความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข

ธนิณี ทวีวิทยการ บธ.ม.\*

ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร พย.ม.\*\*

\* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

\*\* วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	16 พ.ย. 2564
วันแก้ไข:	27 ม.ค. 2565
วันตอบรับ:	7 ม.ค. 2565

**บทคัดย่อ** การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม “หลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ” ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข และศึกษาผลการนำหลักสูตรไปใช้ ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA ของ William Edwards Deming ดำเนินการศึกษา 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาหลักสูตร และระยะที่ 2 เป็นการประเมินผลการนำหลักสูตรไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (1) หลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพที่พัฒนาขึ้น และ (2) แบบสอบถามประเมินผลการนำหลักสูตรไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า ด้านหลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 หน่วยการเรียนรู้ คือ 1) หน่วยการเรียนรู้ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ 2) หน่วยการเรียนรู้ด้านการพัฒนาภาวะผู้นำ และ 3) หน่วยการเรียนรู้ด้านการบริหารจัดการ โดยให้น้ำหนักจำนวนชั่วโมงในหน่วยการเรียนรู้ที่ 1 มากที่สุดตามชื่อของหลักสูตร ประกอบกับผลการประเมินความรู้ก่อนการอบรมที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง และด้านผลการนำหลักสูตรไปใช้ จากการประเมินหลักสูตรภายหลังการอบรมอย่างน้อย 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรมได้นำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปปฏิบัติงานจริงในงานที่รับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก และจากผลการประเมินโดยผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานมีความเห็นว่าผู้ผ่านการอบรมได้นำความรู้ที่ได้รับจากหลักสูตรไปใช้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก มีการทำงานตามนโยบายด้านสุขภาพร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและได้แสดงความพยายามที่จะลดความซ้ำซ้อนทั้งในด้านระยะเวลา งบประมาณ การดำเนินการและการประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายงานอยู่ในระดับมาก และร้อยละ 100.0 มีความเห็นว่า “หลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ” เป็นหลักสูตรที่มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน

**คำสำคัญ:** การพัฒนาหลักสูตร, หลักสูตรการอบรม; นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

## บทนำ

การจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) ที่คาดหวังให้บรรลุผลภายในปี 2573 มีทั้งหมด 17 ข้อโดยในข้อที่ 17 ได้กล่าวถึง การสร้างพลังแห่งการเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือระดับสากลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน<sup>(1,2)</sup> ให้เกิดความเชื่อมโยงใน 5 มิติ โดยหนึ่งมิตินั้นคือการพัฒนาคน<sup>(3)</sup> สำหรับประเทศไทยได้เกิดนโยบายที่สำคัญในการปฏิรูปประเทศ โดยรัฐบาลของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) โดยเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ โดยกำหนดให้เป้าหมายที่ 1 คือ ประชาชนอยู่ดี กินดีและมีความสุข<sup>(4)</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติสู่การปฏิบัติ เพื่อหวังให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน<sup>(5)</sup> รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาด้านสุขภาพให้เกิดความสอดคล้องและเป็นรูปธรรม<sup>(6)</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับทรัพยากรมนุษย์ในระบบสุขภาพ (human resource for health) ซึ่งถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์เป็นเลิศ 4 ด้าน<sup>(7)</sup> ได้แก่ บุคลากรที่เป็นเลิศ (people excellence) เร่งส่งเสริมสนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพทุกสาขา ให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่เป็นเลิศ (P&P excellence) มีการบริการที่เป็นเลิศ (service excellence) ภายใต้อำนวยการบริหารงานด้วยหลักธรรมาภิบาล (governance excellence) เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” กำหนดเป็นวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ “การเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี”

จากเป้าหมายและวิสัยทัศน์ต้องมีการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพอย่างก้าวกระโดด เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน กอปรกับในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการพัฒนายุทธศาสตร์ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการมีผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ที่มีความรู้เพื่อให้สามารถรับมือและจัดการสภาวะการณ์ด้านสาธารณสุขได้ทุกรูปแบบอย่างทันท่วงที โดยจะเห็นได้จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มุ่งเน้นการพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการโรคอุบัติใหม่<sup>(8)</sup> รวมถึงการสร้างผู้นำรุ่นใหม่เพื่อพัฒนาองค์กรที่มีคุณภาพ (happy and high-performance organization)<sup>(8)</sup> การพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพให้กับนักยุทธศาสตร์ของกระทรวงจึงเป็นความท้าทายของหน่วยงานที่รับผิดชอบภารกิจด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยเฉพาะในยุคปัจจุบัน

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม “หลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ” ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข และประเมินผลการนำหลักสูตรไปใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนางานด้านยุทธศาสตร์และแผนงานของงานสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมต่อสภาวะการณ์ด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน และอนาคตต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม “หลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ” ภายใต้อำนวยการบริหารงานด้วยหลักธรรมาภิบาล คุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA ของ Deming WE หรือ Deming (Deming cycle)<sup>(9)</sup> มาใช้ในกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Do) การประเมินผล (Check)

และการปรับปรุง (Act)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา แบ่งได้ 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่าง เป็นคณะกรรมการ 2 คณะ ประกอบด้วย

1) คณะกรรมการอำนวยการหลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 26 คน พิจารณากำหนดแนวทาง และหลักเกณฑ์หลักสูตรฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ ให้มีความสอดคล้องกับทิศทางและนโยบายสุขภาพของรัฐบาลและสถานการณ์ด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

2) คณะกรรมการครูพี่เลี้ยงหลักสูตรความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของกระทรวง-สาธารณสุข จำนวน 9 คน เพื่อให้ความเห็นการพัฒนาหลักสูตร เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้เชิงทฤษฎี ทักษะผ่านประสบการณ์จริง ในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ และการแปลงสู่การปฏิบัติที่ตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล และปัญหาสุขภาพของประชาชน รวมทั้งหมด 35 คน

ระยะที่ 2 การประเมินผลการนำหลักสูตรไปใช้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานหรือมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพจำนวน 48 คน

2) ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน

ดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือนมีนาคม – ธันวาคม 2562

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. หลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผู้วิจัยได้ร่วมพัฒนาขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA ของ Deming WE หรือ Deming (Deming cycle) มาใช้ในกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยประกอบด้วย Plan, Do, Check, Act ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงาน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นการวิเคราะห์ที่สถานการณ์ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

(1) การศึกษาปัญหาสถานการณ์ด้านยุทธศาสตร์สาธารณสุข ของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562

(2) จัดประชุมคณะกรรมการอำนวยการหลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการครูพี่เลี้ยงหลักสูตรความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข

(3) กำหนดประเด็นและกลุ่มเป้าหมายที่เข้าอบรม ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา การกำหนดรายละเอียดประเด็นเริ่มจากการประชาสัมพันธ์หลักสูตร การรับสมัครผู้อบรม และการคัดเลือก ผู้ที่ได้รับการคัดเลือก จะต้องตอบแบบสอบถามประเมินความรู้ความเข้าใจด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพก่อนเข้ารับการอบรม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตร ก่อนการจัดอบรม และดำเนินการเสนอขออนุมัติเพื่อการศึกษาข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเผยแพร่เป็นภาพรวมของการวิจัย

ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติงาน (Do) เป็นการทำงานพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย

(1) นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์การศึกษาปัญหาสถานการณ์ด้านยุทธศาสตร์สาธารณสุข ของประเทศไทย พบว่า กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลผู้รับผิดชอบงาน และพื้นที่วิชาการให้สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

(2) ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัย

ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาหลักสูตร การประเมินผลหลักสูตร โดยมีการสืบค้นเอกสารหลักฐานงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ ศึกษาทบทวนการพัฒนาหลักสูตร เพื่อนำมาทำเป็นหลักสูตรฝึกอบรม (ฉบับร่าง)

(3) ร่วมประชุมในกลุ่มงานศูนย์พัฒนานักยุทธศาสตร์ และแผนกำลังคนด้านสุขภาพของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม (ฉบับใหม่) ตรวจสอบเอกสาร และจัดทำแบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพและให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะการพัฒนาหลักสูตร และนำหลักสูตรฝึกอบรมไปใช้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ระยะที่ 3 การตรวจสอบหรือการสังเกตการณ์ (Check or Observation)

การติดตามงานประเมินผลการใช้หลักสูตร โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมของหลักสูตรไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น นำเสนอ และส่งรายงานตามที่หลักสูตรกำหนด และผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ หรืออาจารย์ที่ปรึกษาประจำหลักสูตร และเมื่อสิ้นสุดการอบรมมีการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้หลักสูตรฝึกอบรมภายหลังการอบรม และเน้นการประเมินหลักสูตรภายหลังการอบรมอย่างน้อย 6 เดือน

ระยะที่ 4 การปรับปรุงระบบ (Action)

จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด นำเสนอผลการประเมินและสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากของหลักสูตร ว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในครั้งต่อไป

2. แบบสอบถามประเมินผลการนำหลักสูตรไปใช้ ภายหลังการจบหลักสูตรไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งนี้ เนื่องจากการคงอยู่ของพฤติกรรมใดจะคงที่ บุคคลนั้นจะต้องปฏิบัติได้นานกว่า 6 เดือนขึ้นไป<sup>(10)</sup> ผู้วิจัยทำการประเมินจาก 2 ส่วนคือ (1) จากกลุ่มตัวอย่างที่เคยผ่านการอบรมไปแล้ว จำนวน 17 ข้อ และ (2) จากผู้บังคับบัญชาหรือเพื่อนร่วมงานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 ข้อ

โดยมีข้อคำถามแบบประมาณค่า (Likert rating scale) และนำค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้เป็นภาพรวม มาแปลผล 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด และใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ข้อเสนอในการพัฒนาหลักสูตร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยผู้วิจัยได้นำเอกสารเล่มหลักสูตรฝึกอบรม “การพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ” ให้ผู้ทรงคุณวุฒิไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) พิจารณาในประเด็นความถูกต้องของเนื้อหา ความตรงกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ความน่าเชื่อถือและสามารถนำหลักสูตรไปใช้โดยคณะผู้วิจัยใช้เกณฑ์ข้อเสนอแนะ 4 ใน 5 คนและจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประเมินว่าสามารถวัดได้ตรงกับเนื้อหาที่กำหนดหรือที่ต้องการวัดหรือไม่ หลังจากนั้นนำผลมาพิจารณาคะแนนของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็นมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง ที่เรียกว่า IOC (index of item objective congruence) โดยภาพรวม พบว่าสาระของหลักสูตร มีเนื้อหาเหมาะสม มีวัตถุประสงค์ครอบคลุม มีการจัดกิจกรรมประสบการณ์ และมีแนวทางการประเมินผลหลักสูตรที่เหมาะสม มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.96 เสนอให้มีการปรับข้อความภาษาให้มีความชัดเจนเล็กน้อย รวมทั้งได้ให้ตรวจสอบแบบสอบถามประเมินผลการนำหลักสูตรไปใช้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับแก้ไขภาษา เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนก่อนนำไปสอบถามจริง ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาหลักสูตรและเป็นการนำข้อมูลผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาทำการศึกษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธ หรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้อง



## การพัฒนาหลักสูตรความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข

ชี้แจงเหตุผลใด ๆ อย่างไม่รู้ตามผู้วิจัยได้ขออนุมัติเพื่อการศึกษาข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเผยแพร่เป็นภาพรวมของการวิจัยโดยไม่ได้ประสงค์ที่จะระบุชื่อเป็นรายกรณี และทำการเก็บข้อมูลการวิจัยภายหลังที่ได้รับ การอนุมัติจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การพัฒนาหลักสูตรความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้ความเข้าใจด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพก่อนเข้ารับการอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง หลังจากนั้นได้นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและปรับใช้ก่อนการจัดหลักสูตรอบรม ผลการ

พัฒนา พบว่า โครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมในระดับมาก หลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 หน่วยการเรียนรู้ รวมทั้งสิ้น 170 ชั่วโมง ส่วนที่ 2 การศึกษาผลการนำหลักสูตรไปใช้ จากการประเมินหลักสูตรภายหลังการอบรมอย่างน้อย 6 เดือน แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ

2.1 ผลการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรม พบว่า แม้ว่าจะผ่านการอบรมไปแล้ว 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างยังสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปปฏิบัติงานจริงในงานที่รับผิดชอบอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

2.2 ผลการประเมินโดยผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานของกลุ่มตัวอย่าง มีความเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ที่ได้รับจากหลักสูตรไปใช้ในการปฏิบัติงานใน

ตารางที่ 1 ผลการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรม จำนวน 48 คน

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ท่านมีโครงการ/โครงการที่อยู่ในความรับผิดชอบ		ร้อยละ 84.2	
2. ท่านได้นำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในงานที่รับผิดชอบ	4.34	0.58	มาก
3. ท่านมีการบูรณาการการทำงานด้านนโยบาย ด้านการพัฒนาภาวะผู้นำและด้านการบริหารจัดการ ในงานที่รับผิดชอบ	4.29	0.57	มาก
4. ท่านมีการวิเคราะห์นโยบายรวมทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ทิศทางของยุทธศาสตร์ การพัฒนางานด้านสาธารณสุข มาประกอบการทำงานในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ	3.92	0.85	มาก
5. ท่านดูแล กำกับบริหารจัดการงานเกี่ยวกับนโยบายแผนงาน และโครงการต่าง ๆ โดยคำนึงถึงเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การบริหาร เกิดผลต่อประชาชน/กลุ่มเป้าหมายในงาน	4.29	0.84	มาก
6. ท่านกำหนดนโยบาย จัดทำแผนงาน แผนงบประมาณหรือโครงการ โดยคำนึงถึงทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การเมืองของประเทศ	4.08	0.71	มาก
7. ท่านบูรณาการภารกิจตามนโยบายรัฐบาลด้านสุขภาพกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และลดความซ้ำซ้อนทั้งในด้านระยะเวลางบประมาณ การดำเนินการและการประเมินผล เพื่อให้เกิดความสำเร็จบรรลุเป้าหมายงาน	4.16	0.82	มาก
8. ท่านให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำงานด้านนโยบาย แผนงานและโครงการ เพื่อให้การจัดทำนโยบายและแผนงานของหน่วยงานย่อยเกิดผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจที่กำหนดไว้	4.18	0.80	มาก
9. ท่านมอบหมายงาน กำกับดูแล ติดตามประเมินผลในแผนงานรวมถึงมีภาวะผู้นำในการช่วย แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน	4.16	0.75	มาก

ตารางที่ 1 ผลการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรม จำนวน 48 คน (ต่อ)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
10. ท่านมีการกลั่นกรองและจัดลำดับความสำคัญของนโยบาย แผนงาน/โครงการในความรับผิดชอบ และทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารประกอบการพิจารณาและตัดสินใจในงานที่ท่านรับผิดชอบ	3.87	0.78	มาก
11. ท่านมีส่วนในการวางแผนหรือกำหนดนโยบายในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ โดยมีการเชื่อมโยงหรือบูรณาการกับนโยบาย/แผนงาน/โครงการระดับกรม/กอง/สำนักต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์	4.05	0.90	มาก
12. ท่านมีการประสานงานด้านนโยบายกับบุคคลหรือหน่วยงานภายนอก โดยอาศัยศิลปะในการพูด การโน้มน้าวใจ การเจรจาต่อรองตามที่ได้อบรมมา เพื่อให้ความร่วมมือปฏิบัติงาน จนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด	4.08	0.91	มาก
13. ท่านให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการประชุมที่เกี่ยวกับด้านนโยบายและแผนงานที่รับผิดชอบ ทั้งในและนอกหน่วยงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์และความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกัน	4.16	0.82	มาก
14. ท่านประชาสัมพันธ์/ชี้แจงนโยบายต่าง ๆ ของกระทรวง เพื่อให้เพื่อนร่วมงานทุกคน สามารถปฏิบัติงานตามนโยบายและเป้าหมายที่กระทรวงได้วางแผนไว้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด	4.08	0.82	มาก
15. ท่านมีการสอนงาน หรือให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงานแก่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา	4.16	0.86	มาก
16. ท่านสามารถแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน	3.97	0.75	มาก
17. ท่านมีความมั่นใจในการทำงานด้านนโยบายและแผนงาน มีภาวะผู้นำและมีความสามารถในการบริหารจัดการงาน ที่ได้รับมอบหมาย เพิ่มขึ้นจากเดิม เทียบกับก่อนการอบรม	4.29	0.57	มาก
รวม	4.13	0.77	มาก

ระดับมาก มีการทำงานตามนโยบายด้านสุขภาพร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและได้แสดงความพยายามที่จะลดความซ้ำซ้อนทั้งในด้านระยะเวลา งบประมาณ การดำเนินการและการประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายงานอยู่ในระดับมาก และร้อยละ 100.0 มีความเห็นว่า “หลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ” เป็นหลักสูตรที่มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ดังแสดงในตารางที่ 2

### วิจารณ์

1. หลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของบุคลากรในกระทรวง-สาธารณสุข ประกอบด้วย 3 หน่วยการเรียนรู้ จำนวน 170 ชั่วโมง ได้แก่ หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 ด้านนโยบายและ

ยุทธศาสตร์ จำนวน 74 ชั่วโมง หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 ด้านการพัฒนาภาวะผู้นำ จำนวน 48 ชั่วโมง และหน่วยการเรียนรู้ที่ 3 ด้านการบริหารจัดการ จำนวน 36 ชั่วโมง และส่วนท้ายเป็นการวัดและประเมินผลหลักสูตร และตารางอบรมจากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการอบรม พบว่า บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ดังนั้นการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่บุคลากรต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาผู้รับผิดชอบงาน ให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเกิดความเชี่ยวชาญในการวางแผนกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพให้ทันกับสุขภาพของโลก (global health) ซึ่งมีความเป็นพลวัตอยู่ตลอดเวลา ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศได้อย่าง

การพัฒนาหลักสูตรความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินโดยผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 55 คน

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ท่านเห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง.....			
1. มีโครงการ/โครงการที่อยู่ในความรับผิดชอบ		ร้อยละ 92.9	
2. ได้นำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในงานที่รับผิดชอบ	4.45	0.69	มาก
3. มีการบูรณาการการทำงานด้านนโยบาย ด้านการพัฒนาภาวะผู้นำและด้านการบริหารจัดการในงานที่รับผิดชอบ	4.34	0.57	มาก
4. มีการวิเคราะห์นโยบายรวมทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ทิศทางของยุทธศาสตร์ การพัฒนางานด้านสาธารณสุข มาประกอบการทำงานในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ	4.27	0.70	มาก
5. มีการดูแล กำกับบริหารจัดการงานเกี่ยวกับนโยบายแผนงาน และโครงการต่าง ๆ โดยคำนึงถึงเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การบริหาร เกิดผลต่อประชาชน/กลุ่มเป้าหมายในงาน	4.41	0.68	มาก
6. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนงาน แผนงบประมาณหรือโครงการ โดยคำนึงถึงทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การเมืองของประเทศ	4.21	0.73	มาก
7. มีการทำงานตามนโยบายด้านสุขภาพร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและได้แสดงความพยายามที่จะลดความซ้ำซ้อนทั้งในด้านระยะเวลา งบประมาณ การดำเนินการและการประเมินผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายงาน	4.46	0.60	มาก
8. สามารถให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำงานด้านนโยบาย แผนงานและโครงการ เพื่อให้การจัดทำนโยบายและแผนงานของหน่วยงานย่อยเกิดผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจที่กำหนดไว้	4.41	0.60	มาก
9. มีการมอบหมายงาน กำกับดูแล ติดตามประเมินผลในแผนงานรวมถึง มีภาวะผู้นำในการช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน	4.29	0.65	มาก
10. มีการจัดลำดับความสำคัญของนโยบาย แผนงาน/โครงการในความรับผิดชอบและทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร ประกอบการพิจารณา และตัดสินใจ	4.30	0.69	มาก
11. มีส่วนในการวางแผนหรือกำหนดนโยบายในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ โดยมีการเชื่อมโยงหรือบูรณาการกับนโยบาย/แผนงาน/โครงการระดับกรม/กอง/สำนักต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์	4.29	0.65	มาก
12. มีการประสานงานด้านนโยบายกับบุคคลหรือหน่วยงานภายนอก โดยอาศัยศิลปะในการพูด การโน้มน้าวใจ การเจรจาต่อรองตามที่ได้อบรมมา เพื่อให้ความร่วมมือปฏิบัติงานจนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด	4.21	0.73	มาก
13. มีการให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการประชุมที่เกี่ยวกับ ด้านนโยบายและแผนงานที่รับผิดชอบ ทั้งในและนอกหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกัน	4.43	0.63	มาก
14. สามารถชี้แจงนโยบายต่าง ๆ ของกระทรวง เพื่อให้เพื่อนร่วมงาน สามารถเข้าใจและปฏิบัติงานตามนโยบายและเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดไว้	4.34	0.69	มาก
15. มีความสามารถในการสอนงาน หรือให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงาน แก่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา	4.36	0.72	มาก
16. สามารถแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน	4.34	0.64	มาก
17. มีพัฒนาการในการทำงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ มีภาวะผู้นำและมีความสามารถในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้นจากเดิมเทียบกับก่อนการอบรม	4.34	0.64	มาก
18. หลักสูตรนี้เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานของท่าน		ร้อยละ 100.0	
รวม	4.34	0.66	มาก

รวดเร็ว ดังจะเห็นได้จากการเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เริ่มต้นขึ้นเมื่อเดือนธันวาคม 2562 ในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และได้ขยายการระบาดเป็นวงกว้างทั่วโลกและยังคงอยู่จนถึงปัจจุบัน<sup>(11)</sup> ดังนั้นการวางนโยบายและแผนงานการแก้ปัญหาสุขภาพจึงต้องมีความซับซ้อนและเกิดการบูรณาการมากขึ้น ผลการประเมินหลักสูตรมีความเหมาะสม เนื่องจากได้เตรียมการ ดำเนินการวางแผน ออกแบบ จัดทำหลักสูตรอย่างเป็นระบบตามวงจรคุณภาพ PDCA สอดคล้องกับหลักการและเหตุผลของการสร้างหลักสูตรของ Tyler RW<sup>(12)</sup> ประกอบด้วยคำถาม 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผนกับคำถามว่า อะไรคือวัตถุประสงค์ที่หลักสูตรต้องการ ดังนั้นหลักสูตรจึงต้องมีการวางแผนให้มีเนื้อหาครอบคลุมในสิ่งที่ผู้เรียนต้องรู้และต้องเรียน (2) การออกแบบ กับคำถามว่า อะไรคือประสบการณ์ที่ควรจัดขึ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในหลักสูตร (3) การจัดการหลักสูตร กับคำถามว่า สามารถจัดประสบการณ์ให้มีประสิทธิภาพได้อย่างไร และ (4) การประเมินผล กับคำถามว่า จะทราบได้อย่างไรว่าหลักสูตรบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด<sup>(12)</sup> เช่นเดียวกับ Taba H ที่ระบุว่า หลักสูตรต้องประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ<sup>(13)</sup> ได้แก่ วัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระ รูปแบบการจัดเรียนการสอน และการประเมินผล รวมทั้งได้กำหนดแนวทางการพัฒนาหลักสูตรไว้ 7 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ความต้องการ (2) การกำหนดวัตถุประสงค์ (3) การคัดเลือกเนื้อหาสาระของหลักสูตร (4) การจัดระบบเนื้อหาในหลักสูตร (5) การคัดเลือกประสบการณ์เพื่อการเรียนรู้ (6) การจัดเรียงกิจกรรมและประสบการณ์การเรียนรู้ และ (7) การประเมินผล เพื่อตรวจสอบวัตถุประสงค์และการเรียนรู้ตลอดหลักสูตร

การพัฒนาหลักสูตรนั้นสามารถทำได้ทั้งจากการปรับปรุงหลักสูตรเดิมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้นทั้งระบบ ตั้งแต่จุดมุ่งหมาย การเรียนการสอน การใช้สื่อการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผล หรือจะเป็นการจัดทำหลักสูตรใหม่โดยไม่มีหลักสูตรเดิมอยู่ก่อน ซึ่งกระบวนการ

การดังกล่าวจะครอบคลุมตั้งแต่การสร้างหลักสูตร การนำหลักสูตรไปใช้ และการประเมินผลหลักสูตร<sup>(14)</sup> หลักสูตรที่ได้จากการศึกษานี้เป็นการจัดทำขึ้นใหม่ มีรูปแบบการอบรมแบบเผชิญหน้า (face to face) เสนอว่าควรมีการพัฒนาวิธีการอบรมเพื่อให้เข้ากับสถานการณ์เชิงนโยบายและปัญหาทางสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือรับมือจากสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นต่อไป

2. การศึกษาผลการนำหลักสูตรไปใช้ จากการประเมินหลักสูตรภายหลังการอบรมอย่างน้อย 6 เดือน ผลการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรมพบว่า แม้ว่าจะผ่านการอบรมไปแล้ว 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างยังสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปปฏิบัติงานจริงในงานที่รับผิดชอบอยู่ในระดับมาก (Mean=4.13; SD=0.77) และผลการประเมินโดยผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานของกลุ่มตัวอย่าง มีความเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ที่ได้รับจากหลักสูตรไปใช้ในการปฏิบัติงานในระดับมาก มีการทำงานตามนโยบายด้านสุขภาพร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและได้แสดงความพยายามที่จะลดความซ้ำซ้อนทั้งในด้านระยะเวลา งบประมาณ การดำเนินการและการประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายงานอยู่ในระดับมาก และร้อยละ 100.0 มีความเห็นว่า “หลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ” เป็นหลักสูตรที่มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน การศึกษาผลการนำหลักสูตรไปใช้นี้เป็นการประเมินหลังการจบการอบรมไปแล้ว 6 เดือน เพราะเชื่อว่าหากผู้อบรมยังคงทำงานด้านที่ผ่านการอบรม สามารถสร้างความเชี่ยวชาญในงานนั้น ๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model: TTM หรือ Stage of Change) ของ Prochaska JO และ DiClemente CC<sup>(10)</sup> ซึ่งมี 5 ระดับของพฤติกรรม โดยในระดับที่ 5 คือ ระดับพฤติกรรมคงที่ (maintenance) เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป พฤติกรรมระดับนี้จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ด้วยมุ่งหวังว่าจะเป็นการป้องกันการการย้อนกลับไปปฏิบัติในพฤติกรรมเดิมๆ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป<sup>(15)</sup> ผลการประเมินการใช้หลักสูตรแสดงให้เห็นถึงความสามารถของผู้ผ่านการอบรมที่ยังคงมีการนำใช้สาระที่ได้จากหลักสูตรไปใช้จริงในการทำงานนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาพื้นที่ จึงควรมีการจัดในรุ่นต่อไป

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตรความสามารถในการปฏิบัติงานในหน้าที่และทักษะที่มีความเหมาะสมกับบุคลากรกลุ่มงานอื่นๆ
2. ควรทำการพัฒนารูปแบบการอบรมในหลายวิธีหรือแบบผสมผสาน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเพื่อรับมือกับโรคหรือสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากรด้านยุทธศาสตร์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง
3. ควรกำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยแตกต่างไปตามบริบทขององค์กร ด้านอื่นนอกเหนือจากความเชี่ยวชาญ ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. ข้อมูลเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nstda-ti-is.or.th/our-rd-activities/sd-data/>
2. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. เป้าหมาย SDGs 17 ประการ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://science.mahidol.ac.th/sdgs/sdgs-17/>
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ประเทศไทยกับการพัฒนาที่ยั่งยืน: เกี่ยวกับ SDGs [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://sdgs.nesdc.go.th/เกี่ยวกับ-sdgs>
4. สำนักนายกรัฐมนตรี. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 51 ก (ลงวันที่ 18 เมษายน 2562).
5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: [https://www.nesdc.go.th/ewt\\_news.php?nid=6420&-filename=develop\\_issue](https://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=6420&-filename=develop_issue)
6. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2559.
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560 - 2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
9. Deming WE. วงจรการบริหารงานคุณภาพ (PDCA: Deming Cycle) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 6 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ftpi.or.th/2015/2125>
10. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice* 1982;19(3):276-88.
11. งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง 18 สิงหาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 6 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/>

- files/2017420210820025238.pdf มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
12. Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: University of Chicago Press; 1949.
13. Taba H. Curriculum development: theory and practice. New York: Harcourt College Pub; 1962.
14. ประมุข กอปรสิริพัฒน์. การพัฒนาหลักสูตรการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูตามหลักสูตรการปฏิรูปการฝึกหัดครู [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
15. ผาณิต หลีเจริญ. การนำรูปแบบ TTM ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557;23(3):1-11.

**Abstract: Development of Health Policy and Strategy Developmental Expertise Course for Ministry of Public Health Personnel**

**Thaninee Taweewikayakarn, M.B.A.; Piyanuch Promsaka na Sakolnakorn, M.N.S.**

*\* Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health; \*\* Boromarajonani College of Nursing Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand*  
*Journal of Health Science 2022;31(2):353-62.*

The purposes of this research and development study were to (1) develop the Health Policy and Strategy Developmental Expertise course for Ministry of Public Health personnel, and (2) study the results from implementing the expertise course. The expertise course was studied in 2 phases, the course development phase and the course evaluation phase. The data collecting tools consist of: (1) the questionnaire for evaluating Health Policy and Strategy understanding before beginning the course, (2) the developed Health Policy and Strategy Developmental Expertise course, and (3) the questionnaire for evaluating the course. The data were analyzed by frequency distributions, means, and standard deviations. The results from the study; on one hand, the Health Policy and Strategy Expertise Course consists of 3 units of the Strategy and Planning Division: Health Policy and Strategy, Leadership, and Management. Among these 3 training units, Health Policy and Strategy took the highest responsibility due to the results of the evaluation of health policy and strategy understanding before taking the course. On the other hand, in the field of implementation of the course from the assessment of the course at least 6 months after training, the samples who were trained took the knowledge gained from the training to perform the actual work at high level. According to the results of the assessment by supervisors and colleagues, trainees had applied the knowledge gained from the course to the operation at high level. Health policy had been implemented in conjunction with the relevant authorities. Trainees were able to reduce working redundancy, in terms of time, budget, actions, and evaluations, to achieve task goals with high level of achievement. Thus, all key informants expressed that the Health Policy and Strategy Expertise Course was considered as a beneficial course for their organizations.

**Keywords:** course development; health policy and strategy; training program

## บทความพิเศษ

## Review article

# การป้องกันโรคเบาหวานในสภาพการณ์ของประเทศไทย

วีรชัย ศรีวณิชชากร พ.บ.\*

เพชร รอดอารีย์ พ.บ.\*\*

\*ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วันรับ:	25 ส.ค. 2564
วันแก้ไข:	20 ก.พ. 2565
วันตอบรับ:	1 มี.ค. 2565

**บทคัดย่อ** ความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 20 ปีที่ผ่านมา การป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวานในอนาคตต้องอาศัยการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกที่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ ภาวะก่อนเป็นเบาหวานจัดเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางหลอดเลือดและความผิดปกติอื่นๆ ซึ่งภาวะดังกล่าวจะมีโอกาสดำเนินโรคเป็นเบาหวานในอนาคต ประมาณร้อยละ 5-20 ต่อปี การใช้ระบบประเมินความเสี่ยงและการคัดกรองภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสมรรถนะจากความผิดปกติของน้ำตาลในเลือด มีวัตถุประสงค์ คือ การค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และผู้ที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวาน เข้าสู่กระบวนการป้องกันและรักษา เพื่อไม่ให้ดำเนินโรคไปสู่ระยะที่มีความผิดปกติของร่างกาย และเกิดความสูญเสียตามมา การคัดกรองในผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวาน หรือผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน สามารถทำได้โดยเครื่องมือที่ใช้จ้ำจี้/ข้อจำกัด ในการทำนายการเกิดเบาหวานที่แตกต่างกัน ซึ่งในบริบทของประเทศไทย การประเมินเป็น 2 ขั้นตอนโดย (1) การประเมินเบื้องต้นด้วย คะแนนความเสี่ยงเบาหวานของไทย และหรือการพิจารณาว่ามีปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานก่อน (2) จึงพิจารณาให้ตรวจคัดกรองด้วยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารก่อน และพิจารณาการตรวจระดับน้ำตาลหลังรับประทานกลูโคสประมาณ 75 กรัม 2 ชั่วโมงในกรณีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมากกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะทำให้ตรวจพบคนที่เบาหวาน และภาวะก่อนเป็นเบาหวาน ได้ครอบคลุมมากขึ้น และการจัดให้มีระบบส่งต่อเพื่อทำการรักษาอย่างเหมาะสมโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งแต่ระยะแรกอย่างต่อเนื่อง จะสามารถลดภาวะโรคที่เกิดขึ้นจากโรคเบาหวานทั้งในระดับบุคคลและในระดับประเทศ

**คำสำคัญ:** การคัดกรองเบาหวาน; การประเมินความเสี่ยง; น้ำตาลในเลือด; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

## บทนำ

เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขทั้งของประเทศไทย และทั่วโลก จากการรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, IDF) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นและมีแนวโน้มที่จะ

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน (อายุ 20-79 ปี) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 16.0 และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 634 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2588<sup>(1)</sup> จากการสำรวจในประเทศไทยความชุกเบาหวาน

ในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557<sup>(2)</sup> และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในการสำรวจครั้งล่าสุดปี พ.ศ. 2563<sup>(3)</sup> ส่วนภาวะก่อนเป็นเบาหวาน (prediabetes) ซึ่งเป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลสูงเกินเกณฑ์ระดับปกติ แต่ไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวาน<sup>(4-6)</sup> จากการศึกษาพบว่าผู้มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานจะมีโอกาสการดำเนินโรคไปเป็นเบาหวานในอนาคตประมาณร้อยละ 5-20 ต่อปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ในการวินิจฉัย<sup>(7,8)</sup> จากผลการสำรวจสุขภาพประเทศไทยครั้งล่าสุด ปี 2563 พบว่าความชุกของภาวะดังกล่าว ซึ่งมีความบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (impaired fasting glucose, IFG) ร้อยละ 10.7 ในประชากรไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป<sup>(3)</sup> จากการตรวจคัดกรองในคนไทย ช่วงอายุ 35-65 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชม. (fasting plasma glucose, FPG) และการตรวจความทนน้ำตาลกลูโคส (2 hour oral glucose tolerance test, 2hr-OGTT) พบมีความชุกของภาวะก่อนเป็นเบาหวาน ถึงร้อยละ 38.8<sup>(9)</sup> ซึ่งสูงกว่าการตรวจ FPG เพียงอย่างเดียว และสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน<sup>(10)</sup> ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ยิ่งไปกว่านั้นภาวะก่อนเบาหวานนำไปสู่การเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประชากรไทย สูญเสียค่าใช้จ่ายของการรักษาเบาหวาน และโรคแทรกซ้อนของเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงและการค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพ จะทำให้ผู้มีภาวะก่อนเบาหวาน เข้าสู่ระบบการดูแลและป้องกันการเกิดเบาหวานตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งจะสามารถลดความชุกของเบาหวาน และภาวะโรคของโรคเบาหวานโดยรวมของประเทศได้

### ภาวะก่อนเป็นเบาหวาน

ภาวะก่อนเป็นเบาหวาน (Prediabetes, intermediate hyperglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลสูงเกินเกณฑ์

ระดับปกติ แต่ไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวาน ภาวะนี้จัดเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเบาหวาน รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>(4-6,11)</sup> ภาวะก่อนเบาหวาน มีได้ 3 ลักษณะ<sup>(10,12-15)</sup> คือ

- 1) มีภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (IFG) กล่าวคือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอยู่ในช่วงระหว่าง 100 ถึง 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (มก./ดล.)
- 2) มีความทนทานต่อกลูโคสผิดปกติ (impaired glucose tolerance, IGT) กล่าวคือ มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลหลังรับประทานกลูโคสประมาณ 75 กรัม 2 ชั่วโมง อยู่ในช่วงระหว่าง 140 ถึง 199 มก./ดล.
- 3) มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (hemoglobin A1c (HbA1c) defined prediabetes) กล่าวคือ ระดับน้ำตาลสะสมอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 5.7 - 6.4

อย่างไรก็ตาม บางองค์การอาจกำหนดเกณฑ์ที่แตกต่างกันไป เช่น องค์การอนามัยโลกได้ให้คานิยามว่า ภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร คือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอยู่ในระดับ 110 -125 มก./ดล. เช่นเดียวกับแนวทางเวชปฏิบัติในประเทศอังกฤษได้นิยามภาวะความผิดปกติของระดับน้ำตาลสะสม ในเลือด คือ ระดับน้ำตาลสะสมร้อยละ 6.0-6.4 เป็นต้น

### ความสำคัญของภาวะก่อนเบาหวาน

ความสำคัญภาวะก่อนเป็นเบาหวานคือการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะต่างๆ ซึ่งสามารถสรุปได้ 3 ประการ คือ

#### 1) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

จากการศึกษาต่างๆ พบว่า ผู้มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน จะมีอุบัติการณ์ในการดำเนินโรคเป็นเบาหวานในอนาคต ประมาณร้อยละ 5.0-20.0 ต่อปี โดยความแตกต่างขึ้นอยู่กับเกณฑ์ในการวินิจฉัย ดังตาราง ที่ 1



## การป้องกันโรคเบาหวานในสภาพการณ์ของประเทศไทย

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะก่อนเบาหวานในประชากรไทย อุบัติการณ์ของการเกิดเบาหวานต่อปี และความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานเทียบกับผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ<sup>(7-9,11,16)</sup>

ภาวะ	ความชุก <sup>(9)</sup> (%)	อุบัติการณ์การเกิด โรคเบาหวาน <sup>(7,8,16)</sup>	ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานใน 1-24 ปี <sup>(11)</sup>
- ภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (100-125 มก./ดล.)	20.8	6 - 9 %	4.32 เท่า
- ภาวะทนทานต่อกลูโคสผิดปกติ (2hr OGTT 140-199 มก./ดล.)	31.5	4 - 6 %	3.61 เท่า
- มีทั้งสองภาวะร่วมกัน (IFG และ IGT)	38.8	15 - 19 %	6.9 เท่า
- ความผิดปกติของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c 5.7-6.4%)	ไม่มีข้อมูล ในคนไทย	3.3 - 14%	5.5 เท่า

### 2) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผู้มีภาวะก่อนเป็นเบาหวานมักมีลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วยมากกว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลปกติ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย การสะสมของไขมันในร่างกาย โดยเฉพาะในอวัยวะที่สำคัญและช่องท้อง อัตราส่วนของรอบเอวต่อความสูง รวมถึงมีลักษณะของกลุ่มอาการเมแทบอลิก ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และภาวะดื้อต่ออินซูลิน เป็นต้น<sup>(2,17,18)</sup> จากการทบทวนข้อมูลทางสถิติพบว่าภาวะก่อนเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะหัวใจและหลอดเลือด การเสียชีวิตโดยรวม การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตอีกด้วย โดยที่ความสัมพันธ์ดังกล่าวปรากฏชัดในภาวะความทนทานต่อกลูโคสผิดปกติมากกว่าภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ส่วนในกรณีของภาวะก่อนเบาหวานที่วินิจฉัยจากระดับน้ำตาลสะสมนั้นยังมีการศึกษาไม่มาก<sup>(5,19)</sup> สำหรับการศึกษาในคนไทยที่มีภาวะก่อนเบาหวานและมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงในเวชปฏิบัติที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ และการศึกษาจากข้อมูลในระดับประชากรไทย เมื่อวิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มผู้หญิงที่มีภาวะ

ก่อนเป็นเบาหวานระดับน้ำตาลที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบลักษณะดังกล่าวในเพศชาย<sup>(20,21)</sup> ซึ่งแสดงถึงปัจจัยที่ป้องกันการเกิดโรคหัวใจในเพศหญิงลดลง เมื่อระดับน้ำตาลเริ่มสูงขึ้นในระดับที่วินิจฉัยภาวะก่อนเบาหวาน

### 3) ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางหลอดเลือด (microvascular complication) และความผิดปกติอื่นๆ

นอกจากจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว การศึกษาในต่างประเทศพบความสัมพันธ์กับการเพิ่มภาวะอื่นๆ ได้แก่ periodontitis (3 เท่า)<sup>(22)</sup>, retinopathy ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะที่มีผลต่อการมองเห็น (ร้อยละ 8.0-12.0)<sup>(23)</sup>, nephropathy (ร้อยละ 20.0)<sup>(24)</sup>, neuropathy (ร้อยละ 18.0-25.0)<sup>(25)</sup>, non-alcoholic fatty liver disease<sup>(26)</sup> และโรคหูดท่ายใจ ขณะหลบจากการอดกั้น<sup>(27)</sup> เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องความชุกและความเสี่ยงของโรคหรือภาวะดังกล่าวที่ชัดเจนในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานในประเทศไทย

## ระบบการประเมินความเสี่ยงและคัดกรอง

การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสมมุติฐานจากความผิดปกติของน้ำตาลในเลือด (dysglycemia-based chronic disease; DBCD) ที่มีความผิดปกติ 4 ระยะ ตั้งแต่ระยะที่ 1 ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ระยะที่ 2 ภาวะก่อนเป็นเบาหวาน (prediabetes) ระยะที่ 3 เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) และระยะที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนระบบหลอดเลือด (vascular complication)<sup>(28)</sup> นั้น มีวัตถุประสงค์หลัก คือการค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และการค้นหาผู้ที่เป็นเบาหวาน เพื่อป้องกันไม่ให้ดำเนินโรคไปสู่ระยะที่มีความผิดปกติของร่างกายมากขึ้นจนเกิดภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวมาแล้ว การคัดกรองที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวาน หรือ ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน สามารถทำได้ 2 ขั้นตอน กล่าวคือ

### 1. การใช้เครื่องมือทำนายความเสี่ยง

ประกอบด้วย (1) การใช้คะแนนความเสี่ยง (diabetes risk score) (2) การใช้ปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และการเลือกกลุ่มโรคร่วมที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคเบาหวาน เช่น กลุ่มอาการทางเมแทบอลิก หรือ “metabolic syndrome”

### 2. การประเมินความเสี่ยงจากการตรวจความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด

#### 1) การใช้เครื่องมือทำนายความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงของการเกิดเบาหวาน เป็นสิ่งสมควรประเมินทุกครั้งในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อที่จะทราบความเสี่ยง และการวางแผนในการรักษา หรือการใช้ยา ในหลายประเทศรวมถึงในประเทศไทย มีการพัฒนาชุดปัจจัยเสี่ยงที่ช่วยในการทำนายความเสี่ยงของการเกิดเบาหวานในช่วงเวลา 12 ปี (Thai diabetes risk score) โดยใช้ข้อมูลการศึกษาของคนไทยที่มีการติดตามระยะยาว โดยชุดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวใช้เฉพาะปัจจัยเสี่ยงพื้นฐาน ได้แก่ ช่วงอายุ เพศ ระดับดัชนีมวลกาย ระดับรอบเอว ประวัติความดันโลหิตสูง และประวัติเบาหวาน ในครอบครัว โดยคะแนนรวมสูงสุดของชุดปัจจัยเสี่ยง คือ 17 ในกรณีที่มีคะแนนรวม 6-8, 9-10 และมากกว่า 11

จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานในช่วงเวลา 12 ปี ร้อยละ 11.0-20.0, 21.0-30.0 และมากกว่า 30.0 ตามลำดับ การใช้ภาวะก่อนเป็นเบาหวานมาร่วมประเมิน เช่น การใช้ภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และภาวะความทนทานต่อกลูโคสผิดปกติมาร่วมด้วย จะทำให้การทำนายการเกิดโรคเบาหวานถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.0 ส่วนการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับไขมัน HDL หรือ ไตรกลีเซอไรด์ในคนไทยร่วมประเมินด้วยจะช่วยเพิ่มความสามารในการทำนายเพียงเล็กน้อย<sup>(29)</sup> คำแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวานในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 แนะนำว่ากรณีที่มีคะแนนรวมจากชุดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ซึ่งมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 75.0 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 60.2 ควรได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

นอกจากนี้ยังแนะนำ การคัดกรองตรวจระดับน้ำตาลในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ อายุมากกว่า 35 ปี ผู้ที่มีภาวะอ้วนและมีพ่อ แม่ พี่น้อง เป็นเบาหวาน เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือได้รับยาควบคุมความดันโลหิต มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ระดับไตรกลีเซอไรด์  $\geq 250$  มก./ดล. หรือเอชดีแอลคอเลสเตอรอล  $< 35$  มก./ดล.) เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม เคยตรวจพบว่ามีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน มีโรคหัวใจและหลอดเลือด มีกลุ่มโรคถุงน้ำรังไข่ (polycystic ovarian syndrome) โดยให้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร หรือตรวจน้ำตาลโดยเจาะปลายนิ้ว ในกรณีที่มีหลายปัจจัยเสี่ยง ต้องการการตรวจที่แน่ชัด พิจารณาการใช้การตรวจความทนน้ำตาลร่วมด้วย การใช้การตรวจโดยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดยังไม่แนะนำในการคัดกรองโดยทั่วไป เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูงและต้องการห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน<sup>(30)</sup>

กลุ่มอาการทางเมแทบอลิก หรือ “metabolic syndrome” คือ กลุ่มอาการที่ประกอบด้วยความผิดปกติของเมแทบอลิซึมหลายอย่างรวมกัน ซึ่งผู้ที่มีกลุ่มอาการดังกล่าว จะมีความเสี่ยงของการเป็นเบาหวาน และโรค-

หลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การวินิจฉัยกลุ่มอาการทางเมแทบอลิกนี้ ร่วมกับการรักษาที่เหมาะสม จะสามารถป้องกันเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งในปัจจุบันโปรแกรมการศึกษาระดับไขมันคอเลสเตอรอลแห่งชาติ (National Cholesterol Education Program, NCEP) ร่วมกับสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, IDF) และสมาคมโรคหัวใจอเมริกัน (American heart association, AHA)<sup>(31)</sup> ได้มีการตกลงในการที่จะใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยกลุ่มอาการทางเมแทบอลิกร่วมกัน เพื่อให้การวินิจฉัยกลุ่มอาการทางเมแทบอลิกเป็นไปได้ง่ายขึ้น และเป็นในแนวทางเดียวกัน โดยพบว่าผู้ที่มีกลุ่มอาการทางเมแทบอลิกร่วมกับมีความผิดปกติในเมแทบอลิซึมของกลูโคสหรือภาวะอ้วนลงพุง จะยังมีความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานสูงเพิ่มมากขึ้นกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติในเมแทบอลิซึมของกลูโคสหรือภาวะอ้วนลงพุง<sup>(32)</sup> แสดงให้เห็นว่าการที่มีความผิดปกติในเมแทบอลิซึมของกลูโคสหรือภาวะอ้วนลงพุง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวาน

## 2) การประเมินความเสี่ยงจากการตรวจความผิดปกติของระดับน้ำตาล

การเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลเพื่อ ค้นหาและวินิจฉัย ภาวะก่อนเป็นเบาหวาน จากผลการศึกษาในประเทศไทย เพื่อตรวจคัดกรองผู้ที่ไม่ใช่โรคเบาหวานอายุ 35 ถึง 65 ปี จำนวน 6,884 คน ที่มีปัจจัยเสี่ยงเบาหวาน กล่าวคือ ดัชนีมวลกายมากกว่าเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อเมตร<sup>2</sup> รอบเอวเกิน มีประวัติความดันโลหิตสูง และมีประวัติเบาหวานในครอบครัว เป็นต้น ถ้าใช้ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง พบว่า ความชุกของภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ร้อยละ 20.8 ถ้าใช้การตรวจความทนทานต่อกลูโคส พบว่า ความชุกของความทนทานต่อกลูโคสผิดปกติ ร้อยละ 31.5 และถ้าใช้การตรวจทั้งสองร่วมกัน ความชุกของภาวะก่อนเบาหวานจะสูงถึงร้อยละ 38.8<sup>(9)</sup> การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การคัดกรองโดยวิธีที่แตกต่างกันพบความชุกของภาวะก่อน-

เบาหวานแตกต่างกัน และถ้าใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเพียงอย่างเดียว ว่ามีโอกาสที่จะตรวจไม่พบภาวะก่อนเป็นเบาหวาน ถึงประมาณร้อยละ 50.0 และยังพบภาวะเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 11.8 จากผลการคัดกรองทั้งหมดในประชากรกลุ่มที่เสี่ยงต่อเบาหวาน พบความผิดปกติของน้ำตาลในเลือด (dysglycemia-based chronic disease) กล่าวคือ ภาวะก่อนเบาหวาน และโรคเบาหวานรวมถึงร้อยละ 50.6<sup>(9)</sup>

ในปัจจุบันหลายประเทศเริ่มมีการใช้ HbA1c ในการที่จะใช้ในการคัดกรองเพื่อการวินิจฉัย รวมถึงทำนายการเกิดโรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากการตรวจไม่ซับซ้อน ไม่ต้องมีการอดอาหาร มีความแปรปรวนของผลการตรวจของแต่ละบุคคลน้อย แม้ในช่วงที่มีความเครียดหรือเจ็บป่วยก็ตาม เป็นการประเมินที่น่าเชื่อถือสำหรับระดับน้ำตาลโดยเฉลี่ยในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา และสามารถทำนายการเกิดเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ในประชากรบางกลุ่ม แต่ก็พบความแตกต่าง หรือความแม่นยำที่แตกต่างไปในแต่ละประเทศและเชื้อชาติ ส่วนในประเทศไทย การศึกษาโดยใช้ HbA1c ในการวินิจฉัย ประเมินผู้มีภาวะก่อนเบาหวานนั้น และการทำนายการเกิดเบาหวานในคนไทยยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน รวมถึงข้อจำกัดในการตรวจวัดระดับ HbA1c มี 3 ประเด็น<sup>(13, 33)</sup> คือ (1) ใช้เวลาตรวจนาน ผลการตรวจครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดระยะเวลา 3 เดือน ไม่เหมาะกับการรักษาในคนไข้ในขณะเร่งด่วนที่มีอาการรุนแรงและเฉียบพลัน (2) ระดับ HbA1c จะมีระดับต่ำกว่าปกติ ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ผู้ป่วยธาลัสซีเมียและพาหะธาลัสซีเมีย ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 30.0-40.0 ของประชากรไทย (3) มาตรฐานในการตรวจระดับ HbA1c เพื่อการวินิจฉัยเบาหวาน อาจยังไม่สามารถที่จะดำเนินการได้ในทุกสถานพยาบาลในประเทศไทย จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ สามารถสรุปแนวทางการวินิจฉัย ข้อดี และข้อจำกัดในการนำไปใช้ในการทำนายการเกิดเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อสรุป แนวการวินิจฉัย ข้อดี/ข้อจำกัด ของเครื่องมือตรวจต่าง ๆ ความแตกต่างทางพยาธิวิทยา และ การทำนาย การเกิดเบาหวานและกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ

เครื่องมือการตรวจวินิจฉัยและคัดกรอง			
เครื่องมือ	FPG	OGTT	Hemoglobin A1c
ข้อดีของ เครื่องมือ <sup>(9,13,33,34)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ราคาถูก</li> <li>- การตรวจง่าย และสามารถใช้ในเวชปฏิบัติสำหรับการคัดกรองเบาหวานหรือภาวะก่อนเป็นเบาหวาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความสัมพันธ์ค่อนข้างชัดกับภาวะการดื้อและความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน</li> <li>- มีข้อมูลว่าสามารถคัดกรองภาวะก่อนเป็นเบาหวานได้มากกว่า FPG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นการตรวจที่บ่งถึงระดับน้ำตาล 1-3 เดือน</li> <li>- ไม่จำเป็นต้องอดน้ำและอาหาร</li> <li>- เครื่องมือตรวจมีความเสถียร</li> <li>- ไม่ถูกรบกวนโดยความเครียดและการเจ็บป่วย</li> </ul>
ข้อจำกัด <sup>(13,33,34)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรดำเนินการตรวจทันทีหลังจากเจาะเลือด ไม่ควรทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง</li> <li>- จำเป็นต้องอดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง</li> <li>- ผลการตรวจแปรเปลี่ยนตามการกินอาหารในระยะเวลาสั้น ๆ</li> <li>- ความเครียดและการเจ็บป่วยในช่วงที่ทำการตรวจเลือด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรดำเนินการตรวจทันทีหลังจากเจาะเลือด ไม่ควรทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง</li> <li>- จำเป็นต้องอดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง</li> <li>- ใช้เวลารอตรวจระหว่างทำการทดสอบความทนน้ำตาล</li> <li>- ผลการตรวจแปรเปลี่ยนตามการกินอาหารในระยะเวลาสั้น ๆ</li> <li>- ความเครียดและการเจ็บป่วยในช่วงที่ทำการตรวจเลือด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ราคาสูงกว่าวิธีอื่น</li> <li>- การตรวจต้องอาศัยวิธีและห้องปฏิบัติการมาตรฐาน ซึ่งยังไม่แพร่หลายในประเทศไทย</li> <li>- มีข้อมูลว่าผลจะมีความแตกต่างในเชื้อชาติและพื้นฐานพันธุกรรม</li> <li>- โรคหรือภาวะที่มีความผิดปกติของการสร้างหรืออายุขัยของเม็ดเลือดแดงมีผลต่อค่าที่ตรวจได้</li> </ul>

การตรวจความทนน้ำตาลในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานนั้น ไม่ว่าจะเป็นการพบความผิดปกติของ FPG และ/หรือ HbA1c ร่วมกัน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ มีน้ำหนักเกิน และหรือมี ภาวะทางเมแทบอลิกซินโดรม จะพบความชุกของการวินิจฉัยเบาหวานรายใหม่เพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 28.5 โดยพบว่าปัจจัยที่ทำนายการตรวจพบเบาหวานจากวิธีดังกล่าว ได้แก่ ถ้าระดับน้ำตาลหลังอดอาหารมากกว่า 106-110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหรือ HbA1c มากกว่า 6.0-6.2<sup>(35-39)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก<sup>(40)</sup> และการศึกษาอื่น ที่

พบว่า การทำ OGTT ในรายที่มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารมากกว่า 110 มก./ดล. จะทำให้ตรวจพบผู้ที่เป็นเบาหวานรายใหม่ได้ถึงร้อยละ 11.8-28.5<sup>(9,35,36)</sup> ดังนั้นการตรวจ 2hr-OGTT จะมีประโยชน์ในการวินิจฉัยเบาหวานและค้นหาภาวะความผิดปกติของความทนน้ำตาลในประชากรที่มีความเสี่ยง หรือมีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารได้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อทำการรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่วัยแรก และป้องกันความสูญเสียจากโรคเบาหวานในระยะยาว

## ข้อเสนอการแนะนำการคัดกรองใหม่ ในบริบทของประเทศไทย

จากข้อมูลที่กำลังมาข้างหน้า การนำเครื่องมือการคัดกรองที่มีหลักฐานสนับสนุนในคนไทย และเหมาะกับบริบทของประเทศไทยนั้น เพื่อจุดประสงค์การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวาน ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน รวมถึงการตรวจคัดกรองหาเบาหวานรายใหม่ เพื่อเข้าสู่ระบบการป้องกัน ดูแล และการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา การคัดกรองที่เหมาะสมในประเทศไทย อาจแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การแบ่งช่วงอายุ กล่าวคือ แบ่งเป็น 2 กลุ่มช่วงอายุตามความเสี่ยง กล่าวคือ อายุน้อยกว่า 35 ปี และอายุมากกว่าเท่ากับ 35 ปี ซึ่งมีความชุกของโรคเบาหวานและภาวะก่อนเป็นเบาหวานต่างกัน

2. การประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน โดยใช้ Thai diabetes risk score หรือพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงของเบาหวาน กล่าวคือ ถ้าประเมินแล้วมีคะแนนของ Thai diabetes risk score มากกว่าหรือเท่ากับ 6 และหรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ข้อใดข้อหนึ่ง ให้ทำการตรวจระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร

3. การตรวจระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ซึ่งหมายถึงการตรวจระดับน้ำตาลหลังอดอาหารจากการเจาะหลอดเลือดดำบริเวณแขน (FPG) หรือการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังอดอาหาร ซึ่งเป็นการคัดกรองที่เหมาะสมในบริบทของคนไทย เนื่องจากเป็นการตรวจที่สามารถทำได้ในทุกบริบทของสถานพยาบาล ซึ่งในกรณีที่ระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 110-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ทำการตรวจระดับความทนน้ำตาลต่อ เพื่อจัดกลุ่มความเสี่ยงและการค้นหาผู้เป็นเบาหวานรายใหม่

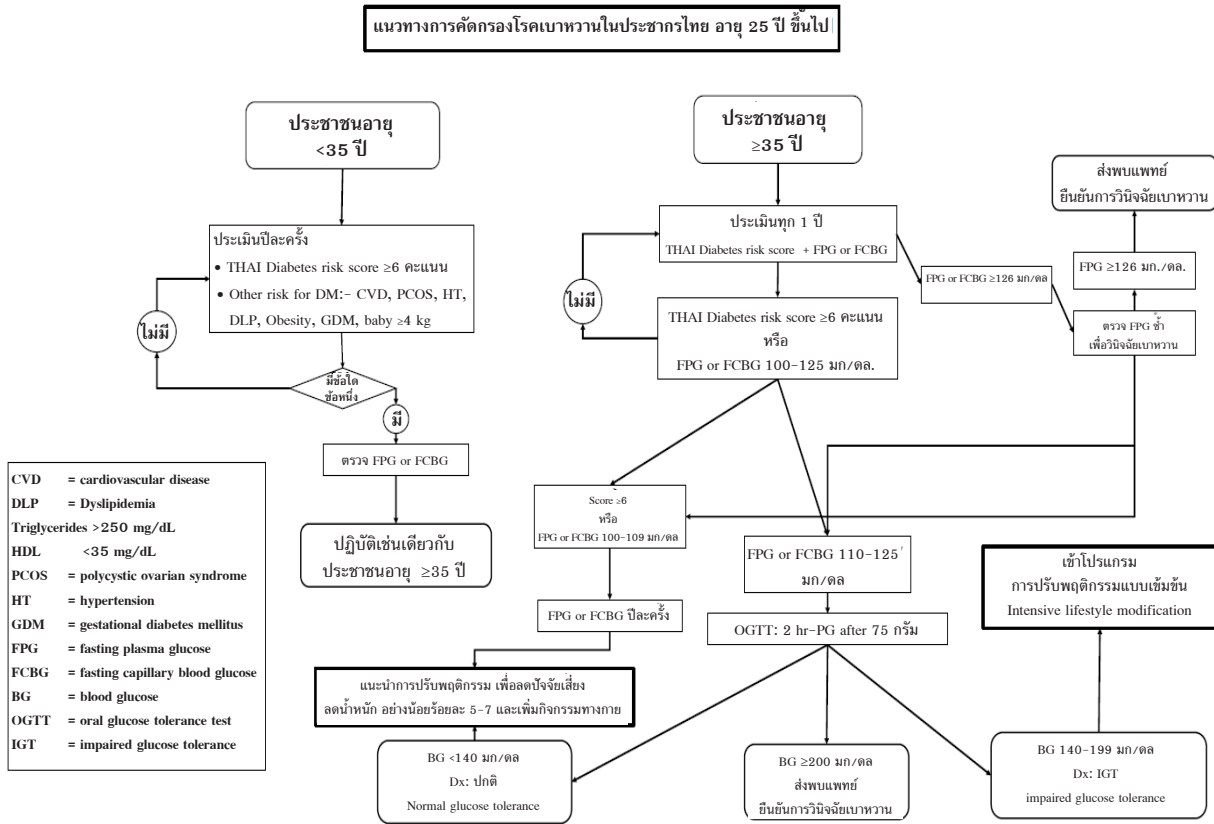
4. การตรวจระดับความทนน้ำตาล ซึ่งหมายถึง การตรวจระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ร่วมกับการตรวจระดับน้ำตาลที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มสารละลาย 75 กรัมกลูโคส ซึ่งในกรณีที่ตรวจพบความทนน้ำตาลผิดปกติด้วย ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูงมากต่อการพัฒนาเป็นเบา-

หวาน ควรให้การรักษาโดยการเข้ากระบวนการปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้น (intensive lifestyle modification) แต่ในกรณีที่ระดับน้ำตาลที่ 2 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลหลังอดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. ให้พิจารณาส่งพบแพทย์เพื่อดำเนินการยืนยันการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ประเมินอาการทางคลินิก รวมถึงให้การรักษา ซึ่งสามารถสรุปได้ตามภาพที่ 1

## การดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน

หลักการทั่วไปในการดูแลผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน มีจุดประสงค์หลักคือ การป้องกันหรือชะลอการเกิดเบาหวาน รวมถึงการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการรักษาหลักในการป้องกันเบาหวาน คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถที่จะมีผลดีต่อเนื่องในระยะยาว โดยผลของโปรแกรมยังมีต่อเนื่องหลังหยุดการให้โปรแกรมแล้ว เช่น ผลของโปรแกรมการป้องกันเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา (United State Diabetes Prevention Program, US DPP) พบว่าการปรับพฤติกรรมสามารถที่จะลดอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานได้ร้อยละ 34 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเมื่อติดตามต่อเนื่อง 10 ปี หลังจากเข้าร่วมโครงการประมาณ 3 ปี และต่อเนื่องอีกประมาณ 7 ปี หลังหยุดโปรแกรมการปรับพฤติกรรม<sup>(41)</sup> นอกจากนี้การป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ยังพบว่ามีแนวโน้มที่ดี รวมถึงการลดความอุบัติการณ์ของโรคแทรกซ้อนทางโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อติดตามไปถึง 22 ปี เช่นเดียวกับโปรแกรมการดูแลและป้องกันเบาหวานในประเทศจีนที่มีการติดตามผู้เข้าร่วมโครงการถึง 30 ปี แม้จะหยุดโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแล้ว พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานลดลงถึงร้อยละ 43.0 ที่ 20 ปี และร้อยละ 39.0 ที่ 30 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม<sup>(42,43)</sup> เช่นเดียวกับโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานของประเทศไทย (Diabetes Prevention Program Thailand) ที่ศึกษาผู้มีภาวะก่อนเบาหวานจาก

ภาพที่ 1 แนวทางการคัดกรองโรคเบาหวาน การวินิจฉัย ส่งต่อ และติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงในประชาชนไทย



ความทนน้ำตาลผิดปกติ อายุ 30-60 ปี ในหน่วยปฐมภูมิ 68 หน่วย ใน 8 จังหวัด มีการตรวจติดตาม 2 ปี โดยลักษณะของโปรแกรมที่ใช้เป็นกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อเนื่อง 2 ปี พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดเบาหวาน ร้อยละ 29.0 ในกลุ่มที่ได้โปรแกรมการปรับพฤติกรรม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม<sup>(44)</sup>

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรักษาที่ต้นเหตุ ได้แก่ การลดน้ำหนัก การลดไขมันบริเวณรอบอวัยวะต่างๆ ที่เกินกว่าปกติ และการลดพฤติกรรมเน่นิ่ง (sedentary lifestyle) โดยเฉพาะวิธีการปรับพฤติกรรม ซึ่งเห็นได้ชัดว่าสามารถควบคุมและป้องกันได้อย่างชัดเจน จากรายงานการวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดให้ผลในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้มากกว่าการใช้ยา<sup>(45)</sup> ดังนั้นการปรับพฤติกรรม การ

จัดการปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในผู้มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน จึงเป็นการรักษาหลักในการป้องกันเบาหวาน ในกรณีที่ไม่สามารถปรับพฤติกรรม ลดน้ำหนักได้ตามเป้าในระยะเวลา 6 เดือน อาจพิจารณาการใช้ยาร่วมด้วย<sup>(10)</sup>

### ลักษณะของโปรแกรมการปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันเบาหวาน

องค์ประกอบและกลยุทธ์ที่สำคัญของการป้องกันเบาหวานโดยการปรับพฤติกรรม ที่ควรพิจารณา ได้แก่ การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง การจัดการเรื่องการลดน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย และการหากกลยุทธ์ ในการสนับสนุนให้มีการปรับพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยเป้าหมายหลักของการรักษาเพื่อป้องกันเบาหวาน ประกอบด้วย (1) การควบคุมน้ำหนัก และการควบคุมน้ำหนักให้ลด

ลง อย่างน้อยร้อยละ 5.0–7.0 และ (2) การเพิ่มการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลางจนถึงหนักมากอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับลักษณะของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีหลักฐานจากงานวิจัยในระดับดี<sup>(46)</sup> ได้แก่ โปรแกรมที่มีการสนับสนุนทั้งเรื่องกลยุทธ์การปรับควบคุมอาหารและการเพิ่มกิจกรรมทางกาย มีการกำหนดจุดประสงค์ที่ชัดเจน มีการป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่ไม่ดีกลับมาใหม่ มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง มีการส่งเสริมให้มีความร่วมมือของครอบครัว สังคม เพื่อน มีการดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นโปรแกรมสามารถทำได้จริงไม่ว่าจะเป็นที่โรงพยาบาล ที่ทำงาน ที่บ้านหรือในชุมชน ทำในรูปแบบรายกลุ่ม รายเดี่ยว หรือรูปแบบผสม นอกจากนี้การนำแนวทางต่าง ๆ มาช่วยในการสนับสนุนการปรับพฤติกรรมให้มีความยั่งยืนในระยะยาว เป็นสิ่งที่จำเป็นมาก ได้แก่ การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนการปรับพฤติกรรม<sup>(47-49)</sup> การใช้กิจกรรมเพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างแรงจูงใจ และการสะท้อนกลับ การทบทวนเป้าหมายการดูแล การให้เทคนิคในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และการเปิดช่องทางให้มีการติดตามปรึกษาอย่างทันทั่วทั้งที่เป็นต้น

### สรุป

การจะลดความชุกและภาระโรคของโรคเบาหวานในประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา นี้ ต้องให้ความสนใจและดำเนินการเพื่อสืบค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน หรือเป็นโรคเบาหวานในระยะแรกก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสามารถลดความเสี่ยง ป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพอย่างจริงจัง มีการสืบค้นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ และมีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีความต่อเนื่องตามบริบทและระบบสาธารณสุขของประเทศ จึงจะสามารถลดภาระโรคที่เกิดขึ้นจากโรคเบาหวานทั้งในระดับบุคคลและในระดับประเทศ

### เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas – 10<sup>th</sup> edition [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 6]. Available from: [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org)
2. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Putwatana P. Prevalence of diabetes and relationship with socioeconomic status in the Thai population: national health examination survey, 2004–2014. *Journal of Diabetes Research* 2018;2018:1654530.
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564.
4. Tabak AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimaki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. *Lancet* 2012;379(9833):2279–90.
5. Huang Y, Cai X, Mai W, Li M, Hu Y. Association between prediabetes and risk of cardiovascular disease and all cause mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016;355:i5953.
6. DECODE Study Group, the European Diabetes Epidemiology Group. Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2-hour diagnostic criteria. *Arch Intern Med* 2001;161(3):397–405.
7. Gerstein HC, Santaguida P, Raina P, Morrison KM, Balion C, Hunt D, et al. Annual incidence and relative risk of diabetes in people with various categories of dysglycemia: a systematic overview and meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Res Clin Pract* 2007; 78(3):305–12.
8. Warren B, Pankow JS, Matsushita K, Punjabi NM, Daya NR, Grams M, et al. Comparative prognostic performance of definitions of prediabetes: a prospective cohort analysis of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC)

- study. *Lancet Diabetes & Endocrinology* 2017;5(1):34-42.
9. Aekplakorn W, Tantayotai V, Numsangkul S, Sripho W, Tatsato N, Burapasirawat T, et al. Detecting prediabetes and diabetes: agreement between fasting plasma glucose and oral glucose tolerance test in Thai adults. *Journal of Diabetes Research* 2015;2015:396505.
10. Ji L, Pranoto A, Andag-Silva A, Deerochanawong C, Van Phuoc D, Tan KCB, et al. Western Pacific consensus proposals for management of prediabetes. *Int J Clin Pract* 2021;75(1):e14019.
11. Richter B, Hemmingsen B, Metzendorf MI, Takwoingi Y. Development of type 2 diabetes mellitus in people with intermediate hyperglycaemia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;10:CD012661.
12. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care* 2009;32(7):1327-34.
13. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes - 2019. *Diabetes Care* 2019;42(Suppl 1):S13-S28.
14. Chatterton H, Younger T, Fischer A, Khunti K. Risk identification and interventions to prevent type 2 diabetes in adults at high risk: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2012;345:e4624.
15. Ryden L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, et al. ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2013;34(39):3035-87.
16. Zhang X, Gregg EW, Williamson DF, Barker LE, Thomas W, Bullard KM, et al. A1C level and future risk of diabetes: a systematic review. *Diabetes Care* 2010;33(7):1665-73.
17. Grundy SM. Pre-diabetes, metabolic syndrome, and cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol* 2012;59(7):635-43.
18. Ferrannini E. Definition of intervention points in prediabetes. *Lancet Diabetes & Endocrinology* 2014;2(8):667-75.
19. Lee M, Saver JL, Hong KS, Song S, Chang KH, Ovbiagele B. Effect of pre-diabetes on future risk of stroke: meta-analysis. *BMJ* 2012;344:e3564.
20. Srivanichakorn W, Godsland IF, Washirasaksiri C, Phisalprapa P, Charatcharoenwitthaya P, Pramyothin P, et al. Cardiometabolic risk factors in Thai individuals with prediabetes treated in a high-risk, prevention clinic - unexpected relationship between HDL cholesterol and glycaemia in men. *J Diabetes Investig* 2019;10(3):771-9.
21. Washirasaksiri C, Srivanichakorn W, Godsland IF, Kositamongkol C, Chariyalertsak S, Kessomboon P, et al. Increasing glycaemia is associated with a significant decline in HDL cholesterol in women with prediabetes in two national populations. *Sci Rep* 2021;11(1):12194.
22. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia* 2012;55(1):21-31.
23. Peng XY, Wang FH, Liang YB, Wang JJ, Sun LP, Peng Y, et al. Retinopathy in persons without diabetes: the Handan Eye Study. *Ophthalmology* 2010;117(3):531-7,537.e1-2.
24. Plantinga LC, Crews DC, Coresh J, Miller ER, 3rd, Saran R, Yee J, et al. Prevalence of chronic kidney dis-



- ease in US adults with undiagnosed diabetes or prediabetes. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5(4):673-82.
25. Papanas N, Vinik AI, Ziegler D. Neuropathy in prediabetes: does the clock start ticking early? *Nat Rev Endocrinol* 2011;7(11):682-90.
26. Wong VWS, Hui AY, Tsang SWC, Chan JLY, Wong GLH, Chan AWH, et al. Prevalence of undiagnosed diabetes and postchallenge hyperglycaemia in Chinese patients with non-alcoholic fatty liver disease. 2006; 24(8):1215-22.
27. Muraki I, Tanigawa T, Yamagishi K, Sakurai S, Ohira T, Imano H, et al. Nocturnal intermittent hypoxia and the development of type 2 diabetes: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Diabetologia* 2010; 53(3):481-8.
28. Mechanick JI, Garber AJ, Grunberger G, Handelsman Y, Garvey WT. Dysglycemia-based chronic disease: an American Association of Clinical Endocrinologists Position statement. *Endocr Pract* 2018;24(11):995-1011.
29. Aekplakorn W, Bunnag P, Woodward M, Sritara P, Cheepudomwit S, Yamwong S, et al. A risk score for predicting incident diabetes in the Thai population. *Diabetes Care* 2006;29(8):1872-7.
30. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: รมเยื่อนมีเดีย; 2560.
31. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JJ, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009; 120(16):1640-5.
32. Wilson PW, D'Agostino RB, Parise H, Sullivan L, Meigs JB. Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus. *Circulation* 2005; 112(20):3066-72.
33. Cefalu WT. "Prediabetes": are there problems with this label? No, we need heightened awareness of this condition! *Diabetes Care* 2016;39(8):1472-7.
34. Dorcely B, Katz K, Jagannathan R, Chiang SS, Oluwadare B, Goldberg IJ, et al. Novel biomarkers for prediabetes, diabetes, and associated complications. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2017;10:345-61.
35. Sitasuwan T, Lertwattanarak R. Prediction of type 2 diabetes mellitus using fasting plasma glucose and HbA1c levels among individuals with impaired fasting plasma glucose: a cross-sectional study in Thailand. *BMJ Open* 2020;10(11):e041269.
36. Kim DL, Kim SD, Kim SK, Park S, Song KH. Is an oral glucose tolerance test still valid for diagnosing diabetes mellitus? *Diabetes Metab J* 2016;40(2):118-28.
37. Lee H, Oh JY, Sung YA, Kim DJ, Kim SH, Kim SG, et al. Optimal hemoglobin A1C cutoff value for diagnosing type 2 diabetes mellitus in Korean adults. *Diabetes Res Clin Pract* 2013;99(2):231-6.
38. Kumar PR, Bhansali A, Ravikiran M, Bhansali S, Dutta P, Thakur JS, et al. Utility of glycosylated hemoglobin in diagnosing type 2 diabetes mellitus: a community-based study. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95(6):2832-5.
39. Thewjitcharoen Y, Jones Elizabeth A, Butadej S, Naksatien S, Chotwanvirat P, Wanothayaroj E, et al. Performance of HbA1c versus oral glucose tolerance test (OGTT) as a screening tool to diagnose dysglycemic status in high-risk Thai patients. *BMC Endocrine Disorders* 2019;19(1):23.
40. World Health Organization, International Diabetes Federation. Definition and diagnosis of diabetes mellitus

- and intermediate hyperglycaemia : report of a WHO/IDF consultation. Geneva: World Health Organization; 2006.
41. Diabetes Prevention Program Research G, Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* 2009;374(9702):1677-86.
42. Li G, Zhang P, Wang J, An Y, Gong Q, Gregg EW, et al. Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year follow-up study. *Lancet Diabetes & Endocrinology* 2014;2(6):474-80.
43. Gong Q, Zhang P, Wang J, Ma J, An Y, Chen Y, et al. Morbidity and mortality after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance: 30-year results of the Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study. *The lancet Diabetes & Endocrinology* 2019;7(6):452-61.
44. Aekplakorn W, Tantayotai V, Numsangkul S, Tatsato N, Luckanajantachote P, Himathongkam T. Evaluation of a community-based diabetes prevention program in Thailand: a cluster randomized controlled trial. *J Prim Care Community Health* 2019;10:2150132719847374.
45. Srinivasan S, Florez JC. Therapeutic challenges in diabetes prevention: we have not found the “exercise pill”. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2015;98(2):162-9.
46. Schwarz PE, Greaves CJ, Lindstrom J, Yates T, Davies MJ. Nonpharmacological interventions for the prevention of type 2 diabetes mellitus. *Nat Rev Endocrinol* 2012;8(6):363-73.
47. Khan N, Marvel FA, Wang J, Martin SS. Digital health technologies to promote lifestyle change and adherence. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2017;19(8):60.
48. Kaufman N, Clements M, Mel E. Using digital health technology to prevent and treat diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics* 2020;22(S1):S63-S78.
49. Bian RR, Piatt GA, Sen A, Plegue MA, De Michele ML, Hafez D, et al. The effect of technology-mediated diabetes prevention interventions on weight: a meta-analysis. *J Med Internet Res* 2017;19(3):e76-e.

**Abstract: Diabetes Prevention for Thailand**

Weerachai Srivanichakorn, M.D.\*; Petch Rawdaree, M.D.\*\*

\* Department of Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; \*\* Department of Medicine, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Thailand  
*Journal of Health Science 2022;31(2):363–75.*

Prevalence of diabetes mellitus in Thailand progressively rises more than doubling in the past 20 years. Early detection in people at risk is a crucial measure to reduce burden of the disease. Prediabetes, characterized by hyperglycaemia below the threshold level to define diabetes, is a high risk to develop diabetes and cardio-metabolic disorders. Regarding to previous evidence, the incidence of progressing to diabetes is approximately 5–20% per year depending on clinical characteristics and glycaemic parameters. Risk estimation and appropriated screening system for detecting the people both at risk and with newly diagnosed diabetes, may be done in two-step approaches. First, diabetes risk is estimated by Thai Diabetes risk score or by diabetes risk factor or by “metabolic syndrome” evaluation. The next step is using glycaemic parameter evaluations, of which each parameter has some advantages and some limitations regarding diagnosis or prediction of prediabetes and diabetes. In the context of Thailand, we propose using Thai Diabetes Risk score initially and then further screening with fasting plasma glucose (FPG). The next step is providing 75-gram oral glucose tolerance in some people with high FPG range ( $\geq 110$  mg/dL) which can identify people in a very high risk group and newly diagnosed diabetes. After categorization, appropriated lifestyle intervention should be the mainstay measure to prevent diabetes, and reduce the burden at national level.

**Keywords:** diabetes screening, risk estimation, plasma glucose, lifestyle intervention

## บทความพิเศษ

## Special article

## หลักคิดจริยธรรมทางการแพทย์

ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย พ.บ., วว. สุติศาสตร์และนรีเวชวิทยา, บธ.ม., น.บ.ท., น.ด.

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

วันรับ: 14 ม.ค. 2565

วันแก้ไข: 1 มี.ค. 2565

วันตอบรับ: 7 มี.ค. 2565

**บทคัดย่อ** ทั้งศีลธรรมและจริยธรรมเป็นกิงก้านของหลักปรัชญา ศีลธรรมเป็นข้อห้ามซึ่งความดีแล้ว จริยธรรมเป็นเครื่องมือของสังคมซึ่งความถูกต้องของพฤติกรรมบุคคล เปลี่ยนแปลงตามความเชื่อและกาลเวลา การปฏิบัติทางการแพทย์มีพื้นฐานจากความเป็นวิทยาศาสตร์ แต่เป็นส่วนประกอบหนึ่งของสังคมที่สำคัญของผู้ก่อและผู้รับผลกระทบ ภาพปรากฏ (จินตภาพ) ในบทบาทของจริยธรรมสะท้อนหลักคิด (มโนทัศน์) จากอดีตถึงปัจจุบัน บทความนี้ได้รวบรวมความรู้ทางสังคมศาสตร์ เพื่อการถ่ายทอดและอาจปรับใช้ตามบริบทของแต่ละบุคคล แสดงหลักคิดทางจริยธรรมโดยเน้นไปที่ “จริยธรรมทางการแพทย์” ซึ่งเป็นจริยธรรมแบบประยุกต์ พัฒนาจากยุคดั้งเดิมที่อาศัยภูมิปัญญา ประเพณี ความเชื่อ ประสบการณ์และอิทธิพลทางศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นศรัทธาต่อกัน คล้ายบิดาดูแลบุตร ถึงยุคจริยธรรมทางการแพทย์แบบบรรทัดฐาน กลายเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการหรือผู้ประกอบธุรกิจกับผู้บริโภค มีมาตรฐานการดูแล มาตรฐานวิชาการ มาตรฐานและระดับความระมัดระวังสิทธิของผู้ป่วย และหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ ประกอบกันเป็นหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและแนวปฏิบัติที่ต้องยึดถือ การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีทั้งการพิจารณาตัดสินใจและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะคำนึงถึงความเป็นอิสระของผู้ป่วย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ การไม่ก่ออันตรายและความเป็นธรรมในการดูแลผู้ป่วยเสมอกัน อันเป็นแก่นของจริยธรรมทางการแพทย์ที่ปฏิบัติต่อกันมาในยุคจริยธรรมทางการแพทย์แบบบรรทัดฐาน เมื่อเข้าสู่ยุคชีวจริยธรรมทางการแพทย์ แก่นของจริยธรรมทางการแพทย์ยังคงเป็นหลักเพราะมีความยึดหยุ่นเชิงสัมพันธ์ภาพ แต่ถูกวิพากษ์ว่าอาจจะขัดกับทฤษฎีทางด้านศีลธรรม การใช้เหตุผลเชิงนามธรรมถูกเชื่อว่าไม่ถูกต้องเมื่อพิจารณาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจากล่างขึ้นบน เกิดหลักคิดที่แก้ไขเรียกว่า การใช้เหตุผลที่เชื่อว่าไม่ถูกต้อง ยังมีหลักคิดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสตรี ผู้พิการ และหลักสิทธิมนุษยชนหลายกรณีต้องอ้างถึงแง่มุมของศาสนา แง่มุมการใช้เหตุผลร่วมกันที่ชุมชนสังคมต้องการ เรียกว่า กลยุทธ์การใช้เหตุผลร่วมกัน โดยอ้างถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิตมนุษย์ และบทบาทของพระเจ้า การใช้จริยธรรมทางการแพทย์จึงต้องอาศัยการผสมผสานหลักคิดต่างๆ สู่การพัฒนาและปฏิบัติจริง

**คำสำคัญ:** จริยธรรมทางการแพทย์; หลักคิด (มโนทัศน์); ภาพปรากฏ (จินตภาพ); แก่นของจริยธรรม

## บทนำ

จริยธรรมทางการแพทย์เป็นเครื่องมือเช่นเดียวกับกฎหมายในการควบคุมสังคม เป็นจริยธรรมแบบประยุกต์ที่สอดคล้องกับบริบทด้านการแพทย์ ที่มีมาจากจริยธรรมทั่วไป ประกอบด้วยหลักคิดต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงกัน โดยมีจุดเริ่มต้นจากหลักปรัชญาซึ่งเป็นรากฐานแห่ง

ศาสตร์ทั้งปวง การรวบรวมความรู้ทางสังคมศาสตร์และศึกษาหลักคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะสามารถแก้ปัญหาข้อขัดข้องในทางปฏิบัติกับยุคชีวจริยธรรมทางการแพทย์ได้ ประเทศไทยเป็นประเทศที่ปกครองโดยกฎหมาย เรียกว่านิติรัฐ (legal state) กฎหมายสร้างขึ้นจากฝ่ายปกครองคือกฎหมายบ้านเมืองหรือปฏิญานนิยม (positive

law)<sup>(1)</sup> ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (civil law) เหมือนในกลุ่มประเทศภาคพื้นยุโรป แตกต่างจากระบบกฎหมายจารีตประเพณี (common law) ของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ กฎหมายเป็นเครื่องมือในการควบคุมสังคม กฎหมายลายลักษณ์อักษรแยกออกจากหลักศีลธรรมและจริยธรรม ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 4 แต่เมื่อใดกฎหมายเปิดโอกาสให้ใช้ดุลยพินิจ นักกฎหมายใช้ดุลยพินิจสอดคล้องกับศีลธรรม คุณธรรมและความต้องการสังคม ในขณะที่กฎหมายเป็นเครื่องมือควบคุมขั้นต่ำจากภายนอกด้วยลายลักษณ์อักษรโดยสังคมกำหนดภาระหน้าที่และลงโทษ ส่วนจริยธรรมเป็นเครื่องมือระดับสูงควบคุมด้วยจิตสำนึกจากภายใน ลงโทษโดยความเชื่อทางสังคม<sup>(2)</sup>

นักปรัชญากรีกชื่อเพลโตระบุว่า “ความจริง” เบื้องบนเป็นผู้กำหนด อริสโตเติลระบุว่า “ความจริง” รอให้มนุษย์เข้าค้นหา<sup>(3)</sup> ในขณะที่โสกราตีสระบุว่า “ความดี” นั้นคนทำแล้วเพราะไม่รู้ แต่อริสโตเติลระบุว่าคนที่รู้ก็ทำแล้วได้ในขณะที่ “ความจริง” คือวิทยาศาสตร์ แต่ “ความดี” คือสังคมศาสตร์ นั้น สังคมเป็นผู้กำหนดความดีแล้ว ตามความเชื่อและค่านิยมในสังคมหนึ่ง ๆ ผ่านทาง “ศีลธรรม” ให้ยึดถือและ “แสดงภาพลักษณ์” เป็นวัฒนธรรมและวิถีชีวิตอันเป็น “นามธรรม” ส่วน “พฤติกรรม” นั้น สังคมต้องมีเครื่องมือในการกำหนดกรอบให้ผู้คนในสังคมปฏิบัติและห้ามปฏิบัติ คือ “กฎหมาย” และ “จริยธรรม” กฎหมายและจริยธรรมเป็นเครื่องมือที่ใช้ “ความถูกต้องและความผิด” เช่น สังคมเป็นผู้กำหนดความดีแล้วผ่านทางศีลธรรมว่าห้ามโกง เมื่อพลเมืองในสังคมยึดถือศีลธรรมจะส่งผลถึง “คุณค่า” สังคมกำหนด “คุณค่า” เป็นเป้าหมายจากการตีความหมายของศีลธรรมโดยอาศัยกระบวนการที่เรียกว่า “อภิจริยศาสตร์” เมื่อยึดถือการห้ามโกงจะส่งผลถึงคุณค่าคือความซื่อตรง แต่ละสังคมอาจมีความเชื่อที่ต่างกัน ประชาชนแต่ละคนในสังคมหนึ่ง ๆ ก็อาจมีความเชื่อไม่เหมือนกัน ต้องอาศัยสัดส่วนของประชาชนโดยรวม อาจจะต้องใช้การสำรวจสังคมและอธิบายเชิงพรรณนาเป็นขั้นตอนที่เรียกว่า

“จริยศาสตร์เชิงพรรณนา” ก่อนที่จะนำมากำหนดเป็นแนวปฏิบัติเมื่อไปโกงเขาเป็นความผิด เรียกว่า “จริยศาสตร์เชิงบรรทัดฐาน” เพื่อใช้ยึดถือซึ่งความถูกต้องจริยธรรมในสังคมนั้น เมื่อใดมีการโต้แย้งในพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่สงสัยว่ากระทำผิดจริยธรรม จะมีการพิสูจน์พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลนั้น ส่วนใหญ่ก็จะพิสูจน์ถึงสภาวะทางจิตใจของผู้กระทำด้วย คือ “คุณธรรม” ที่มีอยู่ในจิตใจ การแสดงความซื่อสัตย์ต่อ ผู้อื่นเป็นคุณธรรมและคุณค่าความซื่อตรงนี้จะเป็นการสร้างความไว้วางใจส่งผลถึงความสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง นักจริยศาสตร์เชิงบรรทัดฐานได้แบ่งจุดเน้นการพิสูจน์ทางจริยธรรมจากทฤษฎีทางศีลธรรมเป็น 3 ประเภทได้แก่ จริยศาสตร์ที่พิจารณาผลการกระทำที่เรียกว่า อันตวิทยา (teleology) จริยศาสตร์ที่เชิงหน้าที่ที่ไม่พิจารณาผล เรียกว่า กรณียธรรม (deontology) และจริยศาสตร์เชิงคุณธรรม (virtue ethics)<sup>(4)</sup> ทั้งศีลธรรมที่เป็นข้อห้ามทำในสิ่งเลวและจริยธรรมที่ชี้ถูกผิดของการปฏิบัติ เป็นผลสืบเนื่องจากหลักทางปรัชญาที่เป็นต้นตอแห่งศาสตร์ทั้งปวง สังคมจะนำหลักทั่วไปของจริยธรรมมาปรับใช้กับความหลากหลายของแต่ละอาชีพ เรียกว่าจริยธรรมประยุกต์ เช่น จริยธรรมอนาธิปไตย จริยธรรมทางทหาร จริยธรรมสัตว์ จริยธรรมบริหารรัฐกิจ จริยธรรมเชิงปฏิบัติ จริยธรรมเครื่องจักร จริยธรรมเทคโนโลยี จริยธรรมวิวัฒนาการ จริยธรรมการบรรยาย รวมถึงจริยธรรมทางการแพทย์ เป็นจริยธรรมประยุกต์ที่ใช้กับการกิจการแพทย์และสาธารณสุข เน้นมาตรฐานแนวทางการดูแลคือ จริยธรรมการดูแล จริยธรรมธุรกิจซึ่งรวมถึงธุรกิจรักษาพยาบาล เน้นผลลัพธ์ด้านบวกคือลัทธิอรรถประโยชน์ (utilitarianism ethics)

การแพทย์ยึดทั้งหลักความจริงทางวิทยาศาสตร์และความดีทางสังคมศาสตร์ ต้องมีความรู้ในวิชาชีพและกติกาทิศทางสังคมในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ข้อกำหนดจริยธรรมทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้จัดระบบ ใช้แก้ต่างและใช้เป็นข้อชี้แนะด้วย จริยธรรมมีคุณธรรมด้านจิตใจและจรรยาบรรณซึ่งเป็นข้อกำหนดการกระทำเป็นองค์-

ประกอบ<sup>(5)</sup> คุณธรรมจะส่งผลถึงคุณค่าที่ตนเองและสังคม เชิดชู ความเชื่อจากประสบการณ์และเหตุผลของตนอาจ ไม่บรรลุคุณค่าอันแท้จริง ต้องมีการหล่อหลอมจากความ เชื่อที่สังคมยึดถือด้วย<sup>(4)</sup> การยึดถือความเชื่อในคุณค่า ไต ๆ ให้บรรลุจะส่งผ่านทางจิตใจที่มีคุณธรรมและการ ปฏิบัติได้ตามข้อกำหนดจริยธรรมนั้น การพิสูจน์ทาง จริยธรรมทางการแพทย์ใช้หลักจริยธรรมการกระทำตาม ภาระหน้าที่และจริยธรรมที่คำนึงถึงผลลัพธ์ประกอบด้วย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการถ่ายทอดหลักคิด ทางจริยธรรมทางการแพทย์ โดยรวบรวมความรู้ทาง สังคมศาสตร์ที่ผสมผสานแสดงหลักคิดต่าง ๆ เพื่อเป็น ฐานความรู้ให้สามารถนำไปปรับใช้ได้ตามบริบทของ แต่ละบุคคล

### แก่นของจริยธรรมทางการแพทย์

จริยธรรมทางการแพทย์มีวิวัฒนาการ<sup>(6)</sup>จากจริยธรรม ทางแพทย์แบบดั้งเดิม (traditional medical ethics) ด้วยรูปแบบ ความรู้และความเชื่อที่สืบทอดกันมา แพทย์ จะเป็นผู้กำหนดแนวทางการรักษาและตัดสินใจด้วย อำนาจความสัมพันธที่เหนือกว่าโดยปราศจากตีประหนึ่ง บิดาดูแลบุตร (paternalism) ผู้ป่วยก็ยอมรับในการ ตัดสินใจ ปฏิบัติต่อตน ต่อมาเมื่อมีบรรทัดฐานการรักษา ผู้ป่วยด้วยแนวปฏิบัติเดียวกันโดยมีความรู้และฐานข้อมูล สันับสนุน มีการควบคุมดูแลการประกอบวิชาชีพจากสภา- วิชาชีพและมีกฎหมายควบคุมเฉพาะ เป็นจริยธรรมเชิง บรรทัดฐานทางการแพทย์ (normative medical ethics) เช่น การที่แพทย์ใช้อำนาจตัดสินใจโดยมีกฎหมายรองรับ (decision-making capacity and legal competence) การ ให้ข้อมูลและได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย (informed con- sent) การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย (disclosure confidential- ity) การรายงาน (reporting) ไม่ทรมานปฏิบัติ (mal- practice) ไม่ประพฤติมิชอบ (misconduct) ไม่บกพร่อง ของตัวแพทย์ (physician impairment) ไม่มีผลประโยชน์ ทับซ้อน (conflict of interest) การส่งต่อการรักษา (re-

ferral of patients) การวิจัยในกลุ่มเปราะบาง (research in vulnerable populations) ไม่มีการยินยอมอย่างไม่สมัคร ใจ (involuntary commitment) การออกสื่อสาธารณะของ แพทย์ (use social media by physicians)

จากประสบการณ์ข้อขัดข้องและทางออกที่เกิดขึ้นใน ประเด็นต่าง ๆ นั้นได้ถูกหยิบยกขึ้นพิจารณาเป็นแนวทาง ปฏิบัติและโดยคำนึงถึงความรู้ มาตรฐานวิชาชีพและการ ดูแล ความระมัดระวัง เจตจำนง สภาวะทางจิตใจ ความ เห็นของสังคมและหลักจริยธรรม กำหนดเป็นจริยธรรม ทางแพทย์เชิงบรรทัดฐานเพื่อใช้ยึดถือปฏิบัติ

แก่นของจริยธรรมทางการแพทย์ที่ใช้เป็นหลักการให้ ยึดถือแนวทางปฏิบัติและมีคุณธรรมกำกับอยู่ให้ส่งผลถึง คุณค่าอย่างน้อย 4 ประการได้แก่ การคำนึงถึงความเป็น อิศระของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความประสงค์และความ ยินยอมร่วมตัดสินใจ ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับทั้งในผล การรักษาและประโยชน์อื่นโดยสอดคล้องกับสังคมสิ่ง แวดล้อมและไม่กระทบบุคคลอื่น การไม่ก่ออันตรายหรือ มีจิตใจที่ไม่ชั่วร้ายกำกับด้วยคุณธรรมในการปฏิบัติต่อ ผู้ป่วย และความเป็นธรรมในการดูแลผู้ป่วยเสมอกัน<sup>(7)</sup>

เมื่อมาถึงยุคชีวจริยธรรมทางการแพทย์ (bio- medical ethics) การแพทย์เจริญก้าวหน้าทางวิทยา- ศาสตร์ชีวภาพจนส่งผลถึงการตรวจรักษา กลับต้องเผชิญ กับข้อโต้แย้งทั้งด้านศีลธรรมหรือจริยธรรม แก่นของ จริยธรรมในยุคจริยธรรมเชิงบรรทัดฐานทางการแพทย์ เกิดข้อวิพากษ์อย่างมาก กระทั่งกับกระบวนการพิจารณา และการตัดสินใจในการประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับ เทคโนโลยีชีวภาพ เช่น การโคลนนิ่ง (cloning) การรักษา ด้วยยีน (gene therapy) วิศวกรรมศาสตร์ (genetic en- gineering) การใช้ชีวิตในอวกาศ (life in space) การ ตกแต่งแก้ไข DNA, RNA หรือโปรตีน การดัดแปลงตัว อ่อน (modified embryos) ประเด็นเกี่ยวกับวาระสุดท้าย ของชีวิต (end-of-life issues) เป็นต้น การเป็นแพทย์ที่ ดีและการประกอบวิชาชีพที่ดี มีมาตรฐาน มีศีลธรรมและ มีจริยธรรม ยังมีข้อถกเถียงอยู่มาก

## จริยธรรมทางการแพทย์ทั่วไป

ความสัมพันธ์ดั้งเดิมที่แพทย์เป็นผู้ให้ เมื่อความเจ็บป่วยนำพาผู้ป่วยมาขอความช่วยเหลือแพทย์เป็นผู้กำหนดแนวทางแก้ไขความเดือดร้อน ผู้ป่วยเป็นผู้รับที่มีความศรัทธาต่อแพทย์ บางครั้งประจวบเหมาะ วิธีการรักษามีความแตกต่างกันตามภูมิปัญญาของแต่ละบุคคลแต่ละพื้นที่ ชุมชนตามประเพณีความเชื่อและประสบการณ์ รวมถึงอิทธิพลทางศาสนาที่แพทย์ต้องรับผิดชอบต่อความรู้และความเชื่อของตนกับความเชื่อ การยอมรับและตรวจสอบโดยสังคม มีหลักฐานจากคำปฏิญาณของฮิปโปเครติสเมื่อก่อนคริสตกาล<sup>(8)</sup> ที่กล่าวว่า “ฉันจะให้การรักษาเพื่อช่วยผู้เจ็บป่วยตามความสามารถและการตัดสินใจของฉัน แต่จะไม่ทำสิ่งใดที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ หรือทำผิดต่อเขา” เป็นไปตามหลักคุณค่าที่ว่า ไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตรายหรือมีผลเสียหายต่อผู้ป่วย (Non-maleficence) ฮิปโปเครติสกล่าวว่า แพทย์จะต้องมีจริยธรรมในการรักษาที่ดีที่สุดต่อคนไข้ (Best Practice) ตามหลักคุณค่าประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence) ดร.อัลเบิร์ต ชไวเซอร์<sup>(9)</sup> เป็นหมอเยอรมันอุทิศทั้งครอบครัวและชีวิตไปอยู่ในแอฟริกาด้วยความเชื่อในมิชชั่นนารีว่าคนเราต้องรักเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเท่าเทียมกัน ดูแลผู้ป่วยทุกรายเสมือนดูแลตนเอง ตามหลักคุณค่าความเป็นธรรมในการดูแลผู้ป่วยเสมอกัน (Justice)

จนกระทั่งความเชื่อเริ่มถูกแทนที่ด้วยวิทยาศาสตร์การแพทย์มากขึ้น โครงสร้างทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ธุรกิจรักษาพยาบาลโดดเด่นขึ้น ระบบหลักประกันสุขภาพเปิดโอกาสให้สิทธิการรักษาพยาบาลเข้าถึงประชาชนทุกคน ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์มากขึ้น มีทางเลือกในการรักษาหลากหลาย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงตามบริบททางสังคม ในอดีตแพทย์ไม่สนใจความยินยอมของผู้ป่วยเพราะถือว่าผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพเป็นผู้รู้ในวิชาชีพ แพทย์ต้องปรับเปลี่ยนให้ความสำคัญกับความประสงค์ ความยินยอมและการร่วมตัดสินใจตามหลักความเป็นอิสระของผู้ป่วยมากขึ้น (patient autonomy)

แต่ในความเป็นจริงนั้นความสัมพันธ์ที่มีความใกล้ชิดและความศรัทธาลดน้อยลง ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดมากขึ้น แนวทางปฏิบัติจึงต้องได้รับความยินยอมทุกขั้นตอนของการตรวจรักษา แต่ผู้ป่วยไม่รู้ในวิชาชีพ หลายครั้งที่การให้ความสำคัญกับอำนาจอิสระของผู้ป่วยกับข้อกำหนดมาตรฐานการประกอบวิชาชีพอาจขัดแย้งกัน คุณค่าที่เคารพในอำนาจอิสระของผู้ป่วยกับคุณค่าของประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับขัดแย้งกันเอง การพิจารณาความถูกต้องทางจริยธรรมทางการแพทย์อาจจะมีปัญหา จะเลือกผิดจริยธรรมในการละเมิดต่อความยินยอมหรือละเมิดต่อการประกอบวิชาชีพที่ถูกต้อง ทางออกที่สำคัญคือการปรึกษาร่วมกันกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาร่วมกันผ่านขั้นตอนการสื่อสารข้อมูลด้วยอำนาจที่เท่าเทียมกัน ตามแบบจำลองที่มีการนำเสนอ เช่น Mutuality Model<sup>(10)</sup> และ Deliberative Model<sup>(11)</sup> ซึ่งหากการเจรจาไม่ประสบผลสำเร็จ อาจจบลงที่ผู้พลั้งเผลอการรักษากลับมาเลือกที่จะไปรักษาที่อื่นโดยไม่มีผลเสีย ก็จะต้องรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันไว้ได้

การละเมิดต่อแนวปฏิบัติรวมถึงการไม่ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอก่อนให้ความยินยอม (Informed consent) เป็นการละเลยต่อคุณค่าที่เคารพในอำนาจอิสระของผู้ป่วยเป็นการละเมิดต่อจริยธรรมทางการแพทย์เชิงบรรทัดฐาน มีหลักกฎหมายรองรับการตรวจรักษาด้วยความยินยอมของผู้ป่วยไม่ให้ผู้กระทำต้องรับผิดชอบคือ “ความยินยอมไม่เป็นละเมิด” ตามสุภาษิตกฎหมาย *volenti non fit injuria* (no wrong is done to one who consents)<sup>(12)</sup> การแสดงออกด้วยวาจาหรือการกระทำแม้ไม่เป็นลายลักษณ์อักษรก็เป็นความยินยอมได้ แต่อาจจะต้องพิสูจน์ว่าเป็นความยินยอมโดยแท้ ต้องไม่ใช่ความยินยอมที่ขัดต่อกฎหมาย ความสงบหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือไม่ต้องห้ามขัดแย้งโดยกฎหมายและต้องไม่ขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดีของประชาชน กรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใดจะให้บริการนั้นมิได้ แต่มีข้อยกเว้นคือ ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึง

ชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการเร่งด่วน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 มาตรา 8<sup>(13)</sup> แพทย์จะต้องบอกวิธีการรักษาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ตามมาตรฐานที่แพทย์จะเลือกใช้ในการรักษาแก่ผู้ป่วย และบอกวิธีการรักษาทางเลือกอื่นให้ด้วย<sup>(14)</sup> ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจให้ความยินยอมตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ.2558 โดย 7 สภาวิชาชีพร่วมกัน<sup>(15)</sup> การเคารพความเป็นอิสระของผู้ป่วย (Respect of autonomy)

สำหรับการคำนึงถึงประโยชน์ (Beneficence) ของผู้ป่วยเป็นสำคัญอันเป็นคุณค่าที่อยู่ในคุณธรรม โดยคำนึงประโยชน์ที่ครอบคลุมถึงครัวเรือน ชุมชน และระบบสาธารณสุขด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์นอกจากจะต้องปฏิบัติหน้าที่ตามแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานที่ต้องพิสูจนจริยธรรมเชิงหน้าที่ พิสูจนจริยศาสตร์เชิงคุณธรรมในการประกอบหน้าที่นั้นแล้ว ยังต้องคำนึงถึงผลลัพธ์และต้องพิสูจนจริยธรรมผลลัพธ์ที่เป็นด้านบวก หรือประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับนั้นด้วย แพทย์จะใช้อำนาจตัดสินใจโดยมีกฎหมายรองรับ (decision-making capacity and legal competence) หลายครั้งที่ยากแก่การตัดสินใจ เช่น การแจ้งความจริงโรคร้ายที่ตรวจพบแก่ญาติโดยไม่แจ้งผู้ป่วย เพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะมีอาการทรุดจากการรู้โรคที่ตนเองต้องประสบนั้นอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวหรือตัดสินใจทั้งในด้านการรักษาหรือด้านการจัดการชีวิตที่เหลืออยู่ และอาจจะเป็นการละเมิดต่อคุณค่าการรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality) ที่ผู้ป่วยเองต้องการให้ปกปิด แต่การเปิดเผยข้อมูล (disclosure confidentiality) เพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้อื่นอาจจำเป็น เช่น โรคที่ผู้ป่วยเป็นอาจก่อให้เกิดโรคกับบุคคลอื่นก็ตอบคุณค่าประโยชน์ที่ได้รับ (beneficence)

บางครั้งการคำนึงถึงคุณค่าด้านประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเพียงอย่างเดียวจะขัดต่อจริยธรรมทางการแพทย์เชิงบรรทัดฐาน การตัดสินใจเลือกวิธีสุดท้ายที่มีโอกาสรักษาชีวิตผู้ป่วยในขณะที่ขัดต่อวิชาการที่ยังอยู่ระหว่างทดลองขัดต่อการยอมรับทางสังคมหรือขัดต่ออำนาจหน้าที่ของ

ตน เมื่อแพทย์ประเมินผลประโยชน์ หลายครั้งที่มีความสภาวะหรือมีเงื่อนไขข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพไม่สามารถปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ แต่ผู้ประกอบวิชาชีพยังจะต้องให้การดูแลรักษาที่สมเหตุสมผลตามหลักเกณฑ์มาตรฐานแห่งวิชาชีพภายใต้วิสัยพฤติการณ์ ที่มีอยู่ในขณะนั้น

เมื่อมีการโต้แย้งเรื่องทฤษฎีปฏิบัติเข้าสู่ความขัดแย้งหรือปรากฏข้อบกพร่องจากสภาวะจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพกับผลกระทบหรือประโยชน์ที่ไม่ได้รับตามที่คาดหวัง ใครเป็นผู้พิสูจนและจะใช้วิธีการการพิสูจนจริยธรรมอย่างไร องค์กรกำกับจริยธรรมตามกฎหมายเริ่มขึ้น ในปี ค.ศ.1815 มีพระราชบัญญัติร้านขายยาเกิดขึ้นในสหราชอาณาจักร (Apothecaries Act) เป็นจุดเริ่มต้นของการตรวจสอบแพทย์ทางกฎหมาย<sup>(16)</sup> ในปี ค.ศ.1847 แพทยสมาคมของสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎจริยธรรมทางการแพทย์ขึ้น (code of medical ethics)<sup>(17)</sup> ระบบทุนนิยมที่มีธุรกิจรักษาพยาบาลขยายตัวแต่ก็มีระบบรัฐสวัสดิการการรักษาพยาบาลควบคู่กันรวมถึงประเทศไทย ก่อเกิดวัฒนธรรมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการและผู้บริโภค ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทางการแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีกระบวนการรักษาพยาบาลและการรับบริการที่ผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพต้องพึงพาการใช้เหตุผลและการยอมรับซึ่งกันและกัน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการจากรัฐกิจรักษาพยาบาลได้สะดวกโดยต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ผู้มีรายได้น้อยอาจจะไม่สามารถเข้าถึงได้ รัฐสวัสดิการโดยการจัดการระบบสาธารณสุขภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดของประเทศ ได้บูรณาการความร่วมมือระหว่างรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันโดยไม่เลือกชาติ ศาสนา ชนวรรณะ หรือเศรษฐกิจฐานะ บุคคลมีสิทธิพื้นฐานเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยไม่เลือกปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญและตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องดูแลผู้ป่วยแต่ละคนเสมอกันด้วยความเป็นธรรม อันเป็นอีกหนึ่งคุณค่าที่สำคัญ (Justice) ไม่นำผล



ประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพเองอยู่เหนือคุณค่าความเป็นธรรมซึ่งเป็นคุณธรรมต้องเสียไป เช่น การเห็นแก่ค่าตอบแทนของตนหรือทำการตรวจรักษาโดยไร้ประโยชน์ต่อผู้ป่วย การคำนึงถึงประโยชน์ส่วนตนอยู่เหนือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นการละเมิดต่อคำสอนของสมเด็จพระราชบิดากรมหลวงสงขลานครินทร์ เบี่ยงเบนจากเจตจำนงร่วมกันระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วย (common will) แสดงถึงจิตใจที่ต่ำหนึ่ใจที่ต่ำหนึ่ใจ ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพต้องยึดถือและเป็นคุณค่าการที่ไม่ก่ออันตราย (non-maleficence) นอกจากนี้ไม่มีเจตนาเบี่ยงเบนจากความคาดหวังร่วมกันแล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพยังต้องใช้ความระมัดระวังไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย หลายครั้งที่แพทย์เห็นว่าการรักษาเช่นการผ่าตัดมีความเสี่ยงสูงมากที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต แต่จำเป็นและไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่าแล้ว การก่ออันตรายจึงสมเหตุสมผลเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

บ่อยครั้งเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical error) ซึ่งมักเกิดขึ้นได้อยู่เสมอ<sup>(18)</sup> หลายครั้งเป็นเหตุสุดวิสัย หลายครั้งเป็นความเสียหายที่ไม่สามารถป้องกันได้หรือไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่บางครั้งสามารถป้องกันได้หรือหลีกเลี่ยงได้ จำเป็นต้องพิสูจน์เพื่อค้นหาสาเหตุมาพัฒนาคุณภาพและเพิ่มมาตรการความปลอดภัย บางครั้งความผิดพลาดทางการแพทย์อาจเกิดขึ้นจากความประมาท การพิสูจน์ความระมัดระวังมีความจำเป็นที่จะต้องพิสูจน์ตามวิธีพิจารณาคดีจริยธรรมหรือคดีแพ่งหรืออาญา นอกจากนี้พิสูจน์ระดับความระมัดระวัง (level of caution) และมาตรฐานความระมัดระวัง (standard of caution) ยังต้องพิสูจน์มาตรฐานการดูแล (standard of care) และมาตรฐานการรักษา (standard of treatment) การพิสูจน์การกระทำอันเป็นทฤษฎีปฏิบัติ (malpractice) การประพฤติมิชอบ (misconduct) ความบกพร่องของตัวแพทย์ (physician impairment) ผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ในคดีจริยธรรมที่จำเป็นต้องพิสูจน์การรักษาคุณค่าซึ่งเป็นคุณธรรมของผู้กระทำอันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ

การกระทำถูกต้องตามจริยธรรมแล้ว ในโครงสร้างการพิจารณาคดีอาญานอกจากพิสูจน์องค์ประกอบภายนอกภายใน อำนาจที่สามารถกระทำได้และไม่มีเหตุยกเว้นความรับผิดชอบแล้ว ยังต้องพิสูจน์การฝ่าฝืนคุณธรรมที่อยู่ในจิตใจที่ต่ำหนึ่ใจของผู้กระทำด้วย อาจเข้ากรณีประมาทโดยจงใจ หรือเป็นความประมาทโดยจงใจหรืออย่างร้ายแรง ยังมีคุณค่าอื่น ๆ ที่จำเป็นที่ต้องไตร่ตรองในการปฏิบัติเพื่อบรรลุถึงคุณค่าเหล่านั้น เช่น มีความซื่อสัตย์ (veracity) เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่อันตรายที่ไม่คาดคิดหรือไม่ได้ตั้งใจ แพทย์ต้องพูดความจริงกับผู้ป่วยและญาติ แสดงความเสียใจอย่างจริงจัง การสื่อสารภายใต้สภาวะจิตใจด้วยคุณธรรมที่ดี ความระมัดระวังในขั้นตอนปฏิบัติต่าง ๆ รวมถึงสื่อสาธารณะหรือแพทย์ออนไลน์ (using social media by physicians)

### ชีวจริยธรรมทางการแพทย์

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์การแพทย์มีความก้าวหน้ามาก โดยเฉพาะเทคโนโลยีชีวภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรวจรักษาด้วยวิทยาการใหม่และประสบผลสำเร็จมากขึ้นแต่ก็ก่อให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมและผลกระทบต่อที่ซับซ้อน ในขณะเดียวกัน เข้าสู่ยุคของชีวจริยธรรมทางการแพทย์<sup>(19)</sup> ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพต้องปรับตัวกับการปฏิบัติการแพทย์ทางคลินิกและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับข้อโต้แย้งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์แก่นของจริยธรรมทางการแพทย์ทั้ง 4 คือ การเคารพในอำนาจอิสระของผู้ป่วย ประโยชน์ที่จะได้รับ การไม่ก่ออันตรายและความเป็นธรรมในการรักษาผู้ป่วยเสมอกันที่จะส่งผลถึงคุณค่าต่าง ๆ ที่จะได้รับ แต่เทคโนโลยีชีวภาพได้เพิ่มโอกาสที่แก่นจริยธรรมขัดแย้งกันเองเป็นอุปสรรคต่อคุณค่าที่จะได้รับ และยังต้องเผชิญกับความขัดแย้งกับหลักจริยธรรมอื่น ๆ เพิ่มขึ้นด้วย ความตั้งใจดีที่จะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ได้ผลดีที่สุด แต่จะตัดสินใจได้อย่างไรในความซับซ้อนนั้นว่าอะไรคือผลที่ดีที่สุดนั้น<sup>(20)</sup> การจับหลักคิดจริยธรรมทางการแพทย์จึงต้องทำความเข้าใจให้ลึกซึ้งในแต่ละประเด็นทางการแพทย์เกี่ยวกับคุณค่าของ

ชีวิต ความเป็นบุคคลตามกฎหมายกับความเป็นมนุษย์ ทางชีวภาพเริ่มต้นจากจุดใด การตายทางกฎหมายกับการตายทางการแพทย์เพื่อประโยชน์ต่อการบริจาคอวัยวะ นโยบายสาธารณะและการควบคุมด้านวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับการสร้างและทำลายมนุษย์ การสร้างและทำลายตัวอ่อน การตกแต่งพันธุกรรม การพัฒนาเซลล์ต้นกำเนิด โดยเฉพาะจากเซลล์ตัวอ่อน การตัดเพศและการแปลงเพศ เทคโนโลยีเจริญพันธุ์และการอุ้มบุญ การให้ความสำคัญของฝ่ายปกครองและความรับผิดชอบของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการค้ำมนุษย์หรืออวัยวะมนุษย์ การเคลื่อนจากหลักความเชื่อในอดีตสู่ความเป็นอิสระของผู้ป่วยและเทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับสูงไปสู่การคำนึงถึงการสาธารณสุขในวงกว้าง ระดับใดที่จะยอมรับต่อการยุติการรักษาผู้ป่วยที่แทบจะไม่มีความรู้สึกตัว พันิชกรรมชีวิต การอนุญาตให้บิดามารดาตัดเพศบุตร กฎเกณฑ์อะไรที่ควรกำหนดขึ้นเกี่ยวกับการเข้าถึงการทำแท้งได้ อะไรคือความชอบด้วยกฎหมายเพียงใดเกี่ยวกับการรณฆาต

เมื่อเข้าสู่ยุคของชีวจริยธรรมทางการแพทย์ แก่นของจริยธรรมทางการแพทย์และข้อวิพากษ์ (principlism and its critics)<sup>(21)</sup> ที่ใช้ต่อกันมาปรากฏข้อวิพากษ์หลายประการเมื่อประเมินความเป็นธรรมและความเหมาะสม เช่น แก่นของจริยธรรมซึ่งเป็นจริยธรรมประยุกต์ไม่ได้รับการใส่ใจมากพอในความสัมพันธ์เชิงตรรกะระหว่างทฤษฎีทางจริยธรรมกับข้อปฏิบัติทางศีลธรรม เกิดความล้มเหลวที่จะให้คำอธิบายได้เชิงระบบของหลักอำนาจอิสระ ประโยชน์ การไม่ก่ออันตรายและการให้ความเป็นธรรม เช่น ข้อห้ามของแพทย์เข้าไปมีส่วนทำการรณฆาตเป็นหลักการไม่ก่ออันตราย ในขณะที่มีข้อโต้แย้งว่าการช่วยทำการรณฆาตเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายที่หนักกว่าจากความทุกข์ทรมานก่อนตาย การปลุกถ่ายไตเพื่อช่วยต่อชีวิตผู้ป่วยไตวาย บางประเทศกำหนดการบริจาคไตเป็นหน้าที่ ตามหลักประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญอย่างเคร่งครัด ในสถานการณ์ของความไม่เพียงพอของระบบสาธารณสุขของประเทศ ยังจำเป็นต้องให้โอกาสเลือก

เปลี่ยนปอดทั้งผู้ที่ชอบสูบบุหรี่กับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เท่าเทียมกันแม้จะขัดต่อความรู้สึกอย่างมากตามหลักการให้ความเป็นธรรมผู้ป่วยเสมอกัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาการใช้ดุลพินิจเมื่อประโยชน์ของผู้ป่วยกับประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมขัดกัน มีผู้ที่ต้องการเพิ่มเติมหลักที่ 5 ที่เรียกว่าผลประโยชน์ร่วม (common good) เช่น ปกป้องสิ่งแวดล้อม โรคระบาด ตัวอย่างหลักที่ขัดกันเองเช่น ผู้ป่วยต้องการฆ่าตัวตาย ตามหลักอำนาจอิสระของผู้ป่วย แต่ถ้าแพทย์ไม่ห้าม กลับมีส่วนช่วยตามประสงค์ก็จะขัดต่อหลักการไม่ก่ออันตราย หากผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษาที่ถูกต้อง หากแพทย์เคารพในหลักอำนาจอิสระของผู้ป่วยก็จะขัดกับหลักประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหลักคิดแก่นจริยธรรมเป็นหลักที่ประยุกต์ขึ้นเพื่อใช้ในการปฏิบัติแตกต่างจากทฤษฎีทางศีลธรรม (moral theories) ซึ่งเป็นนามธรรม แต่ก็สามารถใช้ร่วมกันและผสมผสานกันได้เพื่อใช้เป็นทางออก เช่น ปัญหาการช่วยการฆ่าตัวตายหรือการรณฆาตจะไม่สามารถกระทำได้เมื่อหยาบยกทฤษฎีทางศีลธรรมขึ้นพิจารณา การใช้ดุลพินิจสนับสนุนว่าการรณฆาตเป็นความผิดจึงจำเป็นต้องมีเหตุผลทางศีลธรรมกำกับไว้ ศีลธรรมจะกำกับความต้องการผลลัพธ์เชิงบวก กำกับการปฏิบัติหน้าที่และกำกับสภาวะจิตใจให้มีคุณธรรม

แนวคิดผลลัพธ์เชิงบวกคือลัทธิอรรถประโยชน์ (utilitarianism)<sup>(22)</sup> เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีอรรถวิทยา (teleological theories) ความถูกผิดดูจากผลที่เกิดขึ้นต้องผลบวกเท่านั้นเพื่อให้มนุษย์มีสุขภาวะสูงสุด มีความสุข ความเป็นอยู่ที่ดีและมีความเท่าเทียม ต้องการให้คาดการณ์ล่วงหน้าถึงผลกระทบและเลือกทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย วลีที่ว่าต้องไม่กระทำใดๆ ที่ก่ออันตราย (all do no harm) ยืนยันที่จะไม่ฆ่าผู้ป่วยหนึ่งรายเพื่อรักษาชีวิตในการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะให้กับผู้ป่วยรายอื่น หลายครั้งก็ยากที่จะบ่งบอกความถูกต้องระหว่างความต้องการผลลัพธ์หนึ่งมากกว่าอีกผลลัพธ์หนึ่ง

นักปรัชญาชาวเยอรมันชื่อ Immanuel Kant ผู้ก่อตั้งทฤษฎีค่าน้ำ (Kantianism)<sup>(23)</sup> เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎี

จริยศาสตร์เชิงหน้าที่ (deontological theories) คือธรรมกำกับการกระทำตามภารกิจที่ถูกกำหนดไว้ พิจารณาความถูกผิดของการปฏิบัติหน้าที่ เช่น กฎหมายการุณยฆาตอยู่เหนือหลักความเป็นอิสระของผู้ป่วย การกระทำอย่างดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนั้นเป็นหลักการสากล ดังนั้นการกระทำต่อมนุษยชาติไม่ว่าต่อตัวเองหรือผู้อื่นไม่ใช่แค่เพียงต้องกระทำด้วยแนวปฏิบัติวิธีเดียวกันแต่ต้องกระทำให้ไปถึงที่สุดหรือจนสุดทางอย่างสม่ำเสมอและยุติธรรม สภาวิชาชีพมีส่วนสำคัญในการกำหนดข้อบังคับตามทฤษฎีจริยศาสตร์เชิงหน้าที่

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างแก่นจริยธรรมซึ่งมีความยืดหยุ่นในการใช้กับทฤษฎีทางศีลธรรมซึ่งเป็นนามธรรม การเคารพอำนาจอิสระของผู้ป่วยอาจเปรียบเทียบได้กับหลักจริยธรรมเชิงหน้าที่โดยไม่คำนึงถึงผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้ป่วย หลักประโยชน์ที่จะได้รับกับหลักไม่ก่ออันตรายตรงกับหลักต้องการผลลัพธ์ของทฤษฎีทางศีลธรรม จริยธรรมเชิงคุณธรรมเกี่ยวข้องกับการมีคุณธรรมในการทำความดีเข้าได้กับหลักผลประโยชน์ที่จะได้รับและหลักความเป็นธรรมต่อผู้ป่วยเสมอ

หลักจริยธรรมคุณธรรม (virtue ethics)<sup>(24)</sup> คือคุณธรรมอยู่ในจิตใจของผู้กระทำขณะกระทำจะเป็นแรงจูงใจแต่ละคนที่จะมองเห็นการบรรลุถึงคุณค่าที่จะได้รับจากผลลัพธ์ที่ดี กระทำสิ่งที่ถูกด้วยเหตุผลที่ถูกด้วย ไม่ใช่ทำตามความยินยอมทั้งที่ไม่ถูกต้อง<sup>(25)</sup> คุณธรรมทั้งหลายบ่งชี้ถึงคุณค่า เช่น ความซื่อตรง ความเห็นอกเห็นใจ ความกรุณา ความยุติธรรม และความกล้าหาญ การทำแท้งด้วยเหตุผลทางสังคมไม่อาจอ้างเหตุผลทางคุณธรรมได้แต่สามารถอ้างได้ด้วยเหตุผลที่ทารกที่เกิดมาไม่สามารถดำรงชีวิตปกติได้ เมื่อแพทย์รู้ผลทดสอบว่าเด็กไม่ใช่บุตรที่แท้จริงของบิดา แพทย์จะใช้คุณธรรมความซื่อตรงต่อเฉพาะสามี หรือต่อเฉพาะภรรยาหรือไม่ใช่ต่อทั้งคู่ การยกเลิกการรักษาเร่งต่อผู้ป่วยโดยไม่มี การแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย ทฤษฎีด้านศีลธรรมแม้บุคคลทั่วไปเป็นผู้กำหนดด้วยเหตุผลที่ตอบสนองความต้องการ

สังคมแต่เข้มงวดกับข้อกำหนด

ทฤษฎีทางด้านศีลธรรมที่เป็นนามธรรมและแก่นของจริยธรรมประยุกต์การปฏิบัติล้วนเป็นหลักการที่ส่งผ่านจากบนลงล่าง แต่ในทางปฏิบัติ แพทย์มักให้ความสนใจกับผู้ป่วยเป็นแต่ละราย ตอบสนองเชิงรูปธรรมแบบเฉพาะเจาะจง พิจารณาด้วยเหตุผลโดยมีทิศทางจากล่างขึ้นบน ให้เหตุผลจากรายผู้ป่วยเป็นฐาน ในอดีตที่มีความได้เปรียบของกลุ่มคนรวยที่ยึดศีลธรรมนั้นมักมีความอ่อนไหวต่อปัญหาทางจริยธรรมในชีวิตจริงเกี่ยวกับการพูดความจริง แสดงถึงความเลื่อมของตรรกะทางจริยธรรมที่สนองตอบผู้ได้เปรียบทางสังคม ผุดผาดความโต้แย้งและความหย่อนของศีลธรรม เกิดความคลาดเคลื่อนไม่ถูกต้องในการใช้เหตุผลจากบนลงล่าง ก่อเกิดหลักทฤษฎีที่เรียกว่า “การใช้เหตุผลเพื่อทำให้เชื่อในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง” (casuistry)<sup>(26)</sup> ใช้ตรวจจับความบกพร่องของหลักการทฤษฎีที่เป็นหลักการตรงกับแนวทางเดียวกันกับการพิจารณาของระบบกฎหมายจารีตประเพณี (common law) เช่นการพิจารณาผู้ป่วยรายใหม่ที่คล้ายคลึงอย่างถ่องแท้ที่มีความแตกต่างกับรายก่อน บางรายที่เหมือนกันแต่ปฏิบัติต่างกันเนื่องจากถูกยกเว้นจากการแทรกแซงการอนุญาตของแพทย์สมัยนาซีที่ปฏิบัติต่อฝ่ายตรงข้ามหรือบางรายที่เหมือนกันและสนับสนุนด้วยเหตุผลอย่างเดียวกันแต่ถูกขีดเส้นแบ่งกำหนดให้ต่างกัน เช่น การทำแท้งเป็นสิ่งผิดในขณะที่การคุมกำเนิดเป็นสิ่งถูกต้องทั้งเป็นการทำลายชีวิตที่มีขีดเส้นแบ่งของระยะเวลา จะทำอย่างไรกับผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรับเลือดทั้งที่จำเป็น มีผู้ที่รอดพ้นจากการทำแท้งอาจจะเติบโตขึ้นมาเป็นบุคคลสำคัญ ในขณะที่การยกเหตุผลที่อาจก่อให้เกิดความคาดหวังสูงเกินจริง ดังนั้นหากยึดเพียงหลักการที่ไม่คำนึงถึงแต่ละรายก็จะพบว่าในผู้ป่วยบางรายที่ถูกให้เชื่อในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง หลักการนี้จึงถูกกำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นทางเลือกในการปฏิบัติ

สังคมส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบาง เช่น สตรี ผู้พิการ เพื่อให้ได้รับการใส่ใจดูแลรักษา ทาง การแพทย์มากกว่าประชาชนทั่วไป หลักคิดจริยธรรมทางการแพทย์

แพทย์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีสตรีนิยม (feminism) เกี่ยวข้องกับความไม่เท่าเทียมทางเพศ ท้องไม่พร้อม การบริจาคร่างกายหรืออวัยวะ การถูกกดขี่ เทคโนโลยีเจริญพันธุ์ การอุ้มบุญ ทฤษฎีนี้ปฏิเสธแบบจำลองความอิสระของผู้ป่วยเฉพาะราย (individualistic model of patient autonomy) แต่เป็นการเน้นการปรับตัวด้านความสัมพันธ์และภาวะความพึ่งพิงระหว่างกัน เช่น การตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูเด็ก ความเป็นอิสระของผู้ป่วย ความเปราะบาง อานาจอิสระในเสรีภาพการประนีประนอม ทฤษฎีจริยธรรมความพิการ (disability bioethics)<sup>(27)</sup> ผู้พิการแม้ต้องการการดูแล แต่ชีวิตความพิการไม่ใช่ภาพโศกนาฏกรรมที่ไม่สิ้นสุด ในแง่มุมของจริยธรรมชีวภาพทางการแพทย์ ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่ทั้งสังคม สถาบันและโลกทางกายภาพต้องทำงานร่วมกัน สังคมยังให้ความสำคัญและก่อตั้งทฤษฎีสถิตินุษยชน (human rights) ทฤษฎีนี้มีความเป็นสากลจากองค์กรระหว่างประเทศให้ความสำคัญโดยมีการคำนึงถึงการสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชนและวาทกรรมประกอบกับการขับเคลื่อนด้านการเมืองและการใช้แง่มุมทางกฎหมายประกอบด้วย<sup>(28)</sup>

บุคคลในสังคมใช้เหตุผลในการก่อตั้งหลักคิดทั้งหลายที่กล่าวถึง แต่สังคมมีทั้งการใช้เหตุผลและการใช้ความเชื่อในการขับเคลื่อนสังคม ความเชื่อนำมาสู่การยึดถือปฏิบัติได้เช่นกันโดยก่อตั้งเป็นศาสนา ซึ่งมีคำสอนของศาสนาที่ให้ประชาชนยึดถือ หลักคิดชีวจริยธรรมทางการแพทย์ จึงมีแง่มุมของศาสนาที่นำมาใช้อ้างอิงได้เมื่อมีการพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างชีวจริยธรรมทางการแพทย์ในแง่มุมศาสนา (religious bioethics)<sup>(29)</sup> แง่มุมศาสนานั้นไม่ได้ล้าสมัย ยังคงมีประโยชน์ต่อการบังคับใช้กับจริยธรรมใหม่ๆ ที่ปรากฏขึ้น เพื่อช่วยลดความอ่อนไหวจากข้อโต้แย้งในทางปฏิบัติหรือลดผลกระทบได้ เช่น หลักการยึดถือความรักต่อเพื่อนบ้าน การยึดถือว่าพระเจ้าเป็นผู้สร้างและคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนวาทกรรมทางศาสนาที่ว่าชีวิตเป็นของขวัญที่เราไม่อาจทำลายได้ แม้แต่ความก้าวหน้าทางการแพทย์ก็สร้างสรรค์

จากพระเจ้า ศาสนายูดาห์มีหลักการว่าร่างกายเป็นของพระเจ้า การรักษาความเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ ศาสนาอิสลามมีหลักการว่าบริจาคอวัยวะเป็นส่วนหนึ่งที่ตั้งคมบังคับให้ปฏิบัติ ตามน้าหนักความเชื่อของสังคมหรือกลุ่มคนที่ศรัทธาต่อศาสนาหรือลัทธิมากกว่าการอธิบายด้วยเหตุผล

สังคมได้รับผลกระทบจากความซับซ้อนและต้องปรับตัวกับวิทยาศาสตร์ชีวภาพ ซึ่งเป็นการแพทย์สมัยใหม่ กระบวนการอยู่ร่วมกันในสังคมชุมชนอย่างมาก เช่น เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์แทน อาจกระทบต่อการค้ำมนุษย์ การโคลนนิ่งหรือเทคโนโลยี-สเต็มเซลล์จากการสร้างตัวอ่อนจะกลายเป็นสร้างมนุษย์ การคัดเพศกระทบต่อความสมดุลประชากร การตกแต่งยีนหรือโปรตีน เทคโนโลยีการคัดเลือกพันธุ์หรือการกระทำที่เกี่ยวข้องกับแผนกพันธุกรรม การณยฆาต สังคมชุมชนจะเอาอย่างไรกับเรื่องเหล่านี้ จุดไหนหรือระดับไหนที่ต้องการหรือปฏิเสธ ทิศทางหรือยุทธศาสตร์ของสังคมจะไปทางไหน สังคมชุมชนจึงเข้ามามีส่วนร่วมและใช้เหตุผลร่วมกันในการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์เกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์นี้ เรียกว่า “กลยุทธ์การใช้เหตุผลร่วมกัน” (common justificatory strategies) ประเด็นที่สำคัญและถูกหยิบยกขึ้นถกเถียงบ่อยได้แก่ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิตมนุษย์ และบทบาทของพระเจ้า เช่น กรณีการณยฆาต โคลนนิ่ง หรือการทำแท้ง อาจหยิบยกประสงค์ของพระเจ้าหรือเป็นอภิสิทธิ์ของพระเจ้าขึ้นกล่าวอ้าง<sup>(30)</sup> กรณีอ้างว่าขัดต่อความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิตมนุษย์ที่เลือกระหว่างการแพทย์เข้าไปแทรกแซงหรือควรปล่อยให้ธรรมชาติดำเนินไป ซึ่งก็จะเป็นการเปิดประเด็นความขัดแย้งต่อหลักความเท่าเทียม ต่อการใช้เหตุผลทางวิชาการหรือความจริงทางวิทยาศาสตร์ แม้ผู้ที่มีความรอบรู้จะมีความสามารถโต้แย้งกับหลักอื่น ๆ ได้ แต่ความขัดแย้งกับธรรมชาติของมนุษย์อาจเป็นการกระทำที่ขัดแย้งกับความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิตมนุษย์นั้น<sup>(31)</sup> การช่วยการสืบพันธุ์ด้วยเทคโนโลยีเจริญพันธุ์อาจขัดแย้งกับธรรมชาติของมนุษย์ที่ไม่ควรแทรกแซงหรือไม่ การทำหัตถการที่เปิดเผยร่างกายโจ่งแจ้งไม่ว่าจะเกิดจากความ

ตั้งใจหรือไม่ เป็นสิ่งที่ขัดแย้งต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์  
หลายครั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นยังไม่สามารถอธิบาย  
ผลลัพธ์หรือวิธีการตรวจรักษาได้ด้วยเหตุผลทาง  
วิทยาศาสตร์การแพทย์รวมถึงการแพทย์ทางเลือก ความ  
เสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายก่อนที่ไม่เคยปรากฏว่าจะมี  
อันตรายหรือความผิดปกติทางเทคนิคใดตั้งแต่แรก  
เปรียบเสมือนกับการขึ้นทางลาดที่ไม่เห็นมีอันตรายใดๆ  
แต่กลับร่วงหล่นมา (the slippery slope)<sup>(32)</sup> และไม่สามารถอธิบายได้ในภายหลัง แต่อาจจะเกิดความเสียหาย  
กับผู้ป่วยรายอื่นอีกหากต้องรอให้ค้นพบเหตุผลทาง  
วิทยาศาสตร์ก่อน เมื่อใช้กลยุทธ์การใช้เหตุผลร่วมกัน  
และไม่มีเหตุผลใดที่จะยกเลิกวิธีการตรวจรักษาที่มี  
ประโยชน์นั้น สังคมอาจตกลงกันใช้วิธีกำหนดแนวปฏิบัติ  
ได้อย่างมีเงื่อนไข เป็นข้อกำหนดชีวจริยธรรมทางการแพทย์  
เพื่อตอบสนองการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่าง  
เหมาะสมได้เช่นกัน

### สรุป

การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ เป็นการใช้ความรู้  
ซึ่งเป็นความจริงทางวิทยาศาสตร์ในการตรวจรักษาดูแล  
ผู้ป่วยอยู่ในสังคมหนึ่งๆ ที่มีประเพณี ค่านิยมและความ  
เชื่อที่สังคมกำหนดว่าเป็นความดีเลวผ่านข้อศีลธรรม ใน  
ขณะที่จริยธรรมเป็นเครื่องมือที่สังคมกำหนดความถูกต้อง  
ของพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ โดยคำนึงถึงคุณธรรมใน  
จิตใจของผู้กระทำที่ส่งผลถึงคุณค่าต่างๆ จริยธรรม  
ทางการแพทย์มีวิวัฒนาการจากยุคจริยธรรมทางการแพทย์  
แบบดั้งเดิม แพทย์จะเป็นผู้กำหนดแนวทางการ  
รักษาและตัดสินใจด้วยอำนาจความสัมพันธ์ที่เหนือกว่า  
ยุคที่สองคือจริยธรรมทางการแพทย์แบบบรรทัดฐาน  
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการหรือผู้ประกอบ  
ธุรกิจกับผู้บริโภค มีมาตรฐานการดูแล มาตรฐานวิชาการ  
มาตรฐานและระดับความระมัดระวัง สิทธิของผู้ป่วยและ  
หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ ประกอบกันเป็นหลักเกณฑ์  
เงื่อนไขและแนวปฏิบัติที่ต้องยึดถือ ยุคที่สามคือชีว-  
จริยธรรมทางการแพทย์ ที่มีความซับซ้อนในการปฏิบัติ

และตัดสินใจทางการแพทย์ภายใต้ความก้าวหน้าทาง  
เทคโนโลยีชีวภาพที่ซับซ้อนยากต่อการตัดสินใจเลือกกว่า  
อะไรคือผลที่ดีที่สุดนั้น จากการรวบรวมความรู้ทาง  
สังคมศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง จากหลักคิดจริยธรรมทั่วไปที่มี  
พื้นฐานการพัฒนาจากหลักปรัชญาสู่หลักคิดจริยธรรม  
ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นจริยธรรมแบบประยุกต์ ให้  
สอดคล้องกับการปฏิบัติที่เป็นการเฉพาะสำหรับด้านการ  
แพทย์ โดยมีแก่นของจริยธรรมทางการแพทย์ที่ได้ใช้เป็น  
เครื่องมือทางจริยธรรมที่สืบทอดกันมาเพื่อให้ผู้ประกอบการ  
วิชาชีพทางการแพทย์ใช้ยึดถือปฏิบัติ อ้างอิงและตรวจสอบ  
ความถูกต้องที่เน้นถึงหลักความเป็นอิสระของผู้ป่วย  
ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ การไม่ก่ออันตรายและความ  
เป็นธรรมในการดูแลและผู้ป่วยเสมอกัน หลายครั้งที่มิชอบได้  
แย้งในทางปฏิบัติ หรือขัดแย้งกันเองของแต่ละหลัก แต่  
ก็มีความยืดหยุ่นในการใช้เหตุผลประกอบทางเลือกผ่าน  
เงื่อนไขข้อจำกัดต่างๆ ไปได้ แต่กลับมีความยากยิ่งขึ้น  
มากจากการแพทย์ชีวภาพที่ก้าวหน้าในปัจจุบันเข้าสู่ยุค-  
ชีวจริยธรรมทางการแพทย์ แก่นของจริยธรรมทางการแพทย์  
ที่ยืดหยุ่นถูกวิพากษ์อย่างมากกว่ามีความถูกต้อง  
เหมาะสมหรือไม่ มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับทฤษฎีทาง  
ศีลธรรมซึ่งเป็นหลักจริยธรรมทั่วไปเพียงใด อันเป็น  
หลักการที่บางครั้งยังต้องกลับไปหยาบยกขึ้นมาใช้อ้างอิง  
ได้ ประกอบด้วยหลักจริยธรรมเชิงหน้าที่ ทั้งที่ไม่ต้องการ  
ผลลัพธ์เพียงปฏิบัติได้ครบถ้วน และที่ต้องการผลลัพธ์ซึ่ง  
ต้องเป็นด้านบวก ยังมีข้อวิพากษ์ที่แสดงถึงลักษณะเป็น  
นามธรรมของการพิจารณาจากบนลงล่างของทฤษฎีที่  
สองข้างต้น ก่อให้เกิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเมื่อเปรียบ  
เทียบกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในแต่ละ  
รายจากล่างขึ้นบนเมื่อต้องเผชิญกับความซับซ้อนของการ  
แพทย์ชีวภาพ ก่อเกิดหลักทฤษฎีที่เรียกว่า “การใช้เหตุผล  
เพื่อทำให้เชื่อในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง” ไว้เป็นทางแก้และทาง  
เลือก ทฤษฎีสตรีนิยม ทฤษฎีจริยธรรมความพิการ และ  
ทฤษฎีสถิมนุษยชน มีความเฉพาะเจาะจงที่ต้องให้ความสำคัญ  
สำคัญเป็นพิเศษในการให้การดูแล ชีวจริยธรรมทางการแพทย์  
ข้างต้นเป็นหลักที่ใช้เหตุผลในการอ้างอิง แต่สังคม

มีความผูกพันกับความเชื่อทางศาสนาแม้ในอดีตมักใช้เป็นหลักในการอ้างอิง แต่ปัจจุบันก็ยังมีที่ใช้แง่มุมศาสนาต่อการบังคับใช้กับจริยธรรมใหม่ๆ ที่ปรากฏขึ้น เพื่อช่วยลดความอ่อนไหวจากข้อโต้แย้งในทางปฏิบัติหรือลดผลกระทบได้ นอกจากความซับซ้อนของการแพทย์ชีวภาพที่กระทบต่อทางเลือกของหลักชีวจริยธรรมทางการแพทย์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแล้วยังกระทบต่อชุมชนสังคมด้วย สังคมชุมชนจึงเข้ามามีส่วนร่วมและใช้เหตุผลร่วมกันในการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์เกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์โดยหลัก “กลยุทธ์การใช้เหตุผลร่วมกัน” ที่อ้างถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิตมนุษย์ และบทบาทของพระเจ้า รวมถึงกรณีสังคมอาจตกลงกันใช้วิธีกำหนดแนวปฏิบัติได้อย่างมีเงื่อนไข เมื่อมีความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ไม่เคยปรากฏว่าจะมีอันตรายหรือความผิดปกติทางเทคนิคใดตั้งแต่แรก และไม่สามารถอธิบายได้ในภายหลังเกิดขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. จรัญ โฆษณานันท์. นิติปรัชญา Law 4007. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2561.
2. จินตนา บุญบังการ. จริยธรรมทางธุรกิจ (business ethics). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
3. Bondanella JC, Bondanella P, editors. The Philosophy Behind Raphael's "School Of Athens". Oxford: Oxford University Press; 1991.
4. Wikipedia. Ethics [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: <https://en.wikipedia.org/wiki/Ethics>
5. พิศาล เทพสิทธิ์. จริยธรรมในการประกอบวิชาชีพของทันตแพทย์. ใน: คณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิและคณาจารย์คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, บรรณาธิการ. เอกสารประกอบการเรียนรายวิชา ทพคร 542 กฎหมายและนิติทันตวิทยา (เล่ม 1) ของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 5 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559; 2559; คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: 2559. หน้า 90-4.
6. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. จรรยาแพทย์มาถึงยุคชีวจริยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. วิญญูชน; 2559.
7. Wikipedia. Medical ethics [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: [https://en.wikipedia.org/wiki/Medical\\_ethics](https://en.wikipedia.org/wiki/Medical_ethics)
8. Lefer G. Hippocrates' Oath (translated by Amelia Arenas) [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: [https://www.bu.edu/arion/files/2010/03/Arenas\\_05Feb2010\\_Layout-3.pdf](https://www.bu.edu/arion/files/2010/03/Arenas_05Feb2010_Layout-3.pdf)
9. Schweitzer A. The Nobel Peace Prize 1952. In: Jahn G, editor. Award ceremony speech. The Nobel Prize; 1953 Dec 10; Auditorium of the University of Oslo, Oslo: 1953 [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: <https://www.nobelprize.org/prizes/peace/1952/ceremony-speech/>
10. Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits. 2<sup>nd</sup> ed. Westport: Praeger Publishers; 2006.
11. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992;267(16): 2221-6.
12. Jaffey AJE. Volenti non fit injuria. The Cambridge Law Journal 1985;44(1):87-110.
13. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124, ตอนที่ 16 ก (ลงวันที่ 19 มีนาคม 2550).
14. Jones CJ. Autonomy and informed consent in medical decision making: toward a new self-fulfilling prophecy. Wash Lee Law Rev 1990;47(2):379-430.
15. แพทยสภา. สิทธิผู้ป่วย คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ลงวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2558. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 23 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://>

- www.tmc.or.th/privilege.php
16. Parliament of the United Kingdom. The Apothecaries Act 1815. Citation 55 Geo.III, c.194.
17. American Medical Association. Code of Medical Ethics overview. Philadelphia: TK and PG Collins Printers; 1848.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health care system. [Internet]. Washington: National Academy Press; 1999.
19. Rothman DJ. Stranger at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision-making. New York: Basic Books; 1991.
20. Snyder L, Leffler C. Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians. Ethics manual. Fifth edition. *Ann Intern Med* 2005;142(7):560-82.
21. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7<sup>th</sup> ed. Oxford: Oxford University Press; 2013.
22. Häyry M. Utilitarianism and bioethics. In: Ashcroft RE, Dawson A, Draper H, McMillan JR, editors. Principles of health care ethics. 2<sup>nd</sup> ed. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons; 200. p. 57-64.
23. Secker B. The appearance of Kant's deontology in contemporary Kantianism: concepts of patient autonomy in bio-ethics. *J Med Philos* 1999;24(1):43-66.
24. Hursthouse R. Virtue theory and abortion. *Philos Public Aff* 1991;20(3):223-46.
25. Dworkin R. Life's Dominion: An Argument about Abortion and Euthanasia. London: HarperCollins; 1993.
26. Arras JD. Getting down to cases: the revival of casuistry in bioethics. *J Med Philos* 1991;16(1):29-51.
27. Scully JL. Disability and vulnerability: on bodies, dependence, and power. In: Mackenzie C, Rogers W, Dodds S, editors. *Vulnerability: new essays in ethics and feminist philosophy*. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 201-21.
28. Fenton E, Arras JD. Bioethics and human rights: curb your enthusiasm. *Camb Q Healthc Ethics* 2010;19(1):127-33.
29. Callahan D. Religion and secularization of bioethics. *Hastings Center Report* 1990;20(4):2-4.
30. Chadwick RF. Playing god. *Cogito* 1989;3(3):186-93.
31. Beyleveld D, Brownsword R. Human dignity in bioethics and biolaw. Oxford: Oxford University Press; 2001.
32. Schauer F. Slippery slopes. *Harvard Law Review* 1985; 99(2):361-83.

**Abstract: Medical Ethics Concept**

**Pairoj Boonsirikamchai, M.D., Dip. Obstetrics and Gynecology, M.B.A., Bar-at-law., LL.D.**

*Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):376-88.*

Both morality and ethics are branches of philosophy. Whereas morality is a taboo pointing out the good and the bad, ethics is a tool for society to determine right and wrong in the behavior of a person that changed over time. Medical practice based on science is one of the most important components of society both the cause and the affected person at the same time. The image appears in the role of ethics reflecting on the concept from past to present. This article gathers knowledge of the social sciences for the transmission and may apply according to the context of the individual, emphasis on “medical ethics” which is an applied ethics. Early traditional medical ethics based on wisdom, belief tradition, experience and religious influence. Relationships between doctor and patient are mutual faith, trust & believe like paternalism. Come to the normative medical ethics that become the provider and the recipient or business operators and consumer’s relation. There are standard of care and practice, standard and level of caution, patient’s right and duties of a practitioner, together as a criterion terms and practices that must be adhered. In medical practice with consideration decision making and treatment of patients. Will take into the respect of patient’s autonomy, beneficence, non-maleficence and justice, which is the core of medical ethics call “principlism” practiced continuously in normative medical ethics era. In the bio-medical ethics era. “principlism” still, primarily because of its relational flexibility. But there are criticisms that may be contrary to “moral theory”. There is also an argument for abstract reasoning and believe that it is not correct when considering the care of each patient in “bottom-up” direction. Another revised concept is “casuistry theory”. Some ethical principles specific to females or disability persons and human rights theory. Many cases need to be referred to the aspect of religion. Many times, it must be taken into account of the common reasoning aspect that the social community needs. That are common justificatory strategies focusing on the debate about human dignity, the sanctity of human life, and playing god. Using medical ethics therefore requires a combination of these principles.

**Keywords: medical ethics; concept; image; principlism**