



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

# วารสารวิชาการ

## กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560  
ISSN : 1905-0755



Department of Health Service Support Journal  
Vol.13 No.2 July - December 2017 ISSN : 1905-0755

# คำนำ

บทความวิชาการที่เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฉบับนี้เนื้อหาวิชาการมีความหลากหลาย ตั้งแต่ผลงานวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาหรือสร้างต้นแบบในพื้นที่ในการจัดการสุขภาพของชุมชน การจัดการระบบสนับสนุนบริการสุขภาพทั้งด้านเครื่องมือทางการแพทย์ การบริหารความปลอดภัย การบริหารงานพัสดุ การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และการนำเทคโนโลยีการแพทย์มาใช้ในการรักษาผู้ป่วย นับเป็นอีกก้าวหนึ่งของ การพัฒนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงวิชาการที่กว้างขวางมากขึ้น เพิ่มมุมมองในองค์ประกอบและมิติต่างๆ ของระบบการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อความความรู้ความเข้าใจในแต่ละองค์ประกอบก่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการ เพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีแก่ประชาชนต่อไป

บรรณาธิการ

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่ กลุ่มแผนงาน ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 – 193 – 7092 e – mail [exper.hss@gmail.com](mailto:exper.hss@gmail.com)

# สารบัญ

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการช่อมครุภัณฑ์การแพทย์ โรงพยาบาลตรัง นายสุธี คำคง	3
การศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารงานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ชยพล คุปติชฎานนท์	13
ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับอัคคีภัย ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ว่าที่ ร.ต.ณัฐวุฒิ จำอยู่	22
การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต กรณีศึกษา โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย สรिया ทวีกุล	30
พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ สุพัตรา อยู่สุข พรจันทร์ สุวรรณมนตรี พิจรียา เจริญรัตน์ น้ำผึ้ง นิลสนธิ	39
ผลสัมฤทธิ์ของการปลูกเซลล์ต้นกำเนิด จากหน่วยปลูกถ่ายไขกระดูกที่มีงบประมาณจำกัด ยุจินดา เล็กตระกูล	50
การขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาวะตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง บ้านอู่แก้ว หมู่ที่ 9 ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปิยรัตน์ กาญจนะ	58
การมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ สุธาทิพย์ จันทร์รักษ์	67
ข้อเสนอแนะในการเตรียมต้นฉบับ เพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	75

# การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ โรงพยาบาลตรัง

## THE COMPARISON EFFICIENCY OF REPAIR MEDICAL APPLIANCE TRANG HOSPITAL

นายสุธี คำคง  
โรงพยาบาลตรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

### บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์โรงพยาบาลตรัง เป็นการวิจัย กึ่งทดลองศึกษาข้อมูลย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ตามระบบการซ่อมบำรุงรักษาครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 และเปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมด้านความทันเวลาและความคุ้มค่าก่อนและหลัง นำระบบมาปฏิบัติ ประชากรที่ศึกษาเป็นครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์ ประเภท 6515 ที่ชำรุดที่แผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ได้ซ่อมจนสามารถใช้งานได้เต็มความสามารถและตรงกับวัตถุประสงค์ที่จัดหามากที่สุด เก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิจากใบขออนุมัติซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระจากกัน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยการจับคู่ตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มละ 117 ตัวอย่าง เป็นเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องให้ออกซิเจน เครื่องตรวจติดตามการทำงานและรักษาหัวใจ และเครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS FOR WINDOWS สถิติที่ใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง มีคุณลักษณะเป็นครุภัณฑ์การแพทย์รายการเดียวกัน มีสาเหตุการชำรุด มีอายุการใช้งานและมีราคาทุนในการจัดหาไม่แตกต่างกัน มีสัดส่วนวิธีการซ่อมที่แตกต่างกันโดยซ่อมวิธีใช้วัสดุ/อะไหล่ ร้อยละ 18.80, 53.00 ตามลำดับ ผลการซ่อมตามระบบทดลอง มีความทันเวลาการซ่อมเฉลี่ย 6.01 วัน มีผลตอบแทนที่ได้รับเฉลี่ย 50,626.56 บาท เปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมด้านความทันเวลา กลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพด้านความทันเวลาสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมด้านความคุ้มค่า ทั้งสองกลุ่มมีประสิทธิภาพการซ่อมด้านความคุ้มค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) การนำระบบการซ่อมบำรุงรักษาครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 มาปฏิบัติสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการซ่อมด้านความทันเวลาได้ แต่ยังไม่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการซ่อมด้านความคุ้มค่าได้ เนื่องจากการซ่อมวิธีใช้วัสดุ/อะไหล่ มีต้นทุนรวมสูงขึ้นจากต้นทุนค่าวัสดุ/อะไหล่และต้นทุนค่าแรงที่สูงขึ้น ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการบริหารพัสดุและซ่อมบำรุงให้มีประสิทธิภาพการซ่อมด้านความคุ้มค่าต่อไป และควรทำการวิจัยโดยใช้ต้นทุนค่าแรงของผู้ปฏิบัติงานรายบุคคลแทนการใช้ค่าเฉลี่ยรายจ่ายค่าแรง เพื่อให้มีผลประเมินประสิทธิภาพด้านความคุ้มค่ามีความถูกต้องยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** ประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์ทางการแพทย์, การซ่อม, การบริหารพัสดุและบำรุงรักษา

## ABSTRACT

This's research of the comparison efficiency of repair medical appliance Trang hospital was the experimental research to study retrospective data. The objective was study result of repair medical appliance on the repair medical appliance 2017 system. We had comparison efficiency before and after two repairing sides were repaired timely and value then bring the system that's practice in department routine taken the population study were science appliance and repair medical appliance type no.6515 on medical appliance dilapidated until electronic engineers were repaired the most completely serve with objective then we collected data from secondary data from request approved order by 2 sample group Independent of each other and specific section by matching on specification each sample group 117 sample were blood pressure meter, oxygen machine, vascular solution, work monitor and heart monitor and breathing apparatus then we analyzed using statistical software for window by SPSS were percentage, average and standard deviation statistics, t-Independent-test.

The study result of sample group between the comparison group and experimental group had the feature the same as medical divide the dilapidated factor was not different between the long lifetime and procurement cost and the ratio repairing was different by repairing used 18.80 % of material plus and 53.00% of spare the result of repairing on experimental system were repaired timely average 6.01 days have got a compensation average 50,626.56 baht the comparison efficiency repairing timely experimental group because it had a higher of efficiency repairing timely comparison group was difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ). The comparison efficiency of repairing value. The two group of efficiency of repairing value it was not difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ). the implementation of the repair medical appliance 2017 system have done practice routine that's can addition efficiency repairing more timely but it haven't addition of the efficiency repairing value yet because the repairing used material plus and spare have the total between capital and labor cost were higher cost then we should bring the study result to integrate in package management and maintenance to efficacy repairing value and we have communicated to next research by should use principal of labor cost each personal take over support the average payroll for evaluation efficiency be break even more.

**Keyword:** efficiency of repair medical appliance, repairing, package management, maintenance

## บทนำ

### หลักการและเหตุผล

ตามพระราชกฤษฎีกาหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546<sup>1</sup> กำหนดแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐราชการ เน้นการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ และในการบริหารงานพัสดุตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม<sup>2</sup> ข้อ 152 เมื่อเจ้าหน้าที่พัสดุได้รับมอบแล้ว ให้เก็บรักษาพัสดุให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ปลอดภัย และให้ครบถ้วนถูกต้องตรงตามบัญชีหรือทะเบียน ข้อ 161 ในกรณีพัสดุของทางราชการเกิดการชำรุด เสื่อมคุณภาพ หรือสูญไป หรือไม่จำเป็นต้องใช้ในราชการต่อไปก่อนมีการตรวจสอบพัสดุประจำปี และได้ดำเนินการตามกฎหมายหรือระเบียบของทางราชการที่เกี่ยวข้องเสร็จสิ้นแล้ว ให้หัวหน้าส่วนราชการพิจารณาสั่งการให้ดำเนินการจำหน่ายได้ ซึ่งในการปฏิบัติงานซ่อมบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาล นอกจากจะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และระเบียบตามกล่าวแล้ว ยังต้องดำเนินการตามมาตรฐานสากล The Joint Commission International (JCI) มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และมาตรฐานวิศวกรรมการแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ให้บริการบริหารความเสี่ยงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและการใช้ที่เหมาะสม มีระบบการซ่อมบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ครอบคลุมไปถึงการซ่อมแซม (Repair) ที่ดีมีประสิทธิภาพโดยช่างมีความรู้ และประสบการณ์เพียงพอ มีการจัดลำดับความสำคัญและจัดความคั่งค้างในการซ่อม มีการประเมินระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้มีเครื่องมือมีสภาพที่พร้อมจะใช้งาน เพียงพอตลอดเวลา<sup>3</sup>

โรงพยาบาลตรัง เป็นหน่วยงานราชการมีบทบาทให้บริการรักษาพยาบาล แก่ผู้รับบริการทั้งในจังหวัดตรัง และจังหวัดใกล้เคียง ต้องมีการบริหารพัสดุเพื่อให้มีครุภัณฑ์การแพทย์ที่เพียงพอพร้อมใช้รองรับการจัดบริการ ในปีงบประมาณ 2559 มีครุภัณฑ์การแพทย์ที่อยู่ในความครอบครอง 3,650 รายการ ได้ขออนุมัติซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ให้มีสภาพที่พร้อมใช้งาน 1,754 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 83.09 ของรายการขออนุมัติซ่อมครุภัณฑ์ทุกประเภท มีรายจ่ายค่าซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์มูลค่าสูงลำดับที่ 1 ของรายการค่าซ่อมแซมในทุกหมวดรวมกันและมีค่าใช้จ่ายค่าซ่อมที่สูงขึ้นในปีงบประมาณ 2558 , 2559 เป็นเงิน 3,493,596.95, 5,039,218.50 บาท ร้อยละ 40.51, 54.11 ของรายการค่าซ่อมแซมในทุกหมวดรวมกันตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2560 ได้ตั้งงบประมาณค่าใช้จ่ายการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ 4,500,000 บาท ร้อยละ 41.17 มีมูลค่าสูงลำดับที่ 1 ของรายการค่าซ่อมทุกรายการในหมวดเดียวกัน<sup>4</sup> ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายสำคัญมีมูลค่าสูงควรต้องควบคุมการใช้จ่ายให้มี

ความคุ้มค่า เมื่อได้ศึกษาการวางระบบปฏิบัติงานตามระบบการซ่อมบำรุงรักษาที่มีและใช้อยู่เดิมพบว่า ในการขออนุมัติซ่อมของผู้เกี่ยวข้องมีได้เสนอข้อมูลสำคัญของครุภัณฑ์ที่ชำรุดให้ครบถ้วนถูกต้อง สำหรับการตัดสินใจในการปฏิบัติงานซ่อมให้เป็นไปถูกต้องตามระเบียบพัสดุและมีความทันเวลา มีความคุ้มค่า พบว่ามีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่มีความซ้ำซ้อนที่ส่งผลให้การปฏิบัติงานซ่อมมีความล่าช้า อีกทั้งยังไม่เคยมีการศึกษาระยะเวลาการปฏิบัติงานซ่อมเพื่อให้ทราบความทันเวลา ความคุ้มค่าสำหรับประกันเวลาการซ่อมและใช้อ้างอิงการในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจากปัญหาตามกล่าว ผู้ศึกษาและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องจึงได้ร่วมกันปรับปรุงระบบการซ่อมบำรุงรักษาขึ้นใหม่ ให้มีข้อมูลสำคัญของครุภัณฑ์ที่ชำรุดที่ครบถ้วนถูกต้องเพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติงานซ่อม ได้ปรับลดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อนลงให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตามระเบียบพัสดุและมาตรฐานวิศวกรรมการแพทย์ในโรงพยาบาล และได้รับอนุมัติให้นำระบบการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 มาปฏิบัติงาน ตั้งแต่วันที่ 21 พฤศจิกายน 2559 เป็นต้นมา เมื่อได้ปฏิบัติงานมาแล้วระยะหนึ่งผู้ศึกษา จึงมีความสนใจศึกษาเพื่อให้ทราบว่าภายหลังจากนำระบบการซ่อมบำรุงใหม่มาปฏิบัติงาน จะมีผลการดำเนินงานอย่างไร มีประสิทธิภาพการซ่อมด้านความทันเวลา และความคุ้มค่าแตกต่างกันกับการปฏิบัติงานในระบบการซ่อมบำรุงเดิมหรือไม่เพียงใด จึงได้ศึกษาวิจัยเรื่องนี้ขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ ตามระบบการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560
2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพด้านความทันเวลา และด้านความคุ้มค่าในการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์

### วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองศึกษาข้อมูลย้อนหลัง นำข้อมูลหตุยภูมิมาวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ก่อนและหลังนำระบบการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 มาใช้

### ขอบเขตการศึกษา

การซ่อมที่ศึกษา เป็นการปฏิบัติงานโดยบุคลากรของแผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลตรัง 6 ราย ในการวิเคราะห์สาเหตุการชำรุด ชัดช่องของครุภัณฑ์การแพทย์ วางแผนการซ่อมประมาณค่าใช้จ่ายในการซ่อม เบิกวัสดุ/อะไหล่ ปฏิบัติการซ่อมทดลองใช้งาน บันทึกและรายงานผลการปฏิบัติงานซ่อม จนสามารถใช้ครุภัณฑ์ได้เต็มความสามารถและตรงกับวัตถุประสงค์ที่จัดทำมากที่สุดและส่งคืนครุภัณฑ์การแพทย์ให้แก่หน่วยงานผู้นำไปใช้บริการได้ตามปกติ

ระยะเวลาที่ศึกษา การซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ก่อนนำระบบการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 มาปฏิบัติ ศึกษาการซ่อมในระหว่างเดือน มิถุนายน – กันยายน 2559 การซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ภายหลังนำระบบการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 มาปฏิบัติศึกษาการซ่อมในระหว่างเดือน ธันวาคม 2559–มีนาคม 2560

ประชากรที่ศึกษา เป็นครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์ประเภท 6515 เครื่องมือและวัสดุทาง เวชกรรมและศัลยกรรมตามรายชื่อครุภัณฑ์การแพทย์<sup>4</sup> ที่ชำรุด ชัดข้องทุกรายการ แผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ได้ลงทะเบียนรับใบขออนุมัติซ่อมไว้ และดำเนินการซ่อมจนสามารถใช้ครุภัณฑ์ได้เต็มความสามารถ และตรงกับวัตถุประสงค์ที่จัดหามากที่สุด กลุ่มเปรียบเทียบ 207 เครื่อง กลุ่มทดลอง 159 เครื่อง

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กำหนดตามวัตถุประสงค์ การวิจัยของสุวิมล ว่องวาณิช และนงลักษณ์ วิรัชชัย<sup>5</sup> อย่างน้อยกลุ่มละ 20 ตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรที่ศึกษา 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันตามจำนวน ที่ต้องการ คัดเลือกวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยการจับคู่ (Matching) เพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติต่างๆ ของตัวแปรมีความเท่าเทียมกัน ดังนี้ (1) ชื่อรายการครุภัณฑ์การแพทย์เดียวกัน (2) สาเหตุการชำรุดเดียวกัน (3) อายุการใช้งานต่างกันไม่เกิน 2 ปี (4) ราคาทุนที่จัดหาต่างกันไม่เกินร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างและจำนวนตัวอย่าง 4 รายการ ประกอบด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องให้ออกซิเจน เครื่องตรวจติดตามการทำงานและรักษาหัวใจ และเครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นระบบการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 และเครื่องมือในการเก็บข้อมูลในการวิจัยเป็นใบขออนุมัติซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ โรงพยาบาลตรัง

วิธีการเก็บข้อมูลการวิจัย เก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิจากใบขออนุมัติซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ โรงพยาบาลตรัง บันทึกข้อมูลตามตัวแปรที่ศึกษาลงในคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

สถิติที่ใช้ ใช้สถิติร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์คุณลักษณะของครุภัณฑ์การแพทย์ สาเหตุการชำรุด ชัดข้อง วิธีการซ่อม ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์คุณลักษณะของครุภัณฑ์การแพทย์ ผลการซ่อม ใช้สถิติ t-Independent test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างประสิทธิภาพการซ่อม

ด้านความทันเวลาและความคุ้มค่า โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS FOR WINDOWS

#### คำศัพท์เฉพาะ

ครุภัณฑ์การแพทย์ หมายถึง เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องให้ออกซิเจน เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือด เครื่องตรวจติดตามการทำงานและรักษาหัวใจ

ความทันเวลา หมายถึง ผลรวมระยะเวลาเป็นจำนวนวันที่ใช้ในปฏิบัติงานจริง ในการปฏิบัติงานซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ที่ชำรุด ชัดข้อง นับตั้งแต่วันที่แผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ได้ลงทะเบียนรับใบขออนุมัติซ่อมจากหน่วยงานผู้ใช้ ถึงวันที่แผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ได้ส่งคืนครุภัณฑ์การแพทย์ที่ได้ดำเนินการซ่อมจนสามารถใช้ได้เต็มความสามารถและตรงกับวัตถุประสงค์ที่จัดหามากที่สุด คำนวณให้แก่งานนำไปใช้บริการได้ตามปกติ มีหน่วยเป็นวัน

ความคุ้มค่า หมายถึง ผลการคำนวณจากผลตอบแทนที่ได้รับหักต้นทุนรวมทางตรงในการซ่อมครุภัณฑ์ที่ชำรุด ชัดข้อง มีหน่วยเป็นบาท

ต้นทุนค่าแรง (Labor cost : LC) หมายถึง ผลคูณของค่าเฉลี่ยรายจ่ายที่จ่ายให้กับเจ้าหน้าที่แผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์เป็นเงินเดือนหรือค่าจ้างรายวันอัตรา 620 บาท/คน/วัน กับเวลาที่บุคลากรแผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ใช้ในการปฏิบัติงานซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ที่ชำรุด ชัดข้องนับตั้งแต่วันที่แผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ได้ลงทะเบียนรับใบขออนุมัติซ่อมจากหน่วยงานผู้ใช้ ถึงวันที่แผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ได้ส่งคืนครุภัณฑ์การแพทย์ที่ได้ดำเนินการซ่อมจนสามารถใช้ได้เต็มความสามารถและตรงกับวัตถุประสงค์ที่จัดหามากที่สุดให้แก่งานนำไปใช้บริการได้ตามปกติ มีหน่วยเป็นบาท

ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost : MC) หมายถึง ผลรวมค่าวัสดุ/อะไหล่ทุกประเภท ที่แผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ใช้ในการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ที่ชำรุด ชัดข้องจนสามารถใช้ได้เต็มความสามารถและตรงกับวัตถุประสงค์ที่จัดหามากที่สุด มีหน่วยเป็นบาท

ต้นทุนรวมทางตรง (Total direct cost :TDC) หมายถึง ผลรวมของต้นทุนค่าแรงกับต้นทุนค่าวัสดุในการซ่อมครุภัณฑ์แต่ละรายการจนสามารถใช้ได้เต็มความสามารถและตรงกับวัตถุประสงค์ที่จัดหามากที่สุด มีหน่วยเป็นบาท

ผลตอบแทนที่ได้รับ หมายถึง ค่าประเมินโดยการอ้างอิงหลักการตามมาตรา 22 ของ พรก.หลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ที่ได้รับจากการซ่อมครุภัณฑ์ที่ชำรุด ชัดข้อง จนสามารถใช้ได้เต็มความสามารถและตรงกับวัตถุประสงค์ที่จัดหามากที่สุดต่อไปได้ในปีงบประมาณภายหลังได้คืนให้แก่งานนำไปใช้บริการได้ตามปกติในการดำเนินงานในภารกิจภาครัฐที่เป็นบริการที่มีใช้กระทำเพื่อแสวงหากำไรประโยชน์ที่

เกิดขึ้นเพื่อประโยชน์ของประชาชน ผลตอบแทนที่ได้รับ จึงประเมินให้มีมูลค่าคิดเป็นตัวเงินเท่ากับค่าเสื่อมสินทรัพย์ของ ทรัพย์สินที่ชำรุด ชัดช่องนั้น มีหน่วยเป็นบาท

## ผลการวิจัย (Results)

จากการวิจัยพบว่า คุณลักษณะของครุภัณฑ์การแพทย์ ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง เป็นรายการครุภัณฑ์ วิทยาศาสตร์และการแพทย์ ประเภท 6515 เครื่องมือและวัสดุ ทางเวชกรรมและศัลยกรรม มีจำนวนเท่ากันกลุ่มละ 117 เครื่อง ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิต ร้อยละ 29.90 เครื่องให้ออกซิเจน ร้อยละ 26.50 เครื่องตรวจติดตามการทำงานและรักษาหัวใจ ร้อยละ 23.90 และเครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือด ร้อยละ 19.70 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ในแต่ละรายการมีสาเหตุการชำรุดสาเหตุเดียวกัน จำนวนและร้อยละเท่ากัน มีอายุการใช้งานและมีราคาทุน ในการจัดหา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แผนงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ได้ดำเนินการซ่อมด้วย วิธีการที่มีความแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มเปรียบเทียบดำเนินการ ซ่อมวิธีไม่ใช้วัสดุ/อะไหล่ ร้อยละ 81.20 ซ่อมวิธีใช้วัสดุ/อะไหล่ ร้อยละ 18.80 กลุ่มทดลองดำเนินการซ่อมวิธีไม่ใช้วัสดุ/อะไหล่ ร้อยละ 47.00 ซ่อมวิธีใช้วัสดุ/อะไหล่ ร้อยละ 53.00 รายละเอียด ตามตารางที่ 2

คุณลักษณะของเครื่องวัดความดันโลหิต ของกลุ่ม เปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง มีอายุการใช้งานเฉลี่ย 7.69, 9.91 ปี ตามลำดับ และมีราคาทุนในการจัดหา 110,131.97, 74,100.00 บาท ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มมีอายุการใช้งาน และ ราคาทุนในการจัดหาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 3

คุณลักษณะของเครื่องให้ออกซิเจนของกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง มีอายุการใช้งานเฉลี่ย 6.61, 8.35 ปี ตามลำดับ และมีราคาทุนในการจัดหา 722,584.23, 624,924.00 บาท ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มมีอายุการใช้งาน และ ราคาทุนในการจัดหาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 4

คุณลักษณะของเครื่องตรวจติดตามการทำงานและ รักษาหัวใจ ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง มีอายุการใช้งาน เฉลี่ย 7.58, 7.07 ปี ตามลำดับ และมีราคาทุนในการจัดหา 558,552.16, 385,754.00 บาท ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีอายุการใช้งาน และราคาทุนในการจัดหาไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 5

คุณลักษณะของเครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือด ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง มีอายุการใช้งาน เฉลี่ย 8.78, 11.35 ปี ตามลำดับ และมีราคาทุนในการจัดหา 53,695.52, 61,040.78 บาท ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีอายุการใช้งาน และราคาทุนในการจัดหาไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 6

### 2. ผลการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์

วิธีการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ กลุ่มเปรียบเทียบและ กลุ่มทดลอง มีจำนวนครุภัณฑ์การแพทย์ที่ซ่อมจำนวนเท่ากันคือ 117 เครื่อง กลุ่มเปรียบเทียบได้ดำเนินการซ่อมวิธีไม่ใช้วัสดุ/อะไหล่ ร้อยละ 81.20 ดำเนินการซ่อมโดยใช้วัสดุ/อะไหล่ ร้อยละ 18.80 กลุ่มทดลองได้ดำเนินการซ่อมวิธีไม่ใช้วัสดุ/อะไหล่ ร้อยละ 47.00 ดำเนินการซ่อมโดยใช้วัสดุ/อะไหล่ ร้อยละ 53.00 ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง มีวิธีการซ่อมที่มีความแตกต่างกัน รายละเอียด ตามตารางที่ 7

**ตารางที่ 1** ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามชื่อรายการครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์ ประเภท 6515 เครื่องมือและวัสดุทางเวชกรรมและศัลยกรรม

ชื่อรายการครุภัณฑ์การแพทย์	ประชากร (เครื่อง)			กลุ่มตัวอย่าง (เครื่อง)		
	กลุ่ม เปรียบเทียบ	กลุ่ม ทดลอง	รวม	กลุ่ม เปรียบเทียบ	กลุ่ม ทดลอง	รวม
1.เครื่องวัดความดันโลหิต	47	37	84	35	35	70
2.เครื่องให้ออกซิเจน	45	39	84	31	31	62
3.เครื่องตรวจติดตามการทำงานและรักษาหัวใจ	40	32	72	28	28	56
4.เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือด	30	29	59	23	23	46
5.เครื่องช่วยหายใจ	9	9	18			
6.ครุภัณฑ์รายการอื่นๆ	36	13	49			
<b>รวม</b>	<b>207</b>	<b>159</b>	<b>366</b>	<b>117</b>	<b>117</b>	<b>234</b>



**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของครุภัณฑ์การแพทย์ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง จำแนกตามชื่อรายการครุภัณฑ์การแพทย์ และสาเหตุการชำรุด ชัดข้อง

ชื่อรายการครุภัณฑ์การแพทย์/ สาเหตุชำรุด ชัดข้อง	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		กลุ่มทดลอง	
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>เครื่องวัดความดันโลหิต</u>						
เสื่อมสภาพตามอายุการใช้งาน	35	100	35	100	70	100
รวม	35	100	35	100	70	100
<u>เครื่องให้ออกซิเจน</u>						
เสื่อมสภาพตามอายุการใช้งาน	24	77.40	24	77.40	48	77.40
การใช้งานผิดพลาด	3	9.70	3	9.70	6	9.70
การซ่อมบำรุงรักษาไม่มีคุณภาพ	3	9.70	3	9.70	6	9.70
เครื่องมือเครื่องใช้ด้อยคุณภาพ	1	3.20	1	3.20	2	3.20
รวม	31	100	31	100	62	100
<u>เครื่องตรวจติดตามการทำงานและรักษาหัวใจ</u>						
เสื่อมสภาพตามอายุการใช้งาน	25	89.30	25	89.30	50	89.30
การใช้งานผิดพลาด	2	7.10	2	7.10	4	7.10
เครื่องมือเครื่องใช้ด้อยคุณภาพ	1	3.60	1	3.60	2	3.60
รวม	28	100	28	100	56	100
<u>เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือด</u>						
เสื่อมสภาพตามอายุการใช้งาน	23	100	23	100	46	100
รวม	23	100	23	100	46	100

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคุณลักษณะของครุภัณฑ์การแพทย์ด้านอายุการใช้งาน และราคาทุนในการจัดหาของเครื่องวัดความดันโลหิต ของกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะ	กลุ่มเปรียบเทียบ(N=35)		กลุ่มทดลอง(N=35)		t-value	df	p-value
	mean	S.D	mean	S.D			
อายุการใช้งาน	7.69	5.61	9.91	7.31	-1.43	68	.16
ราคาทุนในการจัดหา	110,131.97	159,381.38	74,100.00	60,885.41	1.25	68	.22

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคุณลักษณะของครุภัณฑ์การแพทย์ด้านอายุการใช้งาน และราคาทุนในการจัดหาของเครื่องให้ออกซิเจน ของกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะ	กลุ่มเปรียบเทียบ(N=31)		กลุ่มทดลอง(N=31)		t-value	df	p-value
	mean	S.D	mean	S.D			
อายุการใช้งาน	6.61	6.44	8.35	6.13	-1.10	60	.28
ราคาทุนในการจัดหา	722,584.23	292,279.12	624,924.00	321,428.33	1.25	60	.22

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคุณลักษณะของครุภัณฑ์การแพทย์ด้านอายุการใช้งาน และราคาทุนในการจัดหาของเครื่องตรวจติดตามการทำงานและรักษาหัวใจของกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะ	กลุ่มเปรียบเทียบ(N=28)		กลุ่มทดลอง(N=28)		t-value	df	p-value
	mean	S.D	mean	S.D			
อายุการใช้งาน	7.58	4.05	7.07	4.99	.41	54	.68
ราคาทุนในการจัดหา	558,552.16	696,593.44	385,754.00	431,018.83	1.12	45.03	.27

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคุณลักษณะของครุภัณฑ์การแพทย์ด้านอายุการใช้งาน และราคาทุนในการจัดหาของเครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดของกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะ	กลุ่มเปรียบเทียบ(N=23)		กลุ่มทดลอง(N=23)		t-value	df	p-value
	mean	S.D	mean	S.D			
อายุการใช้งาน	8.78	4.38	11.35	4.70	-1.91	44	.06
ราคาทุนในการจัดหา	53,695.52	4,185.43	61,040.78	33,882.68	-1.03	44	.31

ผลการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ตามระบบการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 มีความทันเวลาการซ่อมโดยภาพรวม 2 วิธีของแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์เฉลี่ย 6.01 วัน ความทันเวลาการซ่อมวิธีไม่ใช้วัสดุ/อะไหล่ เฉลี่ย 5.80 วัน ความทันเวลาการซ่อมวิธีไม่ใช้วัสดุ/อะไหล่ เฉลี่ย 6.19 วัน มีผลตอบแทนที่ได้รับจากการซ่อมโดยภาพรวม 2 วิธีของแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์เฉลี่ย 50,626.56 บาท ผลตอบแทนที่ได้รับการซ่อมวิธีไม่ใช้วัสดุ/อะไหล่ เฉลี่ย 48,843.04 บาท ผลตอบแทนที่ได้รับการซ่อมวิธีใช้วัสดุ/อะไหล่ เฉลี่ย 52,208.71 บาท รายละเอียดตามตารางที่ 8

3. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมด้านความทันเวลา กลุ่มทดลอง มีผลรวมระยะเวลาที่ใช้ในปฏิบัติงานจริงในการปฏิบัติงานซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ที่ชำรุด ชัดข้อง เฉลี่ย 6.01 วัน เร็วกว่าผลรวมระยะเวลาที่ใช้ในปฏิบัติงานจริงในการปฏิบัติงานซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ที่ชำรุด ชัดข้อง ของกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้เวลาในการปฏิบัติงานจริงเฉลี่ย 11.02 วัน มีความทันเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ด้านความคุ้มค่า กลุ่มทดลอง มีความคุ้มค่าในการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ที่ชำรุด ชัดข้อง เฉลี่ย 47,513.76 บาท น้อยกว่าการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ที่ชำรุด ชัดข้อง ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีความคุ้มค่าในการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ที่ชำรุด ชัดข้อง เฉลี่ย 58,482.20 บาท มีความคุ้มค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

3.1 เปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมด้านความทันเวลา

เปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ด้านความทันเวลา พบว่าการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์โดยแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการซ่อมทุกกิจกรรมเฉลี่ย 6.01 วัน เร็วกว่าการซ่อมโดยแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มเปรียบเทียบใช้เวลาในการดำเนินการซ่อมทุกกิจกรรมเฉลี่ย 11.02 วัน มีความทันเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อจำแนกความทันเวลาของการดำเนินการพบว่าการซ่อมโดยกลุ่มทดลองใช้เวลารอวัสดุ/อะไหล่เฉลี่ย 1.79 วัน ช้ากว่าการซ่อมโดยแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มเปรียบเทียบไม่ต้องรอวัสดุ/อะไหล่ มีความทันเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กลุ่มทดลองใช้เวลาดำเนินการซ่อมเฉลี่ย 3.40 วัน เร็วกว่าการซ่อมโดยแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินการซ่อมเฉลี่ย 6.13 วัน มีความทันเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กลุ่มทดลองใช้เวลาส่งคืนครุภัณฑ์การแพทย์แก่หน่วยงานผู้ใช้เฉลี่ย 1.71 วัน เร็วกว่าการซ่อมโดยแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มเปรียบเทียบใช้เวลาส่งคืนครุภัณฑ์การแพทย์แก่หน่วยงานผู้ใช้เฉลี่ย 4.97 วัน มีความทันเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 9

3.2 เปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ด้านความคุ้มค่า

เปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ด้านความคุ้มค่า พบว่าการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์โดยแผนกช่าง

ช่างอิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มทดลอง มีความคุ้มค่าในการดำเนินการซ่อมเฉลี่ย 47,513.76 บาท น้อยกว่าการซ่อมโดยแผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีความคุ้มค่าในการดำเนินการซ่อมเฉลี่ย 58,482.20 บาท มีความคุ้มค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อจำแนกตามตัวแปรที่เกี่ยวข้องด้านความคุ้มค่าในการดำเนินการซ่อมพบว่า กลุ่มทดลองมีต้นทุนค่าวัสดุเฉลี่ย 1,899.50 บาท สูงกว่าการซ่อมโดยแผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มเปรียบเทียบมีต้นทุนค่าวัสดุเฉลี่ย 503.09 บาท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กลุ่มทดลองมีต้นทุนค่าแรงเฉลี่ย 2,106.41 บาท ต่ำกว่าการซ่อมโดยแผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มเปรียบเทียบ

มีต้นทุนรวมทางตรง 3,802.14 บาท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กลุ่มทดลองมีต้นทุนรวมทางตรงเฉลี่ย 3,112.79 บาท ต่ำกว่าการซ่อมโดยแผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มเปรียบเทียบมีต้นทุนค่าแรงเฉลี่ย 3,896.73 บาท ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กลุ่มทดลองมีผลตอบแทนที่ได้รับเฉลี่ย 50,626.56 บาท ต่ำกว่าการซ่อมโดยแผนกงานช่างอิเล็กทรอนิกส์ของกลุ่มเปรียบเทียบมีผลตอบแทนที่ได้รับเฉลี่ย 62,378.94 บาท ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 10

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของผลการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์สำเร็จของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง จำแนกตามวิธีการซ่อม

วิธีการซ่อม	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การซ่อมไม่ใช้วัสดุ/อะไหล่	95	81.20	55	47.00	150	64.10
การซ่อมใช้วัสดุ/อะไหล่	22	18.80	62	53.00	84	35.90
รวม	117	100	117	100	234	100

**ตารางที่ 8** ผลการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ ตามระบบการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 โรงพยาบาลตรังจำแนกตามวิธีการซ่อมและการซ่อมในภาพรวม 2 วิธี

ผลการซ่อม	N	Mean	Std. Deviation
ความทันเวลาการซ่อมวิธีไม่ใช้วัสดุ/อะไหล่ (วัน)	55	5.80	8.16
ความทันเวลาการซ่อมวิธีใช้วัสดุ/อะไหล่ (วัน)	62	6.19	8.33
ความทันเวลาการซ่อมในภาพรวม 2 วิธี (วัน)	117	6.01	8.22
ผลตอบแทนที่ได้รับการซ่อมวิธีไม่ใช้วัสดุ/อะไหล่ (บาท)	55	48,843.04	62,118.34
ผลตอบแทนที่ได้รับการซ่อมวิธีใช้วัสดุ/อะไหล่ (บาท)	62	52,208.71	61,796.61
ผลตอบแทนที่ได้รับการซ่อมในภาพรวม 2 วิธี (บาท)	117	50,626.56	61,703.36

**ตารางที่ 9** เปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ด้านความทันเวลาระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง จำแนกตามกิจกรรมการซ่อม

กิจกรรมการซ่อม	กลุ่มเปรียบเทียบ (N=117)		กลุ่มทดลอง (N=117)		t-value	df	p-value
	mean	S.D	mean	S.D			
เบิกวัสดุ/อะไหล่ (วัน)	0	0	1.79	5.17	-2.73	61	.01
การปฏิบัติการซ่อมฯ (วัน)	6.13	11.07	3.40	6.06	2.34	179.77	.02
ส่งคืนครุภัณฑ์การแพทย์ (วัน)	4.97	14.65	1.71	4.13	2.32	143.31	.02
การซ่อมทุกกิจกรรม (วัน)	11.02	20.38	6.01	8.21	2.47	152.74	.02

**ตารางที่ 10** เปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ด้านความคุ้มค่า ในการดำเนินการซ่อมโดยแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายการค่าใช้จ่ายและผลตอบแทนที่ได้รับ

รายการ(บาท)	กลุ่มเปรียบเทียบ(N=117)		กลุ่มทดลอง(N=117)		t-value	df	p-value
	mean	S.D	mean	S.D			
ต้นทุนค่าวัสดุ	503.09	170.69	1,899.50	2,982.86	-3.67	62.11	.00
ต้นทุนค่าแรง	3,802.14	6,863.88	2,106.41	3,756.68	2.34	179.77	.02
ต้นทุนรวมทางตรง	3,896.73	6,819.42	3,112.79	4,549.20	1.03	202.17	.30
ผลตอบแทนที่ได้รับ	62,378.94	77,875.44	50,626.56	61,703.36	1.28	220.47	.20
ความคุ้มค่า	58,482.20	78,584.49	47,513.76	61,484.53	1.19	219.30	.24

## อภิปรายผลและวิจารณ์ (Discussion)

การนำระบบการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 มาปฏิบัติงาน มีประสิทธิภาพด้านความทันเวลาเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับการซ่อมตามระบบเดิม เนื่องจากแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์ ใช้เวลาดำเนินการซ่อม และใช้เวลาในการส่งคืนครุภัณฑ์การแพทย์แก่หน่วยงานผู้ใช้ ที่ลดลงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) น่าจะมีผลมาจากการซ่อมตามระบบนี้ได้แสดงข้อมูลครุภัณฑ์ที่สำคัญ เพียงพอสำหรับการพิจารณาตัดสินใจซ่อมหรือจะดำเนินการใด ๆ ตามระเบียบพัสดุ ไว้ในใบขออนุมัติซ่อม ซึ่งได้แก่ วัน เดือน ปี ที่ได้จัดหา วิธีการจัดหา ราคาทุน รหัสประจำเครื่อง หมายเลขครุภัณฑ์ที่แสดงถึงประเภท รายการครุภัณฑ์และการมีสถานะเป็นครุภัณฑ์ที่อยู่ในการควบคุมและการบำรุงรักษา ช่วยให้แผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์และผู้เกี่ยวข้องตัดสินใจดำเนินการซ่อมไปตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายทันที หากต้องเสนอเรื่องขึ้นมาตามลำดับชั้นให้ผู้บริหารได้พิจารณาให้ดำเนินการใดๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ก็สามารถเสนอมาตามลำดับชั้นได้โดยไม่ต้องรอการพิจารณาสั่งการของหัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ และบำรุงรักษาตามที่เคยปฏิบัติมาในระบบการซ่อมเดิม การลดขั้นตอนปฏิบัติงานส่วนนี้ลงช่วยให้การซ่อมมีความทันเวลาเร็วขึ้น อีกทั้งได้ปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติงาน ได้ดำเนินการซ่อมวิธีใช้วัสดุ/อะไหล่เพิ่มขึ้น 2.81 เท่า แม้จะมีระยะเวลาในการรอวัสดุ/อะไหล่มาใช้ในการซ่อมนานขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับการซ่อมตามระบบเดิมของกลุ่มเปรียบเทียบกับ เวลาที่เพิ่มขึ้นในการรอวัสดุ/อะไหล่มาใช้ในการซ่อมตามระบบใหม่ มีสัดส่วนที่น้อยกว่าเวลาที่ลดลงได้ของเวลาดำเนินการซ่อม และเวลาที่ใช้ในการส่งคืนครุภัณฑ์การแพทย์แก่หน่วยงานผู้ใช้ มีผลให้การซ่อมตามระบบใหม่มีประสิทธิภาพด้านความทันเวลาเพิ่มขึ้น

มีประสิทธิภาพการซ่อมด้านความคุ้มค่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับการซ่อมตามระบบเดิม เนื่องจากการซ่อมตามระบบการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 มีต้นทุนค่าวัสดุสูงกว่าการซ่อมตามระบบเดิม จากการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติงานมีการซ่อมโดยใช้วัสดุ/อะไหล่เพิ่มขึ้น 2.81 เท่า มีการสั่งซื้อวัสดุ/อะไหล่มีปริมาณและราคาที่สูงขึ้น และมีต้นทุนค่าแรงในส่วนนี้สูงขึ้น แต่เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนรวมกับการซ่อมวิธีไม่ใช้วัสดุ/อะไหล่ ยังมีต้นทุนค่าแรงต่ำกว่าการซ่อมตามระบบเดิมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) มีผลให้มีต้นทุนรวมทางตรงลดลงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่งผลให้มีผลตอบแทนที่ได้รับลดลงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งในการปฏิบัติงานซ่อม การจะพิจารณาจะซ่อมวิธีการใช้วัสดุ/อะไหล่หรือไม่อย่างไร ผู้ปฏิบัติต้องพิจารณาจากจุดมุ่งหมายของการซ่อมให้สามารถใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ได้เต็มความสามารถและตรงกับวัตถุประสงค์ที่จัดทำมากที่สุดเป็นสำคัญ ซึ่งจะมีผลต่อการใช้ระยะเวลาในการซ่อมส่งผลต่อต้นทุนค่าแรง ส่งผลต่อต้นทุนรวมทางตรง ส่งผลต่อผลตอบแทนที่จะได้รับและประสิทธิภาพความคุ้มค่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กษพร ลากสุวรรณสกุล, ตามพรรณ คุณคำ<sup>๑</sup> ได้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าต้นทุนค่าแรงเป็นทุนที่มีมูลค่าสูง ควรจะนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นแนวทางในการวางแผนจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมเพื่อการบริหารจัดการการดำเนินกิจกรรมของหอผู้ป่วย และผลการศึกษาของ กุรุพิน เวชทรัพย์<sup>๗</sup> กล่าวว่าอุปกรณ์แต่ละชิ้นจะมีการบำรุงรักษา ในลักษณะหรือแบบใดนั้น จะขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและค่าใช้จ่าย สำหรับอุปกรณ์ที่มีความสำคัญต่อการให้บริการซึ่งหากชำรุดแล้วไม่สามารถให้บริการได้นั้น ก็ควรทำการบำรุงรักษาแบบป้องกันเพื่อไม่ให้อุปกรณ์นั้นๆ ชำรุด

ถ้าจะทำการบำรุงรักษาแบบป้องกันก็จะเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่าการซ่อมแซมเมื่อขัดข้องหรือชำรุดใด ๆ จึงควรทำการบำรุงรักษาแบบแก้ไข ในการศึกษาประสิทธิภาพด้านความคุ้มค่าทำให้ทราบถึงความสำคัญของต้นทุนค่าแรงและต้นทุนของวัสดุ/อะไหล่ที่ใช้ในการซ่อม ที่มีผลต่อผลการประเมินประสิทธิภาพด้านความคุ้มค่าในการปฏิบัติงานของหน่วยงานราชการ ซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารพัสดุและบำรุงรักษาของโรงพยาบาลต้งก็ควรนำมาพิจารณาในการวางแผนปรับปรุงระบบการซ่อมบำรุงรักษาพัสดุให้มีความทันเวลาและความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐต่อไป

## สรุปข้อเสนอแนะ (Conclusion)

1. การซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ตามระบบบำรุงรักษาครุภัณฑ์การแพทย์ปี 2560 ยังไม่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพด้านความคุ้มค่าได้ เนื่องจากสาเหตุ สำคัญมีต้นทุนค่าวัสดุ/อะไหล่และค่าแรงที่เพิ่มขึ้นจากการซ่อมวิธีใช้วัสดุ/อะไหล่ ส่งผลให้การซ่อมวิธีการนี้มีต้นทุนรวมที่สูงขึ้น มีผลให้มีผลตอบแทนในการซ่อมลดลง จึงควรนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้วางแผนการบริหารพัสดุและซ่อมบำรุง ให้มีประสิทธิภาพด้านความคุ้มค่าต่อไป

2. ในการวิเคราะห์ต้นทุนค่าแรง การวิจัยครั้งนี้ได้นำค่าเฉลี่ยรายจ่ายที่จ่ายให้กับเจ้าหน้าที่แผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ ซึ่งควรทำการวิจัยโดยใช้ค่าแรงของผู้ปฏิบัติงานจริงรายบุคคล มาวิเคราะห์ต้นทุนค่าแรง จะช่วยให้มีผลการประเมินประสิทธิภาพด้านความคุ้มค่ามีความถูกต้องยิ่งขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากการให้คำปรึกษาแนะนำ และสนับสนุนการดำเนินงานจากบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายท่าน ขอขอบคุณนางจิรวรรณ อารยะพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง ที่สนับสนุนให้มีการวิจัย นายพิชิต เสียมไหม หัวหน้าแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์และบุคลากรแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์โรงพยาบาลตรังทุกท่านที่สนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย นายอนันต์ อัครสุวรรณกุล นายนิยม จันทร์แถม นายวิศิษฐ์พล เทพมณีรัตน์ ที่ให้คำปรึกษาการปฏิบัติกรวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัย ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจในการปฏิบัติกรวิจัย ตลอดจนถึงทุกท่านที่มีได้เอ่ยนาม ณ.ที่นี้ ทำให้การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## บรรณานุกรม

1. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี 2546. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 120 , ตอนที่ 100 ก. (ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2546).
2. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ 2535 สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2535.
3. กองวิศวกรรมกรมการแพทย์. คู่มือการจัดระบบวิศวกรรมกรมการแพทย์ในโรงพยาบาล. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2558.
4. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. การจัดทำรายงานการสำรวจครุภัณฑ์และการกำหนดเลขหมายพัสดุ เล่ม 3. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข; 2536.
5. สุวิมล ว่องวานิช และนงลักษณ์ วิรัชชัย. การออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
6. กชพร ลากสุวรรณสกุล, ตามพรรณ คุณคำ. การวิเคราะห์ต้นทุนบริการทางบัญชี และต้นทุนบริการทางเศรษฐศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2555.
7. กุรุพินท์ เวชทรัพย์. การสร้างระบบสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับการวางแผนการบำรุงรักษาอุปกรณ์การแพทย์ในโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลตัวอย่าง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2548

# การศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารงานพัสดุ

## กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

### Opinions of Personnel Regarding the Procurement Management in General Administration Work, Trat Provincial Health Office

ชยพล คุปติชยานนท์ រប.บ.  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

#### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารงานพัสดุ และเพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพงานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โดยทำการศึกษากับกลุ่มประชากร ผู้ปฏิบัติงานพัสดุ ผู้ที่ใช้บริการงานพัสดุ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด และผู้ใช้บริการงานพัสดุจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในสังกัด รวมทั้งหมด จำนวน 117 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารพัสดุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด พบว่า ด้านการจัดหาพัสดุโดยรวมมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุในระดับดี ( $\mu = 3.43$ ) เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการดำเนินการ พบว่ากระบวนการจัดทำแผนการจัดซื้อ/จัดจ้าง ประจำปี มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุในระดับปานกลาง ( $\mu = 3.35$ ) กระบวนการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุในระดับดี ( $\mu = 3.42$ ) กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุในระดับดี ( $\mu = 3.48$ ) และกระบวนการตรวจรับพัสดุ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุในระดับดี ( $\mu = 3.48$ ) ด้านการควบคุมดูแลพัสดุ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุในระดับปานกลาง ( $\mu = 3.33$ ) ด้านการจำหน่ายพัสดุ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุในระดับดี ( $\mu = 3.47$ ) ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพงานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ควรมีการพัฒนา 6 ด้านดังนี้ ด้านการจัดการความรู้ ด้านการสื่อสารข้อมูล ด้านการกำหนดรายการพัสดุ ด้านการมอบหมายหน้าที่กรงาน ด้านการใช้เทคโนโลยี และ ด้านระยะเวลา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ควรจัดอบรม ระเบียบ กฎหมาย ด้านการพัสดุของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการคลัง ให้แก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านพัสดุ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการพัสดุ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ได้รับการศึกษาอบรมเพิ่มเติมด้านพัสดุ พัฒนาด้านการจัดเก็บ จัดให้มีคลังพัสดุที่มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย การจัดทำทะเบียนการตรวจสอบบันทึกบัญชีพัสดุ และตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ และมีการควบคุมติดตามจากผู้บังคับบัญชา สื่อสารประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ทางเว็บไซต์สำนักงาน ในด้านต่างๆ เช่นการสำรวจความต้องการพัสดุ รายการพัสดุที่จะจัดซื้อ และการจำหน่ายพัสดุ

**คำสำคัญ :** การบริหารงานพัสดุ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

## ABSTRACT

This study is a survey research with the purpose to examine the opinions of personnel regarding the procurement management and the opinions of personnel regarding the guideline to improve the quality of procurement work in general administration work, Trat provincial health office. The study was conducted with 117 populations who were personnel who perform procurement work and service recipient of procurement work in Trat provincial health office. Instrument used in this study was a questionnaire created by the author with the confidence level of 0.81. Statistics used for data analysis were percentage, mean, and standard deviation.

Research results revealed the opinion of the personnel regarding the procurement management of Trat provincial health office on the procurement management was in good level ( $\mu = 3.43$ ). When implementation steps were considered, the process of preparing annual procurement plan had the opinion regarding procurement management in intermediate level ( $\mu = 3.35$ ). Specification determination process had the opinion regarding procurement management in good level ( $\mu = 3.42$ ). Procurement procedure had the opinion regarding procurement management in good level ( $\mu = 3.48$ ). Receipt process had the opinion regarding procurement management in good level ( $\mu = 3.48$ ). Supplies control had the opinion regarding procurement management in intermediate level ( $\mu = 3.33$ ). Supplies distribution had the opinion regarding procurement management in good level ( $\mu = 3.47$ ). In the opinions of personal regarding the guideline to improve the quality of procurement work in general administration work, Trat provincial health office, knowledge management, communication, supplies list determination, work assignment, technology implementation and time frame should be improved.

The research suggested that training on regulation and law regarding the procurement management of the Ministry of Public Health and Ministry of Finance should be provided to the personnel who perform procurement works in order to educate the personnel who perform procurement works under Trat Provincial Health Office with additional knowledge about procurement. Storage should be improved in order to have a stable, strong and safe storage place. There should be inspection record and supplies control record. The inspection should be done regularly. The supervisor should monitor the work and there should be public relation media on the office's website such as supplies demand survey, list of supplies to be procured and supplies distribution.

**Keywords:** Procurement Management, Trat Provincial Health Office

## บทนำ

การบริหารงานพัสดุมีความสำคัญต่อการบริหารปัจจัยสู่ความสำเร็จของการบรรลุวิสัยทัศน์ ขององค์กร ทั้งในองค์กรขนาดเล็กจนถึงองค์กรขนาดใหญ่ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. 2553 : 2) อีกทั้งหากการบริหารงานพัสดุมีประสิทธิภาพก็จะช่วยให้องค์กรประหยัดเวลาในการดำเนินการ และสามารถลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณ และการรอคอยพัสดุที่ทำให้กระทบต่อการปฏิบัติงานหยุดชะงัก (ธเนศ หอมทวน. 2553 : 2)

การปฏิบัติงานด้านพัสดุ พบว่ามีอุปสรรคปัญหาต่างๆ หลายประการ เช่นการจัดหาพัสดุที่ไม่สนองต่อความต้องการของผู้ใช้หรือผู้ปฏิบัติงาน คือได้รับพัสดุไม่ตรงกับความต้องการทั้งในด้านปริมาณคุณภาพและทันเวลา ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติงานพัสดุ ผู้บริหารมักจะไม่ปล่อยให้อำนาจในการตัดสินใจขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุนขาดความรู้ความเข้าใจในหลักการดำเนินการด้านพัสดุ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ.2535 ตลอดจนบุคลากรในหน่วยงานนั้นๆ ขาดความร่วมมือ ในการรักษาผลประโยชน์ของหน่วยงานเท่าที่ควร ปัญหาเกี่ยวกับการจัดทำทะเบียนพัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ไม่เป็นไปตามปัจจุบันคงเหลือวัสดุไม่ตรงตามบัญชี ขาดการบำรุงรักษาหรือซ่อมแซมพัสดุ ครุภัณฑ์ที่ชำรุดให้ใช้การได้ตามปกติ การยืมพัสดุ ครุภัณฑ์ มีหลักฐานไม่ครบถ้วน ไม่มีแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถทำการตรวจรับพัสดุครุภัณฑ์ หรือบางที่อาจแต่งตั้งกรรมการดำเนินการตรวจรับพัสดุเพียงเพื่อให้ครบ และเป็นไปตามระเบียบเท่านั้น โดยไม่มีการคำนึงถึงการรักษาผลประโยชน์ของทางราชการอย่างจริงจังจนทำให้เกิดการรั่วไหลของเงินงบประมาณและ/หรือเงินนอกงบประมาณจนทำให้เกิดความเสียหายต่อทางราชการ (สมบุญ อูสาหจิตต์. 2553 : บทคัดย่อ)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด มีหน่วยงานในสังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 7 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 66 แห่ง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จะต้องดำเนินการในการจัดซื้อจัดจ้าง รายการวัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง โดยเงินงบประมาณ ในหมวดงบดำเนินงาน และงบลงทุนของทุกปีงบประมาณ เพื่อจะได้วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ไปใช้ในการผลิตหรือบริการแก่ประชาชน การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่หมุนเวียนบ่อย ระเบียบข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัสดุมักมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้

เหมาะสมกับปัจจุบัน จึงทำให้ความชำนาญในงานที่ปฏิบัติ เกิดปัญหา พบข้อผิดพลาดและความล่าช้า การจัดซื้อไม่สนองต่อผู้ขอรับบริการ การทำงานในหน้าที่พัสดุของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานพัสดุ เป็นไปเพียงแค่อาศัยประสบการณ์การทำงาน การถ่ายทอดประสบการณ์ต่อๆ กันมาผิดบ้างถูกบ้าง ดังจะเห็นได้จากการประชุมค้นหาความเสี่ยงด้านพัสดุ ยังพบปัญหาในระดับการปฏิบัติ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. 2560 : 3)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญที่จะต้องทำการศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารงานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการแก้ไขสภาพและปัญหาการปฏิบัติงานพัสดุ ของกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารงานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพงานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารงานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

### ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานพัสดุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน 8 คน ผู้ที่ใช้บริการงานพัสดุ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน 44 คน ผู้ใช้บริการงานพัสดุจากโรงพยาบาลชุมชน สังกัด จำนวน 44 คน ผู้ใช้บริการงานพัสดุจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สังกัด จำนวน 21 คน รวมทั้งหมด 117 คน โดยศึกษาเก็บข้อมูลจากประชากรทุกคน ระหว่างวันที่ 1 - 30 มีนาคม 2560

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษา แนวคิด ทฤษฎี ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นข้อมูลทั่วไปทางด้านลักษณะประชากรศาสตร์ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่



เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการทำงาน ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานพัสดุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับพัสดุโดยตรง

ตอนที่ 2 ถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารงานพัสดุ ตามกิจกรรม 3 ด้านได้แก่ ด้านการจัดหา ด้านการควบคุมดูแลรักษาพัสดุ และด้านการจำหน่ายพัสดุ มีลักษณะเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคอร์ท

ตอนที่ 3 ถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางพัฒนาคุณภาพงานพัสดุ ของกลุ่มงานบริหารทั่วไป เป็นแบบสอบถาม ปลายเปิด

การทดสอบเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงตรง (Validity) นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอ ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณา ได้แก่ 1) นายจำเนียร วงษ์ศรีแก้ว รองผู้อำนวยการ ฝ่ายบริหารโรงพยาบาลนครนายก 2) นายเจริญ สินธุ์วงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลตราด 3) นายอิทธิเดช วงศ์โรจน์รัตนา ข้าราชการบำนาญ (อดีต รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารโรงพยาบาลตราด) เพื่อตรวจความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งได้ค่า IOC = 1.00 ทุกรายการแสดงว่าสามารถนำไปใช้เป็นแบบสอบถามได้ และ นำแบบสอบถามตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำไปใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 ชุด จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 หมายถึงแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในการศึกษาได้

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด และแจกแบบสอบถามกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา แล้วเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามจำนวน จำนวน 117 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม หาค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารงานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ( $\mu$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ ) ข้อมูลข้อเสนอแนะอื่นๆ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพงานพัสดุ ของกลุ่มงาน

บริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด วิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์เนื้อรวบรวมนัดหมวดหมู่ที่เหมือนกัน

## ผลของการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไป

ประชากรศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.52 เพศชาย ร้อยละ 32.48 กลุ่มอายุ 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 27.35 รองลงมา 41-50 ปี ร้อยละ 26.50 และน้อยที่สุดกลุ่มอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 21.37 ระดับการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรี ร้อยละ 59.83 รองลงมาคือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 26.50 และปริญญาโท ร้อยละ 13.68 สถานภาพการทำงานเป็นข้าราชการ ร้อยละ 59.83 รองลงมาคือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 17.95 และ น้อยที่สุด คือ ลูกจ้างประจำ ร้อยละ 5.98 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 42.74 รองลงมาคือ ตำแหน่งเจ้าพนักงานพัสดุ ร้อยละ 14.53 ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ร้อยละ 11.11 และตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 7.69 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1 - 5 ปี ร้อยละ 25.64 รองลงมา 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.95 และน้อยสุดไม่ถึง 1 ปี ร้อยละ 4.27 ระยะเวลาในการที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่พัสดุ 1 - 5 ปี ร้อยละ 11.97 รองลงมาคือ 6 - 10 ปี ร้อยละ 7.69 และ 11 - 15 ปี ร้อยละ 5.98 และน้อยสุด 21 - 25 ปี กับ 26 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.71 เท่ากัน รายละเอียด ดังตารางที่ 1

### ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารงานพัสดุ

ผลการวิจัย ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารงานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด พบว่า ด้านการจัดหาพัสดุโดยรวมมีความคิดเห็นเกี่ยวกับบริหารพัสดุในระดับดี เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการดำเนินการ พบว่ากระบวนการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี มีความคิดเห็นเกี่ยวกับบริหารพัสดุในระดับปานกลาง กระบวนการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับบริหารพัสดุในระดับดี กระบวนการซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุมีความคิดเห็นเกี่ยวกับบริหารพัสดุในระดับดี และกระบวนการตรวจรับพัสดุมีความคิดเห็นเกี่ยวกับบริหารพัสดุในระดับดี ด้านการควบคุมดูแลพัสดุ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับบริหารพัสดุในระดับปานกลาง ด้านการจำหน่ายพัสดุ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุในระดับดี รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

สถานภาพ	จำนวน (N = 117)	ร้อยละ
<b>1.1 เพศ</b>		
ชาย	38	32.48
หญิง	79	67.52
<b>1.2 อายุ</b>		
21-30	25	21.37
31-40	32	27.35
41-50	31	26.50
51-60	29	24.79
<b>1.3 ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ต่ำกว่า ป.ตรี	31	26.50
ป.ตรี	70	59.83
ป.โท	16	13.68
<b>1.4 สถานภาพการทำงาน</b>		
ข้าราชการ	70	59.83
ลูกจ้างประจำ	7	5.98
พนักงานราชการ	9	7.69
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	21	17.95
ลูกจ้างชั่วคราว	10	8.55
<b>1.5 ตำแหน่ง</b>		
สายงานบริการวุฒิไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	56	47.86
เภสัชกร	4	3.42
พยาบาลวิชาชีพ	2	1.71
นักวิชาการสาธารณสุข	50	42.74
สายงานบริการวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี	12	10.26
พยาบาลเทคนิค	1	0.85
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	9	7.69
อื่นๆ	2	1.71
สายสนับสนุนวุฒิไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	11	9.40
นักจัดการงานทั่วไป	3	2.56
นักวิชาการเงินและบัญชี	6	5.13
นิติกร	2	1.71
สายสนับสนุนบริการวุฒิต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	38	32.48
เจ้าพนักงานธุรการ	13	11.11
เจ้าพนักงานพัสดุ	17	14.53
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	6	5.13
อื่นๆ	2	1.71

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

สถานภาพ	จำนวน (N = 117)	ร้อยละ
<b>1.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน</b>		
ไม่ถึง 1 ปี	5	4.27
1-5 ปี	30	25.64
6-10 ปี	9	7.69
11-15 ปี	12	10.26
16-20 ปี	8	6.84
21-25 ปี	19	16.24
26-30 ปี	13	11.11
31 ปีขึ้นไป	21	17.95
<b>1.7 ความเกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติงานพัสดุ</b>		
ปฏิบัติเกี่ยวกับพัสดุโดยตรง	37	31.62
เป็นผู้รับบริการงานพัสดุ	80	68.38
<b>1.8 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับพัสดุ</b>		
ไม่ถึง 1 ปี	4	3.42
1-5 ปี	14	11.97
6-10 ปี	9	7.69
11-15 ปี	7	5.98
16-20 ปี	4	3.42
21-25 ปี	2	1.71
26 ปีขึ้นไป	2	1.71

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารงานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ประเด็นความคิดเห็น	ความคิดเห็นเกี่ยวกับบริหารงานพัสดุ		
	ค่าเฉลี่ย ( $\mu$ )	$\sigma$	แปลผล
ด้านการจัดหา	3.43	0.83	ดี
กระบวนการจัดทำแผนการจัดซื้อ/จัดจ้าง ประจำปี	3.35	0.90	ปานกลาง
กระบวนการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ	3.42	0.84	ดี
กระบวนการดำเนินการซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุ	3.48	0.80	ดี
กระบวนการตรวจรับพัสดุ	3.48	0.79	ดี
ด้านการควบคุมดูแลรักษาพัสดุ	3.33	0.86	ปานกลาง
ด้านการจำหน่ายพัสดุ	3.47	0.94	ดี

## ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพงานพัสดุ

ผลการวิจัย ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพงานพัสดุ การปฏิบัติงานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด เมื่อนำมาวิเคราะห์เนื้อหา แยกหมวดหมู่ได้ ดังนี้

1. ด้านการจัดการความรู้ พบว่าผู้รับผิดชอบมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้ขาดความชำนาญ และประสบการณ์ ควรให้ผู้รับผิดชอบงานศึกษาระเบียบเกี่ยวกับพัสดุจากผู้ชำนาญหรือมีความรู้โดยตรง ควรให้ความรู้หรือทบทวนระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่เป็นประจำทุกปี เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมีความรู้ไม่เท่าเทียมกัน ควรพัฒนาความรู้เกี่ยวกับข้อระเบียบต่างๆ ให้ถูกต้องจัดอบรมเรียนรู้ ให้มีความรู้ให้มากขึ้น

2. การสื่อสารข้อมูล การจำหน่ายพัสดุ ควรแจ้งรายการที่อนุมัติให้จำหน่ายให้หน่วยงานที่ขอจำหน่ายทราบด้วย ควรมีการชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงาน ควรชี้แจงระเบียบที่เกี่ยวข้องให้กรรมการแต่ละชุดทราบ จะทำอะไร ที่ไหน อย่างไร แจ้งให้ทุกหน่วยงานได้รับรู้ การจำหน่ายพัสดควรมีการเผยแพร่ทางเว็บไซต์ให้บุคคลภายนอกทราบ เมื่อมีการอนุมัติแผนการจัดซื้อพัสดุจากส่วนกลาง ควรมีการนำรายการพัสดุที่จะจัดซื้อในปีงบประมาณนั้นเผยแพร่ลงเว็บไซต์สำนักงาน เพื่อประกาศให้บุคคลภายนอกหรือประชาชนภายนอกทราบเกิดความโปร่งใสในการดำเนินการ

3. การกำหนดรายการพัสดุ ต้องมีความหลากหลาย และมีคุณภาพ ไม่เน้นราคาถูกแต่ไม่มีคุณภาพ มีรายการให้เจ้าหน้าที่เลือกพัสดุได้ตามความต้องการและเหมาะสมกับงานที่ได้รับมอบหมาย

4. การมอบหมายหน้าที่ มอบหมายความรับผิดชอบในประเด็นต่างๆ ของงานพัสดุให้ครบถ้วน ชัดเจน โดยเฉพาะเรื่องทะเบียนพัสดุต่างๆ การตรวจรับ ให้พิจารณาแต่งตั้งกรรมการตรวจรับให้เหมาะสมตามความรู้ความสามารถ จัดกำลังคนให้เหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ มอบหมายปริมาณงานให้เพียงพอและเหมาะสมกับกำลังคนเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ออกมา

5. การใช้เทคโนโลยี ควรมีโปรแกรม ออนไลน์ ในการสำรวจความต้องการและเบิกจ่ายพัสดุ

6. ระยะเวลา พักที่จำหน่าย ควรรับทำเรื่องจำหน่ายให้เร็วไม่ควรรอให้พ้นจนซ่อมไม่ได้

## อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาพิจารณาวิเคราะห์ พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผล ดังนี้

## 1. ด้านการจัดหา

ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารพัสดุด้านการจัดหาโดยรวม ในระดับดี เมื่อพิจารณากระบวนการดำเนินการพบว่า กระบวนการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุ ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากแบบสำรวจความต้องการมีข้อมูลไม่เพียงพอและชัดเจน การติดตามเก็บรวบรวม และการจัดซื้อจัดจ้างไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด แต่กระบวนการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ใช้พัสดุมีส่วนร่วมในการกำหนดคุณลักษณะ จึงได้พัสดุตรงตามความต้องการ กระบวนการดำเนินการซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุที่เกี่ยวข้องมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ได้ดำเนินการตามขั้นตอนเป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยผู้รับผิดชอบงานพัสดุ มีความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ในการจัดหาพัสดุ และกระบวนการตรวจรับพัสดุ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุพัสดุในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจาก คณะกรรมการตรวจรับพัสดุหรือตรวจการจ้างได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่พัสดุให้ตรวจรับพัสดุหรือตรวจการจ้างล่วงหน้าทุกครั้ง ทราบระเบียบปฏิบัติ และทำการตรวจรับพัสดุทันทีที่ผู้ขายส่งมอบ อีกทั้งตรวจสอบว่ามี คุณสมบัติตรงตามคุณลักษณะครบถ้วนหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับ เบญญาภา ยาโตปมา และ พิพัฒน์ ไทยอารี (2558 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษา การบริหารพัสดุอย่างมีประสิทธิภาพของสำนักปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พบว่าการบริหารพัสดุมีประสิทธิภาพโดยรวมในระดับมาก และ วรณชัย รังษี (2550 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการบริหารพัสดุและสินทรัพย์อย่างมีประสิทธิภาพในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 2 ราชบุรี พบว่าการจัดหาพัสดุ มีการบริหารพัสดุและสินทรัพย์อย่างมีประสิทธิภาพในระดับมาก สมบูรณ์ อุสาหะจิตต์ (2553 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา เรื่อง สภาพและปัญหาการบริหารพัสดุในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครราชสีมา เขต 4 พบว่า สภาพการบริหารงานพัสดุในโรงเรียนอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการจัดหาพัสดุ

## 2. ด้านการควบคุมดูแลรักษาพัสดุ

ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารพัสดุด้านการควบคุมดูแลพัสดุ โดยรวมมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารพัสดุในระดับปานกลาง ทั้งนี้จากความคิดเห็นของบุคลากร ครั้งนี้ พบว่าการเก็บพัสดุที่มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย และเพียงพอมีความคิดเห็นเพียงระดับปานกลาง แนวทางปฏิบัติงานด้านคลัง พักและบัญชีพัสดวยังไม่ชัดเจน การจัดทำทะเบียนคุมพัสดุไม่ปัจจุบัน ขาดการตรวจสอบพัสดุอย่างสม่ำเสมอ ไม่ได้บันทึกรายการเมื่อมี

การเปลี่ยนแปลงออนไลน์ ผู้รับผิดชอบประจำหน่วยงานภายในไม่ได้สำรวจพัสดุที่มีอยู่สม่ำเสมอว่าชำรุด สูญหาย เสียหาย เจ้าหน้าที่ที่ควบคุมพัสดุ ได้ไม่ทั่วถึง และกรณีจัดหาซื้อพัสดุมาใหม่ บันทึกบัญชีคุมพัสดุ ไม่ครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับ อูรา วงศ์ประสงค์ชัย และคณะ (2556 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัญหาและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานพัสดุของผู้ปฏิบัติงานพัสดุ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ พบว่า ปัญหาการบริหารงานพัสดุ โดยภาพรวมมีปัญหายุ่งในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ปรากฏว่ามีปัญหายู่งในระดับปานกลางทุกด้านเช่นกัน ด้านการควบคุมพัสดุ ได้แก่ การเคลื่อนย้ายพัสดุโดยไม่แจ้งรับผิดชอบหรือผู้ปฏิบัติงานพัสดุ ทำให้เกิดการสูญหายของพัสดุ หน่วยงานมีสถานที่จัดเก็บพัสดุไม่เพียงพอเนื่องจากพัสดุมีจำนวนมาก และหน่วยงานขาดช่างผู้เชี่ยวชาญในการบำรุงรักษาพัสดุและจัดเตรียมพัสดุสำรองไว้อย่างเพียงพอต่อการใช้งาน รัตนา เนตรทัศนีย์ (2554 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา เรื่อง สภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานพัสดุในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากาฬสินธุ์ เขต 2 พบว่า สภาพปัญหาการบริหารงานพัสดุในโรงเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านการเบิกจ่าย และด้านเก็บรักษา แต่ไม่สอดคล้องกับ สมบูรณ์ อูสาหะจิตต์ (2553 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง สภาพและปัญหาการบริหารพัสดุในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมา เขต 4 พบว่า สภาพการบริหารงานพัสดุในโรงเรียนด้านการควบคุมพัสดุอยู่ในระดับมาก วรรณชัย รังษี (2550 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการบริหารพัสดุและสินทรัพย์อย่างมีคุณภาพในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 2 ราชบุรี พบว่าด้านการควบคุมและรักษา มีการบริหารพัสดุและสินทรัพย์อย่างมีคุณภาพในระดับมาก

### 3. ด้านการจำหน่ายพัสดุ

ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับบริหารพัสดุ ด้านการจำหน่ายพัสดุ โดยรวมมีความคิดเห็นเกี่ยวกับบริหารพัสดุในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ใช้และเจ้าหน้าที่พัสดุ สสจ. ตรวจ ทราบเปรียบเทียบ วิธีการ และขั้นตอนการขออนุมัติดำเนินการจำหน่ายพัสดุที่ชำรุด หมดสภาพ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบพัสดุ ทุกปีตามระเบียบพัสดุ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงกรณีพัสดุชำรุด และ คณะกรรมการจำหน่ายพัสดุประจำปี ทุกปี ซึ่งสอดคล้องกับ วรรณชัย รังษี (2550 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการบริหารพัสดุและสินทรัพย์อย่างมีคุณภาพในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 2 ราชบุรี พบว่าด้านการจำหน่ายพัสดุ มีการบริหารพัสดุและสินทรัพย์อย่างมีคุณภาพในระดับมาก และสอดคล้องกับ ลาวัลย์ นนทะสี (2554 : บทคัดย่อ) ศึกษา สภาพการบริหารงาน

พัสดุของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 26 พบว่า ผู้บริหารสถานศึกษา เจ้าหน้าที่พัสดุ ประธานคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน และผู้แทนครู มีทัศนคติต่อสภาพการบริหารงานพัสดุด้านการจำหน่ายพัสดุอยู่ในระดับมาก

## ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยมีข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารระดับจังหวัด คือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราดด้านบริหาร เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานพัสดุ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด เพื่อให้ผู้บริหารได้ทราบแนวทางการพัฒนา และมีข้อเสนอแนะควรดำเนินการดังนี้

1. ควรจัดอบรม ระเบียบ กฎหมาย ด้านการพัสดุของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการคลัง ให้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุ
2. ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการพัสดุ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ได้รับการศึกษาอบรมเพิ่มเติมด้านพัสดุ
3. ด้านการควบคุมพัสดุ ซึ่งมีการบริหารระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนา ด้านการจัดเก็บ ควรมีคลังพัสดุที่มั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย การจัดทำทะเบียน การตรวจสอบ บันทึกบัญชีคุมพัสดุ และตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ และมีการควบคุมติดตามจากผู้บังคับบัญชา
4. ควรมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ทางเว็บไซต์ สำนักงาน ในด้านต่างๆ เช่นการสำรวจความต้องการพัสดุ รายการพัสดุที่จะจัดซื้อ และการจำหน่ายพัสดุ

## บรรณานุกรม

1. ธนศ หอมหวาน. (2553). ศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขการบริหารงานพัสดุโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระแก้ว เขต 2. งานนิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัยบูรพา.
2. เบญญาภา ยาโตปมา และ พิพัฒน์ ไทยอารี. (2558). การบริหารพัสดุอย่างมีประสิทธิภาพ ของสำนักปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
3. รัตนา เนตรทัศนีย์. (2554). สภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานพัสดุในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากาฬสินธุ์ เขต 2. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์.

4. ลาวัลย์ นนทะสี. (2554). สภาพการบริหารงานพัสดุในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 26. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
5. วรรณชัย รังสี. (2550). การบริหารพัสดุและสินทรัพย์อย่างมีคุณภาพในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 2 ราชบุรี. การค้นคว้าอิสระ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร.
6. สมบูรณ์ อูสาหะจิตต์. (2553). สภาพและปัญหาการบริหารงานพัสดุในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมา เขต 4. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัยเซนต์จอร์น.
7. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2553). เอกสารประกอบการปฏิบัติงานเกี่ยวกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. (2560). การประชุมเชิงปฏิบัติการค้นหาความเสี่ยงในงานบริหารงานทั่วไป. 15-16 กุมภาพันธ์ 2560 ณ ห้องประชุมวัดหนองเสม็ด จ.ตราด.
9. อุรา วงศ์ประสงค์ชัย และคณะ. (2556). ปัญหาและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานพัสดุของผู้ปฏิบัติงานพัสดุ มหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ปีที่ 7 (139 – 148) ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2556

# ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับอัคคีภัย ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

## FACTORS AFFECTING THE EFFICIENCY OF FIRE PROTECTION AND FIREFIGHTING OF CHAOPRAYA ABHAIPHUBEJHR HOSPITAL

ว่าที่ ร.ต.ณัฐวุฒิ จำอยู่  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจ.ปราจีนบุรี

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงาน ป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในสังกัดโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่ปฏิบัติงานอยู่ในปี 2560 จำนวน 306 คน จำแนกเป็น ข้าราชการ 150 คน พนักงานราชการ 77 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 44 คน ลูกจ้างประจำ 20 คน และลูกจ้างชั่วคราว 15 คน การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ในเดือน พฤษภาคม 2560เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพและวิเคราะห์แบบสอบถาม ด้วย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.48 , มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 40.84 , เป็นข้าราชการ ร้อยละ 49.01 , มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 56.20 โดยตัวแปรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัย มากที่สุด คือ ด้านการบริหารจัดการ ( $R=0.81$ ) , รองลงมา คือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $R = 0.72$ ) โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 71.6 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.846 โดยด้านการบริหารจัดการ เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า (1) การจัดทำแผนป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยที่เป็นไปตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข และระเบียบกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (2) การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก และ (3) การจัดให้มีการฝึกอบรมดับเพลิงและอพยพหนีไฟเป็นประจำทุกปี ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยได้มากที่สุด ตามลำดับ และในด้านวัสดุอุปกรณ์ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า (1) การติดตั้งอุปกรณ์ดับเพลิงให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่เสี่ยง (2) มีการทดสอบตรวจตราวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ให้มีสภาพพร้อมใช้งานอย่างสม่ำเสมอ และ (3) วัสดุอุปกรณ์ต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติงานในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอัคคีภัยได้อย่างทันที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพ ในงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยได้มากที่สุด ตามลำดับ

ดังนั้น การให้ความสำคัญในด้านการบริหารจัดการ โดยมีการวางแผนงานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข และกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การประสานงานที่ดีกับภาคีเครือข่าย การฝึกอบรมให้เกิดความชำนาญเป็นประจำทุกปี รวมถึงการใส่ใจและตรวจตราวัสดุ อุปกรณ์ ให้มีสภาพพร้อมใช้งาน อย่างเพียงพอ และครอบคลุม จะส่งผลให้งานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เกิดประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ ควรศึกษาในโรงพยาบาลอื่นๆ เพิ่มเติม และส่งเสริมให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งจัดทำแผนป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของหน่วยงานให้เป็นไปแนวทาง ระเบียบ กฎหมาย และปฏิบัติตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค และป้องกันภาวะเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิต และทรัพย์สินของทางราชการ หากเกิดเหตุอัคคีภัย ภายในสถานพยาบาลของรัฐต่อไป

**คำสำคัญ:** ประสิทธิภาพ , การบริหารจัดการ , การป้องกัน , ระงับเหตุอัคคีภัย , มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ,โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

## Abstract

The study has a purpose. To study the factors related to the management efficiency of fire protection and firefighting of Chaopraya Abhaiphubejhr Hospital Prachinburi Province. The target group is the staff of Chaopraya Abhaiphubejhr Hospital Prachinburi Province the operation was in the year 2017, 306 people. Classified as 150 government officials, 77 government employees, 44 employees ministry public health, 20 permanent employees and 15 temporary employees. The study is a survey research in May 2017. The tools used in the study were questionnaires. The quality and analysis of the questionnaire. Cornbrash's Alpha Coefficient has a confidence value of 0.93. Statistics used in data analysis were mean (X), standard deviation (S.D.), multiple correlation and multiple regression analysis.

The research findings were as follows. The respondents were 59.48% male, Age is between 31-40 years old 40.84%, government officials 49.01%, bachelor degree is 56.20%. The variables that affect the efficiency of, fire protection, firefighting most Management (R = 0.81), Secondly, the material (R = 0.72). 71.6% of the respondents were able to share the forecast. The correlation coefficient was 0.846. By management. When classified, (1) the fire prevention and firefighting plan is in accordance with the guidelines of the Ministry of Public Health. And the relevant legal regulations, (2) good relationship to coordinate with external agencies and (3) the provision of fire training and fire evacuation every year. As a result, the efficiency of fire prevention and firefighting is highest respectively and in materials. When classified, the item was found (1) Install fire extinguishers in all risk areas, (2) testing of materials, equipment, tools, utensils, and (3) the equipment must be sufficient to provide immediate assistance to the fire victims. Resulting in efficiency in most cases fire protection and fire suppression, respectively.

So the importance of management. The planning of the Ministry of Public Health. And laws associated coordinate well with network partners. The training is done every year. Including careful consideration and monitoring of equipment and materials to ensure adequate and adequate use of the equipment will result in fire prevention and firefighting of Chaopraya Abhaiphubejhr Hospital Prachinburi Province have Efficiency.

Suggestions should be made in other hospitals and promoted to all hospitals under the Ministry of Public Health. Prepare a fire prevention and containment plan for the unit. And comply with health service standards. Department of Health Service Support Ministry of Public Health For Consumer Protection and prevent the risk that will cause loss of life and property of the government. In case of fire in the next state hospital.

**Keywords:** Efficiency, Management, Fire protection, Firefighting, Health Service System Standards, Chaopraya Abhaiphubejhr Hospital



## บทนำ

จากประวัติการเกิดอัคคีภัยที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า การเกิดอัคคีภัยในแต่ละครั้งสร้างมูลค่าความเสียหายอย่างมหาศาล โดยในปี พ.ศ.2557-พ.ศ.2559 มีมูลค่าความเสียหายอยู่ที่ 315,488,912 บาท, 288,364,646 บาท และ 522,064,078 บาท ตามลำดับ (ที่มา : ศูนย์อำนวยการบรรเทาสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย)

การป้องกันและระงับอัคคีภัยเป็นภารกิจหนึ่งของการจัดการภายในสำนักงานหรือการบริหารราชการทั่วไป โดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการรักษาความปลอดภัยแห่งชาติ พ.ศ.2552 ในหมวด 4 การรักษาความปลอดภัยเกี่ยวกับสถานที่ ข้อ 33 กำหนดให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐดำเนินการรักษาความปลอดภัยเกี่ยวกับสถานที่โดยกำหนดมาตรการ เพื่อพิทักษ์รักษาให้ความปลอดภัยแก่ที่สงวน อาคาร และสถานที่ของหน่วยงานของรัฐ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ของรัฐ และข้อมูลข่าวสารในอาคารและสถานที่ดังกล่าวให้พ้นจากการโจรกรรม การจารกรรม การก่อวินาศกรรม การก่อการร้าย หรือเหตุอื่นใดอันอาจทำให้เสียความสามารถในการปฏิบัติภารกิจของหน่วยงานของรัฐได้ และข้อ 34 กำหนดว่า ในการพิจารณาเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยเกี่ยวกับสถานที่ ให้หน่วยงานของรัฐคำนึงถึงภัยอันตรายดังต่อไปนี้ (1) ภัยอันตรายที่เกิดจากปรากฏการณ์ธรรมชาติและอุบัติเหตุ เช่น พายุ น้ำท่วม ไฟป่า แผ่นดินไหว ดินถล่ม และเพลิงไหม้

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นราชการส่วนภูมิภาค ในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าหน่วยงาน ตั้งอยู่เลขที่ 32/7 หมู่ที่ 12 ตำบลท่างาม อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี มีเนื้อที่ 101 ไร่ 2 งาน 27 ตารางวา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 500 เตียง ซึ่งมีอาคารสาธาณบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อาคารสนับสนุนการบริการ บ้านพัก บุคลากร ต่างๆ รวม 52 อาคาร มีบุคลากรทั้งสิ้น 1,553 คน ในปี พ.ศ.2559 มีผู้มารับบริการเฉลี่ย 1,453 คน ต่อวัน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เริ่มมีการเจริญเติบโตในด้านต่างๆ อย่างมาก โดยเฉพาะด้านอาคารสถานที่ที่เพิ่มมากขึ้น มีการเพิ่มขึ้นของผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะเสี่ยงและลดภาวะที่จะก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินของทางราชการหากเกิดเหตุอัคคีภัยภายในโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความปลอดภัยภายในหน่วยงานของรัฐ โดยเฉพาะตำแหน่งนักจัดการ

งานทั่วไป ต้องรับผิดชอบและบริหารจัดการงานอาคารสถานที่ให้มีประสิทธิภาพ (มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 : วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ.2552) ต้องมีการวางระบบบริหารจัดการอาคารสถานที่ สภาพแวดล้อม ให้เป็นไปตามระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นการคุ้มครองสวัสดิภาพแรงงาน และคุ้มครองผู้บริโภคแก่ผู้มารับบริการในสถานบริการ สาธารณสุขให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรเกิดความพร้อมในการป้องกันและระงับอัคคีภัยระดับต้น ผู้เผชิญเหตุสามารถระงับอัคคีภัยเบื้องต้นได้ และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตามแนวทางการจัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย ในหน่วยบริการสาธารณสุขของสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2557 และปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านอาคารและสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรและผู้มาใช้บริการภายในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เกิดความมั่นใจและไว้วางใจ เมื่อมาใช้บริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จะมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

ดังนั้น การค้นหาปัจจัยทางการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพียงใดนั้น จำเป็นต้องใช้แนวคิดทรัพยากรการบริหาร (Management Resources) หมายถึง ปัจจัยที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อการจัดการทรัพยากรในการบริหารที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) และความรู้ทางการบริหารจัดการ (Management) ที่เรียกกันย่อๆว่า 4M's (ธงชัย สันติวงษ์, 2531, หน้า 1-7) จะส่งผลให้องค์กรมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ซึ่งเห็นได้จากงานวิจัยของ ประสิทธิ์ ไชยเวช (2550, บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรการด้านการช่วยเหลือผู้ประสบอัคคีภัยของสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การใช้หลัก 4M's มาบริหารจัดการทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา “ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี” โดยใช้หลัก 4M's ซึ่งหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่องานป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

## เครื่องมือและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อค้นหา ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัย ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในสังกัดโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่ปฏิบัติงานอยู่ในปี 2560 จำนวน 1,553 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้าราชการ 150 คน พนักงานราชการ 77 คน พนักงานกระทรวง 44 คน ลูกจ้างประจำ 20 คน และลูกจ้างชั่วคราว 15 คน จำนวน 306 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage Random Sampling) กำหนดขนาดโดยใช้ตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie Morgan)

เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบให้เลือก (Check List)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ บุคลากร, งบประมาณ, วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 อันดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 อันดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

แบบสอบถามทุกชุดผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย (1) การหาความตรงตามเนื้อหา (Content

Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมทางเนื้อหา เกณฑ์การให้คะแนนการแปลผล และนำข้อเสนอแนะต่างๆ มาปรับปรุงแก้ไขและ (2) การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีการดังนี้

1. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูล

2. จัดเตรียมแบบสอบถามให้เพียงพอกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้ศึกษาส่งแบบสอบถามและจัดเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตัวเองทั้งหมด

4. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนจำนวน 306 ฉบับ มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการตอบคำถาม

5. นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบแล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1.) หาค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.) วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย โดยใช้โปรแกรม SPSS for Window วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังนี้

1.) สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการ งานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัย ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation)

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	182	59.48
หญิง	124	40.52
<b>อายุ</b>		
20 – 30 ปี	30	9.80
31 – 40 ปี	125	40.84
41 – 50 ปี	106	34.64
51 – 60 ปี	45	14.70
<b>ตำแหน่ง</b>		
ข้าราชการ	150	49.01
พนักงานราชการ	77	25.16
พนักงานกระทรวง	44	14.37
ลูกจ้างประจำ	20	6.53
ลูกจ้างชั่วคราว	15	4.90
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.	45	14.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.	21	6.86
อนุปริญญา/ปวส.	33	10.78
ปริญญาตรี	172	56.20
สูงกว่าปริญญาตรี	35	11.43

2. ปัจจัยการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.74$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านบุคลากร ( $\bar{X}=3.79$ ) , รองลงมาด้านบริหารจัดการ ( $\bar{X}=3.78$ ) และด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $\bar{X}=3.73$ ) ตามลำดับ

2.1. ผลการวิเคราะห์เป็นรายข้อแต่ละด้าน พบว่า

2.1.1 ด้านบุคลากร โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.79$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในปฏิบัติงานป้องกันและระงับอัคคีภัยมีความพอเพียงที่พร้อมปฏิบัติหน้าที่ควบคุมเพลิงไหม้เบื้องต้น ( $\bar{X}=4.03$ ) รองลงมาบุคลากรได้รับการฝึกซ้อมอพยพหนีไฟและการดับเพลิงเบื้องต้น เป็นประจำทุกปี ( $\bar{X}=4.00$ ) และบุคลากรปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามแผนอย่างถูกต้อง ( $\bar{X}=3.83$ ) ตามลำดับ

2.1.2 ด้านงบประมาณ โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.60$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบ ว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มีการจัดตั้งแผนงบประมาณประจำปีสำหรับการบริหารจัดการในงานป้องกันและระงับอัคคีภัยที่เพียงพอ ( $\bar{X}=3.71$ ) รองลงมา มีการตรวจสอบการเบิกจ่ายงบประมาณในการปฏิบัติงานป้องกันและระงับอัคคีภัยเป็นไปตามระเบียบ ( $\bar{X}=3.67$ ) และ มีการตั้งงบประมาณเพื่อบูรณะฟื้นฟู และเยียวยาผู้ประสบเหตุเพลิงไหม้ ( $\bar{X}=3.64$ ) ตามลำดับ

2.1.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.73$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มีการติดตั้งอุปกรณ์ดับเพลิงครอบคลุมพื้นที่เสี่ยง ( $\bar{X}=3.87$ ) รองลงมา มีการทดสอบตรวจตราวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ให้มีสภาพพร้อมใช้งานอย่างสม่ำเสมอ ( $\bar{X}=3.76$ ) และมีวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอัคคีภัย ( $\bar{X}=3.73$ ) ตามลำดับ

2.1.4 ด้านการบริหารจัดการ โดยรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.78$ ) เมื่อพิจารณาเป็น รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มีการจัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยที่เป็นไปตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขและระเบียบกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ( $\bar{X}=3.88$ ) รองลงมา มีการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก เป็นอย่างดี ( $\bar{X}=3.80$ ) และมีการฝึกอบรมดับเพลิงและอพยพหนีไฟเป็นประจำทุกปี เป็นประจำทุกปี ( $\bar{X}=3.82$ ) ตามลำดับ

3. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.88$ ) และเมื่อพิจารณา เป็นรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานป้องกันและระงับอัคคีภัยปฏิบัติหน้าที่ควบคุมเพลิงไหม้เบื้องต้นได้ทันเวลา ( $\bar{X}= 4.01$ ) , รองลงมา มีการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกในการให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ( $\bar{X}= 4.01$ ) และเจ้าหน้าที่ฝึกซ้อมตามแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย ( $\bar{X}= 3.97$ ) ตามลำดับ

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

4.1. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหาร จัดการงานป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ตัวแปร มีค่าเป็นบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าตั้งแต่ 0.21-0.81 แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์มีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมาก

4.2 ค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการงาน ป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีค่าความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรทุกตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเรียงลำดับดังนี้ ด้านการบริหารจัดการ ( $R=0.81$ ) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $R= 0.72$ ) ด้านบุคลากร ( $R=0.48$ ) ด้านงบประมาณ ( $R=0.35$ )

5. ผลการวิเคราะห์ ข้อมูล การสร้างสมการพยากรณ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการจากปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

5.1. มี 2 ด้าน จากทั้งหมด 4 ด้าน ซึ่งร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการบริหารจัดการจากปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ด้านการบริหารจัดการ และด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยทั้ง 2 ด้าน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.846 สามารถอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ได้ร้อยละ 71.60

## อภิปรายและวิจารณ์

ผลจากการศึกษา ผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปรายปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการ บริหารจัดการงานป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ดังนี้

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก และในรายด้าน พบว่า ด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานป้องกันและระงับอัคคีภัยมีความพอเพียงที่พร้อมปฏิบัติหน้าที่ควบคุมเพลิงไหม้เบื้องต้นตลอดจนบุคลากรได้รับการฝึกซ้อมอพยพหนีไฟและการดับเพลิงเบื้องต้นเป็นประจำทุกปี และบุคลากรปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามแผนอย่างถูกต้อง เป็นผู้สร้างความสำเร็จให้กิจกรรมในองค์กร สอดคล้องกับนิพพานันท์ จรัสมาธูสร (2550, บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการป้องกันและระงับอัคคีภัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : กรณีศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ด้านบุคลากร เป็นปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานป้องกันและระงับอัคคีภัย

2. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และในรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องในปฏิบัติงานป้องกันและระงับอัคคีภัยมีความพอเพียงที่พร้อมปฏิบัติหน้าที่ควบคุมเพลิงไหม้เบื้องต้นทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติ หน้าที่ของบุคลากรต้องมีการเตรียมความพร้อมจัดเวรเฝ้าระวังการเกิดอัคคีภัยตลอดเวลา เพื่อป้องกันการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินของราชการ สอดคล้องกับ นิรมล กิติกุล (2549, หน้า 17) ได้ให้ความหมายประสิทธิภาพ หมายถึง การทำงานที่มีการกำหนด

เป้าหมายไว้ดำเนินงานให้ได้ผลงานมากที่สุด จะต้องไม่เปลืองเวลา ทรัพยากรต่างๆ ประสิทธิภาพจะเปรียบเทียบกันระหว่างผลงานที่ได้กับค่าใช้จ่ายหรือการสูญเสียที่ต้องใช้ในการทำงานนั้นๆ

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ด้านการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สอดคล้องกับ อุมารณณ์ ชันนไพโร (2550, บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่นพบว่าด้านกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น

4. สมการพยากรณ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ผลการศึกษาพบว่า ด้านที่มีอำนาจพยากรณ์ที่ดีในการพยากรณ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัย ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี มี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการและด้านวัสดุอุปกรณ์ ได้ร้อยละ 71.6 สอดคล้องกับ เนตรพัฒนา ยาวีราช (2550, หน้า 3) ได้กล่าวถึงประสิทธิภาพการจัดการ หมายถึง การที่ผู้บริหารใช้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ในองค์กรให้บังเกิดผลตามเป้าหมายที่กำหนดโดยใช้ทรัพยากรทางการบริหารในจำนวนน้อย แต่มีผลลัพธ์ที่มีมากกว่าทรัพยากรที่ใช้ไป

## สรุปและข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลศึกษาไปใช้

1.1 จากผลการศึกษาพบว่า ด้านการบริหารจัดการ เป็นตัวพยากรณ์ประสิทธิภาพ การบริหารจัดการจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลให้สำหรับผู้บริหารเพื่อนำไปหาวิธีการบริหารจัดการ โดยเน้นให้มีการจัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยที่เป็นไปตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขและระเบียบกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีใน

การประสานงานกับหน่วยงานภายนอกเพื่อประโยชน์ในการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุอัคคีภัยภายในโรงพยาบาลและจัดให้มีการฝึกอบรมดับเพลิงและอพยพหนีไฟเป็นประจำทุกปี เพื่อสร้างความชำนาญให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องและเป็นการทบทวนปรับปรุงแผนเป็นประจำ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัย ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

1.2 ด้านวัสดุอุปกรณ์ รong ลงมา เป็นตัวพยากรณ์ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการติดตั้งอุปกรณ์ดับเพลิงให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่เสี่ยง และมอบหมายให้บุคลากรมีการทดสอบตรวจตราวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ให้มีสภาพพร้อมใช้งานอย่างสม่ำเสมอ และวัสดุอุปกรณ์ต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติงานในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอัคคีภัยได้อย่างทันท่วงที

### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจเพิ่มตัวแปรในการศึกษาด้านอื่นๆ นอกเหนือที่ใช้ในครั้งนี เช่น ด้านเวลา (Minute) ด้านวิธีการทำงาน (Method) เป็นต้น เพราะอาจมีปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานป้องกันและระงับเหตุอัคคีภัยของโรงพยาบาลอื่นๆ ด้วย

2.2 ในการศึกษาครั้งนี้ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เท่านั้น ในการศึกษา ครั้งต่อไปควรศึกษาในประชากรโรงพยาบาลอื่นๆ ด้วย

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ต้องขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ทั้งเทศบาลเมืองปราจีนบุรี องค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม คุณมาละณี จินดารัตน์ และคณะเจ้าหน้าที่จากศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เขต 3 อำเภอบึงสามพัน โดยเฉพา นายแพทย์จรัญ บุญฤทธิการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่ได้สนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆ เรื่อง และที่สำคัญคือ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ตลอดจนนักวิชาการทุกท่านที่ผู้วิจัยได้นำผลงานอ้างอิงมาประกอบการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานการวิจัยฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ เป็นแนวทางในการพัฒนา

บุคลากรด้านการป้องกันและระงับอัคคีภัย ให้กับหน่วยงานต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การลดความสูญเสียในชีวิต และทรัพย์สินของทางราชการที่เกิดจากอัคคีภัยได้

## เอกสารอ้างอิง

1. มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง (ม.ป.ป.) ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 : วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ.2552
2. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการรักษาความปลอดภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (2552, 13 มีนาคม) ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 39 ง
3. ธงชัย สันติวงษ์. (2531). หลักการจัดการ. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิชย์.
4. นิพากรณ์ จรัสมาธูสร. (2550). ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการป้องกันและระงับอัคคีภัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัด สมุทรสาคร. การศึกษาค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. นิรมล กิตติกุล. (2549). องค์การและการจัดการ. (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. เนตรพัฒนา ยาวีราช. (2550). การจัดการสมัยใหม่. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ทริปเพิ้ลกรุ๊ป.
7. ประสิทธิ์ ไชยเวช. (2550). ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ตามมาตรการด้านการช่วยเหลือผู้ประสบอัคคีภัยของสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการค้นคว้าแบบอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
8. อุมารณ์ ขันนัไพร. (2550). ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์การบริหารสาธารณสุขมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

# การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต กรณีศึกษา โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย The Development of Nursing Services System of Traffic accident patients care in life-threatening condition. Case study of Chiangraiprachanukrao hospital, Chiangrai province

สรिया ทวีกุล  
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

## บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงประยุกต์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการจำแนกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต 2) ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยการสังเคราะห์ข้อมูลประชากรจากเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ศึกษาเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตจำนวน 123 ฉบับ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ และใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนาระบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนภาวะคุกคามชีวิตและแบบบันทึกการติดตามประเมินผลที่สร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนและการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ จากนั้นทำการศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้น ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มจากผู้แสดงทางสังคมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการสังเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าในเวชระเบียน 123 ฉบับ เป็นข้อมูลเพศชาย ร้อยละ 69.92 เพศหญิง ร้อยละ 30.08 เป็นผู้ป่วยประเภท Resuscitate ร้อยละ 8.94, Emergency ร้อยละ 43.09, Urgent ร้อยละ 47.97 โดยร้อยละ 81.30 มีระยะเวลาในการนอนรักษาตัว 1-7 วัน หลังรับไว้มีสถานะภาพจำหน่าย ร้อยละ 82.10%, เสียชีวิตร้อยละ 9.76 พยาบาลร้อยละ 94.31 ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต ครบถ้วนและ ดำเนินการสนทนากลุ่มตลอดจนสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้ ได้รูปแบบ/แนวทาง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต จากผลการประเมินรูปแบบพบว่าร้อยละ 100 เห็นด้วยกับการพัฒนาระบบบริการพยาบาล ข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในภาวะคุกคามชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดเชียงรายต่อไป

ข้อเสนอแนะระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตควรมีการปรับระบบบริการพยาบาลตั้งแต่การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย ในประเด็นการบริหาร การบริการ และระบบการพยาบาล

**คำสำคัญ:** ระบบบริการพยาบาล,ผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนน, ภาวะคุกคามชีวิต

## ABSTRACT

This applied research is retrospective collection Data. Objectives of this research were to : 1) to study on traffic accident patients care classification in life threatening condition. 2) to make policy suggestions on nursing services system of Traffic accident patients care in life threatening condition, Emergency Department Chiangrai Prachanukroh Hospital. The scope of population were medical records. Sample was Traffic accident patients care in life threatening condition 123 issues. Framework was Systems Theory. Use Evidence-Based Practice Model for development nursing services system, Tools used is a follow-up patients. Created to collect information about patients care. Approach to patient care and life-threatening accident condition. The data was analyzed by the frequency distribution numbers and percent. Finally, development the Policy Recommendations of nursing services system of Traffic accident from 15 persons of social actors, Data were analysis by content analyses.

Results of the medical records 123 issues was male 86 cases( 69.92%) Female 37 cases( 30.08%). The patients category were resuscitate 11 cases( 8.94%) emergency 53 cases( 43.09%) urgent 59 cases(47.97% ), A duration of admit 1-7 days have most 100 cases( 81.30%). The status after admit in hospital were discharge highest 101 cases (82.10%) Died 12 cases (9.76%) Nurses used practice guidelines for accident patients care in the life-threatening to comply fully 116 cases( 94.31%) and 100% agree with the development of nursing services system. Data can be useful to development nursing services system in life-threatening condition such as Traffic accident patients care in Chiangrai Province.

Suggestions for development of nursing services system of Traffic accident patients care in life threatening condition. Also the guidelines should seek to improve the nursing services system to become a proactive operation that needs to have strong collaborative partnerships with all sectors in Pre-hospital Emergency Care System, in hospital and Postdischarge Care for administration systems, services system and nursing cares system.

**Key Word:** nursing services system, accidents patients , in life-threatening



## บทนำ

สภาวะการณ์ในปัจจุบันพบว่า สถานการณ์อุบัติเหตุ ทั่วความรุนแรง ขยายเป็นวงกว้าง สร้างความเสียหายต่อชีวิต ครอบครัว ชุมชน สังคมทั้งขนาดเล็กไปจนถึงชุมชนสังคมขนาดใหญ่ และสร้างความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินเป็นจำนวนมาก ถึงแม้ว่าในช่วงที่ผ่านมา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้พยายามสร้างการรับรู้ในเรื่องเกี่ยวกับอุบัติเหตุและการป้องกัน ทั้งการประชาสัมพันธ์ รมรณรงค์สร้างความรู้ เผยแพร่ข่าวสาร การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือในเทศกาลต่างๆ เป็นต้น แต่แนวปฏิบัติดังกล่าวไม่ได้ช่วยทำให้การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุลดลง โดยพบว่าอุบัติเหตุ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้บาดเจ็บอยู่ในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ผู้บาดเจ็บอาจมีอันตรายถึงชีวิตอย่างทันทีทันใด ช่วงเวลาของผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ มี 3 ระยะ โดยร้อยละ 50 ของผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิต จะเสียชีวิตในช่วงระยะเวลาแรก (Immediate death) (Veena Chatrath et al., 2015) ผู้บาดเจ็บจะเสียชีวิตโดยไม่สามารถช่วยเหลือใดๆ ได้ การบาดเจ็บมักมีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการฉีกขาดของสมองหรือก้านสมอง การบาดเจ็บที่หัวใจหรือเส้นเลือดที่เลี้ยงหัวใจ หรือการบาดเจ็บของเส้นเลือดที่ขนาดใหญ่ หรือระบบทางเดินหายใจอุดตัน ผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใดก็มีโอกาสรอดชีวิตยาก ประมาณร้อยละ 30 ของผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตจะเสียชีวิตในช่วงระยะเวลาที่สอง (Early death) ซึ่งมีระยะเวลา 2-3 ชั่วโมง ภายหลังจากการบาดเจ็บ เนื่องจากในช่วงเวลานี้ถ้ามีการประเมินสภาวะผู้บาดเจ็บอย่างรวดเร็ว เพื่อค้นหาภาวะคุกคามของชีวิต (Life-threatening Condition) หากมีการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ดี มีการเคลื่อนย้ายที่รวดเร็วและถูกต้องภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังจากการบาดเจ็บ ผู้บาดเจ็บจะมีโอกาสรอดชีวิต ในระยะที่ 3 (Late death) พบร้อยละ 20 ผู้บาดเจ็บจะเสียชีวิตหลังจากอุบัติเหตุแล้วหลายวัน

จังหวัดเชียงรายมีศูนย์อำนวยการปลอดภัยทางถนน ดำเนินการแก้ไขปัญหา แต่ยังไม่สามารถลดการเสียชีวิตลงได้ เนื่องจากเป็นการดำเนินงานตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขาดพลังของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้วยทิศทางเดียวกัน จากกรณีวิเคราะห์ของผู้วิจัย พบว่า จุดอ่อนของการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจากรออยู่ที่การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ขาดการใช้ข้อมูลร่วมกัน ขาดการประเมินที่เป็นระบบ ดังนั้น ความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย และสามารถแก้ไขด้วยการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลและด้วยมาตรการ

ที่เหมาะสม (โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2559) โดยการประสานของบุคลากรโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 767 เตียงเป็นศูนย์ตติยภูมิด้านอุบัติเหตุในเขตภาคเหนือตอนบน จากสถิติรายงานประจำปี พ.ศ.2555 พบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนที่มาใช้บริการ มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจาก 7,577 รายในปีพ.ศ.2554 เป็น 7,858 ราย ส่งผลให้อัตราการครองเตียงสูงขึ้นโดยเฉพาะช่วงเทศกาล (โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2559) โดยได้พัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ตั้งแต่การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital), การดูแลในโรงพยาบาล (In-Hospital), การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Post-Hospital) มีการนำมาตรฐานการดูแลผู้บาดเจ็บสำหรับแพทย์ที่วิทยาลัย ศัลยแพทย์สหรัฐอเมริกาเป็นผู้กำหนดขึ้น มาใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้บาดเจ็บ ประกอบด้วย ABCDE ได้แก่ ทางเดินหายใจ (Airway), การหายใจ (Breathing), การไหลเวียนโลหิต (Circulation), ความผิดปกติ/ผิดปกติของอวัยวะอื่นๆ (Disability) และส่วนที่เปิดออก (Exposure) โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต ให้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง เหมาะสมกับสภาพปัญหา สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

จากข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในปีพ.ศ.2556 (Hospital Profile) โดยการทบทวนปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Practice Triggers) พบว่า พยาบาลยังขาดทักษะในการประเมินทำให้การจำแนกผู้บาดเจ็บผิดพลาด ขาดความชัดเจนไม่ครอบคลุมไม่ทันสมัย ผู้ปฏิบัติขาดความรู้ ปฏิบัติตามความเคยชิน ไม่มีการเตรียมพร้อมก่อนการปฏิบัติงาน ไม่มีการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ไม่มีข้อมูลพื้นฐานเชิงประจักษ์ของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ชัดเจนเพียงพอ ผู้วิจัยจึงได้สำรวจข้อมูลโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินย้อนหลัง ข้อมูลที่ได้จะสะท้อนสภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนน ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล และระยะหลังการจำหน่าย ดังนั้นพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มีทักษะในการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ มีการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บอย่างเป็นระบบ สามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ส่งผลให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างรวดเร็ว สามารถนำข้อมูลที่ได้ปฏิบัติมาวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตให้มีประสิทธิภาพ และทีมการรักษาพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนปลอดภัย ครอบคลุมเครือข่ายสุขภาพในอนาคต

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสภาพ การจำแนกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต
2. ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นในการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital), การดูแลในโรงพยาบาล (In -Hospital), การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Post - Hospital) ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต

## เครื่องมือและวิธีการศึกษา

1. ขั้นตอนการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต ใช้รูปแบบ Evidence-Based Practice Model (Soukup, S. M. ,2000) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Evidence-triggered Phase เป็นการค้นหาปัญหาจากข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) และการพัฒนาการปฏิบัติงานทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 2 Evidence-supported phase เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแหล่งความรู้ แล้วนำมาสังเคราะห์เพื่อกำหนดรูปแบบ วิธีหรือแนวปฏิบัติ ที่ได้มาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 3 Evidence-observed phase เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยการศึกษา นำร่องเพื่อหาความกระจัดชัดเจน

ขั้นตอนที่ 4 Evidence-based phase เป็นการใช้นโยบายปฏิบัติสู่การพัฒนากระบวนการพยาบาลที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และการประเมินผล ทบทวน พัฒนาต่อยอด ขยายผลสู่เครือข่าย

2. การประเมินสภาพ การจำแนกประเภทผู้ป่วย อุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต

ทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปี พ.ศ.2559

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปี พ.ศ.2559 โดยดำเนินการจัดเก็บจากประชากรทั้งหมดจากเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต จำนวน 123 คน ที่มีข้อมูลผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าในการศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้

1. ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในช่วงเดือน มกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2559

2. เวชระเบียนที่มีข้อมูลครบถ้วนตามตัวแปรที่วิจัยตามเกณฑ์คัดเข้าพบเวชระเบียนที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์

3. วิธีศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต

1) สัมมนาเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตโดยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group Interview) ซึ่งคัดเลือกจากผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน เพื่อรวบรวมประเด็นปัญหาและปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต แล้วนำมาสรุปเป็นประเด็น โดยคัดเลือกจากรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน และผู้แทนกลุ่มเอกชนผู้ไม่แสวงหาผลกำไรในการบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน จากนั้นนำข้อมูลสารสนเทศที่ได้มาประมวลเข้าด้วยกันโดยการสังเคราะห์เนื้อหา (Content Synthesis) เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) กับผู้บริหารเพื่อประมวลสาระสำคัญเรื่องระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต โดยผู้วิจัยได้จัดส่งแนวการสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาก่อนการสัมภาษณ์อย่างน้อย 1 สัปดาห์ จากผู้บริหารโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ที่มีประสบการณ์ในการระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนไม่น้อยกว่า 1 ปี

3) การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ใช้รูปแบบการวิเคราะห์เนื้อหา

4) ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความเหมาะสมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต

2) แบบบันทึกการติดตามการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยตามแนวการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนภาวะคุกคามชีวิต

3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล

## การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

- 1) ทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
- 2) วางแผนรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนน จากระบบฐานข้อมูล ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และประสานศูนย์ข้อมูลของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ในการขอเข้าศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนน
- 3) ทบทวน ศึกษาเวชระเบียน ในตัวแปรที่เกี่ยวข้อง
- 4) เก็บรวบรวมข้อมูล สรุปลงข้อมูลที่ได้และประสานข้อมูลเพิ่มในส่วนที่ไม่ครบถ้วน ซึ่งหากไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้สมบูรณ์ครบถ้วน จะคัดเวชระเบียนนั้นออกจากการวิจัย
- 5) วิเคราะห์ข้อมูล สรุปลงผลและนำเสนอผลการวิจัย

## วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ การประเมินสภาพ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น หมวกนิรภัย, ดื่มสุรา, เร็ว, ประมาทและอื่นๆ ประเภทผู้ป่วย ภาวะเสี่ยง ภาวะคุกคามชีวิต การช่วยเหลือเบื้องต้น การผ่าตัด การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล สถานภาพ ค่ารักษาพยาบาล การผ่าตัด และแผนการจำหน่าย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละและความถี่

## ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านรูปแบบ ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice Model)

ขอบเขตด้านข้อมูลใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (retrospective collection Data) จากเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ใช้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) และเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต

ขอบเขตด้านระยะเวลา จัดเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2559

## นิยามศัพท์

ผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต หมายถึง ผู้บาดเจ็บจากการใช้รถใช้ถนน เช่นการชน ล้ม แผลบ และอื่นๆ

ทำให้มีการบาดเจ็บที่รุนแรง หรือการฉีกขาดของสมองหรือก้านสมอง หัวใจหรือเส้นเลือดที่เลี้ยงหัวใจ หรือเส้นเลือดที่ขนาดใหญ่ หรือระบบทางเดินหายใจอุดตัน และระบบอวัยวะอื่นๆ ส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิต

การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง การดูแลเกี่ยวกับประเมินอาการ การบาดเจ็บ เพื่อค้นหาและวินิจฉัยสาเหตุ ตั้งแต่ประเมินทางเดินหายใจโดยดูแลและ ตรวจสอบทางเดินหายใจให้โล่งตลอดเวลา กรณีที่มีการอุดตันในทางเดินหายใจให้การช่วยเหลือโดยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับ O<sub>2</sub> อย่างเพียงพอ ฟังเสียงลมผ่านปอด วัดสัญญาณชีพ ประเมินสัญญาณทางระบบประสาท และวัดค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจน (O<sub>2</sub> saturation) กรณีที่มีบาดแผล เลือดออก ให้ห้ามเลือด ประเมินภาวะช็อก และการค้นหาความผิดปกติ และผิดปกติของอวัยวะอื่นๆ รวมทั้งส่วนของอวัยวะที่เป็ดออก ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ก่อนถึงโรงพยาบาล ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

## ผลการวิจัย

### 1. ลักษณะทั่วไป

จากเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่รับไว้นอน รวม 7,335 ฉบับ เป็นผู้ป่วยที่ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรับไว้นอนในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 1,511 ฉบับ (ร้อยละ 20.60) โดยเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตครบถ้วนตามตัวแปร จำนวน 123 ฉบับ (ร้อยละ 8.14) พบเป็นข้อมูลเพศชาย 86 ราย (ร้อยละ 69.92) เป็นผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน (urgent) 59 ราย (ร้อยละ 47.97) ประเภทฉุกเฉินมาก (emergent) 53 ราย (ร้อยละ 43.09) และประเภทวิกฤติ (Resuscitate) 11 ราย (ร้อยละ 8.94) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 101 ราย (ร้อยละ 82.10) เสียชีวิต 12 ราย (ร้อยละ 9.76) กลุ่มตัวอย่างที่มีวันนอน 1-7 วันเป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย มีจำนวน 100 ราย (ร้อยละ 81.30) มีวันนอน 8-14 วันเป็นการบาดเจ็บปานกลาง มีจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 13.01) เป็นการบาดเจ็บสาหัส 3 ราย (ร้อยละ 2.44) ด้านค่ารักษาพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ารักษาพยาบาลที่ 10,001 – 50,000 บาท มีจำนวน 48 ราย (ร้อยละ 39.02) ทุกรายมีแผนการจำหน่ายถูกต้องร้อยละ 100 โดยร้อยละ 43.09 เคยประสบอุบัติเหตุ และร้อยละ 56.91 ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงก่อนเกิดเหตุคือไม่สวมหมวกนิรภัย 76.34% ดื่มสุรา 46.34% ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย 36.67% (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 123 ราย

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	86	69.92
หญิง	37	30.08
<b>ประเภทผู้ป่วย</b>		
เร่งด่วน (Urgent )	19	15.45
ฉุกเฉิน (Emergency)	53	43.09
วิกฤติ (Resuscitate)	51	41.46
<b>สถานภาพหลังรับไว้นอน</b>		
จำหน่าย	101	82.10
เสียชีวิต	12	9.76
ย้าย	6	4.88
ปฏิเสธการรักษา	2	1.63
ส่งต่อ	2	1.63
<b>จำนวนวันนอน/การบาดเจ็บ</b>		
1 -7 วัน(บาดเจ็บเล็กน้อย)	100	81.30
8 -14วัน(บาดเจ็บปานกลาง)	16	13.01
15 - 21 วัน(บาดเจ็บรุนแรง)	4	3.25
22 วันขึ้นไป(บาดเจ็บสาหัส)	3	2.44
ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ค่ารักษาพยาบาล</b>		
น้อยกว่า 5,000 บาท	22	17.89
5,001 - 10,000 บาท	37	30.08
10,001 - 50,000 บาท	48	39.02
50,001 - 100,000 บาท	11	8.94
มากกว่า 100,000 บาท	5	4.07
<b>ภาวะเสี่ยงการประสบอุบัติเหตุ</b>		
เคย	53	43.09
ไม่เคย	70	56.91
<b>*พฤติกรรมเสี่ยงก่อนเกิดเหตุ</b>		
ไม่สวมหมวกนิรภัย	71	76.34
ดื่มสุรา	52	42.27
ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	11	36.67

\* หมายถึง ผู้ป่วย 1 ราย มีพฤติกรรมเสี่ยงได้มากกว่า 1 รายการ

2. การช่วยเหลือเบื้องต้น ก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น ก่อนถึงโรงพยาบาลจากการบันทึกในเวชระเบียน ส่วนใหญ่ต้องการ การให้สารน้ำและการดูแลขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากที่สุด ร้อยละ 65.85 การดูแลการหายใจที่จำเป็นเหมาะสม โดยการให้ออกซิเจนแบบ mask ร้อยละ 55.28 การให้ออกซิเจนแบบ mask with bag ร้อยละ 29.27 (ดังตารางที่ 2)

3. การช่วยเหลือในห้องฉุกเฉิน และการดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตได้รับการช่วยเหลือในห้องฉุกเฉิน และการดูแลต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยต้องการในการประเมินซ้ำร้อยละ 100 โดยพบว่าการจำแนกประเภทมีเปลี่ยนแปลง 35 ราย (ร้อยละ 28.46) โดยมีเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 23 ราย (ร้อยละ 65.71) แย่ลงจากเดิม 12 ราย (ร้อยละ 34.29) พบมีสัญญาณชีพไม่คงที่ 61 ราย (ร้อยละ 49.59) ช่วยฟื้นคืนชีพ 39 ราย (ร้อยละ 31.71) เตรียมผ่าตัดด่วน 41 ราย (ร้อยละ 33.33) เตรียมช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 15 ราย (ร้อยละ 12.20) (ดังตารางที่ 3)

## อภิปรายและวิจารณ์

ผลการวิจัย แสดงให้เห็นถึงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต ของระบบบริการพยาบาล ตั้งแต่การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย และการนำแนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุไปใช้ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเด็นที่สำคัญตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ด้านการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต เป็นการปฏิบัติบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre -Hospital), การดูแลในโรงพยาบาล (In -Hospital), การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Post - Hospital) ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในช่วงเวลานาทีทองของชีวิต การประเมินที่เป็นระบบ รวดเร็ว ทีมการรักษาพยาบาลมีความเข้าใจตรงกัน ใช้แนวทางเดียวกันในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิต โดยมีการทบทวนเวชระเบียน มีการค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) มีการพัฒนาการปฏิบัติงานทางคลินิกจากความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการ (Knowledge triggers) จากแหล่งความรู้ แล้วนำมาสังเคราะห์เพื่อกำหนดรูปแบบ วิธีหรือแนวปฏิบัติ ที่ได้มาตรฐานสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

นำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติในงาน พัฒนาแนวปฏิบัติ (Dries,D.J.,2006) และร่วมกันพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน มีการปรับปรุงระบบประสานงาน การให้คำปรึกษา การรายงาน การส่งต่อ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อ การช่วยเหลือแก่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านระบบบริการพยาบาลการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพโดยพยาบาล และตัดสินใจให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรฐานโดยการเปิดทางเดินหายใจ (Open airway) และดูแลการหายใจที่เหมาะสม โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ และการให้ออกซิเจนที่เพียงพอ เหมาะสม เช่น on mask หรือ on mask with bag และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อช่วยในการไหลเวียนเลือด ทดแทนสารน้ำ และเกลือแร่ การทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในภาวะคุกคามชีวิตของพยาบาล ส่งผลต่อระยะเวลาในการนอน และโอกาสรอดชีวิต โดยพบว่าผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตทุกรายมีการประเมิน จำแนกประเภท โดยพยาบาลวิชาชีพและทีม ตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งสามารถรักษาภาวะพร่อง O<sub>2</sub> ได้ดี เมื่อได้รับการประเมินซ้ำ (Secondary survey) การประเมินสภาวะพร่อง O<sub>2</sub> และการใช้เครื่องมือพิเศษ เพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดถือเป็นเรื่องจำเป็นในอันที่จะช่วยเสริมการตัดสินใจ การมีทีมงานที่มีความรู้ ความสามารถ ทำงานสอดคล้องกับสภาพปัญหา และการมีผู้นำทีมที่ดี สามารถตัดสินใจ สั่งการช่วยเหลือ แทนแพทย์ได้ เช่นการดูแลช่วยเหลือโดยการ on mask with Reservoir Bag 12-15 ลิตร/นาที ซึ่งนับเป็นทักษะที่สำคัญที่ต้องได้รับการเรียน และฝึกฝน จนเกิดเป็นทักษะที่เชี่ยวชาญ ยากต่อการลอกเลียนแบบและมีคุณค่าที่จะคงติดตัวตลอดการทำงาน การให้การช่วยเหลือและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต ที่ถูกต้อง รวดเร็วตามมาตรฐาน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต (Wrathall, G., Sinclair, R.,2006) สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ โดยพบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุในภาวะคุกคามชีวิตที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล รอดชีวิต ร้อยละ 90.24 ได้รับการผ่าตัดและมีชีวิตรอด ร้อยละ 94.57 ได้รับการผ่าตัดและเสียชีวิต ร้อยละ 5.32 โดยผู้เสียชีวิตทุกราย ที่ได้รับการบริการพยาบาลในภาวะคุกคามชีวิตที่เหมาะสมและ เพียงพอ ตามมาตรฐาน ABCDE จากพยาบาล สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ อย่างมีมาตรฐานเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในภาวะคุกคามชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัด เชียงราย (ดังตารางที่ 2) สอดคล้องกับการค้นคว้าที่ว่า การประเมินการบาดเจ็บอย่างเป็นระบบ ครบถ้วนและตามลำดับ ความสำคัญของปัญหาที่คุกคามชีวิต ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัย. (Muhlberg, A. H., Ruth-Sahd, L ,2004)

**ตารางที่ 2** การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนถึงโรงพยาบาลการดูแลต่อเนื่อง

การช่วยเหลือเบื้องต้น	จำนวน	ร้อยละ
ใส่ท่อช่วยหายใจ/การดูแล	19	15.45
ให้ออกซิเจน mask	68	55.28
ให้ออกซิเจน mask with bag	36	29.27
ให้สารน้ำทางหลอดเลือด/การดูแล	81	65.85

\* หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 รายอาจได้รับการช่วยเหลือมากกว่า 1 รายการ

**ตารางที่ 3** การช่วยเหลือในห้องฉุกเฉิน/การดูแลต่อเนื่อง

การช่วยเหลือในห้องฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
ประเมินซ้ำพบการจำแนกประเภทเปลี่ยน	35	28.46
ประเมินซ้ำพบสัญญาณชีพไม่คงที่	61	49.59
ช่วยฟื้นคืนชีพ	39	31.71
เตรียมผ่าตัดด่วน	41	33.33
เตรียมช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ	15	12.20
Open Heart	1	0.81
ให้เลือด	51	41.46

\* หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 รายอาจได้รับการช่วยเหลือมากกว่า 1 รายการ

จากการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการเตรียมความพร้อมของระบบบริการพยาบาลที่ดี เป็นหัวใจของการบริการผู้ป่วยในภาวะคุกคามชีวิต บุคลากรทุกคนต้องมีสมรรถนะ มีองค์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ความชำนาญในการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยรวมถึงการจัดเตรียมสถานบริการ จัดสิ่งแวดล้อมในการรองรับในทุกสถานการณ์ การประเมินสภาวะการณีกายใต้ ข้อมูลที่แม่นยำถูกต้องในเวลาจำกัดเป็นเรื่องที่ต้องตระหนัก เพราะจะช่วยให้การตัดสินใจ รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ การมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบอย่างจริงจังเป็นสิ่งที่จะต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง การติดตามประเมินผลช่วยบรรเทาความรุนแรง ลดความผิดพลาด การสามารถค้นพบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอุบัติเหตุ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน และในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) มักจะพบว่า การประเมินสภาวะเบื้องต้น อย่างมีทักษะที่เชี่ยวชาญ รวดเร็ว ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิต (Life threatening conditions) การตัดสินใจช่วยเหลือที่รวดเร็วเหมาะสม เพียงพอ ส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิต ในขณะที่เดียวกันถ้าการประเมินเบื้องต้น ผิดพลาด ล่าช้า ย่อมส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ง่าย ดังนั้น การประเมินสภาวะผู้ป่วยที่จำเป็นอย่างรวดเร็ว (Initial assessment) (Buck A, Maini A.,2013) ทีมการรักษาพยาบาล จะต้องเตรียมการเพื่อจัดการกับภาวะคุกคามชีวิตควบคู่กันไปเสมอภายในเวลาที่เหมาะสม จึงจะทำให้โอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยมีมากขึ้น

3. ด้านการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในภาวะคุกคามชีวิต ตามการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนใน ส่วนของการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน นับได้ว่า โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีระบบพัฒนาคุณภาพ กล่าวคือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุประเภทฉุกเฉิน (Emergency) มี waiting time เฉลี่ย 4.26 นาที Treatment time เฉลี่ย 28.68 นาที ผู้ป่วย อุบัติเหตุ ประเภท เร่งด่วน (Urgent) มี waiting time เฉลี่ย 10.75 นาที และ Treatment time เฉลี่ย 40.84 นาที คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ Admit แล้วเสียชีวิตที่มีวันนอนโรงพยาบาลมากหรือนอนนาน ส่งผลต่อการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มโดยจากการศึกษาผลการประเมินผล ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (Wrathall, G., Sinclair, R.,2006) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ในอนาคตจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาบทบาทพยาบาลที่ทำนายต่อไป

4. ด้านการดูแลผู้ป่วย จากการพัฒนาการตรวจพบอาการสำคัญอย่างรวดเร็ว และการจัดทำบัญชีและการทบทวนความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคในผู้ป่วยความเสี่ยงสูงแต่ละสาขา การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการสำคัญที่นำไปสู่ภาวะคุกคามชีวิต พบว่า มีระบบการเฝ้าระวังอาการสำคัญที่นำไปสู่

ภาวะคุกคามชีวิต เมื่อมีการปรับรูปแบบการบันทึกให้ง่ายขึ้น และผู้ใช้เกิดความคุ้นเคยพยาบาลวิชาชีพทุกคนให้ความเห็นว่า ระบบช่วยให้การตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้น ส่วนผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพพบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการ CPR เพิ่มขึ้น อัตราการรอดชีวิตหลังช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.78 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 76.73 และผลการพัฒนาแบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพและจัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพสามารถใช้เป็นข้อมูลในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยได้ดี

5. ด้านการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ควรมีการเพิ่มเติมระบบการพัฒนาการให้ข้อมูลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในห้องฉุกเฉิน เพื่อวางแผนป้องกันข้อร้องเรียนจากความล่าช้าในการขอรับการรักษาพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นได้จากการให้บริการ

6. ด้านการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ระบบการให้คำปรึกษาจากแพทย์เวรในแต่ละสาขารวดเร็วขึ้น ปัญหาที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยไม่พร้อมใช้งานลดน้อยลง และระบบการดูแลที่สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนาสามารถเพิ่มความพึงพอใจจากญาติได้แม้ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านบริหาร ควรมีการนำเสนอข้อมูลที่ได้ในที่ประชุมผู้บริหารในโรงพยาบาล และการประชุมพยาบาลตรวจการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจรับรู้ร่วมกัน กับสหวิชาชีพในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตมีความปลอดภัยยิ่งขึ้น

2. ด้านบริการควรนำเสนอผลการวิจัยในการประชุมประจำเดือนและการประชุมร่วมโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดเชียงราย เพื่อสร้างความเข้าใจในการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุในภาวะคุกคามชีวิตร่วมกัน

3. ด้านระบบบริการพยาบาล ควรนำข้อมูลที่ได้ออกไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในภาวะคุกคามชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดเชียงรายร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อสนองต่อนโยบายความปลอดภัยทางถนน เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาคู่อุบัติเหตุทางถนนมีความยั่งยืนต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำข้อมูลที่ได้ออกไปวิจัยเพื่อการปรับรูปแบบ แนวปฏิบัติด้านดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในภาวะคุกคามชีวิตในระดับโรงพยาบาลชุมชนหรือแม้แต่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต) อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุ

ทางถนน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงและได้รับบริการพยาบาลที่ดี มีความปลอดภัย.

2. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย แบบ Nurse Manger, พัฒนาระบบการประสานในโรงพยาบาล โดยให้พยาบาลผู้ประสาน (Nurse Coordinator) เป็นผู้นำในการเชื่อมระบบทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555).10 อันดับการตาย, กระทรวงสาธารณสุข.
2. Dries,D.J.(2006) Initial evaluation of the trauma patient.Retrieved August 14,2006,from <http://www.emedicine.com/>
3. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.(2559).รายงานประจำปี 2559. มปท. เชียงราย.
4. Wrathall, G. , Sinclair, R. (2006) The Management of Major trauma. Retrived Jule 25: 2006. from <http://www.fsm.ac.fj/sm/anaesthesia/WFSA/html/u06/006-003.htm>
5. Soukup, S. M. (2000) The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. The Nursing Clinics of North America: 2000. 35(2), 301-309.
6. กรองโต อุดมสูงสุด และ คณะ (2554). คู่มือการปฏิบัติงานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน . กรุงเทพฯ: ก้องการพิมพ์.
7. Veena Chatrath, Ranjana Khetarpal, Jogesh Ahuja J Anaesthesiol Clin Pharmacol. (2015) Fluid management in patients with trauma: Restrictive versus liberal approach. 2015 Jul-Sep; 31(3): 308-316
8. Wrathall, G. , Sinclair, R. (2006) The Management of Major trauma. Retrived Jule 25: 2006. from <http://www.fsm.ac.fj/sm/anaesthesia/WFSA/html/u06/006-003.htm>
9. Buck A, Maini A. (2013) Trauma reception and resuscitation. In: Buck A, Maini A. editors. Emergency Trauma Management Course Manual. Version 1.2. iBook. pdf version. p 21
10. Muhlberg, A. H., Ruth-Sahd, L (2004) Holistic Care: Dimensions of Critical Care Nursing, 33(2), 55-59.

# พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

## โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

### DEVELOPING A MODEL OF CARE FOR THE MULTIPLE TRAUMA HYPOVOLEMIC SHOCK PATIENTS IN SAWANPRACHARAK HOSPITAL

สุพัตรา อยู่สุข พย.ด.  
พรจันทร์ สุวรรณมนตรี พย.ม.  
พีจิริยา เจริญรัตน์ พย.บ.  
น้ำผึ้ง นิลสนธิ พย.บ.  
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระยะวิกฤตหอบผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระยะดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2559 ถึงเดือนสิงหาคม 2559 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพหอบผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 20 คน ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับ 2 (Hypovolemic shock class II) ไปเป็น ระดับ 3 (class III) ในระยะก่อนใช้รูปแบบจำนวน 130 คน ระหว่างใช้รูปแบบฯ จำนวน 65 คน เครื่องมือที่ใช้ในศึกษา ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 2) แนวทางปฏิบัติการดูแลฯ ที่พัฒนาขึ้น 3) เครื่องมือรวบรวมข้อมูลและแบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ t-test group และ exact probability test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ทีมสหวิชาชีพ 2) แผนปฏิบัติงาน 3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว 4) สมรรถนะของพยาบาล 5) กระบวนการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ 6) การจัดการความรู้ ผลลัพธ์การตอบสนองด้านกระบวนการดูแล พบว่าระยะเวลาเกิดเหตุถึงหอบผู้ป่วย (78.4 นาที และ 63.3 นาที,  $p=0.005$ ) ระยะเวลาหอบอุบัติเหตุถึงแพทย์วินิจฉัยภาวะช็อก (32.4 นาที และ 25.4 นาที,  $p=0.001$ ) ด้านการพยาบาล ระยะเวลาในการรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยถึงหอบผู้ป่วย (10.5 นาที และ 3.98 นาที,  $p<0.001$ ) และด้านผู้ป่วยความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสองไประดับสามภายใน 24 และ 72 ชั่วโมง (ร้อยละ 42, 31 และ ร้อยละ 6, 4,  $p<0.001$ , 0.003) ภาวะพร่องออกซิเจน ภายใน 24 และ 72 ชั่วโมง (ร้อยละ 27, 19 และ ร้อยละ 2, 2,  $p=0.001$ , 0.014) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยภายใน 72 ชั่วโมงของสองกลุ่ม พบความพิการปานกลาง (ร้อยละ 66.2 และ 69.2,  $p=0.407$ ) ไม่แตกต่าง

สรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลสามารถลดความรุนแรง ภาวะช็อกจากการเสียเลือด ระดับสองไปสู่ระดับสามและลดการเกิดพร่องออกซิเจนในโรงพยาบาลได้ และเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลในระยะพื้นสภาพก่อนจำหน่ายหรือส่งต่อ ทั้งในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมไปถึงโรงพยาบาลในเครือข่าย

**คำสำคัญ:** รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด, ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ



## Abstract

This research aimed to develop the model of care for the Hypovolemic shock multiple trauma patients in Sawanpracharak Hospital. The study was implemented between January, 2016 to August, 2016. There were three phases of research included: 1) analyzing the context and situation of multiple trauma care. 2) developing the model of the Hypovolemic shock multiple trauma patients care, and 3) evaluating the effectiveness of model. The target subjects were 20 nurses working in the trauma wards who were continuously implemented in the for the Hypovolemic shock multiple trauma patient care model, 130 Hypovolemic shock class II to class III in multiple trauma patients before receiving the model, and 65 multiple trauma patients during before receiving. The instruments used for collecting data were: 1) the Hypovolemic shock multiple trauma patient care model, 2) the protocol of caring for the Hypovolemic shock multiple trauma patient care model, and 3) the data record outcome of taking care of Hypovolemic shock multiple trauma patients. Data were analyzed using the descriptive statistic independent t-test, and exact probability test.

The findings revealed that the components influenced the model of the Hypovolemic shock multiple trauma patients care included: 1) multidisciplinary team, 2) operational plans, 3) participate of patients and families, 4) competency for nurses working in the trauma, 5) multiple trauma patient care processes, and 6) knowledge management. The model effectiveness testing showed the statistically significant differences between prior and during receiving the care for the Hypovolemic shock multiple trauma patients care model as follow: Process indicators showed The duration of the accident to the traumatic ward (78.4 and 63.3,  $p=0.005$ ), Accident and Emergency Room time to physician diagnosed with Hypovolemic shock (32.4 and 25.4,  $p=0.001$ ). Nursing Indicators showed The duration of the physician's report when the patient admit ward (10.5 and 3.98,  $p<0.001$ ) and Patient indicators showed Hypovolemic shock class II to class III within 24 hours, and 72 hours (42, 31 and 6, 4,  $p<0.001$ , 0.003) Hypoxia within 24 hours, and 72 hours (27, 19 and 2, 2,  $p=0.001$ , 0.014). However, the health status of patients within 72 hours showed moderate disability (66.2 and 69.2 ( $p=0.407$ ) of the two groups were no statistically significant differences.

Results that the model of care for the Hypovolemic shock multiple trauma patients can reduce severity Hypovolemic shock from level II goes to level III and deceased Hypoxia in the hospital. And to achieve consistently good results, Should be studied to monitor the recovery phase before discharge. Both in the hospital and follow-up visits to the hospital in the network.

**Key words:** The multiple trauma patient care model, Hypovolemic shock, Multiple trauma patients

## บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ปัญหาอุบัติเหตุการจราจรทางถนนในประเทศไทยถือเป็นต้นเหตุสำคัญประการหนึ่งซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมต่อชีวิตและทรัพย์สินในช่วงที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี 2549-2558 มีผู้ใช้รถใช้ถนนประสบอุบัติเหตุเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 10,326 คน บาดเจ็บ 40,376 คน ส่วนใหญ่เกิดการบาดเจ็บถึงขั้นพิการ<sup>1</sup> การบาดเจ็บที่พบส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บหลายระบบ (multiple injury) เป็นการบาดเจ็บรุนแรงที่เกิดขึ้นกับอวัยวะหลายระบบพร้อมกัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบการหายใจ ไหลเวียนโลหิต และประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน<sup>2</sup> การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในภาวะวิกฤตเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุด พบว่าประมาณร้อยละ 15.9 ของผู้ป่วยที่บาดเจ็บจะเสียชีวิตในช่วงนี้ เนื่องจากการเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hypovolemic shock) ที่นับเป็นภาวะคุกคามอย่างยิ่งต่อชีวิต<sup>3</sup> อันเนื่องจากการสูญเสียเลือดปริมาณมากในร่างกาย ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดเลือดได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์หรืออวัยวะไม่เพียงพอ (hypoxia) ถ้าภาวะช็อก ยังคงดำเนินต่อไป โดยไม่ได้รับการแก้ไขได้ทันเวลาภายใน 1-2 ชั่วโมง หลังเกิดภาวะช็อก เซลล์และอวัยวะสำคัญหลายอวัยวะจะถูกทำลาย เกิดระบบการทำงานล้มเหลว และนำไปสู่การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการบาดเจ็บ<sup>4</sup>

การเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด ที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะพยาบาลที่มีทักษะสูงทางคลินิก จะสามารถประเมินความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด เบื้องต้น ได้อย่างแม่นยำ สามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ครอบคลุม นำไปสู่การรักษาที่เหมาะสม ทันเวลา การประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด แบ่งระดับความรุนแรงที่มีความต่อเนื่องกันเป็น 4 ระดับ จาก ระดับหนึ่ง (class I) เริ่มจากการเสียเลือดระดับชดเชยได้ ถ้าได้รับการรักษาที่รวดเร็วกลไกร่างกายสามารถปรับชดเชยเข้าสู่ภาวะปกติได้ ถึง ระดับสี่ (class IV) เป็นการเสียเลือดระดับรุนแรงมาก ร่างกายไม่สามารถปรับชดเชยและไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเสียชีวิต<sup>5</sup> ดังนั้น จากแนวคิดของซิคและเมลิส์<sup>6</sup> ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในภาวะวิกฤต จึงมีการเปลี่ยนผ่านจากภาวะสุขภาพดีสู่ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต คือมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด อย่างทันทีทันใด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวรอดชีวิต สามารถเปลี่ยนผ่านจากภาวะวิกฤตสู่ระยะฟื้นสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>7</sup>

จากการศึกษานำร่องในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปี 2557 พบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เกิดภาวะช็อกจาก

การเสียเลือดสูงถึงร้อยละ 55 การดูแลที่เป็นอยู่ปัจจุบันเน้นแนวทางการรักษาพยาบาลทางคลินิกตามแนวทางมาตรฐานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับระเบียบปฏิบัติ (system procedure) ช่องทางด่วนในการผ่าตัดฉุกเฉินในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง (trauma fast track) ที่โรงพยาบาลได้จัดทำขึ้น โดยให้ความสำคัญเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสาม (class III) คือมีการเสียเลือดระดับปานกลาง ซึ่งผลลัพธ์การดูแลพบว่า ผู้ป่วยยังมีความพิการรุนแรงและเสียชีวิตภายใน 24 ชม. สูงถึงร้อยละ 50<sup>8</sup> นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสอง (class II) จะถูกละเลยการดูแลในระยะแรก ส่งผลให้ภาวะช็อกจากการเสียเลือดมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นระดับสาม (class III) ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 15 เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย คือได้รับการรักษาและผ่าตัดล่าช้า ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และมีค่าใช้จ่ายสูงจากการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ดังนั้น การประเมินและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสอง ไม่ให้เปลี่ยนแปลงไปสู่ระดับสาม จึงเป็นการจัดการดูแลที่สำคัญ ที่จะช่วยลดความรุนแรง และค่าใช้จ่ายในภาพรวม ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ยังไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ได้แก่ การประสานงานความร่วมมือของสหวิชาชีพไม่เพียงพอ ทีมดูแล พยาบาลผู้ประสาน ไม่มีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง และกำหนดแนวทางการดูแลร่วมกัน พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตั้งแต่ระยะแรกในการประเมินสภาพและรับอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งจำเป็นต้องมีรูปแบบการดูแลและแนวปฏิบัติที่พยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมกับบริบท ทั้งนี้ เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัตินำไปใช้ในการประเมินสภาพและรับ รวมถึงการจัดการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อลดระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสองไประดับสาม โดยสามารถเปลี่ยนผ่านจากระยะวิกฤตสู่ระยะฟื้นสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการ

## วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และศึกษาผลลัพธ์การดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือด ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) และใช้วิธีการ interrupted time series design ในการศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติ ระยะเวลาในการวิจัย เดือนมกราคมถึงสิงหาคม 2559 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ มีจำนวนประชากรทั้งหมด 22 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุมากกว่า 1 ปี ได้จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2) ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่รับไว้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ กลุ่มควบคุม ศึกษาจากเวชระเบียนย้อนหลังในระหว่างเดือนมกราคม ถึงตุลาคม 2558 ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 2,024 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป STATA เปรียบเทียบสัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงจาก ระหว่างเวลาก่อนใช้รูปแบบฯ ภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสอง ไประดับสาม ร้อยละ 10.00 และพบในช่วงระหว่างเวลาใช้รูปแบบฯ ร้อยละ 25.80 เป็นการทดสอบทางเดียว (One side) Power เท่ากับร้อยละ 80 ความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ใช้อัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองช่วง เท่ากับ 2:1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีลักษณะดังนี้ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ระดับสอง ความรุนแรงของการบาดเจ็บ  $\geq 16$  คะแนน นอนรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุตั้งแต่แรกรับถึง 3 วัน ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม (ระยะก่อนใช้รูปแบบฯ) จำนวน 130 คน และกลุ่มทดลอง (ระหว่างใช้รูปแบบฯ) ในเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2559 มีประชากรที่ศึกษา จำนวน 898 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงซึ่งมีลักษณะรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุม จำนวน 65 คน

**เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ**

**ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นเครื่องมือวิจัยที่เป็นมาตรฐาน และเครื่องมือที่สร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลเฉพาะทางสาขาศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อศึกษาสถานการณ์การรักษาดูแลที่เป็นอยู่ก่อน และระหว่างใช้รูปแบบฯ ดังนี้

1.1 รูปแบบการพยาบาลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยบูรณาการทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory)<sup>6</sup> ของเมลิสและคณะ ร่วมกับใช้แนวคิดมาตรฐานบริการพยาบาลในศูนย์อุบัติเหตุ ของสำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข<sup>7</sup> ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานการณ์และปัจจัยก่อนผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่าน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย เช่น อายุ โรคประจำตัว ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด ประวัติการผ่าตัด

ประวัติการได้รับเลือด ด้านครอบครัว เช่น อาชีพ สัมพันธภาพ บทบาทหน้าที่ในครอบครัว ประวัติการดูแลผู้ป่วย สุขภาพของคนในครอบครัว ด้านสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน 2) การบำบัดทางการพยาบาลบูรณาการใช้นวัตกรรมมาตรฐานบริการพยาบาลในศูนย์อุบัติเหตุ<sup>8</sup> ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (nurse managers) ของหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้ประสานงาน (nurse coordinators) ของ service plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดำเนินการใน 7 ขั้นตอน คือ การนำองค์การวางแผน การสร้างสมรรถนะ การจัดการกระบวนการดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว การจัดการความรู้ และประเมินผลลัพธ์ ในการให้บริการพยาบาล 3) ผลลัพธ์การตอบสนองการเปลี่ยนผ่าน โดยการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการดูแล ด้านการพยาบาลและด้านผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) มีค่าเท่ากับ 0.93 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronback' s alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.92

1.2 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินแรกรับ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยดัดแปลงเนื้อหาจากแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง<sup>9</sup> ร่วมกับกรอบการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวะวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย<sup>10</sup> ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ความตรงตามเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.91 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค ค่าเท่ากับ 0.89

**ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล**

2.1 แบบสัมภาษณ์ ประเด็นสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตสำหรับรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การดูแลรักษาที่เป็นอยู่ก่อนการพัฒนา

2.2 บันทึกภาคสนาม และบันทึกประจำวัน เพื่อบันทึกสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

2.3 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสหสาขาวิชาชีพ ที่ร่วมการพัฒนารูปแบบฯ

2.4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บหลายระบบ

2.5 แบบบันทึกข้อมูลการบาดเจ็บและการรักษา

2.6 แบบบันทึกความรุนแรงการบาดเจ็บ ประกอบด้วย ความรุนแรงการบาดเจ็บรวม (Injury Severity Score) ความรุนแรงการบาดเจ็บ (Revised Trauma Score) ค่าโอกาสรอดชีวิตเมื่อแรกรับ (Probability of survival) และความรุนแรงภาวะช็อก (Shock Index) จาก AIS 85 ของ ซีมัพันธุ์ สันติกาญจน์และคณะ<sup>11</sup>

2.7 แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแล ได้แก่ ระยะเวลาการบาดเจ็บตั้งแต่เกิดเหตุถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ระยะเวลาผู้ป่วยแรกรับห้องฉุกเฉินถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ระยะเวลาแรกรับห้องฉุกเฉินถึงแพทย์วินิจฉัยภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสาม

2.8 แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาการประเมินผู้ป่วยภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสองและรายงานแพทย์ทันทีภายใน 4 นาที และความสามารถปฏิบัติตามรูปแบบฯ

2.9 แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสาม ภาวะแทรกซ้อน และภาวะสุขภาพหลังให้การรักษาพยาบาล 24 และ 72 ชั่วโมง

## ขั้นตอนการวิจัย

**ขั้นตอนที่ 1** ระบุวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลรักษาที่เป็นอยู่ โดยการสังเกต ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการจัดการดูแลรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลสัมภาระ และสนทนากลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย จากนั้นวิเคราะห์สรุปประเด็น โดยตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา นำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม

**ขั้นตอนที่ 2** ระบุพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือด ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดย

2.1 ประชุมพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพื่อกำหนดทีมผู้รับผิดชอบเป้าหมายในการจัดรูปแบบการดูแล จัดทำแผนงาน ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (nurse managers) ของหอผู้ป่วยพยาบาลผู้ประสานงาน (nurse coordinator) ของ service plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

2.2 พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยให้สหสาขาวิชาชีพร่วมระดมสมอง กำหนดรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิด 2 ประการ คือ 1) ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory)<sup>6</sup> ของเมลิสและคณะ 2) มาตรฐานบริการพยาบาลในศูนย์อุบัติเหตุ

**ขั้นตอนที่ 3** ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือด ที่พัฒนาขึ้น โดย

3.1 ทดลองใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเพื่อนำร่อง จำนวน 15 คน และนำผลลัพธ์มาปรับปรุงแก้ไขในเดือนกุมภาพันธ์ 2559

3.2 นำรูปแบบฯ ที่ผ่านการปรับปรุงไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 60 คน เป็นเวลา 3 เดือนระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2559 ซึ่งเก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัย 4 คน

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลฯ เลขที่ 6/2559 ผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และขอความยินยอมในการร่วมวิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัวทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล มีทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์เป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และดัชนีชี้วัดความสำเร็จ ด้วย t-test และ exact probability test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

## ผลการศึกษา

**ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์** ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบบริการ สรุปได้ดังนี้

ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2556 – 2558 ร้อยละ 52.30, 53.50 และ 59.10 อัตราการตาย ร้อยละ 2.60, 3.10 และ 3.10 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสาม, สี่ ซึ่งปัจจุบันมีกระบวนการจัดการผลลัพธ์จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยแนวทางการรักษาพยาบาลทางคลินิกตามแนวทางมาตรฐานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับระเบียบปฏิบัติ (system procedure) ช่องทางด่วนในการผ่าตัดฉุกเฉินในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง (trauma fast track) ที่โรงพยาบาลได้จัดทำขึ้น ในส่วนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสอง ยังไม่มีการกำหนดรูปแบบดูแลร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพ กล่าวคือไม่มีแนวทางการประเมินความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดแรกเริ่ม เน้นการรักษา ขาดผู้รับผิดชอบดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่องในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเตรียมพร้อมไปสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ไม่มีการกำหนดผลลัพธ์ ขาดการประสานงาน ความเชื่อมโยงระหว่างหอผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ด้านบุคลากร พบปัญหาพยาบาลมีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 6 คน แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน ส่งผลความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลต่อความเที่ยงในการจำแนกประเภทและการประเมินภาวะช็อกในผู้ป่วยแรกรับ การรายงานแพทย์และการรักษาจึงมีความล่าช้าตามมา พบมีพยาบาลเฉพาะทางสาขาอุบัติเหตุ สาขากายภาพบำบัดผู้ป่วยวิกฤต 3 คน แต่บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ในส่วนของแพทย์พบว่าเมื่อแพทย์ใช้ทุนหมุนเวียนอยู่เวร พบปัญหาการตัดสินใจ แพทย์ใช้ทุนไม่รายงานแพทย์เจ้าของไข้ (staff) ในส่วนของการแก้ปัญหาและวางแผนร่วมกันในกรณีผู้ป่วยวิกฤต พบว่ามี

การดำเนินการ แต่ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้พบปัญหาในลักษณะเดิมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ

**ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

**ข้อมูลทั่วไปของสหสาขาวิชาชีพ** ที่ร่วมพัฒนารูปแบบฯ มีจำนวนทั้งหมด 19 คน 5 สายงานวิชาชีพ ส่วนใหญ่สายงานพยาบาล จำนวน 10 คน (ร้อยละ 37.04) อายุระหว่าง 30-44 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 57.89) มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ มากกว่า 10 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 57.89) (ตารางที่ 1)

**องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนารูปแบบฯ** คือ

1. การนำองค์กร เน้นการทำงานเป็นทีม โดยการจัดตั้งทีมพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพให้มีส่วนร่วมในการกำหนดโครงสร้าง คณะทำงานหน้าที่รับผิดชอบ ที่สอดคล้องนโยบายระดับกระทรวง ระดับเขตสุขภาพที่ 3 สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งเป้าหมายการพัฒนารูปแบบฯ ในระยะวิกฤตเพื่อ 1) แก้ไขภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในการการช่วยชีวิตและความพิการ และ 2) ประเมิน รายงานแพทย์ และแก้ไขภาวะช็อกจากการเสียชีวิตระดับสอง ภายใน 15 นาที กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน โดยมอบผู้ผ่านการอบรมเฉพาะทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 2 คน ทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (nurse managers) โดยเป็นผู้วางแผนการดูแลผู้ป่วยจัดการทำให้ผู้ป่วยที่อยู่เปลี่ยนผ่านในระยะเวลารวดเร็วกลับไปสู่ระยะฟื้นฟูสภาพในระยะเวลาที่รวดเร็ว และควบคุมดูแลผู้ป่วย/ครอบครัวให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติ เพิ่มบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ (Advanced Practice Nurse: APN) ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ประสานงาน (nurse coordinator) เป็นที่ปรึกษา และบริหารจัดการข้อมูลทั้งในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. การวางแผนงาน ทีมร่วมวิจัย ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติงานรายเดือน รายวัน (Action plan) เพื่อกำหนดทิศทาง กำกับการทำงานในภาพรวม และรายวันให้สอดคล้องเฉพาะรายกับผู้ป่วย

3. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว โดยเน้นการประเมินแรกรับในปัจจุบันที่มีผลต่อระยะก่อนการเปลี่ยนผ่าน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียชีวิต ประวัติการผ่าตัด ประวัติการได้รับเลือด ด้านครอบครัว เช่น อาชีพ สัมพันธภาพ บทบาทหน้าที่ในครอบครัว ประวัติการดูแลผู้ป่วย สุขภาพของคนในครอบครัว ด้านสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน ข้อมูลดังกล่าวจะสนับสนุนเสริมการวางแผนการรักษาพยาบาลรายวันของผู้ป่วย/ครอบครัวในระยะวิกฤตเปลี่ยนผ่านสู่ระยะฟื้นฟูสภาพได้ง่ายและเกิดผลลัพธ์ที่ดี

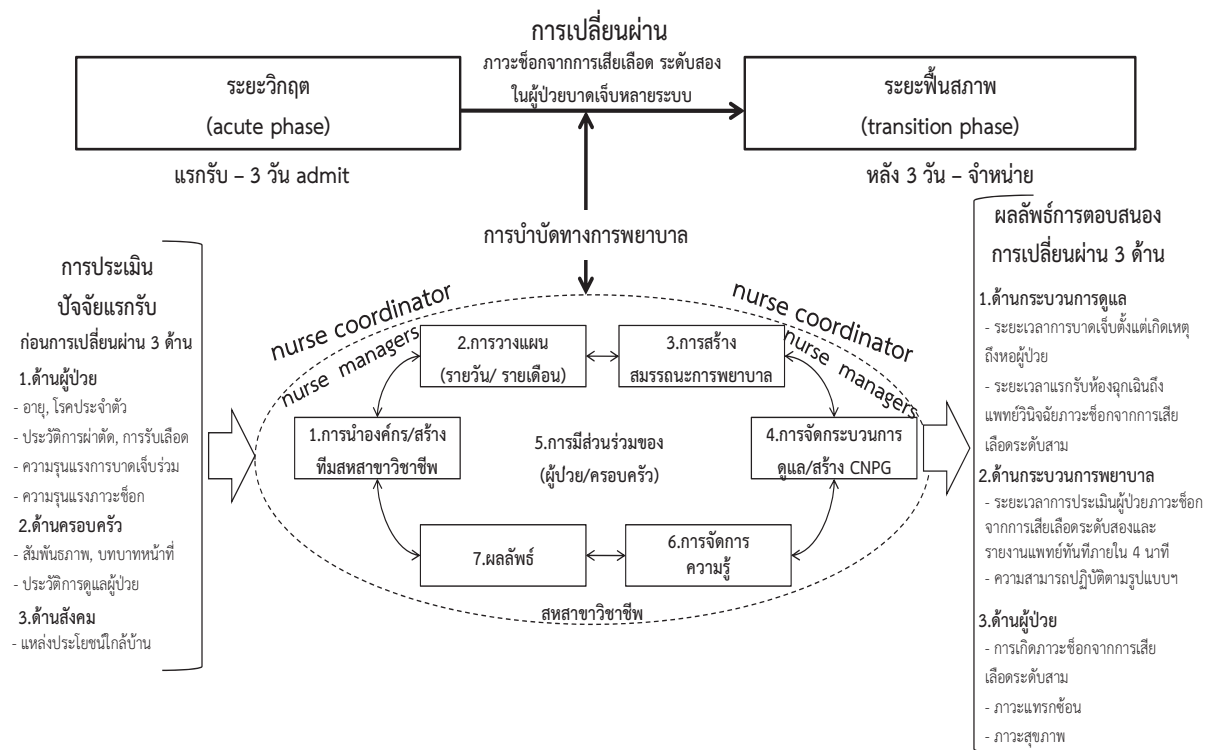
4. สมรรถนะของพยาบาล วางแผนกำหนดสมรรถนะในงานที่ใช้เฉพาะหน่วยงาน (specific functional competency) ที่สะท้อนการมีความรู้ ทักษะเพื่อให้การปฏิบัติพยาบาลในระยะวิกฤตเกิดผลดี ได้แก่ การประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วนในภาวะช็อกจากการเสียชีวิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระยะวิกฤตและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องและทรวงอก การจัดรูปแบบการบริหารจัดการในเวรโดยกำหนดพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี เป็นหัวหน้าเวรหลัก และส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพ (career path) ให้อบรมเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง

5. การจัดกระบวนการดูแล โดยวางระบบการดูแลที่มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพ โดยร่วมกันสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะช็อกจากการเสียชีวิต ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จากแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์<sup>(12,13)</sup> ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีการทำงานร่วมกันของทีมในทุกขั้นตอนการดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินแรกรับดูแลระยะวิกฤต และระยะฟื้นฟูสภาพ

6. จัดการความรู้ โดยจัดระบบข้อมูลสารสนเทศในหอผู้ป่วย นำปัญหาที่พบมาร่วมกันพิจารณา เพื่อหาแนวทางแก้ไข จัดหาช่องทางสื่อสาร เพื่อนำแนวทางแก้ไขสู่การปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยทุกวันเวรเช้า มีกระบวนการติดตาม ประเมินผลผลลัพธ์การดูแลอย่างต่อเนื่องทุกวัน และบันทึกประเด็นสำคัญเก็บเป็นคลังข้อมูลเพื่อนำมาใช้พัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปสหสาขาวิชาชีพ ที่ร่วมการพัฒนารูปแบบฯ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สายงาน		
แพทย์	4	14.81
เภสัชกร	2	7.41
พยาบาล	10	37.04
นักเทคนิคการแพทย์	2	7.41
อาจารย์พยาบาล	1	3.70
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ปี)		
1 - 5	5	26.32
6 - 10	3	15.79
มากกว่า 10	11	57.89
mean (SD)	16.74 ± 5.12	



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือด ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในบริบทที่ศึกษา

**ระยะที่ 3** ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

**ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ** ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-44 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 60) มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ มากกว่า 10 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 60)

**ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย** ก่อนใช้รูปแบบฯ และระหว่างใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.70 และ 81.50) อายุเฉลี่ย 44.30 ปี และ 40.50 ปี อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 68.50 และ 61.40) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79.20 และ 87.70) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มฯ ไม่แตกต่างกัน

**ข้อมูลการบาดเจ็บและการรักษา** ก่อนใช้รูปแบบฯ และระหว่างใช้รูปแบบฯ สาเหตุการบาดเจ็บสูงสุดเกิดจากการจลาจล

(ร้อยละ 82.30 และ 86.10) รองลงมาตกที่สูง (ร้อยละ 10.80 และ 7.70) ตำแหน่งที่บาดเจ็บมากที่สุด คือ ศรีษะและลำคอ (ร้อยละ 79.20 และ 75.40) รองลงมา คือ แขนขา (ร้อยละ 49.20 และ 56.90) ได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 73.10 และ 72.30) ได้รับเลือดที่หอผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 28.50 และ 32.30) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการบาดเจ็บและการรักษา ก่อนและระหว่างใช้รูปแบบฯ ไม่แตกต่างกัน

**ความรุนแรงการบาดเจ็บ** เปรียบเทียบความรุนแรงการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บฯ พบว่าทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยของค่าโอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival) เมื่อแรกรับ และค่าความรุนแรงของภาวะช็อก (Shock Index) ก่อนและระหว่างใช้รูปแบบฯ ทั้งหลังรับไว้หอผู้ป่วย 24 และ 72 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ <0.001 และ 0.015 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความรุนแรงของการบาดเจ็บ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ก่อนและระหว่างใช้รูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ข้อมูลความรุนแรงการบาดเจ็บ และผลลัพธ์ด้านกระบวนการ	ก่อนใช้รูปแบบฯ (130 ราย)		ระหว่างใช้รูปแบบ (65 ราย)		p-value
	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	
ความรุนแรงค่าของโอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival)					
ครบ 24 ชั่วโมง	0.943	±0.1	0.969	±0.1	<0.001*
ครบ 72 ชั่วโมง	0.945	±0.1	0.969	±0.1	<0.001*
ความรุนแรงภาวะช็อก (Shock Index)					
ครบ 24 ชั่วโมง	0.8	±0.3	0.8	±0.4	<.001**
ครบ 72 ชั่วโมง	0.7	±0.2	0.7	±0.2	0.015*
ผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแล					
ระยะเวลาเกิดเหตุถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	67.5	±77.5	40.4	±39.1	0.001**
ระยะเวลาเกิดเหตุถึงหอผู้ป่วย	78.4	±52.9	63.3	±60.3	0.005**
ระยะเวลาห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงหอผู้ป่วย	41.4	±47.0	29.9	±35.4	0.005**
ระยะเวลาห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงแพทย์วินิจฉัย Shock	32.4	±35.1	15.8	±25.4	0.001**

\* Sig p<.05 , \*\*Sig p<.01

**ผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแล** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาดูแล ทั้งจากจุดเกิดเหตุถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จากจุดเกิดเหตุถึงหอผู้ป่วยฯ จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงหอผู้ป่วยฯ และจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงแพทย์วินิจฉัยภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสาม ระยะเวลาก่อนและระหว่างใช้รูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001, 0.005, 0.005, และ 0.001 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

**ด้านผลลัพธ์ด้านการพยาบาล** เปรียบเทียบก่อนใช้รูปแบบฯ ระยะเวลาในการรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วยมีค่ากลางเท่ากับ 10.50 นาที (SD=3.17) ระหว่างใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 3.98 นาที (SD=1.02) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ด้านการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้พบว่าพยาบาลทั้งหมดสามารถปฏิบัติตามแนวทางฯ ได้ใน 9 ข้อ

ได้แก่ กิจกรรมพยาบาลเรื่องทำทางเดินหายใจให้โล่ง (clear airway) ( $p < 0.001$ ), ฟังเสียงลมหายใจ (breath sound) ทุก 2 ชั่วโมง ( $p < 0.001$ ), บันทึกค่าปริมาณออกซิเจนในเลือดทุก 2 ชั่วโมง ( $p < 0.001$ ), การเจาะเลือด ( $p = 0.001$ ), บันทึกความรู้สึกตัวของกลาสโกว Glasgow coma scale (GCS) ทุก 2 ชั่วโมง ( $p < 0.001$ ) และการตรวจร่างกายตามภาวะช็อก ทุก 2 ชั่วโมง ( $p < 0.001$ )

**ด้านผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย** เปรียบเทียบผลลัพธ์การเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสาม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนพร่องออกซิเจน (hypoxia) ทั้งเมื่อครบ 24 และ 72 ชั่วโมงพบว่า ก่อนและระหว่างใช้รูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะสุขภาพครบ 72 ชั่วโมง ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ระดับสองไป ระดับสาม และภาวะสุขภาพ ก่อนและระหว่างใช้รูปแบบ การดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย	ก่อนใช้รูปแบบ (130 ราย)		ระหว่างใช้รูปแบบ (65 ราย)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสาม					
ครบ 24 ชั่วโมง	42	32.3	6	9.2	<0.001**
ครบ 72 ชั่วโมง	31	23.8	4	6.2	0.003**
การเกิดภาวะแทรกซ้อนพร่องออกซิเจน					
ครบ 24 ชั่วโมง	27	20.8	2	3.1	0.001**
ครบ 72 ชั่วโมง	19	14.6	2	3.1	0.014*
ภาวะสุขภาพหลัง 72 ชั่วโมง					
หายปกติ	33	25.3	18	27.7	0.407
พิการปานกลาง	86	66.2	45	69.2	
พิการรุนแรง	11	8.5	2	3.1	
Vegetative	0	0	0	0	
เสียชีวิต	0	0	0	0	

\*Sig<.05 , \*\*Sig p<.01



## อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ช่วยลดความรุนแรงภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับสองไปสู่ระดับสาม และลดการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากการออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะช็อกในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีความเชื่อมโยงการดูแลที่รวดเร็วและต่อเนื่องตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ไปจนถึงการติดตามผู้ป่วยระยะวิกฤตหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 3 วัน โดยมีการวางแผนที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงผู้ป่วย เช่น การเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง การห้ามเลือด การเตรียมระบบเลือด การเปิดให้สารน้ำทันที ส่งผลให้สามารถจัดการและควบคุมภาวะช็อกได้รวดเร็วเกิดผลลัพธ์ที่ดี<sup>(4,5,6)</sup> โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่อยู่ในภาวะวิกฤตภาวะช็อกระดับสาม ถ้าไม่สามารถจัดการและควบคุมภาวะช็อกได้รวดเร็วจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต<sup>(6)</sup> การประเมินผู้ป่วยที่รวดเร็ว (early detection) และถูกต้องเป็นการเข้าถึงผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพทางการพยาบาลที่ดี<sup>(14)</sup>

นอกจากนี้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงและได้รับการพยาบาลเบื้องต้น จุดเกิดเหตุได้รวดเร็ว และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยมีประสิทธิภาพ<sup>(15)</sup> ซึ่งเป็นตัวชี้วัดด้านกระบวนการดูแล จะเห็นได้ว่าระยะเวลาการบาดเจ็บตั้งแต่เกิดเหตุถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระยะเวลาเกิดเหตุถึงหอผู้ป่วยฯ และตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงหอผู้ป่วยฯ มีระยะเวลาเฉลี่ยช่วงก่อนและระหว่างใช้แนวปฏิบัติฯ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และ 0.005 ตามลำดับ

ในส่วนของหอผู้ป่วยฯ จากการวิจัยพบว่าพยาบาลผู้ประสานงาน (nurse coordinator) มีบทบาทสำคัญมากต่อการบริหารจัดการในการนำรูปแบบฯ การประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด ไปใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ตั้งแต่แรกรับประสานงานการดูแล จัดการภาวะวิกฤต ให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมสหสาขาและพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อสรุปปัญหารายวัน ปรับแผนการพยาบาลที่เหมาะสมทำให้ลดอัตราความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ<sup>12</sup> มีการวางแผนร่วมกับองค์กรพยาบาลเพื่อพัฒนาระบบการเตรียมพัฒนาพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี เป็นหัวหน้าทีมการดูแลผู้ป่วย นอกเวลาราชการส่งอบรมเฉพาะทาง ส่วนในการปฏิบัติงานแต่ละเวรถอดบทเรียนปัญหา อุปสรรค ส่งต่อรายวัน สรุปรายสัปดาห์ เสนอทีมประชุมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางแก้ไข และเพิ่มสมรรถนะพยาบาล

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านภาวะแทรกซ้อน พบว่าสามารถลดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) หลังรับผู้ป่วยไว้ใน

โรงพยาบาล 24 ชั่วโมงและ 72 ชั่วโมง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 27 และ 19 เหลือร้อยละ 2 และ 2 ตามลำดับ<sup>(16)</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยของต่างประเทศที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ให้ความสำคัญปัญหาดังกล่าว และได้กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยเน้นแก้ไขภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน ช่วยเหลือประคับประคองการหายใจลดภาวะแทรกซ้อนหลังบาดเจ็บประหมื่นและแก้ไขภาวะช็อก<sup>(3,4)</sup>

ส่วนผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพผู้ป่วยภายใน 72 ชั่วโมงของสองกลุ่มยังไม่แตกต่างกันทางสถิติ และไม่พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มระหว่างใช้รูปแบบฯ มีความพิการรุนแรงลดลงจากร้อยละ 8.50 เป็น 3.10 เนื่องจากการมีการใช้รูปแบบฯ ทางพยาบาลอย่างชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในภาวะวิกฤต โดยเฉพาะภาวะช็อก ทีมมีการสื่อสารประสานความร่วมมือทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว เห็นได้จากการที่ไม่พบอัตราการเสียชีวิต และยังคงผลตามมา คือมีอัตราการเกิดความพิการรุนแรงลดลง<sup>(13,14)</sup>

ในภาพรวมการมีรูปแบบฯ ทางพยาบาลประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือดช่วยลดความรุนแรง ช็อกจากการเสียเลือดระดับสองไปสู่ระดับสาม และลดการเกิดพร่องออกซิเจนในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากการออกแบบรูปแบบฯ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีความเชื่อมโยงการดูแลที่รวดเร็วและต่อเนื่องตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงการติดตามผู้ป่วยระยะวิกฤตหลังรับไว้รักษา 3 วัน โดยมีการวางแผนที่มีประสิทธิภาพการเข้าถึงผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถจัดการและควบคุมภาวะช็อกได้รวดเร็วเกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะวิกฤต (1-3 วันหลัง admit) ดังนั้น ควรพัฒนารูปแบบฯ ให้เกิดความต่อเนื่องจนถึงจำหน่าย หรือส่งต่อเพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลมากขึ้น

## สรุป/ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลในระยะพื้นสภาพก่อนจำหน่ายหรือส่งต่อ ทั้งในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมไปถึงโรงพยาบาลในเครือข่าย และควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องบทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการบาดเจ็บหลายระบบ ถึงแม้พยาบาลจะพัฒนาบทบาทและเพิ่มสมรรถนะให้สามารถตรวจจับภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็วแม่นยำเพียงใด แต่บทบาทการดูแลรักษาภาวะช็อก

ในภาพรวมส่วนใหญ่ยังอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความร่วมมืออย่างมากจากแพทย์

## เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ. ข้อมูลอุบัติเหตุ 2549-2558. เข้าถึงได้: URL:<http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries>.
2. Newberry L. Emergency nursing principle and practice. Philadelphia: Mosby National Institute for Clinical Excellence 2001. Available January 7, 2017, form URL: <http://www.nice.org.uk>.
3. Nicola C, Sally H, Carolyn D, Chris H, Karim B, Simon S. The acute management of trauma hemorrhage: a systematic review of randomized controlled trials. Critical Care 2011; 15:92.
4. Chad MC, Carla CB, Mendy KS, Jonathan DM, Elizabeth C, Michael M. Utility of the Shock Index in Predicting Mortality in Traumatically Injured Patients. The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care 2009; 67: 1426-1430.
5. Kevin FM, Jose DC, Juan SC, Luis RN, Gustavo P. Shock index as a mortality predictor in patients with Acute polytrauma. Journal of Acute Disease 2015; 4: 202-204.
6. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: A central concept in nursing. Journal of Nursing Scholarship 1994; 26:119-127.
7. Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Advance Nursing Science 2000; 23:12-28.
8. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สรุปผลงานประจำปี 2558. นครสวรรค์: โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์; 2558.
9. Alexandar RH, & Proctor HJ. ATLS Advance Trauma Life Support: Student manual. The American College of Surgeons: Chicago 1993.
10. Newberry L. Emergency Nursing Principle and Practice. Philadelphia: Mosby 2003.
11. ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ และคนอื่นๆ. รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: 2538, 21:3, 144-155.
12. กฤษดา แสงวงดี, ชฎาภรณ์ เปรมปรามอมร, สารา วงษ์เจริญ, ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล, จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ และอัมภา ศรารักษ์. มาตรฐานบริการพยาบาลศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทาง “ศูนย์อุบัติเหตุ” กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์; 2548.
13. Mutschler M, Paffrath T, Wolfl C, Probst C, Nienaber U, Schipper B, et al. The ATLS classification of hypovolaemic shock: A well established teaching tool on the edge. Injury, Int, J. Care Injured 2014; 45: S35-S38.
14. Glenn S, Michael P, Michael S, editors. Management of Hypovolaemic Shock in the Trauma Patient. Institute of Trauma and Injury Management (online) 2007 (cited 2007 Jan); 1:(50). Available from: URL: <http://www.health.nsw.gov.au>.
15. กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, ฐิติ ภมรดิประธรรม และลัดดา มีจันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในภาวะวิกฤต โรงพยาบาลอุดรดิษฐ์, สารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิษฐ์ 2557; 1: 24-37.
16. ประณีต ส่งวัฒนา. กระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บอย่างวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส. 2555; 2: 16-28.

# ผลสัมฤทธิ์ของการปลูกเซลล์ต้นกำเนิด จากหน่วยปลูกถ่ายไขกระดูกที่มีงบประมาณจำกัด

## Outcome of Stem Cell Transplantation from Low resources set up Bone Marrow Transplantation unit

ยุจินดา เล็กตระกูล  
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันแม้จะมีความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งมากขึ้นในประเทศไทย แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาในระดับมาตรฐาน ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค อีกทั้งยังเป็นภูมิภาคที่มีโรคทางพันธุกรรม เช่น โรคเลือดธาลัสซีเมียเป็นจำนวนมาก อันเป็นภาระค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขไทย

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ถือเป็นการรักษาที่ได้ผลและหายขาดได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคเลือดธาลัสซีเมีย โรคไขกระดูกฝ่อรุนแรง และอื่นๆ

การศึกษานี้ รายงานถึงผลสัมฤทธิ์ของการทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดทั้งแบบที่ใช้เซลล์ต้นกำเนิดจากผู้ป่วยและแบบที่ใช้เซลล์ต้นกำเนิดจากพี่น้อง แก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ จำนวน 13 ราย ค่ากลางของระยะเวลาในการติดตาม 11 เดือน (2 เดือน – 47 เดือน) ค่าการอยู่รอดโดยรวมเป็น 100% ค่ากลางของระยะเวลาปลอดโรคคิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 10 เดือน พบภาวะแทรกซ้อนเซลล์ต้นกำเนิดใหม่ด้านร่างกายผู้ป่วยแบบเฉียบพลันขั้นที่ 1 หนึ่งราย โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง ค่ากลางของค่าใช้จ่ายในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดชนิดใช้เซลล์ต้นกำเนิดของผู้ป่วยคิดเป็น 371,000 บาท (245,000 – 520,500 บาท) และชนิดใช้เซลล์ต้นกำเนิดจากพี่น้องคิดเป็น 530,300 บาท (483,300 – 592,000 บาท) ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายถูกกว่าการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดแบบเดียวกันในประเทศพัฒนาแล้วอีกหลายประเทศ อีกทั้งปลอดภัยและมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ นอกเหนือจากนี้การคงไว้ซึ่งสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด เช่น ระบบกรองอากาศด้วย HEPA filter และห้องอัดแรงดันบวก สามารถลดปัญหาค่าใช้จ่ายอันเกิดจากผลข้างเคียงของการทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดได้

**คำสำคัญ:** การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด, ทรัพยากรที่มีจำกัด

## ABSTRACT

In Thailand, despite the improvement of care for malignancies, some groups of patients have failed to respond to standard treatment and faced recurrence of diseases. Thailand is an endemic area of several genetic disorders and thalassemia has been a budgetary burden for the Royal Thai government.

Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is a definite cure for several hematological diseases including malignancies, thalassemia and severe aplastic anemia. Bone marrow transplantation (BMT) was found promising in spite of low resources. Thirteen cases of BMT (10 cases for autologous and 3 cases for allogeneic transplantations) were performed and outstanding outcomes were reported in this study. The median follow-up time was 11 months (2 months – 47 months range). Both disease-free survival and overall survival were 100% with 10 months median disease-free survival time. One case had acute GVHD grade I with no evidence of chronic GVHD. Moreover, the median cost of autologous BMT was US\$10,601 dollars (US\$7,113 – 14,872 range) and the median cost of allogeneic BMT was US\$ 15,153 dollars (US\$ 13,808 – 16,924 range) which were more economical than the BMT costs in the developed countries. Maintaining basic necessities such as HEPA filter system with positive pressure gradients room air and lab checkup as much as necessary can both reduce expenses and prevent complications.

**Keyword:** Stem Cell Transplantation, Low resources set up Bone Marrow Transplantation

Pediatric cancer is a challenging field of medicine because of its own diagnosis and therapeutic procedure combined with emotional burden often related to financial, educational, cultural and human resources.<sup>(1)</sup>

In Thailand, thalassemia is the most common gene-related hematologic disease. Approximately 40% of the Thai population carry thalassemia traits and about 1% manifest the disease.<sup>(2)</sup> It accounts for a significant proportion of childhood morbidity and related health care expenses.<sup>(3, 4)</sup> In spite of major advances in supportive care during the past decade,<sup>(5)</sup> many patients in Low and Middle Income Countries (LMICs) still managed poorly because of treatment costs and lack of accessibility to proper medical treatment.

Even though bone marrow transplantation offers a maximal chance of cure for the majority of blood cancer patients, it is complicated and demands great efforts, budget and resources beyond the hospital extent.

A project to set up a unit of bone marrow transplantation (BMT) with low resources in the Regional Cancer Center in the South-Eastern area of Thailand was initiated to offer transplantation. Sunpasitthiprasong Hospital collaborated with the Department of Pediatric Hemato-Oncology, Mahidol University in the project. The collaboration was to ascertain transplantation in compliance with the international standard and to offer training program, donor care, stem-cell manipulation and transplantation process. One of the primary aims of the project was also to evaluate feasibility, outcomes and costs of BMT under low resources.

The purpose of this paper is therefore to report on the effectiveness and costs of the BMT in a unit with low resources.

## Material & Methods

Due to the fact that BMT offered in medical centers under the social healthcare system is supported by neither social welfare nor any foundations, setting

up a BMT unit has to be sponsored by other sources. Moreover, laboratory procedures and costs such as to cyclosporine a blood level, to monitor CMV reactivation, and to analyze flow cytometry and chimerism depend on individual cases and types of transplantation.

To support the BMT unit with low resources of the project under this study, Ramathibodi hospital at Mahidol university contributed to the BMT unit setup, standardization and academic matters. The processes of setting up covered the following aspects:

- Technical and professional assistance such as BMT unit location, size, design, infection control issues and most importantly the system of transplantation
  - A 4-beds unit modified from a special ward (2 beds with positive pressure gradients and centralized high efficacy particulate air (HEPA) filtration system; the other 2 beds with private bath room and split air conditioning system for high risk patients such as severe neutropenic malignancies) and enforcement of strict hand wash
  - Training and essential drug supplies for the team and staff
  - Blood bank, a collection of stem cells stored at minus 60 degrees Celsius, and various irradiated blood component from high energy linear accelerated blood irradiator
  - Apheresis machine to harvest stem cells from donor advantageous to plasmapheresis in indicated patients such as Guillain-Barre syndrome, thrombotic thrombocytopenic purpura, acute renal failure etc.

In the first phase, autologous BMT was performed by using patient's own bone marrow for treating cancers such as relapsed lymphoma, multiple myeloma and neuroblastoma. Thereafter, allogeneic BMT using bone marrow of donor with compatible Human Leucocytes Antigen (HLA) matching was performed.

All HSCT patients were treated in positive-pressure isolation rooms and received antibiotics to

prevent *Pneumocystis carinii* pneumonia, cytomegalovirus, and Epstein-Barr virus. The criteria of engraftment are an absolute neutrophil count more than  $0.5 \times 10^9$ /L for three consecutive days or a platelet count more than  $20 \times 10^9$ /L without transfusion for seven consecutive days.<sup>(6,7)</sup>

## Results

A total of 13 patients had successful engraftment and were evaluated for the costs of the procedure, focusing on the inpatient costs till discharged from the hospital. Table 1 demonstrates transplantation characteristics of patients, conditioning regimens and post-BMT complications.

**Table 1:** Transplantation characteristics of patients, conditioning regimens and post-BMT complications

Total patient (n = 13)	
Male	3 (23.1%)
Female	10 (76.9%)
Mean age in years (range)	27 (5 – 58)
Median duration of hospitalization in days (range)	43 (30 – 60)
Type of transplant	
Autologous	10 (76.9%)
Allogeneic (HLA matched sibling donor)	3 (23.1%)
Diagnosis	
Thalassemia	2 (15.4%)
Relapsed lymphoma	2 (15.4%)
Relapsed acute lymphoblastic leukemia	1 (7.4%)
Neuroblastoma stage III	2 (15.4%)
Relapsed/high risk multiple myeloma	6 (46.1%)
Conditioning regimens	
Busulfan/Cyclophosphamide	1 (7.7%)
Busulfan/Fludarabine/ATG	2 (15.4%)
Busulfan/Melphalan	2 (15.4%)
Melphalan	6 (46.1%)
Melphalan/BCNU/Etoposide	2 (15.4%)
Complications	
Acute GVHD	
gr I	1
gr II - IV	0
Chronic GVHD	
Hemorrhagic cystitis	1

\*GVHD = Graft Versus Host Disease

The majority of the transplantations were autologous and most of the diseases were hematologic malignancies (2 recurrent Hodgkin lymphoma, 2 recurrent neuroblastoma and 5 recurrent multiple myeloma). The overall and disease free survival was 100% for both types of transplantation.<sup>(8)</sup> The period of cost was calculated from the day of admission for transplantation to the day of discharge. The median duration of hospitalization were 43 days (30 – 60 days).

Post-BMT complications were only acute graft

versus host disease (GVHD) gr I in 1 case, hemorrhagic cystitis from BK virus in 1 case and low grade oral mucositis in some cases. The median total cost of bone marrow transplantation was US\$10,601 (US\$7,113-14,872 range) for autologous and US\$15,153 (US\$13,808–16,924 range) for allogeneic type as shown in Table 2. The comparison of costs of BMT with other countries was shown in Table 3. Details of hospital charges in each category were illustrated as mean in Table 4.

**Table 2:** Costs of autologous and allogeneic bone marrow transplantation

Type of transplant	Number of patients (n=13)	Average Age years (range)	Median time of hospitalization days (range)	Median total cost US Dollars (range)
Autologous	10 (76.9%)	32.6 (5 – 58)	41 (33 – 60)	10,601 (7,113 – 14,872)
Allogeneic	3 (23.1%)	8.3 (5 – 12)	51 (46 – 57)	15,153 (13,808 – 16,924)

**Table 3:** Comparison of costs of autologous and allogeneic bone marrow transplantation in some main countries and Thailand

	USA <sup>(8,9)</sup> US \$	France <sup>(10,11)(a)</sup> US \$	India <sup>(12)(c)</sup> US \$	Thai (centre) <sup>(13)</sup> <sup>(b)</sup> US \$	Thai (SPS) <sup>(c)</sup> US \$
Autologous BMT	51,312	11,031	12,500	25,550	10,601
Allogeneic BMT	105,300	78,700	17,914	23,882	15,153

(a) Total 60 d. post BMT (b) Total 1 yr. post BMT (c) Timing Admit until discharge

**Table 4:** Other hospital charges

	US\$	%
Accommodation	825	7.2
Blood product and transfusion charges include stem cell harvest and infusion	2,665	23.2
Pharmacy	5,662	49.3
Investigation (labs, X-ray)	932	8.1
Equipment and medical devices	456	4.0
Procedure	212	1.8
Medical consultation	680	5.9
Miscellaneous (including consumables, catheter, O <sub>2</sub> )	50	0.4
	11,482	100%

## Discussion

BMT is a curative treatment for hematologic diseases and high risk malignancies which poorly respond to standard treatment especially chemotherapy. Up to date it has been the only definitive cure for severe thalassemia disease with reported consistent thalassemia-free survival rate of over 80% in selected young low-risk patients who received BMT with HLA match-related donor<sup>(15)</sup> and life improvement program.<sup>(16-17)</sup> In the area where thalassemia is endemic such as the South-Eastern area of Thailand, there has been a severe shortage of center for BMT. This is not only due to a lack of financial resources, but also a lack of subspecialty expertise in this field and especially a perception that setting up a BMT center is highly complex and expensive. In fact, BMT treatment is less expensive than the cost of long-term supportive care for patients with severe thalassemia.<sup>(18)</sup>

In this study, it was found that appropriate BMT unit with low resources could be set up with support from its surrounding organizations. Once the unit was established with medical standards, BMT could offer high chances of disease-free survival.

Outcomes of BMT in the unit with low resources were comparable to those with high resources in the developed countries and the cost was affordable. Although HEPA filtering and positive pressure gradients system is important to decrease adverse events, we found only low grade complications such as acute GVHD gr I, oral mucositis, acute diarrhea and BK viral urinary tract infection.<sup>(19)</sup> In terms of cost, it may be difficult to compare with other sites of various conditioning protocols, use of GVHD prophylaxis, differences in supportive physician's discretion in using the available resources, and differences in periods of follow-up treatment including various investigations. However, Thai patients are less likely to be able to afford the high cost of the transplantation between US\$30,000 and US\$88,000 for a single autologous

transplantation and US\$200,000 or more for a matched unrelated myeloablative allogeneic procedure in Europe and USA.<sup>(20-22)</sup> Even though the cost of the transplant in developing countries is much lower than overseas transplantation,<sup>(23-24)</sup> many patients in Thailand cannot afford it due to their low socio-economic background and a lack of sufficient insurance coverage and governmental support.

## Conclusion

The findings in the effectiveness and cost of BMT in a unit with low resources in this study may set a useful precedent to extent access for bone marrow transplantation in lower to middle income regions. A BMT unit with low resources can be appropriately set up and the effectiveness of treatment is in accordance with safety standards for both autologous and allogenic BMT.

Consequently, more BMT centers should be established as they contribute not only to advancement in the cure of both malignant and non-malignant diseases, but also to empowerment of tertiary medical care in the unserved area and multidisciplinary team work. More significantly, recent publication has demonstrated that the budget for related HSCT thalassemia patient was more cost-effective and reducing more government expenditures than blood transfusion combined with iron chelation therapy.<sup>(25)</sup>

## Acknowledgement

Special thanks to Dr. Manus Kanoksilp and Dr. Chalit Thongprayoon for their realization in the importance of patient care and treatment, Professor Suradej Hongeng for his contribution in monitoring the stem-cell manipulation and transplantation in compliance with international standard, and finally to BMT staffs at Sunprasitthiprasong hospital for their hard work for the benefit of patients.



## Reference

1. Kellie SJ, Howard SC. Global child health priorities: what role for paediatric oncologists? *Eur J Cancer*. 2008 Nov; 44(16):2388-96. Doi: 10.1016/j.ejca.2008.07.022. Epub 2008 Sep 15. Review. PubMed PMID: 18799306.
2. Tienthavorn V, Patrakulvanish S, Pattanapongthorn J, Voramongkol N, Sanguanserm Sri T, Charoenkwan P: Prevalence of thalassemia carrier and risk of spouse to have a severe thalassemic child in Thailand. In National Conference on Thalassemia 11st; Miracle Grand Hotel, Bangkok. Department of Health, Ministry of Public Health, Thalassemia Foundation of Thailand; 2005.
3. Weatherall DJ. The inherited diseases of hemoglobin are an emerging global health burden. *Blood*. 2010 Jun 3; 115 (22):4331-6. Doi: 10.1182/blood-2010-01-251348. Epub 2010 Mar 16. Review. PubMed PMID: 20233970; PubMed Central PMCID: PMC2881491.
4. Ho WL, Lin KH, Wang JD, Hwang JS, Chung CW, Lin DT, Jou ST, Lu MY, Chern JP. Financial burden of national health insurance for treating patients with transfusion-dependent thalassemia in Taiwan. *Bone Marrow Transplant*. 2006 Mar; 37(6):569-74. PubMed PMID: 16462756.
5. Rachmilewitz EA, Giardina PJ. How I treat thalassemia. *Blood*. 2011 Sep 29;118(13):3479-88. Doi: 10.1182/blood-2010-08-300335. Epub 2011 Aug 2. Review. PubMed PMID: 21813448.
6. Hongeng S, Pakakasama S, Chuansumrit A, Sirachainan N, Kitpoka P, Udomsubpayakul U, et al. Outcomes of transplantation with related- and unrelated-donor stem cells in children with severe thalassemia. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2006; 12:683-7.
7. Hongeng S, Pakakasama S, Chuansumrit A, Sirachainan N, Sura T, Ungkanont A, et al. Reduced intensity stem cell transplantation for treatment of class 3 Lucarelli severe thalassemia patients. *Am J Hematol*. 2007; 82:1095-8.
8. Lee SJ, Klar N, Weeks JC, Antin JH. Predicting costs of stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*. 2000 Jan; 18(1):64-71. PubMed PMID: 10623694.
9. Jones JA, Qazilbash MH, Shih YC, Cantor SB, Cooksley CD, Elting LS. In-hospital complications of autologous hematopoietic stem cell transplantation for lymphoid malignancies: clinical and economic outcomes from the Nationwide Inpatient Sample. *Cancer*. 2008 Mar 1;112(5):1096-105. Doi: 10.1002/cncr.23281. PubMed PMID: 18286506.
10. Faucher C, Le Corroller Soriano AG, Esterni B, Vey N, Stoppa AM, Chabannon C, et al. Randomized study of early hospital discharge following autologous blood SCT: medical outcomes and hospital costs. *Bone Marrow Transplant*. 2012 Apr; 47(4):549-55. Doi: 10.1038/bmt.2011.126. Epub 2011 Jul 4. PubMed PMID: 21725375.
11. Cordonnier C, Maury S, Esperou H, Pautas C, Beaune J, Rodet M, et al. Do minitransplants have minicosts? A cost comparison between myeloablative and nonmyeloablative allogeneic stem cell transplant in patients with acute myeloid leukemia. *Bone Marrow Transplant*. 2005 Oct; 36(7):649-54. PubMed PMID: 16044135.
12. Sharma SK, Choudhary D, Gupta N, Dhamija M, Khandelwal V, Kharya G, et al. Cost of hematopoietic stem cell transplantation in India. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2014; 6:e2014046.
13. Ngamkiatphaisan S, Sriratanaban J, Kamolratanakul P, Intragumtornchai T, Noppakun N, Jongudomsuk P. Cost analysis of hematopoietic stem cell transplantation in adult patients with acute myeloid leukemia at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2007 Dec; 90(12):2565-73. PubMed PMID: 18386705.
14. Sabloff M, Chandy M, Wang Z, Logan BR, Ghavamzadeh A, Li CK, et al. HLA-matched sibling bone marrow transplantation for  $\beta$ -thalassemia major. *Blood*. 2011; 117:1745-50.
15. Angelucci E. Hematopoietic stem cell transplantation in thalassemia. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2010; 2010:456-62.

16. Caocci G, Efficace F, Ciotti F, Roncarolo MG, Vacca A, Piras E, et al. Prospective assessment of health-related quality of life in pediatric patients with beta-thalassemia following hematopoietic stem cell transplantation [abstract]. *Biol Blood Marrow Transplant* [online] 2011 [cite 2017 Feb 15]; 17(6):861-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20870029>.
17. Cheuk DK, Mok AS, Lee AC, Chiang AK, Ha SY, Lau YL, et al. Quality of life in patients with transfusion-dependent thalassemia after hematopoietic SCT. *Bone Marrow Transplant*. 2008;42:319-27.
18. Riewpaiboon A, Nuchprayoon I, Torcharus K, Indaratna K, Thavorncharoensap M, Ubol BO. Economic burden of beta-thalassemia/Hb E and beta-thalassemia major in Thai children. *BMC Res Notes*. 2010;3:29.
19. Kumar R, Naithani R, Mishra P, Mahapatra M, Seth T, Dolai TK, et al. Allogeneic hematopoietic SCT performed in non-HEPA filter rooms: initial experience from a single center in India. *Bone Marrow Transplant*. 2009; 43:115-9.
20. Khera N, Zeliadt SB, Lee SJ. Economics of hematopoietic cell transplantation. *Blood*. [Online] 2012 [cite 2017 Feb 25]; 8:[7screens]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1182/blood-2012-05-426783>.
21. Saito AM, Cutler C, Zahrieh D, Soiffer RJ, Ho VT, Alyea EP, et al. Costs of allogeneic hematopoietic cell transplantation with high-dose regimens. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2008 Feb;14(2):197-207. Doi: 10.1016/j.bbmt.2007.10.010. PubMed PMID: 18215780; PubMed Central PMCID: PMC2259445.
22. Esp rou H, Brunot A, Roudot-Thoraval F, Buzyn A, Dhedin N, Rio B, et al. Predicting the costs of allogeneic sibling stem-cell transplantation: results from a prospective, multicenter, French study. *Transplantation*. 2004 Jun 27;77(12):1854-8. PubMed PMID: 15223903.
23. Chandy M. Stem cell transplantation in India. *Bone Marrow Transplant*. 2008 Aug;42 Suppl 1:S81-S84. Doi: 10.1038/bmt.2008.124. Review. PubMed PMID: 18724312.
24. Mukhopadhyay A, Gupta P, Basak J, Chakraborty A, Bhattacharyya D, Mukhopadhyay S, et al. Stem cell transplant: An experience from eastern India. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2012 Oct;33(4):203-9. Doi: 10.4103/0971-5851.107078. PubMed PMID: 23580820; PubMed Central PMCID: PMC3618641.
25. Leelahavarong P, Chaikledkaew U, Hongeng S, Kasemsup V, Lubell Y, Teerawattananon Y. A cost-utility and budget impact analysis of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for severe thalassemic patients in Thailand. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:209.

# การขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาวะตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง บ้านอู่แก้ว หมู่ที่ 9 ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช Health Village Development under the Concept of Sufficiency Economy with the Participation of the Community: a Case Study of Ban OO-Keaw, Moo 9, Tambon Khao Phra Bath, Chian Yai District, Nakhon Si Thammarat Province

ปิยรัตน์ กาญจนะ  
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาวะตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ศึกษาในพื้นที่บ้านอู่แก้ว หมู่ที่ 9 ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำของสมาชิกกลุ่มต่างๆ จำนวน 10 กลุ่ม สุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2560 มี 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) ขับเคลื่อนการพัฒนาหมู่บ้าน 3) ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสำรวจ สัมภาษณ์ สทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาวะ และการดำเนินงานด้านเศรษฐกิจพอเพียง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76, 0.78 และ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ dependent paired t – test

ผลการศึกษา พบว่า 1) จากการศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคือ ความพร้อมของบุคคลที่ทำงานร่วมกัน การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความสามารถของผู้ในกลุ่ม ปัจจัยเสริมที่ทำให้กลุ่มมีการขับเคลื่อนคือการได้รับโอกาสในการพัฒนา ความยืดหยุ่นในการปฏิบัติ การเจรจาต่อรองภายในกลุ่มและ ความสัมพันธ์เครือข่าย โอกาสที่ทำให้พัฒนาร่วมกันคือความศรัทธาคือคำสอนของพ่อหลวง ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนและอยากเห็นชุมชนเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น 2) ขับเคลื่อนการพัฒนาหมู่บ้านโดยการนำแนวคิดด้านเศรษฐกิจพอเพียง เปรียบเทียบก่อนและหลังการวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) เปรียบเทียบผลการพัฒนาสุขภาวะพอเพียงทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) 3) ประเมินผล การนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการพัฒนาหมู่บ้าน สุขภาวะ คนในชุมชนมีความพึงพอใจในระดับ “มากที่สุด” มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชนระดับ “มาก” ประชาชนเกิดความภาคภูมิใจต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาหมู่บ้านสุขภาวะ

การพัฒนาทำให้เกิดรูปแบบ “วิถีพอเพียงบ้านอู่แก้ว” มีกระบวนการพัฒนา 11 ขั้นตอนคือ 1) การมีส่วนร่วมแบบสมัครใจ 2) ตั้งเป้าหมายต้องมาจากแรงศรัทธา 3) รับรู้ร่วมกันและคืนข้อมูลชุมชน 4) เสริมพลังให้คิดอย่างต่อเนื่อง 5) ทำตามความสามารถและใช้ทุนทางสังคม 6) ติดตามแบบเพื่อน 7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้สม่ำเสมอ 8) ทำให้เห็นเป็นแบบอย่าง 9) สร้างพลัง เต็มกำลังใจ 10) จิตอาสา 11) สร้างทางเลือกการพัฒนา สรุปได้ว่าการนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาวะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมแบบสมัครใจ เพราะเกิดความศรัทธาต่อแนวคิด มีเป้าหมายร่วมกัน เปลี่ยนทัศนคติเป็นบวก เสริมพลังและใช้ทุนที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ส่งผลให้กลุ่มแกนนำเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ วิธีการปฏิบัตินำไปสู่ทิศทางที่เป็นบวกในระดับสูง

**คำสำคัญ :** สุขภาวะ, เศรษฐกิจพอเพียง, บ้านอู่แก้ว

## Abstract

The present research was aimed to develop a health village operating model under the concept of sufficiency economy using the participation of people in Ban OO-keaw, Moo 9, Tambon Khao Phra Bat, Chian Yai district, Nakhon Si Thammarat province, and to study of factors affected to the participation of the community and strategy of health village for development under the concept of sufficiency economy. This participatory action research was conducted from October 2015 to March 2017. It was divided into 3 steps: 1) the preparation, to defined the area, accessed to the study area and to built relationships, 2) the operation, to studied and analyzed the factors that affect the participation of the community of the 35 main contributors by conducting depth interviews, group discussions and observation, and to studied the developmental strategy of health village following the concept of sufficiency economy of 50 research participants, and 3) the research evaluation.

The results showed that both factors that promote and hinder the participation of the community consisted of the individual, management and the structure of the community. The individual factors included the availability of people to work with community in physical, mental, social, and spiritual dimensions; respect for human dignity; ability of leaders and the opportunity to develop. The management consists of flexibility of the management practices or rules used in the community and negotiations within. The factors for the structure of the community included kinship relationship, belief, community life to contribute of the development, sense of belonging, community expectations, value and cultural community conducive to participation and to see the importance of participation.

The development strategies of health community included:1) used the participation of the community in the disposed development, 2)set the goal from inspiration or belief, 3) communicated based on the mutual recognition and returned the data to the community, 4) empowered to think and build community plan with continuously operating, 5) supported act according to self and social capital, 6) encouraged and tracked a partner, 7) provided for the regular discussion, 8) made exemplary, 9) empowered same as family, 10) instituted volunteers and vocal developments and 11) proved opportunities and development options in the two parts such as 1) the tools used for development as the curriculum content composing of 3 topics including healthy, sufficiency economy and community participation, and 2) development mechanism that is community leaders with three characteristics including volunteer, belief in community life and self- confidence and team.

The results after used the sufficiency economy concept in developing of the health village revealed that people in the community were satisfied with the level of “most”. The fit and accordance with the community life was the level of “much”. People were taken pride and developed by voluntary. It got the apparent phenomenon of “Ban OO-Keaw sufficient Way of life”. The comparison of the adequately developmental health in four aspects: physique, mentality, society and spirit between before and after the study were different with statistical significance at  $p < 0.05$ . And the concept of sufficiency economy that was developed based on six fields included reducing expenses, additional revenue, savings, livelihood, natural resource conservation and care between before and after the study were different with statistical significance at  $p < 0.05$

**Key words:** Sufficiency Economy

## บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) เป็นต้นมา เน้นสร้างสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน “สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี” การพัฒนาต้องเน้นกลยุทธ์ในการสร้างความพอเพียงทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ การที่โลกพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ค่านิยมและวัฒนธรรม ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ จากการศึกษา ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2554 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, โรคเบาหวาน, โรคปอดอักเสบ และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็น 1,187, 935.9, 848.8, 535.8, และ 277.8 ต่อแสนประชากร<sup>(1)</sup> สาเหตุการเสียชีวิตมาจากโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อัตรา 88.3, 29.0, 21.0, 11.1, และ 3.6 ต่อแสนประชากร<sup>(2)</sup> พฤติกรรมที่เสี่ยงสำหรับเพศชายคือ การสูบบุหรี่และดื่มสุราร้อยละ 45 เพศหญิงร้อยละ 15 ที่ดื่มสุรา ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย วัยทำงานมีเพียงร้อยละ 19 กลุ่มสู่วัยออกกำลังกายร้อยละ 23.6 วัยเด็กออกกำลังกายมากที่สุดร้อยละ 60 สำหรับภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินเป็นปัญหาทุกวัย โดยกลุ่มที่มีรายได้น้อยมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 26.2 ในขณะที่กลุ่มรายได้สูงมีภาวะน้ำหนักเกิน 1 ใน 3 และกลุ่มที่น้ำหนักเกินมากที่สุดคือเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 6.9<sup>(1)</sup> จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนต่อครัวเรือนระดับประเทศ ภาคใต้และจังหวัด นครศรีธรรมราช ปี 2558 เท่ากับ 21,157 บาท, 21,293 บาท และ 20,221 บาท สรรวจภาวะหนี้สินของครัวเรือนในปี 2558 ในภาพรวมระดับประเทศ ภาคใต้และจังหวัดนครศรีธรรมราช เท่ากับ 156,770 บาท, 163,892 บาท และ 164,476 บาท<sup>(3)</sup>

กระทรวงสาธารณสุข สร้างความเข้มแข็งชุมชนสู่การพึ่งตนเอง โดยส่งเสริมให้ดำเนินงานสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สอดคล้องตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ซึ่งได้นำแนวคิด “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมภูมิปัญญาด้านสุขภาพ มีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนงาน สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่พอเพียง<sup>(4)</sup> เป็นปรัชญาที่ชี้ถึงแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนคนไทยทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชนและระดับรัฐ<sup>(5)</sup> รายงานข้อมูลสุขภาพอำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2558 มีผู้ป่วยเบาหวานอัตรา 8,208.49 ต่อแสนประชากร ความดันโลหิตสูง อัตรา 21,248.11 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยติดบ้านอัตรา 775.64 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยมะเร็ง 1,134.65 ต่อแสนประชากร<sup>(6)</sup> ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ ปี 2558

มีผู้ป่วยเบาหวานอัตรา 1,892.46 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4,287.16 ต่อแสนประชากร จากการสำรวจข้อมูลบ้านอยู่แก้ว หมู่ที่ 9 ตำบลเขาพระบาท เมื่อปี พ.ศ.2558 พบว่าครัวเรือนมีหนี้สินร้อยละ 69.38 เฉลี่ยครัวเรือนละ 170,000 บาท มีปัญหาการใช้สารเคมีในการเกษตรร้อยละ 80 ครัวเรือนทำเกษตรชีวภาพเพียงร้อยละ 10 เกษตรกรป่วยด้วยโรคผิวหนังร้อยละ 25 มีความเครียดร้อยละ 30 ประชาชนทิ้งครอบครัวไปทำงานนอกบ้านร้อยละ 50<sup>(7)</sup>

จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าบ้านอยู่แก้ว ประชาชนยังมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมกระตือรือร้นชีวิต พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพคือ การใช้สารเคมีในการทำอาชีพด้านเกษตร มีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลเชื่อมโยงไปสู่ระบบเศรษฐกิจครัวเรือน เกิดภาระหนี้สินที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยระดับจังหวัดและระดับประเทศ ทำให้ครัวเรือนมีการอพยพออกไปทำงานนอกบ้าน จากการศึกษาของขวัญกมล ดอนขวา<sup>(8)</sup> พบว่าปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง องค์ประกอบที่มีค่ามากที่สุดคือ องค์ประกอบด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี (0.946) รองลงมาคือด้านความมีเหตุผล (0.851) โดยมีเงื่อนไขด้านความรู้ (0.868) คู่กับเงื่อนไขด้านคุณธรรม (0.855) องค์ประกอบที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจมากที่สุด คือ ด้านการมีงานทำ (0.95) ด้านการกระจายรายได้ที่ดี (0.94) ด้านมาตรฐานการครองชีพที่ดีขึ้น (0.89) จากสภาพปัญหาและวิธีการพัฒนาตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง สามารถที่จะพัฒนาประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นการพัฒนาที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีส่วนร่วม สามารถออกแบบการพัฒนา ร่วมกันโดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชนที่มีความหลากหลายแตกต่างกัน แต่ความรู้เกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียงยังมีอยู่อย่างจำกัดในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่บ้านอยู่แก้ว เป็นพื้นที่ศึกษา เนื่องจากกลุ่มแกนนำและประชาชนในพื้นที่ มีความต้องการที่จะแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถพึ่งตนเองได้ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากแกนนำกลุ่มและครัวเรือนเป้าหมาย ผู้วิจัยเข้าไปร่วมเรียนรู้กระบวนการขับเคลื่อนฯ สังเกต และสะท้อนข้อมูลที่ได้นำไปสู่การพัฒนา ถอดบทเรียน กระบวนการที่ส่งผลต่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนบ้านอยู่แก้ว ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ผู้ที่มีบทบาทในการจัดการ เพื่อนำความรู้และข้อมูลไปใช้ในการขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาพหรือตำบล สุขภาวะต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของบ้านอยู่แก้ว

## คำถามการวิจัย

คำถามหลักคือ การขับเคลื่อนการพัฒนาบ้านอู่แก้ว โดยใช้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ส่งผลต่อสุขภาวะอย่างไร โดยมีคำถามรองคือ 1) สถานการณ์ก่อนขับเคลื่อนการพัฒนาเป็นอย่างไร 2) การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาเป็นอย่างไร 3) ผลที่เกิดจากพัฒนาเป็นอย่างไร 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนการพัฒนา เป็นอย่างไร

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ด้านพื้นที่ : ศึกษาพื้นที่บ้านอู่แก้ว หมู่ที่ 9 ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากร 948 คน จำนวน 189 หลังคาเรือน
2. ด้านเนื้อหา : เนื้อหาหลักเกี่ยวข้องกับบ้านอู่แก้ว จำนวน 3 ประเด็น คือ ด้านสุขภาวะตามวิถีชุมชน แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. ด้านระยะเวลา : ศึกษาช่วงเดือนตุลาคม 2558 ถึง มีนาคม 2560 รวมเวลา 18 เดือน

## วิธีการศึกษา

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) พื้นที่บ้านอู่แก้ว หมู่ที่ 9 ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นหมู่บ้านกึ่งชนบท มีประเพณี วัฒนธรรมที่หลากหลายจากความคิด ความเชื่อด้านสุขภาพ ทำอาชีพเกษตรกรรมแบบดั้งเดิม และมีกลุ่มในชุมชน 10 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปักผ้าด้วยมือ กลุ่มกองทุนเงินล้าน กลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษ กลุ่มน้ำหมักชีวภาพ กลุ่มปุ๋ยชีวภาพ กลุ่มเลี้ยงไก่พื้นเมือง กลุ่มเลี้ยงปลา กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต กลุ่มน้ำยาเอนกประสงค์ และ กลุ่ม กขค.

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มแกนนำ ประกอบด้วย ประธานกลุ่ม เลขาฯ และเหรัญญิก กลุ่มละ 3 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาหมู่บ้านสุขภาวะก่อน - หลังขับเคลื่อนฯ และผลการพัฒนา จำนวน 30 คน ใช้วิธีการสุ่มเลือกเฉพาะเจาะจง 2) สมาชิกกลุ่ม เป็นผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม สอบถามเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วม การขับเคลื่อนสุขภาวะ การดำเนินตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง เก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา สุ่มเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก กลุ่มละ 3 คน (ไม่ซ้ำกับกลุ่มที่ 1) รวม 30 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** คือ 1) เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัย และอาสาสมัครช่วยวิจัย จำนวน 3 คน พัฒนาศักยภาพโดยให้

ความรู้ ฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนการวิจัย 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างจากการระดมความคิดของผู้ทรงคุณวุฒิ และการทบทวนวรรณกรรม นำไปทดลองใช้กับผู้ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่บ้านดอนโรง หมู่ที่ 8 ตำบลเขาพระบาท ประกอบด้วย 2.1) แบบสำรวจสถานการณ์สุขภาวะ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.78 และ 2.2) แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.76 และ 2.3) การดำเนินงานตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80 และ 3) แบบบันทึกภาคสนาม

## วิธีการดำเนินการวิจัย

ใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมิมิสและแมคทักการ์ท<sup>9)</sup> มี 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผน 2) ปฏิบัติการ 3) การสังเกต 4) การสะท้อน ในการขับเคลื่อนการพัฒนาหมู่บ้านสุขภาวะ 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย ศึกษาสถานการณ์สุขภาวะของบ้านอู่แก้ว และศึกษานิยาม คำสำคัญที่เกี่ยวกับการขับเคลื่อนพัฒนาหมู่บ้านสุขภาวะ และศึกษานิยาม คำสำคัญเกี่ยวกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ผู้วิจัยร่วมประชุมกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมทีมงานวิจัย สังเกตการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะ ร่วมสะท้อนข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมการนำข้อมูลเข้าสู่เวทีประชาคม (ตุลาคม - ธันวาคม 2558) ระยะที่ 2 ดำเนินการขับเคลื่อนพัฒนาสุขภาวะบ้านอู่แก้ว ผู้วิจัยร่วมเรียนรู้ สังเกตกิจกรรมในเวทีประชาคม เพื่อวางแผนจัดระบบบริการแบบมีส่วนร่วมจากแกนนำและสมาชิกกลุ่ม และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เผยแพร่ผลการศึกษานิยาม คำสำคัญฯ ที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 การดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ สะท้อนข้อมูลการดำเนินกิจกรรม ร่วมปรับปรุง และวางแผนการดำเนินงานใหม่ ร่วมเรียนรู้ สังเกตการดำเนินกิจกรรมที่ปรับใหม่ สะท้อนข้อมูลการดำเนินกิจกรรมให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง (มกราคม - ธันวาคม 2559) ระยะที่ 3 ประเมินผลสรุปกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะบ้านอู่แก้ว ผู้วิจัยร่วมประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ประชุมสรุป ถอดบทเรียนกระบวนการดำเนินงานทั้งหมด สะท้อนผลการวิจัยที่ได้ให้กับชุมชนได้รับรู้ (มกราคม - มีนาคม 2560)

**การรวบรวมข้อมูล** ด้วยการสำรวจสถานการณ์สุขภาวะบ้านอู่แก้ว สัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สนทนากลุ่มและบันทึกข้อมูลภาคสนาม

**วิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังวิจัยด้วยสถิติ dependent paired t – test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยวิเคราะห์ไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์เพื่อสรุปผลการเก็บข้อมูลในภาพรวมอีกครั้ง เพื่อสร้างข้อสรุปที่ได้จากการวิจัย

**ความเชื่อถือได้ของการวิจัย** ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อดูความถูกต้องของข้อมูลตามแหล่งที่ได้มา เวลา สถานที่ และบุคคล ตรวจสอบสามเส้า ด้านนักวิจัยเพื่อดูว่า ข้อมูลที่ได้จากแต่ละคนมีความแตกต่างกันอย่างไร และการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล เพื่อดูว่าข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์มีความแตกต่างหรือไม่

## ผลการศึกษา

1. **สถานการณ์สำรวจสุขภาพบ้านอู่แก้ว** จากการสำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย มีรายละเอียด ดังนี้ 1) **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.30 การศึกษาระดับมัธยมต้นร้อยละ 70.30 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 62.50 สถานภาพสมรสร้อยละ 89.10 มีรายได้และมีเหลือเก็บร้อยละ 51.60 เรียนรู้เรื่องสุขภาพและเศรษฐกิจพอเพียงจากปราชญ์หรือผู้มีประสบการณ์ ร้อยละ 60.90 เข้าร่วมกิจกรรมประเพณีสงกรานต์ร้อยละ 48.40 เข้าร่วมประชุมหมู่บ้านเพียงบางครั้ง ร้อยละ 60.90 เข้าร่วมทำประชาคมบางครั้งร้อยละ 62.50 2) **ด้านสุขภาพ** ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 4 ด้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ 2.1) **ด้านร่างกาย** ก่อนดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.97$ ) หลังดำเนินกิจกรรม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.96$ ) 2.2) **ด้านจิตใจ** ก่อนดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.63$ ) หลังดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.57$ ) 2.3) **ด้านสังคม** ก่อนดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.27$ ) หลังดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.27$ ) 2.4) **ด้านจิตวิญญาณ** ก่อนดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 4.36$ ) หลังดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.31$ ) 3) **การปฏิบัติเกี่ยวกับแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง** 6 ด้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ 3.1) **กิจกรรมลดรายจ่าย** ก่อนดำเนินกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.74$ ) หลังกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.75$ ) 3.2) **กิจกรรมเพิ่มรายรับ** ก่อนดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.92$ ) หลังกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.89$ ) 3.3) **ด้านการออม** ก่อนดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.13$ ) หลังกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.12$ ) 3.4) **ด้านการดำรงชีวิต** ก่อนดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.07$ ) หลังกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.06$ )

3.5) **ด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม** ก่อนดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.81$ ) หลังกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.79$ ) 3.6) **ด้านการเอื้ออาทร** ก่อนดำเนินกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.15$ ) หลังกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.14$ ) 4) **สรุป** จากการศึกษาสถานการณ์ จากการศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคือ ความพร้อมของบุคคลที่ทำงานร่วมกัน การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความสามารถของผู้นำกลุ่ม ปัจจัยเสริมที่ทำให้กลุ่มมีการขับเคลื่อนคือการได้รับโอกาสในการพัฒนาความยืดหยุ่นในการปฏิบัติ การเจรจาต่อรองภายในกลุ่มและความสัมพันธ์เครือข่าย โอกาสที่ทำให้พัฒนาร่วมกันคือความศรัทธาต่อคำสอนของพ่อหลวง ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนและอยากเห็นชุมชนเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น

2. **การดำเนินงานขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาวะ** มีการจัดเวทีประชาคมเพื่อเสนอข้อมูลจากสถานการณ์ระยะที่ 1 ให้กับแกนนำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ทราบและร่วมเสนอความคิดเห็นเพื่อกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาวะ ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมเวทีได้เสนอความต้องการดังนี้ 1) ตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาวะโดยมีตัวแทนจากทุกภาคส่วน มีบทบาทหน้าที่ชัดเจน เพื่อร่วมขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาฯ 2) จัดให้มีการบูรณาการทำงานร่วมกัน เช่น การจัดทำแผนปฏิบัติการ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง การฝึกปฏิบัติตามแนวทางด้านเศรษฐกิจพอเพียงที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน 3) พัฒนากลุ่มที่มีอยู่ในชุมชนให้มีความสามารถในการบริหารจัดการได้ 4) ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนากลุ่ม คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่าผู้นำชุมชนแกนนำชุมชน ตัวแทนชาวบ้านและตัวแทนภาครัฐ ที่เข้าร่วมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีการเปลี่ยนแปลงมุมมอง ทศนคติบวกมากกว่าเดิม มีการเข้าร่วมพัฒนาหมู่บ้านสุขภาวะบ้านอู่แก้วเชิงบวก มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ด้าน คือ (1) ด้านบุคคล ส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีความเสียสละ มีน้ำใจต่อส่วนรวม มองเห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน ยืดหยุ่นในการทำงาน มีจิตอาสา เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทุกคนเชื่อมั่นในการนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนกิจกรรมพัฒนาเพราะสอดคล้องกับวิถีชุมชน (2) ด้านการบริหาร เนื่องจากแนวทางปฏิบัติมีความยืดหยุ่น พุดคุย เจรจาต่อรองกันด้วยเหตุผลภายในกลุ่มเอง ส่วนใหญ่ยืดหยุ่นด้านเวลา แต่วิธีการทำงาน ประเมินผลและงบประมาณ ไม่ยืดหยุ่นเพราะมีข้อตกลงตามระเบียบการปฏิบัติด้านการเงินการคลัง (3) ด้านโครงสร้างชุมชน มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ เอื้ออาทรให้การช่วยเหลือกัน พึ่งพาอาศัยกัน และยังมีพึ่งพาธรรมชาติในการขับเคลื่อนกิจกรรม 4) ผลที่เกิดจากการขับเคลื่อนพัฒนาหมู่บ้านสุขภาวะ ดังนี้

4.1) ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังกิจกรรม ทั้ง 4 ด้านพบว่า (1) ด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนกิจกรรม 4.93 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (2) ด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนกิจกรรม 4.68 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (3) ด้านสังคม ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนกิจกรรม 5.00 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (4) ด้านจิตวิญญาณ ค่าเฉลี่ยหลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนกิจกรรม 4.97 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

4.2) การปฏิบัติตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง 6 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านรายจ่าย ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนกิจกรรมสูงกว่าหลังกิจกรรม 12.04 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (2) ด้านเพิ่มรายได้ ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนกิจกรรม 5.84 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (3) ด้านการออม ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนกิจกรรม 16.51 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (4) ด้านการดำรงชีวิตประจำวัน ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนกิจกรรม 13.87 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (5) ด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนกิจกรรม 5.89 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (6) ด้านการเอื้ออาทร ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนกิจกรรม 4.92 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

### 3. ผลที่เกิดจากการขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาพะมีรายละเอียดดังนี้

3.1) ผลจากการพัฒนาหมู่บ้านสุขภาพะตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า การพัฒนาเมืองประกอบ 2 ส่วน คือ (1) เครื่องมือที่ใช้พัฒนาคือจัดทำหลักสูตร มีเนื้อหา 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพวิถีบ้านอู่แก้ว ด้านเศรษฐกิจพอเพียง ด้านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมเนื้อหา 10 เรื่อง (2) กลไกการพัฒนา คือแกนนำชุมชน ควรมีคุณสมบัติสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ จิตอาสา ศรัทธาและเชื่อมั่นตนเอง และเชื่อมั่นในเพื่อนมนุษย์ การพัฒนาสุขภาพะพอเพียงทั้ง 4 ด้าน คือด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมาก เปรียบเทียบก่อนและหลังการวิจัย พบว่าสุขภาพะพอเพียงด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

3.2) การนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาพะบ้านอู่แก้ว มี 6 ด้านคือ ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพิ่มการออม ปรับวิถีดำรงชีวิต อนุรักษ์ทรัพยากร

ธรรมชาติและเอื้ออาทร ก่อนกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังกิจกรรมอยู่ในระดับมาก เปรียบเทียบก่อนและหลังวิจัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

3.3) สรุป ปัจจัยที่มีผลต่อการขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาพะบ้านอู่แก้ว กระบวนการพัฒนาทำให้เกิดรูปแบบ “วิถีพอเพียงบ้านอู่แก้ว” มีกระบวนการพัฒนา 11 ขั้นตอนคือ (1) การมีส่วนร่วมแบบสมัครใจ : คนในชุมชนเข้ามาร่วมกันคิด ร่วมกันรับรู้ปัญหา ร่วมวิเคราะห์ สร้างทางเลือกในการพัฒนา เกิดความตระหนัก และมีแนวทางการแก้ปัญหา (2) ตั้งเป้าหมายต้องมาจากแรงศรัทธา : คนบ้านอู่แก้วใช้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเป็นฐานของการพัฒนาและเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนา และเคารพศรัทธา เกิดทุนและมีความรักภักดีต่อพ่อหลวง มีความศรัทธาสูงสุดและเป็นแรงบันดาลใจที่จะพัฒนาหมู่บ้านตามแนวคิดของพ่อหลวง โดยเรียนรู้ร่วมกัน (3) รับรู้ร่วมกันและคืนข้อมูลชุมชน : บ้านอู่แก้วประชุมทุกเดือน มีการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้านเพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาเป็นการกระตุ้นให้รับรู้ข่าวสาร เรียนรู้ร่วมกัน เกิดการสื่อสารสองทางทำให้เข้าใจตรงกัน (4) เสริมพลังให้คิดอย่างต่อเนื่อง : บ้านอู่แก้วมีทีมงานเป็นกันเอง ให้กำลังใจกัน คิดและทำแผนชุมชนกันเอง ใช้การเรียนรู้ร่วมกันทุกขั้นตอน (5) ทำตามความสามารถและใช้ทุนทางสังคม : คนบ้านอู่แก้วตั้งใจทำจริง ปฏิบัติจริง และเกิดผลสำเร็จ ทุกคนมีความคิดเหมือนกันเพราะมีการทำงานเป็นทีมทำให้เกิดความรู้สึกร่วมความคิดเห็นร่วมและร่วมเจ้าของ (6) ติดตามแบบเพื่อน : พบว่าคณะทำงาน มีการประชุมทุกเดือน สอบถาม ติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนากิจกรรม ให้กำลังใจกัน เกิดความรับผิดชอบร่วมกัน และรู้สึกเป็นหน้าที่ (7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้สม่ำเสมอ : ชุมชนบ้านอู่แก้ว มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอนงานซึ่งกันและกัน เกิดแนวคิดทำงานใหม่ (8) ทำให้เห็นเป็นแบบอย่าง : คนบ้านอู่แก้วมีความมั่นใจ ไม่เชื่อใครง่ายๆ การทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง จะสร้างศรัทธาแล้วคนในหมู่บ้านจะปฏิบัติตามเอง (9) สร้างพลัง เต็มกำลังใจ ดุจญาติมิตร : คนบ้านอู่แก้วมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ มีน้ำใจให้ การดูแลเป็นอย่างดี ใช้วาจาที่เป็นมิตร มีการทักทาย ยกมือไหว้ เชื่อมมั่นในกระบวนการพัฒนา (10) จิตอาสา คนบ้านอู่แก้ว : เสียสละสูง ตั้งใจพัฒนา มีจุดหมายชัดเจน มีการพึ่งตนเอง (11) สร้างทางเลือกการพัฒนา : ชุมชนบ้านอู่แก้ว ได้รับโอกาสการพัฒนาครั้งนี้เนื่องจากสมาชิกทุกคนสมัครใจร่วมพัฒนา หน่วยงานรัฐจึงให้การสนับสนุน ชุมชนร่วมคิดและกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกัน สร้างทางเลือกการพัฒนาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง มุ่งให้เกิดสุขภาพะของชุมชนบ้านอู่แก้ว



## อภิปรายผลการวิจัย

1) สถานการณ์ขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาพตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง บ้านอยู่แก้ว ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากโรคเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงจากการประกอบอาชีพแบบดั้งเดิม และส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเมื่อประชาชนและทุกภาคส่วนได้ร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน และจัดทำกิจกรรมแก้ปัญหาาร่วมกัน ประเมินผลการทำงานผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พึ่งตนเองได้ เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของคนบ้านอยู่แก้ว การดำเนินงานสำเร็จได้เพราะคนบ้านอยู่แก้วให้ความร่วมมือทั้งผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่ม ตัวแทนชาวบ้าน รวมทั้งภาครัฐ ปัจจัยที่สำเร็จเกิดจาก 1.1) ด้านบุคคล มีการเปลี่ยนมุมมอง เสียสละต่อส่วนรวม มองเห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน เชื่อมั่นใจตนเองและทีม สอดคล้องกับแนวคิด Stephen (2007) <sup>(10)</sup> กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ประเวศ วะสี (2552) <sup>(11)</sup> กล่าวว่า การพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการเชื่อมโยงชีวิตของผู้คนกับสังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและศาสนาไปพร้อมกัน ประชาชนต้องเข้าใจวิถีคิดเชื่อมโยงทุกด้าน การพัฒนาควรเริ่มจากแกนนำชุมชน แรงกระตุ้นที่สำคัญคือการสนับสนุนทางสังคม <sup>(12)</sup> การเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีกำลังใจ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ <sup>(13)</sup> 1.2) ด้านการบริหาร ต้องมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติการเจรจาต่อรองด้วยเหตุผล เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหาย ส่วนใหญ่จะยืดหยุ่นด้านเวลา แต่วิธีการทำงาน การประเมินผล พบว่าใกล้เคียงกับวิธีการเดิมมากที่สุด ส่วนงบประมาณไม่สามารถยืดหยุ่นได้เพราะมีข้อตกลงเฉพาะตามระเบียบการปฏิบัติด้านการเงินการคลัง สอดคล้องกับ Thomas and Mooney <sup>(14)</sup> พบว่าถ้าทักษะของผู้บริหารที่ไม่เพียงพอมีผลต่อความล้มเหลวของชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันทางสังคม คือความเข้มแข็งกลุ่มในชุมชนและความร่วมมือกันของภาคีเครือข่าย 1.3) ด้านโครงสร้างชุมชนชุมชนมีความสัมพันธ์แบบเครือข่าย ส่งผลการทำงานให้ประสบความสำเร็จ มีการช่วยเหลือกัน พึ่งพาอาศัยกัน สอดคล้องกับยิ่งยง เทาประเสริฐ <sup>(15)</sup> วัฒนธรรมพื้นบ้านสะท้อนระบบคิดและวิถีปฏิบัติในการดูแลตนเองของคนในชุมชน อาศัยภูมิปัญญา มีการพึ่งพากัน เป็นความสามารถในเชิงแก้ปัญหาการจัดการ

2) กระบวนการพัฒนาทำให้เกิดรูปแบบ “วิถีพอเพียงบ้านอยู่แก้ว” มี 11 ขั้นตอน ดังนี้ 2.1) การมีส่วนร่วมแบบสมัครใจ สอดคล้องแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (1991) กล่าวว่าเป้าหมาย

สุดท้ายของกลวิธีการดูแลตนเองคือการสร้างให้ประชาชนกำหนดหรือจัดการสุขภาพตนเองให้ได้ 2.2) ตั้งเป้าหมายต้องมาจากแรงศรัทธา สอดคล้องกับดิเรก ชีระกูธ (2539) พบว่าความศรัทธาทำให้เกิดคุณค่าในชีวิต และส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและความมั่นคง หากขาดศรัทธาจะเกิดความท้อถอยในการพัฒนา 2.3) รับรู้ร่วมกันและคืนข้อมูลชุมชน สอดคล้องกับไพบุลย์ แสงโทโพธิ์ (2553) พบว่ากระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบเป็นรูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและสอดคล้องกับวิถีชุมชน 2.4) เสริมพลังให้คิดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับบงยุทธ์ สุขพิทักษ์ <sup>(13)</sup> พบว่ากระบวนการเสริมพลังมีผลทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ รับรู้ มีความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ เกิดทัศนคติเชิงบวกและปฏิบัติได้ 2.5) ทำตามความสามารถและใช้ทุนทางสังคม สอดคล้องกับ Putnam (1993) พบว่าทุนทางสังคมมีความสำคัญคือ ทำให้แก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น เป็นตัวหล่อเลี้ยงให้การทำงานเป็นไปด้วยความราบรื่น ไร้วางใจกัน เกิดปฏิสัมพันธ์กันและช่วยให้เพิ่มความตระหนักในการเผชิญกับปัญหา สอดคล้องกับบอร์พินท์ สฟโซคชัย (2537) การพัฒนาชุมชนนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการพัฒนา เข้าใจกัน ยอมรับกัน ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมและเป็นเจ้าของ ภาคภูมิใจทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสำเร็จสูง 2.6) ติดตามแบบเพื่อน สอดคล้องกับเฉลียว บุรีภักดิ์ (2545) การมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้การทำงานแบบเพื่อน ทำให้เกิดเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม 2.7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้สม่ำเสมอ สอดคล้องกับจิราภรณ์ พานิช (2548) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกระบวนการหนึ่งของการจัดการความรู้ เพื่อนำความรู้ที่ได้มาเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานขององค์กร เป้าหมายของการจัดการความรู้คือพัฒนางาน พัฒนาคนและพัฒนาเป็นฐานความรู้ 2.8) ทำให้เห็นเป็นแบบอย่าง สอดคล้องกับประเวศ วะสี <sup>(11)</sup> กล่าวว่าประชาชนควรจะสร้างสุขภาพให้ได้มากที่สุด ในวิถีชีวิตซึ่งเรียกว่า สุขภาพเชิงวัฒนธรรม (Cultural Health) ควรส่งเสริมความเข้มแข็งของสุขภาพเชิงวัฒนธรรมในวิถีการดำรงชีวิต สุขภาพต้องเกิดขึ้นในวิถีชีวิตทั้งหมด ต้องสนับสนุนการวิจัยให้ได้องค์ความรู้ในวิถีชีวิต เพื่อสร้างทางเลือกในการปฏิบัติให้กับชุมชนหรือองค์กร 2.9) สร้างพลัง เดิมกำลังใจ ดุจญาติมิตร สอดคล้องกับทงศักดิ์ ลอยหา (2548) พบว่าการสร้างขวัญและกำลังใจที่ดี ทำให้คนปฏิบัติตามระเบียบและเป็นวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง มีความรักต่อองค์กร เชื่อมั่นเพื่อนร่วมงาน มั่นคงในอาชีพและมีทัศนคติที่ดี 2.10) จิตอาสา สอดคล้องกับอุทิศ ศิริวรรณ (2555) พบว่าการพัฒนาธุรกิจต้องเรียนรู้จากต้นแบบเพื่อให้ง่ายต่อความสำเร็จ คิดเป็นระบบ ให้โอกาส ไม่เอาเปรียบ ดูแลสังคม ชื่อสัตย์

เกิดประโยชน์ต่อชาติ ประชาชน 2.11)สร้างทางเลือกการพัฒนา สอดคล้องกับธนดิษฐ์ ชัยนันท์ (2542) พบว่า องค์กรที่ตนเองได้ ต้องมีกลุ่มบุคคลเข้ามาร่วมพัฒนาด้วยความสมัครใจ มีจิตอาสา เสียสละและไม่มีกฎหมายหรือระเบียบราชการมากำหนด

3) ผลการขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาวะฯ มี 2 ประเด็น คือ 3.1) ด้านสุขภาวะ หลังกิจกรรมดีกว่าก่อนกิจกรรม สอดคล้อง กับสมเกียรติ ศรีธราธิคุณ (2552) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลทาง ตรงสูงสุดต่อสุขภาวะที่เพียงพอได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ รองลง มาคือ การเรียนรู้ การสร้างเครือข่ายและการปรับเปลี่ยนทัศนคติ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมคือการยึดคนในชุมชนเป็น ศูนย์กลาง อาศัยหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางใน การปฏิบัติ ทำงานเชิงรุกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน 3.2) การปฏิบัติ ตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง หลังกิจกรรมดีกว่าก่อนกิจกรรม สอดคล้องกับดารารวรรณ พรหมกัลป์ (2551) พบว่าการดำเนินงานเศรษฐกิจพอเพียงโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการลด รายจ่ายมีผลการดำเนินงานมากที่สุด กิจกรรมที่ปฏิบัติมากคือการรักษา สุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์ อุปสรรคในการดำเนินงานคือ ประชาชน และผู้นำชุมชนขาดความรู้เกี่ยวกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

สรุป การขับเคลื่อนหมู่บ้านสุขภาวะตามแนวคิด เศรษฐกิจพอเพียง บ้านอู่แก้ว หมู่ที่ 9 ตำบลเขาพระบาท อำเภอ เชียงใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าคนในชุมชนมีความพึงพอใจ ในระดับ “มากที่สุด” เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชุมชนระดับ “มาก” ประชาชนภาคภูมิใจต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาหมู่บ้านสุขภาวะ เข้าร่วมพัฒนาโดยสมัครใจ เกิดปรากฏการณ์ “วิถีพอเพียงบ้านอู่แก้ว” สรุปว่าแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงนำมาใช้ในการขับเคลื่อน หมู่บ้านสุขภาวะ มีความเหมาะสมในระดับดี-ดีมาก ประชาชนมี ความพึงพอใจต่อแนวคิดและกิจกรรมการพัฒนาในระดับมากที่สุด ถือว่าแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวคิดที่มี ประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ได้โดยประยุกต์ให้เหมาะกับ กิจกรรมและสภาพพื้นที่

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวคิดที่มีการรับรู้กัน อย่างกว้างขวางและนำไปใช้ในการพัฒนาทั่วประเทศ ถ้าจะ นำไปใช้ในการพัฒนาหมู่บ้านสุขภาวะ ต้องประยุกต์ใช้ให้เหมาะ สมกับวิถีชีวิตและบริบทชุมชนเพื่อให้เกิดผลการพัฒนาต่อเนือง ยั่งยืน และกระบวนการมีส่วนร่วม ถ้าจะให้เกิดความยั่งยืน คนในชุมชนต้องได้รับการกระตุ้นและเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ตลอดวงจรการวิจัย ดังนั้นควรเพิ่มกระบวนการ

เสริมพลังทุกชั้นในช่วงระยะการวิจัย ซึ่งเป็นตัวหนุนเสริมเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ซึ่งใช้พื้นที่ เป็นตัวตั้ง ดังนั้นหากผู้วิจัยไม่ได้เป็นคนพื้นที่หรือไม่ได้เป็นผู้ที่ อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษา ควรเพิ่มระยะเวลาในขั้นตอนการวิจัย ขั้นที่ 1 ให้มากขึ้น เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัย กับคนในชุมชนซึ่งเป็นพื้นฐานการทำงานที่สำคัญมาก และส่งผล ต่อกระบวนการวิจัยในขั้นต่อไป

2.2 การวิจัยในพื้นที่ ควรศึกษาถึงความแตกต่างด้าน วัฒนธรรม ความหลากหลายทางชีวภาพ ซึ่งเป็นโอกาสให้เกิด รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านสุขภาวะ และเหมาะสมกับวิถีชีวิตของ คนในแต่ละบริบทของพื้นที่หรือแต่ละภูมิภาค

### 3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

3.1 นโยบายของรัฐควรมุ่งเน้นให้ชุมชนสามารถ ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาตามแนวทาง ตามความถนัดและตาม ศักยภาพของชุมชนเองเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

3.2 นโยบายของรัฐต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนา คนมากกว่าพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนได้ เสนอโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่สอดคล้องกับ ความต้องการของชุมชน

3.3 รัฐควรสนับสนุนให้ทุกหมู่บ้านมีการจัดตั้งศูนย์ เรียนรู้ด้านเศรษฐกิจพอเพียงทุกชุมชน เพื่อเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาด้านเศรษฐกิจพอเพียงอย่างยั่งยืน

3.4 ควรกำหนดให้ทุกชุมชนจัดกิจกรรม “สุขภาพดี วิถีพอเพียง” เพื่อเป็นการกระตุ้นคนให้ให้มีจิตสำนึกต่อการสร้าง สุขภาพและเป็นแบบอย่างแก่ประชาคมอาเซียนและประชาคมโลก ในการบูรณาการเรื่องสุขภาพกับเศรษฐกิจพอเพียงและวิถีชีวิต ของคนไทย เพื่อให้ประชาชนก้าวสู่สุขภาวะตามวิถี

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขา พระบาท ผู้ใหญ่บ้านอู่แก้ว คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเขาพระบาท ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านอู่แก้ว สมาชิก องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านอู่แก้ว กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข บ้านอู่แก้วและสมาชิกกลุ่มต่างๆ ที่เอื้ออำนวยความสะดวกใน การทำงานวิจัย ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จนงานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). รายงานสุขภาพคนไทย. สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2558 จาก <http://www.thaihealthreport.com/index2558-3>
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักพุทธศาสนาแห่งชาติ.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2558). การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน. สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2558 จาก <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries11.html>
4. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2555). แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556. นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
5. กรมการพัฒนาชุมชน. (2549). เศรษฐกิจพอเพียงในชุมชน เพื่อยกระดับรายได้ครัวเรือน. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน : กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.
6. โรงพยาบาลเชียรใหญ่. (2558). สรุปผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขประจำปี 2557 อำเภอเชียรใหญ่. นครศรีธรรมราช : ม.ป.พ.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระบาท. (2558). สรุปผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ประจำปี 2557. ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช : ม.ป.พ.
8. ขวัญกมล ดอนขวา. (2557). แบบจำลองของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และเศรษฐกิจสร้างสรรค์ที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจประเทศไทย. สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
9. เพชรน้อย สิ่ง ช่างชัย. (2551). หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและทางสุขภาพ. สงขลา : ชาญเมืองการพิมพ์.
10. Stephens, C. (2007). Participation in different fields of practice: Using social theory to understand participation in community health promotion. *J Health Psychol.* 12:949.
11. ประเวศ วะสี. (2552). สร้างคุณค่าความเป็นคน สร้างสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง ในตัวตั้งเพื่อการตั้งตัว. เอกสารการประชุมวิชาการ ทางออกวิกฤตสยามด้วยยุทธศาสตร์ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง. (เอกสารอัดสำเนา, 24 -25 มีนาคม 2552).
12. ยงยุทธ์ สุขพิทักษ์. (2553). การเสริมพลังอำนาจเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปพื้นที่ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์)
13. มนูญ พลายชุม. (2553). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครเยาวชนตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์)
14. Thomas, S., Mooney, G., Mbatsha, S. (2007). The MESH approach: Strengthening public health systems for the MDGs. *Health Policy.* 83: 180-185.
15. ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2546). ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา เล่ม 1 แนวคิด ทฤษฎี. สมุฏฐานโรค การตรวจวินิจฉัยระบบโรคและกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพของระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา (หมอเมือง). ชุดโครงการวิจัยองค์ความรู้หมอเมือง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.ภาค). (อัดสำเนา)

# การมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ

## Participation of Partnership Health Network in Propulsion for Development Sub-District Health Management

สุธาทิพย์ จันทริกษ์  
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ พื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพทั่วประเทศ 1,003 ตำบล ประชากรเป้าหมาย 67,800 คน จำนวนตัวอย่าง โดยประมาณค่าสัดส่วนประชากร กำหนดสัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.10 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ยอมให้มีการคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 จำนวนกลุ่มเป้าหมาย 138 คน แต่การศึกษานี้ ทำการศึกษาในเขตตรวจราชการทั้ง 12 เขต จึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เขตละ 30 คน รวมทั้งหมด 360 คน การสุ่มเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 สุ่มหยิบสลากจังหวัดเป้าหมาย เขตละ 1 จังหวัด ขั้นตอนที่ 2 สุ่มหยิบสลากอำเภอ เขตละ 1 อำเภอ ขั้นตอนที่ 3 สุ่มหยิบผลกาตำบล เขตละ 1 อำเภอ ขั้นตอนที่ 4 สุ่มเลือกเฉพาะเจาะจงตำบลละ 30 คน ที่เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพและขับเคลื่อนงานตำบลจัดการสุขภาพ ดำเนินการช่วงเดือนเมษายน – กันยายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค โดยค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้ ด้านแรงจูงใจ และด้านการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76, 0.78, และ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation)

ผลการวิจัยพบว่า 1) แกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพขับเคลื่อนงานตำบลจัดการสุขภาพ ดังนี้ 1.1) ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.20 1.2) ด้านความรู้ ระดับปานกลางร้อยละ 76.90 1.3) ด้านการรับรู้ ระดับปานกลาง ร้อยละ 78.10 1.4) ด้านแรงจูงใจ ระดับปานกลางร้อยละ 60.30 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วยบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในชุมชน การรับรู้ต่อการพัฒนา และระดับแรงจูงใจในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ 3) เมื่อทดสอบระดับความสัมพันธ์พบว่า 3.1) ลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ แต่การมีบทบาทหน้าที่ในชุมชน มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3.2) ระดับการรับรู้และระดับแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจ มีการรับรู้ที่ถูกต้อง มีเป้าหมายในการพัฒนาชัด ทำให้เกิดแรงจูงใจและส่งผลต่อการพัฒนา ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นและประสบความสำเร็จ

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่ายสุขภาพ, ตำบลจัดการสุขภาพ

## Abstract

This study was a survey research. This research aimed to study the participation of partnership health network in propulsion for development Sub-District health management. The samples were affiliated area health network in Sub-District health management nationwide area 1,003 Sub-District. The target populations were 67,800 samples. The researcher calculated sample size by estimated population proportion, population projection was 0.10, confidence level 95%, error 5%, and calculation the sample size was 138 samples. However, this study was studied in 12 inspection areas so the researcher increased the number of samples by 30 samples per inspection area. Hence, total of the sample size was 360 samples. The sample sampling used multi-stage sampling by step 1, random target province 1 province per area, step 2, random district 1 district per area, step 3, random sub-district 1 sub-district per area, and step 4, purposive sampling 30 samples per sub-district who was the partnership health network and propulsion sub-district health management. This study was conducted from April to September 2016. The data collection instruments passed inspection of content validity from 3 professionals and tested reliability by using Cronbach's Alpha Coefficient, through the reliability of recognition, motivation, and participation followed values 0.76, 0.78, and 0.97. Data analysis used percent, mean, standard deviation, and analyzed relation by Perason Product Moment Correlation.

This study found that, 1) the leaders of partnership health networks propelled Sub-District health management as followed 1.1) participation was medium level, 64.20% 1.2) knowledge was medium level, 76.90% 1.3) recognition was medium level, 78.10% 1.4) motivation was medium level, 60.30%. 2) Factors affected the propulsion for development Sub-District health management consisted of role and responsibility in community, perceive of development, and motivation of development Sub-District health management. 3) The testing of relation as followed 3.1) personal characteristic, knowledge had no relation with development Sub-District health management however, role and responsibility in community had significantly relation with development Sub-District health management at 0.05. 3.2) Recognition and motivation had significantly relation with development Sub-District health management at 0.05.

As a result, the propulsion for development Sub-District health management should get the target to understand, right recognition, get clearly the goal, motivate and influence the development, and affect participation process in propulsion for development Sub-District health management at the high level and successful.

**Key words:** participation, partnership health network, Sub-District Health Management

## บทนำ

ประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำระหว่างคนรวยและคนจน เรื่องการกระจายรายได้ลดลงจากร้อยละ 3.9 ขณะที่คนรวยที่สุดร้อยละ 20 มีสัดส่วนรายได้ลดลงจากร้อยละ 57.6 ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจส่งผลให้เกิดความแตกต่างหลายๆ เรื่อง รวมทั้งกระทบไปยังระบบสุขภาพ ขาดโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มคนในชุมชนแออัด ความแตกต่างค่อนข้างชัดเจนระหว่างคนรวยและคนจน ในเรื่องการเข้าถึงและการเลือกใช้ บริการสุขภาพ โดยพบว่าประเภทของสถานพยาบาลและ รูปแบบของหลักประกันสุขภาพมีความต่างกัน<sup>(1)</sup> การทำให้คนไทย มีสุขภาพดีและมีสุขภาพะเป็นนโยบายสาธารณะต้องเกิดจาก ประชาชนทุกภาคส่วนในการจัดการสุขภาพระดับท้องถิ่น ใช้องค์ความรู้ นำภูมิปัญญามาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมเป็น องค์รวม<sup>(2)</sup> นโยบายรัฐบาล ปี 2558 รัฐบาลของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา มีนโยบายที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพ ประชาชนในข้อที่ 5 คือการยกระดับคุณภาพบริการด้าน สาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน ในประเด็นย่อยข้อที่ 5.2 คือพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเน้นการป้องกันโรครมากกว่า รอให้ป่วยแล้วมารักษา ดังนั้นในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ตำบล จัดการสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่ 11 จากทั้งหมด 21 ตัวชี้วัดของ กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดตัวชี้วัดที่ 11 ตำบลจัดการ สุขภาพแบบบูรณาการ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70<sup>(3)</sup> จากข้อมูล รายงานกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ ทั่วประเทศมีตำบลทั้งหมด 7,255 ตำบล ผลการดำเนินงานในปี 2555, 2556, 2557 และ 2558 ประเมิน ผ่านตำบลจัดการสุขภาพร้อยละ 67.31, 72.49, 80.94, 78.99 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าเกณฑ์ชี้วัดของตำบลจัดการ สุขภาพแบบบูรณาการผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70<sup>(4)</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่าอีกร้อยละ 21.10 ยังไม่ได้ดำเนินงานเรื่องตำบลจัดการสุขภาพ

ตำบลจัดการสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างสุขภาพที่ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน และ ทุกภาคส่วนในท้องถิ่นมาบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา กำหนด ปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนา ด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ เน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อ ลดปัจจัยเสี่ยง (3 อ. 2 ส.) และโรควิถีชีวิต<sup>(4)</sup> Cohen และ Uphoff<sup>(5)</sup> กล่าวว่าชุมชนจะตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมและร่วมขับเคลื่อน

กิจกรรมต่างๆ นั้น ขึ้นกับเงื่อนไขและปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งคุณลักษณะ ภายในของบุคคล เช่น การรับรู้ข้อมูล โดยขั้นตอนการมีส่วนร่วม ของประชาชนมี 5 ขั้นตอน คือ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกำหนด ทางแก้ปัญหา ร่วมกิจกรรม ร่วมประเมินผล และร่วมรับ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น

จากข้อมูลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ สะท้อน ให้เห็นยังไม่สามารถดำเนินงานขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการได้ ครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้ประชาชนขาดโอกาสในการพัฒนา ระบบสุขภาพ จากนโยบายของรัฐบาลให้ความสำคัญในการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรครมากกว่าการรักษาพยาบาล แนวคิดที่ สำคัญของตำบลจัดการสุขภาพเน้นให้ประชาชนและทุกภาค ส่วนในพื้นที่ ร่วมกันจัดการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและลดโรค ที่เกิดจากวิถีชีวิต โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองของพื้นที่ ประชาชนมีสุขภาพดี และยั่งยืน จากแนวคิดและความสำคัญของตำบลจัดการสุขภาพ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่าย สุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ จะสะท้อนแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพของ ประชาชนคนไทย เน้นกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของ ทุกภาคส่วน กระตุ้นให้เกิดการบูรณาการร่วมกันในพื้นที่ เกิดมาตรการทางสังคม เป็นการทำงานเชิงรุก สร้างความสำนึกดี ของประชาชน เพื่อปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิตให้สอดคล้อง และเหมาะสม เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเครือข่ายต้นแบบ นอกจากยังสะท้อนให้เห็นภาพการดำเนินงานตำบลจัดการ สุขภาพอย่างยั่งยืน วัดประเมินความสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรม

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่าย สุขภาพในการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ

## คำถามการวิจัย

1. แกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่มีความรู้ มีการรับรู้ มีแรงจูงใจ และมีส่วนร่วม ต่อการขับเคลื่อนพัฒนา งานตำบลจัดการสุขภาพหรือไม่
2. ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนการพัฒนา งานตำบลจัดการสุขภาพของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพใน ระดับพื้นที่

## วิธีการศึกษา

### 1. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตการศึกษา ดังนี้  
 1) ด้านพื้นที่ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นตำบลจัดการสุขภาพในปีงบประมาณ 2559 ทั้งหมด 76 จังหวัด จำนวน 7,255 ตำบล 2) ด้านเนื้อหา ศึกษาการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ 11 ของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2559 3) ด้านระยะเวลา กำหนดช่วงเวลา เดือน เมษายน – กันยายน พ.ศ.2559 รวมเป็นระยะเวลา 5 เดือน

### 2. วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาพื้นที่ระดับตำบล ครอบคลุมทั้ง 76 จังหวัด โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย คือ 1) เป็นตำบลที่มีการดำเนินงานเรื่องตำบลจัดการสุขภาพ 2) เป็นตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตำบลสุขภาพระดับดีเยี่ยม 3) เป็นพื้นที่ของเขตตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 12 เขตทั่วประเทศ ดังนั้นตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน 1,003 ตำบล มีประชากรทั้งหมด 67,800 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดสัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.10 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ยอมให้มีการคลาดเคลื่อนร้อยละ 5<sup>(6)</sup> ตามสูตร คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 138 คน แต่เนื่องจากทำการศึกษาทั้ง 12 เขตตรวจราชการ และสุ่มเลือกตำบลเป้าหมาย 1 ตำบล ต่อ 1 เขตตรวจราชการ ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างตำบลละ 11 คน ทั้งนี้เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล และป้องกันความผิดพลาดของข้อมูล จึงปรับขนาดของ

กลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 30 คน ทั้งหมด 12 ตำบล รวมเป็น 360 คน การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) เป็นการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) มีขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 หยิบสลากเป็นการสุ่มเลือกอย่างง่าย โดยสุ่มเลือกจังหวัด จากเขตตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 12 เขต สุ่มเลือกเขตละ 1 จังหวัด ได้ทั้งหมด 12 จังหวัด ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสุ่มเลือกอย่างง่าย โดยหยิบสลากสุ่มเลือกอำเภอ (สุ่มจาก 12 จังหวัดในขั้นตอนที่ 1) สุ่มเลือกจังหวัดละ 1 อำเภอ ได้อำเภอเป้าหมายทั้งหมด 12 อำเภอ ขั้นตอนที่ 3 เป็นการสุ่มเลือกอย่างง่าย โดยการหยิบสลากสุ่มเลือกตำบล (สุ่มจาก 12 อำเภอเป้าหมาย) สุ่มเลือกอำเภอละ 1 ตำบล ได้ตำบลเป้าหมายได้ทั้งหมด 12 ตำบล ขั้นที่ 4 สุ่มเลือกกลุ่มเป้าหมายในระดับตำบล สุ่มเลือกตำบลละ 30 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 สุ่มเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยสุ่มเลือกแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) หยิบฉลากรายชื่อโดยสุ่มเลือกประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 หมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงาน 10 คน รวมทั้งหมด 14 คน กลุ่มที่ 2 สุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) โดยเลือกนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน รวมทั้งหมด 5 คน กลุ่มที่ 3 สุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แห่งละ 1 คน กลุ่มที่ 4 สุ่มเลือกแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการหยิบฉลากรายชื่อ หัวหน้ากลุ่มต่างๆในชุมชน สุ่มเลือกตำบลละ 10 คน (ดังตารางที่ 1) รวมกลุ่มเป้าหมาย 360 คน

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่สุ่มเลือก แบ่งตามเขตตรวจราชการและจำนวนกลุ่มเป้าหมาย

เขต	จำนวนจังหวัด	เป้าหมายปี 2558	ตำบลดีเยี่ยมปี 2558	ตำบลตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย (คน)				รวม
					อสม	อปท+ผู้นำ	รพสต.	ประธานกลุ่ม	
1	8	769	3	1	14	5	1	10	30
2	5	426	23	1	14	5	1	10	30
3	5	420	29	1	14	5	1	10	30
4	8	713	47	1	14	5	1	10	30
5	8	635	24	1	14	5	1	10	30
6	8	531	44	1	14	5	1	10	30

**ตารางที่ 1** จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่สุ่มเลือก แบ่งตามเขตตรวจราชการและจำนวนกลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)

เขต	จำนวนจังหวัด	เป้าหมายปี 2558	ตำบลที่เยี่ยมปี 2558	ตำบลตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย (คน)				
					อสม	อปท+ผู้นำ	รพสต.	ประธานกลุ่ม	รวม
7	4	660	90	1	14	5	1	10	30
8	7	644	89	1	14	5	1	10	30
9	4	761	282	1	14	5	1	10	30
10	5	613	258	1	14	5	1	10	30
11	7	518	55	1	14	5	1	10	30
12	7	568	59	1	14	5	1	10	30
รวม	76	7,255	1,003	12	168	60	12	120	360

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค โดยค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้ ด้านแรงจูงใจ และด้านการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76, 0.78, และ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation)

## ผลการศึกษา

1. **ข้อมูลทั่วไป** จากการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.3 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 46 – 60 ปี ร้อยละ 48.10 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.54 ปี มีอายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี อายุมากที่สุดคือ 80 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย ร้อยละ 43.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.8 กลุ่มเป้าหมายมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือชุมชน ร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการทำงานช่วยเหลือชุมชนน้อยกว่า 5 ปี มากถึง ร้อยละ 32.5 อายุเฉลี่ยของการทำงานตามบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือชุมชนประมาณ 10 ปี 6 เดือน

2. **ระดับความรู้** เกี่ยวกับการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ พบว่าระดับความรู้ ของกลุ่มเป้าหมายภาพรวมทั้งประเทศ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.9 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 15.3 จำแนกเป็นรายเขตพบว่า มีเพียงเขต 11 เท่านั้นที่มีระดับความรู้ในระดับสูง มากถึงร้อยละ 73.3 รองลงมาคือเขต 12 ร้อยละ 40.0 ระดับความรู้ ที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ เขต 2 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับความรู้ในระดับประเทศ พบว่าเขตที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ได้แก่ เขต 11, เขต 12, เขต 5, เขต 7 และเขต 6 ตามลำดับ ดังนั้นเขต

ตรวจราชการที่ต้องมีการพัฒนาด้านความรู้เพิ่มเติมคือ เขต 1, เขต 2, เขต 3, เขต 4, เขต 8, เขต 9 และเขต 10

3. **ระดับการรับรู้** เกี่ยวกับการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ พบว่า ภาพรวมประเทศส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.1 เมื่อนำมาแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านโครงสร้างการทำงานระดับการรับรู้ อยู่ในกลุ่มปานกลาง ร้อยละ 77.5 ด้านปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการดำเนินงานระดับการรับรู้อยู่ในกลุ่มปานกลาง ร้อยละ 68.1 ด้านกระบวนการระดับการรับรู้ อยู่ในกลุ่มปานกลาง ร้อยละ 88.6 ด้านเป้าหมายการดำเนินงานอยู่ในกลุ่มปานกลาง ร้อยละ 52.8 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ภาพรวมทั้งประเทศ เท่ากับ 67.08 คะแนน เมื่อแยกเป็นรายเขตตรวจราชการ พบว่า เขต 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด เท่ากับ 71.97 คะแนน รองลงมาเขต 2 เท่ากับ 70.60 เขตที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดคือ เขต 8 เท่ากับ 59.23 คะแนน เมื่อนำมาเปรียบเทียบ พบว่าเขตที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากกว่าระดับประเทศ ได้แก่ เขต 1, เขต 2, เขต 3, เขต 5, เขต 7, เขต 11 และเขต 12 ดังนั้นเขตตรวจราชการที่ต้องพัฒนาศักยภาพการรับรู้เรื่องตำบลจัดการสุขภาพคือ เขต 4, เขต 6, เขต 8, เขต 9 และเขต 10

4. **ระดับแรงจูงใจ** ในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ พบว่าภาพรวมทั้งประเทศ มีระดับแรงจูงใจในการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจภาพรวมระดับประเทศ เท่ากับ 49.54 คะแนน เมื่อแยกเป็นรายเขตตรวจราชการพบว่า เขต 11 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด รองลงมาเขต 12 เขตที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดคือ เขต 8 เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยรายเขต มาเปรียบเทียบกับระดับประเทศพบว่า เขตที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าระดับประเทศ ได้แก่ เขต 1, เขต 2, เขต 3, เขต 5, เขต 7, เขต 9, เขต 11 และเขต 12 ดังนั้นเขตตรวจราชการที่เพิ่มศักยภาพ



ด้านแรงจูงใจในการขับเคลื่อนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพคือ เขต 4, เขต 6, เขต 8, เขต 9 และเขต 10

**5. ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ** พบว่าภาพรวมทั้งประเทศ ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายเขต พบว่าระดับการมีส่วนร่วมที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ เขต 1 เขต 5 เขต 9 และเขต 12 เขตที่มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับต่ำคือ เขต 4 สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมระดับประเทศเท่ากับ 64.68 คะแนน เมื่อแยกเป็นรายเขตตรวจราชการ พบว่าเขต 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด เขตที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดคือเขต 4 นำค่าเฉลี่ยคะแนนรายเขต มาเปรียบเทียบกับระดับประเทศ พบว่าเขตที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าระดับประเทศ ได้แก่ เขต 1, เขต 2, เขต 5, เขต 7, เขต 9, เขต 11 และเขต 12 ดังนั้นเขตตรวจราชการที่เพิ่มศักยภาพด้านการมีส่วนร่วม คือ เขต 3, เขต 4, เขต 6, เขต 8 และ เขต 10

**6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ**

การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า

6.1 ลักษณะส่วนบุคคล, ระยะเวลาในการทำบทบาทหน้าที่ในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ

6.2 การมีบทบาทหน้าที่ในชุมชน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.3 ระดับความรู้ เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ

6.4 ระดับการรับรู้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.5 ระดับแรงจูงใจ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.6 ระดับการมีส่วนร่วม พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**7. สรุป** การศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานช่วยเหลือชุมชนประมาณ 10 ปี มีความรู้ มีการรับรู้ มีแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วม

อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพคือ ระยะเวลาในการทำบทบาทหน้าที่ในชุมชน การได้รับบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน การรับรู้แนวคิดในกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการที่ถูกต้อง การเกิดแรงจูงใจที่ดีทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในระดับสูง ส่งผลต่อการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพให้ประสบความสำเร็จและเกิดเป็นรูปธรรม

## อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยผลการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพกับการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ มีประเด็นที่น่าสนใจต่อไปนี้

**1. ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ** พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ และระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับวนิดา วิระกุล<sup>(7)</sup> ศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าภาพรวมของความเข้มแข็งของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ต่ำกว่าร้อยละ 50 ทุกหมวดตัวชี้วัด เสนอแนะให้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนสู่การปฏิบัติในทุกระดับ รวมทั้งเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดกระบวนการเรียนรู้แก่ผู้นำชุมชนหรือแกนนำของชุมชนทุกกลุ่ม จากการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม กลุ่มเป้าหมายมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี มีการเรียนรู้เนื้อหาและแนวคิดอย่างต่อเนื่องทุกปี ทำให้มีความรู้ในระดับหนึ่งแล้ว กระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพเน้นการทำงานเป็นทีม ดังนั้นทีมงานจึงมีการเพิ่มเติมความรู้ให้ระหว่างกัน สิ่งที่แกนนำได้เสนอแนะให้กับผู้วิจัยได้ทราบคือ การทำงานที่ส่งผลให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพราะ 1) ชุมชนเห็นทิศทางการทำงานซึ่งเป็นทิศทางเดียวกัน ไม่ขัดแย้งกัน 2) มีเป้าหมายร่วมในการพัฒนาที่ชัดเจน 3) มองเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันของกลุ่มที่เกิดขึ้นในชุมชน 4) กระบวนการทำงาน มีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน เน้นให้ช่วยคิด ช่วยปฏิบัติ และกระตุ้นให้มีการคิดพัฒนาตลอดเวลา 5) เป็นเวทีที่กระตุ้นให้ผู้นำชุมชนและชาวบ้านมาแสดงความคิดเห็นร่วมกัน 6) มีภาคีเครือข่ายมาร่วมกันพัฒนา ซึ่งประเด็นเหล่านี้จะมีความรู้แฝงอยู่ด้วยตลอดเวลา ดังนั้นการเพิ่มความรู้จึงไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาครั้งนี้มากนัก

**2. การรับรู้ เกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ** พบว่า ระดับการรับรู้เกี่ยวกับตำบลจัดการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนพัฒนางานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติ ออกแดง<sup>(8)</sup> พบว่าหลังวิจัย ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้แนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนวิจัย และมีต่อผลทำให้เกิดการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพในระดับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับ มนูญ พลายชูม<sup>(9)</sup> พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้หลังวิจัยสูงกว่าก่อนวิจัย

**3. แรงจูงใจในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ** พบว่าระดับแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของมัสโล ซึ่งกล่าวไว้ว่าทุกคนมีความต้องการขั้นพื้นฐาน และความต้องการขั้นสูง คือ การได้รับความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับและยกย่องรวมทั้งความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติงาน ทำให้มีศักดิ์ศรี และมีความค่าต่อตนเอง โดยอีกส่วนหนึ่งได้รับแรงจูงใจภายนอก ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย และสอดคล้องกับการศึกษายงยุทธ สุขพิทักษ์<sup>(10)</sup> ผลของการเสริมพลังมีผลต่อการสร้างแรงจูงใจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติและเกิดทัศนคติเชิงบวก

**4. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ** พบว่า ระดับการมีส่วนร่วม กับมีส่วนร่วมขับเคลื่อนพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในภาพรวมระดับประเทศอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ สุภาพ<sup>(11)</sup> พบว่าการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนนำไปสู่ขบวนการพัฒนาชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับพงษ์เทพ ดีเสมอ<sup>(12)</sup> พบว่าการพัฒนาชุมชนประสบความสำเร็จเพราะสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพในกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอน

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.1 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพอย่างจริงจัง เพราะจากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้แนวคิดการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ถ้าเข้าใจแนวคิดอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่ม ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมพัฒนาอย่างแท้จริง และเข้าไปมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

1.2 การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนั้นควรเสริมพลังให้กับกลุ่มแกนนำพื้นที่ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ชี้ให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว เพราะการพัฒนาต้องเกิดจากประชาชนเอง ไม่ใช่สั่งการ รัฐทำหน้าที่หนุนเสริมให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ

1.3 ควรนำปัจจัยที่ศึกษาได้ในครั้งนี้ ไปทดลองใช้กับพื้นที่โดยทำการเปรียบเทียบในพื้นที่ที่มีความพร้อมระดับหนึ่ง และพื้นที่เป็นต้นแบบในการพัฒนา โดยเน้นให้มีการรับรู้เพื่อนำไปสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อดูความแตกต่างระหว่างสองพื้นที่

1.4 ควรศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของแต่ละเขตตรวจราชการว่า สอดคล้องหรือแตกต่างกันอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร และประยุกต์ให้สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ให้เกิดความเหมาะสม

## 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้จังหวัดดำเนินการวิจัยทุกจังหวัดเพื่อหารูปแบบที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในการพัฒนากระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ

2.2 ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นจิตสำนึกคนไทยให้เข้าใจแนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ไม่ใช่เป็นประเด็นใหม่ แต่เป็นเรื่องราวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของคนไทยและสอดคล้องกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ตลอดจนทำให้เห็นการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐ และระหว่างรัฐกับประชาชน เพื่อนำไปสู่สุขภาวะตามวิถี

2.3 พัฒนาสื่อเรียนรู้เรื่องตำบลจัดการสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและเหมาะสมสำหรับประชาชน โดยสื่อที่นำเสนอผ่านหลายช่องทางเหมาะสมกับโลกออนไลน์ น่าสนใจ มีความทันสมัย ตลอดจนมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น เอกสารออนไลน์ แผ่นพับออนไลน์ กลุ่มแฟนคลับ ไปสเตอร์ หนังสือหรือสารคดีการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ

2.4 ต้องคืนข้อมูลการประเมินผลตำบลจัดการสุขภาพให้กับหน่วยงานต้นสังกัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับด้านนโยบาย เพื่อจะได้วางแผนการพัฒนาต่อยอดและขยายผลการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบายและพื้นที่

2.5 ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาและสร้างฐานความรู้เรื่องตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนที่เหมาะสมมีลักษณะอย่างไร

2.6 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติในการพัฒนาศักยภาพในผลิตภัณฑ์การจัดการความรู้ในชุมชนเพื่อการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพความยั่งยืนในเชิงลึกเป็นอย่างไร

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ให้คำปรึกษาด้านกระบวนการพัฒนางาน, ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ที่ให้คำปรึกษาและเอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลงานวิจัยทั่วประเทศ, บุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลเป้าหมายทุกแห่ง ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและร่วมกิจกรรมตามที่กำหนด, ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนทุกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่เป้าหมายทั้ง 12 จังหวัด ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในพื้นที่, ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิก อบต. ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก ทั้ง 76 จังหวัดทั่วประเทศ ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางาน ให้ความร่วมมือในการเรียนรู้ ทำแบบทดสอบและช่วยเหลือการจัดกิจกรรมทุกครั้งจนทำให้ผลงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี, คุณนายมนูญ พลายชุมและคุณยงยุทธ สุขพิทักษ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระบาท ให้ความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลข้อมูลและการตรวจพิสูจน์อักษร ตลอดจนขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่คอยให้กำลังใจตลอดเวลา ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักพัฒนาวิชาการและการจัดการความรู้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). **สรุปสถานการณ์สุขภาพคนไทยในปัจจุบัน**. สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2559. จาก <https://phppp.nationalhealth.or.th>.
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2555). **แนวทางการนิเทศงานตำบลจัดการสุขภาพดี วิถีชีวิตไทย ปี 2555**. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2559). **รายงานผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ปี 2558**. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี. เอกสารอัดสำเนา.
4. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2555). **แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556**. นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
5. Cohen , J.M. and Uphoff , N.T. Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. **Rural Development Committee Center for International Studies** , Cornell University , 1981.
6. ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม. 2539. **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS/PC**. กรุงเทพฯ : ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 126.
7. วณิดา วิระกุล และคณะ. (2547). **การประเมินผลศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
8. สมเกียรติ ออกแดง. (2554). **การประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
9. มนูญ พลายชุม. (2553). **การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครเยาวชนตำบลเขาพระบาท อำเภอเข็รใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
10. ยงยุทธ สุขพิทักษ์. (2553). **การเสริมพลังอำนาจเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปพื้นที่ตำบลเขาพระบาท อำเภอเข็รใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
11. เบญจวรรณ สุภาพ. (2552). **การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของแกนนำชุมชนในเขตนครลำปาง อำเภอเมืองลำปาง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
12. พงษ์เทพ ดีเสมอ. (2552). **ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพภาคประชาชน ในจังหวัดสุรินทร์**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

# ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ เพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม ส่งต้นฉบับภายในเดือน พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม ส่งต้นฉบับภายในเดือน มีนาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน ส่งต้นฉบับภายในเดือน สิงหาคม

บทความที่ส่งมาเผยแพร่ต้องไม่เคยเผยแพร่ในวารสาร หรือสิ่งพิมพ์ใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสาร หรือสิ่งพิมพ์อื่นๆ ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ งานวิจัยนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) บทความปริทัศน์ (Review articles) บทความพิเศษ (Special article) บทความฟื้นฟูวิชาการ (Refresher course) รายงานผู้ป่วย (Case report)

## การจัดเตรียมต้นฉบับ

1. **ต้นฉบับ** ต้องพิมพ์บนกระดาษขาว A4 หน้าเดียว เว้นขอบด้านบน 2.5 ซม. ด้านล่าง ด้านซ้าย ด้านขวา 2 ซม. ตัวอักษร TH Sarabun PSK

2. **ความยาว** แต่ละบทความรวมรูป และตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์ A4

3. **การเรียงลำดับหัวข้อในการวิจัย** ลักษณะและขนาดตัวอักษร เรียงตามนี้

รายละเอียด	ตัวอักษร และขนาด พิมพ์ไทยและอังกฤษ
- ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Title)	TH Sarabun PSK (24 Bold)
- ชื่อผู้เขียน (Authors)	TH Sarabun PSK (18 Bold)
- ที่อยู่ผู้เขียน	TH Sarabun PSK (14)
- บทคัดย่อ (Abstract)	TH Sarabun PSK (18 Bold)
- บทนำ(Introduction)	TH Sarabun PSK (18 Bold)
- วัตถุประสงค์	TH Sarabun PSK (18 Bold)
- วิธีการศึกษา	TH Sarabun PSK (16 Bold)
- ผลการศึกษา	TH Sarabun PSK (18 Bold)
- อภิปรายผล	TH Sarabun PSK (18 Bold)
- สรุป/ข้อเสนอแนะ	TH Sarabun PSK (18 Bold)
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)	TH Sarabun PSK (18 Bold)
- เอกสารอ้างอิง (References)	TH Sarabun PSK (18 Bold)
- เนื้อความ	TH Sarabun PSK (16)

**3.1 ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

**3.2 ชื่อผู้เขียน (Author)** และสถานที่ทำงานภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษพิมพ์เฉพาะชื่อ-นามสกุล เท่านั้น สถานที่ทำงาน เช่น สำนัก/กอง กรม คณะ สถาบัน มหาวิทยาลัย หรืออื่นๆ ให้พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**3.3 เนื้อหา (Text)** บทความวิจัยภาษาไทยที่มีคำศัพท์ภาษาอังกฤษ ควรแปลเป็นภาษาไทยให้มากที่สุด ในกรณีที่คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นคำเฉพาะที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วไม่ได้ความหมายชัดเจนให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ และควรใช้ภาษาที่ผู้อ่านเข้าใจได้ง่ายชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน ทั้งนี้ เนื้อหาประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

**1. บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจัยผล และหรือข้อเสนอแนะ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้าพิมพ์ A4 เขียน ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน คำสำคัญ (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) term ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางในการเขียน ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 5 คำ

**2. บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษาการทำวิจัยและอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

**3. วัตถุประสงค์** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

**4. เครื่องมือ และวิธีการศึกษา (Materials and Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

**4.1 เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษามาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างที่ใช้ในการศึกษา

**4.2 วิธีการศึกษา** อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมือ

อุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

**5. ผลการวิจัย (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษา วิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มากให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

**6. อภิปรายและวิจารณ์ (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษาวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้

**7. สรุปข้อเสนอแนะ (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

**8. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)** มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

**9. ตารางและรูปประกอบ (Table and Figure)** ควรมีเฉพาะที่จำเป็น สำหรับรูปประกอบ ควรเป็นรูปถ่ายขาว-ดำที่ชัดเจนและมีคำบรรยายใต้รูปภาพ กรณีที่จำเป็นอาจใช้ภาพสเก็ที่ได้ให้ใส่หมายเลขตาราง หรือหมายเลขภาพให้ถูกต้อง ชัดเจน

**10. เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง สำหรับเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา มีหลักเกณฑ์ในการเขียน ดังนี้

10.1 เอกสารอ้างอิงจากวารสารวิชาการ ประกอบด้วย ลำดับที่, ชื่อผู้เขียน, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก – หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้เขียนให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและนามสกุล ขึ้นต้นด้วยชื่อ ตามด้วยนามสกุล สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ ให้พิมพ์ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวเดียวของชื่อตัวผู้เขียน และตามด้วยอักษรย่อตัวเดียวชื่อรอง (ชื่อกลาง)

ถ้ามี ถ้าผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้พิมพ์ชื่อเพียง 6 คนแรก ตามด้วย และคณะ ในวารสารภาษาไทย หรือ et al. ในวารสารภาษาอังกฤษ ตามตัวอย่างดังนี้

1. วัฒนศักดิ์ ศรีรุ่ง. สถานการณ์บริการการแพทย์แผนไทยและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการยอมรับและใช้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2557; 10 (2): 49-6 1.

2. Hyrkas K, Shoemaker M. Changes in the preceptor role: re – visiting preceptors’ perceptions of benefits, reward, support and commitment to the role. Journal of Advance Nursing. 2007; 60(5): 5 13 – 24.

## 10.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

10.2.1 หนังสือหรือตำราผู้เขียน เขียนทั้งเล่ม ลำดับ. ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์; สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หนังสือหรือตำราที่มีบรรณาธิการ ให้พิมพ์ชื่อบรรณาธิการ หลังชื่อผู้เขียน แล้วตามด้วยบรรณาธิการ. และตามด้วย ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์; สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

10.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ลำดับ. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์; สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก – หน้าสุดท้าย).

10.3 รายงานการประชุม สัมมนา ลำดับ. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์; สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

10.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน ลำดับ. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์; หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

10.5 วิทยานิพนธ์ ลำดับ. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา, คณะ, เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

## 10.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

10.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์ ลำดับ. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วัน เดือน ปีที่พิมพ์. ส่วนที่ : เลขหน้า (เลขคอลัมน์)

## 10.6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

## 10.6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.

## 10.7 วีดิทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง. เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

## 10.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ลำดับ. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ (serial online) ปีที่พิมพ์ (วัน เดือน ปีที่ค้นข้อมูล); ปีที่ (เล่มที่ ถ้ามี) : (จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ). แหล่งข้อมูล: URL address underlined

- Web based/online Databases

ลำดับ. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ (online) โรงพิมพ์(ถ้ามี). แหล่งข้อมูล: ชื่อเรื่องและฐานข้อมูล (ถ้ามี). (วัน เดือน ปีที่ค้นข้อมูล).

**4. การส่งต้นฉบับ** ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยต้นฉบับสำเนา 1 ชุด (พร้อมแผ่นดิสก์) ต้นฉบับที่ส่งไปแล้วไม่ควรเย็บติดกัน หรือใช้คลิปหนีบกระดาษไว้ ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ควรส่งในซองหนาและซองใหญ่พอเหมาะกับแผ่นกระดาษต้นฉบับ การส่งต้นฉบับควรส่งจดหมายแนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ ที่กองบรรณาธิการจะติดต่อได้ จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไป ความต้องการพิสูจน์อักษรของผู้นิพนธ์และอื่นๆ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิมเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

**5. การปรับแก้ต้นฉบับ** โดยทั่วไป ผู้อ่านบทความ (Reviewer) จะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มีการประสาน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณสองครั้ง

**6. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)** ผู้เขียนต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์

## หมายเหตุ

1. ผู้เขียนบทความวิจัยต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มขอเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพก่อนกองบรรณาธิการจึงจะนำบทความวิจัยเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป

2. บทความวิจัยแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาการของบทความวิจัยที่เสนอขอลงพิมพ์)

3. บทความวิจัยได้รับการพิจารณาให้ลงพิมพ์ ผู้เขียนต้องมอบแผ่นดิสก์เก็บของบทความวิจัยเรื่องนั้นให้กอง

บรรณาธิการ และผู้เขียนจะได้รับวารสารฯ เล่มที่ลงพิมพ์  
บทความวิจัย จำนวน 2 เล่ม และ reprint จำนวน 10 ชุด

4. บทความวิชาการที่ไม่รับพิจารณาตีพิมพ์ จะไม่ส่ง  
ต้นฉบับคืน

5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอสงวนสิทธิ์ ในการ  
พิจารณาตีพิมพ์

6. ส่งต้นฉบับจริง 1 ชุด และสำเนา 1 ชุด พร้อมแผ่น CD  
ต้นฉบับ ไปที่ ผู้อำนวยการกองแผนงานกองแผนงาน อาคาร  
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ชั้น 6 กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 0 - 2 193 - 7044

โทรสาร 0 - 2 149 - 565 1

E - mail [exper.hss@gmail.com](mailto:exper.hss@gmail.com)

## แบบขอส่งบทความเพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....  
ตำแหน่ง.....  
วุฒิการศึกษา.....ชื่อปริญญา.....  
สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....  
ขอส่ง  บทความวิจัย  บทความวิชาการ  บทความจากวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์  
ชื่อเรื่อง(ไทย).....  
(อังกฤษ).....  
ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย.....  
ถนน.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....  
E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ( ) เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว  
( ) เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุในบทความจริง

ลงนาม.....  
(.....)  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

กรณีที่เป็นนิสิต/นักศึกษาต้องให้อาจารย์ที่ปรึกษากรอกใบรับรอง

### ใบรับรอง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....เป็นนิสิตนักศึกษา  
มหาวิทยาลัย.....รุ่นปีการศึกษา.....ระดับปริญญาตรี.....ชั้นปีที่ .....จริง  
และได้พิจารณาบทความแล้วว่ามีเหมาะสมที่จะขอเสนอเพื่อพิมพ์เผยแพร่ใน วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการ  
สุขภาพ

ลงนาม.....  
(.....)  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....



## 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

# วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

## Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560

Vol.13 No.2 July - December 2017

### คณะกรรมการที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/กลุ่ม/เขตกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้เชี่ยวชาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

### บรรณาธิการ

นพ.สุชาติ เลาบริพัตร

### รองบรรณาธิการ

นายประวิทย์ เกตุทอง

### กองบรรณาธิการ

นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล

นายปริญญา คุ่มตระกูล

นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิตร

นางอมรศรี ยอดคำ

### คณะกรรมการผู้จัดทำ

นางณัฐยา จักราวินน์

นางสาวปรีดา แกมไทย

นายสุพจน์ สว่างดี

กำหนดการผลิต: ราย 4 เดือน มกราคม พฤษภาคม กันยายน

สำนักงาน: กลุ่มแผนงาน ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์  
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทร 02 193 7092  
E-mail: address exper.hss@gmail.com  
Web site: www.hss.moph.go.th





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