

วารสาร

# สารานุกรมสุขภาพมูลฐานภาคใต้



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



**SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL**

<http://phcsn.hss.moph.go.th> E-mail : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com)

**ISSN 0857-7293** ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน - มิถุนายน 2564

# กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

## SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

ISSN 0857-7293 ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน 2564

### ที่ปรึกษาพิเศษ

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์  
ดร.นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ  
นพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ  
นพ.สามารถ ถิระศักดิ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

### ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.เพียงจันทร์ เสวตศรีสกุล  
รศ.ดร.สีบงศ์ ธรรมชาติ  
รศ.ดร.อัญชลี กฤษณจินดา  
รศ.ดร.ปัญญา เลิศไกร  
ผศ.ดร.กฤตพร แซ่แก่ สายจันทร์  
ผศ.ดร.ดุชนีย์ สุวรรณคง  
ผศ.ดร.นัยนา หนูนิล  
ผศ.ดร.นิรัตน์ นวกิจไพฑูริย์  
ผศ.ดร.เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์  
ดร.ภก.คชาพล นิมเดช  
ดร.วิเชียร ไทยเจริญ  
ดร.ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์  
ดร.ไพสิฐ บุญยะกวี  
ดร.สุรชาติ โกยคุลย์  
ดร.จามจุรี แซ่หลู่  
ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช  
ดร.ภาวดี เหมทานนท์  
ดร.รัถยานภิก รัชตะวรรณ (พลเส็ก)  
ดร.บุญรวม จิตต์สามารถ  
ดร.มูทริกา จินากุล  
ดร.ภญ.ศรีสุตา ศิลาโชติ  
ดร.ภญ.อารยา ศรีไพโรจน์  
ดร.มัลลิกา คงแก้ว  
ดร.มาศไมไฟ จิตวิริยธรรม  
ดร.ร.อ.หญิง เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม  
ดร.ลัญจกร นิลกาญจน์  
ดร.สมภพ อาจชนะศึก  
ดร.วรารัตน์ กิจพจน์  
ดร.วาสนี วงศ์อินทร์  
ดร.สมพร รัตนพันธ์  
ดร.อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ

นักวิชาการอิสระ  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช สไลใหญ่  
มหาวิทยาลัยทักษิณ  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี  
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา  
โรงพยาบาลปากพนัง  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
โรงพยาบาลค่ายวิหิราษฎร์ นครศรีธรรมราช  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
โรงพยาบาลท่าศาลา  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

### บรรณาธิการ

นายรุจ เรืองพุทธ

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายสุรเชษฐ์ เขตทอง

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

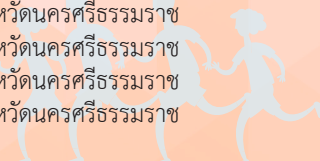
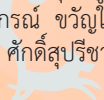
### กองบรรณาธิการ

นางวิณาพร สำอางศรี

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

นายวุฒพล ฤทธิ์แก้ว  
นางรุจิรา เพชรสงค์  
นายศุภกานต์ สุภาวิบูลาสน์  
จ.อ.ศุภกรณ์ ขวัญใจ  
นายธนา คักดีสุปรีชา

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช



# คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ของหน่วยงานต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข, องค์กรเอกชน, ตลอดจนภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

## การจัดทำต้นฉบับ

1. บทความวิจัย ความยาว 10-12 หน้ากระดาษขนาด A4 ใช้ตัวพิมพ์ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point และต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน

- 1.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 1.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
- 1.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
- 1.6 การใช้ตัวเลข คำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย) /บทคัดย่อ (Abstract)/ บทนำ /วัตถุประสงค์วิจัย/สมมติฐาน (ถ้ามี)/กรอบแนวคิดการวิจัย/ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/การเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล)/จริยธรรมวิจัย/ผลการวิจัย/อภิปรายผล/การนำผลการวิจัยไปใช้/ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป/เอกสารอ้างอิง

## 2. บทความวิชาการ

- 2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 2.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 2.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/บทนำ/เนื้อเรื่อง/สรุป/ข้อเสนอแนะ/เอกสารอ้างอิง

**3. การเขียนเอกสารอ้างอิงของบทความวิจัยและบทความทางวิชาการ** ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ให้จัดเรียงตามลำดับ อักษร ชื่อผู้แต่ง โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ไม่เกิน 10-15 เรื่อง

3.1 กรณีอ้างอิงจากหนังสือให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่พิมพ์) // ชื่อหนังสือ // (ครั้งที่พิมพ์) // สถานที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์.

ไพรัช รัชพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปี, เดือนที่วารสารออก) // ชื่อบทความ // ชื่อวารสาร/ปีที่ (ฉบับที่), /เลขหน้า ของบทความ

จุมพล พูลภัทรชีวิน และรัตนา ตุงคสวัสดิ์. (2542). วิวัฒนาการและทางเลือกของนโยบายการศึกษา ของรัฐบาลไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์. 27 (2), 98-106.

3.3 กรณีพิมพ์อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต (Internet) ให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่จัดทำ) // ชื่อเรื่องของเอกสาร // ค้นเมื่อ/เดือน, /วัน, /ปี, /จาก/URL ของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2545). จรรยาบรรณนักวิจัย. ค้นเมื่อ พฤษภาคม 3, 2556, จาก <http://www/nrct.go.th-research.ehties.html>

**4. การส่งเรื่องต้นฉบับให้นำส่งไฟล์ Word ทาง Email : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com) ดังนี้**

- สำหรับตีพิมพ์ผลงานไม่เกิน 12 หน้า (Summary Paper)
- ผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full Paper)

**5. การทำหนังสือนำส่ง**

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือเทียบเท่า

5.2 หน่วยงานการศึกษา ลงนามโดยคณบดีขึ้นไป

5.3 หน่วยงานภาคเอกชน/ภาคีเครือข่าย ลงนามโดยผู้บริหารองค์กรที่สังกัด

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>

Email : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com) โทรมือถือ 081-3705370

## 6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 4 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน

## 7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

# U R R ณาธิกา ร

**วารสาร**สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 35 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน 2564 นับเป็นช่วงที่สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งยังมีความรุนแรงนับแต่ต้นปี 2563 จนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของคนในประเทศ นอกจากนี้ยังกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ โดยเหตุการณ์นี้ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนหน่วยงานทุกภาคส่วนที่ระดมสรรพกำลังในการรับมือและป้องกันควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 อีกทั้งได้เริ่มมีการฉีดวัคซีนให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยฉีดวัคซีนให้กับผู้สูงอายุและผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค ประกอบด้วย 1.โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง 2.โรคหัวใจและหลอดเลือด 3.โรคหลอดเลือดสมอง 4.โรคไตเรื้อรัง 5.โรคเมเร็งทุกชนิด 6.โรคเบาหวาน และ 7.โรคอ้วน ซึ่งถือเป็นทางออกที่สำคัญในการก้าวผ่านการระบาดของโควิด-19 ในครั้งนี้ ซึ่งสถานการณ์นี้ได้สร้างความยากลำบากในการจัดทำผลงานวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร อันเนื่องจากภาระทางด้านการจัดการกับการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่อีกด้วย

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณท่านผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ให้การสนับสนุนในทุกด้าน ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาอ่านบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่ทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

## สารบัญ

### ทิศทาง/นโยบาย

- นโยบายการจัดหาวัคซีนป้องกันโควิด-19 เพื่อฉีดให้กับประชาชนไทย ให้เกิดภูมิคุ้มกัน ..... 6  
โรคโควิด-19 และสามารถเปิดประเทศ พื้นฟูเศรษฐกิจให้ประเทศไทยกลับเข้าสู่ภาวะปกติ
- กรม สบส. สนองนโยบายรัฐบาล ร่วมส่งเสริมบทบาท อสม. สนับสนุนการฉีดวัคซีนโควิด-19 ..... 9

### ความเคลื่อนไหวงานสุขภาพภาคประชาชน

- การพัฒนาองค์กรและการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐาน ..... 11

### งานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขมูลฐาน

- การพัฒนาบริการสาธารณสุขและการสาธารณสุขมูลฐาน กับการป้องกันโควิด-19 ..... 17  
ในมุมมองของสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

### งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- ปัจจัยที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านขายน้ำชาจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จ ..... 19  
ที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน ในจังหวัดสตูล และความคิดเห็นของผู้ประกอบการในการแก้ปัญหา
- การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล ..... 35  
โดยกลไกร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดภูเก็ต
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลานอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อ ..... 51  
ที่มีสาเหตุมาจากพื้นที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง โรงพยาบาลพัทลุง
- ความชุกของความผิดปกติในภาพถ่ายรังสีทรวงอกในโครงการการตรวจสุขภาพ ..... 61
- ประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมวัณโรค จังหวัดชลบุรี ปี 2560-2563 ..... 69
- ปุ่มกระดูกกลางเพดานปากขนาดใหญ่ : การผ่าตัดร่วมกับการใช้แผ่นปิดเพดาน ..... 81  
ปิดแผลผ่าตัด : รายงานผู้ป่วย 1 ราย
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคแบบปกติใหม่ในการป้องกัน ..... 91  
และควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนในชุมชนเกาะลิบง  
ตำบลเกาะลิบง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง
- รูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพังงา ..... 103
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ..... 114  
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

## นโยบายการจัดการวัคซีนป้องกันโควิด-19 เพื่อฉีดให้กับประชาชนไทย ให้เกิดภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 และสามารถเปิดประเทศ ฟันฟูเศรษฐกิจให้ประเทศไทย กลับเข้าสู่ภาวะปกติ

ที่มาและความสำคัญ :

การจัดการเพื่อรับมือการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดย กลไก อสม.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่า 1 ล้านคน เป็นกลไกในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในการดูแลประชาชนในชุมชนครอบคลุมทุกหลังคาเรือน ซึ่ง อสม. มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคระบาดที่คุกคามโลกมาแล้ว เช่น โรคไข้หวัดนก จนได้รับคำชื่นชมจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) และเป็นอีกครั้งที่ WHO ได้กล่าวถึงผลการดำเนินงานของ อสม. ในการทำหน้าที่เป็นหูเป็นตาคอยดูแลสอดส่อง เฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อข้อมูลสำคัญด้านการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ที่เป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการจัดการเพื่อรับมือกับโรค COVID-19

ที่ผ่านมา อสม. มีบทบาทในดำเนินการ ในระดับพื้นที่ หมู่บ้าน ตำบล คือ

1. ร่วมเป็น “ทีมอาสาโควิด19” ระดับตำบล /ชุมชน โดยดำเนินการร่วมกับกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ คณะกรรมการหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่
2. ร่วมดำเนินการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในหมู่บ้าน/ชุมชน หากพบกลุ่มบุคคลดังกล่าวจะดำเนินการ ให้คำแนะนำ ติดตาม และเฝ้าสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัย (Home Quarantine) อย่างเคร่งครัดเป็นระยะเวลา 14 วัน
3. จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง และส่งรายงานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบ เพื่อให้หน่วยบริการสาธารณสุขรายงานข้อมูลดังกล่าวผ่าน [www.thaiphc.net](http://www.thaiphc.net) ทุกวัน

การดำเนินงานในช่วงนี้เป็นไปด้วยความเข้มข้นภายใต้สถานการณ์ที่ตั้งเครียดของทุกฝ่ายทั้งภายในประเทศไทย และต่างประเทศ ดังนั้น อสม. จึงจำเป็นต้องปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อความปลอดภัยของ อสม. และประชาชนในชุมชนเอง

นอกจากนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้กำหนดแนวทางและบทบาทสำหรับ อสม. ร่วมกับชุมชน ในการสร้างวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด-19 โดย อสม.จะมีบทบาท ดังนี้

1. ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ Social Distancing กับประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชน ในการปฏิบัติตนโดยการเว้นระยะห่างทางสังคม ทั้งภายในครอบครัว และที่สาธารณะ



- ออกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้และเผยแพร่สื่อความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- ให้ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ ตามวิถีชุมชน ทั้ง หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน เสียงตามสาย รถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ (เช่น รถสามล้อ รถซาเล้ง รถแห่เคลื่อนที่ รถแห่เครื่องเสียง รถจักรยานยนต์ประชาสัมพันธ์ ฯลฯ) เวทีประชุมในชุมชน สื่อโซเชียล (เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก)

## 2. ร่วมสร้างมาตรการ Social Distancing ในชุมชน

- จัดสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อมาตรการดังกล่าว ได้แก่ จัดระเบียบในตลาดสด ตลาดนัด (จัดเว้นระยะห่างในการยืนซื้อของ) รถเร่ขายอาหาร ร้านค้า ร้านอาหารในชุมชน งานศพ (เสริฟอาหาร งานเดี่ยว เว้นระยะห่างที่นั่ง) งานบุญ ที่ประกอบศาสนกิจ

- ร่วมเป็นทีมตั้งด่านชุมชน ให้ความรู้และคัดกรองตามมาตรการทางสังคม

- ร่วมเป็นทีมเฝ้าระวัง ติดตาม ตักเตือน แนะนำ ในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการฯ

- ในกรณีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักกันตัวอยู่ที่บ้าน อสม. ร่วมเป็นทีมเฝ้าระวัง ติดตามให้ผู้ถูกกักตัวปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้

## 3. เป็นต้นแบบในการปฏิบัติตัวด้าน Social Distancing ให้กับประชาชน

- อสม. และบุคคลในครอบครัว ปฏิบัติตนเป็นครอบครัวต้นแบบให้กับชุมชน



## บทบาท อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ระลอกใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการเตรียมความพร้อม อสม. เฝ้าระวังป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 2 โดยดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด-19 อย่างเข้มข้นต่อเนื่อง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดคลัสเตอร์ใหม่ในหลายภูมิภาค ซึ่งภายหลังจากเกิดการระบาดหนักของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายนำเข้าวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อฉีดให้กับประชาชนไทยทุกคนทั่วประเทศเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่และฟื้นฟูให้ประเทศกลับเข้าสู่ภาวะปกติและเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความปลอดภัย ความมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของวัคซีน จึงเล็งเห็นความสำคัญของ อสม. ผู้เป็นฟันเฟืองสำคัญในระบบสุขภาพของไทย ที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนในการประชาสัมพันธ์ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

ดังนั้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดให้มีการเตรียมความพร้อมของ อสม. ในด้านความรู้ด้านการประชาสัมพันธ์ และด้านการติดตามผล จึงได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนประกอบด้วย

- 1) บทบาทของ อสม. ในการฉีดวัคซีน และระบบรายงาน ผลการปฏิบัติงาน ของ อสม.
- 2) ความรู้เรื่องวัคซีนป้องกันโรค
- 3) เทคโนโลยี Line Official Account “หมอพร้อม” และเผยแพร่ในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Link หรือ QR code ให้แต่ละศูนย์ เขต จังหวัด

เพื่อให้ อสม. มีความพร้อม ในการรณรงค์เรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ซึ่งอสม. มีบทบาท

1. ให้ความรู้วัคซีนโควิด-19 อสม.รับบทบาทให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชน สร้างการรับรู้ และความเข้าใจเรื่องวัคซีนที่ถูกต้อง ให้ประชาชนรู้เท่าทันสื่อและสร้างความเชื่อมั่นถึงความปลอดภัยในการรับวัคซีนโควิด 19 เพื่อให้ประชาชนไม่ตื่นตระหนก และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
2. สํารวจ คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย
3. เชิญชวนประชาชนลงทะเบียน “หมอพร้อม” เพื่อรับข้อมูลข่าวสารวัคซีนโควิด-19 ติดตามอาการข้างเคียงผู้ได้รับวัคซีน เน้นระยะ 1 วัน 7 วัน 30 วัน และรายงานผลการปฏิบัติงานให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
4. ติดตามอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน เข็มที่ 1 และ 2



ที่มาข้อมูล : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ <https://hss.moph.go.th>

## กรม สบส. สนองนโยบายรัฐบาล ร่วมส่งเสริมบทบาท อสม. สนับสนุนการฉีดวัคซีนโควิด-19



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สนองนโยบายรัฐบาล รมว.รศ. ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สนับสนุนการฉีดวัคซีนโควิด-19 ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย อย่างปลอดภัย และครอบคลุมทั่วประเทศ นพ.ธีระศร กรีษนัยรวิวงศ์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรม สบส.) กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่าตามที่รัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายจัดหาวัคซีนป้องกันโควิด-19 เพื่อฉีดให้กับ

ประชาชนไทย ให้เกิดภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 และสามารถเปิดประเทศ พันฟูเศรษฐกิจให้ประเทศไทยกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้นั้น กรม สบส. ได้สนองนโยบายรัฐบาล โดยได้บูรณาการโครงการคนไทยทุกคนรอบคร้วมีหมอบประจำตัว 3 คน และ อสม. เป็นหมอบคนที่ 1 ไกล่ตัว เคาะประตูบ้านให้ความรู้เรื่อง วัคซีนโควิด-19 เพิ่มกลุ่มเป้าหมายจากเดิมเน้นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ดูแลต่อเนื่อง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป และผู้มีโรคประจำตัว 7 โรค ได้แก่ 1) โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) โรคหัวใจและหลอดเลือด 3) โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 4) โรคหลอดเลือดสมอง 5) โรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัด และภูมิคุ้มกันบำบัด 6) โรคเบาหวาน และ 7) โรคอ้วน

ด้วยเหตุที่ อสม. หรือ กลุ่มนักรบเสื้อเทา นับเป็นกำลังสำคัญของระบบการแพทย์และการสาธารณสุข ในการป้องกัน เผ่าระวังมิให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน รับบทบาทให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชน สร้างการรับรู้ และความเข้าใจเรื่องวัคซีนที่ถูกต้อง ให้ประชาชนรู้เท่าทันสื่อและสร้างความเชื่อมั่นถึงความปลอดภัยในการรับวัคซีนโควิด-19 เพื่อให้ประชาชนไม่ตื่นตระหนก และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ ในการส่งเสริมบทบาท อสม. ด้านการสนับสนุนการฉีดวัคซีนโควิด-19 ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวนี้ อสม. จะได้รับการเตรียมความพร้อม โดยการทบทวน สร้างความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางการ เผ่าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่

1) บทบาทของ อสม. ในการการเคาะประตูบ้าน เผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนะนำให้ความรู้เรื่องวัคซีนโควิด-19 แนะนำให้กลุ่มเป้าหมาย ลงทะเบียน Line Official Account “หมอพร้อม” เพื่อรับข้อมูลข่าวสารวัคซีนโควิด-19 ติดตามอาการข้างเคียงผู้ได้รับวัคซีน เน้นระยะ 1 วัน 7 วัน 30 วัน และรายงานผลการปฏิบัติงานให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.

2) ความรู้เรื่องวัคซีนป้องกันโรค และ 3) การใช้เทคโนโลยี Line Official Account “หมอพร้อม” ซึ่งทั้ง 3 เรื่องนี้ กรม สบส. ได้ชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับ อสม. ครอบคลุมในทุกพื้นที่แล้ว

ทั้งนี้ กรม สบส. ได้มีการประสานขอความร่วมมือจากพี่น้อง อสม. ทั่วประเทศ ร่วมเชิญชวนประชาชนลงทะเบียนผ่าน Line Official Account “หมอพร้อม” เพื่อเป็นช่องทางการรับทราบข้อมูลข่าวสาร พร้อมเป็นช่องทางการสื่อสาร ติดตามอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน และการรายงานผลแก่เจ้าหน้าที่ และเป็นช่องทางให้ประชาชนติดตามข้อมูลข่าวสารจากกระทรวงสาธารณสุขต่อเนื่อง อีกด้วย



ที่มาข้อมูล : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ <https://hss.moph.go.th>

## การพัฒนาองค์กรและการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐาน

เรียบเรียงโดย นายวสุพล ฤทธิแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

การพัฒนาองค์กรตามนโยบายรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาองค์กรคุณธรรม เสริมสร้างระบบคุณธรรม ของหน่วยงานทุกระดับให้มีการพัฒนาระบบคุณธรรมที่เข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อน และพัฒนาองค์กรนำสู่คุณธรรมที่พึงประสงค์ คือ “พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา” ในปีงบประมาณ 2564 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้สนับสนุนนโยบายร่วมขับเคลื่อนพัฒนา งานองค์กรคุณธรรม โดยได้จัดประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อร่วมทบทวน ข้อตกลง กติกา และแผนงานแนวปฏิบัติ ขององค์กรร่วมกันเพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์กรคุณธรรมและกำหนดกิจกรรม ร่วมแบ่งบทบาทภารกิจขับเคลื่อน พัฒนาไปสู่คุณธรรมที่พึงประสงค์ และการบริหารจัดการให้เป็นองค์กรคุณธรรม เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง ตามหลักธรรมาภิบาลอย่างยั่งยืน กิจกรรมการดำเนินงานประจำปี 2564 ได้กำหนดกิจกรรมร่วมกันพัฒนา องค์กรคุณธรรมไว้ 3 กลุ่มกิจกรรม คือ การพัฒนาองค์กรหน่วยงาน การพัฒนาทีมงานและบุคลากร และ การพัฒนาคุณธรรมจิตใจ จิตบริการ

1. กิจกรรมประชุมคณะทำงานและเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯทุกคน ทบทวนธรรมนูญองค์กร ปรับข้อตกลง กติกา และปรับแผน/กิจกรรมการดำเนินงานพัฒนาองค์กรคุณธรรม



### 1. การพัฒนาองค์กรคุณธรรม

#### 1.1 การพัฒนาองค์กร

- พัฒนาองค์กร ตามหลักการพัฒนา 5 ส. โดยกำหนดการพัฒนาพื้นที่ส่วนรวมที่ทุกคน ต้องร่วมกันพัฒนา ได้แก่ห้องประชุม ห้องพัก ห้องอาหาร ห้องสมุด และพื้นที่รับผิดชอบเฉพาะได้แก่ห้องทำงาน โต๊ะทำงาน ตู้เก็บเอกสารหรือการพัฒนาภายในห้องทำงาน ตามหลัก 5 ส

- กิจกรรมพัฒนาภูมิทัศน์ ปลูกต้นไม้และปลูกผักสวนครัวภายในศูนย์ฯ



1.2 การพัฒนาทีมงานและบุคลากร

- กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้งานระบบเทคโนโลยีที่เหมาะสมและทันสมัยในการดำเนินงาน อบรมพัฒนาการใช้ Google tools ในการออกแบบงาน และบริการ



- กิจกรรมการเสริมสร้างกำลังใจ การเชิดชูคนทำดี ยกย่องและมอบรางวัล

1.3 การพัฒนาคุณธรรม พัฒนาจิตใจ จิตบริการ

- กิจกรรมเสริมสร้างความรู้คุณธรรม พัฒนาจิตใจ การจัดรายการเปิดเสียงตามสายธรรมะ ยามเช้า ทุกวันตั้งแต่ เวลา 08.30-09.00 น.



- กิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 วัน ทุกวันพุธ



- กิจกรรมการพัฒนา Big Cleaning Day และเจ้าหน้าที่ร่วมจัดอาหารมารับประทานร่วมกันทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง



สำหรับสถานการณ์การขับเคลื่อนงานของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และการขับเคลื่อนงานของเครือข่ายสุขภาพพื้นที่ 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 11 ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทุกหน่วยงานต้องเผชิญกับความยากลำบากในการทำงานต้องมาปรับวิถีชีวิต รูปแบบการทำงาน และเพิ่มบทบาทภารกิจของทุกหน่วยงานในการร่วมมือในการรองรับการจัดการปัญหาโรคโควิด-19 ซึ่งทุกหน่วยงานมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน ตามภารกิจหลักของแต่ละองค์กร หรือตามสภาพปัญหาและสถานการณ์โรคในพื้นที่ ได้แก่บทบาทในส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้สมบูรณ์แข็งแรง บทบาทในการจัดระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การกักกันผู้ป่วย ผู้สัมผัส บทบาทในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และบทบาทการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้สัมผัส หลักตามบทบาทหน้าที่หลัก เพื่อขับเคลื่อนงานที่เป็นตัวชี้วัดหลักของหน่วยงานต้องขับเคลื่อนต่อไปให้การบรรลุเป้าหมาย ตัวชี้วัดของแต่ละกรมกอง แต่ละหน่วยงาน

ที่กำหนด ในสถานการณ์ที่ยากลำบากที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันดำเนินการ ก้าวผ่านปัญหาที่กำลังประสปร่วมกันไปด้วยกันทุกภาคส่วน การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานก็เช่นกัน ภายใต้สถานการณ์ที่ไม่สามารถจัดกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่สามารถจัดประชุม อบรม หรือจัดกิจกรรมสุขภาพที่เป็นกรรวมคนซึ่งเสี่ยงต่อการติดต่อและแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ทุกหน่วยงานจึงจำเป็นต้องปรับรูปแบบ วิธีการทำงานเพื่อขับเคลื่อนภารกิจ ของหน่วยงาน ปรับแผนงานปรับกิจกรรมในการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อตอบสนองภารกิจ เป้าหมายตามตัวชี้วัดของหน่วยงาน ในส่วนของการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานในภูมิภาค ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ก็ได้พยายามปรับรูปแบบนำวิธีการทำงานแบบออนไลน์มาใช้ในการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพพื้นที่ นำรูปแบบการประชุมแบบออนไลน์ โดยใช้ระบบการประชุมทางไกล ระบบชุม หรือเว็บเวิกซ์ มาใช้ในการทำงาน การจัดการอบรมก็เช่นกันปรับวิธีการโดยใช้รูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้ออนไลน์ ซึ่งในปี 2564 นี้ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค ทั้ง 4 ภาค รวม 5 ศูนย์ ได้ร่วมกันจัดทำหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพ องค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ โดยจัดกระบวนการเรียนรู้อบรมแบบออนไลน์ผ่านระบบประชุมทางไกล (โปรแกรมซูม) เป้าหมายจังหวัดละ 1 อำเภอ ๆ ละอย่างน้อย 5 คน

### รูปแบบการจัดกระบวนการอบรมเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์

1. ปฐมนิเทศชี้แจงหลักสูตรและกระบวนการจัดอบรมในวันที่ 22 มิถุนายน 2564 โดยขอความร่วมมือในการสนับสนุนให้ชมรม อสม.กลุ่มเป้าหมายได้ร่วมปฐมนิเทศผ่านระบบชุมพร้อมๆกันตามกำหนดการ
2. การเรียนรู้โดยใช้วิทยากรสอนและถ่ายทอดออนไลน์ ผ่านระบบชุม ตามกำหนดการที่แจ้งผู้จัดจะส่งลิงค์เข้าสู่ห้องเรียนให้ อสม.ทราบล่วงหน้า 1 สัปดาห์ และขอความร่วมมือในการจัดห้องเรียนให้ห้องครชมรม อสม.อำเภอกลุ่มเป้าหมาย ได้ร่วมเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์พร้อม ๆ กัน (ใช้ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)
3. การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสมาร์ทโฟน โดยคลิปวิดีโอสื่อประกอบการเรียนรู้ในหลักสูตรผ่านโปรแกรมยูทูป และไลน์กลุ่ม “ผู้นำองค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ”
4. เรียนรู้โดยเอกสารความรู้ประกอบเนื้อหาตามรายละเอียดเนื้อหาวิชาที่จัดส่งให้ในไลน์กลุ่มในการจัดการเรียนรู้ตามหลักสูตร
5. คณะกรรมการชมรม อสม.กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 คน ตามรายชื่อที่แจ้งผู้จัดการอบรมให้ลงทะเบียนสมัครเข้าเรียนและเข้าร่วมกลุ่มไลน์. “ผู้นำองค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ” และต้องร่วมเรียนรู้ในระบบออนไลน์ และจัดทำแบบประเมินตนเองก่อนและหลังเรียนรู้ ผ่านกูเกิลฟอร์ม หรือกรอกแบบประเมิน ส่งให้ผู้จัดการอบรมโดยใช้ไลน์กลุ่มผู้นำองค์กร อสม.ต้นแบบ
6. คณะกรรมการชมรม อสม.อำเภอกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้เรียนรู้เนื้อหาครบและผ่านการประเมินตามแบบประเมินซึ่งจะได้รับการออกไปประกาศนียบัตรรับรอง



7. คณะกรรมการชมรม อสม. หรือ อสม.ท่านอื่น ๆ นอกเหนือกลุ่มเป้าหมาย ที่สมัครเข้าอบรม ในปี 2564 ทุกท่านที่สนใจสามารถเข้าร่วมเรียนรู้ในระบบออนไลน์ตามหลักสูตรนี้ได้

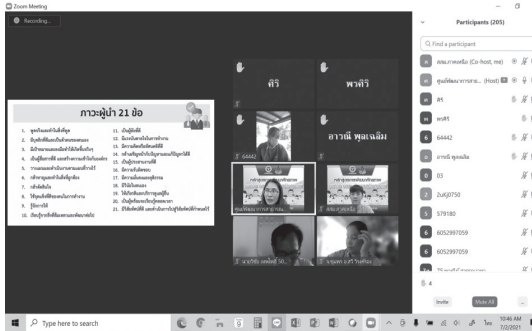
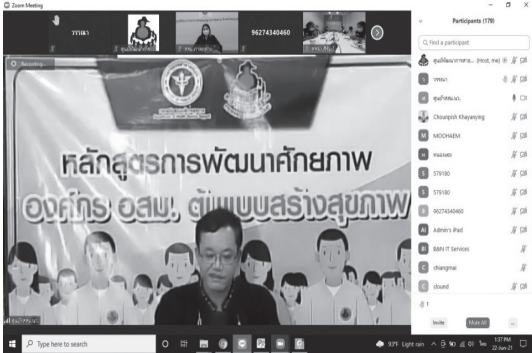
8. กำหนดการอบรมเรียนรู้ในระบบออนไลน์ตามกำหนดการที่แจ้ง อาจมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม ผู้จัดจะแจ้งให้ผู้เข้าอบรมทราบต่อไป



ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ		กำหนดการ
<b>หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ องค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพ</b>		
<b>ออนไลน์</b>		
<b>2</b> ก.ค.	อบรมผ่าน ZOOM หน่วยที่ 2 การเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนด 09.00 - 10.00 น. บทสุดท้าย กิจกรรม อสม.ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ การบริหารจัดการองค์กรโดยใช้ 10.00 - 12.00 น. น.ส.สุภัทรา วัฒน สสม.ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์	<b>6</b> ก.ค.
<b>12</b> ก.ค.	อบรมผ่าน ZOOM หน่วยที่ 3 การสร้างองค์กรต้นแบบในการสร้างสุขภาพ 09.00 - 12.00 น. การสร้างกิจกรรม วันบวช สัจจนาถิ์ สสม.ภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช 13.00 - 16.00 น. การประเมินผล ดร.วิสิทธิ์ ไทยศรีบุญ สสม. ภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช	<b>22</b> ก.ค.
		อบรมผ่าน ZOOM กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 13.30 - 16.30 น. ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค 5 ๓๒๖
หมายเหตุ: สามารถเรียนเข้าได้จากวีดีโอ ใน <a href="https://sites.google.com/view/vhvorg/home">https://sites.google.com/view/vhvorg/home</a>		

พวกเราชาวศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นหน่วยงานทางวิชาการด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานของเครือข่ายสุขภาพพื้นที่ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข และท้องถิ่นชุมชน ขอเป็นส่วนหนึ่งในพลังความร่วมมือร่วมใจในการต่อสู้กับปัญหาการระบาดของโรคโควิด-19 และขอส่งกำลังใจไปสู่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ขับเคลื่อนงานในพื้นที่ด่านหน้าทุกภารกิจงาน ให้มีพลังใจที่เข้มแข็ง มีพละนาถิ์มีที่สมบูรณื์ ดูแลตนเอง การร่อดอย่าตก เราจะสู้ไปด้วยกันและต้องผ่านปัญหานี้ไปด้วยกันนะพี่น้องทั้งหลาย

## ภาพกิจกรรม “การเรียนรู้หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ องค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพ” ผ่านระบบออนไลน์ (Zoom)



## การพัฒนาบริการสาธารณสุขและการสาธารณสุขมูลฐาน กับการป้องกันโควิด-19 ในมุมมองของสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

การพัฒนาการให้บริการด้านสาธารณสุข และเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมแก่ประชาชน นับเป็นสิ่งสำคัญที่ทาง ม.มหิตล ได้ร่วมกับ สสส. และภาคีเครือข่าย มุ่งมั่นสร้างความร่วมมือ เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

วันที่ 23 มิถุนายน ของทุกปี เป็น “วันบริการสาธารณะแห่งสหประชาชาติ” (United Nations Public Service Day) เพื่อให้ชาวโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ให้บริการประชาชน ซึ่ง “การมีสุขภาพดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม” โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวิกฤติ COVID-19 งานบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยโดยประชาชน เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน ด้วยการสนับสนุนของรัฐ กำลังเป็นที่พึ่งที่สำคัญยิ่งของประชาชนในยามนี้

ที่ผ่านมาเมื่อกล่าวถึงงานบริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ภูดิท เตชาติวัฒน์ ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิตล กล่าวว่า ส่วนใหญ่จะนึกถึง “งานบริการขั้นสอง” ที่มีคุณภาพด้อยกว่าคุณภาพของงานบริการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป ซึ่งจริงๆ แล้วไม่ได้หมายถึง การให้บริการสุขภาพเบื้องต้นโดยภาคประชาชนสำหรับประเทศที่ด้อยพัฒนาเท่านั้น

สาเหตุที่เข้าใจกันคลาดเคลื่อนนี้เกิดขึ้น เนื่องจากเรื่องสาธารณสุขมูลฐานในความเป็นจริงนั้นมีหลายแง่มุมที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งโดยหลักการ คือ ความต่อเนื่อง เชื่อมโยง และส่งต่อสู่บริการในระดับที่สูงขึ้นไปหรือบริการที่เกี่ยวข้องหากมีความจำเป็นเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพด้วยความเป็นธรรม ซึ่งจะให้เกิดระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง โดยเป็นหลักการที่ทุกประเทศทั่วโลกควรต้องนำไปปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา หรือประเทศที่พัฒนาแล้ว

ประเทศไทยเราเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่มีผลงานโดดเด่น ในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน และเป็นตัวอย่างให้กับองค์การอนามัยโลก (WHO) และนานาชาติ นำไปเป็นต้นแบบในหลายประเด็น เช่น การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนโดยผ่านการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ซึ่งในประเทศไทยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในเรื่องสาธารณสุขมูลฐานที่แตกต่างกัน โดยมีองค์กรหลักที่สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิตล ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข คือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งดูแลประชาชนเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม

โดย อสม. เป็นส่วนสำคัญในการให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ซึ่งสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ได้มีส่วนสนับสนุนในการพัฒนาบทบาทของ อสม. ผ่านการจัดฝึกอบรม และ การดำเนินงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีบทบาทในการเป็นกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติ ในเรื่องของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานด้วย

นอกจากนี้ในส่วนของสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่เพิ่งได้รับการจัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปีพ.ศ.2562 ที่ผ่านมา เพื่อทำหน้าที่ดูแลประชาชนให้สามารถจัดการสุขภาพแบบพึ่งตนเองได้นั้น รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ภูติ ยังได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

โดยมีบทบาทในการร่วมพิจารณาจัดทำร่างแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ.2563-2567) เพื่อพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ทั้งในเรื่องการจัดบริการการพัฒนาระบบสารสนเทศ และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งได้ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีเรียบร้อยแล้ว

รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ภูติ มองว่า ในเรื่องระบบสุขภาพและบริการสุขภาพนั้น ประเทศไทยสามารถทำได้ดีพอสมควรแล้ว แต่ควรต้องสร้างความเข้มแข็งในเรื่องของวิชาการและการศึกษาเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่ยั่งยืนด้วย

โดยในช่วงวิกฤติ COVID-19 ที่ผ่านมา สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ริเริ่มวิจัยเป็นครั้งแรกของประเทศไทย เรื่อง “การพัฒนาบทบาทของ อสม. เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” ตลอดจนได้ริเริ่มพัฒนาหลักสูตร”เวชศาสตร์วิถีชีวิต” (Lifestyle Medicine) ขึ้นเพื่อผลักดันให้เกิดรูปแบบการบริการแบบใหม่ ที่จะมุ่งปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สุขภาพแข็งแรงเพียงพอที่จะต่อสู้กับโรคอุบัติใหม่ต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังได้ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานประสานงานสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย (สปสว.) จัดทำรายการ “3 วิถีโลโควิด” เผยแพร่ทาง YouTube โดยใช้พลังปัญญาของผู้สูงวัยมาแนะนำแนวทางและนโยบาย เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดูแลตัวเอง เพื่อให้ปลอดภัยในช่วงวิกฤติ COVID-19 ตลอดจนจัดอบรมระยะสั้นออนไลน์นานาชาติ เพื่อรับมือกับปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ฯลฯ

“ทุกประเทศทั่วโลกยอมรับว่าการสาธารณสุขมูลฐานเป็นพื้นฐาน และเป็นหลักการสำคัญที่จะทำให้ทุกประเทศทั่วโลกบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) และบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของโลก ซึ่งการสาธารณสุขมูลฐานในโลกยุคใหม่ มีความสำคัญโดยถือเป็นเครื่องมือ กลไก และหลักการอันเป็นบันไดขั้นพื้นฐานที่จะทำให้ระบบสุขภาพของทุกประเทศมีความเข้มแข็ง และมีศักยภาพสู่การบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

ที่มา : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ <https://rb.gy/xeghzb>

**ปัจจัยที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านขายน้ำชาจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์  
เกินมาตรฐาน ในจังหวัดสตูล และความคิดเห็นของผู้ประกอบการในการแก้ปัญหา**  
**Factors affected the teashop entrepreneurs selling the ready-to-drink tea  
beverages with synthetic color beyond standard level in Satun Province  
and their view for problem-solving**

ภาชิต พิศาลสุทธิกุล

Phasit Pisalsutthikul

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

Satun Public Health Office

**บทคัดย่อ**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านขายน้ำชาจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน และสำรวจความคิดเห็นของผู้ประกอบการในการแก้ไขปัญหา เป็นกรวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบการร้านขายน้ำชา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 10 คน ผู้ให้ข้อมูลได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและคำถาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้น้ำชาสีเกินมาตรฐานประกอบด้วย 6 ปัจจัย คือ 1) ทศนคติของผู้ขายที่คิดว่าลูกค้าและตนเองต้องการชาที่มีสีเข้ม ชาที่มีสีเข้มคือชาที่เข้มขึ้น ร้านอื่น ๆ ก็จำหน่ายชาที่มีสีเข้ม 2) การขาดความรู้เรื่องอันตรายของสีสังเคราะห์ต่อสุขภาพ 3) การขายน้ำชาในรูปแบบแฟรนไชส์ ซึ่งต้นตำรับแฟรนไชส์มีสีเกินมาตรฐาน 4) การขาดความรู้ด้านการอ่านฉลาก 5) การขาดความรู้ด้านกฎหมาย ไม่ทราบว่ากรขายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐานเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย และ 6) การขาดข้อมูลสำหรับการเลือกซื้อชาปรุงสำเร็จที่ได้มาตรฐาน ทั้งนี้ผู้ประกอบการแสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาสีสังเคราะห์เกินมาตรฐานในผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จ ดังนี้ 1) ผู้ประกอบการเปลี่ยนไปใช้ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์ไม่เกินมาตรฐาน 2) ผู้ประกอบการเปลี่ยนวิธีการชงชาเพื่อทำให้สีสังเคราะห์ไม่เกินมาตรฐาน 3) การเข้มงวดกับการตรวจสีสังเคราะห์ในผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จกับโรงงานหรือสถานที่ผลิต 4) การส่งเสริมหรือการจัดหาชาปรุงสำเร็จหรือวิธีการชงน้ำชาที่ทำให้น้ำชามีสีสังเคราะห์ไม่เกินมาตรฐาน มีรสชาติ สี กลิ่นตามความต้องการของลูกค้า หาซื้อง่าย และราคาเหมาะสม 5) การจัดอบรมให้ความรู้ถึงข้อกำหนดทางกฎหมายอันตรายจากสีสังเคราะห์ และ 6) การเก็บผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จส่งตรวจ

**คำสำคัญ :** ผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จ, สีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน, ผู้ประกอบการร้านขายน้ำชา

## Abstract

This research aimed to identify the factors affected the teashop entrepreneurs selling ready-to-drink tea beverages with synthetic color beyond the standard limits and to assess the entrepreneurs' opinion for problem solving. It was a qualitative research, collected data through in-depth interview with 10 teashop entrepreneurs by purposive sampling selection. Informants were interviewed along semi-structural interviews and open-ended questions.

The results showed that six factors affected synthetic colors exceeding the standard specification as follow; 1) attitude of sellers about their customers and themselves preferred dark tea-: it was a concentrated tea, others also sold the dark tea; 2) lack of knowledge about the dangers of synthetic color to health; 3) selling tea-franchise, which the original tea from the franchisor was exceeded the standard; 4) lack of knowledge about reading the labels; 5) lack of legal knowledge-they had not realized that selling of ready-to-drink tea beverages that the color exceeded the specification was illegal and 6) lack of information for selecting standard finished tea products. The problem-solving guidelines were; 1) switch to the tea powder with not exceed standard synthetic color; 2) change the tea making procedure to ensure that synthetic color not exceeding the standard; 3) strictly check synthetic color at manufacturers or powder tea factories; 4) provide information for procurement of finished tea or tea brewing methodology within synthetic-color standard together with color/odor/taste met customer's requirements, ease of availability and reasonable price; 5) organize training course about laws and hazard of synthetic color and 6) collect ready-to-drink tea beverages for inspection.

**Keywords :** Ready-to-drink tea beverages, Synthetic color beyond standard level, Teashop entrepreneurs

## บทนำ

เครื่องดื่มประเภทน้ำชามีมาช้านานกว่า 4,700 ปี (พิมลพรรณ พิทยานุกุล, 2559) จัดเป็นเครื่องดื่มแก้กระหาย ให้ความสดชื่น การบริโภคเครื่องดื่มชาในจังหวัดสตูลถือเป็นวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างหนึ่ง ชาที่นิยมบริโภค และมีชื่อเสียงคือ “ชาชัก”

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้จัดแบ่งชาออกเป็น 3 ชนิดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 196 ได้แก่ ชา ชาผงสำเร็จรูป และชาปรุงสำเร็จ โดยมีเพียงชาปรุงสำเร็จเท่านั้นที่อนุญาตให้เติมสีสังเคราะห์ในผลิตภัณฑ์

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 381 พ.ศ. 2559 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร (ฉบับที่ 4) ซึ่งก่อนปี 2559 ไม่มีการกำหนดชนิดและปริมาณสีสังเคราะห์ที่อนุญาตให้เติมในชาปรุงสำเร็จ

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคได้เก็บตัวอย่างชาผงปรุงสำเร็จตรวจการใส่สีสังเคราะห์ 13 ตัวอย่าง พบมีการใส่สีสังเคราะห์เกินมาตรฐานร้อยละ 92.31 (วารสารฉลาดซื้อฉบับ 110, 2553) และในประเทศอินเดียได้มีการศึกษาการปนเปื้อนสีสังเคราะห์ในชาดำ พบการปนเปื้อนสีสังเคราะห์ร้อยละ 12.50 ในชาท้องถิ่นและพบการปนเปื้อนของสีสังเคราะห์ร้อยละ 25.00 ในชาสำเร็จรูป (Deb Pal & Das, 2018)

ปี 2549 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สุราษฎร์ธานี เก็บตัวอย่างชาผงประเภทชาและชาปรุงสำเร็จ จำนวน 18 ตัวอย่าง พบว่ามีสี จำนวน 10 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 55.56 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 196 (พ.ศ.2543) (ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี, 2549) และในปี 2554 กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 จังหวัด (สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) เก็บตัวอย่างชาทั้ง 3 ชนิดที่วางจำหน่าย จำนวน 30 ตัวอย่าง พบว่ามีสี ถึงร้อยละ 83.33 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2554)

ปี 2560 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้ดำเนินการสำรวจร้านขายน้ำชา พบว่าจังหวัดสตูลมีร้านขายน้ำชาถึง 183 ร้าน โดยผู้ประกอบการส่วนใหญ่ใช้ชาที่ลักลอบนำเข้าจากประเทศมาเลเซีย เนื่องจากฉลากไม่มีภาษาไทย มีการเก็บตัวอย่างชาปรุงสำเร็จจากร้านน้ำชา จำนวน 39 ตัวอย่าง

พบว่าผ่านมาตรฐานด้านสีเพียง 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 5.13 จึงได้เสนอประเด็นการลักลอบนำเข้าชาปรุงสำเร็จที่มีสีเกินมาตรฐานในที่ประชุมความร่วมมือด้านสาธารณสุขชายแดนไทย-มาเลเซีย เพื่อขอความร่วมมือไปยังประเทศผู้ผลิต ประเทศมาเลเซีย ให้ข้อมูลว่าไม่พบสถานที่ผลิตที่แสดงในฉลากชาปรุงสำเร็จที่ระบุสถานที่ผลิตในมาเลเซียที่จำหน่ายในประเทศไทย ทำให้ไม่สามารถหาแหล่งที่มาของชาปรุงสำเร็จได้ ดังนั้นการแก้ปัญหาต่อมา คือ หาแหล่งชาปรุงสำเร็จรูปที่ผ่านมาตรฐานของผู้ประกอบการในประเทศ เพื่อส่งเสริมสินค้าไทย โดยดำเนินการควบคุมไปกับการส่งเสริมผู้จำหน่ายน้ำชาที่ได้คุณภาพมาตรฐานโดยการมอบป้าย “ร้านน้ำชาปลอดภัย” ผ่านทางผู้ว่าราชการจังหวัดเพื่อให้ผู้ประกอบการเกิดความภาคภูมิใจ (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2560)

ส่วนในปี 2562 ได้จัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านน้ำชาเพื่อชี้แจงข้อกำหนดขอความร่วมมือให้ผู้จำหน่ายคัดเลือกผลิตภัณฑ์ก่อนวางจำหน่าย มอบป้าย “ร้านน้ำชาปลอดภัย” และประชาสัมพันธ์การเลือกบริโภคชาที่ปลอดภัยผ่านทางวิทยุ หลังจากนั้นทำการสุ่มเก็บตัวอย่างชาพร้อมดื่มในร้านจำหน่าย จำนวน 35 ร้าน พบว่า ตัวอย่างผ่านมาตรฐานด้านสี จำนวน 14 ร้าน (ร้อยละ 40.00) เท่านั้น สีสังเคราะห์ที่พบเกินมาตรฐานมากที่สุด คือ สีซันเซ็ตเยลโลว์ เอ็ฟซีเอ็ฟ พบปริมาณสูงสุดถึง 566.7 มก./กก. แต่เกณฑ์มาตรฐานกำหนดต้องไม่เกิน 100 มก./กก. อีกทั้งในตัวอย่างนี้ยังพบสีเอโซรูปิน สีตาร์ตราซิน เกินเกณฑ์มาตรฐานเช่นกัน ผลข้างเคียงของสีซันเซ็ตเยลโลว์ เอ็ฟซีเอ็ฟ ทำให้เกิดอาการลมพิษ จมูกอักเสบ คัดจมูก

สมาธิสั้น ปวดท้อง คลื่นไส้และอาเจียน อาหารไม่ย่อย เบื่ออาหาร และพบอุบัติการณ์ของเนื้องอกในสัตว์เพิ่มขึ้น สันนิษฐานว่าใช้ในประเศศนอร์เวย์ และฟินแลนด์ (The UK Food Guide, 2020)

ผลการสำรวจร้านน้ำชาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 303 แห่ง พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านขายน้ำชาเลือกใช้ชาก็คือหือใดพบว่าเป็นราคาของชา ร้อยละ 94.70 คนแ่นความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ชาเฉลี่ย 4.47 จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ประเด็นที่มีความรู้้น้อยที่สุดเป็นเรื่องการมีเลข อย. กำกับและการระบุวัน เดือน ปี หมดอายุ ร้อยละ 36.00 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2554) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเลือกซื้อชาปรุงสำเร็จ ร้านขายน้ำชาจำนวนมากขายชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยและแนวทางการแก้ปัญหาที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านขายน้ำชาจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐานผ่านมุมมองของผู้ประกอบการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการแก้ปัญหา ร่วมกันในระดับจังหวัด เขต และประเทศ ต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านขายน้ำชาจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน
2. เพื่อค้นหาความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านขายน้ำชาในการแก้ปัญหาร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้การเก็บข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) โดยเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำของข้อมูล ประกอบด้วย 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) โดยผู้วิจัยใช้เวลาเก็บข้อมูลนานเพียงพอและสัมภาษณ์โดยการบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึก รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลที่คิดว่าตรงกับสิ่งที่ต้องการสื่อหรือไม่ 2) การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ (transferability) โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล วิธีการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถตัดสินใจได้ว่าจะนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ และการยืนยันผลการวิจัย (Conformability) โดยผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบพร้อมสำหรับการตรวจสอบ (audit trail) เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้อื่นมีความลำเอียงและอคติของผู้วิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ประกอบการหรือเจ้าของร้านน้ำชาในจังหวัดสตูลที่มีผลการวิเคราะห์สีสังเคราะห์ในน้ำชาเกินมาตรฐานจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ในปี 2562 จำนวน 21 ร้าน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดทำงาน ปัจจุบันผู้วิจัยดำรงตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ควบคุมดูแลกำกับงานตามพระราชบัญญัติอาหาร และรับผิดชอบโครงการตรวจเฝ้าระวังเรื่องสีของชา ตั้งแต่ปี 2554 จนถึงปัจจุบัน

เครื่องมือที่ใช้ประกอบการเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ คือ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก มีลักษณะเป็นประเด็นกว้าง ๆ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและกรอบประเด็นปัญหาวิจัยที่ตั้งไว้ ร่วมกับการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกต และจดบันทึกข้อมูลระหว่างทำการสัมภาษณ์ คำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยใช้ในการสัมภาษณ์ประกอบด้วยประเด็นคำถามดังต่อไปนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบหรือไม่ว่าผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่จำหน่ายมีสีเกินมาตรฐาน คิดว่าสีที่เกินมาตรฐานเกิดจากสาเหตุใด ท่านเลือกซื้อชาปรุงสำเร็จยี่ห้อใด เพราะเหตุใดจึงเลือกซื้อยี่ห้อดังกล่าว ปัจจัยส่วนผสมทางการตลาด (4Ps) ที่สำคัญในการเลือกซื้อชาปรุงสำเร็จ วิธีการชงชาปรุงสำเร็จ อันตรายของสีสังเคราะห์ที่เกินมาตรฐาน การอ่านฉลากชาปรุงสำเร็จ การรับทราบข้อมูลกฎหมาย และแนวทางการแก้ไขปัญหาเรื่องสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่านตรวจสอบ

ประกอบด้วย 1) อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 1 ท่าน 2) อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน 3) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นจำนวน 1 ท่าน และ 4) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความตรงด้านเนื้อหาของร่างแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและคำถามปลายเปิด และนำมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นทดสอบสัมภาษณ์กับผู้ประกอบการร้านชาขายน้ำชาที่ใช้ผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐานที่กำหนด จำนวน 2 ราย และแก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติมก่อนนำไปใช้จริง

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวคำถามเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ประกอบกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) ทั้งนี้จนกว่าจะไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มจากเดิม พร้อมบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ นำข้อมูลจากการสังเกต และเอกสารต่าง ๆ มาวิเคราะห์ร่วมกัน ข้อมูลในการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และจะทำลายเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลง หลังการสัมภาษณ์ทุกครั้งจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปประเด็น ประเด็นที่ผู้วิจัยไม่เข้าใจอย่างชัดเจนจะถูกนำมาปรับปรุงการซักถามในครั้งต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินงาน 3 ขั้นตอนซึ่งประยุกต์จากชาย โพธิ์สิตา (2559) คือ (1) จัดระเบียบข้อมูล (2) การแสดงข้อมูล (3) การสรุป/การตีความตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นและน่าเชื่อถือ นำผลการวิเคราะห์มาอธิบายปัจจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหา

## จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง ET-ST 014/2563 ลงวันที่ 29 ตุลาคม 2563

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการหรือเจ้าของร้านน้ำชาในจังหวัดสตูลที่มีผลการวิเคราะห์สีสังเคราะห์ในน้ำชาเกินมาตรฐานจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ในปี 2562 ทั้งหมด 10 ราย สามารถสรุปลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ลักษณะทั่วไป	ร้านชาช้ำชา									
	ร้านที่ 1	ร้านที่ 2	ร้านที่ 3	ร้านที่ 4	ร้านที่ 5	ร้านที่ 6	ร้านที่ 7	ร้านที่ 8	ร้านที่ 9	ร้านที่ 10
1. ผู้ให้ข้อมูล	เจ้าของร้าน	เจ้าของร้าน	เจ้าของร้าน	เจ้าของร้าน	เจ้าของร้าน	เจ้าของร้านและพนักงาน	ลูกจ้าง	เจ้าของร้าน	เจ้าของร้าน	เจ้าของร้าน
2. เพศ	หญิง	หญิง	ชาย	หญิง	หญิง	หญิง	หญิง	ชาย	หญิง	หญิง
3. อายุ	49 ปี	43 ปี	39 ปี	30 ปี	38 ปี	22 ปี	35 ปี	36 ปี	38 ปี	41 ปี
4. ระดับการศึกษา	ปริญญาตรีขึ้นไป	ปริญญาตรีขึ้นไป	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	ปริญญาตรีขึ้นไป	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	ปริญญาตรีขึ้นไป	อนุบาล/ปวช.	ประถมศึกษา

ลักษณะทั่วไป	ร้านชาช้ำชา									
	ร้านที่ 1	ร้านที่ 2	ร้านที่ 3	ร้านที่ 4	ร้านที่ 5	ร้านที่ 6	ร้านที่ 7	ร้านที่ 8	ร้านที่ 9	ร้านที่ 10
5. ศาสนา	อิสลาม	อิสลาม	อิสลาม	อิสลาม	อิสลาม	อิสลาม	อิสลาม	อิสลาม	พุทธ	อิสลาม
6. ลักษณะของร้าน	ร้านเช่า	ร้านเดี่ยว	ร้านเดี่ยว	ร้านเดี่ยว	ร้านเดี่ยว	ร้านเดี่ยว	ร้านเดี่ยว	ร้านเช่า	ร้านเดี่ยว	ร้านเดี่ยว
7. ลักษณะของพื้นที่	ไม่เหมาะสมอยู่ใต้	หนึ่งห้อง	หนึ่งห้อง	4 ห้อง	หนึ่งห้อง	หนึ่งห้อง	2 ห้อง	ไม่เหมาะสมอยู่ใต้	5 ห้อง	หนึ่งห้อง
8. ชนิดของผลิตภัณฑ์	ชาผงที่ผลิตจากร้าน	ชาผง A13	ชาผง A13	ไม่เปิดเผยข้อมูล	ชาผง A13	ชาผง A3	ชาผง 999 และชาผง A13	ชาผงที่ผลิตจากร้าน	ชาผง A3	ไม่เปิดเผยข้อมูล
9. พื้นที่ตั้งร้าน	ย่านหน้าวัด	ย่านหน้าวัด	ย่านหน้าวัด	ย่านหน้าวัด	ย่านหน้าวัด	ย่านหน้าวัด	ย่านหน้าวัด	ย่านหน้าวัด	ย่านหน้าวัด	ย่านหน้าวัด
10. หมายเลขโทรศัพท์	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยนี้มีทั้งหมด 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของร้าน เพศหญิง อายุเฉลี่ย 37.1 ปี นับถือศาสนาอิสลาม ลักษณะของร้านเป็นร้านเดี่ยว และใช้ชาปรุงสำเร็จที่ผลิตในประเทศมาเลเซีย

### 2. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านชาช้ำชาจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน ในจังหวัดสตูล

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ประกอบการชาช้ำชาที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน โดยผู้ประกอบการทั้งหมดเลือกใช้ชาปรุงสำเร็จชนิดแห้งมาเป็นวัตถุดิบในการชงน้ำชาเพื่อจำหน่าย สามารถจำแนกปัจจัยได้ดังต่อไปนี้

#### 2.1 ทศนคติของผู้ชาย ปัจจัยด้านทศนคติของผู้ชายที่เชื่อว่าเป็นความต้องการของลูกค้าและผู้ขาย ลูกค้านำมาซึ่งความเชื่อที่ผิดๆ โดยน้ำชาที่มีสีเข้มจะแสดงถึงความเข้มข้นของชา ถึงรสชาติ และจะทำให้ชาช้ำชาที่มีรสชาดีอร่อย ผู้วิจัยแบ่งทศนคติของผู้ชายออกเป็น 2 ประเด็นที่ส่งผลให้เกิดการขายน้ำชาที่มี

สี่สังเคราะห์เกินมาตรฐาน ดังต่อไปนี้

2.1.1 ความต้องการของลูกค้าและผู้ขาย โดยเชื่อว่าชาที่มีสีเข้มคือชาที่มีความเข้มข้นของชาสูง ยิ่งชามีสีที่เข้มจะแสดงถึงชาที่มีรสชาติเข้มข้น อร่อย ตัวอย่างข้อมูลในการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ชอบรสชาติค่ะ เพราะรสชาติกับที่ร้านทำกับยี่ห้อนี้ลูกค้าถูกใจมาก ชม พุดง่าย ๆ ว่าชมทุกคน ลูกค้าไม่เคยทักด้วยว่าทำไมชามันเข้มข้นแบบนี้ ลูกค้าแค่บอกว่าเข้มข้น อร่อยถึงชา...” (ร้านที่ 2)

“...ส่วนใหญ่ร้านน้ำชาทั่วไปไม่ผ่าน (หมายถึงสี่สังเคราะห์ในน้ำชาไม่ผ่านมาตรฐาน) น้อยมากที่จะผ่านในแง่ของความเป็นจริงที่เราเคยเจมา ไม่มีร้านไหนผ่าน เพราะเขาต้องการความเข้มของชา น้อยมากที่จะผ่าน ชงออกมาแล้วเป็นหางชานั่นคือผ่านจริง ๆ แค่นี้แค่ตัวเดียวคือผ่าน ผ่านแน่นอน เพราะสีชาเอามาเปรียบเทียบกับมันดูไม่เข้ม...” (ร้านที่ 4)

“...สาเหตุลูกค้าจะชอบสีเข้ม ๆ ก็เลยตามใจลูกค้า ถ้าจาง ๆ ลูกค้าจะไม่ชอบ...” (ร้านที่ 5)

“...หนูจะชกชาเข้ม เพราะหนูชอบกินชาเข้มจะดูจากสี...” (ร้านที่ 9)

2.1.2 ความเชื่อว่าร้านอื่น ๆ ก็ใช้ชาเข้ม ผู้ประกอบการ จำนวน 5 ราย เชื่อว่าร้านอื่น ๆ ที่จำหน่ายน้ำชาก็ใช้ชาที่มีสีเข้ม อาจเป็นเอกลักษณ์ของน้ำชาที่จำหน่ายในจังหวัดสตูลที่แตกต่างจากคนพื้นที่อื่น ซึ่งไม่เหมือนกับชาที่คนพื้นที่อื่นบริโภค ตัวอย่างข้อมูลในการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ถ้าดูกับท้องตลาด คิดว่าไม่เกินนะ ถ้าเทียบกับร้านอื่นคิดว่าไม่เกิน...” (ร้านที่ 1)

“...ส่วนมากมันจะเป็นแบบนี้ เคยกินชาของหาดใหญ่มันจะออกเหลืองมันจะฝาดมาก แต่ก็ไม่รู้

ว่าเป็นชาอะไรไม่แน่ใจว่าเป็นชาไทยหรือชาต่างประเทศ...” (ร้านที่ 2)

“...คนสตูลที่กิน ถ้าดูแล้วไม่ใช่ชาสีส้มก็ไม่กินอีก...” (ร้านที่ 9)

2.2 ความรู้เรื่องอันตรายของสี่สังเคราะห์ในชาต่อสุขภาพ ผู้ประกอบการ จำนวน 4 ราย ไม่ทราบว่าสี่สังเคราะห์ที่เกินมาตรฐานทำให้เกิดอันตราย ผู้ประกอบการ จำนวน 1 ราย คิดว่าน่าจะมีอันตราย แต่ไม่ทราบว่าอันตรายที่เกิดขึ้นคืออะไรและผู้ประกอบการ จำนวน 5 ราย เชื่อว่ามีอันตราย เช่น ส่งผลทำให้อ่อนไม่หลับ ซึ่งไม่ใช่อันตรายที่เกิดจากการบริโภคสี่สังเคราะห์เกินมาตรฐาน ความไม่รู้และความไม่เข้าใจถึงอันตรายของสี่สังเคราะห์อาจทำให้ผู้ประกอบการเลือกซื้อชาปรุงสำเร็จที่มีสีเกินมาตรฐาน รวมถึงการชงชาด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้ชาสีเข้ม ตัวอย่างข้อมูลสัมภาษณ์ถึงอันตรายของสี่สังเคราะห์ในน้ำชา ดังนี้

“...รู้ค่ะ มันจะทำให้เหมือนกับบะโรนระคะเกี่ยวกับทำลายระบบประสาทใหม่คะ ประมาณนี้คะ...” (ร้านที่ 1)

“...อาจมีผลต่อสมอง เพราะบางคนทำให้อ่อนไม่หลับ...” (ร้านที่ 2)

“...มีผล อันตรายต่อระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย ทางเดินอาหาร...” (ร้านที่ 8)

2.3 การขายน้ำชาในรูปแบบแฟรนไชส์ ร้านน้ำชาประเภทนี้จะกำหนดชนิดของชาปรุงสำเร็จและวิธีการชง ผู้ซื้อแฟรนไชส์ไม่สามารถปรับเปลี่ยนชนิดของชาปรุงสำเร็จและวิธีการชงได้ด้วยตนเอง ดังนั้นหากน้ำชาจากเจ้าของแฟรนไชส์มีสีเกินมาตรฐานย่อมทำให้ผู้ที่ซื้อแฟรนไชส์ก็จำหน่ายน้ำชาที่มีสีเกินมาตรฐานเช่นเดียวกัน ตัวอย่างข้อมูลในการสัมภาษณ์

ดังนี้

...คิดว่าเกิดจากผงชา เพราะเราชงตามสูตร  
ที่ทางแบรนด์แนะนำมา...(ร้านที่ 1)

...น่าจะเกิดจากผงชา นั้น มีสีมาตั้งแต่แรก  
แค่นั้นวิธีการชงของเราไม่น่าจะทำให้สีเพิ่มนะ เราไม่  
ได้ใส่เพิ่มเข้าไปเอง...(ร้านที่ 8)

**2.4 ความรู้เรื่องการอ่านฉลาก** ผู้ประกอบการ  
จำนวน 3 ราย ไม่สังเกตฉลากของชาปรงสำเร็จ  
ผู้ประกอบการ จำนวน 7 ราย อ่านฉลากอาหาร แต่  
ข้อมูลที่อ่านในฉลาก คือ เครื่องหมายฮาลาล และ  
โลโก้ของสินค้า ผู้ประกอบการ 2 ราย ที่สังเกตเลข  
สารบบอาหาร แต่ทั้ง 2 รายก็เลือกใช้ชาปรงสำเร็จ  
ลักลอบนำเข้ามาเป็นส่วนประกอบในการชงน้ำชา  
และมีผู้ประกอบการเพียงรายเดียวที่ใช้ชาปรงสำเร็จ  
ที่มีเลขสารบบอาหารในการชงน้ำชา แต่ผู้ประกอบการ  
ที่สังเกตเพียงเครื่องหมาย GMP ที่แสดงบนฉลาก  
เท่านั้น ไม่ได้สังเกตเลขสารบบอาหารและวิธีการ  
ชงชาที่แสดงบนฉลาก ส่วนหนึ่งเนื่องจากเป็นฉลาก  
ต่างประเทศ อ่านไม่ออก ทำให้ไม่ทราบวิธีการชงชา  
ที่ผู้ผลิตแนะนำ วันหมดอายุ วันผลิต และมาตรฐาน  
รับรองคุณภาพของชาปรงสำเร็จ และไม่มีผู้ประกอบการ  
รายใดอ่านวิธีการชงชาที่แสดงบนฉลาก

การเลือกใช้ชาปรงสำเร็จที่ลักลอบนำเข้า  
การเลือกซื้อชาปรงสำเร็จที่ไม่แสดงฉลาก การไม่อ่าน  
ฉลากหรืออ่านฉลากที่ไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ประกอบการ  
ไม่ทราบวิธีการที่ถูกต้องในการบริโภคสินค้านั้น ๆ  
เพื่อให้เกิดความปลอดภัย การขาดความ  
ตระหนักในส่วนนี้อาจทำให้ผู้ประกอบการชงน้ำชา  
ที่มีสีเกินมาตรฐานได้ตัวอย่างข้อมูลการสัมภาษณ์  
ดังนี้

...ดูคะ ดูฉลากฮาลาลเป็นหลักก่อนทุกอย่าง

ที่เอามาใช้ แต่เนื่องจากเป็นฉลากต่างประเทศ  
อ่านไม่ออก...(ร้านที่ 2)

...ฉลากมันไม่มีภาษาไทย ผมดูแค่รสชาติ  
อย่างเดียว ดูโลโก้อย่างเดียว อย่างอื่นดูใหม่ สัญลักษณ์  
เช่น ฮาลาล ไม่ได้ดู วันหมดอายุก็ไม่ได้ดู...(ร้านที่ 3)

...ดูสัญลักษณ์ ฮาลาลและเครื่องหมาย GMP...  
(ร้านที่ 6)

...ดูโลโก้อย่างเดียว ว่าเป็นยี่ห้อนี้ไม่ได้ดูราย  
ละเอียด...(ร้านที่ 7)

**2.5 ความรู้ด้านกฎหมาย** ผู้ประกอบการ  
ไม่ทราบว่า การขายผลิตภัณฑ์ชาปรงสำเร็จที่มี  
สีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย  
ผู้ประกอบการ จำนวน 7 ราย ไม่ทราบว่า การจำหน่าย  
น้ำชาที่มีสีเกินมาตรฐานมีความผิดทางกฎหมาย  
มีเพียง 3 รายที่ทราบว่าผิด แต่ไม่ทราบถึงบทลงโทษ  
ซึ่งต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท นอกจากนี้  
ผู้ประกอบการยังไม่เห็นเจ้าหน้าที่บังคับใช้ทาง  
กฎหมาย จึงทำให้ผู้ประกอบการยังคงละเลยจำหน่าย  
น้ำชาที่มีสีเกินมาตรฐาน ทั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านกฎหมาย  
มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากกว่าความรู้เรื่อง  
อันตรายของสีสังเคราะห์ในอาหาร ตัวอย่างข้อมูล  
การสัมภาษณ์ ดังนี้

...อาจจะผิด เพราะถ้าสีมันเกินมาตรฐานขอ  
อย. มันก็ไม่ผ่าน ถูกไหม...(ร้านที่ 4)

...น่าจะมียกบ้าง นิดๆหน่อยๆ เพราะว่าชาวก็มี...(ร้าน  
ที่ 4)

...ผิด ถ้าสาธารณสุขมาตรวจ...(ร้านที่ 9) แต่  
ไม่ทราบบทลงโทษ

...คือถ้าเขามาตรวจจริง ๆ เราต้องปรับปรุง  
แต่นี้เขาไม่มาตรวจ...(ร้านที่ 9)

**2.6 ข้อมูลสำหรับการเลือกซื้อชาปรงสำเร็จ**

ที่ได้มาตรฐาน ผู้ประกอบการไม่ทราบว่าชาปรุ่งสำเร็จ ยี่ห้อใดได้มาตรฐาน ดังนั้นผู้ประกอบการบางรายแม้ จะทราบว่าชาปรุ่งสำเร็จที่ตนเองเลือกใช้จะมีสีเกิน มาตรฐาน แต่ก็ไม่ทราบว่าควรเลือกใช้ชาปรุ่งสำเร็จ ยี่ห้อใดมาทดแทน ตัวอย่างข้อมูลการสัมภาษณ์ ดังนี้

...ตัวนี้ก็เกินเหมือนกัน แต่รสชาติอร่อย เพราะเราไม่มีตัวเลือกไง ถ้าเรามีตัวเลือกเราก็ไม่ใช้ เหมือนกัน...(ร้านที่ 3)

...เพราะมันไม่มีตัวเลือก ถ้ารู้ว่ายี่ห้อไหนดี ทางร้านก็พร้อมที่จะเปลี่ยน...(ร้านที่ 3)

...สมมุติจากใจเลย ถ้าเรารู้ว่าตัวไหนมีสาร เยอะ เราไม่จำเป็นต้องเอาตัวนั้น เราเปลี่ยนเป็น ตัวอื่นก็ได้...(ร้านที่ 9)

### 3. พฤติกรรมของผู้ประกอบการเพื่อตอบสนองต่อปัจจัยที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านชาชาน้ำชาจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุ่งสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน ในจังหวัดสตูล

จากปัจจัยดังที่กล่าวข้างต้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนเองและลูกค้าที่ต้องการชาที่มีสีเข้ม สียิ่งเข้มแสดงว่าชายิ่งเข้ม รสชาติอร่อย การขาดความรู้ความเข้าใจในอันตรายของสีสังเคราะห์ต่อสุขภาพ การอ่านฉลาก และข้อกำหนดทางกฎหมาย การไม่เห็นถึงการบังคับใช้กฎหมาย ส่งผลให้ผู้ประกอบการขายน้ำชาแสดงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุ่งสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน ดังนี้

#### 3.1 ผู้ประกอบการเลือกใช้ชาปรุ่งสำเร็จที่มีสีเกินมาตรฐาน

ผู้ประกอบการเชื่อว่าน้ำชาที่มีสีเกินมาตรฐานเกิดเนื่องจากการผสมสีสังเคราะห์ในชาปรุ่งสำเร็จที่ทางร้านเลือกใช้ เพราะผู้ชายไม่ได้เติมสีเพิ่มเติมในน้ำชา ผู้ประกอบการ จำนวน 6 ราย

เลือกใช้ชาปรุ่งสำเร็จที่กลลอบนำเข้าเป็นวัตถุดิบหลัก หรือเป็นส่วนผสมในการชงน้ำชาเพื่อจำหน่าย เนื่องจากชาปรุ่งสำเร็จกลลอบนำเข้าใ้หน้าชาที่มีสีเข้ม หาชื้อได้ง่าย ราคาถูก กลิ่นหอม ชงได้ง่าย รสชาติดี ตัวอย่างข้อมูลในการสัมภาษณ์ ดังนี้

...แต่พอนำมาใช้ สีกี่ตามที่เราเห็นคะ ชอบไหมคะ สีกี่ชอบอยู่เพราะรู้สึกมันเข้มข้นคะ...(ร้านที่ 2)

...ผมนึกว่าเกี่ยวกับการผสมสีจากโรงงาน เพราะผสมสีมาในผงชา (ร้านที่ 3)

...ผมเคยใช้ยี่ห้ออื่น ยี่ห้ออื่นกินดีกว่ายี่ห้ออื่น

1. รสชาติหอมกว่า 2. สดกว่า 3. เข้ม ยี่ห้ออื่นพอใส่ 4 ช้อน เข้าไปรสชาติไม่ได้ พอใส่เกิน 4-5 ช้อน รสชาติมันฝาด เลือกเพราะรสชาติและสี (ร้านที่ 3) ผู้วิจัยถามว่าทำไมถึงเลือกซื้อชาปรุ่งสำเร็จของมาเลเซีย

...เพราะสีตรงนั้นมันเกิน พอหลาย ๆ ตัวรวมกัน ถ้าเกิดว่าไม่ใช่ชามันก็ไม่เข้ม ลูกค้าต้องการความเข้มของชา...(ร้านที่ 4) ร้านค้าผสมชาหลายยี่ห้อ รวมกันในการขายน้ำชา

...ทั้งผงชาและวิธีการชง เนื่องจากใช้ชาผง 5 ยี่ห้อ ผสมเท่ากัน คลุกกันเป็นผงชาสูตรของทางร้าน...(ร้านที่ 9)

...แต่ว่าคนสตูลส่วนมากจะติดชามาเลย เขาจะไม่กินชาไทย เพราะชามันจะเข้มกว่า...(ร้านที่ 9)

#### 3.2 ผู้ประกอบการสร้างวิธีการชงชาเพื่อให้ได้น้ำชาหรือหัวชาที่มีสีเข้ม

ผู้ประกอบการจะชงชาเพื่อให้ได้น้ำชาที่มีสีเข้ม โดยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การบิชาเพียงครั้งเดียวแล้วทิ้งผงชา ไม่นำกากชาเดิมมาใช้ซ้ำ การชงชาโดยผ่านน้ำร้อนและแรงดัน เช่นเดียวกับการชงกาแฟสด การเลือกใช้ชาปรุ่งสำเร็จชนิดผงหลายยี่ห้อมาผสมกันเพื่อปรุงน้ำชาจำหน่าย โดยบางยี่ห้อที่นำมาผสมมีวัตถุประสงค์ด้านสี การใส่

ชาปรุงสำเร็จในปริมาณที่เยอะ การปรุงชาโดยวิธีการ  
ย่ำชา คือ การกรองชาครั้งหนึ่งแล้วบีบออก เอาหาง  
ชาออก จากนั้นนำน้ำชาที่ได้จากครั้งแรก ผ่านการ  
กรองอีกครั้ง ทำซ้ำไปซ้ำมาจนได้ชาที่มีสีและรสชาติ  
ตามที่ต้องการ การแช่ชา คือ การนำชาปรุงสำเร็จ  
ชนิดผงปริมาณตามที่ต้องการผ่านน้ำร้อนแล้วแช่  
ทิ้งไว้เป็นระยะเวลาหนึ่งก่อนบีบชาเพื่อให้ชามีความ  
เข้มข้น การชกชชาหลาย ๆ ครั้ง และการต้มหัวชา  
โดยการนำชาปรุงสำเร็จชนิดผงมาต้มในน้ำ จนกว่า  
จะได้หัวชาที่มีสีเข้มสวย ตัวอย่างข้อมูลในการสัมภาษณ์  
ดังนี้

...น่าจะเป็นเกิดจากตัวผงชาและวิธีชง เพราะ  
ทางร้านใช้เครื่องชงกาแฟ ไม่ได้ชงเหมือนกับร้าน  
น้ำชาทั่ว ๆ ไป... (ร้านที่ 2)

...ผงชา 4 ซ้อนโต๊ะ น้ำประมาณ 600 ml  
ชงได้ 5 แก้วแล้วเปลี่ยนเลย แล้วใส่ผงชา 4 ซ้อน  
เปลี่ยนไปแบบนี้เรื่อย ๆ...(ร้านที่ 3)

...แต่น้ำมันหลายตัวรวมกัน ก็เลยทำให้สีชา  
มันเข้มขึ้น...(ร้านที่ 4)

...แต่ไม่ได้ครั้งเดียว เราก็กดอัดยาเพื่อความ  
เข้มของชา เพราะครั้งเดียวมันไม่เข้มเลย...  
(ร้านที่ 4)

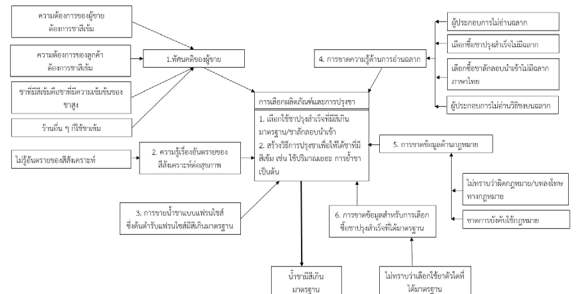
...เราไม่ได้ใช้ชา เพราะเราใช้เครื่องราคาเลย  
สูงกว่า...(ร้านที่ 6)

...ชก 3-4 รอบเพื่อให้ชาออก แล้วก็ทิ้ง...  
(ร้านที่ 9)

...กะนั้นแช่ประมาณ 15 นาที กว่าจะบีบ...  
(ร้านที่ 10)

ทั้งนี้ สามารถสรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดการขาย  
ผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีเกินมาตรฐานได้ตาม  
แผนภาพที่ 1 คือ ทศนคติของผู้ขายที่คิดว่าลูกค้าและ

ตนเองต้องการชาที่มีสีเข้ม ชาที่มีสีเข้มคือชาที่  
เข้มข้น ร้านอื่น ๆ ก็จำหน่ายชาที่มีสีเข้ม การขาด  
ความรู้เรื่องอันตรายของสีสังเคราะห์ต่อสุขภาพ การ  
ขายน้ำชาในรูปแบบแฟรนไชส์ ซึ่งต้นตำรับแฟรนไชส์  
มีสีเกินมาตรฐาน การขาดความรู้ด้านการอ่านฉลาก  
การขาดความรู้ด้านกฎหมาย ไม่ทราบว่าการขาย  
ผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีเกินมาตรฐานเป็นการ  
กระทำที่ผิดกฎหมาย ประกอบกับไม่เห็นการบังคับ  
ใช้กฎหมายจากเจ้าหน้าที่ และการขาดข้อมูลสำหรับ  
การเลือกซื้อชาปรุงสำเร็จที่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้  
ผู้ประกอบการแสดงพฤติกรรมโดยการเลือกใช้ชาปรุง  
สำเร็จที่มีสีเกินมาตรฐาน หรือสร้างวิธีการชงชาเพื่อ  
ให้ได้น้ำชาหรือหัวชาที่มีสีเข้ม จึงเป็นสาเหตุให้เกิด  
การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีเกินมาตรฐาน



### แผนภาพที่ 1 ปัจจัยที่ทำให้มีชาที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน

#### 4. ความคิดเห็นของผู้ประกอบการในการแก้ปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ถึงความคิดเห็นของผู้ประกอบการต่อการแก้ปัญหาผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จมีสีเกินมาตรฐาน ในมุมมองของผู้ประกอบการว่าควรแก้ไขปัญหานี้อย่างไร ผู้ประกอบการได้แสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหา ดังต่อไปนี้

1. ผู้ประกอบการเปลี่ยนไปใช้ชาปรุงสำเร็จ ที่มีสีสังเคราะห์ไม่เกินมาตรฐาน บางรายแจ้งว่าอาจจะปรับเปลี่ยนวิธีการชงก่อน หากปรับเปลี่ยนวิธีการชงแล้วยังคงไม่ผ่านมาตรฐานก็อาจจะเปลี่ยนยี่ห้อชาปรุงสำเร็จ ตัวอย่างข้อมูลการสัมภาษณ์ ดังนี้

...ยี่ห้อนี้และผลสมขามาเลยด้วย พอหน่วยงานมาแจ้งว่าไม่ผ่านก็เลยเปลี่ยน...(ร้านที่ 6)

...พอหน่วยงานมาแจ้งว่าสีเกินมาตรฐาน ก็กลับมาใช้ชา A3 อย่างเดียว...(ร้านที่ 6)

...ก็น่าจะปรับเปลี่ยนพวกชาและยี่ห้อ...(ร้านที่ 7)

...ถ้ามีชาที่ได้มาตรฐาน ยินดีที่จะเปลี่ยนไปใช้ยี่ห้ออื่นนะคะ...(ร้านที่ 9)

2. ผู้ประกอบการเปลี่ยนวิธีการชงน้ำชาเพื่อทำให้สีสังเคราะห์ไม่เกินมาตรฐาน โดยการลดปริมาณการใช้ชาปรุงสำเร็จ ตัวอย่างข้อมูลการสัมภาษณ์ ดังนี้

...ความคิดของร้าน กับตัวชาเดิมที่ใช้อยู่ก็อยากลดปริมาณของผงชา บางทีร้านอาจจะใส่ผงชาเยอะเกินไปกว่าขนาดแก้ว ทำให้รู้สึกว่ามีมันเข้มข้น เดียวจะลองปรับดูว่าลดปริมาณชา ถ้าสมมุติว่าลดปริมาณชาเสร็จแล้วยังไม่ผ่าน ก็ค่อยเปลี่ยนชา...(ร้านที่ 2)

...เฉพาะชา จะให้ดีก็พยายามชงแบบอ่อน ๆ...(ร้านที่ 5)

...ถ้าไม่ผ่านยินดีที่จะเปลี่ยน ถ้ามีหน่วยงานมาแนะนำ วิธีการชง ใส่ปริมาณเท่าไร พร้อมทั้งจะปฏิบัติตามโดยไม่มีข้อโต้แย้ง...(ร้านที่ 6)

3. การเข้มงวดกับการตรวจสอบสีสังเคราะห์ในผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จกับโรงงานหรือสถานที่ผลิต โดยผู้ประกอบการต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้มงวดกับผู้ผลิตชาปรุงสำเร็จ หรือซาลักลอบนำเข้า

เนื่องจากผู้ประกอบการไม่ได้เติมสีเพิ่มเติมในน้ำชา แต่เกิดจากชาปรุงสำเร็จมีสีเกินมาตรฐาน ดังนั้นจึงควรแก้ปัญหาตั้งแต่ต้นน้ำ โดยการควบคุมให้ชาปรุงสำเร็จได้มาตรฐาน ตัวอย่างข้อมูลการสัมภาษณ์ ดังนี้

...มันต้องไปที่แหล่งของเขา หมายถึงสถานที่ผลิต ต้องไปเข้มงวดตรงนั้นให้ผลิตได้มาตรฐานเหมือนอย่างนี้เราก็แก้ปัญหาไม่ได้จริง ๆ เพราะเราแทบไม่รู้เลยว่ามันคืออะไร รู้แต่ว่ามันเป็นชา แต่ว่าไม่รู้ว่ามีส่วนผสมของอะไรบ้าง...(ร้านที่ 1)

...ถ้าจะปรับ คือปรับกันทั้งหมดเลยทุกร้าน สมมุติว่าคุณไม่สมควรเอาชามาเลยมาขาย คุณก็ไม่สามารถนำเข้ามามีในประเทศได้ ตั้งแต่ผู้ค้าก็ไม่สมควรเอาเข้ามาขายตั้งต้นแล้วใช้ไหมคะ ไม่ใช่มาปรับเฉพาะผู้ขาย ต้องปรับทั้งหมด...(ร้านที่ 9)

4. การส่งเสริมหรือการจัดหาชาปรุงสำเร็จ หรือวิธีการชงน้ำชาที่ทำให้น้ำชามีสีสังเคราะห์ไม่เกินมาตรฐาน มีรสชาติ สี กลิ่นตามความต้องการของลูกค้า หาซื้อง่าย และราคาเหมาะสม

...ให้เจ้าหน้าที่เอาผงชาที่ไม่ละลายน้ำทางร้านไปตรวจเอง ไปชงเองดูกับน้ำร้อน ถ้าปริมาณแก้วแค่นี้เราใส่ 2-3 ช้อน ผ่านเกณฑ์ของสาธารณสุขอยู่...(ร้านที่ 2)

...ถ้าจะแก้ไขจริง หน่วยงานที่มีอำนาจต้องสามารถผลิตขึ้นมาได้ ต้องใช้ตัวนั้นะ มาตรฐานกลั่นดี รสชาติดี สีดีกินแล้วไม่เป็นอันตราย ทำขึ้นมาใคร ๆ เขาก็ใช้ อันนี้เรามาหาจะไปหาที่ไหน เราหาไม่ได้หรอก...(ร้านที่ 3)

...ก็ให้ไปผลิตมา คั้นหามาว่าชาที่ยี่ห้ออะไร แหล่งที่ซื้อก็ต้องเข้าถึงง่ายด้วย ไม่ใช่สั่งกับอีกคนให้เขาเอามาให้ ถ้าสั่งซาร้าน A เขาก็ต้องเอากำไร

ต่ออีกมันแพง เราต้องเข้าถึงง่าย หาซื้อได้ รสชาติ  
พอกินได้...(ร้านที่ 3)

...อยากให้แนะนำถ้า 2 ตัวนี้ไม่ผ่าน บอกมาเลย  
ว่าใช้หือไหน ชงยังไง ผสมยังไง ยินดีที่จะเปลี่ยน...  
(ร้านที่ 6)

5. การจัดอบรมให้ความรู้ถึงข้อกำหนด  
ทางกฎหมาย อันตรายจากสีสังเคราะห์ที่เกินมาตรฐาน  
ผู้ประกอบการร้านขายน้ำชา จำนวน 2 ราย ประสงค์  
ให้หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือระดับ  
กระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานคณะกรรมการ  
อาหารและยา (อย.) ให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ของ  
สีสังเคราะห์ในชาผงหรือน้ำชา อันตรายของสีสังเคราะห์  
เกินมาตรฐาน และความผิดทางกฎหมายเมื่อจำหน่าย  
น้ำชาที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน ตามตัวอย่างข้อมูล  
สัมภาษณ์ดังนี้

...ช่วยแนะนำค่ะ เพราะบางทีที่เราไม่ได้รู้ว่า  
เกี่ยวกับมาตรฐานสี อยากให้แนะนำ อบรม...  
(ร้านที่ 7)

...ช่วยแนะนำ ให้ความรู้ ก็คือ เหมือนกับ  
โทษของชา โทษทางกฎหมายคือไม่รู้...(ร้านที่ 7)

...ให้หน่วยงานจัดประชุม ให้ความรู้อันตราย  
ของน้ำชาที่มีสีเกินมาตรฐานและให้มาแนะนำผงชา  
ที่สีได้มาตรฐานให้กับเราได้เลือกใช้ แล้วก็ยินดี  
ให้มาตรวจเรื่อย ๆ นะคะ ปีละครั้งนี่กำลังดีเลย...  
(ร้านที่ 9)

6. การเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จ  
เพื่อตรวจสอบสีสังเคราะห์ในน้ำชา พร้อมทั้งแจ้งผล  
การตรวจให้ผู้ประกอบการทราบ เพื่อดำเนินการแก้ไข  
ต่อไป ตามตัวอย่างข้อมูลสัมภาษณ์ดังนี้

...ใช่ ๆ ช่วยเน้นเรื่องการตรวจ...(ร้านที่ 9)

...แล้วถ้าตรวจแล้วชาตัวไหนสีเข้ม สีอ่อน

ก็บอกกันได้ พัฒนากันได้อีก...(ร้านที่ 9)

### อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยและ  
ความคิดเห็นในการแก้ปัญหาที่ทำให้ผู้ประกอบการ  
ร้านขายน้ำชาจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มี  
สีสังเคราะห์เกินมาตรฐานในจังหวัดสตูล พบว่าปัจจัย  
ที่ทำให้น้ำชาสีเกินมาตรฐานมี 6 ปัจจัย คือ ทักษะ  
ของผู้ขาย การขาดความรู้เรื่องอันตรายของสีสังเคราะห์  
ต่อสุขภาพ การขายน้ำชาในรูปแบบแฟรนไชส์ ซึ่งต้น  
ตำรับแฟรนไชส์มีสีเกินมาตรฐาน การขาดความรู้  
ด้านการอ่านฉลากและความรู้ด้านกฎหมาย ไม่ทราบ  
ว่าการขายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์  
เกินมาตรฐานเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย และการ  
ขาดข้อมูลสำหรับการเลือกซื้อชาปรุงสำเร็จที่ได้มาตรฐาน  
ผลการวิจัยพบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เชื่อว่าลูกค้า  
รวมถึงผู้ขายต้องการบริโภคน้ำชาที่มีสีเข้ม จะทำให้ชา  
มีรสชาติเข้มข้น อร่อย ยิ่งชาที่มีสีเข้มจะยิ่งแสดงถึง  
ความเข้มข้นของชา ดังนั้นเพื่อให้ตรงกับความต้องการ  
ของผู้ประกอบการและลูกค้าทำให้ผู้ประกอบการเลือก  
ซื้อชาปรุงสำเร็จที่สามารถให้น้ำชาที่มีสีเข้ม และสร้าง  
วิธีการชงชาเพื่อให้ได้ชาที่มีสีเข้ม ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น  
การใช้ชาปรุงสำเร็จในปริมาณที่เยอะ เป็นต้น โดย  
ไม่ได้สนใจการอ่านฉลากชาปรุงสำเร็จ ทั้งผู้ประกอบการ  
และลูกค้าเชื่อว่าชาเย็นต้องมีสีเข้มถึงจะทำให้  
ได้รสชาติชาเข้มข้นสอดคล้องกับองค์ประกอบ  
ของทัศนคติด้านความรู้ความเข้าใจของผู้บริโภค  
(cognitive component : learn) ของ Bovee (1995)  
เรื่องความเชื่อหรือความรู้ที่ผู้บริโภค ซึ่งความเชื่อ  
นี้อาจเป็นความเชื่อที่ถูกหรือผิด หรืออาจเป็นความเชื่อ  
ในแง่บวกหรือแง่ลบก็ได้



ปัจจัยด้านกฎหมายมีผลทำให้ผู้ประกอบการปรับเปลี่ยนไปใช้ชาปรงสำเร็จหรือเปลี่ยนวิธีการชงน้ำชาให้มีสีไม่เกินมาตรฐานมากกว่าปัจจัยด้านความรู้เรื่องอันตรายของสีสังเคราะห์ในน้ำชา จากข้อมูลพบว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่คิดว่าการบริโภคสีสังเคราะห์ในน้ำชาที่เกินมาตรฐาน มีผลทำให้นอนไม่หลับ ซึ่งไม่ใช่อันตรายที่เกิดจากการบริโภคสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน จึงอาจทำให้ผู้ประกอบการยังขายน้ำชาที่มีสีเกินมาตรฐาน หากผู้ประกอบการรับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเรื่องอันตรายของการรับประทานสีสังเคราะห์ที่เกินมาตรฐาน อาจจะไม่ขายน้ำชาที่มีสีเกินมาตรฐาน ดังนั้นต้องอาศัยความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องอันตรายของสีสังเคราะห์ต่อผู้บริโภค และประชาสัมพันธ์บทลงโทษของการจำหน่ายชาปรงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐานว่ามีบทลงโทษตามมาตรา 47 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท ตามพระราชบัญญัติอาหาร (2522) เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ประกอบการและผู้ผลิต

ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) ที่ส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ประกอบการในการเลือกซื้อชาปรงสำเร็จพบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เลือกซื้อชาปรงสำเร็จเนื่องจากผลิตภัณฑ์คือ ชาปรงสำเร็จที่ชงแล้วได้น้ำชาที่มีสีเข้มรสชาติดี และมีกลิ่นหอม เป็นอันดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภณัฐ ลิขิตหาวงศ์ (2557) ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์มีผลต่อการเลือกซื้อชาและกาแฟมากที่สุด อันดับรองลงมาได้แก่ ด้านราคา ฤติมา เพ็ญสุข (2560) ปัจจัยด้านรสชาติและราคามีผลต่อการตัดสินใจซื้อชาตรามือของผู้บริโภคในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้าน

การส่งเสริมการตลาดไม่มีผลต่อการเลือกชาปรงสำเร็จที่มาใช้ชงน้ำชาสอดคล้องกับงานวิจัยของฤติมา เพ็ญสุข (2560) ปัจจัยด้านการส่งเสริมทางการตลาดไม่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อชาตรามืออย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เนื่องจากสินค้าของชาตรามือมีราคาไม่แพง

การที่ผู้ประกอบการไม่ได้เลือกชาปรงสำเร็จจากการดูเลขสารบบอาหาร แต่เลือกจากเครื่องหมายฮาลาลเป็นหลัก เนื่องจากประชากรจังหวัดสตูลนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 76.77 และผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นมุสลิม จึงให้ความสำคัญกับเครื่องหมายฮาลาลมากกว่าเลขสารบบอาหาร สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิญญวรรณ กอบัว, ปัญญา หมั่นเก็บ, และ อัจรงค์ เมฆโหรา (2559) พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนเกินครึ่งมีการยอมรับเครื่องหมาย ฮย.ในผลิตภัณฑ์อาหารต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.93) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ประกอบการไม่ได้ชงน้ำชาตามฉลากที่ระบุไว้ มีการใช้ปริมาณชาปรงสำเร็จมากกว่าที่ระบุในฉลาก ทำให้สีสังเคราะห์ในน้ำชาเกินมาตรฐาน เนื่องด้วยกฎหมายไม่ได้ระบุว่าผู้ผลิตต้องระบุวิธีการชงชาหรือวิธีการปรุงในฉลากแต่กำหนดให้แสดงวิธีปรุงเพื่อรับประทาน (ถ้ามี) ในขณะที่วิธีการชงชามีผลต่อปริมาณสีสังเคราะห์ในน้ำชาที่เกินมาตรฐาน จึงควรมีแนวทางการแก้ปัญหาเรื่องฉลากโดยการสร้างความตระหนักให้ผู้ประกอบการอ่านฉลากก่อนเลือกซื้อชาปรงสำเร็จ และกฎหมายควรบังคับให้ฉลากชาปรงสำเร็จต้องระบุวิธีการชงชาอย่างชัดเจน

การจะเปลี่ยนให้ผู้ประกอบการทั้งหมดเลือกซื้อชาปรงสำเร็จที่มีสีไม่เกินมาตรฐานหรือเปลี่ยนวิธีการชงชาในทันทีอาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากความ

ต้องการของลูกค้ายังเป็นปัจจัยที่สำคัญ การแก้ไข ปัญหาควรดำเนินการทั้งในส่วนของผู้ประกอบการ และผู้บริโภคไปพร้อมกัน การสร้างเมนูผลิตภัณฑ์ขา ทางเลือก (Healthier choice) ของร้านขายน้ำชา โดยเปลี่ยนยี่ห้อชาปรุงสำเร็จหรือปรับวิธีการชง หรือ พัฒนาการใช้สีธรรมชาติทดแทนสีสังเคราะห์ใน ชาปรุงสำเร็จจะเป็นอีกหนึ่งวิธีในการแก้ไขปัญหา

จังหวัดสตูลไม่มีผู้ผลิตชาปรุงสำเร็จในจังหวัด มีเพียงผู้จำหน่ายชาปรุงสำเร็จเท่านั้น ดังนั้นการแก้ ปัญหาโดยการเข้มงวดกับโรงงานผู้ผลิตอาจทำได้ยาก เพียงแต่ประสานข้อมูลไปยังจังหวัดที่ตั้งของสถานที่ผลิต หรือแม้แต่ชาปรุงสำเร็จที่ลักลอบนำเข้าจาก ประเทศมาเลเซีย ต้องบูรณาการความร่วมมือจาก หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านศุลกากร ตำรวจ ทหาร ฝ่ายปกครอง สำนักงานพาณิชย์จังหวัด เป็นต้น โดยแต่งตั้งเป็นคณะทำงานชุดเฉพาะกิจควบคุมและ ตรวจสอบสินค้าที่นำเข้าจากต่างประเทศ ในการบังคับ ใช้กฎหมาย

การอบรมให้ความรู้เรื่องอันตรายจาก สีสังเคราะห์และข้อกำหนดทางกฎหมาย สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสตูลได้ดำเนินการไปแล้วเมื่อปี 2562 พร้อมทั้งการมอบป้าย “ร้านน้ำชาปลอดภัย” ให้กับร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่ผ่าน มาตรฐาน การประชาสัมพันธ์รายชื่อร้านจำหน่าย ที่ได้มาตรฐานผ่านทางสื่อดิจิทัล แต่ยังไม่เห็นผล ในการแก้ปัญหาอย่างชัดเจน อาจเนื่องจากการดำเนินการยังทำได้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ด้วยข้อจำกัดทาง ด้านงบประมาณ ซึ่งการศึกษาของราชัน, สุนทร, และ สงวน (2561) พบว่าปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ทางวิทยุท้องถิ่นไม่สามารถแก้ได้ด้วยการให้ความรู้ และการจัดทำ MOU แต่การใช้มาตรการเฝ้าระวัง

ปัญหา-ให้ข้อมูลย้อนกลับ และการใช้มาตรการบังคับ ใช้กฎหมายร่วมด้วยจะช่วยให้การแก้ไขปัญหาสัมฤทธิ์ ผลยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ของผู้ประกอบการที่แจ้งว่ายินดีที่จะปรับเปลี่ยนหากพนักงาน เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง

### การนำผลวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการ ค้นหาห้ชชาปรุงสำเร็จและวิธีการชงเพื่อทำให้ สีสังเคราะห์ในน้ำชาไม่เกินมาตรฐาน โดยร่วมมือกับ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์วิเคราะห้ปริมาณสีในน้ำ ชาที่มีจำหน่ายในท้องตลาดที่ผู้ประกอบการสามารถ หาซื้อได้ง่าย และร่วมมือกับผู้ประกอบการทดสอบ รสชาติ และกลิ่นของน้ำชา รวมทั้งราคาให้ผู้ประกอบการ สามารถรับได้

2. การสื่อสารความเสี่ยง เรื่องผลวิเคราะห์ สีในผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จ ความผิดทางกฎหมาย กรณีจำหน่ายน้ำชาที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน และอันตรายของสีสังเคราะห์ต่อสุขภาพ เช่น สัญลักษณ์การรับประกันคุณภาพจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ให้แก่ ผู้ประกอบการขายชาปรุง สำเร็จ ร้านขายน้ำชา และผู้บริโภค เพื่อให้สามารถ พิจารณาคัดเลือกชาผงที่มีสีสังเคราะห์ไม่เกินมาตรฐาน มาจำหน่าย หรือเลือกบริโภคน้ำชาที่มีสีสังเคราะห์ ไม่เกินมาตรฐานได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยและ แนวทางการแก้ปัญหาที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านขาย น้ำชาจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จที่มีสีสังเคราะห์ เกินมาตรฐาน ในจังหวัดสตูลเท่านั้น หากทำการศึกษา

เพิ่มเติมในจังหวัดอื่นที่นิยมบริโภคผลิตภัณฑ์ชา  
ปรุงสำเร็จ อาจทำให้ปัจจัยและแนวทางการแก้ปัญหา  
ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถนำไปแก้ไขเชิงนโยบาย  
ระดับประเทศได้

2. การศึกษานี้ทำในมุมมองผู้ประกอบการ  
ร้านขายน้ำชาเท่านั้น ซึ่งทำให้เห็นผลการศึกษา  
ในเชิงลึกในมุมมองและการปฏิบัติของผู้ประกอบการ  
ร้านขายน้ำชาเพียงด้านเดียว หากศึกษาเพิ่มเติม  
ในมุมมองผู้บริโภคที่เลือกดื่มผลิตภัณฑ์ชาปรุงสำเร็จ  
ที่มีสีสังเคราะห์เกินมาตรฐาน จะทำให้แก้ไขปัญหา  
ได้ทั้งระบบ

### เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดสตูล. (2554). โครงการคุณภาพ  
ผลิตภัณฑ์ชาและพฤติกรรมผู้บริโภค  
ชาใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 2554. สตูล:  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ชาย โพลิตา. (2559). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัย  
เชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ:  
บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด  
(มหาชน).

จิตติมา เพ็ญสุข. (2560). การตัดสินใจซื้อสินค้าชา  
ตราเมื่อของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร  
และปริมณฑล. การค้นคว้าอิสระปริญญา  
มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.  
คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี, หลักสูตร  
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต.

น้อย คล้ายแจ้. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อ  
ใจซื้อเม็ดพลาสติกของลูกค้า บริษัท  
ปิโตรพลัส เคมีคอล จำกัด จังหวัดนครปฐม.  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
พิมลพรรณ พิทยานุกุล. (2559). ชาร้อน ชาเย็น  
ประโยชน์/โทษ ต่อสุขภาพ และข้อควรระวัง  
ในการดื่ม. คันเมื่อ เมษายน 2, 2563,  
จาก[https://pharmacy.mahidol.ac.th/  
th/service-knowledge-article-info.  
php?id=345](https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/service-knowledge-article-info.php?id=345)

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. (2553).ชาโบราณยี่ห้อไหนใส่สี  
มากเกินไป. คันเมื่อ เมษายน 2, 2564,  
จาก<https://chaladsue.com/article/470>

ราชนัน คงชุม, สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค, สงวน  
ลือเกียรติบัณฑิต. (2561). ผลของมาตรการ  
แก้ปัญหาการโฆษณาอาหารและยาที่ผิด  
กฎหมายในวิทยุท้องถิ่น. วารสารเภสัชกรรม  
ไทย.11(3),586-602

วิญวรรณ กอบบัว, ปัญญา หมั่นเก็บ, และอรรงค์  
เมฆโหรา. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับ  
เครื่องหมาย ออย. ของผู้บริโภคในผลิตภัณฑ์  
อาหาร.วารสารเกษตรพระจอมเกล้า, 34(1),  
11-20.

ศุภณัฐ ลิฬหาวงศ์. (2557). การศึกษาพฤติกรรม  
บริโภคผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มชาและกาแฟของ  
ผู้บริโภคในเขตตำบลสะบารัง อำเภอเมือง  
จังหวัดปัตตานี. มหาวิทยาลัยศรีปทุม.  
วิทยาลัยบัณฑิตศึกษาด้านการจัดการ.  
หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สำหรับ  
นักบริหาร.

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี.  
(2549). รายงานประจำปี 2549. สุราษฎร์ธานี:  
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี  
Dr.Anindita Deb Pal, Tania Das. (2018, January).  
Analysis of adulteration in black tea.  
International Journal of Biology  
Research. 3 (1), 253-257  
The UK Food Guide. E110 Sunset Yellow, FCF  
Orange Yellow S, FD&C Yellow 6.  
ค้นเมื่อ ตุลาคม 9, 2563, จาก [http://www.  
ukfoodguide.net/e110.htm](http://www.ukfoodguide.net/e110.htm).

## การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยกลไกร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดภูเก็ต

### Studying of factors affecting the success of the hospital congestion reduction program by pharmacy mechanisms, Phuket province

สมนึก ฮาเส็ม

Somnuk Hasem

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

Consumer Protection and Pharmacy Department, Phuket Provincial Public Health Office

#### บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยกลไกร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดภูเก็ต โดยประเมินจากความพึงพอใจและข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแม่ข่าย และกลุ่มผู้ให้บริการในร้านขายยาแผนปัจจุบัน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ จำนวน 93 คน มีความพึงพอใจต่อการรับยาที่ร้านขายยาตามโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 95.18 และพบว่าประเด็นที่ผู้รับบริการพึงพอใจในระดับมากที่สุดคือ ด้านลักษณะของผู้ให้บริการ ซึ่งมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยร้อยละ 97.36 กล่าวคือ เภสัชกรมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ ส่วนในประเด็นอื่น ๆ เช่น ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ ด้านคุณภาพบริการและด้านข้อมูลที่ได้มีประโยชน์ มีคะแนน ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน คิดเป็น ร้อยละ 94.92, 93.76 และ 92.65 ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจด้านต่าง ๆ ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมาก แต่ในประเด็นที่ว่าโครงการนี้ลดภาระงานประจำและช่วยลดมูลค่ายาที่โรงพยาบาลสูญเสียไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจปานกลาง และโดยภาพรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโครงการนี้มาก พร้อมทั้งเห็นควรจัดทำโครงการอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 96.88 กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า หากสามารถปรับปรุงให้สามารถลดภาระงานที่เพิ่มขึ้นได้ การจัดระเบียบการทำงาน เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น และยกระดับให้เป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาล จะเกิดผลดีต่อภาพรวมของโครงการ และทำให้โครงการประสบความสำเร็จมากขึ้น ในส่วนผู้ให้บริการในร้านขายยา จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่กลุ่มตัวอย่าง เห็นด้วยมากที่สุด คือ การเข้าร่วมโครงการฯ ทำให้ร้านขายยาเป็นที่รู้จักในชุมชนมากขึ้น ซึ่งอาจเพิ่มฐานลูกค้ามากขึ้น (ค่าเฉลี่ย 3.05) ปัจจัยด้านบทบาทวิชาชีพ ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด คือ การเข้าร่วมโครงการฯ จำเป็นต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อเพื่อให้ผ่านเกณฑ์คัดเลือก (ค่าเฉลี่ย 4.27) ปัจจัยด้านเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย

มากที่สุด คือ การเข้าร่วมโครงการฯ ทำให้เสียเวลานับที่กข้อมูลออนไลน์ให้ สปสช. (ค่าเฉลี่ย 3.22) จากการแสดงความคิดเห็นพบว่าค่าตอบแทนที่ร้านขายยาส่วนใหญ่คิดว่าเหมาะสม คือ 100 บาทต่อ 1 ใบสั่งยา (ร้อยละ 63.64) โดยค่าตอบแทนที่เหมาะสมเฉลี่ยอยู่ที่  $107.12 \pm 44.44$  บาทต่อ 1 ใบสั่งยา โดยรูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านขายยารูปแบบที่ 1 คือ ห้องยาโรงพยาบาล จัดยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย แล้วร้านเป็นผู้จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย เป็นรูปแบบที่เหมาะสม โดยคิดเป็นร้อยละ 51.5 จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทั้ง 5 ด้านนั้น มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการฯ ของร้านขายยา โดยจะเป็นการประชาสัมพันธ์ร้านขายยาให้เป็นที่รู้จักมากขึ้น เพิ่มยอดขาย บทบาทวิชาชีพเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน อาจเป็นการเพิ่มภาระของร้าน และทำให้ลูกค้ายอื่นเสียเวลาในการรอรับบริการ ซึ่งอาจทำให้เกิดการร้องเรียนหรือไม่พอใจได้ กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาพบว่าการทำหน้าที่ตามบทบาทวิชาชีพของเภสัชกร ในร้านขายยา การจัดการให้โครงการฯลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ และยกระดับความสำคัญของโครงการ และผลตอบแทนที่ร้านขายยาได้รับในรูปแบบของค่าตอบแทนหรือความเชื่อถือที่ได้รับจากผู้รับบริการ เป็นปัจจัยที่ทำให้โครงการฯ ประสบความสำเร็จ

**คำสำคัญ :** โครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ความพึงพอใจและข้อคิดเห็น

## Abstract

A Studying of factors affecting the success of the hospital congestion reduction program by pharmacy mechanisms, Phuket province by evaluating was based on the satisfaction and recommendations of the three involved sample groups: pharmacy service providers, medical team of host hospital and a group of service recipients participating in the program.

According to the study, it was found that data was collected by interviewing a sample of 93 people. The overall satisfaction of receiving drugs at pharmacies under the project was average 95.18% at the highest level. The issues that the service recipients are most satisfied with are the characteristics of the service provider which had the average satisfaction score of 97.36%, ie, the pharmacist was enthusiastic and caring. As for other issues such as the comfort, service quality and useful information has satisfaction score at the highest level as well with 94.92 %, 93.76 % and 92.65 %, respectively. As for the satisfaction in various fields of medical team at Vachira phuket hospital, it was found that the sample group was very satisfied. But on the issue that this project reduces routine workload and this program reduces the cost of drugs lost by the hospital, it was found that the sample group

was moderately satisfied. And overall, the samples were very satisfied with this program and agreed that the program should be continuously implemented up to 96.88 %. The sample group agreed that If it can be improved to reduce the additional workload, organizing work, increasing public relations and raising the level to become the main policy of the hospital will benefit the overall program and make the program more successful. In terms of service provider in pharmacies, it was found that the factor that the sample group agreed on the most was participation in the project made the pharmacy well known in communities more, which may increase their amount of customers (3.05 average). The professional role factor that the sample group agreed on the most was that participation in the project was required to meet all the qualifications in order to pass the selection criteria (mean 4.27). The time factor that the sample group agreed the most was their participation in the project, resulting in time wasted on saving information online for NHSO. (average 3.22). Based on reviews, it was found that the compensation that most pharmacies considered appropriate was 100 baht per prescription (63.64 %), with the average appropriate compensation was  $107.12 \pm 44.44$  baht per prescription. The first model is a suitable model for the management of a network between service units and pharmacies, pharmacy department provided medicine to each patient and then the pharmacies dispensed the medicine to patients (51.5 %). According to the results of the study, it was found that all five factors had an effect on pharmacy participation in the program. It will promote the pharmacy to be more famous, increase sales, more professional roles. But at the same time, this may increase the store's burden and make other customers waste time waiting for service. Which can cause complaints or dissatisfaction. In conclusion, the study found that acting according to the professional role of pharmacists in pharmacies, managing the project reduces staff workload and enhancing the importance of the project and the compensation received by the pharmacy in the form of compensation or trust received from service recipients is a factor that makes the project Success.

**Keywords :** Hospital congestion reduction program, Pharmacy, Satisfaction and comments

## บทนำ

ประชากรที่เจ็บป่วยโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลมีการดูแลตนเองโดยซื้อยาแผนปัจจุบันมารักษาตนเองโดยไม่ไปสถานบริการทางการแพทย์ร้อยละ 27.2 (3.3 ล้านคน) สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึง บริการที่จำเป็นสำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ ไม่มีเวลาไปรับการรักษา ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา เป็นต้น จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 40 มีปัญหาจากการใช้ยาที่บ้าน ปัญหาที่พบได้แก่ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ได้รับยาในขนาดที่ต่ำ หรือสูงเกินไป และมีการบริหารยาผิดยาพ่น ด้วยตนเองไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยมีการครอบครองยาเกินความจำเป็น ซึ่งส่งผลให้เกิดยาเหลือใช้ ยาเสื่อมสภาพ และยาหมดอายุที่บ้านเป็นจำนวนมาก จากประมาณการในระดับประเทศ พบว่า ผู้ป่วย 19.2 ล้านคน ครอบครองยาเกินจำเป็น โดยคิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทางการคลัง 2,349 ล้านบาท หรือร้อยละ 1.7 ของอัตราการบริโภคนยาทั้งหมดของประเทศ ในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการใช้ยา พบว่าผู้สูงอายุที่รับเข้านอนในโรงพยาบาลจากปัญหาการใช้ยาเป็นปัญหาระดับรุนแรง ถึง ปานกลาง ร้อยละ 93 รุนแรงมากร้อยละ 5 และเสียชีวิต ร้อยละ 2 โดย ร้อยละ 27 เป็นปัญหาที่ป้องกันได้ กลุ่มยาที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้านอนในโรงพยาบาล ได้แก่ กลุ่มยาในระบบต่อมไร้ท่อ เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน, กลุ่มยาในระบบหัวใจและหลอดเลือด, กลุ่มยาในระบบประสาท, และกลุ่มยาในระบบทางเดินหายใจ จากนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เรื่องการลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยให้มารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบโครงการดังกล่าว ตามข้อเสนอดำเนินงานเพื่อรองรับนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ประชุมครั้งที่ 9/2562 วันที่ 2 ก.ย. 2562) และกระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งนโยบายดังกล่าวให้หน่วยงานทุกแห่งรับทราบ และให้การสนับสนุนการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย (สธ.0207.05/ว598 วันที่ 18 ก.ย. 2562) ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สภาเภสัชกรรม และ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) จึงได้เริ่มดำเนินโครงการลดความแออัด ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ชมรมเภสัชกรชุมชนจังหวัดภูเก็ต ชมรมร้านขายยาจังหวัดภูเก็ต และเครือข่ายเภสัชกรจังหวัดภูเก็ต ได้จัดทำโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยกลไกร้านขายยาแผนปัจจุบันตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการรอรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มีสิทธิในการรับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน มีความปลอดภัยในการใช้ยา และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยขยายบริการด้านเภสัชกรรมมาร้านขายยาแผนปัจจุบัน โดยมีร้านขายยาแผน



ปัจจุบันในจังหวัดภูเก็ต ที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐาน Good Pharmacy Practice(GPP) หรือร้านขายยาคุณภาพ เข้าร่วมโครงการ 36 ร้าน โดยแบ่งเป็นเขตอำเภอเมือง 16 ร้าน เขตอำเภอถลาง 7 ร้าน เขตอำเภอกะทู้ 8 ร้าน จาก จำนวนร้านขายยาทั้งหมดมากกว่า 600 ร้าน

โครงการเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 โดยโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้กำหนดกลุ่มโรคตามเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 17 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช โรคหอบหืด โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ควบคุมได้ โรคระบบทางเดินหายใจที่ควบคุมได้ โรคระบบทางเดินอาหารที่ควบคุมได้ โรคระบบไตที่ควบคุมได้ โรคระบบประสาทที่ควบคุมได้ โรคระบบต่อมไร้ท่อ ที่ควบคุมได้ โรคระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ที่ควบคุมได้ โรคระบบภูมิคุ้มกันที่ควบคุมได้ โรคระบบกระดูกและข้อที่ควบคุมได้ โรคระบบตา หู คอ จมูกที่ควบคุมได้ โรคระบบผิวหนังที่ควบคุมได้ โรคมะเร็ง ที่ควบคุมได้ และโรคระบบเลือดที่ควบคุมได้ โดยรูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านขายยา แบ่งเป็น 3 รูปแบบ (model) คือ

ลำดับ	กระบวนการ	รูปแบบที่ 1 (model 1) รพ.จัดยารายบุคคล ส่งให้ร้านขายยา	รูปแบบที่ 2 (model 2) รพ.จัดสำรองยาไว้ที่ร้านขายยา	รูปแบบที่ 3 (model 3) ร้านขายยาดำเนินการด้านยาเอง
1.	การคัดเลือกและจัดซื้อจัดหาสำหรับให้บริการ แก่ผู้ป่วย	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	สปสข. ทำความตกลงให้ GPO ดำเนินการ

ลำดับ	กระบวนการ	รูปแบบที่ 1 (model 1) รพ.จัดยารายบุคคล ส่งให้ร้านขายยา	รูปแบบที่ 2 (model 2) รพ.จัดสำรองยาไว้ที่ร้านขายยา	รูปแบบที่ 3 (model 3) ร้านขายยาดำเนินการด้านยาเอง
2.	การสำรองยาสำหรับผู้ป่วย (Sub stock)	โรงพยาบาล	ร้านขายยา	ร้านขายยา
3.	การจัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วยรายบุคคล	โรงพยาบาล	ร้านขายยา	ร้านขายยา
4.	การจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย	ร้านขายยา	ร้านขายยา	ร้านขายยา

**ตารางที่ 1** รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านขายยา

จังหวัดภูเก็ตเลือกใช้รูปแบบที่ 1 (Model 1) ในระยะเริ่มต้น เป็นรูปแบบที่โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ตรวจจับ เบิกจ่าย และจัดยาและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยรายบุคคลและจัดส่งยาไปที่ร้านขายยาเพื่อจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้จ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้ร้านขายยา (70 บาท/ 1 ครั้ง) และจ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการให้หน่วยบริการ (33,000 บาท/ร้าน/ปี) จากการดำเนินการเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่ามีผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการและไปรับยาที่ร้านขายยาแล้วจำนวน 217 คน แบ่งเป็นอำเภอเมืองภูเก็ต 169 คน อำเภอถลาง 30 คน และอำเภอกะทู้ 18 คน และเมื่อแบ่งจำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มโรค พบว่าโรคที่ผู้ป่วยเข้าร่วมมากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 70 คน โรคเบาหวาน 40 คน และโรคต่อมลูกหมากโต 32 คน ตามลำดับ

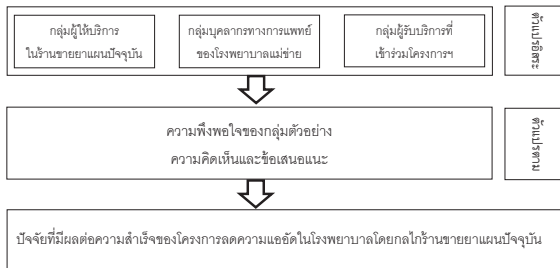
## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยกลไกร้านขายยาแผนปัจจุบัน

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยกลไกร้านขายยาแผนปัจจุบันจังหวัดภูเก็ต โดยประเมินจากความพึงพอใจและข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้บริการในร้านขายยาแผนปัจจุบัน กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแม่ข่าย และกลุ่มผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ

กลุ่มผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ



## ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ประเมินค่าสัดส่วนของประชากร และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5

ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดภูเก็ต ที่สนใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย จำนวน 66 แห่ง

บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตที่เกี่ยวข้อง จำนวน 32 คน

ผู้รับบริการที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมโครงการ จำนวน 93 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประเมินความสำเร็จของโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยกลไกร้านขายยาแผนปัจจุบัน โดยใช้แบบสำรวจความพึงพอใจในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และนำความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้บริการที่เข้าร่วมโครงการฯ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแม่ข่าย และกลุ่มผู้ให้บริการในร้านขายยาแผนปัจจุบัน ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ความพึงพอใจแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง
3. ความคิดเห็น และ ข้อเสนอแนะ

## ขั้นตอนการวิจัย

1. เตรียมก่อนดำเนินการวิจัย โดยการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำโครงร่างงานวิจัย และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ของร่างแบบประเมินโดยใช้ Index of Item - Objective

Congruence (IOC) นำมาปรับปรุงแก้ไข และทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความยากง่าย และความเที่ยง (Reliability) โดยใช้ Cronbach's Alpha และแก้ไขปรับปรุงจนแบบสอบถามมีความครอบคลุม และตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

2. ดำเนินงานวิจัย โดยการประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย เก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย และรวบรวมข้อมูล

3. วิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้แนวทางดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
- ความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยร้อยละของค่าเฉลี่ยแสดงผลเป็นตาราง และแผนภูมิ
- ข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นอื่น ๆ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการลงพื้นที่ตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด สุ่มตัวอย่างโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการแบบเจาะจง โดยเก็บตัวอย่าง ระหว่างเดือนพฤษภาคม - ธันวาคม พ.ศ.2563

### ผลการศึกษาวิจัย

#### 1. กลุ่มผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ

จากการเก็บข้อมูลผู้มารับบริการที่ร้านขายยาในจังหวัดภูเก็ต มีผู้ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 93 คน โดยผู้เข้าร่วมโครงการเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่า มีอาการคงที่ สามารถขอรับ

ยาที่ร้านขายยาที่ให้บริการได้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ประกอบการบรรยาย และการวิเคราะห์เนื้อหา ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มารับยาที่ร้านขายยาของโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล มีผู้ผ่านเกณฑ์คัดเข้าร่วมโครงการจำนวน 93 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.14) อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงประมาณ 66-67 ปี และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบล วิจิต ตลาดใหญ่ ฉลอง เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 21.51, 16.13 และ 15.05 ตามลำดับ) ในระดับอำเภอพบว่า อำเภอเมือง (ร้อยละ 87.10) มีผู้เข้าร่วมโครงการมากที่สุด น้อยที่สุด คือ อำเภอถลาง (ร้อยละ 7.53) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ เป็น กลุ่มผู้ป่วยเอง (ร้อยละ 73.12) มีบางส่วนที่เป็น บุตรหรือญาติหรือผู้ที่ดูแลใกล้ชิดมารับยาแทน (ร้อยละ 26.88) เนื่องจากผู้ป่วยไม่สะดวกเดินทางมารับยาเอง หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 2 จำนวนผู้รับบริการฯ มีความพึงพอใจตามประเด็นคำถามในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจด้านลักษณะของผู้ให้บริการ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 97.34 รองลงมา คือ ความพึงพอใจด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 94.92 ความพึงพอใจด้านคุณภาพของบริการ คิดเป็นร้อยละ 93.76 และความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้มีประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 92.65 โดยภาพรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการรับบริการที่ร้านขายยาอยู่ในระดับมากที่สุด

**ตารางที่ 2** ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ ที่ได้รับจากร้านขายยาในโครงการฯ

ลักษณะผู้ให้บริการที่ได้รับ	ร้อยละ	ความสะดวกสบายที่ได้รับ	ร้อยละ	คุณภาพของการบริการที่ได้รับ	ร้อยละ	ประโยชน์ของข้อมูลที่ได้รับ	ร้อยละ
1.เภสัชกรกระตือรือร้นเอาใจใส่	98.71	1.ใช้เวลาคอยรับยาไม่นาน	92.90	1.เภสัชกรซักถามประวัติการใช้ยา	91.40	1.เภสัชกรตอบข้อซักถามจนเข้าใจ	95.12
2.เภสัชกรใช้คำพูดและกิริยามารยาทเหมาะสม	97.63	2.จุดให้บริการมีความสะดวกสบาย	93.55	2. เภสัชกรติดตามผลการใช้ยา	92.04	2. เภสัชกรแนะนำการปฏิบัติตน	95.05
3.เภสัชกรแต่งกายสุภาพ	96.26	3.ขั้นตอนการนัดหมายมีความชัดเจน	97.42	3.เภสัชกรจ่ายยาถูกต้องตรงกับตัวผู้ป่วย	97.85	3. เภสัชกรให้ข้อมูลยาและสุขภาพเพิ่มเติม	87.96
4.เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือ	97.42	4.สามารถเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก	95.70				
5.เภสัชกรให้ข้อมูลของยาครบถ้วน	96.70	5.ใช้เวลาเดินทางมารับบริการไม่นาน	95.05				
6.เภสัชกรอธิบายข้อมูลให้เข้าใจ	97.58						
เฉลี่ย	97.34	เฉลี่ย	94.92	เฉลี่ย	93.76	เฉลี่ย	92.65

### ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา ได้แก่ ควรขยายบริการให้เพิ่มขึ้นพร้อมขยายโรคอื่น ๆ ให้มารับยาต่อเนื่อง ขอให้มีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้คนรับรู้เกี่ยวกับโครงการนี้มากขึ้น ประชาสัมพันธ์ให้คนที่เป็โรค NCD ได้เข้าร่วมโครงการรับยาใกล้บ้านต่อไป ร้านขายยาที่มีบริการตรวจน้ำตาล ต้องแจ้งล่วงหน้า ซึ่งการได้ตรวจน้ำตาล ในร้านขายยาทำให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้น ตอนติดต่อโรงพยาบาลต้องแจ้งทุกครั้งว่าจะไปรับยาร้านขายยา ขอให้มีข้อมูลพร้อมจะได้ไม่ต้องแจ้งทุกครั้ง ขอให้มิจำนวนร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มมากขึ้น และขอเพิ่มบริการการเจาะเลือดด้วย

### 2. ข้อเสนอแนะเชิงความคิดเห็น ได้แก่

1. ด้านความสะดวกสบาย เช่น สะดวกดี ตอนนี้อยังไม่พบปัญหาจากการเข้าร่วมโครงการ (ได้รับยาตามปกติ) ใกล้บ้านและสะดวก ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ไม่ค่อยสะดวกไม่ต้องรอรับยาที่โรงพยาบาลนาน

2. ด้านคุณภาพบริการ เช่น ขอขอบคุณกระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และร้านขายยาสองเภสัชเป็นอย่างสูง ขอชื่นชมโครงการนี้ดีแล้ว อยากให้มีโครงการนี้ไปตลอด

### 2. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

ข้อมูลการสำรวจความพึงพอใจ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน ที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.5 และเพศชายร้อยละ 12.5 โดยมีช่วงอายุที่มากที่สุดอยู่ที่ 20-30 ปี (ร้อยละ 31.25) อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย แพทย์ ร้อยละ 6.25 เภสัชกร ร้อยละ 31.25 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 34.38 ลูกจ้าง ร้อยละ 18.75 และอื่น ๆ ร้อยละ 9.37 และบุคลากรส่วนใหญ่ทราบรายละเอียดของโครงการลดแออัดนี้ จากช่องทางป้ายประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล (ร้อยละ 44.44) บุคลากรส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อโครงการฯ นี้ ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่

1. การอธิบาย ชี้แจง แนะนำบุคลากรเกี่ยวกับโครงการลดความแออัดฯ
2. ขั้นตอนการดำเนินงาน เช่น การจัดยาให้ผู้ป่วย, การส่งยาให้ผู้ป่วย รวมถึง การเตรียมข้อมูลผู้ป่วยให้แก่ร้านขายยา เป็นระบบที่เหมาะสม
3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนี้มีเวลาได้รับความรู้ด้านยา และโอกาสถามข้อสงสัยเกี่ยวกับยา

กับเภสัชกรร้านขายยามากขึ้น

4. ผู้ป่วยที่เข้ารับการติดตามการรักษาที่ร้านขายยาทุกเดือน จะช่วยลดการดำเนินไปของโรคหรือป้องกันภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ และช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้อง เหมาะสมมากขึ้น

5. ผู้ป่วยที่เข้ารับการติดตามการรักษาที่ร้านขายยาทุกเดือน จะช่วยลดปัญหาารุนแรงที่อาจเกิดจากการใช้ยาได้

6. ผู้ป่วยจะเข้าร่วมโครงการมากขึ้น หากเข้าใจว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการยังคงได้พบแพทย์ ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม และได้รับยาเหมือนกับที่โรงพยาบาล

7. การกระจายตัวของร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการกระจายครอบคลุมพื้นที่ของจังหวัดภูเก็ต ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

8. โครงการนี้ช่วยลดความแออัดให้กับผู้มารับบริการในโรงพยาบาล

9. โครงการนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างมาก

10. มีความพึงพอใจต่อโครงการนี้โดยภาพรวม

ส่วนประเด็นที่ว่าโครงการนี้ลดภาระงานประจำ และช่วยลดมูลค่ายาที่โรงพยาบาลสูญเสียไปบุคลากรทางการแพทย์มีความเห็นด้วยปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้ ให้ทำโครงการนี้ต่อไปเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยได้ลดค่ารักษาพยาบาลและเวลาที่เข้ามารับยาในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเองลดความแออัดได้ด้วย ควรมีการประชาสัมพันธ์โครงการในส่วนกลางมากขึ้น หรือมีการปฏิบัติในระดับนโยบายของโรงพยาบาลหรือจังหวัด ให้ครอบคลุมสิทธิการรักษา

อื่นๆ และครอบคลุมประเภทยาแช่เย็นด้วย ให้มีการประชาสัมพันธ์ในวิทยุชุมชน ให้ร้านขายยาเข้าร่วมโครงการมากกว่านี้ เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ในจังหวัดภูเก็ตมากขึ้น ร้านขายยายังมีไม่ครอบคลุม

### 3. กลุ่มผู้ให้บริการในร้านขายยาแผนปัจจุบัน

จากการศึกษาลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง 66 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.7) มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 45.5) ทราบข่าวโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยการรับยาที่ร้านขายยา (ร้อยละ 98.5) โดยส่วนใหญ่ไม่ประสงค์ระบุชื่อร้านขายยา (ร้อยละ 74.2) ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการฯ ของกลุ่มตัวอย่างสามารถแจกแจงรายละเอียดได้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านรายได้ ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าร่วมโครงการฯ ทำให้ร้านขายยาเป็นที่รู้จักในชุมชนมากขึ้น ซึ่งอาจเพิ่มฐานลูกค้ามากขึ้น (ค่าเฉลี่ย 3.05) เมื่อพิจารณาภาพรวมระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างด้านรายได้พบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง

2. ปัจจัยด้านบทบาทวิชาชีพ ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าร่วมโครงการฯ จำเป็นต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อเพื่อให้ผ่านเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ ต้อง ผ่าน GPP, มีเภสัชกรปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง, มีใบอนุญาต ขย.5 และมีหนังสือรับรอง บริษัทอายุไม่เกิน 6 เดือน (ค่าเฉลี่ย 4.27) เมื่อพิจารณาระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างด้านบทบาทวิชาชีพพบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด และเห็นด้วยน้อย

3. ปัจจัยด้านเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าร่วมโครงการฯ ทำให้เสียเวลานับที่ข้อมูลออนไลน์ให้ สปสช. (ค่าเฉลี่ย

3.22) เมื่อพิจารณา ภาพรวมระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างด้านเวลาพบว่าอยู่ในระดับ เห็นด้วยปานกลาง

4. ปัจจัยด้านการเรียนรู้ ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าร่วมโครงการฯ ทำให้มีโอกาสศึกษาและทบทวนความรู้ที่ต้องใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ค่าเฉลี่ย 4.44) เมื่อพิจารณา ภาพรวมระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างด้านการเรียนรู้พบว่าอยู่ในระดับ เห็นด้วยมาก

5. ปัจจัยด้านการลงทุนและอุปกรณ์ ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าร่วมโครงการฯ ทำให้ต้องสูญเสียพื้นที่บางส่วนไว้ใช้เก็บยาสำหรับผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ย 2.83) เมื่อพิจารณา ภาพรวมระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างด้านการลงทุน และอุปกรณ์พบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

1. ค่าตอบแทนที่ร้านขายยา ควรได้รับจากโครงการฯ คือ 100 บาทต่อ 1 ใบสั่งยา (ร้อยละ 63.64) โดย ค่าตอบแทนที่ เหมาะสมเฉลี่ยอยู่ที่  $107.12 \pm 44.44$  บาทต่อ 1 ใบสั่งยา

2. รูปแบบการบริหาร จัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านขายยาที่มีความเหมาะสมที่สุด คือ รูปแบบที่ 1 (model 1) คือ ห้องยาโรงพยาบาลจัดยาให้ผู้ป่วยแต่ละราย แล้วร้านเป็นผู้จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 51.5

3. ผลต่อการประกอบธุรกิจร้านขายยาเมื่อเข้าร่วมโครงการฯ ได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านบวก ได้แก่ เป็นการประชาสัมพันธ์ร้านขายยา ทำให้ร้านขายยาเป็นที่รู้จักมากขึ้น

เพิ่มฐานลูกค้า และจำนวนลูกค้ามากขึ้น ได้รับค่าตอบแทนในการบริการ ทำให้ร้านขายยามีความใกล้ชิดกับชุมชนมากขึ้น มีการเข้าถึงชุมชนมากขึ้น สร้างความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อร้านขายยาและวิชาชีพให้เพิ่มขึ้น ทำให้บทบาทวิชาชีพเภสัชกรเด่นชัดขึ้น อาจเพิ่มยอดขายสินค้าสุขภาพอื่น ๆ ได้ทำให้ได้แลกเปลี่ยน ทบทวนความรู้ และประสบการณ์กับร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯและเภสัชกรโรงพยาบาล ทำให้ร้านขายยามีบทบาทในการช่วยเหลือชุมชนมากขึ้น

2. ด้านลบ ได้แก่ เป็นการเพิ่มภาระงานให้ร้านขายยามากขึ้น เช่น การจัดการเอกสาร สูญเสียพื้นที่บางส่วนในการเก็บสำรองยา ทำให้ร้านขายยาเสียเวลาในการบริการผู้ป่วยในโครงการฯ ทำให้ลูกค้ารายอื่น เสียเวลาในการรอบริการซึ่งอาจทำให้เกิดการร้องเรียนหรือไม่พอใจ หรือเภสัชกรอาจไม่สามารถบริการลูกค้าได้ทัน การดูแลงานด้านอื่นๆ ของร้านลดลง กรณีที่เภสัชกรร้านขายยาต้องการปรับขนาดยาหรือแก้ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถคุมความดันหรือระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งการใช้รูปแบบการบริหารแบบที่ 1 นั้น ส่งผลให้ร้านขายยาไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ในทันที ในบางร้านที่มีการขายยาโรคเรื้อรังอยู่แล้ว อาจส่งผลให้ยอดขายยาโรคเรื้อรังลดลง

3. ไม่มีผลกระทบ เนื่องจากกลุ่มลูกค้าเป้าหมายเป็นชาวต่างชาติ

4. ปัญหาหลักที่ทำให้ร้านขายยาไม่อยากเข้าร่วมโครงการฯ ได้แก่ ไม่ทราบข้อมูลโครงการฯ ภาครัฐไม่สนับสนุนการประชาสัมพันธ์โครงการฯ ไม่พร้อมจะเข้าร่วมโครงการฯ เช่น เวลาปฏิบัติงานของเภสัชกร ไม่เข้าเกณฑ์ คุณสมบัติยังไม่ผ่านการ

ตรวจ GPP การเข้าร่วมโครงการฯ เป็นการเพิ่มภาระงานให้ร้านขายยามากขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ น้อย ต้องมีพื้นที่ในการเก็บสำรองยาจากโรงพยาบาลให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วย การตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ การปรึกษาแพทย์กรณียาที่ผู้ป่วยได้รับมีปัญหา หรือหากซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยา อาจทำให้ยากต่อการปรับเปลี่ยนยา และหากต้องมีการปรับยา อาจทำให้เพิ่มระยะเวลาที่ผู้ป่วย รอยา กลุ่มเป้าหมายของร้านขายยาเป็นนักท่องเที่ยวและชาวต่างชาติ ต้องส่งข้อมูลเข้าระบบในระยะเวลาที่กำหนด ระยะเวลาการให้บริการผู้ป่วยในโครงการฯ อาจนาน ซึ่งอาจทำให้เสียโอกาสขาย สินค้าแก่ลูกค้ารายอื่น โครงการฯ ไม่สามารถลดปัญหาความแออัดได้จริง เนื่องจากการรอมอตรวจ ใช้เวลานานมากกว่าการรอรับยา ค่าตอบแทนไม่สามารถจูงใจได้ และการเบิกจ่ายค่าตอบแทนช้าเกินสมควร ไม่มีการจัดอบรมแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และระบบการกรอกข้อมูลผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการจัดทำรายงานและเอกสารต่าง ๆ มีความยุ่งยากในการติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าร่วมโครงการฯ

### อภิปรายผลการศึกษา

1. วิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการฯ โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา ดังนี้

ความพึงพอใจโดยรวมด้านความสะอาดสบายที่ได้รับ มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 94.92 อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด โดยคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ขั้นตอนการนัดหมายมีความชัดเจน เนื่องจาก เกสซ์กรมีการนัดหมายวัน เวลา ชัดเจน

เมื่อผู้ป่วยไปถึงสามารถรับยาได้เลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตร อำนวย และวิชัย สันติมาลีวรกุล, (2549) วิทยาลัยศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง) ที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ กับร้านขายยาคุณภาพ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและเชิงพรรณนา พบว่าผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) พึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อความสะอาดและความรวดเร็วของบริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตรา ชิมตระกูล, (2557) ศึกษาปัญหาด้านยา อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและเชิงพรรณนา พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยด้านความสะอาด ร้อยละ 79.07 ด้านความเร็ว และการติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่อง ร้อยละ 72.09 ตามลำดับ และผู้ป่วยมีความเห็นว่า ความรวดเร็ว ความสะอาดที่ได้รับจากบริการที่คลินิกเต็มยาคือว่า คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.35, 93.02, ตามลำดับ ความพึงพอใจโดยรวมด้านลักษณะของผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 97.34 อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด โดยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ เกสซ์กรมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ เนื่องจาก เกสซ์กรให้คำแนะนำดีให้ความสนใจผู้มารับยา ใส่ใจดูแลและติดตามอย่างดี และมีการโทรถามผู้มารับบริการให้ไปรับยา สุณี เลิศสินอุดม, (2561) ศึกษาผลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของ เกสซ์กรร้านขายยา โดยเก็บข้อมูลการจัดการปัญหา

การใช้ยาจากโครงการเติมยา (pharmacy refill clinic) และการจัดการด้านยาหรือ medication therapy management (MTM) การศึกษาใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างทางโทรศัพท์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในโครงการเติมยา 19 ราย มีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดในด้านขั้นตอนการให้บริการของเภสัชกรเท่ากับ 4.74 จาก 5 คะแนนเต็ม

ความพึงพอใจโดยรวมด้านข้อมูลที่ได้มีประโยชน์ มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 92.69 อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด โดยคะแนนความพึงพอใจสูงสุด 2 อันดับแรก คือเภสัชกรตอบข้อซักถามเมื่อท่านมีปัญหาข้อข้องใจจนท่านหมดข้อสงสัย และเภสัชกรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากเภสัชกรให้คำแนะนำดี จึงส่งผลให้คะแนนรวมความพึงพอใจด้านนี้อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี เลิศสินอุดม, (2561) ศึกษาผลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของเภสัชกรร้านขายยา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดในด้านขั้นตอนการให้บริการด้านประโยชน์ที่ผู้เข้ารับบริการได้รับ เท่ากับ 4.78 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ความพึงพอใจโดยรวมด้านคุณภาพของบริการ มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 93.76 อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด โดยคะแนนความพึงพอใจสูงสุด 2 อันดับแรก คือเภสัชกรตอบข้อซักถามเมื่อท่านมีปัญหาข้อข้องใจจนท่านหมดข้อสงสัยและ เภสัชกรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน เนื่องจากเภสัชกรให้คำแนะนำดี จึงส่งผลให้คะแนนรวมความพึงพอใจด้านนี้อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ สุณี เลิศสินอุดม, (2561) ศึกษาผลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของเภสัชกรร้านขายยา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดในด้านขั้นตอนการให้บริการด้านประโยชน์ที่ผู้เข้ารับบริการได้รับ เท่ากับ 4.78 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

มณฑา ธีระวุฒิ, (2549) ศึกษาประเมินผลการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเติมยาโดยเภสัชกร โดยวัดผลลัพธ์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมและจ่ายยาต่อเนื่องรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับเพียงบริการตามปกติ โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ใบสั่งยา การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและแบบสอบถาม พบว่าคะแนนความพึงพอใจของคำถามที่ว่า ท่านพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรในช่วงเวลาที่ผ่านมา กลุ่มควบคุมให้คะแนนเท่ากับ  $3.5 \pm 0.7$  แปลผลเป็นความพึงพอใจระดับมาก และกลุ่มทดลองให้คะแนนเท่ากับ  $4.5 \pm 0.6$  ซึ่งแปลผลเป็นความพึงพอใจระดับมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

### การนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนำมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับปรุงโครงการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเพิ่มการประชาสัมพันธ์โครงการฯ ให้มากขึ้น ทั้งแก่ร้านขายยาและประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจซึ่งจะช่วยให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการฯ มากขึ้น ซึ่งทำให้ร้านขายยาเพิ่มมากขึ้นตาม ควรกระจายผู้ป่วยให้ทั่วทุกร้าน ป้ายที่ระบุว่า เป็นร้านที่เข้าร่วมโครงการฯ ควรมีการระบุชื่อโครงการฯ ให้ชัดเจน ควรมีการ



จัดทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับโครงการฯ เนื่องจากต้องนำเสนอผู้บริหารเพื่อพิจารณา ควรมีการตรวจประเมินร้านขายยาหลังเข้าร่วมโครงการฯ ควรเพิ่มผู้เกี่ยวข้องอื่นให้เข้าร่วมโครงการได้ด้วย เนื่องจากการจำกัดสิทธิ์ผู้ป่วยเฉพาะสิทธิ์บัตรทอง ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ มีจำนวนน้อย เพราะมีผู้ป่วยหลายคนที่ยากเข้าร่วมโครงการ แต่เป็นสิทธิ์อื่นทำให้พลาดโอกาสนั้นไปโดยเฉพาะ สิทธิบัตรประกันสังคมและข้าราชการเนื่องจากต้องเสียเวลางานเพื่อไปพบแพทย์และรับยา ระยะเวลาในการรอคำตอบแทนจาก สปสช. ควรมีความรวดเร็ว เพื่อลดปัญหาการตกเบิกที่อาจจะต้องรอนานกว่า 15 วัน การบริหารรูปแบบที่ 1 ไม่มีความยืดหยุ่น ในการปรับขนาดยาที่เหมาะสมทันที และอาจยังไม่ช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาล แต่รูปแบบดังกล่าวมีข้อดีคือ โรงพยาบาลจะสามารถจัดซื้อยาได้ในราคาที่ถูกลงกว่าเมื่อเทียบกับร้านขายยา เพิ่มการฝึกอบรมร้านขายยาเกี่ยวกับเรื่องโรคและการใช้ยา ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพิ่มคำตอบแทนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการเพิ่มจำนวนร้านขายยาให้เข้าร่วมโครงการฯ ควรเพิ่มวิธีการลงทะเบียนร้านขายยาที่ต้องการเข้าร่วมโครงการฯ ผ่านระบบออนไลน์

นอกจากนี้สามารถนำผลการศึกษาด้านความพึงพอใจมาประยุกต์ให้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ ดังนี้

- ด้านความสะดวกสบาย : สามารถนำข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมโครงการ มาสร้างแรงจูงใจ ในการกระตุ้นให้มีจำนวนร้านขายยาแผนปัจจุบันและจำนวนผู้ป่วยสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการเพิ่มมากขึ้น

- ด้านลักษณะของผู้ให้บริการ : สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติของเภสัชกร

ประจำร้านขายยาแผนปัจจุบันเพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของเภสัชกร

- ด้านข้อมูลที่ได้รับมีประโยชน์ : สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ

- ด้านคุณภาพของบริการ : สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวปฏิบัติของเภสัชกรเพื่อเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา

## ปัญหาและข้อเสนอแนะ

### 1. กลุ่มผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ

1. แบบสอบถามยังมีความคลุมเครือ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้อย่างชัดเจน

2. เนื่องจากมีสถานการณ์ไวรัสโคโรนา-19 จึงทำให้ไม่สามารถไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างได้เอง ร้านขายยา จึงต้องใช้วิธีการโทรสอบถามทางโทรศัพท์

3. วิธีการสอบถามทางโทรศัพท์อาจทำให้ไม่ได้ทราบข้อเท็จจริงจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ

4. พื้นที่ทำงานวิจัยเป็นเพียงกลุ่มตัวอย่างของจังหวัดภูเก็ตเท่านั้น อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนข้อมูลความต้องการและความพึงพอใจของประชากรในพื้นที่จังหวัดอื่นหรือทั้งประเทศได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. จัดทำแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการร้านขายยาตามโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลให้มีความชัดเจนและเภสัชกรสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้โดยไม่ผิดจรรยาบรรณวิชาชีพอื่น ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

- เพิ่มข้อที่ 5 ในครั้งนี้ท่านได้รับบริการ/รับมอบยาจากเภสัชกรหรือไม่ เพื่อสามารถประเมินแบบสอบถาม ในประเด็นเกี่ยวกับการยืนยันตัวตนของเภสัชกรและใช้ตอบคำถามการให้บริการของเภสัชกร

- เพิ่มข้อที่ 6 ในครั้งนี้ท่านได้รับบริการเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น วัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ตรวจวัดระดับน้ำตาลโลหิตด้วยตนเอง เนื่องจากโครงการนี้ เป็นการรับยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงควรมีการตรวจเบื้องต้นตามโรคประจำตัวของผู้ป่วย เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและติดตามการดำเนินไปของโรค

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

- ตัดข้อ 8 เดิมคือ เภสัชกรแต่งกายสุภาพเหมาะสม เนื่องจากข้อ 8 ไม่สามารถประเมินเป็นระดับความพึงพอใจได้

- รวมข้อ 10 11 และ 12 เข้าด้วยกัน ข้อ 10 คือ การได้รับข้อมูลของยา ข้อ 11 คือ เภสัชกรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจนท่านเข้าใจ เนื่องจากข้อความในข้อ 10 และ 11 ให้ความหมายคล้ายคลึงกัน และจากการสอบถามผู้ป่วยมีความสับสน และข้อ 12 คือ เภสัชกรตอบข้อซักถามเมื่อท่านมีปัญหาข้อใจจนท่านหมดข้อสงสัย จากการสอบถามพบว่าเมื่อผู้ป่วยไม่มีข้อซักถามต่อเภสัชกรจึงไม่สามารถให้การประเมินระดับความพึงพอใจในส่วนนี้ได้ ดังนั้นจึงรวมข้อ 10 11 และ 12 ไว้ด้วยกันและปรับเป็นข้อความดังนี้ เภสัชกรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจนท่านเข้าใจ และตอบข้อซักถามจนท่านหมดข้อสงสัย

- ปรับข้อ 14 จากเดิมคือ เภสัชกรมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาและสุขภาพ เช่น แจกแผ่นพับเกี่ยวกับยาและสุขภาพ เป็น เภสัชกรมีการ

ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาและสุขภาพ เช่น พุดคุยให้คำแนะนำ แจกแผ่นพับที่เกี่ยวข้อง

2. มีการเก็บข้อมูลต่อเนื่องหลังจากที่โครงการดำเนินไปแล้ว เพื่อให้ทราบถึงปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงจากประสบการณ์ในการใช้บริการในร้านขายยา และนำมาปรับปรุงแบบร้านขายยาให้ตรงตามความต้องการมากขึ้น

2. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

เนื่องจากโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลนี้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวนน้อย ทำให้การดำเนินงานยังเป็นไปได้ยาก อาจต้องใช้ระยะเวลาที่มากขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลขยายพื้นที่ในการเก็บข้อมูลไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ด้วย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรที่แท้จริงได้ จากการศึกษาพบว่าความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการมีดังนี้ ให้ทำโครงการนี้ต่อไปเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยได้ลดค่ารักษาพยาบาลและเวลาที่เข้ามารับยาในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเองลดความแออัดได้ด้วย ควรมีการประชาสัมพันธ์โครงการในส่วนกลางมากขึ้น หรือมีการปฏิบัติในระดับนโยบายของโรงพยาบาลหรือจังหวัด อยากรู้ให้ครอบคลุมสิทธิการรักษาอื่น ๆ และครอบคลุมประเภทยาแชนะด้วย อยากรู้ให้มีการประชาสัมพันธ์ในวิทยุชุมชน อยากรู้ให้ร้านขายยาเข้าร่วมโครงการมากกว่านี้ เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ในจังหวัดภูเก็ตมากขึ้น ร้านขายยายังมีไม่ครอบคลุม

3. กลุ่มผู้ให้บริการที่ร้านขายยา

จากการศึกษาสามารถสรุปปัญหาหลักที่ทำให้ร้านขายยาไม่ยอมเข้าร่วมโครงการฯ ได้ดังนี้คือ ไม่ทราบข้อมูลโครงการฯ ภาครัฐไม่สนับสนุนการ

ประชาสัมพันธ์โครงการฯ ไม่พร้อมจะเข้าร่วมโครงการฯ เช่น เวลาปฏิบัติงานของเภสัชกรไม่เข้าเกณฑ์ คุณสมบัติยังไม่ผ่านการตรวจ GPP การเข้าร่วมโครงการฯ เป็นการเพิ่มภาระงานให้ร้านขายยามากขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ น้อยต้องมีพื้นที่ในการเก็บสำรองยาจากโรงพยาบาลให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วย การตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ การปรึกษาแพทย์กรณียาที่ผู้ป่วยได้รับมีปัญหา หรือหากซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยา อาจทำให้ยากต่อการปรับเปลี่ยนยา และหากต้องมีการปรับยา อาจทำให้เพิ่มระยะเวลาที่ผู้ป่วย รอยา กลุ่มเป้าหมายของร้านขายยาเป็นนักท่องเที่ยวและชาวต่างชาติ ต้องส่งข้อมูลเข้าระบบในระยะเวลาที่กำหนด ระยะเวลาการให้บริการผู้ป่วยในโครงการฯ อาจนาน ซึ่งอาจทำให้เสียโอกาสขายสินค้าแก่ลูกค้ารายอื่น โครงการฯ ไม่สามารถลดปัญหาความแออัดได้จริง เนื่องจากการรอมอตรวจใช้เวลานานมากกว่าการรอรับยา ค่าตอบแทนไม่สามารถจูงใจได้ และการเบิกจ่ายค่าตอบแทนช้าเกินสมควร ไม่มีการจัดอบรมแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และระบบการกรอกข้อมูลผู้ป่วย มีความยุ่งยากในการจัดทำรายงานและเอกสารต่าง ๆ มีความยุ่งยากในการติดต่อเข้าร่วมโครงการฯ

### เอกสารอ้างอิง

กาญจนา สิ้นไชย. (2547). ผลการให้บริการของคลินิก เติมยาสำหรับโรคเบาหวานโดยเภสัชกรในโรงพยาบาลตราง. เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ณัฐธิดา หาญสุรีย์, นิรัชรา ถวิลการ, สุณี เลิศสินอุดม และ อัจฉรา นาสถิตย์. (2561). ผลลัพธ์ของโครงการเครือข่ายเภสัชกรประจำครอบครัวร่วมให้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เภสัชกรรมไทย. ขอนแก่น. ปีที่ 19(2). สืบค้นจาก [http://tjpp.pharmacy.psu.ac.th/wp-content/uploads/2018/04/60-72final.pdf?fbclid=IwAR3MYSgtUcMkJuEoNmMkIDJXR6oQIDe07LYW0\\_tsDlIbub4QKenj9blbcpl](http://tjpp.pharmacy.psu.ac.th/wp-content/uploads/2018/04/60-72final.pdf?fbclid=IwAR3MYSgtUcMkJuEoNmMkIDJXR6oQIDe07LYW0_tsDlIbub4QKenj9blbcpl).

ทวีพร ศูนย์ดอน. (2553). การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของการบริการเติมยาพร้อมกับการคำปรึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรร้านยาคุณภาพในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

บุษกร หนูขำ. (2546). ผลการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องโดยเภสัชกรต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มณฑา ถิระวุฒิ, โปยม วงศ์ภูวรักษ์ และ วันทนา เจริญมงคล. (2550). ผลของการเติมยารักษาโรค ความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเทพา. สงขลานครินทร์เวชสาร 25, 4 (กรกฎาคม - สิงหาคม), 303-313.

ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย และ  
วิชัย สันติมาลีรกุล. (2549). โครงการวิจัย  
ศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการปฐมภูมิ  
ระหว่างร้านยาเอกชนกับหน่วยบริการปฐม  
ภูมิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณี  
การให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์  
ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ. ม.ป.ท.

รังสรรค์ ศรีภิรมย์, ภาณุมาศ ภูมาศ, กรแก้ว  
จันทภาษา, กัญจนา ติชยาธิคม, วิโรจน์  
ตั้งเจริญเสถียร, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช.  
(2560). การดูแลรักษาพยาบาลตนเองของ  
ประชาชนไทยโดยการซื้อยาจากร้านยาแผน  
ปัจจุบัน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 370-377.

วิจิตรา ชิมตระกูล. (2557). การประเมินผลโครงการ  
คลินิกเต็มยาโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร  
ในโรงพยาบาลศรีประจันต์. เภสัชศาสตร์  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก  
มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวง  
สาธารณสุข. (2562). คู่มือการดำเนินงาน  
โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการ  
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
โดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ตาม  
นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข  
สำหรับ สปสช.เขต.

Cassidy, IB. and others. (1996). Impact of  
pharmacist-operated general medicine  
chronic care/ refill clinics on practitioner  
time and quality of care. Accessed  
May 14. Available from  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/  
pubmed/8826553](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8826553).

Stimmel GL. (1983). Political and legal aspects  
of pharmacist prescribing. Accessed  
May 14. Available from [http://www.  
ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6614020](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6614020).

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อ ที่มีสาเหตุมาจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง โรงพยาบาลพัทลุง

## Factors Associated with Length of Stay in Hospital among Patients with Infections caused by Dental Infectious Disease with a Hard Purulent Drainage Method, Phattalung Hospital

ทรงวุฒิ พัฒนพงศ์

Songwut Phattanapong

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

Dental department, Phatthalung Hospital

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง โรงพยาบาลพัทลุง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟันที่ทำการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายแบบแข็ง ในช่วงเวลาตั้งแต่ ธันวาคม 2558 - ธันวาคม 2563 ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้จำนวน 62 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยด้วยแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดใส่ท่อแบบแข็ง ใช้เวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.06 วัน โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลสั้นที่สุดคือ 3 วัน และนานที่สุด 9 วัน ( $M=6.06$ ,  $SD=1.60$ ,  $Min=3$ ,  $Max=9$ ) และพบว่าปัจจัย อายุ และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาล ( $r=0.45$ ,  $0.34$ ,  $p<.05$  ตามลำดับ) ในขณะที่น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาล ( $r=0.29$ ,  $p<.05$ )

ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้เห็นว่า อายุ น้ำหนักตัว และการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วย มีผลต่อระยะเวลาการอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่นานขึ้น ดังนั้น ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษาภาวะโรคติดเชื้อจากฟัน ด้วยการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็งควรพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ร่วมด้วย

**คำสำคัญ :** ระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาล, โรคติดเชื้อจากฟัน, ท่อระบายหนองแบบแข็ง

## Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the length of stay in hospital among patients with infections caused by dental infectious disease with a hard purulent drainage method and examine the factors related to length of stay in hospital among patients with infections caused by dental infectious disease with a hard purulent drainage method at Phatthalung Hospital. Simple random sampling was used to select 62 cases who were admitted with infections caused by teeth treated with a hard purulent drainage method since December 2015 to December 2020. Data was collected from the patient's medical record with instrument which was developed by researcher. The instrument was validated by three experts and CVI equal to 0.96. Data was analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that mean of length of stay in hospital among patients with infections caused by teeth treated with a hard purulent drainage method is 6.06 days. The shortest of length of stay in hospital is 3 days; meanwhile, the longest is 9 days, respectively (M=6.06, SD=1.60, Min=3, Max=9). The factors of age and underlying disease were at a moderate level statistically with significant positive relationship with length of stay in hospital ( $r = 0.45, 0.34, p < .05$ , respectively). While, the body weight was at a low level statistically with significant positive relationship ( $r=0.29, p < .05$ ).

These findings suggest that age, body weight, and underlying disease were related with length of stay of patients. Thus, dentist who treated the patients with dental infections should be considered these factors.

**Keywords :** Length of stay in hospital, Dental infectious disease, Hard purulent drainage

## บทนำ

การติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟันพบได้บ่อยในคลินิกทางทันตกรรมของโรงพยาบาล ร้อยละ 41.4-62.6 (รัชตพร รุ่งแก้ว, 2563, น. 67-75) โดยที่โรงพยาบาลพัทลุงเป็นศูนย์รองรับผู้ติดเชื้อสาเหตุจากฟันของจังหวัดพัทลุงทำให้ผลการสำรวจในปี พ.ศ.2562 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟัน

จำนวน 2,450 คน มีอาการและอาการแสดงเป็นไปได้ตั้งแต่มีการติดเชื้อเฉพาะที่ ตลอดไปจนถึงการติดเชื้อรุนแรงลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง และแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย โดยอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ แนวทางการรักษาการติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟันจึงเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยในการตัดสินใจเพื่อให้

การรักษาและสิ่งที่ถูกต้องและรวดเร็วทันที่ทั้งที่ โดยประเด็นสำคัญของการรักษาการติดเชื้อ คือกำจัด สาเหตุ ผ่าตัดเจาะระบายหนอง การให้ยาปฏิชีวนะ ที่เหมาะสม และการบำรุงส่งเสริมสุขภาพร่างกาย ของผู้ป่วยให้สามารถต่อสู้และมีความต้านทาน ต่อการติดเชื้อดีขึ้น โดยขั้นตอนผ่าตัดเจาะระบาย หนองคือ การกรีดเนื้อเยื่อ และในบางรายอาจต้อง ใส่ท่ออย่างเข้าไปในบริเวณที่มีหนองรวมตัวกันอยู่ใน ชั้นลึก ๆ ของเนื้อเยื่อเพื่อเป็นการเปิดทางให้หนอง ไหลออกจากร่างกาย โดยเราต้องเปิดบาดแผลไว้ ห้าม ปิดก่อนที่หนอง สารพิษหรือของเสียส่วนใหญ่จะถูก ขับออกจากร่างกาย (ณัฐธิน อึ้งภูริเสถียร, 2558, น. 51-68) ซึ่งขั้นตอนนี้สามารถทำได้ทั้งในหรือนอก ช่องปากและทำภายใต้ยาชาเฉพาะที่หรือดมยาสลบ ก็ได้ การเจาะระบายหนองมีความสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเพราะเป็นการช่วยเปิดช่องทาง ให้ร่างกายสามารถถ่ายเทกำจัดหนอง หรือเนื้อเยื่อ ที่ถูกทำลายอันเป็นผลจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้น โดยสะดวก นอกจากนี้การระบายหนองยังช่วยระบาย สารก่อการอักเสบ (inflammatory mediators) ลด การแพร่ขยายของเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (cellulitis) ลดความดันในเนื้อเยื่อ บรรเทาอาการปวด ท่อระบาย หนองมีหลายชนิด ทางทันตกรรมทั่วไปใช้ท่อระบาย หนองแบบอ่อน (Penrose drain) (Makama, Ameh, 2008, pp. 78-85) จากการประเมินพบว่า การระบาย หนองไม่ดีเท่าที่ควรส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาและใช้ระยะเวลาในการรักษาตัว ในโรงพยาบาล ดังนั้นในปัจจุบันหน่วยงานศัลยกรรม ช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียล แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลพัทลุงได้เล็งเห็นความสำคัญและปัญหา ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงคิดค้นทำการรักษาโดยการใส่ท่อ

ระบายหนองแบบแข็ง (hard purulent drainage) ขึ้นเองจากประสบการณ์การทำงาน และในปีพุทธศักราช 2562 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองด้วย วิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็งในโรงพยาบาล พัทลุงจำนวน 102 ราย พบว่าการผ่าตัดระบายเอา หนองด้วยวิธีการใส่ท่อระบายแบบแข็งมีข้อดีคือ ท่อไม่พับและระบายหนองได้ดีกว่าท่อระบาย แบบอ่อน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลดีขึ้น

โดยทั่วไปการพยากรณ์รอยโรคติดเชื้อที่มี สาเหตุจากฟันนอกจากสัมพันธ์กับลักษณะการดำเนิน ไปของรอยโรคและแนวโน้มการตอบสนองต่อการ รักษาและความคงอยู่ในระยะยาว ยังสัมพันธ์กับปัจจัย ทางการทันตแพทย์ต่าง ๆ ได้แก่ ระดับความรุนแรง ของการติดเชื้อ สภาวะการตอบสนองของร่างกาย ผู้ป่วย เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้ได้จากการซักประวัติ และการตรวจร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรม ทางการทันตแพทย์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า โรคเบาหวานทำให้การพยากรณ์โรคแย่ลง ทำให้การติดเชื้อรุนแรงหลายช่องว่าง (Spaces) ระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Suebara, Goncalves, Alcadipani et al., 2008, pp. 55-64) แต่ปัจจัย อื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการ ศึกษา อาชีพ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึง วันที่ทันตแพทย์วินิจฉัย และระยะเวลาตั้งแต่ ทันตแพทย์วินิจฉัยจนถึงวันที่ได้รับการใส่ท่อระบาย หนองแบบแข็ง ยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่หาความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล งานวิจัยนี้จึงมุ่งค้นหาปัจจัยที่มีความ

สัมพันธ์กับระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง เพื่อจะได้นำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทันตแพทย์ต่อไป

เวลาเริ่มป่วยจนถึงการผ่าตัดใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง งานวิจัยนี้จึงมุ่งค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง ดังภาพที่ 1

### วัตถุประสงค์

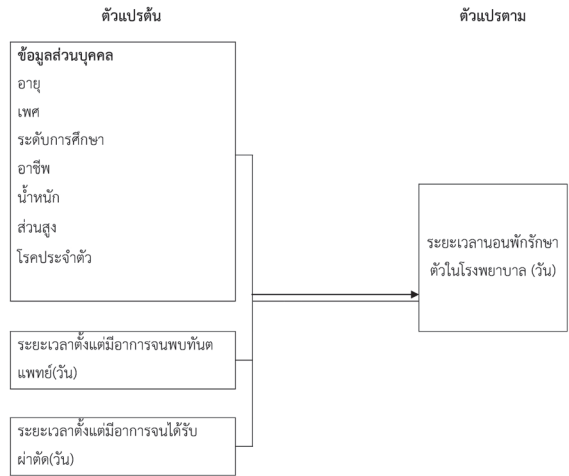
1. เพื่อศึกษาระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง
2. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง

### สมมุติฐาน

ปัจจัยด้าน อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาเริ่มป่วยจนกระทั่งพบทันตแพทย์ ระยะเวลาเริ่มป่วยจนถึงการผ่าตัดใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อจากฟันด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อจากฟันด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง มีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจเจกบุคคล เช่น อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาเริ่มป่วยจนกระทั่งพบทันตแพทย์ ระยะ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง และเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง โรงพยาบาลพัทลุง โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคติดเชื้อจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็งและอนพักรักษาในโรงพยาบาลพัทลุง ในช่วงเวลาตั้งแต่ ธันวาคม 2558 – ธันวาคม 2563 ระยะเวลา 5 ปี



## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาจากโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟัน ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาจากโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟัน ที่มีรหัสการวินิจฉัยโรค K05.2 K05.21 K05.22 K05.23 ที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดใส่ท่อระบายหนองแบบแข็งของโรงพยาบาลพัทลุง ตั้งแต่ ธันวาคม 2558 – ธันวาคม 2563 จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 102 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยจะคัดเลือกคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะ (Inclusion criteria) คือ 1) โรคติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟันมีรหัสการวินิจฉัยโรค K05.2 K05.21 K05.22 K05.23 และทำการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง 2) แฟ้มเวชระเบียนลงข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์โดยใช้การสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบขนาดประชากร (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2542, น. 61-62) คำนวณได้จากสูตร

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

โดยในงานวิจัยครั้งนี้ใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 62 ราย

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบ

ด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนพบทันตแพทย์(วัน) ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับผ่าตัด (วัน) และระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (วัน)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ทันตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง ตามเอกสารรับรองเลขที่ 29/2563 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2563 โดยผู้วิจัยจะปกป้องและป้องกันข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริง โดยมีมาตรการในการรักษาความลับ เก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างอย่างรัดกุม ปลอดภัย จะไม่มีการอ้างถึงกลุ่มตัวอย่างหรือใช้ชื่อของกลุ่มตัวอย่างในรายงานใด ๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้โดยเด็ดขาด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการและผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุงและ

ประสานกลุ่มงานเวชระเบียนเพื่อทำการค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วย

2. นำเลข HN ผู้ป่วยที่สุ่มได้มาค้นหาเวชระเบียน และตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกไว้ หากไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จะทำการสุ่มใหม่ จนได้เวชระเบียนที่ครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 62 ตัวอย่าง

3. บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลจนครบ 62 ตัวอย่าง

4. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่บันทึกไว้ในแบบบันทึกอีกครั้ง

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระยะเวลานอนพักรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลานอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อจากพื้นที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็งโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correction coefficient)

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.29) มีอายุเฉลี่ย 37.58 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 6 ปี อายุสูงสุด 76 ปี มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 59.55 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 159.94 เซนติเมตร และส่วนใหญ่ไม่มี

โรคประจำตัว (ร้อยละ 77.42) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 69.74) ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง (ร้อยละ 29.03) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=62) -

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	61.29
หญิง	24	38.71
อาชีพ		
เกษตรกร	18	29.03
รับจ้าง	18	29.03
ธุรกิจส่วนตัว	5	8.07
รับราชการ	4	6.45
อื่น ๆ	17	27.42
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	42	69.74
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	20	30.26
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	14	22.58
ไม่มีโรคประจำตัว	48	77.42
อายุ (ปี)		M =37.58, SD=17.57
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		M = 59.55, SD=14.52
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		M = 159.94, SD=14.33

2. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงวันที่พบทันตแพทย์ ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับผ่าตัด และระยะเวลานอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากพื้นที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง

สำหรับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงวันที่ทันตแพทย์วินิจฉัย เฉลี่ย 5.26 วัน ระยะเวลา

ตั้งแต่ทันตแพทย์วินิจฉัยจนถึงวันที่ได้รับการใส่  
ท่อระบายหนองแบบแข็งเฉลี่ย 6.09 วัน สำหรับ  
ระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย  
6.06 วัน รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ  
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงวันที่พบทันตแพทย์  
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับผ่าตัด และระยะ  
เวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย  
ติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจาก ฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่  
ท่อระบายหนองแบบแข็ง (n=62)

ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย(M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนพบ ทันตแพทย์ (วัน)	5.26	3.49
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้ รับผ่าตัด (วัน)	6.09	5.60
ระยะเวลาอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล (วัน)	6.06	1.60

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลา นอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อที่มี สาเหตุมาจากฟันที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบาย หนองแบบแข็ง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอน  
พักรักษาในโรงพยาบาล พบว่า อายุ น้ำหนัก การมี  
โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลา  
นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวก  
ระดับปานกลาง ( $r = 0.45$ ) น้ำหนักมีความสัมพันธ์  
ทางบวกระดับต่ำ ( $r = 0.29$ ) และการมีโรคประจำตัว  
มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ( $r = 0.34$ )  
สำหรับส่วนสูง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงวัน  
ที่ทันตแพทย์วินิจฉัย และระยะเวลาตั้งแต่ทันตแพทย์  
วินิจฉัยจนถึงวันที่ได้รับการใส่ท่อระบายหนองแบบ

แข็งไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอนพักรักษาตัว  
ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟัน  
ที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดใส่ท่อแบบแข็ง รายละเอียด  
ตามตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน(r)  
ระหว่างอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง การมีโรคประจำตัว  
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงพบทันตแพทย์  
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงวันที่ได้รับการใส่  
ท่อระบายหนองแบบแข็ง กับระยะเวลาอนพักรักษา  
ตัวในโรงพยาบาล (n=62)

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value
อายุ (ปี)		
ระยะเวลาอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล(วัน)	0.450	0.00*
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
ระยะเวลาอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล (วัน)	0.289	0.02*
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
ระยะเวลาอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล (วัน)	0.239	0.06
การมีโรคประจำตัว		
ระยะเวลาอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล (วัน)	0.340	0.02*
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงวัน ที่ทันตแพทย์วินิจฉัย (วัน)	-0.021	0.87
ระยะเวลาอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล (วัน)		
ระยะเวลาตั้งแต่ทันตแพทย์ วินิจฉัยจนถึงวันที่ได้รับการใส่ท่อ ระบายหนองแบบแข็ง (วัน)	-2.10	0.10
ระยะเวลาอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล (วัน)		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

### อภิปรายผล

ระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวใน  
โรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟัน

ที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง โรงพยาบาลพัทลุง ใช้เวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย  $6.06 \pm 1.60$  วัน โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นที่สุดคือ 3 วัน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุน้อย น้ำหนักตัวไม่มาก และไม่มีโรคประจำตัว ส่วนผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นานที่สุด 9 วัน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีน้ำหนักตัวมาก และมีโรคประจำตัว ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ พิมวิชญา ชี้อทรงธรรม สุพจน์ เจริญสมบัติอมร และ จิระพงษ์ อังคะรา (2561, น. 65-74) ซึ่งใช้ระยะเวลาอนพักรักษาตัวโดยเฉลี่ย 9 วัน เป็นการศึกษาการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่าส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลนานเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน หรือติดเชื้อหลายตำแหน่งร่วมกัน (พิมวิชญา ชี้อทรงธรรม, สุพจน์ เจริญสมบัติอมร, จิระพงษ์ อังคะรา, 2561, น. 65-74) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Joon-Kyoo Lee และคณะ (2007, pp. 52-63) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายของการติดเชื้อคอชั้นลึก โดยทำการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ การอักเสบลุกลามหลาย space และโรคเบาหวาน ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคเบาหวานก็จะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้มีการศึกษาของ Tung-Tsun Huang และคณะ (2005, pp. 59-70) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยไม่ได้ป่วยด้วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการติดเชื้อที่

พบมากที่สุด โดยทำการรักษาโดยการผ่าตัดระบายหนองทำบ่อยกว่าในกลุ่มทั่วไปและมีระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลนานมากขึ้น นอกจากนี้เกิดภาวะแทรกซ้อน และต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือเจาะคอ บ่อยกว่าผู้ที่ไม่ได้โรคเบาหวาน

สำหรับน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากพื้นที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายแบบแข็ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Andranik Ovassapian และคณะ (2008, pp. 87-96) โดยศึกษาผู้ป่วยที่มีการอักเสบในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกพบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติ

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่า อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Joon-Kyoo Lee และคณะ (2007, pp. 52-63) เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการรักษาและระยะเวลาอนพักในโรงพยาบาล ดังนั้นทันตแพทย์จึงจำเป็นต้องระมัดระวังและคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เพิ่มขึ้นเพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพและลดระยะเวลาอนพักในโรงพยาบาล โดยก่อนเริ่มกระบวนการรักษาจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและพิจารณาการรักษา เพื่อให้การรักษาทางทันตกรรมที่มีคุณภาพต่อไป

### ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากพื้นที่รักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง ซึ่งการทบทวน

วรรณกรรมในการสร้างเครื่องมือเพื่อรวบรวมข้อมูล ยังไม่ครอบคลุม ดังนั้นขาดข้อมูลสำคัญอื่น ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล เช่น ที่ตำแหน่งที่มีการอักเสบ ศาสนา ความเชื่อ พฤติกรรมการดูแลตัวเอง และการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นต้น ซึ่งอาจจะส่งผลให้ระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความแตกต่างกัน

2. งานวิจัยนี้ถือว่าการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นไปตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ จึงไม่เก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยามาวิเคราะห์

### ข้อเสนอแนะ

การพิจารณาวิธีการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟัน ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก น้ำหนักตัวมากและมีโรคประจำตัว ถ้าจะใช้วิธีการผ่าตัดใส่ท่อระบายหนองแบบแข็ง จะใช้เวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นานกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย น้ำหนักตัวน้อย และไม่มีโรคประจำตัว เพื่อให้เป็นทางเลือกในการพิจารณาตัดสินใจร่วมกับทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา

### ข้อเสนอแนะการวิจัยต่อไป

การศึกษาความสัมพันธ์ระยะเวลาการนอนพักรักษาโดยวิธีการใส่ท่อระบายหนองแบบแข็งในผู้ป่วยติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟันยังมีจำนวนน้อย จึงควรมีการศึกษาด้านนี้และวิธีการรักษาแบบอื่น ๆ ให้มากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาต่อไปในระยะยาว (Longitudinal study) และติดตามเป็นระยะเพื่อประเมินผลถึงปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ควรเพิ่มขนาดตัวอย่าง โดยทำการศึกษาร่วมหลายสถาบัน (Multicenter

study) เพื่อให้มีจำนวนข้อมูลที่เพียงพอ ผลการศึกษาจะได้แม่นยำและสรุปผลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

ณัฐธัน อึ้งภูริเสถียร. (2558). Odontogenic infection: Precision diagnosis and management. เอกสารประกอบการอบรม Minor Oral Surgery and Complications For Dentists : Smart Approach. พิมพ์ครั้งที่ 1. หาดใหญ่ : งานศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ร่วมกับชมรมทันตแพทย์ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลภาคใต้, 1(1) , 51-68.

พิมพ์วิชญา ชื่อทรงธรรม, สุพจน์ เจริญสมบัติอมร, จิระพงษ์ อังคะธา. (2561). การอักเสบติดเชื้อของลำคอชั้นลึกในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 15(60), 65-74.

รัชดาพร รุ่งแก้ว. (2563). การศึกษาย้อนหลังการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสะเกษระหว่างปีพ.ศ. 2560-2562. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 7(26), 67-75.

อรุณ จิรวัดน์กุล. (2542). ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่1). ขอนแก่น : ภาควิชาสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- Andranik Ovassapian, et al. (2008). Airway management in adult patients with deep neck infection: A case series and review of literature. *anesth analg.* 23(100), 87-96.
- Joon-Kyoo Lee, et al. (2007). Predisposing factor of complicated deep neck infection: analysis of 158 cases , *Yonsei medical journal*, 21(83), 52-63.
- Makama JG, Ameh EA. (2008). Surgical drains: what the resident needs to know. *Nigerian journal of medicine*, 23(91), 78-85.
- Suebara AB, Goncalves AJ, Alcadipani FAMC et al. (2008). Deep neck infection-analysis of 80 cases. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 12(46), 55-64.
- Tung-Tsun Huang, et al. (2005). Deep neck infection in diabetic patients: comparison of clinical picture and outcomes with non-diabetic patients, *Otolaryngol Head Neck Surg.* 23(92), 59-70.

## ความชุกของความผิดปกติในภาพถ่ายรังสีทรวงอกในโครงการการตรวจสุขภาพ Prevalence of Abnormal Chest X-ray Findings in Health Check-up Campaign

ยุทธนา สุทธิธนากร

Yuttana Suttitanakorn

โรงพยาบาลখনอม อ.খনอม จ.นครศรีธรรมราช

Khanom Hospital, Khanom District, Nakhon Si Thammarat Province

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกของความผิดปกติในภาพถ่ายรังสีทรวงอกในโครงการการตรวจสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้มารับบริการตรวจสุขภาพในช่วงวันที่ 23-27 สิงหาคม พ.ศ.2563 จำนวน 1,717 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนจากฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติจำนวน 128 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 ซึ่งสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นและการมีโรคประจำตัว โดยพบความผิดปกติที่บ่อยมากที่สุด คือ ร้อยละ 3.4 ได้ดำเนินการตรวจเพิ่มเติมพบผู้ป่วยวัณโรคปอด 2 ราย และไม่พบผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยคือเมื่อพิจารณาในความคุ้มค่าในการตรวจสุขภาพ อาจใช้ chest x-ray คัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ร่วมกับรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้และการตระหนักในการดูแลตนเอง

**คำสำคัญ :** ความผิดปกติภาพถ่ายรังสีทรวงอก, โครงการการตรวจสุขภาพ

### Abstract

This study was a descriptive cross-sectional research. The aim was to study prevalence of abnormal chest x-ray findings in health check-up campaign. The study was conducted in 1,717 Khanom people who were registered to perform health check-up since 23-27 August 2020. Data were collected from the electronic database and analyzed by descriptive statistic and Chi-square test.

The results showed that 128 films were detected abnormal findings. Prevalence of abnormal CXR was 7.5% associated with old age and underlying diseases. Most of abnormal CXR was lung abnormality account for 3.4%. Two cases of pulmonary tuberculosis and no case of lung cancer were reported after performing further investigations. It was recommended that chest x-ray screening should be performed in high risk groups or those

with medical indications whereas the general population should be educated for making self care.

**Keywords :** Abnormal chest x-ray, Health check-up campaign

## บทนำ

สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการมีสุขภาพที่ดีย่อมก่อให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะฉะนั้นการรู้เท่าทันกับความเสี่ยงหรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นตามอายุและจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้ก็คือ การตรวจสุขภาพ

การตรวจสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนรับรู้ถึงสถานะสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง และเป็นการค้นหาภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหรือความผิดปกติของร่างกายในระยะเริ่มแรก (คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชนกระทรวงสาธารณสุข, 2559) เป็นข้อมูลสำหรับการให้คำแนะนำต่อการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคในอนาคต นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ป้องกันการเกิดโรค นอกจากนี้หากพบความผิดปกติก็สามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ทันที่ ปัจจุบันจึงมีการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและให้ความสำคัญด้านการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ประเทศไทยมีหลักประกันด้านสุขภาพภายใต้ 3 กองทุนสุขภาพหลัก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือสวัสดิการ

ของหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งสิทธิที่ประชาชนได้รับในการตรวจสุขภาพจากแต่ละกองทุนและสวัสดิการมีความแตกต่างกัน การถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นการตรวจที่กำหนดไว้เป็นรายการหนึ่งในการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งได้กำหนดไว้ในกองทุนประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือสวัสดิการของหน่วยงานต่าง ๆ แต่ในหลักเกณฑ์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ทำในประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

การถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นการตรวจในการช่วยคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคทางเดินหายใจและโรคหัวใจและหลอดเลือด (Coblentz et.al., 2000) โรงพยาบาลขอนแก่นได้รับงบประมาณจากบริษัทผลิตไฟฟ้าขอนแก่น จำกัดในการจัดทำโครงการตรวจสุขภาพประชาชนอำเภอขอนแก่นและได้ดำเนินการตรวจสุขภาพในช่วงวันที่ 23 - 27 สิงหาคม พ.ศ.2563 กำหนดรายการตรวจสุขภาพโดยอ้างอิงจากรายการตรวจสุขภาพของกรมบัญชีกลาง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความชุกของความผิดปกติในภาพถ่ายรังสีทรวงอก ตลอดจนนำมาวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาการตรวจสุขภาพให้เกิดความคุ้มค่า



## วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของความผิดปกติในภาพถ่ายรังสีทรวงอกในโครงการการตรวจสุขภาพ

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional study)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในอำเภอขนอม ที่ได้ลงทะเบียนรับการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างวันที่ 23 - 27 สิงหาคม พ.ศ.2563 จำนวน 1,717 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อาศัยอยู่ในอำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป  
เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สมัครใจในการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

เก็บรวบรวมข้อมูล เพศ อายุ โรคร่วมและผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกโดยรังสีแพทย์จากฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ และจำแนกผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกเป็น

1. ผลปกติ
2. พบความผิดปกติที่ปอด แบ่งเป็น
  - 2.1 พบฝ้าขาว
  - 2.2 พบพังผืด
  - 2.3 พบจุดขาว
  - 2.4 สงสัย/พบก้อน
3. พบความผิดปกติที่หัวใจ (หัวใจโต)
4. พบความผิดปกติที่กระดูก (กระดูกสันหลังคด)

กรณีรายที่ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติที่ปอด จะดำเนินการค้นหาเพิ่มเติม

เช่น ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษาเพื่อทำการเปรียบเทียบกับภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่เคยทำมาก่อน เก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคปอด และส่งต่อพบแพทย์อายุรกรรมเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมวัณโรคปอดและโรคมะเร็งปอด

## ผลการศึกษา

ประชากรที่ศึกษามีจำนวน 1,717 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.4 มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี ร้อยละ 32.9 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษา จำแนกตามตามเพศ กลุ่มอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N=1,717)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	422	24.6
หญิง	1295	75.4
2. กลุ่มอายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	124	7.2
40 - 49 ปี	340	19.8
50 - 59 ปี	565	32.9
60 - 69 ปี	441	25.7
70 - 79 ปี	205	11.9
80 ปี ขึ้นไป	42	2.5
อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 94 ปี อายุเฉลี่ย 56.59 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.63 ปี		

ประชากรที่ศึกษา ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 69.3 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.1 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษา จำแนกตามโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	จำนวน (คน) (N=1,717)	ร้อยละ
ไม่มี	1,190	69.3
มี (บางรายเป็นมากกว่า 1 โรค)	527	30.7
ความดันโลหิตสูง	363	21.1
ไขมันในเลือดสูง	147	8.6
เบาหวาน	104	6.1
หัวใจขาดเลือด	41	2.4
หลอดเลือดสมอง	41	2.4
ถุงลมโป่งพอง	12	0.7
หอบหืด	10	0.6
อื่น ๆ	51	3.0
ผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	189	11.0

จากผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบว่าส่วนใหญ่ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ ร้อยละ 92.5 และผิดปกติ ร้อยละ 7.5 ในกลุ่มที่มีความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบความผิดปกติที่ปอดมากที่สุด คือ ร้อยละ 3.4 โดยลักษณะความผิดปกติที่พบเป็นฝ้าขาวที่ปอดมากที่สุด ร้อยละ 1.6 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก

ผลการอ่าน	จำนวน (คน) (N=1,717)	ร้อยละ
ปกติ	1,589	92.5
ผิดปกติ (บางรายพบความผิดปกติหลายอย่าง)	128	7.5
ความผิดปกติของปอด (บางรายพบความผิดปกติของปอดหลายอย่าง)	58	3.4
พบฝ้าขาว	28	1.6
พบพังผืด	16	0.9
สงสัย/พบก้อน	13	0.8
พบจุดขาว	4	0.2
ความผิดปกติของหัวใจ (หัวใจโต)	44	2.6
ความผิดปกติของกระดูก (กระดูกสันหลังคด)	29	1.7

ในกลุ่มที่มีผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ ประชากรศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 7.3 และ 7.5 ตามลำดับ ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ประชากรศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิง พบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาจำแนกตามเพศ ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก และผลการทดสอบทางสถิติ

เพศ	ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก						$\chi^2$	df	p
	ปกติ		ผิดปกติ		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ชาย	391	92.7	31	7.3	422	100.0	0.01	1	.922
หญิง	1198	92.5	97	7.5	1295	100.0			
รวม	1589	92.5	128	7.5	1717	100.0			

ในกลุ่มประชากรที่ศึกษาที่มีผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ พบว่ากลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 26.2 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 70-79 ปี และ 60-69 ปี ร้อยละ 17.1 และ 9.5 ตามลำดับ ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ผู้ที่มีอายุมาก พบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาจำแนกตามกลุ่มอายุ ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก และผลการทดสอบทางสถิติ

กลุ่มอายุ	ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก						$\chi^2$	df	p
	ปกติ		ผิดปกติ		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
น้อยกว่า 40 ปี	121	97.6	3	2.4	124	100.0	74.27	5	<.001*
40 - 49 ปี	333	97.9	7	2.1	340	100.0			
50 - 59 ปี	535	94.7	30	5.3	565	100.0			

กลุ่มอายุ	ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก						χ <sup>2</sup>	df	p
	ปกติ		ผิดปกติ		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
60-69 ปี	399	90.5	42	9.5	441	100.0			
70-79 ปี	170	82.9	35	17.1	205	100.0			
80 ขึ้นไป	31	73.8	11	26.2	42	100.0			
รวม	1589	92.5	128	7.5	1717	100.0			

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( p < .05)

ในกลุ่มประชากรที่ศึกษา พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวมีความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอก (ร้อยละ 14.4) มากกว่า ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 4.4) ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว พบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษา จำแนกตามโรคประจำตัว ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกและผลการทดสอบทางสถิติ

โรคประจำตัว	ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก						χ <sup>2</sup>	df	p
	ปกติ		ผิดปกติ		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ไม่มี	1138	95.6	52	4.4	1190	100.0	53.488	1	<.001*
มี	451	85.6	76	14.4	527	100.0			
รวม	1589	92.5	128	7.5	1717	100.0			

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( p < .05)

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกของประชากรที่เข้าร่วมโครงการการตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลชนอม พบความผิดปกติ ร้อยละ 7.5 ซึ่งในการศึกษานี้พบมีความผิดปกติที่สูงกว่าการศึกษาอื่น เช่น การศึกษาของอัญชลี วงศ์ไฉน ที่ทำการศึกษาคหาคความชุก

ของความผิดปกติในฟิล์มเอ็กซเรย์ปอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว พบความผิดปกติร้อยละ 3.15 (อัญชลี วงศ์ไฉน, 2558) และจากการศึกษาของ Tigges และคณะที่พบความผิดปกติของการตรวจเอ็กซเรย์ปอดในผู้มารับบริการที่ primary care clinics เพียงร้อยละ 1.2 และได้มีการติดตามผู้รับบริการที่ผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอดผิดปกติ พบว่าร้อยละ 93 เป็นผลบวกและไม่ต้องรับการตรวจรักษาเพิ่มเติม Tigges, Roberts, Vydareny and Schulman, 2004) และการศึกษาของ Izamin and Rizal ที่พบความผิดปกติของการตรวจเอ็กซเรย์ปอดในผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 0.25 (Izamin and Rizal, 2012)

จากการศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่ของความผิดปกติในภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติที่ปอดมากที่สุด คือ ร้อยละ 3.4 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอัญชลี วงศ์ไฉน ที่พบ cardiomegaly มากที่สุดคือร้อยละ 1.8 (อัญชลี วงศ์ไฉน, 2558) และแตกต่างจากการศึกษาของ Hubbell FA ที่พบ cardiomegaly มากสุดร้อยละ 6.72 (Hubbell, Greenfield, Tyler, Chetty and Wyle, 1985) ความผิดปกติในภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบมากขึ้นในกลุ่มอายุที่มาก เนื่องจากการเสื่อมของปอดตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Niewohner, Kleinerman and Liotta, 1975, Turner, Mead, and Wohl, 1968) การพบความผิดปกติของกระดูก (กระดูกสันหลังคด) เนื่องจากกระดูกสันหลังเสื่อม (Degenerative lumbar scoliosis) เกิดจากอายุที่มากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลัง (Benoist, 2003) และอีกปัจจัยที่ทำให้พบความผิดปกติในกลุ่มอายุที่มากน่าจะเกิดจากกลุ่มนี้มักมีโรคประจำตัวร่วม

เช่น โรคความดันโลหิตสูง ทำให้พบความผิดปกติของหัวใจ (หัวใจโต) ความผิดปกติในภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบมากขึ้นในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวร่วม เนื่องจากโรคบางอย่างทำให้เกิดความผิดปกติ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ทำให้พบความผิดปกติของหัวใจ (หัวใจโต) (Felker et al., 2000) โรคถุงลมโป่งพอง ทำให้พบความผิดปกติของปอดและหัวใจ (Elizabeth and Martin, 2016)

วัตถุประสงค์สำคัญของการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในโครงการการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลขอนแก่น คือ การคัดกรองวัณโรคปอดและโรคมะเร็งปอด ในรายที่ผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติที่ปอด จำนวน 58 ราย ได้มีการนัดมาสอบถามประวัติเพิ่มเติม เช่น ประวัติการรักษา ได้มีการเปรียบเทียบกับภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่เคยทำมาก่อน การส่งตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคและการส่งต่อพบแพทย์อายุรกรรม พบผู้ป่วยวัณโรคปอด 2 ราย และไม่พบผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด

เมื่อพิจารณาในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกแล้ว พบผู้ป่วยวัณโรคปอด 2 ราย จากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการคัดกรองวัณโรคระดับประชากร ในปี พ.ศ.2556 พบว่าการคัดกรองวัณโรคด้วย chest x-ray ไม่เกิดประโยชน์ในการตรวจคัดกรองประชากรทั่วไป หรือการตรวจก่อนเข้าทำงาน นอกจากนี้การคัดกรองวัณโรคด้วย chest x-ray มีความไว และความจำเพาะต่ำ ผลบวกสูง การตรวจอาจได้ประโยชน์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ และคณะ, 2556) จากแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561 ได้แนะนำค้นหาผู้ป่วยวัณโรคโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค (clinical risk groups) ได้แก่ ผู้ติด

เชื้อเอชไอวี (HIV), ผู้ป่วยเบาหวาน (DM), ผู้ป่วย COPD และสูบบุหรี่ เป็นต้นและในประชากรเสี่ยงต่อวัณโรค (risk populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ติดเตียง ติดบ้าน), ผู้ต้องขัง (prisoners) และบุคลากรในเรือนจำ, บุคลากรสาธารณสุข (HCW) เป็นต้น (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561) สำหรับกลุ่มประชากรทั่วไปพบว่า การคัดกรองวัณโรคโดย chest x-ray ไม่ได้ประโยชน์ตามแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ปี 2559 (คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชนกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

สำหรับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกแล้วไม่พบผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด โดยข้อมูลจากการทบทวนอย่างเป็นระบบของการศึกษาที่เป็น randomized controlled trials ที่มีคุณภาพสูงในฐานข้อมูล The Cochrane Library พบว่า chest x-ray เพื่อคัดกรองมะเร็งปอดทุกปี ไม่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอดลงได้ภายหลังติดตามเป็นระยะเวลา 13 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติ มีทั้งในกลุ่มที่สูบและไม่สูบบุหรี่ เมื่อพิจารณาการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วย chest x-ray และไม่คัดกรอง (Manser et al., 2013) ดังนั้นสำหรับกลุ่มประชากรทั่วไปพบว่า การคัดกรองมะเร็งปอดโดย chest x-ray ไม่ได้ประโยชน์

## สรุป

ความชุกของความผิดปกติในภาพถ่ายรังสีทรวงอกโครงการการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาล

খনอม คือ ร้อยละ 7.5 ซึ่งสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น และการมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ของความผิดปกติในภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติที่ปอดมากที่สุด และได้ทำการส่งตรวจเพิ่มเติม พบผู้ป่วยวัณโรคปอด 2 ราย และไม่พบผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด

### ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกสัมพันธ์กับกลุ่มประชากรที่มีอายุมากและกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ส่วนการคัดกรองวัณโรคและมะเร็งปอดโดย chest x-ray พบโรคได้น้อย ซึ่งน่าจะข้อมูลส่วนหนึ่งเพื่อพิจารณาในควมคุ้มค่าในการตรวจสุขภาพ อาจใช้ chest x-ray คัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ร่วมกับรณรงค์ให้ประชากรมีความรู้และการตระหนักในการดูแลตนเอง

### เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชนกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, ธัญญา คู่พิทักษ์ขจร, ปฤษฐพร กิ่งแก้ว, ศิตาพร ยิ่งคง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และยศ ตีระวัฒนานนท์. (2556). การคัดกรองวัณโรคระดับประชากรในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 7(4): 433 - 9.

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

อัญชลี วงศ์ไฉ. (2558). การประเมินความชุกของความผิดปกติในฟิล์มเอกซเรย์ปอดโนโปรแกรมตรวจคัดกรองสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 9(2): 160 - 7.

Benoist M. (2003). Natural history of the aging spine. Eur Spine J.

Coblentz CL, Matzinger F, Samson LM, Scherer J, Stolberg HO, Weisbrod G. (2000). CAR standards for chest radiography. Canada: Canadian Association of Radiologists. [Google Scholar]

Elizabeth P and Martin D. (2016). Plain chest x-ray (CXR) in the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). European Respiratory Journal. 48: 393 - 6. doi: 10.1183/13993003.congress-2016.PA3936

Felker GM, Thompson RE, Hare JM, Hruban RH, Clemetson DE, Howard DL et al. (2000). Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. N Engl J Med.; 342(15): 1077 - 84.

- Hubbell FA, Greenfield S, Tyler JL, Chetty K, Wyle FA. (1985). The impact of routine admission chest x-ray films on patient care. *N Engl J Med*.
- Izamin I and Rizal AM. (2012). Chest X-Ray as an essential part of routine medical examination: Is it necessary?. *Med J Malaysia*. 67(6):606-9. Retrieved from <http://www.e-mjm.org/2012/v67n6/chest-x-ray.pdf>
- Manser R, Lethaby A, Irving LB, Stone C, Byrnes G, Abramson MJ, et al. (2013). Screening for lung cancer. *Cochrane Database Sys Rev*. doi: 10.1002/14651858.CD001991.pub3.
- Niewohner D, Kleinerman J and Liotta L. (1975). Elastic behavior of post-mortem Human lungs: effects of aging and mild emphysema. *J Appl Physiol*; 38(7):943-9.
- Tigges S, Roberts DL, Vydareny KH and Schulman DA. (2004). Routine chest radiography in a primary care setting. *Radiology*. 233(2), 575-8. doi: 10.1148/radiol.2332031796
- Turner JM, Mead J and Wohl ME. (1968). Elasticity of human lungs in relation to age. *J Appl Physiol*.;25(6):664-71. PMID:5727191.

## ประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมวัณโรค จังหวัดชลบุรี ปี 2560 - 2563 Effectiveness of Tuberculosis Prevention and Control in Chonburi Province 2017 - 2020

วัชรี ทองอ่อน

Watttharee Thong - Oon

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

Chonburi Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบย้อนหลังเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมวัณโรคจังหวัดชลบุรี ปี 2560 - 2563 และ 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในจังหวัดชลบุรี การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการคัดกรองและดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการบันทึกผ่านโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ.2563 สถิติที่ใช้ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมวัณโรค ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตราอุบัติการณ์ อัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรค อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ไคสแควร์ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษาพบผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ.2563 จำนวน 9,393 ราย โดยเป็นผู้ป่วยวัณโรคจากการค้นหาเชิงรุกจำนวน 7,084 ราย (ร้อยละ 75.4) และระบบบริการเชิงรับ จำนวน 2,309 ราย (ร้อยละ 24.6) เมื่อนำมาคำนวณอัตราอุบัติการณ์จากจำนวนประชากรกลางปีในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (ปี 2560 - 2563) พบว่า อัตราอุบัติการณ์ มีค่า 122.6, 186.7, 150.3 และ 148.8 ต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ ผลการประเมินประสิทธิผลของการป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวทางของกองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดชลบุรี มีค่าร้อยละ 71.3, 109.1, 96.3 และ 97.2 ตามลำดับ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค มีค่าร้อยละ 83.6, 88.9, 86.2 และ 86.0 ตามลำดับ

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ( $p < 0.001$ ) กลุ่มอายุ ( $p = 0.005$ ) และลักษณะกลุ่มประชากรเสี่ยง ( $p < 0.001$ ) ในขณะที่สัญชาติ และสิทธิการรักษาสุขภาพนั้น มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ( $p > 0.05$ ) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย การได้รับคำปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวี ( $p < 0.001$ ) การมีผู้กำกับกรินยา ( $p < 0.001$ ) และพื้นที่ในการ

รับยาเพื่อรักษาวัณโรค ( $p < 0.001$ ) ส่วนปัจจัยด้านระบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคนั้นมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ( $p > 0.05$ ) ผลการศึกษาเหล่านี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรค

**คำสำคัญ :** วัณโรค, อุบัติการณ์, ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรค, ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค

## Abstract

The objectives of this retrospective descriptive research were to 1) evaluate the effectiveness of tuberculosis (TB) prevention and control in Chonburi Province 2017 – 2020 and 2) analyze factors associated with success treatment in tuberculosis patients. This research applied the secondary data from the National Tuberculosis Information Program (NTIP) between October 2017 and September 2021. Statistics used to evaluate the effectiveness of tuberculosis prevention and control included mean, percentage, standard deviation, incidence rate, TB treatment coverage, and TB success rate. Chi-square test was used to analyze risk factors associated with TB success treatment.

Research findings showed 9,393 tuberculosis patients were registered for treatment in Chonburi Province during October 2017 to September 2021, including 7,084 patients (75.4%) were from active case finding system and 2,309 patients (24.6%) were from passive/walk-in service system. Incidence rates (per 100,000 population) of tuberculosis calculated from midyear population in the last 4 years (year 2017 - 2020) were 122.6, 186.7, 150.3 and 148.8, respectively. Results of an evaluation of the effectiveness of TB prevention and control program according to the Ministry of Public Health's guideline revealed that the TB treatment coverage rates were 71.3%, 109.1%, 96.3% and 97.2%, respectively. TB success treatment rates were 83.6%, 88.9%, 86.2% and 86.0%, respectively.

Research results of factors statistically associated with TB treatment success were found as follows: personal factors, including sex ( $p < 0.001$ ), age ( $p = 0.005$ ) and patient groups ( $p < 0.001$ ), whereas nationality and health security schemes were not statistically associated with TB treatment success ( $p > 0.05$ ). Management factors including, counseling for HIV testing ( $p < 0.001$ ), receiving directly observed treatment ( $p < 0.001$ ) and traveling to receive TB treatment ( $p < 0.001$ ) were statistically associated with TB treatment success, whereas TB screening service system was not statistically significant ( $p > 0.05$ ). These



research results can be applied to develop the policy, strategy and prevention and control plan of TB.

**Keywords :** Tuberculosis, Incidence, TB Treatment Coverage, TB Success Rate

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกจำนวน 10.4 ล้านราย (140 ต่อ 100,000 ประชากร) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต จำนวน 1.7 ล้านราย ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1.03 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด โดยเสียชีวิตปีละ จำนวน 0.4 ล้านราย (WHO, 2017) องค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การป้องกันควบคุมวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในกรอบสหประชาชาติและยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยกำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคไว้ในปี พ.ศ.2578 ประกอบด้วย 1) ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อ 100,000 ประชากร และ 2) ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2558 (WHO, 2017; สำนักวัณโรค, 2560)

ประเทศไทยมีอัตราป่วยวัณโรครายใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกประมาณ 1.3 เท่า แต่มีผู้ป่วยที่ตรวจพบและถูกรายงานในระบบเพียงร้อยละ 59 ของที่คาดประมาณเท่านั้น ซึ่งสะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเข้าถึงการรักษาล่าช้าหรือเข้าไม่ถึง ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและทำให้แต่ละปีอัตราป่วยคาดประมาณลดลงได้เพียงซ้ำ ๆ เท่านั้น

การที่จะบรรลุเป้าหมาย SDGs และ End TB ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการดำเนินงานในทิศทางใหม่ เพื่อให้สามารถยุติปัญหาวัณโรคได้อย่างจริงจัง (สำนักวัณโรค, 2560)

แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ ได้คาดประมาณอุบัติการณ์วัณโรคในประเทศไทย ปี 2559 มีค่า 172 ต่อ 100,000 ประชากร และได้กำหนดเป้าหมายยุติวัณโรคประเทศไทย (END TB) ในปี พ.ศ. 2578 ให้มีค่าต่ำกว่า 10 ต่อ 100,000 ประชากร มาตรการสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 1) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ให้มีความครอบคลุม ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 2) การคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงหลักที่เสี่ยงต่อวัณโรค (Key Populations) ให้มีความครอบคลุม ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มผู้ที่อยู่ในสถานที่เสี่ยง เช่น ผู้ต้องขัง บุคลากรทางการแพทย์ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ขายบริการ และกลุ่มที่มีโรคร่วม เช่น เอชไอวี เบาหวาน ไตเรื้อรัง ปอดอุดตัน ผุ่นโยหิน ขาดสารอาหาร ติดสารเสพติด 3) การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีอัตราความสำเร็จการรักษา ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และ 4) การพัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวัง การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ (WHO, 2017; สำนักวัณโรค, 2559)

ข้อมูลการดำเนินงานวันโรคจังหวัดชลบุรี ในอดีตที่ผ่านมาพบว่าปี 2558 มีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 641 ราย คิดเป็นอัตรา 44.05 ต่อ 100,000 ประชากร โดยมีอัตราความสำเร็จของการรักษา (Success Rate) เป็นร้อยละ 83.31 และ ปี 2559 มีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 1,481 ราย คิดเป็นอัตรา 99.86 ต่อ 100,000 ประชากร โดยมีอัตราความสำเร็จของการรักษา เป็นร้อยละ 80.96 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2558; 2559) แสดงให้เห็นว่าอัตราผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาของจังหวัดชลบุรีนั้นยังมีค่าต่ำกว่าการคาดประมาณอุบัติการณ์ในระดับประเทศ (172 ต่อ 100,000 ประชากร) และยังมีอัตราความสำเร็จของการรักษาที่ต่ำกว่าเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ (ร้อยละ 85) (WHO, 2017; กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560)

จากสถานการณ์ดังกล่าวอาจทำให้การควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรคในพื้นที่ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพดีพอ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อและเข้าสู่ระบบการรักษา มีโอกาสแพร่เชื้อให้กับผู้สัมผัสใกล้ชิด และบุคคลรอบข้างในชุมชนไปเรื่อย ๆ โดยที่ไม่รู้ตัว ประกอบกับจังหวัดชลบุรี เป็นเมืองที่มีนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ สถานที่ท่องเที่ยว สถานบันเทิง สถานศึกษาจำนวนมาก ทำให้มีประชากรแฝงจำนวนมากและเพิ่มมากขึ้นทุกปี อาจส่งผลให้การเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงทำได้ยาก

การป้องกันควบคุมวัณโรคที่สำคัญนั้น ควรมีการพัฒนากลยุทธ์ระบบบริหารจัดการเทคนิค และกระบวนการใหม่ ๆ ให้ประสบผลสำเร็จในการ

ดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นระบบการจัดบริการเชิงรุก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค ให้มีความครอบคลุม และรักษาได้เร็วขึ้น รวมทั้งเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษา เพื่อลดการอัตราการเกิดวัณโรคดื้อยาและดื้อยารุนแรงหลายขนาน ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงาน (Program Evaluation) ซึ่งมีความจำเป็นต่อการสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของกลยุทธ์ที่สำคัญในการดำเนินงาน ดังเช่นการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคในประเทศกลุ่มมหาสมุทรแปซิฟิก ที่เน้นระบบการคัดกรองวัณโรคเชิงรุก (Active case finding) เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถเข้าสู่การรักษาได้เร็วที่สุด (Rahevar K. และคณะ, 2018) และกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยได้ประเมินผลยุทธศาสตร์การยุติวัณโรค ปี พ.ศ.2558 – 2563 โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการและการวินิจฉัยวัณโรค การพัฒนาประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรค การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค และการติดตามผู้สัมผัสให้มีความครอบคลุม จากการประเมินผลพบว่า อุบัติการณ์ของวัณโรคในประเทศไทยลดลงถึงร้อยละ 29 จากอัตราป่วย 11.9 ต่อ 100,000 ประชากร ในปี พ.ศ.2558 เป็นอัตราป่วย 8.4 ต่อ 100,000 ประชากร ในปี พ.ศ.2563 (Public Health England, 2021) นอกจากนี้การศึกษาถึงปัจจัยทั้งด้านลักษณะส่วนบุคคล และด้านการบริหารจัดการที่มีความสัมพันธ์ต่อการรักษาวัณโรคนั้น สามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคได้ ดังเช่น รายงานวิจัยของชูลิพร ศิริใจชิงกุล,จรัสศรี พิมภาสูง และสุรณัฐ เจริญศรี, (2561) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการ

รักษาหายของวัณโรค ได้แก่ เพศหญิง (OR 1.57, 95% CI 1.14 - 2.15) และกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี (OR 1.72, 95% CI 1.04 - 2.82) และปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการรักษา ได้แก่ ที่อยู่ของผู้ป่วย ห่างจากโรงพยาบาลที่รักษามากกว่า 20 กิโลเมตร (OR 5.21, 95% CI 2.58 - 10.53) รวมทั้งงานวิจัยของนาปีละห์ สาแม, (2559) เปิดเผยว่า การให้คำปรึกษาเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการรักษาหายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.002$ ) และ วิชชุดา เทียนเจษฎา และเชิดชัย สุนทรภาส, (2555) ได้วิจัยพบว่า ผลการตรวจเอชไอวีเป็นบวก และความไม่ต่อเนื่องในการรักษาของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงลบกับผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

ในปี 2560 – 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของจังหวัดชลบุรีขึ้น โดยใช้กลไกการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมจากหน่วยงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ภายใต้กลยุทธ์ที่สำคัญคือ 1) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุก (TB Active Case Finding) 2) การระดมความร่วมมือกับหน่วยบริการสาธารณสุขภาคเอกชนในพื้นที่ (Coordinating to Private Health Sectors) เพื่อส่งต่อและขึ้นทะเบียนรักษา 3) การกำกับ การรับประทานยาวัณโรคต่อหน้า (Directly Observed Therapy : DOT) และ 4) การติดตามและประเมินผลในระดับจังหวัด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิผลการป้องกันควบคุมวัณโรค จังหวัดชลบุรี ปี 2560-2563 ตามกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้น (ภาพที่ 1) ข้อค้นพบ (Research findings) จากการวิจัยครั้งนี้

สามารถนำไปใช้เป็นตัวแบบของระบบบริการงานป้องกันและรักษาวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้ในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานยุติวัณโรคในกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงยากในแต่ละพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการป้องกันควบคุมวัณโรค ด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ในจังหวัดชลบุรี

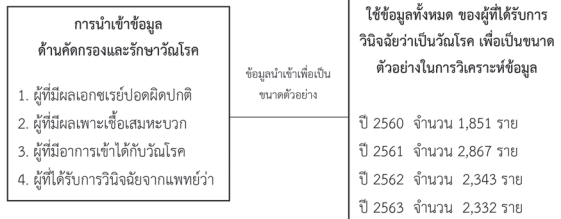


ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) การให้บริการคัดกรองและดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการบันทึกผ่านโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในจังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2563

จำนวนทั้งหมด 9,393 ราย



โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) ดังนี้

1. การขออนุญาตผู้บริหารเพื่อใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) การคัดกรองและดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ของจังหวัดชลบุรี ที่ได้รับการบันทึกผ่านโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) ปี 2560 – 2563
2. ส่งออก (Export) ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP ตามเกณฑ์การคัดเลือกข้อมูล
3. การตรวจสอบ และแก้ไขความถูกต้องของข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการป้องกันควบคุมวัณโรคจังหวัดชลบุรี ปี 2560 - 2563 ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้
  - 1.1. การพรรณนาลักษณะของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)
  - 1.2. การประมวลผลอุบัติการณ์ของวัณโรค (Incidence Rate) ด้วยอัตราป่วยต่อ 100,000 ประชากร
  - 1.3. การวิเคราะห์อัตราความครอบคลุม

การรักษาวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

- 1.4. การหาอัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB Success rate)
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ Chi-square test ใช้สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง CBO Rec 64-013 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ.2564

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาในจังหวัดชลบุรี ระยะเวลาตั้งแต่ เดือน ตุลาคม พ.ศ.2559 ถึง เดือน กันยายน พ.ศ.2563 จำนวนทั้งสิ้น 9,393 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.6 อายุ 31 - 45 ปี ร้อยละ 36.7 อายุเฉลี่ย 42.7 ปี (SD = 15.60) สัญชาติไทย ร้อยละ 92.5 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม ร้อยละ 66.9 ร้อยละ 24.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างศึกษา

เพศ	กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา	
	N = 9,393	
	จำนวน (ร้อยละ)	
ชาย	6,442 (68.6)	
หญิง	2,951 (31.4)	

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา	N = 9,393
อายุ	จำนวน (ร้อยละ)
0 - 15 ปี	65 (0.7)
16 - 30 ปี	2,229 (23.7)
31 - 45 ปี	3,456 (36.8)
46 - 60 ปี	2,328 (24.8)
> 60 ปี	1,315 (14.0)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) : 42.69 (15.60)	
สัญชาติ	
ไทย	8,685 (92.5)
พม่า	176 (1.9)
กัมพูชา	315 (3.3)
ลาว	43 (0.5)
อื่น ๆ	174 (1.8)
สิทธิการรักษา	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6,287 (66.9)
ประกันสังคม	2,314 (24.6)
บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	383 (4.1)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13 (0.2)
สิทธิอื่น ๆ	178 (1.9)
ไม่มีสิทธิ	218 (2.3)

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ที่ได้จากการดำเนินงานค้นหาเชิงรุกในกลุ่มประชากรเสี่ยง และการคัดกรองในระบบบริการเชิงรับ ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรค จำนวนทั้งหมด 9,393 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากระบบบริการเชิงรุก จำนวน 7,084 ราย (ร้อยละ 75.4) โดยภาพรวมพบมากในผู้สัมผัสของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 2,636 ราย (ร้อยละ 37.2) ผู้ต้องขังในเรือนจำ จำนวน 1,224 ราย (ร้อยละ 17.3) ผู้ที่อาศัยในชุมชนแออัด/ผู้อพยพ จำนวน 953 ราย (ร้อยละ 13.5) ผู้สูงอายุ จำนวน 721 ราย (ร้อยละ 10.2) ตลอดจนผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 590 ราย

(ร้อยละ 8.3) ตามลำดับ ในขณะที่ระบบบริการเชิงรับ มีจำนวน 2,309 ราย (ร้อยละ 24.6) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนจากระบบบริการเชิงรุก และระบบบริการเชิงรับ ปี 2560-2563

	ปี 2560 ราย (ร้อยละ)	ปี 2561 ราย (ร้อยละ)	ปี 2562 ราย (ร้อยละ)	ปี 2563 ราย (ร้อยละ)	รวม ราย (ร้อยละ)
ระบบบริการเชิงรุก	1,825 (98.6)	2,175 (75.9)	1,554 (66.3)	1,530 (65.6)	7,084 (75.4)
ผู้ต้องขังในเรือนจำ	57 (3.1)	539 (24.8)	264 (17.0)	364 (23.8)	1,224 (17.3)
ชุมชนแออัด/ผู้อพยพ	284 (15.6)	191 (8.8)	276 (17.8)	202 (13.2)	953 (13.4)
ผู้สัมผัสของผู้ป่วยวัณโรค	1,299 (71.2)	634 (29.1)	387 (24.9)	316 (20.7)	2,636 (37.2)
บุคลากรด้านสาธารณสุข	2 (0.1)	7 (0.3)	28 (1.8)	28 (1.8)	65 (0.9)
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	62 (3.4)	194 (8.9)	185 (11.9)	149 (9.7)	590 (8.3)
กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน	28 (1.5)	124 (5.7)	101 (6.5)	92 (6.0)	345 (4.9)
แรงงานต่างด้าว	59 (3.2)	262 (12.1)	92 (5.9)	137 (9.0)	550 (7.8)
ผู้สูงอายุ	34 (1.9)	224 (10.3)	221 (14.2)	242 (15.8)	721 (10.2)
ระบบบริการเชิงรับ	26 (1.4)	692 (24.1)	789 (33.7)	802 (34.4)	2,309 (24.6)
รวมทั้งสิ้น	1,851	2,867	2,343	2,332	9,393

ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค จังหวัดชลบุรี ปี 2560 – 2563 จากการวิเคราะห์หาอุบัติการณ์ของวัณโรค โดยใช้ข้อมูลประชากรกลางปีของจังหวัดชลบุรี ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ปี 2560 – 2563) พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรค เท่ากับ 122.7, 186.7, 150.4, และ 148.8 ต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ โดยมีอัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 71.3, 109.2, 96.4 และ 97.3 ตามลำดับ โดยใช้จำนวนผู้ป่วยที่รักษาครบ/รักษาหาย เมื่อวิเคราะห์อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค พบอัตราความสำเร็จร้อยละ 83.7, 88.9, 86.2 และ 86.1 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค จังหวัดชลบุรี ปี 2560 - 2563

ผลการดำเนินงานวัณโรค	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
เป้าหมายของอุบัติการณ์วัณโรคในการคาดประมาณการจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (อัตราป่วย ต่อ 100,000 ประชากร)	172	171	156	153
จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้จากการคาดประมาณการ (ราย)	2,596	2,626	2,431	2,397
ผลการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในจังหวัดชลบุรี (ราย)	1,851	2,867	2,343	2,332
อุบัติการณ์ของวัณโรคในจังหวัดชลบุรี (อัตราป่วย ต่อ 100,000 ประชากร)	122.7	186.7	150.4	148.8
การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดชลบุรี (TB Treatment Coverage) (ร้อยละ)	71.3	109.2**	96.4	97.3
จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายและรักษาครบ (ราย)	1,549	2,549	2,020	2,007
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (ร้อยละ)	83.7	88.9	86.2	86.1

\* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2560)

\*\* มีค่ามากกว่า ร้อยละ 100 เนื่องจากผลการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในจังหวัดชลบุรี มีมากกว่าจำนวนผู้ป่วย วัณโรคที่ได้จากการคาดประมาณการ ผลสืบเนื่องมาจากระบบการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกตามแผนการดำเนินงานของจังหวัดชลบุรี ในช่วงปี 2561

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในจังหวัดชลบุรี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย เพศ ( $p < 0.001$ ) ลักษณะกลุ่มประชากรเสี่ยง ( $p < 0.001$ ) การได้รับคำปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวี ( $p < 0.001$ ) การมีผู้กำกับการกินยา ( $p < 0.001$ ) พื้นที่ในการรับยาเพื่อรักษาวัณโรค ( $p < 0.001$ ) และกลุ่มอายุ ( $p = 0.005$ ) ส่วนปัจจัยด้านสัญชาติ สิทธิการรักษาสุขภาพ และระบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคนั้น มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ปัจจัยที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค

ปัจจัย	รวม (n= 9,393) จำนวน (ร้อยละ)	ผลการรักษา		P
		สำเร็จ (n= 8,125) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สำเร็จ (n= 1,268) จำนวน (ร้อยละ)	
<b>เพศ</b>				
ชาย	6,442 (68.6)	5,494 (85.3)	948 (14.7)	< 0.001***
หญิง	2,951 (31.4)	2,631 (89.3)	320 (10.7)	
<b>กลุ่มอายุ</b>				
0-15 ปี	65 (0.7)	61 (93.8)	4 (6.2)	0.005***
16-30 ปี	2,229 (23.7)	1,940 (87.0)	289 (13.0)	
31-45 ปี	3,456 (36.7)	3,022 (87.4)	434 (12.6)	
46-60 ปี	2,328 (24.8)	1,999 (85.9)	329 (14.1)	
> 60 ปี	1,315 (14.1)	1,103 (83.9)	212 (16.1)	
<b>สัญชาติ</b>				
ไทย	8,685 (92.5)	7,503 (86.4)	1,182 (13.6)	0.089
พม่า	176 (1.9)	156 (88.6)	20 (11.4)	
กัมพูชา	315 (3.4)	285 (90.5)	30 (9.5)	
ลาว	43 (0.5)	38 (88.4)	5 (11.6)	
อื่น ๆ	174 (1.9)	142 (82.1)	31 (17.9)	
<b>สิทธิการรักษาสุขภาพ</b>				
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6,287 (66.9)	5,391 (85.7)	896 (14.3)	0.080
ประกันสังคม	2,314 (24.6)	2,034 (87.9)	280 (12.1)	
บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	383 (4.1)	336 (87.7)	47 (12.3)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13 (0.1)	11 (84.6)	2 (15.4)	
สิทธิอื่น ๆ ไม่มีสิทธิ	178 (2.0)	159 (89.3)	19 (10.7)	
	218 (2.3)	194 (89.0)	24 (11.0)	
<b>ลักษณะกลุ่มประชากรเสี่ยง</b>				
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	345 (3.7)	298 (86.4)	47 (13.6)	< 0.001***
แรงงานต่างด้าว	550 (5.9)	497 (90.4)	53 (9.6)	
ผู้ต้องขังในเรือนจำ	1,224 (13.0)	1,096 (89.5)	128 (10.5)	
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	590 (6.3)	470 (79.7)	120 (20.3)	
ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค	2,636 (28.1)	2,267 (86.0)	369 (14.0)	
ผู้สูงอายุ	721 (7.7)	601 (83.4)	120 (16.6)	
ชุมชนแออัดและผู้อพยพ	953 (10.1)	830 (87.1)	123 (12.9)	
บุคลากรสาธารณสุข	65 (0.7)	63 (96.9)	2 (3.1)	
อื่น ๆ	2,309 (24.5)	2,003 (86.7)	306 (13.3)	
<b>การได้รับคำปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวี</b>				
ยินยอมตรวจ	6,887 (73.3)	6,051 (87.9)	836 (12.1)	< 0.001***
เอชไอวี	2,506 (26.7)	2,074 (82.8)	432 (17.2)	
ไม่ยินยอมตรวจเอชไอวี				
ระบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค				
ระบบบริการเชิงรุก	7,084 (75.4)	6,122 (86.4)	962 (13.6)	0.689
ระบบบริการเชิงรับ	2,309 (24.6)	2,003 (86.7)	306 (13.3)	
<b>การมีผู้กำกับการกินยา</b>				
มีผู้กำกับการกินยา	8,501 (90.5)	7,588 (89.3)	913 (10.7)	< 0.001***
ไม่มีผู้กำกับการกินยา	892 (9.5)	537 (60.2)	355 (39.8)	
<b>พื้นที่การรับยาเพื่อรักษาวัณโรค</b>				
ที่โรงพยาบาลในอำเภออาศัย	7,057 (75.1)	6,167 (87.4)	890 (12.6)	< 0.001***
ที่โรงพยาบาลต่างอำเภออาศัย	2,336 (24.9)	1,958 (83.8)	378 (16.2)	

หมายเหตุ : ระดับนัยสำคัญทางสถิติ \*  $p < 0.05$ ;  
\*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

## อภิปรายผล

การดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค จังหวัดชลบุรี ปี 2560–2563 พบผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่มาจากระบบค้นหาบริการเชิงรุก โดยเฉพาะในผู้สัมผัสของผู้ป่วยวัณโรค รองลงมา คือ ผู้ต้องขัง ในเรือนจำ ผู้ที่อาศัยในชุมชนแออัด/ผู้อพยพ ผู้สูงอายุ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามลำดับ ผลการประเมินความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วย วัณโรค ในจังหวัดชลบุรี พบมากกว่าร้อยละ 95 โดยเฉพาะในปี 2561 มีมากถึงร้อยละ 109.2 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560–2564 ในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ให้มีความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงให้มีความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อวัณโรค (Key Populations) ส่วนอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค พบมากกว่าร้อยละ 85 โดยเฉพาะในปี 2561 มากถึงร้อยละ 88.9 เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้โดยเฉพาะตัวชี้วัด ความสำเร็จของการรักษา (TB Treatment Success) ที่ต้องมากกว่า ร้อยละ 85 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานค้นหาเชิงรุกในกลุ่มประชากรเสี่ยง เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคของจังหวัดชลบุรี เพื่อให้พบผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น และเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคได้เร็วขึ้น ทำให้ลดการ

แพร่ระบาดในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคในประเทศกลุ่มมหาสมุทรแปซิฟิก ที่เน้นระบบการคัดกรองวัณโรคเชิงรุก (Active case finding) เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถเข้าสู่การรักษาได้เร็วที่สุด (Rahevar K. และคณะ, 2018) และรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ซึ่งได้ประเมินผลของยุทธศาสตร์การยุติวัณโรค ปี พ.ศ.2558–2563 โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการและการวินิจฉัยวัณโรค การพัฒนาประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรค การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค การติดตามผู้สัมผัสให้มีความครอบคลุม การเพิ่มความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน BCG การลดอัตราการดื้อยาวัณโรค การเร่งรัดการควบคุมป้องกันวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง การคัดกรองและรักษาวัณโรคแฝง การเฝ้าระวังสถานการณ์และติดตามประเมินผล จากการประเมินผลทางระบาดวิทยา พบว่าอุบัติการณ์ของวัณโรคในประเทศไทยลดลงถึงร้อยละ 29 จากอัตราผู้ป่วย 11.9 ต่อ 100,000 ประชากร ในปี 2558 เป็นอัตราผู้ป่วย 8.4 ต่อ 100,000 ประชากร ในปี 2563 (Public Health England, 2021) นอกจากนี้ Mandal, S. และคณะ, (2020) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันควบคุมวัณโรค ซึ่งประกอบด้วย การคัดกรองและรักษาการติดเชื้อวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง อาทิเช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยวัณโรค และกลุ่มผู้มีภาวะโรคร่วม เช่น โรคซิฟิลิส โรคเบาหวาน และผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะฯ โดยใช้โมเดลคณิตศาสตร์ทางระบาดวิทยาในการคาดประมาณผลลัพธ์ด้านการลดอัตรา

การติดเชื้อไวรัสโรครายใหม่ และการเสียชีวิตเนื่องจากไวรัสโรครายใหม่ ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าหากทุกประเทศใช้รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคดังกล่าว จะทำให้อัตราการติดเชื้อไวรัสโรครายใหม่ และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไวรัสโรค ปี 2573 ลดลงถึงร้อยละ 8.30 และร้อยละ 6.75 เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์พื้นฐาน ในปี 2558 สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่า หากประเทศไทยใช้รูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวจะสามารถลดอัตราการติดเชื้อไวรัสโรครายใหม่ และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไวรัสโรค ในปี 2573 ได้ถึงร้อยละ 13.94 และร้อยละ 7.25 เมื่อเทียบกับสถานการณ์พื้นฐาน ในปี 2558

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยไวรัสโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย เพศ ลักษณะกลุ่มประชากรเสี่ยง การได้รับคำปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวี การมีผู้กำกับ การกินยา พื้นที่ในการรับยาเพื่อรักษาไวรัสโรค ( $p < 0.001$ ) และ กลุ่มอายุ ( $p = 0.005$ ) โดยพบว่า เพศหญิง มีการรักษาสำเร็จ มากถึงร้อยละ 89.3 สอดคล้องกับงานวิจัยของชูลิพร ศิริใจชิงกุล, จรัสศรี พิมภาสูง และสุรณัฐ เจริญศรี, (2561) ที่ศึกษาอุบัติการณ์ของไวรัสโรคและปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาหายของไวรัสโรค ได้แก่ เพศหญิง (OR 1.57, 95% CI 1.14 - 2.15) และกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี (OR 1.72, 95% CI 1.04 - 2.82) (ชูลิพร ศิริใจชิงกุล, จรัสศรี พิมภาสูง และสุรณัฐ เจริญศรี, 2561) สำหรับผู้ป่วยไวรัสโรคที่ได้รับคำปรึกษาตรวจเอชไอวี และมีการยินยอมตรวจเอชไอวีนั้น มีการรักษาสำเร็จ มากถึงร้อยละ 87.9 ผลการศึกษา

ครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ได้รับคำปรึกษาตรวจเอชไอวี ข้อมูลที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาไวรัสโรค ภาวะโรคแทรกซ้อนโดยเฉพาะเอชไอวี และการรักษาจะมีมุมมองด้านบวก มีแรงจูงใจและมีกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล ในการรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นาปีละห์ สาแม, (2559) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นหายในมุสลิมที่ป่วยเป็นไวรัสโรคปอด ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนราธิวาส ในช่วงเดือน มกราคม - ธันวาคม 2559 ประกอบด้วย ลักษณะการเกิดโรคของผู้ป่วย (ใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ( $p = 0.003$ ) ผลเอกซเรย์ (การมีแผลในโพรง) ( $p = 0.002$ ) และการให้คำปรึกษาเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการรักษาหายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.002$ ) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไวรัสโรคที่รักษาสำเร็จนั้นส่วนใหญ่มาจากการมีผู้กำกับการกินยา ซึ่งเป็นผลของการได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท และบุคลากรทางแพทย์ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ลดอัตราการขาดการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิบูล วิเชียรไพศาล และศิริวรรณ พินชมภู, (2558) ที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลitudinal ของผู้ป่วยไวรัสโรคปอดเสมหะบวมที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานา อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 557 ราย พบว่าผู้ป่วยไวรัสโรคที่ได้รับบริการตามเกณฑ์การรักษาจะมีโอกาสประสบความสำเร็จ 21.8 เท่า (95% CI 8.5 - 55.4) และผู้ป่วยที่ได้รับการกำกับติดตามและเยี่ยมบ้านมีโอกาสประสบความสำเร็จ 10.8 เท่า (95% CI 4.2 - 27.7) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยกลุ่มที่มีผลรักษา



สำเร็จนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้รับการรักษานในพื้นที่อาศัย เนื่องจากมีระยะทางในการเดินทางมารับบริการ ไม่ไกลมาก มีความสะดวกและรวดเร็ว ในการเดินทางมารับบริการ รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chantana, N. และคณะ, (2019) ที่พบว่าความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยารักษาวัณโรคคือยาลหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าปัจจัยด้านที่อยู่ของผู้ป่วยที่ห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า 20 กิโลเมตร นั้นมีผลต่อการรักษาล้มเหลว (OR 2.24, 95% CI 1.34 - 3.74) ดังนั้นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อผลการรักษาที่ไม่ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาไกลจากโรงพยาบาล จะสามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาของวัณโรคได้ (ชวลีพร ศิริใจชิงกุล, จรัสศรี พิมภาสูง และสุรณัฐ เจริญศรี, 2561)

### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
  - 1.1 . การจัดระบบบริการเชิงรุก ตลอดจนการอำนวยความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการค้นพบและรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้เร็วขึ้น ทำให้ลดการแพร่ระบาดในชุมชน
  - 1.2 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาวัณโรค และได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยการมีผู้กำกับการกินยาให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคมกซึ้นลดการอัตราการเกิดวัณโรคคือยาและคือยารุนแรง

หลายขนาน

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในระยะยาว (10 ปี) เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มของอุบัติการณ์โรค รวมทั้งศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ทั้งในด้านนโยบาย ทรัพยากร และความร่วมมือด้านต่าง ๆ

### เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
- ชวลีพร ศิริใจชิงกุล, จรัสศรี พิมภาสูง และสุรณัฐ เจริญศรี. (2561). อุตบัติการณ์ของวัณโรคและปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน. *อายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3, 36-44.
- นาปีละห์ สาแม. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการฟื้นฟูในมุสลิมที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*.
- พิบูล วิเชียรไพศาล และ ศิริวรรณ พันชมภู. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่โรงพยาบาลปทชองนนา อำเภอปากช่องจังหวัดนครราชสีมา. *เวชสารโรงพยาบาลมหาาราชนครราชสีมา*. 37 (3), 161-168.

- วิชชุดา เทียนเจษฎา และ เชิดชัย สุนทรภาส. (2555). การจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลบ้านกรวด. เกษัชศาสตร์ อีสาน. 8(2), 42-52.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2558). รายงาน TB07 จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ.2558. ชลบุรี: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานฯ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2559). รายงาน TB07 จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2559. ชลบุรี: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานฯ.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560 – 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค สืบค้นจาก [http://e-lib.ddc.moph.go.th/pdf/material\\_406/material\\_406.pdf](http://e-lib.ddc.moph.go.th/pdf/material_406/material_406.pdf)
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560 – 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- Chantana, N., Maneesriwongul, W. & Putawatana, P. (2019). Factors Related to Adherence to Multi-Drug Resistant Tuberculosis Treatment. Rama Nurs. (25)3, 296-309. (in Thai).
- Mandal, S., Bhatia, V., Sharma, M., Mandal, P.P. & Arinaminpathy, N. (2020). The potential impact of preventive therapy against tuberculosis in the WHO South-East Asian Region: a modelling approach. BMC Medicine. 18(163),1-10. doi:10.1186/s12916-020-01651-5
- Public Health England. (2021). Collaborative TB Strategy for England 2015 to 2020. Wellington House. London SE1 8UG.
- Rahevar, K., Fujiwara, P. I., Ahmadova, S., Morishita, F. & Reichman, L.B. (2018). Implementing the End TB Strategy in the Western Pacific Region: Translating vision into reality. Respiriology. 23, 735–742. doi: 10.1111/resp.13308
- World Health Organization. (2017). Global Tuberculosis Report 2017. Retrieved from: [https://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr2017\\_main\\_text.pdf](https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf)

## ปุ่มกระดูกกลางเพดานปากขนาดใหญ่ : การผ่าตัดร่วมกับการใช้แผ่นปิดเพดาน ปิดแผลผ่าตัด : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

### Large Torus Palatinus : Surgical Technique and A use of Palatal Stent after Surgery : A Case Report

มัทธาบุษย์ ไชยวารรณ

Muttabut Chaiyawan

โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

#### บทคัดย่อ

ปุ่มกระดูกงอก มีกระดูกทึบเป็นส่วนประกอบหลักโดยมีไขกระดูกเป็นส่วนประกอบในปริมาณจำกัด ถูกปกคลุมด้วยเนื้อเยื่อบาง ๆ ที่มีหลอดเลือดมาหล่อเลี้ยงน้อย ปุ่มกระดูกในช่องปากมีชื่อเรียกต่างกันไปตามตำแหน่งที่พบ ในกรณีที่พบในบริเวณกึ่งกลางเพดานของขากรรไกรบน จะเรียกว่า “Torus Palatinus” ปุ่มกระดูกเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ใช่อายุโรคร้ายแรง โตช้าและไม่ค่อยมีอาการผิดปกติ การผ่าตัดออกจะทำให้ในกรณีที่มีการบาดเจ็บในขณะเคี้ยวอาหาร กลืนหรือจากแปรงสีฟันบ่อย ๆ หรือกรณีที่ต้องการใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ แล้วตำแหน่งของโครงสร้างฐานฟันปลอมจะต้องวางพาดผ่านปุ่มกระดูกเหล่านี้ วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อนำเสนอรายงานผู้ป่วยไร้ฟันที่ได้รับการผ่าตัดเอาปุ่มกระดูกกลางเพดานขนาดใหญ่ออกโดยเทคนิคการกรอแบ่งปุ่มกระดูกออกเป็นหลายส่วนร่วมกับการใช้แผ่นปิดเพดานปิดแผลภายหลังการผ่าตัดและวิเคราะห์การรักษาที่ได้รับ รายงานผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทยอายุ 55 ปี ที่ไม่มีฟันวางแผนทำฟันปลอมทั้งปากมีปุ่มกระดูกขนาดใหญ่กลางเพดาน ได้รับการผ่าตัดเอาปุ่มกระดูกกลางเพดานปากออกโดยเทคนิคการกรอแบ่งปุ่มกระดูกออกเป็นหลาย ๆ ส่วนและปิดจัดออกร่วมกับการใช้แผ่นปิดเพดาน ปิดแผลภายหลังการผ่าตัด

**คำสำคัญ :** ปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก, การตัดกระดูก, แผ่นปิดเพดาน

#### Abstract

The tori are exostosis that are formed by a dense cortical and limited amount of bone marrow and they are covered with a thin and poorly vascularized mucosa. When the exostosis is found in hard palate, it is called “Torus Palatinus”. Most tori are actually benign in nature. Their growth is very slow and do not produce any symptoms. Surgical removal of exostoses is indicated when the patient frequently traumatized the area of palatine torus

during mastication, swallow or brush teeth or when it is necessary for the rehabilitation of the upper arcade with removable denture. The aim of this article is to report one edentulous patient whose large torus palatinus was removed by Segmental Osteotomy Technique and a use of palatal stent after surgery and to discuss the management of it. This article reported a 55 years old Thai man with both upper and lower edentulous ridges was planned for oral rehabilitation by complete dentures but presented a large polylobulated shape lesion on the midline of hard palate. Surgical removal was done by Segmental Osteotomy Technique and palatal stent was applied after surgery.

**Keywords :** Torus Palatinus, Osteotomy, Palatal stent

## บทนำ

ปุ่มกระดูกงอก (Tori) มีกระดูกทึบ (Cortical bone) เป็นส่วนประกอบหลักโดยมีไขกระดูก (bone marrow) เป็นส่วนประกอบในปริมาณจำกัด ถูกปกคลุมด้วยเนื้อเยื่อบาง ๆ ที่มีหลอดเลือดมาหล่อเลี้ยงน้อย (Garcia-Garcia, Martinez-Gonzalez, Gomez-Font, Soto-Rivadeneira, & Oviedo-Roldan, 2010) ปุ่มกระดูกในช่องปาก มีชื่อเรียกต่างกันไปตามตำแหน่งที่พบ เช่น พบในบริเวณกึ่งกลางเพดานของขากรรไกรบน จะเรียกว่า Torus palatinus หากพบที่บริเวณด้านขีดลิ้นของขากรรไกรล่างจะเรียกว่า Torus mandibularis หรือถ้าอยู่บริเวณด้านขีดแก้มหรือขีดเพดานของสันเหงือกจะเรียกว่า Exostosis

สาเหตุการเกิดปุ่มกระดูกยังไม่ทราบแน่ชัด ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด มักกล่าวถึงการเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม นอกจากนี้ อาจมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บ การตอบสนองต่อการบาดเจ็บ หรือเกิดในคนที่มีฟันสึกจากการบาดเจ็บ (Castro Reino, Perez Galera, Perez Cosio Martin, &

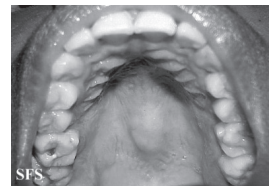
Urbon Caballero, 1990; Sirirungrojying, & Kerdpon, 1999; Jainkittivong, & Langlais, 2000) สาเหตุอื่น ๆ ที่อาจเป็นไปได้ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Sirirungrojying et al., 1999) การได้แคลเซียมเสริมในภาวะขาดวิตามิน (Martinez-González, 1998) และอาหารที่รับประทาน เช่น ปลา เป็นต้น (Eggen, Natvig, & Gasemyr, 1994) ความชุกของปุ่มกระดูกที่พบจะแตกต่างกันในกลุ่มประชากรแต่ละเชื้อชาติ โดยพบในคนผิวเหลืองมากกว่าผิวขาว (Dosumu, Arotiba, & Ogunyinka, 1998) และพบในคนผิวดำน้อยกว่าผิวขาว (Agbaje, Arowojolu<sup>1</sup>, Kolude, & Lawoyin, 2005) มีรายงานพบอุบัติการณ์การเกิดปุ่มกระดูกสูงสุดที่ช่วงอายุ 40-50 ปี (Agbaje et al., 2005) โดยความชุกจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุจนถึงช่วงอายุสูงสุดที่ 40-49 ปี และมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ช่วงอายุ 50-59 ปีเป็นต้นไป (Dosumu et al., 1998) ซึ่งความชุกที่แปรผันเหล่านี้ อาจเกี่ยวข้องกับการใช้งาน เช่น การบาดเจ็บ (functional factors)

(Sonnier, Horning, & Cohen, 1999) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การเกิดปุ่มกระดูกเป็นปรากฏการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic phenomenon) โดยมีหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และการใช้งานมาเกี่ยวข้อง การจำแนกขนาดปุ่มกระดูก ที่พบมี 2 รูปแบบ โดยเอกเกินและคณะ (Eggen et al., 1994) จำแนกเป็น 3 ขนาดคือ “ขนาดเล็ก” มีเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร “ขนาดกลาง” มีเส้นผ่านศูนย์กลาง 2-4 มิลลิเมตร และ “ขนาดใหญ่” มีเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 4 มิลลิเมตร ส่วนไรเชิร์ท นอยเฮาส์ และสุกเซม (Reichart, Neuhaus, & Sookasem, 1988) จำแนกเป็น 3 grades คือ “Grade 1” มีขนาดน้อยกว่า 3 มิลลิเมตร “Grade 2” มีขนาด 3-6 มิลลิเมตร และ “Grade 3” มีขนาดมากกว่า 6 มิลลิเมตร

ปุ่มกระดูกงอกเพดานปาก (Torus palatinus) เป็นปุ่มกระดูกที่โตขึ้น เนื่องจากการทำงานที่มากผิดปกติของเซลล์สร้างกระดูก (Osteoblast) ทำให้มีการสะสมของกระดูกบริเวณรอยเชื่อมต่อของ palatine process ของขากรรไกรบนโดยมากมักอยู่แนวกลาง โตะซ้าย และหยุดโตได้เอง (Castro Reino, Perez Galera, Perez Cosio Martin, & Urbon Caballero, 1990) พบอุบัติการณ์การเกิดปุ่มกระดูกเพดานปากมากที่สุด รองลงมาคือปุ่มกระดูกนูนที่ขากรรไกรล่างด้านลิ้น (Antoniades, Belazi, & Papanayiotou, 1998) ส่วนปุ่มกระดูกที่สันเหงือกด้านแก้ม และด้านเพดานจะพบน้อยลงตามลำดับ (Castro Reino et al., 1990) โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Jainkittivong, & Langlais, 2000) จำแนกลักษณะรูปร่างได้เป็น 4 ลักษณะ

(Antoniades, Belazi, & Papanayiotou, 1998; Reichart, Neuhaus, & Sookasem, 1988; Eggen, Natvig, & Gåsemyr, 1994) คือ

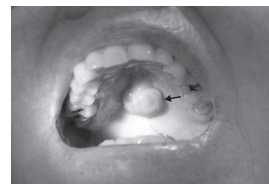
1. **Flat shape** มีฐานกว้างและผิวเรียบ ตำแหน่งอยู่ตรงกึ่งกลางเพดาน และมีลักษณะสมมาตร
2. **Spindle shape** ลักษณะเป็นสันนูน อยู่บริเวณกึ่งกลางเพดาน
3. **Nodular shape** เป็นการงอกของปุ่มกระดูกได้หลาย ๆ ก้อน โดยแต่ละก้อนจะมีฐานแยกกัน
4. **Lobular shape** เป็นการเป็นการงอกของปุ่มกระดูกเป็นหลาย ๆ ลอน โดยมีฐานเดียวกัน



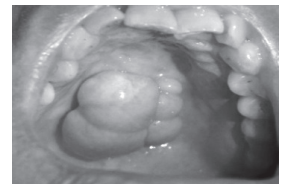
Flat shape



Spindle shape



Nodular shape



Lobular shape

ผู้ที่มีปุ่มกระดูกกลางเพดานหากมีขนาดไม่ใหญ่มาก มักไม่มีการผิดปกติใด ๆ แต่ถ้าหากปุ่มกระดูกดังกล่าวมีขนาดใหญ่ อาจส่งผลกระทบต่อที่ทำให้ต้องผ่าตัดออก อาการที่พบ ได้แก่ พุด กลืน หรือหายใจลำบาก มีเศษอาหารติดบริเวณซอกของปุ่มกระดูกได้ง่าย การดูแลสุขอนามัยช่องปากทำได้ยากขึ้น มีกลิ่นเหม็น เกิดการกระทบกระเทือนกับอวัยวะอื่น ๆ ในช่องปาก ทำให้เกิดแผลอักเสบ เจ็บ ขัดขวางการใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ ผู้ป่วยอาจวิตก

ก็พบว่าปุ่มกระดูกดังกล่าวเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง (มะเร็ง) ในช่องปาก (Garcia-Garcia, Martinez-Gonzalez, Gomez-Font, Soto-Rivadeneira, & Oviedo-Roldan, 2010)

### การประเมินผู้ป่วยและวางแผนการรักษา

ก่อนทำศัลยกรรม ควรจะมีการกำหนดปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขและวางแผนการรักษาเพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และควรมีการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคทางระบบก่อนผ่าตัด โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ถ่ายภาพรังสี และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประเมินสภาวะทางจิตใจ เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง และหลังผ่าตัด

### เทคนิคการผ่าตัด

เทคนิคการผ่าตัดที่ใช้ในการผ่าตัดปุ่มกระดูกจะเกี่ยวข้องกับ 2 ส่วนคือ ส่วนของเนื้อเยื่ออ่อน (Mucosal phase) และส่วนของกระดูก (Bone phase) ในส่วนของเนื้อเยื่ออ่อนมีวิธีการกรีดเปิดแผ่นเหงือกที่ปกคลุม 4 วิธี คือ simple linear incision, Y incision, double Y incision และ double curvilinear incision การเลือกชนิดรอยกรีดขึ้นอยู่กับตำแหน่งและรูปร่างของปุ่มกระดูกในส่วนของกระดูก หากมีขนาดใหญ่อาจใช้หัวกรอกรอแบ่งปุ่มกระดูกเป็นหลาย ๆ ส่วน โดยอาจใช้หัวกรอรูปทรงกลมกรอเจาะรูเป็นแนวนำก่อน แล้วกรอตามด้วยหัวกรอทรงกระบอก หรือใช้หัวกรอทรงกระบอกกรอแบ่งเลย (ก๊วคัก คองอินทร์, 2551) จากนั้นใช้สิ่วและค้อน หรือ straight elevator ตัดหรือบดปุ่มกระดูกออกทีละส่วน โดยที่ปัจจุบัน

มักจะใช้หัวกรอเนื่องจากทำให้เกิดความชอกช้ำน้อยกว่าการใช้สิ่วและค้อน มีรายงานการผ่าตัดโดยใช้ Erbium YAG laser พบว่าให้ผลการรักษาที่ดี แต่ใช้เวลามากกว่า (Rocca, Raybaud, Merigo, Vescovi, & Fornaini, 2012) เมื่อบดปุ่มกระดูกออกจนหมดใช้สิ่ว หรือหัวกรอตกแต่งพื้นผิวและขอบปุ่มกระดูกให้เรียบกลืนไปกับเพดานปาก ก่อนเย็บแผลให้ตัดเนื้อเยื่อเกินออกให้ขอบแผลชนกันพอดี การเย็บแผลใช้วิธี simple suture, หรือ mattress suture ก็ได้ โดยต้องไม่เย็บตึงจนเกินไป หลังผ่าตัดควรใส่แผ่นปิดเพดาน เพื่อปิดทับแผ่นเยื่อ บუให้ปิดกลับเข้าที่และแนบกับกระดูก ป้องกันการเกิดก้อนเลือดขนาดใหญ่ภายใต้เยื่อบุ (Hematoma) (Garcia-Garcia, Martinez-Gonzalez, Gomez-Font, Soto-Rivadeneira, & Oviedo-Roldan, 2010; Castro Reino, Perez Galera, Perez Cosio Martin, Urbon Caballero, 1990) ทำให้แผลหายเร็ว เยื่อบุไม่เปื่อย มีเลือดมาหล่อเลี้ยงได้เร็ว และแผลไม่ถูกรบกวนจากลิ้นขณะกลืนหรือพูด ทำให้ไม่เจ็บแผล (Castro Reino et al., 1990)

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอเทคนิคการผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปากขนาดใหญ่ด้วยการใช้หัวกรอตัดแบ่งปุ่มกระดูกเป็นหลายส่วน (Segmental Osteotomy) ร่วมกับการใช้แผ่นปิดเพดานปิดแผลทันทีภายหลังการผ่าตัด

### รายงานผู้ป่วย

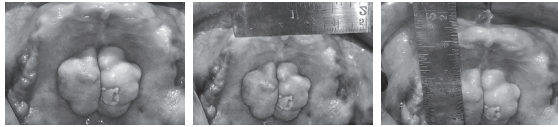
ผู้ป่วยชายไทยอายุ 55 ปี ที่ไม่มีฟัน มีปุ่มกระดูกขนาดใหญ่กลางเพดานปาก ขัดขวางการทำฟันปลอมทั้งปาก ถูกส่งมาเพื่อผ่าตัดเอาปุ่มกระดูก

กลางเพดานออก ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติ การแพ้ยา และไม่มีประวัติความเจ็บป่วยที่สำคัญ สุกบุหรือวันละ 7-10 มวน มานานกว่า 10 ปี ลักษณะ ปุ่มกระดูกเพดานปากเป็น Polylobulated shape ขนาด 2.7 x 2.5 x 1 ซม.<sup>3</sup> ขอบด้านหลังห่างจาก จุดสิ้นสุดของเพดานแข็งประมาณ 0.5 เซนติเมตร มีแผลที่เนื้อเยื่อที่ปกคลุมปุ่มกระดูกส่วนด้านซ้าย ขนาด 0.5 x 0.5 ซม.<sup>2</sup> ซึ่งเกิดจากมีอาหารแข็งครูด เมื่อ 5 วันที่ผ่านมา เป็นแผลนี้ครั้งแรก ตอนนีไม่มี อาการปวดแสบปวดร้อนใด ๆ (รูปที่ 1-3) ได้วินิจฉัย ว่า เป็นปุ่มกระดูกกลางเพดานปากร่วมกับแผลจากการบาดเจ็บ (Torus palatinus with traumatic ulceration) ผู้ป่วยไม่กลัวการผ่าตัด และไม่มีการ อาเจียนง่าย จึงวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดปุ่ม กระดูกออกโดยใช้ยาชาเฉพาะที่และใช้แผ่นปิดเพดาน ปิดแผลหลังผ่าตัด

### การผ่าตัด

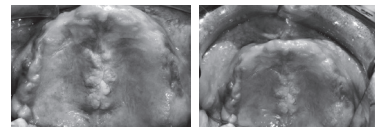
ฉีดยาชาสกัดเส้นประสาท Nasopalatine และ Greater Palatine ทั้งสองด้าน และฉีดยาชา ได้เยื่อหุ้มกระดูกบริเวณปุ่มกระดูก เพื่อช่วยให้การ เปิดแผ่นเยื่อぶ่ง่ายขึ้น ใช้มีดกรีดผ่านกึ่งกลางของ ปุ่มกระดูกโดยเว้นแนวเส้นแบ่งครึ่งไว้จากขอบหน้า ไปขอบหลังปุ่มกระดูก ลงมีดที่ปลายด้านหน้าสอง ข้างสั้น ๆ เป็นรูปตัววี (V) ต่อจากรอยกรีดแรกเพื่อให้ได้รอยกรีดรูปตัวยาว (Single-Y) ทำการเลาะเปิด แผ่นเยื่อぶ่งทั้งหมด (Full thickness flap) จาก แนวใกล้กึ่งกลางปุ่มกระดูกทั้งสองด้านที่กรีดไว้และ ตัดเอาเนื้อเยื่อที่อยู่ตรงเส้นแบ่งครึ่งออก ใช้ไหมเบอร์ 3-0 เย็บตรึงแผ่นเหงือกไว้กับสันเหงือกบริเวณ ฟันเขี้ยวทั้งสองด้าน (รูปที่ 5) ใช้หัวกรอกกลม

ขนาดเล็กเจาะนำให้มีความลึกถึงฐานปุ่มกระดูก และ กรอเชื่อมต่อแนวนำด้วยหัวกรอทรงกระบอกเพื่อแบ่ง ปุ่มกระดูกออกเป็นส่วนเล็ก ๆ หลายส่วน (รูปที่ 6) ใช้เครื่องมือจัดฟัน (Straight elevator) บิดจัดให้ปุ่ม กระดูกแตกทีละส่วน และใช้ Rongeur forceps จับออก ใช้หัวกรอรูบระดมกรอแต่งความนูนของ ปุ่มกระดูกที่เหลือ รวมทั้งกรอแต่งบริเวณขอบปุ่ม กระดูกให้มีความเรียบโค้งกลับไปกับกระดูกเพดาน ปาก ตรวจสอบไม่ให้มีขอบคม (รูปที่ 7) ล้างด้วย น้ำเกลือ 0.9% NSS ตัดขอบเนื้อเยื่อที่เกินและ เนื้อเยื่อที่เป็นแผล (ulcer) ออก เย็บปิดแผลแบบ Horizontal mattress suture ด้วยไหมเย็บขนาด 3-0 ปิดทับแผลด้วยแผ่นปิดเพดานที่เสริมด้วย Coe-pak เย็บตรึงแผ่นปิดเพดานไว้ที่บริเวณฟันกราม น้อยบนทั้งสองข้าง (รูปที่ 9 และ 10) แนะนำให้ รับประทานอาหารอ่อน บ้วนทำความสะอาดช่องปาก ด้วยน้ำเกลือ หยดบุหรือหลังผ่าตัดอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ ให้รับประทานยาปฏิชีวนะ ยาลดการอักเสบ และยาลดปวด นัดมาเอาแผ่นปิดเพดานออกและ ตัดไหม 1 สัปดาห์ (รูปที่ 11 และ 12) พบว่าไม่มี ลิ้มเลือดอยู่ใต้แผ่นเหงือก แผลไม่ฉีกขาด ไม่มี รอยแยก ไม่มีอาการปวด จึงตัดไหม แนะนำการ ทำความสะอาดและบ้วนน้ำเกลือ นัดดูอาการต่อ หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ (รูปที่ 13) 1 เดือน (รูปที่ 14) 2 เดือน (รูปที่ 15) และ 3 เดือน (รูปที่ 16) พบว่า มีแผลเป็นนูนยาวเล็กน้อยบริเวณกึ่งกลางเพดาน กัดไม่ปวด และไม่มีผลกระทบต่อการทำฟันปลอม



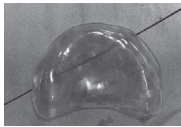
รูปที่ 1                      รูปที่ 2                      รูปที่ 3

รูปที่ 1-3 แสดงลักษณะภายในช่องปากก่อนการรักษา

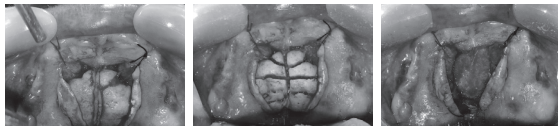


รูปที่ 15                      รูปที่ 16

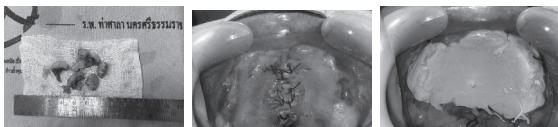
รูปที่ 15,16 หลังผ่าตัด 2 เดือน 12 วัน และ 3 เดือน



รูปที่ 4 แผ่นปิดเพดาน

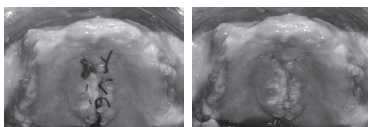


รูปที่ 5                      รูปที่ 6                      รูปที่ 7



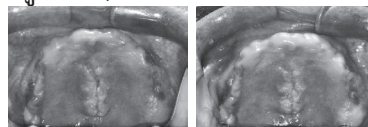
รูปที่ 8                      รูปที่ 9                      รูปที่ 10

รูปที่ 5-10 แสดงการผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก  
รูปที่ 5 Single Y incision, รูปที่ 6 Segmental osteotomy, รูปที่ 7 แสดงลักษณะเพดานแข็ง หลังจากผ่าตัดเอาปุ่มกระดูกออก, รูปที่ 8 ปุ่มกระดูกที่ถูกตัดออก, รูปที่ 9,10 การเย็บแผลและใส่แผ่นปิดเพดาน



รูปที่ 11                      รูปที่ 12

รูปที่ 11,12 หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์



รูปที่ 13                      รูปที่ 14

รูปที่ 13,14 หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน

### บทวิเคราะห์

จากประวัติทางการแพทย์ และประวัติการรักษาทางทันตกรรมที่ผ่านมาคือการถอนฟันภายใต้ยาชาเฉพาะที่นั้น พบว่าผู้ป่วยไม่กลัวการฉีดยาชาและการถอนฟัน ในการรักษาครั้งนี้แม้ว่าจะมีปุ่มกระดูกขนาดใหญ่ที่ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่าการถอนฟันแต่ผู้ป่วยไม่กังวล ดังนั้นจากการประเมินสภาวะทางร่างกาย จิตใจและวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย จึงเลือกทำการผ่าตัดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่การฉีดยาชาใช้วิธีฉีดแบบสกัดประสาท Nasopalatine และ Greater palatine ทั้งสองด้านเพื่อให้ครอบคลุมบริเวณที่ผ่าตัดทั้งหมด การฉีดยาชาใต้เยื่อหุ้มกระดูกบริเวณปุ่มกระดูกเพิ่มเติม พบว่าช่วยให้เปิดแผ่นเยื่อได้ง่ายขึ้น ลดการฉีกขาดของแผ่นเยื่อ การทำรอยกรีดเปิดแผ่นเยื่อเลือกรูปแบบการเปิดแบบ Single-Y พบว่าช่วยลดโอกาสเกิดเลือดออกในผู้ป่วยรายนี้ที่มีส่วนท้ายของปุ่มกระดูกอยู่ใกล้กับเพดานอ่อนมาก การผ่าตัดเอาปุ่มกระดูกออกโดยใช้หัวกรอเจาะแนวนำให้ถึงฐานปุ่มกระดูกก่อนกรอแบ่งและบดงัดออก พบว่าใช้เวลาในการผ่าตัดไม่นานและมีความนุ่มนวล หลังผ่าตัดเย็บปิดแผลแบบ Horizontal mattress suture โดยเย็บไม่ถึงมากในวันตัดไหมจึงไม่พบแผลแยก เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีปุ่มกระดูกขนาดใหญ่ หลังผ่าตัดจึงเลือกใช้แผ่นปิดเพดานปิดแผลหลังผ่าตัดเพื่อช่วยให้แผลแนบกับกระดูกป้องกันการเกิด



ลิ้มเลือดขนาดใหญ่ใต้แผ่นเยื่อ ซึ่งพบว่าให้ผลการรักษาที่ดี

## บทวิจารณ์

ปุ่มกระดูกกลางเพดานขนาดใหญ่ มักถูกส่งมาผ่าตัดออกเนื่องจากขัดขวางต่อการใส่ฟันปลอม การผ่าตัดต้องมีการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการรักษาให้เหมาะสม เพราะเป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานานและมีการใช้น้ำเกลือฉีดระบายความร้อน ในขณะที่ผ่าตัด ทำให้มีน้ำไหลลงไประอบกวนในคอ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการประเมินแล้วว่าทนต่อการมีน้ำไหลลงคอได้ ไม่มีอาการอาเจียนได้ง่าย อ้าปากได้นานและไม่กลัวการผ่าตัด จึงวางแผนทำการผ่าตัดภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ หากผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อสภาวะนี้ได้ ก็จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบ ในขั้นตอนการผ่าตัดมีข้อควรระวังหลายอย่าง มีคำแนะนำให้ลงรอยกริดแผลเปิดแผ่นเหงือกที่กึ่งกลางเพดานจากขอบหน้าไปขอบหลังปุ่มกระดูกและลงรอยกริดสั้น ๆ 2 ตำแหน่ง โดยกริดที่ด้านหน้าปุ่มกระดูก 1 ตำแหน่งและด้านท้ายปุ่มกระดูกอีกตำแหน่งเป็นรูป Double Y (Garcia-Garcia, Martinez-Gonzalez, Gomez-Font, Soto-Rivadeneira, & Oviedo-Roldan, 2010; Peterson, Ellis, Hupp, & Tucker, 2003) เพื่อหลีกเลี่ยงการทำอันตรายต่อ Nasopalatine nerve และ Greater palatine nerve (Garcia-Garcia et al., 2010; Castro Reino, Perez Galera, Perez Cosio Martin, Urbon Caballero, 1990; Eggen, Natvig, & Gåsemyr, 1998) การเปิดแผ่นเหงือกบริเวณนี้ต้องทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากแผ่นเหงือกบางมาก การฉีดยาชาที่เยื่อบนปุ่มกระดูก

เพิ่ม จะช่วยให้เลาะแผ่นเหงือกได้ง่ายขึ้น (Garcia-Garcia et al., 2010; Castro Reino, 1990) ในผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้กรีดเปิดแผ่นเยื่อส่วนท้ายของปุ่มกระดูกเป็นรูปตัว Y กลับด้านเพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสทำให้เกิดเลือดออกมาก เนื่องจากส่วนท้ายของปุ่มกระดูกอยู่ใกล้กับเพดานอ่อนมาก

ในตำราแนะนำให้ใช้สิ่วหน้าเดียว (Single bevel chisel) และค้อนในการสกัดปุ่มกระดูกเพดาน (Peterson, Ellis, Hupp & Tucker, 2003) โดยถ้าปุ่มกระดูกมีขนาดเล็ก และมีก้าน (Pedunculated palatal bone) ให้ใช้สิ่วหน้าเดียวกับค้อนสกัดออกได้เลย ถ้าปุ่มกระดูกมีขนาดใหญ่ ให้ใช้หัวกรอตัดแบ่งปุ่มกระดูกเป็นส่วนเล็ก ๆ ก่อนโดยให้ร่องที่กรอแบ่งลึกถึงฐานปุ่มกระดูกแล้วใช้สิ่วหน้าเดียวค่อย ๆ สกัดออกทีละส่วนจนหมด จากนั้นใช้ Bone file หรือหัวกรอขนาดใหญ่กรอแต่งกระดูกให้เรียบ แต่ในผู้ป่วยรายนี้ ผู้รายงานใช้หัวกรอขนาดเล็กเจาะนำให้มีความลึกถึงฐานของปุ่มกระดูก และใช้หัวกรอรูปทรงกระบอกกรอเชื่อมต่อแนวหน้าแบ่งปุ่มกระดูกเป็นส่วน ๆ และใช้เครื่องมือจัดฟัน (Straight elevator) จัดออกทีละชิ้น ร่วมกับการใช้หัวกรอรูปมะยมตกแต่งกระดูกให้เรียบแทนการใช้สิ่วในการผ่าตัด เนื่องจากการใช้สิ่วจะควบคุมแรงมือได้ยาก ต้องใช้ความชำนาญสูง หากไม่ระมัดระวังอาจทะลุกระดูกเพดานเข้าไปในโพรงจมูก หรืออาจทำให้เกิดการแตกหักของ Palatine process ของขากรรไกรบนได้ นอกจากนี้หากกรอตัดไม่ถึงฐานของปุ่มกระดูก เมื่อใช้สิ่วต่อกระดูกจะต้องใช้แรงมากกว่าปกติ จะเกิดแรงสะท้อนต่อผู้ป่วยก่อความรู้สึกไม่สบายได้ ในการตัดปุ่มกระดูกโดยใช้หัวกรอนั้น หากกรอแนวหน้าไม่ลึกถึงฐานปุ่มกระดูก เมื่อจัดออกพื้นกระดูก

ที่ได้มักจะไม่ได้ความลึกตามต้องการ และไม่สม่ำเสมอ จะต้องใช้หัวกรอขนาดใหญ่กรอแต่งพื้นกระดูก ให้มีความเรียบและต่ำลงไปเป็นบริเวณกว้าง ใช้เวลานานขึ้น ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่สามารถทนการอ้าปาก ได้นาน ๆ รวมถึงในขณะที่กรอจะต้องใช้น้ำเกลือ ในการระบายความร้อนซึ่งอาจไหลรบกวนบริเวณ คอได้ การกรอตกแต่งพื้นกระดูกจะต้องระมัดระวัง ไม่ให้หัวกรอทำอันตรายกับแผ่นเยื่อที่เปิดเอาไว้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดก้อนลิ่มเลือดใต้แผ่นเหงือกที่เย็บปิด อาจมีการตายของแผ่นเหงือก หรือแผลผ่าตัดแยก จากกันได้ โดยเฉพาะรอยต่อบริเวณขอบของปุ่ม กระดูก อาจลดขนาดหัวกรอให้เล็กลงเพื่อกรอให้มีความโค้งกลับไปกับกระดูกเพดานปากโดยไม่ทำ อันตรายต่อแผ่นเยื่อ มีรายงานการใช้เทคนิคการ ผ่าตัดแบบขั้นบันได (Step osteotomy) โดยใช้ หัวกรอทรงกระบอกกรอตัดบริเวณฐานปุ่มกระดูก และใช้เครื่องมืองัดฟันงัดออกมาเป็นชิ้น ๆ จาก ด้านในมาด้านนอกตามลำดับพบว่าช่วยลดเวลา ในการทำงาน ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น มีเลือดออกขณะ ทำและหลังทำน้อยมาก ทำให้ความจำเป็นในการ ใส่เครื่องมือห้ามเลือด (Palatal stent) ลดลง (กู้ศักดิ์, 2551) ส่วนการใช้ Erbium YAG Laser มาทำการผ่าตัดปุ่มกระดูก แม้ว่าจะให้ผลการรักษา ที่ดี แต่ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานขึ้น (Rocca, Raybaud, Merigo, Vescovi, Fornaini, 2012)

หลังผ่าตัดปุ่มกระดูกกลางเพดานปาก ขนาดใหญ่ ควรใส่แผ่นปิดเพดานที่เสริมด้วย Zinc oxide eugenol paste หรือ Soft acrylic หรือ vaseline gauze หรือ tissue conditioner ปิดแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดขนาดใหญ่

(hematoma) ใต้แผ่นเหงือก แผลไม่ถูกรบกวนจาก ลื่นขณะกลืนหรือพูด ทำให้ไม่เจ็บแผล แผลหาย เร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการติดตามแผลหลังการ ผ่าตัดในผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาแผลเป็นนูนเล็กน้อย ที่กึ่งกลางเพดาน ซึ่งอาจเกิดจากมีเนื้อเยื่อเกินมาก หลังตัดปุ่มกระดูกและตัดออกน้อยเกินไป ได้ทำการ ประเมินแผลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดเวลา กัดที่แผล และได้ปรึกษาทันตแพทย์สาขาทันตกรรม ประดิษฐ์แล้วให้ความเห็นว่าไม่มีผลกระทบต่อ การทำฟันปลอม

### บทสรุป

การผ่าตัดปุ่มกระดูกเพดานปากที่มีขนาด ใหญ่ต้องมีการวางแผนการรักษาที่ดี รักรายวิชาศาสตร์ บริเวณที่ผ่าตัด ใช้เทคนิคการผ่าตัดที่นุ่มนวลถูกหลัก วิชาการ พิจารณาใช้เครื่องมือปิดแผลให้เหมาะสม มีการให้คำแนะนำการดูแลแผลแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด และนัดมาติดตามการรักษาเป็นระยะ จะช่วยลดภาวะ แทรกซ้อนและให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

### เอกสารอ้างอิง

กู้ศักดิ์ คงอินทร์. (2551). “วิธีตัดกระดูกแบบ ขั้นบันได” การผ่าตัดกระดูกกลางเพดาน วิธีใหม่. สวรรค์ประชา รักษ์เวชสาร, 5(1), 833-839. ค้นจาก <https://www.spr.go.th/images/nuttanaporn/05-1/05-1-10.pdf>

Agbaje O., Arowajolu1 M.O., Kolude B., & Lawoyin J.O. (2005). African. Qualita tive Study; Torus Palatinus and Torus Mandibularis in a Nigerian Popula tion. Journal of oral Health. 2, 30- 36.

- Antoniades DZ., Belazi M., & Papanayiotou P. (1998). Concurrence of torus palatinus with palatal and buccal exostoses: Case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 85(5), 552-7. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9619673/>
- Castro Reino O., Perez Galera J., Perez Cosio Martin J., & Urbon Caballero J. (1990). Surgical techniques for the exeresis of torus, both palatal and mandibular. *Rev Actual Odontoes tomatol Esp*, 50, 47-50, 53-6.
- Curran AE., Pfeffle RC., & Miller E. (1999). Autosomal dominant osteosclerosis: Report of a kindred. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 87(5), 600-4. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10348520/>
- Dosumu O.O., Arotiba J.T., & Ogunyinka A.O. (1998). The Prevalence of Palatine and Mandibular Tori in a Nigerian Population. *Odonto- Stomatologie Tropicale*. 6-8.
- Eggen S., Natvig B., & Gåsemyr J. (1994). Variation in torus palatinus prevalence in Norway. *Scand J Dent Res*, 102, 54-9. Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/Variation-in-torus-palatinus-prevalence-in-Norway.-Eggen-Natvig/4b56d4dc424420271ba898c646ec46937ea34888>
- Garcia-Garcia AS., Martinez-Gonzalez JM., Gomez-Font R., Soto-Rivadeneira A., & Oviedo -Roldan L. (2010). Current status of the torus palatinus and torus mandibularis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 15, e353-e360. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/26825169\\_Current\\_status\\_of\\_the\\_torus\\_palatinus\\_and\\_torus\\_mandibularis](https://www.researchgate.net/publication/26825169_Current_status_of_the_torus_palatinus_and_torus_mandibularis)
- Jainkittivong A., & Langlais RP. (2000). Buccal and palatal exostoses: Prevalence and concurrence with tori. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 90, 48-53. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.618.4841&rep=rep1&type=pdf>
- Martínez-González JM. (1998). Tumores benignos de los maxilares [Benign tumors of the maxilla]. In Donado M (ed.) *Cirugía Bucal. Patología y Técnica* (2nd ed., pp. 627-639). Barcelona: Masson.
- Peterson L.J., Ellis E.III., Hupp J.R., & Tucker M.R. (2003). *Contemporary oral and maxillofacial surgery*. (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

- Reichart PA., Neuhaus F., & Sookasem M. (1988). Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis in Germans and Thai. *Community Dent Oral Epidemiol*, 16, 61-4. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3422622/>
- Rocca JP., Raybaud H., Merigo E., Vescovi P., & Fornaini C. (2012). Er: YAG Laser: A new technical approach to remove torus palatinus and torus mandibularis. *Case reports in dentistry*. 1-4. doi:10.1155/2012/487802
- Sirirungrojying S., & Kerdpon D. (1999). Relationship between oral tori and temporomandibular disorders. *Int Dent J*, 49, 101-4. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020653920304871/pdf?md5=e5df828ff0d706b5f3bd456e648bd398&pid=1-s2.0-S0020653920304871-main.pdf>
- Sonnier K.E., Horning G.M., & Cohen M.E. (1999). Palatal Tubercles, Palatal Tori, and Mandibular Tori: Prevalence and Anatomical Features in a U.S. Population. *J. Periodontol.* 70, 329-336. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10225550/>

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคแบบปกติใหม่ในการป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนในชุมชนเกาะลิบง ตำบลเกาะลิบง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

## Factors that Related with Prevention and Control of the COVID-19 of People in the Khor Libong Subdistrict, Kantang District, Trang Province

ชวานกร ศรีปรางค์

Chavanakorn Sriprang

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

Sirindhorn College of Public Health, Trang

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร, ปัจจัยด้านอาชีพ, ปัจจัยด้านการเงิน, ปัจจัยเชื้อ, ปัจจัยเสริม, ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคแบบปกติใหม่ (New Normal) ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในชุมชนเกาะลิบง ตำบลเกาะลิบง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ในปี พ.ศ.2564 โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random sampling) ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 290 คน เก็บข้อมูล ในเดือนมกราคม พ.ศ.2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1 และนำไปทดลองใช้ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านพฤติกรรม (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามด้านความรู้วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson Method/KR 20) เท่ากับ 0.77 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านอาชีพ ปัจจัยด้านรายได้ ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ปัจจัยเชื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ ทดสอบโดย Chi-Square

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.90) มีอายุเฉลี่ย 44 ปี (S.D.=12.57) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.14) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 97.93) จบการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.76) ประกอบอาชีพหลักด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 40.69 มีรายได้เฉลี่ย 10,686.90 บาท (S.D.= 7387.24) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับดี (ร้อยละ 67.24) และปัจจัยด้านสถานภาพการสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน, การมีหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าสำหรับใช้ในชีวิตประจำวันเพียงพอ และระดับความรู้ที่เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์

กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ (New Normal) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .05) เพื่อยกระดับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้สูงขึ้นควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักต่อการใช้ชีวิตแบบปกติใหม่ในทุกครัวเรือน รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมจากทุกภาคส่วนให้ประชาชนทุกคนในชุมชนใช้หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่อจำเป็นต้องออกนอกบ้าน หรือในบ้านถ้ามีเพื่อนบ้านมาเยี่ยม

**คำสำคัญ :** วิถีชีวิตแบบปกติใหม่, โรคไวรัสโคโรนา-2019, โรคโควิด-19, ชุมชนเกาะลิบง

## Abstract

The purpose of this descriptive study was to explore the relationship between personal factors, occupation factors, financial factors, enabling factors, reinforcing factors, perception about the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and to analyze the factors related to the new normal among health personnel to prevent COVID-19 of people in the Khor Libong Subdistrict, Kantang District, Trang Province. Data collection was done in January 2021 by using a research questionnaire. The content validity was validated by 3 experts, and its IOC was 0.67-1.00. The reliabilities of the behavioral questionnaires with Cronbach Co-efficiency were 0.78. The knowledge questionnaire analyzes the confidence value by Kuder Richardson Method/KR 20 were 0.77. Participants were 290 people who were stratified random sampling from people living in Khor Libong Subdistrict, Kantang District, Trang Province. Data were analyzed by using descriptive statistics and chi-square.

The relevant results shown that, 66.90% were female, the average age was 44 year old (S.D.=12.57), 74.14 % were married, 97.93 % were Islamic, 42.76 % had primary education level, 40.69 % worked in agricultural profession, with an average monthly income 10,686.90 baht (S.D.= 7,387.24). Regarding perception about the COVID-19, 67.24 % had good level of knowledge about the COVID-19 and married factors, education level factors, average monthly income level factors. Using a face mask or cloth mask for daily use and the level of knowledge about the Coronavirus Disease 2019 was significantly correlated with the new normal among health personnel to prevent COVID-19 ( $p$ -value < .05).

To enhance COVID-19 prevention practice, people in the community should be encouraged to have knowledge, understanding and awareness of a new normal life in every household, including support and promotion from all sectors, all people in the community

using masks, cloths or face masks when they are going out, or in the house if there are neighbors visiting.

**Keywords :** New Normal, Coronavirus Disease 2019, COVID-19, Koh Libong Community

## บทนำ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ ที่แสดงอาการออกมา ภายใน 1 วัน ถึง 2 สัปดาห์ หลังจากได้รับเชื้อ โดยอาการเริ่มแรกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น ส่วนใหญ่จะเริ่มจากการมีไข้ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายเหลวท้องเสีย หากผู้ป่วยมีร่างกายไม่แข็งแรง หรือมีภูมิคุ้มกันต่ำ จะทำให้มีความรุนแรงถึงขั้นวิกฤต และเสียชีวิตได้ ต้นกำเนิดของการแพร่กระจายจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2562 หลังจากนั้นเชื้อไวรัสโคโรนาได้แพร่ระบาดไปทั่วโลก พบแพร่ระบาดในประเทศไทย เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 (จุไร วงศ์สวัสดิ์, 2563) และพบผู้ป่วยในจังหวัดตรัง เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2563 (นพรัตน์ โชติเกษมกุล, 2563) ส่งผลกระทบต่อมวลมนุษยชาติทั่วโลกได้แก่ ด้านการผลิต การส่งออก การท่องเที่ยว ด้านตลาดแรงงาน ชีวิตความเป็นอยู่ เช่นการลดการผลิต และการเลิกจ้างงาน ปัญหาการว่างงาน และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั่วโลก อันเนื่องมาจากมาตรการการป้องกันโรค (Lock Down) ได้แก่ การจำกัดการเดินทาง การยกเลิกการทำกิจกรรมในพื้นที่สาธารณะ การกักตัวเองภายในบ้านพัก รวมทั้งการเปิดทางให้กับรัฐบาลติดตามความเคลื่อนไหวพฤติกรรมของประชาชนอย่างใกล้ชิดเพื่อความจำเป็นเรียบร้อย

ของสังคม ทุกประเทศที่ประสบปัญหาการระบาดของโรคโควิด-19 ใช้มาตรการดังกล่าวในการควบคุมโรค

สถานการณ์ของโควิดของจังหวัดตรังล่าสุด พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 สะสมจำนวน 1,579 ราย (ตรัง Covid-19 ตื่นตัวไม่ตื่นตระหนก, 2564) สถานการณ์ดังกล่าวรัฐบาลได้มีมาตรการในการป้องกันการระบาดของโรคได้ออกข้อกำหนด 16 ข้อ ตามมาตรา 9 การบริหารราชการสถานการณ์ฉุกเฉิน ฉบับที่ 1 เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้กำหนดมาตรการสั่งการปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค ได้แก่ สถานที่ที่มีประชาชนชุมนุม หรือรวมตัวกันทุกกิจกรรม รวมทั้งมาตรการควบคุมการเดินทางข้ามเขตหรือพื้นที่ต่าง ๆ รวมทั้งการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน การเว้นระยะห่างกันอย่างน้อย 1-2 เมตร และการสัมผัสถึงตัว เพื่อป้องกันการติดต่อของโรค (ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (ฉบับที่ 1), 2563 น. 10-16) ได้แก่ การห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยง การปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค การปิดช่องทางการเข้ามาในราชอาณาจักร การห้ามกักตุนสินค้า การห้ามชุมนุม การเสนอข่าวมาตรการเตรียมรับสถานการณ์ มาตรการพึงปฏิบัติสำหรับบุคคลบางประเภท มาตรการเกี่ยวกับการ

ออกนอกราชอาณาจักร มาตราการดูแลความสงบเรียบร้อย และมาตรการป้องกันโรค เป็นต้น

ชุมชนเกาะลิตงมีสภาพเป็นพื้นที่เกาะทั้งหมด ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวแห่งใหม่และมีชื่อเสียงของจังหวัดตรัง ประชาชนมากกว่าร้อยละ 98 เป็นมุสลิม มีวิถีชีวิตที่หลากหลาย รวมทั้งการประกอบกิจกรรมในการดำรงชีพที่แตกต่างกัน ได้แก่ การประมงทำสวนยางพารา ประกอบการค้าขาย กิจกรรมท่องเที่ยวทางทะเล กิจกรรมที่พักและการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคสูงแห่งหนึ่งของจังหวัดตรัง จากสถานการณ์การแพร่ระบาดและการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและมาตรการต่าง ๆ ของภาครัฐ รวมทั้งการใช้ชีวิตแบบปกติใหม่ (New normal) ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในชุมชนเกาะลิตง มีผลต่อระบบเศรษฐกิจของชุมชน ได้แก่ด้านการประกอบกิจการการท่องเที่ยว จากมาตรการการเว้นระยะห่าง การนั่งเรือท่องเที่ยวจากปกตินั่งได้ไม่เกิน 15 คนต่อหนึ่งลำ เหลือ 7 คนต่อหนึ่งลำ ที่พักปกติรับได้ 4 คนต่อห้อง เหลือ 1 คนต่อห้อง เป็นต้น ส่งผลให้รายได้ลดลง รวมถึงการใช้ชีวิตในสังคมชุมชน เช่น การประกอบศาสนกิจในมัสยิด ปกติสามารถประกอบศาสนกิจได้เต็มความจุของสถานที่ในแต่ละแห่ง เหลือไม่เกิน 20 คนในแต่ละแห่งในแต่ละครั้ง และเปลี่ยนเป็นให้ประกอบศาสนกิจที่บ้านของตนเองและไม่อนุญาตให้ประกอบศาสนกิจที่มีสยิดสำหรับช่วงที่มีการระบาด ส่งผลให้กิจวัตรประจำวันแตกต่างไปจากที่เคยปฏิบัติ รวมทั้งการใช้บริการระบบสุขภาพของชุมชน มีสถานบริการทางสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะลิตง 1 แห่ง หากมีอาการหนักและเกินความ

สามารถและต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในตัวอำเภอ ต้องใช้เวลาในการเดินทางอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาและผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนเกาะลิตง จึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคแบบปกติใหม่ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนในชุมชนเกาะลิตง ตำบลเกาะลิตง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

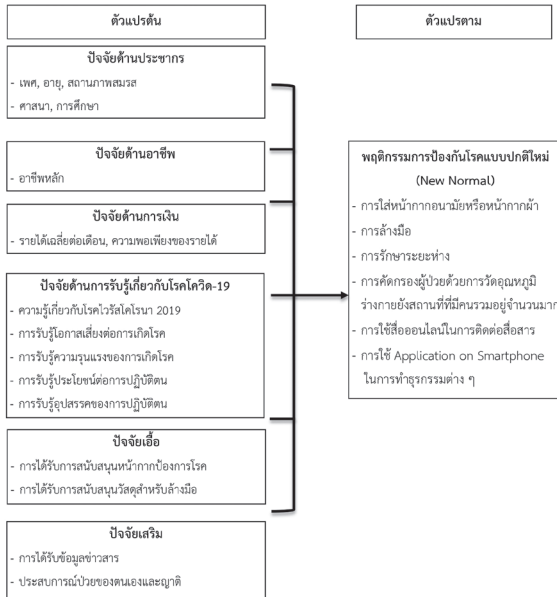
### วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาถึงปัจจัยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร, ปัจจัยด้านอาชีพ, ปัจจัยด้านการเงิน, ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19, ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคแบบปกติใหม่ (New Normal)

### กรอบแนวคิดการวิจัย

พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาและคู่มือและมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข มาเป็นกรอบในการศึกษา ดังนี้





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive studies)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ 767 ครั้วเรือน จากชุมชนเกาะลิบงมี 4 ชุมชน (ชุมชนบ้านโคกสะท้อน จำนวน 195 ครั้วเรือน, ชุมชนบ้านบาตูปูเต๊ะ จำนวน 189 ครั้วเรือน, ชุมชนบ้านหลังเขา จำนวน 154 ครั้วเรือน และ ชุมชนบ้านหาดทรายแก้ว จำนวน 229 ครั้วเรือน) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของทาโรยามาเน (Taro Yamane, 1967: 886) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ค่าความได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 263 ครั้วเรือน ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2} = \frac{767}{1+767 \times (0.05)^2} = 262.89$$

(เพิ่ม 10% เท่ากับ 290 คน)

ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งของการวิเคราะห์จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 290 ครั้วเรือน

**วิธีการเลือก**

โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ จำนวน 290 ครั้วเรือน โดยจับฉลากตามบ้านเลขที่ตั้งนี้ ชุมชนบ้านโคกสะท้อน จำนวน 74 ครั้วเรือน, ชุมชนบ้านบาตูปูเต๊ะ จำนวน 72 ครั้วเรือน, ชุมชนบ้านหลังเขา จำนวน 58 ครั้วเรือน และชุมชนบ้านหาดทรายแก้ว จำนวน 86 ครั้วเรือน ดำเนินการสอบถามผู้แทนของครั้วเรือน ๆ ละ 1 คน (คนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป)

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) และเอกสารวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแบบปกติใหม่ (New Normal) ของประชาชนในชุมชนเกาะลิบงตำบลเกาะลิบง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ซึ่งแบ่งเป็น 6 ส่วนดังนี้ 1. ปัจจัยด้านประชากร จำนวน 6 ข้อ 2. ปัจจัยด้านอาชีพ จำนวน 1 ข้อ 3. ปัจจัยด้านการเงิน จำนวน 2 ข้อ 4. ปัจจัยเชื้อ จำนวน 5 ข้อ 5. ปัจจัยเสริม จำนวน 3 ข้อ 6. ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถาม

ถูกผิดจำนวน 15 ข้อ การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, et.al, 1971: 129) ดังนี้ ร้อยละ 80-100 ระดับดี ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลางและน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย และ 7. พฤติกรรมการป้องกันโรคแบบปกติใหม่ (New Normal) จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามแบบ rating scale 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ทุกข้อเป็นข้อความด้านบวก กำหนดคะแนน 5,4,3,2,1 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977: 174) โดยใช้ในการแปลผลคะแนนแบ่งโดยใช้อันตรายมากขึ้นใช้ค่าพิสัยคำนวณจากค่าสูงสุดลบต่ำสุดแล้วนำผลลัพธ์มาแบ่งเป็น 3 ส่วนเท่า ๆ กัน คะแนน 1.00-2.33 การปฏิบัติตนในเกณฑ์ไม่ดี คะแนน 2.34-3.67 การปฏิบัติตนในเกณฑ์ปานกลาง และคะแนน 3.68-5.00 การปฏิบัติตนในเกณฑ์ดี

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1, 0.92, 1, 1, 1 และ 1 ตามลำดับ สำหรับการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson Method/KR 20) เท่ากับ 0.77 และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตใหม่โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 1-31 มกราคม 2564 ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามกับตัวแทนครัวเรือนชุมชนบ้านโคกสะทอน, ชุมชนบ้านบาตูปูเต๊ะ, ชุมชนบ้านหลังเขา และชุมชนบ้านหาดทรายแก้ว ตำบลเกาะลิง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยการสอบถามตัวแทนครัวเรือนใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-20 นาที เก็บข้อมูลตามบ้านเลขที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้สุ่มไว้แล้วและนำมาบันทึกลงในโปรแกรม Microsoft Excel

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่ P119/2563 การให้ข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ประสานงานชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมวิจัย

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 290 ครัวเรือน ได้รับแบบสอบถามกลับมา จำนวน 290 ครัวเรือน

คิดเป็นร้อยละ 100 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ด้านข้อมูลทั่วไปประชากรและทางด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 290$ ) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.90) มีอายุเฉลี่ย 44 ปี ( $S.D.=12.57$ ) อายุน้อยสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 83 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.14) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 97.93) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.76) และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวประมาณ 4-5 คน ( $S.D.=1.59$ ) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.69 และมีอาชีพเสริม ได้แก่ อาชีพรับจ้าง, อาชีพประมง และค้าขาย (จำนวน 76, 43 และ 39ครัวเรือน ตามลำดับ) มีรายได้เฉลี่ย 10,686.90 บาท/เดือน ( $S.D.= 7387.24$ ) รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท/เดือน และรายได้สูงสุด 60,000 บาท/เดือน และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 58.28) สรุปว่าฐานะค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยรายได้ของครัวเรือน จังหวัดตรังในปี พ.ศ.2562 เท่ากับ 26,004 บาท/เดือน (สำนักงานสถิติจังหวัดตรัง, 2562)

ด้านการได้รับวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าสำหรับใช้ในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 59.31) และได้รับการสนับสนุนหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าในป้องกันโรคโควิด-19 (ร้อยละ 74.83) โดยมีหน่วยงานที่สนับสนุนหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข, อบต., หน่วยงานเอกชน (ร้อยละ 38.16, 33.16 และ 5.53 ตามลำดับ) ด้านการสนับสนุนแอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือในป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุน (ร้อยละ 64.14) หน่วยงานที่สนับสนุนแอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือ

ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข, อบต., หน่วยงานเอกชน (ร้อยละ 43.80, 18.73 และ 4.61 ตามลำดับ)

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นการวัดความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 290$ ) พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ระยะฟักตัวของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 1-14 วัน รองลงมา โรคโควิด-19 สามารถติดต่อกันได้จากการไอหรือจาม และน้อยที่สุด การรับประทานยาต้านไวรัสสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ (ร้อยละ 95.86, 95.17 และ 35.86 ตามลำดับ) คะแนนเฉลี่ย 12.21 ( $S.D. = 2.14$ ) ได้คะแนนสูงสุด 15 และคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน

ด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ (New Normal) ของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 290$ ) พบว่า การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ ที่สามารถปฏิบัติได้ในระดับดี ได้แก่ ประเด็นเกี่ยวกับการได้รับการตรวจอุณหภูมิหรือวัดไข้เมื่อไปยังสถานที่หรือแหล่งรวมผู้คน เช่น ห้างสรรพสินค้า, หน่วยงานบริการต่าง ๆ หรือสถานที่จัด และประเด็นเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือกับภาครัฐตามมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 (เฉลี่ย 4.47,  $S.D. = 0.90$  และ 4.36,  $S.D. = 0.95$  ตามลำดับ) นอกจากนั้นสามารถปฏิบัติได้อยู่ในระดับปานกลาง และโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $= 28.30, S.D. = 5.31$ )

ด้านการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล รายได้ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ (New Normal) พบว่า สถานภาพการสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน, การมีหน้ากากอนามัยหรือหน้ากาก

ผ้าสำหรับใช้ในชีวิตรประจำวันเพียงพอ และระดับความรู้ที่เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนปัจจัยทางด้านเพศ, อายุ, ศาสนา, จำนวนสมาชิกในครอบครัว, อาชีพ, ความเพียงพอของรายได้, การได้รับสนับสนุนหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าในป้องกันโรคโควิด-19 และการได้รับสนับสนุนแอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือในป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งปัจจัยเสริมได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์ป่วยของตนเองและญาติ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ ( $p > .05$ )

### อภิปรายผล

สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ (New Normal) ตรงกับการศึกษาของ ธวัช บุญนวล (2560: 280) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากการสื่อสารสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าสถานภาพสมรสมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทำนองเดียวกับการศึกษาของ ชญาณิช ปลื้มอุดม (2557: 80) ศึกษาเรื่องความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิเด็กของประชาชนในจังหวัดสมุทรปราการ ทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบว่า ประชาชนที่มีสถานภาพโสดมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิเด็กแตกต่างจากประชาชนที่มีสถานภาพสมรส ตรงกันข้ามกับการศึกษาของ นีอร อริโยทัย และคณะ (2563: 87) ศึกษาหาความ

เชื่อมั่นในสถาบันเฉพาะทางด้านโรคติดต่ออันตราย และการตัดสินใจมารับบริการสุขภาพในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับลักษณะการมารับบริการ และการตัดสินใจมารับบริการสุขภาพ

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ ตรงกับการศึกษาของชญาณิช ปลื้มอุดม (2557: 81-82) กล่าวว่า ประชาชนกลุ่มผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิเด็กแตกต่างจากกลุ่มผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี และกลุ่มผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และยังพบว่าประชาชนกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีความรู้ต่ำกว่าประชาชนกลุ่มอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของนิคม แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง, และศิริขวัญ บริหาร (2558: 78) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำนองเดียวกับการศึกษาของพัชราภรณ์ พัฒนะ (2559: 64-70) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี พบความแตกต่างระดับของการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของมีคุณภาพชีวิตโดยรวม เช่นเดียวกับการศึกษาของพนม คลี่ฉายา (2561: 148-155) ศึกษาการเข้าถึงเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ของประชาชนในเขตเมือง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี

และสูงกว่าปริญญาตรี มีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข่าวสารมากกว่า กลุ่มมัธยมศึกษาและกลุ่มอนุปริญญา ปวช/ปวส. โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเรียนและระดับประถมศึกษาที่มีความกระตือรือร้นน้อยที่สุด

รายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ ตรงกับการศึกษาของการศึกษาของของรัชช บัญญวล (2560: 273-275) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากการสื่อสารสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี กล่าวว่ารายได้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของธานี ชัยวัฒน์ และคณะ (2563: บทคัดย่อ) ศึกษาระดับการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข และข้อจำกัดของการ ป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ของคนไทยในกลุ่มต่าง ๆ กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวในบ้านแตกต่างกันอย่างมาก เนื่องจากข้อจำกัดทางกายภาพของตัวบ้าน อันเนื่องจากเศรษฐกิจของแต่ละครอบครัวและในการดำเนินการสอบถามในครั้งต่อมา พบว่า ประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยต้องยอมเสี่ยงต่อการติดโรคจากการไม่ปฏิบัติตัวตามมาตรการในสัดส่วนที่มากขึ้น เนื่องจากมีความจำเป็นต้องแสวงหารายได้ จึงต้องหามาตรการทางการเงินการคลังของภาครัฐมาช่วยเหลือหรือเพิ่มรายได้ของประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19

การมีหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าสำหรับใช้ในชีวิตประจำวันเพียงพอมีความสัมพันธ์กับการ

ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ ตรงกับการศึกษาของศิริวรรณ รื่นบรรเทิง, สุรินธร กลั้มพากร และ แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ (2559: 81) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันปัญหาระบบทางเดินหายใจจากการทำงานของแรงงานก่อสร้างระบบรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนในเขตกรุงเทพมหานคร กล่าวว่า การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่ช่วยให้มีพฤติกรรมป้องกันปัญหาระบบทางเดินหายใจจากการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันปัญหาระบบทางเดินหายใจจากการทำงานของแรงงานก่อสร้างระบบรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนในเขตกรุงเทพมหานคร

ระดับความรู้ที่เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ ตรงกับการศึกษาของจารุวรรณ แผลมไธสง (2559: 50-54) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก กรุงเทพมหานคร กล่าวว่าความรู้เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัชชวรัตน์ (2563: 37-38) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ( $r = .327$ ) ทำนองเดียวกับการศึกษาของศูดา แวหะยี่ (2563: 166) ศึกษาเรื่องการรับรู้ความรู้ แรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา กล่าวว่า การรับรู้ความรู้แรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก

ระดับน้อยมากกับและพฤติกรรมการป้องกันโรค  
โควิด-19 ( $r_s=0.19$ )

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพื่อยกระดับการปฏิบัติในการป้องกันโรค  
โควิด-19 ให้สูงขึ้นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้นำ  
ศาสนา ผู้นำชุมชน อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย  
ผู้ใหญ่บ้าน รวมทั้งชมรมประมงพื้นบ้าน ชมรมการ  
ท่องเที่ยวเชิงนิเวศ บุคลากรสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่  
สาธารณสุขและ อสม.) ร่วมมือกันปฏิบัติและส่งเสริม  
มาตรการ New normal ได้แก่การสวมหน้ากาก  
อนามัยหรือหน้ากากผ้า การล้างมือบ่อย ๆ หรือก่อน  
ทำกิจกรรมต่าง ๆ การเว้นระยะห่างกันอย่างน้อย  
2 เมตร การหลีกเลี่ยงสถานที่เสี่ยงต่อการติดโรค หรือ  
งดเว้นการทำกิจกรรมกลุ่ม ใช้ช่องทางการสื่อสาร  
หรือการทำธุรกรรมผ่านระบบออนไลน์ ติดตาม  
มาตรการและสถานการณ์การระบาดของโรคจาก  
ภาครัฐ รวมทั้งให้ความรู้แก่ประชาชนเน้นมาตรการ  
ดำเนินวิถีชีวิตแบบปกติใหม่ผ่านทางเสียงตามสาย และ  
หอกระจายข่าวภายในชุมชนทุกวัน

2. นำข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าไปเผยแพร่  
แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ องค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่น หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ได้แก่  
(รพ.สต.เกาะลิบง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันตัง)  
เพื่อจัดหาหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยให้แก่  
ประชาชนทุกคนในชุมชนเกาะลิบง ให้มีและใช้อย่าง  
เพียงพอ

3. แจ้งผู้ประกอบการ ได้แก่ ที่พัก ร้านอาหาร  
จำหน่ายอาหาร รวมถึงรถโดยสาร และเรือรับจ้าง  
ต้องปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามวิถีชีวิตแบบ  
ปกติใหม่ (New Normal) อย่างเคร่งครัด และติดตาม

ข่าวสารหรือมาตรการจากทางภาครัฐ เพื่อความ  
ปลอดภัยของนักท่องเที่ยวและประชาชนในชุมชน  
เกาะลิบง ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมการท่องเที่ยว  
ของชุมชนเกาะลิบงและเพิ่มรายได้ให้แก่ประชาชน  
ในชุมชนเกาะลิบงอย่างยั่งยืน

4. ปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางศาสนาตามความ  
จำเป็นเพื่องดเว้นการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก ๆ  
ในสถานที่ที่มีการระบายอากาศไม่เพียงพอ จำกัด  
จำนวนผู้เข้าร่วมและต้องใช้เวลาตรวจวัดระยะห่าง  
อย่างน้อย 2 เมตร หรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรม  
ด้านศาสนกิจไปเป็นที่บ้านของตนเอง ในส่วนของ  
กิจกรรมที่มีการทักทายกันโดยการสัมผัสมือกัน  
ถ้าเป็นไปได้และที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา แนะนำ  
สวมถุงมือก่อนแล้วค่อยสัมผัสมือเพื่อป้องกันการ  
แพร่เชื้อโรคใช้สำหรับระยะที่มีการระบาดของโรคนี

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาประเด็นการรับวัคซีน  
ในการป้องกันและส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19  
ของประชาชน

2. ควรศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสมในการ  
อยู่ร่วมกันของสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และ  
การปรับตัวอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มี  
โรคโควิด-19 เป็นภัยคุกคาม

3. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ปัญหา  
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

## เอกสารอ้างอิง

ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (ฉบับที่ 1). (2563). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 69 ง, (ลงวันที่ 25 มีนาคม 2563).

จารุวรรณ แผลมไธสง. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

จูไร วงศ์สวัสดิ์. (2563). ระบาดวิทยา: เชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (โควิด-19). สถาบันบาราศนราตुर กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ มิถุนายน, 20, 2564 จาก <http://www.thaipediatrics.org/pages/Doctor/Download/5ef0b4eba35ab2d6180b0bca7e46b6f9:dac4516abdafaf9f72de3>

ชญาณิช ปลื้มอุดม. (2557). ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิเด็กของประชาชนในจังหวัดสมุทรปราการ [งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ตรัง Covid-19 ตื่นตัวไม่ตื่นตระหนก. (2564). ข้อมูลสถานการณ์: รายงานสถานการณ์ COVID-19 จังหวัดตรัง. สืบค้นเมื่อ มิถุนายน, 24, 2564 จาก <https://covidtr.trang.go.th/news>

ธวัช บุญนวล. (2560). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากการสื่อสารสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาการจัดการ. 4 (2), 257-284.

ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัชชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 21 (2), 29-39.

ธานี ชัยวัฒน์, นิชาภัทร ไม้งาม, ณัฐศุภณ ดำชื่น, จารุวัฒน์ เอ็มชบุตร, ปกรณ์สิทธิ ฐานา, ชนลักษณ์ ชัยศรีลักษณ์. (2563). เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมว่าด้วยเส้นทางชีวิตและกิจกรรมร่วมของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19. [รายงานผลการวิจัย]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

นพรัตน์ โชติเกษมกุล. (2563). ตรัง พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาโควิด-19 รายแรกแล้วและเฝ้าระวังสามอีกราย. สืบค้นเมื่อ มิถุนายน, 20, 2564 จาก <https://www.77kaoded.com/news/nopparat-chotikasemkul/1436986>

นิคม แก้วवंดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง, และศิริขวัญ บริหาร. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลนครเจดีย์อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. ใน: ประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนองานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ (Proceedings) เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. หน้า 73-86.

นือ อริโยทัย, อภิชาติ วชิรพันธ์, กฤษณา หาญบรรเจิด, นิภาพรรณ จันทร์ศิลา, สิทธิกร โกสุมภ์. (2563). ความเชื่อมั่นในสถาบันเฉพาะทางด้านโรคติดต่ออันตรายและการตัดสินใจมารับบริการสุขภาพในช่วงการระบาดโรค COVID-19. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 14 (2), 80-91.

พนม คลีฉายา. (2561). การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

พัชรภรณ์ พัฒนะ. 2559. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี [การค้นคว้าอิสระหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริวรรณ รื่นบรรเทิง, สุรินธร กลัมพากร และแอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ. (2559). พฤติกรรมการป้องกันปัญหาระบบทางเดินหายใจจากการทำงานของแรงงานก่อสร้างระบบรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 30 (3), 71-84.

สำนักงานสถิติจังหวัดตรัง. (2562). infographics รายงานสถิติจังหวัดตรังด้านต่าง ๆ, สถิติด้านเศรษฐกิจ 2562. ค้นเมื่อ เมษายน, 29, 2564, จาก [http://trang.nso.go.th/images/stat\\_table/info-SES62.jpg](http://trang.nso.go.th/images/stat_table/info-SES62.jpg)

สุดา แวหะยี่. (2563). การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 6 (4), 158-168.

Best, John W. 1977. Research in education. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall.

Bloom, Benjamin S, Hastings J Thomas and Madaus George F. 1971. Handbook on formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill.

Yamane, Taro. 1967. Statistics: An Introductory Analysis. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Harper and Row Publication.



## รูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพังงา DEVELOPING MODEL HEALTH DATA SYSTEMS AND INFORMATION TECNOLOGY PHANG NGA PROVICE 2020

สุเทพ รักเมือง

Suthep Rukmoung

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

Phang Nga Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development : R&D) ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ 1.เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพังงา 2.เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพังงา และ 3.เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพังงา ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดพังงา ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่รับผิดชอบระบบงานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน หรือเป็นคณะทำงานระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ รวม 110 คน ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึง เมษายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ได้แก่ แนวคำถาม การสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องบันทึกเสียง การจดบันทึก การสังเกต และแบบสอบถาม

ผลการวิจัย ด้านสภาพปัญหาและความต้องการของการพัฒนา พบว่า บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจและทักษะระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ อุปกรณ์คอมพิวเตอร์และโปรแกรมไม่ทันสมัย ไม่มีระบบสำรองข้อมูล หน่วยบริการใช้โปรแกรมแตกต่างกัน ด้านการนำองค์กร การทำงานเป็นทีมขาดความต่อเนื่อง ระบบข้อมูลสุขภาพ ไม่ทันเวลา ข้อมูลไม่ได้รับการตรวจสอบ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ด้านการออกแบบและพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพังงา โดยจัดตั้งคณะทำงาน จัดทำคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงาน มีการพัฒนาบุคลากรโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ มีการประชุมต่อเนื่องเป็นระยะ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และระบบทีมที่เลี้ยง โดยมุ่งเน้นพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ด้านการนำองค์กร การทำงานเป็นทีม และด้านระบบข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และนำไปใช้ประโยชน์ได้ ด้านการนำไปใช้ ผู้บริหารมอบเป็นนโยบายประเด็นมุ่งเน้น การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนาด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ทันสมัยอย่างเพียงพอ การทำงานเป็นทีม มีผู้ดูแลระบบและผู้รับผิดชอบงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับโรงพยาบาล ทำหน้าที่ติดตามในหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพ ด้านการประเมินผล มีระบบการประเมินผล โดยการติดตามนิเทศเยี่ยม

เสริมพลังในพื้นที่ การติดตามทางกลุ่มไลน์ พบว่าการดำเนินงานระบบข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา ด้านบุคลากรมีความเข้าใจระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการสนับสนุนอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ อย่างเพียงพอ และเมื่อประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนา ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านสุขภาพ พบว่าความคิดเห็นประเด็นด้านการนำองค์กร อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง ส่วนด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านการทำงานเป็นทีม และระบบข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับมาก

**คำสำคัญ :** รูปแบบการพัฒนา, ระบบข้อมูลสุขภาพ, เทคโนโลยีสารสนเทศ

### Abstract

This research is kind of research & development: R&D). The objective of this research were to identify 1. To study the problems and needs of the development 2. To study the development model of information systems and health information technology in Phang Nga Province, and 3. To evaluate the model. the development model of health data and information technology systems. The population sample were purposive Sampling total of 110 people studied between October 2020 to April 2021. The instruments used group discussion questions In-depth interviews with audio recorders, observations, and questionnaires.

The results found of the research the problems and needs of the development found that the personnel lacking knowledge understanding and skills in information technology; Computer equipment and programs are out of date, no backup system use different programs, Teamwork lacks continuity, health information system is not up to date. The design and development of a model for developing information systems and health information technology in Phang Nga Province by establishing a working group prepare a manual for operators. There is personnel development by organizing training workshops. The meetings are held periodically and an exchange of knowledge and mentoring team system by focusing on infrastructure development organization leadership teamwork and health information systems that are accurate, complete, timely and useful aspects of use The management has given it as the focus of the policy. Budget support for the development of information technology systems that is modern enough teamwork. There are administrators and responsible for indicators at the provincial level, district level, hospital level. Perform follow-up functions in effective service units. There is an evaluation system by following up

on supervising to strengthen the power in the area by line group tracking. It was found that the operation of the information system was accurate, complete, and timely. The personnel had an understanding of the information system and information technology. The computer equipment support and when assessing opinions on the development model of information systems and health information technology. It was found that the opinions on leadership issues in the middle level Infrastructure team work and the health information system is at a high level

**Keywords :** Developing model, Health data system, Information technology

## บทนำ

การดำเนินการตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ของรัฐบาล ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และนโยบายมุ่งเน้นที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นการขับเคลื่อนการเปลี่ยนผ่านไปสู่การใช้ระบบดิจิทัล (Digital Transformation) มาช่วยในการปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสุขภาพ และได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพตามระบบเทคโนโลยีและการสื่อสารเพื่อสุขภาพของประชาชนและสอดคล้องกับแนวทางของ eHealth ของ WHO (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสาร กระทรวงสาธารณสุข กองแผนงานและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ที่ได้กำหนดเป็นกรอบยุทธศาสตร์ในการพัฒนาเพื่อให้สามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสุขภาพไปเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ต่อประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่าการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพจะต้องพัฒนาให้ครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (6 Building Block) ได้แก่ (1) การจัดการบริการ (2) กำลังคน (3) ยาและเทคโนโลยี (4) การคลัง (5) ภาวะผู้นำ ธรรมภิบาล และ (6) ข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการพัฒนาทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์และครุภัณฑ์ และโปรแกรมสำหรับการดำเนินงาน รวมทั้งพัฒนาให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบและมีความชัดเจนในการเข้ากันได้ เช่น มีการพัฒนามาตรฐานในด้านสถาปัตยกรรมระบบอุปกรณ์ ระบบโปรแกรม ระบบเครือข่าย ระบบข้อมูลสุขภาพ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

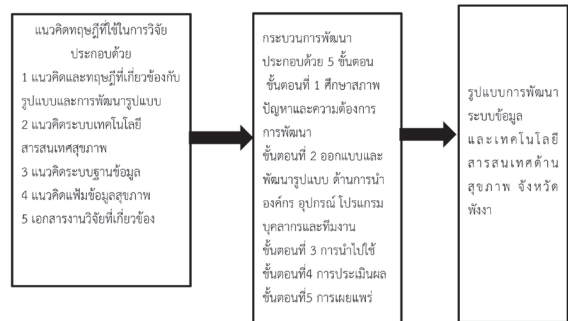
ดังจะเห็นได้จากฐานข้อมูลสาธารณสุขซึ่งได้มีการกำหนดและประกาศให้มีการนำมาตราฐานโครงสร้างข้อมูลสุขภาพและรหัสต่าง ๆ มาใช้ในระบบบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงการให้บริการ

ในด้านการควบคุมและป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพทุกหน่วยบริการ ตามรูปแบบมาตรฐานข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แห่ง มาตรฐาน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อประเมินในด้านการบริหารจัดการและการดำเนินงาน การขับเคลื่อนระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศที่ผ่านมา ยังพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ จึงทำให้ระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของจังหวัดพังงา จะต้องได้รับการพัฒนาต่อไป ซึ่งปัญหาดังกล่าว เช่น ความพร้อมของระบบโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ด้านบุคลากร ตลอดจนประเด็นความพร้อมของหน่วยบริการ ความเข้าใจ และการตอบสนองต่อการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมมาช่วยในการขับเคลื่อน ที่สำคัญการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับจะมีส่วนสำคัญต่อการแก้ปัญหาและส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินการ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2563) นอกจากนี้การดำเนินการขับเคลื่อนระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศของจังหวัดพังงา ยังให้ความสำคัญของการสร้างทีมงาน การทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมของทีมงานด้วยการช่วยเหลือซึ่งกันและกันมา โดยตลอดระยะเวลาดำเนินการ จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ทั้งนี้ผลการศึกษาและการพัฒนาระบบข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้อง ทันเวลา และน่าเชื่อถือ ส่งผลให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขได้อย่างยั่งยืน

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพังงา
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพังงา
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพังงา

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยพัฒนา (Research & Development: R&D) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีดำเนินการแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพของจังหวัดพังงา ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ขั้นตอนที่ 5 การเผยแพร่ (รัตนะ บัวสนธ์, 2552) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

สาธารณสุขของจังหวัดพังงาซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่รับผิดชอบระบบงานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานหรือเป็นคณะทำงานระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วยบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 64 แห่ง ๆ ละ 1 คน โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง ๆ ละ 5 คน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง ๆ ละ 4 คน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 110 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องบันทึกเสียง การสังเกต และแบบสอบถามตามขั้นตอนการศึกษา ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ เครื่องมือและกระบวนการที่ใช้ คือ การสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องบันทึกเสียง การจดบันทึก การสังเกต และแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนา รูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดพังงา เครื่องมือและกระบวนการที่ใช้ คือ การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับโรงพยาบาล และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และออกแบบและพัฒนาระบบพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดพังงา

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดพังงา ที่ได้รับการออกแบบและพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงในหน่วยบริการในสังกัดสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดพังงา

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล การใช้รูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดพังงา และปรับปรุงขั้นสุดท้ายก่อนเผยแพร่สู่ผู้ใช้ในวงกว้าง

ขั้นตอนที่ 5 การเผยแพร่รูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดพังงา

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ร่วมให้ความเห็น ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน ตรงประเด็น แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยเชิงคุณภาพ อาจมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์จริงได้เช่นกัน

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ ได้การตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ในด้านความสอดคล้องของข้อความในแบบสอบถาม กับหัวข้อการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญนำมาคำนวณหาค่าโดยวิธี Item Objective Congruence Index (IOC) ข้อคำถามที่มีค่า IOC > 0.5 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability โดยผู้วิจัยนำไปทำการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ชุด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ Alpha (Coefficient Alpha) ด้วยวิธีการของ Cronbach's Alpha โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ Alpha = 0.962

### การเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การจัดเก็บข้อมูลโดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ จังหวัดพังงา

2. ประชุมชี้แจงคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับรายละเอียดและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

3. กำหนดแผนและการทำงานตามแผนในเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

5. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล สรุปและเขียนรายงานการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เป็นกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนถึงเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ซึ่งมี 5 ขั้นตอนคือ 1) การจัดระเบียบข้อมูล 2) การทำดัชนีหรือกำหนดรหัสข้อมูล 3) การจัดกลุ่มข้อมูลหรือสร้างข้อสรุปชั่วคราว 4) การสร้างบทสรุป 5) การพิสูจน์ความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์แต่ละขั้นตอน (รัตนะ บัวสนธ์, 2551)

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean:  $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) (มาลีวัลย์ ศรีวิไลย์, 2559)

### จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ตามเอกสารเลขที่ 23/2563 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2563

### ผลการวิจัย

#### ขั้นตอนที่ 1 สภาพปัญหาและความต้องการ พบว่า

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับผิดชอบงานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

1.1 หน่วยงานระดับจังหวัดมีผู้รับผิดชอบทำหน้าที่ผู้ดูแลระบบ ทำหน้าที่สนับสนุนหน่วยบริการด้านระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะแก้ปัญหาเชิงเทคนิค แต่อย่างไรก็ตามพบว่าจำนวนผู้ดูแลระดับจังหวัด ยังไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนหน่วยบริการ

1.2 บุคลากรตัวแทนกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ทำให้มีผู้รับผิดชอบหลักในการประสานงานตัวชี้วัด ครอบคลุมทุกกลุ่มงาน แต่ในกลุ่มงานไม่มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

1.3 โรงพยาบาล มีผู้รับผิดชอบงานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ แต่ยังพบปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนบริการขาดความคล่องตัวในการสนับสนุนระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

1.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าบางหน่วยงานมีการเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบหรือโยกย้าย และปัญหาด้านความรู้

ความเข้าใจระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ  
อายุมาก

## 2. โครงสร้างพื้นฐาน สรุปรุได้ดังนี้

2.1 ด้านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์มี  
เพียงพอต่อการใช้งาน แต่มีอายุการใช้งานยาวนาน  
ส่วนใหญ่ใช้งานมานานเกินกว่า 5 ปี เครื่องคอมพิวเตอร์  
แม่ข่ายโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนยังไม่เพียงพอ  
ต่อการใช้งาน และคุณสมบัติยังไม่มีประสิทธิภาพ  
เพียงพอ ทำให้ระบบมีความล่าช้า

2.2 ด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์  
หน่วยบริการในจังหวัดพังงามีโปรแกรมจัดการมูล  
ผู้ป่วยหลากหลาย โปรแกรมไม่มีความทันสมัย

2.3 ด้านบุคลากรด้านเทคโนโลยี  
สารสนเทศขาดความชำนาญในการจัดแก้ปัญหา  
ระบบข้อมูลที่อาจเกิดขัดข้อง

2.4 ด้านการนำองค์กร ผู้บริหาร  
สูงสุดให้การสนับสนุนกำหนดเป็นนโยบายมุ่งเน้น  
และยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
แต่ไม่มีการประชุมต่อเนื่อง

2.5 ด้านการทำงานเป็นทีมมีการ  
ประชุมเชิงปฏิบัติการในระดับจังหวัดไม่ต่อเนื่อง

3. ระบบข้อมูลสุขภาพ การส่งข้อมูลบาง  
หน่วยงานยังมีความล่าช้า

## ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบการดำเนินการ  
การด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ  
ในขั้นตอนที่ 1 นำมาดำเนินการออกแบบรูปแบบ  
พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศ  
ด้านสุขภาพ จังหวัดพังงา โดยมุ่งเน้นพัฒนาโครงสร้าง  
พื้นฐาน (Hardware, Software, People ware)  
ด้านการนำองค์กร การทำงานเป็นทีม และด้านระบบ

ข้อมูลสุขภาพ(ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และนำ  
ไปใช้ประโยชน์) โดยสรุปรูปแบบการพัฒนาระบบ  
ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ที่จะ  
นำไปใช้ในขั้นตอนที่ 3 ดังต่อไปนี้

1. สรุปรผลการออกแบบการพัฒนารูปแบบ  
ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศ  
ด้านสุขภาพจังหวัดพังงา ดังต่อไปนี้

1.1 การนำองค์กร ผู้บริหารกำหนดการ  
พัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ  
เป็นประเด็นมุ่งเน้น ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์  
ของจังหวัดพังงา การสนับสนุนงบประมาณเพื่อ  
การพัฒนาด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ  
การประเมินผลการปฏิบัติงานและการพิจารณาความ  
ดีความชอบ

1.2 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ด้าน  
อุปกรณ์คอมพิวเตอร์สนับสนุนการบริหารและจัดห  
าระบบคอมพิวเตอร์ ที่เพียงพอ และพร้อมใช้งาน  
ด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สนับสนุนการจั  
การบำรุงรักษาและการพัฒนาโปรแกรมบริหารจัดการ  
ข้อมูลโรงพยาบาล ที่ตอบสนองต่อความต้องการและ  
ปรับปรุงให้มีความทันสมัย ด้านบุคลากร บริหาร  
จัดการบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความ  
เพียงพอ พัฒนาทักษะให้มีความรู้ความสามารถ  
สนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศ  
ที่มีประสิทธิภาพ

1.3 การทำงานเป็นทีม การจัดตั้งทีมผู้  
รับผิดชอบงานระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ  
การบริหารจัดการทีมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้  
การจัดการความรู้ เสริมสร้างการทำงานเป็นทีม  
การช่วยเหลือ แบ่งปัน และการแก้ปัญหาโดยทีม

1.4 ระบบข้อมูลสุขภาพ ความถูกต้อง

ความสอดคล้อง ความครบถ้วน สมบูรณ์ ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

### ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้

นำรูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดพังงาไปทดลองใช้ในหน่วยบริการพื้นที่จังหวัดพังงา

### ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

ด้านการประเมินผล มีระบบการประเมินผลโดยการติดตามนิเทศเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ การติดตามทางกลุ่มไลน์ พบว่าการดำเนินงานระบบข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา ด้านบุคลากรมีความเข้าใจระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านการสนับสนุนอุปกรณ์คอมพิวเตอร์อย่างเพียงพอ และเมื่อประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ พบว่าความคิดเห็นประเด็นด้านการนำองค์กร อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง ส่วนด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านการทำงานเป็นทีม และระบบข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับมาก

กระบวนการพัฒนาทำให้เกิดบทเรียนที่เกิดจากนำรูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดพังงา ไปทดลองใช้ในพื้นที่จังหวัดพังงา ดังนี้

1. ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดทำหน้าที่ผู้ดูแลระบบ ทำหน้าที่สนับสนุนหน่วยบริการด้านระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
2. มีแม่ข่ายแต่ละพื้นที่มีการสนับสนุนเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาระบบ
3. มีการใช้คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้าน

สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

4. มีกิจกรรมพัฒนางานระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ การประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับเครือข่ายอำเภอ ระดับจังหวัด และการศึกษาดูงาน

5. สร้างช่องทางการสื่อสารหลากหลายช่องทาง เช่น IT line group และโทรศัพท์สายตรง เพื่อใช้ในการ ติดต่อสื่อสาร ให้คำปรึกษา แนะนำ

6. มีการสร้างทีมผู้ดูแลระบบแกนนำ 10 คน ลงพื้นที่ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในเรื่องการบันทึกข้อมูลให้มีคุณภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแก้ปัญหาร่วมกันในพื้นที่ที่ยังมีปัญหา การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศ

### ขั้นตอนที่ 5 การเผยแพร่

ได้เผยแพร่รูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดพังงา ในเวทีการประชุมคณะกรรมการวางแผนประเมินผลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา และเวทีการประชุมโครงการขับเคลื่อนระบบ Digital Transformation จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ 2564

### อภิปรายผล

ปัญหาและความต้องการพัฒนา ด้านผู้รับผิดชอบและทำหน้าที่ขับเคลื่อนระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศทุกหน่วยงาน พบปัญหาการโยกย้ายเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลระบบ บุคลากรที่อายุมากขาดความคล่องตัวในการขับเคลื่อน ด้านโครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์คอมพิวเตอร์และเครือข่าย มีอายุการใช้งานยาวนาน ส่วนใหญ่ใช้งานมานานเกินกว่า



5 ปี เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนยังไม่เพียงพอต่อการใช้งาน และคุณสมบัติยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้ระบบมีความล่าช้า ประสบปัญหาการปรับปรุงโปรแกรมให้มีความทันสมัย เนื่องจากขาดงบประมาณ ประกอบกับ Software มีราคาค่อนข้างสูง บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีครบคลุมทุกหน่วยงาน แต่ยังไม่เพียงพอ ควรส่งเสริมทักษะบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญอันดับต้น ๆ เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ ยังมีปัญหาความทันเวลา (Timeliness) ทำได้เพียงร้อยละ 62 เนื่องจากหน่วยบริการไม่สามารถบันทึกข้อมูลให้เสร็จสิ้นภายในวันให้บริการ โดยเฉพาะ รพ.สต. ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นการปัญหาความทันเวลาในระยะถัดไป สอดคล้องกับการศึกษาของพิทักษ์พงศ์ พยุหะ, (2561) ที่เสนอแนะด้านบุคลากร คือควรมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอและเพียงพอเมื่อมีการปรับปรุงโครงสร้างฐานข้อมูล กรอบอัตรากำลังควรจะมีเจ้าหน้าที่ด้านข้อมูลโดยตรงมาประจำ รพ.สต. ควรมีงบประมาณสนับสนุนด้านระบบข้อมูลเพียงพอในการจัดหาครุภัณฑ์และวัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ ควรลดขั้นตอนการขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้างคอมพิวเตอร์และวัสดุอุปกรณ์ ควรมีผู้ดูแลด้านสารสนเทศโดยตรงมีการชี้แจงโปรแกรมที่ชัดเจนและรวดเร็ว การบริหารจัดการทางด้านข้อมูลควรใช้ฐานข้อมูลเดียว โปรแกรมลดความซ้ำซ้อน เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

รูปแบบการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดพังงา ด้วยการขับเคลื่อน 4 ประเด็นมุ่งเน้น พบว่าการนำองค์กร ผู้บริหารกำหนดการพัฒนาระบบข้อมูลและ

เทคโนโลยีสารสนเทศ กำหนดวิสัยทัศน์ สนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ มอบนโยบายประเด็นมุ่งเน้น ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดพังงา ทำให้ทุกหน่วยงานดำเนินตามนโยบายไปพร้อม ๆ กันและมีกรอบแนวทางเดียวกัน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ด้านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และเครือข่าย มีการสนับสนุน การบริหารจัดการและจัดหาระบบคอมพิวเตอร์ให้มีความเพียงพอต่อการใช้งาน โดยการจัดทำแผนประจำปีทุกหน่วยงาน เพื่อการจัดทำใหม่และทดแทนของเดิม ตลอดจนการลงพื้นที่ติดตาม สนับสนุน และแก้ปัญหา ระบบคอมพิวเตอร์ เครือข่าย สำหรับด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และด้านบุคลากร พัฒนาทักษะให้มีความรู้ความสามารถสนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ การขับเคลื่อนการทำงานเป็นทีม มีการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม มีคำสั่งแต่งตั้งผู้บริหารระบบข้อมูล ระดับจังหวัด ระดับ รพช./รพท. ระดับอำเภอ มีการกำหนดทีมผู้ดูแลระบบแกนนำ เพื่อกำหนดทิศทางการสนับสนุนและแก้ปัญหา ระบบข้อมูลสุขภาพ โดยกำหนดผู้ดูแลระบบและผู้รับผิดชอบงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับโรงพยาบาล ติดตามการประมวผลผลเพิ่มข้อมูลสุขภาพตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง มุ่งเน้นให้ข้อมูลมีความถูกต้องความสอดคล้อง ความครบถ้วน สมบูรณ์ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลาและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ต่อการปฏิบัติงานและส่งผลดีต่อสุขภาพประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และ คณะ, (2560) ที่บูรณาการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการ สื่อสาร (ICT) เข้ามาใช้เพื่อจัดการกับระบบ

## ข้อมูลด้านสุขภาพ

การประเมินความคิดเห็นประเด็นด้านการนำองค์กร (Leadership) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง ส่วนด้านโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ด้านการทำงานเป็นทีม (Teamwork) และระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Information System) อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของพลศักดิ์ หลาบสีดา, นำคุณ ศรีสนิท, (2560) และโสภิษฐ์ อ่อนแก้ว, (2559) ที่ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของระบบมีความคิดเห็นว่ารระบบมีประสิทธิภาพสูง

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยบริการควรพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ความเข้าใจในระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ เพิ่มมากขึ้น นอกเหนือจากบุคลากรที่ได้รับมอบหมาย เพื่อทำหน้าที่แทนในกรณีบุคลากรย้าย หรือปรับเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงาน โดยปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้มีความสอดคล้องกับการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการปฏิบัติงาน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อให้ระบบขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

1.2 สร้างทีมดำเนินการในระดับหน่วยบริการ โดยเฉพาะระดับโรงพยาบาล และระดับอำเภอ ให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการภายในอำเภอ เพื่อให้มีการพัฒนาได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการโดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลให้เป็นประโยชน์ เช่น ระบบการนัดหมายผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วย การประมวลผลเป้าหมายสำหรับการให้บริการ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในระดับเขต

2.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ในประเด็นการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น สถานการณ์การระบาดของโรค เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข.(2563). แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ปี 2563-2565. พังงา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.
- กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ระบบข้อมูลสุขภาพภาครัฐ.ค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2562,จาก [http://healthcaredata.moph.go.th/main/Software/50\\_file\\_20141001.zip](http://healthcaredata.moph.go.th/main/Software/50_file_20141001.zip)
- พิทักษ์พงศ์ พายุทธ.(2561). การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- พลศักดิ์ หลาบสีดา และ นำคุณ ศรีสนิท.(2560). การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการงานบริการของสายงานเทคโนโลยีและสารสนเทศภายในบริษัท: กรณีศึกษา บริษัทประกันภัยแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร. นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12.

- รัตน์ บัวสนธ์. (2551). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการศึกษา. พิมพ์ลักษณ์ กรุงเทพฯ : คำสมัย.
- วาโร เฟิงส์สวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2(4)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพและข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย 50 แฟ้ม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2557). โครงการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพภาครัฐ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- โสภิษฐ์ อ่อนแก้ว. (2559). ออกแบบและพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการความรู้สำหรับองค์การภาครัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- อัญชิษฐา ศิริคำเฟิง และคณะ. (2560) การบูรณาการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อจัดการกับระบบข้อมูลด้านสุขภาพ. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

### Effect of Self-Care Promoting Program on HbA1C of Type 2 Mellitus Patients

พรทิพย์ วุฒิวงศ์<sup>1</sup>, สุวิมล มณีโชติ<sup>2</sup>

Porntip Wuthiwong<sup>1</sup>, Suwimoln Maneechoate<sup>2</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลตรัง, <sup>2</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง

<sup>1</sup>Trang Hospital, <sup>2</sup>Boromarajonani College of Nursing, Trang

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนปริง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 15 คู่ โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่คุณสมบัติเหมือนกันเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลอง 15 คนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการพยาบาลปกติ 10 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม 15 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนาโดยผู้วิจัยประกอบด้วย 3 ระยะเวลาคือ การประเมินปัญหา การให้ความรู้และปฏิบัติ และการประเมินผล โดยมีแผนการสอนและคู่มือการดูแลตนเองซึ่งผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการจัดกิจกรรม ค่า IOC=0.66 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  (ค่า  $t = 3.520$ )

2. ระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  (ค่า  $t = -3.926$ )

จากผลการวิจัย ในโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมการดูแลตนเองควรมีความเป็นกันเอง จะช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดกำลังใจ และแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองได้มากขึ้น รวมทั้งการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นการส่งเสริมพลังใจในการดูแลตนเอง

**คำสำคัญ :** โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง, เบาหวานชนิดที่ 2, ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

## Abstract

The purpose of this quasi-experimental research is to test the effect of self-care promoting program on patients with type 2 diabetes mellitus with and without receiving the program, which they underwent treatment from diabetes clinic at Khuan Pring Health Promoting Hospital, Muang district, Trang province. 15 pairs of the patients were selected by purposive sampling. They were assigned to be matched by the same conditions in control group and experimental group. The experimental group received ten-week self-care promoting program and routine nursing care, while the control group only received routine nursing care. The self-care promoting program, which was developed by the researcher, combined of 3 sessions: assessment, knowledge providing and practicing, evaluation. The IOC was 0.66. The conclusions were as follow

1. The HbA1C level of the patients in the experimental group was significantly lower than prior to receiving self-care promoting program at  $p < .05$  ( $t = 3.520$ )
2. The HbA1C level of the experimental group was significantly lower than that of the control group at  $p < .05$  ( $t = -3.926$ ).

Regarding to the results, according to the self-care promoting program, group process in self-care promotion should be acquainted, which could help the experimental group to be encouraged and motivated to achieve self-care Including telephone follow-up visits to encourage self-care.

**Keywords :** Self-care promoting program, Type 2 Diabetes Mellitus, HbA1C

## บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในปี 2558 มีประชากรทั่วโลกป่วยเป็นเบาหวาน 415 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน สำหรับประเทศไทยในปี 2558 เบาหวานถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 จากการจัดอันดับการเสียชีวิต

ของคนไทยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีสถิติการเสียชีวิตจากเบาหวานต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2556-2558 มีอัตราเท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ หรือคิดเฉลี่ยการเสียชีวิตวันละ 31 คน (WHO, 2021) จากการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดยะลา ระหว่างปี 2557-2560 พบว่าต้นทุนการรักษาพยาบาล

โรคเบาหวานตลอดระยะเวลา 4 ปี เท่ากับ 11,125,389 บาท โดยต้นทุนการรักษาพยาบาลจะมีการเพิ่มขึ้นทุกปี (วิกฤตุนทรภรณ์ คงแดง, 2562) และจากการศึกษาความชุกและการจัดการผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาโรคเบาหวานอย่างถูกวิธีมีเพียงร้อยละ 50 ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย จะไม่ได้เข้าสู่การรักษาที่ถูกต้องจะทำให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลสูงกว่าปกติ ในประเทศไทย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ซึ่งเป็นผลจากภาวะดื้อต่ออินซูลินและความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม พบบ่อยในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป และกลุ่มคนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ มีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ พี่ น้อง อายุมากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกาย หรือเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

เป้าหมายหลักของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติ การตรวจเลือดที่มีประสิทธิภาพมากในการควบคุมโรคเบาหวานคือ ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ซึ่งสามารถช่วยประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวและใช้ดูพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในอดีตที่ผ่านมา การลดลงของ HbA1C ทุกร้อยละ 1 สามารถลดภาวะแทรกซ้อนทั่วไปได้ร้อยละ 21 (Devendra, 2008) โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต จอประสาทตา ระบบประสาท หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง ความรู้สึกทางเพศลดลง และ

โรคติดเชื้อต่างๆ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติ ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน การมาพบแพทย์มากกว่า 6 ครั้งในรอบ 1 ปี การมารับยาผิดนัดบ่อยครั้ง การมีค่าไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าปกติ และมีความเครียดสูง (คณิงนุช แจงพรธมา และพัทธนันท์ คงทอง, 2561) การมีโรคแทรกซ้อน ทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการออกกำลังกาย ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ที่ขาดการออกกำลังกายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานสูงกว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำถึง 2-4 เท่า (King and Kriska, 1992) และการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม (ฤทธิรงค์ บุรพันธ์ และนิรมล เมืองโสม, 2556) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองทั้งสิ้น

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) มีประเด็นพัฒนาที่สำคัญคือการสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพดี โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับที่ โอเร็ม (Orem, 2001) ได้กล่าวไว้ว่าคนเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง มีพลังความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการรับที่จะกระทำและจดจำ แสวงหาเป้าหมายของการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมาย ปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถสนองความต้องการดูแลตนเองได้คือศักยภาพในการดูแลตนเองซึ่งรวมถึงคุณสมบัติ

เฉพาะของบุคคล ได้แก่ความสามารถที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองต่อเนื่องผ่านกระบวนการเรียนรู้ ความมุ่งมั่นใส่ใจที่จะเรียนรู้ การสอนจากผู้อื่น การเรียนรู้ทำให้เกิดพลังความสามารถทำให้บุคคลมีเป้าหมายและลงมือกระทำเองได้ สอดคล้องผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยของ สีสว่าง และคณะ, (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองตามแนวคิดโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและการผ่อนคลาย ความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้บุคคล เจริญวรรณ และคณะ, (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

จากสถิติ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ คือ HbA1C < 7% ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเมืองตรัง ในปี 2558-2560 มีน้อยมากร้อยละ 11.34, 18.83 และ 15.86 ตามลำดับ มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ร้อยละ 1.10, 2.62 และ 1.38 ตามลำดับ ในปี 2561 จังหวัดตรังมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 (ค่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2.40) สำหรับในพื้นที่ตำบลควนปรัง จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นพื้นที่

ที่ผู้วิจัยเลือกทำวิจัย ในปี 2558 มีผู้ป่วยเบาหวาน 265 คน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.45 ปี 2559 มีผู้ป่วยเบาหวาน 273 คน คุมได้ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 13.55 และปี 2560 มีผู้ป่วยเบาหวาน 290 คน คุมได้ 35 คน คิดเป็นร้อยละ 12.06 เทียบกับเกณฑ์ที่ต้องคุมได้คือร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งจะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ ประกอบกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้เป็นไปตามตัวชี้วัดดังกล่าว ซึ่งแม้ตัวชี้วัดจะเป็นภาพรวมของตำบล แต่ในรายย่อยจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานให้ดีขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเอง การส่งเสริมการดูแลตนเองตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มจะช่วยเพิ่มความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะมีการศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยจัดกระทำเอง แต่ยังไม่พบว่ามีโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำเองร่วมกับการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ได้โปรแกรมที่เหมาะสมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติ ลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วม

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

### สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ย HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีระดับต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

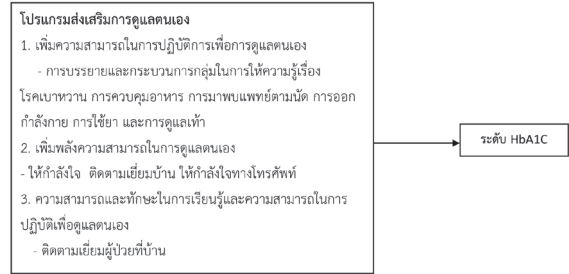
2. ค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่เชื่อว่า บุคคล เป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ มีความสามารถในการเรียนรู้ วางแผนจัดระเบียบ ปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้ ซึ่งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถของมนุษย์ที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ แบ่งออกเป็น ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง พลังความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง

ดังนั้นหากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จงใจเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ได้เพิ่ม

ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และ ได้เพิ่มพลังความสามารถในการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสามารถที่จะเรียนรู้และเข้าใจในบทบาทของตนเอง ที่จะกระทำในสิ่งที่เป็นการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ซึ่งแสดงได้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 : กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 35-70 ปี ที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนปริง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง รวมทั้งหมด 64 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนปริง



อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ระหว่าง เดือนมกราคม - มีนาคม 2561 โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1.1 ผู้ป่วยเบาหวานอายุระหว่าง 35-70 ปี
- 1.2 ระดับ HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7
- 1.3 ได้รับการรักษาด้วยเบาหวานชนิดรับประทาน
- 1.4 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หัวใจ วัณโรค และไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์
- 1.5 เป็นผู้ไม่มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร และสามารถโต้ตอบได้ดีกับผู้วิจัยในขณะซักถาม

2. เกณฑ์การออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

2.1 มีโรคประจำตัวเรื้อรังทางกายหรือโรคทางจิตเวชที่มีอาการซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

2.2 มีการปรับยาหรือลดระดับยาเบาหวานในระหว่างการทดลอง

3. เกณฑ์การยุติเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation criteria)

3.1 เสียชีวิต ย้ายที่อยู่ ขอลถอนตัวจากการวิจัย

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่น้อยกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่

จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลงทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burns and Grove, 2005) การศึกษาครั้งนี้ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติจากทะเบียนรายชื่อ ประเมินความพร้อมทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง จับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Purposive selection) โดยควบคุมให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะคล้ายคลึงกันที่สุดในด้านลักษณะของบุคคล ทั้ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเป็นโรค จากนั้นคัดเลือกโดยจัดคนแรกเข้ากลุ่มควบคุม คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1.1 เครื่องตรวจระดับ HbA1C จากห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลตรัง

1.2 โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้และใช้กระบวนการกลุ่มในการเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจปฏิบัติจริงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงอยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความ

สามารถของตนเอง ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ได้สำเร็จ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการดูแลตนเองตามแนวคิดของ โอเร็ม, (2001) โดยโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง เป็นกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง โทรศัพทติดตามเยี่ยม 1 ครั้ง และการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง โปรแกรมประกอบด้วย 3 ระยะ คือ การประเมินปัญหา การให้ความรู้และปฏิบัติ และการประเมินผล

ระยะที่ 1 การประเมินปัญหา เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาปัญหาและความต้องการ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ระยะที่ 2 การให้ความรู้และปฏิบัติตาม โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการให้ความรู้ แก่กลุ่มทดลองเป็นรายกลุ่ม ตามแผนการสอน ที่ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การดูแลเท้า

ระยะที่ 3 การประเมินผล พยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และโทรศัพทติดตามเยี่ยม 1 ครั้ง เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามเป้าหมาย ของกลุ่มทดลองที่ตั้งไว้ โดยใช้แบบบันทึกการดูแลตนเองที่บ้าน

1. จัดทำแผนการสอนซึ่งครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานยา และการมาพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกาย การบริหารเท้าและการรับประทานยา

2. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยเนื้อหาเบาหวานคืออะไร สาเหตุและอาการ การควบคุมอาหาร การออก

กำลังกาย การใช้ยา การป้องกันโรคแทรกซ้อน แจกให้ผู้ป่วยในวันแรกที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาและระยะเวลาการเป็นโรค

2.2 แบบบันทึกการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยจะให้กลุ่มทดลองนำเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ประกอบด้วยข้อมูลการรับประทานอาหารเช้าแต่ละวัน ข้อมูลการออกกำลังกาย การบริหารเท้า ข้อมูลการรับประทานยาเพื่อทบทวนตนเองในแต่ละวัน

2.3 แบบบันทึกค่า HbA1C

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พร้อมทั้งแผนการสอน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปรีกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน และ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ได้ค่า IOC = 0.66 และไป

ทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย โรงพยาบาลตริง โดยทดลองดำเนินกิจกรรม 10 คน เพื่อประเมินแผนการสอน คู่มือ และแบบบันทึกการดูแลตนเองที่บ้าน ก่อนนำไปใช้จริง ผลการดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในเนื้อหา คู่มือชัดเจน และคู่มือการดูแลตนเองใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องตรวจระดับ HbA1C ด้วยการวัดซ้ำพบว่ามีความสัมพันธ์กัน ( $r = .99$ )

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากแฟ้มทะเบียนผู้ป่วย จำนวน 30 คน การทำวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน เป็นพยาบาลวิชาชีพในคลินิกเบาหวาน ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมา 10 ปี ทำหน้าที่ช่วยรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และอำนวยความสะดวกขณะทำกิจกรรมกลุ่ม ในขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการทดลอง วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนในการทำวิจัยเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

2. กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยตรวจวัดสัญญาณชีพ ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตรวจระดับ HbA1C ก่อนการทดลอง พบแพทย์เพื่อรับการตรวจ ให้คำปรึกษา คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพรายบุคคล และนัดหมายพบแพทย์ครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2-9 ให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน สัปดาห์ที่ 10 มาตรวจตามแพทย์นัด และดำเนินกิจกรรม ตรวจ

วัดสัญญาณชีพ ตรวจระดับ HbA1C พบแพทย์เพื่อรับการตรวจ ให้คำปรึกษา คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพรายบุคคล นัดหมายพบแพทย์ครั้งต่อไป และเสนอโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง หากยินดีเข้าร่วมโปรแกรมจะเริ่มดำเนินการในสัปดาห์ถัดไป

สำหรับกลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง มีการตรวจวัดสัญญาณชีพ ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตรวจระดับ HbA1C ก่อนการทดลอง ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว และแจกคู่มือการดูแลตนเอง พร้อมทั้งแบบบันทึกการดูแลตนเอง ให้ความรู้รายกลุ่มเกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยกิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน พบแพทย์เพื่อรับการตรวจ ให้คำปรึกษา คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพรายบุคคล และนัดหมายพบแพทย์ครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง เพื่อตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว มีการให้ความรู้รายกลุ่มเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการมาพบแพทย์ตามนัด โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง เพื่อตรวจน้ำตาลปลายนิ้วเช่นเดิม และให้ความรู้รายกลุ่มเกี่ยวกับการออกกำลังกาย รับประทานยาและดูแลเท้า

สัปดาห์ที่ 4 และ 5 ให้กลุ่มทดลองดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 6 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และพูดคุยให้กำลังใจและให้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง และให้ดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 7 ติดตามเยี่ยมบ้าน และให้ดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน พุดคุยให้กำลังใจและให้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง

สัปดาห์ที่ 8 และ 9 ให้กลุ่มทดลองดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 10 มาพบแพทย์ตามนัด ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเพื่อตรวจวัดสัณญาณชีพ ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ตรวจระดับ HbA1C หลังการทดลอง และให้ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อรับการตรวจและนัดหมายพบแพทย์ครั้งต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยหาจำนวนและร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯโดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 66.67 อายุส่วนใหญ่ 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 73.33 ระยะเวลาที่เป็นโรคส่วนใหญ่ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 แสดงได้ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่เป็นโรคลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	33.33	5	33.33
หญิง	10	66.67	10	66.67
อายุ				
55-59 ปี	6	40.00	6	40.00
60-70 ปี	8	53.33	8	53.33
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	73.33	11	73.33
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	26.67	4	26.67
ระยะเวลาที่เป็นโรค				
1-5 ปี	7	46.67	7	46.67
5-10 ปี	5	33.33	5	33.33
11-15 ปี	3	20	3	20

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.67 อายุส่วนใหญ่ 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 73.33 ระยะเวลาที่เป็นโรคส่วนใหญ่ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67

2. เปรียบเทียบระดับ HbA1C ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง แสดงได้ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบระดับ HbA1C ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

HbA1C	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	8.83	1.46	7.96	1.13	3.520	.003

จากตารางที่ 2 ระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ลดลงจากร้อยละ 8.83 (S.D.=1.46) เป็นร้อยละ 7.96 (S.D.=1.13) โดยมี  $p < .05$  ( $t = 3.520$ )

1. เปรียบเทียบระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองในกลุ่มได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและหลังการควบคุมในกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงได้ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบระดับ HbA1C ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองในกลุ่มได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและหลังการควบคุมในกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	หลังการทดลอง			
	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	7.96	1.12	-3.926	.001
กลุ่มควบคุม	9.83	1.51		

จากตารางที่ 3 ระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองในกลุ่มได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและหลังการควบคุมในกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกัน โดยในกลุ่มทดลอง ระดับ HbA1C หลังการทดลองเท่ากับ 7.96 (S.D.=1.12) น้อยกว่าในกลุ่มควบคุมซึ่ง HbA1C หลังการทดลองในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C เท่ากับ 9.83 (S.D.=1.51) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  ( $t = -3.926$ )

### อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า การควบคุมระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้และใช้กระบวนการกลุ่ม

ในการเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยมีบทบาทในการพัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วยเริ่มจากการประเมินปัญหา ของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล โดยการสร้างสัมพันธภาพทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย เป็นกันเอง และเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้การค้นหาปัญหาและความต้องการในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยอาจรู้สึกเกรงใจที่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่พยาบาลต้องให้บริการทำให้ขาดโอกาสในการพูดคุยกับผู้ให้บริการอย่างเต็มที่ และอาจไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองเพราะแพทย์ผู้ทำการรักษาจะเป็นผู้พิจารณาการให้ยาตามสภาพผู้ป่วย จึงทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระบบบริการมากกว่าพึ่งพิงตนเอง เมื่อมีโอกาสได้ค้นหาปัญหาเป็นรายบุคคล ทำให้พิจารณาปัญหาได้ตรงประเด็นขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งในด้านการดำเนินชีวิตและความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งการประเมินปัญหาด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองและนำไปสู่การหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการปฏิบัติได้ก่อให้เกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem, (2001) เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้รายกลุ่ม มีการบรรยาย ในการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การมาพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้า และมีกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีการเพิ่มพลังความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา สีสว่าง

และคณะ, (2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ได้จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และคณะ, (2561) ที่ศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้จัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม ที่เข้าอบรมโครงการครบ 1 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) และ HbA1C ก่อนเข้ารับการอบรม และเมื่อมาตรวจ 5 ครั้งในช่วง 1 ปี หลังการอบรมพบว่า ทั้งค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) และ HbA1C ลดลงจาก ก่อนเข้ารับการอบรมและลดลงมากที่สุดเมื่อมาตรวจครั้งที่ 4 ก่อนที่จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อมาตรวจรักษาในครั้งที่ 5 ในช่วง 1 ปี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา บัวทองจันทร์และคณะ, (2556) ที่พบว่ากระบวนการกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองมีการทบทวน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพตนเองแล้วจึงเลือกวิธีการในการดูแลตนเอง และกลุ่มทดลองได้รับการสอน ตามแผนการสอน ทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้และเกิดความเข้าใจที่เห็นชัดเจน ที่จะนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้ อีกทั้งโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยการให้กำลังใจ เพื่อเสริมสร้าง

ทัศนคติ และความตั้งใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้คงอยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่อง และติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามเป้าหมายของกลุ่มทดลองที่ตั้งไว้ โดยใช้แบบบันทึกการดูแลตนเองที่บ้าน ทำให้เกิดข้อแนะนำที่ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้กลุ่มทดลองถูกกระตุ้นในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ เสือดี และคณะ ,(2553) ที่ศึกษา การสอบถามติดตามทางโทรศัพท์ เป็นระยะเป็นการกระตุ้นเตือนให้การปฏิบัติตัวมีความสม่ำเสมอต่อเนื่อง การติดตามผู้ป่วยที่บ้าน จัดเป็นกลไกกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีประสิทธิภาพในการลดระดับ HbA1C จึงควรส่งเสริมให้พยาบาล นำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานต่อไป ในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตรางและพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งส่งผลในภาพรวมระดับเขตสุขภาพ และการใช้กระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ควรมีความเป็นกันเองไม่มีกฎระเบียบใด ๆ ที่เคร่งครัด จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง และควรพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในชุมชนให้สามารถนำความรู้ความเข้าใจมาใช้ประโยชน์ในการควบคุมน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและสอนบุคคลอื่นในชุมชนได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานควรนำโปรแกรมไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลด้วยตนเองได้ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. ควรนำไปใช้ในการจัดการศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการส่งเสริมพลังใจในการดูแลตนเอง

### เอกสารอ้างอิง

คณิงนุช แจ้งพรมมา, และพัทธนันท์ คงทอง. (2561).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). 10(19), 1-13.

จันทร์จิรา สีสว่าง, পুলวิรัช ทองแดง, และดวงหทัย ยอดทอง. (2556). ผลของโปรแกรมจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 19(2), 46-59.

จินตนา บัวทองจันทร์, อุบล สุทธิเนียม, และเสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล. (2556). ผลของโปรแกรมจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 19(2), 46-59.

เดือนใจ เสือดี, และเยาวลักษณ์ จันทร์ดี. (2553). การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้านและตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 7(1), 91-102.

บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ, และน้ำเพชร สายบัวทอง. (2561). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วย ตนเองแบบกลุ่ม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี. 14(3), 289-296.

ยุคลธร เธิยรรรณ, มยุรี นีรัตรราตร, และชดช้อย วัฒนะ. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. พยาบาลสาร. 39(2), 132-143.

ฤทธิรงค์ บรูพันธ์, นิรมล เมืองโสม. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 6(3), 102-108.

วิกฤตธนราภรณ์ คงแดง. (2562). การประมาณค่าต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพ. 2(2), 54-60.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560.

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization* (5 ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.

Devendra, D. (2008). Achieving HbA1c targets and reducing risk of complications. Retrieved 6 January 2021 from <https://www.gponline.com/achieving-hba1c-targets-reducing-risk-complications/diabetes/article/860620>

Epidemiological considerations and study methods. *Diabetes Care*, 15(11), 1794-1799.

King, H., & Kriska, A. M. (1992). Prevention of type II diabetes by physical training.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing : concepts of practice* (6 ed.): St. Louis.



## แบบประเมินคุณภาพบทความวิจัย

บทความวิจัย / รายงานวิจัย เรื่อง

.....  
.....  
.....

ก. การประเมินคุณภาพบทความวิจัย / รายงานวิจัย

1. หัวข้อวิจัย

- ( ) เป็นหัวข้อใหม่ไม่ถือว่าซ้ำซ้อนกับงานวิจัยที่เคยมีมาก่อน
- ( ) มีความซ้ำซ้อนแต่ใช้วิธีการที่แตกต่างออกไป
- ( ) มีความซ้ำซ้อนทั้งหัวข้อและวิธีการ

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....  
.....  
.....

2. วิธีวิจัย : มีวิธีการหรือขั้นตอนที่ถูกต้องรัดกุม มีการเก็บข้อมูลตามหลักวิธีการวิจัยได้ดี ฯลฯ

- ( ) ถูกต้องดีมาก      ( ) ดี      ( ) พอใช้      ( ) ยังไม่ถูกต้อง

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....  
.....  
.....

3. ความครอบคลุมในทุกประเด็นของรายงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย เป็นต้น

- ( ) ครอบคลุมทุกประเด็น
- ( ) ไม่ครอบคลุม

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....  
.....  
.....

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- ( ) เหมาะสม  
( ) ไม่เหมาะสม

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....

.....

.....

.....

ข. ข้อวินิจฉัยสำหรับการตีพิมพ์

- ( ) มาตรฐานยังไม่ดีพอสำหรับตีพิมพ์  
( ) ตีพิมพ์ได้โดย  
( ) ไม่ต้องแก้ไข  
( ) มีการแก้ไข ดังนี้

รายละเอียดที่เสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข

หน้าที่	หัวข้อ	บรรทัดที่	ข้อความที่เสนอให้ปรับปรุงแก้ไข

พร้อมนี้ได้ส่งคืนต้นฉบับบทความแนบมาด้วยแล้ว

(ลงนาม).....  
(.....)  
ผู้ประเมิน  
วันที่.....

## วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจด้านนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานความก้าวหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
3. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชนบท และระบบบริการสุขภาพ
4. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของศูนย์วิชาการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ
5. เพื่อเป็นสื่อสัมพันธ์สร้างความร่วมมือ และความเข้าใจระหว่างศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

## ขอบเขตบทความ :

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

## สำนักงาน :

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000  
โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>  
facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Email : southern.phc@gmail.com โทรมือถือ 081-3705370

## ลิขสิทธิ์ :

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากกระบวนการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

## ความรับผิดชอบ :

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

## กำหนดการส่งต้นฉบับ :

- ฉบับที่ 1 ประจำปี ตุลาคม – ธันวาคม
- ฉบับที่ 2 ประจำปี มกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 3 ประจำปี เมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 4 ประจำปี กรกฎาคม – กันยายน





กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วิสัยทัศน์ : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

“เป็นศูนย์กลางเสริมสร้างความร่วมมือและพัฒนาเครือข่ายการสาธารณสุขมูลฐานภายในปี 2565”

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291

<http://phcsn.hss.moph.go.th> Facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช