

วารสารวิชาการ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2562



Department of health Service Support Journal
Vol.15 No.2 May - August 2019 ISSN : 1905-0755

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ.2562

Vol.15 No.2 May – August 2019

คณะทำงาน

นางสาวยุวลักษณ์ ชันอาสา

นางสุรรัชชา พรหมทอง

นางสาววีณา นนท์ฤาชา

ผู้ประสานงาน

นางสุรรัชชา พรหมทอง

โทร 02 193 7092

Email : planhss.journal@gmail.com

Web site : www.hss.moph.go.th

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง

มกราคม-เมษายน

พฤษภาคม-สิงหาคม

กันยายน-ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

งานวิชาการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ ชั้น 8

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต

แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900



บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 ประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข 2) การพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ 3) การพัฒนารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 4) การศึกษาสำรวจความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดทำเครื่องมือประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ และ 5) ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเน้นสาระที่เกี่ยวกับผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีความพร้อมที่จะรับบทความวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเผยแพร่สู่การนำไปใช้ประโยชน์ และพร้อมรับข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำจากผู้อ่านทุกท่านเพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพหรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ ชั้น 8 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 – 193 – 7092 planhss.journal@gmail.com



สารบัญ

การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข อัครพล ศุภศาสตร์, จอมขวัญ รุ่งโชติ	3
การพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ พิศมัย สุขอมรรัตน์, รุ่งกาญจน์ รณหงษา	13
พัฒนารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปทุมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด บุญเลิศ พิมพ์ศักดิ์, ปิติ ห้างไพศาล, เสฐียรพงษ์ ศิวินา	24
การศึกษาสำรวจความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดทำเครื่องมือประเมินสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ สุทธิพร เทรุธยา	33
ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ณัด อวารุลหัก	42



การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข

อัครพล คุรุศาสตร์
สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
จอมขวัญ รุ่งโชติ
กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขาธิการกรม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาทบทวน ทบทวนเอกสาร กำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิรูปด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ของกระทรวงสาธารณสุข 2) ศึกษาความพร้อม การกระจายตัว การจัดบริการด้านบำบัดฟื้นฟูของกระทรวงสาธารณสุข 3) ข้อเสนอเชิงนโยบายในการปฏิรูประบบบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข การศึกษานี้ มีวิธีการศึกษา ใช้วิธีค้นคว้า วิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) ขั้นตอนการศึกษา ประกอบด้วย 1) การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งภาคภาษาอังกฤษ และ ภาษาไทย ในระดับนโยบาย ระดับโลก ระดับประเทศ ที่ประสบความสำเร็จ และล้มเหลว เช่น ประเทศโปรตุเกส สาธารณรัฐเช็ก และเนเธอร์แลนด์ โดยผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชาชีพ คัดเลือกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ปี 2559–2561 จากเอกสารเพื่อหาข้อสรุป และข้อสังเกต 2) สังเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบการจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาปรับปรุงเสนอแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิรูป การบำบัดฟื้นฟูด้านยาเสพติดสำหรับกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า

- สาเหตุของปัญหา ยาเสพติดสำหรับประเทศไทย มีประเด็นสำคัญ ดังนี้ ทศนคติของเจ้าหน้าที่และประชาชนในสังคมต่อยาเสพติด ระบบบำบัดฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพและการกลับคืนสู่สังคมที่ได้ผล ตัวบทกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายด้านยาเสพติด รวมถึงตัวชี้วัดที่เหมาะสมสอดคล้องกับกระบวนการปราบปรามป้องกันและการบำบัดฟื้นฟู จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายในการปรับระบบยาเสพติดของประเทศไทย
- ข้อปัญหาสำหรับกระทรวงสาธารณสุขในการเตรียมความพร้อมสำหรับการปรับระบบบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โครงสร้างหน่วยงานรับผิดชอบในระดับบริหารและปฏิบัติการพื้นที่ จำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดกระบวนการบำบัดฟื้นฟู (การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การติดตามหลังบำบัดฟื้นฟู) และ ลดอันตรายจากยาเสพติด การประชาสัมพันธ์สื่อสาร ในวงกว้างระบบฐานข้อมูลยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ด้านบำบัดฟื้นฟู จึงได้รวบรวมปัญหาและเสนอ แนวทางการปฏิรูปการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข
- ข้อเสนอเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดโครงสร้างหน่วยงานกลางระดับกระทรวง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดระดับชาติ ในร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2561 กำหนดและกำกับมาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษรวมถึงการขยายผลในอนาคตอาศัยกลไก Service Plan ยาเสพติด นำกลไก “พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ในการขับเคลื่อนระบบค้นหาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติด เพิ่มอัตรากำลัง รวมถึงองค์ความรู้บุคลากรในการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด เจ้าภาพหลักในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลยาเสพติดของประเทศไทย บูรณาการทุกกระทรวงหารูปแบบนวัตกรรมใหม่ในการติดตามผู้เสพยาเสพติดตลอดช่วงวัย

คำสำคัญ : การปฏิรูป การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด



Abstract

The objectives of this study were to 1) study review document appropriate approaches to drug rehabilitation of Ministry of Public Health, 2) study of the rehabilitation services' distribution of the Ministry of Public Health, 3) to be a policy proposal in drug reforms rehabilitation treatment system of the Ministry of Public Health.

This study has the way as how to research analysis and synthesis of information from documents (Documentary Research), educational process: 1) a review of relevant documents in both English and Thailand at the global policy level, both successful and failed form Republica Portuguesa Czech Republic and Netherlands with Multidisciplinary selected data, analytical data To the conclusion, and observations 2) synthesis comparison the service for Improving the propose of appropriate guidelines for the reform of drug rehabilitation for the Ministry of Public Health.

The study indicated that

1. Cause of the drug problems in Thailand is the key issues include the attitudes of officials and people in society towards drugs, effective treatment, rehabilitation, and reintegration effective law enforcement and legal drugs. Including appropriate indicators reflect the process of suppression, prevention, and rehabilitation. There are policy proposals to adjust the drug system in Thailand.

2. Problems for the Ministry of Public Health In preparation for the treatment of drug rehabilitation system of the Ministry of Health, including the departments responsible in the administrative and operational levels, the number of personnel with expertise in drug rehabilitation, the rehabilitation's process; (search, screening, rehabilitation, follow-up, and rehabilitation) and harm reduction on the public relation broadcast system in Drug Database in Thailand on rehabilitation. The problem was gathering and solved to be the proposal for drug rehabilitation reforms guidelines of the Ministry of Public Health.

3. The proposal for the Ministry of Health, setting on the department's structure on ministry level, the Office of the Permanent Secretary for the Ministry of Public Health serves as the secretariat of the National Committee on Drug Abuse Treatment and Rehabilitation. The draft Code of drugs B.E. 2018 and setting the standard for patient rehabilitation, drug treatment and forced captivity in a voluntary system includes an extension mechanism in the future, Service Plan Drug Abuse Mechanism "Development of quality of life at the district level" in driving the search and tracking system for drug addicts on primary care physician. The development of the drug database of drug rehabilitation in the country, Thailand's drug addicts integrate every ministry to find innovative forms of drug trafficking throughout the ages.

Keywords : The Reformation, Drug rehabilitation



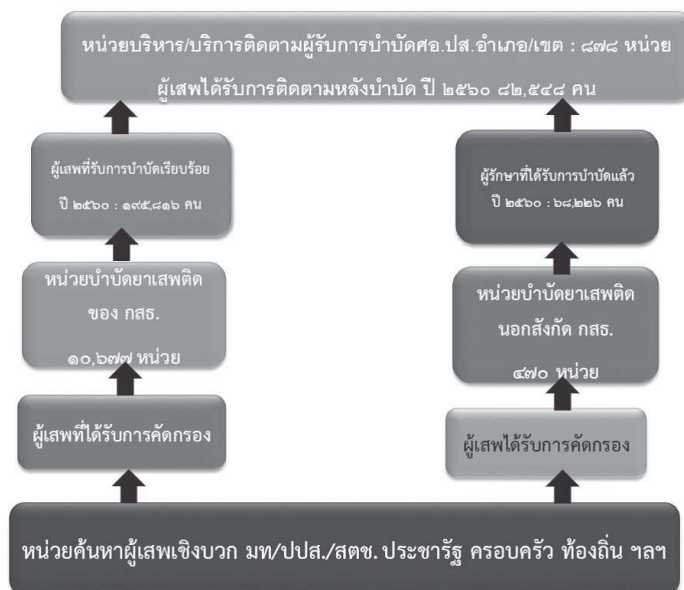
บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดระดับประเทศไทย ได้มีการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี 2559 โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติดในปี 2559 ประมาณ 1.43 ล้านคน และในจำนวนนี้ อนุมานว่าประมาณ 330,000 คน ใช้ในปริมาณมาก คือ 20 วันใน 30 วัน กลุ่มวัยที่พบว่ามี การแพร่ระบาดของยาเสพติด พบมากในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ช่วงอายุ 12-44 ปี ผลกระทบด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 71 ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 22 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 12 และมีอัตราการตายประมาณร้อยละ 3 ต่อปี ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาจะพบโรคทางจิตเวช ร่วมด้วยถึงร้อยละ 53.1

ปัจจุบันแนวคิดด้านยาเสพติดปรับสู่ระดับสากล คือ สังคมที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ผลลัพธ์เพื่อให้การดำเนินงานเป็นเอกภาพบูรณาการ และมีประสิทธิภาพผู้ศึกษาในฐานะกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขายาเสพติด

กรอบแนวคิด

แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข



การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ประกอบด้วย การค้นหา การคัดกรอง การบำบัดฟื้นฟู ลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตาม รวมถึงการมีส่วนร่วมบูรณาการทุกภาคส่วน จากการศึกษาข้อมูลเอกสาร หลักฐานเชิงวิชาการ พบว่า แนวทางปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุขที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างรอบด้าน เพื่อกำหนดการปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา ทบทวนเอกสาร เกี่ยวกับนโยบาย ระดับโลก ระดับประเทศ ที่ประสบความสำเร็จ และล้มเหลว เพื่อพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิรูปด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดในระบบสมัครใจ บังคับบำบัด ต้องโทษ รวมถึงลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ของกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาความพร้อม การกระจายตัว ของการจัดบริการด้านบำบัดฟื้นฟู ของกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อได้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการปฏิรูประบบบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

แนวทางปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุขที่มีประสิทธิผลโดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีค้นคว้า วิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) ขั้นตอนการศึกษา ประกอบด้วย

1. การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งภาคภาษาอังกฤษ และ ภาษาไทย ในระดับนโยบายระดับโลกระดับประเทศ ทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลวจากเอกสารศึกษาวิธีการ รูปแบบการจัดการปัญหา ยาเสพติด ณ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และ สาธารณรัฐโปรตุเกส เมื่อวันที่ 1- 7 พฤศจิกายน 2559 ซึ่งเป็นประเทศต้นแบบในการดำเนินนโยบายยาเสพติด โดยใช้แนวทางสาธารณสุขนำ และผลการศึกษากฎหมายยาเสพติดระหว่างประเทศ โดยทีมผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญ สหวิชาชีพด้านสุขภาพ สังคมศาสตร์ นโยบาย กฎหมาย การปรับพฤติกรรม และอาชีววิทยา

2. คัดเลือกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ปี 2559 – 2561 จากเอกสารดังกล่าว

3. จัดทำข้อสรุป และข้อสังเกต

4. สังเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ ประกอบด้วย ประเด็นที่ 1) สาเหตุของปัญหา ยาเสพติดสำหรับประเทศไทย 2) ความพร้อมสำหรับการปรับระบบบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านระบบบริการ ความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วยยาเสพติด เช่น สถานบำบัดฟื้นฟู ด้านบุคลากร ด้านข้อมูลและประชาสัมพันธ์ และด้านงบประมาณ

ผลการศึกษา

การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข สรุปผลการศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

ข้อ 1 ผลการศึกษา พบสาเหตุของปัญหา ยาเสพติดสำหรับประเทศไทย มีประเด็นสำคัญ ดังนี้ ได้แก่ ทักษะของเจ้าหน้าที่และประชาชนในสังคมต่อ

ยาเสพติด ระบบบำบัดฟื้นฟูที่ประสิทธิภาพและการกลับคืนสู่สังคม ตัวบทกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายด้านยาเสพติด รวมถึงตัวชี้วัดที่เหมาะสมสอดคล้องกับกระบวนการปราบปรามป้องกันและการบำบัดฟื้นฟู

จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายในการปรับระบบยาเสพติดของประเทศไทย ดังนี้

1. การปรับกระบวนการทัศน์และนโยบาย เพื่อสนับสนุนการแก้ปัญหาผู้เสพยาจากการใช้นโยบายและภารกิจด้านยุทธวิธีไปสู่ด้านสาธารณสุข (Paradigm and policy shift)

2. การแก้มายาคติและปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องผู้เสพยาคือผู้ป่วย ฤทธิ์หนักเบา ของยา และการบำบัดฟื้นฟู (Myth and attitude)

3. การสร้างระบบสมัครใจที่มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องในชุมชนอย่างครบวงจร เพื่อแก้ไขปัญหาดู้อย่างยั่งยืน (Rehabilitation & reintegration)

4. การปฏิรูปกฎหมายเดิมที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรค และยกร่างประมวลกฎหมายยาเสพติดให้สอดคล้องกับนโยบายการปฏิบัติต่อผู้เสพยาในทิศทางใหม่ (Law reform)

5. การปรับวิธีการบังคับใช้กฎหมายและแนวปฏิบัติ จากมาตรการทางอาญาไปสู่มาตรการทางปกครอง (Enforcement)

6. การสร้างชุดตัวชี้วัด Key Performance Indicators ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับภารกิจหน่วยงานและนโยบาย (Key Performance Indicators)

ข้อ 2 ผลการศึกษาพบข้อปัญหาสำหรับกระทรวงสาธารณสุขในการเตรียมความพร้อมสำหรับการปรับระบบบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โครงสร้างหน่วยงานรับผิดชอบในระดับบริหารและปฏิบัติการพื้นที่ จำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดกระบวนการบำบัดฟื้นฟู (การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การติดตามหลังบำบัดฟื้นฟู) และลดอันตรายจากยาเสพติด การประชาสัมพันธ์สื่อสารในวงกว้างระบบฐานข้อมูลยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ด้านบำบัดฟื้นฟูฯ จึงได้รวบรวมปัญหาและเสนอแนวทางในการแก้ไข ดังนี้



แนวทางที่เหมาะสมในการปฏิรูปการบำบัดฟื้นฟูด้านยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข

สภาพปัญหา	แนวทางการแก้ไข
<p>1. โครงสร้างหน่วยงานรับผิดชอบในกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1.1 ขาดโครงสร้างสำนักงานสมรรถนะสูงระดับนโยบาย การบำบัดฟื้นฟูบูรณาการเชิงระบบ ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1.2 ขาดความเข้มแข็งหน่วยระดับปฏิบัติการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1.3 ขาดโครงสร้างและความเข้มแข็งระดับปฏิบัติการจัดบริการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ในระดับหน่วยบริการ (รพศ./รพท./รพช./รพสต.)</p>	<p>1. ควรการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบ</p> <p>1.1 ระดับนโยบายการบำบัดฟื้นฟูบูรณาการเชิงระบบ ของกระทรวงสาธารณสุข ควรจัดตั้งสำนักงานเลขานุการที่มีสมรรถนะสูง เพื่อเตรียมรองรับภารกิจสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดระดับชาติ ตามร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยเป็นหน่วยงานราชการสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1.2 ระดับปฏิบัติการจังหวัด เสริมความเข้มแข็งหน่วยงานที่รับผิดชอบทำหน้าที่สำนักงานเลขานุการบำบัดฟื้นฟูในระดับจังหวัด สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>1.3 ระดับปฏิบัติการจัดบริการ ควรมีหน่วยบริการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพและบูรณาการวิชาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none">- โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป หน่วยงานอยู่ภายใต้กลุ่มงานจิตเวช และ บูรณาการงานร่วมกับ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น- โรงพยาบาลชุมชนควรจัดให้มีหน่วยงาน ที่รับผิดชอบยาเสพติดที่ชัดเจน
<p>2. ขาดจำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และ นักสังคมสงเคราะห์</p>	<p>2. เพิ่มจำนวนบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข ระดับรพช. ขึ้นไป และองค์ความรู้การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด</p>
<p>3. กระบวนการบำบัดฟื้นฟู</p> <p>3.1 การค้นหาและติดตามเชิงประจักษ์รัฐผู้เสพยาผู้ติดยาไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ</p> <p>3.2 การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดในระบบสมัครใจ บังคับบำบัด และ ต้องโทษ ของประเทศไทยขาดประสิทธิภาพ</p> <p>3.3 การลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ขาดมาตรฐานการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ และ ผลลัพธ์สุดท้ายของการดำเนินงาน รวมถึงอุปสรรคทางด้านกฎหมาย</p>	<p>3. ควรปรับปรุงกระบวนการบำบัดฟื้นฟู</p> <p>3.1 ควรนำกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เข้ามารองรับระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอทำหน้าที่ประธานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่เลขานุการ และหาพันธมิตร แนวใหม่ในการค้นหา และ ติดตาม ผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติดในชุมชน และจัดสรรงบประมาณในการค้นหาและติดตามผู้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p> <p>3.2 กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่หน่วยงานหลักในการจัดทำและกำกับมาตรฐาน การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ทั้ง 3 ระบบ และ เสริมความเข้มแข็งให้หน่วยงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เยี่ยมสำรวจเชิงเฝ้าระวัง</p> <p>3.3 กระทรวงสาธารณสุขหน่วยงานหลักจัดทำมาตรฐานการบริการและบูรณาการทุกภาคส่วน กำหนดกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ ด้านลดอันตรายจากยาเสพติด รวมถึงร่วมปรับแก้กฎหมายที่เป็นอุปสรรค</p>



สภาพปัญหา	แนวทางการแก้ไข
4. ขาดการประชาสัมพันธ์สื่อสารในวงกว้าง “ผู้เสพยาเสพติดคือผู้ป่วย” ไม่ใช่อาชญากร เพื่อให้ประชาชนผู้เสพยาเสพติดได้รับการบำบัดฟื้นฟู ที่มีประสิทธิภาพ และ ทักษะชีวิตของครอบครัวและสังคมต่อผู้เสพยาเสพติด	4. ปฏิรูประบบการสื่อสารวงกว้าง รวมถึงเจตคติต่อผู้เสพยาเสพติดของสังคมไทย ในมิติผู้เสพยาติดไม่ใช่อาชญากร เพื่อลดการตีตรา (Stigma) ลดการเลือกปฏิบัติ (Discriminate) และ มีมาตรการทางเลือก เน้นภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร (ง่าย ไม่วิชาการมาก โดนใจ จับใจ)
5. ระบบฐานข้อมูลยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ด้านบำบัดฟื้นฟู ขาดการเชื่อมโยงและเป็นมิตรกับผู้ใช้	5. ตัดสินใจเชิงนโยบายให้มีหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบระบบฐานข้อมูลยาเสพติดของประเทศไทย ควรเป็นศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ภายใต้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก

แผนภาพแสดงแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิรูปการบำบัดฟื้นฟูด้านยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข



ข้อ 3. ข้อเสนอเชิงนโยบาย แนวทางที่เหมาะสมในการปฏิรูปการบำบัดฟื้นฟูด้านยาเสพติดสำหรับกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายหลัก คือผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดฟื้นฟูไม่กลับมาเสพยาซ้ำและได้รับการลดอันตรายจากยาเสพติด การปรับระบบบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดของประเทศไทย ในสถานพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้เกิด

- 1) ความพร้อมในการให้บริการ (Availability) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- 2) การเข้าถึงได้ (Accessibility)
- 3) ความเป็นมิตรกับผู้เข้ารับการบำบัด (Affordability) โดยคำนึงถึงความสะดวกคล่องทางความเชื่อและวัฒนธรรม ในการให้บริการเพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ สร้างความปลอดภัย ลดขั้นตอน โดยปรับและเสนอแนวทางดังนี้

S1 : โครงสร้าง (Structure) : ข้อเสนอ ดังนี้

1. ควรมีโครงสร้างระดับกระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่สำนักงานเลขานุการ เปรียบรองรับสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดระดับชาติ ตามร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2561 บทบาทหน้าที่ประสานงานทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด รวมถึงร่วมจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง
2. มีหน่วยงานยาเสพติดในระดับจังหวัด ภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อทำหน้าที่ ประสานงานทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง



3. มีหน่วยงานยาเสพติดในระดับ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โดยอยู่ภายในกลุ่มงานจิตเวช ทำงานเชื่อมประสานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ และภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกหน่วยบริการ เพื่อจัดบริการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด และ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

4. มีหน่วยงานยาเสพติดในระดับ โรงพยาบาลชุมชน เพื่อจัดบริการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด และ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

อาศัยกลไกการขับเคลื่อนผ่านแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้เป็นแนวทางในการป้องกันแก้ไขและลดอันตรายจากปัญหาเสพติดในพื้นที่ และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาเสพติดในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ ระดับหน่วยงานส่วนกลาง ร่วมกับนำกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ บทบาทในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอซึ่งเอื้อให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่สามารถร่วมค้นหาเข้าถึง ชักจูงผู้เสพยาเสพติดให้เข้ารับการคัดกรองดูแลและฟื้นฟู รวมถึงการจัดสิ่งแวดลอมของชุมชนให้เอื้อต่อการร่วมกันเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

การกำกับติดตาม ผ่านกลไกระดับชาติผ่านศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดชาติ (ศอ.ปส.) และระดับจังหวัดผ่านศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) ศูนย์อำนวยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดกรุงเทพมหานคร (ศอ.ปส. กทม.) และระดับอำเภอ/เขต ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ/เขต (ศป.ปส./เขต) อำนวยการ กำกับติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต (พชอ./พชข.) ในมิติค้นหาและติดตาม รวมถึงหน่วยบำบัดฟื้นฟูพื้นที่บำบัดฟื้นฟู เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

S2 : จัดระบบ(System) : ระบบการบำบัดฟื้นฟู ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนคัดกรอง ขั้นตอนประเมินทาง

คลินิก ขั้นตอนบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และขั้นตอนติดตามในชุมชน

อาศัยกลไกการขับเคลื่อนผ่านแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้เป็นแนวทางในการป้องกันแก้ไขและลดอันตรายจากปัญหายาเสพติดในพื้นที่ และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาเสพติดในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ ระดับหน่วยงานส่วนกลาง ร่วมกับนำกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ บทบาทในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอซึ่งเอื้อให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่สามารถร่วมค้นหาเข้าถึง ชักจูงผู้เสพยาเสพติดให้เข้ารับการคัดกรองดูแลและฟื้นฟู รวมถึงการจัดสิ่งแวดลอมของชุมชนให้เอื้อต่อการร่วมกันเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

การกำกับติดตาม ผ่านกลไกระดับชาติผ่านศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดชาติ (ศอ.ปส.) และระดับจังหวัดผ่านศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) ศูนย์อำนวยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดกรุงเทพมหานคร (ศอ.ปส. กทม.) และระดับอำเภอ/เขต ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ/เขต (ศป.ปส./เขต) อำนวยการ กำกับ ติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต (พชอ./พชข.) ในมิติค้นหาและติดตาม รวมถึงหน่วยบำบัดฟื้นฟูพื้นที่บำบัดฟื้นฟู เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

S3 : บุคลากร(Staff) : บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด และเจ้าพนักงานบันทึกข้อมูล ซึ่งมีจำนวนบุคลากรอย่างเหมาะสมและเพียงพอเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานทรัพยากรขั้นต่ำ (Minimum Standard Requirement) การจัดบริการสุขภาพ สาขาเสพติด ในสถานพยาบาลระดับต่างๆ และมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อม มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และรับผิดชอบ ในการให้บริการ ก่อให้เกิดความเชี่ยวชาญที่เหมาะสม



สถานพยาบาลแต่ละระดับ ควรจัดระบบบริการ และปฏิรูประบบบริการด้านยาเสพติด ดังนี้

1. ระดับปฐมภูมิ ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟู **กลุ่มผู้ใช้** และครอบครัวการให้บริการลดอันตรายจาก ยาเสพติด ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขึ้นไป จำนวน 9,759 แห่ง โดยขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และหน่วยบริการปฐมภูมิ แบบเบ็ดเสร็จ (PCC: Primary Care Cluster) คือ หน่วย บริการที่สามารถจัดบริการได้ครบถ้วนตามขอบเขต บริการปฐมภูมิ และการบำบัดฟื้นฟูฯ ส่งต่อในชุมชน

2. ระดับทุติยภูมิ ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟู **กลุ่มผู้เสพ และกลุ่มผู้ติด** (ที่มีศักยภาพและความพร้อม) และการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด ในระดับ โรงพยาบาลชุมชน ขึ้นไปจำนวน 780 แห่งและต้องลด การบำบัดฟื้นฟูในรูปศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลง หารูปแบบการบำบัดในชุมชนเป็นนวัตกรรมทางเลือกใหม่

3. ระดับตติยภูมิ ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟู **กลุ่มผู้เสพ และกลุ่มผู้ติด** (ที่มีศักยภาพและความพร้อม) และการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด ในระดับ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 116 แห่ง รวมถึงกลุ่มกลุ่มผู้ติดเรื้อรัง โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ บำบัดได้ภายใน 7 – 14 วันหากเกิน ศักยภาพของโรงพยาบาล ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ในสังกัดกรมการแพทย์ 7 แห่ง และโรงพยาบาล ในสังกัด กรมสุขภาพจิต 13 แห่ง

4. ระดับเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟู **กลุ่มผู้เสพ ผู้ติด และผู้ติดเรื้อรัง** ในโรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ 7 แห่ง **กรณีกลุ่มผู้ป่วยอาการทางจิตเวช รุนแรง** ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในสังกัดกรม สุขภาพจิต 13 แห่ง และครอบครัวการให้บริการลดอันตราย จากยาเสพติด

อภิปรายผล

การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด แนวทางที่ เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข จากการศึกษา ทบทวนเอกสาร เกี่ยวกับนโยบายระดับโลก ระดับประเทศ ที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว จากเอกสารศึกษาวิธีการ

รูปแบบการจัดการปัญหาเสพติด ณ สหพันธ์สาธารณรัฐ เยอรมนี และสาธารณรัฐโปรตุเกส เมื่อวันที่ 1 - 7 พฤศจิกายน 2559 และผลการศึกษากฎหมายยาเสพติดระหว่างประเทศ ผ่านการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล พบว่า 1) สาเหตุ ของปัญหาเสพติดสำหรับประเทศไทย มีประเด็นสำคัญ ดังนี้ ทิศนคติของเจ้าหน้าที่และประชาชนในสังคม ต่อยาเสพติด ระบบบำบัดฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพและ การกลับคืนสู่สังคมที่ได้ผล ตัวบทกฎหมายและการบังคับใช้ กฎหมายด้านยาเสพติด รวมถึงตัวชี้วัดที่เหมาะสม สอดสะท้อนกระบวนการปราบปรามป้องกันและการบำบัด ฟื้นฟู จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายในการปรับระบบยาเสพติด ของประเทศไทย 2) ข้อเสนอสำหรับกระทรวงสาธารณสุข ในการเตรียมความพร้อมสำหรับการปรับระบบบำบัดฟื้นฟู ยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โครงสร้าง หน่วยงานรับผิดชอบในระดับบริหารและปฏิบัติการพื้นที่ จำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญด้านการบำบัดฟื้นฟู ยาเสพติดกระบวนการบำบัดฟื้นฟู (การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตาม หลังบำบัดฟื้นฟู) การประชาสัมพันธ์สื่อสารในวงกว้าง ระบบฐานข้อมูลยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ด้านบำบัดฟื้นฟูฯ จึงได้รวบรวมปัญหาและเสนอ แนวทาง การปฏิรูปการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวง สาธารณสุข 3) ข้อเสนอเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดโครงสร้างหน่วยงานกลางระดับกระทรวง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดระดับชาติ ในร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2541 กำหนดและกำกับมาตรฐานการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ รวมถึงการขยายผลในอนาคตอาศัยกลไก Service Plan ยาเสพติดนำกลไก “พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ในการขับเคลื่อนระบบค้นหาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติด เพิ่มอัตรากำลังรวมถึงองค์ความรู้ บุคลากรในการบำบัดฟื้นฟู ยาเสพติดเจ้าภาพหลัก ในพัฒนาระบบฐานข้อมูลยาเสพติด ของประเทศด้านการบำบัดฟื้นฟู ยาเสพติดของประเทศไทย บูรณาการทุกกระทรวงหารูปแบบนวัตกรรมแนวใหม่ ในการติดตามผู้เสพยาเสพติดตลอดช่วงวัย



สรุปผล

การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดมีขั้นตอน ประกอบด้วย การค้นหา การคัดกรอง การบำบัดฟื้นฟูและการติดตาม ข้อท้าทายการบำบัดฟื้นฟู ได้แก่ กระบวนการค้นหา พบว่าการมีส่วนร่วมในชุมชนยังต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษา การประเมินประสิทธิผลการบำบัดรักษา ผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยน พฤติกรรม (ศูนย์ขวัญแผ่นดิน) ปี 2560 ภาควิชา เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น พบว่าการค้นหาเพื่อเข้าค่ายฯ ร้อยละ 60 มาจากการตั้งด่าน ร้อยละ 34 สมัครใจ มาเอง ร้อยละ 4 ประชาคม และร้อยละ 2 บังคับให้บำบัด

กระบวนการบำบัดฟื้นฟูระบบสมัครใจสถาน พยาบาลปัญหาความไม่พอเพียงของบุคลากรระบบ สมัครใจ (ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) ประสิทธิภาพ ของการเลิกเสพยาเสพติดหลังบำบัด 10.96% จาก ข้อมูล ผู้ผ่านศูนย์ฯ 73 คน พบว่าเลิกเสพได้ 8 คน (อ้างอิงผลการศึกษาระบบสมัครใจรูปแบบค่าย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ศูนย์ขวัญแผ่นดิน) ปี 2560 ภาควิชา เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น

ระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัว ศักยภาพใน การรับผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูไม่เพียงพอ เนื่องจากระบบ บังคับบำบัดอิงกับการกระทำผิดตามพระราชบัญญัติ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ดังนั้น การเข้าสู่กระบวนการบำบัด จึงเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ ตำรวจดำเนินการจับกุมผู้กระทำผิดที่เกี่ยวข้องกับยา เสพติด โดยไม่มีฐานความผิดอื่น และไม่ใช้การครอบครอง เพื่อจำหน่ายหรือจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการสังเคราะห์ ข้อมูลโดยองค์รวมเพื่อการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะ ระบบต้องโทษกรมราชทัณฑ์ การบำบัดในรูปแบบ กลุ่มใหญ่ รอบำบัดเป็นกลุ่มก้อน รวมถึงความพร้อมจำนวน

และองค์ความรู้ด้านบำบัดฟื้นฟูกระบวนการติดตาม การติดตามทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพมีจำกัดรวมถึง การมีส่วนร่วมบูรณาการทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการดำเนินนโยบายการบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังติดยาเสพติด ในเรือนจำของไทย ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ การดำเนินโปรแกรมการ บำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังติดยาเสพติดในเรือนจำที่เหมาะสม ควรให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ ที่สำคัญ 4 ลักษณะ คือ ผู้ต้องขัง โปรแกรมบำบัด เจ้าหน้าที่โปรแกรม และเรือนจำ นอกจากนี้ ระบบสนับสนุนการบำบัดฟื้นฟู มีข้อ ท้าทาย ขาดโครงสร้างสำนักงานเลขาธิการระดับ นโยบายการบำบัดฟื้นฟูบูรณาการเชิงระบบของกระทรวง สาธารณสุข การประชาสัมพันธ์สื่อสารใน วงกว้าง “ผู้เสพ คือผู้ป่วย” ไม่ใช่อาชญากร ระบบฐานข้อมูลยาเสพติด ของประเทศไทย (บสต.) ด้านบำบัดฟื้นฟู ขาดการเชื่อมโยง และเป็นมิตรกับผู้ใช้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขกำหนดโครงสร้าง หน่วยงานกลางระดับกระทรวง สังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่สำนักงานเลขานุการของ คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา เสพติด ระดับชาติ ในร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2561 กำหนดและกำกับมาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ในระบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษรวมถึงการ ขยายผลในอนาคตอาเซียน Service Plan ยาเสพติด นำกลไก “พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” ในการขับเคลื่อน ระบบค้นหาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มอัตรากำลัง รวมถึงองค์ความรู้บุคลากรในการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด เจ้าภาพหลักในพัฒนาระบบฐานข้อมูลยาเสพติดของ ประเทศด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของประเทศไทย บูรณาการ ทุกกระทรวงหารูปแบบนวัตกรรมแนวใหม่ ในการติดตามผู้เสพยาเสพติดตลอดช่วงวัย



เอกสารอ้างอิง

- American Group Psychotherapy Association. Practice guidelines for group psychotherapy. New York: American Group Psychotherapy Association. 2007:12-40.
- Broadstock M, Brinson D, Weston A. The effectiveness of compulsory, residential treatment of chronic alcohol or drug addiction in non-offenders:a systematic review of the literature. Health Services Assessment Collaboration (HSAC), University of Canterbury; 2008.
- Bunt GC, Muehlbach B, Moed CO. The therapeutic community: an international perspective. Substance Abuse. 2008 Aug 4;29(3):81-7.
- De Leon, George. (2000). The therapeutics community: theory, model, and method. NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Donovan, D. M., & Wells, E. A. (2007). “Tweaking 12-Step”: The potential role of 12-step self-help group involvement in methamphetamine recovery. Addiction, 102 (Supplement 1), 120-128.doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01773.x
- Elwood M. Critical appraisal of epidemiological studies and clinical trials.Oxford University Press; 2017.
- Executive Office of the President of the United States. 2011 National Drug Control Strategy; 2011.
- Institute for Criminal Policy Research (๒๐๑๗): PRISON Evidence of its use and over-use from around the world.
- Rossi, P.H., Freeman, H.E., & Lipsey, M.W. (1998). Evaluation: A Systematic Approach (6 ed.). CA: SAGE.
- United States Department of State Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs. International Narcotics Control Strategy Report. 2011.
- UNODC : Global SMART Programme : Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs : Asia and the Pacific 2010.
- Ministerial council on drug strategy. National drug strategy 2010-2015; 2010.
- Ministry of Health. National Drug Policy 2007–2012. Wellington, New Zealand; 2007.
- National Anti-drug Agency (NADA), Ministry of Home Affairs. MALAYSIA COUNTRY REPORT 2009.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction 2014. Available from https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_2014.pdf
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition). Available from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>.
- National Institute on Drug Abuse : Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Population.
- WHO UNODC. Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper. United Nations publication. 2008.
- World Health Organization : ATLAS on substance use (2010) — Resources for the prevention and treatment of substance use disorders.
- United States Department of State Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs. International Narcotics Control Strategy Report. 2011.



การพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ

Health Service System Standards Development in health education for all level of hospitals

พิศมัย สุขอมรัตน์, รุ่งกาญจน์ รณหงษา
กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บทคัดย่อ

การศึกษาการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับครั้งนี้ เป็นวิจัยพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา สำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ และความพึงพอใจต่อมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาของผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ประชากรในการศึกษา คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 621 แห่ง ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับพื้นฐานและพัฒนา ในปีงบประมาณ 2561 กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 300 แห่ง มีขั้นตอนการศึกษา 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ปัญหา ประกอบด้วย 1.1 การศึกษาสถานการณ์เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ 1.2 การสังเคราะห์แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กระบวนการสุขศึกษา มาตรฐาน HA และเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ 2) ขั้นตอนการยกร่างเกณฑ์มาตรฐาน ประกอบด้วย 2.1 ประชุมปฏิบัติการในกลุ่มนักวิชาการกองสุขศึกษาที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1-12 และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำร่างเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา 2.2 ประชุมผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ จากมหาวิทยาลัย เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 2.3 การนำเกณฑ์ไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มนักวิชาการกองสุขศึกษาที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1-12 นักวิชาการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเกณฑ์ได้เท่ากับ 0.976 และทดสอบความเป็นไปได้ของการนำมาตรฐานระบบบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติ ด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาของโรงพยาบาล 3) ขั้นตอนการนำไปใช้ในโรงพยาบาลระดับพื้นฐานและพัฒนา จำนวน 621 แห่ง และ 4) ขั้นตอนการประเมินผล โดยการประเมินความพึงพอใจต่อมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาของผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล



ผลการศึกษา พบว่า มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ ประกอบด้วย 3 หมวด คือ (1) หมวดการบริหารจัดการ ประกอบด้วย มาตรฐานด้านผู้รับผิดชอบงานและมาตรฐานด้านการทบทวนความเสี่ยงและแผนการจัดการความเสี่ยง (2) หมวดกระบวนการงานสุขศึกษา ประกอบด้วย มาตรฐานสำหรับกลุ่มไม่ป่วยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและมาตรฐานสำหรับกลุ่มป่วยในโรงพยาบาลที่ต่อเนื่องไปในชุมชนเพื่อการดูแลและจัดการด้านสุขภาพ และ(3) หมวดผลลัพธ์ ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ นวัตกรรมสุขศึกษาและการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยมาตรฐานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวน 26 เกณฑ์ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 25 เกณฑ์ ซึ่งมีความแตกต่างกันที่ในโรงพยาบาลชุมชนได้รวมงานวิจัยไว้ในเกณฑ์ข้อเดียวกับนวัตกรรม สำหรับความพึงพอใจโดยภาพรวม พบว่า ส่วนมากมีความพึงพอใจต่อเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.73$) ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่ได้นำมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาไปใช้เป็นแนวทางและขั้นตอนในการดำเนินงานสุขศึกษาที่มีคุณภาพ จะส่งผลให้ประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและไม่ป่วย มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้

คำสำคัญ : มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ



Abstract

The research was to investigate the process of research and development. The purposes of this study were : 1) to develop the health service system in health education for all level of hospitals. 2) to assess the satisfaction of users in Health Service System Standards Development in health education at Center hospital, General hospital and community hospital. The population in this study were 621 hospital with basic and development level criteria of the health service system in health education in 2018. The sample groups selected for this study were 300 hospital comprised Center hospital, General hospital and community hospital. The operations research has been divided into 4 steps : Step 1 : Analysing and Assessing the problem situation had two main parts – The first part of this study studied the situation of health service system. The second part of this study synthesized the document and reviewed literature consisting of health education process, hospital accreditation and measurement of health service system. Step 2 : Drafting the proposal of standards had three main parts - The first part of this study held the meeting for public health officers working at office of health service support region 1-12 and public health officers related this topic to determine the draft of standard for health service system in health education. The second part of this study held the meeting for health experts from the Healthcare Accreditation institute (Public Organization) and health behavior experts from university to investigate the content validity. The third part of this study tried out the standard for health service system in health education of public health officers working at office of health service support region 1-12, public and hospital. The overall reliability was 0.976 and explored the feasibility of using the standard of the health service system in health education to practical by using focus groups in person responsible for health education of hospital. Step 3 : Being used to implement to hospital. and Step 4 : Evaluating the satisfaction of Standard of health service system in health education at hospital.

The research founded that : 1) Health Service System Standards Development in health education for all level of hospitals divided into three categories including (1) *administrative management* consisting of standard for responsible person and standard for revising and managing risk plan. (2) health education process consisting of standard for promoting the health of inpatient in the community and standard for managing the health of patient in the hospital with the same area. and (3) outcome consisting of appropriate behavior, innovation in health education and developing the continuity plan. *The center hospital and general hospital had 26 criterias and community hospital had 25 criterias. The difference was combined from research and innovation into 1 criteria for community hospital.* 2) *The most of users satisfied toward standard of health service system in health education in overall at the high level ($\bar{X} = 4.73$). The center hospital, general hospital and community hospital used the standard of health service system in health education for effective practical guidance. The standard of health service system in health education affected both patients and inpatients having knowledge and skill to self care both individual, family and community.*

Keyword: standard of the health service system in health education, criteria and standard of the health service system in health education, standard of health service system



บทนำ

สุขศึกษา เป็นกระบวนการจัดโอกาสการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพสร้างเสริมความสามารถของบุคคล รวมถึงปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัวและชุมชน (กองสุขศึกษา, 2560: 1) การวัดความสำเร็จในการดำเนินงานสุขศึกษา จะใช้มาตรฐานสุขศึกษา ที่จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ มาตรฐานสุขศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในโรงพยาบาลชุมชน และ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กองสุขศึกษา, 2555: 6) ซึ่งกองสุขศึกษา ได้ประกาศใช้ตั้งแต่ปี 2546 ได้มีการปรับปรุง 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในปี 2552 โดยเพิ่มตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ พร้อมทั้งได้กำหนดโครงสร้างของมาตรฐานงานสุขศึกษา และปรับปรุงครั้งที่ 2 ในปี 2555 ทำให้มาตรฐานงานสุขศึกษา เป็น 4 หมวด 10 องค์ประกอบ 16 ตัวชี้วัด 41 เกณฑ์ สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป /ชุมชน และ 36 เกณฑ์ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในปีงบประมาณ 2555 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้กำหนดมาตรฐานระบบบริการสุขภาพขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานและวัดความสำเร็จของสถานบริการสุขภาพภาครัฐ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ในปี 2560 มาตรฐานระบบบริการสุขภาพจะประกอบด้วย 7 ด้าน โดยด้านสุขศึกษาอยู่ในด้านที่ 7 ดังนี้ ด้านที่ 1 ด้านการจัดการคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ด้านที่ 2 ด้านอาคารสถานที่และ สิ่งอำนวยความสะดวก ด้านที่ 3 ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านที่ 4 ด้านความปลอดภัย ด้านที่ 5 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ทางกายภาพ ด้านที่ 6 ด้านระบบการสื่อสาร ด้านที่ 7 ด้านสุขศึกษา ซึ่งยังคงใช้เกณฑ์มาตรฐาน 4 หมวด 10 องค์ประกอบ 16 ตัวชี้วัด 41 เกณฑ์ ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่สามารถเข้าไปประเมินระดับคุณภาพงานสุขศึกษาได้ทางเว็บไซต์โปรแกรม HS4 (Health

Service Support Standard System) ซึ่งจะมีการจัดระดับของโรงพยาบาลเป็น 3 ระดับ โดยนำค่าคะแนน (ร้อยละ) ที่ได้เทียบกับช่วงคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับพื้นฐานคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 ระดับพัฒนา คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 แต่น้อยกว่าร้อยละ 85 และระดับคุณภาพคะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 85 ขึ้นไป

ในปีงบประมาณ 2562 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ได้ประกาศใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA) ฉบับที่ 4 (สรพ.,2560) ดังนั้น เพื่อให้มาตรฐานระบบบริการสุขภาพทั้งระบบ มีความสอดคล้องกับการดำเนินงานของโรงพยาบาล ที่จำเป็นต้องผ่านมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA) ฉบับที่ 4 และให้สอดคล้องกับระดับของโรงพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และระดับการให้บริการ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนใช้มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา เป็นแนวทางและขั้นตอนในการดำเนินงานสุขศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและไม่ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

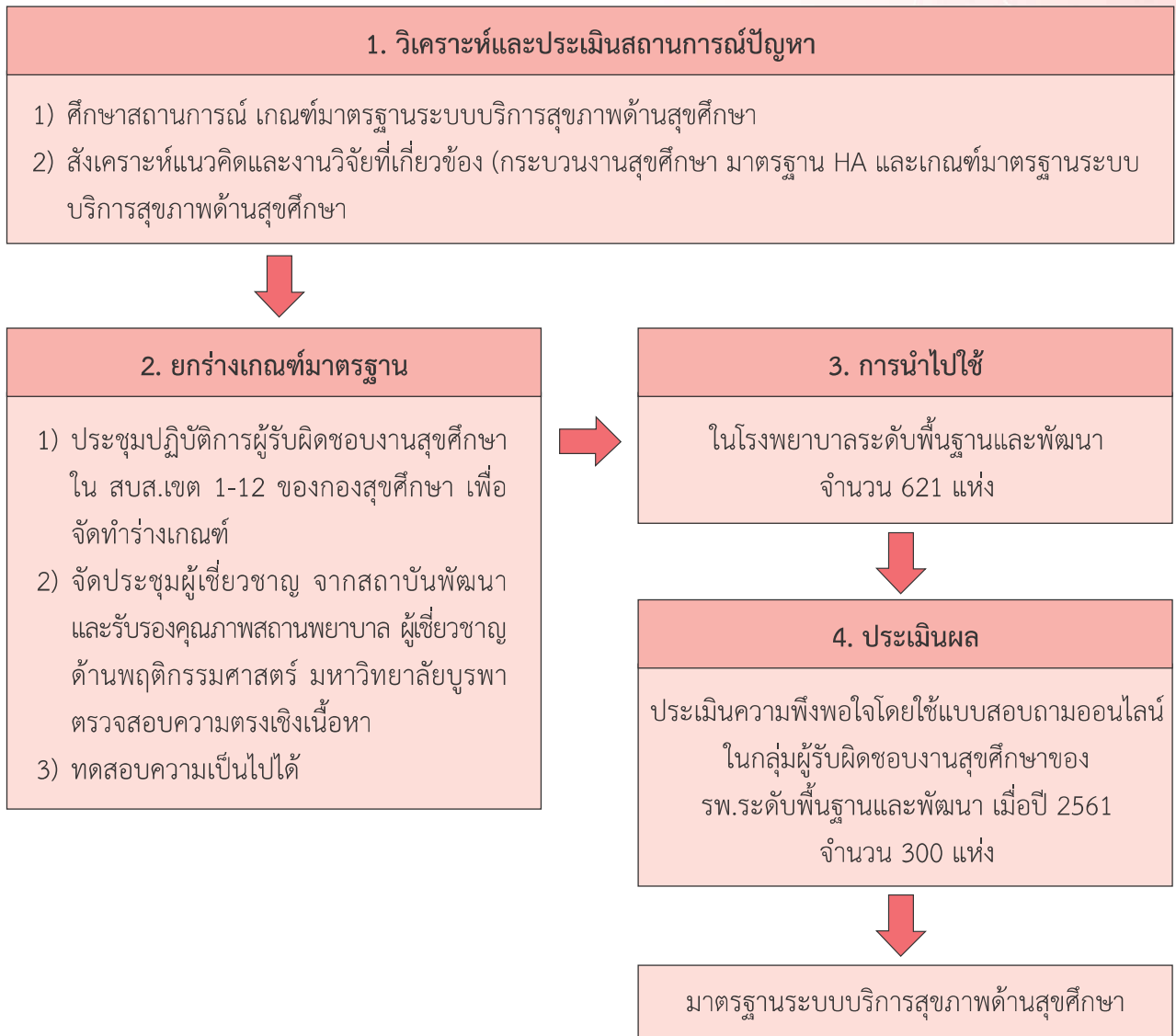
ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงมีคำถามการวิจัยว่า มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาควรเป็นอย่างไร และความพึงพอใจของผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา สำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาของผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน



กรอบแนวคิด



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนใช้มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพ สำหรับเป็นเครื่องมือในการประเมินตนเอง เพื่อพัฒนาคุณภาพงานสุขภาพ
2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนใช้มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพ เป็นแนวทางและขั้นตอนในการดำเนินงานสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน ทั้งกลุ่มป่วยและไม่ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ และความพึงพอใจต่อมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพของผู้รับผิดชอบงานสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 621 แห่ง ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบ



บริการสุขภาพระดับพื้นฐานและพัฒนา ในปีงบประมาณ 2561 กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 300 แห่ง

2. ขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

2.1 วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ปัญหา และสังเคราะห์แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระบวนการสุขศึกษา มาตรฐาน HA ฉบับ 4th และเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา

2.2 ยกร่างเกณฑ์มาตรฐาน

(1) ประชุมปฏิบัติการในกลุ่มนักวิชาการ กอสุขศึกษาที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1-12 และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำร่างเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา

(2) ประชุมผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) จำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 2 วัน

(3) นำเกณฑ์ไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มนักวิชาการกอสุขศึกษาที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1-12 นักวิชาการที่เกี่ยวข้องและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี (รพศ.) โรงพยาบาลสิงห์บุรี (รพท.) และโรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี (รพช.) จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเกณฑ์มาตรฐาน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Reliability Coefficient Alpha) ซึ่งค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจะอยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความสอดคล้องภายในสูง แสดงว่าเกณฑ์สามารถวัดในเนื้อหาเดียวกัน และวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ จากการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของเกณฑ์เท่ากับ 0.974 เนื่องจากมีเกณฑ์ที่ค่าอำนาจจำแนกน้อยกว่า 0.7 จึงตัดเกณฑ์ข้อดังกล่าวออก ทำให้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.976

(4) ทดสอบความเป็นไปได้ของการนำมาตรฐานระบบบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติ ด้วยการสนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี (รพศ.) โรงพยาบาลสิงห์บุรี (รพท.) และโรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี (รพช.) ผู้ศึกษาได้จัดทำเป็นเอกสารประกอบด้วย 4 บท คือ 1) แนวคิดหลักการ 2) การวิเคราะห์เกณฑ์ด้านสุขศึกษาดูรวมการกับมาตรฐาน HA 3) โครงสร้างเกณฑ์คุณภาพงานสุขศึกษาจำแนกตามระดับของโรงพยาบาล คือ รพศ./รพท. และ รพช. และ 4) ตัวอย่างโปรแกรมสุขศึกษาในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้แก่ กรณีโรค NCD กรณีโรค DHF กรณีโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ด้านเนื้อหามีความครอบคลุมตามวิชาการกระบวนการสุขศึกษา และสามารถใช้เกณฑ์เป็นแนวทางในการทำงานได้

2.3 การนำไปใช้

ครั้งที่ 1 ในการประชุมถ่ายทอดนโยบายของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพแก่ผู้บริหารจังหวัดในวันที่ 11 ธันวาคม 2561 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร

ครั้งที่ 2 ในการถ่ายทอดและส่งเสริมการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพแก่โรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1-12 ครบทุกแห่ง ภายในไตรมาสที่ 2

2.4 ประเมินผล โดยความพึงพอใจต่อเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพของผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและวิธีการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา ของกอสุขศึกษาและโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน โดยการสนทนากลุ่มที่มีต่อการพัฒนาเกณฑ์ และการนำมาตรฐานระบบบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติ ใน 4 ประเด็นประกอบด้วย



1) แนวคิดหลักการ 2) การวิเคราะห์เกณฑ์ด้านสุขศึกษา บูรณาการกับมาตรฐาน HA 3) โครงสร้างเกณฑ์คุณภาพ งานสุขศึกษาจำแนกตามระดับของโรงพยาบาล คือ รพศ./รพท. และ รพช. และ 4) ตัวอย่างโปรแกรม สุขศึกษาในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ

3.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับผิดชอบ งานสุขศึกษาของโรงพยาบาลทุกระดับ จำนวน 300 แห่ง ที่มีต่อเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้าน สุขศึกษา เป็นแบบสอบถามออนไลน์ โดยมี Rating Scale 5 ระดับ คะแนน 1-5 คะแนน ในประเด็นดังนี้ 1) ความชัดเจนเข้าใจง่าย 2) ความสอดคล้องกับบริบท การทำงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล 3) สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ได้ และ 4) สามารถใช้เป็นแนวทางในการทำงานได้ และ เนื่องจากมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ด้านสุขศึกษาเป็นด้านที่ 7 ของมาตรฐานระบบบริการ สุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดังนั้น การสร้าง และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จึงได้พัฒนาร่วมกัน ระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษา ด้านอาคารสภาพ แวดล้อม และด้านวิศวกรรมกรรมการแพทย์

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ

4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ด้วยการจัดหมวดหมู่และความสัมพันธ์ของประเด็นคำตอบ และความหมาย

ผลการศึกษา

1. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา สำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ พบว่า มีความเชื่อมโยง กระบวนการสุขศึกษากับมาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA) ทำให้ได้ กรอบมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา คือ เป็นเกณฑ์มาตรฐานฯ สำหรับกลุ่มไม่ป่วยและกลุ่มป่วย ที่ใช้กลยุทธ์การเสริมพลัง และระดับผลลัพธ์การดำเนินงาน ครอบคลุมทั้ง ระดับผลลัพธ์ทางพฤติกรรม และผลกระทบ ทางสุขภาพ อีกทั้ง เพื่อให้เหมาะสมกับระดับของโรงพยาบาล จึงแบ่งเกณฑ์เป็น 2 ระดับ คือ โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป กับโรงพยาบาลชุมชน ดังตาราง

ตารางที่ 1 แสดงความสอดคล้องของเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษากับเกณฑ์มาตรฐาน HA

เกณฑ์ระดับคุณภาพของมาตรฐาน HA	เกณฑ์มาตรฐานด้านสุขศึกษา
ระดับพื้นฐาน : เน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา/ความเสี่ยง การให้บริการ และการดูแลสถานที่และสภาพแวดล้อม หามาตรการ และดำเนินการต่อเนื่อง เพื่อจัดการความเสี่ยงด้านโครงสร้าง กายภาพ และมีกำลังคนที่ชัดเจน	ให้มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อทบทวนความเสี่ยงและ จัดทำแผนพัฒนาเกณฑ์ที่มีความเสี่ยง
ระดับพัฒนา : มีการเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน ในทุกระดับ เน้นการนำข้อมูลวิชาการ และมาตรฐานในแต่ละด้านมาสู่ การปฏิบัติ มีการติดตาม บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อย่าง เป็นรูปธรรม	การดำเนินงานตามคุณภาพกระบวนการ สุขศึกษา
ระดับคุณภาพ : ปฏิบัติตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพครบถ้วน มีรูปธรรมของการพัฒนาที่ชัดเจนจนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร	มีนวัตกรรม ต้นแบบ และ Best Practice



ดังนั้น มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ปี 2562 จึงแบ่งเป็น 3 หมวด คือ 1) หมวดการบริหารจัดการ 2) หมวดกระบวนการในกลุ่มไม่ป่วยและกลุ่มป่วย และ 3) หมวดผลลัพธ์ โดยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมี 26 เกณฑ์ โรงพยาบาลชุมชนมี 25 เกณฑ์ ดังนี้

หมวดที่ 1 การบริหารจัดการ

เกณฑ์

1. เกณฑ์บุคลากรดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรมีคุณสมบัติและประสบการณ์ที่เหมาะสม เพียงพอ และมีแผนการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง (เป็นเกณฑ์ที่สอดคล้องกับมาตรฐาน HA ตอนที่ 1 หมวด 5 พัฒนาบุคลากร)

หมายเหตุ โดยเกณฑ์การทบทวนคุณภาพงาน และเกณฑ์นโยบายด้านสุขศึกษาจะบูรณาการในมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ด้านที่ 1 การจัดการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาในหมวดที่ 1 จึงมีเกณฑ์เดียวคือ ด้านบุคลากร

หมวดที่ 2 กระบวนการสุขศึกษา

ได้กำหนดกระบวนการสุขศึกษาใน 2 กลุ่ม คือ กระบวนการสุขศึกษาในกลุ่มไม่ป่วยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ดังนี้

กระบวนการสุขศึกษาในกลุ่มไม่ป่วยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (เป็นเกณฑ์ที่สอดคล้องกับมาตรฐาน HA ตอนที่ 2.9 การทำงานกับชุมชน ซึ่งมี 2.9.1 การสร้างเสริมสุขภาพฯ และ 2.9.2 การเสริมพลังผู้ป่วยและญาติฯ)

เกณฑ์

2. มีข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ(HB) และหรือ ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ(HL) ที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษา(การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม)

3. มีการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษา (การออกแบบกิจกรรม)

4. มีแผนงานหรือโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษาหรือแผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่มีวัตถุประสงค์หรือตัวชี้วัดพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

5. มีการออกแบบกิจกรรมและใช้สื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัจจัยสาเหตุพฤติกรรมสุขภาพและปัญหา ความต้องการและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย

6. แผนงานหรือโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษาหรือ แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา จัดทำโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายตัวแทนภาคประชาชน

7. มีแนวทางการประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุตัวชี้วัดพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือ ระยะเวลา และกลุ่มเป้าหมาย

8. มีการจัดกิจกรรมตามแผนงานหรือโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษาหรือแผนการจัดกิจกรรมสุขภาพครบตามแผนที่กำหนด และการดำเนินกิจกรรมใช้การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสุขภาพหรือทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และตัวแทนภาคประชาชน

9. มีการสนับสนุน เสริมพลังให้กับภาคี เครือข่ายแกนนำสุขภาพภาคประชาชน ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

10. มีการประเมินผลและรายงานผลเป็นลายลักษณ์อักษร การประเมินกิจกรรม/กระบวนการระหว่างดำเนินโครงการ หรือ ประเมินตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ตั้งไว้เมื่อสิ้นสุดโครงการ

11. มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและนำผลการเฝ้าระวังไปใช้ในการปรับกิจกรรมในแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



กระบวนการงานสุขศึกษาในกลุ่มป่วยเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยและครอบครัว (เป็นเกณฑ์ที่สอดคล้องกับมาตรฐาน HA ตอนที่ 3.5 การให้บริการผู้ป่วยและญาติต่อเนื่องไปในชุมชน)

เกณฑ์

12. มีข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ(HB) และหรือข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ(HL) ที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษา (กำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม)

13. มีการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษา (ออกแบบกิจกรรม)

14. มีแผนงานหรือโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษาหรือ แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่มีวัตถุประสงค์หรือตัวชี้วัดพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

15. มีการออกแบบกิจกรรมและใช้สื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัจจัยสาเหตุพฤติกรรมสุขภาพและปัญหา ความต้องการและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย

16. แผนงานหรือโครงการ หรือ โปรแกรมสุขศึกษาหรือ แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา จัดทำโดยมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายตัวแทนภาคประชาชน

17. มีแนวทางการประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุตัวชี้วัดพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือ ระยะเวลา และกลุ่มเป้าหมาย

18. มีการจัดกิจกรรมตามแผนงานหรือโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษาหรือแผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาครบตามแผนที่กำหนด และการดำเนินกิจกรรมใช้การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสุขภาพหรือ ทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตัวแทนภาคประชาชน

19. มีการสนับสนุน เสริมพลังให้กับภาคีเครือข่ายแกนนำสุขภาพภาคประชาชน ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

20. มีการประเมินผลและรายงานผลเป็นลายลักษณ์อักษร การประเมินกิจกรรม/กระบวนการระหว่างดำเนินโครงการ หรือ ประเมินตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ตั้งไว้เมื่อสิ้นสุดโครงการ

21. มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและนำผลการเฝ้าระวังไปใช้ในการปรับกิจกรรมในแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

22. มีการวิจัยด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขของโรงพยาบาล และเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (มีเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนในโรงพยาบาลชุมชนนำไปรวมกับเกณฑ์ข้อที่ 25 มีนวัตกรรมหรือ ต้นแบบ หรือผลงานเด่นที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ)

หมวดที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (เป็นเกณฑ์ที่สอดคล้องกับมาตรฐาน HA ตอนที่ 4-1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย)

เกณฑ์

23. กลุ่มเป้าหมายที่ผ่านกระบวนการสุขศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพ (HB) หรือความรู้ทางสุขภาพ (HL) ในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

24. กลุ่มเป้าหมาย ที่ผ่านกระบวนการสุขศึกษามีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง : รอบเอว BMI, FBS, BP เป็นต้น

กลุ่มป่วย :ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลจัดการตนเองได้ ภาวะแทรกซ้อนลดลง อัตรา Re-admission ในโรคเรื้อรังลดลง เป็นต้น



25. มีนวัตกรรม หรือ ต้นแบบ หรือผลงานเด่นที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานสุศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

26. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อกระบวนการสุศึกษาตามแผนงานโครงการ

2. ความพึงพอใจต่อมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุศึกษา

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้รับผิดชอบงานด้านสุศึกษาในโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับพื้นฐานและพัฒนาเมื่อปี 2561 ของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพโดยใช้แบบประเมินออนไลน์ มีผู้ตอบแบบประเมินรวมทั้งสิ้น 300 คน จาก 621 แห่งคิดเป็นร้อยละ 48.31 พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.0) เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 31.6 และมีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 50

ระดับความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุศึกษาโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.73$) เมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในประเด็นเกณฑ์มีความชัดเจนเข้าใจง่ายที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.80$) รองลงมา คือ ตรงกับบริบทการทำงานของโรงพยาบาล และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง/ขั้นตอนในการทำงานได้ที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.75 และสามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ได้ที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.65

ข้อเสนอแนะ การประเมินของ HA ไม่ต้องเตรียมข้อมูลหลักฐานมากมาย และเนื้อหาในองค์ประกอบก็ไม่มาก มีตัวอย่างการเขียนเป็น Guideline ทำให้ไม่เป็นภาระงาน ในการมาตรวจเน้นการสัมภาษณ์แต่ด้านสุศึกษาคิดว่าเป็นภาระต่อการดำเนินงาน

อภิปรายผล

1. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุศึกษาสำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ แบ่งเป็น 3 หมวด โดยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมี 26 เกณฑ์

โรงพยาบาลชุมชนมี 25 เกณฑ์ ซึ่งแตกต่างกับ ปี 2561 ที่มี 4 หมวด 10 องค์ประกอบ 16 ตัวชี้วัด 41 เกณฑ์ แต่ยังคงมีความสอดคล้องกันของกระบวนการสุศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Health care Standard 4th) มีความสอดคล้องกันในกระบวนการแต่ยังความต่างกันในการประเมินผล คือ มาตรฐาน HA จัดตามระดับตามศักยภาพของการจัดการปัญหา คือ HA ในระดับพื้นฐานหมายถึงแก้ปัญหาได้ ระดับพัฒนาคือวางระบบแต่ยังไม่เห็นผลลัพธ์ระดับคุณภาพ คือ ผลลัพธ์มีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุศึกษา จัดตามค่าคะแนนร้อยละที่ได้ โอกาสและเงื่อนไขในการนำมาตราฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุศึกษาสู่การปฏิบัติ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปซึ่งมีโครงสร้างกลุ่มงานสุศึกษาจะเป็นผู้นำสู่การปฏิบัติในกลุ่มป่วยผ่านคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำสู่กลุ่มไม่ป่วยร่วมกับกลุ่มงานเวชปฏิบัติผ่านโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ส่วนโรงพยาบาลชุมชนซึ่งไม่มีโครงสร้างกลุ่มงานสุศึกษาจะนำสู่การปฏิบัติในกลุ่มป่วยและไม่ป่วยโดยคณะกรรมการสุศึกษาของโรงพยาบาลที่ประกอบด้วยผู้แทนจากสหวิชาชีพซึ่งมีกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบคลุมเป็นเลขานุการคณะกรรมการ

2. ความพึงพอใจต่อมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุศึกษา พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยและมีความพึงพอใจต่อกับเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุศึกษา เพราะมองเห็นภาพการดำเนินงานชัดเจน แต่ยังรู้สึกว่าเป็นภาระในการดำเนินงาน และเปรียบเทียบว่า การประเมินของ HA ไม่ต้องเตรียมข้อมูลหลักฐานมากมาย และเนื้อหาในองค์ประกอบก็ไม่มาก มีตัวอย่างการเขียนเป็น Guideline ทำให้ไม่เป็นภาระงาน ในการมาตรวจเน้นการสัมภาษณ์แต่ด้านสุศึกษาคิดว่าเป็นภาระต่อการดำเนินงาน



สรุปผล

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา สำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ประกอบด้วย 3 หมวด คือ หมวดการบริหารจัดการ หมวดกระบวนการงานสุขศึกษา และหมวดผลลัพธ์ โดยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมี 26 เกณฑ์ โรงพยาบาลชุมชนมีเพียง 25 เกณฑ์ และส่วนมากมีความพึงพอใจต่อมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.73$)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ควรส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เพื่อการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่สามารถป้องกันได้และลดความรุนแรงของโรค
2. ควรมีการศึกษา วิจัยประสิทธิผลและความคุ้มค่าของการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขศึกษา

เอกสารอ้างอิง

Department of Health Service Support, Health Education Division. (2017). **The process of health education services to promote health literacy in government healthcare integrated Hospital Accreditation.** Health Education press. Ministry of Public Health.

Department of Health Service Support, Health Education Division. (2018). **The guidance for assessor to study how to assess the standard of health service system in health education.** Mimeographed.

Ministry of Public Health. Department of Health Service Support. (2015) **The guidance on using the standard of health service system to practical.** (n.p.).

Department of Health Service Support, Health Education Division. (2018). **The guidance on development the quality of health education and health literacy and behavior in hospitals.** Health Education press.

Department of Health Service Support, Health Education Division. (2012). **Health Education Standard for center hospital, general hospital 2012.**Health Education press. (in Thai).

Pensirinapa, Nitaya. (2018). **The Behavioral development and Surveillance.** [Power Point slides]. Retrieved December 20-21, 2018. Mimeographed.

The Healthcare Accreditation Institute. (Public Organization). (2011). **Hospital and Healthcare Standard for The Sixtieth Anniversary Celebrations of His Majesty's Accession to the Throne. (Revised Edition April 2011).** Wandee Culinary Books.

The Healthcare Accreditation Institute. (Public Organization). (2017). **Hospital and Healthcare Standard 4th started to accredit the Healthcare from July 1, 2018.**

Wongrong, Veeravit. (2016). The Development of Standard, Indicator Value and Criteria of quality assurance in studying at Satit School. Journal of Library and Information Science Sriakarinwirot University. Vol 9. No. 1. January – June, 2016. P 83-100.



การพัฒนารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

A Development of Strategic Implementation Model on District Health System Network, Roi Et Province

บุญเลิศ พิมศักดิ์ ปิติ ทั้งไพศาล และเสฐียรพงษ์ ศิวินาสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ปฏิบัติงานยุทธศาสตร์และแผนงานของแต่ละโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 40 คน ดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560-30 กันยายน 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลใช้ฐานข้อมูลคลังสุขภาพ HDC (Health data center) และฐานข้อมูลการติดตามตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแบบ ONLINE และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ และร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า

1) รูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วยหลักการวัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินงาน และปัจจัยเอื้อและสนับสนุน ซึ่งกระบวนการดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน (PDMI model) ได้แก่ (1) การวางแผน (2) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (3) การควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล และ (4) การปรับปรุง และสะท้อนผล ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.68, SD = 0.64$) และ 2) ผลการประเมินตัวชี้วัดรอบ 12 เดือน พบว่า ความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ระดับคะแนน 4 และ 5 โดยรวม (85.29%) เมื่อพิจารณาเป็นรายยุทธศาสตร์ พบว่า ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ และการบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล ระดับคะแนน 5 (100.00%) รองลงมา คือ บริการเป็นเลิศ (62.50%) และการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (60.00%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า มีตัวชี้วัดที่ได้คะแนนระดับ 1 คือ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ระดับ 2 คือ เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

คำสำคัญ : รูปแบบ, การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ, เครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ



Abstract

This study were conducted to: develop the model and evaluate effectiveness of implementation of strategy to primary health network in Roi-Et. The target group were the strategic and strategic planner of each hospital, hospital and district health office. During the study period, 40 patients were in operation from October 2017 to September 2018. The data were collected using the Health Data Center (HDC) database and database for tracking public health indicators in Roi-Et province, ONLINE. Data were analyzed using frequencies and percentages.

The study revealed the following results; 1) Principles, objectives, processes and supporting and supporting factors were strategic implementation model district health system network, 4 process stages (PDMI model) included:(1) planning, (2) strategy implementation (3) control, monitoring and evaluation, and (4) improvement and reflect the format, feasibility and the usability of the model were highest ($M = 4.68$, $SD = 0.64$). 2) A total of results of a year evaluation showed that success of strategic management at level of 4 and 5 was 85.29%, people excellent and governance excellent with a 5-point scales were 100.00%, service excellent was 62.50% and health promotion, protection and consumer protection 60.00%, respectively, but there were noteworthy that, level score 1 was the rate of death from road traffic injury, level 2 was 0-5 years old, smart kids and new diabetic patients.

Keywords: Model, Strategic Implementation, District Health System Network



บทนำ

การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติเป็นกระบวนการที่มีระเบียบแบบแผนหรือเป็นชุดของกิจกรรมที่เชื่อมโยงกัน อย่างเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งส่งเสริมให้องค์กรสามารถ ใช้กลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ความเป็นรูปธรรมได้ หากปราศจากซึ่งแนวทางการดำเนินกลยุทธ์ที่ได้มีการวางแผนมาเป็นอย่างดีแล้วย่อมไม่สามารถนำองค์กรไปสู่การบรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ได้ (Wheelen และ Hunger. 2002) การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติผู้บริหารทุกระดับและเจ้าหน้าที่ทุกคนจะต้องมีความมุ่งมั่นและมีพันธะผูกพัน รวมทั้งมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งไปสู่การดำเนินกลยุทธ์อย่างมีประสิทธิภาพการปฏิบัติ (วิมล เมฆสวัสดิ์. 2552: 185-186) ทั้งนี้การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัตินั้น เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร เกือบทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ องค์กรก็จะต้องปรับตัวตาม (วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์, 2540: 12; Certo C.Samuel and Perter. 1990: 173) เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามกลยุทธ์ที่เปลี่ยนไปได้ เพราะการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย หลายกิจกรรม ผู้บริหารจะต้องมีลักษณะความเป็นผู้นำสามารถทำงานเป็นทีมได้ดี จึงจะทำให้แผนกลยุทธ์นำไปสู่การปฏิบัติบรรลุผลสำเร็จตามแผนที่วางไว้ (ทศพร ศิริสัมพันธ์. 2539: 77-79; Pearce, John A., II, and Richard B. Robinson, Jr.. 1998: 152)

การถ่ายทอดและนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดจะมีถ่ายทอดทุกปี โดยความสำเร็จในการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย การปิดช่องว่างทางกลยุทธ์ การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ การสร้างความมุ่งมั่น และพันธะผูกพันต่อกลยุทธ์ ซึ่งมีปัจจัยที่สำคัญที่ประกอบด้วยบทบาทของผู้นำองค์กร การกำหนดนโยบายและมาตรการสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจ และวัฒนธรรมองค์กรที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ (เกริกยศ ชลาชนเดชะ. 2549: 5-6) พบว่า ปัญหาการดำเนินงาน อาทิเช่น การสร้างความรู้ความเข้าใจในแผนฯ การจัดทำแผนปฏิบัติการในระดับต่างๆ ให้เชื่อมโยงกัน การจัดทำแผนแม่บทหรือแผนงานหลักในการพัฒนาที่มีความสำคัญ

และเกี่ยวพันกันหลายหน่วยงาน การจัดทำแผนงานที่สอดคล้องเชื่อมโยงไปในทิศทางเดียวกันทุกระดับ การสร้างระบบการติดตามประเมินผล กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ กำหนดกลไกการติดตามประเมินผลให้เป็นระบบและมีเอกภาพ การพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลให้เชื่อมโยงกัน และการสรุปรายงาน ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบและเข้าใจ เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พบปัญหาเกี่ยวกับการมอบหมาย การกำหนดวัตถุประสงค์และผู้รับผิดชอบของหน้าที่งานในแต่ละด้าน ยังไม่ชัดเจน ไม่ตรงกับความถนัดและความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล รวมถึงองค์การขาดการศึกษาและทำความเข้าใจทิศทางกลยุทธ์ขององค์กร โครงสร้างในการดำเนินงานขาดความคล่องตัวบุคลากรยังขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา และเป้าหมายของแผน กลยุทธ์ ขาดการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน ขาดการสนับสนุนอย่างจริงจังของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ขาดขวัญและกำลังใจตลอดจนแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดสื่อเทคโนโลยี โดยเฉพาะอินเทอร์เน็ตความเร็วยังช้า อุปกรณ์ในการดำเนินงานต่างๆ ยังไม่เพียงพอกับการใช้งาน บุคลากรยังใช้ความเคยชินในการปฏิบัติงานขาดการปรับตัวและเปิดรับการเปลี่ยนแปลง ยังไม่มีการนำระบบการทำงานเป็นทีมและพัฒนาทีมงานเท่าที่ควร การดำเนินการด้านการกำกับ ติดตาม และประเมินผล มีขั้นตอนที่ไม่ชัดเจน ทำให้การนิเทศ กำกับติดตามไม่ทั่วถึง และไม่เป็นตามระยะเวลาที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. 2560: 18-20) แต่สาคร สุขศรีวงศ์ (2555: 328) ได้ชี้ให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติมี 4 ประการ ได้แก่ การประสานสอดคล้องภายในองค์กร การเปลี่ยนแปลงภาวะผู้นำของผู้บริหาร และการจูงใจ ; การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติมีประสิทธิผลมากขึ้นจะต้องเสริมสร้างองค์การให้มีความแข็งแกร่งทั้งในด้านศักยภาพ และมีทรัพยากรต่างๆ ที่พอเพียงที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ ให้ประสบผลสำเร็จพิจารณากิจกรรมต่างๆ ขององค์กรตามห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) เพื่อประเมินกิจกรรมที่มีความจำเป็นต่อความสำเร็จเชิงกลยุทธ์ กำหนดนโยบายเฉพาะเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์ ปรับปรุงระบบข้อมูลสารสนเทศ



กำหนดรางวัลและสิ่งจูงใจ ผู้บริหารจะต้องใช้ภาวะผู้นำ ผลักดันให้การปฏิบัติงานมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถและ เชี่ยวชาญและการมีกระบวนการจัดการที่ดีและเป็น ระบบ (วารสารคนา ผลประเสริฐ. 2556: 6)

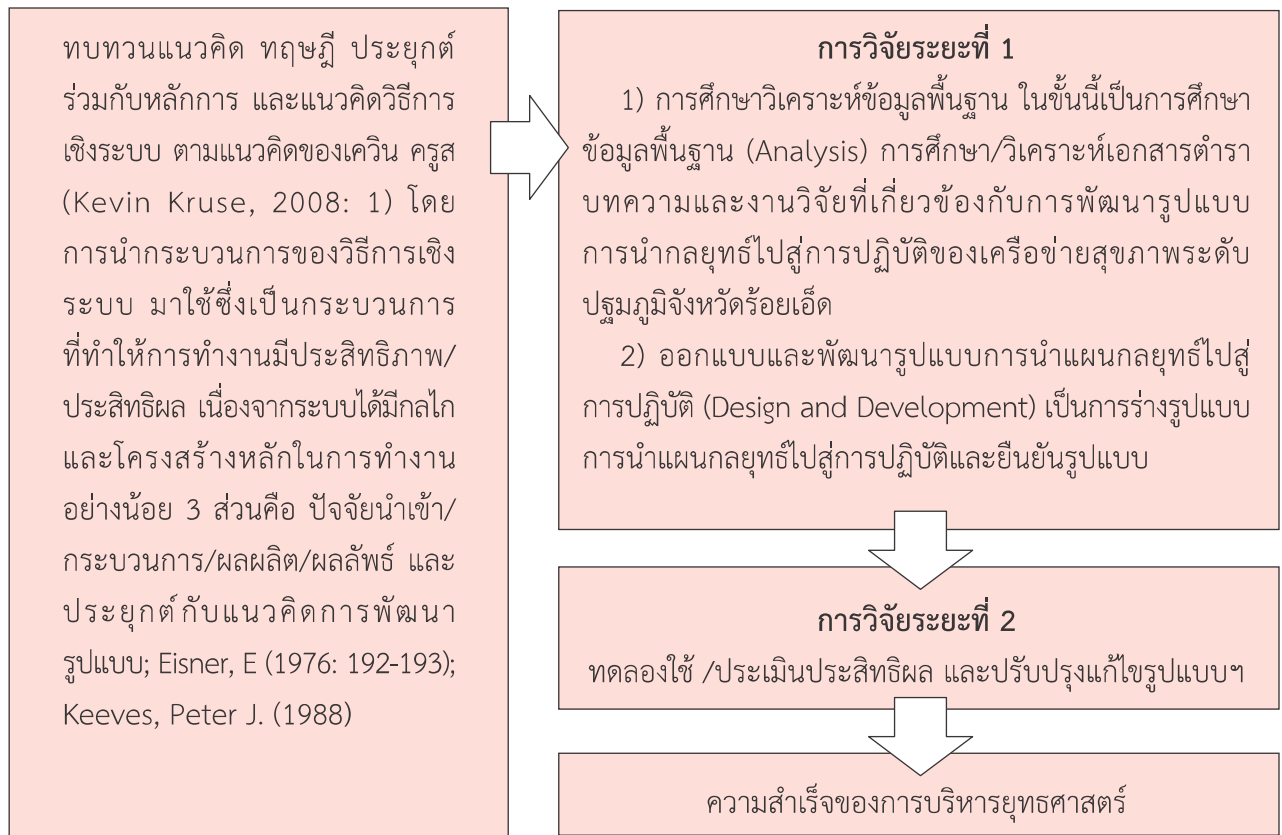
แนวทางแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ประมวล เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสังเคราะห์รูปแบบ การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพในระดับ ร้อยเอ็ดโดยการวางแผนซึ่งเป็นขั้นตอนการกำหนดนโยบาย ให้เป็นรูปธรรมและมีความพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ แล้วนำแผนไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนการถ่ายทอดกลยุทธ์ศาสตร์ และแผนปฏิบัติการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจัดทำโครงการต่างๆ ตรวจสอบและ ประเมินผล และปรับปรุงมาตรฐานขององค์กร บุคคล เหล่านี้จะต้องเข้าใจกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลเป็นขั้นตอนการประเมินผล โดยประเมินที่ตัวชี้วัดที่เป็นผล และขั้นตอนปรับปรุงและ สะท้อนผลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผล การนำกลยุทธ์ไปสู่ปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับ ปฐมภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิด

จากศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Approach) โดยผู้วิจัย ได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ประยุกต์ร่วมกับหลักการ และแนวคิดวิธีการเชิงระบบ (System Approach) ตามแนวคิดของเควิน ครุส (Kevin Kruse, 2008: 1 ; Eisner, E, 1976 : 192-193 ; Keeves, Peter J.,1988: 561-565) เป็นการพัฒนานวัตกรรมหรือกระบวนการ รูปแบบใหม่ ๆ ขึ้นมาจากความต้องการของผู้ใช้นวัตกรรม หรือที่เรียกว่าการศึกษาข้อมูลพื้นฐานหรือการศึกษา ความต้องการ แล้วตรวจสอบคุณภาพของนวัตกรรม การนำไปทดลองใช้ และประเมินผล ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนด กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1 ดังนี้



กรอบแนวคิดรูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้รูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำกลยุทธ์ด้านสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติได้ทุกหน่วยบริการ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาารูปแบบ (Research and Development Approach) และประเมินประสิทธิผลการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน (Analysis) เป็นการศึกษา/วิเคราะห์เอกสารตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงานของแต่ละโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 40 คน 2) หน่วยวิเคราะห์ (Unit analysis) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 19 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 20 แห่ง รวมทั้งหมด 40 แห่ง ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบรายงานผลการประเมินปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการจังหวัดร้อยเอ็ด ประจำปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม 2560-กันยายน 2561) ภายใต้การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ตัวชี้วัด 15 ตัว การบริการเป็นเลิศ ตัวชี้วัด 13 ตัว บุคลากรเป็นเลิศ ตัวชี้วัด 3 ตัว และการบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล ตัวชี้วัด 7 ตัว และออกแบบและพัฒนารูปแบบการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ (Design and Development) เป็นการร่างรูปแบบการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติด้วยวิธีการเชิงระบบ

ขั้นตอนที่ 2 การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เป็นการนำร่างรูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติไปใช้จริงในพื้นที่ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและ

การประเมินแก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงานของแต่ละโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและนิเทศติดตาม 2 ครั้ง/ปี เพื่อตรวจสอบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PDMI Model) ได้แก่ (1) การวางแผน (P-planning) เป็นขั้นตอนการกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและมีความพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ (2) การนำแผนไปปฏิบัติ (D-doing) เป็นขั้นตอนการถ่ายทอดกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจัดทำโครงการต่างๆ ตรวจสอบและประเมินผล และปรับปรุงมาตรฐานขององค์กร บุคคลเหล่านี้จะต้องเข้าใจกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ (3) การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล (M=Control, monitor and evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินผลโดยประเมินที่ตัวชี้วัดที่เป็นผล (Results or lag indicators) และ (4) ขั้นตอนปรับปรุงและสะท้อนผล (I=Improvement and reflect) เป็นขั้นตอนการคืนข้อมูลผลการประเมินจากขั้นตอนที่ 3 และปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อดำเนินการในรอบต่อไป หลังจากนั้นจึงปรับปรุงรูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ เป็นการทบทวนและปรับปรุงรูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติก่อนนำไปเผยแพร่ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การหาค่าความถี่ และค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) รูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินงาน และปัจจัยเอื้อและสนับสนุน ซึ่งกระบวนการดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน (PDMI Model) ได้แก่ (1) การวางแผน (2) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (3) การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล และ (4) การปรับปรุง และสะท้อนผล

2) ผลการประเมินตัวชี้วัดรอบ 12 เดือน พบว่าความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 85.29 เมื่อพิจารณาเป็นรายยุทธศาสตร์ พบว่า



ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ และการบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล ระดับคะแนน 5 (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือ บริการเป็นเลิศ (ร้อยละ 62.50) และการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (ร้อยละ 60.00) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีตัวชี้วัดที่ได้คะแนนระดับ 1 คือ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ระดับ 2 คือ เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน และผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดร้อยเอ็ดในครั้งนี้ ส่งผลให้ได้รับรูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินงาน และปัจจัยเอื้อและสนับสนุน ส่วนกระบวนการดำเนินงานหลัก คือ 1) การวางแผน 2) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ 3) การควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล และ 4) การปรับปรุง และสะท้อนผล เมื่อเทียบกับการดำเนินการตามกลยุทธ์ โดยทั่วไปจะพบว่ามีข้อแตกต่างกันหลายประเด็น เช่น กลยุทธ์โดยทั่วไปจะประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การจัดสรรทรัพยากร (Resources Allocation) เป็นขั้นตอนของการวางแผนการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุสู่กลยุทธ์ โดยการจัดสรรทรัพยากรต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่จะกระทบกับการใช้ทรัพยากรและการบริหารทรัพยากร การปรับโครงสร้างองค์กร (Organization restructure) เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของการใช้กลยุทธ์ และการใช้ทรัพยากร การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในส่วนองระบบและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Organization change and Human resource development) เป็นการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ที่จะใช้ในการบรรลุสู่แผน และทิศทางขององค์กรและการกระจายกลยุทธ์ (Strategic deployment) (อนิวัช แก้วจำนง, 2551 ; ฌัญญพันธ์ เจริญนันท์, 2552) และสอดคล้องกับประภาส อนันตา และเสฐียรพงษ์ ศิวินา(2556: 9-18) ซึ่งพบว่า รูปแบบ

การนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติประกอบด้วย 4 ชั้น ได้แก่ 1) การวางแผนเป็นขั้นตอนการกำหนดนโยบาย ให้เป็นรูปธรรมและมีความพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ 2) การนำแผนไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้แก่ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจัดทำโครงการต่างๆ ผู้ที่มีหน้าที่ตรวจสอบและประเมินผล ผู้ที่มีหน้าที่ปรับปรุงมาตรฐานขององค์การจะต้องเข้าใจเรื่องแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพราะคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานขึ้นอยู่กับระดับของความรู้ความเข้าใจเรื่องการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ 3) การติดตามประเมินผลขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการประเมินผลโดยประเมินที่ตัวชี้วัดที่เป็นผล และ 4) ขั้นตอนปรับมาตรฐาน เป็นขั้นตอนที่ควรกำหนดให้มีคณะทำงานเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน หากพบว่าผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายต้องพยายามปรับแผนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากจุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับขั้นตอนที่ 3 และ 4 การควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล และการปรับปรุงและสะท้อนผล โดยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้วางระบบการกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และตัวชี้วัดผ่านระบบต่างๆ เช่น ระบบข้อมูลสารสนเทศ (HDC : Health Data Center) ระบบติดตามโครงการ ระบบติดตามงบลงทุน ระบบ บสต. (ยาเสพติด) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีกลไกการกำกับติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยผู้บริหารติดตามประเมินผลยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงฯ และเขตสุขภาพ/จังหวัด และทีมนิเทศ ประเมินผลงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ออกติดตาม ประเมินผลงาน คปสอ. (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ) ทุกแห่ง ลงพื้นที่ตามแผนการประเมินผลงานทุก 6 เดือน และให้ผู้รับผิดชอบโครงการฯ (Project Manager: PM) ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด ติดตามรายงานผล งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี



สารสนเทศ สสจ.ร้อยเอ็ดเป็นหน่วยงาน ดูและระบบ HDC ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายและตัวชี้วัดสำคัญที่รายงานข้อมูลตรงจากพื้นที่เป็นรายไตรมาสแบบ Real Time และสามารถเทียบเคียงผลการดำเนินงานแบบรายจังหวัด และภายในเขตสุขภาพ สำหรับกลไกการบริหารจัดการและติดตามตรวจสอบการดำเนินงานของ สสจ.ร้อยเอ็ด ได้ใช้รูปแบบของคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ติดตามผลการดำเนินงานร่วมกัน นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ร่วมดำเนินงานเป็นทีม (Team Work) ที่มีเครือข่ายเชื่อมโยงกันเพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผน ออกแบบ ระบบงาน แนวทางมาตรการ และขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ รวมถึงกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาสู่เป้าหมายที่กำหนด

การดำเนินงานดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ผู้บริหารได้ติดตามกิจกรรมและผู้ปฏิบัติงานขององค์กรอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินว่ากิจกรรมนั้นๆ ได้รับการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ เพื่อประโยชน์ในการแก้ไขและปรับปรุงผลการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานในองค์กร การประเมินและควบคุมกลยุทธ์จะเป็นกลไกที่สำคัญที่เป็นเสมือนตัวกลางที่จะเชื่อมโยงองค์กรและสภาพแวดล้อมต่างๆ เข้าด้วยกันเป็นกิจกรรมสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการติดตาม ตรวจสอบวิธีการขององค์กรในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ เพื่อให้แน่ใจว่ากลยุทธ์นั้นจะก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ตรงตามแผนที่ตั้งไว้ โดยจะมีการวัดผลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีการกำหนดเกณฑ์และมาตรฐาน เช่น ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นบรรลุผลตามที่กำหนดไว้หรือไม่ มีความแตกต่างไปจากแผนเดิมมากน้อยเพียงใด สาเหตุของการแตกต่างคืออะไร และจัดรางวัลหรือผลตอบแทนให้เหมาะสมแก่ผู้ปฏิบัติงานที่สามารถปฏิบัติได้ตามแผนกลยุทธ์นั้นอย่างเหมาะสม (วรารณา ผลประเสริฐ. 2556: 32; เกริกยศ ชลาชนเดชะ. 2549)

ผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือน พบว่า ความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 85.29 เช่นเดียวกับการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผลการดำเนินงานมีคะแนนเพิ่มขึ้น และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (กมลาวัดณายังเจริญชัย. 2560: 170-184) การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ (Strategy Implementation) โดยรูปแบบของแผนงาน/โครงการที่มีมาตรการทางการปฏิบัติได้กำหนดเป็นแผนงานหลัก (Master Plan) และกิจกรรม/ผลผลิตการดำเนินงาน ระยะเวลา งบประมาณ และผู้รับผิดชอบแผนปฏิบัติการ (Action plan) ซึ่งแผนปฏิบัติการที่กำหนดสามารถตอบโจทย์ความท้าทายในด้านต่างๆ ขององค์กร และใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic map) เป็นเครื่องมือการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติทุกหน่วยงานในสังกัด มีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก สนับสนุน รวมทั้งการสื่อสารถ่ายทอดสร้างความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับผ่านช่องทางต่าง ๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการสร้างกลไกระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS: District Health System) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผล (นงนุช บุญยัง. 2553: 25; Kaufman R, Oakley-Browne H, Watkins R, Leigh, D., 2003 ; Grunig R, Kuhn R, Clark A.. 2008)

นอกจากนั้นการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ด้านขั้นตอนการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ (Strategy Implementation) โดยรูปแบบของแผนงาน/โครงการที่มีมาตรการทางการ ปฏิบัติได้กำหนดเป็นแผนงานหลัก (Master Plan) และกิจกรรม/ผลผลิตการดำเนินงาน ระยะเวลา งบประมาณ และผู้รับผิดชอบ (Action plan) ซึ่งแผนปฏิบัติการที่กำหนดสามารถ



ตอบโจทยความท้าทายในด้านต่าง ๆ ขององค์การและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic map) เป็นเครื่องมือการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติทุกหน่วยงานในสังกัด มีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักสนับสนุน รวมทั้งการสื่อสารถ่ายทอด สร้างความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับผ่านช่องทางต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ สร้างกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขอ.) (District Health Board: DHB) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

สรุปผล

การนำรูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดส่งผลให้ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำ ผลการวิจัยไปใช้

1.1 ปัญหาการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติด้านวัตถุประสงค์ การกำหนดภารกิจและการมอบหมายด้านการจัดสรรทรัพยากร ผลการวิจัยพบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับการดำเนินงานต่ำกว่าทุกด้าน แสดงว่ามีปัญหามากกว่าด้านอื่นๆ ดังนั้น ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติควรมีการตกลงร่วมกันกับเครือข่ายบริการสุขภาพรวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องถึงแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การกำหนดภารกิจและการมอบหมายและการจัดสรรทรัพยากร

1.2 การสร้างความตระหนักด้านการทำงานเพื่อให้บุคลากรมีการตื่นตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้การดำเนินงานตามแนวทางการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 จากผลการสะท้อนปัญหาพบว่า การกำหนดนิยามตัวชี้วัดจากส่วนกลางควรมีการกำหนดนิยามตัวชี้วัดแต่ละระดับหน่วยบริการให้มีความแตกต่างกัน เนื่องจาก

นิยามเดียวกันไม่สามารถวัดผลงานได้จริงในทุกระดับหน่วยงาน ทั้งนี้เป็นเพราะความแตกต่างของภารกิจของหน่วยงาน การใช้นิยามเดียวกัน นอกจากจะทำให้ประเมินผลผิดพลาดยังอาจก่อผลทางลบต่อการทำงานและลดขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้น ส่วนกลางจึงควรพิจารณานิยามตัวชี้วัดอย่างละเอียดในทุกมิติของการใช้งาน และในทุกมิติของหน่วยงานก่อนประกาศใช้

1.4 จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ยังมีตัวชี้วัดที่ได้คะแนนระดับ 1 คือ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ระดับ 2 คือ เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน และผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำปัญหาเหล่านี้เสนอเป็นนโยบายระดับประเทศ และสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานลงในพื้นที่ผู้ปฏิบัติจริง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.5 จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบว่า ข้อมูลที่รวบรวมมายังมีปัญหาด้านคุณภาพ เนื่องจากส่วนใหญ่ยังขาดการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล 43 แฟ้มที่ส่งทำให้ข้อมูลขาดความน่าเชื่อถือ และบางกรณีก็ไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้ได้ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรดำเนินการตรวจสอบข้อมูล 43 แฟ้ม กับสภาพจริงทุกไตรมาส

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากแนวทางการพัฒนา ควรวิจัยแนวทางการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อจะได้แนวทางการส่งเสริมการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติวิธีการใหม่ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและคณะขอขอบคุณนายแพทย์ปิติ ทั้งไพศาล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

- Aniwach Keawchumnong. (2008). *Strategic Management*. Songkhla. Nam Sin Advertising Company Ltd.
- Certo C.Samuel and Perter. (1990). *Strategic Management: A Focus on Process*. New York: McGraw-Hill.
- Eisner, E (1976). "Education Connoisseurship and Criticism : Their Form and Functions in Educational Evaluation," *Journal of Aesthetic Education*. 39(2), 192-193.
- Grunig R, Kuhn R, Clark A.(2008). *Process-based strategic planning*. (5th ed.). The Netherlands: Krips Meppel.
- Kaufman R, Oakley-Browne H, Watkins R, Leigh, D. (2003). *Strategic planning for success: Aligning people, performance, and payoff*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Keeves, Peter J. (1988). "Model and Model Building," *Educational Research Methodology and Measurement : An International Handbook*. Oxford : Pergamon Press.
- Kirkyot Chalaiyondacha. (2006). 58705 *Strategic planning and quality improvement of hospital Services*. Sukhothaithammathirat Open University Publisher. Nonthaburi
- Kruse, K. *Introduction to Instructional Design and the ADDIE Model* [Online]. Accessed 10 October 2017. Available from http://www.e-learningguru.com/articles/art2_1.html.
- Nataphan Khachonnan. (2009). *Strategic management*. Bangkok : Se-ed Ucation.
- Nongnuch Boonyong. Nursing strategy planning. *Thai Journal of Nursing Council*. (2010): 25(2). 25.
- Pearce, John A., ll, and Richard B. Robinson, Jr. (1998). *Strategic Management : Strategy Formulation and Implementation*.
- Prapas Ananta and Satianpong Siwina. Model of Implementing a Strategic Plan into practice of primary care units Kaset Wisai Roi-Et. *Journal of the Office of DPC 6 KHON KAEN*. 20 (1): (2013): October-March. 43-51.
- Sakron Suksriwong. (2012). *Management: From the Executive Perspective*. Title (10th ed.). GP Cyber Print Company Ltd.
- Thotphon Sirisamphan. (1996). *Strategic public administration and overview of strategic management and planning*. Bangkok. Policy and Management Development Institute. Chulalongkorn University.
- Warangana Phonprasert. (2013). *Unit 9 Strategic Implementation*. Science Program in Health Science. Sukhothaithammathirat Open University.
- Wattana Wongkairat.(1997). *Strategic plan management in government agencies*. Departmen Public Administration. Faculty of Political Science. Chulalongkorn University.
- Wheelen Thomas,L and J. David Hunger. (2002). *Strategic Management and Business Policy*. 8th ed. Addison-Wesley, Inc: New York.
- Wimon Maksawat. Analysis of strategic driving books: implementing strategies Success. *Journal of Behavioral Science*. 15 (1): 2552. 185-186.



การศึกษาสำรวจความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดทำเครื่องมือประเมิน สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ Survey Research Study of the Experts' Opinions to Perform a Tool for The Assessment of The Professional Nurses' Competencies for Caring HIV/AIDS Patients

สุทธิพร เทรฐยา
สถาบันบำราศนราดูร

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยการสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยเทคนิค Delphi และจัดทำแบบสอบถามประเมินตนเองของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

ผลจากการศึกษาพบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 3 กลุ่มสมรรถนะ คือ 1) สมรรถนะทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะ บุคลิกภาพ และทัศนคติ 2) สมรรถนะด้านวิชาชีพเกี่ยวกับการนวัตกรรม การวิจัย และการจัดการองค์ความรู้ 3) สมรรถนะทางเทคนิค เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในหน้าที่

การประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในสถาบันบำราศนราดูร ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะอยู่ในเกณฑ์ดี (Mean \pm S.D.=3.7028 \pm 0.3171) ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะทั่วไปอยู่ในระดับดี (Mean \pm S.D.=3.7140 \pm 0.8481) ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะด้านวิชาชีพอยู่ในระดับดี (Mean \pm S.D.=3.5578 \pm 1.0059) และค่าเฉลี่ยของสมรรถนะทางเทคนิคอยู่ในระดับปานกลาง (Mean \pm S.D.=3.4219 \pm 0.9938) สมรรถนะที่มีความเร่งด่วนอันดับแรกที่จะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขคือ ความรู้ในการทำวิจัย

ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง ในการคัดสรรบุคลากร เข้าปฏิบัติงาน และข้อมูลที่ได้รับยังสามารถใช้เป็นแนวทาง ในการพัฒนาปรับปรุงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : สมรรถนะ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์, พยาบาลวิชาชีพ



Abstract

The purpose of this study was to survey the experts' opinions about professional nurses' competencies for caring HIV/AIDS patients by Delphi technique. A self – assessment questionnaire for assessment the competencies of nurses caring for HIV/AIDS patients in BIDI was performed.

The results were illustrated the professional nurses' competencies for caring HIV/AIDS patients consisted of 3 groups of core competencies. 1) General competency about attribute, personality and attitude of professional nurse, 2) Professional competency about innovation, research and knowledge management, and 3) Technical competency about duty performance.

The average competencies of professional nurses caring for HIV/AIDS patients in BIDI were good level (Mean \pm S.D. = 3.7028 ± 0.3171). Their Generic competencies were good level (Mean \pm S.D. = 3.7140 ± 0.8481) and also their Professional competencies were good level, while their Technical competencies were medium level (Mean \pm S.D. = 3.4219 ± 0.9938). The first priority of the competency should be improved was a knowledge for research.

The results from this study were useful information for chief executive to use for human recruitment. Furthermore these data could be used as a guideline for improvement the performance of professional nurses for caring HIV/AIDS patients in the future.

Keywords : Competency, HIV/AIDS Patient, Professional nurse



บทนำ

สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2527 ถึงพ.ศ. 2547 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตสะสมจำนวนทั้งสิ้น 501,671 ราย (สัญญาชัย ชาสมบัติ และคณะ, 2547) ปีพ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 275,562 ราย (ณัฐวรรณ ศิริพงษ์ปรีชา, 2548) ปี พ.ศ. 2549 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ 508,323 ราย (สุดจิต แก้วมณี, 2549) ปี 2550 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 546,578 ราย (Petchsri Sirinirun, et al. 2008) ปีพ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนสะสม 1,526,028 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในปี 2558 จำนวน 6,759 คน และ พ.ศ. 2559 ประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 427,332 คน ชาย 249,025 คน (58.27%) หญิง 178,307 คน (41.72%) อายุ 15 ปีขึ้นไป 424,111 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในปี 2559 มีจำนวนประมาณ 6,268 คน เฉลี่ยวันละ 17 คน แยกเป็นเพศหญิง 1,845 คน (29.44%) ชาย 4,423 คน (70.56%) โดยแยกเป็นผู้ใหญ่ 6,190 คน (ผู้ใหญ่เพศหญิง 1,807 คน ผู้ใหญ่เพศชาย 4,383 คน) ในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยการสำรวจในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ในปี 2559 พบ ค่ามัธยฐานการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.53 เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา พ.ศ.2558 ที่พบการติดเชื้อร้อยละ 0.47 โดยกลุ่มอายุที่พบการติดเชื้อสูงสุด ได้แก่ กลุ่มอายุมากกว่า 30 ปีและลำดับครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากการศึกษาเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มสตรีที่มารับบริการฝากครรภ์ และพนักงานบริการหญิง-แฝง มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสของการย้อนกลับมาระบาดใหม่ของโรคเอดส์ (เพชรศรี ศิริรินทร์ 2551) การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วย และมีผลกระทบต่อบริการสาธารณสุขของประเทศ รวมทั้งมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของชาติ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางการสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญยิ่งที่จะช่วยลดผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งทางกายและทางจิต และผลกระทบของ

โรคเอดส์ต่อการบริการสาธารณสุขของประเทศ บทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่จะช่วยลดหรือบรรเทาผลกระทบของโรคเอดส์ในด้านต่างๆ ได้แก่ บทบาทการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ การให้คำปรึกษา การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาล (กลุ่มการพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร, 2546) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ จึงต้องมีความรู้ (knowledge) ความสามารถ (ability) ทักษะ (skills) และมีคุณลักษณะ (attributes) ที่เหมาะสม เพื่อให้การปฏิบัติงานสัมฤทธิ์ผลและลดความเสี่ยงของผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรเดียวกัน ก็มีความสามารถในการปฏิบัติงานในแต่ละด้านได้ดีไม่เท่ากัน ความเสี่ยงหลายประการเกิดขึ้นจากความไม่พร้อมของพยาบาลในเรื่องสมรรถนะ การสำรวจเพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จึงมีความจำเป็นและจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ในหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันบำราศนราดูรเป็นสถานพยาบาลที่ก่อตั้งขึ้นมา เพื่อวัตถุประสงค์ควบคุม รักษา และป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงรวม ทั้งการกักกันผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ตามข้อตกลงระหว่างประเทศ และดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แบบบูรณาการ เริ่มตั้งแต่การทำคลอดสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่พักรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยเอดส์ และเป็นต้นแบบศูนย์ดูแลผู้ป่วยเอดส์ จนกระทั่งการจัดการกับผู้ป่วยที่เสียชีวิต ปัจจุบันสถาบันบำราศนราดูร ยังเป็นศูนย์ฝึกอบรมและวิจัย เกี่ยวกับงานบริหาร การรักษา และแนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์ทั้งภายในประเทศไทย และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเป็นแหล่งฝึกศึกษาระดับนานาชาติ โดยได้รับความร่วมมือจาก



องค์การอนามัยโลก (WHO) แต่ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในบริบทของสถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาแนวทางในการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร โดยการสำรวจความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสรุปเป็นสมรรถนะ ที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร และนำผลการศึกษาวิจัย ไปประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในแผนกสูติกรรม สถาบันบำราศนราดูร เพื่อเป็นการศึกษาวิจัยนำร่องในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งองค์กรต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเทคนิคเดลฟาย เทคนิคเดลฟายเกิดขึ้นครั้งแรกในต้น ค.ศ. 1950 (Olaf Helmer 1963) เป็นการวิจัยที่ใช้ในวงการทหารที่มีชื่อว่า “Project Delphi” ค.ศ. 1963 ปรากฏบทความชื่อ “An Experimental Application of the Delphi Method to Use of Expert” ใน Journal of Management Science vol. 9 No. 3, April 1963 โดย Olaf Helmer และ Norman Dalkey การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ถูกนำมาใช้เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นที่เหมือนกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ หรือเป็นการระดมความคิดเห็นที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นโดยใช้ข้อเท็จจริงและเหตุผลอย่างได้เต็มที่โดยไม่จำเป็นต้องเผชิญหน้ากัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในแผนกสูติกรรม สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้สมรรถนะอันพึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร
2. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
3. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
4. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

วิธีการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสำรวจความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อกำหนดเป็นสมรรถนะ ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้เชี่ยวชาญ เป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ และสมรรถนะในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมทุกประเด็น และแบบบันทึกการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของรายข้อสมรรถนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ เป็นมาตรฐานค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ สำคัญมากที่สุด 5 คะแนน, สำคัญมาก 4 คะแนน, สำคัญ 3 คะแนน, ค่อนข้างสำคัญ 2 คะแนน และไม่สำคัญ 1 คะแนน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์ มาจากผลการศึกษาวิจัยสำรวจความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อกำหนดเป็นสมรรถนะในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตรฐานค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่



คะแนน 5 หมายถึง สมรรถนะที่ตรงกับตัวทำนมากที่สุด หรือปฏิบัติประจำทุกครั้งที่ คะแนน 4 หมายถึง สมรรถนะที่ตรงกับตัวทำนมากหรือปฏิบัติบ่อยเกือบทุกครั้ง คะแนน 3 หมายถึง สมรรถนะที่ตรงกับตัวทำนปานกลาง หรือปฏิบัติบ้าง บางครั้ง คะแนน 2 หมายถึง สมรรถนะที่ตรงกับตัวทำนน้อย หรือไม่ค่อยได้ปฏิบัติ คะแนน 1 หมายถึง สมรรถนะที่ตรงกับตัวทำนน้อยที่สุด หรือไม่ได้ปฏิบัติ

วิธีการวิจัย :

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสรุปแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สำหรับใช้เป็นข้อมูลประกอบการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดและเตรียมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยคัดเลือกแบบเจาะจง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ทำการศึกษาค้างนี้ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางด้านบริหารการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล นักวิชาการ และแพทย์ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20 คน Thomas Macmillan (อ้างถึงใน ปิยนันท์ แสนสุข 2539) ได้เสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยแบบเดลฟาย พบว่าเมื่อจำนวนผู้เชี่ยวชาญ มีตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมาก (ร้อยละ 0.02) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 20 คน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนที่ 3 สัมภาษณ์รอบที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์และสังเคราะห์จัดเป็นหมวดหมู่

ขั้นตอนที่ 4 สร้างเครื่องมือในการวิจัยในรอบที่ 2 สร้างแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็น วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญแล้วจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสมรรถนะ

ขั้นตอนที่ 5 สร้างเครื่องมือในการวิจัยในรอบที่ 3 โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นในรอบที่ 2 โดยเพิ่ม

ตำแหน่งคำมัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อคำถามและตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญตอบให้ผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมยืนยันความเห็นเดิม

ขั้นตอนที่ 6 วิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูรจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 7 สร้างแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ขั้นตอนที่ 8 นำแบบประเมินสมรรถนะที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validation) และทดสอบความเที่ยงตรง (Reliability) ของแบบประเมิน

ขั้นตอนที่ 9 นำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง แล้วนำไปให้พยาบาลวิชาชีพ แผนกสูติกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 21 คน ประเมินตนเอง

ขั้นตอนที่ 10 เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลประเด็นสมรรถนะที่ผู้เชี่ยวชาญให้นำหน้าหน้าความสำคัญแล้ว มาทำการวิเคราะห์คำนวณหาคำมัธยฐาน ในแต่ละข้อประเด็นสมรรถนะ การแปลผลคำมัธยฐาน (median) : คำมัธยฐานที่คำนวณได้จากคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ แปลความหมาย ดังนี้ คำมัธยฐาน 4.50 – 5.00 หมายถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร มีความสำคัญระดับมากที่สุด คำมัธยฐาน 3.50 – 4.49 หมายถึง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร มีความสำคัญระดับมาก คำมัธยฐาน 2.50 – 3.49 หมายถึง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร มีความสำคัญระดับปานกลาง คำมัธยฐาน 1.50 – 2.49 หมายถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถาบัน



บาราศนราคร มีความสำคัญระดับน้อยค่ามัธยฐาน 1.00–1.49 หมายถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ในสถาบันบาราศนราคร มีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

การศึกษาวิจัยประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่าประเมินตนเอง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์หาค่ามัชฌิมเลขคณิต และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลตามเกณฑ์ ดังนี้ ค่ามัชฌิมเลขคณิต 4.50 – 5.00 หมายถึง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถาบันบาราศนราครอยู่ในเกณฑ์ ดีมากค่ามัชฌิมเลขคณิต 3.50 – 4.99 หมายถึงสมรรถนะ ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในสถาบันบาราศนราคร อยู่ในเกณฑ์ดี ค่ามัชฌิม เลขคณิต 2.50 – 3.49 หมายถึง สมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ในสถาบัน บาราศนราคร อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ค่ามัชฌิมเลขคณิต 1.50 – 2.49 หมายถึง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ในสถาบันบาราศนราคร อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ค่ามัชฌิมเลขคณิต 1.00 – 1.49 หมายถึง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ในสถาบันบาราศนราคร อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

ผลการศึกษา

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในสถาบันบาราศนราคร ประกอบด้วย 3 กลุ่มสมรรถนะ คือ

1. สมรรถนะทั่วไป (Generic Competencies) ประกอบด้วย

1.1 สมรรถนะ ด้านคุณลักษณะ บุคลิกภาพ และทัศนคติประกอบด้วย 11 สมรรถนะย่อย

1.2 สมรรถนะ ด้านบริหารจัดการ และภาวะ ผู้นำประกอบด้วย 9 สมรรถนะย่อย

1.3 สมรรถนะ ด้านมนุษยสัมพันธ์ การติดต่อ สื่อสารและการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย 8 สมรรถนะย่อย

1.4 สมรรถนะ ด้านนวัตกรรม การวิจัย และ การจัดการองค์ความรู้ประกอบด้วย 5 สมรรถนะย่อย

2. สมรรถนะด้านวิชาชีพ (Professional Competencies) ประกอบด้วย

2.1 สมรรถนะ ด้านความรู้ความสามารถทาง การพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 5 สมรรถนะย่อย

2.2 สมรรถนะ ด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 7 สมรรถนะ

3. สมรรถนะทางเทคนิค (Technical Competencies) ประกอบด้วย

3.1 สมรรถนะ ด้านการประเมิน คัดกรองและ วางแผนการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 17 สมรรถนะย่อย

3.2 สมรรถนะ ด้านการติดตามเฝ้าระวังและ ประเมินผล การใช้ยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 9 สมรรถนะย่อย

จากการศึกษาประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ในแผนก สูติกรรม สถาบันบาราศนราคร สรุปว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะ ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในแผนกสูติกรรม สถาบันบาราศนราคร อยู่ในเกณฑ์ดี (Mean \pm Std. Dev = 3.7029 \pm 0.3171)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ในแผนกสูติกรรม สถาบัน บาราศนราคร โดยภาพรวมแบ่งตามกลุ่มสมรรถนะดังนี้

สมรรถนะทั่วไป (Generic Competencies) โดย ภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี (Mean \pm Std .Dev=3.7140 \pm 0.8481) สมรรถนะด้านวิชาชีพ (Professional

Competencies) โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี (Mean \pm Std .Dev=3.5598 \pm 1.0059) สมรรถนะทางเทคนิค

(Technical Competencies) โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง (Mean \pm Std.Dev= 3.4319 \pm 0.9938)

สมรรถนะทั่วไป (Generic Competencies)

ที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย



เอดส์ในแผนกสูติกรรม สถาบันบำราศนราดูร มีสมรรถนะสูงสุด คือ สุขภาพ ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ สุขภาพจิตดี พร้อมทั้งจะให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งมีปัญหาทุก ด้าน ร่างกายและจิตใจ และระมัดระวังการ ติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ (Mean \pm Std.Dev=4.6190 \pm 0.5896) มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมีความเมตตาเอื้ออาทร ไม่รังเกียจผู้ป่วย มีท่าทีอ่อนโยนเป็นมิตร (Mean \pm Std.Dev=4.6190 \pm 0.5896) และมีจริยธรรม มีความซื่อสัตย์ความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้ป่วย สามารถรักษาความลับของผู้ป่วยและเป็นทีไว้วางใจของผู้ป่วย (Mean \pm Std.Dev=4.6190 \pm 0.4976) และมีสมรรถนะต่ำสุด คือ มีความรู้ความสามารถทำวิจัยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และหน่วยงานรวมทั้งวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องได้ (Mean \pm Std.Dev=2.9047 \pm 1.1359) และมีความรู้ด้านภาษาอังกฤษสามารถอ่านงานวิจัย บทความหนังสือภาษาอังกฤษ และโต้ตอบเป็นภาษาอังกฤษ (Mean \pm Std.Dev=2.5238 \pm 1.0305)

สมรรถนะด้านวิชาชีพ (Professional Competencies) ที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ในแผนกสูติกรรม สถาบันบำราศนราดูร มีสมรรถนะสูงสุด คือสามารถแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาสุขอนามัยที่ดี เพื่อรักษาภาวะภูมิคุ้มกัน (CD4) ให้ดีที่สุด (Mean \pm Std.Dev=4.1905 \pm 0.8136) มีความรู้และสามารถป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี เชื้อวัณโรคใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาล (Mean \pm Std.Dev=4.0000 \pm 1.0000) และสามารถเก็บสิ่งส่งตรวจ เพื่อชันสูตร หรือเพาะเชื้อได้อย่างถูกต้อง (Mean \pm Std.Dev=4.0000 \pm 0.7071) และมีสมรรถนะต่ำสุด คือ มีความรู้และสามารถให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการทำหัตถการ เจาะไขสันหลัง เจาะคอ เจาะปอด เจาะตับ เจาะไต และสามารถช่วยแพทย์ทำหัตถการ มีทักษะในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Mean \pm Std.Dev=3.0000 \pm 1.2247)

สมรรถนะทางเทคนิค (Technical Competencies) ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ในแผนกสูติกรรม สถาบันบำราศนราดูร มีสมรรถนะสูงสุด คือ มีความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การงดนมแม่และสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกขณะตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หลังคลอด (Mean \pm Std.Dev=4.6667 \pm 0.4830) และมีสมรรถนะต่ำสุด คือ มีทักษะในการคัดกรองการตรวจฟัน ถ้าพบฟันผุ เชื้อราในปากส่งพบทันตแพทย์โดยเร็ว (Mean \pm Std.Dev = 2.7143 \pm 1.3093)

อภิปรายผล

1. สมรรถนะทั่วไป (Generic Competencies) ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นสมรรถนะส่วนบุคคลที่สะท้อนให้เห็นความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ความเชื่อ ภาวะผู้นำ อุทิศตน ความมีมนุษยสัมพันธ์ ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ความสามารถในการให้คำปรึกษาแนะนำของพยาบาลวิชาชีพที่จะช่วยสนับสนุน ให้การปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. สมรรถนะด้านวิชาชีพ (Professional Competencies) ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ เป็นความสามารถทางการพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ เป็นความรู้ศาสตร์ของการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ และสามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับศาสตร์อื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบคลุมแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทตามลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) อธิบายไว้ว่า บทบาทตามลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจะต้องใช้ความรู้ และทักษะขั้นพื้นฐานในการให้



การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อวางแผน และการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ใช้ความรู้ศาสตร์การพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการประเมินปัญหา ในการวินิจฉัย วางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยที่เกิดปัญหาฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย โดยเฉพาะในผู้ ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งอาจเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยปกติ (จันทน์ จันทร์ท่าจีน และสุรีพร ธนศิลป์, 2008)

3. สมรรถนะทางเทคนิค (Technical Competencies) ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ เป็นสมรรถนะในการประเมินคัดกรอง และวางแผนการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้เรื่องโรคฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ และสามารถประเมิน และป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดโรคฉวยโอกาส มีความรู้ ทักษะในการใช้ Standard Precaution ในการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกรูปแบบ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม มีความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก มีทักษะในการใช้ non-touch technique ในกรณีที่ใช้เข็มฉีดยา หรือส่งเครื่องมือผ่าตัด หรือใช้ของมีคมอื่น ๆ มีทักษะในการตรวจ คัดกรอง การมองเห็นเบื้องต้น สามารถคัดกรองและกระตุ้นในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี มาตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 6 เดือน มีทักษะในการคัดกรองการตรวจฟัน และสภาพช่องปากของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้เรื่องยาต้านไวรัส เภสัชจลศาสตร์ การออกฤทธิ์ของยาอาการไม่พึงประสงค์ การแพ้ยา การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา และอาหาร และการจัดการเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเบื้องต้นได้ มีความสามารถในการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผล การใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับหน้าที่รับผิดชอบหลัก และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ธนุลดา จามจวี 2549)

สรุปผล

การศึกษาวิจัยประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ในแผนกสูติกรรม สถาบันบาราศนราตวรครั้งนี้ สมรรถนะทั่วไปส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี สมรรถนะด้านวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี สมรรถนะทางเทคนิคอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี และสมรรถนะโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี ประเด็นสมรรถนะข้อใดที่อยู่ในเกณฑ์ดีอยู่แล้ว ถือเป็นจุดเด่นควรรักษามาตรฐานไว้ แต่ยังมีประเด็นสมรรถนะบางข้อที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างต่ำ ต้องได้รับพัฒนาเป็นอันดับแรกตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วน ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีประสิทธิภาพสูงสุด ลดความเสี่ยงและมีความปลอดภัย ทั้งผู้ให้บริการ (Care given) และผู้รับบริการ (Clients)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง สามารถนำสมรรถนะที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นเกณฑ์กำหนดในการคัดสรร และพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ที่จะมาปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ในสถาบันบาราศนราตวร

2. ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูล เพื่อกำหนดแนวทาง ในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ในแผนกสูติกรรม สถาบันบาราศนราตวร

3. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเหมาะสมกับบริบทของสถาบันบาราศนราตวร ซึ่งเป็นสถาบันที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลโรคติดเชื้อของประเทศ และเป็นสถาบันที่ให้การฝึกศึกษาทางด้านโรคติดต่อ และโรคระบาดร้ายแรงในระดับประเทศ และระดับนานาชาติ หากองค์กรใดจะนำไปประยุกต์ใช้ ก็ควรมีศึกษาวิจัยและพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาลนั้น ๆ



เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2017) HIV infection situation Thailand 2017. Mr. Thitipong Yingyong, Editor, 1st edition, April 2018 AIDS epidemiological surveillance system development group, Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control Ministry of Public Health, Nonthaburi. (in Thai)
- Chamchuri, D (2006) “The primary responsibility and competency of professional nurses working to care for HIV and AIDS patients. Bureau of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Chan Tha Chin, C and Thanasil, S (2551) The effect of using symptom management program on medical adherence among HIV infected persons receiving highly active antiretroviral therapy Journal of AIDS, 18(4): 201-213 (in Thai).
- Chaosombat, S, et al (2004) Work practices National access to antiretroviral therapy services For infected people and AIDS patients. Bangkok, Printing Agriculture Cooperatives of Thailand. (inThai)
- Department of Communicable Disease Control Ministry of Public Health (1994) Guidelines for Guidance Services about AIDS “4th edition (revised edition) Bangkok: Veterans Organization Printing Press: 10-11, 95-100 (in Thai).
- Division of Nursing, Bureau of Public Health Ministry Roles according to job characteristics of professional nurses Operating Retrieved February 20, 2008, from http://digital_collect.lib.buu.ac.th/ (in Thai)
- Hirunyapakorn Sunanta., Lokityothin Lamaiporn., Pumchoke Ponghathai (2004) Nursing competency evaluation of professional, Nopparatrajthanee Hospital. Bulletin of the Department of Medical Service. Vol. 29 No. 12 December 2004 (in Thai).
- Kaewmanee Sudjit. (2006). “Symptoms and management of food for people receiving antiretroviral therapy in the hospitalSouthern Region.” Journal of AIDS, Year 18, Volume1: 2006; 42-54 (in Thai).
- Nursing Group Bamrasnaradura Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2003) “Training Manual Nursing course in Ambulatory CareFor HIV / AIDS” , 3rd edition, Nonthaburi: 26-42 (in Thai).
- Petchsri Sirinirund (2008). National AIDS Prevention and Alleviation Committee 2008 Ungass Country Progress Report, Thailand; Status at a glance Bangkok (in Thai)
- Siripongprecha, N (2005) Study of Side Effects of Nevirapine in HIV-Infected Children Bamrasnaradura Institute. Journal of Disease Control, 31(4): 315-320 (in Thai)



ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส

Perceived Factors and Social Support of Caregivers of the Schizophrenics in Relation to Medication Behavior of the Schizophrenics in Waeng District Narathiwat Province.

ณัด อวารุลหัก
โรงพยาบาลกะพ้อ จังหวัดปัตตานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับ และศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 150 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามมี 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านชีวสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89 และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการรักษาด้วยยา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ข่าวสาร มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เงิน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .79 และแรงสนับสนุนด้านการเข้าถึงบริการ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 โดยรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนและใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์พหุคูณ (R) ผลการวิจัย พบว่า 1) พฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส อยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส มีปัจจัยด้านการรับรู้ โดยรวบอยู่ในระดับมาก และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อาชีพนักเรียนนักศึกษา การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยา การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการ

คำสำคัญ : ปัจจัยการรับรู้จากผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท



ABSTRACT

The purpose of this research were threefold : 1) to study the bio-social factors, perceived factors, and social support which the caregivers of the schizophrenics obtained, and 2) to investigate whether the factors studied relate to the medication behavior of the caregivers of the schizophrenics, A total of 150 people who were the caregivers of the schizophrenics, selected by means of Purposive sampling method, were employed as the sample group of the study. The research instrument was a four-part-survey questionnaire. The first part of the questionnaire covered the questions about the bio-social factors of the respondents. The second part included the questions about the perceived factors involving the perceived severity of the disease of which reliability coefficient was found to be of .81 ; the perceived benefits of medication yielding the reliability coefficient of .78; the perceived susceptibility to Relapse giving the reliability coefficient of .89; and the perceived barriers of medication yielding the reliability coefficient of .82. The third part of the questionnaire covered the question about social support factors that the relatives of the patients received containing emotional social support yielding the reliability coefficient of .80; information social support giving the reliability coefficient of .83; instrumental social support having the reliability coefficient of .79; and access to service support giving the reliability coefficient of .78. The fourth part contained the questions about the patients' behavior of medication yielding the reliability coefficient of .80, with the overall reliability coefficient of .87. Statistics used in data analysis were frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient (R). The research findings were as follows : 1. The medication behavior of the schizophrenics in Waeng District Narathiwat province was found to be performed at a moderate level. 2. The caregivers of the schizophrenics were found to have overall perceived factors at a high level while the social factors at a moderate level. 3. The factor affecting the medication behavior of the schizophrenics in Waeng District Narathiwat province at level .05 of significance included the student occupation, the perceived benefits of medication, the perceived severity of disease, emotional social support, and the access to service support.

Keywords : Perceived Factors , Social Support of Caregivers , Schizophrenics



บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชพบมากที่สุด ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมโดยที่ความรู้สึกตัวและสติปัญญาปกติ (WHO, 1992) นอกจากนี้โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิต มีความแปรปรวน สับสนของความคิดและสูญเสียการรับรู้ความเป็นจริง ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและสัมพันธภาพทางสังคม (WHO, 1992) โรคจิตเภทจัดเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรง (Severe Psychiatric Disorder) เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ ส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ 2547 อ้างถึงใน บดินทร์ บุญจันทร์ 2553) ซึ่งจะพบผู้ป่วยจิตเภทได้มากในชนชั้นที่มีเศรษฐกิจสังคม แต่ถ้าเป็นประเทศอุตสาหกรรมจะพบผู้ป่วยจิตเภทได้มากในชนชั้นที่มีเศรษฐกิจสังคมต่ำ (สุชาติ พหลภาคย์ 2544 อ้างถึงใน บดินทร์ บุญจันทร์ 2553)

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้อง โดยที่การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องบูรณาการหลายวิธีร่วมกันทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การให้คำปรึกษาครอบครัว การพัฒนาด้านการเรียนรู้ การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนแต่การบำบัดรักษาทุกวิธีจะต้องให้การรักษาด้วยยาควบคู่ไปด้วย ซึ่งการรักษาด้วยยาถือเป็นหัวใจหลักของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท (National Institute of Mental Health, 2007) ในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาด้วยยานั้น หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่คงที่ จะส่งผลให้อัตราการกลับเป็นซ้ำ สูงถึง ร้อยละ 55 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ที่มีอัตราการกลับ เป็นซ้ำเพียงร้อยละ 20 (Lech and others 1994 อ้างถึงในบดินทร์ บุญจันทร์ 2553) ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างหนึ่ง คือ การที่ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัว ซึ่งการให้ความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่กับญาติจะให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับญาติ หรืออาศัยอยู่ตามลำพัง โดยบุคคลในครอบครัว มักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยา นำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล ตามที่โรงพยาบาลนัดหรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยที่สามารถไปพบแพทย์ได้เองไปโรงพยาบาลตามนัด

ที่สำคัญที่สุดคือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา หรือให้ผู้ป่วยรับประทานยา ต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นการเพิ่มพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลในเรื่องเหล่านี้ (Lech and others 2000 , อ้างถึงใน บดินทร์ บุญจันทร์ 2553) ทั้งนี้ ผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท อำเภอแวง จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทขาดการรักษาและรักษาด้วยยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 41.88 ของผู้ป่วยทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแวง, 2560) ประการสำคัญผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาไม่สม่ำเสมอเหล่านี้ ส่วนหนึ่งมีอาการกำเริบและก่อให้เกิดปัญหาต่อครอบครัวและชุมชน

กล่าวโดยสรุป การรักษาผู้ป่วยจิตเภท ด้วยยาเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญที่สุด ประการสำคัญ ผู้ป่วยต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ไม่ขาดยา การขาดยาอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ถึงขั้นรุนแรงได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีผู้ดูแลและให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ข้อเท็จจริง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอแวง จังหวัดนครราชสีมา รักษาด้วยยาสม่ำเสมอ เพียงร้อยละ 58.12 ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่สม่ำเสมอมักเกิดปัญหาที่รุนแรงตามมา หลายประการ เช่น ทำร้ายคนในครอบครัว ทำนุจาจร และพยายามฆ่าตัวตาย

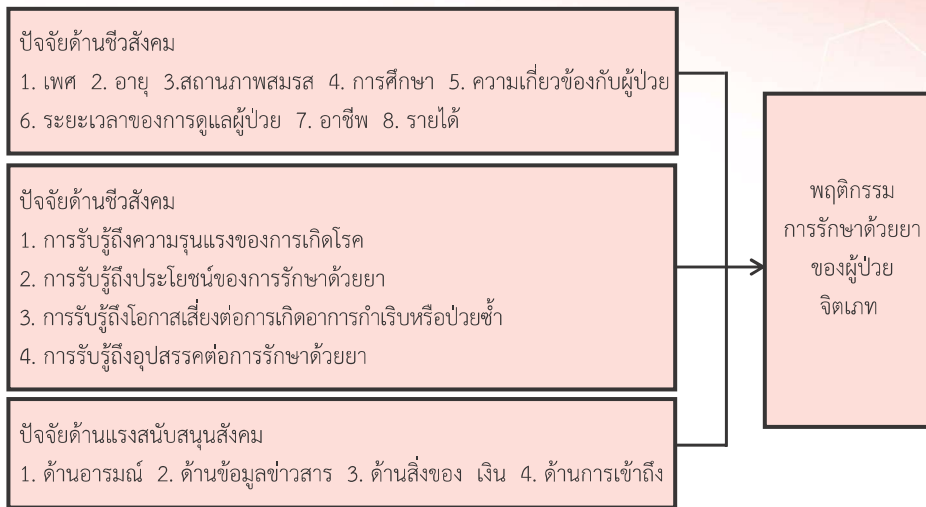
ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นแพทย์ ที่มีภารกิจรับผิดชอบในการรักษา วางแผนกำกับ ติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอแวง จังหวัดนครราชสีมา จึงมีความสนใจที่จะทำวิจัยให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอแวง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำผลของการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการบำบัดรักษา และดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ในอำเภอแวง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอแวง จังหวัดนครราชสีมา



กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการการพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยา
2. ทราบถึงปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 160 คน ที่ได้จากการสำรวจและมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยจิตเภทอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ในปีงบประมาณ 2560 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียง, 2561) ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยใช้ตารางของ Krejcia and Morgan ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 113 แต่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของบดินทร์ บุญจันทร์ เพื่อเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ระยะเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป 1) ข้อมูลด้านชีวสังคม ใช้การวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2) หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านการรับรู้และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านการรับรู้และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมการรักษาด้วยยานำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยใช้ Pearson Product Moment Correlation Coefficient

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยชีวสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียงจังหวัดนราธิวาส โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส เมื่อจำแนกตามเพศ เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 61.33 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 38.67 จำแนกตามอายุเป็นผู้ที่มีอายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.33 รองลงมาเป็นผู้ที่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 35.33 จำแนกตามสถานภาพสมรส เป็นผู้ที่มีสมรสมากที่สุด ร้อยละ 72.00 รองลงมาไม่มีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 18.00 จำแนกตามระดับการศึกษา เป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 62.00 รองลงมาเป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.67 จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นบิดามารดา มากที่สุด ร้อยละ 82.00 รองลงมา ได้แก่ พี่น้อง ร้อยละ 8.67 จำแนกตามระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ดูแลเป็นระยะเวลา 1-5 ปี มากที่สุด



ร้อยละ 43.33 รองลงมาดูแลเป็นระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 34.23 จำแนกตามอาชีพ พบว่า มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.00 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 18.66 และจำแนกตามรายได้ต่อเดือน พบว่าเป็นผู้มีรายได้เดือนละ 0-2,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 62.00 รองลงมาเป็นผู้มีรายได้เดือนละ 2,001-4,000 บาท ร้อยละ 27.33

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านการรับรู้ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนครราชสีมา ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =3.21) ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =3.23) ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{x} =3.78) ปัจจัยด้านการรับรู้ อุปสรรคต่อการรักษาด้วยยา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =3.28) ปัจจัยด้านการรับรู้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =3.38) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =3.50) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =3.37) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เงิน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =2.74) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =3.48) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =3.48) พฤติกรรมการรักษาด้วยยา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =2.69)

3) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรในปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 มี 4 ตัวแปร คือ เพศ (r =.11) ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยา (r =.13) ความเกี่ยวข้องเป็นญาติฝ่ายบิดา (r =.12)

และการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ (r =.13) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 4 ตัวแปร คือ ระดับมัธยมศึกษา (r =.13) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (r =.27) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (r =.41) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการ (r =.32) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับตัวแปรเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 มี 1 ตัวแปร คือ ระดับปริญญาตรี (r =.14) และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับตัวแปรเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 1 ตัวแปร คือ ความเกี่ยวข้องเป็นญาติฝ่ายมารดา (r =.12)

อภิปรายผล

1. ปัจจัยด้านชีวสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งพบว่า เพศ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนครราชสีมา และจากการวิจัยพบว่า เพศของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.33) สอดคล้องงานวิจัยเชิงคุณภาพของบัณฑิต บุณยพันธ์ (2553) ที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งสอดคล้องและการศึกษาของ มณี คูประสิทธิ์ (2539, อ้างถึงใน ของณัฐยา พรหมบุตร 2545) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุตรของบิดามารดา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนครราชสีมา โดยพบว่า



ความเกี่ยวข้องเป็นสามี่ ภรรยา มี ความเกี่ยวข้องเป็นญาติฝ่ายบิดาความสัมพันธ์ทางบวก และ จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.00 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบิดา มารดา สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของสถิต วงศ์สุรประภิต (2545) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 27.6 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดาของผู้ป่วย

2. ปัจจัยการรับรู้ มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งพบว่า โดยรวมการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอภิปรายได้ว่า ถ้าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำและรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจิตเภทก็ย่อมจะมีพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยา ในทางที่ดีได้ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสถานะของ Kurt Lewin ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตน แต่จะหนีห่างจากสิ่งที่ตนเองไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา (Pender, Murdaugh and Paesons 2001) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส พบว่ามีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความรุนแรงของ Becker (1995) อ้างถึงใน *บดินทร์ บุญพันธ์ (2553)* ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท เป็นความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ที่เกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน ต่อการมีอาการทางจิตกำเริบหรือการเจ็บป่วยซ้ำ เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การค้นพบว่า มีบางอย่างที่ผิดปกติเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมองเห็นอาการที่แสดงถึงความรุนแรงมากขึ้น สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้นให้มีอาการมากขึ้นได้และค้นพบอาการนำการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอยู่ในระดับปานกลางและไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัด

นราธิวาส ซึ่งไม่เป็นตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการทางจิตของผู้ป่วยมีผลต่อความคิดและการรับรู้ของผู้ป่วยประกอบกับโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะรุนแรงและมีการดำเนินของโรคเรื้อรัง ยาที่รับประทานมีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยรู้สึก ไม่สบาย ง่วงซึม หรือเสียการทรงตัว ผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่ยอมรับประทานยา ประกอบกับการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา อยู่ในระดับปานกลาง เท่านั้น จึงอาจทำให้พฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ของ Videbeck (2001) อ้างถึงใน *บดินทร์ บุญพันธ์ (2553)* ที่พบว่าโรคจิตเภท เป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรังและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นการรับรู้ถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่จะนำไปสู่การมีอาการทางจิตมากขึ้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ สามารถลดความถี่ของการป่วยซ้ำได้ อภิปรายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ มีความจำเป็นและเป็นผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Videbeck (2001) อ้างถึงใน *บดินทร์ บุญพันธ์ (2553)* ที่กล่าวว่า การป้องกัน การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำได้โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัจจัยที่เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Videbeck (2001) อ้างถึงใน *บดินทร์ บุญพันธ์ (2553)* ที่พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรัง และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นการรับรู้ถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนกลับต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่นำไปสู่การมีอาการทางจิตมากขึ้น การให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องปัจจัยที่มีความเสี่ยงกับการเจ็บป่วยซ้ำ สามารถลดความถี่ของการเจ็บป่วยซ้ำ อภิปรายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ มีความจำเป็นและเป็นผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยาซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Videbeck (2001) อ้างถึงใน



บดินทร์ บุญจันทร์ (2553) ที่กล่าวว่า การป้องกันการป่วยซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภท สามารถทำได้โดยการแนะนำให้ผู้ป่วย รับรู้ถึงปัจจัยที่เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้อุปสรรคของ การรักษาด้วยยา ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการรักษาด้วยยา เป็นขั้นตอนที่เริ่มจากการผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ข้อเท็จจริง วิเคราะห์และเกิดแนวคิครอบยอด ประการสำคัญจะต้องมี ทักษะในการถ่ายทอดเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ปฏิบัติตามได้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความยาก เพราะผู้ป่วยจิตเภทเป็น ผู้สูญเสียการรับรู้ความเป็นจริง ประกอบกับการที่ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการรักษาด้วยยา อยู่ใน ระดับปานกลาง เท่านั้น จึงอาจส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการรักษา ด้วยผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ไม่มีความสัมพันธ์การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา

3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรง ต่อพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วย ของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งพบว่า โดยรวมแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และมีแรงสนับสนุนทาง สังคมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วย ยาของผู้ป่วยจิตเภท 3 ด้าน คือแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับที่ดีได้ด้วย สอดคล้อง กับแนวคิดของ Pender และคณะ (2001) ที่กล่าวว่า การ ที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มคนใน ระบบสังคมเป็นการให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ข่าวสารคำแนะนำต่างๆ อันทำให้ บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคม ได้อย่างเหมาะสม ปัจจัย แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทาง บวกกับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภท ใน อำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ของ Thoits and Peggy (1982) ที่กล่าวว่า การที่บุคคล ในเครือข่ายสังคม ได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูล จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียด และตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น จากการวิจัย ครั้งนี้ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วย จิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส จึงอภิปรายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นปัจจัยที่สามารถ กระตุ้นและส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย จิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ปัจจัยแรงสนับสนุน ทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวก และร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วย จิตเภท ในอำเภอเวียง มีพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยา ได้ดียิ่งขึ้น ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและเงิน ไม่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรม กรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender และคณะ (2001) ที่กล่าวว่ากลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือการให้ความช่วยเหลือของ องค์กรทางวิชาชีพ (Organized Support Systems of Care Giving or Helping Professional) ได้แก่กลุ่ม ผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะ เจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการบุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุน ทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ หรือแรงสนับสนุนนั้น ไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ และ พยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้ได้ อภิปรายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการ สามารถพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วย จิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ได้ ซึ่งเป็นผลดี ต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันลดน้อยลงกว่าคนปกติในหลายๆ ด้าน รวมทั้ง การปฏิบัติด้านการรักษาด้วยยา ที่จะต้องเกี่ยวข้องกับสถาน พยาบาลของรัฐ พาหนะที่จะอำนวยความสะดวกในการ เดินทาง รวมถึงระยะทางที่จะต้องเดินทางไปเพื่อรับบริการ จากสถานพยาบาลของรัฐ ดังนั้นหากทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย จิตเภท ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการ มากขึ้นเท่าใด ก็จะมีส่งผลต่อประสิทธิภาพของพฤติกรรม กรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภท มากยิ่งขึ้น เช่นกัน



4. พฤติกรรมการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.69$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในจังหวัดอำนาจเจริญที่พบว่าพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า พฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส แม้อยู่ในระดับปานกลาง แต่ก็น่าจะมีปัจจัยบางข้อที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา เช่น ผู้ป่วยจิตเภทยินยอมกินยา หรือ ฉีดยาตั้งแต่เริ่มรักษา ($\bar{x}=3.89$) ส่วนปัจจัยสนับสนุนอีกปัจจัยหนึ่งคือ ในระยะ 3 เดือน ที่ผ่านมาผู้ป่วยจิตเภทกินยาสม่ำเสมอ ตามแผนการรักษาเป็นประจำ ($\bar{x}=3.46$) นอกจากนี้ จากผลการวิจัยยังอภิปรายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส มีพฤติกรรมการรักษาด้วยยา ที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ได้ดี กล่าวคือ ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มจำนวนยาหรือลดจำนวนยาด้วยตนเอง อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=1.68$ และ $\bar{x}=1.59$) ซึ่งเป็นผลดีต่อการรักษาด้วยยา เพราะหากจำเป็นที่จะต้องปรับลดหรือเพิ่มจำนวนยา จะต้องอยู่ในดุลยพินิจของจิตแพทย์จึงจะถูกต้อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส เห็นว่าการรักษาด้วยยามีความจำเป็นต่อชีวิต ซึ่งอาจจะทำให้หายเป็นปกติได้

สรุปผล

1. ผลการศึกษาปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส ด้านปัจจัยทางชีวสังคม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเพศหญิงร้อยละ 61.33 เป็นเพศชาย ร้อยละ 38.67 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.33 รองลงมา มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 35.33 สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 72.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 62.00 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบิดามารดามากที่สุด ร้อยละ 82.00

มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.33 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด ร้อยละ 58.00 ซึ่งส่วนมาก ร้อยละ 62.00 เป็นผู้มีรายได้เดือนละ 0-2,000 บาท

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษาด้วยยา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส มีปัจจัยด้านการรับรู้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.38$)

3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและเงิน และแรงสนับสนุนด้านการเข้าถึงบริการ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส มีปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.48$)

4. พฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.69$)

5. การหาความสัมพันธ์ของตัวแปร 34 ตัวแปร กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเวียง จังหวัดนราธิวาส มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตั้งแต่ -0.19 ถึง 0.41 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 4 ตัวแปร คือ เพศ ($r=0.11$) เกี่ยวข้องเป็นสามี ภรรยา ($r=0.13$) เกี่ยวข้องเป็นญาติฝ่ายบิดา ($r=0.12$) และการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ ($r=0.13$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มี 4 ตัวแปร คือ ระดับมัธยมศึกษา ($r=0.13$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($r=0.27$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ($r=0.41$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการ ($r=0.32$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับตัวแปรเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 1 ตัวแปร คือ ระดับปริญญาตรี ($r=-0.14$) และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับตัวแปรเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มี 1 ตัวแปร คือ เกี่ยวข้องเป็นญาติฝ่ายมารดา ($r=-0.12$)



ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวทำให้คนในครอบครัวมีความสุขลดลง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าจะเป็นข้อเท็จจริงที่เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภทจะส่งผลทำให้คนในครอบครัวมีความสุขลดลง แต่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นจะต้องมีวิธีเสริมแรงบวกให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เช่น การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาหายมาพูดคุยและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

2. ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยา แต่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการบำบัดในโรงพยาบาลการบำบัดต่อเนื่องในชุมชน จึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลฝึกทักษะด้านการชมเชยและมองหาสิ่งดีในตัว ผู้ป่วยแม้จะเป็นความดีเพียงเล็กน้อย

3. ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นต้องการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาสิทธิและสวัสดิการของผู้ป่วย เช่น การให้เครือข่ายที่อยู่ในชุมชนเดียวกันช่วยประชาสัมพันธ์และแจ้งข้อมูลข่าวสารให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับรู้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

4. พฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ข้อผู้ป่วยจิตเภทกินยา ด้วยตนเองโดยไม่มีใครบังคับ อยู่ในระดับปานกลาง นั้น นับเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ เพราะการที่ผู้ป่วยจิตเภทกินยา โดยยังต้องมี ผู้บังคับอยู่นั้น ถือเป็นอุปสรรคและมีความเสี่ยงต่อการหยุดยาเอง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท การบำบัดในโรงพยาบาล และการบำบัดต่อเนื่องในชุมชน จึงควรส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การให้ความรู้วิธีการดูแลและการรักษาผู้ป่วยด้วยยาที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- Areepak. S. (2524). Mental abnormality, Bangkok: Chulalongkorn University press. (in Thai).
- Baker C. (1996). The Development of Self-care Ability to Detect Early Sign of Relapse among individuals who have Schizophrenia”, **Archives of psychiatric Nursing**. 9:261-268
- Boonkhan. B. (2553.) The factor for acceptance and social support of schizophrenia caregiver which related to medicine treatment behavior of schizophrenia patient at Amnajchareon Province, A Master Thesis on Public Health Science, Ubolrachathani. (in Thai).
- Kiewkingkae. S. (2544.) The Nursing of schizophrenia patients for teaching document course to encourage Mental Health and Psychiatric nurse, Unit 15 pp. 219-222, Nonthaburi, Sukhothai Thammathirat. (in Thai).
- Leuboonthawacchai. O. (2549). Mental Health and Psychiatric Nurses, 2nd edition Bangkok: Dansutha Press Ltd, (in Thai).
- Nursing for the Red Cross Council , College. (2547). Basic Approach and Theory related to Mental Health and Psychiatry, Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Pendar, N.J., C.I Murdaugh, and M.A.Parsons. (2001). **Health Promotion in Nursing Practice** Fourth Edition 4th ed. New Jersey: RR Donelley. Herrisonburg, VA.
- Waeng district public health, Office. (2560). Schizophrenia Registration, in Weang, Narathiwat province Budget year 2559, Waeng district, Narathiwat province: Office of the Public Health, Waeng, Narathiwat,
- Warapongsathorn. T. (2538.) Principle of Public Health Science, 2nd edition Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai).
- World Health Organization (1992). **Schizophrenia and Behavior Disorders**. Geneva



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

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

ฉบับที่ 1 ประจำปีเดือนมกราคม – เมษายน	ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน
ฉบับที่ 2 ประจำปีเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม	ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม
ฉบับที่ 3 ประจำปีเดือนกันยายน – ธันวาคม	ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการ (Academic Article) บทความวิจัย (Research Article) บทความปริทัศน์ (Review Article)

1. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อ มาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความ เป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอก ความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็น ระบบ กล่าวถึงความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่าง ทันสมัย โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป



ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของสำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หัวข้อ “รายละเอียดการรับตีพิมพ์บทความวิชาการในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” <https://sites.google.com/view/hssexpert>
2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยสำเนา และ CD ไฟล์งาน จำนวน 1 ชุด หรือสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล planhss.journai@gmail.com โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. ผู้นิพนธ์ต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มการขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพก่อน กองบรรณาธิการจึงจะนำบทความเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป
5. บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
6. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
7. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาลงพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
 - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
 - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร
4. การตั้งระยะในเนื้อหา
 - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
 - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
 - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)



5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ พีเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

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

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น



- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ
- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร และการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
 - **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะ ดังนี้
 - 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
 - 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
 - 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ
 - **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่
 - 1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วยสัตว์ พืช แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างที่ใช้ในการศึกษา
 - 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 ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้
 - **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมากตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย
 - **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษาเป็นไปตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้
 - **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่
 - **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต
 - **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition



- การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน

8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้

- ตารางประกอบ ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ตารางที่.....” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย

- ภาพประกอบ ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ภาพที่.....” ไว้ใต้ภาพประกอบ

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก



รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การเขียนรายการอ้างอิงที่เป็นของคนไทยทำบทความ **จะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ** โดยจัดเรียงคู่กันคือ เรียงรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อนและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้าย หลังจากนั้นให้ตามด้วยรายการอ้างอิงภาษาไทยต้นฉบับที่แปลมา

* ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะปรับย้ายรายการอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษไปอยู่ภายใต้หัวข้อ “Translated Thai References” เอง เพื่อความถูกต้องในการตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด

รูปแบบการเขียน

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style
(American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

* ในส่วนของรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ หากมียังคงให้เขียนอ้างอิงเช่นเดิม

อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อเรื่อง*. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai).

มนนิกา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9th ed. Boston: McGraw-Hill.

อ้างอิงจากบทความวารสาร

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. *ชื่อวารสาร*, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าที่ปรากฏบทความในวารสาร.

ตัวอย่าง

Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).

สำราญ ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.

Doran, Kirk. (1996, January). Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing. *Computer in Libraries*, 16(1), 39-42.



อ้างอิงจากปริญญาโทหรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ชื่อปริญญาโทหรือปริญญาตรีบัณฑิต, ชื่อมหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา).

ตัวอย่าง

Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students.* (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).

ฐิติพัฒน์ โกเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี.* ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

2.4 อ้างอิงจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์หรือปีที่สืบค้น). ชื่อเรื่อง. สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี (หรือ Retrieved เดือน วัน, ปี), จาก (from) ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool.* Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด.* สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc.

การเรียงรายการอ้างอิงทำยบความ

- ในกรณีรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยแปลเป็นภาษาอังกฤษ การเรียงรายการอ้างอิงทำยบความ เพื่อส่งมายังกองบรรณาธิการ ให้ผู้เขียนเรียงลำดับโดยยึดอักษรภาษาอังกฤษเป็นหลัก โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z และนำรายการที่แปลเป็นภาษาไทยมาไว้คู่กัน
- หลังจากนั้นจึงตามด้วยรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ (หากมีเพิ่มเติม) โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z เช่นกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้



การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ
THE COMPARISON EFFICIENCY OF REPAIR MEDICAL APPLIANCE
BANGKOK HOSPITAL

กฤษฎา มาสุขใจ, ระริน มหาจรัส
โรงพยาบาลกรุงเทพ

บทคัดย่อ

.....
.....
คำสำคัญ :

Abstract

.....
.....
Keywords :

บทนำ

.....
.....

วัตถุประสงค์

.....
.....

กรอบแนวคิด

.....
.....



สมมติฐาน (ถ้ามี)

.....
.....

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

.....
.....

วิธีการศึกษา

.....
.....

ผลการศึกษา

.....
.....

อภิปรายผล

.....
.....

สรุปผล

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....



เอกสารอ้างอิง

- Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool*. Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc
- Jawjit, W. (2013). *Towards sustainable natural rubber industry in Thailand with carbon footprint and water footprint*. Retrieved from <http://romphruekj.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf> (in Thai).
- วาริท เจาะจิตต์. (2556). *ก้าวสู่การพัฒนาอุตสาหกรรมยางธรรมชาติของประเทศไทยอย่างยั่งยืน ด้วยคาร์บอนฟุตพริ้นท์และวอเตอร์ฟุตพริ้นท์*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2556, จาก <http://romphruekj.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf>
- Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).
- ฐิติพัฒน์ โภเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- The National Education Act B. E. 2542, (1999, 19 August). Royal Gazette. Vol.116 Part 74a, 1-23. (inThai).
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (2542, 19 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 116: ตอนที่ 74a, หน้า 1-23.
- Phondee, S. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).
- สารานู ผลิตี. (2560). *บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีรมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.

แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา.....ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

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

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้ **ไม่เคย** ลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก

นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



แบบตอบรับ วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปี 2562

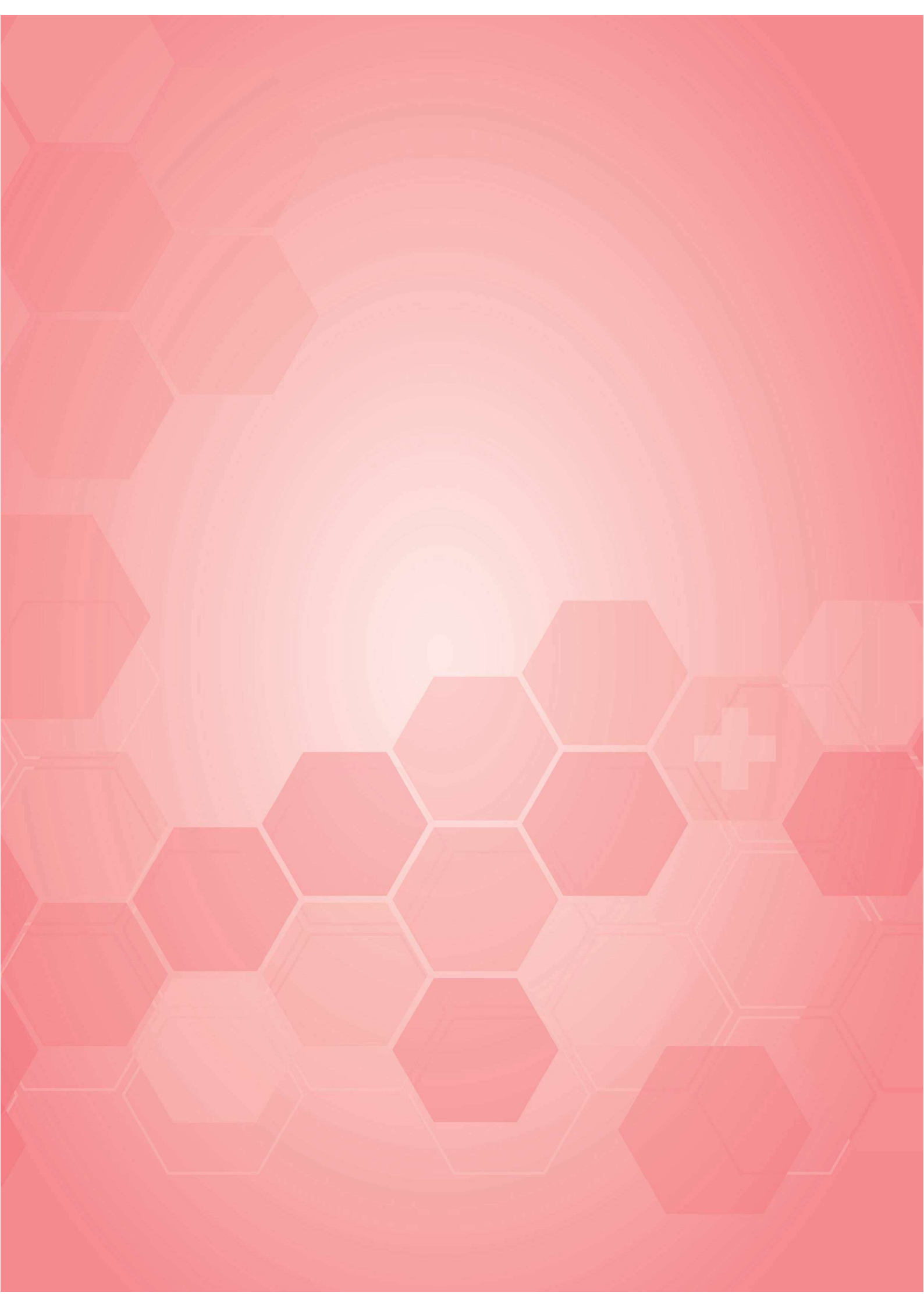
ชื่อหน่วยงาน.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
กลุ่ม/ฝ่าย.....โทรศัพท์มือถือ.....
โทรศัพท์สำนักงาน.....

ได้รับวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฉบับที่.....ปีที่..... ประจำปี 2562
รวมทั้งสิ้น จำนวน.....เล่ม เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2562 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2562



หมายเหตุ กรุณา Scan QR Code แบบตอบรับภายใน 3 วัน หลังจากได้รับเอกสาร
เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและอื่นๆ ใน วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
งานวิชาการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ





TEXT & JOURNAL PUBLICATION Co., LTD.
บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

เชี่ยวชาญเฉพาะ
งานพิมพ์หนังสือ-ตำรา

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล
เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทร. 0 2617 8611 - 2
แฟกซ์ 0 2617 8616 อีเมลล์ tj8575@gmail.com