



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



# วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565 • Vol.18 No.3 September - December 2022

*Department of Health Service Support Journal*



ISSN : 1905-0755

## วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

### วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานนวัตกรรม งานวิจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชน รวมถึงงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กว้างขวางและได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

### คณะที่ปรึกษา

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.สามารถ ธีระศักดิ์	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

### บรรณาธิการ

นพ.สุชาติ เล่าบริพัตร      สำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

### กองบรรณาธิการ

ศ.นพ.กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สุรพันธ์ ยิ้มมั่น	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.พอใจ พัทธนิษฐ์ธรรม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.อรสา เตติวัฒน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ผศ.พิเศษ นพ.ธนิษฐ์ เวชชาภินันท์	สถาบันประสาทวิทยา
ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์	สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งโยธยา
ผศ.ดร.กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม	สถาบันพระบรมราชชนก
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.วันวิสาข์ ชัชวงษ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ดร.วิภาดา จันทรมณฑล	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด-ธนบุรี
ดร.ศศิวรรณ ทศนเี่ยม	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

### ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ผศ.พิเศษ นพ.ธนิษฐ์ เวชชาภินันท์	สถาบันประสาทวิทยา
รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์	สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งโยธยา
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.พอใจ พัทธนิษฐ์ธรรม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

## วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

### Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2565

Vol.18 No.3 September - December 2022

#### คณะทำงาน

นางสาวยุวลักษณ์ ชันอาสา

นางสุรสีษา พรหมทอง

นางสาวศรีัญญา ลาชุมเหล็ก

#### ผู้ประสานงาน

นางสุรสีษา 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 กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 18 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม 2565 ประกอบด้วยบทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เชียงรุก จังหวัดระนอง 2) การพัฒนานวัตกรรมเพื่อลดปัญหาการสั่งจ่ายและการบริหารเภสัชกรรมในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 3) การพัฒนาระบบการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่าย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดน่าน 4) การพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลสนามบุษราคัม กระทรวงสาธารณสุข 5) การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอนงนุช จังหวัดลพบุรี 6) การศึกษารูปแบบการจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลรายหัวของคนไทย จากกองทุนรัฐสวัสดิการให้กับสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ ชั้น 8 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 - 193 - 7092  
E-mail: planhss.journal@gmail.com

## สารบัญ

การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เชียงรุก จังหวัดระนอง ศิริสุข พูลผล	5
การพัฒนานวัตกรรมเพื่อลดปัญหาการสั่งใช้ยาและการบริหารเภสัชกรรม ในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี วาสิฎฐี ตั้งสัตยาธิษฐาน	17
การพัฒนาระบบการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่าย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดน่าน ณัด ไบยา, นภดล สุตสม	25
การพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลสนามบุษราคัม กระทรวงสาธารณสุข ณปภัช นฤคนธ์	37
การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอนงนุช จังหวัดลพบุรี ดิศพล แจ่มจันทร์	47
การศึกษารูปแบบการจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลรายหัวของคนไทย จากกองทุนรัฐสวัสดิการให้กับสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย ศักดิ์สิทธิ์ คชกุลไพโรจน์	59



# การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง

## EVALUATION OF PROACTIVE OPERATIONS PREVENTION AND CONTROL FOR CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) IN RANONG PROVINCE

ศิริสุข พูลผล  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง  
Sirisuk Poolphol  
Ranong Public Health Officer

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดระนอง 2) ประเมินผล การดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง 3) ศึกษาปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง และ 4) ศึกษาข้อเสนอรูปแบบการปรับปรุง พัฒนา การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) การศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาในบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง ทั้งระดับจังหวัดและ 5 อำเภอ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและเลือกแบบเจาะจง การศึกษาเชิงปริมาณศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 424 ราย ด้วยการสำรวจอย่างง่าย เลือกกลุ่มตัวอย่างแยกรายอำเภอ สุ่มแบบ Simple random sampling โดยการจับฉลากชนิดไม่แทนที่กลับคืน และการศึกษาาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาจากแบบสอบถามโรค COVID-19 (แบบ Corona 2) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 9,875 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดระนอง ค่า IOC = 0.67 ค่าความเชื่อมั่น = 0.75 ตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดระนอง ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 จำนวน 9,875 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.53 อายุมัธยฐาน 33 ปี (min = 1 วัน, Max = 112 ปี) อายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 11.82 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 23.94 สัญชาติไทย ร้อยละ 69.79 อยู่ในอำเภอเมืองระนอง ร้อยละ 85.03 อาการไข้ ร้อยละ 53.95 เริ่มมีอาการป่วยในสัปดาห์ที่ 15 พบผู้ป่วยมากที่สุดในสัปดาห์ที่ 34 เป็นการระบาดจากแหล่งโรคหลายแหล่งหรือระบาดจากคนสู่คน ความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อ COVID-19 จังหวัดระนองต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.22 ส่วนการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง พบว่า กระทรวงมีนโยบายเป็นกรอบให้พื้นที่ดำเนินการ และปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของพื้นที่ เกิดการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ เช่น การบูรณาการบุคลากรทีมสอบสวนโรคจากสหวิชาชีพ การบริหารจัดการของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและภาคเอกชน ทำให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ประสบผลสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง ปัญหาหลักที่พบ คือ การปกปิดข้อมูล Timeline ซึ่งมีผลต่อการกักตัวของผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ดังนั้น การปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง ควรมีการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังให้เป็นระบบ ร่วมกับการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เพื่อความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป

**คำสำคัญ:** การประเมินผล การดำเนินงาน เชียงรุ๊ก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## Abstract

The objectives of this study were 1) to study the situation of the COVID-19 epidemic in Ranong Province 2) to evaluate the results of the proactive prevention and control of COVID-19 in Ranong Province 3) to study the problems and obstacles to the proactive prevention and control of COVID-19 in Ranong Province and 4) to study proposals for improvement and development of COVID-19 prevention and control operations proactive in Ranong Province. This research is a Mixed methods study which are a qualitative study that conducted a study of personnel involved in the proactive prevention and control of COVID-19 in Ranong province at both provincial and district levels in all 5 districts by the in-depth interview was based on a semi-structured interview and a specific sample was selected, a quantitative study was conducted among 424 COVID-19 patients with a simple survey using a simple random sampling by district random sampling by non-reversible random sampling and a descriptive epidemiological study from COVID-19 investigation form (form Corona2) Between January 1<sup>st</sup>-December 31<sup>st</sup>, 2021, 9,875 cases of COVID-19 were registered in all hospitals in Ranong Province IOC=0.67 Confidence=0.75 Triangular qualitative data were examined by analyzing quantitative data with descriptive statistics are percentage and mean, the qualitative part performs the data by content analysis.

The results of the study showed situation of the COVID-19 epidemic in Ranong Province in 2021, Ranong Province had 9,875 cases of COVID-19, 54.53 % were female, the median age was 33 years (min=1 day, max=112 years), the highest number were 60 years old and above, 11.82%, general laborer 23.94%, Thai nationality, 69.79% lived in Mueang Ranong District, 85.03% had Fever 53.95%, onset of symptoms at 15<sup>th</sup> week, most cases were found at 34<sup>th</sup> weeks and it is an outbreak from multiple disease sources or from person to person. The opinions of people infected with COVID-19 in Ranong Province towards the proactive prevention and control of COVID-19 were found to be at a high level of 67.22%. The evaluate the results of the proactive prevention and control of COVID-19 in Ranong Province found that the Ministry of Public Health has set the policy as a framework for action and can be adjusted according to the context of the area where spatial management occurs, such as integrating personnel of the disease investigation team from multidisciplinary, management of the Provincial Communicable Disease Control Committee and cooperation of network partners and the private sector have resulted in successful prevention and control of COVID-19. The problems and obstacles to the proactive prevention and control of COVID-19 in Ranong Province found is the concealment of timeline information, which affects the detention of high-risk contacts. The proposal for improvement and development of COVID-19 prevention and control operations proactive in Ranong Province is a surveillance system should be developed as a system together with effective risk communication for cooperation in prevention and control of the disease in the area in the future.

**Keywords:** Evaluation, Proactive Operation, Coronavirus Disease 2019

## บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19 ย่อมาจาก Coronavirus Disease 2019) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าการระบาดครั้งนี้ เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of Concern: PHEIC) และคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ได้มีมติให้โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ประเทศไทย พบผู้ป่วยติดเชื้อโรค COVID-19 รายแรกในวันที่ 8 มกราคม 2563 ซึ่งเป็นผู้เดินทางมาจากประเทศจีน (อนุตรา รัตนนราทร, 2563) และเกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2564 ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 1,912,024 คน เสียชีวิต 19,205 คน (กรมควบคุมโรค, 2564) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้รัฐบาลกำหนดมาตรการเร่งด่วนในการควบคุมและป้องกันโรค COVID-19 และเมื่อสถานการณ์แพร่ระบาดมีความร้ายแรงมากขึ้น รัฐบาลจึงประกาศใช้พระราชกำหนดบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และออกข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และมาตรา 11 แห่งพระราชกำหนดบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 เพื่อควบคุมสถานการณ์และจำกัดพื้นที่การแพร่ระบาดและประสานงานในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดออกคำสั่งโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 35 (1) แห่งพระบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ราชกิจจานุเบกษา, 2548)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของ COVID-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ได้กำหนดมาตรการและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของโรค โดยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กลไกของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ คณะกรรมการอำนวยการเตรียม

ความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ และศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 (ศบค.) โดยมีเป้าหมายลดโอกาสการแพร่เชื้อเข้าสู่ประเทศไทยและชะลอการระบาดภายในประเทศ ประชาชนไทยปลอดภัยจากโรค COVID-19 และลดผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และเพิ่มความมั่นคงของประเทศ นำไปสู่กรอบการดำเนินงานตามกลยุทธ์และมาตรการในภาวะฉุกเฉิน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2564 จังหวัดระนองมีผู้ป่วยด้วยโรค COVID-19 จำนวน 9,409 คน เสียชีวิต จำนวน 103 คน (ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2564) ซึ่งจังหวัดระนองรับมือภัยคุกคามจากโรคติดต่ออุบัติใหม่จากโรค COVID-19 โดยใช้กลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดระนอง เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงรุกอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการปฏิบัติตามกฎหมายและข้อสั่งการ/มาตรการต่าง ๆ ของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดระนอง รวมทั้งความเข้มข้นของระบบการค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยง และระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงระบบเฝ้าระวังที่เข้มแข็งของทุกภาคส่วน เพื่อป้องกันไม่ให้โรค COVID-19 แพร่ระบาดในจังหวัดระนอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2564) ซึ่งการทำงานเชิงรุก (Proactive) เป็นการทำงาน ที่มีการวางแผนล่วงหน้าอย่างละเอียด รอบคอบ การทำงานเชิงรุกจึงเป็นการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการวางแผนล่วงหน้า ทั้งยังสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าได้ด้วยข้อมูลที่มีอยู่ และพร้อมตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (ศูนย์ประกันคุณภาพการศึกษา พระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 2548)

จากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ของจังหวัดระนองที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ใช้มาตรการเชิงรุก ตั้งแต่การคัดกรอง เฝ้าระวังผู้ป่วย ณ ด่าน สถานพยาบาล และชุมชน การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) การค้นหาผู้สัมผัส และควบคุมการแพร่เชื้อในพื้นที่ ซึ่งทำให้สามารถค้นหาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และผู้สัมผัสใกล้ชิดได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ควบคุมการแพร่เชื้อโรคอยู่ในวงจำกัดได้ ซึ่งการป้องกันควบคุมโรคที่ดีนั้น ควรมีการตรวจจับที่รวดเร็ว

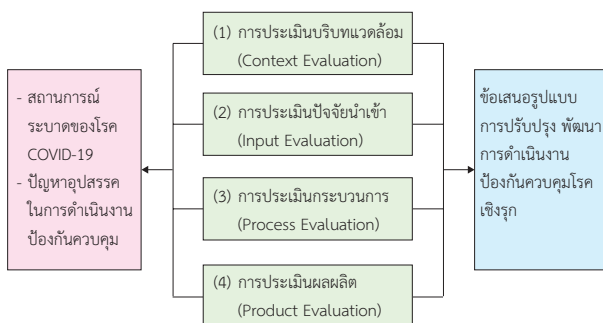


และจัดการผู้ป่วย/ผู้สัมผัสใกล้ชิดอย่างเป็นระบบ จะทำให้ลดการแพร่กระจายเชื้อลงได้ จากการสังเกตการณ์ทำงานป้องกันควบคุมโรคในระดับพื้นที่ พบว่า มีการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งทางด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนระยะเวลาทำงานที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจผลลัพธ์ของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของจังหวัดระนองที่ผ่านมา จึงได้ทำการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก ในสถานการณ์โรค COVID-19 จังหวัดระนอง โดยคาดหวังว่าการประเมินผลการดำเนินงานครั้งนี้ จะสามารถนำไปปรับปรุงการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดระนอง
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชิงรุก จังหวัดระนอง ในด้านสภาพบริบทของการดำเนินงาน (Context Evaluation) ปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) กระบวนการ (Process Evaluation) และผลผลิต (Product Evaluation)
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชิงรุก จังหวัดระนอง
4. เพื่อศึกษาข้อเสนอรูปแบบการปรับปรุง พัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชิงรุก จังหวัดระนอง

## กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ของจังหวัดระนอง ในด้านสภาพบริบทของการดำเนินงาน ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตที่ได้รับ
2. ทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ของจังหวัดระนอง
3. ได้ข้อเสนอรูปแบบการปรับปรุง พัฒนา การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนำไปสู่การปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ การสนับสนุนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## วิธีการศึกษา

### วิธีการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods)

1. การศึกษาเชิงปริมาณ
  - 1.1 การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Epidemiology) ทำการศึกษาในผู้ป่วย โรค COVID-19 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดระนอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 9,875 ราย เก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) โดยศึกษาจากแบบสอบสวนโรค COVID-19 (แบบ Corona 2) (กรมควบคุมโรค, 2564)
  - 1.2 การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชิงรุกจังหวัดระนอง ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ COVID-19 โดยทำการศึกษาในผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดระนอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Taro Yamane (Yamane Taro, 1976) และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เท่ากับ 424 คน โดยแบ่งสัดส่วนจากจำนวนผู้ติดเชื้อคนไทย และชาวต่างชาติ เป็นสัดส่วน เลือกกลุ่มตัวอย่าง แยกรายอำเภอ โดยนำชื่อของผู้ป่วย COVID-19 ในแต่ละอำเภอ มาเลือกสุ่มแบบ Simple random sampling โดยใช้วิธีการจับฉลากชนิดไม่แทนที่กลับคืน (สุรินทร์ นิชมาทกุล, 2542)

## 2. การศึกษาเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง ครอบคลุม ทั้งระดับจังหวัด และ 5 อำเภอในจังหวัดระนอง เป็นการศึกษา เชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์ เชิงลึก (In-depth Interview)

2.1 ระดับจังหวัด เลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นผู้กำหนด นโยบาย ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระนอง, นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน), นักวิชาการ สาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) รวม 3 คน และผู้รับผิดชอบงานหลัก ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ จำนวน 1 คน

2.2 ระดับอำเภอ ซึ่งเป็นผู้ถ่ายทอดนโยบายลงสู่ การปฏิบัติ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ทั้ง 5 อำเภอ รวม 10 คน และ ผู้ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคเชียงรุ๊ก ใช้วิธีจับฉลากอย่างง่าย จากทีมของแต่ละอำเภอ อำเภอละ 1 คน รวม 5 คน

## เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Epidemiology) เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) โดยศึกษาจากแบบสอบถามโรค COVID-19 (แบบ Corona 2) (กรมควบคุมโรค, 2564)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ กึ่ง โครงสร้าง (Semi-structured interview guide) ซึ่ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ แนวปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 4 หัวข้อ ได้แก่ 1. ด้านบริบท (Context) ได้แก่ สถานการณ์ ด้านบริบทต่อการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง ปัจจัยด้านบริบทที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนองที่ผ่านมา และข้อเสนอรูปแบบด้านบริบท ที่เอื้อต่อการปรับปรุงการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนองในอนาคต 2. ด้านปัจจัย นำเข้า (Input) ได้แก่ ปัจจัยเบื้องต้นต่อการดำเนินการ ป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง ปัจจัยเบื้องต้นที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊กที่ผ่านมา และ ข้อเสนอรูปแบบด้านปัจจัยเบื้องต้นที่เอื้อต่อการปรับปรุง

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก ในอนาคต 3. ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ สถานการณ์ ด้านกระบวนการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง ปัจจัยด้านกระบวนการที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก ในพื้นที่ที่ผ่านมา และข้อเสนอรูปแบบด้าน กระบวนการที่เอื้อต่อการปรับปรุงการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก ในอนาคต 4. ด้านผลผลิต (Product) ได้แก่ สถานการณ์ด้านผลผลิตการดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊กในพื้นที่ ปัจจัยด้านผลผลิตที่ ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊กในพื้นที่ที่ผ่านมา และข้อเสนอรูปแบบ ด้านผลผลิตที่เอื้อต่อการปรับปรุงการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊กในอนาคต

3. แบบสอบถามสำหรับผู้ติดเชื้อ COVID-19 เรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูล ลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และตอบคำถาม ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการป้องกัน ควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊กของจังหวัดระนอง จำนวน 22 ข้อ คำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก เป็นแบบมาตร ประเมินค่า (Wade M Vagias, 2006) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยมาก แผลผล เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามแนวคิด ของเบสท์ (Best, John W., 1977) และตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วย ด้วยโรค COVID-19 แสดงความคิดเห็น

## การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

**ข้อมูลเชิงปริมาณ** ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องโดยใช้สูตรของ IOC (ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์ และอัจจา ชาญประศาสน์, 2547) ค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.67 วิเคราะห์ หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยนำเครื่องมือ ไปทดสอบที่จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่น 0.75

**ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันข้อค้นพบจากแหล่งและมุมมองที่แตกต่างกัน สร้างข้อสรุปและวิเคราะห์เนื้อหา

**การวิเคราะห์ข้อมูล** สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา และเขียนรายงานในลักษณะการบรรยายเชิงวิเคราะห์ เพื่อเสนอผลที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษา

## ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดระนอง ปี พ.ศ. 2564 จังหวัดระนองมีผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 ทั้งสิ้น 9,875 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.53 เพศชาย ร้อยละ 45.47 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.82 รองลงมา อายุ 25-29 ปี ร้อยละ 10.98 และอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 10.46 ตามลำดับ อายุมัธยฐาน 33 ปี (min = 1 วัน, Max = 112 ปี) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 23.94 รองลงมา คือ ว่างาน/ อยู่บ้าน/ข้าราชการ บำนาญ ร้อยละ 18.45 รับจ้างกิจการประมง ร้อยละ 16.39 และนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 12.67 ตามลำดับ สัญชาติไทย ร้อยละ 69.79 รองลงมา คือ เมียนมา ร้อยละ 30.04 ส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอเมืองระนอง ร้อยละ 85.03 รองลงมา คือ อำเภอกระบุรี ร้อยละ 4.69 อำเภอกะเปอร์ ร้อยละ 4.30 อำเภอสุขสำราญ ร้อยละ 2.99 และอำเภอละอุ่น ร้อยละ 1.95 ส่วนอาการที่พบมาก คือ ไข้ ร้อยละ 58.25 รองลงมา คือ ไอ ร้อยละ 37.60 มีน้ำมูก ร้อยละ 22.60 และเจ็บคอ ร้อยละ 16.71 เริ่มมีอาการป่วยในสัปดาห์ที่ 15 พบผู้ป่วยมากที่สุด ในสัปดาห์ที่ 34 จำนวน 576 คน เริ่มมีผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สัปดาห์ที่ 42 เส้นโค้งการระบาดแบบแพร่กระจาย (Propagated source)

2. ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เจริญ จังหวัดระนอง

2.1 บริบทของการดำเนินงาน (Context Evaluation) พบว่า จังหวัดระนองมีการดำเนินตามนโยบายของประเทศ และมีกรมปรับตามบริบทพื้นที่ของจังหวัดระนอง โดยเฉพาะการดำเนินงานในแรงงานต่างด้าว ได้แก่ แผนปฏิบัติการควบคุมโรค COVID-19 ในแรงงานต่างด้าว การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ต่างด้าว (อสต.) การตั้งศูนย์ประสานงานสาธารณสุขชุมชนต่างด้าว การตรวจคัดกรองในโรงงาน ชุมชน สถาน

ประกอบการ แพปลา เป็นต้น ร่วมกับการเข้มงวดของหน่วยรักษาความมั่นคงทั้งทหาร ตำรวจ และความร่วมมือจากนายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นอกจากนี้มีการดำเนินงานหมู่บ้านสีฟ้าตามนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดระนอง ธรรมนูญหมู่บ้าน การคัดกรองชุมชน รวมทั้งการค้นหากลุ่มเป้าหมายในการฉีดวัคซีน ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และภาคเอกชนในการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ส่วนภาคประชาชนให้ความร่วมมือดำเนินการตามมาตรการ DMHTTA ซึ่งต่อมา เป็น Universal Prevention เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่าง

2.2 ปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

2.2.1 ด้านบุคลากร พบว่า 1) บุคลากรตามกลุ่มภารกิจ ในระบบบัญชาการเหตุการณ์ ขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ เมื่อมีการทบทวนร่วมกับปฏิบัติงานจริง ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น 2) ขาดบุคลากรทีมสอบสวนโรค จึงสร้างทีมสอบสวนโรคจากบุคลากรที่ไม่มีประสบการณ์ด้านการสอบสวนโรคมามาก่อน โดยรับสมัครเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานอื่น ๆ เข้าร่วมทีมสอบสวน หลังจากนั้น On the job Training โดยจับคู่ทีมเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ คู่กับเจ้าหน้าที่ที่ไม่มีประสบการณ์ ระยะเวลาเป็นการสอบสวนผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นผู้ป่วยยืนยัน ร่วมกับอบรมให้ความรู้บุคลากรสอบสวนควบคุมโรค เพื่อเตรียมความพร้อม ซึ่งในระยะที่มีการระบาด ทีมสอบสวนโรคออกสอบสวนทั้งลงพื้นที่จริง และสอบสวนทางโทรศัพท์ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาประชุมวางแผน วิเคราะห์สถานการณ์ แลกเปลี่ยนและแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ จึงเป็นการบูรณาการ บุคลากรทีมสอบสวนโรคจากสหวิชาชีพ และ 3) ขาดบุคลากรในการเก็บส่งตรวจหาเชื้อโรค COVID-19 (Swab) จึงมีการอบรมนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล เจ้าพนักงานธุรการ เจ้าหน้าที่การเงิน ทันตภิบาล แพทย์แผนไทย ให้สามารถดำเนินการ Swab ได้ เพื่อใช้เป็นแกนหลักในการ Swab ค้นหากลุ่มเสี่ยงเจริญในพื้นที่ และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลระนอง

2.2.2 ด้านงบประมาณ พบว่า เงินงบประมาณไม่เพียงพอ แต่มีการจัดสรรเพิ่มเติมจากกระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพที่ 11 โดยจัดสรรเป็นวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเพิ่มเติม และได้รับการสนับสนุนจากภาคประชาชน โดยการบริจาควัสดุอุปกรณ์

ที่จำเป็นในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เช่น ถุงมือ แอลกอฮอล์ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)

2.2.3 ด้านการจัดการ พบว่า คณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด มีความสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมโรค COVID-19 โดยมีการประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อจัดทำมาตรการต่าง ๆ เช่น คำสั่งจังหวัด ขอบังคับ นอกจากนี้ยังมีการประชุมร่วมกับเขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำนโยบายมาปรับใช้ในพื้นที่

### 2.3 กระบวนการ (Input Evaluation)

จังหวัดระนอง มีการจัดทำแผนเผชิญเหตุ แผนประกอบกิจการ แผนเฝ้าระวังควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าว แผนปฏิบัติการฉีดวัคซีน และแผนปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเป็นโรคประจำถิ่น ส่วนการขอสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ดำเนินการโดยการบันทึกข้อมูลลง COLAB/COWARD ทั้งกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 กรมควบคุมโรค และการสื่อสารความเสี่ยงดำเนินการเผยแพร่ข่าวประชาสัมพันธ์ ธรรงค์ ทุกรูปแบบเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 รวมทั้งควบคุม/กำกับ ติดตามการดำเนินงานโดยแต่ละภารกิจมีหัวหน้าทีมควบคุมดูแลการปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของหัวหน้ากลุ่มภารกิจ/ผู้บัญชาการเหตุการณ์ระดับอำเภอ จังหวัด

### 2.4 ผลผลิต (Product Evaluation)

2.4.1 ความคิดเห็นต่อการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชิงรุกของจังหวัดระนอง ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ COVID-19 จังหวัดระนอง จำนวน 424 คน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.22 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.60 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.18

## ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 จังหวัดระนอง

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชิงรุก	จำนวน (n = 424)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	5	1.18
ระดับปานกลาง	134	31.60
ระดับสูง	285	67.22

2.4.2 ประชาชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ประกอบด้วย 1) D-Distancing = เว้นระยะห่าง 2) M-Mask wearing = สวมหน้ากากผ้า/หน้ากากอนามัยเสมอ 3) H-Hand washing = ล้างมือบ่อยๆ 4) T-Temperature check = ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย 5) T-Testing = ตรวจเชื้อโควิด 19 6) A-Applicating = ใช้แอปไทยชนะหรือหมอชนะ

2.4.3 การดำเนินงานคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเข้าไม่ถึงบริการ เช่น แรงงานต่างด้าวและชุมชนต่างด้าวไทยพลัดถิ่น ชาวมอญแกลน ทำให้สามารถค้นหาผู้ติดเชื้อในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว และนำเข้าสู่ระบบกักกันโรคทันทีลดการแพร่กระจายเชื้อโรคในชุมชนได้มากขึ้น

2.4.4 ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การแบ่งหน้าที่เพื่อแก้ปัญหา เรียนรู้รูปแบบการทำงานของทุกหน่วยงาน ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชิงรุก

2.4.5 ผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชิงรุก ของจังหวัดระนอง ปี พ.ศ. 2564 จังหวัดระนองดำเนินการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชิงรุก โดยการตรวจค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน/สถานประกอบการ นำเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลและกักกันโรค จำนวน 12,442 คน คิดเป็นร้อยละ 13.43 ของผู้ที่เข้ารับการตรวจค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก รายละเอียดตามตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชิงรุก ของจังหวัดระนอง

อำเภอ	จำนวนที่ดำเนินงานเชิงรุก (คน)		ผลการตรวจที่พบเชื้อ (คน)		อัตราการพบเชื้อ (ร้อยละ)
	ไทย	พม่า	ไทย	พม่า	
เมือง	41,180	29,576	6,395	3,736	14.32
กระบุรี	7,182	1,642	410	52	5.24
กะเปอร์	5,329	110	698	29	13.37
ละอุ่น	1,481	330	158	34	10.60
สุขสำราญ	5,761	55	910	20	15.99
รวม	60,933	31,713	8,571	3,871	13.43

3. ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง

3.1 บุคลากรสาธารณสุขขาดองค์ความรู้ในการบริหารจัดการโรค COVID-19 เนื่องจากโรค COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่

3.2 ไม่สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ เนื่องจากผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 ปกปิดข้อมูล Timeline ในการสอบสวนโรค ส่งผลให้มีการแพร่เชื้อเข้าสู่ครอบครัวและชุมชน

4. ข้อเสนอรูปแบบการปรับปรุง พัฒนา การดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง

4.1 สร้างองค์ความรู้โรคอุบัติใหม่ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติโดยมีพี่เลี้ยงทั้งในระดับส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค รวมทั้งส่งเสริมให้ทีมรับบทบาทหน้าที่ของตัวเอง และปฏิบัติหน้าที่ของตัวเองให้เต็มความสามารถ

4.2 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ร่วมกับการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เพื่อความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

## อภิปรายผล

1. สถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดระนอง ปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ติดเชื้อ COVID-19 ทั้งสิ้น 9,875 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.53 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.82 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเทวพร จานนอก (2564) ที่ทำการศึกษาระบาดวิทยากรณีผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 ในสถานที่กักกันที่ราชการกำหนด (State Quarantine site) ช่วงเดือนเมษายน 2563-เมษายน 2564 พบว่า มีผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 ในสถานที่กักกันที่ราชการกำหนด อัตราส่วนเพศชาย:หญิง เป็น 1.16 : 1 สอดคล้องกันในด้านอาการแสดง โดยพบว่าการศึกษารุ่นนี้ ไม่มีอาการ ร้อยละ 53.94 ส่วนการศึกษาของเทวพร จานนอก (2564) พบว่า ไม่แสดงอาการ ร้อยละ 79.73 อาการที่พบมากที่สุดของการศึกษานี้ คือ ไข้ ร้อยละ 58.25 ส่วนการศึกษาของเทวพร จานนอก พบมีอาการไอมากที่สุด ร้อยละ 42.83

จากเส้นโค้งการระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดระนอง พบว่า เป็นแบบแพร่กระจาย (Propagated source) แสดงว่าเป็นการระบาดจากแหล่งโรคหลายแหล่งหรือระบาดจากคนสู่คน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปกปิด

ข้อมูล Timeline ของผู้ติดเชื้อฯ ทำให้ไม่สามารถค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค จึงทำให้กลุ่มเสี่ยงสูงที่ติดเชื้อนำเชื้อเข้าสู่ครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้พบว่า ผู้ติดเชื้อของจังหวัดระนอง เริ่มมีอาการป่วยในสัปดาห์ที่ 15 (วันที่ 11-17 เมษายน 2564) จำนวน 15 ราย ซึ่งเป็นช่วงเทศกาลสงกรานต์ มีการเดินทางกลับภูมิลำเนาของประชาชน รวมทั้งมีการเดินทางเพื่อการท่องเที่ยว ซึ่งจากการสอบสวนโรค พบว่า ผู้ติดเชื้อรายแรกของจังหวัดระนอง เป็นนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากกรุงเทพมหานคร เพื่อไปท่องเที่ยวที่เกาะพยาม หลังจากนั้นจังหวัดระนองก็เริ่มมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่สัปดาห์ที่ 28 (วันที่ 11-17 กรกฎาคม 2564) พบผู้ป่วยมากที่สุด ในสัปดาห์ที่ 34 (วันที่ 22-28 สิงหาคม 2564) จำนวน 576 คน รองลงมา คือ สัปดาห์ที่ 33 (วันที่ 15-21 สิงหาคม 2564) จำนวน 524 คน และสัปดาห์ที่ 35 (วันที่ 29 สิงหาคม-4 กันยายน 2564) จำนวน 460 คน เริ่มมีผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สัปดาห์ที่ 42 (วันที่ 17-23 ตุลาคม 2564) ซึ่งช่วงเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม ของจังหวัดระนอง จะเป็นช่วงที่มีฝนตกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเหมาะกับการเจริญเติบโตของไวรัสที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อครั้งนี้ สอดคล้องกับแพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2563) กล่าวไว้ว่า ไวรัสโคโรนาจะมีชีวิตสั้นมากถ้าอากาศแห้ง แต่อยู่ได้นานหลายชั่วโมงหากอากาศเย็นและชื้น ซึ่งจากการสอบสวนโรคยังพบว่า มีการติดเชื้อในครอบครัวมากขึ้น เนื่องจากเมื่ออยู่กับครอบครัวไม่มีการป้องกันการติดเชื้อฯ ได้แก่ ไม่ใส่หน้ากากอนามัย รับประทานอาหารและน้ำร่วมกัน ไม่มีการล้างมือด้วยสบู่/แอลกอฮอล์ เมื่อหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ จึงทำให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ร่วมกับผู้นำท้องถิ่น ผู้ประกอบการ วางมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคในครอบครัวและชุมชน ได้แก่ แยกกันรับประทานอาหาร จัดให้มีสบู่/แอลกอฮอล์ประจำจุดที่มีการสัมผัสร่วมกัน สวมหน้ากากอนามัยเมื่อมีการพูดคุยกัน จนทำให้ปลายเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 เริ่มมีผู้ติดเชื้อลดลง จนเหลือไม่ถึงหลักสิบในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

2. ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง

2.1 บริบทของการดำเนินงาน พบว่า จังหวัดระนองมีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ตามนโยบาย

ของประเทศ และปรับตามบริบทพื้นที่ของจังหวัดระนอง โดยเฉพาะการดำเนินงานในแรงงานต่างด้าว ซึ่งจังหวัดระนอง เป็นเมืองชายแดนมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดเกาะสอง สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา มีการเข้าออกของแรงงาน ต่างด้าวผ่านทางด่านถาวรและช่องทางธรรมชาติอย่างต่อเนื่อง และมีแรงงานจำนวนมากที่อาศัยอยู่ในจังหวัด ระนอง โดยแรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ในกิจการประมง ซึ่งจากการสอบสวนโรค พบว่า แรงงาน ต่างด้าวที่ติดเชื้อ ส่วนใหญ่มีการรวมกลุ่มทำงานเป็น จำนวนมาก เป็นระยะเวลานาน มีการใช้ภาชนะรองรับ น้ำดื่มร่วมกัน ใช้ห้องน้ำห้องส้วมร่วมกัน ไม่มีสบู่หรือ แอลกอฮอล์ให้ใช้หลังจากใช้ห้องน้ำห้องส้วม จึงทำให้มี การแพร่เชื้อในกลุ่มที่ทำงานร่วมกัน และนำไปสู่ครอบครัว จึงมีการขอความร่วมมือผู้ประกอบการในการจัดการสุขาภิบาล สถานประกอบการและที่พักของแรงงาน เพื่อลดการแพร่เชื้อ ในสถานประกอบการ ทำให้ให้เกิดการบูรณาการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อควบคุมการติดเชื้อให้อยู่ในวงจำกัด

2.2 ปัจจัยนำเข้า ด้านการจัดการ พบว่า คณะกรรมการ โรคติดต่อระดับจังหวัด มีความสำคัญในการขับเคลื่อน การดำเนินงานควบคุมโรค COVID-19 โดยมีการประชุม เพื่อวางแผนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อจัดทำมาตรการต่าง ๆ เช่น คำสั่งจังหวัด ข้อบังคับ ในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค COVID-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ กัณฑ์ณวิรัชย์ สืบศักดิ์ (2564) ที่ทำการศึกษาระบบการบริหารจัดการภาวะวิกฤต และรูปแบบการจัดการโรคอุบัติใหม่ (COVID-19) ในเขต จังหวัดปทุมธานี พบว่า มาตรการเชิงรุกในการควบคุม และป้องกันโรคระบาด นำโดยผู้ว่าราชการจังหวัดปทุมธานี โดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดปทุมธานี แปลงนโยบายของรัฐบาลมาปฏิบัติ โดยประกาศมาตรการ ควบคุมโรคและประกาศปิดกิจการและกิจกรรม บางอย่าง ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด และกำชับหน่วยงานในสังกัด ดำเนินตามนโยบายควบคุมและป้องกันโรค ระบาดของ จังหวัดปทุมธานีอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เนื่องจากคณะกรรมการ ควบคุมโรคติดต่อ มีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อหรือโรคระบาด ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการตามนโยบาย ระบบ

และแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดต่อที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติกำหนด และนำมากำหนดเป็นข้อบังคับ คำสั่ง และมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันควบคุมโรคในระดับจังหวัด ตามมติของ คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ซึ่งมีผู้ว่า ราชการจังหวัด เป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดระนอง เป็นกรรมการและเลขานุการ

2.3 ด้านกระบวนการ พบว่า จังหวัดระนอง มีการจัดทำ แผนเผชิญเหตุ แผนประกอบกิจการ แผนเฝ้าระวังควบคุม โรคในแรงงานต่างด้าว แผนปฏิบัติการฉีดวัคซีน และแผน ปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเป็นโรคประจำถิ่น ทั้งนี้เนื่องจาก โรค COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ จึงจำเป็นต้องมี การวางแผน และซ้อมแผน เพื่อทดสอบความพร้อม การบริหารจัดการรับมือโรค COVID-19 ระดับจังหวัด พร้อมทั้งทดสอบระบบการสอบสวนโรคการควบคุมโรค และการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยของสถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองจึงมีการทบทวนวิธี การทำงาน ทั้งด้านความสำเร็จ และปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อร่วมกันสะท้อน และทบทวนกระบวนการต่าง ๆ นำบทเรียนที่ได้จากความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น มาจัดทำ และพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้สามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทางด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 ด้านผลผลิต พบว่า ประชาชนให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA เพื่อป้องกัน การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 จากการสังเกต พบว่า ประชาชนมีการสวมหน้ากากอนามัยในสถานที่ชุมชน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า ร่วมกับการเว้นระยะห่างเมื่อมี การติดต่อสื่อสารระหว่างกัน การดำเนินงานคัดกรองเชิงรุก ในกลุ่มเข้าไม่ถึงบริการ เช่น แรงงานต่างด้าวและชุมชน ต่างด้าว ไทยพลัดถิ่น ชาวมอญแกลน ทำให้สามารถค้นหา ผู้ติดเชื้อในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว และนำเข้าสู่ระบบ กักกันโรคทันที ลดการแพร่กระจายเชื้อโรคในชุมชน ได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhongjie Li, Qiulan Chen, Luzhao Feng, Lance Rodewald and et all (2020) ศึกษา Active case finding with case management: the key to tackling the COVID-19 pandemic ในประเทศจีน พบว่า ประเทศจีนใช้กลยุทธ์ ในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 โดยวิธีการค้นหาผู้ป่วย

และจัดการจำแนกผู้ป่วย ร่วมกับการกักกันผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งมีสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะทำให้ประเทศจีนเดินหน้าต่อไป ซึ่งหากมีการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว ก็จะสามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ค้นหากลุ่มเสี่ยงและนำเข้าสู่ระบบกักกัน ก็จะสามารถตัดวงจรการถ่ายทอดเชื้อไปให้บุคคลอื่น ทั้งในครอบครัวและชุมชน ซึ่งจากการตรวจคัดกรองเชิงรุกของจังหวัดระนอง ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 13.43

3. ปัญหาหลักของการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค COVID-19 คือ การปกปิดข้อมูล Timeline ของผู้ติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการกักกันตัว ทำให้ไม่สามารถไปทำงานได้ ส่งผลให้ขาดรายได้

4. ข้อเสนอรูปแบบการปรับปรุง พัฒนา การดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง ได้แก่ การสร้างองค์ความรู้โรคอุบัติใหม่ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติโดยมีที่เลี้ยงทั้งในระดับส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค รวมทั้งส่งเสริมให้ทีมรับบทบาทหน้าที่ของตัวเอง และปฏิบัติหน้าที่ของตัวเองให้เต็มความสามารถ และพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ร่วมกับการสื่อสารความเสี่ยง ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป

## สรุปผล

1. สถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดระนอง ปี พ.ศ. 2564 พบว่า เป็นการระบาดแบบแพร่กระจาย (Propagated source) แสดงว่าเป็นการระบาดจากแหล่งโรคหลายแหล่ง หรือระบาดจากคนสู่คน

2. ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง ด้านบริบทของการดำเนินงาน พบว่า จังหวัดระนองมีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคตามนโยบายของประเทศ และปรับตามบริบทพื้นที่ของจังหวัดระนอง โดยเฉพาะการดำเนินงานในแรงงานต่างด้าวที่มีการบูรณาการระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อควบคุมการติดเชื้อให้อยู่ในวงจำกัด ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า คณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด มีความสำคัญ

ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมโรค COVID-19 ด้านกระบวนการ พบว่า การจัดทำแผนเผชิญเหตุ แผนประกอบกิจการ แผนเฝ้าระวังควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าว แผนปฏิบัติการฉีดวัคซีน และแผนปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเป็นโรคประจำถิ่น ทำให้สามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ และด้านผลผลิต พบว่า ประชาชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่วนการดำเนินงานคัดกรองเชิงรุก สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว นำเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ค้นหากลุ่มเสี่ยงและนำเข้าสู่ระบบกักกัน ทำให้ตัดวงจรการถ่ายทอดเชื้อไปให้บุคคลอื่น ทั้งในครอบครัวและชุมชน

3. ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค COVID-19 จังหวัดระนอง คือ ไม่สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ เนื่องจากผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 ปกปิดข้อมูล Timeline ส่งผลให้มีการแพร่เชื้อในครอบครัว และชุมชนได้

4. ข้อเสนอรูปแบบการปรับปรุง พัฒนา การดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เชียงรุ๊ก จังหวัดระนอง ครั้งนี้ คือ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ร่วมกับการสื่อสารความเสี่ยง ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1.1 จากการศึกษา พบว่า การระบาดของโรค COVID-19 ของจังหวัดระนอง ระบาดในช่วงเทศกาล ซึ่งมีการเดินทางเข้าออกจังหวัด ทั้งเยี่ยมญาติพี่น้องและท่องเที่ยว ดังนั้น ช่วงเทศกาลควรมีมาตรการป้องกัน ควบคุมโรคที่เข้มงวดมากกว่าปกติ โดยใช้กลไกความร่วมมือของชุมชน

1.2 จากการศึกษา พบว่า ทีมสอบสวนโรคไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานในพื้นที่ กลุ่มภารกิจปฏิบัติการ จึงสร้างทีม โดยการรับสมัครบุคลากรที่สนใจในการสอบสวนโรค อบรมให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติแบบ On the job training ดังนั้น การสร้างทีมงานเฉพาะกิจ ควรเปิดโอกาสให้กับบุคคลที่สนใจการทำงานนั้น ๆ เข้าร่วมทีม ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มี

องค์ความรู้ด้านนั้นมาก่อน โดยเสริมสร้างศักยภาพให้สามารถปฏิบัติงานได้ ทั้งการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติการมีพิสัยภัยกับดูแล ซึ่งจะทำให้มีกำลังคนเข้ามาช่วยทำงานให้ทันกับสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นได้

1.3 จากการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ปกปิด Timeline ทำให้ไม่สามารถค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงได้ ดังนั้น ควรมีการใช้มาตรการทางกฎหมาย ตาม พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มากขึ้น ร่วมกับสร้างการรับรู้ในการป้องกันตนเองแก่ประชาชน การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักต่อการป้องกันควบคุมโรคระบาดในพื้นที่

## 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากโรค COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ จึงไม่สามารถคาดการณ์การระบาดได้ ดังนั้น การจัดทำ Road Map การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โดยอาศัยองค์ความรู้และประสบการณ์จากการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เป็นกรอบในการจัดทำแผน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเมื่อเผชิญกับการระบาดของโรคอื่น ๆ ในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

Department of Disease Control. (2021). *Guidelines for Surveillance and Investigation of Coronavirus Disease 2019: COVID-19*. Retrieved from [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_srrt/g\\_srrt\\_221264.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_221264.pdf).

Department of Disease Control. (2020). *Action plan and response plan for the prevention and control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) according to the severity level during the no-vaccination period*. Retrieved from [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/Action plan and response to COVID-19\\_11092563.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/Action plan and response to COVID-19_11092563.pdf). (in Thai).

Department of Disease Control. (2021). *Covid-19 situation report*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no667-311064.pdf>. (in Thai).

Ministry of Public Health. (2020). *Announcement of the Ministry of Public Health regarding Name and Significant Symptoms of Dangerous Communicable Disease (3<sup>rd</sup> Edition) 2020*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/10020200514102630.pdf>. (in Thai).

Suebsak, Kannawarit. (2021). A Study of Crisis Management System and Emerging Disease Management Model (Covid-19) in Pathum Thani Province. *Journal of Development Management Research*. 11(3): 486-495. (in Thai).

Jarnnok, Thewaporn. (2021). *An epidemiological study of cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in a state quarantine site during April 2020–April 2021*. Retrieved from [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/Full%20paper%20SQ\\_COVID19\\_2021.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/Full%20paper%20SQ_COVID19_2021.pdf). (in Thai).

Royal Decree on Public Administration in Emergency Situations 2005. (2020, 25<sup>th</sup> March) *Government Gazette*. (No.137) Retrieved from [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/069/T\\_0010.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/069/T_0010.PDF). (in Thai).

Doctors of Infectious Diseases and Epidemiology from the Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. (2020). *COVID-19 Fundamentals Part 1 COVID-19: Infection, Sickness, Care, Prevention transmission and infection*. Retrieved January 10, 2022, from [http://phoubon.in.th/knowledge\\_of\\_covid\\_rama.pdf](http://phoubon.in.th/knowledge_of_covid_rama.pdf). (in Thai)

Petchrot, Laddawan. & Chaniprasat, Ajara. (2004). *Research Methodology*. Bangkok: Pimdee Press. (in Thai).

Niyomangkun, Surin. (1999). *Sampling Technique*. 4<sup>th</sup>ed. Bangkok: Kasetsart University Press. (in Thai).



- Ranong Provincial Public Health Office. (2021). *Summary of Surveillance and Control Performance Prevention of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) for fiscal year 2021, Ranong Province*. copy documents. (in Thai).
- Educational Quality Assurance Center. King Mongkut's University of Technology North Bangkok. (2005). *Proactive People Development*. Retrieved from [https://www.qa.kmutnb.ac.th/qa\\_news/2548/QANEWS087\\_25480101.pdf](https://www.qa.kmutnb.ac.th/qa_news/2548/QANEWS087_25480101.pdf). (in Thai).
- Medical and Public Health Emergency Response Operations Center. Ranong Provincial Public Health Office. (2021). Press release, Ranong Provincial Public Health Office EOC 399/2521 (31 October 2021). copy documents. (in Thai).
- Ratnarathorn, Anutara. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) case report: the first case in Thailand and outside China. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*. 14(2): 116-123. (in Thai).
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3<sup>rd</sup>ed. Engle wood Cliffs, NJ: Prentice - Hall.
- Wade M Vagias, editor. (2006). *Likert-type scale response anchors*. Clemson International Institute for Tourism & Research Development. Department of Parks, Recreation and Tourism Management: Clemson University.
- Yamane, Taro. (1976). *Statistics: An introductory analysis*. 2<sup>nd</sup>ed. New York: Harper and Row.
- Zhongjie Li, Qiulan Chen, Luzhao Feng, Lance Rodewald and et all. (2020). *Active case finding with case management: the key to tackling the COVID-19 pandemic*. *Lancet* 2020; 396: 63–70 Published Online June 4, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31278-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31278-2).



# การพัฒนานวัตกรรมเพื่อลดปัญหาการสั่งใช้ยาและการบริหารเภสัชกรรม ในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

## INNOVATIVE DEVELOPMENT TO REDUCE DRUG PRESCRIBING PROBLEMS AND PHARMACEUTICAL CARE IN ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE CLINIC, KUMPHAWAPI HOSPITAL, UDONTHANI

วาสิฏฐี ตั้งสัตยาธิษฐาน

โรงพยาบาลกุมภวาปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Vasithee Tangsattayathisathan

Kumpawapi Hospital, Udonthani Provincial Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการสั่งใช้ยาของแพทย์และปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย จึงเกิดการพัฒนานวัตกรรมที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาการสั่งใช้ยาและประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมในการแก้ไขปัญห การสั่งใช้ยา เพื่อเป็นการวางแผนแนวทางในการบริหารเภสัชกรรมในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1,631 คน ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2562 โดยทำการศึกษาจากการใช้นวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการ ยาพ่นในโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบสั่งยา มีการบริหารเภสัชกรรม โดยวิเคราะห์จากปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยและการประเมินการใช้ยาพ่น ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ และ ร้อยละ

โรงพยาบาลกุมภวาปีเป็นโรงพยาบาลทั่วไป พบปัญหาที่สำคัญ คือ การมีแพทย์หมุนเวียนมาเป็นประจำทุกเดือน ปัญหาการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสมของแพทย์หมุนเวียนที่เวียนมาตรวจในคลินิก คือ การสั่งใช้ยาเกินขนาดและการสั่งใช้ยาที่ไม่สัมพันธ์ กับจำนวนวันนัด ซึ่งบ่อยครั้งทำให้เกิดความล่าช้าขึ้นในการปรึกษาแพทย์ด้วยปัญหาการสั่งใช้ยาในลักษณะเดิม เภสัชกรจึงได้ จัดทำนวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นขึ้นใช้ในโรงพยาบาลกุมภวาปีโดยนำไปติดไว้ที่ห้องตรวจแพทย์ทุกห้องในคลินิกโรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้แพทย์ทราบถึงการสั่งใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น และการบริหารเภสัชกรรม โดยเภสัชกร มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะราย มีผลทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยสามารถพ่นยา ได้ถูกต้องมากขึ้น แนวโน้มการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน การเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน และการเสียชีวิต ของผู้ป่วยลดลงอีกทั้งยังสามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลต่อปีเป็นจำนวนมาก

จากผลการวิจัยพบว่านวัตกรรมการใช้แผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถนำไป บูรณาการใช้ในสถานพยาบาลอื่นได้ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาในการสั่งใช้ยาต่อไป

**คำสำคัญ :** โรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา การบริหารเภสัชกรรม

การพัฒนานวัตกรรมเพื่อลดปัญหาการสั่งใช้ยาและการบริหารเภสัชกรรม ในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี  
วาสิฏฐี ตั้งสัตยาธิษฐาน

## Abstract

The purpose of research was to study the situation and prescribing problems and drug related problems in patients. Therefore, innovations have been developed for solving drug prescribing problems and evaluating the effectiveness of using innovations in solving drug prescribing problems. In order to set the guidelines for pharmaceutical care in asthma and chronic obstructive pulmonary disease clinic. The samples were 1631 people of asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients in the asthma and chronic obstructive pulmonary disease clinic at Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province. The study was conducted from October 1, 2017 to September 30, 2019. The study use of innovation inhaler list chart sheet in Kumphawapi Hospital. The researcher collected data from prescriptions. Pharmaceutical care was analyzed from drug related problem of patients and assessed the use of inhalers. Data analysis using frequency and percentage.

Kumphawapi Hospital is a general hospital. An important problem was found a rotation of doctors on a monthly basis. The problem of improper prescribing among a rotation of doctors in the clinic was the overdose and the prescribing not related to the number of appointment days. This often leads to a delay in consulting a doctor with the same prescribing problem. Therefore, pharmacists have created an innovative inhaler list chart sheet for use in Kumphawapi Hospital by attaching it to every medical examination room in the asthma and chronic obstructive pulmonary disease clinic to let doctors know about prescribing medications for accurate and appropriate of medication. In pharmaceutical care pharmacists have a role in solving drug problems in specific patients. Resulting in problems from the patient's drug use is reduced. Patients can use inhaler accurately. Trends in emergency room admissions hospitalization as an inpatient and the deaths of patients are reduced and can also reduce the cost of hospital medicine costs a lot per year.

From the research results, The innovative use of inhalers in asthma and chronic obstructive pulmonary disease clinics could be integrated into other health care settings. As a guideline for solving problems prescription in the future.

**Keywords:** Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Drug related problem, Pharmaceutical care

## บทนำ

โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นปัญหาของการสาธารณสุขในประเทศไทย หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากหรือมีอาการหอบจนต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและอาจมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2560) การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการบริหารเภสัชกรรมที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานจะช่วยลดอาการกำเริบ ลดจำนวนการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (วีชรา บุญสวัสดิ์ และคณะ, 2553) เนื่องด้วยพื้นที่อำเภอกุมภวาปีเป็นที่ตั้งของโรงงานหลายแห่ง ทำให้เกิดควันซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบกำเริบส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในแต่ละปีโรงพยาบาลได้ใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นจำนวนมาก

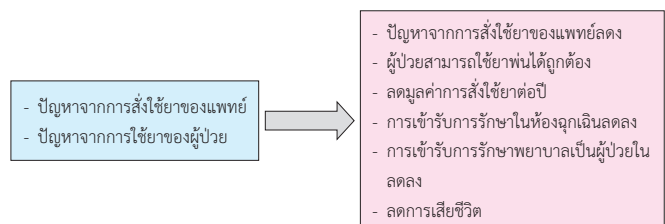
โรงพยาบาลกุมภวาปีเป็นโรงพยาบาลทั่วไป พบปัญหาที่สำคัญ คือ การมีแพทย์หมุนเวียนมาเป็นประจำทุกเดือนสำหรับคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าในปีงบประมาณ 2560-2561 ได้พบปัญหาการส่งใช้ยาไม่เหมาะสมของแพทย์หมุนเวียนที่เวียนมาตรวจในคลินิก คือ การส่งใช้ยาเกินขนาด และการส่งใช้ยาไม่สัมพันธ์กับจำนวนวันนัด ซึ่งบ่อยครั้งทำให้เกิดความล่าช้าขึ้นในการปรึกษาแพทย์ด้วยปัญหาการส่งยาในลักษณะเดิม ในปีงบประมาณ 2562 เภสัชกรจึงแก้ไขปัญหาโดยจัดทำนวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาลกุมภวาปีที่แสดงถึงชนิดยาพ่น รูปแสดงจำนวนยาพ่นต่อหลอด การคำนวณการส่งใช้ยา และขนาดสูงสุดในการรักษาของยาแต่ละชนิด โดยนำไปติดไว้ที่ห้องตรวจแพทย์ทุกห้องในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้แพทย์ทราบถึงการส่งใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น รวมถึงการบริหารเภสัชกรรมโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องรวมถึงการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ เพื่อสามารถลดจำนวนการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สุณี เลิศสินอุดม และคณะ, 2551)

จากการแก้ไขปัญหาการส่งใช้ยาของแพทย์ด้วยนวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นขึ้นในโรงพยาบาลพบว่ามี การส่งใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้น ลดปัญหาที่เกิดจากการส่งใช้ยาลดเวลาในการให้บริการแก่ผู้ป่วย รวมถึงลดมูลค่าการส่งใช้ยาในภาพรวมต่อปีได้ การบริหารเภสัชกรรมที่ครอบคลุมในการให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาที่ถูกต้องสามารถลดจำนวนการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดจำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลงได้

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาจากการส่งใช้ยาของแพทย์และปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย
2. เพื่อพัฒนานวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาลที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาจากการส่งใช้ยา
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาล

## กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถลดปัญหาจากการส่งใช้ยาของแพทย์และแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้
2. มีระบบการดูแลและการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

## วิธีการศึกษา

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาการพัฒนานวัตกรรมที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาการสั่งจ่ายยาและประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมในการแก้ไขปัญหาการสั่งจ่ายยา โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ นวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาลกุมภวาปี ประกอบด้วย ชื่อยา รูปแบบ รูปยา จำนวนยาต่อหลอด การคำนวณปริมาณการสั่งใช้ต่อหลอด และขนาดยาสูงสุด โดยนำไปติดไว้ที่ห้องตรวจแพทย์ทุกห้องในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้แพทย์ทราบถึงการสั่งจ่ายยาที่ถูกต้อง เมื่อแพทย์มีการสั่งจ่ายยาเภสัชกรจะตรวจสอบความเหมาะสม ความถูกต้องในการสั่งจ่ายยาของแพทย์และคำนวณให้จำนวนยาเพียงพอจนถึงวันนัด หากมีการสั่งจ่ายที่ไม่เหมาะสมหรือขนาดยาไม่ถูกต้องเภสัชกรจะปรึกษาแพทย์ โดยการศึกษาจะเป็นการดูแลแนวโน้มปัญหาจากการสั่งจ่ายยาของแพทย์ที่ลดลงและลดมูลค่าการสั่งจ่ายยาต่อปี เปรียบเทียบจาก ปีงบประมาณ 2560-2561 ยังไม่มีการใช้นวัตกรรมและปีงบประมาณ 2562 ที่มีการใช้นวัตกรรมขึ้นในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการศึกษาการบริหารเภสัชกรรมเพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยและให้คำปรึกษาถึงวิธีการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยเฉพาะราย การบริหารเภสัชกรรมโดยเภสัชกรเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ายาพ่นได้ถูกต้อง ลดการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน การเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน และการเสียชีวิตลดลง

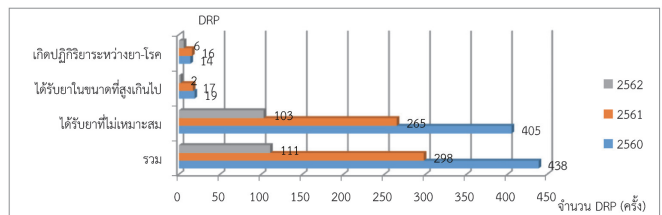
## ผลการศึกษา

### 1. สถานการณ์และสภาพปัญหาจากการสั่งจ่ายยาของแพทย์และปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1631 คน ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2562 โดยมีลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย คือ เป็นเพศชาย 980 คน คิดเป็นร้อยละ 60.09 และเป็นเพศหญิง 651 คน คิดเป็น

ร้อยละ 39.91 จากผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2562 มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 3584 ครั้ง , 3919 ครั้ง และ 3463 ครั้ง ตามลำดับ โดยภาพรวม ปัญหาที่พบ คือ การมีแพทย์หมุนเวียนมาเป็นประจำทุกเดือนในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2560-2561 ได้พบปัญหาการสั่งจ่ายยาของแพทย์ (Drug related problems : DRP) ที่หมุนเวียนมาตรวจในคลินิก ดังนี้

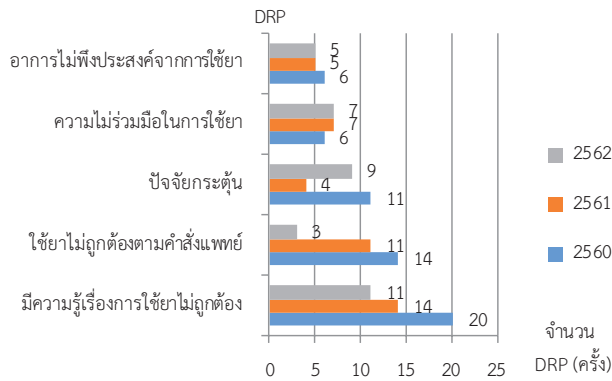
### 1.1 ปัญหาจากการสั่งจ่ายยาของแพทย์ (Drug related problems : DRP)



### ภาพที่ 2 ปัญหาจากการสั่งจ่ายยาจากแพทย์

จากภาพที่ 2 พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดจากการสั่งจ่ายยาของแพทย์ คือ ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสม โดยพบอุบัติการณ์การสั่งยาไม่สัมพันธ์กับวันนัดมากที่สุด คือ มีการสั่งยาไม่เพียงพอตามวันนัดและการสั่งยาเกินวันนัดให้แก่ผู้ป่วย ปัญหาที่พบรองลงมา คือ ปัญหาการสั่งจ่ายยาในขนาดที่สูงเกินไป เนื่องจากแพทย์ออกตรวจส่วนใหญ่เป็นแพทย์หมุนเวียนและเป็นแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ซึ่งจากการสอบถามแพทย์พบว่า แพทย์ไม่ทราบจำนวนยาพ่นต่อกล่องที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้เกิดปัญหาในการคำนวณจำนวนการสั่งจ่ายยาที่เพียงพอและเหมาะสมกับวันนัด ส่วนอุบัติการณ์ที่พบมากที่สุดในการสั่งจ่ายยาเกินขนาด คือ การสั่งใช้ Seretide เกินขนาด ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้

### 1.2 ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย (Drug related problems : DRP)



ภาพที่ 3 ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย





จากภาพที่ 3 พบว่า ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือมีความรู้เรื่องการใช้อินฮาลเลอร์ไม่ถูกต้อง ปัญหาที่พบรองลงมา คือ ปัญหาใช้ยาไม่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ และปัญหาที่พบบ่อยต่อมา คือ ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ เนื่องจากพื้นที่อำเภอกุมภวาปีเป็นที่ตั้งของโรงงานน้ำตาลและมีบ้านผู้ป่วยอยู่บริเวณนั้นหรือทำอาชีพในโรงงาน จึงพบว่าผู้ป่วยสัมผัสสิ่งกระตุ้น เช่น ทำงานโรงงาน หรือ สัมผัสควันจากบุหรี่ของคนรอบข้าง ทำให้เกิดอาการกำเริบได้ และ หอบเวลาอากาศเปลี่ยน ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้อินฮาลเลอร์อื่นๆ ซึ่งแบ่งเป็นปัญหาเกิดจากผู้ป่วยมองไม่เห็น ผู้ป่วยไม่ได้ยิน และ ผู้ป่วยอายุมากจึงทำให้ลืมพ่นยา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจากอายุและสภาพร่างกายของผู้ป่วยปัญหาส่วนใหญ่ ในด้านของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบอุบัติการณ์เป็นการใช้ยา ดังนี้ เจ็บปาก เจ็บคอ เสียงแหบ ไอ แต่ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดเชื้อราในช่องปาก

## 2. การพัฒนานวัตกรรมการคัดกรองรายการยาพ่นในโรงพยาบาลที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาจากการสั่งใช้ยาของแพทย์

จากอุบัติการณ์การเกิดการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของแพทย์หมุนเวียน พบว่าในกระบวนการปรึกษาแพทย์ซึ่งเภสัชกรจะไปปรึกษาแพทย์ที่ห้องตรวจคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยตรงพบว่า ทำให้เกิดความล่าช้าในการทำงานและด้วยอุบัติการณ์ซ้ำๆ ที่เกิดขึ้น ในปีงบประมาณ

2562 เภสัชกรจึงได้ดำเนินการจัดทำนวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาลกุมภวาปีขึ้น โดยนวัตกรรมแผ่นชาร์ตนี้ จะประกอบด้วย ชนิดยาพ่น รูปภาพยาพ่น จำนวนยาพ่นต่อหลอด การคำนวณการสั่งใช้ยา และขนาดสูงสุดในการรักษา โดยนำไปติดไว้ที่ห้องตรวจแพทย์ทุกห้องในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รายการยาพ่น รพ.กุมภวาปี

ชื่อยา	รูปภาพ	Dose/Box	สั่งยา/1กล่อง	Max dose
Budesonide MDI		200 dose	1x1 = 6 mo 1x2 = 3 mo 2x2 = 50 d	1200 mcg/day
Seretide evohaler 25/125		120 dose	1x2 = 2 mo 2x2 = 1 mo	2 puff bid
Seretide accuhaler 50/250		60 dose	1x2 = 1 mo	1 puff bid
Seretide accuhaler 50/500		60 dose	1x2 = 1 mo	1 puff bid
Salbutamol MDI		200 dose	-	800 mcg/day
Berodual MDI		200 dose	-	-
Avamys® Nasal Spray		120 dose	1x1 = 2 mo 2x1 = 1 mo /nostril	2 puff OD/nostril
Spiriva®		30 dose	1x1 = 1 mo	1 puff OD

ภาพที่ 4 นวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาลกุมภวาปี

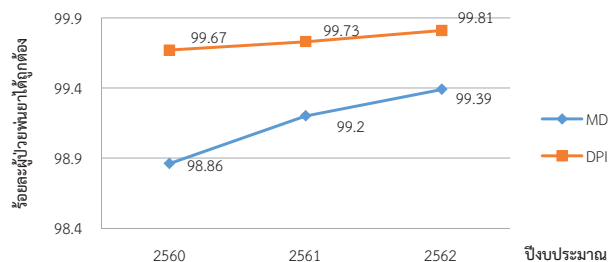
เมื่อมีการสั่งใช้ยาพ่น วิธีใช้นวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่น คือ สามารถดูชื่อยาที่ต้องการสั่งใช้ จะประกอบด้วยรูปแบบยา รูปภาพยา เพื่อเลือกชนิดรูปแบบยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย แพทย์สามารถสั่งใช้ยาโดยดูขนาดสูงสุดที่สามารถสั่งใช้ได้ เพื่อป้องกันการสั่งยาเกินขนาด และกำหนดจำนวนวันนัดโดยเทียบกับช่องสั่งยาต่อกล่อง โดยจะบอกถึงขนาดยาที่สั่งกับจำนวนวันนัดเป็นจำนวนต่อหนึ่งกล่องให้แก่ผู้ป่วย

### 3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาล

#### 3.1. ลดปัญหาจากการสั่งใช้ยาของแพทย์

จากการทำนวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาลติดที่ห้องแพทย์ พบว่าการสั่งใช้ยาของแพทย์เรื่องการคำนวณยาให้สัมพันธ์กับวันนัดถูกต้องมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสมและการสั่งใช้ยาเกินขนาดลดลง แม้ยังพบอุบัติการณ์อยู่เป็นเพราะมีแพทย์หมุนเวียนในทุกเดือน แต่เภสัชกรจะใช้วิธีตรวจสอบโดยจะคำนวณยาให้เพียงพอต่อผู้ป่วยอีกครั้งและลดจำนวนยาที่สั่งใช้เกินวันนัดเพื่อลดค่าใช้จ่ายการสั่งใช้ยาที่เกินวันนัดของโรงพยาบาลจากการเก็บข้อมูลพบว่า ปีงบประมาณ 2560-2562 ทำให้ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อปี ถึง 108,985.92 บาท , 111,167.65 บาท และ 46,840.32 บาท ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

3.2. ประเมินความถูกต้องในการใช้ยาพ่นของผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกุมภวาปี



ภาพที่ 5 ประเมินความถูกต้องในการใช้ยาพ่น ประจำปีงบประมาณ 2560 – 2562

จากภาพที่ 5 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนจะได้รับการประเมินความถูกต้องในการใช้ยาพ่นโดยเภสัชกร โดยร้อยละผู้ป่วยที่สามารถพ่นยาได้ถูกต้องของเกณฑ์การประเมิน พบว่าในปีงบประมาณ 2560 – 2562 ผู้ป่วยคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผ่านเกณฑ์ การประเมินของการใช้ยาพ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ

จากตารางที่ 2 พบว่า การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน การเข้ารับการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยใน และการเสียชีวิต

ตารางที่ 1 ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาจากมูลค่าคืนจากการสั่งใช้ยาเกินจำนวนวันนัดของแพทย์

รายการยาคืน	ปีงบประมาณ 2560		ปีงบประมาณ 2561		ปีงบประมาณ 2562	
	จำนวน (หลอด)	มูลค่า (บาท)	จำนวน (หลอด)	มูลค่า (บาท)	จำนวน (หลอด)	มูลค่า (บาท)
รูปแบบยาพ่น MDI	256	37,069.08	198	32,432.77	99	13,985.97
รูปแบบยาพ่น DPI	134	71,916.84	147	78,734.88	65	32,854.35
รวม	390	108,985.92	345	111,167.65	164	46,840.32

ตารางที่ 2 การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน การเข้ารับการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยใน และการเสียชีวิต ของผู้ป่วยคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลกุมภวาปี

การเข้ารับการรักษา	ปีงบประมาณ 2560 (ครั้ง, ร้อยละ)	ปีงบประมาณ 2561 (ครั้ง, ร้อยละ)	ปีงบประมาณ 2562 (ครั้ง, ร้อยละ)
การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน	638 (17.80)	580 (14.79)	473 (13.65)
การเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน	457 (12.75)	428 (10.92)	410 (11.83)
การเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน	75 (2.09)	73 (1.86)	78 (2.25)
การเสียชีวิต	8 (0.22)	10 (0.25)	7 (0.20)

ของผู้ป่วยคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า การเข้ารับการรักษาในห้วงฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2560 - 2562 มีแนวโน้มการเข้ารับรักษาในห้วงฉุกเฉิน มีแนวโน้มลดลง ส่วนการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน และการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน จากการวิเคราะห์แนวโน้มด้านการเข้ารับการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาล จากปีงบประมาณ 2560 - 2561 มีแนวโน้มลดลง แต่จะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปีงบประมาณ 2562 ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยคนเดิมเข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวนหลายครั้งในปีงบประมาณ 2562 ซึ่งอาจเป็นเพราะพยาธิสภาพของผู้ป่วยค่าการทำงานของปอดที่แย่ลง จึงทำให้เกิดอาการกำเริบบ่อยขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล สำหรับการเสียชีวิตพบว่าการเสียชีวิตแต่ละปีใกล้เคียงกัน และในปีงบประมาณ 2562 พบว่ามีแนวโน้มลดลงคิดเป็นร้อยละ 0.2

## อภิปรายผล

จากปัญหาด้านการสั่งจ่ายยาของแพทย์ ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสม ซึ่งพบว่าเกิดอุบัติการณ์การสั่งยาไม่สัมพันธ์กับวันนัดมากที่สุดและปัญหารองลงมา คือ การสั่งยาเกินขนาด ส่วนปัญหาด้านการจ่ายยาของผู้ป่วย พบว่า ปัญหาจากการจ่ายยาของผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ มีความรู้เรื่องการจ่ายยาไม่ถูกต้องทั้งยาควบคุมอาการและยาบรรเทาอาการ เภสัชกรจึงแก้ไขปัญหาด้านการสั่งจ่ายยาของแพทย์ โดยพัฒนานวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาลกุมภวาปีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ชนิดยาพ่น รูปภายาพ่น จำนวนยาพ่นต่อหลอด การคำนวณการสั่งจ่าย และขนาดสูงสุดในการรักษาของยาพ่นแต่ละชนิด โดยนำไปติดไว้ที่ห้องตรวจแพทย์ทุกห้องในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้แพทย์ทราบถึงการสั่งจ่ายยาที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น จากการทำนวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นติดที่ห้องแพทย์ พบว่าการสั่งจ่ายยาของแพทย์เรื่องการคำนวณยาให้สัมพันธ์กับวันนัดถูกต้องยิ่งขึ้น

สำหรับการประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาล พบว่า ปัญหาด้านการสั่งจ่ายยาเกินจำนวนวันนัดของแพทย์นั้น เภสัชกรจะตรวจสอบ

โดยจะคำนวณยาให้เพียงพอต่อการใช้ตามวันนัดของผู้ป่วยอีกครั้ง โดยจะลดจำนวนยาที่สั่งใช้เกินวันนัดเพื่อลดค่าใช้จ่ายการใช้ยาที่เกินวันนัดของโรงพยาบาล จากการเก็บข้อมูลพบว่า ทำให้ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลต่อปีเป็นจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงเห็นว่า จากการใช้นวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นขึ้นในโรงพยาบาลนั้น สามารถช่วยลดปัญหาจากการสั่งจ่ายยาของแพทย์ได้จริง ช่วยลดระยะเวลาการปรึกษาแพทย์จากปัญหาการสั่งจ่ายยาเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุที่ลดลงอย่างเห็นได้อย่างชัดเจนและลดระยะเวลาการรอคอยในการให้บริการกับผู้ป่วยในภาพรวมได้ นวัตกรรมนี้จึงเป็นประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลที่มีแพทย์หมุนเวียนและช่วยแก้ไขปัญหาจากการสั่งจ่ายยาได้จริง สามารถเป็นแนวทางในการใช้นวัตกรรมและปรับให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลอื่นได้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป ส่วนปัญหาด้านการจ่ายยาของผู้ป่วย พบว่า ปัญหาจากการจ่ายยาของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ มีความรู้เรื่องการจ่ายยาไม่ถูกต้อง ทั้งยาควบคุมอาการและยาบรรเทาอาการ จึงเป็นอีกบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรม ในส่วนนี้เภสัชกรมีการสอนและประเมินการจ่ายยาพ่น สอนวิธีการดูวันหมดอายุของยาและนับวันยาหมดการให้ความรู้เรื่องโรค ปัจจัยกระตุ้น การจ่ายยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เภสัชกรจะอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความรู้ด้านยาอย่างถูกต้องและการจ่ายยาอย่างถูกวิธี ประเมินการจ่ายยาพ่นของผู้ป่วยจากการดำเนินการพบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มการพ่นยาถูกต้องสูงขึ้นตามลำดับในปีงบประมาณ 2560 - 2562 คือ ร้อยละความถูกต้องของการจ่ายยา MDI คิดเป็นร้อยละ 98.86, 99.20 และ 99.39 ตามลำดับ ส่วนร้อยละความถูกต้องของการจ่ายยา DPI คิดเป็นร้อยละ 99.67 , 99.73 และ 99.81 ตามลำดับ การบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกร มีผลให้การเข้ารับการรักษาในห้วงฉุกเฉินมีแนวโน้มลดลงและการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในจากปีงบประมาณ 2560 - 2561 พบว่ามีแนวโน้มลดลง ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง ผลการใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลหนองกิ่งจังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2547-2548 (ศิริพรรณ ศรีงาน, 2548) พบว่า ทางคลินิกโรคหืดมีการใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้แนวทางการรักษา โดยมีแนวทางการรักษาโรคหืดและมีการดูแลผู้ป่วยเรื่อง



การพ่นยาที่ถูกต้อง รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา และการปฏิบัติตัว เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ พบว่า หลังการใช้แนวทางการรักษาโรคหืดผู้ป่วยมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยอาการหอบเฉียบพลันลดลง ลดการเข้านอนรักษา ในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันเฉลี่ยที่นอนในโรงพยาบาลลง ซึ่งหลังจากใช้แนวทางการรักษาโรคหืด ทำให้คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยดีขึ้น และสอดคล้องกับผลการบริหารเภสัชกรรม ผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลดอกคำใต้ (ณัฐวรรณ เลิศภานิติศ, 2557) พบว่า จากการบริหารเภสัชกรรมโดยการประเมิน การใช้ยาสูดพ่น ร่วมกับการให้คำแนะนำและสอนการใช้ยา อย่างถูกต้องโดยเภสัชกร รวมถึงวิเคราะห์ประเภทและความถี่ ของปัญหาเกี่ยวกับยา พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ ปัญหา ของการใช้ขนาดยาไม่ถูกต้อง ส่วนการประเมินการใช้ยาสูดพ่น พบว่าผู้ป่วยผ่านการประเมินดีขึ้นเป็นลำดับ และพบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและจำนวนครั้ง ของการนอนโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง จากการศึกษาพบว่าการ ค้นหาปัญหาและการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา โดยการบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรจะสามารถลดและแก้ไข ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยา ที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้นช่วยลดอาการหอบรุนแรงได้ ลดการเสียชีวิตและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## สรุปผล

จากการปัญหาสั่งใช้ยาของแพทย์ ปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ อุบัติการณ์การสั่งยาไม่สัมพันธ์กับวันนัดมากที่สุดและปัญหา รองลงมา คือ การสั่งใช้ยาเกินขนาด เภสัชกรจึงแก้ไขปัญหา โดยจัดทำนวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาล ติดที่ห้องแพทย์ พบว่าการสั่งใช้ยาของแพทย์เรื่องการค้าฉวยยา ให้สัมพันธ์กับวันนัดถูกต้องยิ่งขึ้น สามารถช่วยลดระยะเวลา รอคอยในการให้บริการผู้ป่วย และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่าย การใช้ยาที่เกินวันนัดของโรงพยาบาลได้

ในส่วนของการบริหารเภสัชกรรมในด้านปัญหา ด้านการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่า ปัญหาจากการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุด คือ มีความรู้เรื่องการใช้ยาไม่ถูกต้องทั้งยาควบคุม อาการและยาบรรเทาอาการ การให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่อง โรค ปัจจัยกระตุ้น และการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งผล

ให้ผู้ป่วยสามารถการใช้ยาพ่นได้ถูกต้องมากขึ้น การเข้ารับ การรักษาในห้องฉุกเฉิน การเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็น ผู้ป่วยใน และการเสียชีวิตของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดและ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีแนวโน้มลดลง

## ข้อเสนอแนะ

การใช้นวัตกรรมแผ่นชาร์ตรายการยาพ่นในโรงพยาบาล สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอื่นที่มีการให้บริการ คลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีแพทย์หมุนเวียนได้ เพื่อลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการสั่งยาไม่เหมาะสมต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- Nattawat Lertpanitit (2014) Results of pharmaceutical care for asthma patients Dok Khamtai Hospital. Journal of Public Health, Vol. 23, Issue 1 January – February 2014
- Siriphan Sringan (2005) Effects of the use of guidelines for treating asthma patients in Nong Ki Hospital, Buriram Province. 2004-2005 Medical Journal Sisaket Hospital, Surin, Buriram, Vol. 20, No 3 September-December 2005
- Sunee Lertsinudom, et al. (2008). Management of drug-related problems by pharmacists in asthma easy clinic. Srinakarin Hospital Khon Kaen Province.
- Thoracic Society of Thailand , Association of Asthma Organizations of Thailand and et al. (2017). Guidelines for diagnosis of asthma in Thailand in adults, Beyond Company Enterprise Co., Ltd.
- Watchara Boonsawad and Sunee Lertsinudom (2010) Asthma and Asthma Easy Clinic: Pharmaceuticalcare Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 1<sup>st</sup> KhonKaen: Klangnanawittaya Printing Partnership; 27-37.



# การพัฒนาระบบการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่าย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดน่าน

## DEVELOPMENT OF COMMUNITY AND NETWORK CRISIS MANAGEMENT SYSTEM IN THE CASE OF CORONAVIRUS DISEASE 2019, NAN PROVINCE.

ถนัด ไบยา, นกตล สุตสม  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน  
Thanat Baiya, Napadol Sudsom  
Nan Provincial Health Office

### บทคัดย่อ

การพัฒนาระบบการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่าย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่าย และประเมินผลระบบการจัดการ และจัดทำข้อเสนอแนะระบบการจัดการในภาวะวิกฤตจากกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปกครอง ตำรวจ อบต. กำนัน ผู้นำชุมชน อสม. และชาวบ้าน จำนวน 2 พื้นที่ๆ ละ 60 คน รวม 120 คน และประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,030 คน เก็บข้อมูลจากสรุปรายงานผลการดำเนินงาน การระดมสมอง การทบทวนหลังปฏิบัติการ การสนทนากลุ่ม การสำรวจ นำเสนอผลการวิจัยในลักษณะเชิงพรรณนาและพรรณนาวิเคราะห์ ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2563 – มิถุนายน 2565

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่ายสรุปได้ 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะป้องกัน ได้แก่ สื่อสารสร้างความเข้าใจ กำหนดมาตรการชีวิตวิถีใหม่ในชุมชน จัดตั้งด่านคัดกรองคนเข้าออกชุมชน เผื่อระวังติดตามกลุ่มเสี่ยง 2) ระยะการเตรียมการ ได้แก่ กำหนดสถานที่กักตัวในบ้านหรือในชุมชน จัดหาวัสดุอุปกรณ์สำหรับป้องกัน จัดทำแผนและซ้อมแผนเผชิญเหตุ 3) ระยะการเผชิญเหตุ ได้แก่ การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการหมู่บ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย ค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทำความสะอาดบ้านผู้ป่วยหรือพื้นที่เสี่ยง กำหนดมาตรการชุมชน จัดสถานที่กักตัวกลางในชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสารในหมู่บ้าน 4) ระยะการฟื้นฟู ได้แก่ ปรับมาตรการชุมชน เยียวยาจิตใจ ให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบ รับผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วสู่ชุมชน เผื่อระวังโรคอย่างต่อเนื่อง สรุปบทเรียนและเตรียมพร้อมกรณีเกิดเหตุในอนาคต

ดังนั้นการจัดการภาวะวิกฤตควรให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การสร้างความรู้เข้าใจร่วม จัดทำแผนงานร่วม การปฏิบัติการร่วม และสรุปติดตามประเมินผลร่วมกัน ตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เสริมพลังกันทั้งภาคชุมชน ท้องถิ่น เอกชน และภาคราชการ

**คำสำคัญ :** โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การจัดการภาวะวิกฤต การจัดการภัยพิบัติโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

## Abstract

Development of community and network crisis management system in the case of coronavirus disease 2019 in Nan Province. The objectives were to study the community and network crisis management system. To evaluate the management system and prepared a proposal for a management system in crisis from the case of coronavirus disease 2019. The study used mixed method study. Participants in the study were public health officers, District officers, police, Local administrative organizations, village leaders, community volunteers, and villagers as totaling 60 people in two areas (totaling 120 people) and 2,030 sample. Collect data by brainstorming, after action review, group discussion and survey. Qualitative data used content analysis and quantitative data used descriptive. Operate during March 2020 – June 2022.

The results of the study revealed that the community crisis management system and network can be summarized in four phases as follows : 1) Prevention phase was to determine new lifestyle measures in the community, set up a checkpoint to screen people entering and leaving the community, surveillance and follow up on risk groups. 2) Preparation phase was to determine the place of home quarantine or community quarantine, providing protective equipment, incident response plan. 3) Response phase was the management by the village committee to screening for risk groups, clean risk area, village lock downs, help center, community quarantine, information and others facility. 4) Rehabilitation phase was to heal the mind and provide assistance to those affected. Accepting cured patients to the community, monitor and follow the new normal lifestyle, summarize the lesson learn and prepare for future incidents.

Therefore, crisis management should focus on building mutual understanding. To action plan, action operation, monitor and evaluation of the community and network from the district, sub-district and village levels. To strengthening each other in the community as local, private and government sectors.

**Key words:** COVID-19, Crisis management, Community Based Disaster Management

## บทนำ

ภัยพิบัติด้านสาธารณสุขที่สำคัญคือ โรคระบาดที่มีการแพร่กระจายไปทั่วโลก เช่น ไข้หวัดใหญ่สเปนในปี 2461 ไข้หวัดใหญ่ในเอเชียปี 1957-1958 ไข้หวัดนกในฮ่องกงปี 1968-1969 โรคมาร์สเบิร์กในปี 2002-2003 ไข้หวัดใหญ่ H1N1 (Mona Patel and Ojash Patel, 2020, page 275) และล่าสุดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นการระบาดครั้งใหญ่ของโลก (pandemic) (World Health Organization, 2020) ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกุญแจสำคัญในการแก้ไขปัญหา COVID-19 (O.S Ilesanmi and O.F. Fagbule, 2020, page 2)

การจัดการภัยพิบัติด้านสาธารณสุขได้ขยายขอบเขตของงานจากบริการทางสาธารณสุขไปสู่การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ให้มีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติครบวงจรมากขึ้น (วรสิทธิ์ ศรศรี และคณะ, 2556) โดยการนำแนวทางการจัดการภัยพิบัติโดยใช้ชุมชนเป็นฐานส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Rebekah Yore, Ilan Kelman, Matalena Tofa, 2018) เกิดเครือข่ายทางสังคมในการจัดการภาวะวิกฤตได้อย่างอัตโนมัติ โดยใช้ฐานความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2563) ที่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ขององค์ความรู้ท้องถิ่นผสมผสานความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ การสร้างศักยภาพของชุมชนในการรับมือภัยพิบัติในสถานการณ์ที่เร่งด่วนและเปราะบาง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2562)

จังหวัดน่านเกิดภาวะวิกฤตสำคัญหลายครั้ง อาทิเช่น โรคโบทูลิซึม อำเภอบ้านหลวง ปี 2549 น้ำท่วมใหญ่ปี 2549 และปี 2554 ดินโคลนถล่มบ้านห้วยขาบ อำเภอบ่อเกลือ ปี 2561 เป็นต้น และในวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) ในครั้งนี้ ได้มีความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เกิดรูปแบบ มาตรการ วิธีการหลากหลายที่นำเอามาช่วยกันในการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ดังนั้นการศึกษารูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่ายจากกรณีโรคโควิด 19 จังหวัดน่านตามแนวคิดการจัดการภัยพิบัติโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Disaster Management) ตั้งแต่

ระบบเล็กในชุมชนที่เชื่อมโยงกับระบบใหญ่ของระบบสุขภาพและสังคม อันจะเป็นบทเรียนที่จะนำมาปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ (New normal) หรือการรองรับวิกฤตอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบบการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่ายจากกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดน่าน
2. เพื่อประเมินผลระบบการจัดการและจัดทำข้อเสนอระบบการจัดการในภาวะวิกฤต จังหวัดน่าน

## กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา (ประยุกต์จากแนวคิด Community Based Disaster Management; CBDM, 2018)

## วิธีการศึกษา (Methods)

รูปแบบการศึกษา ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mix Method) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantity Research) หน่วยวิเคราะห์ในการวิจัย (Unit of Analysis) ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่จังหวัดน่านเป็นพื้นที่ในการวิจัย ใช้วิธีการศึกษาและวิเคราะห์จากเรื่องเล่า (Story telling) เอกสาร (Documentary Analysis) การทบทวนหลังปฏิบัติการ (After Action Review : AAR) และสนทนากลุ่ม พื้นที่ดำเนินการ

ได้แก่ 1) พื้นที่การศึกษาในภาพรวมของจังหวัดน่าน 2) พื้นที่การศึกษาเชิงลึกจำนวน 2 พื้นที่เพื่อศึกษากลไกและการจัดการในระดับพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ตำบลเมืองลี อำเภอนาหมื่น เป็นพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อโควิด 19 รายแรกของจังหวัดน่าน ในระลอกที่สอง พื้นที่อำเภอเชียงกลาง เป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยติดเชื้อมากที่สุดนในจังหวัดน่านในระลอกเดือนเมษายน 2564

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ได้แก่ แกนนำหลักในพื้นที่การศึกษาเชิงลึก 2 พื้นที่ๆ ละ 60 คน รวม 120 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปกครอง ตำรวจ อบต. กำนัน ผู้นำชุมชน อสม. และชาวบ้าน และการสำรวจความคิดเห็นและการปฏิบัติตนประชาชนทั่วไปในช่วงการแพร่ระบาดครั้งที่ 1, 2, 3, 4 ของโรคโควิด 19 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 2,030 คน 1,379 คน 1,517 คน และ 1,362 คน ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ สรุปรายงานผลการดำเนินงาน การระดมสมอง เส้นแบ่งเวลา Actors & Acting analysis การทบทวนหลังปฏิบัติการ การสนทนากลุ่ม แบบสอบถามออนไลน์ นำเสนอผลการวิจัยในลักษณะเชิงพรรณนา และพรรณนาวิเคราะห์

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประชุมทีมวิจัยเพื่อทบทวนกรอบความคิดและกระบวนการดำเนินการวิจัยร่วมกัน และจัดเก็บข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโรคโควิด 19

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนสถานการณ์เหตุการณ์ ข้อมูลต่างๆ ในการรับมือกับโรคโควิด 19 ของจังหวัดน่าน โดยจัดทำเป็นแผนที่ลำดับเหตุการณ์ ข้อมูลที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ และมาตรการ/กระบวนการรับมือของชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยใช้การระดมสมอง เครื่องมือเส้นแบ่งเวลา และ Actors & Acting analysis จำนวน 1 ครั้ง กลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน ประกอบด้วยนักวิจัย บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน อบต. ตัวแทนภาครัฐ ตัวแทนภาคเอกชน ตัวแทนภาควิชาการ

3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 2 พื้นที่ๆ ละจำนวน 60 คน รวม 120 คน โดยใช้เครื่องมือทบทวนหลังปฏิบัติการ เพื่อถอด

บทเรียนรูปแบบการจัดการของชุมชนและเครือข่ายกรณีพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั้งก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ

4. สสำรวจความคิดเห็นและการปฏิบัติตนในช่วงการแพร่ระบาดครั้งที่ 1, 2, 3, 4 ของโรคโควิด 19 แบบออนไลน์จากประชาชนที่ได้รับการเชิญเข้าร่วมตอบแบบสอบถามโดยอสม.

5. สนทนากลุ่มในกลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 5 คน รวม 15 คน เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกในปัจจุบันเงื่อนไขการจัดการตามสถานการณ์และบริบทพื้นที่

6. จัดเวทีคืนข้อมูลให้กลุ่มแกนนำแต่ละภาคส่วนและภาคีเครือข่าย เพื่อสะท้อนมุมมองและเพิ่มเติมข้อมูลจำนวน 1 ครั้ง กลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน ประกอบด้วยนักวิจัย แกนนำหลักในกลุ่มต่างๆ เช่น บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน อบต. ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ

7. สังเคราะห์รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่ายจากบทเรียนจากกรณีโรคโควิด 19 จังหวัดน่าน เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอการวางแผนการจัดการภาวะวิกฤตในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยได้ดำเนินการบันทึกข้อมูลใน Field note ทุกครั้งที่ดำเนินการปฏิบัติการในพื้นที่ และนำมาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบลักษณะสามเส้า (Triangulation) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) จำแนกข้อมูลแบ่งเป็นกลุ่มประเด็นข้อมูล (Thematic analysis) พรรณนารายละเอียด (Analytical Description) ตีความหาความหมาย (Interpretation) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติจำนวน และร้อยละ

ระยะเวลาดำเนินงานวิจัย 28 เดือน (มีนาคม 2563 – มิถุนายน 2565)

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครการวิจัย ผู้ศึกษาได้ขอยื่นเอกสารผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เอกสารเลขที่ 41/2563 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2563 รหัส NAN REC 63-41

## ผลการศึกษา

### 1. สถานการณ์การจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่ายกรณีโรคโควิด 19 จังหวัดน่าน

จากข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งในด้านจำนวนผู้ติดเชื้อ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการของชุมชนและเครือข่ายสามารถแยกเป็น 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 พบผู้ป่วยในประเทศไทย (มกราคม - พฤศจิกายน 2563) เป็นช่วงที่เริ่มพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย และเริ่มพบผู้ป่วยในประเทศ ทำให้มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน มาตรการล็อกดาวน์ประเทศและจังหวัด ทำให้แรงงานเดินทางกลับบ้านเป็นจำนวนมาก มีการตั้งด่านคัดกรองคนเข้าออกจังหวัด สำหรับการจัดการของชุมชนและเครือข่าย ได้ใช้กลไกของคณะกรรมการหมู่บ้าน/ตำบล และเวทีประชาคมกำหนดมาตรการชีวิตวิถีใหม่ สำหรับกิจกรรมในชุมชน เช่น งานศพ งานวัด งานบุญประเพณี ตลาดสด เป็นต้น ซึ่งมีมาตรการหลัก ได้แก่ คัดกรองวัดไข้ การล้างมือ ใส่หน้ากาก เว้นระยะห่าง เลี่ยงอาหารแบบจานเดียว หรือข้าวกล่อง ลดชั้นตอนพิธีการ ลดการสัมผัสใกล้ชิด เป็นต้น กำหนดมาตรการกักตัวสำหรับผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ตั้งแต่ระยะก่อนกลับมาบ้าน มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว และสถานที่กักตัว อาจเป็นบ้าน กระโจมที่ไร่ หรือสถานที่ที่ชุมชนจัดไว้ ในช่วงที่ต้องกักตัวเอง 14 วัน โดยจะมีผู้ใหญ่บ้าน อสม. คัดกรอง วัดไข้ ชักประวัติ ให้ความรู้การปฏิบัติตัว ติดตามดูแลเฝ้าระวังสังเกตอาการตลอดช่วงที่กักตัว การดูแลความเป็นอยู่ของผู้ที่กักตัว และระยะพ้นการกักตัว อสม. ผู้นำชุมชน รพ.สต. ให้การประเมิน ให้คำแนะนำ ออกใบรับรองพ้นระยะกักตัว มีการจัดตั้งด่านชุมชน มีการตั้งด่านในหมู่บ้านหรือตำบล เพื่อคัดกรองคนเข้าออกในช่วงที่มีการแพร่ระบาด บางหมู่บ้านมีการล็อกดาวน์ตนเอง ปิดหมู่บ้าน ไม่ให้คนนอกเข้าหรือคัดกรองคนเข้าออก และการสื่อสารชุมชน ผ่านวิทยุชุมชน สื่อออนไลน์ สื่อบุคคล และอื่นๆ เช่น หอกระจายข่าว ป้ายประชาสัมพันธ์ รถประชาสัมพันธ์ เป็นต้น เพื่อแจ้งเตือนข้อมูลสถานการณ์ ประกาศมาตรการต่างๆ ผลที่เกิดขึ้น ทำให้ชุมชนช่วยกันเฝ้าระวังและป้องกันอย่างเข้มแข็ง ไม่พบผู้ติดเชื้อ (จังหวัดน่าน เป็น 1 ใน 2 จังหวัดที่ไม่พบผู้ติดเชื้อ)

ระยะที่ 2 ระบาดใน จ.สมุทรสาคร (ธันวาคม 2563- มีนาคม 2564) ยังคงประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินประกาศกำหนดพื้นที่สถานการณ์แต่ละพื้นที่ พบผู้ติดเชื้อรายแรกของจังหวัดน่าน เป็นผู้เดินทางมาจากกรุงเทพฯ เพื่อมาเยี่ยมญาติช่วงเทศกาลปีใหม่ การจัดการของชุมชนและเครือข่ายยังคงมาตรการชีวิตวิถีใหม่การกักตัวเน้นกลุ่มเสี่ยงหรือที่มาจากต่างจังหวัดตามประกาศที่ต้องกักตัว 14 วัน มีการปิดหมู่บ้านเฉพาะหมู่บ้านที่พบผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน และมีการสื่อสารชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ระบาดกรุงเทพฯ เชียงใหม่ และรับผู้ป่วยกลับบ้าน (เมษายน-พฤศจิกายน 2564) ยังคงพบผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนจำนวนมาก ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง เชื่อมโยงกับสถานบันเทิง ติดเชื้อจากคนในครอบครัว/เพื่อนร่วมงาน และติดเชื้อในชุมชน มีการจัดตั้งศูนย์รับผู้ป่วยจากต่างจังหวัดกลับมารักษาตัวในจังหวัดน่าน จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และสถานที่กักตัวกลาง การจัดการของชุมชนและเครือข่ายยังคงมาตรการชีวิตวิถีใหม่ในชุมชน (มีการปรับมาตรการให้สอดคล้องสถานการณ์) มาตรการกักตัวเน้นกลุ่มเสี่ยงหรือที่มาจากต่างจังหวัดตามประกาศของจังหวัด สนับสนุนการรับผู้ป่วยกลับบ้าน โรงพยาบาลสนาม และการกักตัวกลุ่มเสี่ยง ยังคงรณรงค์ประชาสัมพันธ์มาตรการอย่างต่อเนื่อง และการฉีดวัคซีนป้องกัน ผลที่เกิดขึ้นพบผู้ติดเชื้อจำนวนมาก เป็นการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนในหลายพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อจากผู้เดินทางมาจากต่างจังหวัดแล้วแพร่เชื้อให้คนในครอบครัวและคนใกล้ชิด

ระยะที่ 4 เชื้อโอไมครอนระบาดและเตรียมเข้าสู่โรคประจำถิ่น (ธันวาคม 2564-เมษายน 2565) ยังคงมีการแพร่ระบาดต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อจากคนในครอบครัว/เพื่อนร่วมงานโรงเรียน เน้นการรณรงค์ฉีดวัคซีนเพิ่มการรักษาที่ชุมชนและบ้าน การจัดการของชุมชนและเครือข่ายยังคงมาตรการชีวิตวิถีใหม่ในชุมชน เน้นรณรงค์การฉีดวัคซีน/มาตรการองค์การปลอดภัย (CFS) รณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการกักตัวที่บ้าน/ชุมชนตามแนวทางการรักษาแบบ HI SI พร้อมจัดทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลที่เกิดขึ้นพบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อภายในจังหวัด เป็นการติดเชื้อจากคนในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนที่โรงเรียน

ระยะที่ 5 การเตรียมเข้าสู่โรคประจำถิ่น (พฤษภาคม - มิถุนายน 2565) ปรับตัวอยู่ร่วมกับโควิด 19 ทั้งการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุม และการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในชุมชน

2. บทเรียนการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่พบผู้ติดเชื้อโควิด 19

2.1 ตำบลเมืองลี อำเภอนาหมื่น (พบผู้ติดเชื้อโควิด 19 รายแรกของจังหวัดน่าน)

จากที่มีรายงานพบผู้ป่วย โควิด 19 รายแรกของจังหวัดน่าน เป็นหญิงอายุ 23 ปี สัญชาติลาว ที่มากรุงเทพฯ เพื่อมาเยี่ยมญาติที่บ้านนาหมอ ตำบลเมืองลี อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน เมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ.2564 ทีมสาธารณสุขได้ดำเนินการควบคุมโรคไม่ให้แพร่ระบาดได้ และรักษาผู้ป่วยหายเป็นปกติ

บทเรียนที่สำคัญ

1) ก่อนเกิดเหตุ ชุมชนและท้องถิ่นมีมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันโรคอย่างเข้มแข็ง มีการกำหนดมาตรการชุมชน การเฝ้าระวัง คัดกรอง ตั้งด่านชุมชนคัดกรองคนเข้าออก

กักตัวกลุ่มเสี่ยง มาตรการชีวิตวิถีใหม่ในกิจกรรมชุมชน แต่ยังมีจุดที่ต้องพัฒนาคือการดำเนินการตามมาตรการที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาล และการกำหนดมาตรการบังคับใช้สำหรับผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือ ในระดับตำบลและอำเภอ มีการวางแผน โครงสร้างบัญชาการเหตุ คำสั่งระดับอำเภอ/ตำบล สนับสนุนการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แต่การซ่อมแผนบนโต๊ะมีเฉพาะในส่วนของสาธารณสุขทำให้ภาคส่วนอื่นไม่ทราบบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน

2) ขณะเกิดเหตุ ทีมสาธารณสุขเป็นทีมทำงานหลัก ร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ เข้าสอบสวนและควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว อบต.ช่วยจัดหาอุปกรณ์สนับสนุน การปฏิบัติการและเป็นศูนย์บริหารจัดการในภาพรวมตำบล มีการทบทวนมาตรการของชุมชนและดำเนินการอย่างเข้มงวด มีการปิดหมู่บ้านและกักตัวกลุ่มเสี่ยง โดยมีทีมสนับสนุนจากจังหวัดและอำเภออื่นๆ ได้เข้าไปสนับสนุน มีการดูแลช่วยเหลือกันจากภายในและภายนอกชุมชนโดยการประสานของกองทุนคนนาหมื่นไม่ทิ้งกัน ทำให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ แต่จุดที่ต้องพัฒนาคือ การทำความเข้าใจระบบบัญชาการเหตุ



ภาพที่ 2 Timeline กระบวนการจัดการของชุมชนและเครือข่าย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การกำหนดบทบาทหน้าที่ และการซ่อมแผนเผชิญเหตุร่วมกัน การสื่อสารสาธารณะ และการสร้างความเข้าใจลดการรังเกียจตีตรา

3) หลังเกิดเหตุ มีการเยียวยาจิตใจ ปรับทำความเข้าใจให้ภัยกัน และสรุปบทเรียนร่วมกัน มีการจัดเฝ้าระวังโรคในชุมชน และปฏิบัติตามมาตรการชีวิตวิถีใหม่โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมในชุมชน

2.2 ตำบลเชียงกลาง อำเภอเชียงกลาง (พบผู้ติดเชื้อโควิด 19 เป็นกลุ่มก้อนใหญ่ในจังหวัดน่าน)

พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2564 ติดจากญาติที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงต่างจังหวัดแล้วแพร่เชื้อให้คนในครอบครัว และไปแพร่เชื้อต่อในงานเลี้ยงของชุมชน เกิดการระบาดในพื้นที่ 2 ตำบล รวมผู้ติดเชื้อทั้งหมด 54 ราย

1) ก่อนเกิดเหตุ มีการเฝ้าระวังตามมาตรการป้องกันโรค คัดกรองเฝ้าระวังติดตามคนมาจากต่างพื้นที่เสี่ยง มีการเตรียมอุปกรณ์สนับสนุน เตรียมทีมงาน และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในการป้องกัน แต่ช่วงเทศกาลช่วงสงกรานต์มีการเดินทางมาจากต่างจังหวัดจำนวนมากพื้นที่ไม่ทราบข้อมูลคนเข้าพื้นที่จากด่านตรวจ และชุมชนไม่ได้เฝ้าระวังคนที่มาจากพื้นที่ที่ไม่ได้อยู่ตามประกาศของจังหวัด บางคนไม่ให้ความร่วมมือ บางคนกักตัวไม่ถูกวิธี มีการจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม/งานเลี้ยงสังสรรค์ มีการสร้างข่าวลือข่าวลวง และบางคนปกปิดข้อมูล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการทบทวนมาตรการ ระบบเฝ้าระวัง และซ่อมแผนเผชิญเหตุร่วมกัน มีการทบทวนระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในชุมชน สร้างความเข้าใจเรื่องมาตรการ การป้องกัน การกักตัว สถานที่กักตัว และการสร้างสำนึกรับผิดชอบ

2) ขณะเกิดเหตุ ได้ประสานทีมสอบสวนควบคุมโรคเข้าควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว ต่อมาจังหวัดประกาศล็อกดาวน์หมู่บ้านที่เป็นพื้นที่แพร่ระบาดจำนวน 2 หมู่บ้าน โดยผู้นำและอาสาช่วยกันเฝ้าระวังในชุมชน ผู้นำและทีมพื้นที่ชุมชนที่ไม่พบผู้ป่วยได้เข้ามาสนับสนุนช่วยเหลือพื้นที่พบผู้ป่วย ได้มีกลุ่มจิตอาสาและภาคเอกชนเข้ามาสนับสนุนจัดครัวกลาง จัดหาอาหาร สิ่งของเครื่องใช้ดูแลช่วยเหลือผู้ที่ถูกกักตัวและชุมชนที่ถูกล็อกดาวน์

เกิดกองทุนช่วยเหลือในตำบล เกิดการวางแผนโดยใช้ระบบข้อมูลแผนที่ภูมิศาสตร์ มีการสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ หอกระจายข่าว และรถประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจในมาตรการร่วมกัน แต่ก็มีข้อจำกัดการบัญชาการเหตุ/ การสั่งการ/การออกประกาศในพื้นที่ที่ไม่สามารถทำได้นอกจากประกาศจังหวัดได้ แต่ในช่วงเผชิญเหตุในช่วงแรกนั้นยังพบปัญหาการขาดศูนย์กลางประสานภายในและภายนอก ขาดความเข้าใจการกักตัว สถานที่กักตัว และไม่ได้มีการวางแผนเตรียมรับการล็อกดาวน์ ไม่มีจุดประสานกลางข้อมูลและการสื่อสาร/การสื่อสารไม่ตรงกัน ทำให้การเผชิญเหตุในระยะแรกมีปัญหาติดขัดอยู่บ้าง มีการรังเกียจตีตราผู้ป่วยหรือหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย ดังนั้นการสร้างความเข้าใจเรื่องมาตรการ การป้องกัน การกักตัว การวางแผน/ซ่อมแผนการบริหารจัดการและการเผชิญเหตุ และแผนรองรับกรณีที่มีนาต้องกักตัวหรือรักษาตัววางแผนจัดศูนย์กลางการบริหารจัดการกรณีล็อกดาวน์ โดยเฉพาะบริหารจัดการด้านอาหาร วางระบบข้อมูลและการสื่อสารกลางให้เป็นทิศทางเดียวกัน ทำความเข้าใจเรื่องการไม่รังเกียจตีตรา การยอมรับและปรับตัว

3) หลังเกิดเหตุ มีกลุ่มคนหลากหลายช่วยแก้ไขปัญหา ช่วยกันทำความสะอาดหมู่บ้าน สถานที่ต่างๆ สร้างความมั่นใจให้คนในชุมชนและนอกชุมชน รณรงค์ฉีดวัคซีน และเข้าไปดูแลช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบ เยี่ยมผู้ป่วยหลังกลับบ้าน แต่สิ่งที่ต้องเรียนรู้และพัฒนาได้แก่ การทำความเข้าใจกับข้อสั่งการ/ประกาศของประเทศ และจังหวัดกับข้อปฏิบัติการในพื้นที่เพื่อสรุปแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน โอกาสในการพัฒนาได้แก่ การจัดระบบข้อมูลและเฝ้าระวังคนเข้ามาในพื้นที่ การสร้างความมั่นใจของคนต่างถิ่น การเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ และการปรับชีวิตวิถีใหม่

3. พฤติกรรมการป้องกันตนเองและการปฏิบัติตนสำหรับการใช้ชีวิตปกติด้วยวิถีใหม่ (New Normal)

ข้อมูลจากการสำรวจแบบออนไลน์ จากประชาชนที่ได้รับการเชิญเข้าร่วมตอบแบบสอบถามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในระยะต่างๆ สรุปได้ดังนี้



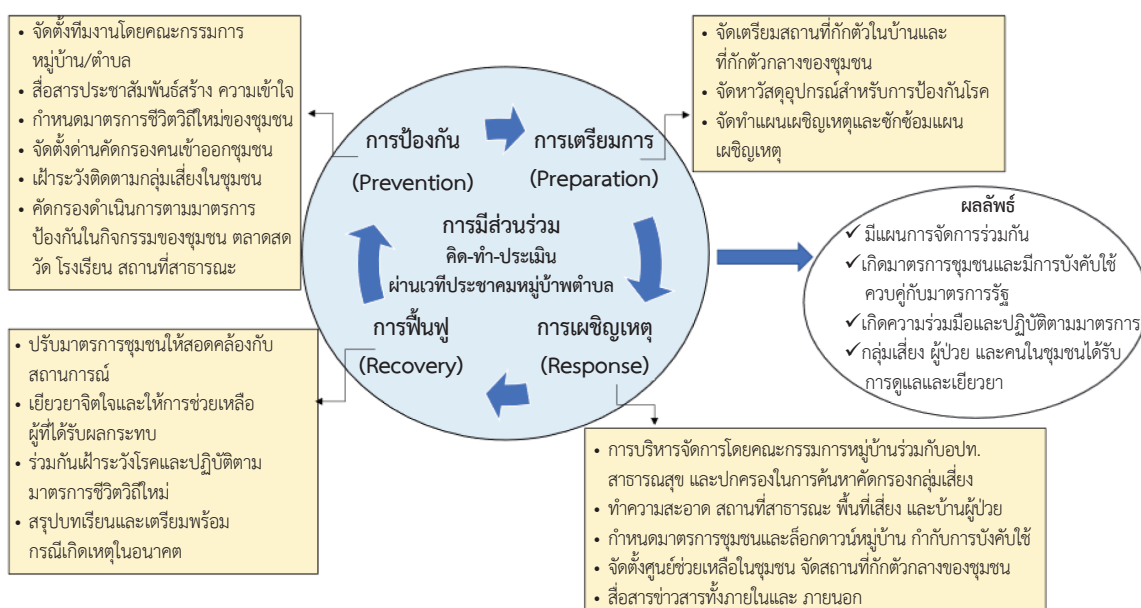
ลำดับ	พฤติกรรม การป้องกันตนเอง และการปฏิบัติตน เป็นประจำ	การปฏิบัติตน (ร้อยละ)			
		ครั้งที่ 1 (15-25 พ.ค. 2563) n = 2,030	ครั้งที่ 2 (1-14 ก.พ. 2564) n = 1,379	ครั้งที่ 3 (1-15 พ.ค. 2564) n = 1,517	ครั้งที่ 4 (16-31 ส.ค. 2564) n = 1,362
1	เว้นระยะห่าง	83.1	79.5	82.1	88.1
2	ใส่หน้ากากอนามัย/ผ้า	94.8	92.1	95	97.5
3	ระวังไม่เอามือจับหน้า จมูก ปาก	65.1	77.4	74.4	86.5
4	ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่/ เจลแอลกอฮอล์	84.5	87.6	90.8	95.0
5	กินอาหารร้อน และใช้ช้อนตนเอง	82.4	88.3	91.3	95.6

จากตาราง ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองและการปฏิบัติตนสำหรับการใช้ชีวิตปกติด้วยวิถีใหม่ (New Normal) ที่ดี ที่ปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุดในการสำรวจครั้งล่าสุด ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัย/ผ้า ร้อยละ 97.5, กินอาหารร้อนและใช้ช้อนตนเอง ร้อยละ 95.6, ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 95.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ แต่ละรอบการสำรวจก็คงพบว่าการใส่หน้ากากอนามัย/ผ้า เป็นพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติตามมากที่สุดเช่นกัน

4. ระบบการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่าย จากบทเรียนจากกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดน่าน

การป้องกัน (Prevention) โดยการสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจ กำหนดมาตรการชีวิตวิถีใหม่ในชุมชน จัดตั้งด่านคัดกรองคนเข้าออกชุมชน เผื่อระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในชุมชน คัดกรอง/ดำเนินการตามมาตรการป้องกันกิจกรรมในชุมชน

รูปแบบการจัดการวิกฤตของชุมชนกรณีโรคโควิด 19



ภาพที่ 3 รูปแบบการจัดการวิกฤตของชุมชนกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การเตรียมการ (Preparation) จัดเตรียมสถานที่ กักตัวในบ้านหรือในชุมชน จัดหาวัสดุอุปกรณ์สำหรับการป้องกันเช่น หน้ากาก แอลกอฮอล์เจล เฟซชิลด์ เป็นต้น จัดทำแผนเผชิญเหตุและซักซ้อมแผนเผชิญเหตุ

การเผชิญเหตุ (Response) การบริหารจัดการ โดยคณะกรรมการหมู่บ้านร่วมกับอปท. สาธารณสุข และปกครอง ในการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทำความสะอาด บ้านผู้ป่วยหรือพื้นที่เสี่ยง กำหนดมาตรการชุมชนและ ล็อกดาวน์หมู่บ้าน จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือในชุมชน จัดสถานที่ กักตัวกลางของชุมชน สื่อสารข่าวสารทั้งภายในและภายนอก หมู่บ้าน ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ เฟซบุ๊ก หอกระจายข่าว และที่ประชุมหมู่บ้าน

การฟื้นฟู (Recovery) ปรับมาตรการชุมชนให้ สอดคล้องกับสถานการณ์ เยียวยาจิตใจและให้การช่วยเหลือ ผู้ที่ได้รับผลกระทบ รับผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วสู่ชุมชน ไม่มีการรังเกียจจัดตรา ร่วมกันเฝ้าระวังโรคและปฏิบัติตาม มาตรการชีวิตวิถีใหม่อย่างต่อเนื่อง สรุบบทเรียนและ เตรียมพร้อมกรณีเกิดเหตุในอนาคต

#### 5. ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผล ได้แก่

1) พลังความร่วมมือทางสังคม ในการรับรู้ เข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม เกิดมาตรการทางสังคม กระบวนการที่หลากหลาย ตามบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่

2) พลังชุมชนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็น อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น แม่บ้าน ผู้สูงอายุ พระสงฆ์ เยาวชน กลุ่มองค์กร ทางสังคมต่างๆ ต่างได้ทำหน้าที่ตนเองอย่างแข็งขันและมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ โดยอัตโนมัติ

3) พลังอำนาจการบังคับตามมาตรการชุมชนและ มาตรการของรัฐ ทำให้เกิดการยำเกรงและปฏิบัติตาม มาตรการต่างๆ ของชุมชนและมาตรการของรัฐ

4) พลังการสื่อสาร ทั้งการสื่อสารในกระแส สื่อออนไลน์ สื่อบุคคล การสื่อสารในชุมชน ทำให้เกิดการตื่นตัว ตระหนัก และนำไปสู่การจัดการเฝ้าระวังติดตาม ตรวจสอบร่วมกัน

## อภิปรายผล

1. การจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่าย จากกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน ของคนในชุมชน ที่อาศัยองค์ความรู้จากหน่วยงานสาธารณสุข เป็นหลัก นำหลักการมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการกำหนดมาตรการชุมชน ตั้งแต่การป้องกัน เฝ้าระวัง ควบคุมโรค การดูแลช่วยเหลือ และการฟื้นฟูสภาพ ภายใต้ ชีวิตวิถีใหม่ ผลการสำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองและการปฏิบัติตนสำหรับการใช้ชีวิตปกติวิถีใหม่ (New Normal) พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ดีมีการปฏิบัติทุกครั้ง โดยเฉพาะ ด้านการเว้นระยะห่าง ใส่หน้ากาก กินร้อนและใช้ช้อนตนเอง และล้างมือ สอดคล้องกับแนวคิดในการจัดการความเสี่ยงจาก ภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน ที่ให้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในการดำเนินการป้องกัน แก้ไข บรรเทา ฟื้นฟูจากภัยพิบัติ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ กำหนดแนวทาง แก้ปัญหาและบริหารจัดการภัย โดยใช้ทรัพยากรและบุคลากร ในชุมชน (Rebekah Yore, Ilan Kelman, Matalena Tofa, 2018) โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ ลดความเสี่ยงภัยของชุมชน และเพิ่มขีดความสามารถ ให้คนในชุมชน โดยจัดระบบ องค์ความรู้/ภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีอยู่แล้วในชุมชน และ เพิ่มทักษะโดยการฝึกปฏิบัติให้แก่คนในชุมชน สามารถจัดการ รับมือกับภัยพิบัติได้โดยตนเอง โดยใช้พลังประชาชนในชุมชน ให้เข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ซึ่งเป็นการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนและท้องถิ่น ให้เกิดความเข้มแข็ง และสร้างเครือข่ายในการป้องกันของ ชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาการจัดการภัยพิบัติของระบบ สาธารณสุขกรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติ ในภาคใต้ (วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และคณะ, 2556) ที่พบว่า ทั้ง 3 จังหวัดมีพัฒนาการจากการจัดการภัยพิบัติที่เน้น การตอบสนองเชิงตั้งรับภายในขอบเขตของงานบริการทาง สาธารณสุขโดยเฉพาะการรักษาพยาบาล ไปสู่การสร้าง เครือข่ายความร่วมมือในการจัดการภัยพิบัติเชิงรุก กับภาคส่วนต่าง ๆ ให้มีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติ ครอบคลุม เพื่อต่อยอดการพัฒนาและเสริมความเข้มแข็ง ในการขับเคลื่อนการจัดการภัยพิบัติทั้งระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด ประเทศ และนานาชาติ

2. ระบบการจัดการในภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่ายสรุปได้ 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะป้องกัน ได้แก่ สื่อสารสร้างความเข้าใจ กำหนดมาตรการชีวิตวิถีใหม่ในชุมชน จัดตั้งด่านคัดกรองคนเข้าออกชุมชน เฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในชุมชน 2) ระยะการเตรียมการ ได้แก่ กำหนดสถานที่กักตัวในบ้านหรือในชุมชน จัดหาวัสดุอุปกรณ์สำหรับการป้องกัน จัดทำแผนเผชิญเหตุและซ้อมแผนเผชิญเหตุ 3) ระยะการเผชิญเหตุ ได้แก่ การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการหมู่บ้านร่วมกับอบต. สาธารณสุข และปกครอง ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทำความสะอาดบ้านผู้ป่วยหรือพื้นที่เสี่ยง กำหนดมาตรการชุมชนและล็อกดาวน์หมู่บ้าน จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือในชุมชน สื่อสารข่าวสารทั้งภายในและภายนอกหมู่บ้าน 4) ระยะการฟื้นฟู ได้แก่ ปรับมาตรการชุมชนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เยียวยาจิตใจและให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบ รับผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วสู่ชุมชน ไม่มีการรังเกียจตีตรา ร่วมกันเฝ้าระวังโรคและปฏิบัติตามมาตรการชีวิตวิถีใหม่อย่างต่อเนื่อง สรุปบทเรียนและเตรียมพร้อมกรณีเกิดเหตุในอนาคต โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสาร ผ่านผู้นำชุมชนและสื่อออนไลน์ที่มีลักษณะการแพร่กระจายด้วยปฏิสัมพันธ์เชิงสังคม จากการสื่อสารแบบทางเดียว เป็นการสื่อสารแบบสนทนากลุ่มผ่านสื่อสังคมออนไลน์ทำให้แพร่กระจายข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว (ยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น วิภาวิน โหมสูงเนิน, 2565, หน้า 56) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโครงการเรียนรู้อยู่กับภัยพิบัติ : นิเวศวัฒนธรรม สื่อ รัฐ กับพลวัตชุมชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2562) ที่พบว่า 1) ความรู้ (Knowledge) ประสบการณ์ภัยพิบัติชุมชนเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ขององค์ความรู้สองลักษณะ คือ ความรู้ท้องถิ่น (local knowledge) กับความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ (Expert knowledge) จะสามารถใช้ศักยภาพของชุมชนได้ดีขึ้นและทำให้การรับมือภัยพิบัติมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย 2) การส่งเสริมศักยภาพและบทบาทในการจัดการภัยพิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับมือภัยพิบัติ 3) การสร้างศักยภาพของชุมชน (Capacity building) เช่น การพัฒนาผู้นำและองค์กรนำที่มีศักยภาพ ระบบการสื่อสารที่มีความพร้อม รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายที่เอื้ออำนวยให้ชุมชนสามารถก้าวข้าม และแก้ไขปัญหา

ภัยพิบัติได้ดีขึ้น การมีข้อมูลที่เชื่อมโยงปัญหาภัยพิบัติกับมิติทางนิเวศวัฒนธรรมจะช่วยให้เห็นปัญหาและศักยภาพของชุมชนได้ดีและสามารถนำมาวางแผนรับมือภัยพิบัติให้มีประสิทธิภาพได้ 4) ความสัมพันธ์ของบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะความไว้วางใจกันระหว่างชุมชนและองค์กรต่างๆ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ปัญหา 5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งภายในชุมชนและระหว่างชุมชน ทำให้เกิดการจัดการความรู้ที่กระจัดกระจายและเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลให้กลายเป็นความรู้สาธารณะร่วมกัน ช่วยให้เกิดความเข้าใจในปัญหาจากหลายมุมมองซึ่งเอื้อให้การจัดการภัยพิบัติเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ 6) กระบวนการจัดการภัยพิบัติชุมชนต้องการเครือข่ายภาคประชาชน นักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน และสื่อในการช่วยสร้างอำนาจต่อรองให้กับชุมชน และช่วยผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจและลดผลกระทบจากนโยบายแบบรวมศูนย์ ทั้งนี้การดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพเกิดจากการร่วมมือกันและการกระตุ้นของเครือข่าย ภาคส่วนต่างๆ ที่จะทำให้ประชาชนทุกคนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วม หรือเข้าร่วมกิจกรรม โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากการร่วมกิจกรรมและการได้รับข้อมูลความรู้ ซึ่งมีได้หลากหลายรูปแบบ ปัจจุบันประชาชนสามารถเรียนรู้ การดูแลสุขภาพได้จากสื่อทางออนไลน์อีกช่องทางหนึ่ง การเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงสื่อออนไลน์ให้กับประชาชน และการเผยแพร่สื่อความรู้ที่มีความน่าสนใจ มีข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงความต้องการ จะส่งผลต่อความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น (ยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น, 2562, หน้า 12)

## สรุปผล

การจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและเครือข่ายมี 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะป้องกัน ได้แก่ สื่อสารสร้างความเข้าใจ กำหนดมาตรการชีวิตวิถีใหม่ จัดตั้งด่านคัดกรอง เฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยง 2) ระยะเตรียมการ ได้แก่ กำหนดสถานที่กักตัว จัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกัน จัดทำแผนและซ้อมแผน 3) ระยะเผชิญเหตุ ได้แก่ การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการหมู่บ้านร่วมกับ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทำความสะอาดพื้นที่เสี่ยง กำหนดมาตรการชุมชน จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสื่อสารข่าวสาร 4) ระยะฟื้นฟู ได้แก่ เยียวยาจิตใจ และให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบ รับผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วสู่ชุมชน เฝ้าระวังโรคและปฏิบัติตามมาตรการชีวิตวิถีใหม่อย่างต่อเนื่อง และสรุปบทเรียน ดังนั้นการจัดการภาวะวิกฤตควรให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจร่วม จัดทำแผนงานร่วม การปฏิบัติการร่วม และสรุปติดตามประเมินผลร่วมกันของทุกภาคส่วน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาชุมชนและเครือข่ายในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการซักซ้อมแผนการเผชิญเหตุร่วมกันระหว่างชุมชน เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาภาวะผู้นำของชุมชนและเครือข่ายในการจัดการภาวะวิกฤต

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วรินทร์เทพ เชื้อสำราญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน, นายแพทย์ดิเรก สุดแดน นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, สำนักสาธารณสุขอำเภอนาหมื่น, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง และแกนนำชุมชนในพื้นที่การศึกษาทุกท่าน

## เอกสารอ้างอิง

Chuengsatiansup, Komatra. Sungkhachart, Kaewta. Chawaraingern, Sittichoke. Panya, Sujittra. Kata, Prachatip and et al. Learning from Disaster, Living with Risk : Cultural

Ecology, Media, State and Community Dynamics. Society and Health Institute. Ministry of Public Health.

Department of Disaster Prevention and Mitigation. Ministry of Interior Thailand. (2018). Community Based Disaster Risk Management. Bangkok : Department of Disaster Prevention and Mitigation. Ministry of Interior Thailand.

Hughes J.M. (2003). The SARS response-building and assessing an evidence-based approach to future global microbial threats. 290(24) : p.3251-3.

Pang X.Z.F. (2003). Evaluation of control measures implemented in the severe acute respiratory syndrome outbreak in Beijing. 190(24) : p.3215-21.

Pannarunothai, Supasit. (2020).Surviving Covid 19 Pandemic with Knowledge and Action. Journal of Health Systems Research. 14(1). January-March 2020 : p.1-6.

Rebekah Yore, Ilan Kelman, Matalena Tofa. (2018). Community-based Disaster Risk Management (CBDRM).

Sornsrivichai, Vorasith. Songwatthana, Praneed. Khupantavee, Natenapha. Kitrungrrote, Luppana. Promthep, Natenapha. Sritamanoch, Viwat. and et al. Disaster Management of Public Health Sector : Lesson Learned from the South. Bangkok : National Institute for Emergency Medicine.

Sriprasert, Pisit. Surit, Phrutthinun. Taychartiwat, Phudit. Noosorn, Narongsak. Supankun, Pattana. Baiya, Thanat. Crisis Mangement Lessons Learned: Case Study on Botulism Outbreak Amphoe Ban Luang, Nan Province, 2006. (2011). Journal of Health Science 2011; 20:376-85.

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. [Online]. ; 2020 [cited 30 April 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

Yutthapong Kwanchuen. (2021). The Development of Health Literacy Community. Department of health Service Support Journal, 17(3), September - December, 5-14. (in Thai)

Yutthapong Kwanchuen, Wipawin Mosoongnern. (2022). Strategies in health communication issues “know your numbers & know your risks” by influencers on social media. Department of health Service Support Journal, 18(1), January - April, 47-58. (in Thai)



# การพัฒนากระบวนการเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลสนามบุษราคัม กระทรวงสาธารณสุข

## THE SERVICE SYSTEM DEVELOPMENT TO SUPPORT CARE AMONG CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) PATIENTS IN BUSARAKHAM HOSPITAL MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

ณปภัช นฤคนธ์

กองบริหารการสาธารณสุข

Napapat Narukorn

Health Administration Division

### บทคัดย่อ

การศึกษาพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลสนามบุษราคัม กระทรวงสาธารณสุข ในครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Approach) โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย จำนวนรวม 45 คน จากการคัดเลือกอย่างง่าย โดยแบ่งระยะการศึกษา 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์การจัดระบบบริการ ระยะที่ 2 ออกแบบและเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบบริการ ระยะที่ 3 ดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วย และระยะที่ 4 ประเมินผลการดำเนินการ ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.30 อายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 31.10 เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสนามบุษราคัม ร้อยละ 48.90 ผลการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์การจัดระบบบริการ พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีผู้ป่วยจำนวนมากและทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอ ระยะที่ 2 ออกแบบและเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบบริการเพื่อจัดหาทรัพยากรที่เกี่ยวข้องและประสานความร่วมมือไปยังหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามบุษราคัม ระยะที่ 3 ดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วย โดยพิจารณาด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X}$  = 4.75) ด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในโรงพยาบาลสนามบุษราคัม อยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X}$  = 4.82) และระยะที่ 4 ประเมินผลการดำเนินการ ด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 4.73) และอัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 98.90 ผลจากการศึกษาสามารถประยุกต์ใช้ในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับการระบาดและรับมือกับโรคติดต่อร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นต่อไป

**คำสำคัญ :** ระบบบริการการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลสนามบุษราคัม ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## Abstract

A study of the service system development to support care among Coronavirus 2019 (COVID-19) patients in Busarakham Hospital Ministry of Public Health. There was a Mixed Methods Approach research with 3 groups of samples, totaling 45 people, consisting of doctors, nurses and patients. The study was divided into 4 phases: Phase 1: situational study and an analysis of service system management. Phase 2: Design and prepare for service system development, there were recruitment of relevant resources and coordination with agencies both inside and outside the Ministry of Public Health in establishing a Busarakham hospital. Phase 3: provides care for COVID-19 patients and Phase 4: evaluates the results of the operation. Which analyzes the data with descriptive statistics include percentage, mean and standard deviation, and content analysis.

The results of the study founded that most of the samples 53.30 % were female, age between 20-30 years, for 31.10% and there were patients who received services in Busarakham Hospital for 48.90%. For these study provide the care service system in 4 Phase. Phase 1: situational study and an analysis of service system management. The infected situation in Bangkok and vicinity, there are many patients who are unable to access hospital and insufficient public health resources. Phase 2: Design and prepare for service system development by allocating a budget and accepting donations of items necessary for patient. Phase 3: Implementing patient care services by considering structures and facilities. It was found that the overall picture was a very good level ( $\bar{X}$  = 4.75). In terms of medical equipment and medical supplies used in Busarakham Hospital, the overall level was at a very good level ( $\bar{X}$  = 4.82) Phase 4: Evaluate the results of the operation. It was found that the satisfaction with the quality of patient care services was at the highest level ( $\bar{X}$  = 4.73) and success rate 98.90%. The results of the study can be applied to the establishment the other field hospitals to support the outbreak and deal with potentially serious infectious diseases.

**Keywords :** Patients care services system, Busarakham Hospital, Coronavirus 2019 patients

## บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และลุกลามไปทั่วโลก สร้างความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร และเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ขณะเดียวกันได้ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยอย่างกว้างขวางและรุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการของหน่วยบริการในพื้นที่ดังกล่าว จำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อการให้บริการ บุคลากรไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย และขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 (ศิริพร สติธธังกูร และคณะ, 2564)

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานของรัฐ มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุมรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน ซึ่งต้องอาศัยการขับเคลื่อนจากทรัพยากรต่างๆ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยรัฐบาลได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 แห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย เนื่องจากมียอดผู้ป่วยสะสม ณ วันที่ 30 เมษายน 2564 จำนวน 65,153 ราย (ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19, 2564) และจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบายให้ผู้ติดเชื้อทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาการเล็กน้อย (ผู้ป่วยสีเขียว) ถึงปานกลาง (ผู้ป่วยสีเหลือง) ซึ่งจะช่วยลดอาการรุนแรงและลดการเสียชีวิตได้ (โรงพยาบาลกรุงเทพ, 2564) ภายใต้การบริหารระบบบริการที่จัดขึ้นตามหลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล กล่าวคือ หลักประสิทธิภาพ อันได้แก่ ระยะเวลาดำเนินการ วิธีการ งบประมาณ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (มหาวิทยาลัยศรีปทุม, 2564) และหลักประสิทธิผล คือ การเข้าถึงบริการดูแลผู้ป่วยและอัตราการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีบริการในโรงพยาบาลสนามแห่งนี้

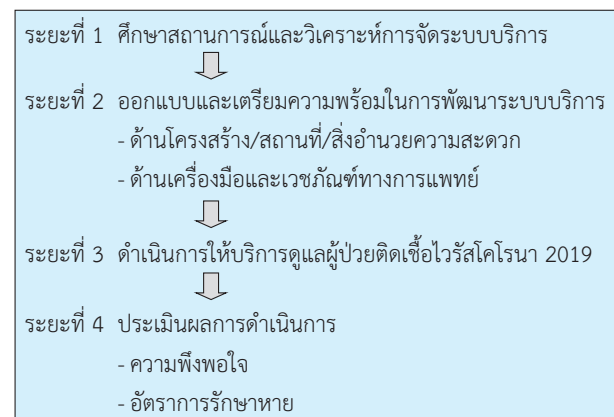
กระทรวงสาธารณสุข จึงมอบหมายให้กองบริหารการสาธารณสุข ประสานงานเพื่อการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามบุษราคัม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสนามที่ใหญ่ที่สุดในโลก เพื่อรับคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 จากโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม และสายด่วนต่าง ๆ ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี เขตปริมณฑล พื้นที่ใกล้เคียง และกรุงเทพมหานคร โดยให้การดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจร ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นควรทำการศึกษาการพัฒนาระบบการให้บริการของโรงพยาบาลบุษราคัม กระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพื่อใช้เป็นข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคของระบบบริการดูแลผู้ป่วยและการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ต่อการรองรับสถานการณ์ของโรคระบาดในอนาคตต่อไป

## วัตถุประสงค์

- 1) ศึกษาองค์ประกอบของการบริหารทรัพยากรที่เป็นต่อการดูแลผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลบุษราคัม
- 2) ศึกษาผลการดำเนินงานและอุปสรรคในการให้บริการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวและสีเหลือง
- 3) นำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อเสนอแนะแนวทางการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลสนามรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดต่อรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

## กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) มีการบริหารทรัพยากรเพื่อการสร้างระบบการให้บริการรองรับภาวะฉุกเฉินของประเทศต่อการรับมือสถานการณ์โรคระบาด
- 2) เกิดแนวทางการจัดระบบบริการการดำเนินงานโรงพยาบาลสนามรองรับผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีอัตราป่วยสูงขยายผลสู่หน่วยงานส่วนภูมิภาค
- 3) ประชาชนได้รับการดูแลจากภาครัฐ ภายใต้การเตรียมความพร้อมของระบบบริการและดำเนินการอย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดสถานการณ์โรคระบาดหรือภาวะฉุกเฉิน

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Approach) ศึกษาองค์ประกอบที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 กลุ่มสีเขียวและสีเหลือง มีรายละเอียดต่อไปนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลสนามบุษราคัม ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล จำนวน 300 คน และผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลสนามบุษราคัม 9,435 ราย (กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 และผู้ป่วยที่รับไว้รักษา ณ โรงพยาบาลบุษราคัม รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจำนวน 45 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

	เกณฑ์คัดเข้า	เกณฑ์คัดออก
แพทย์/พยาบาล	- เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการส่วนภูมิภาคที่มาปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลสนามบุษราคัม	- เจ้าหน้าที่หน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้ป่วย	- ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 กลุ่มสีเขียวและสีเหลือง	- มีอาการวิกฤติ กลุ่มสีแดง - ผู้ป่วยที่ไม่ใช่สัญชาติไทย

จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายในผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวและสีเหลือง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน และผู้ป่วย 2 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนามบุษราคัม กระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ แบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นด้านโครงสร้าง/สถานที่/สิ่งอำนวยความสะดวก โรงพยาบาลสนามบุษราคัม รวม 6 ข้อ ใช้หลักเกณฑ์ให้คะแนนโดยข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยผู้วิจัยใช้วิธีของลิเคิร์ต (Likert's Scale, 1967)

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในโรงพยาบาลสนามบุษราคัม ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์การให้คะแนน โดยข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายเพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับด้านเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในโรงพยาบาลบุษราคัม (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2560) ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	การแปลผล
0.00 – 1.49	มีความคิดเห็นในระดับปรับปรุง
1.50 – 2.49	มีความคิดเห็นในระดับพอใช้
2.50 – 3.49	มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง
3.50 – 4.49	มีความคิดเห็นในระดับมาก
4.50 – 5.00	มีความคิดเห็นในระดับดีมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 4 ข้อ แบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง พอใช้ และควรปรับปรุง

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะปัญหาและอุปสรรคที่ควรปรับปรุง แบบปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

ในการศึกษานี้ได้ตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งแบบสอบถามของผู้วิจัยฉบับนี้ ภาพรวมทั้งฉบับมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถามภาพรวมทั้งฉบับ มีความน่าเชื่อถืออยู่ที่ 0.81

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยทำการเก็บข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องและในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์การจัดระบบบริการ

1. ศึกษาสถานการณ์และอัตราป่วยของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

2. ประชุมและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามบุษราคัม

ระยะที่ 2 ออกแบบและเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบบริการ

1. กำหนดภารกิจของแต่ละหน่วยงานในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามบุษราคัม

2. รวบรวมทรัพยากร ได้แก่ บุคลากรจากหน่วยบริการส่วนภูมิภาค รับผิดชอบสิ่งของและจัดหางบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ

ระยะที่ 3 ดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วย

1. จำแนกเจ้าหน้าที่เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยตามประสบการณ์และประเภทงานที่ต้องการอัตรากำลังสนับสนุนทางการดูแลพยาบาล และเจ้าหน้าที่สนับสนุนต่างๆ นอกเหนือผู้ป่วย

2. จัดผู้ป่วยแรกรับตามประเภทของระดับความรุนแรง ได้แก่ สีเขียว สีเหลือง และสีแดง

3. ให้การดูแลตามระดับสีที่แบ่งประเภทผู้ป่วยและติดตามผู้ป่วยด้วยการโทรศัพท์

4. อำนวยความสะดวกในด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งแก่ผู้ป่วยและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

ระยะที่ 4 ประเมินผลการดำเนินการ

1. รวบรวมข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและอัตราการรักษาสำเร็จ

2. ศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

3. สัมภาษณ์เชิงลึกแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาลักษณะของตัวแปร ได้แก่

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์และอธิบายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการให้บริการ และระดับความพึงพอใจในของผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญใน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.30 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.10 ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 33.33 ตามลำดับ

### ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบบริการรองรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์การจัดระบบบริการ พบว่า จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทยทำให้มีผู้ติดเชื้อและสัมผัสเชื้อดังกล่าวเพิ่มขึ้นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และจังหวัดใกล้เคียง ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการของโรงพยาบาลในพื้นที่ดังกล่าว จำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบายให้ผู้ติดเชื้อทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาการเล็กน้อย (ผู้ป่วยสีเขียว) ถึงปานกลาง (ผู้ป่วยสีเหลือง) ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดอาการรุนแรงและลดการเสียชีวิตได้

ระยะที่ 2 ออกแบบและเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบบริการ ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จจากการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งบทบาทในการรับผิดชอบตามภารกิจ เช่น การขอความร่วมมือจากกองทัพในการติดตั้งเตียงผู้ป่วยและรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ผู้บังคับการตำรวจภูธร มีภารกิจรักษาความปลอดภัยในโรงพยาบาลบุษราคัม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการจัดสรรงบประมาณและการรับผิดชอบต่อให้บริการดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานต่างๆ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ คณะทำงานฯ ที่เกี่ยวข้อง

ประชุมการดำเนินงานจัดตั้งโรงพยาบาลสนามบุษราคัม พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการแพทย์ พร้อมทั้งจัดทำโครงการ จัดหาและสนับสนุนงบประมาณ และบริหารจัดการโรงพยาบาลสนามบุษราคัม ณ อาคารชาเลนเจอร์ อิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลสนามบุษราคัม ได้มีการเตรียมความพร้อมสถานที่และโครงสร้างอาคารรองรับในการเพิ่มจำนวนเตียงรักษาผู้ป่วย โรคติดเชื้อ COVID-19 ได้ 3,000 - 5,000 เตียง เพื่อรับคนไข้ติดเชื้อ COVID-19 จากโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม และสายด่วนต่าง ๆ ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี เขตปริมณฑล พื้นที่ใกล้เคียง และกรุงเทพมหานคร โดยให้การดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจร ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลสนามภายใต้โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี และขอสนับสนุนอัตรากำลังจากหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ทั้ง 13 เขต ผลัดเปลี่ยนเวรดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 ดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วย โดยการแบ่งพื้นที่ (Zone) การดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการป่วย โดยให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง จากบุคลากรแบบสหสาขาวิชาชีพจิตอาสาจากทั่วประเทศ ผ่านระบบการติดตามอาการทางโทรศัพท์ และการดูแลพยาบาลเฉพาะทางในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง การสอบสวนโรค การแจ้งรายละเอียดแผนการรักษาและการจำหน่ายกลับบ้าน โดยพิจารณาด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 4.75$ ) ด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในโรงพยาบาลสนามบุษราคัม อยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 4.82$ )

ด้านโครงสร้าง/สถานที่/สิ่งอำนวยความสะดวก โรงพยาบาลสนามบุษราคัม ผลการวิเคราะห์ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.75 (S.D.=0.49)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การบริการอาหาร/น้ำดื่ม มีความคิดเห็นในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.82 (S.D.=0.42) รองลงมา ได้แก่ ระบบการระบายอากาศ ด้านพื้นที่ การบริการดูแลรักษาความสะอาด ด้านสิ่งแวดล้อม และห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ ทุกข้อมีความคิดเห็นในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77, 4.75, 4.75, 4.73 และ 4.71 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในโรงพยาบาลสนามบุษราคัม ผลการวิเคราะห์ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.82 (S.D.=0.45) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า เตียงที่รองรับผู้ป่วย มีความคิดเห็นในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.84 (S.D.=0.42) รองลงมา ได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในโรงพยาบาลสนาม เครื่องช่วยหายใจที่ใช้ในผู้ป่วย และวัสดุ อุปกรณ์ทั่วไปที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งทุกข้อมีความคิดเห็นในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.82, 4.82, และ 4.80 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ระยะที่ 4 ประเมินผลการดำเนินการ ด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.73$ ) สามารถรองรับผู้ป่วยโควิดที่เข้าขั้นวิกฤตไปแล้วกว่า 20,436 คน และหายป่วยจำนวน 20,206 คนคิดเป็นร้อยละ 98.9

ระดับความพึงพอใจต่อการบริการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ของโรงพยาบาลบุษราคัม กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิเคราะห์พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกด้านมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด โดยพบว่าด้านผลการรักษามีระดับความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านกระบวนการให้บริการรักษา ด้านคุณภาพการให้บริการของบุคลากร และด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวกโรงพยาบาลสนามบุษราคัม

ความคิดเห็นด้านโครงสร้าง/สถานที่/สิ่งอำนวยความสะดวก โรงพยาบาลสนามบุษราคัม	$\bar{X}$	S.D	แปลความหมาย	อันดับ
ด้านพื้นที่	4.75	0.48	ดีมาก	3
ด้านสิ่งแวดล้อม	4.73	0.49	ดีมาก	5
ห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ	4.71	0.62	ดีมาก	6
ระบบการระบายอากาศ	4.77	0.47	ดีมาก	2
การบริการดูแลรักษาความสะอาด	4.75	0.52	ดีมาก	4
การบริการอาหาร/น้ำดื่ม	4.82	0.38	ดีมาก	1
ค่าเฉลี่ย	4.75	0.49	ดีมาก	

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ระดับความคิดเห็นด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในโรงพยาบาลสนามบุษราคัม

ความคิดเห็นด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในโรงพยาบาลสนามบุษราคัม	$\bar{X}$	S.D	แปลความหมาย	อันดับ
เตียงที่รองรับผู้ป่วย	4.84	0.42	ดีมาก	1
วัสดุ อุปกรณ์ทั่วไปที่ใช้ในการรักษา พยาบาลผู้ป่วย	4.80	0.45	ดีมาก	4
เครื่องช่วยหายใจที่ใช้ในผู้ป่วย	4.82	0.44	ดีมาก	3
ยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในโรงพยาบาลสนาม	4.82	0.49	ดีมาก	2
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>	<b>4.82</b>	<b>0.45</b>	<b>ดีมาก</b>	

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของระดับความพึงพอใจต่อการบริการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

	การให้บริการ	ความพึงพอใจ		
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1	ด้านกระบวนการให้บริการรักษา	4.81	0.66	มากที่สุด
2	ด้านคุณภาพการให้บริการของบุคลากร	4.75	0.60	มากที่สุด
3	ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก	4.53	0.51	มากที่สุด
4	ด้านผลการให้การรักษา	4.84	0.53	มากที่สุด
	<b>รวม</b>	<b>4.73</b>	<b>0.58</b>	<b>มากที่สุด</b>

**ส่วนที่ 3** วิเคราะห์ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะปัญหาและอุปสรรคที่ควรปรับปรุงในการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลบุษราคัม กระทรวงสาธารณสุข

จากการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามปลายเปิดเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้รายละเอียดในประเด็นปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อพัฒนาระบบการบริการรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ของโรงพยาบาลบุษราคัม กระทรวงสาธารณสุข มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**3.1** ปัญหา/อุปสรรคการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ด้านการบริหารจัดการและการบริการทั่วไป พบว่าการประสานงานเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันในการทบทวนแนวทางปฏิบัติของบุคลากรในแต่ละส่วนงานไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่องการเตรียมพื้นที่/สถานที่ ICU, Isolation room, Cohort Ward เพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ระบบการถ่ายเทอากาศระบบเครื่องปรับอากาศและระบบน้ำเสียไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ เนื่องจากมีข้อจำกัดของอาคารและสถานที่ รวมถึงขาดการวางแผนเตรียมการในระยะยาว ทั้งเรื่องระบบงาน บุคลากร และทรัพยากร การดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน พบว่า

อุปกรณ์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไม่เพียงพอต่อการใช้งานและบางชนิดไม่มีคุณภาพ

ระบบการทำงานของบุคลากรการแพทย์ พบว่าที่พักรักษาพยาบาลไม่เพียงพอ เช่น ห้องรับประทานอาหาร ห้องนอนพัก บุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลสนามมีภาวะความเครียด วิตกกังวล การจัดระบบเวรใน ขาดความชัดเจนระยะพักเวรสั้นทำให้บุคลากรการแพทย์พักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรที่ปฏิบัติงานพบว่า การจัดระบบความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานขณะใส่และถอดชุดป้องกันส่วนบุคคล ยังไม่ได้มาตรฐานและเคร่งครัด

ผู้ป่วยและหอผู้ป่วย เกิดปัญหาในการฆ่าเชื้อและการควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยรวมกลุ่มกันขณะรักษา อีกทั้งการทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อสำหรับหอผู้ป่วยพบว่าเจ้าหน้าที่ด้านทำความสะอาดและการจัดการขยะสำหรับหอผู้ป่วยประกอบด้วย สารคัดหลั่งและสิ่งขับถ่ายจากร่างกายของผู้ป่วย และวัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่ไปสู่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านในและด้านนอกหอผู้ป่วย

3.2 แนวทางการแก้ปัญหาและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสนามบุษราคัม

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้เสนอแนวทางการแก้ปัญหาประกอบด้วย การพัฒนาระบบการบริการและบริหารจัดการด้านการแพทย์โดยการวางแผนและการปรับแผนการใช้จ่ายงบประมาณในการจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ทั้งการจัดหางบประมาณและการรับบริจาค การเพิ่มอัตรากำลังในการปฏิบัติงานจากการขอยุทศาสตร์ทางการแพทย์จิตอาสาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ผลัดเปลี่ยนการปฏิบัติหน้าที่ทั้งด้านนอกและด้านในหอผู้ป่วยตั้งแต่ประสานงานแรกเริ่ม ส่งต่อ จนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและการดูแลด้านจิตใจ โดยการคัดกรองให้การดูแลรักษา ช่วยเหลือ และส่งต่อในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเครียด ผู้มีภาวะซึมเศร้า หรือยังขาดกำลังใจในการเข้ารับการรักษา

ในด้านการบริการ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเสนอให้จัดหาลำโพงกรณีต้องมีการสื่อสารกับกลุ่มคนต่างดาว การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลสนาม และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ การใช้หลักการที่ใช้ป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งเรียกว่า Standard precautions ซึ่งเป็นหลักที่เน้นการป้องกันการติดเชื้อจากเลือด สารคัดหลั่ง และสิ่งขับถ่ายจากร่างกาย

การจัดการหอผู้ป่วยควรจัดให้มีการแบ่งพื้นที่อย่างน้อย 3 พื้นที่ ประกอบด้วย พื้นที่กักกันผู้ป่วยติดเชื้ออาการไม่รุนแรง พื้นที่ปฏิบัติงานและพักผ่อน พื้นที่สำหรับงานระบบสนับสนุน และสิ่งอำนวยความสะดวก โดยจัดให้มีเส้นทางสัญจรหลักของบุคลากรทางการแพทย์แยกออกจากเส้นทางสัญจรของผู้ป่วยอย่างชัดเจนและเป็นแบบทางเดียว (One way traffic) พร้อมทั้งระบบบริหารจัดการ/ควบคุมการเข้าออกระหว่างพื้นที่อย่างเคร่งครัด

## อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 องค์กรประกอบของการบริหารทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลบุษราคัมจากการศึกษาครั้งนี้ การพัฒนาระบบบริการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการจัดการด้านทรัพยากรด้านสาธารณสุข

ประกอบด้วย การพัฒนาเชิงโครงสร้าง และการเตรียมความพร้อมด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลสามารถเข้ารับรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ภายใต้การขับเคลื่อนด้วยคณะกรรมการฯ และการขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของสุธารัตน์ แลพวง (2564) พบว่า ในกระบวนการบริหารจัดการด้านการคัดกรองผู้ติดเชื้อ COVID-19 ของโรงพยาบาลนั้น ควรมีการอำนวยความสะดวกในรูปแบบคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับกลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2563) โดยพบว่าขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการรับดูแลรักษาผู้ป่วยอาจไม่เพียงพอ แนวคิดในการจัดตั้งสถานี่รักษาพยาบาล และการเตรียมระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุขที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์ที่ 2 ผลการดำเนินงานและอุปสรรคในการให้บริการดูแลผู้ป่วย

การดำเนินการให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วย การประสานงานและซักประวัติผ่านโทรศัพท์การรับส่งต่อผู้ป่วย การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการรักษาด้วยจอมอนิเตอร์ การติดตามอาการผู้ป่วยทุกราย หากอาการรุนแรงขึ้นสามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้อย่างรวดเร็ว ตลอดระยะเวลาเปิดดำเนินการวันที่ 14 พ.ค. - 20 ก.ย. 2564 ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 สะสม 20,436 คน ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและการใช้บริการ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.3 มีระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 สอดคล้องกับการศึกษาของสินีนาฏ เนาว่าสุวรรณ และคณะ (2565) พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลสนาม จังหวัดสงขลา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.05$ ) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลสนาม ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อม การจัดระบบดูแลผู้ป่วย และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์ที่ 3 ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลสนามรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

เพื่อให้เกิดประโยชน์ในวงกว้าง บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญอยู่เสมอในการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ ระบบบำบัดน้ำเสียกำจัดขยะติดเชื้อดูแลสภาพแวดล้อมไม่ให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาของอรณพ พลชนะ และฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์ (2022) พบว่า องค์ประกอบพื้นที่ภายในโรงพยาบาลสนามจัดแบ่งพื้นที่เป็น ส่วนสะอาด ส่วนกึ่งปนเปื้อน และส่วนปนเปื้อน นอกจากนี้ การมีนโยบายจากผู้บริหารในการขออัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจิตอาสาในจังหวัดที่สถานการณ์การระบาดน้อยมาช่วยเหลือเรื่องการผลัดเปลี่ยนเวรดูแลผู้ป่วย และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของสายัณห์ แสงสุข (2565) ที่พบว่า สิ่งที่จะทำให้เกิดความประสบความสำเร็จได้ ต้องมีการกำหนดนโยบายจากผู้บริหารที่ชัดเจนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของทีมสหวิชาชีพและการช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ ของทีมสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเริ่มลดลง (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

## สรุปผล

การพัฒนาระบบการให้บริการของโรงพยาบาลบุษราคัม กระทรวงสาธารณสุข รองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมมีความเหมาะสม ด้านโครงสร้างมีการจัดเตรียมพื้นที่และระบบสิ่งแวดล้อมที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ปริมาณมาก มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย และอัตราการตายไม่เกินร้อยละ 2 ผลลัพธ์การดำเนินงานโรงพยาบาลสนามบุษราคัม นับเป็นโรงพยาบาลสนามที่ใหญ่ที่สุดในโลก รองรับผู้ป่วยโควิดที่เข้าชั้นวิกฤตไปแล้วกว่า 20,436 คน และมีมากถึง 20,206 คน คิดเป็นร้อยละ 98.9 ที่หายป่วยหรือรักษาสำเร็จ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดหาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้ปฏิบัติงานตรงกับทักษะความสามารถหรือความเชี่ยวชาญ เพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

2. การจัดสรรอัตรากำลังในการปฏิบัติงานให้เพียงพอ การจัดหาที่พักและขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างเสมอภาค

3. การเสริมภูมิคุ้มกัน การตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการกักตัวแก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน จะก่อให้เกิดความปลอดภัยกับเจ้าหน้าที่และบุคคลใกล้ชิดภายหลังการกลับไปยังภูมิลำเนา

4. การบูรณาการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันกับหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชนในการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จัดการศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะสนทนากลุ่ม เพื่อสรุปอุปสรรคและข้อมูลในการนำไปวิเคราะห์ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการเตรียมการระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในส่วนภูมิภาคต่อไป

2. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามต่อรูปแบบที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นหนึ่งในเกณฑ์ที่จะใช้ในการตัดสินใจว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมที่หรือไม่ เพื่อให้ตอบสนองต่อการรับมือในช่วงการระบาดของโรคที่อุบัติใหม่ที่มีการระบาดรุนแรง

## เอกสารอ้างอิง

- A. Polchana & C. Mingmalairuk. (2022). The Study of Spatial Field Hospitals to Create Prototype in Public Building. *Arch Journal Issue* Vol.34 No.1: January-June 2022 (in Thai). Bangkok Hospital. (2021). *Assessing symptoms of COVID-19*. Retrieved 20 May 2022. From <https://www.bangkokhospital.com/content/assessing-symptoms-of-covid-19> (in Thai). Centre for COVID-19 Situation Administration (CCSA) Ministry of Public Health. (2021). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) situation*. Retrieved 10 May 2022. From [https://media.thaigov.go.th/uploads/public\\_img/source/300464edit.pdf](https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/300464edit.pdf) (in Thai).

- C. Wongratana. (2017). *Techniques for using statistics for research*. 13th printing Bangkok : Amorn Printing. (in Thai).
- Department of Disease Control. Ministry of Public Health. (2020). *Guide to the prevention and control of corona virus infection 2019 for the people*. Bangkok: Printing Cooperative of Thailand. (in Thai).
- Emergency Operations Center, Department of Disease Control Ministry of public health. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation, public health measures and limitation to disease prevention and control among travelers*. Retrieved 2 May 2022. From <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf> (in Thai).
- Health Administration Division Ministry of Public Health. (2021). *Documents for the establishment of Busarakham Hospital*. Ministry of Public Health, Nonthaburi. (in Thai).
- Juneam, N., Kasettath, M., Khunpradit, P., & Tansuwat, S. (2021). Nursing System Management Coronavirus 2019 (COVID-19) in Lamphun Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*. 29 (1): 115-128. (in Thai).
- Likert, Rensis. (1967). "The Method of Constructing and Attitude Scale". In Reading in Fishbein, M (Ed.), *Attitude Theory and Measurement* (pp. 90-95).
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health Ministry of Public Health. (2019). *Guidelines for working on public health at the area level between the local administrative organization (SAO, Municipality) and the Ministry of Public Health (Health promoting Hospital)* Nonthaburi. p. 1 (in Thai).
- Public Health Administration Division Ministry of Public Health. (2018) *Summary of the Meeting of the Sub-Committee on Establishment and Management of Treatment Services for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, Busarakham Hospital. Ministry of Public Health, Nonthaburi. (in Thai).
- S. Nawsuwan, K. Nawsuwan, R. Rodchanaarcha, N. Waichompu. (2022). Factors Influencing Success in Implementing Field Hospitals of Registered Nurses in Songkhla Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 14(2) pp 231-246 <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/254596> (in Thai).
- S. Sawaengsuk. (2022). The Model of infectious waste management for Coronaviruses (COVID-19) in Field Hospital and Community Isolation: A case study of Surin Province. *Academic Journal of Community Public Health* Vol. 8 No. 3, July–September 2022 (in Thai).
- Sripatum University. (2021). *What is the difference between efficiency and effectiveness?*. Retrieved 25 September 2022. From <https://www.spu.ac.th/fac/account/th/content.php?cid=22475> (in Thai).
- Strategy and planning division Ministry of Public Health. (2020). *Executive Summary: Health Area 10, Fiscal Year 2020*. Retrieved 10 May 2022. From <http://164.115.23.235:8080/sms2020/bpsdashboard/> (in Thai).
- Strategy and planning division Ministry of Public Health. (2020). *Executive Summary: Health Area 10, Fiscal Year 2020*. Retrieved 10 May 2022. From <http://164.115.23.235:8080/sms2020/bpsdashboard/> (in Thai).
- Teeraporn S. A, et al. (2021). Development of Nursing Administration Model in the COVID-19 Outbreak Situation of Hospitals under the Ministry of Public Health. *Journal of Health Science* 2021;30(2): 320-333. (in Thai).



การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลด  
การเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นสมบูรณ  
อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี  
DEVELOPMENT OF A HEALTH BEHAVIOR MODIFICATION  
MODEL TO REDUCE THE INCIDENCE OF DIABETES  
AMONG PEOPLE AT RISK OF DIABETES  
CHONSOMBOON SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL  
NONGMUANG DISTRICT LOPBURI PROVINCE.

ดิศพล แจ่มจันทร์  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นสมบูรณ อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี  
Dissapol Chamchan  
Chonsomboon Health Promoting Hospital Nongmuang District Lopburi Province

## บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเกิดโรคแทรกซ้อนและการเสียชีวิตที่สำคัญ ปัญหาที่พบคือ ปี 2562 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นสมบูรณ จำนวน 17 คน คิดเป็นอัตราป่วย 634.33 ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราป่วยมากกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดลพบุรี ที่มีอัตราป่วย 517.45 ต่อแสนประชากร โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในปีที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จึงสนใจพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนให้มีประสิทธิภาพ โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพร้อมพัฒนานวัตกรรม ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ดำเนินงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นสมบูรณ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 - 30 กันยายน 2564 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในปี 2563 จำนวน 27 คน และปี 2564 จำนวน 34 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานก่อนจัดกิจกรรมมีจำนวนมากขึ้น และแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานยังขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและขาดการติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด หลังจากพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงาน มีนวัตกรรมให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและผลการดำเนินงานระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ มาดำเนินการ



จำแนกเป็นรายปี มีอัตราป่วยโรคเบาหวานลดลงจากปี 2562 อย่างต่อเนื่อง โดยหลังดำเนินการ ปี 2563 และปี 2564 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 444.61, 518.33 ต่อแสนประชากรตามลำดับและประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีผลน้ำตาลต่ำกว่า 125 mg/dl เพิ่มขึ้นโดยปี 2563 ร้อยละ 77.77 และปี 2564 ร้อยละ 76.66

สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ทำให้เกิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและดำเนินงาน ในการพัฒนาบุคลากร และงานทั้งหลายของหน่วยงาน ซึ่งจะสามารถนำไปขยายผล และประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆสู่ระดับจังหวัดและประเทศต่อไป

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวาน การมีส่วนร่วม

## Abstract

Diabetes is a leading cause of complications and death. The problem found is that in 2019, there were 17 diabetic patients at Chon Somboon Sub-District Health Promoting Hospital, representing a morbidity rate of 634.33 per 100,000 population. The morbidity rate is higher than the average of Lopburi Province. with a sickness rate of 517.45 per 100,000 population by modifying health behaviors The past year has not been as successful as it should have been. Therefore interested in developing a model of the modification to be effective. by research and development The objectives of this study were to study the situation and develop a health behavior change model to reduce the incidence of diabetes among people at risk of diabetes and to develop innovations. Which is one way to reduce new diabetes patients. operates in the area of Chon Somboon Health Promoting Hospital Between October 1, 2019 and September 30, 2021, the target groups are 3 groups of stakeholders, namely the director of the sub-district health promotion hospital and the person responsible for the work. public health volunteer and people at risk of diabetes in fiscal year 2020, 27 people, and fiscal year 2021, 34 people. Data were analyzed by descriptive statistics. The results of the study found that The situation of diabetes in the people at risk of diabetes before the event has increased. and a model for changing health behaviors of people at risk of diabetes There is still a lack of participation from all sectors and a lack of close monitoring of operations. After developing a model to modify health behaviors for people at risk of diabetes There was a participatory work from many agencies. There are innovations to educate people at risk of diabetes and the results of the before and after the implementation of the new model, classified annually. The incidence rate of diabetes continued to decline from 2019. After the operation, in 2020 and 2021, the rate of diabetes is 444.61, 518.33 per 100,000 population respectively, and people at risk of having sugar less than 125 mgdl increase by 77.77 percent in 2020 and 76.66 percent in 2021.

It was concluded that the development of a health behavior modification model to reduce the incidence of diabetes resulting in a quality health behavior change model. can be used in planning and operating in the development of personnel and tasks of the agency which can lead to chayaing results and applied in other areas to the provincial and national level.

**Keywords :** health behaviors, diabetes, participation

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการป่วยเพิ่มจากโรคแทรกซ้อนและเสียชีวิตที่สำคัญ จัดเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยที่สุด ควบคู่กับโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งโรคเบาหวานจัดเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยที่สุด โรคนี้พบบ่อยมากกว่าร้อยละ 5 ขึ้นไปในประชาชนไทยวัย 30 - 60 ปี หากนับเฉพาะประชากรในชุมชนเมืองอาจมีความชุกถึงร้อยละ 10 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2555, น.5) โดยเป็นโรคที่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรค และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564, น.59) โดยสถานการณ์โรคเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องนี้ทบทวนจากฐานข้อมูลที่สำคัญหลากหลายฐานในประเทศไทยในอดีต ถึงปี 2562 กล่าวโดยสรุปดังนี้ ความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทย ปี 2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปี 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน ภายหลังจากปี 2558 สถานการณ์ของปัจจัยเสี่ยงในระดับประชากรตั้งแต่ปี 2553-2558 พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงที่มีความชุกลดลง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการกินผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะอ้วนลงพุง และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564, น.60) เมื่อจำแนกรายพื้นที่พบว่า จังหวัดลพบุรีจากฐานข้อมูลของศูนย์ข้อมูลสุขภาพ หรือ Health Data Center (HDC) มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในปี 2562 ถึง 3,919 คน คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 517.45 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีอัตราป่วยลดลงจากปี 2561 ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 533.49 ต่อแสนประชากรเพียงเล็กน้อย และในปี 2662 พื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นมีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ถึง 17 คน คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 634.33 ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราป่วยมากกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดลพบุรี ที่มีอัตราป่วย 517.45 ต่อแสนประชากร (HDC กระทรวงสาธารณสุข)

วิวัฒนาการของข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานในด้านกลไกการเกิดโรคพยาธิกำเนิดและพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน ยารักษาโรคเบาหวาน และข้อมูลด้านการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเกิดขึ้นใหม่และมีอย่างต่อเนื่องเพื่อลดและยับยั้งการเกิดโรค ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเป็นโรคเบาหวาน โดยการที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆ เอง ซึ่งการป่วยด้วยโรคเบาหวานนั้น ต้องเพิ่มการดูแลทั้งในเรื่องการรักษาพยาบาล การดูแลเชิงรุกและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญในการประยุกต์ใช้กิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีความคงทนอยู่อย่างยั่งยืนต่อไป (สุขสันต์ อินทวิเชียร, 2555, น.65)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นพบว่าการดำเนินงานควบคุมโรคเบาหวานยังขาดประสิทธิภาพ โดยมีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานมากกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดลพบุรี ที่มีอัตราป่วย 517.45 ต่อแสนประชากร จึงมีการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยคาดหวังว่าจะสามารถทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ลดอัตราป่วยโรคเบาหวาน พร้อมพัฒนานวัตกรรมเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

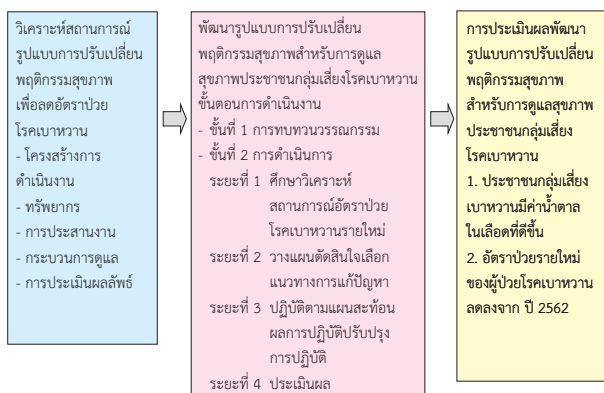
## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อลดอัตราป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อลดอัตราป่วยโรคเบาหวาน พร้อมพัฒนานวัตกรรมเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการจำแนกเป็นรายปี

## กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ใช้แนวคิดการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใหม่ที่พัฒนาขึ้นจากผู้วิจัยเองมาดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย 1. การทำความเข้าใจกับเครือข่ายและประชาชนกลุ่มเสี่ยง 2. การพัฒนาเครือข่ายและประชาชนกลุ่มเสี่ยง 3. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและนวัตกรรมใหม่มาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน 4. การวิเคราะห์การดำเนินงาน 5. การติดตามประเมินและแก้ไขปัญหาที่พบ 6. การพัฒนาการดำเนินงาน 7. การสรุปผลการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้ วัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามรูปแบบใหม่ที่ได้ดำเนินการ วัดผลลัพธ์จากค่าผลน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ลดลงจากปี 2562 ส่วนกระบวนการพัฒนาใช้แนวคิดวงจรพัฒนาของเดมมิ่ง (Deming cycle) ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน (Plan) ระยะปฏิบัติการ (Do) ระยะติดตามประเมินผล (Check) และร่วมปรับปรุงกิจกรรมและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Act) (สิริกร บุญฟู และอาบทิพย์ กาญจนวงศ์, 2555, น. 11)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงสถานการณ์และรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อลดอัตราป่วยโรคเบาหวาน

2. ได้รูปแบบใหม่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อลดอัตราป่วยโรคเบาหวาน พร้อมพัฒนานวัตกรรมเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. ได้เปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการจำแนกเป็นรายปี

## วิธีการศึกษา

1. เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา

ในการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1) แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1.2) นวัตกรรม ภาพพลิกป้องกันจรรยาจร 7+1 สีลพบุรีและแผ่นพับป้องกันจรรยาจร 7+1 สีลพบุรี

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) ทะเบียนติดตามการตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2.2) โปรแกรม Hosxp pcu

2.3) รายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

2. วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาและพัฒนา (Research & Development)

3. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในปี 2563 จำนวน 27 คน และปี 2564 จำนวน 34 คน โดยมีเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมในการทำกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) การทำความเข้าใจกับเครือข่ายและประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการประชุมชี้แจงการดำเนินงานรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่องค์กรในชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อจำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 77 คน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อให้องค์กรในชุมชน

ทราบถึงแนวทางการดำเนินงาน หลักการและความจำเป็น ในการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม และหน้าที่ของแต่ละ องค์การในการสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อให้แต่ละองค์กร ร่วมวางแผนการดำเนินงาน

2) การพัฒนาเครือข่ายและประชาชนกลุ่มเสี่ยง นำเสนอสถานการณ์ วิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมา พร้อมทั้งวางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

3) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ นวัตกรรมใหม่มาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน ได้แก่ นวัตกรรม ภาพพลิกปิงปองจราจร 7+1 สี สพบูรี และแผ่นพับ ปิงปองจราจร 7+1 สี สพบูรี ซึ่งประยุกต์จากแนวทางการดำเนินงาน ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งง่ายต่อการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย ในภาพพลิกจะมีเนื้อหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส.



**ภาพที่ 2** นวัตกรรม ภาพพลิกปิงปองจราจร 7+1 สี สพบูรี และแผ่นพับปิงปองจราจร 7+1 สี สพบูรี

โดยมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามขั้นตอน คือ

- 1) เจาะเลือดเพื่อเก็บผลน้ำตาลในเลือด ก่อนเริ่ม กิจกรรม
- 2) ออกดูแลให้ความรู้และดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง พร้อมเจาะหาค่าน้ำตาลในเลือดเพื่อเก็บผลไปบันทึก
- 3) จัดทำทะเบียนโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แต่ใช้ เพียงการบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มสุขภาพครอบครัวเท่านั้น จึงจัดทำตารางแสดงรายชื่อเพื่อบันทึกข้อมูลและผลความดัน โลหิตเป็นรายเดือนพร้อมรายชื่อ อสม.ผู้รับผิดชอบควบคุม ไปทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ

4) การวิเคราะห์การดำเนินงาน โดยเมื่อดำเนินการ ออกให้ความรู้และดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง พร้อมวัดความดัน เพื่อเก็บผลไปบันทึกเป็นรายเดือนเรียบร้อยแล้ว ทำการคืนข้อมูล ให้แก่ผู้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน จากนั้นเจ้าหน้าที่ และอสม.ร่วมกันวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ระบุประชาชน กลุ่มเสี่ยงที่ยังผลน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ หาสาเหตุปัญหา พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข โดยการสนับสนุนขององค์กรในชุมชน

5) การติดตามประเมินและแก้ไขปัญหาที่พบจากการทำกิจกรรม

6) การพัฒนาการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบจากการทำกิจกรรม

7) การสรุปผลการดำเนินงาน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ (Percentage) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยกระทำไปพร้อมๆ กับขณะการดำเนินการ มีการติดตามผลการนำไปใช้ทุกเดือน

## ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ระบบงาน/วิธีการ เดิม ก่อนการทดลอง พบว่า ระบบงาน/วิธีการ เดิม ก่อนการทดลอง มีจุดเด่น จุดด้อย และ สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไข ดังนี้
  1. จุดเด่น คือ
    - 1.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานควบคุมโรคเบาหวาน
    - 1.2 เจ้าหน้าที่ที่มีความตั้งใจในการดำเนินงานควบคุมโรคเบาหวาน
    - 1.3 องค์กรในชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน ควบคุมโรคเบาหวานอย่างดี
    - 1.4 มีทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมโรคเบาหวาน อย่างเพียงพอ
  2. จุดด้อย คือ
    - 2.1 ขาดการวิเคราะห์สถานการณ์
    - 2.2 องค์กรในชุมชนขาดความเข้าใจในการดำเนินงาน ต้องรอเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
    - 2.3 การดำเนินงานขาดการติดตามและวิเคราะห์ สถานการณ์

- 2.4 มีเครื่องมือในการดำเนินงานไม่เหมาะสม
- 2.5 ไม่มีการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ดำเนินการเพื่อไปปรับปรุงการเฝ้าระวัง
3. สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข คือ
  - 3.1 ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินการ
  - 3.2 สร้างความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่องค์กรในชุมชน
  - 3.3 พัฒนาศักยภาพองค์กรในชุมชน
  - 3.4 จัดหาเครื่องมือที่ง่ายต่อการดำเนินงานและเหมาะสมกับบริบทในการทำงานของพื้นที่
  - 3.5 คืนข้อมูลให้แก่ผู้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน
  - 3.6 สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมในการดำเนินงานในพื้นที่
2. ผลการสร้างและพัฒนาแบบการดำเนินงานใหม่
  - ระบบงาน/วิธีการ ในปี 2564
  - สิ่งที่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปจากระบบงาน/วิธีการในปี 2564 ได้แก่

1. การดำเนินงานรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากเดิมจะเน้นเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและอาสาสมัครสาธารณสุขเท่านั้นซึ่งยังไม่เพียงพอในการเฝ้าติดตามพฤติกรรม ในปี 2564 มีการจัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่องค์กรในชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น คือ กลุ่มญาติของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากคนในครอบครัว ซึ่งจะเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น
2. ในรูปแบบเดิมไม่มีการจัดส่งข้อมูลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ทำให้เกิดการล่าช้า ตกหล่น หรือเกิดการผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ในปี 2564 จัดสร้างกลุ่มไลน์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีสมาชิก คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุข มีการถ่ายทอดความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งผลงานการดำเนินงาน ดูแลกลุ่มเสี่ยงและภาพกิจกรรมทางไลน์อย่างสม่ำเสมอ

**ตารางที่ 1** แสดงผลการเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงาน แนวทางเดิมกับแนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้น

แนวทางเดิม	แนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้น
มีการจัดอบรมให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยเจ้าหน้าที่เท่านั้น ซึ่งทำให้ขาดการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง	เพิ่มการทำงานโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน การจัดทำทะเบียนบันทึกข้อมูลและผลความดันโลหิตเป็นรายเดือน พร้อมรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบในพื้นที่บ้านของกลุ่มเสี่ยง โดยออกเยี่ยมให้ความรู้ ติดตามพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงทุกเดือน
ให้ความรู้การจัดอบรมเพียงรูปแบบเดียว คือเป็นสื่อสไลด์ซึ่งยากต่อการจดจำ ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ผลเท่าที่ควร	จัดทำนวัตกรรม ภาพพลิกป้องกันจรรยาจร 7+1 สี ลพบุรีและแผ่นพับป้องกันจรรยาจร 7+1 สี ลพบุรี ซึ่งประยุกต์จากแนวทางการดำเนินงานป้องกันจรรยาจรชีวิต 7 สี ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งง่ายต่อการให้ความรู้ในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การดำเนินงานรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและอาสาสมัครสาธารณสุขเท่านั้นซึ่งยังไม่เพียงพอในการเฝ้าติดตามพฤติกรรม	จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่องค์กรในชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น คือ กลุ่มญาติของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากคนในครอบครัว ซึ่งจะเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น
ไม่มีการจัดส่งข้อมูลผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ทำให้เกิดการล่าช้า ตกหล่น หรือเกิดการผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง	จัดสร้างกลุ่มไลน์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีสมาชิกคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุข มีการถ่ายทอดความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งผลงานการดำเนินงานดูแลกลุ่มเสี่ยงและภาพกิจกรรมทางไลน์อย่างสม่ำเสมอ

ระบบงาน/วิธีการใหม่ที่เหมาะสม หลังการดำเนินการแล้ว 2 ปี

หลังการดำเนินการแล้ว 2 ปี สรุปรบบงาน/วิธีการใหม่ที่ปรับปรุงแล้ว เป็นดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มดำเนินงาน ทำดังนี้

1.1 ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน พร้อมอบรมให้ความรู้เพื่อให้องค์กรในชุมชน ประชาชนกลุ่มเสี่ยง รับทราบแนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานในสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2. นำเสนอสถานการณ์ วิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมา พร้อมทั้งวางแผนการดำเนินงาน

1.3. จัดหาเครื่องมือในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ นวัตกรรม ภาพพลิกป้องกันจรรยา 7+1 สี ลพบุรีและแผ่นพับป้องกันจรรยา 7+1 สี ลพบุรี ซึ่งง่ายต่อการให้ความรู้ในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.4. จัดทำทะเบียนโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แต่ใช้เพียงการบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มสุขภาพครอบครัวเท่านั้น จึงจัดทำตารางแสดงรายชื่อเพื่อบันทึกข้อมูลและผลความดันโลหิตเป็นรายเดือนพร้อมรายชื่อ อสม.ผู้รับผิดชอบควบคุมไปทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ

1.5. เจาะเลือดกลุ่มเสี่ยงเพื่อเก็บผลน้ำตาลในเลือดก่อนเริ่มกิจกรรม

2. การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทำดังนี้

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการออกดูแลให้ความรู้และดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง พร้อมเจาะหาค่าน้ำตาลในเลือดเพื่อเก็บผลไปบันทึก

2.2 เมื่อดำเนินการออกดูแลให้ความรู้และดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง พร้อมเจาะหาค่าน้ำตาลในเลือดเพื่อเก็บผลไปบันทึกเป็นรายเดือนเรียบร้อยแล้ว ทำการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน จากนั้นเจ้าหน้าที่และ อสม. ร่วมกันสรุปผลการดำเนินงานระบุประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ยังผลน้ำตาลในเลือดสูงอยู่หาสาเหตุปัญหา พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข โดยการสนับสนุนขององค์กรในชุมชน

2.3 ดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

3. การสรุปผลการดำเนินงาน ทำดังนี้

3.1 ผลน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงในแต่ละเดือน

3.2 อัตราป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่

4. การควบคุมและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำดังนี้

4.1 นำเสนอผลการดำเนินงานปีละ 2 ครั้ง (รอบ 6 เดือน)

3. รูปแบบการดำเนินงานใหม่ที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการดำเนินงานใหม่ ของงานควบคุมโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น และได้ผ่านการทดลองใช้จริงแล้ว 2 ปี มีลักษณะที่โดดเด่นและดี สรุปได้ดังนี้

1. ด้านหลักการของรูปแบบ ได้แก่

1.1 กิจกรรมให้ความรู้และออกดูแลให้ความรู้และดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.2 หาความเสี่ยงของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ประสบผลสำเร็จ

1.3 วิเคราะห์ปัญหาของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ประสบผลสำเร็จ

1.4 แก้ไขปัญหาโดยองค์กรในชุมชน

1.5 ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านโครงสร้างของรูปแบบ ได้แก่

2.1 ใช้การทำงานแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน เนื่องจากสามารถเพิ่มศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้น

2.2 ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและร่วมหาแนวทางการแก้ไข

2.3 องค์กรในชุมชนร่วมดำเนินการตามภาระกิจขององค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.4 การดำเนินเป็นไปตามแนวทาง ของกระทรวงสาธารณสุข

3. ด้านวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ ได้แก่

3.1 การทำงานแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในการดำเนินงานอื่นๆ เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพของประชาชนได้อีกด้วย

รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น หลังสิ้นปี 2562 กับรูปแบบเดิมเมื่อปี 2562 มีความแตกต่างที่สำคัญ 7 ประการ ดังนี้

โดยพบว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีการทำงานแบบมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงานมีการดำเนินงานเชิงรุกและออกติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ พร้อมเชื่อมโยงการดำเนินงานขององค์กรในชุมชนและคืนข้อมูลให้แก่ผู้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน พร้อมมีนวัตกรรมให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

## ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิม

ที่	รูปแบบเดิม ปี 2562	รูปแบบใหม่ ที่พัฒนาขึ้น (หลังปี 2562)
1.	การจัดอบรมให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยเจ้าหน้าที่เท่านั้น ไม่มีการอบรมให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ญาติผู้ป่วย	ประชุมชี้แจงการดำเนินงานและให้ความรู้เรื่องรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่องค์กรในชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 77 คน และ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
2.	การให้ความรู้การจัดอบรมซึ่งเป็นสื่อสไลด์เท่านั้น	มีการพัฒนาการจัดทำนวัตกรรม ภาพพลิกป้องกันจราจร 7+1 สี ลพบุรี และแผ่นพับเป็นสื่อให้ความรู้เพิ่มขึ้น
3.	ไม่มีการติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายเดือน	ดำเนินการออกติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดูแลให้ความรู้และดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง พร้อมเจาะหาผลน้ำตาลในเลือดเพื่อเก็บผลไปบันทึกเป็นรายเดือน
4.	ไม่มีการใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชันในการติดตามการดำเนินงาน	จัดสร้างกลุ่มไลน์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีสมาชิกคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุข มีการถ่ายทอดความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งผลงานการดำเนินงานดูแลกลุ่มเสี่ยงและภาพกิจกรรม
5.	ไม่มีการวิเคราะห์ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	มีการวิเคราะห์หาปัญหาของการไม่ประสบความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ร่วมกับองค์กรในชุมชน
6.	ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา	ประชาชนมีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ
7.	ไม่มีการเชื่อมโยงการดำเนินงานขององค์กรในชุมชน	มีการเชื่อมโยงการดำเนินงานขององค์กรในชุมชนและทำการคืนข้อมูลเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน

4. ผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่างก่อนการทดลอง (ปีงบประมาณ 2562) กับหลังการทดลอง (ปีงบประมาณ 2563-2564) เมื่อนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการเป็นดังนี้

การแปลผลของตารางที่ 2 พบว่าหลังการทดลอง มีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลดลง และประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีผลน้ำตาลต่ำกว่า 125 mg/dl มีจำนวนเพิ่มขึ้น

## ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ผลการดำเนินงาน	หน่วย	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข	ต่อประชากรแสนคน	634.33	444.61	518.33
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีผลน้ำตาลต่ำกว่า 125 mg/dl	คน	15	21	23
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีผลน้ำตาลต่ำกว่า 125 mg/dl	ร้อยละ	51.72	77.77	76.66



## 5. สรุปสิ่งที่ได้จากการวิจัย

สิ่งที่ได้จากการวิจัยสามารถสรุปเป็น 6 ประการตามวัตถุประสงค์การวิจัย และจุดเด่นที่พบ ได้แก่

1. ได้รูปแบบใหม่ของการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานที่ได้ผ่านการนำไปใช้จริงในพื้นที่แล้วรวม 2 ปี

2. ได้ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องรวม 1 ปี

3. ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน ในการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน อย่างต่อเนื่อง รวม 2 ปี

4. ได้ความรู้จากการปฏิบัติจริง ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ทั้งในด้านการวิเคราะห์ การกำหนดตัวชี้วัด การสร้างเครื่องมือวัดและการวัดผลการดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงาน และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5. ได้ความคิดที่สร้างสรรค์และประสบการณ์จริงในการพัฒนางานด้วยทรัพยากรที่มีอยู่

6. ได้ประสบการณ์การทำวิจัยเพื่อการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องที่ได้ผลจริง

## อภิปรายผล

ขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และจุดเด่นที่พบจากการวิจัยครั้งนี้ ใน 4 ประเด็น คือ

1. รูปแบบใหม่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบใหม่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ดี มีระบบงาน/วิธีการ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชนบทที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร มีภาระงานมากเนื่องจากเหตุผล 3 ประการ คือ

1) ได้พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือร่วมใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการทำงานเป็นทีมอย่างจริงจัง กระตุ้นบุคคลในชุมชนให้ตระหนักและมีศักยภาพในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกัน ร่วมกันวิเคราะห์แนวทางการดูแลสุขภาพตนเอง พัฒนารูปแบบฯ ของชุมชน

จัดกิจกรรมการเรียนรู้เน้นการปฏิบัติจริง และประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

2) ให้ประชาชนมีส่วนร่วม ดังนั้นการจัดรูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความพึงพอใจ มีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน

3) มีการร่วมกันประเมิน วิเคราะห์ การดำเนินงานและผลดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน และสังเคราะห์แนวทางและวิธีการใหม่ ที่เหมาะสม เพื่อการแก้ปัญหา จากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน และยังต้องมีการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

2. ผลการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน หลังนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการ ผลการวิจัยพบว่าหลังนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการ ผลการดำเนินงานของงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานดีขึ้น คือ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานลดลง ในปี 2562 ก่อนดำเนินการมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 634.33 ต่อแสนประชากร หลังดำเนินการ ปี 2563 และปี 2564 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 444.61, 518.33 ต่อแสนประชากรตามลำดับที่เป็นดังนี้ เนื่องจากเหตุผล 3 ประการ คือ การมีรูปแบบการดำเนินงานที่ดี การมีกระบวนการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดี และการมีทีมงานผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานที่ดี

3. การพัฒนางานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า งานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มการทำงานโดยมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน และการสร้างนวัตกรรม มาใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเพื่อนำปัญหาของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาวิเคราะห์หาปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับองค์กรในชุมชน

4. การพัฒนางานด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ ผลการวิจัยพบว่า งานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เพียงทรัพยากรเท่าที่มีอยู่การใช้เพียงทรัพยากรเท่าที่มีอยู่นั้น

เป็นกลยุทธ์ที่มีคุณค่า และมีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรในการดำเนินงานทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นคน เงิน ของ นั้น เป็นสิ่งที่มีอยู่จำกัด เป็นสิ่งที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน่วยงาน/องค์กร ต่างให้ความสำคัญ และพยายามหาทางแก้ปัญหาขึ้น ดังนั้น ถ้าสามารถทำให้ผลการดำเนินงานดีขึ้น โดยไม่ต้องเพิ่มทรัพยากร จึงเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของทุกหน่วยงาน

## สรุปผล

1. พบว่าสถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีจำนวนมากขึ้น และรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อลดอัตราป่วยโรคเบาหวานในรูปแบบเดิมนั้น ยังขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและขาดการติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด

2. มีการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มีคุณภาพ เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงาน มีนวัตกรรมให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

3. ผลการดำเนินงานระหว่าง ก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบใหม่มาดำเนินการจำแนกเป็นรายปี มีอัตราป่วยโรคเบาหวานลดลงจากปี 2562 อย่างต่อเนื่อง โดยหลังดำเนินการปี 2563 และปี 2564 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 444.61, 518.33 ต่อแสนประชากร ตามลำดับและประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีผลน้ำตาล ต่ำกว่า 125 mg/dl เพิ่มขึ้น โดย ปี 2563 ร้อยละ 77.77 และ ปี 2564 ร้อยละ 76.66

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะในการนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์**

1. สำหรับ หน่วยงานที่มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ควรนำแนวคิดแนวทางและวิธีการที่ได้ดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นบทเรียนตัวอย่างของการพัฒนาที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและการดำเนินงาน

2. สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามารถให้การสนับสนุนและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ในการพัฒนาต่อไป จนเป็นต้นแบบของประเทศ ตามนโยบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข

3. สำหรับกระทรวงสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นตัวอย่างของการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำได้จริงในบริบทของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. สำหรับผู้สนใจ เสนอแนะให้ศึกษาแนวคิดหลักการ และวิธีการที่ใช้ในการวิจัยนี้ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ ถึงวิธีปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ก่อนนำไปประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของตน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ในการทำวิจัยเรื่องเดิม

1.1 ควรพัฒนาให้ครอบคลุม “ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน” ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านปริมาณงานที่ทำและที่ได้รับจากการดำเนินงาน ด้านคุณภาพของผลการดำเนินงาน ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง และ ด้านเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินงาน

1.2 ควรทำวิจัยและพัฒนา (R&D) เรื่องนี้ต่อไป จนได้ “ต้นแบบ” ของงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานที่ดี และมีประสิทธิภาพสูง ยิ่งๆ ขึ้น อย่างยั่งยืน

2. ในการทำวิจัยเรื่องใหม่

ควรนำหลักการและวิธีการของการวิจัยนี้ไปใช้ในการเพิ่มคุณค่าจากสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิด หลักการ และวิธีการของ:

2.1 การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM)

2.2 การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน (Sustainable Community Development)

2.3 การพัฒนาด้วย Public-Private-Partnership (PPP) เน้นการใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียงด้วยการบูรณาการจากทุกภาคส่วนอย่างกลมกลืน

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลวิจัยที่พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการลดการเกิดโรคเบาหวานอย่างได้ผล สมควรที่จะคงนโยบายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากเป็นการดำเนินงานที่ง่ายและมีค่าใช้จ่ายน้อยแต่มีประสิทธิภาพ

2. จากผลวิจัยที่พบว่า การปรับปรุงระบบติดตามของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงติดต่อกันทุกเดือน และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้เมื่อเจาะหาน้ำตาลในเลือดแล้วมีค่าน้ำตาลที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดโรคเบาหวานได้ ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อลดอัตราป่วยโรคเบาหวานของผู้ป่วยรายใหม่

ขอขอบพระคุณ หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานทุกท่าน อาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งประชาชนกลุ่มเสี่ยงและญาติทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยนี้ จนประสบความสำเร็จ

## เอกสารอ้างอิง

Chaikaew, Sopha. (2019). Enhancing motivation to change behavior in diabetic patients. high blood pressure Ban Tha Kham Health Promoting Hospital Mueang Chiang Mai District Chiang Mai Province. Retrieved September 29, 2019, from <http://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20201117144657.pdf> (in Thai).

Department of Disease Control.(2020). Situational Report on NCDs, Diabetes, Hypertension and related risk factors 2019 .Bangkok: Graphic and Design Publishing House. (in Thai).

Department of Health Service Support.(2013). Guidelines for provincial health behavior change.Retrieved September 20, 2019, from <http://hed.go.th/linkHed/file/577> (in Thai).

Division of Non-communicable Diseases.(2564). Annual Report 2020; Bangkok: Graphic and Design Publishing House. (in Thai).

Inthawichian, Suksan.(2012). Sustainable participative health behavior change in diabetes risk group.Kasetwisai District Roi Et Province. Journal of the Office of Disease Prevention and Control No. 6, Khon Kaen. 19(2):65-75. (in Thai).

Sukdee, Sirinet et al.(2017). Development of a health behavior modification model for chronic non-communicable disease risk groups with the process of participating in knowledge management of communities in Bangkluea Subdistrict Chachoengsao Province. Journal of Health Education. 40(1):38-52.(in Thai).



# การศึกษารูปแบบการจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลรายหัว ของคนไทยจากกองทุนรัฐสวัสดิการให้กับสถานบริการสุขภาพ ในประเทศไทย

## A STUDY OF HEALTH SERVICES BUDGETING ALLOCATION PATTERN FOR THAI PEOPLE VIA THE WELFARE STATE FUND IN THAILAND

ศักดิ์สิทธิ์ คชกุลไพโรจน์

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Saksit Kochakulpirot

Division of Health Economics and Health Security, Office of the Permanent Secretary, Ministry of  
Public Health

### บทคัดย่อ

การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทย ได้มีการพัฒนามาแล้วกว่า 50 ปี โดยในปี พ.ศ. 2515 ได้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทนเพื่อให้หลักประกันแก่ลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน และหลังจากนั้นมีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521 มีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นอกจากนี้ยังมีหลักประกันสุขภาพเสริมอื่นๆ เช่นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 การประกันสุขภาพภาคเอกชน ทั้งนี้เพื่อให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ ในระยะที่ผ่านผู้วิจัยเห็นว่ายังมีปัญหาการจัดสรรงบประมาณจากแต่ละแหล่งงบประมาณของกองทุนสวัสดิการของรัฐซึ่งมีรูปแบบและวิธีการจัดสรรที่แตกต่างกัน อาจเกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณที่ส่งผลให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณที่แตกต่างกัน

การศึกษานี้ได้กำหนดวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดสรรให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 2) เพื่อเปรียบเทียบอัตราค่าใช้จ่ายต่อประชากรของงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากหน่วยงานหรือกองทุนที่ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบันของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นรายได้หลักของหน่วยบริการ โดยใช้หลักความเป็นธรรมเป็นเกณฑ์ในการสร้างแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดสรรงบประมาณ 3) เพื่อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรงบประมาณ ในการจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนอื่นๆ ที่จัดสรรให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป วิธีการศึกษาใช้ข้อมูลระดับทุติยภูมิ จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพและข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงานสถิติแห่งชาติ

โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การศึกษาเชิงพรรณนา เกี่ยวกับแนวคิดรูปแบบและกระบวนการจัดสรรงบประมาณด้านการรักษาพยาบาล สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) การวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยการสร้างแบบจำลองทางเศรษฐมิติเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระจากวิธี Ordinary Least Squares (OLS)

ผลการศึกษาพบว่าการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละกองทุน โดยอัตราที่จัดสรรต่อประชากรเฉลี่ยทั้งประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) พบว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีอัตราสูงสุด เฉลี่ย 5,502.92 บาท/คน/ปี รองลงมา คือ กองทุนประกันสังคม เฉลี่ย 2,579.56 บาท/คน/ปี และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เฉลี่ย 2,205.02 บาท/คน/ปี ส่วนผลการศึกษาด้านความเป็นธรรมตามสมการเศรษฐมิติ ซึ่งศึกษาเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพเนื่องจากมีข้อมูลค่อนข้างครบถ้วนพบว่า มีความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณที่จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว (เงิน OP IP และ PP) ตามหลักความเป็นธรรมที่ผู้ศึกษาจัดทำสมการขึ้นมา โดยพบว่ามี 4 จังหวัดที่จัดสรรได้อย่างเหมาะสม มี 37 จังหวัดที่ได้รับจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับ และมี 35 จังหวัดได้รับจัดสรรงบประมาณมากกว่าที่ควรได้รับ โดยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบันทึกบัญชีบริหารของหน่วยบริการในปัจจุบันซึ่งพบที่มีความแตกต่างกันเนื่องจากปัญหาความไม่เข้าใจในหมวดรายการซึ่งมีรายละเอียดจำนวนมากและมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยจึงควรมีการพัฒนากระบวนการบันทึกข้อมูลและทวนสอบความถูกต้องจากผู้บริหารระดับหน่วยบริการอย่างจริงจัง และจากการศึกษาวิเคราะห์ตามแบบจำลองทางเศรษฐมิติ พบว่าการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีหลายจังหวัดได้รับงบประมาณมากกว่าที่พึงได้รับและหลายจังหวัดได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่พึงได้รับ ดังนั้นผู้ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาทบทวนวิธีการจัดสรรให้เกิดความเหมาะสมและเป็นธรรมให้มากขึ้น สุดท้ายควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานะทางการเงินของหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อการวางแผนบริหารจัดการหน่วยบริการภาครัฐให้มีประสิทธิภาพต่อไป

**คำสำคัญ:** งบประมาณรายหัว กองทุนรัฐสวัสดิการ หลักประกันสุขภาพ

## Abstract

Health security for Thai people has been developed for more than 50 years. For instance, in 1972, Thailand established the Compensation Fund primarily aimed at providing security for employee who may be injured from work or suffer illness from work-related disease. After that, several major laws were promulgated including the Decree on Medical Expense Welfare B.E. 2521 (1978), Social Security Act B.E. 2533 (1990) and National Health Security Act B.E. 2545 (2002). In addition, other supplementary health securities were introduced such as Protection for Motor Vehicle Victims Act, health insurance by private sector etc. to ensure that all Thai citizens can have health assurance and access public health services. Over the period, the researcher also observed that there still had certain issues of budget allocation from each source of budget of the government welfare fund of different pattern and method of allocation which may lead to unfair budget allocation resulting in different amount of budget received by each service unit.

Over the past years, allocation of budget on health by each fund/agency may differ from one another. It is therefore necessary to investigate the form, guideline and allocation of budget by each fund. The objectives of this study are as follows: 1) To examine form and method for allocation of budget for public health services by National Health Security Fund, Social Security Fund and civil servant's medical expenses welfare allocated to service agencies subordinated to the Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, fiscal year 2021 2) To compare per capita expenditure based on the budget which service agencies have received from other agency or fund charged with the duty to allocate budget for public health services in the fiscal year 2021 and to analyze the difference with current practice in budget allocation by the National Health Security Fund which provide the major source of income of each service agency based on the principle of fairness as a criteria for developing economic models used for comparing the outcomes of budget allocation and 3) To propose budget allocation guideline for public health services to the National Health Security Fund and other funds providing budget for service agency under the Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. The study applied secondary data collected by the Division of Health Economics and Health Security and data from other relevant agencies e.g. Social Security Office, Comptroller General's Department, National Statistical Office of Thailand and was divided into 2 parts, namely, 1) Descriptive study regarding concept, pattern and procedure for allocating healthcare expenditure budget for healthcare benefit for civil servant, Social Security Fund and National Health Security Fund and 2) Quantitative analysis by developing econometric model in order to find coefficient between dependent variable and independent variable by Ordinary Least Squares (OLS) method.

Findings from the study suggest that budget allocation in the fiscal year 2021 varied from one fund to one fund to another. With respect to the average per capita allocation of the entire country (excluding Bangkok), it appears that the highest rate of medical expenses welfare was at the average of 5,502.92 baht/person/year followed by such allocated by the Social Security Fund at the average of 2,579.56 baht/person/year and National Health Security Fund at the average of 2,205.02 baht/person/year, respectively. With respect to the study on fairness according to econometric models which was

limited only to the National Health Security Fund due to sufficient data, it reveals that there had certain unfairness in per capita budget allocation (OP, IP and PP) based on the fairness models developed the author. There were 4 provinces that could appropriately allocate the budget while 37 provinces were allocated with under-budget and another 35 provinces were, on the contrary, provided with over-budget. Suggestion is made, inter alia, on record of managerial accounting by service units which presently differs from unit to unit as a result of misunderstanding on section of entries which has range of details while the turnover rate of personnel was high. It should have intense development on data entry system and verification by the management at service unit level. According to the analysis of econometric model, it revealed that budget allocation for the fiscal year 2021 had caused number of provinces to acquire over-budget while several provinces gained under-budget. The person in charge should therefore review method of allocation to ensure appropriateness and fairness as much as possible. Lastly, there should have further study on financial position of healthcare service unit for further planning on effective management of government service agency.

**Keyword:** per capita expenditure, Welfare State Fund, Health Security Fund

## บทนำ

รายงานองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2020 (Tracking Universal Health Coverage 2021 Global Monitoring Report, 2021) ซึ่งให้เห็นว่าแม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วโลกครอบคลุมประชากรเพิ่มขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาแต่ยังเป็นอัตราขยายตัวที่ช้าและอาจส่งผลให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้คนทั้งโลกได้ภายในปี 2573 ก่อนหน้านั้นสหประชาชาติตั้งเป้าการบรรลุตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่ยั่งยืน ว่าต้องมีผู้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้น 1 พันล้านคนภายในปี 2566 และคนเหล่านี้ต้องไม่ล้มละลายด้วยค่าใช้จ่ายสุขภาพ แต่แนวโน้มในปัจจุบันชี้ว่าอาจมีจำนวนคนที่เข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นเพียง 270 ล้านคนเท่านั้น สาเหตุหนึ่งมาจากปัญหาความเหลื่อมล้ำประชากรบางส่วนมีแนวโน้มจนลงไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ประกอบกับต้นทุนด้านบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ยิ่งเมื่อเกิดวิกฤตโควิด 19 สถานการณ์การล้มละลายเพราะค่าใช้จ่ายสุขภาพอาจแย่ลงไปอีก เพราะโควิดกระทบการจ้างงานคนที่จนอยู่แล้วยิ่งจนลงไปอีก หากรัฐบาลไม่ดำเนินนโยบายลดความยากจนที่มีประสิทธิผล ผู้มีรายได้น้อยก็มีแนวโน้มที่จะตกอยู่ในวังวนของการล้มละลายต่อไป

แนวคิดในการจัดการระบบประกันสุขภาพที่ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศ มีอยู่ด้วยกัน 2 แนวทาง (กิติพัฒน์ นนท์ปัทมาดุล, 2537) คือ แนวทางแรกเกิดจากแนวคิดที่ต้องการให้ประชาชนสามารถเลือกระบบประกันสุขภาพของตนเองได้อย่างเสรีโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละคน เช่น การซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันภัยในรูปแบบต่างๆ ส่วนแนวทางที่สอง มาจากแนวคิดที่เชื่อว่ารัฐควรเป็นผู้จัดหาบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน โดยประชาชนทุกคนจะต้องได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน โดยถือว่าเป็นสวัสดิการที่รัฐเป็นผู้จัดหาให้ สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดรูปแบบระบบประกันสุขภาพทางสายกลาง คือ การผสมผสานระหว่างทั้งสองแนวความคิดโดยประชาชน (ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและยอมรับภาระค่าใช้จ่ายได้เอง) สามารถมีสิทธิเลือกประกันสุขภาพได้ตามความสมัครใจด้วยตนเอง ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลก็เป็นผู้จัดหาประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ไม่มีความสามารถเข้าถึงประกัน

สุขภาพร่วมด้วยอีกทางหนึ่ง ทั้งนี้ก็เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงโดยภาระค่าใช้จ่ายมีใช้อยู่ประปรก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพของประเทศไทย ไม่ใช่นโยบายสงเคราะห์ (อัมมาร สยามวาลา, 2544) ดังนั้น การดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะประสบความสำเร็จได้ ก็ต่อเมื่อนโยบายเหล่านั้นได้ก่อให้เกิดระบบประกันสุขภาพ ที่ได้มาตรฐานทั้งในด้านคุณภาพของการให้บริการและความทั่วถึงของการกระจายของทรัพยากรได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมารัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนไทยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะได้ปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรทรัพยากรรวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้มีความเหมาะสมผ่านโครงการที่สำคัญ โดยเฉพาะโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ทิปร จิรัฐติกุลชัย, 2564) แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาสำคัญปรากฏอยู่และยังเป็นภาระที่จะต้องหาวิธีการในการแก้ไข โดยเฉพาะปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรม เช่น ความไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร ถึงแม้ว่าอัตราส่วนของทรัพยากรสุขภาพโดยรวมของประเทศจะดีขึ้น แต่ก็ยังพบว่ายังคงมีความแตกต่างทั้งด้านกำลังคน จำนวนสถานบริการ จำนวนเตียงในการจัดสรรระหว่างภูมิภาคต่างๆ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงและการใช้บริการของประชาชนในเขตเมือง และเขตชนบท มีโอกาสในการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกันมาก เนื่องจากอุปทานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนมีการจัดบริการให้กับประชาชนแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่จะอยู่ที่กรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่มากมาย แต่ในขณะที่อยู่ที่พื้นที่ชนบทห่างไกลๆ กลับต้องขาดแคลน และประชาชนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตามมาอีกมากมาย ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ถ้าจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ที่พัก เป็นต้น ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ที่ประชาชนได้รับส่วนใหญ่เป็นบริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งทำให้มีสุขภาพดีน้อยกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อีกทั้งการบริการด้านการรักษาพยาบาลพบว่ามีคุณภาพประสิทธิภาพ



ในหลายด้าน เช่น การใช้ยาเกินความจำเป็น ปัญหาเกี่ยวกับการจัดระบบเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในยามฉุกเฉิน และยังไม่มีการจัดอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

สำหรับการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ที่เกิดมีความชัดเจนมากที่สุดประการหนึ่งคือ หลังจากมีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญญา ณ ระนอง, 2545) โดยการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีการนำระบบการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) มาใช้ ทำให้มีผลกระทบทางการเงินกับสถานพยาบาลในระดับต่างๆ หลายประการ

ด้วยเหตุผลตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในรูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันว่ามีความเหมาะสมและเป็นธรรมเพียงใดโดยเฉพาะผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐได้รับงบประมาณเพียงพอ เป็นธรรมหรือไม่ในการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และหากยังมีข้อควรพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อสร้างความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลให้หน่วยบริการดังกล่าวควรต้องพิจารณาประเด็นอะไรเพิ่มเติมอีกหรือไม่อย่างไร

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดการบริการสาธารณสุขของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดสรรให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราค่าใช้จ่ายต่อประชากรของงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากหน่วยงานหรือกองทุนที่ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดการบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบันของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นรายได้หลักของหน่วยบริการ โดยใช้หลักความเป็นธรรมเป็นเกณฑ์ในการสร้างแบบจำลองเปรียบเทียบผลการจัดสรรงบประมาณ

3. เพื่อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดการบริการสาธารณสุข ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสวัสดิการอื่นๆ ที่จัดสรรให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีต่อไป

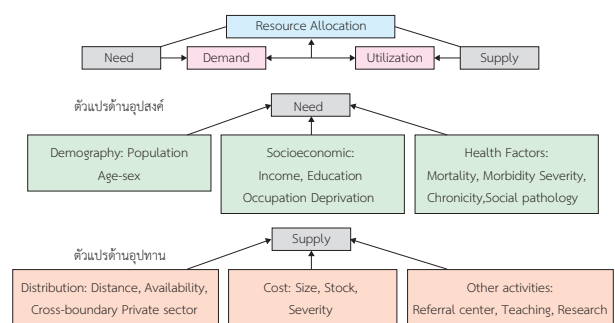
## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเชิงนโยบายในการจัดสรรงบประมาณของกองทุนต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการสาธารณสุข เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดบริการให้กับประชาชนตามสิทธิต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

2. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยบริการ เพื่อทราบสถานะและพิจารณาหาแนวทางในการปรับปรุงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะข้อมูลทางบัญชีให้มีความถูกต้องครบถ้วนยิ่งขึ้น

## กรอบแนวคิด

การจัดสรรงบประมาณที่ดีต้องสะท้อนความจำเป็น (need) และองค์ประกอบด้านอุปทาน (supply) สำหรับการใช้บริการสุขภาพเป็นเพียงจุดเชื่อมต่อของความจำเป็นและความต้องการได้รับการตอบสนอง



ภาพที่ 1 แบบจำลองการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข (resource allocation model)

ที่มา จาก เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ (หน้า 154), โดย ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2543, พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร, ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ.

## วิธีการศึกษา

การศึกษารูปแบบการจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลรายหัวของคนไทยจากกองทุนสวัสดิการให้กับสถานบริการสุขภาพในประเทศไทยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยเก็บข้อมูลจากการศึกษาวิเคราะห์เอกสารการบริหารกองทุนต่างๆ ประกอบด้วย สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. มุ่งเน้นการวิเคราะห์รูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขจาก 3 กองทุนหลักๆ ของประเทศ ประกอบด้วย สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากระบบบัญชีบริหารของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพปีงบประมาณ 2564 กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานสถิติแห่งชาติ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์และสร้างแบบจำลองการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. ผู้วิจัยทำการศึกษาวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณโดยใช้หลักความเป็นธรรมเป็นเกณฑ์ตามแบบจำลองที่สร้างขึ้น โดยศึกษาเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้จัดสรรให้กับจังหวัดต่างๆ จำนวน 76 จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ในปีงบประมาณ 2564 ว่ามีเกณฑ์การจัดสรรอย่างไรแล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้หลักความเป็นธรรมเป็นตัวกำหนดในการจัดสรรงบประมาณเหล่านั้น

### แหล่งที่มาของข้อมูล

ใช้ข้อมูลระดับทุติยภูมิ จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานสถิติแห่งชาติ และข้อมูลอื่นๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### รูปแบบการศึกษา

1. ศึกษาเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์รูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุนหลักๆ ของประเทศ ประกอบด้วย กองทุนประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. วิเคราะห์โดยดัดแปลงมาจากแบบจำลองเศรษฐมิติ (Arthur S. Goldberger, 1964) สำหรับการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยศึกษาเฉพาะงบประมาณจ่ายรายหัวประเภทค่าบริการผู้ป่วยนอก ค่าบริการผู้ป่วยใน และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดต่อประมาณบุคคลากรออกก่อน เนื่องจากในการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวไม่ได้รวมเงินเดือนของบุคคลากรที่ให้บริการสาธารณสุข โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรตามและตัวแปรอิสระด้วยวิธี Ordinary Least Squares (OLS) ที่คำนึงถึงตัวแปรสำคัญ ทั้งด้านอุปสงค์และอุปทานในระบบบริการสาธารณสุข เพื่อทำนายความต้องการงบประมาณของแต่ละจังหวัด โดยแบบจำลองในการจัดสรรงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำนายความต้องการงบประมาณในแต่ละจังหวัด ดังนี้

$$BG = a + b_1 \text{PopUC} + b_2 \text{AMHI} + b_3 \text{DepRatio} + b_4 \text{OP} + b_5 \text{IP} + b_6 \text{HsvRatio} + b_7 \text{ACC}$$

โดยที่ BG หมายถึง จำนวนงบประมาณรายจ่ายของหน่วยบริการหักจำนวนเงินเดือนรายจังหวัด

Pop UC หมายถึง จำนวนประชากรของผู้มีสิทธิกองทุนหลักประกันสุขภาพ ณ 30 กันยายนรายจังหวัด AMHI หมายถึง ระดับรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด

DepRatio หมายถึง จำนวนประชากรวัยพึ่งพิง (อายุ 0-14 ปีและมากกว่า 60ปี) ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด OP หมายถึง จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด

IP หมายถึง จำนวนรายของผู้ป่วยในที่มาใช้บริการเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด

HsvRatio หมายถึง สัดส่วนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อประชากร สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด

ACC หมายถึง จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตตายจากอุบัติเหตุ ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด

หลังจากนั้นเมื่อได้งบประมาณจากแบบจำลอง (BG) แล้วจะนำไปเปรียบเทียบกับงบประมาณที่จังหวัดต่างๆ พึ่งได้รับ (Ex) ดังนี้

$$Rp = \frac{EX}{BG}$$

โดย  $R_p =$  อัตราส่วนที่ได้รับจากการเปรียบเทียบระหว่าง Ex กับ BG

Ex = งบประมาณที่จังหวัดต่างๆ ได้จากการจัดสรร (expected allocation)

BG = งบประมาณที่ควรได้รับในปี 2564

p = จังหวัดที่ 1-76 (ยกเว้น กทม.)

ค่า R ที่ได้จะมีความหมายดังนี้

R เท่ากับ 1 หมายถึง การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนด มีความสอดคล้องกับการจัดสรรงบประมาณโดยยึดหลักความเป็นธรรมหรือจัดสรร

R มากกว่า 1 หมายถึง การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนด ต่ำกว่างบประมาณที่สมควรได้รับโดยยึดหลักความเป็นธรรม จึงควรได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม

R น้อยกว่า 1 หมายถึง การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนด สูงกว่างบประมาณที่สมควรได้รับโดยยึดหลักความเป็นธรรม หรือควรได้รับการจัดสรรงบประมาณลดลง

## ผลการศึกษา

1. ด้านการวิเคราะห์รูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุนหลักๆ ของประเทศ มีความแตกต่างกันทั้งด้านหลักการที่มาของการจัดตั้งกองทุน ที่มาและจำนวนงบประมาณ การกำหนดสิทธิประโยชน์ กลไกในการจัดสรรงบประมาณ ประเภทของหน่วยบริการที่เป็นผู้ให้บริการของแต่ละกองทุน รวมทั้งอัตราค่าบริการในแต่ละสิทธิ ล้วนมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการก่อเกิดของแต่ละกองทุน มีความแตกต่างกัน และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างจากกองทุนอื่น ๆ ในด้านการจัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานที่จัดสรรงบประมาณครอบคลุมบริการระดับบุคคลสำหรับคนไทยทุกคนรวมผู้ที่อยู่ภายใต้สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่าหน่วยบริการได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด จำนวน 96,751,883,432.10 บาท (64.67 %) รองลงมาได้รับการจัดสรรจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำนวน 30,121,391,821.25 บาท (20.13%) และได้รับจัดสรร

จากกองทุนประกันสังคม จำนวน 22,746,641,461.57 บาท (15.20%) โดยเขตที่ได้รับงบประมาณในภาพรวมมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 9 ได้รับงบประมาณทั้งสิ้น 17,375,038,511.95 บาท (11.61%) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 6 ได้รับงบประมาณ 15,713,229,520.73 บาท (10.50%) และเขตสุขภาพที่ 1 ได้รับงบประมาณ 14,715,584,049.82 บาท (9.84%) ตามลำดับ ส่วนเขตที่ได้รับงบประมาณในภาพรวมน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 3 ได้รับงบประมาณทั้งสิ้น 7,283,860,720.40 บาท (4.87%) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 2 ได้รับงบประมาณ 8,851,004,031.47 บาท (5.92%) และเขตสุขภาพที่ 10 ได้รับงบประมาณ 11,134,000,559.78 บาท (7.44%) ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณรักษายาบาลรายหัวในแต่ละกองทุน พบว่า สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจัดสรรงบประมาณต่อหัวสูงสุดเฉลี่ย 5,502.92 บาท/ประชากร รองลงมาคือ กองทุนประกันสังคม เฉลี่ย 2,579.56 บาท/ประชากร และต่ำที่สุดคือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เฉลี่ย 2,205.02 บาท/ประชากร โดยเขตที่ได้รับจัดสรรงบประมาณต่อหัวที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 9 เฉลี่ย 2,912.82 บาท/คน/ปี ได้รับจัดสรรรองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 2 เฉลี่ย 2,851.35 บาท/คน/ปี และเขตสุขภาพที่ 3 เฉลี่ย 2,804.84 บาท/คน/ปี ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่ได้รับงบประมาณต่อหัวน้อยที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 4 ได้รับจัดสรรเฉลี่ย 2,025.76 บาท/คน/ปี รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 6 เฉลี่ย 2,108.11 บาท/คน/ปี และเขตสุขภาพที่ 12 เฉลี่ย 2,378.60 บาท/คน/ปี ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแบบจำลองทางเศรษฐมิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS Version 24 ได้ผลการคำนวณ ดังนี้  $BG = (-193456105) + (2499.114 * PopUC) - (359.594 * AMHI) + (66.159 * Dep) - (11.498 * OP) - (2,222.89 * IP) + (4,446.509 * HsvRatio) - (8.875 * ACC)$  ซึ่งเมื่อนำค่า (BG) ที่ได้จากสมการของแต่ละจังหวัดเปรียบเทียบ งบประมาณงบประมาณที่จังหวัดต่างๆ ได้รับการจัดสรร (EX) พบว่ายังมีความไม่มีความเป็นธรรมในการจัดสรรด้วยระบบปัจจุบัน โดยมีจังหวัดที่ได้รับงบประมาณมากกว่าที่ควรได้รับตามแบบจำลองหรือค่าสัดส่วนน้อยกว่า 1 ( $R_p$  น้อยกว่า 1) จำนวน 35 จังหวัดหรือคิดเป็นร้อยละ 46.05 โดยจังหวัดที่ได้รับงบประมาณมากกว่าที่ควรได้รับมากที่สุดคือ จังหวัดสมุทรสงคราม ( $R_p = 0.05$ ) ได้รับ

งบประมาณเกินไปเป็นร้อยละ 49.51 รองลงมาจังหวัดอ่างทอง (Rp = 0.76) ได้รับงบประมาณเกินไปเป็นร้อยละ 23.77 และจังหวัดชัยนาท (Rp = 0.76) ได้รับงบประมาณเกินไปเป็นร้อยละ 22.80 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับตามแบบจำลองหรือมีค่าสัมมากกว่า 1 (Rp มากกว่า 1) จำนวน 37 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 48.68 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับมากที่สุดคือ จังหวัดสระบุรี (Rp = 1.40) ได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับร้อยละ 46.05 รองลงมา คือ จังหวัดราชบุรี (Rp = 1.32) ได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับร้อยละ 33.39 และจังหวัดภูเก็ต (Rp = 1.30) ได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับร้อยละ 32.04 ตามลำดับ โดยมีเพียง 4 จังหวัดเท่านั้นที่ได้รับงบประมาณสอดคล้องกับแบบจำลองที่กำหนด (Rp=1) คือ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย จังหวัด นครราชสีมาและจังหวัดระนอง

## อภิปรายผล

1. การกำหนดวิธีการจัดสรรงบประมาณ มีผลต่อการได้รับชดเชยค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น การที่กรมบัญชีกลางใช้วิธีการเบิกจ่ายตรงโดยหน่วยบริการสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบรายการที่เบิกจริง (fee for service) และตามรายการ (Fee schedule) จะทำให้หน่วยบริการมีรายรับจากการให้บริการมากกว่าการเรียกเก็บจากกองทุนซึ่งใช้ระบบการจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลรายหัว คือ กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. อัตราค่าต่อหัวประชากร มีความสัมพันธ์กับการกำหนดวงเงินของแต่ละกองทุน หากเป็นกองทุนปลายปิด (Closed end) คือ กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะใช้วิธีการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวของคนไทย ทำให้หน่วยบริการได้รับการจัดสรรงบประมาณที่ค่อนข้างจำกัดตามจำนวนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาล หากมีภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินก็จะตกเป็นภาระของหน่วยบริการ

## สรุปผล

1. วิธีการจัดสรรเงินสวัสดิการข้าราชการโดยเบิกจ่ายตรงให้หน่วยบริการ (fee for service) และตามรายการ

(Fee schedule) เทียบกับ กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดสรรให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยเหมาจ่ายรายหัว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่ามีความแตกต่างกันด้านรายรับของหน่วยบริการอย่างชัดเจน ดังนี้

ประเภท	รายรับค่าบริการสาธารณสุข	ร้อยละ
สวัสดิการข้าราชการ	22,746,641,461.57	15.20
ประกันสังคม	30,121,391,821.25	20.13
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	96,751,883,432.10	64.67
รวม	149,619,916,714.91	100.00%

ที่มา/ จาก การคำนวณ (2564)

2. ในการวิเคราะห์อัตราค่าใช้จ่ายรายหัว ที่หน่วยบริการได้รับจากสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีอัตราต่อหัวประชากรไทยที่แตกต่างกัน ดังนี้

ประเภท	อัตราต่อหัวประชากร (บาท/คน)
สวัสดิการข้าราชการ	5,561.62
ประกันสังคม	2,579.56
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5,155.28

ที่มา/ จาก การคำนวณ (2564)

3. แนวทางการจัดสรรจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้หน่วยบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อพิจารณาด้านความสอดคล้องกับแนวคิดของความเป็นธรรมตามสมการแบบจำลองทางเศรษฐมิติที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมานั้น พบว่ามีเพียง 4 จังหวัด (5.26%) เท่านั้นที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม ส่วนจังหวัดอื่นๆ มีจังหวัดที่ได้รับงบประมาณเกินกว่าที่ควรจะได้รับจำนวน 35 จังหวัด (46.05%) และจังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่ำกว่าที่ควรจะได้รับ 37 จังหวัด (48.68%)

## ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลรายหัวของคนไทยจากกองทุนสวัสดิการให้กับสถานบริการสุขภาพในประเทศไทยในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในที่ใช้ข้อมูลจากระบบบัญชีบริหารของหน่วยบริการเป็นหลัก พบว่ายังมีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากความเข้าใจในการลงข้อมูลทางบัญชียังมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาาระบบข้อมูลดังกล่าวและมีการทวนสอบ

จากผู้บริหารแต่ละระดับ เพื่อให้การคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวของคนไทยในแต่ละกองทุนมีความใกล้เคียงความจริงมากที่สุด และจะเป็นประโยชน์ในการบริหารหน่วยบริการและการจัดสรรงบประมาณในภาพรวมของประเทศก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การศึกษาวิเคราะห์การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแบบจำลองทางเศรษฐมิติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่ามีหลายจังหวัดได้รับงบประมาณมากกว่าที่พึงได้รับและหลายจังหวัดได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่พึงได้รับ ดังนั้นผู้ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมหรือลดการจัดสรรในบางจังหวัด โดยพิจารณาถึงรายละเอียดและสถานะทางการเงินของแต่ละจังหวัดประกอบในการเพิ่มหรือลดการสนับสนุนงบประมาณ เช่น จัดสรรเพิ่มตามปริมาณผลงาน หรืออุดหนุนงบประมาณในลักษณะแผนงานโครงการ เพื่อชดเชยส่วนที่ขาดหรือลดส่วนที่เกินในบางจังหวัด

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล เช่น การวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน ความสามารถในการอยู่รอดของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการยืนยันความถูกต้องจากผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- Ammar Siamwalla. (2001). Universal Health Coverage: Policy Goals. TDRI Report No. 30. Bangkok: Thailand Development Research Institute. (in Thai).
- Arthur S. Goldberger. Econometrics Theory. New York : John Wiley & Sons Inc., 1971.
- Chueathai, Somyot. (2006). Theory of Law: Philosophy of Law. (2nd Edition). Bangkok: Winyuchon Publishing. (in Thai).
- Civil Servant Medical Welfare Manual. (2017). Office of the Treasury Area 8 and the Provincial Treasury Office in Area 8: Suratthani.(in Thai).
- Culyer, A. J. (1991). *Health expenditures and equity* (discussion paper 83, pp.30-67) York, University of York, Centre for Health Economics.
- Faamnuayphon, Penit and Suppasit Phannarunothai. (2002). Development of a tool kit to measure health fairness by relying on the community mechanism. Nonthaburi. (in Thai).
- Handbook for the people. (2022). The Facilitation of Government Authorization Act, B.E. 2558 (2015). Nonthaburi: Social Security Office Ministry of Labor. (in Thai).
- Kitiphat Nonthapatamadul. (1994). Good health for all. Bangkok : Srichai Printing. (in Thai)
- Mooney, G (1987). *What does equity in health mean?*. Copenhagen, University of Copenhagen, Institute of Social Medicine.
- National Health Security Office. (2021). Manual of National Health Security Fund Administration. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing Company Limited. (in Thai).
- Office of Policy and Strategy. (2011). Thai Public Health 2008-2010. Bangkok: Shipping and Parcel Organization Printing House. (in Thai).
- Phannarunothai, (2000). Health economics in the era of health system reform. Phitsanulok: Naresuan University, Health Justice Research and Monitoring Center. (in Thai).
- Phannarunothai, Suphasit. (2005). Health fairness: lessons from universal health coverage in Thailand. Documents for academic seminars, Bangkok: The year of publication does not appear. (in Thai).
- Teepakorn Jithitikulchai (2021) Developing Sustainable Fiscal Efficiency for the Health Security System and Human Resource Allocation Model for Health : Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai).
- Wirot Na Ranong and Anchana Na Ranong. (2002). Monitoring and evaluating the implementation of the project “30 baht treatment All diseases” of the Ministry of Public Health. Thailand Development Research Institute (TDRI). (in Thai).
- World Health Organization, THE WORLD BANK (2021). *Tracking Universal Health Coverage 2021 Global Monitoring Report*, World Health Organization 20, Avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland.



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

**ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน**      ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน

**ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม**      ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม

**ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน – ธันวาคม**      ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม

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

**1. บทความวิชาการ (Academic Article)** หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิมและ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

**2. บทความวิจัย (Research Article)** หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

**3. บทความปริทัศน์ (Review Article)** หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย 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.journal@gmail.com](mailto:planhss.journal@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 พิเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
<b>ชื่อเรื่อง (Title)</b>			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
<b>ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)</b>			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
<b>บทคัดย่อ (Abstract)</b>			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
<b>คำสำคัญ (Keywords)</b>			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
<b>รายละเอียดบทความ</b>			
- 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 ชื่อภาษาอังกฤษใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

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

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

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษาการทำวิจัยและอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ



- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ

- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่จะนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา 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 ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้

- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6<sup>th</sup> Edition

- **การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ**

**กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)** มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือนทางเทคนิคพิเศษ 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** โดยจัดเรียงคู่กัน คือ 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).

มนนิภา 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 ผลิตี. (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.

## อ้างอิงจากปฏิญญาพันธหรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ชื่อปฏิญญามหาบัณฑิตหรือปริญญาดุษฎีบัณฑิต, 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 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี*. 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](http://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](http://www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc).

## การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

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



## 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](http://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](http://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).
- จิตติพัฒน์ โภเมนพรณกุล. (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).
- สารานัญ ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *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.....

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

### ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



## แบบตอบรับ วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปี 2565

ชื่อหน่วยงาน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่ม/ฝ่าย.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์สำนักงาน.....

ได้รับวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฉบับที่.....ปีที่..... ประจำปี 2565  
รวมทั้งสิ้น จำนวน.....เล่ม เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2565 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565



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



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



TEXT & JOURNAL PUBLICATION CO., LTD.

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

เชี่ยวชาญเฉพาะ

งานพิมพ์หนังสือ-ตำรา

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล

เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 02 617 8611 , 08 3069 2557

อีเมล : [tj8575@gmail.com](mailto:tj8575@gmail.com) Line id : tj8575