

วารสารวิชาการ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



Department of health Service Support Journal
Vol.14 No.1 January - April 2018 ISSN : 1905-0755



คำนำ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ก้าวสู่ปีที่ 14 ถ้าเปรียบเทียบกับช่วงชีวิตของมนุษย์ถือว่าเป็นช่วงเวลาของการก้าวสู่วัยรุ่น ที่มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปลักษณ์ภายนอกและองค์ประกอบภายใน พร้อมทั้งจะเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพต่อไปในวันข้างหน้า เช่นเดียวกับวารสารวิชาการฉบับนี้ ที่มีการพัฒนากระบวนการจัดการเพื่อให้เป็นวารสารที่มีคุณภาพตามมาตรฐานดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI : Thai-Journal Citation Index) ฉบับแรกของปี พ.ศ. 2561 นี้เต็มไปด้วยเนื้อหาวิชาการที่น่าสนใจ ทั้งด้านการบริหารจัดการการเงินการคลัง ด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมของระบบสุขภาพเพื่อรองรับการสาธารณสุขอาเซียน ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยของการใช้เครื่องแพทย์ การส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรมในเด็กและประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งการพัฒนาทักษะชีวิตนักศึกษาพยาบาลที่จะเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่สำคัญต่อไป

บรรณาธิการ

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ กลุ่มแผนงาน ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 – 193 – 7092 e – mail planhss.journal@gmail.com

สารบัญ

การจัดการการเงินเพื่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี บุปผา ยศศักดิ์ศรี	3
การป้องกันและควบคุมโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว วชิรพันธ์ ชัยนนธ์, ชาทิวดี ธนบัตร	12
การศึกษาความพร้อมของระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อรองรับการสาธารณสุขอาเซียน ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2559 ปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์, ศิริพร ประนมพนธ์	21
ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย กิ้น กอด เล่น เล่า ต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก จังหวัดร้อยเอ็ด อัมรา อารงทรัพย์, ผุสดี กุลสุวรรณ, รัตนา ศิวีสาร	35
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 6 นางภรณ์ วสุเสถียร	42
ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง ลำเจียก กำธร, โสภิต สุวรรณเวลา	54
การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์ หลังออกสู่ตลาดในประเทศไทย ยุวดี พัฒนวงศ์	69



การจัดการการเงินเพื่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี

Effective financial management for management Of Chaoprayayomarat Hospital Suphanburi Province Health Office

บุปผา ยศศักดิ์ศรี

โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เนื่องจากในไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ 2559โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าเริ่มขาดสภาพคล่องทางการเงิน เกิดภาวะวิกฤตระดับ 6 คือ การเกิดภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาล ระดับมาก จากเกณฑ์การคิดวิเคราะห์ข้อมูลวิกฤตทางการเงิน 7 ระดับ เกณฑ์ประเมินการบริหารการเงินการคลัง สุขภาพ (Financial Administration Index : FAI) หมายถึง เกณฑ์ที่สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นเครื่องมือ ประเมินคุณภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลในสังกัด จึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงิน ในเชิงลึกที่มีรายละเอียดหลายๆ ด้าน ทั้งสิทธิการรักษาพยาบาลและหมวดรายจ่ายต่างๆ จะช่วยให้การจัดการทางการเงินเพื่อการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ 6 ได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถคาดการณ์รายได้ที่พึงได้รับและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดำเนินงาน การรับรู้ภาระหนี้สินที่มีอยู่ สำหรับการวางแผนเพื่อชำระหนี้ในอนาคต รวมถึงแผนการเรียกเก็บเพื่อให้หน่วยงาน มีสภาพคล่อง โดยอาศัยเครื่องมือในการวิเคราะห์งบการเงินเป็นเครื่องมือในการศึกษา วิธีการศึกษา และเครื่องมือ : ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิของงบการเงินโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา พบว่า (1) วิเคราะห์อัตราส่วนด้านสภาพคล่องทางการเงิน ในปี 2557 ถึง 2559 เท่ากับ 1.59, 1.48 และ 1.07 สะท้อนให้เห็นว่าสินทรัพย์หมุนเวียนมากกว่าหนี้สินหมุนเวียนและมีความคล่องตัวในการชำระหนี้สินหมุนเวียนค่อนข้างน้อย (2) วิเคราะห์อัตราส่วนความสามารถในการบริหารสินทรัพย์ ของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวรรวม มีอัตราส่วนเท่ากับ 1.12, 0.99 และ 1.01 แสดงให้เห็นในภาพรวมว่ารายรับลดลงเมื่อเทียบกับสินทรัพย์รวม มีการเพิ่มขึ้นของสินทรัพย์มากกว่าการเพิ่มขึ้นของรายรับ ความสามารถในการบริหารสินทรัพย์ของโรงพยาบาลที่ทำให้ก่อเกิดรายได้ค่อนข้างน้อย (3) วิเคราะห์อัตราส่วนความสามารถในการก่อหนี้ โรงพยาบาลมีหนี้สินต่อสินทรัพย์รวมเพิ่มขึ้นทุกปี เท่ากับโรงพยาบาลมีภาระหนี้สินเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีหนี้สินเพิ่มขึ้นและต้นทุนลดลงทุกปี ซึ่งเกิดจากรายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย (4) วิเคราะห์อัตราส่วนแสดงความสามารถในการทำกำไร โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยามรราช มีรายรับต่ำกว่าค่าใช้จ่าย แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยามรราชใช้ประโยชน์จากสินทรัพย์ที่มีอยู่ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพโดยเห็นได้จากอัตราส่วน 0.12, 0.50 และ -0.07 มีกำไรลดลง ข้อเสนอแนะ : ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางงบการเงินในแต่ละด้านผู้บริหารสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวนำไปวางแผนการปฏิบัติงาน และวางแผนเกี่ยวกับการจัดการงบประมาณรายจ่ายในปีงบประมาณต่อไป และการวิเคราะห์สภาพคล่องของโรงพยาบาลควรจะต้องมีการวัดผลระหว่างปีงบประมาณเพิ่มด้วย จะทำให้หน่วยงานมีการวางแผนเกี่ยวกับการเรียกเก็บเงินให้มีความทันเวลา ครบถ้วน ถูกต้องได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การวิเคราะห์งบการเงิน มาตรฐานการบัญชี สินทรัพย์



Abstract

In the fourth quarter of fiscal year 2016 Chaoprayayomarat hospital. Suphanburi Province Began to lack financial liquidity The crisis level 6 was found. The financial crisis of high level hospitals. Based on 7 Critical Thinking Criteria. The Financial Administration Index (FAI) refers to the criteria used by the Office of the Permanent Secretary for Health to measure the quality of the financial management of the hospital. In-depth financial analysis. There are many details. Both the right to treatment. And various expenditure categories It allows financial management for financial management for hospitals. Can effectively control financial problems level 6. Objective : The hospital aims to provide a predictable income they receive and costs arising form operations, Recognition of existing debt. Planning for future Obligations. The plan includes collection agencies, So that liquid. Using tools to analyze financial statements. As an educational tool. Study designs Material and Methods : In the study mapped. Studies form secondary accounts of Chaoprayayomarat hospital provincial health office. Fiscal year 2014-2016

Result : It was found that (1) The ratio of financial liquidity ratio in year 2557 to 2019 was 1.59, 1.48 and 1.07, reflecting that the current assets rather than current liabilities and liquidity were relatively low. In Asset Management Of Chaoprayayomarat Hospital Total Fixed Asset Turnover The ratios of 1.12, 0.99, and 1.01 show that overall revenue decreases when compared to total assets. Chaoprayayomarat Hospital has an increase in assets rather than an increase in receipts. The asset management of the hospitals that generate income is relatively low. (3) Analysis of debt service coverage ratio. The hospital has a debt to total assets increase every year. Equivalent to Chaoprayayomarat Hospital, the debt burden increased. It shows that hospitals have increased liabilities and reduced costs every year. This is caused by lower-cost revenues. (4) Profitability Ratio Analysis Chaoprayayomarat Hospital Income is lower than cost. It shows that the Chaoprayayomarat Hospital utilizes the assets that are rarely available. As seen from the ratio of 0.12,0.50 and -.07.07, the profit fell. Conclusion : In the analysis of financial information in each aspect, management can use such information to plan the operation. And planning on budgeting for next fiscal year and hospital liquidity analysis should also be measured during the fiscal year, This will allow the agency to plan for billing to be more timely, accurate, and better.

Keywords: Analysis of financial statements, accounting standards, assets



บทนำ

รัฐบาลได้กำหนดวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์การปฏิรูปประเทศให้มีทิศทางที่ชัดเจนพร้อมกำหนด “กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579” เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนประเทศไทยแลนด์ 4.0 กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยยุทธศาสตร์หลักเพื่อก้าวสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ

- 1) Prevention and Promotion Excellence การพัฒนาและให้ความสำคัญกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพควบคุมและป้องกันโรค โดยเน้นสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ
- 2) Service Excellence การให้ความสำคัญของระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นหนักทั้งระบบปฐมภูมิ (Primary Care) ระบบบริการตาม Service Plan และการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellence Center) รวมทั้งเน้นบริการที่มีรอยยิ้ม สร้างความประทับใจให้กับประชาชนผู้มารับบริการ
- 3) People Excellence การสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความเป็นเลิศในทุกด้าน พร้อมทั้งมีความสุขในการปฏิบัติงาน โดยเน้นงานด้าน Human Resource Planning, Human resource development และ Human resource management
- 4) Governance Excellence การพัฒนาระบบบริหารจัดการต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพโดยเน้นหนักด้านข้อมูลและระบบสารสนเทศ (information technology) ที่ทันสมัยพร้อมทั้งระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ จะมุ่งเน้นผลงานและผลลัพธ์แทนการควบคุมปัจจัยนำเข้าและการกระจายความรับผิดชอบในการบริหารการเงินให้หน่วยงานมีอิสระและคล่องตัวในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อผลิตผลงานตามพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของแต่ละหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ปีงบประมาณ 2559 จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงิน สถานการณ์ทางการเงินโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 ไตรมาสที่ 3 พบว่า มีภาวะวิกฤตทางการเงิน

ระดับ 3 ไตรมาสที่ 4 พบว่าเริ่มขาดสภาพคล่องทางการเงิน จนเกิดภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 6 หน่วยงานจึงจำเป็นต้องดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินในเชิงลึกที่มีรายละเอียดหลายๆ ด้าน ทั้งสิทธิการรักษาพยาบาล และหมวดรายจ่ายต่างๆ มีข้อมูลทางบัญชีที่สมบูรณ์เพียงพอต่อการวิเคราะห์ฐานะการเงินและประเมินผลการดำเนินงานทางการเงิน เพื่อให้หน่วยงานบริการสามารถคาดการณ์รายได้ที่พึงได้รับและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดำเนินงาน ทำให้หน่วยบริการทราบทิศทางแนวโน้มผลประกอบการในปีต่างๆ รับรู้ภาระหนี้สินที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน แผนกก่อนนี้ในอนาคต สำหรับการวางแผนชำระหนี้ที่เหมาะสม รับรู้ถึงสิทธิเรียกร้องที่พึงได้รับจากการให้บริการ เพื่อให้มีการวางแผนการเรียกเก็บเงินอย่างครบถ้วน รวดเร็ว เพื่อเสริมสภาพคล่องแก่หน่วยงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินมาใช้ในการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ การบริหารงานของหน่วยงาน ทราบถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของหน่วยงาน เป็นการเตือนให้ทราบถึงฐานะของหน่วยงานว่าเป็นอย่างไร หากพบปัญหาและสิ่งผิดปกติ จะได้แก้ไขได้ทันท่วงที นอกจากนี้ยังช่วยพยากรณ์ถึงผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยงานบริการสามารถคาดการณ์รายได้ที่พึงได้รับและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดำเนินงาน ทำให้หน่วยบริการทราบทิศทางแนวโน้มผลประกอบการในปีต่างๆ
2. เพื่อให้หน่วยบริการรับรู้ภาระหนี้สินที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน แผนกก่อนนี้ในอนาคต สำหรับการวางแผนชำระหนี้ที่เหมาะสม
3. เพื่อให้หน่วยบริการได้รับรู้ถึงสิทธิเรียกร้องที่พึงได้รับจากการให้บริการ เพื่อให้มีการวางแผนการเรียกเก็บเงินอย่างครบถ้วน รวดเร็ว เพื่อเสริมสภาพคล่องแก่หน่วยงาน



วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยได้ค้นคว้าข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ โดยกำหนดขอบเขตของข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลจากงบแสดงฐานะการเงินและงบแสดงผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี โดยใช้ข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – 2559 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2559)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์งบการเงินประกอบด้วย

2.1 การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน (Ratio Analysis)

2.2 การวิเคราะห์ตามแนวตั้ง (Vertical Analysis)

2.3 การวิเคราะห์ตามแนวนอน (Horizontal Analysis)

2.4 การวิเคราะห์ตามแนวโน้ม (Trend Analysis)

3. วิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการเก็บแบบวิธีทุติยภูมิที่ใช้ในการวิจัยจากเอกสารแล้ว จึงนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามทฤษฎีที่ได้ศึกษาไว้ในเบื้องต้นซึ่งผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1 ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวเป็นแบบเชิงพรรณนาที่ได้จากการวิเคราะห์ตัวเลขงบการเงินอธิบายถึงความสัมพันธ์ของอัตราส่วนทางการเงิน 2 ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวเป็นแบบเชิงพรรณนาที่ได้จากการวิเคราะห์รายงานประจำปี ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ทั้ง 2 ส่วนนี้แสดงให้เห็นถึงสภาพคล่องทางการเงิน การคาดการณ์รายได้ที่พึงได้รับและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดำเนินงานความสามารถในการก่อหนี้ และการวางแผนการชำระหนี้รวมถึงการวางแผนการเรียกเก็บ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ มีสินทรัพย์หมุนเวียนลดลง แต่มียอดลูกหนี้ที่เพิ่มมากขึ้น

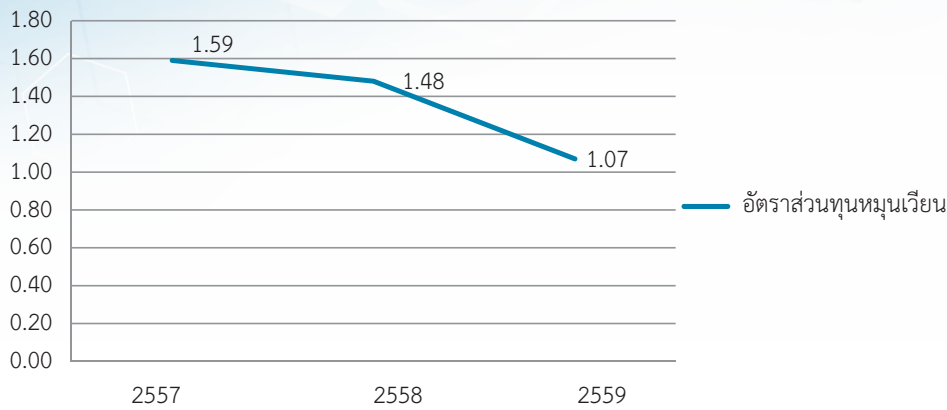
ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ร้อยละ 631.999 สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีงานระหว่างก่อสร้างและครุภัณฑ์ Interface หนี้สินเพิ่มขึ้นจากเจ้าหนี้การค้าและเจ้าหนี้อื่น เงินนอกงบประมาณหน่วยงานจึงมีความคล่องตัวในการชำระหนี้ค่อนข้างน้อย รายได้ของโรงพยาบาลมีสัดส่วนที่ลดลง จากค่ารักษาพยาบาลสำหรับโครงการสุขภาพถ้วนหน้า UC รายได้จากบริการบุคคลภายนอก ส่วนรายได้ของโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 มาจากรายได้จากการช่วยเหลือเพื่อการดำเนินงานและรายได้แผ่นดินอื่น สำหรับค่าใช้จ่ายจากการดำเนินการที่เป็นค่าใช้จ่ายประจำในส่วนของเงินเดือนและค่าจ้าง ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น ค่าจ้างเหมาบริการ และการจ้างงาน ส่งผลให้รายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงานลดลงจนถึงร้อยละ -7.243

1. การวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน อัตราส่วนทุนหมุนเวียนของโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ถึงปีงบประมาณ 2559 เท่ากับ 1.59, 1.48 และ 1.07 เท่า ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามีสินทรัพย์หมุนเวียนมากกว่าหนี้สินหมุนเวียนและมีความคล่องตัวในการชำระหนี้สินหมุนเวียนค่อนข้างน้อย ซึ่งโดยปกติแล้วอัตราส่วนที่เหมาะสมคือ 2 : 1

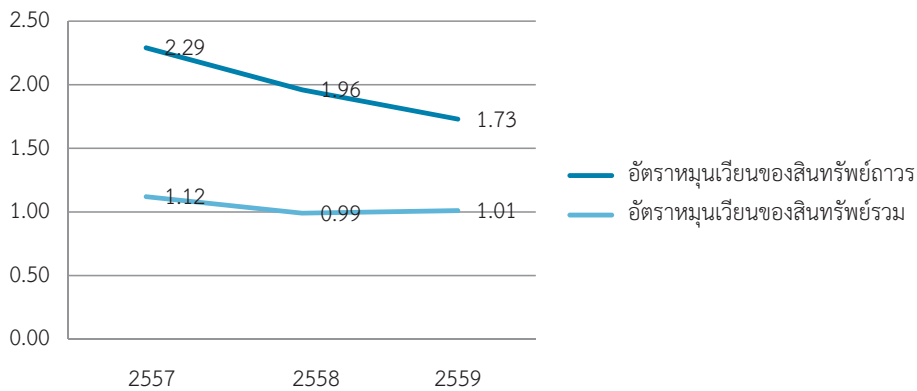
2. การวิเคราะห์สมรรถภาพในการดำเนินงานหรือความสามารถในการบริหารสินทรัพย์ ประกอบด้วย

2.1 อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – 2559 มีอัตราส่วนเท่ากับ 2.29, 1.96 และ 1.73 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ารายรับมียอดลดลงทุกปี เมื่อเทียบกับสินทรัพย์ไม่หมุนเวียนที่เพิ่มขึ้น อาจมีสินทรัพย์ไม่หมุนเวียนมากเกินไปจนต้องการและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน

2.2 อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2559 มีอัตราส่วนเท่ากับ 1.12, 0.99 และ 1.01 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อ 2.1 แสดงให้เห็นในภาพรวมว่ารายรับลดลงเมื่อเทียบกับสินทรัพย์รวม



ภาพที่ 2 อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – 2559



ภาพที่ 3 การเปรียบเทียบอัตราส่วนแสดงสมรรถภาพในการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 - พ.ศ.2559

3. การวิเคราะห์สภาพเสี่ยง ประกอบด้วย

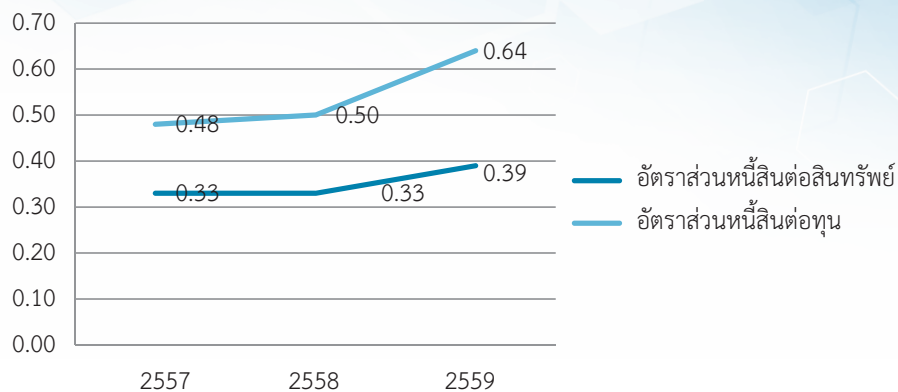
3.1 อัตราส่วนหนี้สินต่อสินทรัพย์ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – 2559 มีหนี้สินต่อสินทรัพย์รวมเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 0.48, 0.50 และ 0.64 ซึ่งเท่ากับโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีภาระหนี้สินเพิ่มขึ้น

3.2 อัตราส่วนหนี้สินต่อทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – 2559 มีอัตราส่วนเท่ากับ 0.33, 0.33 และ 0.39 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีหนี้สินเพิ่มขึ้น และทุนตั้งต้นลดลงในทุกปี ซึ่งเกิดจากการรายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย

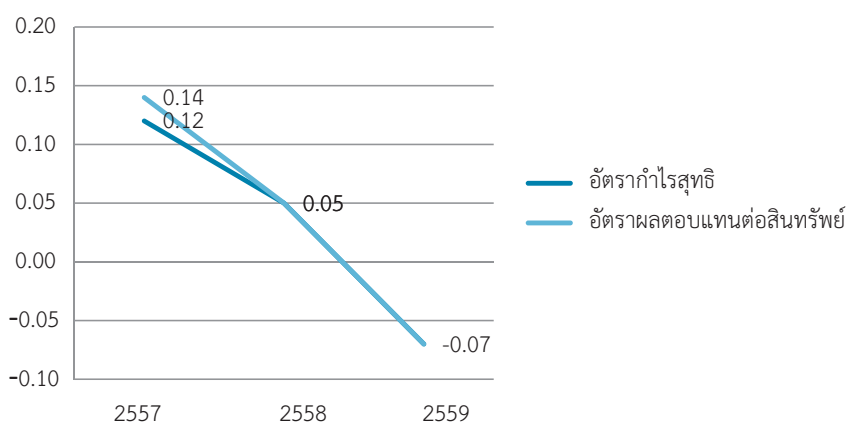
4. การวิเคราะห์ความสามารถการทำกำไร ประกอบด้วย

4.1 อัตรากำไรสุทธิ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – 2559 มีอัตราส่วนเท่ากับ 0.12, 0.50 และ -0.07 ตามลำดับ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีรายรับต่ำกว่าค่าใช้จ่าย

4.2 อัตราส่วนหนี้สินต่อทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – 2559 มีอัตราส่วนเท่ากับ 0.14, 0.50 และ -0.07 ตามลำดับ หากมองเพียงด้านรายรับจะแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีรายรับต่ำกว่ารายจ่าย



ภาพที่ 4 การเปรียบเทียบสภาพเสี่ยงปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – 2559



ภาพที่ 5 การเปรียบเทียบอัตราส่วนวัดความสามารถในการทำกำไร ปีงบประมาณ พ.ศ.2557- 2559

อภิปรายผล

จากการศึกษา การจัดการเงินเพื่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพ มีประเด็นนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1) งบแสดงฐานะการเงินด้านสินทรัพย์ หนี้สิน และทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โดยกำหนดให้ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 เป็นปีฐาน

ด้านสินทรัพย์โดยภาพรวม จะเห็นได้ว่าสินทรัพย์มีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป คือ สินทรัพย์หมุนเวียนมีสัดส่วนลดลงทุกปี แต่สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น สาเหตุที่ทำให้สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนเพิ่มขึ้นจะมีงานระหว่างก่อสร้าง และครุภัณฑ์ Interface พบว่าการที่สินทรัพย์ไม่หมุนเวียนเพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการขยายสาขาของการให้บริการตามอาคารต่างๆ มากขึ้น

ด้านหนี้สิน โดยภาพรวมหนี้สินของโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราชมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 โดยหนี้สินรวมมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุที่ทำให้หนี้สินเพิ่มขึ้นจากเจ้าหนี้การค้าและเจ้าหนี้อื่นเงินนอกงบประมาณ ด้านทุน จะเห็นได้ว่าทุนตั้งต้นของโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราชมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป มีสัดส่วนลดลงจากปีฐาน

2) งบแสดงผลการดำเนินงานด้านรายได้ ค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โดยกำหนดให้ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 เป็นปีฐาน

ด้านรายได้ ในภาพรวม จะเห็นว่าโครงสร้างรายได้ของโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราชมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป คือ รายได้มีสัดส่วนที่ลดลง สาเหตุที่ทำให้รายได้ลดลงจากรายได้จากค่าบริการพยาบาล

สำหรับโครงการสุขภาพถ้วนหน้า UC รายได้จากการให้บริการบุคคลภายนอกด้านค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานในภาพรวมจะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช จะอยู่ที่ค่าใช้จ่ายประจำเพิ่มขึ้น กล่าวคือ มีค่าใช้จ่ายในส่วนของเงินเดือนและค่าจ้าง ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น ค่าจ้างเหมาบริการ และค่าเช่าอสังหาริมทรัพย์ โดยจะเห็นได้จากสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายประจำที่เพิ่มขึ้นทุกปี

สรุปผล

ผลการวิเคราะห์งบการเงินโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 สรุปได้ ดังต่อไปนี้

1.1 การวิเคราะห์งบการเงินโดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน

1) การวิเคราะห์สภาพคล่อง อัตราส่วนสินทรัพย์หมุนเวียนต่อหนี้สินหมุนเวียนของโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช อยู่ในเกณฑ์มีความคล่องตัวในการชำระหนี้ได้น้อย เนื่องจากมีอัตรากาหมุนเวียนที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง

2) การวิเคราะห์สมรรถภาพในการดำเนินงาน เป็นการเปรียบเทียบอัตราส่วนของรายได้กับสินทรัพย์มีอัตราส่วนที่ค่อนข้างน้อย และลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 แสดงให้เห็นถึงการบริหารสินทรัพย์ที่ยังขาดประสิทธิภาพ

3) การวิเคราะห์สภาพเสี่ยง จากการคำนวณแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช มีสินทรัพย์ที่มีอยู่เกิดจากแหล่งเงินทุนอื่นไม่ใช่จากหนี้สิน และโรงพยาบาลมีความสามารถในการก่อหนี้ และมีความเสี่ยงทางการเงินต่ำ

4) การวิเคราะห์ความสามารถในการทำกำไร จากการคำนวณอัตราส่วนนี้แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโรงพยาบาลค่อนข้างต่ำ และการบริหารสินทรัพย์ที่ก่อให้เกิดรายรับจริงสูงกว่าค่าใช้จ่ายยังไม่เหมาะสม

1.2 การวิเคราะห์งบแสดงฐานะการเงินและงบแสดงผลการดำเนินงานตามแนวดิ่ง

จากการวิเคราะห์ตามแนวดิ่ง เป็นการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงจากปีฐาน คือ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราชมีสินทรัพย์หมุนเวียนลดลงและสินทรัพย์ไม่หมุนเวียนเพิ่มขึ้น หนี้สินหมุนเวียน และหนี้สินไม่หมุนเวียนเพิ่มขึ้น และมีต้นทุนลดลง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 – ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ซึ่งทางโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราชมีรายได้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายหมวดเงินเดือนค่าจ้าง ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น ค่าจ้างเหมาบริการ และต้นทุนบริการ ซึ่งมีอัตราส่วนที่สูงขึ้น เป็นผลให้รายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงานลดลงจนถึงร้อยละ -7.243

1.3 การวิเคราะห์งบแสดงฐานะการเงินและงบแสดงผลการดำเนินงานตามแนวนอน

จากการวิเคราะห์ตามแนวนอน พบว่าโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราชลดการถือเงินสด และเพิ่มในส่วนของเงินฝากธนาคาร และมียอดลูกหนี้ที่เพิ่มมากขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ร้อยละ 631.999 และมีสินทรัพย์ไม่หมุนเวียนหมวดครุภัณฑ์พาหนะและขนส่งที่เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในส่วนของรายได้ค่ารักษาพยาบาลสำหรับโครงการสุขภาพถ้วนหน้า UC และรายได้จากค่ารักษาพยาบาลกองทุนลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ค่าใช้จ่ายจากการดำเนินการที่เป็นค่าใช้จ่ายประจำที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร และการจ้างงาน เพิ่มสูงขึ้น

1.4 การวิเคราะห์งบแสดงฐานะการเงินและงบแสดงผลการดำเนินงานตามแนวนอน

จากการวิเคราะห์ตามแนวนอน พบว่าโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราชมีสินทรัพย์ หนี้สินและทุน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 –ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 มียอดสินทรัพย์ หนี้สินและทุนที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รายได้ของโรงพยาบาลที่มีแนวนอนเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 มาจากรายได้จากความช่วยเหลือเพื่อการดำเนินงานและรายได้แผ่นดินอื่น สำหรับค่าใช้จ่ายที่มีแนวนอนเพิ่มขึ้นมาจากเงินเดือนและค่าจ้าง ค่าจ้างเหมาบริการ และค่าใช้จ่ายอื่น



ข้อเสนอแนะ

ในการนำผลการศึกษาไปใช้ ผู้บริหารสามารถใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์งบการเงินนำไปวางแผนการปฏิบัติงาน และวางแผนเกี่ยวกับการจัดการงบประมาณรายจ่ายในปีงบประมาณต่อไป โดย

1. บริหารสินทรัพย์ให้มีประสิทธิภาพคุ้มค่า ดังนี้ 1) สินทรัพย์เดิมให้สร้างมูลค่าเพิ่ม Productivity 2) การลงทุนสินทรัพย์ใหม่ ๆ ต้องศึกษา Feasibility และ 3) จัดลำดับแผนในการลงทุน

2. มีแผนการบริหารเจ้าหนี้ ดังนี้ 1) จัดระบบการจ่ายชำระหนี้การค้ำก่อน – หลัง 2) จัดระบบการบริหารการสั่งซื้อ การรับรู้หนี้สิน 3) รายงานอัตราคงคลังก่อนจัดซื้อ 4) จัดระบบควบคุมคลังย่อย และ 5) รับรู้หนี้สินระหว่างทางให้เป็นปัจจุบัน

3. การเพิ่มรายได้ ควรจัดตั้งศูนย์เก็บรายได้ และมีระบบการติดตามหนี้สิน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาคั้งต่อไป

1) ในการวิเคราะห์งบการเงินของหน่วยงานควรมีการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการกำหนดนโยบายการบริหารในแต่ละปีที่ผ่านมาเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบว่า นโยบายมีผลกระทบต่อการทำงานของหน่วยงานหรือไม่ อย่างไร

2) ควรมีการศึกษาจุดอ่อน และจุดแข็งของหน่วยงาน เพื่อให้ทราบว่าโรงพยาบาลมีจุดอ่อนอย่างไรที่ต้องพัฒนาให้ดีขึ้น และมีจุดแข็งในส่วนใด เพื่อพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Ariya, L. (2009). *Evaluation of Financial Status and Performance of Subdistrict Administration Organization. Muang District, Phayao Province*. Studying Self masters, Chiang Rai Rajabhat University.

Arunsri, V. (2016). *Lecture on national strategy for 20 years (2017-2037)*. Retrieved on. October 30, 2016, From http://122.154.22.188/newqsds/file_upload/yutthasart20ys.pdf

Financial Group. (2015). *Report of the Fiscal Year 2014*. Suphan Buri: Center Hospital ChaoPhraya Yommarat Suphan Buri.

Financial Group. (2016). *Report of the Fiscal Year 2015*. Suphan Buri: Center Hospital ChaoPhraya Yommarat Suphan Buri.

Financial Group. (2017). *Report of the Fiscal Year 2016*. Suphan Buri: Center Hospital ChaoPhraya Yommarat Suphan Buri.

Health Insurance Group. *Risk Scoring Analysis for Quarter 1, 2017*. (2017). Retrieved on October 30, 2017. From <https://hfo60.cfo.in.th/default.asp>

Phechsanghar, C. (2006). *Financial Analysis of the Mahasarakham University Book Center*. Education Self-study, Mahasarakham University.

Policy and Strategy Bureau. (2017). *National Strategy for 20 Years of Public Health Operation Year*. Retrieved on October 30, 2016, From http://bps.moph.go.th/new_bps/85

Research and Quality Assurance Division. (2016). *Thailand 4.0 Models to Drive Thailand Retention stability and sustainability*. Retrieved on December 12, 2016. From www.libarts.up.ac.th/v2/img/Thailand-4.0.pdf.

Saypeang, C. (2010). *Performance Evaluation and Financial Analysis by Horizontal Analysis. Financial Analysis: Case Study of Nong Lom Subdistrict Administrative Organization Payao Province*. Self-study master, Chiang Rai Rajabhat University.

การป้องกันและควบคุมวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว

Tuberculosis Prevention and Control in the Immigration Detention Center

วชิรพันธ์ ชัยนนธิ, ชาดิวดี ธนบัตร
สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

บทคัดย่อ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อสำคัญที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของเรือนจำทั่วโลก รวมถึงห้องกักตัวที่ตั้งอยู่ในสถานกักตัวคนต่างด้าวซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ใช้สำหรับกักตัวคนต่างด้าวที่กระทำความผิดและพ้นโทษแล้วอยู่ระหว่างการส่งกลับซึ่งส่วนใหญ่ถูกจับกุมในข้อหาหลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมาย สถานกักตัวคนต่างด้าวมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์วัณโรค การดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรครวมทั้งปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันควบคุมวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องกักต่างด้าวที่ถูกกักตัวในสถานกักตัวคนต่างด้าวเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป หรือผู้ต้องกักต่างด้าวที่มีอาการสงสัยของวัณโรค จำนวน 3,407 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกการตรวจคัดกรองวัณโรค และรายงานสรุปผลการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์จากโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษา ผลการตรวจคัดกรองผู้ต้องกักต่างด้าวตั้งแต่ 1 มกราคม 2556-31 ธันวาคม 2558 จำนวน 3,407 ราย พบว่ามีผู้ต้องกักเป็นวัณโรคปอด จำนวน 12 ราย (ชาย 5 ราย และหญิง 7 ราย) ได้รับยาครบตามแผนการรักษา 8 ราย ได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษาแต่ต้องส่งกลับประเทศโดยจัดยาให้ไปรับประทานต่อที่ประเทศของผู้ต้องกัก 4 ราย วิธีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค ใช้การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยการคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยใช้ผลการตรวจวินิจฉัยและสูตรยารักษาของโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษา ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลเซ็นหลุยส์ เมื่อพบผู้ป่วยจะมีการคัดแยกผู้ต้องกักต่างด้าวที่ป่วย แต่ยังไม่สามารถแยกผู้ป่วยให้มาอยู่ห้องแยกเดี่ยวได้เนื่องจากห้องมีจำนวนจำกัด การกักกับการกักขังยาทุกมือใช้วิธีประสานความร่วมมือกับผู้ต้องกักที่เป็นหัวหน้าห้องดูแลกำกับให้รับประทานยา พร้อมใช้วิธีการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และการใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรค ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่พบส่วนใหญ่ เกิดจากภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ความร่วมมือในการดำเนินงาน ความจำกัดของสถานที่และความจำกัดของบุคลากร ดังนั้นควรดำเนินการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ต้องกักต่างด้าวอย่างต่อเนื่องทุกปีเพราะเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ต้องกักต่างด้าวได้รับการรักษาอาการป่วยตั้งแต่ระยะแรก ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดอัตราการเสียชีวิต และลดปัญหาการดื้อยาวัณโรค นอกจากนี้ควรใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนในกรณีผู้ต้องกักได้รับการส่งกลับแต่ยังรับประทานยารักษาวัณโรคไม่ครบตามแผนการรักษา รวมทั้งศึกษารูปแบบบริหารจัดการป้องกันและควบคุมวัณโรคที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การป้องกันและควบคุม วัณโรค สถานกักตัวคนต่างด้าว



Abstract

Tuberculosis is the major communicable disease which is globally to be the public health problem in prisons and other cells which situated in the Immigration detention center, the main unit for detaining immigrants who did illegally and were acquittal including waiting for repatriation. Most of them illegally immigrated. Immigration detention center has any high risks for tuberculosis spread if there is tuberculosis case detained in the area. The objectives of this research were to explore tuberculosis situation, to study prevention and control operation and to examine problems and difficulties in operation in order to find appropriate guideline for tuberculosis prevention and control in the Immigration Detention Center. The samples were 3,407 immigrants detained in the immigration detention center for at least 1 year or others who were suspected Tuberculosis cases. The instruments were TB screening record form, diagnostic and medical summary report from referred hospital. Moreover, we used the disease prevention and control measures. The results showed that This screening during the period of 1 January 2013 – 31 December 2015, the participants were 3,407 detainees . It was found that there were 12 Tb cases, 5 males and 7 females. There were 8 cases with completed treatment and 4 cases with incomplete treatment due to sending back to their home countries. Active case finding through screening were used for tuberculosis prevention and control. Diagnosis and treatment were followed by the referred hospital, the General Police Hospital and Saint Louis Hospital .. The TB cases were isolated in the private zone in the same room but they can not be isolated in the single room because of limited room. DOTs used coordination with the room leader to closely monitor them to take the medicine. The problems and obstacles for implementation were mainly from Language for communication, collaboration for implementation, place limitation ,and staff shortage. Therefore, continuous case findings through immigrant screening is the best method for helping the immigrants to early receive the treatment, reduce the spread of infection, decrease the mortality rate, and minimize the drug resistant problem. Furthermore, cross border referral should be done if there were Tuberculosis cases with incomplete treatment due to sending back to their home countries including model development for effective prevention and control should be studied.

Keywords: Prevention and Control, Tuberculosis, Detention Center

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังสำคัญที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Mycobacterium tuberculosis* เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 22 ประเทศที่มีการระบาดของวัณโรค นอกจากนี้วัณโรคยังเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของเรือนจำทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย เรือนจำเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคสูงหากมีผู้ติดเชื้อวัณโรคอาศัยอยู่ในเรือนจำนั้น เนื่องจากโครงสร้างและสภาพแวดล้อมของเรือนจำที่มีการหมุนเวียนและการระบายอากาศไม่เพียงพอ แสงแดดส่องไม่ถึง จึงทำให้เชื้อวัณโรคสามารถอยู่ได้นานเป็นเดือน และถ้าอยู่ในเสมหะที่ไอจามออกมาเป็นละอองฝอยเล็กๆ เชื้อจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 7 วัน เชื้อโรคจึงสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วในเรือนจำ รวมทั้งจำนวนผู้ต้องขังที่มากทำให้เกิดความแออัดในเรือนจำ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะความเครียด การติดสารเสพติด และการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคและป่วยเป็นวัณโรคเร็วยิ่งขึ้น ผู้ต้องขังจึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคปอดมากกว่าประชากรทั่วไป จากรายงานการสำรวจความชุกของการป่วยเป็นวัณโรคของผู้ต้องขังเรือนจำในประเทศแถบยุโรป พบว่าความชุกของการป่วยเป็นวัณโรคสูงสุดถึง 393 ต่อแสนประชากร ส่วนประเทศแถบภูมิภาคเอเชีย เช่น ประเทศฮ่องกงมีอัตราการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ต้องขัง 280.6 ต่อแสนประชากร สำหรับประเทศไทย การสำรวจความชุกของวัณโรคปอดในผู้ต้องขังเรือนจำ 27 แห่ง ที่มีความหนาแน่นของผู้ต้องขังและมีความชุกของวัณโรคสูงในปี พ.ศ. 2549 พบความชุกของวัณโรคปอด 354.8 ต่อแสนประชากร และจากรายงานการค้นหาผู้ป่วยเป็นวัณโรคในเรือนจำทั่วประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2550 พบความชุกของการป่วยเป็นวัณโรคปอดเท่ากับ 1,232, 961 และ 840 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

การป่วยเป็นวัณโรคย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ต้องขังและต่อเจ้าหน้าที่ในเรือนจำด้วย อีกทั้งยังมีความรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิต ดังรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2550 ทั่วโลกพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการป่วยเป็นวัณโรคถึง 1.3 ล้านราย ซึ่งในประเทศไทยพบอัตราการตายจากการเป็นวัณโรค 21 ต่อแสนประชากร การป่วยเป็นวัณโรคผู้ต้องขังอาจแพร่เชื้อไปสู่ผู้ต้องขังอื่น เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลหรือผู้ที่มาเยี่ยม ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่อยู่ใกล้ชิดได้ ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่เจ้าหน้าที่ในเรือนจำ ปัญหาอันสำคัญของวัณโรคคือวินิจฉัยโรคได้ยาก การเพาะเชื้อวัณโรคใช้เวลานานกว่าโรคติดเชื้อชนิดอื่นๆ ส่วนใหญ่ใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน บางรายอาจนานถึง 12-18 เดือนทำให้เกิดการรักษาไม่ครบตามกำหนดระยะเวลาเกิดปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยาตามมาและอาจกลายเป็นแหล่งรังโรคแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาและควบคุมวัณโรคเป็นจำนวนมาก จากการศึกษาค่าใช้จ่ายในเรือนจำประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรณรงค์ป้องกันวัณโรคในเรือนจำสูงถึง 34,761 เหรียญสหรัฐต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายในการคัดกรองและการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำเฉลี่ยต่อราย 28,943 – 137,306 เหรียญสหรัฐ การป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการรักษานาน โดยเฉพาะถ้าเป็นเชื้อดื้อยาจะทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลารักษานานขึ้น 6 – 30 เดือน ในประเทศไทยมีการประมาณค่าค่ายาการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อวัณโรคชนิดดื้อยาสูงถึง 150,000 บาทต่อราย ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึง 100 เท่า การคัดกรองวัณโรคเป็นมาตรการหนึ่งในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกาได้ให้ความสำคัญกับการคัดกรอง โดยเน้นการค้นหาผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยเป็นวัณโรคและรีบให้การรักษาโดยเร็วที่สุดและ



การติดตามคัดกรองวัณโรคปอดเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ผู้ต้องขังหรือเจ้าหน้าที่อื่นในเรือนจำ ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงยุติธรรมได้ร่วมกันดำเนินงานควบคุมวัณโรคในเรือนจำโดยเน้นการค้นหาและรักษาผู้ป่วยระยะแรกที่มีอาการ โดยมีนโยบายให้ทุกเรือนจำมีการคัดกรองวัณโรคปอดในผู้ต้องขังที่เข้ามาใหม่ ซึ่งจะมีการคัดกรองโดยซักประวัติการเจ็บป่วยวัณโรค ประวัติการไอมากกว่า 2 สัปดาห์ และประวัติการรักษาวัณโรค ซึ่งจะทำให้สามารถพบผู้ที่สงสัยหรือป่วยเป็นวัณโรคได้ตั้งแต่ระยะแรกและรับให้การรักษาผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคสู่ผู้ต้องขังหรือเจ้าหน้าที่อื่น อย่างไรก็ตามการลดปัญหาวัณโรคในเรือนจำมีความเป็นไปได้ยาก เนื่องจากข้อจำกัดในด้านบุคลากรสุขภาพ ซึ่งในเรือนจำแต่ละแห่งมีพยาบาลประจำเรือนจำเพียง 1-2 คนเท่านั้น อีกทั้งมีการหมุนเวียนเข้าออกของผู้ต้องขังในเรือนจำทุกวัน ทำให้ไม่สามารถคัดกรองวัณโรคปอดได้ครอบคลุมและทั่วถึงทุกราย

สำหรับข้อมูลการป่วยเป็นวัณโรคของผู้ต้องขังต่างด้าวจากการสอบถามผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยแพทย์เอกชนในสถานกักตัวคนต่างด้าว ตั้งแต่ปี 2541-2556 ได้ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองวัณโรคขององค์กรเอกชนประจำปี ปีละ 1 ครั้ง ครั้งละ 200 ราย พบผู้ต้องขังป่วยเป็นวัณโรคที่ต้องให้การรักษาเฉลี่ยปีละ 2 - 3 ราย

สถานกักตัวคนต่างด้าว สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ตั้งอยู่บริเวณพื้นที่ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ซอยสวนพลู เขตสาทร กรุงเทพมหานคร เป็นสถานที่ใช้สำหรับกักตัวผู้ต้องขังต่างด้าวที่กระทำความผิด และ/หรือ พันโทขแล้วอยู่ระหว่างรอการส่งกลับ ซึ่งส่วนใหญ่ถูกจับกุมในข้อหาหลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมาย คนต่างด้าวที่ถูกกักตัวเหล่านี้มาจากทุกภูมิภาคของโลก ส่วนใหญ่มาจากทวีปเอเชีย เช่น กัมพูชา เมียนมา ลาว ปากีสถาน ศรีลังกา เกาหลีเหนือ เวียดนาม บางส่วนมาจาก ตะวันออกกลาง แอฟริกา มีส่วนน้อยที่มาจากยุโรป อเมริกา และออสเตรเลีย

โครงสร้างของสถานที่ใช้สำหรับกักตัวคนต่างด้าว ประกอบด้วย อาคาร 3 หลัง อาคารแต่ละหลัง มี 3 ชั้น มีห้องกักรวมทั้งสิ้น 14 ห้อง จำนวนผู้ต้องขังอยู่ระหว่าง 800 - 1000 คนต่อวัน เฉลี่ยห้องละ 70 คน พื้นที่แต่ละห้องอยู่ระหว่าง 114-156 ตารางเมตร จัดว่าอยู่ในสภาพที่ค่อนข้างแออัดโดยเฉพาะเวลามีผู้ต้องกักอาศัยอยู่จำนวนมากเกินไป อากาศถ่ายเทไม่สะดวก แสงแดดส่องไม่ถึง ผู้ต้องกักบางรายอยู่เป็นเวลานานถึง 1-2 ปี จากสภาพแวดล้อมและข้อจำกัดต่างๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการติดเชื้อโรคติดต่อต่างๆ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น จึงนำไปสู่การศึกษาเรื่องการป้องกันและควบคุมวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว รวมทั้งทราบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน อันจะนำไปสู่การหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์วัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว
2. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในป้องกันควบคุมวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ต้องขังต่างด้าวทั่วไปที่ถูกกักตัว ในสถานกักตัวคนต่างด้าว สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2558

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ต้องกักต่างด้าวทุกรายที่ถูกกักตัวเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป หรือผู้ต้องกักต่างด้าวที่มีอาการสงสัยของวัณโรค คือ ไอติดต่อกันมากกว่า 2 สัปดาห์ และมีอย่างน้อย 1 อาการร่วม คือ

- 1) มีไข้เป็นๆ หายๆ ภายใน 1 เดือน
- 2) มีน้ำหนักตัวลดลงมาก ภายใน 1 เดือน
- 3) มีเหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน ภายใน 1 เดือน
- 4) มีประวัติเคยรักษาวัณโรค ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกการตรวจคัดกรองวัณโรคที่สร้างขึ้น และรายงานสรุปผลการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์จากโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ คือวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2558

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร ตรวจสอบข้อมูล การวิเคราะห์เอกสาร การสอบถาม การบันทึกข้อมูล ดำเนินการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556-31 ธันวาคม 2558 ที่ทำการแพทย์ตรวจคนเข้าเมืองสวนพลู ร่วมกับสถานกักตัวคนต่างด้าว สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ดำเนินการตรวจคัดกรองผู้ต้องกักต่างด้าวทั่วไป โดยการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการซักประวัติ สอบถามอาการ การตรวจเอกซเรย์ปอดและรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโรคจากโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยรับการตรวจวินิจฉัยโรค ผลการดำเนินงาน พบว่า ตรวจคัดกรองผู้ต้องกักทั่วไปจำนวน 3,407 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

จำนวน 3,168 ราย (ร้อยละ93.0) และเพศชาย จำนวน 239 ราย (ร้อยละ7.0) อายุตั้งแต่ 1-72 ปี ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ส่วนใหญ่ปกติ จำนวน 3,338 ราย (ร้อยละ97.97) ผิดปกติ จำนวน 69 ราย (ร้อยละ 2.02) แยกเป็น รอยโรคที่ปอด จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 0.70) และรอยโรคอื่น จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 1.32) ผลการตรวจเสมหะผู้ต้องกักทั่วไปที่มีรอยโรค 24 ราย พบว่าผลเสมหะเป็นบวก จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 50.00) และผลเสมหะเป็นลบ จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 50.00) ผลการวินิจฉัยโรคพบว่า เป็นวัณโรคปอดจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 0.35) และไม่ใช่วัณโรค จำนวน 3395 ราย (ร้อยละ 99.65) ระยะเวลาในการรับยา ได้รับครบ 6 เดือน จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 58.33) ได้รับยาเกิน 6 เดือน จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 8.33) ได้รับยาน้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 33.33) รายละเอียดดังตารางที่ 1

การดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าวเริ่มจากการค้นหาโดยการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยใช้ผลการตรวจวินิจฉัยและสูตรยารักษาของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ มีการคัดแยกผู้ต้องกักที่ป่วยโดยการจัดสิ่งแวดล้อมในห้องให้เหมาะสมแต่ยังไม่สามารถแยกผู้ป่วยให้มาอยู่ห้องแยกเดี่ยวได้เนื่องจากห้องมีจำนวนจำกัด การกำกับ การกินยาทุกมื้อใช้วิธีประสานความร่วมมือกับผู้ต้องกักที่เป็นหัวหน้าห้องทำหน้าที่คล้ายอาสาสมัครต่างด้าว ดูแลกำกับให้รับประทานยา พร้อมการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และการใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรค

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน คือภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ความร่วมมือในการดำเนินงานในห้องกักห้องกักมีจำนวนจำกัดและความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข



ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ต้องกักต้งต่างตัวทั่วไป (N= 3,407)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (N = 3,407)		
ชาย	1,498	43.97
หญิง	1,909	56.03
อายุ (ปี) (N = 3,407)		
1-19	282	8.28
20-39	2,926	85.88
40-59	188	5.52
60-72	11	0.32
ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (N = 3,407)		
ปกติ	3,338	97.97
ผิดปกติ	69	2.02
รอยโรคที่ปอด	24	0.70
รอยโรคอื่น	45	1.32
ผลการตรวจเสมหะ (N = 24)		
เป็นบวก	12	50.00
เป็นลบ	12	50.00
ผลการวินิจฉัย (N = 3,407)		
วินิจฉัยโรคปอด	12	0.35
ไม่ใช่วินิจฉัยโรค	3,395	99.65
ระยะเวลาที่ได้รับยา (N = 12)		
6 เดือน	7	58.33
> 6เดือน	1	8.33
< 6 เดือน	4	33.33
ผลการรักษา (N = 12)		
หายขาด	8	66.67
รักษาไม่ครบ*	4	33.33

หมายเหตุ *ได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษาแต่ต้องส่งกลับประเทศโดยจัดยาให้ไปรับประทานต่อที่ประเทศของผู้ต้องกัก 4 ราย

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการป้องกันและควบคุมวัณโรค ในสถานกักตัวคนต่างด้าวมีวัตถุประสงค์การศึกษาคือ เพื่อศึกษาสถานการณ์วัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว และเพื่อศึกษา ปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสม ในป้องกันควบคุมวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ต้องกักต่างด้าว ทั่วไปที่ถูกกักตัวในสถานกักตัวคนต่างด้าว สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556-31 ธันวาคม 2558 จำนวน 3,407 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.0 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกการตรวจคัดกรองวัณโรคที่สร้างขึ้นโดยทีมผู้วิจัย และรายงานสรุปผลการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์จากโรงพยาบาล ตำรวจและโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 20 สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

สถานการณ์วัณโรค

จากผลการศึกษาพบว่า จากตรวจคัดกรองผู้ต้องกักทั่วไปในสถานกักตัวคนต่างด้าว ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556-31 ธันวาคม 2558 จำนวน 3,407 ราย ผลการวินิจฉัยโรค พบว่าเป็นวัณโรคปอดจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 0.35) คล้ายคลึงกับความชุกที่พบในผู้ต้องขังที่อยู่ตามเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ เช่น ในปี 2550 มีผู้ต้องขังทั้งประเทศเป็นวัณโรค จำนวน 1,511 รายจากจำนวนผู้ต้องขัง 163,000 ราย มีความชุกเท่ากับ 927 ต่อแสนประชากร ซึ่งจะมีความชุกสูงกว่าคนไทยทั่วไปที่ป่วยเป็นวัณโรค สาเหตุที่พบผู้ป่วยเนื่องมาจากสถานกักตัวคนต่างด้าวจัดเป็นบริบทที่บุคคลมาอยู่ร่วมกันอย่างแออัดมาก ระบบการระบายอากาศไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ด้วยข้อจำกัดของสถานที่ การจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และระบบการรักษาความปลอดภัยทำให้การควบคุมวัณโรค

ยังมีปัญหาอุปสรรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค

การดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าวเริ่มจากการค้นหาโดยการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยใช้ผลการตรวจวินิจฉัยและสูตรยารักษาของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ มีการคัดแยกผู้ต้องกักที่ป่วยโดยการจัดสิ่งแวดล้อมในห้องให้เหมาะสมแต่ยังไม่สามารถแยกผู้ป่วยให้มาอยู่ห้องแยกเดี่ยวได้เนื่องจากห้องมีจำนวนจำกัด การกำกับ การกักขังทุกมือใช้วิธีประสานความร่วมมือกับผู้ต้องกักที่เป็นหัวหน้าห้องทำหน้าที่คล้ายอาสาสมัครต่างด้าว ดูแลกำกับให้รับประทานยา พร้อมการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และการใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรค ผลการดำเนินงานจากการตรวจคัดกรองตั้งแต่ 1 มกราคม 2556-31 ธันวาคม 2558 จำนวน 3,407 ราย พบว่ามีผู้ต้องกักเป็นวัณโรคปอด จำนวน 12 ราย แยกเป็นผู้ชายจำนวน 5 ราย และผู้หญิงจำนวน 7 ราย ระยะเวลาที่รักษาพบว่า ได้รับยาครบตามแผนการรักษา 8 ราย ได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษาแต่ต้องส่งกลับประเทศโดยจัดยาให้ไปรับประทานต่อที่ประเทศของผู้ต้องกัก 4 ราย การดูแลผู้ต้องกักต่างด้าวที่พันโทษ และส่งกลับก่อนครบกำหนดการรักษาเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะไม่สามารถติดตามได้ว่าผู้ต้องกักต่างด้าวดังกล่าว จะรับประทานยาจนครบกำหนดการรักษาหรือไม่ สอดคล้องกับรายงานในผู้ต้องขังในเรือนจำไทยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 10-16 พันโทษก่อนครบกำหนดรักษา และไม่ไปรับการรักษาต่อเนื่อง สิ่งที่ทำได้คือการเน้นย้ำให้ผู้ต้องกักต่างด้าวเห็นถึงความจำเป็นของการรับประทานยาจนครบกำหนดการรักษาและการไปรับการรักษาต่อที่สถานรักษาพยาบาลในประเทศที่ผู้ต้องกักกลับไปพำนักอยู่ ดังนั้นควรใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดน ในกรณีนี้ผู้ต้องกักต่างด้าวที่กำลังรักษาด้วยยาวัณโรคได้รับการส่งกลับประเทศของตนในขณะที่ยังรับประทานยาไม่ครบตามแผนการรักษา



ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร เนื่องจากผู้ต้องกักต่างด้าวโดยส่วนใหญ่ไม่สามารถพูดสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษได้ จึงเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร การให้สุขศึกษาและความรู้ในการป้องกันตนเอง จึงต้องสื่อสารผ่านล่ามหรือผู้เชี่ยวชาญภาษาชาตินั้นๆ

2. ความร่วมมือในการดำเนินงานในห้องพัก พบปัญหาเสมอจากการไม่ให้ความร่วมมือจากผู้ต้องกักรายอื่นในการควบคุมและป้องกันวัณโรคในห้องพัก ผู้ต้องกักบางรายแสดงความรังเกียจไม่ยอมรับผู้ต้องกัก จึงต้องคอยแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการยอมรับและยินยอมให้อยู่ร่วมห้องเดียวกัน นอกจากนี้การขาดความร่วมมือจากตัวผู้ต้องกักเองที่ไม่ยอมรับประทานยา ทำให้ต้องเริ่มรับประทานยาใหม่และใช้เวลาในการรักษาตัวนานขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องปรับวิธีและเวลาในการรับประทานยา รวมทั้งต้องดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจผู้ต้องกักให้มากขึ้น

3. ห้องกักมีจำนวนจำกัดในบางครั้งไม่สามารถแยกผู้ป่วยให้มาอยู่เดี่ยวจึงต้องใช้วิธีจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องให้มีความเหมาะสมและเป็นไปได้มากที่สุดในการป้องกันควบคุมโรค

4. ความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ต้องกักที่มีจำนวนมากขึ้นทุกวัน รวมทั้งมีการไหลเวียนของจำนวนผู้ต้องกักที่ส่งกลับและจำนวนผู้ต้องกักที่จับกุมเข้ามาในสถานกักตัวคนต่างด้าวพบในอัตราที่สูง

สรุปผล

จากตรวจคัดกรองผู้ต้องกักต่างด้าวทั่วไปในสถานกักตัวคนต่างด้าว ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556-31 ธันวาคม 2558 จำนวน 3,407 ราย พบว่าเป็นวัณโรคปอดจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 0.35) วิธีการดำเนินการป้องกันควบคุมวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าวเริ่มจากการค้นหาโดยการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในสถานกักตัวคนต่างด้าว การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยใช้ผลการตรวจวินิจฉัยและสูตรยารักษาของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลเซ็นหลุยส์ มีการคัดแยกผู้ต้องกักที่ป่วยโดยการจัดสิ่งแวดล้อมในห้องให้เหมาะสมแต่ยังไม่สามารถแยก

ผู้ป่วยให้มาอยู่ห้องแยกเดี่ยวได้เนื่องจากห้องมีจำนวนจำกัด การกำกับการกินยาทุกมื้อใช้วิธีประสานความร่วมมือกับผู้ต้องกักที่เป็นหัวหน้าห้องทำหน้าที่คล้ายอาสาสมัครต่างด้าวดูแลกำกับให้รับประทานยา พร้อมการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และการใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรค ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน คือภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ความร่วมมือในการดำเนินงานในห้องพัก ห้องกักมีจำนวนจำกัดและความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า การตรวจคัดกรองทำให้พบอุบัติการณ์ของผู้ต้องกักป่วยเป็นวัณโรค ดังนั้นควรเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มผู้ต้องกักต่างด้าวอย่างต่อเนื่องทุกปีและอาจเพิ่มความถี่เป็นตรวจคัดกรองทุก 6 เดือน เพื่อช่วยให้ได้รับการรักษาในการป่วยตั้งแต่ระยะแรก ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อลดอัตราการเสียชีวิต และลดปัญหาการดื้อยาวัณโรค

2. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ต้องกักต่างด้าวรับประทานยายังไม่ครบตามแผนการรักษาแต่ต้องส่งกลับประเทศโดยจัดยาให้ไปรับประทานต่อที่ประเทศของผู้ต้องกัก 4 ราย ในกรณีที่เป็นผู้ต้องกักต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา อาจใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย ส่วนสัญชาติอื่นใช้วิธีแจ้งให้สถานทูตมาร่วมหาวิธีบริหารจัดการเป็นรายๆ ไป โดยอาจชะลอการเดินทางกลับหลังรับประทานยาครบและตรวจซ้ำหลังการรักษาครบตามแผนการรักษา

3. ประสานกับผู้บริหารของสถานกักตัวคนต่างด้าวให้เห็นความสำคัญของการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยจัดเป็นแผนการดำเนินงานตรวจคัดกรองวัณโรคประจำปีอย่างต่อเนื่อง

4. การให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้ต้องกักโดยเฉพาะอาสาสมัครต่างด้าวที่เป็นหัวหน้าห้องกักแต่ละห้อง เพื่อสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการป้องกันโรค การช่วยดูแลกำกับรับประทานยาวัณโรค รวมทั้งการจัดทำสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญให้การป้องกันและควบคุมโรคประสบความสำเร็จ

5. สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันควบคุมโรคแก่ผู้ต้องกักต่างด้าวและส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล
6. ศึกษาหารูปแบบการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมวัณโรคในผู้ต้องกักต่างด้าวที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Aerts, A., Hauer, B., Wanlin, M., Veen, J. (2006). Tuberculosis and Tuberculosis control in European prisons. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 10: 1215-1223.
- Centers for Disease Control and Prevention. [CDC], (2006). *Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional and Detention facilities: Recommendation from CDC*, 55(RR09), 1-44. Retrieved March 1, 2017 from https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1.htm?s_cid=rr5509a1_e.com
- Cheewakriengkrai, S. (2004). *A manual for health care operation in the Immigration Detention center*. Bangkok: International communicable Disease Control Group, Bureau of General Communicable Diseases.
- Hutchison, D.C.S., Drobniewski, F.A., Miburn, H.J. (2003). Management of multiple drug-resistant Tuberculosis, *Respir Med*, 97(1), 65-70.
- Jittimane, S., Ngamtrairai, N., White, M., Jittimane, S. (2007). A Prevalence Survey for smear-positive Tuberculosis in Thai Prisons. *International Journal Tuberculosis and Lung Disease*, 11: 556-561.
- Jittimane, S., Ngamtrairai, N. (2009). *Guideline for Tuberculosis Control Implementation In Thai prisons*. Bangkok: Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control.
- Jitwiwat, W., Ngamtrairai, N., Soymoree, B. (2005). Model development for Tuberculosis Diagnosis in prisons. *Thai journal of tuberculosis chest diseases and critical care*. 26(3): 175-184.
- Kamolrattanakul, P. (2001). *Tuberculosis Control Model in Thai prisons*. Bangkok: Chulalongkorn University.
- Lobacheve, T., Asikainen, T., Giesecke, I. (2007). Risk Factors for Developing Tuberculosis in remand persons in St. Peterburg, Russia- a case-control study. *European Journal of Epidemiology*, 22: 121-127.
- Miller, T.L., Hilsenrath, P., Lykens, K., McNabb, S.J., Moonan, P.K., Weis, S.E. (2006). Using Cost and Health impacts to prioritize the targeted testing of Tuberculosis in the United States. *Annals of Epidemiology*, 16:305-312.
- Ngamtrairai, N. (2003). *The effects of supportive educative nursing system on self care of pulmonary tuberculosis prisoners*. (Master of Science (Public Health) Thesis). Mahidol University.
- World Health Organization. *WHO Report 2009 Global Tuberculosis control-surveillance, Planning, Financing. 2009 [Cited 2016 Aug 15]*. Available from <http://www.who.int/countries/tha/en/>
- World Health Organization. (2012). *Global Tuberculosis report 2012*. Retrieved March 1, 2017, from http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.Pdf.
- Wong, M., Leung, C., Tam, C., Kam, K., Ma, C., Au, K. (2008). TB Surveillance in Correctional Institutions in Hong Kong, (1999-2005). *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 12: 93-98.




การศึกษาความพร้อมของระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อรองรับ การสาธารณสุขอาเซียน ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2559 STUDYING ON READINESS OF HEALTH SERVICE SUPPORT SYSTEM FOR ASEAN PUBLIC HEALTH IN SPECIAL ECONOMIC ZONE IN THAILAND, 2016

ปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์, ว่าที่ร้อยตรีหญิงศิริพร ประนมพนธ์
กลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (mixed method) ระหว่างการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ประการแรก เพื่อศึกษาถึงระดับความตระหนักรู้เรื่องเขตเศรษฐกิจพิเศษ ความคิดเห็นด้านสถานการณ์สุขภาพตามแนวชายแดนของประเทศไทย ทั้งระดับความสำคัญในปัจจุบัน และระดับความคาดหวังการดำเนินการในอนาคตของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ประการที่สอง เพื่อทราบถึงระดับความสำคัญต่อการกิจกรรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (จำแนกตามภารกิจกลุ่มงาน) ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และประการสุดท้าย เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไขการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ บุคลากรหน่วยบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานในจังหวัดที่มีพื้นที่ที่กำหนดให้เป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด ตราด ตาก มุกดาหาร สงขลา และสระแก้ว โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยศึกษาครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 261 คน จำนวน 5 จังหวัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ 1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม และ 2. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสอบถามปลายเปิดและวิธีเก็บข้อมูลหลายวิธี คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ (interview) การประชุมกลุ่มย่อย (focus group) และการตรวจเยี่ยมสำรวจดูงานพื้นที่ (observe activities)

ผลการศึกษา ในวัตถุประสงค์ประการแรกพบว่า ทั้ง 5 จังหวัดมีค่าเฉลี่ยของระดับความตระหนักรู้เรื่องเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษไม่แตกต่างกัน บุคลากรด้านสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษมีความรู้พื้นฐานด้านนี้เป็นอย่างดี โดยบุคลากรในจังหวัดตากจะมีค่าเฉลี่ยของระดับความตระหนักรู้เรื่องเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษในระดับสูงสุด สำหรับระดับความสำคัญของการดำเนินการและระดับความคาดหวังในการดำเนินการในอนาคตของระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ ผลการพิจารณาภาพรวมใน 5 จังหวัดพบว่า ประเด็นเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นรายข้อสูงสุด ประเด็นเรื่องโรคติดต่อมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นรายข้อต่ำสุด ในวัตถุประสงค์ประการที่สองระดับความสำคัญต่อการกิจกรรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (จำแนกตามภารกิจกลุ่มงาน) ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษพบว่า จังหวัดตราดและจังหวัดตากมีความคิดเห็นว่าการบูรณาการนโยบายและยุทธศาสตร์และสุขภาพภาคประชาชน มีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงาน



สาธารณสุขในพื้นที่สูงสุด จังหวัดสงขลาและจังหวัดสระแก้วมีความคิดเห็นว่าการอภิปรายภาค (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ 12 เขต) มีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่สูงสุด จังหวัดมุกดาหารมีความคิดเห็นว่าการอภิปรายภาค มีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่สูงสุด ผลการศึกษาวัตถุประสงค์ประการสุดท้าย คือ ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ จำนวนบุคลากรไม่สอดคล้องเหมาะสมกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น ทีมงานที่ให้บริการขาดสมรรถนะ และทัศนคติที่ติดต่อการให้บริการแก่ชาวต่างชาติในพื้นที่ ขาดความรู้ด้านการสื่อสารภาษาอาเซียน ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยมีข้อเสนอแนะทางแก้ไขการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ขยายกรอบอัตรากำลังในหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เสริมสร้างศักยภาพทีมงานและทัศนคติที่ติดต่อการให้บริการแก่ชาวต่างชาติในพื้นที่ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ด้านภาษาต่างๆ มากขึ้น กำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ ปรับแก้ระเบียบด้านกฎหมายบริเวณชายแดนให้เป็นช่องทางพิเศษและสนับสนุนยานพาหนะให้หน่วยงานบริการสาธารณสุขมีใช้อย่างเพียงพอ

คำสำคัญ : ระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ การสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ การสาธารณสุขอาเซียน



Abstract

This research was mixed method between survey research and qualitative research which had 3 objectives. First of all, to study on realizing degree in Special Economic Zone, opinion about health situation among frontier of Thailand in the present and future expectation of personnel operating health service process in Special Economic Zone. Second, to know the important degree of Department of Health Service Support task (classify by group task) which affected personnel health service working in Special Economic Zone. Third, to study about problem, barrier, and the way to solve health service support system of personnel. Population in this research was personnel of health service division who working in the area of Special Economic Zone; 5 Provinces which was Trat, Tak, Mukdahan, Songkhla, and Sa Kaeo. Sample group in this research was total 261 people from 5 provinces. Tools that use in this research could divide into 2 types; (1) tool for analyzing quantitative data was questionnaire (2) tool for analyzing qualitative data was open-ended question and there were many ways of conducting data are interview, focus group, and observing activities.

The result from the first objective found that the mean of awareness in Special Economic Zone had no different within 5 provinces. Personnel in public health in Special Economic Zone had very good knowledge on public health. Personnel in Tak had the highest mean of awareness in Special Economic Zone. For important level of operation and expectation in future operating of health service support system, overall consideration in 5 provinces found that passing on patient had the highest mean in each section and communicating disease had the lowest mean in each section. In second objective, important level for Department of Health Service Support's mission, was classified by working group's mission, affected working of personnel in health service unit. In Special Economic Zone found that the groups, which had duty or significance for operating the highest public health service in the area, were Strategy and Planing Devision and health for people at Trat and Tak, regional group (12 zone of Health Service Support Department) at Songkhla and Sa Kaeo and special group at Mukdahan. Lastly, the result of last objective was problem and obstacle to operate health service system which were the number of personnel was not match with amounts of works, team was lacking of ability to work, and lacking of good attitude towards foreigner in term of no ability to communicate in ASEAN languages and no will to work. Thus, there are ways to solve health service system which are expand number of people in each framework within Special Economic Zone, develop leadership and of team for providing service to foreigner, promote staff to know more other languages, specify way to promote in job, edit border law to be special route, and support sufficient vehicle in health service unit.

Keywords: Health service support system, Public health in Special Economic Zone, ASEAN public health

รัฐบาลมีนโยบายจัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษขึ้นเพื่อส่งเสริมการค้าและการลงทุนของประเทศ โดยใช้ประโยชน์จากความเชื่อมโยงด้านคมนาคมขนส่งของภูมิภาคอาเซียนตามข้อตกลงการค้าเสรีภายใต้กรอบอาเซียน ข้อตกลงภายใต้กรอบเศรษฐกิจอื่น และจากการค้าบริเวณพรมแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน ประกอบกับมีนโยบายในการสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีระบบที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และสามารถให้บริการสาธารณะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นต้องมีกลไกขับเคลื่อนการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีศักยภาพสามารถพัฒนาพื้นที่ของตนขึ้นเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษที่มีระบบสาธารณูปโภค บริการสาธารณะขั้นพื้นฐาน และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและจำเป็นต่อการรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ได้นิยามความหมาย “เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ” ว่าเป็นบริเวณพื้นที่ที่คณะกรรมการนโยบายประกาศกำหนดให้เป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษซึ่งรัฐจะสนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการพัฒนาระบบการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จที่สอดคล้องกับระบบ ASEAN Single Window และการดำเนินการอื่นที่จำเป็นเพื่อรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ การประชุมครั้งที่ 1/2557 คณะกรรมการได้เห็นชอบพื้นที่ที่มีศักยภาพเหมาะสมในการจัดตั้งเป็น เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษระยะแรกของไทยใน 5 พื้นที่ชายแดน ได้แก่ (1) อำเภอแม่สอด จ.ตาก (2) อำเภออรัญประเทศ จ.สระแก้ว (3) พื้นที่ชายแดน จ.ตราด (4) พื้นที่ชายแดน จ.มุกดาหาร (5) อำเภอสะเดา จ.สงขลา (ด้านสะเดาและด้านปาดังเบซาร์)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2559-2563) โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ 4 ประการด้วยกันคือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อมรวมทั้งคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพต่างด้าวในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการด้านสุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

ทั้งนี้ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน ปีงบประมาณ 2559 ภายใต้แผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2555-2559) โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญ 4 ประการด้วยกันเช่นกัน คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ยุทธศาสตร์ที่ 3 ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ โดยยุทธศาสตร์ทั้ง 4 นั้นยังคงยุทธศาสตร์เดิมที่ได้กำหนดไว้ใน แผนแม่บทการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน พ.ศ.2555-2559

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภารกิจกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ และระบบคุ้มครองประชาชนด้านบริการสุขภาพ อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถพิทักษ์สิทธิและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้



1) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

2) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ

3) พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดำเนินการ บังคับใช้ตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบให้เกิดผลสำเร็จแก่ราชการและประชาชน

4) ส่งเสริม พัฒนา และสนับสนุนการดำเนินงาน สุขศึกษาและระบบสุขภาพของประชาชน

5) ดำเนินการเกี่ยวกับงานด้านความช่วยเหลือ ความร่วมมือ และการประสานงานกับหน่วยงานหรือ องค์การต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

6) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอด องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านระบบบริการสุขภาพแก่ องค์การภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

7) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็น อำนาจหน้าที่ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือ ตามที่กระทรวงหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ระบุว่า การจัดตั้งเขตเศรษฐกิจ พิเศษของไทยตามนโยบายรัฐบาลมีความมุ่งหวังให้เกิด ผลในภาพรวม คือ

1) มีฐานเศรษฐกิจใหม่ ระยะแรกบริเวณชายแดนที่ สามารถดึงดูดการลงทุนทั้งในและต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสทางเศรษฐกิจและความสามารถในการแข่งขันของพื้นที่ และขยายความร่วมมือทางด้านการผลิต การค้า และการลงทุนกับประเทศเพื่อนบ้าน เพิ่มมากขึ้น

2) มีการบริหารจัดการใช้ประโยชน์จากศักยภาพ พื้นที่และการต่อยอดกิจกรรมเศรษฐกิจในพื้นที่ที่มี ศักยภาพอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ

3) ช่วยกระจายความเจริญสู่ภูมิภาค โดยเฉพาะ การสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณในการพัฒนา โครงสร้างพื้นฐานจากภาครัฐในพื้นที่ที่มีศักยภาพสูงใน การพัฒนาเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ

4) คุณภาพชีวิตของคนในสังคมดีขึ้น มีการจ้างงาน และเพิ่มรายได้ให้ชุมชน การบริการด้านสังคมที่ได้ คุณภาพ (การศึกษา สาธารณสุข และความปลอดภัยใน พื้นที่) รวมถึงมีกฎระเบียบและแนวทางการกำกับดูแล ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม (การศึกษาและ สาธารณสุข) ที่ได้มาตรฐานและมีการบังคับใช้อย่างเข้มแข็ง

5) การแก้ปัญหาข้อจำกัดเดิมในพื้นที่และการ ป้องกันผลกระทบเชิงลบต่างๆ เช่น แก้ไขปัญหาขาดแคลน แรงงานไร้ทักษะ ปัญหาความแออัดของด่านพรมแดน ปัญหาการลักลอบสินค้าจากประเทศเพื่อนบ้าน รวมถึง ปัญหาความมั่นคง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กล่าวว่า การให้ สิทธิพิเศษแก่เขตเศรษฐกิจพิเศษในเรื่องต่างๆ เพื่อหวัง ผลด้านการลงทุน และแสวงหาผลกำไรสูงสุด โดยขาด การมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และไร้กระบวนการตรวจสอบจากรัฐสภา อาจส่งผลให้การประกอบกิจการต่างๆ ในพื้นที่ดังกล่าว นั้นไม่คำนึงถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองชีวิต และสิ่งแวดล้อมของประชาชนไทย และอาจละเมิดสิทธิ มนุษยชนและการแย่งชิงทรัพยากรท้องถิ่นไปสู่ส่วนอื่น ของสังคมอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ซึ่งกลไกการดำเนินการ ในพื้นที่เหล่านี้ จะส่งผลให้ชุมชนท้องถิ่นไม่สามารถ ดำเนินชีวิตปกติสุขเช่นที่ผ่านมา และอาจอยู่ในสภาวะ ตึงเครียด มีความเสี่ยงต่อความแตกแยก และกลายเป็น สังคมป่วยไข้ได้

Schirnding and Mulholland โดยองค์การ อนามัยโลกได้นำเสนอสาระสำคัญในบทความเรื่อง สุขภาพและการพัฒนาอย่างยั่งยืน: ข้อบ่งชี้แนวโน้ม สุขภาพ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

- ข้อบ่งชี้ทางสภาวะสุขภาพของประชาชนใน พื้นที่ชายแดนและโรคต่างๆ รวมทั้งวิธีการจัดการแก้ไข ยังไม่ได้รับการพัฒนาเข้าสู่ระบบการควบคุมติดตามของ ระบบสาธารณสุขของประเทศอาเซียนทั้งต้นทางและ ปลายทาง

- การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศ กำลังพัฒนา ส่งผลให้สัดส่วนของภาระโรคด้านสุขภาพจิต และโรคทางระบบประสาท รวมถึงโรคเรื้อรังอื่นๆ เพิ่ม

สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ระบบสุขภาพขยายแดน ยังไม่มีการวางแผนการแก้ไขปัญหาในระยะยาวแต่อย่างใด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะทางการจัดการด้านการเงิน อย่างยั่งยืนในระบบการดูแลสุขภาพ

- ภาวะการณ์เติบโตทางสังคมเมืองอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ขยายแดนที่เป็นด้านการค้าและมีขีดความสามารถด้านการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบด้านความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ กล่าวคือไม่สามารถบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพให้สามารถรองรับภัยคุกคามทางสุขภาพอย่างทันทั่วถึง ทั้งโรคติดต่อข้ามแดน อุบัติเหตุจากการสัญจรในเส้นทางที่ได้รับการพัฒนาอย่างรวดเร็ว มลภาวะจากโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ดังกล่าว อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ ฝุ่นละออง คิว้นพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อโรคทางระบบหายใจเรื้อรังโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก สตรี และผู้สูงอายุ แลผู้มีสุขอนามัยไม่ดี

- ระบบสุขภาพขยายแดนในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปสู่การพัฒนาสถานะสุขภาพของประชาชนที่ยากจน การส่งเสริมสุขภาพ การชดเชยความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในทุกระดับ การลดภาระการให้บริการของประเทศปลายทาง รวมถึงการประเมินผลความสำเร็จของความพยายามลดช่องว่างของขีดความสามารถด้านการวิจัยสุขภาพทั้งในประเทศ ต้นทางและปลายทาง

- การค้าและการสัญจรระหว่างประเทศของประชากรจำนวนมาก การกลมกลืนทางวัฒนธรรมต่างซีกโลกในยุคโลกาภิวัตน์ ส่งผลกระทบต่อทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อม โรคติดต่อต่างๆ โรคอุบัติใหม่ และโรคที่กลับเป็นซ้ำที่มีอัตราความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ขณะเดียวกันในหลายประเทศได้พยายามยกระดับการพัฒนาประเทศ อย่างไรก็ตาม พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ด้อยโอกาสในประเทศยากจนยังคงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับสูง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยได้จัดทำรายงานการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพของกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ของชาวพม่า สู่ประเทศไทย ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า

กลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป เช่น ปวดหัว ปวดท้องหรือเป็นไข้ และมักเลือกซื้อยามารับประทานเอง หากไม่หายจึงไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัย คลินิก หรือโรงพยาบาล โดยมีปัจจัยในการเลือกใช้บริการที่หลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ โดยในทุกพื้นที่บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติและพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติมีมากในด้านการส่งเสริมและให้ความรู้ทางสุขภาพในชุมชน การให้คำปรึกษา การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ และการเป็นล่าม นอกจากนี้พบว่ามีการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นจำนวนมาก ด้านการฝากครรภ์ การคลอด และการรับบริการวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กเล็ก กลุ่มคนพม่าเหล่านี้มีการอยู่ร่วมกันในชุมชนหรือทำงานร่วมกันกับแรงงานต่างด้าวกลุ่มอื่นๆ ด้วยจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการติดโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่พบมากในแรงงานต่างด้าวทั่วไปทั้งการเป็นผู้รับเชื้อและเป็นพาหะในการติดต่อสู่คนอื่นๆ ต่อไป ดังนั้นการวางแผนทางด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่รัฐบาลไทยไม่ควรมองข้ามอีกต่อไป ไม่ว่าจะเป็นเรื่องระบบฐานข้อมูลของประชากรต่างด้าวซึ่งรวมถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ อันมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการนำไปใช้วางแผนรับมือกับสถานการณ์ทางสุขภาพและสามารถนำไปเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ ได้ต่อไป

ผลการศึกษาในเรื่องปัญหาและข้อจำกัดในการให้บริการทางสุขภาพของหน่วยงานของรัฐพบว่าโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ชายแดนหรือในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวนมากต้องแบกรับภาระต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสารและการจัดสรรงบประมาณที่ไม่ได้ค้ำประกันและครอบคลุมถึงประชากรที่เป็นแรงงานต่างด้าวที่มีอยู่ตามจริง ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ได้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่รัฐจะต้องสนใจจัดการต่อปัญหาแรงงานต่างด้าวอย่างจริงจัง และวางนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่ชัดเจนเหมาะสมและสอดคล้องกันในทุกหน่วยงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง



Sunpuwan และ Niyomsilpa ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความคิดเห็นของคนไทยที่มีต่อผู้อพยพและแรงงานพลัดถิ่นชาวพม่า ผลการวิจัยพบว่า จากการสำรวจทัศนคติของคนไทยต่อผู้อพยพและแรงงานพลัดถิ่นชาวพม่า ในมิติหลัก ได้แก่ ความปลอดภัย สิทธิมนุษยชน การคุ้มครองแรงงาน เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม การแปลงสัญชาติและการตั้งถิ่นฐานมนุษย์ อนาคตของแรงงานพม่า และแรงงานย้ายถิ่นในประเทศไทย มุมมองเชิงนโยบายด้านบริการสาธารณะ รวมทั้งการศึกษาและการดูแลสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด คือกาญจนบุรี ราชบุรี ตาก และแม่ฮ่องสอน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นพบว่าบทบาท อำนาจหน้าที่และพันธกิจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพซึ่งต้องให้การสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพ และระบบคุ้มครองประชาชนด้านบริการสุขภาพ กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพพิจารณาแล้วเห็นว่า การทบทวนปัญหา อุปสรรค การให้บริการประชาชนตามพันธกิจกรมฯ และการเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการสุขภาพของกรมฯ เพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพในเขตพื้นที่พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ นับเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญต่อการวางแผนในระดับนโยบาย การพัฒนารูปแบบและแนวทางการให้บริการ การจัดสรรงบประมาณ และการถ่ายทอดนโยบายที่สำคัญไปสู่การปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนระบบบริหารให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุดแก่ประชาชนชาวไทย และประชาคมอาเซียนในอนาคตอันใกล้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาถึงระดับความตระหนักรู้เรื่องเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ความคิดเห็นด้านสถานการณ์สุขภาพตามแนวชายแดนของประเทศไทย ทั้งระดับความสำคัญในปัจจุบัน และระดับความคาดหวังการดำเนินการในอนาคตของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่พัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ

2. เพื่อทราบถึงระดับความสำคัญต่อภารกิจกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (จำแนกตามภารกิจกลุ่มงาน) ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคต่อการดำเนินงานและแนวทางแก้ไขการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาถึงระดับความตระหนักรู้เรื่องเขตเศรษฐกิจพิเศษด้านสถานการณ์สุขภาพตามแนวชายแดนของประเทศไทย ทั้งระดับความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญในปัจจุบัน และระดับความคาดหวังการดำเนินการในอนาคตของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ระดับความสำคัญต่อภารกิจกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (จำแนกตามภารกิจกลุ่มงาน) ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ รวมถึงการศึกษาปัญหา อุปสรรคต่อการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไขการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่ดังกล่าว โดยทำการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพหลายวิธี ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (interview) และการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) และการตรวจเยี่ยมสำรวจดูงานพื้นที่ (observe activities) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานในจังหวัดที่มีพื้นที่ที่กำหนดให้เป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ทั้งในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ อำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์

เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

ข้อมูลประชากรที่นำเสนอนี้เป็นประชากรที่เป็นค่าสถิติจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้รายงานวิจัยนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลตัวอย่างจากประชากรที่เป็นบุคลากรหลักและบุคลากรฝ่ายสนับสนุนทางการแพทย์อีกหลายสาขาวิชาชีพ อาทิ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการเงินและบัญชี และหรือเจ้าพนักงานอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการด้านสาธารณสุข หรือสุขภาพอีกด้วย ซึ่งจำนวนประชากรดังกล่าวข้างต้น มีขนาดค่อนข้างใหญ่

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยศึกษาคั้งนี้เป็นบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานในจังหวัดที่มีพื้นที่ที่กำหนดให้เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษรวมทั้งสิ้น 261 คน จำนวน 5 จังหวัด อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูล โดยใช้วิธีการเลือกเก็บตัวอย่างจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่เศรษฐกิจโดยตรง ซึ่งนับเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เชื่อถือได้ และนับเป็นตัวแทนประชากรที่ดี

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1) ติดต่อประสานงานกับบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษทั้ง 5 จังหวัดโดยจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์

2) ขอความอนุเคราะห์จากหัวหน้าส่วนราชการในแต่ละจังหวัด โดยทำหนังสือราชการ และประสานขอให้จัดส่งแบบสอบถามดังกล่าว คืนให้แก่กองสุขภาพระหว่างประเทศ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เดินทางไปรับแบบสอบถามด้วยตนเอง ใน 3 จังหวัด คือ จังหวัดตราด มุกดาหาร และสระแก้ว

3) ดำเนินการลงสำรวจพื้นที่ และติดตามการปฏิบัติราชการของบุคลากรสาธารณสุขใน 3 พื้นที่คือ จังหวัดตราด มุกดาหาร และสระแก้ว พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ (interview) ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อาทิ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนและเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และการตรวจเยี่ยมสำรวจงานในพื้นที่ (observe activities)

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรด้านสาธารณสุขที่สำคัญจำแนกตามจังหวัด

จังหวัดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	จำนวนบุคลากรที่มีอยู่จริงทั้งจังหวัด (คน)			
	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ
ตราด	73	23	46	586
ตาก	147	46	56	838
มุกดาหาร	81	31	46	614
สงขลา	429	91	172	2,540
สระแก้ว	94	33	54	470
รวม	824	224	374	5,048

ที่มา : รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2556 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	ตราด	ตาก	มุกดาหาร	สงขลา	สระแก้ว	รวม
จำนวน	53	47	65	62	34	261



ผลการศึกษา

1. ระดับความตระหนักรู้เรื่องเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าในแต่ละจังหวัดมีค่าเฉลี่ยของระดับความตระหนักรู้เรื่องเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษไม่แตกต่างกัน (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.76 - 4.98 จากคะแนนเต็ม 6) หรือคิดเป็นร้อยละ 80.98 - 85.53 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณภาพด้านสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษมีความรู้พื้นฐานด้านนี้เป็นอย่างดี เมื่อเปรียบเทียบกับรายจังหวัดจะพบว่า จังหวัดตากจะมีค่าเฉลี่ยของระดับความตระหนักรู้เรื่องเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษในระดับสูงสุด (4.98) จังหวัดสระแก้วมีค่าเฉลี่ยของระดับความตระหนักรู้ในระดับต่ำสุด (4.76)

2. ระดับความสำคัญของการดำเนินการและระดับความคาดหวังในการดำเนินการในอนาคตของระบบสนับสนุนบริการสุขภาพจังหวัดตราดมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสำคัญและความคาดหวังด้านการส่งต่อผู้ป่วยสูงสุด มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสำคัญและความคาดหวังด้านโรคติดต่อต่ำสุด จังหวัดตากมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสำคัญด้านการส่งต่อผู้ป่วยสูงสุด มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสำคัญด้านโรคติดต่อต่ำสุด และมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความคาดหวังด้านการส่งต่อผู้ป่วยสูงสุด มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสำคัญด้านโรคติดต่อต่ำสุด จังหวัดมุกดาหารมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสำคัญและความคาดหวังด้านการส่งต่อผู้ป่วยสูงสุด มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสำคัญด้านโรคติดต่อต่ำสุด และมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังด้านโรคติดต่อและการส่งต่อผู้ป่วยสูงสุด จังหวัดสงขลามีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสำคัญและความคาดหวังด้านการส่งต่อผู้ป่วยสูงสุด มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสำคัญและความคาดหวังด้านโรคติดต่อต่ำสุด จังหวัดสระแก้ว มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสำคัญและความคาดหวังด้านการส่งต่อผู้ป่วยสูงสุด มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสำคัญด้านการส่งต่อผู้ป่วยสูงสุด และมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังด้านโรคติดต่อต่ำสุด ผลการพิจารณาภาพรวมใน 5 จังหวัดพบว่าระดับความสำคัญและความคาดหวังการดำเนินการในอนาคตนั้น ประเด็นเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย

ความคิดเห็นรายข้อสูงสุด (1.99 และ 1.74) ประเด็นเรื่องโรคติดต่อมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นรายข้อต่ำสุด (1.49 และ 1.35)

3. ระดับความสำคัญต่อการกิจกรรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (จำแนกตามภารกิจกลุ่มงาน) ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษมีข้อค้นพบดังนี้

จังหวัดตราดมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภารกิจของกลุ่มงานในสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีความคิดเห็นว่าคุณภาพการดำเนินงานและยุทธศาสตร์และสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ กองสุขภาพภาคประชาชน กองแผนงาน และกองสุขภาพระหว่างประเทศมีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่สูงสุด (ค่าเฉลี่ย 6.45 จากคะแนนเต็ม 10) และมีความคิดเห็นว่าคุณภาพการดำเนินงานและยุทธศาสตร์และสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ กองสุขภาพภาคประชาชน กองแผนงาน และกองสุขภาพระหว่างประเทศมีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 5.59 และ 5.60 จากคะแนนเต็ม 10)

จังหวัดตากมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภารกิจของกลุ่มงานในสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีความคิดเห็นว่าคุณภาพการดำเนินงานและยุทธศาสตร์และสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ กองสุขภาพภาคประชาชน กองแผนงาน และกองสุขภาพระหว่างประเทศมีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่สูงสุด (ค่าเฉลี่ย 6.43 จากคะแนนเต็ม 10) และมีความคิดเห็นว่าคุณภาพการดำเนินงานและยุทธศาสตร์และสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ สำนักงานพยาบาลและควบคุมการประกอบโรคศิลปะ กองสุขศึกษา กองแบบแผน และกองวิศวกรรม การแพทย์มีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 5.96 และ 5.98 จากคะแนนเต็ม 10)

จังหวัดมุกดาหารมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภารกิจของกลุ่มงานในสังกัดกรมสนับสนุนบริการ

สุขภาพ โดยมีความคิดเห็นว่าคุณุ่มภารกิจพิเศษ ได้แก่ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กลุ่มตรวจสอบภายใน และ ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านทุจริตมีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่สูงสุด (ค่าเฉลี่ย 6.26 จากคะแนนเต็ม 10) และมีความคิดเห็นว่าคุณุ่มภารกิจภูมิภาค (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ 12 เขต) มีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 5.95 จากคะแนนเต็ม 10)

จังหวัดสงขลามีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภารกิจของกลุ่มงานในสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีความคิดเห็นว่าคุณุ่มภารกิจภูมิภาค (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ 12 เขต) มีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่สูงสุด (ค่าเฉลี่ย 7.31 จากคะแนนเต็ม 10) และมีความคิดเห็นว่าคุณุ่มภารกิจบริหาร ได้แก่ สำนักบริหาร กองกฎหมาย กองคลัง และ กองบริหารทรัพยากรบุคคล มีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 6.82 จากคะแนนเต็ม 10)

จังหวัดสระแก้วมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภารกิจของกลุ่มงานในสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีความคิดเห็นว่าคุณุ่มภารกิจภูมิภาค (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ 12 เขต) มีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่สูงสุด (ค่าเฉลี่ย 5.94 จากคะแนนเต็ม 10) และมีความคิดเห็นว่าคุณุ่มภารกิจควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ได้แก่ สำนักสถานพยาบาลและ ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ กองสุศึกษา กองแบบแผน และกองวิศวกรรมการแพทย์มีบทบาทหรือความสำคัญต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 5.56 จากคะแนนเต็ม 10)

4. สำหรับปัญหา อุปสรรคต่อการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไขการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ กล่าวสรุปดังนี้คือ

4.1 ปัญหา อุปสรรคต่อการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ จำนวนบุคลากรไม่สอดคล้องเหมาะสมกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นผู้รับบริการที่เป็น

แรงงานชาวต่างชาติ และผิดกฎหมายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องที่ทีมงานที่ให้บริการขาดสมรรถนะ และทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการแก่ชาวต่างชาติในพื้นที่การให้บริการด้านส่งเสริมความรู้สุขภาพแก่ชาวต่างชาติในพื้นที่ ยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึงขาดบุคลากรอาทิแพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรม กุมารแพทย์ และพยาบาลเฉพาะสาขาขาดความรู้ด้าน การสื่อสารภาษาอาเซียนไม่มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานความรู้ด้านโรคอุบัติใหม่ต่างๆ ที่มาพร้อมกับการเดินทางเคลื่อนย้ายหน่วยงานส่วนกลาง กำหนดนโยบายการดำเนินงานที่บางครั้งขัดกับบริบทพื้นที่และพื้นที่ต้องการที่ปรึกษา ต้องการองค์ความรู้ และความช่วยเหลือในการขับเคลื่อนเป็นอย่างมากปัญหาการบริการจัดการทรัพยากร เช่นยานพาหนะ เมื่อเกิดปัญหาเร่งด่วน

4.2 แนวทางแก้ไขการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ขยายกรอบอัตรากำลังในหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เพื่อให้เพียงพอรองรับการให้บริการประชาชนที่ล้นไหลเข้ามาเป็นจำนวนมาก เสริมสร้างทีมงานที่ให้บริการขาดสมรรถนะ และทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการแก่ชาวต่างชาติในพื้นที่ให้ความรู้ความเข้าใจต่อผู้ให้-ผู้รับบริการด้านสุขภาพพัฒนาทรัพยากรบุคคล ด้านวิชาการ เฉพาะสาขาที่มีความต้องการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ด้านภาษาต่างๆ มากขึ้น สามารถสื่อสารได้สร้างขวัญกำลังใจในการทำงานให้แก่บุคลากรทุกระดับกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ (Career Path) ให้มีความชัดเจนแก่บุคลากรปรับแก้ระเบียบด้านกฎหมายบริเวณชายแดนให้เป็นช่องทางพิเศษมากกว่าระเบียบทั่วไปและสนับสนุนยานพาหนะให้หน่วยงานบริการสาธารณสุขมีใช้อย่างเพียงพอ

อภิปรายผล

การอภิปรายผลในส่วนนี้ผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปรายโดยยึดวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นหลัก ได้แก่ ประการแรก เพื่อศึกษาถึงระดับความตระหนักรู้เรื่องเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ความคิดเห็นด้านสถานการณ์สุขภาพตามแนวชายแดนของประเทศไทย ทั้งระดับความสำคัญในปัจจุบัน และระดับความคาดหวังการดำเนินการในอนาคตของบุคลากรหน่วยบริการ



สุขภาพ ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ประการที่สอง เพื่อทราบถึงระดับความสำคัญต่อภารกิจกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (จำแนกตามภารกิจกลุ่มงาน) ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ สุดท้ายคือข้อสาม เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคต่อการดำเนินงานและแนวทางแก้ไขการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ การอภิปรายแบ่งเป็น 3 ตอนด้วยกัน รายละเอียดดังนี้

1. ระดับความตระหนักรู้เรื่องเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ความคิดเห็นด้านสถานการณ์สุขภาพตามแนวชายแดนของประเทศไทย ทั้งระดับความสำคัญในปัจจุบัน และระดับความคาดหวังการดำเนินการในอนาคตของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจมุ่งเน้นการขับเคลื่อนด้านการลงทุน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน แต่ก็มีได้ละเลยการสาธารณสุขซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ ความปลอดภัยของชีวิตของประชากรในพื้นที่ ทั้งประชากรไทยและต่างด้าวในพื้นที่นั้นๆ ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาและการเตรียมการรองรับ และเผชิญกับปัญหา รวมถึงการสร้างกลไกการควบคุม และการให้บริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพทั้งนี้การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ดังกล่าวจึงมีความเข้มข้น อีกทั้งอาศัยกลไกอื่นๆ มาสนับสนุน อาทิ บุคลากร งบประมาณ อาคาร สถานที่และวัสดุอุปกรณ์ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือด้านกำลังคน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ดังกล่าวจำเป็นต้องมีผู้มีความรู้สูง และมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ ทั้งประชากรไทย และประชากรเพื่อนบ้าน ผลจากการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละจังหวัดของเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษมีระดับความตระหนักรู้เรื่องดังกล่าว เป็นอย่างดี มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป นับเป็นการเริ่มต้นที่ดีของการขับเคลื่อนการพัฒนาการดำเนินงานเชิงคุณภาพในอนาคต

ระดับความสำคัญของการดำเนินการและระดับความคาดหวังในการดำเนินการในอนาคตของระบบสนับสนุนบริการสุขภาพนั้น ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ให้ข้อมูลที่น่าสนใจสำหรับสนับสนุนการวางแผนและกำหนดนโยบายการปฏิบัติงานในอนาคตได้ โดยข้อมูลที่น่าสนใจคือ แม้จะมีพื้นที่ต่างกันทางภูมิศาสตร์แต่ประเด็นปัญหากลับลอดคล้องกัน กล่าวคือผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นรายข้อสูงสุดทั้งด้านความสำคัญและความคาดหวังการดำเนินการในอนาคตเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย (1.99 และ 1.74) มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นรายข้อต่ำสุดทั้งด้านความสำคัญและความคาดหวังการดำเนินการในอนาคตประเด็นเรื่องโรคติดต่อ (1.49 และ 1.35) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากสาระสำคัญทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) โรคติดต่อสำคัญ 7 โรค ได้แก่ มาลาเรีย วัณโรค โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคอุจจาระร่วง โรคที่ป้องกันด้วยวัคซีน และโรคที่เกิดขึ้นในอดีตแต่หวนกลับมาเป็นปัญหาใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำ (re-emerging disease) 2) ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ในพื้นที่ชายแดนจะมีอัตราการตายของหญิงคลอดบุตรและเด็กแรกเกิดสูงกว่าพื้นที่ปกติ เนื่องจากค่านิยมของคนต่างด้าวที่ชอบมีลูกมาก และมีความเชื่อโดยไม่คุมกำเนิด ทำให้อัตราการเกิดของเด็กที่ไม่มีสัญชาติในไทยสูงกว่าอัตราเกิดของเด็กไทยในพื้นที่ชายแดน 3) ข้อจำกัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อระหว่างประเทศ และพื้นที่พิกฟิงชั่วคราว ปัจจุบันไทยมีศูนย์พิกฟิง 9 แห่ง ใน 4 จังหวัด คือ ตาก แม่ฮ่องสอน ราชบุรี และกาญจนบุรี 4) การลักลอบนำเข้าและส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยและผิดกฎหมาย ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนและ 5) ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ตามแนวชายแดน การเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย รวมทั้งมีคนต่างด้าวหรือคนไร้รัฐที่รอการพิสูจน์สถานะประมาณ 19 ชาติพันธุ์จำนวนกว่า 400,000 คน ที่กระจายตัวอยู่ตามพื้นที่ชายแดน

ผลจากข้อมูลดังกล่าวอาจอนุมานได้ว่าการส่งต่อผู้ป่วยเป็นประเด็นปัญหาสำคัญของการดำเนินงานใน

ปัจจุบันนี้ ที่สถานพยาบาลต้องแบกรับการรักษาผู้ป่วยที่เป็นประชากรเพื่อนบ้านโดยที่ไม่สามารถส่งกลับประเทศต้นทางได้ ในขณะที่ปัญหาเรื่องโรคติดต่อสำคัญนั้น ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของไทย สามารถป้องกันและควบคุมโรคได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามปัญหาทั้ง 5 ประการที่กล่าวมาข้างต้นจำเป็นต้องติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

2. ระดับความสำคัญต่อภารกิจกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (จำแนกตามภารกิจกลุ่มงาน) ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีนโยบายการพัฒนา ระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมกำกับ คุณภาพมาตรฐาน ส่งเสริมการพิทักษ์สิทธิ ประเมินเทคโนโลยี วิจัย และพัฒนารูปแบบ การดำเนินงาน ถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ สนับสนุนวิชาการด้านระบบบริการสุขภาพ เพื่อพิทักษ์ และคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้แบ่งภารกิจของหน่วยงานในสังกัดเป็น 4 กลุ่มภารกิจด้วยกัน คือ

1. กลุ่มภารกิจพิเศษ ได้แก่ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กลุ่มตรวจสอบภายใน และศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านทุจริต
2. กลุ่มภารกิจบริหาร ได้แก่ สำนักบริหาร กองกฎหมาย กองคลัง และกองบริหารทรัพยากรบุคคล
3. กลุ่มภารกิจนโยบายและยุทธศาสตร์และสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ กองสุขภาพภาคประชาชน กองแผนงาน และกองสุขภาพระหว่างประเทศ
4. กลุ่มภารกิจควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ได้แก่ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กองสุขศึกษา กองแบบแผน และกองวิศวกรรม การแพทย์
5. กลุ่มภารกิจภูมิภาค (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ 12 เขต)

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจะช่วยให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ทราบถึงข้อมูลและบทบาทการดำเนินงานของกรมฯ ที่เกี่ยวข้อง ผูกพัน และสนับสนุนการดำเนินงานแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้เป็นอย่างดีเพื่อพัฒนาบทบาทของหน่วยงานในสังกัดในการบูรณาการการดำเนินงาน

ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่แตกต่างกัน อาทิ เช่น จังหวัดตราด ระบุว่า กลุ่มงานพิเศษส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานน้อยที่สุด จังหวัดตากและจังหวัดสระแก้ว ระบุว่ากลุ่มงานควบคุมคุณภาพมาตรฐานส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานน้อยที่สุด จังหวัดมุกดาหารระบุว่า กลุ่มงานภูมิภาค (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ 12 เขต) ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานน้อยที่สุด และจังหวัดสงขลา ระบุว่ากลุ่มงานบริหารส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงาน น้อยที่สุด ข้อมูลเหล่านี้จะได้ชี้ให้เห็นถึงการพัฒนารูปแบบ พันธ์กิจ และหน้าที่ของหน่วยงานในสังกัดทำงานร่วมกับ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษเพื่อ การพัฒนาการด้านระบบสนับสนุนบริการสุขภาพอย่าง ยั่งยืนต่อไป

3. ปัญหา อุปสรรคต่อการดำเนินงาน และ แนวทางแก้ไขการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพ ของบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตพัฒนา เศรษฐกิจพิเศษ

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพถึงปัญหา อุปสรรค ต่อการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไขการดำเนินงาน ด้านระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจ พิเศษจะเป็นข้อมูลสำคัญต่อหน่วยงานด้านนโยบายและ แผนสาธารณสุข ทั้งด้านการบริการรักษา การเข้าถึง บริการสุขภาพ และระบบสนับสนุนบริการสุขภาพต่างๆ ในการวางนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่ชัดเจน เหมาะสม และสอดคล้องกันในหน่วยงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องข้อมูลที่ ได้แสดงให้เห็นถึงปัญหาที่เริ่มต้นจากจุดเล็กๆ และมีแนวโน้มจะสะสมและกลายเป็นปัญหาเรื้อรังต่อเนื่อง ในอนาคตต่อไป ปัญหาที่สำคัญที่สุดขณะนี้คือ ปัญหา ด้านบุคลากรสาธารณสุข ด้านการจัดสรรงบประมาณ และการกำหนดนโยบายหรือทิศทางการดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องเหมาะสมต่อการปฏิบัติในพื้นที่ที่มีบริบท และที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน

สอดคล้องกันกับสำนักงานกองทุนสนับสนุน การวิจัย ซึ่งได้จัดทำรายงานการศึกษาสถานการณ์ ด้านสุขภาพของกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ของชาวพม่า สู่ประเทศไทย ผลการศึกษาในเรื่องปัญหาและข้อจำกัด



ในการให้บริการทางสุขภาพของหน่วยงานของรัฐพบว่า โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ชายแดนหรือในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวนมากต้องแบกรับภาระต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ปัญหา เรื่องการติดต่อสื่อสาร และการจัดสรรงบประมาณที่ไม่ได้ค้ำประกันและครอบคลุมถึงประชากรที่เป็นแรงงานต่างด้าวที่มีอยู่ตามจริง ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ได้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่รัฐจะต้องสนใจจัดการต่อปัญหาแรงงานต่างด้าวอย่างจริงจัง และวางนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่ชัดเจนเหมาะสมและสอดคล้องกันในหน่วยงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

สรุป/ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายหรือมาตรการในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม โดยพื้นที่ที่สามารถนำนวนโยบาย หรือมาตรการดังกล่าวข้างต้นไปใช้ได้ก่อให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ทั้งนี้ในการกำหนดนโยบายฯ ดังกล่าวข้างต้น ควรให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือร่วมกำหนดด้วย

1.2 การดำเนินการในข้อ 1. ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีในรูปแบบของ Plan Do Check Act (PDCA) โดยมีการติดตาม กำกับ และตรวจสอบผลการดำเนินการเพื่อให้ได้สารสนเทศป้อนกลับ นอกจากนี้ควรขยายผลการดำเนินการเป็นรูปแบบ (Model) การดำเนินงานที่เป็นตัวอย่างที่ดี (good practice) ต่อจังหวัดอื่นๆ ที่จะได้ถูกกำหนดให้เป็นพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษในระยะที่ 2 ต่อไป

1.3 ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับจุลภาค และระดับมหภาค และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข การจัดสรรงบประมาณ และการกำหนดนโยบายหรือทิศทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสมต่อการปฏิบัติในพื้นที่ที่มีบริบทและที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกันต่อไปได้

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป


2.1 ควรมีการดำเนินการศึกษาวิจัยด้านการบริการรักษา ด้านระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และด้านการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ดังกล่าวเนื่องจากมีความจำเพาะ และอาจส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และปัญหาด้านสาธารณสุขได้มากกว่าพื้นที่อื่นๆ

2.2 การวิจัยในครั้งต่อไปควรศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยที่จะเข้ามาช่วยให้ระบบสนับสนุนบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพสูงขึ้น เช่น การให้ค่าตอบแทนพิเศษ ความก้าวหน้าในสายงาน การส่งเสริมและสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ดังกล่าว เป็นต้น

2.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่แตกต่างกัน โดยอาจพัฒนาเป็นรูปแบบ (Model) การให้บริการ หรือรูปแบบ (Model) กลไกสนับสนุนบริการสุขภาพซึ่งอาจพัฒนาเป็นต้นแบบของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

- Department of Health in Sustainable Development, World Health Organization. (2002). Health and sustainable development : key health trends. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68755/1/WHO_HDE_HID_02.2.pdf
- Health Systems Research Institute. (2005). Public guide for learning public policy: get to know bill of Special Economic Zone. Institute for Population and Social Research, Mahidol University Supported by the World Health Organization and the European Union. (2014). 16The Survey of Thai Public



Opinion toward Myanmar Refugees and Migrant Workers: A Case Study of Kanchanaburi Province. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Institute for Population and Social Research, Mahidol University Supported by the World Health Organization and the European Union. (2014). The Survey of Thai Public Opinion toward Myanmar Refugees and Migrant Workers: A Case Study of Mae Hong Son Province. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Institute for Population and Social Research, Mahidol University Supported by the World Health Organization and the European Union. (2014). The Survey of Thai Public Opinion toward Myanmar Refugees and Migrant Workers: A Case Study of Ratchaburi Province. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Retrieved from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-479.pdf>

Institute for Population and Social Research, Mahidol University Supported by the World Health Organization and the European Union. (2014). The Survey of Thai Public Opinion toward Myanmar Refugees and Migrant Workers: A Case Study of Tak

Province. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Institute for Population and Social Research, Mahidol University Supported by the World Health Organization and the European Union. (2014). The Survey of Thai Public Opinion toward Myanmar Refugees and Migrant Workers: An Overview. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Retrieved from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-475.pdf>

Office of Strategy and Planning, Ministry of Public Health. (2016). Framework for solving problem and developing border's public health in 2016 - Second draft (2012-2016).

Office of Strategy and Planning, Ministry of Public Health. (2015). Supporting public health in Special Economic Zone planing for 5 years (2016-2020).

Office of The National Economic and Social Development Board. Developing of Special Economic Zone in Thailand.

The Thailand Research Fund. (2009). The second generation of migrants from Myanmar: situation and problem in public health.

The Office of the Prime Minister. (2013). Regulations of the Office of the Prime Minister on Special Economic Zone.



ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี
ที่มีพัฒนาการสมวัย ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ต่อความผูกพัน
ทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก จังหวัดร้อยเอ็ด
THE EFFECT OF DEVELOPMENTAL PROMOTION OF NORMAL
DEVELOPMENT CHILDREN IN INFANT TO THE 5 YEARS OLD
BY EAT- HUG - PLAY-TELLING STORY ON ATTACHMENT
BETWEEN CHILDREN AND PRIMARY CAREGIVER, ROIET PROVINCE

อัมรา อารงทรัพย์, ผุสดี กุลสุวรรณ, รัตนา ศิวิสาร
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ความผูกพันทางอารมณ์ ระหว่างผู้ดูแลและเด็กเป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก โดยพบว่า ระดับสติปัญญาและความสามารถในการอยู่ในสังคม มีความสัมพันธ์กับความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงระหว่างมารดากับเด็ก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ที่มีต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลักที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงงาม อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี และผู้เลี้ยงดูหลักที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 36 คู่ เด็ก - ผู้เลี้ยงดูหลัก โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คู่ กลุ่มควบคุม 18 คู่ โดยที่กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ รวม 5 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่มีอยู่เดิม โดยประเมินซ้ำ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เมื่อจบโปรแกรมภายใน 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังจากจบโปรแกรมแล้ว 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความผูกพันทางอารมณ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้เกี่ยวข้องควรนำกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่าไปดำเนินการเพื่อเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ในกลุ่มเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี และผู้เลี้ยงดูหลัก ขยายผลสู่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเลี้ยงดูเด็ก เช่น สมาชิกทุกคนในครอบครัว ครู และชุมชนทุกตำบล

คำสำคัญ: ความผูกพันทางอารมณ์ เด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี กิน กอด เล่น เล่า



Abstract

Attachment Between caregivers and children is important to the development of children. By the level of intelligence and Ability to live in society Relationship with stable emotional attachment. Between mother and child, this research is a semi-experimental experimental research. To study the effectiveness of promoting the development children in an infant to the 5 years old, with Eat –Hug – Play - Telling story on attachment between children and the primary caregiver At the Nong Phok health promotion hospital , nongphok district, Roi Et. The sample is infant at the 5 years old and the primary caregiver in 36 volunteers join the activity. The experimental group was divided into 18 experimental groups, 18 control groups. The experimental group participated in an Eat – Hug – Play - Telling story to promote the attachment between children and the primary caregiver, which are three times per 90 minutes, once a week, including five activities. The control group was controlled by the available forms, by re-evaluation for 2 times, the first time was evaluated at the end of the program within 2 weeks and the second time was evaluated after finished the program 3 months. Analyze data using independent t-test

The result has shown that promoting the development children in an infant to the 5 years old, with Eat –Hug – Play - Tellingstory effective the mean score of emotional commitment of the experimental group and the control group after three months of the experiment, the experiment group was higher and the control group was statistically significant ($p < .05$), This study should be used to stimulate emotional attachment between newborns and infants. - five years for developing and parenting involving in child-rearing, such as all family members, communities, teachers in every district of Nong Phok District and all districts in Roi-Et.

Keywords: Attachment, Infant to the 5 years old, Eat –hug – play-telling story



บทนำ

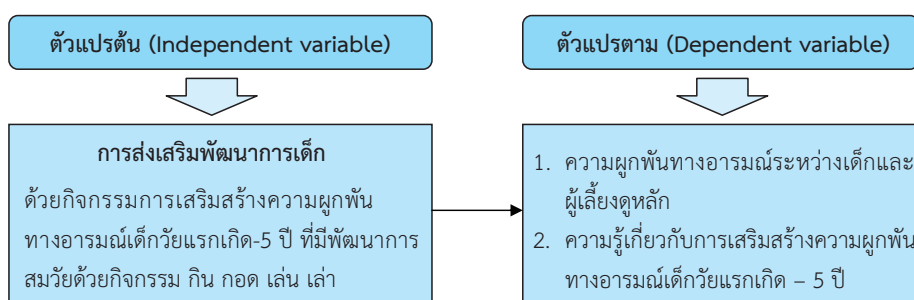
จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มีเป้าหมายการพัฒนาให้คนไทยทุกคนมีคุณภาพเพิ่มขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ประกอบกับรัฐบาลก็ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาเด็กและเยาวชน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กตามกลุ่มวัยตั้งแต่เด็กปฐมวัย วัยเรียน และวัยรุ่น โดยมีจุดมุ่งหมายให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการให้มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 รวมทั้งการส่งเสริมไอคิวและอีคิว ในปี พ.ศ 2551- พ.ศ 2552 กรมสุขภาพจิต ร่วมกับกรมอนามัยได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กพัฒนาการสมวัยอายุแรกเกิด – 5 ปี ผ่านกิจกรรมการกิน การกอด การเล่น และการเล่าที่ชื่อ 2ก2ล แต่อย่างไรก็ตาม คู่มือ 2ก2ล นี้ไม่ได้เน้นความรู้เรื่องการเลี้ยงดูที่เสริมสร้าง ความผูกพัน ทางอารมณ์ อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี

Katara K. W., Brittany L. M., Kathryn A. K. (2013) กล่าวว่าความผูกพันทางอารมณ์ (attachment) ระหว่างผู้ดูแลและเด็กเป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก โดยพบว่าระดับสติปัญญา และความสามารถในการอยู่ในสังคมมีความสัมพันธ์กับความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคง (secure attachment) ระหว่างมารดากับเด็กนอกจากนี้ Greenberg M. T., Speltz M. L., Deklyen M., Endriga M.G. (1991) ยังพบว่าเด็กทารกที่มีปัญหาการนอน การกิน มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิด สัมพันธ์กับมารดาที่มีระดับ sensitivity ต่อท่าทางของทารกต่ำ มีระดับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย ในส่วนของตำบลบึงงามอำเภอหนองพอก ผลสำรวจพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

(DSPM) ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 400 คน พบว่าเด็กที่มีพัฒนาการตามวัย จำนวน 340 คน คิดเป็นร้อยละ 85 สงสัยล่าช้า จำนวน 60 คน คิดเป็น ร้อยละ 15 การเจริญเติบโต น้ำหนัก ส่วนสูงสมส่วนตามวัย จำนวน 320 คน คิดเป็น ร้อยละ 80 และยังพบว่าเด็กจำนวน 336 คน คิดเป็นร้อยละ 84 อยู่กับผู้ดูแลที่เป็น ปู่ย่า ตายาย และญาติอื่นมากกว่าพ่อแม่ ซึ่งทำให้การดูแลในด้านต่างๆ เหล่านี้ อาจไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร จึงเป็นที่มาของโครงการวิจัย เพื่อให้บิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดูหลักมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความผูกพันทางอารมณ์ และสามารถให้เลี้ยงดูบุตรหลานที่เหมาะสม จนเกิดความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคง (Secure attachment) ระหว่างมารดา/ผู้ดูแลและบุตร/หลาน และส่งผลให้เด็กกลุ่มที่มีพัฒนาการปกติสามารถมีพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาได้อย่างเต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่าต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก ตำบลบึงงาม อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่าต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก ตำบลบึงงาม อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่าต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก ตำบลบึงงาม อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด



สมมติฐาน

ภายหลังการทดลองความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก มากกว่าก่อนการทดลอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ต้องการความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ที่มีผลต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก อันจะส่งผลให้เด็กเจริญเติบโต สุขภาพแข็งแรง มีพัฒนาการสมดุลงាំងทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคม มีความสามารถในการเรียนรู้ และเติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ อันเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก โดยทำการวัดความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็ก ผู้เลี้ยงดูหลัก และระดับพัฒนาการของเด็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ รวม 5 กิจกรรม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่มีอยู่เดิม โดยประเมินซ้ำ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เมื่อจบโปรแกรมภายใน 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังจากจบโปรแกรมแล้ว 3 เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched-Pair) ด้วยวิธีการจับคู่อายุเด็ก แล้วสุ่มใช้วิธีการจับฉลากเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนแล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ประชากร ประชากรที่ใช้การศึกษาเป็นเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DENVER II และมีพัฒนาการสมวัยในตำบลบึงงาม อำเภอนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 340 คน

ผู้เลี้ยงดูหลัก เป็นบิดามารดาหรือญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็ก มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 340 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DENVER II และมีพัฒนาการสมวัยในตำบลบึงงาม อำเภอนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด และผู้เลี้ยงดูหลักที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 36 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คู่ และกลุ่มควบคุม 18 คู่

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินพัฒนาการเด็ก DENVER II (Denver Developmental Screening Test) ฉบับภาษาไทย ซึ่งปรับปรุงจาก DDST แบบทดสอบพัฒนาการที่ใช้เปรียบเทียบความสามารถ ด้านต่างๆ กับเด็กปกติในวัยเดียวกันแบ่งการทดสอบเป็น 4 ด้าน 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ดูแลหลัก เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 8 ข้อ 3) แบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กแรกเกิด - 5 ปี สำหรับผู้เลี้ยงดูหลักใช้ทดสอบก่อนและหลังการร่วมกิจกรรม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 6 ระดับ และ 4) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ด้วยกิน กอด เล่น เล่า จำนวนเรื่องละ 3 ข้อ เป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

1) คู่มือการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ด้วยกิน กอด เล่น เล่า เนื้อหาในการจัดกิจกรรมแบ่งออกเป็น 5 กิจกรรม และ 2) คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ด้วยกิน กอด เล่น เล่า โดยเนื้อหาคู่มือแบ่งออกเป็น 5 บท

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II โดยเครื่องมือนี้มีความไวในการคัดกรอง (Sensitivity) 0.56-0.83 และความจำเพาะเจาะจง (Specificity) 0.43-0.80 คู่มือทั้ง 2 เล่ม มีค่า IOC ของแต่ละหัวข้ออยู่ในการเกณฑ์ดี



และแบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์ฉบับภาษาไทย คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการแปล Kinship Center Attachment Questionnaire (KCAQ) เป็นภาษาไทยและแปลกลับ หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมิน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา โดย วิธี Cronbrach'Alpha เท่ากับ 0.682

4. การจัดการทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล แบบประเมินความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กแรกเกิด - 5 ปี สำหรับผู้เลี้ยงดูหลัก เครื่องมือชุดนี้ยังไม่มีเกณฑ์ในการจำแนก และจัดกลุ่มระดับความผูกพันทางอารมณ์ แต่วิเคราะห์ค่าคะแนนโดยพิจารณาจากความมากน้อยของคะแนน ซึ่งยิ่งค่าคะแนนรวมมีค่ามากเท่าไรหรือน้อย ของการมีปัญหาความผูกพันทางอารมณ์มากขึ้นเท่านั้น

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย โครงร่างงานวิจัยได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ 1/2559 ผู้วิจัยให้ข้อมูลการวิจัยและทำความเข้าใจเรื่องการเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ ข้อมูลที่บันทึกเสียงจะถูกลบออกเมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น จึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจลงนามในหนังสือยินยอม

ผลการศึกษา

ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 3 เดือน)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.
ความผูกพันทางอารมณ์						
- ก่อนการทดลอง	35.88	13.23	32.33	11.30	34.00	12.19
- หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	22.94	14.14	25.44	12.56	24.19	13.24
- หลังการทดลอง 3 เดือน	10.06	7.87	24.19	6.19	13.61	8.08

83.33) อายุมากกว่า 41 ปี (ร้อยละ 55.55) ความสัมพันธ์กับเด็ก โดยเป็นมารดา (ร้อยละ 61.11) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 33.33) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 77.77) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 33.33) และรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 66.67)

จากตารางที่ 1 พบว่า เด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี กลุ่มทดลอง มีคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ระยะหลังทดลอง 2 สัปดาห์และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 3 เดือน โดยรวมลดลงอย่างเห็นได้ชัด แสดงถึงมีความผูกพันทางอารมณ์เพิ่มมากขึ้น กลุ่มควบคุมมีคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ระยะหลังทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงอย่างเห็นได้ชัดและลดลงเล็กน้อยหลังการทดลองเสร็จสิ้น 3 เดือน แสดงถึงมีความผูกพันทางอารมณ์คงที่

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความผูกพันทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความผูกพันทางอารมณ์ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.004) แสดงถึง ความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มมากขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้คงที่ แสดงถึงหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มมากขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การทดลอง	กลุ่มทดลอง	n	M	S.D.	t-value	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	18	35.88	13.23	.842	.406
	กลุ่มควบคุม	18	32.33	11.30		
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง	18	22.94	14.14	.561	.578
	กลุ่มควบคุม	18	25.44	12.56		
หลังการทดลอง 3 เดือน	กลุ่มทดลอง	18	10.06	7.87	3.121	.004*
	กลุ่มควบคุม	18	24.19	6.19		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดลอง	กลุ่มทดลอง	n	M	S.D.	t-value	p-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	กลุ่มทดลอง	18	10.47	3.13	.300	.766
	กลุ่มควบคุม	18	9.83	3.52		
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	กลุ่มทดลอง	18	14.06	2.84	6.538	.001*
	กลุ่มควบคุม	18	9.94	3.28		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยของระดับความผูกพันทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) สอดคล้องกับ Jantien และคณะ (2006) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์ในเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมอายุ 1-3 ปี โดยโปรแกรมพัฒนาบนพื้นฐานของทฤษฎีความผูกพันทางอารมณ์ หลังจบโปรแกรมมารดาามีเจตคติที่ดีต่อการไวต่อปฏิกริยาของทารกและตอบสนองได้ดีขึ้น และเด็กมีปัญหาพฤติกรรมลดลงซึ่งเกิดจากการที่ผู้เลี้ยงดูหลัก นำกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ไปปรับใช้ในกิจวัตรประจำวัน โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กเพื่อเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ สอดคล้องกับศิริมาศ แก้วเจริญวงศ์ ที่ได้ศึกษาสภาพและปัญหาการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาสำหรับเด็กปฐมวัยในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนภาคเหนือ พบว่าการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการทางภาษา และPatric และคณะ (2011) ที่ทำการศึกษารวบรวมข้อมูลจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ Early Child

development ในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง พบว่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัยสามารถถูกส่งเสริมให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้จาก early intervention และจะยิ่งได้ผลดีในโปรแกรมที่มีคุณภาพดี ประกอบด้วยการให้คำปรึกษาผู้ปกครอง การนำโรงเรียนเข้ามามีส่วนร่วม การมีอุปกรณ์การส่งเสริมพัฒนาการหรือสื่อการเรียนรู้สำหรับเด็กที่ดี ช่วยให้มารดามีความไวต่อปฏิกริยาของลูกได้ดีขึ้น มารดาและเด็กมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงมากขึ้น (Ellen และคณะ, 2011)

สรุปผล

1. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ส่งผลให้ความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลักเพิ่มมากขึ้น

2. ระดับความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามระยะการทดลอง พบว่า การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีคะแนนค่าเฉลี่ยของระดับ



ความผูกพันทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง 3 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนค่าเฉลี่ยของระดับความผูกพันทางอารมณ์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3. กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก มีความรู้เพิ่มมากขึ้นและมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ ได้รับการส่งเสริม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

จากผลการศึกษาผู้วิจัยพบว่า กิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ช่วยเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยและผู้เลี้ยงดูหลักให้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาผลของกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าและผู้เลี้ยงดูหลัก

2. ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

2.1. จากผลการศึกษาควรนำกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า เพื่อเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กวัยแรกเกิด – 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยและผู้เลี้ยงดูหลัก ขยายผลสู่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเลี้ยงดูเด็ก เช่น สมาชิกทุกคนในครอบครัว ครู ชุมชน ในทุกตำบลของอำเภอหนองพอก และทุกอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด

2.2. จากผลการศึกษาควรมีการนำกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า เพื่อเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์บรรจุลงในโรงเรียนพ่อแม่

2.3. จากผลการศึกษาควรมีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่องค์ความรู้กิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า เพื่อเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู

เอกสารอ้างอิง

Ellen Moss, K D Comtois, C Cyr, G M Torabolsy, D St Laurent, et al. (2011). *Efficacy of a*

home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment and behavioral outcome for maltreated children : A randomized control trial . Dev Psychopatol. 23, pp. 195- 210.

Greenberg M. T., Speltz M. L., Deklyen M., Endriga M.G. (1991). Attachment security in preschool with and without externalizing behavior problem : A replication. *Development and Psychopathology, 3, pp. 413-30.*

Jantien V Z, Judi M, Marinus H, Van I J, marian J, et al. (2006). *Attachment based intervention for enhancing sensitive discipline in mother 1-3 year olds children at risk for externalizing behavior problem: A Randomized Controlled trial. J Consult Clin Psychol.74(6), pp. 994-1005.*

Katara K. W., Brittany L. M., Kathryn A. K. (2013). Mother –child attachment and cognitive performance in middle childhood: An examination of mediating mechanism. *Early Childhood Research Quarterly. 28, pp. 259-70.*

Patric I E, Lia C H Fernald, H Alderman et al. (2011). *Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle income countries. Lancet. 378 (Oct.), pp.1339-53.*

Sirimas Kaewcharoenwong. (1998) State and problems in ordanizing language development enhancement activities for young children in private day care centers, The orthern region. Master Education (Early Childhood Educaion), Chulalongkorn Univercity

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 6 HEALTH PROMOTION BEHAVIOR OF THE PEOPLE WHO WERE AT RISK ON STROKE DISEASE IN HEALTH REGION 6

นางภรณ์ วสุเสถียร
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อและทัศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองประชากรที่ศึกษาเป็นประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรค พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับปานกลาง ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคพบว่า เพศสถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรค พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพข้อเสนอแนะคือต้องส่งเสริมประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 6



Abstract

The purposes of this study were to : Determine the level of knowledge on stroke disease, level of belief, attitude on health, perception on health and disease and health promotion behavior , compare health promotion behavior of the people based on their different personal status and examine relationship between knowledge on stroke disease, belief, attitudes on health, perception on health and disease and health promotion behavior of people who were at risk on stroke disease. People living in Health Region 6 who were 35 years old and over were the target group of this study. The samples were 400 people randomly selected. Interviewing were used as a means to collect data. The data was analyzed with statistical methods to determine frequency, percentage, standard deviation, t-test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The research findings were as follows : Knowledge on stroke disease of people in the target group in Health Region 6 was at a moderate level. The belief and attitude on health, perception on health and disease and health promotion behavior of the people on the whole was at a high level. Except exercising was at moderate level. The people who had different gender, marital status, smoking and consuming alcoholic drinks had different health promotion behavior with significant of 0.05. Knowledge on stroke disease was related to health promotion behavior of the people who were at risk on stroke disease with significant of 0.05. Belief and attitudes on health and perception on health and diseases has no relation with health promotion behavior. Recommendations to reduce the risk of stroke were educating knowledge of stroke prevention and promotion proper exercise behavior to the people who were at risk of stroke.

Keywords: Health Promotion, Behavior, Stroke, Health Region 6

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ความบกพร่องทางระบบประสาท (Neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุจากการขัดขวางการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Lawson and Gibbons, 2552) โดยพยาธิสภาพของโรคเกิดจากการตีบ การอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ทำให้สมองส่วนนั้นทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการชาหรืออ่อนแรงของแขนหรือขาครึ่งซีก สับสน พูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด มีปัญหาการมองเห็น มีอาการเวียนศีรษะหรือปวดศีรษะอย่างรุนแรงและเฉียบพลันอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ซึมลง บางคนอาจหมดสติทันที ซึ่งการหมดสติเกิดจากสมองสูญเสียการทำงานไปมาก ในระยะ 18-24 ชั่วโมงแรกอาจเกิดภาวะสมองบวมได้ เนื่องจากเยื่อกั้นระหว่างหลอดเลือดและเนื้อสมอง (Blood brain barrier) สูญเสียหน้าที่ ทำให้สารน้ำซึมออกมาในเนื้อสมอง ส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดภาวะเนื้อสมองเคลื่อน (Brain herniation) บริเวณสมองส่วนพอนส์ (Pons) และเมดัลลา (Medulla) ที่ควบคุมศูนย์หายใจถูกกด และในที่สุดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะคุกคามและทำให้เสียชีวิต (ณัฐชยา คนใจชื่อ, 2552) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว ผู้ป่วยเนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค กลัวความพิการที่อาจหลงเหลืออยู่หรือกลัวความตายกลัวการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยที่มีผลต่อครอบครัว ดังนั้นการดูแลในระยะเฉียบพลัน จึงต้องคำนึงถึงญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลด้วย (กันยา อ้อยลี, 2555)

ในประเทศไทยพบว่า โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย (สถาบันประสาทวิทยา, 2559) โรคนี้แม้จะได้รับการรักษาแต่ยังคงมีความพิการและอัตราการตายสูง สถิติการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในพ.ศ. 2558 พบอัตราป่วย 188.33 ต่อประชากรแสนคนและเพิ่มขึ้นเป็น 227.19 ต่อประชากรแสนคนในปี 2559 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) เขตสุขภาพที่ 6 พบอัตราการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจากรายงาน พ.ศ. 2556 - 2559 มีจำนวนเท่ากับ 177.15, 234.36, 256.46 และ 321.45 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6, 2559) จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะสูงขึ้น (วิชัย เอกพลากร, 2555) ในปี 2559 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากถึง 234,675 คน และยังพบว่าผู้ป่วยมีความพิการขั้นรุนแรง (สถาบันประสาทวิทยา, 2559) อาทิ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในกิจวัตรประจำวัน มีความผิดปกติด้านการพูดและการสื่อสารกับผู้อื่น จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าใช้จ่ายสูง ต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นอย่างมาก (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีผลกระทบทางสังคมและเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมิใช่เป็นปัญหาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่มีผลกระทบต่อระดับบุคคลและครอบครัว ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ การสูบบุหรี่และภาวะอ้วน จากรายงานการตรวจสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เคยเป็น



อัมพฤกษ์อัมพาตมีความชุกร้อยละ 1.5 พบในเพศชาย 1.7 และเพศหญิง 1.3 ความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 70 – 79 ปี แม้ว่าความเสี่ยงของหลอดเลือดจะสัมพันธ์กับวัยสูงอายุ แต่การกระจายของโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรวัยทำงาน ทำให้เกิดทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเมินว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จึงได้มีการศึกษาการกระจายของโรคและการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชากรหลายประเทศ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงโรคความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดขึ้นในชุมชนได้ถึงร้อยละ 60 ของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นๆ (Lawson and Gibbons, 2552) ซึ่งการรับบริการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและรับการสนับสนุนควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตลอดจนรู้จักอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นมาตรการการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ อย่างไรก็ตาม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่อันตราย แต่สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ซึ่งยังไม่ป่วยแต่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ถูกต้อง เช่น นิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูปอาหารที่มีไขมันสูง อาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด กินอาหารมันจัด เค็มจัด หวานจัด ในขณะที่ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด สูบบุหรี่และดื่มสุรา (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2557) การส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและวิถีชีวิตลดการกินอาหารที่มีไขมันสูง จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี

ลดอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ สามารถชะลอหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคอัมพฤกษ์อัมพาต และความพิการอื่นที่ตามมาได้ รวมทั้งมีแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 6
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 6
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตสุขภาพที่ 6
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตสุขภาพที่ 6

กรอบการคิดแนววิจัย

ตัวแปรต้น

ลักษณะส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพสมรส
5. การประกอบอาชีพ
6. รายได้

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรค

1. ภาวะอ้วนลงพุง
2. ประวัติการเจ็บป่วย
3. การสูบบุหรี่
4. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ
3. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรค
 - 3.1 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรค
 - 3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - 3.3 การรับรู้ประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.4 การรับรู้อุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

1. การบริโภคอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การจัดการความเครียดและการพักผ่อน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบระดับความรู้ ระดับการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อใช้วางแผนดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนโดยการจัดกิจกรรมให้ถูกต้องและเหมาะสม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย พัฒนา และสร้างขึ้น เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึงเดือน

มิถุนายน 2560 โดยโครงการวิจัยนี้ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เขตสุขภาพที่ 6

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 689,615 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกน (ยูทอ ไทยวรรณ, 2545) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวนและขนาดตัวอย่าง 400 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย ภูมิลำเนาอยู่ในที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง มีความสามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อความหมาย และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบ



แบบสัมภาษณ์ส่วนเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือกลุ่มตัวอย่างบอกลึกเข้าร่วมการวิจัยย้ายถิ่นที่อยู่ขณะทำการศึกษาวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองของทุกจังหวัด เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองสูง โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งมีทั้งหมด 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดสระแก้ว

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกอำเภอเมืองของทุกจังหวัด ซึ่งเป็นอำเภอที่มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าทุกอำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปของอำเภอเมือง ในแต่ละจังหวัด

ขั้นตอนที่ 4 คัดเลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองในแต่ละจังหวัดใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) (ยูทธ ไกยวรรณ, 2545) โดยการคัดเลือกตำบลของแต่ละอำเภอ และเลือกหมู่บ้านในแต่ละตำบล โดยวิธีการจับฉลาก หลังจากนั้นใช้วิธีการหากกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างมีระบบ (systematic sampling) จากทะเบียนรายชื่อประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปในแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ (Interview Schedule) ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุมากกว่า 35 ปี ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ภาวะอ้วนลงพุง ประวัติการเจ็บป่วยการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ส่วนที่สอง ด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย

คำถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อและทัศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรค และส่วนที่สามด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการพักผ่อน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรง จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) โดยกำหนดข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 คัดเลือกไว้ใช้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก 30 คน เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการ ตลอดจนมีความเหมาะสมหรือไม่ มีความยากง่ายเพียงใด หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์รายข้อ (Item - Total Correlation)

การค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสัมภาษณ์ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สูตร Kuder - Richardson Formula (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 แบบสัมภาษณ์ด้านความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้วิธีของ (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น ด้านความเชื่อและทัศนคติเท่ากับ 0.76 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 0.75 ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.70 ได้ค่าเฉลี่ยความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชน กลุ่มอายุมากกว่า 35 ปี ได้แก่ อายุ เพศ ระดับ การศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ภาวะอ้วนลงพุง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ภาวะสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการพักผ่อน โดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สถิติ t-test

4. การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับ สุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน (Pearson's product Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะส่วนบุคคล พบว่าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.25 มีอายุระหว่าง 35 – 44 ปี ร้อยละ 35.75 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.50 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.75 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.50 มีรายได้

เพียงพอ ร้อยละ 60.00 มีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 60.50 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.50 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 74.25 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 65.50

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และโรคอยู่ในระดับสูง

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่ม เสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด และการพักผ่อนอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง

4. ความแตกต่างระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรค คือ ภาวะ อ้วนลงพุง ประวัติการเจ็บป่วย ที่แตกต่างกันทำให้บุคคล มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ เพศ สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันทำให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพและโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ประชาชนดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน

ปัจจัยแต่ละด้าน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r)	p-value
1. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	0.113	0.05*
2. ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ	0.014	0.67
3. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรค	0.046	0.74

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 6 อภิปรายผลตามกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

ลักษณะส่วนบุคคล

เพศ พบว่า เพศที่แตกต่างกันทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่าเพศที่ต่างกันส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เหมือนกัน โดยเพศหญิงจะมีการดูแลตนเอง ใส่ใจในเรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชาย ทำให้มีส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพร หุตากรที่พบว่าเพศที่ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน (สุพร หุตากร, 2559)

อายุ พบว่า อายุที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านสุขภาพทางสื่อสาธารณะจำนวนมาก ทำให้ประชาชนในช่วงอายุต่างกันสามารถรับรู้องค์ความรู้ด้านสุขภาพได้เท่าเทียมกัน ส่งผลให้ประชาชนที่อายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี สิงหาต ที่พบว่าอายุที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน (สาวิตรี สิงหาต, 2554) และการศึกษาของชลลดา ไชยกุลวัฒนาที่พบว่าอายุไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, 2555)

ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันมีสื่อต่างๆ ที่เผยแพร่ความรู้ ซึ่งเป็นความรู้ขั้นพื้นฐานเป็นเรื่องที่ไม่ซับซ้อนยุ่งยากที่ต้องอาศัยการเรียนในระดับสูงหรือการคิดวิเคราะห์เป็นการพิเศษ ความรู้และข้อปฏิบัติสามารถทำความเข้าใจได้ไม่ยาก เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง จึงทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวาทีนา ทาตายุที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร (วาทีนา ทาตายุ, 2555)

สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากปัจจุบันบุคคลมีการพึ่งพาตนเองมากขึ้น สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งคู่สมรส ในสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป บุคคลมีการทำงานนอกบ้านและใช้เวลาในการทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มที่โสด/หม้าย/หย่า/แยก จึงไม่แตกต่างกับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประสงค์ อีรพวงศน์ภาลัย ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครู (ประสงค์ อีรพวงศน์ภาลัย, 2551) และการศึกษาของจินตนา พรมลาย ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร (จินตนา พรมลาย, 2554)

อาชีพ พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทำให้ประชาชนได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา เวียงพิทักษ์ ที่พบว่าอาชีพหลักของเกษตรกรไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (วนิดา เวียงพิทักษ์, 2554)

รายได้ พบว่า รายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าแม้ว่ารายได้ของประชาชนจะมีความแตกต่างกัน แต่ปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อประชาสัมพันธ์ทางสุขภาพได้เท่าเทียมกัน ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนจึงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ ที่พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน (ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2556) แสดงว่ารายได้ไม่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ



ภาวะอ้วนลงพุง พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะอ้วนลงพุงแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่าในปัจจุบันมีอาหารสำเร็จรูปราคาไม่แพง หาได้ง่าย มีเครื่องทุ่นแรงในการทำงาน มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มขึ้น การออกกำลังที่ต้องใช้แรงลดลง จึงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่各不相同 สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เอกพลากร ที่พบว่าผู้มีภาวะอ้วนลงพุงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันกับผู้ที่ไม่ใช่ภาวะอ้วนลงพุง (วิชัย เอกพลากร, 2555)

ประวัติการเจ็บป่วย พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันกับผู้ที่ไม่ใช่โรคประจำตัว อธิบายได้ว่าประวัติการเจ็บป่วยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของหัตถยา พรหมโน ที่พบว่าประวัติการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (หัตถยา พรหมโน, 2555) แสดงว่าผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างจากบุคคลปกติทั่วไปหรือมีก็น้อยมาก

การสูบบุหรี่ พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่สูบบุหรี่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ เป็นเพราะว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่สูบบุหรี่ยังไม่ตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ จึงทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของของวัฒน์ศักดิ์ สุกใสและคณะ ที่พบว่าบุคคลที่สูบบุหรี่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ (วัฒน์ศักดิ์ สุกใส, 2555)

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อธิบายได้ว่าบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของหัตถยา พรหมโน ที่พบว่าบุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากบุคคลที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (หัตถยา พรหมโน, 2555)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังมีประชาชนบางส่วนที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมความรู้ให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและโรค พบว่าโดยรวมประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง เนื่องจากโรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทำให้ประชาชนมีโอกาสรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการจัดบริการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทั้งในสถานบริการในชุมชน ให้คำแนะนำประเมินโอกาสเสี่ยงและเรียนรู้แนวทางปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและแนวโน้มการเกิดโรค ทำให้ประชาชนมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ทองดี ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (จิราพร ทองดี, 2556)

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่รับประทานผักและผลไม้ไม่อยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบมีอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยเคลื่อนไหวร่างกายจากการทำงานบ้านและจากการประกอบอาชีพ การจัดการความเครียดและการพักผ่อน พบว่าประชาชนมีวิธีการจัดการความเครียดและการพักผ่อนอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของบุญพิสิฐ ธรรมกุล (2554) ที่พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการจัดการความเครียดและการพักผ่อนอยู่ในระดับดี แตกต่างจากการศึกษาของปิติ ทั้งไพศาลและคณะ ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (ปิติ ทั้งไพศาลและคณะ, 2554)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโรค กับพฤติกรรมส่งเสริม



สุขภาพ พบว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลลยา ทองน้อย ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (วิลลยา ทองน้อย, 2556) ขัดแย้งกับการศึกษาของชลาทิพย์ หลังวัน ที่พบว่าทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ชลาทิพย์ หลังวัน, 2559) อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพและโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญพิสิฐ ธรรมกุล ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (บุญพิสิฐ ธรรมกุล, 2554) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของชลธิรา กาวไธสง ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ชลธิรา กาวไธสง, 2555)

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยพบว่า ยังมีประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรสนับสนุนกิจกรรมที่สร้างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทั้งในระดับบุคคลและชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. จากผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรนำข้อค้นพบนี้ไปใช้วางแผนเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายในประชาชนกลุ่มเสี่ยงฯ อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตในชุมชน เช่น จัดกิจกรรมออกกำลังกายเป็นประจำในพื้นที่ส่วนกลางของหมู่บ้าน

ส่งเสริมให้สถานประกอบการ/โรงงานจัดกิจกรรมวันออกกำลังกายเป็นประจำทุกสัปดาห์มีโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดน้ำหนักในกลุ่มอ้วนลงพุง จัดแข่งขันกีฬาในชุมชนเป็นระยะต่อเนื่องตลอดปี ประกวดบุคคลต้นแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชน เพื่อเป็นแรงกระตุ้นและสนับสนุนเชิงสังคม ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและทุกกลุ่มวัยมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาสนับสนุนและให้คำแนะนำด้านวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยและทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

Aekplakorn, Wichai. (2012). *Thai National Health Examination Survey No. 4 B.E. 2011-2012*. Nonthaburi: The Graphigo System Co.,Ltd.

Aoylee, Kanya. (2012). *Development of a clinical practice guideline for acute stroke patients in sub intensive care unit, medical section, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital*. (Master of Nurse Thesis, Chiang Mai University).

Binthaisong, Tuangthip. (2013). Factors Related to Onset Arrival Time in Patients with Acute Stroke. *Journal of Kuakarun*. 20(1): 15-29.

Bureau of Non Communicable Diseases Control, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2011). *Annual Report 2011*.



- Nonthaburi: The War Veterans of Printing Mill, The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King.
- Chaikoolvatana, Cholada. (2012). *Factors Related to Health Promoting Lifestyle of Young Adult Women Muang District Surin Province*. (Master of Science (Public Health) Thesis, Mahidol University).
- Hutakorn, Suporn. (2016). *Self-care behaviors in the prevention of Cerebro-vascular disease of prisoners in Medical Correctional Institution*. (Master of Science Thesis, Kasetsart University).
- Intarakamhang, Ungsinun. 2014. Health behavior modification: *3 self & PROMISE Mode*. Bangkok: Sukhumvit Printing.
- Kaiyawan, Yuth. (2008). *Basic of research*. Bangkok: Suweeriyasan co.ltd.
- Kaiyawan, Yuth. and Palaprom, Kusuma. (2010). *Basic of research*. 5th Ed. Bangkok: Bangkok Media Center Press.
- Kawthaisong, Chontira. (2012). *Effect of Behavior Development Program for Stroke Prevention Among Hypertensive Patients in Chumpuang Hospital Chumpuang District Nakorn Ratchasima Province*. (Master of Public Health Thesis).
- Khonjaisue, Natchaya. (2009). *Evaluation of implementing clinical nursing practice guidelines for stroke patients, Chiangmai Neurological Hospital*. (Master of Nurse Thesis, Chiang Mai University).
- Lawson, C. and Gibbons, D. (2009). *Acute stroke management in emergency departments*. *Emergency Nurse*, 17 (5), 30-34.
- Leenguan, Chalatip. (2006). *Factors Relating to Health Promotion Behavior among Staff in Phramongkutkloao Hospital*. (Master of Education Thesis).
- Office of Health Region 6. (2016). *Annual Report of Inspection and Evaluation of Health Region 6*. Ministry of Public Health.
- Pornmano, Hatsaya. (2012). *Perceived stroke warning signs among hypertensive patients long Hospital, Phrae Province*. (Master of Public Health Thesis, Chiang Mai University).
- Piyapimonsit, Chatsiri. (2012). *Research Proposal*. Faculty of Education. Srinakharinwirot University
- Poungvarin, Niphon. (2011). *Stroke*. Bangkok: Ruenkaew Printing.
- Prasat Neurological Institute. (2016). *Public Handbook of Stroke*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Bangkok.
- Promlai, Chintana. (2011). *Factors Affecting Health Promotion Behavior Among the Community Development Worker Region 3 the Community Development Ministry of Interior*. (Master of Science Thesis, Mahidol University).
- Singhard, Sawitree. (2011). *Actors Associated with Knowledge of Stroke Warning Signs, Risk Factors and Treatment Among Elderly Patients with Stroke*. (Master of Nurse Thesis, KhonKaen University).
- Sooksai, Wattanasak., Nithiketkul, Chusak & Udomporn, Teerayuth. (2012). Application of Health Belief and Social Support in Health Education Program to Stroke Prevention in Hypertension Patients at



- Phanomphri District, Roi-Et Province. *Research and Development Health System Journal*. 6(2), 48-57
- Srisatidnarukul, Boonjai. (2010). *The Methodology in Nursing Research*. Bangkok. U and I-inter-media-co-ltd.
- Strategy and Planning Division. (2016, October 17). Public Health Statistic. Retrieved from <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
- Tangpaisarn, Piti., Punchuea, Rada., Oraboot, Arpinya. & Sridach, Rungtiwa. (2007). Behavior and Quality of Life of the Elderly in Khowrai Primary Care Units, Na Chueak District, Maha Sarakham Province. *Journal of Health Systems Research*, 1(2): 3-4
- Thammakun, Bhunwisit. (2001). *Participatory action research by applying of socialmarketing with health belief model for stroke prevention in patients with hypertension at Nonsamran Sub-District, Muang District, Chaiyaphum Province*. (Master of Public Health Thesis, Khonkean University)
- Thatayu, Watina. (2012). *Fators Affecting the Health Behavior of Hospital Personel in Nopparatrajathanee Hospital*. (Master of Education Thesis, Kasetsart University)
- Therapongnapalai, Prasong. (2008). *Factor Affecting the Health Behavior of Secondary School's Teacher belong to Department of General Education*. (Master of Education Thesis, Mahidol University).
- Thongdee, Jiraporn. (2013). *Factors Predicting Health Promoting Behaviors Among the Elderly with Coronary Artery Disease*. (Master of Public Health Thesis, Chiang Mai University).
- Thongnoi, Wanlaya. (2009). *The Application of Health Believe Model with Social Support to Improve Behavior for Prevention for Hypertension Patients in Tumbon Nonpayom Chonnabot District Khon Kaen Province*. *Research and Development Health System Journal*, 4(1), 37-49.
- Waingpithak, Wanida. (2011). *Leptospirosis Prevention Behavior of the Agriculturist in Khonkean Province*. (Master of Arts Thesis, Khonkean University).

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง The Relationship Between Social Support and Life Skills among Nursing Students in Boromarajonani collage of Nursing, Trang

ลำเจียก กำธร, โสภิต สุวรรณเวลา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง 2) ศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา 2560 จำนวน 358 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและทักษะชีวิต ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .76 และทักษะชีวิตเท่ากับ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยหาค่าร้อยละ วิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมและทักษะชีวิตโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. การสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.25 (Mean =3.12, S.D. = 0.25)
2. ทักษะชีวิตของนักศึกษาโดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29 (Mean =4.07, S.D. = 0.43)
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = .613$ $p < .01$)

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม ทักษะชีวิต นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต



Abstract

The purposes of this correlation research were to: 1) study social support of nursing students, 2) study life skills of nursing students, 3) explore the relationship between social support and life skills of the nursing students. The Samples were 358 nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Trang in the 2017 academic year. The instruments to collect data were one set of questionnaire social support and life skills. Reliability of the questionnaire was examined using Cronbach's alpha coefficient yielding values of .76 and .91, respectively. Data were analyzed using mean test, percentage calculation, standard deviation, and statistical hypothesis testing base on Pearson's Product Moment correlation coefficient of Social Support and Life Skills

The results of this study revealed as follows:

1. The mean total scores of the social support among the nursing students were at a moderate level (Mean = 3.12, S.D. = .25).
2. The mean total scores of the life skills among the nursing students were at a moderate level (Mean = 4.07, S.D. = .43).
3. The social support was significantly correlated with the life skills ($r = .613$ $p < .01$)

Keywords: Social Support, Life Skills, Nursing Student

บทนำ

โลกในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อม ทำให้บุคคลต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะนักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่ยังอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการปรับตัวเข้าสู่ผู้ใหญ่ จึงเป็นวัยที่ทำให้มีภาวะวิกฤติมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ เนื่องจากมีภาวะอารมณ์แปรปรวนสูง วุฒิภาวะทางอารมณ์ยังไม่สมบูรณ์ ยังมีความสับสนในการวางบทบาทของตนเอง ในสังคม ขาดทักษะและประสบการณ์ ในการเผชิญและแก้ไขปัญหา นอกจากนี้วัยรุ่นยังเป็นวัยที่มีความสำคัญกับเพื่อนมาก ทำให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนได้ง่าย (ศศิวิมล เกลียวทอง, 2557) วัยนี้จึงถือว่าเป็นวัยที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อภาวะวิกฤติ จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้วัยรุ่นมีการปรับตัวให้เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งความสามารถในการปรับตัวดังกล่าวเรียกว่าทักษะชีวิต (ญาดา โดสมบัติ, 2550) ทักษะชีวิตเป็นความสามารถของบุคคลที่จะคิดตัดสินใจ แก้ปัญหาและปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมที่เป็นไปในทางที่ถูกต้อง สามารถจัดการกับความต้องการ ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลมีทักษะชีวิตนั้น ผลการวิจัยเรื่องการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศึกษาโดยไพศาล แยมวงษ์ (2555) ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ไม่ว่าจะเป็น จากครอบครัว จากอาจารย์ หรือจากเพื่อน เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ที่ทำให้นักศึกษามีทักษะในการวิเคราะห์ แยกแยะข้อมูลข่าวสาร ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ อย่างมีจุดหมาย มีความสามารถในการคิดไตร่ตรอง รับรู้ และเข้าใจความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ของตนเองได้ตามความเป็นจริง และสามารถควบคุมอารมณ์ และความรู้สึกของตนเองได้

การรับรู้และเข้าใจอารมณ์ ความต้องการของผู้อื่นเอาใจเขามาใส่ใจเรา และสามารถแสดงออกอย่างเหมาะสม มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าตระหนักว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสามารถในการติดต่อหรือสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี และความสามารถในการแสวงหาความร่วมมือมีความสามารถในการรับรู้ปัญหา สาเหตุ ทางเลือกและลงมือปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลมีทักษะชีวิตนั้น นอกจากการมองโลกในแง่ดีแล้ว ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน ส่งผลทางบวกต่อทักษะชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ศศิวิมล เกลียวทอง, 2557)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีมีความสุขในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสม สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้คนมีประสบการณ์ที่ดี มีความมั่นคง ลดภาวะเครียดในชีวิตประจำวันของบุคคล ช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรม เมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจ จะสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น (จินตนา เหลืองศิริเธียร, 2550) ซึ่งลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะวิกฤติ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน หรือคนที่เกี่ยวข้อง การได้รับความรัก การเห็นคุณค่า การได้รับการดูแลความไว้วางใจ ความรู้สึก เป็นห่วงและการยอมรับฟังความคิดเห็น การได้รับการช่วยเหลือ (ลดาวลัย น้อยเหลือ, 2551)

นักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากจะมีทักษะในการตัดสินใจและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าทักษะชีวิตเป็นทักษะที่มีความสำคัญในการพัฒนานักศึกษาให้สามารถพัฒนาตนเอง โดยการใช้ความคิด ความตระหนักรู้ในตนเอง การปรับตัว การตัดสินใจ การสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ภาพ การจัดการกับอารมณ์และความเครียดในการแก้ไข



ปัญหาให้กับตนเอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เป็นสถาบันระดับอุดมศึกษา ที่ผลิตบัณฑิตสาขาพยาบาล โดยมีการบรรจุวิชาทักษะชีวิตไว้ในหลักสูตร เพื่อให้บัณฑิตมีความสามารถในการรู้จักแก้ปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคน สิ่งแวดล้อม และปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

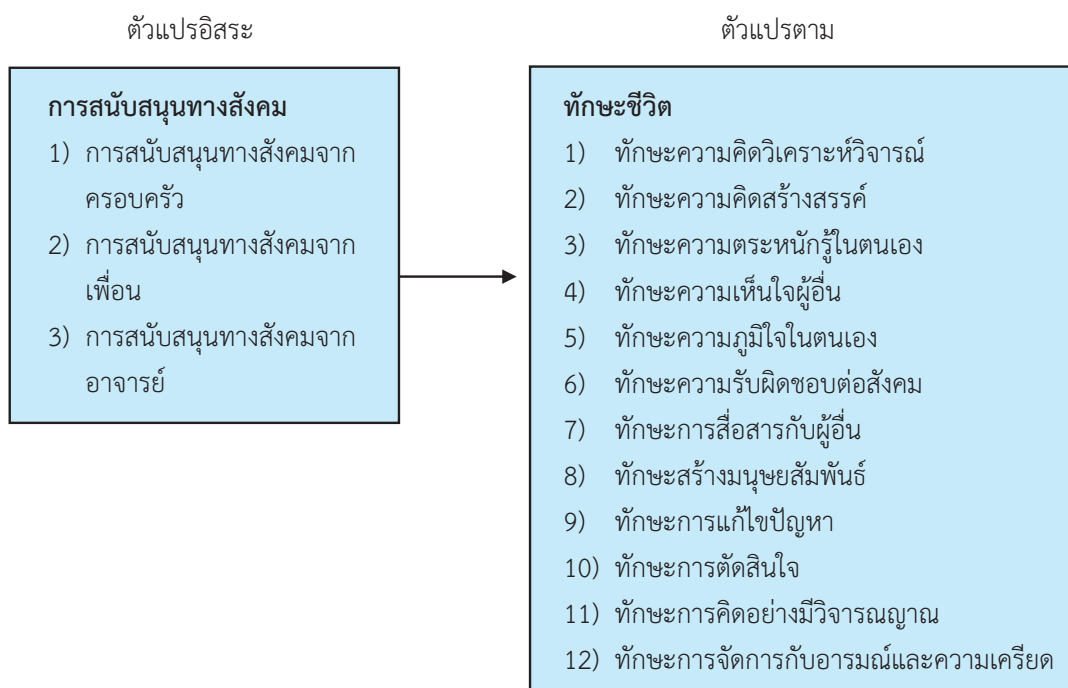
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าทักษะชีวิตมีความสำคัญที่ทำให้นักศึกษาสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนไปได้ ซึ่งอาจจะมี การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นตัวแปรที่ทำให้ นักศึกษามีความเป็นอยู่ที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
2. เพื่อศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดของ Zimet (1988) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งพบว่าทักษะชีวิตเป็นความสามารถในการปรับตัวและมีพฤติกรรมในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหา รอบๆ ตัว ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยนำมาประยุกต์กับทักษะชีวิตตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ และสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2553) ประกอบด้วย 12 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ 2) ทักษะความคิดสร้างสรรค์ 3) ทักษะความตระหนักรู้ในตน 4) ทักษะความเห็นใจผู้อื่น 5) ทักษะความภูมิใจในตนเอง 6) ทักษะความรับผิดชอบต่อสังคม 7) ทักษะการสื่อสารกับผู้อื่น 8) ทักษะสร้างมนุษยสัมพันธ์ 9) ทักษะการแก้ไขปัญหา 10) ทักษะการตัดสินใจ 11) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 12) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการลดภาวะเครียดในชีวิตประจำวันของบุคคล จึงนำมาดัดแปลงให้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ สามารถเข้ากับการมีทักษะชีวิตในการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ดังแผนภูมิที่ 1



สมมติฐาน

1. นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง
2. นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง มีทักษะชีวิตในระดับสูง
3. ความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ในทิศทางบวก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปนี้

1. เป็นข้อมูลสำหรับคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยฯ ในการนำแนวคิดมาใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบาย เพื่อการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับนักศึกษาให้เหมาะสม
2. เป็นข้อมูลสำหรับคณะกรรมการวิชาการ ในการนำแนวคิดมาใช้ในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. เป็นข้อมูลสำหรับอาจารย์ในการแนะแนวและให้คำปรึกษากับนักศึกษาในการพัฒนาทักษะชีวิต
4. เพื่อเป็นแนวทางในการนำข้อมูลไปศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของวัยอื่นๆ เช่น วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ เป็นต้น และการวิจัยเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบไม่ทดลอง (non - experimental research design) เพื่อเป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์ (correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ปีการศึกษา 2560 จำนวน 358 คน (ชั้นปีที่ 1 จำนวน 116 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 81 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 71 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 90 คน)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ปีการศึกษา 2560 หาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางการประเมินค่าตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 186 คน ทางผู้วิจัยเลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด จำนวน 358 คน เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ คือ 1) เพศ 2) อายุ 3) ชั้นปีที่ศึกษา 4) ศาสนา 5) ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมของเทอมที่ผ่านมาในปีการศึกษา 2559

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาและปรับปรุงมาจากไพศาล แยมวงษ์ (2555) และแนวคิดของ Zimet, (1988) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านครอบครัวมีจำนวน 10 ข้อ 2) การสนับสนุนด้านเพื่อนจำนวน 10 ข้อ 3) การสนับสนุนด้านอาจารย์จำนวน 10 ข้อ รวม 30 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะชีวิต พัฒนาและปรับปรุงตามกรอบแนวคิดทักษะชีวิตจากมณฑลกล่อมแก้ว (2555) ประกอบด้วย 12 ด้าน คือ 1) ทักษะความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ 2) ทักษะความคิดสร้างสรรค์ 3) ทักษะความตระหนักรู้ในตนเอง 4) ทักษะความเห็นใจผู้อื่น 5) ทักษะความภูมิใจในตนเอง 6) ทักษะความรับผิดชอบต่อสังคม 7) ทักษะการสื่อสารกับผู้อื่น 8) ทักษะสร้างมนุษยสัมพันธ์ 9) ทักษะการแก้ไขปัญหา 10) ทักษะการตัดสินใจ 11) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และ 12) ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด รวม 60 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (Content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการสนับสนุนการศึกษาและทักษะชีวิต ได้แก่ รองผู้อำนวยการฝ่ายกิจการนักศึกษา อาจารย์ฝ่ายกิจการนักศึกษา อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิชาการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง จำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงไปหาความเชื่อมั่นโดยการทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ปีการศึกษา 2560 ซึ่งเป็นประชากรมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง

3. เก็บแบบสอบถามคืน นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปช่วยประมวลผลข้อมูล โดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณเป็นจำนวนและค่าร้อยละ

อายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ย และคำนวณค่าร้อยละ

2. ข้อมูลสนับสนุนทางสังคมและทักษะชีวิต วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าตัวแปรที่ศึกษามีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเข้าที่ประชุมของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้รับเลขจริยธรรมที่ 26 / 2560

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 8 ส่วน ตามลำดับต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 358 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากที่สุด ร้อยละ 93.3 มีอายุช่วง 17 - 21 ปี มากที่สุด ร้อยละ 53.9 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 33.0 นับถือศาสนาพุทธ มากที่สุด ร้อยละ 80.7 และส่วนใหญ่ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมของเทอมที่ผ่านมาในปีการศึกษา 2559 อยู่ในช่วง 3.00 - 3.49 มากที่สุด ร้อยละ 67.6

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ประกอบด้วย ด้านครอบครัว ด้านเพื่อน ด้านอาจารย์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทุกชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.12, SD=0.25$) โดยการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 3.31 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38 (M=3.31, SD=0.25) ด้านเพื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45 (M=2.94, SD=0.45) และด้านอาจารย์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.31 (M=3.13, SD=0.31)

ส่วนที่ 3 ทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง ปีการศึกษา 2560 ประกอบด้วย ทักษะด้านความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์ ทักษะด้านความตระหนักรู้ในตนเอง ทักษะด้านความเห็นใจผู้อื่น ทักษะด้านความภูมิใจในตนเอง ทักษะด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ทักษะด้านการสื่อสารกับผู้อื่น ทักษะด้านสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทักษะด้านการแก้ไขปัญหา ทักษะด้านการตัดสินใจ ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด พบว่า ทักษะชีวิตโดยรวมทุกชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง ในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.13, SD=0.29) โดยทักษะด้านความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.36 (M=3.66, SD=0.36) ทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 (M=2.85, SD=0.58) ทักษะด้านความตระหนักรู้ในตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 (M=3.40, SD=0.40) ทักษะด้านความเห็นใจผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 (M=2.73, SD=0.48) ทักษะด้านความภูมิใจในตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.36 (M=3.21, SD=0.36) ทักษะด้านความรับผิดชอบต่อสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 (M=3.08, SD=0.40) ทักษะด้านการสื่อสารกับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เท่ากับ 0.38 (M=3.17, SD=0.38) ทักษะด้านสร้างมนุษยสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 (M=2.95, SD=0.40) ทักษะด้านการแก้ไขปัญหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 (M=3.32, SD=0.43) ทักษะด้านการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44 (M=3.01, SD=0.44) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 (M=3.22, SD=0.43) และทักษะด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.49 (M=3.21, SD=0.49)

ส่วนที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมและทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำแนกตามชั้นปีและรวมทุกชั้นปี พบว่า คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมและทักษะชีวิต จำแนกตามชั้นปีและรวมทุกชั้นปี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาทุกชั้นปีโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.23 (M=3.12, SD=0.23) โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด (M=3.16, SD=0.36) และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด (M=3.11, SD=0.31) ทักษะชีวิตของนักศึกษาทุกชั้นปีโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29 (M=3.11, SD=0.29) โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับความสุขในการเรียนรู้มากที่สุด (M=3.17, SD=0.27) และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีระดับทักษะชีวิตน้อยที่สุด (M=3.06, SD=0.22)

ส่วนที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำแนกตามแต่ละชั้นปีและรวมทุกชั้นปี พบว่า ส่วนใหญ่ นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับ



ปานกลาง ส่วนใหญ่นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว มากที่สุด ($M=3.31, SD=0.38$) รองลงมาด้านอาจารย์ ($M=3.13, SD=0.31$) และน้อยที่สุดคือด้านเพื่อน ($M=2.94, SD=0.45$) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 มีการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว มากที่สุด ($M=3.33, SD=0.37$) รองลงมาด้านอาจารย์ ($M=3.16, SD=0.26$) และน้อยที่สุดคือด้านเพื่อน ($M=2.88, SD=0.39$) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 มีการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว มากที่สุด ($M=3.29, SD=0.28$) รองลงมาด้านอาจารย์ ($M=3.11, SD=0.27$) และน้อยที่สุดคือด้านเพื่อน ($M=2.95, SD=0.47$) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 มีการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวมากที่สุด ($M=3.24, SD=0.47$) รองลงมาด้านอาจารย์ ($M=3.09, SD=0.32$) และน้อยที่สุดคือด้านเพื่อน ($M=2.99, SD=0.45$) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 มีการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวมากที่สุด ($M=3.36, SD=0.40$) รองลงมาด้านอาจารย์ ($M=3.12, SD=0.38$) และน้อยที่สุดคือด้านเพื่อน ($M=2.99, SD=0.51$)

ส่วนที่ 6 ระดับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2560 พบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีทักษะชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี มีทักษะชีวิตด้านที่ 3 ทักษะความตระหนักรู้ในตนเอง ($M=3.40, SD=0.40$) รองลงมาด้านที่ 9 ทักษะการแก้ไขปัญหา ($M=3.32, SD=0.43$) และน้อยที่สุดคือด้านที่ 4 ทักษะความเห็นใจผู้อื่น ($M=2.73, SD=0.48$) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 มีทักษะชีวิตด้านที่ 3 ทักษะความตระหนักรู้ในตนเอง ($M=3.41, SD=0.36$) รองลงมาด้านที่ 9 ทักษะการแก้ไขปัญหา ($M=3.38, SD=0.43$) และน้อยที่สุดคือด้านที่ 4 ทักษะความเห็นใจผู้อื่น ($M=2.58, SD=0.40$) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 มีทักษะชีวิตด้านที่ 3 ทักษะความตระหนักรู้ในตนเอง ($M=3.48, SD=0.46$) รองลงมาด้านที่ 9

ทักษะการแก้ไขปัญหา ($M=3.33, SD=0.42$) และน้อยที่สุดคือด้านที่ 4 ทักษะความเห็นใจผู้อื่น ($M=2.74, SD=0.51$) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 มีทักษะชีวิตด้านที่ 3 ทักษะความตระหนักรู้ในตนเอง ($M=3.31, SD=0.40$) รองลงมาด้านที่ 1 ทักษะความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ($M=3.27, SD=0.37$) และน้อยที่สุดคือด้านที่ 4 ทักษะความเห็นใจผู้อื่น ($M=2.72, SD=0.46$) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 มีทักษะชีวิตด้านที่ 3 ทักษะความตระหนักรู้ในตนเอง ($M=3.39, SD=0.37$) รองลงมาด้านที่ 9 ทักษะการแก้ไขปัญหา ($M=3.32, SD=0.43$) และน้อยที่สุดคือด้านที่ 4 ทักษะความเห็นใจผู้อื่น ($M=2.92, SD=0.48$)

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 ($r = .613, p<.01$) และเมื่อจำแนกตามชั้นปีพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 ($r = .456, p<.01$) นักศึกษาชั้นปีที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 ($r = .455, p<.01$) นักศึกษาชั้นปีที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 ($r = .710, p<.01$) และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .746, p<.01$)

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรีัง โดยจำแนกตามรายชั้นปี ($\mu = 358$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		p-value
	การสนับสนุนทางสังคม	ทักษะชีวิต	
นักศึกษาชั้นปีที่ 1 (n = 118)			
1. การสนับสนุนทางสังคม	1	.456**	.000
2. ทักษะชีวิต	.456**	1	.000
นักศึกษาชั้นปีที่ 2 (n = 82)			
1. การสนับสนุนทางสังคม	1	.455**	.000
2. ทักษะชีวิต	.455**	1	.000
นักศึกษาชั้นปีที่ 3 (n = 68)			
1. การสนับสนุนทางสังคม	1	.710**	.000
2. ทักษะชีวิต	.710**	1	.000
นักศึกษาชั้นปีที่ 4 (n = 90)			
1. การสนับสนุนทางสังคม	1	.746**	.000
2. ทักษะชีวิต	.746**	1	.000
นักศึกษาทุกชั้นปี (n = 358)			
1. การสนับสนุนทางสังคม	1	.613**	.000
2. ทักษะชีวิต	.613**	1	.000

ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรีัง

จากตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคมรายด้านกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรีัง ปีการศึกษา 2560 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .01 ($r=.613$) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิต ($r=.493$) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตโดยรวม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.393$) การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตโดยรวม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.535$)



ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตในรายด้านของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ปีการศึกษา 2560 ($\mu = 358$)

การสนับสนุนทางสังคม	ทักษะชีวิต (r)
การสนับสนุนทางสังคม	.613**
การสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว	.493**
การสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อน	.393**
การสนับสนุนทางสังคมด้านอาจารย์	.535**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทุกชั้นปีของปีการศึกษา 2560 จำนวน 358 คน ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาอภิปรายผลตามคำถามการวิจัยดังนี้

คำถามการวิจัยที่ 1 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับใด

จากการศึกษาพบว่านักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($M=3.12, SD=0.25$) โดยส่วนใหญ่ นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี มีการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวมากที่สุด ($M=3.31, SD=0.38$) รองลงมาด้านอาจารย์ ($M=3.13, SD=0.31$) และน้อยที่สุดคือด้านเพื่อน ($M=2.94, SD=0.45$) ซึ่งไม่สอดคล้องสมมุติฐานที่ว่า นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลได้รับข้อมูล คำแนะนำ คำปรึกษา คำตักเตือนต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือครูอาจารย์ที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอยู่ในรั้ววิทยาลัยให้มีความสุขและการพัฒนาตนเองเพื่อให้เป็นที่ยอมรับแก่สังคม เพื่อประโยชน์ต่อนักศึกษาปรับตัวทั้งด้าน

การเรียน ด้านสังคม ด้านอารมณ์ในการนำมาปรับปรุงพฤติกรรมตนเองให้เป็นที่ต้องการของสังคมมากขึ้น รวมทั้งการได้รับยกย่องชมเชยจากครอบครัว เพื่อนๆ หรืออาจารย์ทำให้นักศึกษามีการพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้นเป็นเสมือนการได้รับแรงเสริมทางบวก ทำให้มีกำลังใจในการแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อไป ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของกัญญ์สิริ จันท์เจริญและสุกัญญา นัครามนตรี (2559) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2557 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($M=3.77, SD=0.31$) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการลดภาวะเครียดในชีวิตประจำวันของบุคคล ช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการ และการเจริญเติบโตเต็มทีนอกจากนี้ยังสามารถช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดที่เผชิญอยู่เมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจจะสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสำคัญต่อนักศึกษาพยาบาล หากนักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากกลุ่มต่างๆ ในแต่ละด้านทั้งครอบครัว เพื่อน อาจารย์ ชุมชน สามารถช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดเผชิญและตอบสนองความเครียดหรือเจ็บป่วยได้ดีขึ้นในชีวิตประจำวัน เพราะเมื่อได้รับความรัก ความเอาใจใส่

เห็นคุณค่าหรือได้รับการยกย่องทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคมเดียวกันได้ ไม่ถูกทอดทิ้ง (บุรฉัตรกริชฐาทิพย์, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ น้อยเหลือ (2551) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นการรับรู้การได้รับความเอาใจใส่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สินเงินทอง สิ่งของ หรือคำแนะนำต่างๆ จากครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพกาย อารมณ์ สังคม และการให้การดูแลเอาใจใส่ ผลการศึกษาของพัชรสุดากัลยาณวุฒิ (2558) พบว่าปัจจัยด้านกระบวนการภายในครอบครัว ในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับบิดามารดาหรือผู้ปกครองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.49 อธิบายได้ว่าปัจจัยทางครอบครัวในเรื่องของการสนับสนุนด้านการเงินที่ผู้ปกครองและครอบครัวได้สนับสนุนด้านการเงินนั้นมีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้นักศึกษามีกำลังใจที่จะเรียนและตั้งใจเรียน โดยที่นักศึกษสามารถจะใช้เวลาเรียนได้อย่างเต็มที่ ไม่ต้องแบ่งปันเวลาไปกับการทำงานเพื่อหารายได้ในระหว่างเรียนและผู้ปกครองก็สามารถสนับสนุนในเรื่องของวัสดุอุปกรณ์การเรียนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาและยังมีการติดตามปัญหาทางด้านการศึกษา ร่วมกับอาจารย์และวิทยาลัยในการติดตามผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาอย่างสม่ำเสมอ ทั้งยังเป็นการให้กำลังใจในการเรียนของนักศึกษาเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb,1976) กล่าวว่า การได้รับการช่วยเหลือ คำแนะนำและสิ่งของต่างๆ จากกลุ่มบุคคลทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ทำให้นักศึกษามีคนรักและสนใจมีความยกย่องเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกันและการศึกษาของแพรวพรรณ โสมาศรี (2556) พบว่าการที่นักศึกษาเข้ามาในรั้วมหาวิทยาลัยจำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนและอาจารย์เป็นสำคัญ เพราะเพื่อนเป็นคนที่ช่วยเหลือในเรื่องทั่วไปไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเรียนหรือเรื่องส่วนตัวตลอดจนให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่างๆ และความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ทำให้นักศึกษามีการใช้ชีวิตในด้านการศึกษา

ที่ดีขึ้น เพราะถ้าหากว่านักศึกษามีความเคารพศรัทธาและเชื่อถือในตัวอาจารย์ทำให้นักศึกษามีความสนใจในการเรียนมากขึ้น และถ้าอาจารย์มีความเป็นกันเองกับนักศึกษาก็ทำให้นักศึกษาไว้วางใจผู้สอน ไม่เกิดความกลัวต่อผู้สอนและมีความกล้าที่จะซักถามในข้อสงสัยที่ไม่เข้าใจในประเด็นต่างๆ

คำถามการวิจัยที่ 2 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง มีทักษะชีวิตในระดับใด

จากการศึกษาพบว่านักศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีทักษะชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($M=3.12, SD=0.23$) โดยส่วนใหญ่ นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี มีทักษะชีวิตด้านที่ 3 ทักษะความตระหนักรู้ในตนเอง ($M=3.40, SD=0.40$) รองลงมาด้านที่ 9 ทักษะการแก้ไขปัญหา ($M=3.32, SD=0.43$) และน้อยที่สุด คือด้านที่ 4 ทักษะความเห็นใจผู้อื่น ($M=2.73, SD=0.48$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่านักศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีทักษะชีวิตในระดับสูง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่านักศึกษาที่เข้ามาศึกษาในรั้ววิทยาลัย จะอยู่ในวัยที่ใกล้เคียงกันสามารถพูดคุยทำความรู้จักกันได้ง่ายและนักศึกษาส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอื่น จึงต้องพักอยู่หอพัก เมื่อต้องอยู่ห่างจากครอบครัวและดำรงชีวิตอยู่กับบุคคลที่ไม่ใช่ครอบครัว ซึ่งนักศึกษามีการปรับตัวในด้านต่างๆ แตกต่างกันไปทั้งทางด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านอารมณ์ เพื่อให้เข้ากับเพื่อน รุ่นพี่ อาจารย์ และบุคลากรในวิทยาลัยให้ได้ โดยการพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ สามารถบังคับตนเองให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม รู้จักควบคุมตนเอง มีเหตุผลรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ทำให้นักศึกษาสามารถปรับตัวได้ดีในการอยู่ร่วมกับสังคม ซึ่งในการปรับตัวระหว่างรุ่นพี่กับรุ่นน้องมีข้อจำกัดเนื่องจากบทบาทหน้าที่ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีแตกต่างกัน การได้ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน การดำรงชีวิตอยู่ร่วมกัน การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในช่วงเวลาจำกัด ด้วยเหตุนี้ทำให้นักศึกษานั้นพึ่งพาอาศัยกันปรึกษาในปัญหาต่างๆ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันได้น้อยลงทำให้เกิดความสนิทสนมในกลุ่มสังคมนั้นได้



ระดับหนึ่ง จึงทำให้นักศึกษาจึงมีการการปรับตัวในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของกัญญ์สิริ จันท์เจริญ และสุกันยา นครามนตรี (2559) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 มีทักษะชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.91$, $SD=0.36$) และนักศึกษามีการตระหนักรู้ในตนเองเพื่อเผชิญกับปัญหาโดยมีกระบวนการคิดที่เชื่อในความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการสร้างแรงจูงใจ แรงผลักดันภายในจิตใจต่อตนเองและลงมือกระทำจนเกิดทำให้ตนเองสามารถแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงหรือประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย สร้างความภาคภูมิใจให้แก่ครอบครัวของตนเองได้ และผลการศึกษาของ วรวรรณ ดวงแข (2559) พบว่า ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อการพัฒนาตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้ามีทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเองสูงจะส่งผลต่อการพัฒนาตนเองและสามารถยอมรับในบุคลิกลักษณะเด่น ลักษณะด้อยของตนเอง สิ่งที่คุณปรารถนา สิ่งที่คุณไม่พึงปรารถนาและยอมรับได้ เมื่อรู้สึกเครียดหรืออยู่ภายใต้ความกดดันต่างๆ ซึ่งการยอมรับในความคิดเช่นนี้ต้องมาจากตนเองสำนึกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิสาชล สุขแก้ว และมณฑา อรุณทอง (2557) พบว่า บัณฑิตพยาบาลมีทักษะทางปัญญา ดังนั้นการส่งเสริมทักษะการคิดให้กับนักศึกษาเป็นสิ่งที่ดี โดยใช้วิธีการที่หลากหลายมากยิ่งขึ้นเช่น จัดกิจกรรมการเรียนการสอนในลักษณะของการเป็น Facilitator การเรียนแบบร่วมมือ PBL, CBL, PL เป็นต้น

คำถามการวิจัยที่ 3 มีความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ในทิศทางใด

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ในระดับ

ปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.613$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลที่แตกต่างกันทั้งการได้รับความช่วยเหลือแนวทางการปฏิบัติตัวในสังคมและทักษะต่างๆ ในการดำรงชีวิตจากครอบครัว อาจารย์และเพื่อนทำให้นักศึกษารับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถทำให้นักศึกษาวิเคราะห์ แยกแยะข้อมูลข่าวสาร แก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ รับรู้และเข้าใจถึงอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น สามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหา สาเหตุ และเลือกลงมือปฏิบัติได้ถูกต้องและเหมาะสม มีความเห็นอกเห็นใจ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า และสามารถจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกัญญ์สิริ จันท์เจริญ และสุกันยา นครามนตรี (2559) ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2557 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r= .470$) และนักศึกษาพยาบาลมีการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อทักษะชีวิตที่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อชีวิตของนักศึกษาตั้งแต่เล็กจนโต ซึ่งทำให้นักศึกษารู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลือตลอดเวลา เกิดความรู้สึกอบอุ่นมั่นใจ เชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้รู้ถึงความสามารถของตนเอง รู้จักวิธีแก้ปัญหา ซึ่งมีผลให้นักศึกษามีศักยภาพในการเผชิญปัญหา โดยใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นและมีความสุข และสอดคล้องกับผลการศึกษาของศศิวิมล เกลียวทอง (2557) ที่ศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาของเพาพะงา จิตต์สวัสดิ์ (2553) พบว่า การสนับสนุนด้านการเรียนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์



ทางบวกกับการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยของนิสิตหลักสูตร การศึกษาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศึกษา (หลักสูตร 5 ปี) คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 แสดงว่านิสิตที่มีการสนับสนุนด้านการเรียนของผู้ปกครองมาก มีการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยเหมาะสมมาก ทั้งนี้เพราะนิสิตที่มีการสนับสนุนด้านการเรียนของผู้ปกครองมากเป็นการรับรู้ของนิสิตต่อความคิดและความรู้สึกของผู้ปกครองในการสนับสนุนทางการเรียนของนิสิต ทั้งด้านการสนับสนุนทางด้านวัตถุ ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์การเรียน เครื่องแต่งกาย และเงินให้แก่ นิสิตอย่างเพียงพอ ตามความจำเป็นทางการเรียนของนิสิต และการสนับสนุนทางด้านวาจา ได้แก่ การให้ความสนใจ ความเอาใจใส่ ให้คำปรึกษาและชี้แนะด้านการเรียนแก่นิสิต ทำให้นิสิตมีการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยเหมาะสมมาก โดยการประพฤติปฏิบัติตนของนิสิตในระหว่างที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยทั้ง 3 ด้าน คือด้านส่วนตัว ได้แก่ การใช้เงิน การใช้เวลาว่างและการรู้จักตนเอง ด้านการศึกษา ได้แก่ การตั้งใจเอาใจใส่การเรียน การเข้าชั้นเรียน การเข้าฟัง การบรรยาย การจดคำบรรยาย การศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง และการทำงานกลุ่ม และด้านสังคม ได้แก่ การปฏิบัติตนระหว่างเพื่อน การปฏิบัติตนระหว่าง รุ่นพี่-รุ่นน้อง การคบเพื่อนเพศเดียวกัน การคบเพื่อนต่างเพศ การเข้าสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี เทวฤทธิ์ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อทักษะชีวิต จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อชีวิตของเด็กตั้งแต่ เล็กจนโต สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว จากอาจารย์ หรือจากเพื่อน เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ที่ทำให้นักศึกษามีทักษะในการวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลข่าวสาร ปัญหา และสถานการณ์ต่างๆ อย่างมีจุดหมาย มีความสามารถในการคิดไตร่ตรองรับรู้ และเข้าใจความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ของตนเองได้ตามความเป็นจริง และสามารถควบคุมอารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้ การรับรู้และเข้าใจอารมณ์ ความต้องการของผู้อื่นเอาใจเขามาใส่ใจเรา และสามารถแสดงออกอย่างเหมาะสม มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าตระหนักว่าตนเองเป็น

ส่วนหนึ่งของสังคม มีความสามารถในการติดต่อหรือสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี และความสามารถในการแสวงหาความร่วมมือมีความสามารถในการรับรู้ปัญหา สาเหตุ ทางเลือกและลงมือปฏิบัติ อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

สรุปผลการวิจัย

นักศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรีัง มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($M=3.12, SD=0.25$) โดยส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวมากที่สุด ($M=3.31, SD=0.38$) มีทักษะชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($M=3.12, SD=0.23$) ส่วนใหญ่ มีทักษะชีวิตด้านความตระหนักรู้ในตนเอง ($M=3.40, SD=0.40$) มากที่สุด และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษา ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.613$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 การศึกษาในวิทยาลัยพยาบาล นักศึกษา มีความจำเป็นต้องปรับตัวจากหลายๆ สาเหตุ เช่น นักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ต้องปรับตัวด้านการพักอาศัยเนื่องจากต้อง แยกจากครอบครัว เพื่อมาอยู่หอพักและใช้ชีวิตร่วมกับ เพื่อนนักศึกษาจากต่างครอบครัว รวมทั้งปรับตัวให้เข้ากับ สังคมเพื่อนใหม่ การศึกษาแบบใหม่ที่ต่างจากเดิม ส่วน นักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 ต้องปรับตัวเรื่องการเรียนเพราะ ยิ่งเรียนในชั้นปีที่สูงขึ้นจะต้องเรียนหลายวิชาและเนื้อหา วิชามีความยากขึ้น และต้องฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจริง ซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งต้องเผชิญกับ



ญาติหรือผู้รับบริการที่หลากหลาย รวมทั้งต้องร่วมกิจกรรมในระหว่างเรียนด้วย หลายๆ สาเหตุดังกล่าวเป็นเหตุให้เกิดสภาวะความเครียดทางอารมณ์ได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือความช่วยเหลือในระดับมากเป็นส่วนที่จะสามารถลดสภาวะความเครียดได้แม้ว่าช่วงวัยของนักศึกษาจะมีวุฒิภาวะในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม นักศึกษายังคงต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนมิตร สหาย และอาจารย์ผู้สอน ดังนั้น บทบาทของครอบครัวควรเป็นการสนับสนุนให้ กำลังใจ รับฟังปัญหา รวมทั้งการให้คำแนะนำคำปรึกษาแก่นักศึกษา ส่วนอาจารย์ผู้สอนสามารถช่วยเหลือโดยการให้กำลังใจ คำแนะนำและคำปรึกษา ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่นักศึกษาด้านบริหาร เป็นข้อมูลสำหรับคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ในการนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนและกำหนดนโยบายเพื่อการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับนักศึกษาให้เหมาะสม

1.2 นักศึกษาควรได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมและมีส่วนจัดกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาทักษะความเห็นใจผู้อื่น เนื่องจากช่วงวัยของนักศึกษาเป็นวัยที่มีพลังความคิดและการแสดงออก ดังนั้น การเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมต่างๆ จะเป็นกระบวนการที่ทำให้นักศึกษารู้จักการการเห็นอกเห็นใจ แบ่งปัน การเป็นผู้ให้ เพราะกิจกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้นักศึกษาได้ฝึกเรียนรู้การทำงานเป็นหมู่คณะ และเสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ระหว่างช่วงวัยของนักศึกษา ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมของนักศึกษาควรกำหนดแผนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณลักษณะดังกล่าวให้เกิดแก่นักศึกษาเพื่อความภาคภูมิใจในตนเองที่ได้สร้างคุณค่าแก่ตนเองและสังคมต่อไป

2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

2.1 การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ดังนั้น ควรศึกษาเพิ่มเติมในวิทยาลัยอื่นๆ ของสถาบันพระบรมราชชนกเพื่อศึกษาเปรียบเทียบ

2.2 ควรศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรม

ราชชนนี ตรัง ในระยะยาวโดยติดตามว่านักศึกษาของปีการศึกษา 2561 มีทักษะชีวิตสูงขึ้นตามชั้นปีที่สูงขึ้นหรือไม่

2.3 ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อทักษะชีวิต เช่น สภาพแวดล้อมในวิทยาลัย การสนับสนุนทางสังคมในด้านอื่นๆ เช่น การสนับสนุนด้านรุ่นพี่ การปรับตัว ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความเชื่อในความสามารถแห่งตน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

Doungkhae, Worawon and Piolueang, Ngamlamai . (2016). Factors Influencing Knowledge and skill Development in Profession of Students for Asean Community: A Case Study of Kasetsart University. *Journal of the Association of Research*, 21(2): 146-157.

Janjaroen, Kansiri and Nakaramontree, Sukanya. (2016). The Relationship Between Social Support and Life Skills among Nursing Students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(2): 85-99.

Jitsawart, P. (2010). *Factors Affecting on Life Style Students of Bachelor of Education (5 Years Program) in Social Studies at Faculty of Social Science, Srinakharinwirot University in Wattana District, Bangkok*. Master's project, M.Ed. (Educational Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University.

Kalyanawut, P. (2015). *Factors Affecting Student Achievement High School Diploma and Diploma level of Payap Technology College And business administration*. Payap Technology College and Business Administration.

- Kerjcie, Robert V. And Daryle, Morgan W. (1970). *Educational and Psychological Measurement. Determining Sample Size For Research Activities*. 30(3) : 607-608.
- Khealtong, S. (2514). Some factors Affecting to Life Skills of Mathayomsuksa Students in the Secondary Education on Service Office Area II. *Master thesis, Srinakharinwirot University. Bangkok.*
- Klomkaew, M. (2012). *A construction of life skills test for high school*. Master thesis, Srinakharinwirot University. Bangkok.
- Kritthathip, Burachat and Boonchuaythanasit, Karuntharat. (2016). Relationship between self-efficacy and social support on coping with stress and coping with stress behaviors of nurses working in Pramongkutklao Hospital. *Journal of Health Science Research*, 10(2): 146-157.
- Leungsiritrean, J. (2007). *The study of relationship between social support and depression of the elderly in Phetchabun Province*. Master project, Srinakharinwirot university. Bangkok.
- Likely, R. (1961). *New patterns of management*. New York: McGraw Hill Book Company.
- Nelson-Jones, Richard. (1997). *Life skills Helping: A Textbook of Practical Counseling and Helping Skills*. 3rd ed. Sydney: Holt, Rinehart and Winston.
- Nisita Aungkul. (2009). *The Study of Factors Affecting Life Skills Level 3, Bangkok Metropolitan Administration*. Master project, Srinakharinwirot university. Bangkok.
- Noileou, L. (2008). *The study of mental Health and social support related to quality of life of older persons in the elderly club, public hospital. Nonthaburi Province*, Master thesis, Srinakharinwirot University. Bangkok.
- Person, J.L (1968). *An Examination of The Relationship Between Participative. Management and Perceived Institutional Effectiveness in North Carolina Community Colleges*. Dissertation Abstracts International. 53 (15):1351 - A.
- Somasri, P. (2013). *A study of undergraduate students' lifestyle at srinakharinwirot university*, srinakharinwirot university. Bangkok.
- Tangpan, Bureeya. (2515). A Study of Factors Effecting on Coping Behaviors of Silpakorn University Students Sanamchandra Palace Campus. *Academic Services Journal Prince of Songkla University*, 26(1): 27-38.
- Tevalit, S., Tongmoon, M. and Wiriyapong, C. (2011). Causal factors influencing life skills of students at Mathayomsuksa 5 in Kalasin province. *Journal of Administration and Development*, 3(1): 105-117.
- Tosombut, Y. (2007). *The Relationship Between Family Life Skill and Quality of Life of Public University Students in Bangkok Metropolis*. The office of the National Research Council of Thailand (NRCT).
- Woungpiromsanti, Y. and Ruangkanjanaset, S. (2010). *Life skills*. Teen Health Center, Bangkok.
- Yamwong, P. (2012). *The study of social support affect life satisfaction among thammatsat university students*. Master project, Srinakharinwirot university. Bangkok.
- Zimet.; Dahlem.; Zimet.; & Farley. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 52: 30 – 41.



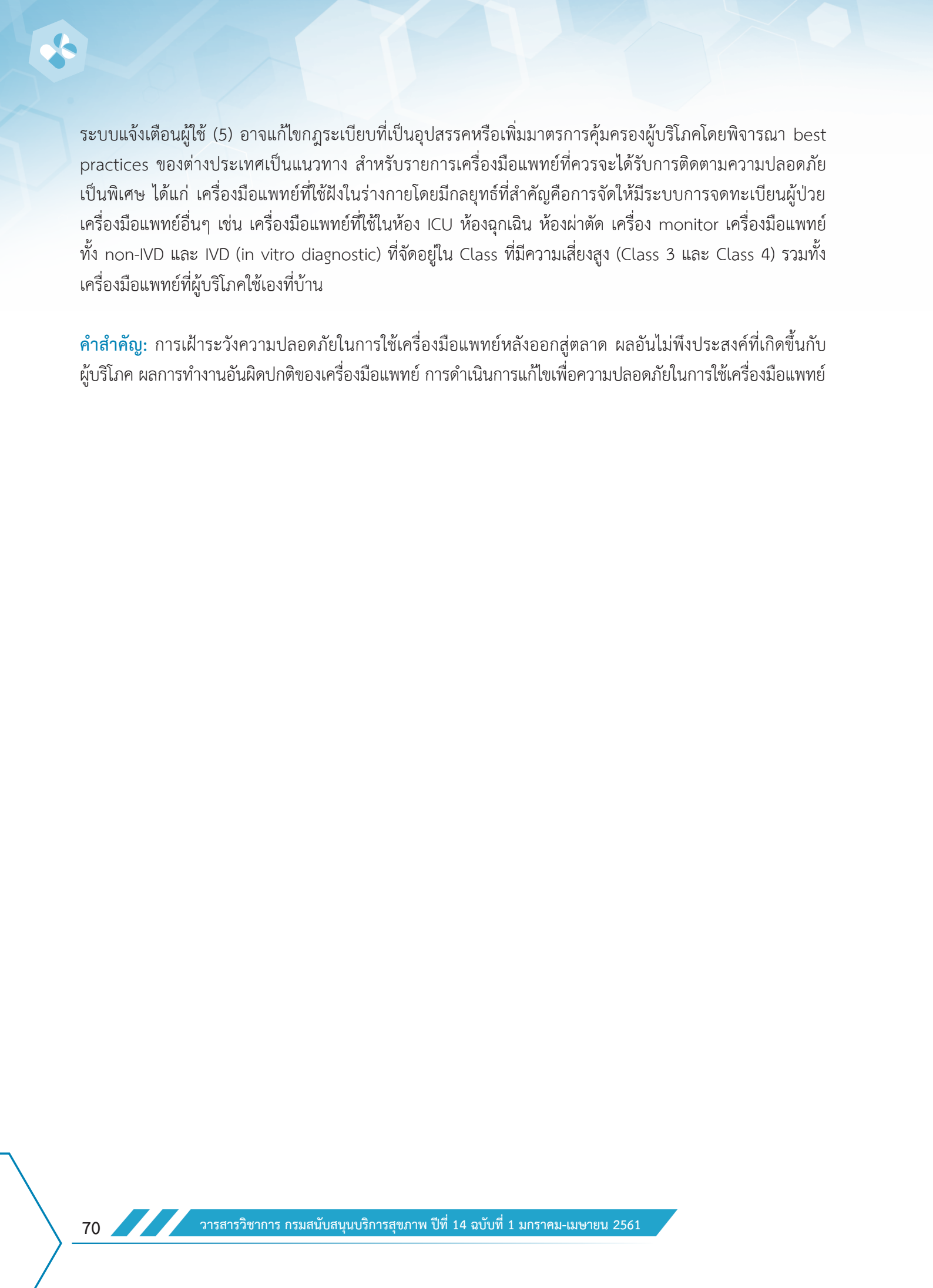
การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัย จากการใช้เครื่องมือแพทย์หลังออกสู่ตลาดในประเทศไทย (INCREASING EFFICIENCY OF MEDICAL DEVICE POST-MARKETING SURVEILLANCE SYSTEM IN THAILAND)

ยุวดี พัฒนวงศ์
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

บทคัดย่อ

เนื่องจากเครื่องมือแพทย์ที่จำหน่ายในท้องตลาดประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากทั้งในเชิงปริมาณและความหลากหลายของชนิดเครื่องมือแพทย์ที่เป็นผลมาจากการพัฒนาเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ปัจจุบันกระบวนการควบคุมเครื่องมือแพทย์ก่อนออกสู่ตลาดมีการประเมินข้อมูลวิชาการด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของเครื่องมือแพทย์เพียงไม่กี่ชนิด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอยู่ระหว่างการเตรียมความพร้อมที่จะดำเนินการประเมินเครื่องมือแพทย์ก่อนออกสู่ตลาดตามความเสี่ยงของแนวปฏิบัติสากลและความตกลงอาเซียนว่าด้วยบทบัญญัติเครื่องมือแพทย์ ดังนั้นเพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างครบวงจร ทั้งในระยะก่อนเข้าสู่ตลาดและหลังออกสู่ตลาด จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อหาแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์หลังออกสู่ตลาดในประเทศไทย โดยทำการศึกษาระบบการดำเนินงานของต่างประเทศ (ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ยุโรป) และสำรวจความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ของภาครัฐและเอกชน ผู้ประกอบการด้านเครื่องมือแพทย์ โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และประชุมสัมมนาผู้ประกอบการเครื่องมือแพทย์ แล้ววิเคราะห์หาข้อสรุปเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบดังกล่าว (2) เพื่อสำรวจรายการเครื่องมือแพทย์ที่ควรจะได้รับติดตามความปลอดภัยเป็นพิเศษจากความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์หลังออกสู่ตลาดในประเทศไทยที่สำคัญ ได้แก่ (1) สร้างเครือข่ายกับสภาวิชาชีพในแต่ละสาขาและกับสถานพยาบาลรวมทั้งประชาสัมพันธ์และสร้างความตระหนักให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (2) อาจนำมาตรการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์เป็นข้อกำหนดให้สถานพยาบาลดำเนินการโดยถือเป็นงานตามนโยบาย Hospital for Patient and Personnel (2P Safety) และเป็นมาตรฐานหนึ่งของ Hospital Accreditation (HA) ซึ่งบริหารจัดการโดยคณะกรรมการความปลอดภัยของแต่ละโรงพยาบาล โดยควรทำการศึกษาข้อมูลและสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากมาตรการนี้เพิ่มเติมก่อน (3) พัฒนาประสิทธิภาพของระบบ IT รวมทั้ง mobile application ให้สะดวกในการรายงาน (4) พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้ง



ระบบแจ้งเตือนผู้ใช้ (5) อาจแก้ไขกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคหรือเพิ่มมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคโดยพิจารณา best practices ของต่างประเทศเป็นแนวทาง สำหรับรายการเครื่องมือแพทย์ที่ควรจะได้รับ การติดตามความปลอดภัยเป็นพิเศษ ได้แก่ เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ฝังในร่างกายโดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญคือการทำให้มีระบบการจดทะเบียนผู้ป่วย เครื่องมือแพทย์อื่นๆ เช่น เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในห้อง ICU ห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด เครื่อง monitor เครื่องมือแพทย์ ทั้ง non-IVD และ IVD (in vitro diagnostic) ที่จัดอยู่ใน Class ที่มีความเสี่ยงสูง (Class 3 และ Class 4) รวมทั้ง เครื่องมือแพทย์ที่ผู้บริโภคใช้เองที่บ้าน

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์หลังออกสู่ตลาด ผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับ ผู้บริโภค ผลการทำงานอันผิดปกติของเครื่องมือแพทย์ การดำเนินการแก้ไขเพื่อความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์



Abstract

There are increasing in numbers and varieties of medical devices marketing in Thailand due to fast progress and change of medical technology. Presently, only a few types of medical devices have been technically evaluated in quality, safety and performance during pre-marketing process. The Thai Food and Drug Administration is in the preparing step to revise product approval procedure by using risk-based classification product approach following international practices and ASEAN Agreement on Medical Device Directive. To protect consumer through the whole process of pre-and post-marketing approval, this qualitative study aims (1) to find the way in increasing efficiency of medical device post-marketing surveillance system in Thailand by studying international best practices and survey opinions of involving parties including health professionals from public and private sectors and industry and (2) to survey for the list of medical devices that should be specially monitored.

From analysis of foreign practices in Japan, the U.S., Australia and Europe, in-depth interview, focus group and meeting, there are several important ways to increase efficiency of medical device post-marketing surveillance system. These include: (1) forming networking with health professional councils and hospitals including public relations and raising awareness for cooperation of all sectors (2) possibility of merging medical device vigilance system with Hospital for Patient and Personnel (2P Safety) Policy and Hospital Accreditation requirement operating by hospital safety committee. Further study for more information and opinion of stakeholders should be done. (3) developing efficient IT system including mobile application with user-friendly and convenient model for reporters (4) developing efficient database/information management system including safety notice system. (5) consideration of international best practices to change obstacle rules or add measures for consumer protection.

For the medical devices that should be specially monitored, implantable products should be a priority and considered for recording in patient registration system. Other examples of medical devices should also be on the list such as devices used for ICU, emergency unit, surgery, monitoring devices, both high risk Class 3 and Class 4 non IVD and IVD (in vitro diagnostic) medical devices and home use devices .

Keywords: medical device post-marketing surveillance (PMS) system, adverse effects on consumers, device malfunction, field safety corrective action.

บทนำ

ด้วยปัจจุบันอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์มีแนวโน้มขยายตัวอย่างรวดเร็วตามความต้องการของตลาดสุขภาพ เครื่องมือแพทย์ที่จำหน่ายในท้องตลาดประเทศไทย มีหลายแสนชนิดตั้งแต่ที่มีความเสี่ยงต่ำไปถึงที่มีความเสี่ยงสูง ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือแพทย์ที่นำเข้าจากต่างประเทศและบางส่วนมาจากการผลิตในประเทศที่มีแนวโน้มขยายตัวตามนโยบาย Thailand 4.0 ที่มุ่งส่งเสริมนวัตกรรมของไทยโดยรวมถึงนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์ เครื่องมือแพทย์มีความแตกต่างจากยาอย่างมากทั้งในด้านเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและความสำเร็จของเครื่องมือแพทย์ในการวินิจฉัย บำบัดรักษาโรคและการบาดเจ็บไม่ขึ้นกับคุณภาพมาตรฐานประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของเครื่องมือแพทย์เพียงอย่างเดียว หากยังขึ้นกับทักษะของบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริโภค (กรณี home use devices) ที่เป็นผู้นำเครื่องมือแพทย์ไปใช้ด้วย ข้อมูลต่างประเทศพบอันตรายจากการใช้เครื่องมือแพทย์เป็นประจำในแต่ละปี เช่น การศึกษารายงานการบาดเจ็บ (injury reports) จำนวน 410 รายงาน จากการผ่าตัดในสหรัฐอเมริกาในฐานะข้อมูลของ U.S. FDA ช่วงปี 2000-2012 พบมีสาเหตุจากการทำงานผิดปกติของเครื่องมือแพทย์ 62% ความบกพร่องของบุคลากรทางการแพทย์ 7.1% และรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้เครื่องมือแพทย์จากฐานข้อมูลของ China FDA ในปี 2015 มีรายงานการตาย 184 รายงาน และการบาดเจ็บร้ายแรง 47,065 รายงาน

กระบวนการควบคุมเครื่องมือแพทย์ก่อนออกสู่ตลาดที่มีการประเมินคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยอย่างเข้มงวด จะช่วยกั้นกรองเครื่องมือแพทย์ที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือความปลอดภัยไม่ให้ออกสู่ตลาดได้ อย่างไรก็ตามขณะนี้เครื่องมือแพทย์ที่จำหน่ายในประเทศไทยส่วนใหญ่รวมถึงเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงยังไม่ผ่านกระบวนการประเมินข้อมูลวิชาการ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอยู่ระหว่างเตรียมความพร้อมที่จะดำเนินการประเมินเครื่องมือแพทย์ตามความเสี่ยงเพื่อให้เป็นไปตามหลักสากลและความตกลงอาเซียนว่าด้วยบทบัญญัติเครื่องมือแพทย์เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค จึงมีความจำเป็นต้องเร่งดำเนินการทบทวนเชิงรุกในการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์ ขณะนี้ผู้ประกอบการต้องส่งรายงานให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจัดทำรายงานผลการทำงานอันผิดปกติของเครื่องมือแพทย์หรือผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภค และรายงานการดำเนินการแก้ไข ลงวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2559 ซึ่งบังคับใช้กว่า 1 ปีแล้ว พบว่ามีผู้ประกอบการจำนวนน้อยรายที่ส่งรายงาน และยังขาดเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์ในการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบ ดังนั้นสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไปคือการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์หลังออกสู่ตลาด เพื่อสร้างความปลอดภัยให้ผู้บริโภคและบุคลากรทางการแพทย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์หลังออกสู่ตลาดในประเทศไทย โดย
 - 1.1 ศึกษากระบวนการดำเนินงานของต่างประเทศ
 - 1.2 สำนวจความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ของภาครัฐและเอกชนและผู้ประกอบการด้านเครื่องมือแพทย์
 - 1.3 วิเคราะห์หาแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์หลังออกสู่ตลาดในประเทศไทย
2. เพื่อสำรวจรายการเครื่องมือแพทย์ที่ควรได้รับการติดตามความปลอดภัยเป็นพิเศษ



กรอบแนวคิด

สถานการณ์ปัจจุบัน	ปัจจัยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์	ตัวอย่างมาตรการแก้ไขหรือป้องกันอันตราย/ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือแพทย์
ภาคบังคับผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้ขาย รายงาน AE, DM, FSCA ทั้งที่เกิดในและต่างประเทศ ให้อย. แต่ได้รับรายงานจำนวนน้อยมาก	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนรายงาน AE, DM, FSCA จากผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้ขาย ที่อย.ได้รับเพิ่มขึ้น - คุณภาพที่ดีที่ถูกต้องของรายงาน - ความรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ในการรายงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - แก้ไขฉลาก เอกสารกำกับ คู่มือการใช้งานให้ถูกต้องชัดเจนสมบูรณ์ - เปลี่ยนสูตร/วัสดุที่ใช้ทำเครื่องมือแพทย์
ไม่ได้รับรายงานโดยสมัครใจจากบุคลากรทางการแพทย์และสถานพยาบาล	อย.ได้รับรายงาน AE, DM จากบุคลากรทางการแพทย์และสถานพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูล que ช่วยตรวจสอบย้อนกลับกับการรายงานที่ได้รับจากผู้ประกอบการ ทำให้สามารถดำเนินการแก้ไขหรือป้องกันความเสี่ยง/อันตรายจากการใช้เครื่องมือแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - เปลี่ยนบรรจุภัณฑ์ - เปลี่ยน/ปรับปรุงซอฟต์แวร์ - เปลี่ยนหรือติดตั้งอุปกรณ์เพิ่มเติม - เรียกคืนผลิตภัณฑ์ - เปลี่ยนเครื่องทดแทน
ขาดเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์/สถานพยาบาลในการเฝ้าระวังซึ่งต่างจากยาที่มีเครือข่ายชัดเจน	มีเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์/สถานพยาบาลในการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - ทำลายผลิตภัณฑ์ - จำกัดการใช้งาน - แจ้งเตือนบุคลากรทางการแพทย์
ระบบและการดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยยังขาดความเข้มแข็ง	ระบบที่ได้รับการพัฒนาและการดำเนินการเชิงรุกของอย. จะเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์	
เครื่องมือแพทย์ในท้องตลาดมีจำนวนมากหลายแสนชนิด และส่วนใหญ่ต้องใช้โดยบุคลากรทางการแพทย์	การได้ข้อมูลรายการเครื่องมือแพทย์ที่ควรติดตามความปลอดภัยในการใช้เป็นพิเศษ โดยภาคส่วนที่มีประสบการณ์จะช่วยให้การวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังดีขึ้น	↓
ตัวอย่างสาเหตุที่ทำให้หรืออาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ถึงตาย/บาดเจ็บสาหัส <ul style="list-style-type: none"> - ความล้มเหลว/การทำงานผิดปกติของเครื่องมือแพทย์ - ความผิดพลาด/ความไม่เหมาะสมในการออกแบบผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการผลิต - ฉลาก/เอกสารกำกับ/คู่มือการใช้งานไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วน - ความผิดพลาดของผู้ใช้ เช่น ขาดประสบการณ์ ใช้งานไม่ตรงกับข้อบ่งใช้/ใช้กรณีที่มีข้อห้ามใช้ บำรุงรักษาเครื่องไม่ดี อ่านผลผิดพลาด/คลาดเคลื่อนจากข้อกำหนด 		ผลลัพธ์/เป้าหมาย คือ ความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์/ผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองเพิ่มขึ้นด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรทางการแพทย์และสถานพยาบาล เข้าใจและตระหนักในบทบาทสำคัญในการร่วมสร้างความเข้มแข็งและเครือข่ายในการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์

2. ทุกภาคส่วนได้ข้อมูลชนิดของเครื่องมือแพทย์ที่ควรระมัดระวังและติดตามการใช้เป็นพิเศษ อันจะช่วยเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้แนวทางในการนำไปใช้พัฒนาหรือเพิ่มประสิทธิภาพระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมให้ข้อคิดเห็นของภาคส่วนสำคัญจากผู้ประกอบการและบุคลากรทางการแพทย์

นิยามศัพท์

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการจัดทำรายงานผลการทำงาน อันผิดปกติของเครื่องมือแพทย์ หรือผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภค และรายงานการดำเนินการแก้ไข ลงวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2559 ได้ให้นิยามศัพท์ไว้ดังนี้

“ผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภค (adverse effect)” หมายความว่า ผลอย่างใดอย่างหนึ่งอันเกิดจากการทำงานผิดปกติ หรือการเสื่อมสภาพในคุณลักษณะหรือประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องมือแพทย์ หรือมีปัญหาข้อผิดพลาดจากการใช้งาน ซึ่งได้ก่อให้เกิดหรืออาจเป็นสาเหตุหรือมีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิต หรือบาดเจ็บของผู้บริโภค (ในที่นี้ใช้คำย่อว่า AE)

“ผลการทำงานอันผิดปกติของเครื่องมือแพทย์ (device malfunction)” หมายความว่า การทำงานอันผิดปกติ หรือการเสื่อมสภาพในคุณลักษณะหรือประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องมือแพทย์ หรือการอ่านผลผิดพลาด หรือ คลาดเคลื่อนไปจากข้อกำหนดหรือเกิดความผิดพลาดในการออกแบบเครื่องมือแพทย์ หรือข้อความที่ฉลากหรือเอกสารกำกับหรือคู่มือการใช้งาน ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หรือข้อผิดพลาดจากการใช้งาน (ในที่นี้ใช้คำย่อว่า DM)

“การดำเนินการแก้ไขเพื่อความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์ (field safety corrective action)” หมายความว่า การดำเนินการใดๆ ที่กำหนดโดยเจ้าของผลิตภัณฑ์ เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะคุกคามทางสาธารณสุขอย่างร้ายแรง หรือความเสี่ยงของผู้บริโภคจากการเสียชีวิตหรือเกิดอันตรายร้ายแรงจากการใช้เครื่องมือแพทย์ (ในที่นี้ใช้คำย่อว่า FSCA)

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเอกสารและวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์หลังออกสู่ตลาด (PMS) ในประเทศไทยและต่างประเทศ (ญี่ปุ่น สหรัรัฐฯ ออสเตรเลีย สหภาพยุโรป)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระบบของต่างประเทศกับประเทศไทย และเลือกจุดเด่นของระบบต่างประเทศเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบไทย

3. สำรวจความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อได้ข้อมูลในการพัฒนา PMS ของไทย และรายการเครื่องมือแพทย์ที่ควรจะได้รับติดตามความปลอดภัยเป็นพิเศษ โดย

3.1 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

3.2 จัดสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

3.3 จัดประชุมผู้ประกอบการเครื่องมือแพทย์ โดยมีการอภิปรายประกอบด้วยภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

4. วิเคราะห์หาแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ PMS ของไทย

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์ของประเทศไทยกับต่างประเทศ (ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และยุโรป) สรุปได้ตามตารางที่ 1 และดูคำอธิบายเพิ่มเติมในหัวข้อการอภิปรายผล



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์ของไทยและต่างประเทศ

หัวข้อ	ไทย	ญี่ปุ่น	สหรัฐอเมริกา	ออสเตรเลีย	ยุโรป
1. หน่วยงานควบคุม	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	<ul style="list-style-type: none"> Ministry of Health Labour and Welfare (MHLW) Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (PMDA) 	<ul style="list-style-type: none"> Food and Drug Administration (FDA) 	<ul style="list-style-type: none"> Therapeutic Goods Administration (TGA) 	<ul style="list-style-type: none"> European Union Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, UK
2. กฎหมาย	<ul style="list-style-type: none"> พรบ.เครื่องมือแพทย์ 2551 ประกาศกระทรวงฯ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจัดทำรายงานผลการทำงานอื่น ผิดปกติของเครื่องมือแพทย์ หรือผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภค และรายงานการค้าเป็นการแก่ใจลงวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2559 (บังคับใช้ 31 ตุลาคม 2559) 	<ul style="list-style-type: none"> Pharmaceutical and Medical Device Act (PMD Act) Good Vigilance Practice (GVP) Good Post-Marketing Study Practice (GPSP) 	<ul style="list-style-type: none"> Federal Food, Drug, and Cosmetic Act (FD&C Act) Section 519 (Records and Reports on Devices) US Medical Device Reporting (MDR) Regulation (21 CFR 803) 	<ul style="list-style-type: none"> Therapeutic Goods Act 1989 Therapeutic Goods (Medical Devices) Regulations 2002 	<ul style="list-style-type: none"> Medical Devices Directive 93/42/EEC In Vitro Diagnostic Medical Device Directive 98/79/EC Active Implantable Medical Device Directive 90/385/EC (ปัจจุบันมี EU Regulation ซึ่งจะมีผลใช้บังคับในอนาคต โดยที่เพิ่มประสิทธิภาพระบบ PMS)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์ของไทยและต่างประเทศ (ต่อ)

หัวข้อ	ไทย	ญี่ปุ่น	สหรัฐอเมริกา	ออสเตรเลีย	ยุโรป
3. ผู้ประกอบการที่ต้องรายงาน	ผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้ขาย รายงานตามมาตรา 41(4) (MAH) เช่น ผู้ผลิต ผู้นำเข้า	marketing authorization holder (MAH) เช่น ผู้ผลิต ผู้นำเข้า	ผู้ผลิต ผู้นำเข้า	ผู้ผลิต/ sponsor (เช่น ผู้นำเข้า ผู้นำเข้า)	ผู้ผลิต/ authorized representative (เช่น ผู้นำเข้า ผู้นำเข้า)
4. ข้อมูลที่ผู้ประกอบการต้องรายงาน	Local/Global (Foreign) - adverse effect - device malfunction - FSCA	Local/Global (Foreign) - AE malfunction, health damage, adverse Infection - FSCA - Study report	Local/Global (Foreign) - Adverse event - FSCA	1. Local - Incident reports - FSCA 2. Global - FSCA กรณี batch เดียวกัน	1. Local - Incident reports - FSCA 2. Global - FSCA ถ้ามี product ในประเทศด้วย 3. Periodic safety update report (PSUR) 4. Trend report
5. รายงาน AE/DM โดยสถานพยาบาล/บุคลากรทางการแพทย์	รายงานโดยสมัครใจ	บังคับสถานพยาบาล/บุคลากรทางการแพทย์ กรณี AE ที่จำเป็นต้องป้องกัน risk to public health,...	บังคับ user facilities รายงาน กรณี death, serious injury, annual report	รายงานโดยสมัครใจ	รายงานโดยสมัครใจ
6. AE/ที่ได้รับจากผู้ประกอบการ	รายงานสะสม (นับถึงวันที่ 17 พ.ย. 2017) 296 รายงาน	ปี 2016 48,563 รายงาน ปี 2015 43,997 รายงาน	ปี 2007 141,065 รายงาน ปี 2006 109,676 รายงาน	ปี 2016 3,122 รายงาน ปี 2015 2,817 รายงาน	
7. AE/DM ที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (ไม่ได้/แทบจะไม่ได้)	N/A	ปี 2016 548 รายงาน ปี 2015 405 รายงาน	ปี 2007 3,234 รายงาน ปี 2006 3,048 รายงาน	ปี 2016 592 รายงาน ปี 2015 484 รายงาน	UK Adverse incident reports: ปี 2016 17,500 รายงาน
8. AE/DM ที่ได้รับจากผู้บริโภค	N/A	N/A	N/A	ปี 2016 97 รายงาน ปี 2015 88 รายงาน	



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์ของไทยและต่างประเทศ (ต่อ)

หัวข้อ	ไทย	ญี่ปุ่น	สหรัฐอเมริกา	ออสเตรเลีย	ยุโรป
9. adverse event code	-	จะใช้ IMDRF code	Evaluation code of FDA	ISO/TS 19218-2011	ISO/TS 19218-2011
10. รหัสเครื่องมือแพทย์	GMDN/UMDN	JMDN	UDI	GMDN	UDI (ตาม new regulation)
11. เก็บรักษาบันทึกเกี่ยวกับ post-marketing safety data	ไม่มีข้อกำหนดนี้	มีข้อกำหนดนี้ เช่น - 15 ปี designated highly controlled medical devices	N/A	N/A	N/A
12. จัดทำและเก็บรักษาบันทึกการกระจายเครื่องมือแพทย์	ไม่น้อยกว่า 1 ปี นับแต่วันที่มีการกระจาย	N/A	มีข้อกำหนดให้เก็บรักษา device complaint records	- 5 ปี เครื่องมือแพทย์ อื่นๆ - 10 ปี Class AIMD, Class III, และ Class IIb implantable devices	N/A
13. ระบบจดทะเบียนผู้ป่วย	ตามมาตรา 6(14), 42 แต่ยังไม่ออกประกาศกระทรวงฯ	มี	มี	มี new regulation จะเริ่มใช้ 1 ธ.ค. 2018 อาจใช้ card	มี และตาม new regulation จะใช้ implant card
14. เครื่องมือแพทย์ที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษ	-	ตัวอย่าง Nationwide Registries Associated with Cardiovascular Medical Devices (NRACMD)	- Hospital meeting and inspection - Networking of data partner or use of Real-World Evidence	orthopaedic devices โดย Orthopaedic Subcommitt. (OSC) of the ACSMD	มีคู่มือรายงาน blood glucose meter, breast implant, IOL, Surgical heart valve, IVC filter, coronary stent, etc
15. กลไกพิเศษอื่นๆ	ความรับผิดชอบทางแพ่ง ตามมาตรา 78	Reexamination, Reevaluation, Post-market/use result survey Package insert submission	- โครงการ IRIS ทำงานร่วมกับโรงพยาบาล เครือข่าย		

2. การสำรวจความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ เครื่องมือแพทย์

2.1 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลรวม 23 คน เป็นผู้เชี่ยวชาญจากประเทศไทย 17 คน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์จากสภาหรือสมาคมวิชาชีพหรือผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ด้านศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ อายุรแพทย์ ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ รวม 8 คน ผู้แทนกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค 1 คน ผู้ผลิต 3 คน ผู้นำเข้า 5 คน และผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศที่มีประสบการณ์ ด้าน PMS เครื่องมือแพทย์ 6 คน ได้แก่ ผู้บริหารของ หน่วยงานควบคุมเครื่องมือแพทย์ประเทศซาอุดีอาระเบีย และสิงคโปร์ ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำภาคพื้นเอเชียใต้และตะวันออก และจากภาค เอกชนในองค์การความร่วมมือด้านวิชาการระหว่าง ประเทศ Asian Harmonization Working Party (AHWP) สรุปความคิดเห็นได้ดังนี้

2.1.1 กลไกที่จะทำให้สถานพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ส่งรายงาน AE, DM ของ เครื่องมือแพทย์ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

(1) การใช้มาตรการด้านกฎหมาย มีผู้เสนอ ความเห็นให้ออกกฎหมายบังคับสถานพยาบาลและ บุคลากรทางการแพทย์ ให้ส่งรายงาน AE, DM เช่นเดียวกับ ที่บังคับผู้ประกอบการ (9 คน) โดย 1 ใน 9 คนเห็นว่าอาจ บังคับผ่านมาตรฐานสากลของสถานพยาบาล (JCI) เป็น อีกทางเลือกได้ บังคับเฉพาะกรณีเครื่องมือแพทย์ที่ กระทบสาธารณสุขประกาศให้ต้องมีการประเมิน เทคโนโลยีตามมาตรา 6 (8) หรือจัดให้มีทะเบียนผู้ป่วย ตามมาตรา 6 (14) แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือ แพทย์ พ.ศ. 2551 (1คน) และไม่ควรรอกกฎหมายบังคับ (13 คน) โดย 2 ใน 13 คนนี้เห็นว่าควรบังคับเฉพาะ สถานพยาบาลผ่านนโยบาย Hospital for Patient and Personnel (2P Safety) และ Hospital Accreditation (HA) ซึ่งบริหารจัดการโดยคณะกรรมการความปลอดภัยของแต่ละโรงพยาบาล

(2) กลไกการรณรงค์สร้างความตระหนัก ให้เห็นความสำคัญและประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง สม่าเสมอ ซึ่งอาจขอความร่วมมือไปยังสถานพยาบาล และองค์กรวิชาชีพ จัดประชุมอบรม มีช่องทางการรายงาน ที่ง่ายสะดวก และควรส่งข้อมูลย้อนกลับที่เป็นประโยชน์ต่อ บุคลากรทางการแพทย์ด้วย (15 คน) โดย 4 ใน 15 คนนี้ เห็นว่าควรสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับให้ ผู้รายงานด้วย

2.1.2 การรายงาน AE, DM, FSCA ควร กำหนดให้ผู้ประกอบการรายงานเฉพาะกรณีที่เกิด เหตุการณ์ในประเทศไทย หรือให้รายงานทั้งกรณีที่เกิด เหตุการณ์ในประเทศไทยและต่างประเทศ

(1) กรณีที่เกิดเหตุการณ์ในต่างประเทศ และมีเครื่องมือแพทย์นั้นขึ้นทะเบียนในประเทศไทย ควรมีข้อกำหนดให้รายงานทั้ง AE/DM/FSCA ที่เกิดขึ้น ในต่างประเทศด้วย เพื่อเป็น early warning จะได้เฝ้า ระวังให้เกิดความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์นั้น ในประเทศไทย (14 คน)

(2) กรณีที่เกิดเหตุการณ์ในต่างประเทศ และมีเครื่องมือแพทย์นั้นขึ้นทะเบียนในประเทศไทย ควรมีข้อกำหนดให้รายงานเฉพาะ FSCA ที่ดำเนินการใน ต่างประเทศ (5 คน) โดย 1 ใน 5 คนนี้เห็นว่าการ บังคับใช้มาตรฐาน GDP (Good Distribution Practice) น่าจะดีกว่าบังคับให้รายงาน AE/DM ที่เกิดขึ้นใน ต่างประเทศ ซึ่งสร้างภาระในการบริหารจัดการทั้ง ฝ่ายบริษัทและหน่วยงานควบคุม

(3) แม้เกิดเหตุการณ์ในต่างประเทศ และ มีเครื่องมือแพทย์นั้นขึ้นทะเบียนในประเทศไทยควรมี ข้อกำหนดให้รายงาน AE/DM/FSCA เฉพาะที่เกิดขึ้น ในประเทศไทย เพื่อลดภาระแก่ผู้ประกอบการ (2 คน)

(4) ขึ้นกับสถานการณ์ของแต่ละประเทศ สิงคโปร์บังคับให้ผู้ประกอบการทุกบริษัทที่เป็นผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้จำหน่าย รายงานเฉพาะกรณีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในสิงคโปร์ แต่หน่วยงานควบคุมก็มีอำนาจร้องขอในกรณี ที่พิจารณาเห็นสมควรให้บริษัทส่งข้อมูลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในต่างประเทศด้วย (2 คน)



2.1.3 แบบรายงาน AE/ DM ควรแตกต่างกันหรือไม่ ระหว่าง (ก) ผู้รายงานที่เป็นผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้ขาย (ข) โรงพยาบาล/บุคลากรทางการแพทย์ (ค) ผู้ป่วย/ผู้บริโภค

(1) ควรแตกต่าง รายละเอียดในแบบรายงานจะต่างกัน หากออกแบบให้สอดคล้องเฉพาะกลุ่มจะทำให้เข้าใจง่ายและเอื้อต่อการรายงานมากขึ้น กรณีบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริโภคไม่ต้องให้แจ้งรายละเอียดมากเหมือนผู้ประกอบการ ผู้บริโภคควรใช้ภาษาง่ายๆ ไม่ใช่ภาษาเชิงเทคนิค (20 คน)

(2) อาจจะเป็นแบบฟอร์มเดียวกันได้ แต่รายละเอียดควรมีความแตกต่างกัน เนื่องจากข้อมูลหลักที่ต้องการจากผู้รายงานเป็นข้อมูลเดียวกัน เช่น เครื่องมือแพทย์ที่ต้องสงสัย การเกิด AE/DM สถานที่เกิดเหตุการณ์ ซึ่งในแบบฟอร์มสามารถจัดทำช่องข้อมูลที่เป็นส่วนของผู้รายงานแยกไว้ได้ (2 คน)

(3) แบบฟอร์มสำหรับให้ผู้ป่วยรายงานควรแตกต่างออกไป กรณีผู้ประกอบการและบุคลากรทางการแพทย์อาจใช้แบบฟอร์มเดียวกันได้ (1 คน)

2.1.4 การติดตาม AE/DM ระหว่าง Non IVD และ IVD (in vitro diagnostic) medical devices ควรมีกลไกที่แตกต่างกันหรือไม่

(1) ควรมีกลไกที่แตกต่างกันและไม่เพียงรายงานเพื่อรู้และเก็บข้อมูล แต่ต้องนำข้อมูลรายงานมาใช้ติดตามให้เกิดความปลอดภัยกับผู้บริโภคและบุคลากรทางการแพทย์ (3 คน)

(2) ไม่จำเป็นต้องแตกต่าง (19 คน) โดย 1 ใน 19 คนนี้เห็นว่าที่สำคัญคือการบังคับใช้ GDP

(3) ไม่เสนอความเห็นเนื่องจากไม่มีประสบการณ์ด้านเครื่องมือแพทย์ IVD (1 คน)

2.1.5 เครื่องมือแพทย์ที่ควรจะได้รับ การติดตามความปลอดภัยเป็นพิเศษ สรุปได้ดังนี้

(1) เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในห้อง ICU ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน เช่น เครื่อง monitor เครื่องช่วยหายใจ infusion pump, เครื่องมือที่ใช้กับการช่วยชีวิต/ฉุกเฉิน เช่น defibrillator AED

(2) เครื่องมือที่รูกล้าหรือฝังไว้ในร่างกายเป็นเวลานานหรือตลอดไป ซึ่งตามหลักทางการแพทย์ ถ้าเกิดผลข้างเคียงหรือผลแทรกซ้อนจะรุนแรงมาก เช่น pacemaker stent ข้อเทียม เต้านมเทียม

(3) เครื่องมือที่รูกล้าร่างกายเป็นเวลานาน เช่น ตัวกรองล้างไต (dialyzer)

(4) เครื่องมือภายนอกที่ก่อผลกระทบสูง ถ้าเกิดความผิดพลาดของการทำงานของเครื่อง เช่น เครื่องมือทางรังสีรักษาที่อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีมากจนถึงตายได้

(5) เครื่องมือที่มีกลไกทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นส่วนประกอบสำคัญเช่น เครื่อง monitor ใน ICU

(6) เครื่องมือแพทย์ทั้ง non IVD และ IVD ที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ Class3 Class4

(7) เครื่องมือแพทย์ IVD ประเภท HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Malaria, Syphilis, IVD กลุ่มที่ต้องมีการจัดเก็บภายใต้อุณหภูมิที่จำกัด ผู้ใช้อาจจะทำลายสินค้า โดยที่ไม่ได้รายงานข้อบกพร่อง

(8) ในระยะแรกควรให้ความสำคัญกับเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูง ที่อาจจะทำให้เกิดอันตรายในระดับการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ หรือชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงเครื่องมือแพทย์ IVD ที่มีผลต่อการวินิจฉัย การวางแผนทางการรักษาด้วย ในระยะถัดไปควรกำหนดเป็นกรอบที่ครอบคลุมเพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้ประกอบการวิชาชีพ

(9) ควรแบ่งตามลักษณะการใช้งานในแต่ละวิชาชีพและให้แต่ละวิชาชีพเป็นผู้กำหนด เช่น เครื่องมือในสาขาทันตกรรม ควรติดตามความล้มเหลวของ dental implant วัสดุอุดฟัน และซีเมนต์ที่ใช้ยึดฟันหรือฟันปลอม การเกิด corrosion ของเครื่องมือจัดฟันที่ติดในช่องปากผู้ป่วย

(10) ควรติดตามกลุ่มที่เป็น Home use มากกว่า Hospital use เนื่องจากผู้ป่วยนำไปใช้เอง การรายงานปัญหาความปลอดภัยทำได้ยากต้องได้รับความร่วมมือจากหลายส่วน ทั้ง ผู้ป่วย ผู้แทนขาย ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย และให้ความสำคัญต่อการแสดงฉลาก/เอกสารกำกับที่ต้องชัดเจนเพื่อให้ผู้บริโภคใช้ได้ถูกต้องปลอดภัย

(11) ควรใช้ข้อมูลจากผู้ที่ใช้เครื่องมือ
เรื่องร้องเรียนทั้งจากในและต่างประเทศ หรืออ้างอิง
ตามสากล เช่น U.S.FDA EU

(12) ควรเน้นความรุนแรงและผลกระทบ
ของ AE/DM มากกว่าชนิดของเครื่องมือแพทย์

(13) เครื่องมือแพทย์ทุกชนิด เพราะ
ล้วนมีข้อจำกัดในการใช้งานที่อาจมีผลต่อความปลอดภัย
ของผู้รับบริการและผู้ใช้งานได้ ควรได้รับการปฏิบัติ
ด้านการตรวจติดตามอย่างเท่าเทียมกัน ภาครัฐต้องจัด
ทำให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา

2.1.6 ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

(1) เครื่องมือแพทย์ เป็นผลิตภัณฑ์
สุขภาพที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในการบริหารจัดการ
แต่ละกลุ่ม แต่ละประเภทที่แตกต่างกัน จำเป็นต้อง
แสวงหาหรือคัดสรรผู้เชี่ยวชาญ หรือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มี
ความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในแต่ละเรื่อง
แต่ละกลุ่มเข้ามาให้ข้อคิดเห็น หรือ จัดการปัญหา
อย.ควรมีคณะทำงานประกอบด้วยผู้ประกอบการวิชาชีพ
ในสาขาต่างๆ มาร่วมให้ความคิดเห็นในเรื่องนี้ และกรณี
พบเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสาขาใดสาขาหนึ่ง อาจขอ
ความเห็นกับองค์กรวิชาชีพเป็นการเฉพาะได้

(2) หากไม่มีการลงโทษและไม่บังคับ
ใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดกับบริษัทที่ละเลยการรายงาน
ต่างๆ ที่รู้ AE/DM ในที่สุดมาตรการการรายงานก็จะ
ไม่เกิดผล ในส่วนของผู้บริโภคและบุคลากรทางการแพทย์
ที่เป็นผู้ใช้จะทำหน้าที่เหมือน auditor ที่จะให้บริษัทต้อง
มีการรายงานอย่างสมเหตุสมผล

(3) การปรับปรุงระบบ e-reporting ให้
มีความเสถียรและสะดวกในการรายงานเป็นสิ่งสำคัญ
อย่างยิ่ง รวมถึงจัดทำ application ที่สามารถรายงาน
ผ่านโทรศัพท์มือถือ จะทำให้ทุกคนทุกภาคส่วนร่วมมือกัน
รายงานได้มากขึ้น การอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่
และผู้รายงานก็เป็นสิ่งจำเป็น

(4) การเพิ่มเงื่อนไขในการรับขึ้นทะเบียน
ผลิตภัณฑ์ โดยให้ผู้ประกอบการดำเนินการติดตาม
รวบรวม ประเมินข้อมูลความปลอดภัยหลังเครื่องมือแพทย์
ออกสู่ตลาดในช่วงระยะเวลาหนึ่งเช่น 2-3 ปี แล้วเสนอ
ข้อมูลให้อย.พิจารณา (ทำนองเดียวกับมาตรการขึ้นทะเบียน
ยาใหม่)

2.2 ผลการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์
จากสภาวิชาชีพ (เช่นสภาเทคนิคการแพทย์ สภากายภาพ
สัตวแพทย์สภา) ราชวิทยาลัย (เช่น ราชวิทยาลัยสูติ
นรีแพทย์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์) โรงพยาบาลทั้ง
ภาครัฐและภาคเอกชน หน่วยทดสอบเครื่องมือแพทย์
กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค และนักวิชาการของสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยารวมจำนวนกว่า 60 ท่าน
ในวันที่ 14 ธันวาคม 2560 แบ่งการสนทนาเป็น 2 กลุ่มย่อย
ได้ความคิดเห็นจากทั้งสองกลุ่มสรุปได้ดังนี้

2.2.1 แนวทางการสร้างเครือข่ายกลุ่มบุคลากร
ทางการแพทย์ในการติดตามความปลอดภัยในการใช้
เครื่องมือแพทย์ คือ (1) สร้างเครือข่ายกับแต่ละสภา
วิชาชีพโดยเชื่อมข้อมูลของอย.กับ website ของ
แต่ละสภาวิชาชีพ (2) จัดหาผู้ประสาน (Focal Point)
ของแต่ละสถานพยาบาลเพื่อประสานงานกับ อย.
(3) จัดตั้งหรือผนวกรงานติดตามความปลอดภัยใน
การใช้เครื่องมือแพทย์เข้ากับคณะกรรมการความ
ปลอดภัยของแต่ละสถานพยาบาล โดยเชื่อมโยงกับ
ระบบ Hospital Accreditation (HA) (4) ควรมีการจัด
ประชุมวิชาการในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของ
การใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์
ได้มีเวทีการแลกเปลี่ยนความรู้และความเห็นอย่าง
สม่ำเสมอ

2.2.2 แนวทางการพัฒนาระบบการบริหาร
จัดการ PMS ของเครื่องมือแพทย์ มีข้อเสนอให้อย.
ดำเนินการ (1) พัฒนาระบบฐานข้อมูล Recall/AE/DM
รายงานประจำปี AE/DM ของเครื่องมือแพทย์ เครื่องมือ



แพทย์ที่มีการนำเข้าไปในช่องทางพิเศษ (2) มีระบบแจ้งเตือนผู้ประสานงานของแต่ละสถานพยาบาลให้รับทราบกรณีพบ AE/DM (3) มีหน่วยงานตรวจสอบความถูกต้องของรายงานที่ได้รับจากผู้ประกอบการ และตรวจสอบกับข้อมูลต่างประเทศ เช่น ECRI เพื่อเป็นการ cross check (4) ควรสนใจทุกเหตุการณ์ ที่มี AE/DM เกิดขึ้น ไม่ใช่เฉพาะที่บัญญัติในกฎหมายเท่านั้น และในการสนทนากลุ่มยังช่วยให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาแบบฟอร์มรายงานโดยสมัครใจของสถานพยาบาล/บุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นและง่ายต่อการรายงาน รวมทั้งเสนอให้ออก application mobile เพื่ออำนวยความสะดวกในการรายงาน ทั้งนี้ต้องมีมาตรการรักษาความลับให้แก่ผู้รายงาน และระบบที่เป็น Cybersecurity (5) ในภาพรวมของประเทศควรมีวิิศวกรสาขา Biomedical Engineer หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องอยู่ประจำแต่ละโรงพยาบาล ทำหน้าที่ดูแลการทำงานและการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ด้วย

2.2.3 เครื่องมือแพทย์ที่ควรเฝ้าระวังความปลอดภัยเป็นพิเศษ ควรเน้นที่เครื่องมือแพทย์ ความเสี่ยงสูง เช่น เครื่องมือแพทย์ฝังในร่างกาย และเครื่องมือแพทย์ใช้ในการช่วยชีวิต เครื่องมือแพทย์ที่ควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษเรียงลำดับตามความสำคัญมากไปหาน้อย มีดังนี้ (1) เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (AED), เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillator) (2) เครื่องช่วยหายใจ (ventilator, respirator) (3) Infusion pump เนื่องจากใช้กันแพร่หลายและมีความเสี่ยงในการผิดพลาดสูง (4) สายสวนต่างๆ (5) ตู้อบเด็ก และในกรณีเครื่องมือแพทย์ IVD เนื่องจากมีปัญหาการควบคุมอุณหภูมิ ควรพิจารณา Proficiency Testing ซึ่งรวมถึง External Quality Assessment (EQA) ของห้องปฏิบัติการด้วย

2.3 ผลการการอภิปรายในการประชุมผู้ประกอบการเครื่องมือแพทย์ เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม

2560 โดยมีผู้ร่วมประชุม 175 ท่าน ผู้ร่วมอภิปรายประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มผู้ผลิต กลุ่มผู้นำเข้า แพทย์จากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ และนักเทคนิคการแพทย์ จากสภาเทคนิคการแพทย์ ผลการอภิปรายและความเห็นจากผู้เข้าประชุม สรุปได้ว่า

2.3.1 ประเด็นด้านการบริหารจัดการ มีข้อเสนอให้ออกดำเนินการ (1) พิจารณาปรับหลักเกณฑ์ให้ความสำคัญต่อการส่งรายงาน AE ที่เกิดในประเทศไทย การรายงาน AE ที่เกิดในต่างประเทศ ควรพิจารณาลดความถี่ในการรายงานเป็นช่วงเช่น 3,6,12 เดือน (2) พิจารณาใช้มาตรฐาน GDP เป็นเครื่องมือในการทำให้ผู้ถือใบอนุญาตเป็นสถานประกอบการต้องมีระบบรายงาน AE จึงจะพิจารณาต่ออายุใบอนุญาต (3) พิจารณาระบบ AE Code ของ IMDRF และ ISO TR 20416: Post-Market Surveillance for Manufacturers มาประยุกต์ใช้ (4) พิจารณาข้อกำหนดให้ผู้ใช้และผู้ดูแลเครื่องมือแพทย์ต้องได้รับการอบรมวิธีใช้/วิธีบำรุงรักษาเครื่องและปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานของเครื่องมือแพทย์อย่างเคร่งครัด รวมทั้งให้ห้องปฏิบัติการทดสอบได้มาตรฐาน เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานอาจทำให้เกิด AE ได้

2.3.2 ประเด็นด้านเทคนิค มีข้อเสนอให้แก้ไขข้อขัดข้องหลายประการในการใช้งานระบบส่งรายงานทางออนไลน์ของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย.

อภิปรายผล

1. การวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบการ PMS เครื่องมือแพทย์ของประเทศไทยกับต่างประเทศ พบว่า

1.1 ประเทศอื่นมีประสบการณ์ในการรวบรวมรายงาน AE/DM/FSCA ก่อนประเทศไทย สหรัฐฯ โดย U.S.FDA เริ่มรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี 1984 ญี่ปุ่นมี

Good Vigilance Practice (GVP) และ PMDA เริ่มรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี 2004 ออสเตรเลียโดย TGA มีกฎหมายบังคับให้ผู้ประกอบการรายงานตั้งแต่ปี 1989 มีฐานข้อมูล Database of Adverse Event Notifications (DAEN) ตั้งแต่ปี 2012 ยุโรปมี Directives ตั้งแต่ปี 1990 (Active Implantable medical devices) ปี 1993 (Medical Devices) ปี 1998 (IVD medical devices) และมีรายงาน AE/DM ที่เกิดในกลุ่มประเทศสมาชิก EU ในฐานข้อมูล EUDAMED เริ่มปี 2007 ในขณะที่ประเทศไทยเริ่มบังคับผู้ประกอบการให้รายงานตั้งแต่ปลายปี 2016 ภายใต้พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 และพบว่าจุดแข็งที่ทำให้หลายประเทศได้รับรายงานจากบุคลากรทางการแพทย์ คือ **(1) เครือข่ายความร่วมมือกับโรงพยาบาลหรือราชวิทยาลัยทางการแพทย์** เช่น ออสเตรเลียมีโครงการ IRIS (Medical device Incident Reporting & Investigation Scheme) inSite project โดยร่วมมือกับโรงพยาบาล เครือข่ายและการติดตามผลการผ่าตัด orthopaedic devices โดยความร่วมมือทำงานในรูปแบบ Orthopaedic Subcommittee ญี่ปุ่นมีโครงการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรงด้วยเครื่องฝังในร่างกาย ventricular assist devices (VAD) เป็นความร่วมมือระหว่าง industry-PMDA-academia **(2) มาตรการใหม่ Post-marketing/Use-results survey** ของญี่ปุ่นซึ่งเป็นเงื่อนไขการอนุญาตโดยติดตามผลการใช้เครื่องมือแพทย์ในผู้ป่วยโดยส่งรายงานทุกปีเป็นระยะเวลาตามที่กำหนด **(3) มาตรการทางกฎหมายของสหรัฐฯ และ ญี่ปุ่น** คือ สหรัฐฯ บังคับ user facilities (สถานพยาบาล nursing home) ให้รายงาน AE/DM และ U.S.FDA จัดประชุมสร้างความตระหนักและออกตรวจสอบสถานพยาบาลตามสมควร ส่วนญี่ปุ่นบังคับทั้งสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ให้รายงาน AE/DM **(4) มาตรการใหม่ของสหรัฐฯ** คือ ใช้เครือข่ายของ data partner หรือ real world evidence

1.2 ประเทศไทยมีกฎหมายตั้งแต่ปี 2008 กำหนดให้สถานพยาบาลและผู้ประกอบการมีระบบจดทะเบียนผู้ป่วยแต่ยังไม่ได้ออกกฎหมายลูกเพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริง ในขณะที่ญี่ปุ่น สหรัฐฯ ยุโรป มีระบบจดทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เครื่องมือแพทย์ฝังในร่างกาย และยุโรปจะพัฒนาใช้ระบบ implant card ในอนาคต ออสเตรเลียจะบังคับในปลายปี 2018 ดังนั้นไทยควรเร่งดำเนินการเพื่อคุ้มครองผู้ป่วย

2. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก มีประเด็นที่ควรพิจารณาโดยแบ่งกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ได้ดังนี้

นอกจากนี้ยังได้ขอเสนอแนะจากผู้ให้สัมภาษณ์ที่น่าสนใจคือ ข้อ 2.1.6 (4) การเพิ่มเงื่อนไขการรับขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ให้มีการทำ Post-market safety monitoring program ซึ่งใกล้เคียงกับมาตรการ Use-results survey ของญี่ปุ่น และเหมาะกับเครื่องมือแพทย์เทคโนโลยีใหม่หรือที่ต้องการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

3. ผลการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ในส่วนของข้อคิดเห็นว่าควรมีการสร้างเครือข่ายกับแต่ละสาขาวิชาชีพและจัดตั้งหรือผนวกงาน PMS เครื่องมือแพทย์กับคณะกรรมการความปลอดภัยของแต่ละสถานพยาบาลโดยเชื่อมโยงกับระบบ HA นั้นสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในตารางที่ 2 ข้อ 1

4. ผลการการอภิปรายในการประชุมผู้ประกอบการเครื่องมือแพทย์ ได้ขอเสนอที่น่าสนใจในการพิจารณาใช้รหัส AE code สากกลมาใช้ในระบบรายงานของไทยซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของญี่ปุ่น สหรัฐฯ ออสเตรเลีย และยุโรป อันจะเป็นประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล AE กับหน่วยงานควบคุมของต่างประเทศ และขอเสนอให้ผู้ใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ต้องได้รับการอบรมวิธีใช้/วิธีบำรุงรักษาเครื่อง รวมทั้งให้ห้องปฏิบัติการทดสอบได้มาตรฐานเพื่อช่วยลด AE ที่อาจเกิดจากความผิดพลาดของผู้ใช้ได้



ตารางที่ 2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก จำแนกตามกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์

ประเด็น	ผู้เชี่ยวชาญในประเทศ				ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ	
	บุคลากรการแพทย์	ผู้บริหาร	ผู้ผลิต	ผู้นำเข้า	ภาครัฐ/WHO	ภาคเอกชน
1. การใช้มาตรการด้านกฎหมาย เครื่องมือแพทย์ เพื่อให้สถานพยาบาล/บุคลากรทางการแพทย์ส่งรายงาน AE/DM ให้อย. เพิ่มขึ้น						
- ออกกฎหมายบังคับให้ส่งรายงาน	-	-	2 คน	4 คน*	3 คน	-
* 1 ใน 4 คนเห็นว่าอาจบังคับผ่านมาตรฐานสากลของสถานพยาบาล (JCI) เป็นอีกทางเลือกได้						
- กำหนดเป็นเงื่อนไขบังคับกับเครื่องมือแพทย์ที่กระทรวงฯ ประกาศให้ต้องมีการประเมินเทคโนโลยี และจัดให้มีทะเบียนผู้ป่วย	-	1 คน	-	-	-	-
- ไม่ออกกฎหมายบังคับให้ส่งรายงาน	8 คน**	-	1 คน	1 คน	1 คน	2 คน
** 2 ใน 8 คนนี้เห็นว่าควรบังคับเฉพาะสถานพยาบาลผ่านนโยบาย Hospital for Patient and Personnel (2P Safety) และ Hospital Accreditation (HA) ซึ่งบริหารจัดการโดยคณะกรรมการความปลอดภัยของแต่ละรพ.						
2. ข้อกำหนดให้ผู้ประกอบการรายงาน AE/DM/FSCA ควรบังคับเฉพาะเหตุการณ์ที่เกิดในประเทศไทย หรือรวมเหตุการณ์ที่เกิดในต่างประเทศด้วย						
- รายงาน AE/DM/FSCA ที่เกิดในต่างประเทศ ถ้ามีเครื่องมือแพทย์ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย ⁽¹⁾	8 คน	1 คน	2 คน	-	3 คน	-
- รายงานเฉพาะ FSCA ที่เกิดในต่างประเทศ ถ้ามีเครื่องมือแพทย์ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย ⁽²⁾	-	-	1 คน	3 คน	-	1 คน*
* มาตรการ GDP น่าจะดีกว่า AE/DM ต่างประเทศ						
- ไม่รายงาน AE/DM/FSCA ที่เกิดในต่างประเทศ แม้มือเครื่องมือแพทย์ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย (รายงานเฉพาะที่เกิดในประเทศไทย)	-	-	-	2 คน	-	-
- รายงาน AE/DM/FSCA เฉพาะที่เกิดในประเทศ แต่อย. มีอำนาจร้องขอข้อมูลต่างประเทศ เมื่อพิจารณาเห็นสมควร	-	-	-	-	-	2 คน

(1) เป็นข้อกำหนดของไทยในปัจจุบันและสอดคล้องกับข้อกำหนดของญี่ปุ่นและสหรัฐฯ

(2) สอดคล้องกับข้อกำหนดของออสเตรเลียและยุโรป

สรุปผล

1. แนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์หลังออกสู่ตลาดในประเทศไทยที่สำคัญ คือ (1) สร้างเครือข่ายกับสภาวิชาชีพในแต่ละสาขาและกับสถานพยาบาลต่างๆ โดยกำหนด focal point ของแต่ละหน่วยงานเพื่อประสานข้อมูลกับอย.รวมทั้งประชาสัมพันธ์และสร้างความตระหนักให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (2) อาจนำมาตรการ PMS เครื่องมือแพทย์เป็นข้อกำหนดให้สถานพยาบาลต้องดำเนินการโดยถือเป็นงานตามนโยบาย Hospital for Patient and Personnel (2P Safety) และเป็นมาตรฐานหนึ่งของ Hospital Accreditation (HA) ซึ่งบริหารจัดการโดยคณะกรรมการความปลอดภัยของแต่ละโรงพยาบาล โดยควรทำการศึกษาข้อมูลและสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากมาตรการนี้เพิ่มเติมก่อน (3) พัฒนาประสิทธิภาพของระบบ IT รวมทั้ง mobile application ให้สะดวกในการรายงาน (4) พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อสะดวกต่อการสอบย้อนกลับ การประเมินความเสี่ยงรวมทั้งระบบแจ้งเตือนผู้ใช้ โดยอาจพิจารณาการใช้รหัสเครื่องมือแพทย์สากล รหัสเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สากลเพื่อเชื่อมโยงกับข้อมูลต่างประเทศได้ง่าย (5) อาจแก้ไขกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคหรือเพิ่มมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคโดยพิจารณา best practices ของต่างประเทศเป็นแนวทาง เช่น แก้ไขหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งรายงาน AE/DM ของผู้ประกอบการโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญ มาตรการรับขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์แบบมีเงื่อนไขให้ผู้ประกอบการทำ safety monitoring program สำหรับเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือเป็นเทคโนโลยีใหม่ โดยอาจดำเนินการในรูปแบบ use-result survey, clinical investigation

2. รายการเครื่องมือแพทย์ที่ควรจะได้รับติดตามความปลอดภัยเป็นพิเศษ ควรพิจารณาเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ฝังในร่างกายเป็นลำดับแรก โดยเร่งดำเนินการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดรายการ

เครื่องมือแพทย์ที่ผู้ประกอบการและสถานพยาบาลต้องจัดให้มีทะเบียนผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์พ.ศ. 2551 และอาจทำเป็นโครงการศึกษาร่วมระหว่างอย.และสภาวิชาชีพ/ราชวิทยาลัย/โรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งอาจใช้เป็น Real World Evidence ต่อไปได้ เครื่องมือแพทย์อื่นที่ควรมีการติดตามความปลอดภัยเป็นพิเศษมีหลายรายการดังข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และภาคส่วนอื่น เช่น เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในห้อง ICU ห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด เครื่อง monitor เครื่องมือแพทย์ทั้ง non-IVD และ IVD (in vitro diagnostic) ที่จัดอยู่ใน Class ที่มีความเสี่ยงสูง (Class 3 Class 4) รวมทั้ง home use medical devices

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์หลังออกสู่ตลาดมีหลายวิธีและอาจใช้หลายวิธีร่วมกัน ในการนำไปใช้ประโยชน์ควรพิจารณาตามความเหมาะสมเรียงลำดับความสำคัญ โดยเริ่มจากหน่วยงานภายในก่อนทั้งการพัฒนาระบบและดำเนินการเชิงรุก

2. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงความเหมาะสมของการใช้มาตรฐาน HA ที่ให้โรงพยาบาลเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์ ทั้งแนวปฏิบัติสากลความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น โรงพยาบาลบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานที่กำหนดและให้การรับรองมาตรฐาน และความพร้อมของโรงพยาบาลที่มีขนาดและศักยภาพที่ต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุกท่านทั้งในประเทศและต่างประเทศที่กรุณาใช้เวลาให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยและทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี



เอกสารอ้างอิง

- Access-2-Healthcare. (2015). Adverse Events Monitoring Report For Year 2015 – CHINA FDA. Retrieved November 10, 2017, from <https://www.access2hc.com/blogs/post/ADVERSE-EVENTS-MONITORING-REPORT-2015-CHINA-FDA>
- ASEAN Medical Device Directive. (2015). Jakarta: The ASEAN Secretariat. Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (PMDA). (2017). PMDA-ATC Medical Devices Seminar, 6-10 November 2017 PMDA Tokyo.
- European Commission DG Health and Consumers (SANCO). (2013). Guidelines on A Medical Devices Vigilance System. MEDDEV 2.12-1 rev 8. (January). Retrieved November 10, 2017 from file:///C:/Users/User/Downloads/2_%2012-1_rev8_en%20(4).pdf
- Homa Alemzadeh, Jaishankar Raman, Nancy Leveson, Zbigniew Kalbarczyk, and Ravishankar K. Lyer. (2016). Adverse Events in Robotic Surgery: A Retrospective Study of 14 Years of FDA Data. PLoS One. 11(4): e0151470. Retrieved November 16, 2017, from <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0151470>
- The Medical Device Act B.E. 2551, (2008, 5 March). Royal Gazette. Vol.125 Part 43 kor.
- The Public Health Ministerial Notification on Rules, Procedures and Conditions of Reporting of Device Malfunction, Adverse Effects and Corrective Action of Medical Devices, (2016, 4 May). Royal Gazette. Vol.133 Special Part 102ng, 1-3.
- Therapeutic Goods Administration. (2011). Australian regulatory guidelines for medical devices (ARGMD) Part 3– Post-market Version 1.1. (May). Retrieved November, 17 2017 from <https://www.tga.gov.au/sites/default/files/devices-argmd-p3.docx>
- United States Food and Drug Administration. Code of Federal Regulations Title 21 Part 803. Retrieved November 17, 2017 from <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/CFRSearch.cfm?CFRPart=803&showFR=1>



แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา..... ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก

นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



แบบตอบรับ วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปี 2560

ชื่อหน่วยงาน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่ม/ฝ่าย.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์สำนักงาน.....

ได้รับวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฉบับที่.....ปีที่..... ประจำปี 2560
รวมทั้งสิ้น จำนวน.....เล่ม เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2560 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2560



หมายเหตุ กรุณา Scan QR Code แบบตอบรับภายใน 3 วัน หลังจากได้รับเอกสาร
เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและอื่นๆ ใน วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กลุ่มพัฒนาวิชาการ กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ





TEXT & JOURNAL PUBLICATION CO., LTD.

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

เชี่ยวชาญเฉพาะ

งานพิมพ์หนังสือ-ตำรา

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล
เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 0 2617 8611 - 2 มือถือ 081 421 0753

แฟกซ์ 0 2617 8616 อีเมลล์ tj8575@gmail.com