

# วารสาร

# สารานุกรมสุขภาพปฐมภูมิภาคใต้



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ  
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 36 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2565





# 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 ตอบบทคัดย่อ
- 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 ตอบบทคัดย่อ
- 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 รัชยพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

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

จุมพล พูลภัทรชีวิน และรัตนา ตุงคสวัสดิ์. (2542). วิวัฒนาการและทางเลือกของนโยบายการศึกษา ของรัฐบาลไทย. วารสารครุศาสตร์. 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 Paprer)

- ผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full Paper)

5. การทำหนังสือนำส่ง

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดหรือเทียบเท่า

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 T U R R N A R I K A R

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 36 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2565 นับเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญของงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะการเข้าสู่กระบวนการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จำนวน 3,264 แห่ง ใน 49 จังหวัด ซึ่งเป็นความท้าทาย ของการสาธารณสุขมูลฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ทำให้การพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิสามารถตอบสนองต่อปัญหาความต้องการบริบทของพื้นที่สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ และส่งผลต่อการใช้คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสำเร็จความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบคุณคณะผู้บริหาร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาอ่านบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่ทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

# สารบัญ

## ทิศทาง/นโยบาย

- กลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (ต่อจากฉบับที่แล้ว) 8

## ความเคลื่อนไหวการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่

- การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ 11

## งานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขมูลฐาน

- วิเคราะห์ผลกระทบแบบ 360 องศา ถ่ายโอน รพ.สต. สู่อ้อมกอด อบจ. สธ. ปรับบทบาทดูแลนโยบายแห่งชาติ รพ.สต. ได้เงินเพิ่ม แต่ ‘อบจ.’ อาจมีนภารกิจ 15

## งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานที่กักกันและรักษาผู้ติดเชื้อของจังหวัดกระบี่ภายใต้สถานการณ์โรคโควิด-19 18
- ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง 31
- การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง 46
- ผลของโปรแกรม C-SBR ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดระนอง 58
- ผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง เทียบกับหลัง 24 ชั่วโมง 72
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร ตำบลโคกหาร อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ 84
- การพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator – associated pneumonia : VAP) : กรณีศึกษา 2 ราย 98
- การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ 112
- การประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา : ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ 123

## กลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (ต่อจากฉบับที่แล้ว) แนวทางการปฏิบัติหน้าที่ ของ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ( กสพ.) มีดังนี้

(1) การประชุม กสพ. ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม โดยให้ประธาน กสพ. เป็นประธานในที่ประชุม ในกรณีที่ประธาน กสพ. ไม่มาประชุม หรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้รองประธาน กสพ. เป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธาน กสพ. และรองประธาน กสพ. ไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้ที่ประชุม กสพ. เลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นที่ยุติ

(2) กสพ. อาจพิจารณาจัดตั้ง “กลุ่มพื้นที่สุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด” เพื่อรับผิดชอบประสานงาน และกำกับดูแลสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภายในเขตพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ตามแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

(3) กสพ. อาจพิจารณาจัดให้มี “คณะกรรมการนโยบายบริหารสถานบริการสาธารณสุข” เพื่อร่วม กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

### 5. การดำเนินการหลังการถ่ายโอนภารกิจ

สาระสำคัญของส่วนนี้ประกอบด้วย แนวทางการบริหารสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยแบ่งเป็นการดำเนินการด้านโครงสร้างองค์กร การดำเนินการด้านงานบุคคล การดำเนินการด้านงบประมาณ การเงิน และบัญชี การบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ซึ่งในที่นี่จะนำเสนอรายละเอียดเฉพาะประเด็นการบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ

**การบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ มีแนวทางดังนี้**

5.1 ให้สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีหน้าที่และอำนาจในการจัดให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม 5 มิติคือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและ ป้องกัน ควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และการคุ้มครองผู้บริโภค



5.2 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้นำแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งจะต้องมีคุณสมบัติครบถ้วน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามความในกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

5.3 องค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจใช้กลไกและแนวทางการประสานแผนพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทยและ/หรือแนวทางการทำความเข้าใจความร่วมมือกันจัดทำบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอนุโลม เพื่อบูรณาการโครงการและกิจกรรมตามแผนสุขภาพชุมชนของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่/ตำบลในสังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล โดยอาจพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบงบประมาณที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่/ตำบลจัดสรรให้แก่โครงการและกิจกรรมนั้น โดยคำนึงถึงสภาพทางด้านการเงิน การคลังขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชนเป็นหลัก ทั้งนี้ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอความเห็นชอบต่อ กสพ. เกี่ยวกับงบประมาณที่จะสมทบโครงการและกิจกรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่/ตำบลในสังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ก่อนบรรจุหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

5.4 ให้ทุกสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งในฐานะหน่วยบริการหรือในฐานะเครือข่ายหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต้องดำเนินการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและกรอบระยะเวลาของกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ

5.5 ให้ทุกองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พิจารณาจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และวิธีการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและพิจารณาจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ตามแนวทางของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

5.6 ให้การปฏิบัติหน้าที่ราชการของบุคลากรสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อยู่ภายใต้บังคับกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

5.7 ให้ทุกสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ยึดถือปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขโดยอนุโลม จนกว่าหลักเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลในสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดจะมีผลบังคับใช้

5.8 ให้ กสพ. พิจารณากำหนดแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้ช่วยผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ภายใน 2 ปีนับตั้งแต่วันที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้รับการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5.9 กสพ. อาจจัดตั้ง “กลุ่มพื้นที่สุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด” เพื่อรับผิดชอบประสานงาน และกำกับดูแลสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ภายในเขตพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

5.10 กสพ. อาจจัดให้มี “คณะกรรมการบริหารสถานบริการสาธารณสุข” เพื่อรับผิดชอบดูแล และกำกับการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

**ที่มา :** เรียบเรียงจากแนวทาง การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด .สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (หน้า 22 , 48- 50 )

## การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่

เรียบเรียงโดย นายวสุพล ฤทธิแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดประชุมวิชาการเสริมศักยภาพ อสม. หมอคนที่ 1 ที่พึ่งชุมชนคนรักสุขภาพ ภาคใต้ ซึ่งศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 12 ได้ร่วมกันจัดประชุมวิชาการระหว่างวันที่ 8 – 9 กันยายน 2565 ณ โรงแรมเซาท์เทิ์ร์นวิว อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี โดยในวันที่ 8 กันยายน 2565 นายแพทย์ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้บรรยาย “แนวทางการขับเคลื่อน อสม. หมอคนที่ 1 ที่พึ่งชุมชนคนรักสุขภาพ” นายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ บรรยายเรื่อง “สสส.กับการเสริมสร้างศักยภาพ เพื่อการเริ่มสร้างสุขภาพในชุมชน การเสวนา” แลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่ต้นแบบตำบล Sandbox ตำบลคลองแห อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” การเสวนา “บทบาทองค์กร อสม.ในการสนับสนุน อสม. หมอคนที่ 1 ที่พึ่งชุมชนคนรักสุขภาพ”





ในวันที่ 9 กันยายน 2565 พิธีเปิดการประชุมโดยอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นายแพทย์เรศกร รัชนิยระวิวงศ์ กล่าวรายงานการจัดประชุมวิชาการ และได้รับเกียรติจากรองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทิน ชาญวีรกูล เป็นประธานกล่าวเปิดการประชุมและบรรยายพิเศษ “นโยบายการดำเนินงาน อสม. หมอคนที่ 1 ที่พึ่งชุมชนคนรักสุขภาพ” การมอบบัตรสะสมผลงาน อสม.เพื่อรับสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนงบประมาณพัฒนาองค์กรชมรม อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ และการบูทนิทรรศการของเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่





## การประชุมวิชาการเสริมศักยภาพ อสม. หมดเขตที่ 1 ที่ฟุ้งชุมชน ดนรัักษ์สุขภาพ ภาคใต้ ประจำปี 2565

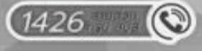


9 กันยายน 2565 นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เปิดการประชุมเสริมศักยภาพ “อสม. หมดเขตที่ 1 ที่ฟุ้งชุมชน ดนรัักษ์สุขภาพ ภาคใต้” พร้อมมอบบัตร อสม. อิเล็กทรอนิกส์ แก่ อสม. จำนวน 12 ราย โดยมี นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, นายสมนึก พรหมเขียว รองผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี, นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และอสม. เข้าร่วมงานกว่า 1,000 คน

ซึ่งมีกิจกรรมการประชุมแนวทางการขับเคลื่อน “อสม. หมดเขตที่ 1 ที่ฟุ้งชุมชน ดนรัักษ์สุขภาพ ภาคใต้”, เวทีเสวนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่ต้นแบบ ตำบล Sandbox ของจังหวัดสงขลา, การบรรยาย “สสส. กับการเสริมศักยภาพจาก อสม. เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพภายใน” ในระหว่างวันที่ 8-9 กันยายน 2565 ณ โรงแรมเซาเทิร์นวิว อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี



จัดทำโดย  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานชายแดนใต้ จังหวัดยะลา, ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช,  
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 11, ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี



และระหว่างวันที่ 12 – 13 กันยายน 2565 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จัดประชุมปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนของภาคีเครือข่าย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 โดย นายรุจ เรืองพุทธ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นประธาน เปิดการประชุม มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ของจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 และเครือข่ายสุขภาพ จากพื้นที่ต้นแบบ และเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช เข้าร่วมประชุม มีการอภิปรายหัวข้อ “ผลสำเร็จการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ ตอนบน” กิจกรรมการถอดบทเรียนการดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน ประจำปีงบประมาณ 2565” และชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและร่วมจัดทำแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน ในปีงบประมาณ 2566



## วิเคราะห์ผลกระทบแบบ 360 องศา ถ่ายโอน รพ.สต. สู่ออมกอด อบจ. สธ. ปรับบทบาทดูแล นโยบายแห่งชาติ รพ.สต. ได้เงินเพิ่ม แต่ ‘อบจ.’ อาจมีนภารกิจ

โดย ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศศลักษณ์

รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

Credit By <https://www.thecoverage.info>

การกระจายอำนาจมีหลายรูปแบบ หนึ่งในนั้นคือ “การถ่ายโอน” ซึ่ง พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2554 หรือ พ.ร.บ.การกระจายอำนาจ ได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลทั่วไป ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีความพร้อมที่สำคัญก็คือ ในระยะสุดท้ายให้ถ่ายโอนแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

อย่างไรก็ดี นับตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปัจจุบัน ได้มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลนคร แล้วประมาณ 50 แห่ง (จากทั้งหมดประมาณ 9,000 แห่ง) ในมุมหนึ่งอาจมองได้ว่าเป็นความ “ล้มเหลว” ของการกระจายอำนาจนั้นเพราะ อบต. และ เทศบาล มีขนาดเล็ก มีทรัพยากรและงบประมาณจำกัด ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการดูแลและพัฒนา รพ.สต. รวมถึงบุคลากรให้มีความก้าวหน้าได้ ทว่า ในปี 2564 กำลังจะเกิดความเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ ภายหลังจากราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 ต.ค. 2564 ได้เผยแพร่ ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง “หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด” กล่าวโดยย่อ คือ มีการกำหนดให้ถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ได้ตามความสมัครใจ โดยทาง รพ.สต. ต้องยื่นความประสงค์ และทาง อบจ. ต้องผ่านการประเมินศักยภาพก่อนว่า มีมากพอจะรองรับการถ่ายโอนได้ที่แห่ง หาก อบจ. ได้รับการประเมินแล้วว่ามีศักยภาพสูง ก็สามารถรับถ่ายโอน รพ.สต. ได้ทั้งจังหวัด

อย่างไรก็ดี เพื่อทำความเข้าใจเรื่องนี้ให้รอบด้านมากขึ้น “The Coverage” ได้พูดคุยกับ ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศศลักษณ์ รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นหนึ่งในผู้ที่ติดตามเรื่องการกระจายอำนาจอย่างใกล้ชิด ผศ.ดร.จรวัยพร ได้จำแนกผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ผลกระทบต่อ รพ.สต.เอง ผลกระทบต่อบุคลากร ผลกระทบต่อท้องถิ่น และที่สำคัญที่สุดคือผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการ

### ‘สสจ.-สสอ. ต้องปรับตัว-ปรับบทบาท’

ผศ.ดร.จรวัยพร กล่าวว่า ในฐานะนักวิชาการ “จะเห็นด้วย” กับการถ่ายโอนภารกิจก็ต่อเมื่อมีการเตรียมความพร้อมของทั้ง 3 ฝ่าย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) กรมส่งเสริมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (มท.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และ “จะไม่เห็นด้วย” ถ้าหากการเตรียมความพร้อมของทั้ง 3 ฝ่ายยังไม่มีดี เพราะจะทำให้เกิดการแตกแยกในเชิงระบบขึ้นอย่างแน่นอน

สำหรับผลกระทบในระดับประเทศ จากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. “ผศ.ดร.จรรยาพร” มองว่า “ข้อดี” คือสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจ และกระจายความรับผิดชอบของ สธ. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ ยังช่วยลดภาระของ สธ. ในการดูแลกำลังคน และดูแลหน่วยบริการในฐานะที่เป็นผู้จัดบริการ ทำให้ สธ. สามารถแสดงบทบาทการเป็นผู้ดูแลระดับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Authority) ได้มากขึ้น เพราะภาระเรื่องหน่วยบริการจะลดลง ในส่วนของ “ข้อจำกัด” คือถ้าไม่ได้สร้างข้อตกลงในการส่งข้อมูลระหว่างหน่วยบริการที่ถ่ายโอน (ระหว่าง อบจ. กับ สธ.) ระบบข้อมูลด้านสุขภาพจะขาดความเชื่อมโยงกันในภาพรวมได้ และอาจส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญ

ผศ.ดร.จรรยาพร เสนอว่า สธ. ต้องให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ และควรพัฒนาระบบข้อมูล ตลอดจนสร้างข้อตกลงในการส่งข้อมูลสำคัญระดับประเทศกับหน่วยบริการที่ถ่ายโอน เพื่อให้สามารถกำกับติดตามได้ นอกจากนี้ สธ. ต้องกำหนดมาตรฐานขั้นพื้นฐานของหน่วยบริการที่ถ่ายโอน และวิธีการกำกับหน่วยงาน

สำหรับผลกระทบในระดับจังหวัดและอำเภอ “ผศ.ดร.จรรยาพร” เชื่อว่า “ข้อดี” ก็คือสามารถแยกบทบาทชัดเจน โดยสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จะทำหน้าที่เป็นหน่วยบริหาร ส่วนโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำชุมชน รพ.สต. จะทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการ ในส่วนของ “ข้อจำกัด” คือบทบาทของหน่วยงานส่วนภูมิภาคบางแห่งจะเปลี่ยนไปจากเดิม เนื่องจากไม่ได้ใช้อำนาจในการสั่งการ แต่ สสจ. สสอ. รพช. ก็ยังสามารถให้การสนับสนุน ติดตามการดำเนินงานได้ และถึงแม้ว่าจะมีการถ่ายโอนไปแล้วก็ตามก็ยังคงต้องมีการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานอยู่เหมือนเดิม ดังนั้น สสจ. หรือ สสอ. ก็ต้องปรับบทบาทในการทำงานร่วมกับหน่วยบริการที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ด้วย เพราะการทำงานร่วมกันในพื้นที่เป็นสิ่งสำคัญ

### **รพ.สต. ได้งบประมาณ แต่ อบจ. อาจไม่เข้าใจงานสาธารณสุข**

สำหรับผลกระทบในระดับตำบล “ข้อดี” ก็คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถทำงานตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้ดีขึ้น เพราะท้องถิ่นเข้าใจบริบทของพื้นที่ได้เป็นอย่างดี สามารถเชื่อมต่อการทำงานกับภาคประชาสังคมได้ ส่วน “ข้อจำกัด” คือยังมีความไม่แน่นอนเรื่องลำดับความสำคัญของงานสาธารณสุขกับงานด้านอื่นในแต่ละท้องถิ่น และท้องถิ่นบางแห่งอาจเข้าใจเรื่องสาธารณสุขและระบบสุขภาพน้อยกว่า สธ. ดังนั้น สธ. ต้องมีการติดตามการปฏิบัติงาน อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งต้องมีการนำผลประเมินส่งกลับไปยัง อบจ. ด้วย

สำหรับผลกระทบต่อตัวของ รพ.สต.เอง “ข้อดี” คือหน่วยบริการส่วนใหญ่จะได้รับการงบประมาณ อุปกรณ์การแพทย์ จำนวนเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีงบประมาณสนับสนุนจาก อบจ. เพิ่มขึ้น แต่ก็มี “ข้อจำกัด” คือหลายพื้นที่อาจขาดการนิเทศงานจาก สสจ. สสอ. และ รพช. และบางแห่งอาจต้องประสบปัญหาเรื่องการจ้างงาน

“หน่วยงานสาธารณสุขในภูมิภาคควรมีการติดตามการทำงานอย่างสม่ำเสมอ หากเกิดปัญหา ทั้งสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ควรแก้ไขปัญหาร่วมกัน ไม่อยากให้เกิดการแตกแยกในระบบบริการ” ผศ.ดร.จรรยาพร ระบุ



## การเมืองท้องถิ่นอาจทำให้การทำงานมีรอยต่อ

สำหรับผลกระทบที่จะเกิดกับเจ้าหน้าที่ “ข้อดี” คือเจ้าหน้าที่สามารถลดการทำงานด้านข้อมูลที่ไม่จำเป็นลงได้ ทำให้มีเวลาไปเยี่ยมบ้าน ลงชุมชนได้มากขึ้น “ข้อจำกัด” คือการทำงานของท้องถิ่นไม่เหมือนกับการทำงานของ สธ. เจ้าหน้าที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมการทำงานและระเบียบที่ต่างกัน และยังไม่มียะไรการันตีเรื่องความก้าวหน้าในวิชาชีพได้

นอกจากนี้ ยังมีความไม่แน่นอนในทางการเมือง หากมีการเปลี่ยนนายกอบจ.หลังเลือกตั้ง แล้วไม่สามารถทำงานกับท้องถิ่นได้ จะทำให้เจ้าหน้าที่ประสบปัญหาในการทำงาน

“ฉะนั้น สธ.ต้องสนับสนุนด้านวิชาการให้กับหน่วยงานที่ถ่ายโอน มท.ต้องปรับปรุงเรื่องระเบียบค่าตอบแทนอย่างน้อยต้องไม่ด้อยกว่าก่อนถ่ายโอน และต้องมีช่องทางให้หน่วยบริการหรือเจ้าหน้าที่ย้ายกลับมาได้ ถ้าประสบปัญหาที่รุนแรง ถูกกลั่นแกล้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองต้องวางตัวเป็นกลางทางการเมือง มุ่งทำประโยชน์เพื่อประชาชนในพื้นที่ และสามารถปรับตัวร่วมกับการทำงานท้องถิ่นได้” ผศ.ดร.จรวัยพร ระบุ

สำหรับผลกระทบต่อท้องถิ่น มี “ข้อดี” คือท้องถิ่นสามารถบูรณาการงานด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ หากท้องถิ่นมีการเตรียมความพร้อม และนโยบายด้านสุขภาพเป็นนโยบายที่ส่งผลดีต่อองค์กรเมืองท้องถิ่น เพราะคนใส่ใจสุขภาพมากขึ้น ส่วน “ข้อจำกัด” คือ อบจ.บางที่ก็ไม่มียิงงบประมาณมากพอ แต่ต้องมารับภาระเครือข่ายบุคลากรจำนวนมากขึ้น ดังนั้นก่อนการถ่ายโอน อบจ.ก็ต้องดูสถานะการเงินของตัวเองด้วย

ที่สำคัญที่สุดคือผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ “ผศ.ดร.จรวัยพร” บอกว่า ถ้าเตรียมความพร้อมทั้ง 3 ฝ่ายดี ประชาชนจะได้รับบริการที่หลากหลายมากขึ้น เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพมากขึ้น ประชาชนสามารถกำกับดูแลการทำงานของหน่วยงานได้ผ่านการร้องเรียนผู้บริหารท้องถิ่น แต่ในบางพื้นที่อาจให้บริการได้ลดลง เช่น เจ้าหน้าที่ไม่พอ เนื่องจาก รพ.สต.บางแห่งเจ้าหน้าที่ไม่ยอมโอนย้าย ซึ่ง อบจ.ต้องเตรียมการแก้ไข

“ควรมีการนำร่อง 5-10% ก่อน เพื่อจะได้ทำการศึกษา ประเมินว่าการถ่ายโอนดีหรือไม่อย่างไร แต่สิ่งสำคัญที่สุดสำหรับการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. คือประชาชนต้องได้รับประโยชน์ ถ้าประชาชนไม่ได้ประโยชน์ก็ไม่ต้องถ่ายโอน

“เพราะท้ายที่สุดแล้วประชาชนไม่ได้สนใจรูปแบบการให้บริการว่าขึ้นอยู่กับสังกัดไหน ขอแค่ให้การบริการปฐมภูมิเป็นสถานที่ทุกคนเข้าถึงได้โดยสะดวก บริการมีคุณภาพ และเป็นมิตร แค่นั้นก็พอ

“ดังนั้นจึงต้องมีการออกแบบการบริการ รพ.สต. ภายใต้อบจ.ให้ได้ และควรสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการถ่ายโอน เพราะประชาชนคือคนสำคัญที่สุด” ผศ.ดร.จรวัยพร กล่าวสรุป

ที่มา : <https://www.thecoverage.info/news/content/2604> สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2565

## การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานที่กักกันและรักษาผู้ติดเชื้อของจังหวัดกระบี่ ภายใต้สถานการณ์โรคโควิด-19

### Infectious waste management system in Quarantine and Isolation area of Krabi province under COVID-19 Situation

บุญฤทธิ์ การบุญเมธี

Boonyarit Karoonmatee

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

Krabi Provincial Public Health Office

#### บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานที่กักกันและรักษาผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ของจังหวัดกระบี่ จำนวน 59 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลสนาม หอผู้ป่วยภายในโรงแรม จุดพักคอย สถานที่กักกัน ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นวงกว้าง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ที่ทำขึ้นจากมาตรการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามที่กฎหมายกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบกับปีฐานก่อนการระบาดเป็นวงกว้าง

ผลการวิจัย พบว่า ในปี 2564 จังหวัดกระบี่มีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม 12,461 ราย มีแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมด 400 แห่ง เพิ่มขึ้น 66 แห่ง (19.76%) และมีมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมด 687.32 ตัน เพิ่มขึ้น 493.03 ตัน (3.54 เท่า) เท่าเมื่อเทียบกับปีฐาน ปี 2563 สำหรับแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในสถานที่กักกันและรักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน 59 แห่ง มีผู้กลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อเข้าใช้บริการ 46,532 ราย มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการให้บริการทั้งหมด 221.82 ตัน จากการให้บริการผู้สังเกตอาการ 60.34 ตัน และผู้ติดเชื้อ 161.48 ตัน อัตราเกิดมูลฝอยติดเชื้อต่อผู้ใช้บริการ 4.77 กิโลกรัม/คน แยกเกิดจากผู้สังเกตอาการ 2.07 กิโลกรัม/คน และผู้ติดเชื้อ 9.26 กิโลกรัม/คน พบว่าการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานประกอบการที่ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ มาตรการการคัดแยก การกำจัด และการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อร้อยละ 100, 100 และ 93.89 ตามลำดับ และความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ได้แก่ รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ การขนเพื่อกำจัด ภาชนะรองรับบรรจุ ที่พักมูลฝอยติดเชื้อ และการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไปยังที่พัก ร้อยละ 47.03, 62.71, 65.29, 75.42 และ 79.03 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ได้แก่ การจัดให้มีภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ที่พักมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน การเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อโดยราชการส่วนท้องถิ่น และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จะทำให้สถานประกอบการซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อจัดการมูลฝอยติดเชื้อภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความเชื่อมั่นของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และการยอมรับของชุมชน

**คำสำคัญ :** มูลฝอยติดเชื้อ, สถานที่กักกัน, โควิด-19

## Abstract

This descriptive research, the objective of this study was to study the management of infectious waste in quarantine facilities and to treat people infected with COVID-19. of Krabi Province, numbering 59, including field hospitals Hospital wards inside hotels, waiting points, quarantine sites During January-December 2021, during which the COVID-19 epidemic is widespread, data were collected using questionnaires. made up of infectious waste management measures as required by law Data were analyzed by descriptive statistics comparing it to the pre-epidemic base year.

The results showed that in 2021, Krabi province had a cumulative number of confirmed cases of 12,461 cases. A total of 400 infected solid waste sites, an increase of 66 (19.76%) and a total of 687.32 tons of infected solid waste, an increase of 493.03 tons (3.54 times) compared to the 2020 base year for the source of infectious solid waste in quarantine and treatment facilities. There were 46,532 people infected with COVID-19 in 59 communities in the community, with a total of 221.82 tons of infectious waste generated from services, 60.34 tons from observation services and 60.34 tons of infected people. 161.48 tons of infection, the incidence of infectious waste per user of 4.77 kg/person, separated from the observer 2.07 kg/person and infected 9.26 kg/person. Effective the risk was low, i.e., measures of sorting, disposal and collection of infectious waste were 100, 100 and 93.89 percent, respectively, and the risk was high, including infected waste carts. hair removal container Infected solid waste and the movement of waste 47.03 percent, 62.71, 65.29, 75.42 and 79.03, respectively.

Research recommendations to develop more efficient management of infectious waste are as follows to provide containers for infected waste, infected garbage cart, infective waste accommodation to meet the standards, collecting infectious waste by the local government and the development of personnel's potential to have knowledge on infectious waste management will make the establishment of the source infectious waste effectively manages infectious waste under infectious disease epidemic situations. Build trust in service providers, service recipients, and community acceptance.

**Keywords :** Infectious waste, Quarantine, COVID-19

## บทนำ

สถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ เริ่มพบการระบาดครั้งแรกในประเทศจีนรายแรกที่เมืองอู่ฮั่น เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) และแพร่ระบาดเป็นวงกว้างสู่ทวีปต่างๆ ต่างทั่วโลก Pandemic Disease เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2564 สถานการณ์ทั่วโลก พบผู้ติดเชื้อ 286,937,895 ราย ผู้เสียชีวิต 5,447,789 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.90 (WHO, 2021) สถานการณ์ภายในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 3,111 ราย ผู้ติดเชื้อสะสม 2,223,435 ราย ผู้เสียชีวิตรายใหม่ 21 ราย และเสียชีวิตสะสม 21,698 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.98 (กรมควบคุมโรค, 2564) ส่วนจังหวัดกระบี่ พบผู้ป่วยยืนยัน 31 ราย ผู้ป่วยยืนยันสะสม 12,461 ราย และเสียชีวิต 2 ราย เสียชีวิตสะสม 65 ราย คิดเป็น 0.52 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2564) จากการระบาดของโรคติดต่อดังกล่าวส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจกับประเทศทั่วโลก ต่างออกมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมการระบาด ลดความรุนแรงของโรคให้เร็วที่สุด

สำหรับประเทศไทย มีการประกาศตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโดยรัฐบาลออกมาตรการ ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และประกาศให้ โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 29 กุมภาพันธ์ 2563 (กรมควบคุมโรค, 2563) ส่งผลให้เกิดคณะกรรมการต่างๆ เพื่อดำเนินการควบคุม ป้องกันโรค ทั้งในระดับประเทศ จังหวัดและพื้นที่ ระดับประเทศ ได้แก่ ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.) ระดับจังหวัด ได้แก่ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ระดับพื้นที่ ได้แก่ ศูนย์ปฏิบัติการโควิด-19 อำเภอ /ตำบล เป็นต้น เพื่อดำเนินการด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และการปฏิบัติ

เช่นเดียวกับจังหวัดกระบี่ มีการควบคุมป้องกันโรค ออกมาตรการต่างๆ ตามระดับความรุนแรงการแพร่ระบาดเพื่อลดอัตราการป่วยตาย และให้ระบบสาธารณสุขสามารถรองรับผู้ป่วยที่สูงขึ้นตลอดเวลาในช่วงการระบาดกระจายเป็นวงกว้างทั่วประเทศและทั่วโลก โดยเฉพาะในปี 2564 ได้กำหนดมาตรการการกักกัน (Quarantine) และการแยกกัก (Isolation) ผู้ที่เดินทางจากต่างประเทศเข้ามาในประเทศไทย ผู้ป่วย ผู้ที่มีความเสี่ยงจากการสัมผัสผู้ป่วย ซึ่งมาตรการการกักตัว/แยกกัก มีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ความรุนแรง ความมั่นคง และสถานะทางเศรษฐกิจ สถานที่ที่ถูกกำหนดให้เป็นที่กักกัน/กักแยกในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ก่อให้เกิดผลเสียจากการให้บริการ การบริโภคของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เกิดผลเสียติดเชื้อในชุมชนเพิ่มมากขึ้น หากไม่มีการจัดการถูกหลักวิชาการ อย่างเหมาะสม อาจทำให้เกิดการระบาดจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อมจากมูลฝอยได้ และทำให้การควบคุมโรคยากลำบากมากขึ้น

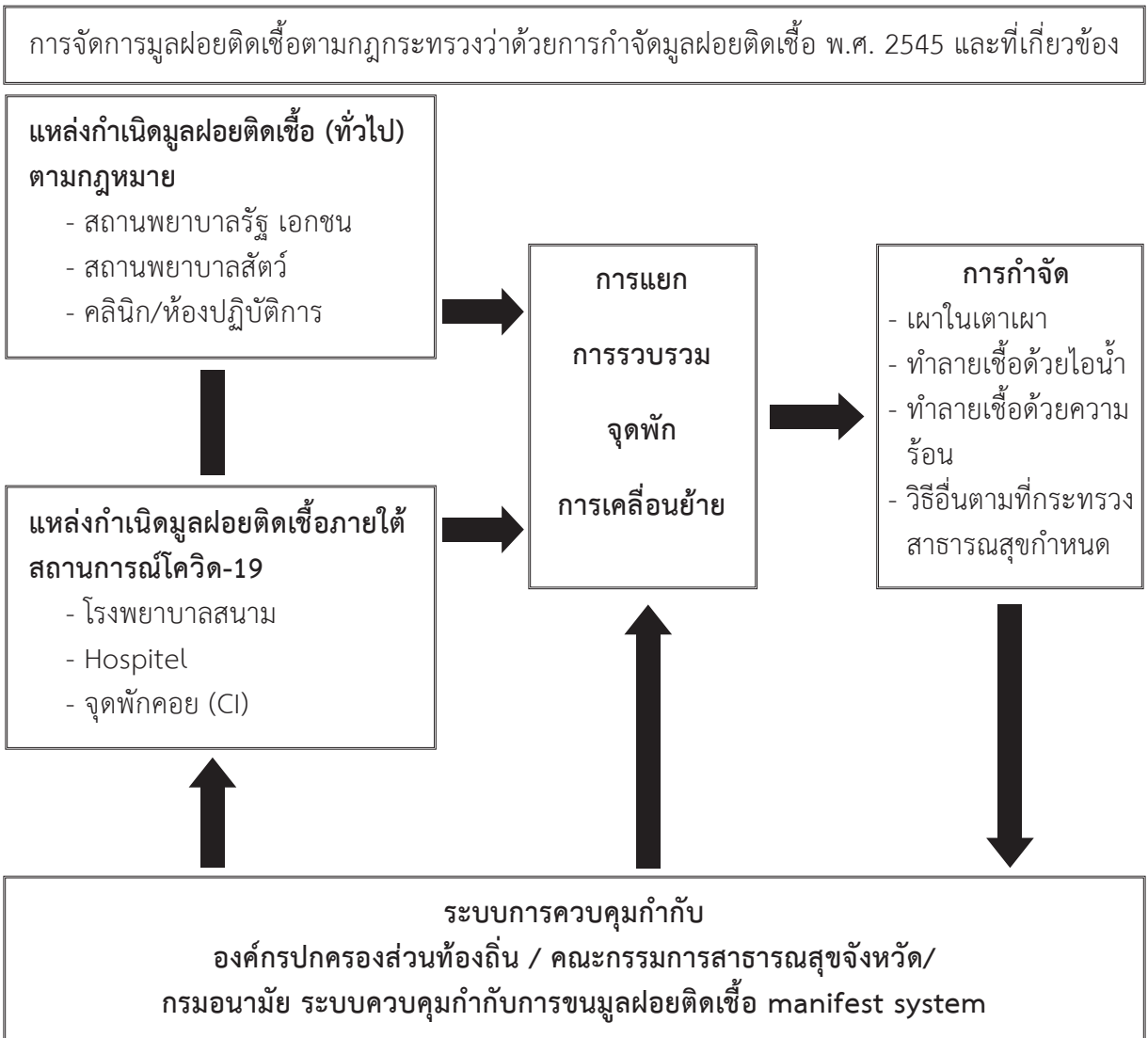
ดังนั้น การวิจัยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อภายใต้การระบาดของโรคโควิด-19 ในสถานที่กักกันและรักษาผู้ติดเชื้อในชุมชนจังหวัดกระบี่ เพื่อศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสภาวะวิกฤตจากโรคโควิด-19 ในแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่เกิดจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ โรงพยาบาลสนาม โรงแรมที่รักษาผู้ป่วย จุดพักคอย และสถานที่กักกันทางเลือก เพื่อลดผลกระทบ ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในอนาคต อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานที่กักกันและรักษาผู้ติดเชื้อของจังหวัดกระบี่ ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

2. เพื่อจัดทำแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจังหวัดกระบี่ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพ

## กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ในการพัฒนาประสิทธิภาพงาน (R2R – Routine to Research) โดยศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ประชากรเป้าหมายคือ บุคคลที่ดำเนินงานในแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ประกอบการ คือ ผู้จัดการ หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่ได้รับมอบหมายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ปี 2564

พื้นที่เป้าหมายคือ แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อสถานประกอบการ สถานที่ที่รับกลุ่มเสี่ยงไว้เพื่อสังเกตอาการหรือผู้ติดเชื้อโควิด-19 เพื่อการรักษาในชุมชนนอกสถานพยาบาล เป็นสถานที่กักกัน/แยกกัก ได้แก่ โรงพยาบาลสนาม (field hospital) หอพักผู้ป่วยในโรงแรม (hospitel) จุดพักคอย (Community Isolation:CI) และสถานที่กักกัน (Local Quarantine: LQ) ในจังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลสนาม 3 แห่ง หอพักผู้ป่วยในโรงแรม (hospitel) 21 แห่ง จุดพักคอย (CI) 11 แห่ง และสถานที่กักกัน (LQ) 24 แห่ง รวมจำนวนทั้งสิ้น 59 แห่ง

## เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ตัวอย่างใช้ในการศึกษาคือเป็นผู้ประกอบการ ผู้จัดการ หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่ได้รับมอบหมายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ปี 2564 ระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม 2564 ซึ่งเป็นสถานที่กักกันเพื่อสังเกต และสถานที่แยกกักเพื่อ

รักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งกรณีที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย ได้แก่ โรงพยาบาลสนาม หอพักผู้ป่วยในโรงแรม จุดพักคอย และสถานที่กักกัน ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) อาสาสมัครผู้รับผิดชอบดูแลแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างการวิจัย ได้แก่ เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ปี 2564 ระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม และได้รับการรับรองว่าเป็นสถานที่กักกันหรือรักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ประเภท โรงพยาบาลสนาม หอพักผู้ป่วยในโรงแรม (hospitel) จุดพักคอย (CI) และสถานที่กักกัน (quarantine) และมีการดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อจากการให้บริการรวมทั้งการไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการหรือไม่สมัครใจให้ข้อมูล

## เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยการสำรวจใช้แบบสอบถามผู้รับผิดชอบดูแลแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อที่ให้บริการหรือเตรียมให้บริการในช่วง มกราคม – ธันวาคม 2564 โดยแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และปัญหาอุปสรรค รวมทั้งทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการ ได้แก่ บุคลากร เครื่องมือ วิธีการ งบประมาณ และชุมชน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อหน่วยงานวันที่เก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล (บันทึกเป็นรหัส) ตำแหน่งจำแนกเป็นผู้ประกอบการ ผู้จัดการ หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่ได้รับมอบหมาย ประเภทแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น

โรงพยาบาลสนาม (Field Hospital) หอพักผู้ป่วย  
ภายในโรงแรม (Hospitel) จุดพักคอย (Community  
Isolation, CI) สถานที่กักกัน (local quarantine) และ  
ข้อมูลที่ใช้บริการระหว่างเดือน มกราคม - ธันวาคม 2564  
ของแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วยจำนวนผู้ติดเชื้อ  
ที่เข้าพัก (รักษา) จำนวนผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยงที่เข้าพักจำนวน  
พนักงานที่ให้บริการทั้งหมด จำนวนพนักงานที่ติดเชื้อ  
ระหว่างให้บริการ จำนวนพนักงานผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยงที่  
ต้องกักกันในระหว่างการให้บริการ และปริมาณมูลฝอย  
ติดเชื้อทั้งหมดระหว่าง มกราคม-ธันวาคม 2564 และ  
ค่าบริการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

**2. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของแหล่งกำเนิด  
มูลฝอยติดเชื้อ** โดยอ้างอิงมาตรการ วิธีการปฏิบัติตาม  
กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545  
ตั้งแต่แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อจนถึงการกำจัดมูลฝอย  
ติดเชื้อ จำนวน 8 ประเด็น ได้แก่ การแยกประเภทมูลฝอย  
ติดเชื้อ ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ การเก็บมูลฝอยติดเชื้อ  
ที่พิกมูลฝอยติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายภาชนะมูลฝอยติด  
เชื้อไปเก็บกักในที่พักรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ รถเข็นสำหรับ  
เคลื่อนย้ายภาชนะมูลฝอยติดเชื้อ การขนมูลฝอยติดเชื้อ  
และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

**3. ปัญหา อุปสรรค รวมทั้งทรัพยากรที่ใช้ใน  
การจัดการ** ได้แก่ บุคลากร เครื่องมือ วิธีการและงบประมาณ  
ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านเครื่องมือ  
ด้านวิธีการ ด้านงบประมาณ และด้านชุมชน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำ  
แบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content  
validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย  
หัวหน้ากลุ่มพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 11  
นครศรีธรรมราช ผู้รับผิดชอบงานการจัดการมูลฝอย  
ติดเชื้อเขตสุขภาพที่ 11 (7 จังหวัด) เป็นวิทยากรการ  
ฝึกอบรมหลักสูตร “การฝึกอบรมการป้องกันและระงับ

การแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจาก มูลฝอยติดเชื้อ”  
ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เล่ม 122 ตอนที่ 14 ง  
ประกาศราชกิจจานุเบกษา 17 กุมภาพันธ์ 2548 และ  
ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม  
และอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร  
เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมใช้ดัชนี  
ความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับจุดประสงค์  
(Index of Items Objective Congruence: IOC)  
(Rovinelli and Hambleton, 1977 อ้างถึงใน ล้วน  
สายยศ และอังคณา สายยศ, 2539: 249)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อสอบ  
กับจุดประสงค์

$\sum R$  แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรง  
คุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ

ผลการทดสอบ ดัชนีความสอดคล้องระหว่าง  
แบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ IOC > 0.5 จะถูกนำมา  
ใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน  
กรกฎาคม - สิงหาคม 2564 โดยจำแนกออกเป็น 2  
ขั้นตอนได้แก่ ขั้นเตรียมการ และขั้นดำเนินการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ
  - 1). นำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรม  
การวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
  - 2). ทบทวนแนวทางมาตรการการจัดการมูลฝอย  
ติดเชื้อตามกฎหมายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของประเทศ  
และจังหวัดกระบี่ ในสถานการณ์ปกติ

3). ทบทวนมาตรการระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎหมายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของประเทศและจังหวัดกระบี่ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

4). เตรียมเอกสาร แบบสอบถาม ช่องทางการติดต่อ กลุ่มเป้าหมาย แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ

## 2. ขั้นตอนดำเนินการ

1). ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ถึง กลุ่มเป้าหมายแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามงานวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามหนังสือแสดงเจตนายินยอม เข้าร่วมการวิจัย เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย จัดส่งหนังสือ เอกสารล่วงหน้า พร้อมนัดหมายช่องทางการติดต่อและ ลงพื้นที่พบกลุ่มเป้าหมายในการตอบแบบสอบถาม

2). ลงพื้นที่ พบกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอม พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิการ เข้าร่วมวิจัย รายละเอียดงานวิจัยและลงนามในเอกสาร แสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย

3). อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้ร่วมวิจัยทราบ และหากมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้ทันที ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถาม พร้อมกับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยมีความเป็นอิสระในการตอบคำถามตามข้อเท็จจริงที่ผู้ร่วมวิจัยทราบ เข้าใจ การปฏิบัติ รวมถึงการพบเห็นพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ที่เกี่ยวข้อง จนครบทุกข้อ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้ง กรณีไม่สามารถลงพื้นที่พบผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรงได้ หรือข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะใช้ช่องทางอื่น ได้แก่ การใช้โทรศัพท์พูดคุย ทางไลน์โทรศัพท์มือถือ ข้อมูลจากบริษัท เก็บขนกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลคู่สัญญา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแทน

4). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ นำข้อมูลที่ได้จากการ ทบทวนก่อนและระหว่างการระบาด (secondary data) และการสำรวจโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามจากแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อในช่วงการระบาด (primary data) ประมวลผลค่าทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ สถิติที่เลือกใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา (Description statistics) ได้แก่ อัตราส่วน สัดส่วน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของข้อมูลและ สันเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับปีฐานก่อนการระบาด เป็นวงกว้าง รวมทั้งมาตรการที่กฎหมายกำหนดให้ปฏิบัติ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และประเมินประสิทธิภาพ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ จากร้อยละการดำเนินการตามมาตรการที่กฎหมายกำหนด ในแต่ละประเด็น 8 ประเด็น 3 ระดับ ได้แก่ ดำเนินการ ได้มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป (ระดับความเสี่ยงต่ำ) 80-90 (ระดับความเสี่ยงปานกลาง) และต่ำกว่าร้อยละ 80 (ระดับ ความเสี่ยงสูง)

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระบี่ เอกสารรับรองเลขที่ KBO-IRB 2022/02.0606 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565

## ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ มีแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อเป็น สถานที่กักกัน/แยกกักสำหรับการสังเกตกลุ่มเสี่ยงและ รักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ตั้งแต่ มกราคม - ธันวาคม 2564 จำนวน 59 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลสนาม 3 แห่ง หอพักผู้ป่วยภายในโรงแรม 21 แห่ง จุดพักคอย 11 แห่ง และสถานที่กักกัน 24 แห่ง



ผลการวิจัยต่อไปนี้เป็นคำแนะนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและ 3) ปัญหาอุปสรรค สำหรับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. ข้อมูลทั่วไป** ผลการวิจัยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ประกอบการ ผู้จัดการ หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่ได้รับมอบหมาย ของสถานประกอบการซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า ในปี 2564 มีผู้ใช้บริการในสถานประกอบการ 46,532 ราย พบเป็นผู้ติดเชื้อ 17,437 ราย ผู้สังเกตอาการ 29,095 ราย คิดเป็นสัดส่วน 1:1.67 สถานประกอบการมีเตียงรองรับทั้งหมด 4,689 เตียง สำหรับสังเกตอาการ 1,430 เตียง และรักษาผู้ติดเชื้อ 3,259 เตียง มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการให้บริการทั้งหมด 221.82 ตัน จากการให้บริการผู้สังเกตอาการ 60.34 ตัน และผู้ติดเชื้อ 161.48 ตัน อัตราเกิดมูลฝอยติดเชื้อต่อจำนวนผู้ใช้บริการทั้งหมด 4.77 กิโลกรัม/คน แยกเกิดจากผู้สังเกตอาการ 2.07 กิโลกรัม/คน และผู้ติดเชื้อ 9.26 กิโลกรัม/คน ทั้งนี้กรมควบคุมโรค กำหนดให้ผู้รับบริการการกักตัวและการรักษาใช้เวลา 14 วัน ในสถานประกอบการ นับจากวันที่ตรวจพบเชื้อหรือเป็นผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อ (กรมการแพทย์, 2564) มีพนักงานให้บริการในสถานประกอบการ 772 คน พบพนักงานติดเชื้อจากการให้บริการ 19 คน (2.46%) และพนักงานต้องกักตัวเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยง 21 คน (2.72%)

เมื่อเปรียบเทียบปริมาณมูลฝอยที่เกิดจากการให้บริการทั้งหมดของจังหวัดกระบี่ในปีฐาน (ปี 2563) มีแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ 334 แห่ง ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมด 194.29 ตัน ในปี 2564 มีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นวงกว้าง มีแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมด 400 แห่ง เพิ่มขึ้น 66 แห่ง (19.76%) และมีมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมด 687.32 ตัน เพิ่มขึ้น 493.03 ตัน (3.54 เท่า) ผลการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ

ในชุมชนภายใต้สถานการณ์โควิด-19 จำนวน 59 แห่ง มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมด 221.82 ตัน คิดเป็นร้อยละ 32.27 ของมูลฝอยทั้งหมดในปี 2564

**2. ข้อมูลระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ผลการวิจัย** โดยการแบ่งประเด็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อออกเป็น 8 ประเด็นตามมาตรการที่กฎหมายกำหนด มีสถานประกอบการซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ปฏิบัติตามมาตรการได้ถูกต้อง ในระดับความเสี่ยง ต่ำ ปานกลาง สูง 8 แห่ง (13.56%) 19 แห่ง (32.20%) และ 32 แห่ง (54.24%) ตามลำดับ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มประเด็นการจัดการของสถานประกอบการที่ปฏิบัติได้ถูกต้องตามมาตรการทางกฎหมาย รายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงคะแนน ร้อยละ สถานประกอบการที่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ จำแนกตามประเด็นมาตรการทางกฎหมาย (N=59)

ประเด็นการจัดการ	คะแนนเต็ม	ปฏิบัติถูกต้อง (คะแนน)	ร้อยละ
1). การคัดแยก	60	60	100.00
2). ภาชนะรองรับ บรรจุ	121	79	65.29
3). การเก็บ รวบรวม	180	169	93.89
4). ที่พักมูลฝอยติดเชื้อ	472	356	75.42
5). การเคลื่อนย้ายจากแหล่งกำเนิดไปที่พัก	472	373	79.03
6). รถเข็น	236	111	47.03
7). การขนเพื่อกำจัด	236	148	62.71
8). การกำจัด	59	59	100.00
<b>รวม</b>	<b>1,836</b>	<b>1,355</b>	<b>73.80</b>

ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงของงานหรือกิจกรรมที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการตามที่กฎหมายกำหนด (ตรีชฎา สุวรรณโน, 2565) โดยกำหนดให้ระดับความเสี่ยงต่ำ สถานประกอบการปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป ระดับความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 80-90 และระดับความเสี่ยงสูง ต่ำกว่าร้อยละ 80 พบว่า มาตรการหรือกิจกรรมที่สถานประกอบการสามารถปฏิบัติได้ดีสูง

ผลให้ระดับความเสี่ยงต่ำ ได้แก่ การคัดแยก การกำจัด และการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 100, 100 และ 93.89 ตามลำดับ ระดับความเสี่ยงสูง ได้แก่ รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ การขนเพื่อกำจัด ภาชนะรองรับบรรจุ ที่พักมูลฝอยติดเชื้อ และการเคลื่อนย้าย มูลฝอยติดเชื้อ ไปยังที่พักร้อยละ 47.03, 62.71, 65.29, 75.42 และ 79.03 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานประกอบการภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับความเสี่ยงสูง (N=59)

ประเด็นการจัดการ	ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ	27.75 + 4.93	20-38
การขนเพื่อกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	37.00 + 0.79	21-50
ภาชนะ รองรับ บรรจุ มูลฝอยติดเชื้อ	38.00 + 0.35	17-59
ที่พักมูลฝอยติดเชื้อ	44.50 + 2.56	41-57
การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	46.63 + 3.51	17-59

มาตรการที่สถานประกอบการส่วนใหญ่ดำเนินการไม่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรค ส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ได้แก่

ประเด็นรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า สถานประกอบการจัดให้มีข้อความ “รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น” ได้ถูกต้อง 20 แห่ง (33.90%) พื้นและผนังของรถเข็นถูกต้อง มีฝาปิด และป้องกันสัตว์และแมลงได้ 23 แห่ง (38.98%) รวมทั้ง รถเข็นทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย 38 แห่ง (64.41%)

ประเด็นการขนมูลฝอยติดเชื้อเพื่อกำจัด พบว่ามีการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อด้วยราชการส่วนท้องถิ่น 21 แห่ง (35.59%) ซึ่งกฎหมายกำหนดให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีหน้าที่ ทั้งการเก็บขน การเคลื่อนย้าย และการกำจัด โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการเอง จ้างผู้อื่นดำเนินการ และอนุญาตให้ผู้อื่นดำเนินการ (ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข, 2561) และระยะเวลาในการเก็บขนมูลฝอย ติดเชื้อออกจากที่พักมูลฝอยติดเชื้อไม่เกิน 7 วัน สถานประกอบการปฏิบัติได้ 27 แห่ง (45.76%) โดยเฉลี่ย มูลฝอยติดเชื้อถูกนำออกจากที่พักมูลฝอยติดเชื้อ 16 วัน เร็วที่สุด 5 วัน นานที่สุด 30 วัน

ประเด็นภาชนะ รองรับ บรรจุ มูลฝอยติดเชื้อ พบว่า มาตรการกำหนดให้มีภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อต้องมีสีแดง ทึบแสง และมีข้อความสีดำ “มูลฝอยติดเชื้อ” อยู่ภายใต้รูปหัวกะโหลกไขว้ คู่กับตราหรือสัญลักษณ์เป็นรูปวงเดือน 3 วง สีดำ ซ้อนทับบนวงกลมสีดำและมีข้อความห้ามกลับมาใช้อีก สถานประกอบการปฏิบัติได้ 17 แห่ง (28.81%)

ประเด็นที่พักมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า มาตรการป้องกันสัตว์แมลง มีประตู และปิดด้วยกุญแจ หรือวิธีอื่นไม่ให้คนทั่วไปเข้าไปในที่พักมูลฝอยติดเชื้อได้ สถานประกอบการปฏิบัติได้ 34 แห่ง (57.63%) มาตรการมีรางระบายน้ำเชื่อมระบบบำบัดน้ำเสีย มีข้อความคำเตือน

ขนาดเห็นชัด “ที่พักมูลฝอยติดเชื้อ” และมีลานล้างรถเข็นอยู่ใกล้ที่พักและรางหรือท่อรวบรวมน้ำเสียจากการล้างเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย สถานประกอบการปฏิบัติได้ 41 แห่ง (69.49%)

ประเด็นการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า มาตรการผู้ปฏิบัติมีความรู้เรื่องมูลฝอยติดเชื้อ ผ่านการอบรมกรมป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามหลักสูตร และระยะเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สถานประกอบการปฏิบัติได้ 17 แห่ง (28.81%)

**3. ปัญหาอุปสรรค** ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานประกอบการให้สามารถดำเนินการตามมาตรการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และชุมชน ส่งผลกระทบต่อ การป้องกัน การควบคุมโรคติดต่อ และระบบการรักษาของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานที่กักกันและรักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 (N=59)

ปัจจัยการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ	มีเพียงพอ		มีแต่ไม่เพียงพอ/ไม่ถูกต้อง		ไม่มี/ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านบุคลากร	53	89.83	5	8.47	1	1.69
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์	51	86.44	7	11.86	1	1.69
ด้านวิธีการถูกต้อง	53	89.83	6	10.17	0	0
ด้านงบประมาณ	42	71.19	17	28.81	0	0
ด้านชุมชน	ไม่มีการร้องเรียน 54 แห่ง (91.53%)		มีการร้องเรียน 5 แห่ง (8.47%)			

พบว่าสถานประกอบการมีความพร้อมในการให้บริการเป็นสถานที่กักกันและรักษาผู้ติดเชื้อภายใต้การระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และวิธีการดำเนินงาน มากกว่าร้อยละ 80 มีสถานประกอบการบางแห่งที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ร้อยละ 28.81 เนื่องจากการหยุดการให้บริการเพราะโรคโควิด-19 เช่นกัน และพบว่าชุมชนที่อาศัยรอบๆ สถานประกอบการมีความวิตกกังวลต่อการเปิดให้บริการเป็นสถานที่กักกันและรักษาผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 8.40 แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการร้องเรียน และให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน เนื่องจากชุมชนอาจเป็นผู้ใช้บริการในสถานประกอบการกรณีตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือเป็นผู้ติดเชื้อ

โดยสรุป มาตรการที่สถานประกอบการซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดกระบี่ ปฏิบัติได้ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดได้แก่ มาตรการคัดแยก การกำจัด และการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนมาตรการที่สถานประกอบการส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ถูกต้องได้แก่ การจัดให้มีรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ การขนเพื่อกำจัดภาชนะรองรับบรรจุ ที่พักมูลฝอยติดเชื้อ และการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไปยังที่พัก ปัจจัยที่จะส่งเสริมให้สถานประกอบการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ และการสร้างความเข้าใจต่อชุมชนข้างเคียง

### อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าสถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่และมีการระบาดเป็นวงกว้างทั่วประเทศ ส่งผลให้แต่ละภาคส่วนประกาศภาวะฉุกเฉินเพื่อตอบโต้ รวมทั้งส่งผลให้มีการจัดให้มีสถานที่กักกันและรักษาผู้ติดเชื้อในชุมชนภายนอกสถานบริการสาธารณสุข จึงเกิดแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อขึ้นในระยะเวลาอันสั้นเพื่อให้ทันกับการดูแลประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น มาตรการต่างๆ ที่ดำเนินการจึงไม่สามารถกระทำได้อย่างในช่วงปกติ พบว่า ในปี 2564 ซึ่งมีการระบาดเป็นวงกว้าง จังหวัดกระบี่มีแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมด 400 แห่ง เพิ่มขึ้น 66 แห่ง (19.76%) เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อจากโรคโควิด-19 59 แห่ง (14.75%) และมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมด 687.32 ตัน เพิ่มขึ้น 493.03 ตัน (3.54 เท่าเมื่อเทียบกับปีฐาน 2563) เป็นมูลฝอยติดเชื้อจากชุมชนในสถานประกอบการกักกันและรักษาผู้ติดเชื้อ 221.82 ตัน คิดเป็นร้อยละ 32.27 ของมูลฝอยทั้งหมดในปี 2564 อัตราเกิดมูลฝอยติดเชื้อต่อจำนวนผู้ใช้บริการทั้งหมด 4.77 กิโลกรัม/คน อัตราเกิดมูลฝอยติดเชื้อเปรียบเทียบจำนวนเตียงของสถานประกอบการที่ให้บริการ และระยะการกักตัวในสถานประกอบการเท่ากับ 3.38 กิโลกรัม/เตียง/วัน สิริวรรณ จันทนจุลกะ

และคณะ (2564) ทำการศึกษาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อของประเทศไทย พบว่า อัตราเกิด มูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสนาม 1.50-1.82 กก./คน/วัน สถานที่กักกัน 1.32 กก./คน/วัน พบว่า สถานประกอบการทั้ง 59 แห่ง สามารถให้บริการและจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ซึ่งแยกออกเป็น 8 ประเด็น อย่างมีประสิทธิภาพในระดับความเสี่ยงต่ำ ปานกลางและ สูง จำนวน 8 แห่ง (13.56%) 19 แห่ง (32.20%) และ 32 แห่ง (54.24%) ตามลำดับ มาตรการที่ดำเนินการได้ตามมาตรฐาน 3 ประเด็น ได้แก่การจัดการ ประเด็น การคัดแยก การกำจัด และการเก็บรวบรวม มาตรการที่จะต้องมีการปรับปรุง พัฒนา เนื่องจากมีความเสี่ยงสูง 5 ประเด็น ได้แก่ การจัดให้มีรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ การขนเพื่อกำจัด ภาชนะรองรับบรรจุ ที่พักมูลฝอยติดเชื้อ และการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไปยังที่พักมูลฝอยติดเชื้อ มาตรการที่เป็นโอกาสในการพัฒนาการจัดการทำแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานประกอบการ ให้ดำเนินการ ถูกต้องตามกฎหมายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่

1. มาตรการจัดให้มีรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อที่มีคุณสมบัติตามที่กฎหมาย
2. มาตรการการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อด้วยรถเข็น ส่วนท้องถิ่น
3. มาตรการกำหนดให้มีภาชนะบรรจุต้องมีข้อความ เครื่องหมายและสัญลักษณ์ตามที่กฎหมายกำหนด
4. มาตรการจัดให้มีที่พักมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน
5. มาตรการให้ความรู้ผู้ปฏิบัติ เรื่องมูลฝอยติดเชื้อตามหลักสูตรที่กฎหมายกำหนด

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน สถานที่กักกันและรักษาผู้ติดเชื้อในชุมชน ได้แก่ การ สนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ ให้เพียงพอและทันต่อ สถานการณ์ ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ด้านวิธีการ และด้านงบประมาณ รวมทั้งการสร้าง ความเข้าใจให้กับชุมชนข้างเคียง เพื่อให้เป็นที่ยอมรับ

ทั้งนี้ หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำมาตรการ ดังกล่าวไปกำหนดเป็นนโยบาย แผนการขับเคลื่อน เพื่อเตรียม ความพร้อม จะทำให้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อภายใต้ สถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อมีประสิทธิภาพมากขึ้น สร้างความเชื่อมั่น ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ชุมชน รวมถึงผู้มีส่วนได้เสีย เช่น นักท่องเที่ยว หน่วยงานภาครัฐ และเอกชน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงนโยบายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดระบบการจัดการที่มี ประสิทธิภาพ
2. การศึกษาเชิงลึก (In-depth interview) ในผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมด ตั้งแต่ แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อถึงสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) <https://ddc.moph.go.th> มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการ ป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง 18 สิงหาคม 2564 เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565.
- กรมการแพทย์. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย การดูแล และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2564. เขมจิรา สายวงศ์เป็ย. (2559). ศึกษารูปแบบ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ตรีชฎา สุวรรณโน. (2565). เทคนิคการวิเคราะห์งาน อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการจัดการองค์ ความรู้มหาวิทยาลัยแม่โจ้ – ชุมพร ออนไลน์ <http://www.chumphon2.mju.ac.th/km/> เข้าถึง เมื่อ 10 กันยายน 2565.

- ทิปกาศัยสุนทร. (2556). ศึกษาการจัดการขยะติดเชื้อสำหรับสถานพยาบาลประเภทสถานพยาบาลรับค้ำคืน ในเขตเทศบาลเมืองพญา จังหวัดชลบุรี : กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลเมืองพญา จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, กรุงเทพฯ.
- ประสาทรุจิรัตน์. (2562). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาลวังน้ำเขียว. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 35-51.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2539). เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้. กรุงเทพฯ. ชมรมเด็ก 2539: (249).
- เพ็ญศิริ เอกจิตต์. (2560). ศึกษาขยะติดเชื้อและการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล : กรณีศึกษาจังหวัดภูเก็ต. วารสารสิ่งแวดล้อม ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 (ม.ค.-มี.ค. 2560), 31-39.
- วิรัตน์ แก้วชู. (2552). ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี. สารนิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม) คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข. (2561). คู่มือพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ 1.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (2564). รายงานการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ “รายงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ประจำปี ระหว่างปี 2560-2564”
- สิริวรรณ จันทนจุลกะและคณะ. (2564). การศึกษาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประเทศไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 44 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2564.
- Gina Lova, et al. (2021). Infectious Waste Management as the Effects of Covid-19 Pandemic in Indonesia Asian Journal of Social Science and Management Technology ISSN: 2313-7410 Volume 3 Issue 2, March-April, 2021. 3(2):62-75.
- Uttama Barua and Dipita Hossain. (2021). Are view of the medical waste management system at COVID-19 situation in Bangladesh, Journal of Material Cycles and Waste Management (2021) 23:2087–2100.
- WHO.(2022). A timeline of WHO’s COVID-19 Response in the WHO European Region: a living document (version 3.0, from 31 December 2019 to 31 December 2021).

## ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความสุขของบุคลากรในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

### The Relationship Between Quality of Work Life and Happiness of Employees Ranong Provincial Public Health Office

สมุทร์ักษ์ ณ ท่าปลา

Sumonrak Na Thapla

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

Ranong Provincial Public Health Office

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำนวน 260 คน ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน และแบบสอบถามเกี่ยวกับความสุขของบุคลากร ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่าน google form ตั้งแต่เดือน มีนาคม – พฤษภาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.40 มีช่วงอายุระหว่าง 23-35 ปี อายุเฉลี่ย 41.02 ปี (S.D. = 10.42 ปี) ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.20 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา ร้อยละ 82.69 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีอายุงาน 1-13 ปี ร้อยละ 47.69 เงินเดือนส่วนใหญ่ 12,000 – 30,000 บาท ร้อยละ 51.92 และสถานภาพการจ้างงานส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 40.20 มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 129 คน ร้อยละ 49.62 (Mean = 55.53, S.D.= 10.66) และความสุขอยู่ในระดับดี จำนวน 164 คน ร้อยละ 63.08 (Mean = 131.36 คะแนน S.D. 14.02) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความสุขของบุคลากร พบว่า ผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย การพัฒนาความสามารถของบุคคล สัมพันธ์ที่ดีในองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสุขของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$  ( $r = .723, .697, .685, .668$  ตามลำดับ) ส่วนความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน และระบบความยุติธรรมที่ดี มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสุขของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$  ( $r = .397, .336$  ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาควรนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเชิงนโยบาย และส่งเสริมความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เพื่อให้เป็นองค์กรแห่งความสุขต่อไป

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิตในการทำงาน, ความสุขของบุคลากร, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

## Abstract

This descriptive research study aimed at studying the relationship between quality of life at work components and happiness of employees, Ranong Provincial Public Health Office. Data were collected from a sample of 260 staffs of Ranong Provincial Public Health Office using general information questionnaire, quality of work life questionnaire, and employee happiness questionnaire. The content validity of the employee happiness questionnaire was examined by experts and Cronbach's alpha coefficients was 0.89. Data were collected using self-report technique via google form during March – May 2022. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's Product - Moment Correlation Coefficient.

The results revealed that the majority of research participants were female (80.40%), aged between 23-35 years, and the average age was 41.02 years (S.D. = 10.42 years). In addition, most of them were married (61.20%), earned a diploma educational level (82.69%), had length of work of 1-13 years (47.69%), their salaries between 12,000 – 30,000 baht (51.92%), and took government officer status (40.20%). A sample of 129 staffs reported their quality of work life at the moderate level (49.62%, Mean = 55.53, S.D. = 10.66). A sample of 164 staffs reported their quality of work life at a good level (63.08%, Mean = 131.36, S.D. 14.02). The quality of work life components on appropriate and fair payment, safe working environment, personnel capacity building, and good relationship in the organization demonstrated moderate positive correlation with the happiness of employees, yielding statistical significance at  $p < 0.01$  ( $r = .723, .697, .685, .668$ , respectively). In addition, job progress and stability as well as a good justice system revealed low positive correlation with happiness of employees, yielding statistically significant at  $p < 0.01$  ( $r = .397, .336$ , respectively).

Recommendations included should use the study information on the policy planning and to promote employee happiness, Ranong Provincial Public Health Office, thereby becoming a happy organization.

**Keywords :** Quality of work life, Happiness of employees, Ranong Provincial Public Health Office



## ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

แผนยุทธศาสตร์ชาติของกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (2559-2579) มีเป้าหมายคือ ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่ที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืน ดังนั้น การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของหน่วยงานทุกภาคส่วนที่จะต้องส่งเสริมให้คนทำงานมีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณจากผลการสำรวจอันดับความสุขคนไทย เทียบกับประชาคมโลก เฉลี่ยปี 2562-2564 ประเทศไทยมีความสุขอยู่ลำดับที่ 61 ของโลก (กฤตพล สุธีภัทรกุล, 2565) และความสุขของประชาชนไทย ร้อยละ 81.4 มีความสุขอยู่ในเกณฑ์เท่ากับหรือสูงกว่าคนทั่วไป (เบญจมาศ พงษ์ก้านนท์ และคณะ, 2565)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองเป็นส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาค ของกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัดโดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้แทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีวิสัยทัศน์ในการดำเนินงาน คือ เป็นองค์กรหลักด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อประชาชนจังหวัดระนองมีสุขภาวะที่ดี โดยมีอำนาจบังคับบัญชาข้าราชการติดตาม กำกับ ควบคุม ประเมินผลของ 13 กลุ่มงาน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลพยาบาลชุมชน 4 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 5 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 46 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลเมืองระนอง 1 แห่ง มีหน้าที่บริหารราชการส่วนภูมิภาคในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น โดยขึ้นตรงต่อผู้ว่าราชการจังหวัดระนองและปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้พันธกิจตามกฎหมายกระทรวง โดยการจักระบบบริการสุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค โดยดูแลสุขภาพตลอดช่วงอายุ อัตราป่วย/ตาย ลดลง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ สะดวกรวดเร็วบริหารจัดการให้สถานบริการสาธารณสุข

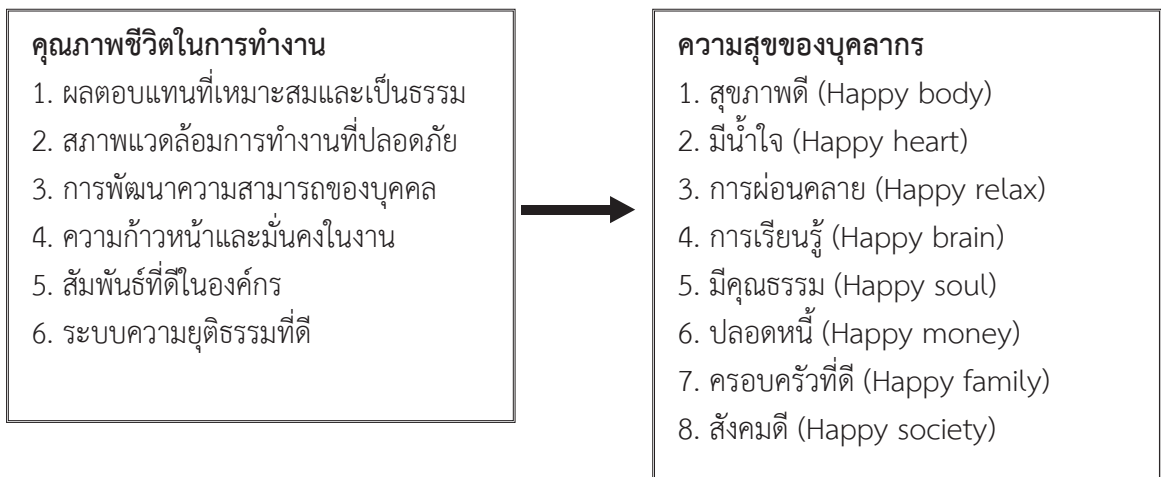
ทั้ง 3 ระดับคือระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิมีการทำงานประสานกันแบบไร้รอยต่อ มีการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการที่มีคุณภาพด้วย HA/พช./รพ.สต. ติดตาม/Service Plan /PMQA ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มเห็นได้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง มีภาระหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไปอย่างชัดเจน และยังมีสายงานที่แตกต่างกันหลายสายงาน (ระบบบริหารงานบุคคล, 2565) อาจส่งผลถึงคุณภาพชีวิตการทำงานและความสุขของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้

จากการประเมินความสุขของบุคลากรในองค์กรของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ในปี 2562 พบว่า มีความสุขรายด้าน ดังนี้ (Happy body) ร้อยละ 68.89 มีน้ำใจ (Happy heart) ร้อยละ 69.76 การผ่อนคลาย (Happy relax) ร้อยละ 59.07 การเรียนรู้ (Happy brain) ร้อยละ 62.83 มีคุณธรรม (Happy soul) ร้อยละ 71.28 ปลอดภัย (Happy money) ร้อยละ 54.48 ครอบครัวที่ดี (Happy family) ร้อยละ 68.37 สังคมดี (Happy society) ร้อยละ 64.33 ตามลำดับ ซึ่งความสุขที่ค่าเฉลี่ยรวมต่ำกว่า 50 คะแนน มี 5 ด้าน คือ 1. ด้านสุขภาพกายดี (Happy Body) คือ การออกกำลังกาย เกิดจากขาดการส่งเสริมสนับสนุนจากหน่วยงาน ขาดความรู้ด้านโภชนาการ ไม่ค่อยมีเวลาพักผ่อน ไม่มีเวลาและสถานที่ออกกำลังกาย 2. ด้านครอบครัวดี (Happy Family) คือ เวลาอยู่กับครอบครัว เกิดจากสถานที่ทำงานห่างไกล ไม่มีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ภาระงานมาก ทำให้ต้องใช้เวลาในการทำงานมากเองวนกลับไปทำที่บ้าน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับบ้านค่อนข้างสูง 3. ด้านสังคมดี (Happy Society) คือ ความรู้สึกดีว่าสังคมสงบสุขเกิดจากบุคลากรร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมน้อยขาดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขาดความรัก ความสามัคคี แบ่งพรรคแบ่งพวก ทำงานไม่เป็นทีม 4. ด้านการงานดี (Happy Work Life) คือ ค่าตอบแทนความเสี่ยงและโอกาสในการเติบโต เกิดจากค่าตอบแทนไม่คุ้มค่างับความ

เสี่ยงหรือภาระงานที่ได้รับ งานที่รับผิดชอบไม่ตรงตามตำแหน่งหรือความถนัดหรือความสามารถ 5. มิติสุขภาพการเงินดี (Happy Money) คือ มีรายได้ต่อรายจ่ายและเงินเก็บแต่ละเดือน เกิดจากรายได้ต่อเดือนน้อยและไม่มีรายได้เสริม ค่าครองชีพที่สูง มีเทคโนโลยีช่วยในการจับจ่ายซื้อของได้ง่ายขึ้น มีรายจ่ายจำนวนมาก และมีหนี้สินจำนวนมาก 6. ด้านสมดุลชีวิตในการทำงาน (Happy Work Life Balance) คือความยืดหยุ่นในการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวันและการพักผ่อน เกิดจากปริมาณงานมาก ทำให้ทำงานไม่ทันต้องนำงานกลับไปทำที่บ้าน ผู้บริหารหรือหัวหน้าตามงานหลังเลิกงานหรือวันหยุดราชการ ไม่มีสมดุลชีวิตกับการทำงาน การทำงานที่ซ้ำซ้อนหรืองานถูกแก้ไขบ่อย ทำให้เสียเวลาในการทำงานขึ้นนั้นนานขึ้น จากปัจจัยดังกล่าวทำให้เจ้าหน้าที่ไม่มีความสุขหรือความสุขลดลงได้

คุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นความพึงพอใจในการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย การพัฒนาความสามารถของบุคคล ความก้าวหน้าและมั่นคงในงานสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร และระบบความยุติธรรมที่ดีก่อให้เกิด

### กรอบแนวคิดการศึกษา



ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรได้ ดังนั้นจึงอาจส่งผลต่อความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองได้

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการสร้างองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลที่ดีต่อประชาชนหรือผู้รับบริการและเป็นการลงทุนที่ให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า เป็นทรัพยากรอันมีค่าขององค์กรต่อไปในระยะยาว

### วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับของความสุขและคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

## ระเบียบวิธีการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำนวน 733 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane (ภัทรานิษฐ์ เหมาะทอง และคณะ, 2565) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ความผิดพลาดไม่เกิน 5% ได้กลุ่มตัวอย่าง 260 คน

## การสุ่มตัวอย่าง

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่ม แบบหลายขั้นตอน (Multi - stage) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรของแต่ละอำเภอ

2. ขั้นตอนที่สอง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยเลือกสุ่มรายชื่อตามทะเบียนบุคลากรให้ครบตาม จำนวน 260 คน

## เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างประจำในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

2. ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. มีสมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์

4. มีความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

## เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองที่ย้ายที่ทำงาน หรือช่วยราชการนอกจังหวัด

2. เป็นบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เงินเดือน และสถานภาพการจ้างงาน จำนวน 7 ข้อ

**ส่วนที่ 2** เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในการทำงาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของสุริย์พร วิสุทธารกรณ์ (2556) ประกอบด้วย ผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย การพัฒนาความสามารถของบุคคล ความก้าวหน้าและมั่นคงในงานสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร และระบบความยุติธรรมที่ดี ลักษณะคำตอบเป็นการให้คะแนนแบบมาตราส่วน 1-4 คะแนน (Rating scale) มีจำนวน 21 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 21-84 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีคุณภาพชีวิตในการทำงานระดับดี แปลผลแบบสอบถามโดยใช้ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์คะแนนดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับดีมาก

- คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

- คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับน้อย

- คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับน้อยที่สุด

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการประเมินความสุขบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)(2565) ประกอบด้วยสุขภาพดี มีน้ำใจ การผ่อนคลาย การเรียนรู้ มีคุณธรรมปลอดหนี้ ครอบครัวที่ดี และสังคมดี ลักษณะคำตอบเป็นการให้คะแนนแบบมาตราส่วน 1-5 คะแนน (Rating scale) ตามความคิดเห็นหรือการปฏิบัติ มีจำนวน 35 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 35-175 คะแนน คะแนนมาก

หมายถึงมีความสุขระดับดีมาก แปลผลแบบสอบถามโดยใช้ค่าเฉลี่ย ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความสุขระดับดีมาก
- คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความสุขระดับดี
- คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความสุขระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความสุขระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความสุขระดับน้อยที่สุด

### การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน และแบบสอบถามเกี่ยวกับองค์กรแห่งความสุข ได้รับการประเมินค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีคะแนนระหว่าง 0.89-0.93 แล้วจึงนำไปทำ tryout กับบุคลากรที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ในจังหวัดพังงา จำนวน 30 ราย ตอบแบบสอบถามผ่าน google form แล้วนำมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

**ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล** การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระนอง เพื่อขออนุญาตผู้บริหารองค์กรในการเก็บข้อมูลจากบุคลากรในสังกัด
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากบุคลากรกลุ่มตัวอย่างผ่านระบบออนไลน์

3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจาก google form แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของ แบบสอบถามแล้ว นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

4. รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient)

### จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เลขที่ COA\_PHRN 006/2565

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีช่วงอายุระหว่าง 60-76 ปี อายุเฉลี่ย 64.37 ปี (S.D. = 12.36 ปี) ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.0) ระดับการศึกษาร้อยละ 60 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 60 เงินเดือนร้อยละ 60 และสถานภาพการจ้างงาน ร้อยละ 60

#### ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองภาพรวม พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 129 คน ร้อยละ 49.62 (Mean = 55.53, S.D.= 10.66) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง ภาพรวม (n=260)

ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดระนอง	จำนวน	ร้อยละ
มีคุณภาพชีวิตระดับดี (72-88คะแนน)	18	6.92
มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (55-71คะแนน)	129	49.62
มีคุณภาพชีวิตน้อย (38-54 คะแนน)	103	39.62
มีคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (21-37 คะแนน)	10	3.84
Mean 55.53 คะแนน S.D. 10.66 คะแนน (Range 31-84)		

เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตในการทำงานของ บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง รายด้านพบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับปาน กลาง โดยด้านระบบความยุติธรรมที่ดี มีค่าเฉลี่ยมาก ที่สุด (Mean = 2.83, S.D.= 0.75) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำแนกรายข้อ (n=260)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
<b>ผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม</b>			
1. ท่านได้รับอัตราค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ	2.47	0.69	น้อย
2. ท่านได้รับอัตราค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมกับปริมาณ งานที่ได้รับผิดชอบ	2.34	0.72	น้อย
3. อัตราค่าตอบแทนที่ได้สอดคล้องกับสภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน	1.93	0.72	น้อย
<b>ผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมภาพรวม</b>			
	2.25	0.71	น้อย
<b>สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย</b>			
4. สถานที่ทำงานของท่านมีอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ที่มีคุณภาพ และไม่เป็นอันตรายต่อการทำงาน	2.73	0.70	ปานกลาง
5. สถานที่ทำงานของท่านจัดสภาพแวดล้อม เช่น แสงสว่าง อุณหภูมิและเสียง ในสถานที่ทำงานมีความเหมาะสม สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสะดวกสบาย	2.82	0.66	ปานกลาง
6. สถานที่ทำงานของท่านให้ความใส่ใจต่อความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน จัดวางของอย่างมีระเบียบ ช่วยในการทำงานที่สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย	2.79	0.70	ปานกลาง

**ตารางที่ 2 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำแนกรายข้อ (n=260)**

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)	แปลผล
<b>สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย</b>			
7. สถานที่ทำงานของท่านให้ความใส่ใจต่อสุขภาพอนามัยของพนักงาน	2.89	0.71	ปานกลาง
8. สถานที่ทำงานของท่านมีการเตรียมความพร้อม และมีมาตรการในการจัด สภาพการทำงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุหรือวินาศภัยต่างๆ	2.53	0.69	ปานกลาง
9. สวัสดิการด้านค่ารักษาพยาบาลมีความเหมาะสมและเพียงพอต่อพนักงาน	2.70	0.78	ปานกลาง
<b>สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยภาพรวม</b>	2.74	0.71	ปานกลาง
<b>การพัฒนาความสามารถของบุคคล</b>			
10. ท่านได้รับการสนับสนุนในการเข้าฝึกอบรม สัมมนา หรือไปศึกษาดูงานในหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวกับภาระงานที่ท่านทำ	2.58	0.86	ปานกลาง
11. ท่านได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาความรู้ความสามารถ และทักษะของบุคลากรในการทำงาน	2.71	0.76	ปานกลาง
12. ท่านได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้นำความคิดใหม่ๆ มาปรับปรุงในการทำงาน เช่น สามารถนำเสนอความคิด แบบแผน วิธีการดำเนินงานใหม่ๆ	2.69	0.73	ปานกลาง
<b>การพัฒนาความสามารถของบุคคลภาพรวม</b>	2.66	0.78	ปานกลาง
<b>ความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน</b>			
13. ท่านได้รับมอบหมายงานที่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถ	2.87	0.67	ปานกลาง
14. ท่านมีโอกาสในการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง	2.33	0.82	น้อย
15. ท่านได้รับการพิจารณาผลงานตามหลักเกณฑ์อย่างเป็นธรรม	2.59	0.72	ปานกลาง
<b>ความก้าวหน้าและมั่นคงในงานภาพรวม</b>	2.60	0.74	ปานกลาง
<b>สัมพันธที่ดีในองค์กร</b>			
16. องค์กรของท่านมีความเสมอภาคในการทำงานและมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นในการทำงานร่วมกัน เป็นทีม	2.59	0.77	ปานกลาง
<b>สัมพันธที่ดีในองค์กร</b>			
17. องค์กรของท่านจัดให้มีกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ สร้างความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายในหน่วยงาน	2.74	0.78	ปานกลาง

**ตารางที่ 2 (ต่อ)** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำแนกรายข้อ (n=260)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)	แปลผล
18. องค์กรของท่านมีการทำงานสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	2.72	0.75	ปานกลาง
<b>สัมพันธที่ดีในองค์กรภาพรวม</b>	2.68	0.77	ปานกลาง
<b>ระบบความยุติธรรมที่ดี</b>			
19. ผู้บริหารให้เกียรติและเคารพความคิดเห็นของพนักงานและ ให้อิสระในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับงานที่ท่านได้รับผิดชอบ	2.84	0.75	ปานกลาง
20. ผู้บริหารให้อำนาจในการตัดสินใจในงานที่ได้รับมอบหมาย	2.82	0.75	ปานกลาง
21. ผู้บริหารยอมรับฟังความคิดเห็น ปัญหาและดำเนินการแก้ไขปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงาน	2.83	0.75	ปานกลาง
<b>ระบบความยุติธรรมที่ดีภาพรวม</b>	2.83	0.75	ปานกลาง

**ส่วนที่ 3 ความสุขของบุคลากรในสังกัด** 164 คน ร้อยละ 63.08 (Mean = 131.36 คะแนน S.D. 14.02) ดังตารางที่ 3

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง**  
ความสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง ภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขระดับดี จำนวน

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง (n=260)

ความสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง	จำนวน	ร้อยละ
ความสุขระดับดีมาก (156-185คะแนน)	12	4.62
ความสุขระดับดี (126-155คะแนน)	164	63.08
ความสุขระดับปานกลาง (96-125 คะแนน)	83	31.92
ความสุขระดับน้อย (66-95 คะแนน)	1	0.38
ความสุขระดับน้อยที่สุด (36-65 คะแนน)	0	0
Mean 131.36 คะแนน S.D. 14.02 คะแนน (Range 90-169)		

เมื่อพิจารณาความสุขของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดระนองจำแนกตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับดี โดยด้านมีคุณธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean=4.01, S.D.= 0.72) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความทุกข์ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำแนกตามรายด้านและรายข้อ (n=260)

ความสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง	ระดับความคิดเห็น		
	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)	แปลผล
<b>สุขภาพดี (Happy body)</b>			
1. โดยปกติท่านกินอาหารเช้า โดยเฉลี่ยสัปดาห์ละกี่วัน	3.75	1.34	ดี
2. ปัจจุบันท่านออกกำลังกายโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละกี่วัน	2.29	1.05	น้อย
3. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ใบจาก/ยาเส้น หรือไม่	4.83	0.59	ดีมาก
4. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ สาโท หรือสุราที่บ้านหรือไม่	4.24	1w.00	ดีมาก
5. โดยรวมแล้วท่านพึงพอใจกับสุขภาพกายของท่านหรือไม่	3.37	0.88	ปานกลาง
<b>สุขภาพดีภาพรวม</b>	3.70	0.97	ดี
<b>มีน้ำใจ (Happy heart)</b>			
6. โดยรวมแล้ว ท่านรู้สึกเอื้ออาทร/ห่วงใยต่อคนรอบข้างหรือไม่	4.06	0.65	ดี
7. โดยรวมแล้ว ท่านให้การช่วยเหลือแก่คนรอบข้างหรือไม่	4.08	0.63	ดี
8. โดยรวมแล้วท่านเต็มใจและยินดีในการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม หรือไม่	4.20	0.66	ดี
9. โดยรวมแล้วท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เช่น การปลูกป่าการบริจาคสิ่งของ หรือไม่	3.72	0.83	ดี
10. โดยรวมแล้วท่านได้ทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ด้วยตนเองและมีประโยชน์ต่อสังคม เช่น การคัดแยกขยะ การลดใช้ถุงพลาสติก เป็นต้น	3.78	0.78	ดี
<b>มีน้ำใจภาพรวม</b>	3.97	0.71	ดี



**ตารางที่ 4 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำแนกตามรายด้านและรายข้อ (n=260)**

ความสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง	ระดับความคิดเห็น		
	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)	แปลผล
<b>การผ่อนคลาย (Happy relax)</b>			
11. โดยรวมแล้วท่านรู้สึกว่าได้รับการพักผ่อนเพียงพอหรือไม่	3.17	0.92	ปานกลาง
12. โดยรวมแล้วใน 1 สัปดาห์ท่านทำกิจกรรมเพื่อเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ (อ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง ซ้อมปิ้ง เล่นเกมส์ ปลูกต้นไม้ ฯลฯ) หรือไม่	3.25	0.89	ปานกลาง
13. โดยรวมแล้วท่านมีความเครียด (เครียดจากการทำงาน/เรื่องครอบครัว/เรื่องอื่นๆ) บ้างหรือไม่	3.32	0.82	ปานกลาง
14. โดยรวมแล้วท่านคิดว่าชีวิตของท่านเป็นไปตามที่ท่านคาดหวัง หรือไม่	3.27	0.73	ปานกลาง
15. เมื่อประสบปัญหาในชีวิต โดยทั่วไปท่านสามารถจัดการกับปัญหาได้หรือไม่	3.85	0.66	ดี
<b>การผ่อนคลายภาพรวม</b>	3.37	0.80	ปานกลาง
<b>การเรียนรู้ (Happy brain)</b>			
16. โดยรวมแล้วท่านสนใจในการแสวงหาความรู้ใหม่ๆ เพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ต่างๆ หรือไม่	3.82	0.67	ดี
17. โดยรวมแล้ว ท่านสนใจที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อความก้าวหน้าในชีวิตหรือไม่	4.03	0.67	ดี
18. ท่านมีโอกาสที่จะได้รับการอบรม/ศึกษาต่อ/ดูงาน เพื่อพัฒนาทักษะและความสามารถของตนเองหรือไม่	3.25	0.94	ปานกลาง
<b>การเรียนรู้ภาพรวม</b>	3.70	0.76	ดี
<b>มีคุณธรรม (Happy soul)</b>			
19. โดยรวมแล้วท่านทำบุญบริจาคสิ่งของ/ศาสนา/การให้ทานหรือไม่	3.81	0.79	ดี
20. โดยรวมแล้ว ท่านปฏิบัติตามศาสนาเพื่อให้จิตใจสงบหรือไม่	3.58	0.93	ดี
21. โดยรวมแล้ว ท่านยกโทษและให้อภัยอย่างจริงใจต่อผู้ที่สำนึกผิด	4.01	0.62	ดี
22. โดยรวมแล้ว ท่านยอมรับและขอโทษในความผิดที่ทำหรือมีส่วนรับผิดชอบ	4.13	0.61	ดี
23. โดยรวมแล้ว ท่านตอบแทนผู้มีพระคุณ หรือช่วยเหลือท่าน	4.37	0.65	ดีมาก
24. ท่านเข้าปฏิบัติงานตรงเวลาเสมอ	4.17	0.70	ดี

**ตารางที่ 4 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำแนกตามรายด้านและรายข้อ (n=260)**

ความสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนอง	ระดับความคิดเห็น		
	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)	แปลผล
<b>มีคุณธรรมภาพรวม</b>	4.01	0.72	ดี
<b>ปลอดภัย (Happy money)</b>			
25. ท่านรู้สึกว่าการผ่อนชำระหนี้สินต่างๆ โดยรวมของท่านในปัจจุบัน เป็นภาระ หรือไม่	3.16	0.99	ปานกลาง
26. ท่านผ่อนชำระหนี้ตามกำหนดเวลาทุกครั้งหรือไม่	4.33	0.78	ดีมาก
27. โดยรวมแล้ว ท่านมีเงินเก็บออมในแต่ละเดือนหรือไม่	2.35	0.90	น้อย
28. โดยรวมแล้ว ค่าตอบแทนที่ท่านได้รับทั้งหมดในแต่ละเดือนเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่ายทั้งหมดในแต่ละเดือน	2.81	1.05	ปานกลาง
<b>ปลอดภัยภาพรวม</b>	3.16	0.62	ปานกลาง
<b>ครอบครัวที่ดี (Happy family)</b>			
29. ท่านมีเวลาอยู่กับครอบครัว เพียงพอหรือไม่	3.27	1.02	ปานกลาง
30. ท่านทำกิจกรรม (ออกกำลังกาย ทำบุญ ชื้อของ ฯลฯ) ร่วมกันกับคนในครอบครัว	3.15	0.97	ปานกลาง
31. โดยรวมแล้วท่านมีความสุขกับครอบครัวของท่านหรือไม่	4.11	0.77	ดี
<b>ครอบครัวที่ดีภาพรวม</b>	3.51	0.92	ดี
<b>สังคมดี (Happy society)</b>			
32. โดยรวมแล้ว เพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อท่านหรือไม่	3.72	0.75	ดี
33. โดยรวมแล้วท่านปฏิบัติตามกฎระเบียบ/ข้อบังคับของสังคม หรือไม่	4.06	0.85	ดี
34. โดยรวมแล้วท่านรู้สึก ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน หรือไม่	3.83	0.70	ดี
35. โดยรวมแล้ว เมื่อท่านมีปัญหา ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากคนในชุมชนหรือไม่	3.46	0.89	ดี
36. โดยรวมแล้วทุกวันนี้ท่านใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข หรือไม่	2.79	0.74	ปานกลาง
<b>สังคมดีภาพรวม</b>	3.57	0.79	ดี

#### ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมชาติ สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย การพัฒนาความสามารถของบุคคล สัมพันธ์ที่ดีในองค์กร มีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับสูงกับความสุขของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .723, .697, .685, .668$  ตามลำดับ,  $p < 0.01$ ) ส่วนความก้าวหน้าและมั่นคงในงานและระบบความยุติธรรมที่ดี มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสุขของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .397, .336$  ตามลำดับ,  $p < 0.01$ ) ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง (n=260)

ตัวแปรที่ศึกษา	ความสุขของบุคลากร	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
1. ผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมชาติ	.723**	.000**
2. สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย	.697**	.000**
3. การพัฒนาความสามารถของบุคคล	.685**	.000**
4. ความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน	.397**	.000**
5. สัมพันธ์ที่ดีในองค์กร	.668**	.000**
6. ระบบความยุติธรรมที่ดี	.336**	.000**

\*\* $p < 0.01$

#### อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองครั้งนี้สามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองภาพรวมพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 129 คน ร้อยละ 49.62 (Mean = 55.53,

S.D.= 10.66) โดยคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำแนกตามรายชื่อ ที่ปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด คือ สถานที่ทำงานของท่านให้ความใส่ใจต่อสุขภาพอนามัยของพนักงาน จำนวน 47 คน ร้อยละ 47 (Mean = 2.89, S.D.= 0.71) อาจเนื่องมาจากมีการทุกสถานบริการมีการตรวจสุขภาพประจำปีให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา เฟ่งรุ่งเรืองวงษ์ และการศึกษาของสุภาภรณ์ ประสงค์ทัน (2561)

2. มีระดับความสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระนองภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขระดับดี จำนวน 164 คน ร้อยละ 63.08 (Mean = 131.36 คะแนน, S.D. 14.02) เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองส่วนใหญ่มีความสุขระดับดี เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดคือ ท่านผอ.น.ช.ระหนี่ตามกำหนดเวลาทุกครั้ง จำนวน 121 คน ร้อยละ 46.50 แสดงให้เห็นว่าสถานะทางการเงินของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองส่วนใหญ่ มีสถานะการเงินที่ยังมีสภาพคล่องสามารถผ่อนชำระหนี้ตามกำหนดได้ทุกครั้ง จึงทำให้บุคลากรมีความสุขอยู่ในระดับดี จึงส่งผลต่อความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร เหล่าแห่งและคณะ (2557)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง พบว่า ผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย การพัฒนาความสามารถของบุคคล สัมพันธ์ที่ดีในองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .723, .697, .685, .668$  ตามลำดับ,  $p < 0.01$ ) ส่วนความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน และระบบความยุติธรรมที่ดี มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสุขของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .397, .336$  ตามลำดับ,  $p < 0.01$ ) อธิบายได้ว่าผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย การพัฒนาความสามารถของบุคคล และสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร ทำให้บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองมีความสุขในการทำงานได้ ส่วนความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน และระบบความยุติธรรมที่ดี ทำให้บุคลากรมีความสุขได้แต่ก็ยังอยู่ในระดับต่ำ นั้นแสดงให้เห็นว่าความสุขของบุคลากรจะเกิด

ขึ้นได้มากที่สุดเมื่อมีผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย การพัฒนาความสามารถของบุคคล และสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา บุญโยประการ (2560), การศึกษาของสมโภช บุญวัน และคณะ (2564) และการศึกษาของเด่นชัย อาทิตย์เจริญชัย (2558)

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ได้แก่ ผลตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย การพัฒนาความสามารถของบุคคล สัมพันธ์ที่ดีในองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขของบุคลากร จึงควรส่งเสริมความสุขของบุคลากร โดยใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนงานส่งเสริมความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

2. ควรมีการส่งเสริมความสุขของบุคลากรโดยการวางแผนเชิงนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนาการดำเนินงานให้บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองมีความสุขในการปฏิบัติงาน

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสุขของบุคลากรต่อการเป็นองค์กรแห่งความสุข

2. ควรมีการศึกษาเรื่องนี้ในรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และสอดคล้องความต้องการของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). การประเมินความสุขของบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข. Retrive April, 29 from <https://happy.moph.go.th>

ระบบบริหารงานบุคคล (HROPS). (2565). ฐานข้อมูลบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. กฤตพล สุธีภัทรกุล. (2565). 20 มี.ค. “วันความสุขสากล” แล้ว “ความสุข” ของ “คนไทย” อยู่ตรงไหน. Retrive April, 29 from <https://www.bangkokbiznews.com>

กฤษณา บุญโยประการ. (2560). ระดับความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากร : กรณีศึกษาโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน.

เด่นชัย อาทิตย์เจริญชัย. (2558). องค์กรแห่งความสุขของโรงเรียนศรีบุญยานนท์. Retrive April, 29 from <http://www.sure.su.ac.th/xmlui/bitstream>

เบญจมาศ พงษ์กานนท์, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, อธิป ต้นอารีย์, บังอร สุปริดา. (2565). การสำรวจระดับชาติเพื่อศึกษาระดับความสุขคนไทยรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2561. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย; 30(1):75-86.

วิทยา พลาอาด และนพดล ละอองวิจิตร. (2565). ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสตูล. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 6(3): 20-28.

ศศิธร เหล่าเที่ยงและวิโรจน์ เจษฎาลักษณ์. (2557). อิทธิพลของกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร ตามแนวทางการความสุข 8 ประการที่มีต่อความสุขในการทำงาน ประสิทธิภาพการทำงาน และความตั้งใจในการลาออกของพนักงานบริษัทเอกชน. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal. 7(2): 98-1006.

รุ่งนภา เฟ่งรุ่งเรืองวงษ์. (2562). คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม. งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 11 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

อุมาวรรณ วาทกิจ. (2560). ปัจจัยสำคัญเป็นองค์กรแห่งความสุข กรณีศึกษา ธุรกิจโรงแรมระดับ 4-5 ดาว ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการธรรมศาสตร์. 17(3): 122-131.

สุภาภรณ์ ประสงค์ทัน. (2561). การศึกษาความสุขในการทำงานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุข ในการทำงานของพนักงานในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวและบริการ. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 21: 259-275.

สุรีย์พร วิสุทธากรณ์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับผลการปฏิบัติงานของบุคลากร : กรณีศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. Retrive April, 29 from สม่.ไกช บุญวัน, สม่.ไกช รัตโอฬาร และวรางคณา จันทร์คง (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 7(3):

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2562). ผลการประเมินความสุขของบุคลากรของในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง.

# การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง

## Evaluation Research of the Elderly with Disabilities- People Care System Mueang Phatthalung District, Phatthalung Province

สงกรานต์ เกลี้ยงแก้ว

Songkran Klaiingkaew

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง

Mueang Phatthalung District Public Health Office, Phatthalung

### บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ใช้รูปแบบการประยุกต์ประเมินผลแบบชิปโมเดล (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง จำนวน 176 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อกระบวนการส่งเสริมสุขผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้จากการ สุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีความเที่ยง 0.98 และแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

กระบวนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง มีการดำเนินงานภายใต้โครงการและกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการติดเตียง และพัฒนาผู้ดูแล เป็นต้น โดยมีแหล่งสนับสนุนด้านงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ ปัญหาและอุปสรรคสำคัญคือ การขาดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและขาดความมั่นใจได้ แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง ได้แก่ ความมุ่งมั่นและรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และนโยบาย จากผู้บริหาร ส่วนสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กายอุปกรณ์ที่สามารถเบิกได้จากโรงพยาบาลพัทลุง และชาวบ้านนำมาบริจาค เช่น ที่นอนลม และการปรับสภาพบ้านให้เหมาะกับผู้สูงอายุ เช่น การทำทางลาด การทำราวเกาะเดินกันลื่นในห้องน้ำ และลานกีฬาในชุมชน

ภายหลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 7.77 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 5.35 โดยความเห็นส่วนใหญ่ ชื่นชมและเห็นด้วยกับผลงานที่เกิดขึ้น

**คำสำคัญ :** การประเมินผล, การพัฒนาระบบการดูแล, ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

## Abstract

This evaluation research aims to study: (1) evaluate the work process of caring for the elderly are in dependency in Mueang Phatthalung District, Phatthalung Province; (2) evaluate opinion towards the promotion and development of quality of life of the elderly are in dependency condition in Mueang Phatthalung District, Phatthalung Province; Use was applied the CIPP Model of SteffenBim (Stufflebeam). The sampling groups were the caregivers of the well-being elders, home-bound elders and bed-bound elders in Mueang Phatthalung District, Phatthalung Province, which included 176 persons received from a Purposive sampling. The data were collected through the developed questionnaires with validity at 0.86. The statistics used in data analysis were mean, percentage, standard deviation.

The findings of this research revealed that: (1) Working process for caring for the elderly in dependence of Mueang Phatthalung District, Phatthalung Province. There are operations under the programs and activities that are in line with the problems and needs of dependent seniors, such as the health care program for the elderly and the disabled with bed. The rehabilitation project for the disabled and the caregiver development, etc. Budget from government agencies. The main problems and obstacles are Other workloads There are quite a lot of public health personnel. Causing urgent operations to be performed first In addition, fatigue and The lack of knowledge of carers for the elderly who are in dependency for a long time. Cause boredom and lack of confidence, however factor of success in the work of caring for the elderly in the Mueang Phatthalung District, Phatthalung Province dependent easy. Including the commitment and responsibility of health personnel. The participation of partners from the policy and administrative facilities in the area are elderly people who are in shelters. Orthotics can include withdrawal from Phatthalung Hospital and residents to donate, such as air mattresses and conditioning House for the elderly, such as walking the ramp for rail slip in the bathroom. And sport in the community.

After caring for the elderly with dependent Mueang Phatthalung District, Phatthalung Province report found that seniors groups bed Barthel Activities of Daily Living increases as the elderly group home Percentage 7.77 the elderly group home living standard increases to seniors groups. Social comments by 5.35 percent majority. Appreciate and agree with the work taking place.

**Keywords :** Long Term care, Elderly

## บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้อัตราเกิดและอัตรารายลดลง ส่งผลให้ประชากรโลกมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้นสำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้พยากรณ์ โครงสร้างประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคน คิดเป็น 2 เท่า ของปี พ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ของประชากรทั้งประเทศ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555)

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยคือ กลุ่มโรคที่เรื้อรัง โดยร้อยละ 1.6 เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 31 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ ร้อยละ 13.1 เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและการหกล้ม เมื่อมีอายุมากขึ้นอัตราการเกิดโรคมกกว่าหนึ่งโรคก็สูงขึ้นเป็นลำดับควบคุมไข้ไปภัยความเสื่อมด้านร่างกายและจิตใจโรคและอาการที่มากับความเสื่อมนี้ก็นำไปสู่ภาวะพึ่งพาและภาวะทุพพลภาพซึ่ง ร้อยละ 1.7 ของผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลาง และรุนแรงมากโดยมีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) น้อยกว่า 12 คะแนน ปัญหาอัมพาต อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 ปัญหาความรู้สึกร้างเหงา ว่าเหงาที่ต้องอยู่คนเดียว ร้อยละ 21.7 และไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 18.2 อัตราส่วนเป็นภาระร้อยละ 20.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) นอกจากนี้ผู้สูงอายุอายุมากกว่าร้อยละ 70 ต้องดำเนินชีวิตเพียงลำพังและมีแนวโน้มจะต้องอยู่เพียงลำพังมากขึ้น (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556)

เมื่อมีการพัฒนาระบบขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการประเมินประสิทธิผลของงานนั้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์มากน้อยโดยใช้แนวคิดการประเมิน CIPP ซึ่งควรประเมินผลบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ความสำเร็จของระบบจากผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact)

จังหวัดพัทลุงมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นลำดับต้นๆ โดยคิดเป็นร้อยละ 21.61 ของจำนวนประชากรในจังหวัด ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกลุ่มนี้กระจายอยู่ทุกอำเภอในจังหวัดพัทลุง อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง มีจำนวนประชากร 84,346 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 22,464 คน คิดเป็นร้อยละ 26.63 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 905 คน ร้อยละ 4.02 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งปัจจัยหลักของการเข้าสู่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอยู่ 4 ปัจจัย คือ 1) โรคเรื้อรัง 2) โรคหลอดเลือดสมอง 3) อุบัติเหตุ 4) อายุมาก (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2555) ซึ่งอำเภอเมืองพัทลุงเริ่มดำเนินโครงการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 จนถึงปัจจุบัน จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น จึงได้ดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาการประเมินผลโครงการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอำเภอเมืองพัทลุงว่ามีประสิทธิผลและผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานมากน้อยโดยใช้แนวคิดการประเมิน CIPP

## วัตถุประสงค์

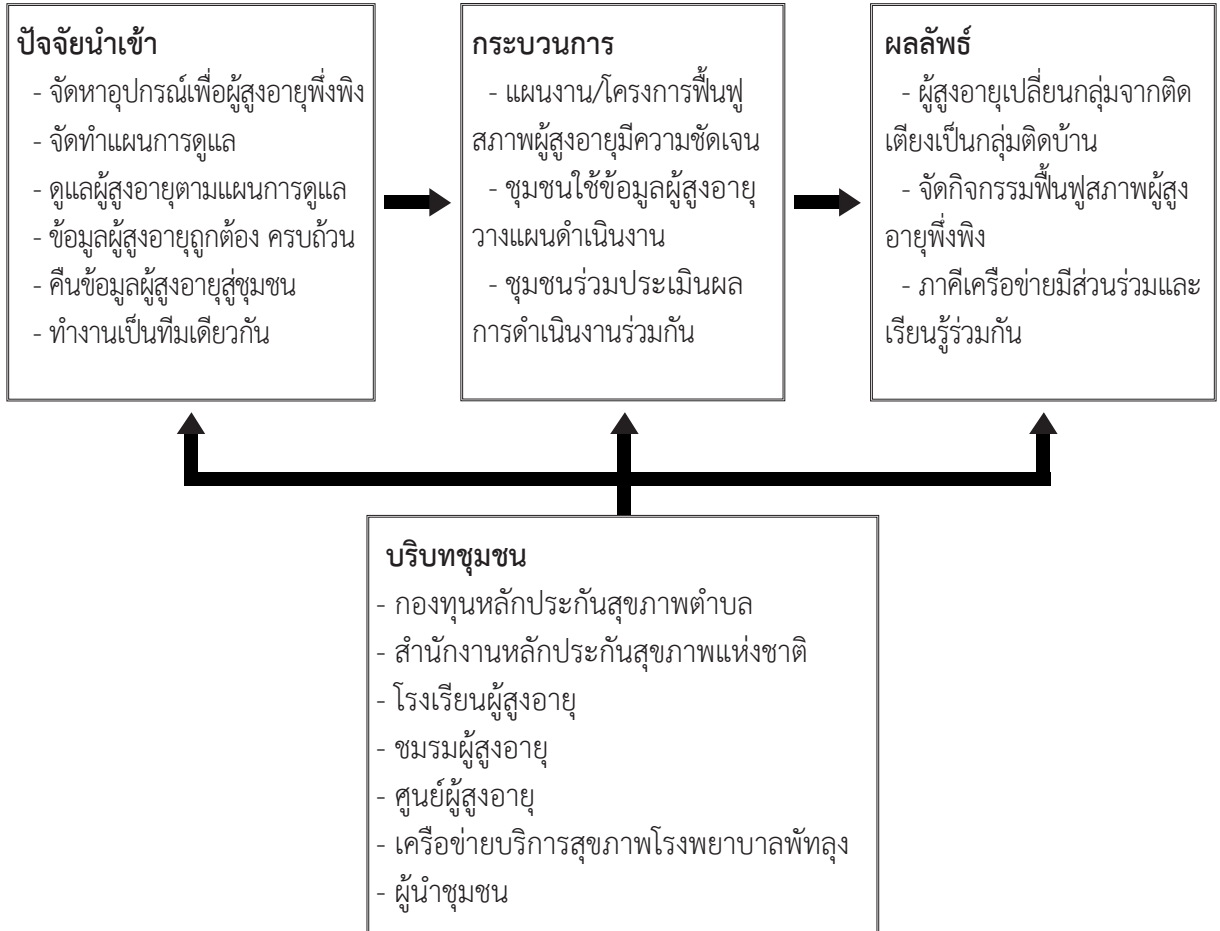
- 1). เพื่อประเมินกระบวนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง
- 2). เพื่อประเมินความคิดเห็นต่อกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง



## กรอบแนวคิดการวิจัย

สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

การศึกษาวิจัยการประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง ครั้งนี้



## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อประเมินผลโครงการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง โดยศึกษาข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิซึ่งข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิจะเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ การวิจัยเชิงปริมาณเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ประเมินผลการดำเนินงานในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2559 – 2564)

## ประชากร

ในการศึกษาวิจัยพื้นที่อำเภอเมืองพัทลุงครั้งนี้ กลุ่มประชากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองพัทลุงและมีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยพื้นที่อำเภอเมืองพัทลุงครั้งนี้ กลุ่มประชากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองพัทลุง คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) ประกอบด้วย

1. กลุ่มบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลพัทลุง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย จำนวน 20 คน (4 โชนๆ ละ 5 คน)

2. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในอำเภอเมืองพัทลุง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 24 แห่ง แห่งละ 1 คน จำนวน 24 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมหลักสูตรกรมอนามัย 70 ชั่วโมง รพ.สต.ละ 2 คน จำนวน 24 คน รวม จำนวน 48 คน

3. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอเมืองพัทลุง จำนวน 42 คน (14 ตำบลๆ ละ 3 คน รวมจำนวน 42 คน)

4. ผู้นำชุมชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แพทย์ประจำตำบล/ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 42 คน (14 ตำบลๆ ละ 3 คน รวมจำนวน 42 คน)

5. ประธานชมรมผู้สูงอายุสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งๆ ละ 1 คน รวม 24 คน รวมทั้งสิ้น 176 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview guideline) ในการประเมินระบบการดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเกี่ยวกับ กิจกรรม งบประมาณ บริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค สิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่ สำหรับสัมภาษณ์บุคลากรสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลระดับบุคคล อำเภอเมืองพัทลุง

1.2 แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับ กิจกรรม งบประมาณ บริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค สิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่ สำหรับสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ

1.3 แบบสัมภาษณ์การดำเนินการด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ พันธกิจ โครงสร้างอำนาจ และหน้าที่ในการทำงานด้านผู้สูงอายุ การนำแผนผู้สูงอายุมาแปลงเป็นแผนปฏิบัติการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การผลักดันให้มีการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ การประเมินความสำเร็จในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ แนวทางการแก้ไขปรับปรุงประเด็นด้านผู้สูงอายุที่ควรเน้นหรือให้ความสำคัญใน 5 ปีข้างหน้า สำหรับผู้บริหารระดับองค์กรส่วนท้องถิ่น

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) สำหรับสนทนากลุ่ม เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ ผู้บริหารระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติงานที่สถานบริการอำเภอเมืองพัทลุง เกี่ยวกับผลการดำเนินงาน งบประมาณ บริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรค ความต้องการ การสนับสนุน

เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ ที่ใช้สัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่นำมาปรับปรุงจาก อานาจ สุวรรณไตร (2557)

## การรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ โดยข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิจะเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2559-2564) การวิจัยเชิงปริมาณเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ประเมินผลการดำเนินงานในระยะ 2 เดือน (กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2565) ของแผนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ตามเป้าหมายเชิงปริมาณที่กำหนดไว้โดยใช้ ตัวชี้วัดต่างๆ ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นเป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูลปฐมภูมิทั้งในรูปของข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 การสอบถามความสามารถในด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

1.2 การสำรวจสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในที่สาธารณะ

1.3 การสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุและผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

#### 2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การรวบรวมข้อมูลระดับจุลภาค ได้แก่การสัมภาษณ์กลุ่มบุคลากรสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลพัทลุง

2.2 การรวบรวมข้อมูลระดับมหภาค ข้อมูลภาพรวม จากบุคคลในชุมชนพื้นที่วิจัย การสัมภาษณ์ 1) หมู่บ้านหรือชุมชน 2) องค์กรปกครอง ผู้นำชุมชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน โดยจะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมงบประมาณ บริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค สิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินการ โดยกลุ่มดังกล่าว ตามที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุ ส่วนระดับองค์กรส่วนท้องถิ่น

จะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ โครงสร้าง อำนาจและหน้าที่ในการทำงานด้านผู้สูงอายุ การนำแผนผู้สูงอายุมาแปลงเป็นแผนปฏิบัติการขององค์กรส่วนท้องถิ่น การผลักดันให้มีการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ การประเมินความสำเร็จในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ แนวทางการแก้ไขปรับปรุงประเด็น ด้านผู้สูงอายุที่ควรเน้นหรือให้ความสำคัญใน 5 ปีข้างหน้า

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ : เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตพฤติกรรม จะนำข้อมูลมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา และตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล โดยวิธีการวิเคราะห์จากเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ : ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## จริยธรรมวิจัย

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ที่ : PPHOREC/2564 COA NO.7 ลงวันที่ 26 เมษายน 2564

## ผลการศึกษา

ความคิดเห็นต่อกระบวนการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 ความคิดเห็นด้านบริบทชุมชน

ด้านบริบทชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อคิดเห็นที่ว่าผู้นำในชุมชนมีความใส่ใจต่อปัญหาส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีบุคลากรภาครัฐสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ

พึงพิงในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ผู้นำชุมชนมีบทบาทเหมาะสมต่อการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ชุมชนมีความสนใจต่อปัญหาฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 94.29) และค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นทุกข้ออยู่ในระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าบริบทที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง นั้นต้องการให้คนในชุมชนหรือหน่วยงานของรัฐบาลในระดับชุมชนให้ความช่วยเหลือ เนื่องจากเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง มีความเป็นกันเอง ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า

ด้านปัจจัยนำเข้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อคิดเห็นที่ว่าคนในชุมชนมีส่วนร่วมและสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีบุคลากรภาครัฐเป็นพี่เลี้ยง คอยให้คำปรึกษาในการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนและใช้วางแผนในกิจกรรมการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 100 ส่วนความคิดเห็นต่อการมีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.3 และค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นทุกข้ออยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นด้านกระบวนการ ด้านกระบวนการพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อคิดเห็นเกือบครบทุกข้อ (ร้อยละ 93.3) มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเห็นด้วยกับข้อคิดเห็นที่ว่ากรรมการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนมีความเข้าใจในกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 83.3) และชุมชนมีแผนปฏิบัติการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 76.7) และค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นทุกข้ออยู่ในระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าความเห็นส่วนใหญ่ต่อกระบวนการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น แผนพัฒนาต้องมาจากปัญหาและความต้องการของชุมชน และผู้นำชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นด้านผลลัพธ์ ด้านผลลัพธ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อคิดเห็นเกือบครบทุกข้อ (ร้อยละ 96.7) มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเห็นด้วยกับข้อคิดเห็นที่ว่าแผนปฏิบัติการมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น (ร้อยละ 86.7) และมีกระบวนการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพในชุมชนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม (ร้อยละ 83.3) และค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นทุกข้ออยู่ในระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าความเห็นส่วนใหญ่ขึ้นชมและเห็นด้วยกับผลงานที่เกิดขึ้นใน ผลลัพธ์การส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

การอภิปรายผล

ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอมืองพัทลุง ต่อกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นั้น พบว่าด้านบริบทชุมชน (context) ผู้นำในชุมชนมีความใส่ใจต่อปัญหาส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีบุคลากรภาครัฐสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมมากที่สุด (ร้อยละ 100) ด้านปัจจัยนำเข้า (input) พบว่าคนในชุมชนมีส่วนร่วมและสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมและ

พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีบุคลากรภาครัฐเป็นที่เล็งคอบให้คำปรึกษาในการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนและใช้วางแผนในกิจกรรมการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 100) จุดเด่นด้านประเพณีและวัฒนธรรม และสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิด และวิถีชีวิตที่เกื้อกูลกัน ทำให้ระบบอาสาสมัครทำงานได้ผล รวมทั้งก่อให้เกิดระบบการทำงานอย่างไม่เป็นทางการในกลุ่มองค์กรหลักในพื้นที่ แหล่งงบประมาณที่หลากหลาย สอดคล้องกับวิพรรณ ประจวบเหมาะ และชลธิชา อัครนรินทร์ (2556) ด้านกระบวนการ (process) พบว่ามีแผนการปฏิบัติการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างชัดเจน แผนตอบสนองความต้องการ เปิดโอกาสให้คนในชุมชนมีส่วนร่วม ปฏิบัติได้เป็นรูปธรรมร่วมกับเครือข่าย และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อคิดเห็นเกือบครบทุกข้อ (ร้อยละ 93.3) ในเขตชนบทมีการจัดแบ่งพื้นที่และผู้รับผิดชอบชัดเจนและมีการประสานงานที่ดี โดยใช้เทคโนโลยีเสริมการเยี่ยมบ้านเป็นกระบวนการสำคัญที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างสมาชิกของทีมเยี่ยมบ้าน ในชนบทจะมีทีมหมอครอบครัว ที่กำหนดตัวบุคคลรับผิดชอบชัดเจน ระบบที่เป็นอยู่ เช่น ระบบสุขภาพตำบลเป็นกลไกที่เสริมศักยภาพการทำงานและช่วยขับเคลื่อนงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สอดคล้องกับวิพรรณ ประจวบเหมาะ และชลธิชา อัครนรินทร์ (2556) และด้านผลลัพธ์ (product) พบว่าชุมชน คณะกรรมการในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีกิจกรรมที่ทำให้ได้รับผลจากการปฏิบัติการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น รวมทั้งเข้าถึงสิทธิ ประโยชน์ตามกฎหมายมากขึ้น (ร้อยละ 96.7) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ชุมชนในอำเภอเมืองพัทลุง เป็นชุมชนที่มีพื้นฐานทางสังคมที่เข้มแข็งจากรากฐานของความ

เป็นญาติพี่น้อง ประเพณีและวัฒนธรรมเดียวกัน มีผู้นำชุมชนที่ใส่ใจ เข้าถึง ปัญหาของชุมชน รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐหรือหน่วยงานในระดับพื้นที่มีศักยภาพในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ที่ระบุว่าการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนหรือท้องถิ่นมีองค์ประกอบหลักสำคัญ 3 ประการคือ 1) รัฐบาลท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) เป็นรัฐสวัสดิการ 2) ระบบสุขภาพชุมชน และ 3) คนในชุมชน โดยมีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นได้แก่ บุคคล เครื่องมือ ทุน สถานที่ รวมทั้งเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับชุมชนนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและญาติสามารถดำรงชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างทัดเทียมคนปกติ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า กระบวนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง ทำให้ชุมชนและญาติ รับผิดชอบต่อปัญหาผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในฐานะของสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนสามารถวางแผนแก้ไข

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่พึ่งพิงประสงค์ ต้องมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาได้จากระดับการพึ่งพิงเป็นหลัก เมื่อพิจารณาความจำเป็นของผู้สูงอายุที่ควรได้รับการดูแลจากภาวะพึ่งพิงในระดับต่างๆ บริการดูแลที่ควรมีจะเป็นบริการ ทั้งด้านสุขภาพและสังคมซึ่งมีความเข้มข้นแตกต่างกันไป ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรพัฒนามาบนพื้นฐานหลักการที่สำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ การบริการแบบบูรณาการ มีการเชื่อมโยงระหว่างบริการต่างๆ มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ และเป็นระบบบริการที่เป็นธรรม

1) การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาครัฐ โดยเน้น การสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแล จัดการเพื่อตนเองและช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด (Self care, self reliance) นั่นคือต้องยึดหลักการสำคัญ ของการไม่เข้าไปแย่งความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเกินความจำเป็น แต่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุน ให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลตนเองสามารถ มีวิถีชีวิตที่เหมาะสม และสามารถตัดสินใจเข้าใช้ระบบ ที่เป็นทางการได้อย่างเหมาะสม และต้องพร้อมที่จะเข้า ถึงเพื่อการช่วยเหลือและปกป้องบุคคลหรือครอบครัวที่ ล้มเหลวในการดูแลตนเอง ไม่สามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม หรือไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการที่เป็นทางการเมื่อ มีความจำเป็น

2) ความครอบคลุม มีความครอบคลุมทั้งบริการ ด้านสุขภาพและสังคม โดยในด้านสุขภาพยังบูรณา การทั้งสี่มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและ ปัญหาทางสุขภาพ (พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อม ที่ไม่ปลอดภัยสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม และสู่มเสี่ยง ต่อปัญหาสุขภาพ โรคต่างๆ ความพิการ และปัญหา ความรุนแรงในครอบครัว) การจัดการดูแลในระดับต้น สำหรับโรคและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นการจัดการให้มีความต่อเนื่องการรักษา (Adherence to management) ของกลุ่มโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ สามารถกลับมีสถานะสุขภาพหรือสมรรถภาพที่เหมาะสม อีกครั้ง นอกจากนี้จะต้องครอบคลุมประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ

3) ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ การจัดการบริการมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม ชุมชนทั้งระดับท้องถิ่น ส่งเสริมการประยุกต์และพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในการจัดการบริการ

4) บริการที่ควรมีในชุมชน การดูแลก่อนภาวะ พังพอง (ระยะกลาง) เน้นหนักในการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขเชิงรุกในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ ให้บริการ เฉพาะทางที่ต่อเนื่อง เข้มข้น และสม่ำเสมอเช่น การฟื้นฟู สมรรถภาพ การพยาบาล โดยมุ่งเป้าหมายไปที่การฝึก ผู้ดูแลให้สามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟู ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถฟื้นตัวและ พึ่งพาตนเองได้มากที่สุด รวมทั้งการป้องกันการสูญเสีย หรือถดถอยของการทำงานของสภาวะร่างกาย นอกเหนือ จากบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มนี้ที่ต้องการ บริการและการสนับสนุนด้านสังคมเช่นกัน เช่น การช่วยเหลือในการปรับปรุงสภาพบ้านให้เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพ การช่วยเหลือด้านรายได้

5) ความสามารถในการดูแลมีผลต่อคุณภาพ การดูแล แต่การดูแลจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ คุณลักษณะของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพทั้งผู้ดูแลและผู้ สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุปัจจัย ทางเศรษฐกิจรวมถึงรายได้ของครอบครัว ปัจจัยทางสังคม ทั้งด้านการศึกษาความรู้ความสามารถของผู้ดูแลสภาพ แวดล้อมที่อยู่อาศัย ศักยภาพการดูแลในครอบครัวและ ระบบบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ เพราะแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแล จากครอบครัวก็ตาม แต่หากการดูแลนั้นขาดคุณภาพ แล้วย่อมเกิดผลที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ คุณภาพการดูแลขึ้น อยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับสังคมและปัจจัยอื่นๆ ซึ่งหากเราต้องการดูแลผู้สูงอายุ ให้บรรลุถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว การดูแลในครอบครัว ถือเป็นมรรควิธีแรกที่ต้องให้ความสนใจและความสำคัญ ซึ่งถึงเวลาแล้วที่สังคมจะต้องก้าวเข้ามามีส่วนร่วมใน การดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพควบคู่กับการพัฒนาระบบการดูแลของครอบครัวและชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้สามารถร่วมกันจัดการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการทุพพลภาพ ซึ่งสามารถช่วยตนเองได้จำกัดในการดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งนี้สามารถดำเนินการโดยผู้ดูแลที่เป็นทางการที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม และไม่เป็นทางการ เช่น คนในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน อาสาสมัครจิตอาสา (ศิริภรณ์ ศรีธนาภาค, โกมาตกรัตน์ จีเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง, 2557)

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ในกระบวนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง นั้นควรมุ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับการส่งเสริมจุดแข็งที่ดีแล้วให้พัฒนามากขึ้นและปรับเปลี่ยน แก้ไข กำจัด ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การส่งเสริมกระบวนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

1.1 ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินงานและทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ส่งเสริมให้ชุมชนที่มีศักยภาพ เช่น ชุมชนที่มีผู้นำเข้มแข็ง มีความสามัคคี ให้มีโอกาสดำเนินการร่วมในกระบวนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงภายใต้บริบทของชุมชน โดยการ สนับสนุน ด้านงบประมาณ ด้านวิชาการจากภาครัฐระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่เมื่อมีการร้องขอ

1.3 ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมและสัมพันธภาพที่ดีของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ท้องถิ่น อสม. ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ

1.4 ให้กำลังใจหรือประกาศเกียรติคุณเพื่อเชิดชูบุคลากรสาธารณสุขที่มีผลงานเด่นและรับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

2. การกำจัดหรือลดอุปสรรคในการดำเนินกระบวนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

2.1 จัดสรรงบประมาณหรือสรรหาทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมทั้งงบประมาณในการจัดอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลและผู้ดูแล งบประมาณในการออกติดตามตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้ดูแลร่วมกับเจ้าหน้าที่

2.2 ให้ความสำคัญกับการกำหนดภาระงานแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้มีความเหมาะสมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เพื่อแก้ปัญหาภาระงานที่มากเกินไป

2.3 เน้นหรือให้ความสำคัญในการวางแผนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในระยะ 5 ปี ชำนาญสำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.4 จัดให้มีการพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุครบวงจรที่มีคุณภาพระดับเทศบาล และในแต่ละชุมชนให้ชัดเจนมากขึ้น

## ด้านการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบประเด็นบางประการที่นำมาศึกษาต่อไปดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบผลการดำเนินงานกระบวนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพัทลุง เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดการที่เหมาะสม ควรมีการเพิ่มวงรอบการวิจัยเพิ่มขึ้น - เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว

2. ขยายพื้นที่การศึกษาวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดพัทลุง

## เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2556). คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ้ว.นนทบุรี : องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย. ผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

นฤมล เอี้ยววงศ์สาธิต. ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมิ (2560)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และ วรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2007).

รายงานการประเมินโครงการการประเมินการพัฒนาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสาขาสุขภาพผู้สูงอายุ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ศิริภาณี ศรีทาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง.

2557. ภาวะและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2557). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556)

คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. กรุงเทพฯ : ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย สหมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2555). การศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทยในชนบท. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2555). พิมพ์ครั้งที่ 1. รายงาน การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในระยะยาวสำหรับประเทศไทย: Synthesis of Long-term Care System for the Elderly in Thailand. กรุงเทพมหานคร: ที่ คิว พี.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (สำหรับเจ้าหน้าที่), นนทบุรี.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2558). บทความบริการสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง:ระบบบริการที่ถูกกลืน. นำมาจาก [http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=read knowledge&id=16](http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=read%20knowledge&id=16).



สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2554). ผลสัมฤทธิ์การให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคต ในช่วงปี พ.ศ.2554-2564

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และชลธิชา อัครนรินทร์. (2556).

“ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ: ศึกษาจากผลการคาดประมาณประชากรประเทศไทย พ.ศ.2553-2583” ใน การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583. ปีต่อมา ว่าพัฒนางค์ ปราโมทย์ ประสาทกุล และสุรีย์ พร พันพิ่ง บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ.

อำนาจ สุวรรณไตร. (2557). การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทรายสามัคคีบ้านนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

อัญชลี อัครชาญชยา. (2555). พฤติกรรมการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับเบี้ยยังชีพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

## ผลของโปรแกรม C-SBR ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 และการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดระนอง

กชมล นีติโสภณ

Kotchamon Neetisophon

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

Ranong Provincial Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม C-SBR ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 และการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับค่าป่วยการในจังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรม C-SBR และแบบ Checklist พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับ อสม. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีแอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.89 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่าน Google form ตั้งแต่เดือนกันยายน 2564 - ธันวาคม 2564 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมาน Pair t- test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.30) อายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 50.00) ระยะเวลาการเป็นอสม. 1-14 ปี (ร้อยละ 53.33) หลังได้รับโปรแกรม C-SBR อสม. มีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $t = 26.61, p = .00$ ) และไม่มี อสม. ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน หรือติดเชื้อจากครอบครัวหรือการใช้ชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม C-SBR ทำให้ อสม. มีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงสามารถนำโปรแกรม C-SBR ไปใช้ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ในชุมชนของ อสม. เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานและแพร่กระจายเชื้อไปยังครอบครัวของ อสม.

**คำสำคัญ :** โปรแกรม C-SBR, พฤติกรรมความปลอดภัย, โรคติดเชื้อโควิด 19, อสม.

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of C-SBR program on covid-19 infection safety behaviors and COVID-19 infection among village health volunteers (VHVs). The study samples were village health volunteers who received procurement in Ranong province. A total of 60 VHVs were recruited using multistage sampling technique. The research tools consisted of the C-SBR program, the COVID-19 Preventive Behavior Checklist for the VHVs, personal information questionnaire, and the COVID-19 Safety Behavior questionnaire. Content validity of the tools were examined by experts and Cronbach's alpha coefficient was used to test reliability, yielding a number of 0.89. Data collection was done using self-report technique via google form between September 2021 and December 2021. Data analyzes were performed using descriptive statistics of percentage, mean, standard deviation and inferential statistics of Pair t- test.

The results revealed that the majority of the samples were female (63.30%) and has working experience as VHVs for 1-14 years (53.33%). At the end of C-SBR program, The VHVs' safety behaviors from COVID-19 infection was statistically increased at the level of 0.01 ( $t= 26.61, p=.00$ ) and no VHVs had been diagnosed with work-related infection or daily life.

The research results demonstrated that the C-SBR program could enable the VHVs to have safety behaviors against COVID-19 infection. Therefore, the C-SBR program for VHVs can be used in surveillance, prevention, and control of Coronavirus 19 infectious disease in community to prevent work-related infection and spread of the infection to the VHVs' family.

**Keywords :** Safety behaviors, COVID-19 infection, Village health volunteers

## ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีการระบาดและเป็นปัญหาสุขภาพและเศรษฐกิจทั่วโลก ข้อมูลการติดเชื้อโรคโควิด 19 ทั่วโลก ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลก จำนวน 4,395, 748 คน ผู้เสียชีวิตรายใหม่ทั่วโลก จำนวน 67,388 คน (World Health Organization, 2021)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข (2564) ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อร้ายแรงเป็นอันดับที่ 14 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 ข้อมูลการติดเชื้อโรคโควิด 19 ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 1,213,954 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 14,802 คน ผู้ติดเชื้อเสียชีวิต จำนวน 11,841 คน (กรมควบคุมโรค, 2564) และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดเชื้อโรคโควิด 19 จากการปฏิบัติงาน จำนวน 56 คน เสียชีวิต 6 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

สถานการณ์การติดเชื้อโรคโควิด 19 ของจังหวัดระนอง ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2564 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 127 คน ผู้ป่วยสะสม จำนวน 5,998 คน เสียชีวิต 47 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2564) ในจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมด พบ อสม. ที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 จำนวน 42 คน ซึ่งยังไม่ใช่จากการปฏิบัติหน้าที่ (งานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2564) อสม. เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 เนื่องจาก อสม. เป็นผู้ปฏิบัติงานด่านหน้า ทั้งการปฏิบัติงานจุดคัดกรองในชุมชน ด้านช่องทางเข้าออกของจังหวัด และติดตามผู้ติดเชื้อ/กลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน รวมทั้งศูนย์กักของรัฐต่างๆ เป็นต้น แต่ อสม. เป็นเพียงอาสาสมัครด้านสาธารณสุข ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคติดเชื้อ

โดยตรง การปฏิบัติงานของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงเป็นความเสี่ยงอย่างมาก ซึ่งควรมีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 จากการปฏิบัติงาน โดยการปฏิบัติหน้าที่เหมาะสม อสม. เป็นอาสาสมัครของกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) รวมถึงการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด 19 (วิทยาชินบุตรและคณะ, 2564) โดยการปฏิบัติงานของ อสม. จะต้องไม่เป็นผู้แพร่กระจายเชื้อให้ประชาชน (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2564) หรือเพื่อน อสม. ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งจังหวัดระนองมีแนวทางปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด 19 (งานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2564) จากการสำรวจพฤติกรรมระหว่างปฏิบัติงานของ อสม. ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การพูดตะโกนระหว่างปฏิบัติงาน การรับประทานอาหารร่วมกัน รวมถึงไม่ทราบขั้นตอนการถอดชุดป้องกันตัวที่ถูกต้อง เป็นต้น ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ด้วยการมีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 จึงมีความสำคัญ

การมีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 เป็นการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันควบคุมการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เน้นมาตรการ DMHTTA (กรมควบคุมโรค, 2564) ในการเว้นระยะห่าง อย่างน้อย 1-2 เมตร สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือบ่อยๆ งดอุนหมุมก่อนปฏิบัติงาน สังเกตอาการและตรวจหาเชื้อโรคโควิด 19 โดยเร็ว สแกนไทยชนะหรือแอปพลิเคชัน ซึ่งมีประสิทธิภาพในการช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ได้ (วีรวัฒน์ มโนสุทธิ, 2564; สถาบันบำราศนราดูร, 2564) การปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าว ในระหว่างการปฏิบัติงานจะช่วยให้ อสม. ลดการติดเชื้อ

โรคโควิด 19 ระหว่างปฏิบัติงานได้ด้วยเช่นกัน (ธานี กลุ่มมใจ, 2563; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2564) แต่การปฏิบัติเพียงลำพังอาจมีการหลงลืมหรือไม่ได้ระมัดระวังเท่าที่ควร การมีผู้ที่คอยช่วยกันดูแลระหว่างปฏิบัติงาน จึงเป็นการช่วยกันป้องกันและดูแลให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การช่วยเหลือหรือการช่วยกันตักเตือน ถือได้ว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเฮ้าส์ (House, 1988) ได้ศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และการประเมินการสะท้อนคิด ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อสม. ในการช่วยกันสะท้อนคิดด้วยการตักเตือนและให้ข้อมูลระหว่างการปฏิบัติงาน เมื่อปฏิบัติบางขั้นตอนไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้ อสม. มีโอกาสติดเชื้อโรคโควิด 19 จากการปฏิบัติงานได้ การช่วยกันเตือน อาจช่วยให้ลดโอกาสการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ (สุภาภรณ์ วงษ์, 2564).

นอกจากนี้ การรายงานผลการติดเชื้อและเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 โดยเร็วจะช่วยให้สามารถดูแลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้ หาก อสม. สังเกตอาการตัวเองถึงอาการเริ่มต้นของโรคโควิด 19 เช่น อาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส เป็นต้น แล้วรีบไปพบแพทย์จะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ อีกทั้ง อสม. ผู้ซึ่งปฏิบัติงานด้านหน้าจะได้รับการดูแลได้ทันทั่วทั้ง รวมทั้งการประสานสิทธิประโยชน์ของ อสม. เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับ อสม. ผู้เป็นอาสาสมัครในการปฏิบัติงานควบคุมโรคโควิด 19

จากที่มาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย จึงจัดโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัย

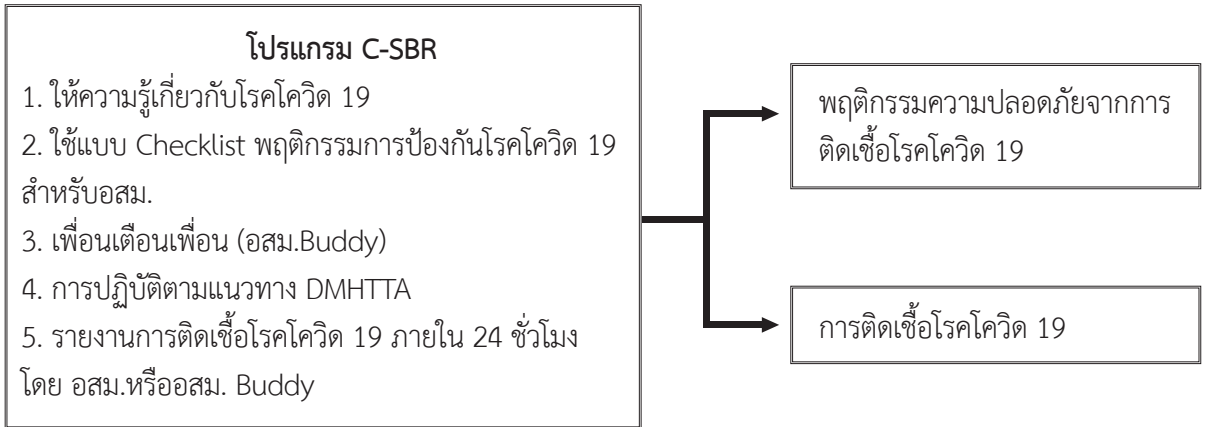
จากโรคโควิด 19 ในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน คือ โปรแกรม C-SBR และศึกษาผลของโปรแกรม C-SBR ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 และการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดระนอง ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย C คือ แบบ Checklist ที่ใช้ตรวจสอบการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ก่อนปฏิบัติงาน SB คือ Standard behaviors เป็นแนวทางการปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA คือ การเว้นระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การวัดอุณหภูมิก่อนปฏิบัติงาน การสังเกตอาการและตรวจหาเชื้อโรคโควิด 19 โดยเร็ว และสแกนไทยชนะหรือแอปพลิเคชัน รวมถึงการปฏิบัติงานแบบคู่บัดดี้ เพื่อเตือนเพื่อนระหว่างการปฏิบัติงาน และ R คือ Report เป็นการรายงานการติดเชื้อโควิด 19 ของอสม. โดย อสม. หรือ อสม. บัดดี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของ อสม. ในจังหวัดระนองต่อไป

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม C-SBR ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 และการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### กรอบแนวคิดการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของเฮ้าส์ (House, 1988) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 เพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรม C-SBR การป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แล้วนำโปรแกรมมาประยุกต์ใช้ และดำเนินการประเมินผล โดย สรุปเป็นกรอบแนวคิด (ภาพที่ 1) ดังนี้



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**โปรแกรม C-SBR** หมายถึง โปรแกรมการปฏิบัติตนของ อสม. เพื่อปฏิบัติการป้องกันควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด 19 ขณะปฏิบัติงาน โดยการให้ความรู้และปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA มีรายละเอียดของตัวอักษรย่อ ดังนี้

**C** หมายถึง แบบ Checklist เป็นแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อหลังการปฏิบัติงาน

**S** และ **B** คือ Standard และ Behaviors หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA

**R** หมายถึง Report เป็นการรายงานการติดเชื้อโรคโควิด 19 ทั้งจากการปฏิบัติงาน และจากครอบครัวหรือการใช้ชีวิตประจำวัน โดย อสม.รายงานด้วยตนเองหรือคู่บัดดี้เป็นผู้รายงาน

โดยมีกิจกรรม ประกอบด้วย

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ทั้งเรื่องโรคและอุปกรณ์ป้องกัน
2. ใช้แบบ Checklist พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับ อสม.
3. เพื่อนเตือนเพื่อน (อสม. Buddy)

4. การปฏิบัติตามแนวทาง DMHTTA

- Distancing หมายถึง เว้นระยะห่าง อย่างน้อย 1-2 เมตร
- Mask wearing หมายถึง ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา
- Hand washing หมายถึง ล้างมือบ่อยๆ
- Temperature หมายถึง วัดอุณหภูมิ ก่อนปฏิบัติงาน
- Testing หมายถึง สังเกตอาการและตรวจหาเชื้อโรคโควิด19 โดยเร็ว
- Application หมายถึง สแกนไทยชนะ หรือแอปพลิเคชันกรณีไปสถานที่ที่มีให้สแกน

5. รายงานการติดเชื้อภายใน 24 ชั่วโมง โดย อสม. รายงานด้วยตนเอง หรือ อสม. Buddy เป็นผู้รายงาน

**พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19** หมายถึง การปฏิบัติการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด19 ในการปฏิบัติงานตามมาตรการ DMHTTA เพื่อความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19

**การติดเชื้อโรคโควิด 19** หมายถึง ผู้ที่มีผลการตรวจโรคโควิด 19 โดยวิธี Polymerase Chain Reaction: PCR หรือ Antigen Test Kit: ATK เป็นผลบวก ทั้งที่ตรวจด้วยตนเองและตรวจจากสถานพยาบาลหรือการออกหน่วยตรวจเชิงรุกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นับเป็นจำนวนคน

**รายได้ของครอบครัว** หมายถึง เงินที่ทุกคนในครอบครัวหาได้รวมกัน เพื่อนำมาใช้จ่ายในการดำรงชีวิตโดยไม่เพียงพอ หมายถึง เงินที่ทุกคนในครอบครัวหาได้รวมกัน ไม่พอเป็นค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต

**เพียงพอ** หมายถึง เงินที่ทุกคนในครอบครัวหาได้รวมกันมีเพียงพอเป็นค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต

**เพียงพอมิเหลือเก็บ** หมายถึง เงินที่ทุกคนในครอบครัวหาได้รวมกัน มีเพียงพอใช้จ่ายในการดำรงชีวิตและยังมีเหลือเก็บ

**การอบรมความรู้เรื่องโรคโควิด 19** หมายถึง การที่อสม. ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ทั้งจากหน่วยงานต้นสังกัด หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ อสม. เข้าร่วมอบรมระเบียบวิธีการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับค่าป่วยการในจังหวัดระนอง จำนวน 2,943 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้จากการเปิดตาราง Burns and Grove (2009) โดยเทียบเคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของอิริกซ์ แสนใจและคณะ (2564) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 60 คน แล้วสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยการสุ่มด้วยวิธีจับฉลากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดระนองทั้ง 5 อำเภอๆ ละ 1 รพ.สต. ได้จำนวน 5 รพ.สต.ๆ ละ 12 คน โดยสุ่มจากทะเบียน

รายชื่อ อสม. แล้วจึงเลือกคู่มือดีแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งคู่มือดีเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เดียวกัน

### เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับค่าป่วยการและลงทะเบียนใน [thaiphc.net](http://thaiphc.net)
2. อายุไม่น้อยกว่า 60 ปี
3. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคโควิด 19 เช่น การติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ประจำด่านเข้าออก การคัดกรองโควิด หรือการปฏิบัติงานในศูนย์กักของรัฐ เป็นต้น
4. มีสมาร์โฟน

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีโรคประจำตัว 8 กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต โรคหัวใจ เป็นต้น
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิเสธการปฏิบัติงานด้านโควิด 19

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
  - 1.1 โปรแกรม C-SBR เป็นโปรแกรมที่นักวิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1988) และมาตรการ DMHTTA ของกรมควบคุมโรค (2564) เพื่อป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ขณะปฏิบัติงาน
  - 1.2 แบบ Checklist พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับ อสม. เป็นแบบ checklist พัฒนาจากมาตรการ DMHTTA ของกรมควบคุมโรค (2564) จำนวน 10 ข้อ เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อหลังปฏิบัติงานด้วยตนเองในแต่ละครั้งที่ อสม. ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคโควิด 19 เป็นเวลา 3 เดือน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 ข้อ คือ เพศอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานความเสี่ยงต่อการสัมผัสผู้ป่วยโรคโควิด 19 และการอบรมความรู้เรื่องโรคโควิด 19

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 เป็นแบบสอบถามที่ต้องการทราบถึงการปฏิบัติกรป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด 19 ขณะปฏิบัติงาน เพื่อความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 พัฒนามาจากคำแนะนำการปฏิบัติตนสำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ ของกรมควบคุมโรค (2564) มีจำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1-60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ โปรแกรม C-SBR แบบบันทึกพฤติกรรมกรป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับ อสม. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ไปประเมินค่าความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแบบ Content Validity Index (CVI) ได้ค่า CVI 0.88, 0.90, 1.0 และ 0.93 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับอสม. ที่มีคุณสมบัติตามกำหนดและปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในจังหวัดพังงา ซึ่งมีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย และนำผลการทดสอบมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยง 0.89

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ประชุมผ่าน Zoom Meeting ชี้แจงแนวทางการดำเนินการวิจัยแก่ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 คน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3. ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลการดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างผ่าน Zoom Meeting ใช้เวลา ประมาณ 30 นาที แล้วให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปพิจารณา ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงการดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม ในกรณี กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจการดำเนินการวิจัย หรือสอบถามโดยตรงจากผู้วิจัยผ่านกลุ่มไลน์ “โครงการวิจัย C-SBR”

5. ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม C-SBR

6. ตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล

7. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

### ขั้นตอนการนำโปรแกรม C-SBR มาใช้และประเมินผล

1. ประเมินก่อนการทดลองโดย อสม. ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 และการติดเชื้อโรคโควิด 19 ผ่าน Google form

2. อสม. ปฏิบัติตามโปรแกรม C-SBR รายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เรื่องโรคอุปกรณป้องกัน และแนวทางการปฏิบัติตัวขณะปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด 19 ผ่าน Zoom Meeting



2.2 ผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และสาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19

2.3 ก่อนออกปฏิบัติงาน อสม. ศึกษาแนวทางปฏิบัติตัวจากแบบ Checklist พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับ อสม. และวัดอุณหภูมิร่างกายตามมาตรการ DMHTT

2.4 อสม. จับคู่ Buddy และใช้แนวทางเพื่อนเตือนเพื่อน โดยระหว่างการปฏิบัติงาน ให้คู่ Buddy ช่วยเตือนกันในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด 19 เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การถอดชุดปฏิบัติงาน เป็นต้น

2.5 หากมี อสม. ติดเชื้อโรคโควิด 19 ให้ อสม. รายงานด้วยตนเองหรือคู่บัดดี้เป็นผู้รายงาน ผ่านกลุ่มไลน์ “โครงการวิจัย C-SBR” หรือโทรศัพท์ รายงานผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ภายใน 24 ชั่วโมง

3. หลังดำเนินการวิจัยครบ 3 เดือน ประเมินหลังการทดลอง โดย อสม. ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ผ่าน Google form

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จาก Google sheet มาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วย Pair t- test
3. วิเคราะห์การติดเชื้อโรคโควิด 19 โดยใช้จำนวนและร้อยละ

### จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เลขที่ COA\_PHRN012/2564 และผู้ร่วมโครงการได้รับการชี้แจงและลงนามให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรทุกราย

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.30) อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 50 ปี (S.D. = 7.35 ปี) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.33) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 63.33) การศึกษาระดับมัธยม (ร้อยละ 63.33) มีรายได้เพียงพอเลี้ยงชีพ (ร้อยละ 60.00) เป็น อสม.ประมาณ 1-14 ปี (ร้อยละ 53.33) และเคยได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคโควิด 19 (ร้อยละ 83.33) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n = 30)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b> Mean 50 ปี S.D. 7.35 ปี ( Range 30-59)		
30 - 39 ปี	7	23.33
40 - 49 ปี	15	50.00
50 - 59 ปี	8	26.67
<b>เพศ</b>		
ชาย	11	36.70
หญิง	19	63.30
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	2	6.67
คู่	22	73.33
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	20.00
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรกรรม	19	63.33
รับจ้างทั่วไป	5	16.67
ไม่ได้ทำงาน	6	20.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	5	16.67
มัธยมศึกษา	19	63.33
ปริญญาตรี	4	13.33
ไม่ได้ศึกษา	2	6.67
<b>รายได้ของครอบครัว</b>		
ไม่เพียงพอ	9	30.00
เพียงพอ	18	60.00
เพียงพอมีเหลือเก็บ	3	10.00

**ตารางที่ 1** (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n = 30)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาปฏิบัติงาน Mean 50 ปี S.D. 7.35 ปี ( Range 1 - 41)		
1 - 14 ปี	16	53.33
15 - 28 ปี	8	26.67
29 - 42 ปี	6	20.00
การอบรมความรู้เรื่องโรคโควิด 19		
เคย	25	83.33
ไม่เคย	5	16.67

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม C-SBR

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 หลังเข้าร่วมโปรแกรม C-SBR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t= 26.61, p=.00) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม C-SBR ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม C-SBR (n = 60)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทำกิจกรรม		หลังทำกิจกรรม		t-value
พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19	Mean	SD.	Mean	SD.	
	41.73	4.85	58.82	0.95	26.61**

\*\*p<0.01, df = 59

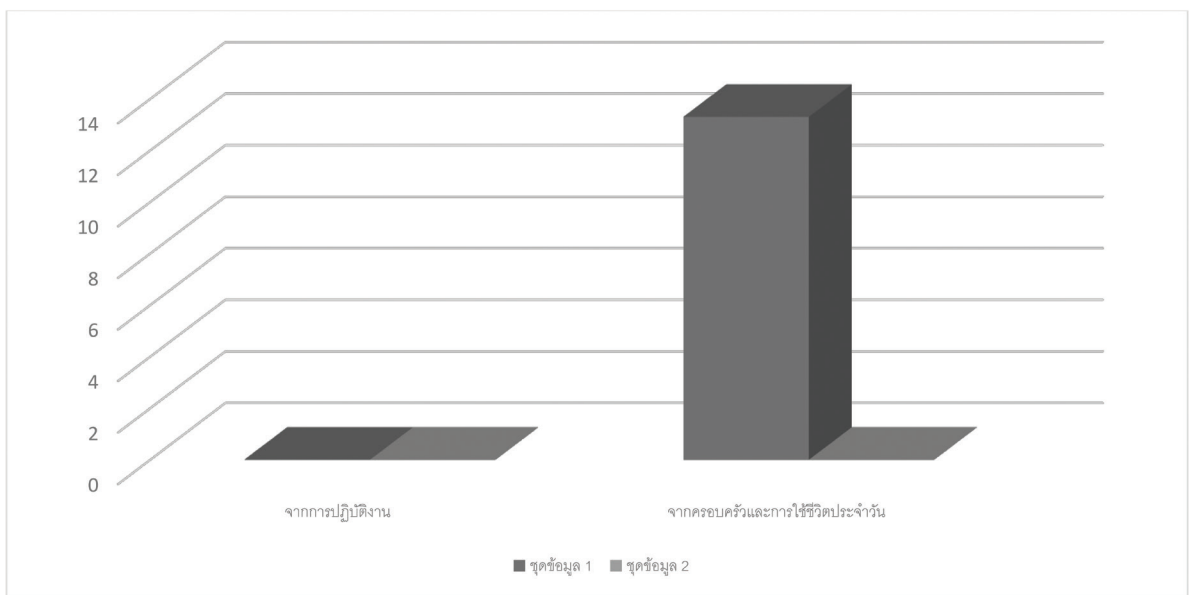
สำหรับการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีการติดเชื้อโรคโควิด 19

จากการปฏิบัติงาน และจากครอบครัวหรือการใช้ชีวิตประจำวัน ดังตารางที่ 3 และภาพที่ 2

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม C-SBR

การติดเชื้อโรคโควิด 19	ก่อนทำกิจกรรม		หลังทำกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จากการปฏิบัติงาน	0	0	0	0
จากครอบครัวหรือการใช้ชีวิตประจำวัน	8	13.33	0	0

สามารถสรุปการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม C-SBR ดังภาพที่ 2 ร้อยละการติดเชื้อโรคโควิด 19 เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม C-SBR



**ภาพที่ 2** เปรียบเทียบการติดเชื้อโรคโควิด 19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม C-SBR

**อภิปรายผล**

พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการใช้โปรแกรม C-SBR ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 น่าจะเป็นผลจากโปรแกรม C-SBR ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาแนวทางปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 มีการประเมินสุขภาพตนเองก่อนปฏิบัติงาน รวมถึง

การมีคู่ buddy ระหว่างการปฏิบัติงาน เป็นการดูแลแบบเพื่อนเตือนเพื่อน จึงทำให้ อสม.มีความรู้และมีการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ระหว่างการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญาธรและคณะ (2565) ซึ่งได้ศึกษาถึงความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด19 กลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 61.40 และมีพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 ภาพรวมมีการปฏิบัติในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.86$ ,  $SD = 0.27$ ) และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดารรุ่ง เยาวกุล และคณะ (2565) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอสม. มีความสัมพันธ์กับการได้รับการประเมินสุขภาพตนเองก่อนปฏิบัติงาน โดยความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. อีกด้วย ซึ่งในงานวิจัยนี้มี อสม. บัณฑิต เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเตือนกันระหว่างการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สรวุฒิ เอี่ยมบุญ (2564) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดสุโขทัย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนวยการปฏิบัติงานตามบทบาทได้ร้อยละ 63.8 (Adjusted  $R^2 = 0.638$ )

การติดเชื้อโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีการติดเชื้อโรคโควิด 19 จากการปฏิบัติงาน หรือการติดเชื้อจากครอบครัวและการใช้ชีวิตประจำวัน น่าจะเป็นเพราะ อสม. มีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 จากการปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 รวมทั้งมีคู่มือที่ช่วยเตือนกัน (House, 1988) จึงทำให้อสม. ไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน รวมถึงไม่มีการติดเชื้อจากครอบครัวและการใช้ชีวิตประจำวัน อธิบายได้ว่าการปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT อย่างเคร่งครัดตลอด

ระยะเวลา 3 เดือน จนเกิดเป็นพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคโควิด 19 ในชีวิตประจำวันด้วย

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรม C-SBR สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ของ อสม. เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19
2. โปรแกรม C-SBR สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานทั่วไปของ อสม. เพื่อป้องกันควบคุมโรคโควิด 19

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จหรือรูปแบบในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและเป็นแนวทางในการดำเนินงานโรคติดเชื้ออื่นๆ ที่มีความใกล้เคียงกันได้

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์นรเทพ อัครพัชระ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระนอง นายไพโรจน์ ชูชาติ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓. ค้นเมื่อ 2 กันยายน 2564, จาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th>.

กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทวีพิริยโสภิต, วัลภา ศรีบุญ, พิมพ์สวย, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และพรพิมล ศรีสุวรรณ. (2565). ความรู้ ความเข้าใจ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 30(1). กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์แห่งประเทศไทย. ค้นเมื่อ 2 กันยายน 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). อสม.ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติงาน. รายงานการประชุมทางไกล ติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนโดย อสม.

กรมควบคุมโรค. (2563). คำแนะนำการปฏิบัติตนสำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ. ค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2564, จาก <http://www.ddc.moph.go.th>.

กรมควบคุมโรค. (2564). มาตรการ DMHTTA เพื่อป้องกันโรคโควิด 19. ค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2564, จาก <http://www.ddc.moph.go.th>.

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. ค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads>.

งานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2564). แนวทางปฏิบัติสำหรับ อสม.ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19). ดารรุ่ง เยาวกุล, ปาจารย์ อับดุลลาฮาซิม และนิภา มหารัชพงศ์. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 11 วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 15(1): 257-72.

ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, ทักษิภา ชัยรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 21(2).

ศุภกัญญา ภาวังคะรัต, สมภาพ อาจชนะศึก และปิยะฉัตร นามชู. (2563). การศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2564, จาก <http://phc.moph.go.th>.

วิทยา ชินบุตรและนภัทร ภัคศิริวิชัย. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 6(2): 304-318.

วีรวัดน์ มโนสุทธิ. (2564). ข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ฉบับวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563). ค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2564, จาก <http://www.ddc.moph.go.th>.

- สถาบันบำราศนราดูร. (2564). แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อการฉีวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. ค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2564, จาก <http://www.ddc.moph.go.th>.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2564). ทำงานอย่างไรให้ปลอดภัยจากโควิด 19. ค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2564, จาก <http://www.hfogus.org>
- สุภาภรณ์ วงษ์. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. ค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2564, จาก <http://nuir.lib.nu.ac.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2564). สรุปสถานการณ์ COVID-19 จังหวัดระนอง.
- สรุทธิ เอี่ยมนุ้ย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 อำเภอคลองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 1(2): 75-90.
- อภิรักษ์ แสนใจ, เอกภพ จันทร์สุคนธ์, วิภาดา ศรีเจริญ และรุ่งฤดี ลำซม. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจประยุกต์ใช้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. 15(2). 181-91.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์และชญาภา วันทุม. (2560). การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 11(2).
- Burn, N., Grove, S.K. (2009). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence (6th ed.). St.Louis, MO: Elsevier Saunders.
- House. (1988). Structures and Processes of Social Support. Retrive Aug, 31 from <http://www.jstor.org>.
- World Health Organization. (2021). COVID 19 Weekly Epidemiological Update. . Retrive Sep, 2 from file:///C:/Users/Haim/Downloads/20210831\_Weekly\_Epi\_Update\_55.pdf.

ผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง เทียบกับหลัง 24 ชั่วโมง  
Clinical outcome of CAG/PCI after successful thrombolysis in STEMI patient with in 24 hrs. compare to after 24 hrs.)

อรรถกร วุฒิमानพ, จรรยาพล แพ่งโยธา  
Atthakorn Wutthimanop, Janwamol Phangyota  
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช  
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาของการตรวจสอบหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลัน ชนิด ST ยกสูง (STEMI) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมาแล้ว ภายใน 24 ชั่วโมง เทียบกับหลัง 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562 จำนวน 83 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) กลุ่มที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 24 ชั่วโมง (2) และกลุ่มที่หลังได้รับยามากกว่า 24 ชั่วโมง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ t-test independent

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.52 ปี และ 63.27 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยของการตรวจสอบหัวใจหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดเท่ากับ 6.77 ชั่วโมง และ 51.23 ชั่วโมง ค่าการทำงานของไต (Cr) และค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ไม่ต่างกัน (0.94 VS 0.86 mg/dl , 41.4 VS 41.3%) ความรุนแรงของอาการ (Killip class 3-4) ไม่ต่างกัน (26.9 % VS 26.7 %) ผลการรักษาทางคลินิก (อัตราการตาย การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ การเกิดโรคเส้นเลือดสมอง หรือ การนอนโรงพยาบาลซ้ำ) ใน 30 วัน ระหว่างสองกลุ่ม ไม่ต่างกัน (17.6 % Vs 20.0%) อัตราการตายรวมไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (9.0% Vs 13.3 %)

สรุป การตรวจสอบหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันชนิด STEMI หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดสำเร็จ ภายใน 24 ชั่วโมง หรือ ทำหลัง 24 ชั่วโมงให้ผลทางคลินิก และอัตราการตาย ในระยะ 30 วัน ไม่ต่างกัน

**คำสำคัญ :** กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลัน, หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด, ระยะเวลาตรวจสอบหัวใจ



## Abstract

The descriptive research aimed to compare as clinical outcome (MACE) of routine early CAG within 24 hrs. (group1) with after 24 hrs. (group 2) after successful thrombolysis in Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital Between October 2018-September 2019, 68 STEMI patients received successful thrombolysis and performed CAG < 24 hrs., and 15 patients who performed CAG after 24 hrs.

## Result :

The mean age of the patient is 58.52 yrs. in group 1 and 63.27 yrs. in group 2. Mean CAG times were 6.77 hours in group 1 and 51.23 hours in group 2. Baseline creatine and hematocrit was no significant difference in both group (0.94 Vs 0.86 mg/dl, 41.4 % Vs 41.3 % respectively). Clinical heart failure (Killip class 3-4) was not a significant difference (26.9% Vs 26.7 %). The rate of MACE in 30 days was not significant difference in both groups (17.6 % Vs 20.0 %). All-cause mortality was also not statistically different (9.0 % Vs 13.3 %).

## Conclusion :

This study has shown about performance of CAG within 24 hrs. or after 24 hrs. of successful thrombolysis in STEMI did not difference between MACE and all causes of death in the short term.

**Keywords :** STEMI, Successful thrombolysis, Coronary angiography

## บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease, IHD) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบ หรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมัน หรือ เนื้อเยื่อสะสมอยู่ที่ผนังหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงตีบ ร้อยละ 50 หรือมากกว่า (เกรียงไกร เสงร์ศรีและกนกพร แจ่มสมบุญ., 2555) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ภาวะเจ็บแน่นอกคงที่ (Stable angina) และภาวะหัวใจขาดเลือดฉับพลัน (Acute coronary syndrome) สำหรับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากเกิดขึ้นอาจเป็นซ้ำอีกอาจเกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ เกิดจากหลอดเลือดหัวใจถูกอุดตันทันที ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันและเสียชีวิตได้ทันที (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศไทย พบว่าการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโรคหัวใจขาดเลือดปี 2553 -2555 อัตราโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 316.17 ,366 และ 396.12 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2555). สถิติจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อัตราตายจากหัวใจขาดเลือด ปี 2457 - 2559 เท่ากับ 35.6, 29.7 และ 36.4 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2559) ส่วนโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับสอง อัตราตายจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลัน ชนิด ST ยกสูง (STEMI) ปี 2559-2562 เท่ากับ ร้อยละ 17.3, 15.0, 13.2 และ 9.7 (เวชสถิติโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2562) ปัจจุบันการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำคัญคือการเปิดหลอดเลือดโคโรนารีให้เร็วที่สุด ซึ่งมีสองวิธีคือการให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือการถ่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ( สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557)

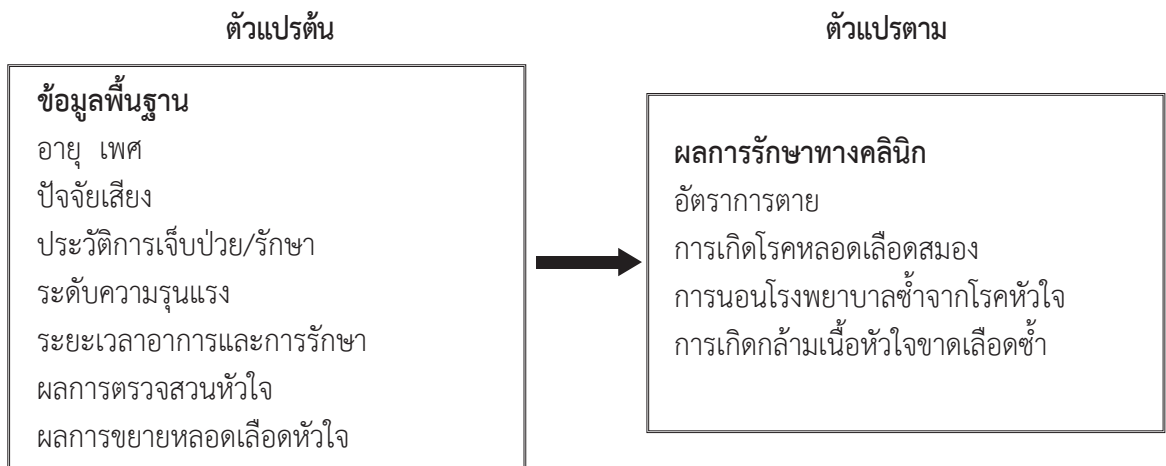
ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันชนิด STEMI การเปิดขยายหลอดเลือดด้วยการทำบอลลูนและใส่ขดลวดแบบปฐมภูมิ (Primary percutaneous intervention : PPCI ) มักเป็นสิ่งที่ต้องการมากกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) แต่อย่างไรก็ตามบางพื้นที่ยังไม่มีห้องสวนหัวใจและบุคลากรที่เพียงพอ การให้ยาละลายลิ่มเลือดจึงยังมีความจำเป็น ในอดีตหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้ว พบว่ามีสัญญาณของการเปิดของหลอดเลือด ผู้ป่วยมักจะถูกประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจกำเริบซ้ำ (Cardiac event) ก่อนกลับบ้าน ในผู้ป่วยที่มีหัวใจทำงานน้อย (Impaired LV function) หรือ สามารถกระตุ้นให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (Inducible ischemia) ควรต้องได้รับการตรวจสอบสวนหัวใจ ( สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557) นอกจากนี้พบว่า ผลการรักษาจากการตรวจสอบสวนหัวใจไม่ได้ผลดีที่ชัดเจนแต่ในยุคหลัง ที่มีการใส่ขดลวดที่ทันสมัย การให้ยาต้านเกร็ดเลือด Thienopyridine และยา GpIIb/IIIa พบว่าการตรวจสอบสวนหัวใจในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ผลดีขึ้น โดยอาศัยหลักการที่การให้ยาละลายลิ่มเลือดทำได้เร็วและง่าย ร่วมกับการตรวจสอบสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ ( Percutaneous intervention : PCI ) เพื่อให้ Coronary blood flow เป็นปกติ จากข้อมูล metanalysis Francesco (Borgia, et al., 2010 ; D'Souza ,Mamas ,Fraser and Fath-Ordoubadi ,2010 ) การส่งผู้ป่วยทุกรายตรวจสอบสวนหัวใจภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) ลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ แต่ไม่ลดอัตราการตาย ในช่วง 1 ปีแรกหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลัน ชนิด STEMI โดยที่ไม่พบว่าเพิ่มการเกิด stroke หรือ major bleeding ผลการรักษาโดยการทำการขยายหลอดเลือดหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด เทียบกับการขยายหลอดเลือดแบบปฐมภูมิ (PPCI ) พบว่าอัตราการเลือดออก, อัตราการตาย การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ stroke หรือต้องขยายหลอดเลือดซ้ำ (Composite

end point) ไม่ต่างกัน (Armstrong, 2006; Fernández-Avilés. et al., 2007)

ระยะเวลาในการตรวจสวนหัวใจหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด จากคำแนะนำ ESC guideline 2017 (Ibanez B , et al., 2018) แนะนำให้ทำการตรวจสวนหัวใจในผู้ป่วยทุกราย (Early routine CAG) ใน 3-24 ชั่วโมง หลังได้รับยา อย่างไรก็ตามการตรวจสวนหัวใจที่เร็วไป (ภายใน 2 ชั่วโมง หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด) พบว่าเพิ่มอัตราการตาย และ stroke ใน 30 วัน (เทียบกับ Primary PCI) (Singh & Roe, 2006 ; Ellis, et al.,2004) นอกจากนี้พบว่า ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (SBP < 100 mmHg,HR > 100 ,Killip class 2, 3, RV infarction การตรวจสวนหัวใจทันทีหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด พบกว่าลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้มากกว่า การได้รับยาอย่างเดียว โดยที่ไม่พบว่าเพิ่มการมีเลือดออก (Le May, et al, 2005) แต่การตรวจสวนหัวใจได้รับยามากกว่า 24 ชั่วโมง พบมีอัตราการตาย Reinfarction, HF ใน 30 วัน จะสูงกว่าการทำ Routine early PCI ( Bohmer , Hoffmann, Abdelnoor,Arnesen and Halvorsen,2010)

อย่างไรก็ตามการทำ Routine early PCI สำหรับกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่มีความเสี่ยงสูง ยังมีข้อสงสัยจำกัดในปัจจุบัน

### กรอบแนวคิด



และในประเทศไทย มีความจำกัดทางด้านทรัพยากรการสวนหัวใจ และการเข้าถึงบริการของประชาชนในต่างจังหวัด สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ตติยภูมิ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งอยู่ในภาคใต้ มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันชนิด STEMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2559-2561 เท่ากับ 233 ,336 และ 394 รายต่อปี การรักษาส่วนใหญ่ยังต้องเข้ายาสลายลิ่มเลือดและรักษาอยู่ในโรงพยาบาลอำเภอขนาดใหญ่ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง เทียบกับหลัง 24 ชั่วโมง เพื่อเป็นข้อมูลเวลาที่เหมาะสมในการส่งต่อตรวจสวนหัวใจในผู้ป่วยหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ( Early routine CAG ) และมีประโยชน์เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการรักษาทางคลินิกของการสวนหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมาแล้ว ภายใน 24 ชั่วโมง เทียบกับหลัง 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

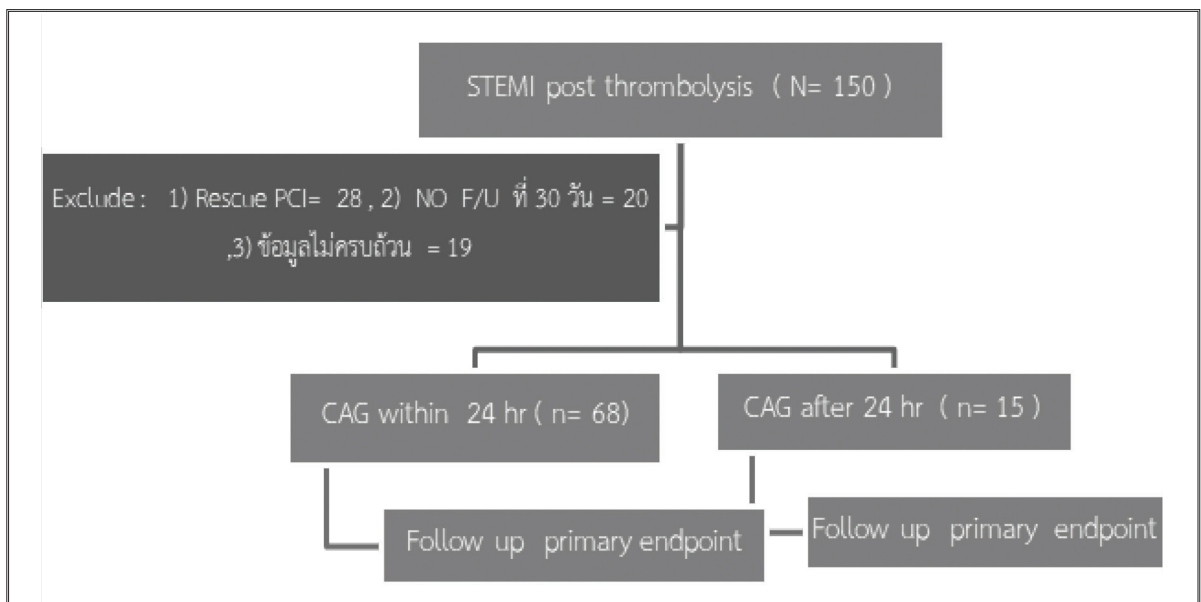
### ระเบียบวิธีการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ( Descriptive research ) เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลัน ชนิด STEMI (Acute myocardial infraction โดยใช้ ICD-10:I210-213) ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561- 30 กันยายน 2562 จำนวน 150 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันชนิด STEMI มีเกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) 1) ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วมีสัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจบ่งว่าได้ผลสำเร็จ 2) ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจต่อมาและ 3) มีการมาติดตามการรักษาที่ 30 วัน มีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) 1) ได้รับการรักษาโดย Primary PCI 2) ที่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องตรวจสวนหัวใจฉุกเฉินหลังได้รับยา (Rescue PCI) เช่นผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดแต่ไม่ได้ผลยังมีเจ็บหน้าอกหลังได้ยา 3) ไม่มาติดตามการรักษาที่ 30 วัน และ 4) ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 83 ราย



**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในเก็บข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจฉับพลัน (STEMI) ดัดแปลงจาก Thai ACS Registry ของสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบ่งดังนี้

- 1) ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline characteristic) ประกอบด้วย อายุ เพศ ปัจจัยเสี่ยง (HT, DM, DLP, Smoking,

Previous MI, Previous angiogram) ระดับความรุนแรง (Killip class) ระยะเวลามีอาการเจ็บหน้าอกจนมาถึงโรงพยาบาล (Onset of symptoms to hospital arrival) ระยะเวลาถึงโรงพยาบาลแรกจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (FMC to needle time) ระยะเวลาหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดจนได้รับการตรวจสวนหัวใจ (Thrombolysis to

CAG time) ตำแหน่งเส้นเลือดอุดตัน/ตีบ (Infarct-related artery) และผลการตรวจสวนหัวใจ/ขยายหลอดเลือดหัวใจ (Angiogram / Angioplasty)

2. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Baseline laboratory) ประกอบด้วย Hct, Platelet, Cr., Trop, Cholesterol, LDL, HDL, FBS, HbA1C

3. ผลการรักษา ที่ 30 วัน (Endpoint) ประกอบด้วย Death, Recurrent MI, Readmitted due to CV event และ Stroke

### การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

สำรวจเวชระเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันชนิด STEMI (โดยใช้ ICD-10:I210-213) ได้รับการตรวจสวนหัวใจหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2561- 30 กันยายน 2562 บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกในรายที่ข้อมูลครบถ้วน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วย

1) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และ 2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ผลการรักษา ทางคลินิก (outcome) ที่ 30 วัน ประกอบด้วย อัตราการตาย อัตราการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ อัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรกระบบหัวใจโดยใช้ t- test independent

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมายเลขรับรองที่ 33/2563

### ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและได้รับการสวนหัวใจ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562 จำนวน 150 ราย แต่มีกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกได้แก่ได้รับการสวนหัวใจฉุกเฉิน เนื่องจากให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้ว เส้นเลือดไม่เปิด (Rescue PCI) จำนวน 28 ราย ไม่มาติดตามอาการการรักษา ที่ 30 วัน จำนวน 20 ราย และข้อมูล เช่นไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 19 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างที่คุณสมบัติครบตามที่กำหนด จำนวน 83 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 24 ชั่วโมง และกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจหลังได้รับยาหลัง 24 ชั่วโมง

ผลการวิจัย พบว่า อายุเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 58.52 และ 63.27 ปี ในกลุ่มที่ 2 สัดส่วนเพศชายจะมากกว่า เพศหญิง (80.9 % Vs 53.3 %) ในกลุ่มที่ 2 พบว่ามีประวัติเป็นไขมันโลหิตสูงมากกว่า กลุ่ม 1 (53.3 % Vs 19.4 %,  $p = 0.018$ ) ทั้งสองกลุ่มมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน (31.1 Vs 33.3%) ในกลุ่มที่ 2 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมากกว่า (26.7 VS 17.9 %) แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ส่วนในกลุ่มที่ 1 พบว่ามีการสูบบุหรี่ มากกว่า (65.% Vs 46.7%) มีประวัติเคยเป็นโรคหัวใจมาก่อนมากกว่า แต่ไม่ต่างกันทางสถิติ ในส่วนของความรุนแรงของโรคแรกรับพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจล้มเหลว Killip Class 3-4 ในสองกลุ่ม ไม่ต่างกัน (26.9 % V 26.7 %) ทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยเป็น anterior wall STEMI ใกล้เคียงกัน (54.4 %Vs53.3 %) ดังตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ยระยะเวลาได้รับยาละลายลิ่มเลือดถึงการตรวจสวนหัวใจโดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 6.77 ชั่วโมง และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 51.23 ชั่วโมง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึง โรงพยาบาล (Onset to FMC) ในกลุ่มที่ได้รับการสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมงจะสั้นกว่า (70 นาที Vs 80 นาที) แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ระยะเวลาให้ยา thrombolysis (FMC to needle time ) เฉลี่ยในสองกลุ่มไม่ต่างกัน ดังตาราง 1

สำหรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ความเข้มข้นของเลือด (Hct) ค่าการทำงานของไต (Cr) ระดับไขมันรวม (Total cholesterol) ไขมันเลว (LDL) ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ระดับน้ำตาล Fasting blood ที่เกิน 126 mg/dl ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ 2

เปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิก ใน 30 วัน พบว่า อัตราการเกิด Primary endpoint (อัตราการตาย หรือ กล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดซ้ำ หรือ นอนโรงพยาบาล ด้วยโรคหัวใจหรือเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน (17.6 % Vs 20.0%, p=0.677) แต่พบกว่า อัตราการตาย อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำจากโรคหัวใจ และอัตราการเกิด Stroke ของกลุ่มที่สวนหัวใจหลัง 24 ชั่วโมงสูงกว่ากลุ่มที่สวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (13.3% Vs 9.0 % , 6.7 % Vs 4.5% ตามลำดับ) แต่อัตราการเกิด stroke ในกลุ่มที่สวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมงสูงกว่า (4.4 % Vs 0 %) แต่ไม่ต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline characteristic)**

	CAG after thrombolysis Within 24 hr (n= 68)	CAG after thrombolysis After 24 hr (n=15)	p Value
Age, yrs (mean±SD)	58.52 ± 12.98	63.27 ± 10.07	0.188
Male gender	55 (80.9%)	8 (53.3%)	0.041
Hypertension	21 (31.1%)	5 (33.3%)	1.000
Diabetes	12 (17.9%)	4 (26.7%)	0.477
DLP	13 (19.4%)	8 (53.3%)	0.018
CKD	5 (7.5%)	2 (13.3%)	0.606
Current smoking	44 (65.7%)	7 (46.7%)	0.170
FHx of CAD	1 (1.5%)	1 (6.7%)	0.338
Previous myocardial infarction	4 (6%)	0 (0%)	1.000
Previous angioplasty	1 (1.5%)	0 (0%)	1.000
Killip class 1-2	49 (73.1%)	11 (73.3%)	1.000
Killip class 3-4	18 (26.9%)	4 (26.7%)	1.000
Onset of symptoms to hospital arrival, minutes	70 (30-206)	80 (32-120)	0.567

**ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline characteristic) (ต่อ)**

	CAG after thrombolysis Within 24 hr (n= 68)	CAG after thrombolysis After 24 hr (n=15)	p Value
FMC to needle time, minutes	60 (31-99)	60 (39-110)	0.634
Thrombolysis to CAG time, hours	6.77 (3.5-11.50)	51.23 (36.17-96)	-
Infarct-related artery			
Anterior wall	37 (54.4%)	8 (53.3%)	0.177
Inferior wall	28 (41.2%)	6 (40%)	
Lateral wall	2 (2.9%)	0 (0%)	
Posterior wall	0 (0%)	1 (6.7%)	
Angiogram result /angioplasty			
CAG+PCI	39 (57.3 %)	8(53.3%)	0.776
Multivessel disease	24 (35.3 %)	3 (20%)	0.365

**ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Baseline laboratory)**

	CAG after thrombolysis Within 24 hrs.	CAG after thrombolysis After 24 hrs.	p Value
Hct(%)	41.4 (37.9-44.8)	41.3 (36.4-44.3)	1.000
Platelet (cell/uL)	265,000 (222000-306000)	211,000 (188000-329000)	1.000
Cr (mg/dl)	0.94 (0.75-1.09)	0.86 (0.83-0.91)	0.132
Trop T (ng/L)	1414 (309-4498)	1348 (419-2579)	1.000
Cholesterol (mg/dl)	190 (149-215)	179 (167.5-208.5)	1.000
LDL(mg/dl)	141 (105-165)	134 (113-165)	0.892
HDL(mg/dl)	45 (37-49)	51 (44.5-57.5)	0.210
FBS (Avg), (mg/dl)	125 (107-145)	124 (96.5-146)	1.000
FBS > 126 mg/dl(%)	42.3 %	44 %	1.000
HbA1C (mg %)	6.1 (5.9-7.3)	5.35 (4.95-7.28)	0.753

### ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิก (Endpoint) ใน 30 วัน

Primary endpoint ( within 30 day)	CAG after thrombolysis Within 24 hrs. (n = 68)	CAG after thrombolysis After 24 hrs. (n = 15)	p Value
Composite endpoint (Death, stroke, readmission due to CV event, recurrent MI)	12 (17.6%)	3 (20%)	0.677
Death	6 (9.0%)	2(13.3%)	0.634
Recurrent MI	2 (3%)	0 (0%)	1.000
Readmission due to CV event	3 (4.5%)	1 (6.7%)	0.562
Stroke	3 (4.4%)	0 (0%)	1.000

#### อภิปรายผล

จากการวิจัยนี้ พบว่า การตรวจสวนหัวใจในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลัน ชนิด STEMI หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดสำเร็จ (Successful thrombolysis) ภายใน 24 ชั่วโมง เทียบกับหลัง 24 ชั่วโมง ให้ผลลัพธ์ในเรื่องอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญของระบบหัวใจ (MACE) ไม่ต่างกันในการติดตามระยะสั้น (30 วัน) และพบว่าอัตราการตายไม่ต่างกันทั้งสองกลุ่ม

สำหรับปัจจุบัน การทำการตรวจสวนหัวใจในผู้ป่วยที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดสำเร็จ (Routine CAG after successful thrombolysis) ในช่วงเวลา 3-24 ชั่วโมง ได้รับการแนะนำใน Guideline (Singh & Roe, 2006 ; Levine et al, 2016) ถ้าไม่มีข้อห้าม แต่ถ้าให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่สำเร็จ ก็ควรตรวจสวนหัวใจทันทีที่มีข้อมูลก่อนหน้านี้ ว่าการตรวจสวนหัวใจในผู้ป่วยทุกราย (Early routine CAG) หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดช่วยลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ (Reinfarction, recurrent ischemia) เทียบกับการสังเกตการณ์ (Watchful waiting strategy) แล้วทำในผู้ป่วยที่มีอาการ (Induce ischemia or LV dysfunction) (O'gara et al.,2013)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ก่อนหน้า (Ibanez et al., 2018) ที่ทำการสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง การศึกษาที่มีระยะเวลานานสุดจากให้ยาละลายลิ่มเลือดถึงการสวนหัวใจ (Fernandez-Avilés, et al.,2007) คือเฉลี่ย 16.7 ชั่วโมง (SD 5.7 hrs.) มี meta analyses ปี 2011 รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 3,195 คน แสดงถึงข้อมูลว่าการตรวจสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับยาดูเหมือนมีประโยชน์ในการลดการเกิดหัวใจขาดเลือดซ้ำ โดยที่ไม่เพิ่มอัตราการเกิดออกแต่อัตราการตายไม่ต่างกัน (Savio, et al.,2011) แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านั้นบอกผลดีเมื่อพิจารณาผลรวมของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic event) อัตราการตายและการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ แต่ไม่ได้แยกผลออกมาแต่ละตัว นอกจากนี้ข้อมูลการตรวจสวนหัวใจหลัง 24 ชั่วโมงมีปริมาณน้อย ซึ่งการศึกษาของ Costa, Duraó, Belo, Domingues, Santos and Leal (2016) และข้อมูลการตรวจสวนหัวใจหลังได้ยาละลายลิ่มเลือดหลังภายใน 24 ชั่วโมงไม่ได้เพิ่มอัตราการตายในโรงพยาบาล และการตรวจสวนหัวใจภายใน 24-72 ชั่วโมงและหลัง 72 ชั่วโมง พบว่าไม่เพิ่มอัตราการตายหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ (Kilic & Turkoglu ,2019)



เนื่องจากคำแนะนำการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดฉับพลันชนิด STEMI ของยุโรป (ESC) และสหรัฐอเมริกา (AHA) ได้แนะนำให้ตรวจสอบหัวใจภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3-24 ชั่วโมง (Ibanez, et al, 2018) ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงข้อมูลการตรวจสอบหัวใจหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 24 ชั่วโมงมีน้อย และเนื่องจากผู้ป่วยปัจจุบันมีจำนวนมากขึ้นที่จำเป็นต้องตรวจสอบหัวใจ ทั้งผู้ป่วยที่ฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าศูนย์โรคหัวใจ จะมีมากขึ้นในประเทศไทย และเปิดทำการ 24 ชั่วโมงต่อวัน 7 วันต่อสัปดาห์แล้วก็ตาม มีผู้ป่วยจำนวนมากส่งต่อมาเพื่อตรวจสอบหัวใจตามข้อบ่งชี้มากขึ้น จึงทำให้การจัดการรับส่งต่อผู้ป่วยมาตรวจสอบหัวใจทำได้ยากตามคำแนะนำมาตรฐาน (Guideline) ของยุโรปและสหรัฐอเมริกาดังกล่าว และนอกจากนี้ในช่วงวันหยุดราชการ ศูนย์หัวใจจะเปิดบริการตรวจสอบหัวใจเฉพาะผู้ป่วยเร่งด่วน ส่วนผู้ป่วยที่อาการคงที่ (Stable) จะนัดตรวจสอบหัวใจในวันเปิดราชการ ซึ่งไม่สามารถทำตาม guideline ได้หมด อย่างไรก็ตามการปฏิบัติตามคำแนะนำของ AHA ได้ให้ความเห็นว่าการตรวจสอบหัวใจแม้ว่าหลัง 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ไม่เสถียรที่เลือดไหลผ่านได้ แต่ยังคงมีรอยตีบยังพิจารณาทำได้ (O'gara, et al., 2013) และมีข้อมูลการตรวจสอบหัวใจหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 24 ชั่วโมงไม่ได้เพิ่มอัตราการตาย (Costa, Durao, Belo, Domingues, Santos and Leal, 2016)

จากข้อมูลของการศึกษานี้ พบว่า การตรวจสอบหัวใจหลังได้ยาละลายลิ่มเลือดหลัง 24 ชั่วโมง มีอัตราการเกิด MACE และอัตราการตายไม่ต่างกับการตรวจสอบหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นแนวทางที่จะนำข้อมูลไปปรับใช้ปฏิบัติในพื้นที่ที่มีบุคลากรและศูนย์หัวใจไม่เพียงพอได้

## สรุปผลการศึกษา

จากข้อมูลของการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบบ STEMI การตรวจสอบหัวใจหลัง 24 ชั่วโมง พบว่า ไม่เพิ่มอัตราการตาย อัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ เมื่อเทียบกับการตรวจสอบหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง

## ข้อจำกัด

เนื่องจากเป็น การศึกษาเก็บข้อมูลย้อนหลังจึงมีข้อมูลบางส่วนไม่ครบ และ สัดส่วนของทั้งสองกลุ่มไม่เท่ากันจึงต้องใช้วิธีการทางสถิติมาช่วย และตัวอย่างข้อมูลยังไม่มากโดยเฉพาะกลุ่มที่สวนหัวใจหลัง 24 ชั่วโมง เนื่องจากคำแนะนำการรักษาปัจจุบัน (Guideline) แนะนำสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง จึงอาจต้องมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมข้อมูลในอนาคต นอกจากนี้ การศึกษานี้ติดตามข้อมูลผู้ป่วย 30 วัน จึงยังขาดข้อมูลทางคลินิกระยะยาว ที่อาจต้องทำการศึกษาเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ในส่วนของผลข้างเคียงจากการสวนหัวใจของทั้งสองกลุ่ม เช่น การมีเลือดออก ไตวาย ภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ เป็นต้น ยังไม่มีข้อมูลอยู่ในการศึกษานี้

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. วางแผนติดตามผู้ป่วยในระยะยาว ภายใน 1 ปี เพื่อติดตามผลการรักษา
2. ศึกษาวิจัยไปข้างหน้าและแบ่งกลุ่มความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำ (High risk & Low risk) เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนระยะเวลา ความเร่งด่วนในการตรวจสอบหัวใจ/ขยายหลอดเลือดหัวใจ

## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2555). ข้อโรคมูลหัวใจขาดเลือด. [สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน2562] จาก <http://www.thaincd.com>

เกรียงไกร เสงร์ศรีและกนกพร แจ่มสมบุญรณ์. (2555). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์

เวชสถิติ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช .( 2562 ). ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด.โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับหัตถการรักษารโรคหลอดเลือดโคโรนารีรี่ ผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี 2557 .กรุงเทพมหานคร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2559) ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจังหวัดนครศรีธรรมราช. [สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน2562] จาก <https://www.Nakhonsihealth.org>

Armstrong PW. (2006). A comparison of pharmacologic therapy with/without timely Coronary intervention vs. primary percutaneous intervention early after ST-elevation myocardial infarction: the WEST (Which Early ST-elevation myocardial infarction Therapy) study. Eur Heart J. Jun 7;27(13):1530–8

Bohmer E, Hoffmann P, Abdelnoor M, Arnesen H, Halvorsen S. (2010). Efficacy and Safety of Immediate Angioplasty Versus Ischemia-Guided Management After Thrombolysis in Acute Myocardial Infarction in Areas With Very Long Transfer Distances. J Am Coll Cardiol. Jan;55(2):102–10.

Borgia F, Goodman SG, Halvorsen S, Cantor WJ, Piscione F, Le May MR, et al. (2010) Early routine percutaneous coronary intervention after fibrinolysis vs. standard therapy in ST-segment elevation myocardial infarction: a meta-analysis. Eur Heart J. Sep;31(17):2156–69.

Costa C, Durao D, Belo A, Domingues K, Santos B, Leal M, (2016). Investigators of the Portuguese Registry of Acute Coronary S. Coronary angiography after successful thrombolysis - Is the recommended time interval of 24h an important issue? Int J Cardiol. ;222:515-520.

D’Souza SP, Mamas MA, Fraser DG, Fath-Ordoubadi F. (2010). Routine early coronary angioplasty versus ischaemia-guided angioplasty after thrombolysis in acute ST-el evation myocardial infarction: a meta - analysis. Eur Heart J. Oct 28;32(8):972–82.

- Ellis SG, Armstrong P, Betriu A, Brodie B, Herrmann H, Montalescot G, et al. (2004) Facilitated percutaneous coronary intervention: design and rationale of the facilitated intervention with enhanced reperfusion speed to stop events (FINESSE) trial. *Am Heart J.* Apr;147(4):68
- Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. (2018). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 39(2):119–77.
- Kilic S, Turkoglu C. (2019). Timing of Coronary Angiography After Successful Fibrinolytic Therapy in ST-Segment Elevated Myocardial Infarction. *Cardiol Res.* ;10(1):34–9.
- Le May MR, Wells GA, Labinaz M, Davies RF, Turek M, Leddy D, et al. (2005). Combined Angioplasty and Pharmacological Intervention Versus Thrombolysis Alone in Acute Myocardial Infarction (CAPITAL AMI Study). *J Am Coll Cardiol.* Aug;46(3):417–24
- Levine GN, Bates ER, Blankenship JC, Bailey SR, Bittl JA, Cercek B, Chambers CE, et al (2016). ACC/AHA/ SCAI Focused Update on Primary Percutaneous Coronary Intervention for Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: An Update of the 2011 Guideline for Percutaneous Coronary Intervention and the 2013 Guideline for Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol.* ;67(10):1235-1250.
- O’gara, P. T., Kushner, F. G., Ascheim, D. D., Casey, D. E., et al. (2013). ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American college of cardiology,* 61(4), e78-e140.
- Savio P. D’Souza, Mamas A. Mamas, Douglas G. Fraser, Farzin Fath-Ordoubadi (2011) Routine early coronary angioplasty versus ischaemia-guided angioplasty after thrombolysis in acute ST-elevation myocardial infarction: a meta-analysis, *European Heart Journal,* Volume 32, Issue 8, April , : 972–982.
- Singh KP, Roe MT. (2006) ASSENT-4 PCI: should facilitated percutaneous coronary intervention be used in clinical practice? *Nat Clin Pract Cardiovasc Med.* Aug;3(8):420–1.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร ตำบลโคกหาร อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่  
Factors Associated with Self-care Behaviors among Hypertensive Patients  
Receiving Services at Kokharn Sub-district Health Promotion Hospital,  
Kokharn Sub-district , Khaopanom District, Krabi Province.

วิทยา พูลเกิด

Vittaya Poolkird

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม

Khaopanom District Public Health Office

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุของการตายด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจก่อนวัยอันควร โดยปัจจัยส่วนใหญ่ที่ก่อให้เกิดโรคมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร ในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2565 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ จำนวน 217 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าทดสอบไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.44 เป็นเพศหญิง โดยมีอายุเฉลี่ย 63.23 ปี ร้อยละ 79.72 มีคู่/สมรส และส่วนใหญ่ร้อยละ 66.82 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.75 มีอาชีพเกษตรกรกรรม และร้อยละ 64.98 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท และร้อยละ 78.34 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 10 ปี กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 82.30 การศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-Value} < 0.05$ ) ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ ) ( $r = .178$ ) และ ( $r = .368$ ) การเข้าถึงการรับบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ ) ( $r = -.263$ ) ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมสุขศึกษาในสถานบริการทุกครั้งที่มีคลินิกเพื่อส่งเสริมความรู้และเสริมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคความดันโลหิตสูง, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม

## Abstract

Hypertension is one of the major health problems. This disease is the cause of death from parasis, paralysis and premature heart disease. Most of the factors that cause disease are related to health behaviors. Therefore, this study aimed to study the relationship between personal factors, Predisposing Factors, Enabling Factors, and Reinforcing Factors and self-care behaviors of hypertensive patients receiving services at Kokharn Sub-district Health Promotion Hospital. The sample consisted of hypertension patients who received services at Kokharn Sub-district Health Promotion Hospital. During August - September 2022, a sample of 217 people was randomly selected using Systematic Random Sampling. Data were collected using questionnaires. Data analysis The statistics used were percentage, mean, standard deviation. chi-square test value and Pearson's product moment correlation coefficient

The results showed that 65.44% of the sample group were female, with an average age of 63.23 year old, 79.72% were married, and 66.82% had primary education, 61.75 had a career in agriculture, and 64.98% had an average income of less than or equal to 10,000 baht. and 78.34% were ill with hypertension less than 10 years. The sample group had a good level of self-care behaviors related to hypertension, accounted for 82.30%. The relationship study found that the level of education. There was a statistically significant correlation with self-care behavior of hypertensive patients ( $p$ -Value $<0.05$ ), knowledge and attitudes were statistically related to self-care behaviors of hypertensive patients ( $p$ -value  $<0.01$ ) ( $r = .178$ ) and ( $r = .368$ ) Access to services was statistically related to self-care behaviors of hypertensive patients ( $p$ -value  $<0.01$ ) ( $r = -.263$ ). Other factors there was no relationship with self-care behavior of hypertensive patients.

Implications Healthcare providers should organize health education activities in the service place every time there is a clinic to promote knowledge and appropriate attitude towards hypertension. This will appropriately enhance the hypertensive patients' self-care behaviors in the community.

**Keywords :** Self-care behaviors, Hypertension, Predisposing Factors, Enabling Factors, Reinforcing Factors.

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ปัญหาหนึ่งที่มีการกระจายของโรคอยู่ทั่วโลกการดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลานานและในช่วงแรกจะไม่มีอาการใดๆ ทำให้ผู้เป็นโรคไม่รู้ตัวและมักตรวจพบโดยบังเอิญขณะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาจากปัญหาอื่น กว่าที่จะรู้ว่าเป็นโรคบางรายก็เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว และพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 75 เคยมีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อนโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่มีความดันปกติ 4 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) ซึ่งโรคนี้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ มีหัวใจโต การคลายตัวของหัวใจผิดปกติอาจทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด เกิดภาวะหัวใจทำงานล้มเหลวได้ (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2555) ส่งผลต่อสมอง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบตันหรือแตกทำให้เป็นอัมพาตและถ้าเกิดในตำแหน่งสำคัญอาจเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ความดันที่สูงรุนแรงเฉียบพลันจะทำให้สมองบวม ปวดศีรษะ และซีบลงจนไม่รู้สึกร่างกาย(กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ส่วนการส่งผลต่อไตจะพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังมากเป็นอันดับสองรองจากโรคเบาหวาน (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2555) และถ้าผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระยะยาวจะมีการเปลี่ยนแปลงของจอรับภาพที่ตา ทำให้พบหลอดเลือดแดงในตาอาจตีบตันหรือแตก มีจุดบอดบางส่วนในเลนส์ตา ตามัว จนถึงตาบอดได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงส่วนปลายเกิดการโป่งพองหรือตีบแคบเลือดไปเลี้ยงแขนขาตกลงมีอาการปวดเวลาเดิน ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงตีบตันบริเวณขาจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2555)

สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทยพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

อัตราการอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดกระบี่ ปีพ.ศ.2560 – 2564 เท่ากับ 955.51, 834.03, 753.01, 735.42 และ 775.90 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และสถานการณ์ความดันโลหิตสูง ในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ในปี พ.ศ. 2560 – 2564 มีอัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 671.45, 675.97, 660.63, 686.16 และ 775.90 ตามลำดับและสถานการณ์ความดันโลหิตสูงของตำบลโคกหาร ในปี พ.ศ. 2560 – 2564 มีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 901.36, 1,087.51, 761.68, 1,079.62 และ 787.93 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2565) จากสถิติจะเห็นได้ว่าอัตราผู้ป่วยใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเขาพนมยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตำบลโคกหารมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับสองรองจากตำบลเขาดิน

การควบคุมความดันโลหิตจะต้องมีการดูแลตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตให้เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมาตรวจรักษาตามแพทย์นัดและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ได้แก่ความรู้และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อันหมายถึงการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญสามแหล่ง

คือ บุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคคลอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น บุคคลที่รู้จักหรือบุคลากรทางการแพทย์ (พินดา จันทรดีแก้วสกุล นันทิยา วัฒมา และ นันทวัน สุวรรณรูป, 2562) อีกทั้งยังพบว่า เพศ อายุ ระดับ การศึกษาระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่บางงานวิจัยพบว่า เพศ อายุ ความรู้ ทักษะคิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจปัจจัยเหล่านี้ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเป็นแนวทางการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

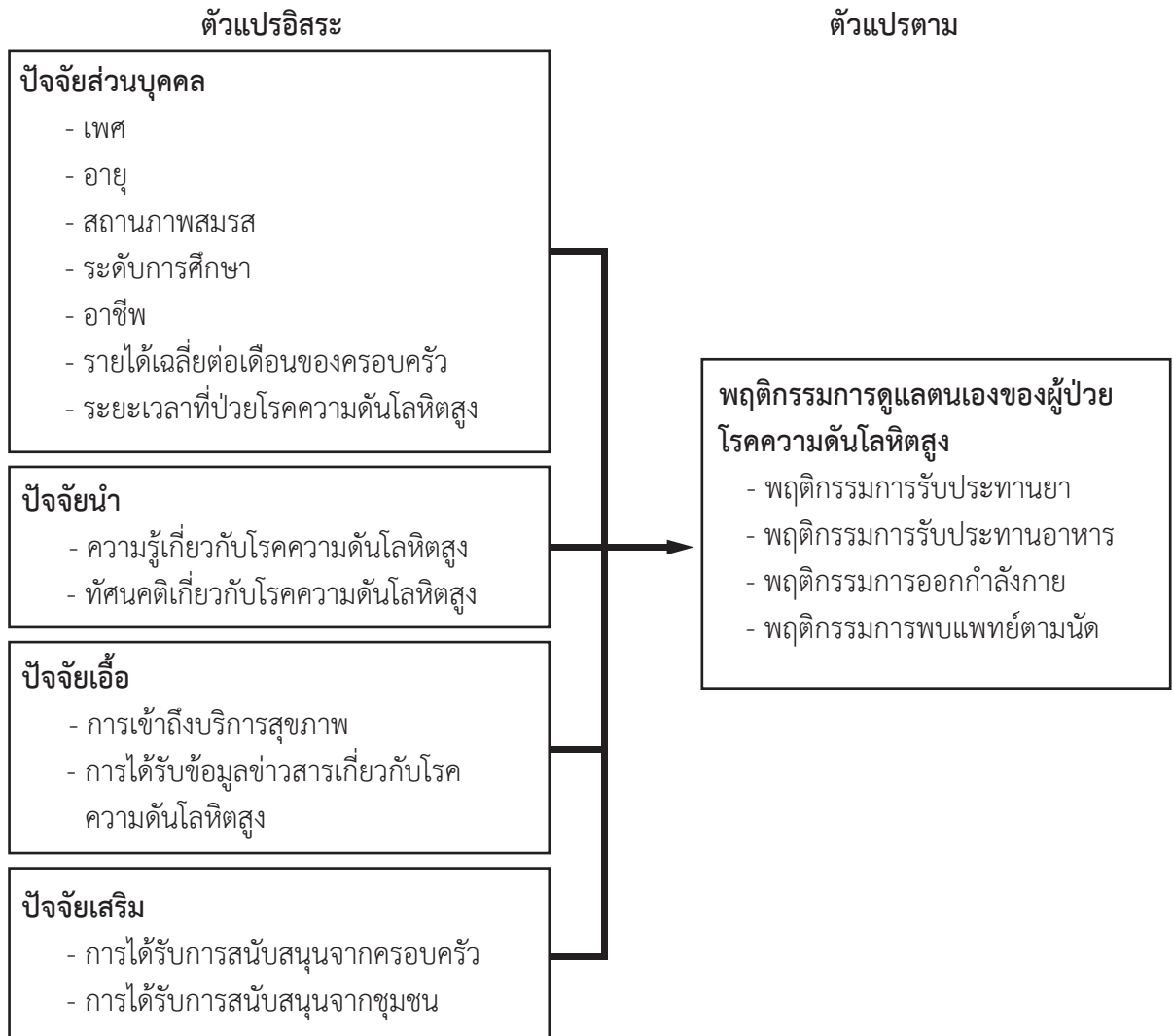
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหารตำบลโคกหารอำเภอเขาพนมจังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร ตำบลโคกหาร อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหารตำบลโคกหาร อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

### กรอบแนวคิดการวิจัย

วิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ หมายถึงปัจจัยที่เป็นและก่อให้เกิดแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจมีทั้งผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และ ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ หมายถึง แหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่นที่ ซึ่งอาจมีทั้งผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมออกมา ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ตามแนวคิดของ Green L. W., & Kreuter M. W. (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ดังแสดงในภาพที่ 1

## ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



### ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายชื่อตามทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของปีงบประมาณ 2565 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร ตำบลโคกหาร อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ช่วงเดือนตุลาคม 2564

ถึงมีนาคม 2565 จำนวน 448 คน ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel) ได้ขนาดตัวอย่าง 207 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลสูญหายของข้อมูลในการส่งคืนแบบสอบถามโดยเก็บเพิ่มอีก 5% ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 217 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการสุ่มรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามทะเบียนรายชื่อปีงบประมาณ 2565 ของแต่ละหมู่บ้านเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลมีจำนวน 7 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามที่เลือกตอบ (Checklist) และเติมข้อความได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว และระยะเวลาที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ด้านปัจจัยนำ ประกอบด้วย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของบลูม (Bloom) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 (16-20 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง, คะแนนร้อยละ 60 – 79 (12-15 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง, คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน)หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

2.2 ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบลักษณะของข้อคำตอบจะให้เลือกตอบตามระดับความเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 ด้านปัจจัยเอื้อ ลักษณะของข้อคำตอบ จะให้เลือกตอบตามระดับความเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย

3.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีจำนวน 10 ข้อ

3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ด้านปัจจัยเสริม ลักษณะของข้อคำตอบ จะให้เลือกตอบตามระดับความเห็น แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย

4.1 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีจำนวน 10 ข้อ

4.2 การได้รับการสนับสนุนจากชุมชนมีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการพบแพทย์ ตามนัด ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบโดยให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2, 1 คะแนน ในคำถามเชิงบวก และให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4, 5 คะแนน ในคำถามเชิงลบและในแบบสอบถามส่วนที่ 2.2 ถึง ส่วนที่ 5 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 และระดับไม่ดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิง เนื้อหาและความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณา ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of Congruence) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ (Cronbach's Alpha) แบบสอบถามทัศนคติ, การเข้าถึงการรับบริการ, การได้รับข้อมูลข่าวสาร, การสนับสนุนจากครอบครัว, การสนับสนุนจากชุมชน และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เท่ากับ .77,.78,.97,.95,.91,.81 ตามลำดับ แบบสอบถามวัดความรู้ใช้สูตรหาความเชื่อถือได้ของคุณเตอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่า r เท่ากับ .56

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร
2. ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงรายละเอียดต่างๆของงานวิจัยและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลด้วยตนเองซึ่งระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย เดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2565
4. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนกลับ แล้วตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นทำการลงรหัสข้อมูลตามคู่มือลงรหัสที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นแล้วนำข้อมูลที่ได้ลงรหัสแล้วไปบันทึกลงโปรแกรม EPI DATA จำนวน 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องว่าข้อมูลทั้งสองครั้งตรงกันหรือไม่

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้สถิติในการวิเคราะห์

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายงานค่าสถิติ เป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติ Chi-square test
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Correlation Coefficient

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ โดยมีหนังสือรับรองเลขที่ KBO-IRB 2022/08.2208 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2565

## ผลการวิจัย

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

#### ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.44 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.14 โดยมีอายุเฉลี่ย 63.23 ปี ร้อยละ 79.72 มีคู่หรือสมรส และร้อยละ 66.82 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.75 มีอาชีพเกษตรกร และร้อยละ 64.98 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท และ ร้อยละ 78.34 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละเฉลี่ยดังตารางที่ 1

#### ปัจจัยนำ

ด้านความรู้ พบว่าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.62 ( $\bar{X}=0.65$ , S.D. = 0.17), ด้านทัศนคติ พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.43 ( $\bar{X}=3.92$ , S.D. = 0.51) รายละเอียดดังตารางที่ 2

#### ปัจจัยเอื้อ

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.72 ( $\bar{X}=3.34$ , S.D.= 0.47), ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.52 ( $\bar{X}=3.88$ , S.D. = 0.82) รายละเอียดดังตารางที่ 2

#### ปัจจัยเสริม

ด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวพบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.09 ( $\bar{X}=3.88$ , S.D.= 0.82), ด้านการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน พบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.11 ( $\bar{X}=4.10$ , S.D.= 0.56) รายละเอียดดังตารางที่ 2

## 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.30 ( $\bar{X}=4.08$ , S.D. = 0.50) เมื่อดูรายด้านพบว่า การรับประทานยาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.10 ( $\bar{X}=4.36$ , S.D. = 0.71), การรับประทาน

อาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.03 ( $\bar{X}=4.17$ , S.D. = 0.60), การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.74 ( $\bar{X}=3.55$ , S.D. = 0.60) และการพบแพทย์ตามนัด อยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.57 ( $\bar{X}=4.25$ , S.D. = 0.50) รายละเอียดดังตารางที่ 2

## 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ( $X^2 = 15.61$ , p-value < 0.01) ปัจจัยนำพบว่า ความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ( $r = .178$ , p-value < 0.01) และ ( $r = .368$ , p-value < 0.01) ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อ พบว่า การเข้าถึงการรับบริการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ( $r = -.263$ , p-value < 0.01) รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ 3

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	X <sup>2</sup>	P-value
	ดีจำนวน (ร้อยละ)	ปานกลางจำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดีจำนวน (ร้อยละ)			
<b>เพศ</b>						
ชาย	70(32.26)	5(2.30)	0(0.00)	75(34.56)	.084	.772
หญิง	11(5.07)	131(60.37)	0(0.00)	142(65.44)		
รวม	81(37.33)	136(62.67)	0(0.00)	217(100.00)		
<b>อายุ (ปี)</b>					3.805	.149
ต่ำกว่า 35 ปี	2(0.92)	1(0.46)	0(0.00)	3(1.38)		
35 – 59 ปี	82(37.79)	8(3.69)	0(0.00)	90(41.48)		
60 ปีขึ้นไป	117(53.92)	7(3.23)	0(0.00)	124(57.14)		
รวม	201(92.63)	16(7.37)	0(0.00)	217(100.00)		

**ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ (ต่อ)**

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	X <sup>2</sup>	P-value
	ดีจำนวน (ร้อยละ)	ปานกลางจำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดีจำนวน (ร้อยละ)			
<b>สถานภาพการสมรส</b>					1.552	.460
โสด	7(3.23)	1(0.46)	0(0.00)	8(3.69)		
คู่/สมรส	159(73.27)	14(6.45)	0(0.00)	173(79.72)		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	35(16.13)	1(0.46)	0(0.00)	36(16.59)		
<b>รวม</b>	201(92.63)	16(7.37)	0(0.00)	217(100.00)		
<b>ระดับการศึกษา</b>					15.605	.016
ต่ำกว่าประถมศึกษา	40(18.43)	1(0.46)	0(0.00)	41(18.89)		
ประถมศึกษา	136(62.67)	9(4.15)	0(0.00)	145(66.83)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	11(5.07)	5(2.30)	0(0.00)	16(7.37)		
มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	9(4.15)	1(0.46)	0(0.00)	10(4.61)		
ปวส./อนุปริญญา	3(1.38)	0(0.00)	0(0.00)	3(1.38)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2(0.93)	0(0.00)	0(0.00)	1(0.46)		
<b>รวม</b>	201(92.63)	16(7.37)	0(0.00)	217(100.00)		
<b>อาชีพ</b>					5.413	.492
เกษตรกร	125(57.60)	9(4.15)	0(0.00)	134(61.75)		
รับจ้างทั่วไป	19(8.76)	4(1.84)	0(0.00)	23(10.60)		
พนักงานบริษัท	1(0.46)	0(0.00)	0(0.00)	1(0.46)		
รับราชการรัฐวิสาหกิจ	1(0.46)	0(0.00)	0(0.00)	1(0.46)		
ค้าขาย	3(1.38)	0(0.00)	0(0.00)	3(1.38)		
แม่บ้าน	16(7.37)	2(0.92)	0(0.00)	18(8.30)		
อื่นๆ	36(16.60)	1(0.46)	0(0.00)	37(17.05)		
<b>รวม</b>	201(92.63)	16(7.37)	0(0.00)	217(100.00)		

**ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร อำเภอลำพูน จังหวัดกระบี่ (ต่อ)**

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	X <sup>2</sup>	P-value
	ดีจำนวน (ร้อยละ)	ปานกลางจำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดีจำนวน (ร้อยละ)			
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)</b>					2.045	.563
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	131(60.37)	10(4.61)	0(0.00)	141(64.98)		
10,001 – 20,000 บาท	6(2.76)	53(24.42)	0(0.00)	59(27.19)		
20,001 – 30,000 บาท	0(0.00)	14(6.45)	0(0.00)	14(6.45)		
30,001 บาทขึ้นไป	0(0.00)	3(1.38)	0(0.00)	3(1.38)		
<b>รวม</b>	<b>137(63.13)</b>	<b>80(36.87)</b>	<b>0(0.00)</b>	<b>217(100.00)</b>		
<b>ระยะเวลาที่ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบัน</b>					1.097	.778
น้อยกว่า 10 ปี	157(72.35)	13(5.99)	0(0.00)	170(78.34)		
11 – 20 ปี	32(14.75)	2(0.92)	0(0.00)	34(15.67)		
21-30 ปี	6(2.76)	1(0.46)	0(0.00)	7(3.23)		
31 ปีขึ้นไป	6(2.76)	0(0.00)	0(0.00)	6(2.76)		
<b>รวม</b>	<b>201(92.63)</b>	<b>16(7.37)</b>	<b>0(0.00)</b>	<b>217(100.00)</b>		

**ตารางที่ 2 ระดับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

ปัจจัย	ระดับ			$\bar{X}$	SD
	*สูง/ดี**/มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	*ต่ำ/ไม่ดี**/น้อย จำนวน(ร้อยละ)		
ความรู้ *	53(24.42)	99(45.62)	65(29.95)	0.65	0.17
ทัศนคติ**	155(71.43)	62(28.57)	0(0.00)	3.92	0.51
การเข้าถึงบริการ	41(18.89)	173(79.72)	3(1.38)	3.34	0.47
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	140(64.52)	67(30.88)	10(4.61)	3.88	0.82
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	202(93.09)	13(5.99)	2(0.92)	4.34	0.56
การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	176(81.11)	39(17.97)	2(0.92)	4.10	0.56
พฤติกรรมการดูแลตนเอง**	178(82.30)	39(17.97)	0(0.00)	4.08	0.50

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโคกหาร ตำบลโคกหาร อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

ปัจจัย	พฤติกรรมดูแลตนเอง		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
<b>ปัจจัยนำ</b>			
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.178**	.009	ปานกลาง
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.368**	.000	ปานกลาง
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>			
การเข้าถึงการรับบริการ	-.263**	.000	น้อยมาก
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.048	.477	ไม่มีความสัมพันธ์
<b>ปัจจัยเสริม</b>			
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	.102	.133	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	.077	.261	ไม่มีความสัมพันธ์

\* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

\*\* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

**อภิปรายผล**

**1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป สถานภาพการสมรสมีคู่หรือสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกร มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท และป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาน้อยกว่า 10 ปี

ปัจจัยนำ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร ส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับปานกลาง และมีทัศนคติในระดับดี

ปัจจัยเอื้อ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร ส่วนใหญ่ มีการเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก

ปัจจัยเสริม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร ส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก และได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในระดับมาก

## 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ (กองสุศึกษา, 2561) ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและจากการป่วยมานานจะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรงจากการให้บริการดูแลรักษาจากสถานบริการสุขภาพและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการพบแพทย์ตามนัดอยู่ในระดับดีส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น กลุ่มผู้สูงอายุย่อมมีความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายไม่ดีเท่าที่ควร ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของพินดา จันทรดีแก้วสกุล นันทิยา วัฒนา และ นันทวัน สุวรรณรูป (2562) พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก ประมาณ 1-5 ปี ซึ่งผู้ป่วยอาจจะไม่มีประสบการณ์หรือกลยุทธ์ต่างๆ ที่เพียงพอในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นไปในทางที่ไม่ดีจึงแสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยนั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

## 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของดวงพร กตัญญูตานนท์และคณะ (2560) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีนอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการพบว่า ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยนำ พบว่า ความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้ที่ดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ โชจิรัฐ พลไชยมาตย์ และเสนห์ แสงเงิน (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแต่ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของธัญญารัตน์ เสนาธรรมและคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแพร์ จังหวัดแพร่ พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แม้ความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมแต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะ (กองสุศึกษา, 2561) จากแนวคิด

ความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่าความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะ ปฏิบัติพฤติกรรมตามความเชื่อของตนเองถ้าบุคคลมีความเชื่อ ด้านสุขภาพในทางที่ดีและถูกต้องก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรม ที่เหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนแห่งหนึ่ง ณ อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเอื้อ พบว่า การเข้าถึงการรับบริการมี ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย ของศศิธร ตันติเอกรัตน์ และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูง อายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของดรุณี ยศพล (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลตำบล อรัญญิก อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ขัดแย้งกับการศึกษาของไชริฐ สพลไชยมาศย์ และเสน่ห์ แสงเงิน (2563) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุน จากสมาชิกในครอบครัวและการได้รับการสนับสนุนจาก เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและจากปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือ

คาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำ ของตนซึ่งบุคคลอื่นนี้อาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้ง การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดกิจกรรมสุขศึกษาในสถานบริการทุก ครั้งที่มีคลินิกเพื่อส่งเสริมความรู้และการสนับสนุนจาก บุคลากรสาธารณสุขและสื่อต่างๆในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับ บริการ
2. ความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ควรเลือกสื่อ ในการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและ เหมาะสม สำหรับระดับการศึกษาของผู้ป่วยในแต่ละราย

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะ ข้อมูลเชิงปริมาณ ควรนำผลการวิจัยนี้มาใช้ในการศึกษา วิจัยเชิงคุณภาพต่อไป เพื่อจะทำให้งานวิจัยมีความ สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการวิจัยประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม สุขศึกษาในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการ คลินิกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร ต่อไป



## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แนวทางการดำเนินงาน  
เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและ  
ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล. กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.  
กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อกรรมควบคุมโรค  
กระทรวงสาธารณสุข. 2561. ประเด็นสารรณรงค์  
วันความดัน โลหิตสูงโลกปี 2561. คันเมื่อ เมษายน  
11, 2565, จาก : [http://www.thaincd.com/  
document/file/info/non-communicable  
-disease](http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease).

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.  
(2561). กลยุทธ์การสร้างเสริมความรู้ด้าน  
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ :  
บริษัทสามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ)จำกัด.

โชติธรัส พลไชยมาตย์ และเสน่ห์ แสงเงิน. (2563).ปัจจัย  
ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ  
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูง  
อายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัด  
สมุทรสงคราม.วารสารวิจัยการบริหารการพัฒนา.  
10 (1), 172-177.

ตฤณี ยศพล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความ  
ดันโลหิตสูงในเขต เทศบาลตำบลอรัญญิก  
อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.  
วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก.

ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ. (2560).พฤติกรรมดูแล  
สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน  
โลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง  
จังหวัดสมุทรปราการ. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชน  
แห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ราชูปถัมภ์สมเด็จพระ  
เทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี. 6 (2), 53-62.

ธัญญารัตน์ เสนาธรรม และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย  
โรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแพร์ จังหวัดแพร์.  
วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 6  
(ฉบับเพิ่มเติม 2563), 1-14.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ  
และหลอดเลือด.(พิมพ์ครั้งที่ 10). ขอนแก่น :  
คลังนานาวิทยา.

พินิตา จันทร์ดีแก้วสกุล นันทิยา วัฒยา และนันทวัน สุวรรณรูป.  
(2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง  
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ  
ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 36  
(1), 31 - 43.

ประเจษฎ์ เรื่องกายจนเศรษฐี. (2555). Hypertension.  
ใน ปัญหา สติระพจน์และคนอื่นๆ (บก.). Essential  
Nephrology. (หน้า 447 - 472). กรุงเทพฯ :  
นำอักษรการพิมพ์.

ศศิธร ตันติเอกรัตน์ และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย  
โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ทฤษฎี  
Precede Framework. วารสารวิจัยและพัฒนา  
วิทยาลัยการณิพระบรมราชูปถัมภ์. 15 (1), 59-73.

สิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความ  
ดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่ง ณ อำเภอสำโรง  
จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสุขภาพและ  
การพยาบาล. 37 (2), 182-191.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. 2565. กลุ่มรายงาน  
มาตรฐาน. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.  
คันเมื่อ มีนาคม 31, 2565, จาก : [https://kbi.hdc.  
moph.go.th/hdc/reports/report.php?source  
=pformatted/format1](https://kbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1).

## การพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator – associated pneumonia : VAP) : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of the Patient with Ventilator-Associated Pneumonia: Case study 2 case

วันเพ็ญ สาขำ

Wanpen Sakum

โรงพยาบาลระนอง

Ranong Hospital

### บทคัดย่อ

การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ เป็นการติดเชื้อจากการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Healthcare - associated infection) เป็นอันดับหนึ่งของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและทารกวิกฤตโรงพยาบาลระนอง ทำให้องค์กรพยาบาลนานขึ้น อาการอาจรุนแรงถึงทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ รวมทั้งสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และยังเป็นปัญหาสำคัญของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เนื่องจากสถิติการเกิดยังเกินเป้าหมายที่ต้องการควบคุมมาตลอดทุกปี ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการวางแผนและวางแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและทารกวิกฤตและเข้ารับรักษาในหอ NICU ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 4 วัน จัดเป็นการติดเชื้อชนิด Early VAP รักษาด้วยยาปฏิชีวนะและยากลับโคติคอร์สเตียรอยด์ ถอดท่อหายใจได้ภายในวันที่ 13 ของการรักษา ดูแลต่อเนื่องจนอาการดีขึ้นจำหน่ายกลับบ้านได้รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 62 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและทารกวิกฤตและเข้ารับรักษาในหอ NICU ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 12 วัน จัดเป็นการติดเชื้อชนิด Late VAP รักษาด้วยยาปฏิชีวนะและยากลับโคติคอร์สเตียรอยด์และยากลับ opioids ถอดท่อหายใจได้ภายในวันที่ 45 ของการรักษา มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วยรักษาต่อยาปฏิชีวนะ ดูแลต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น ส่งต่อไปเพื่อรับการรักษาภาวะ ROP ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 63 วัน

ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัจจัยหลายอย่างที่เสี่ยงต่อการเกิด VAP ซึ่งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ การพยาบาลอย่างใกล้ชิด มีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และการดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน รวมทั้งมีการดูแลตามมาตรการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาล จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลอื่นๆ ได้

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด, การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

## Abstract

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is the most common healthcare-associated infection (HAI) among patients receiving respiratory therapy. The surveillance data on HAIs of Ranong Hospital indicated that VAP had the highest incidence rate. VAP causes a serious impact on patients- disability and dead. There is also a loss of medical expenses. Nurses need to have a plan and nursing care guidelines for patients with mechanical ventilators to prevent VAP.

The study results are revealed as followed.

In the first case, an infant was on a mechanical ventilator at the newborn intensive care unit (NICU), treated with antibiotics, and corticosteroids until symptoms improved. He could wean from the ventilator and be discharged. The total length of stay was 62 days. In the second case, an infant was on a mechanical ventilator at NICU, treated with antibiotics, opioids, and corticosteroids until symptoms improved. Finally, he could wean from the ventilator on day 45 of treatment. He developed septicemia and was treated with antibiotics, continue care until improved, and was referred to Suratthani hospital with ROP complications. The total length of stay was 63 days.

Both patients had many VAP risk factors. Patients received close nursing care, evaluated symptoms, and care for according to the treatment plan. In addition, care was provided using the hospital's VAP guidelines. The patients were better and could discharge from Ranong hospital and refer to another hospital.

**Keywords :** Nursing care of newborns, Ventilator-associated pneumonia

## บทนำ

การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia : VAP) หมายถึงภาวะปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 2 วันปฏิทินหรือหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 2 วันปฏิทิน (สถาบันบำราศนราดูร, 2561) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจจากข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลระนอง พบว่าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและทารกวิกฤต VAP มีอัตราติดเชื้อในปี 2564 = 19.91 สูงเป็นอันดับที่ 1 ของการติดเชื้อทั้งหมด และมีแนวโน้มสูงขึ้น ในสองไตรมาสแรกของปี 2565 (ต.ค.64-มี.ค.65) อัตราติดเชื้อ = 15.83 (รายงานสรุปผลการติดเชื้อประจำปีโรงพยาบาลระนอง, 2564) ส่งผลให้อัตราการตายและจำนวนวันนอนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การใส่เครื่องช่วยหายใจนานๆ จะทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (นันทิกานต์และศิริพร, 2561)

โรงพยาบาลระนองเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 300 เตียง อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลระนอง จากการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างปี 2559-2561 เท่ากับ 13.13, 14.04 และ 20.60 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลระนองจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจโดย (ศิริรัตน์, นิรมล และกัลยาณี, 2562) ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 6 กิจกรรมคือ 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การนิเทศติดตาม 3) การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์ 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและอุปกรณ์การแพทย์ 6) การรณรงค์การทำความสะอาดมือจากผลการพัฒนาที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบ

จากการใช้เครื่องช่วยหายใจในภาพรวม ปี 2563 ลดลงเหลือเพียง 73 ครั้ง คิดเป็นอัตราการติดเชื้อ 15.31 ครั้ง /1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย จึงเกิดการพัฒนามาเป็นงาน R2R เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระนอง (นิรมลและกัลยาณี, 2563) โดยมีกรนำ VAP Bundle of care แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวันที่สังเกต หอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพผู้ถูกสังเกต ช่วงเวลาที่สังเกตและกิจกรรมในการสังเกต มีทั้งหมด 13 หัวข้อ ประกอบด้วย 1) ล้างมือด้วยสบู่/น้ำยาฆ่าเชื้อและน้ำหรือ alcohol hand rub ทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย 2) ดูแลช่องปากของผู้ป่วยให้สะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง 3) ในกรณีใส่ท่อเจาะคอให้ทำความสะอาดแผลเจาะคออย่างน้อยวันละ 1 ครั้งและเมื่อสกรปรก 4) ตรวจสอบ pressure cuff อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ให้มี pressure 20-30 mmHg 5) จัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา กรณีไม่มีข้อห้าม 6) Suction ก่อนให้อาหารทางสายยางทุกครั้งโดย Suction ทางปาก ก่อนทาง ET/TT 7) ก่อนให้อาหารทางสายยาง ประเมินอาหารค้างในกระเพาะอาหารไม่เกิน 50 CC 8) Peptic Ulcer Protocol 9) ใช้ Weaning Protocol 10) เปลี่ยน Breathing Circuit/Ambu bag ทุก 14 วันหรือเมื่อสกรปรก 11) ปิดจุก Ambu bag 12) ครอบชุด fingertip 13) ฝึกระวังไม่ให้มีน้ำใน ventilator circuit ไหลเข้าทางผู้ป่วยและเหน้าใน circuit/ water trap ทุก 2 ชั่วโมงใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากบางหัวข้อไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยทารกแรกเกิด จึงได้จัดทำเป็นโปสเตอร์ : WHAPO W = wean ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยทุกวัน H = Hand Hygiene = ล้างมือ Hygienic ตาม 5 moments A = Aspiration นอนศีรษะสูง 30 องศา

P = Prevent contaminate = เปลี่ยน circuits ทุก 14 วัน  
O = Oral care ทำความสะอาดปากและฟันทุก 12 ชั่วโมง  
ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญของการทบทวนเป็นรายการกรณีเพื่อที่จะนำมาวิเคราะห์ถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งหวังที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่น ๆ ของร่างกาย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงลดระยะเวลาการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน

### วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจและการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยจำนวน 2 ราย

### วิธีการศึกษา

เป็นการรายงานการศึกษาผู้ป่วย (Case Study) ผู้ป่วยวิกฤตเด็กที่เกิด VAP จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษารณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและทารกวิกฤต โรงพยาบาลระนอง ช่วงเดือนธันวาคม 2564 ถึงเมษายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้จาก แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบบบันทึกการทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการซักประวัติจากญาติ และสอบถามข้อมูลจากบุคลากร โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติทางการแพทย์ (check list) การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ตามรหัสเลขที่ PHRN 015/2565

### ผลการศึกษา

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไป อาการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษา

ข้อมูล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ตญ.ไทยอายุ 0 วัน BW 1120 gm Hx มารดา G2P2 GA 30+ wks Severe PIH c Twin	ตญ.ไทยอายุ 0 วัน BW 1470 gm Hx มารดา G2P2 GA 32+5 wks Severe PIH
การวินิจฉัยโรค	Very Low Birth Weight	Very Low Birth Weight
ระยะเวลาเข้ารับการรักษ	62 วัน (13 ธ.ค.64- 13 ก.พ. 65)	63 วัน (4 ก.พ.65- 8 เม.ย. 65)
แผนการรักษา	13-16/12/64 On ET No 3 deep 7 cm mode AC/PC On UAC No 3.5 deep 12 ATB ที่ได้รับ Ampicillin 110 mg v q 12 hr Gentamicin 5 mg v q 36 hr CXR no pneumonia	4/2/65 On ET No 3 deep 7.5 cm mode AC/PC On UAC deep 13 cm UVC deep 7.5 cm ATB ที่ได้รับ Ampicillin 150 mg v q 12 hr Cefotaxime 75 mg v q 12 hr CXR

## ผลการศึกษา

### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อาการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษา (ต่อ)

ข้อมูล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แผนการรักษา	<p>17/12/64 หายใจเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้น เสมหะเยอะขึ้น CXR infiltration BL ส่ง Sputum C/S Dx VAP off ATB เดิม เปลี่ยนเป็น Ceftazidime 33 mg v q 12 hr Amikacin 20 mg v q 36 hr 18/12/64 G/M LPRC 15 cc 19-21/12/64 CMV+TTV ผล Sputum Normal Flora 22-25/12/64 SIMV PC/PS 26/12/64 Extubation On NIMV FiO<sub>2</sub> 0.21 PC 8 Peep 4 RR 30 TI 0.5 27/12/64 off Ceftazidime and Amikacin 28-30/12/64 On NCPAP FiO<sub>2</sub> 0.2 Peep 4 31/12/64 CXR no new infiltration Dyspnea On NIMV FiO<sub>2</sub> 0.21 PC 8 Peep 4 RR 40 TI 0.35 ATB Sulperazole 60 mg q 12 hr 1/1/65 On CPAP FiO<sub>2</sub> 0.21/1/65 On O<sub>2</sub> cannula 1 LPM FiO<sub>2</sub> 0.21 2-4/1/65 On 10%DN/4 500 cc v rate 4 cc/hr 5-11/1/65 On 10%DN/5 500 cc v rate 5 cc/hr 12/1/65 off Sulperazole On 10%DN/5 500 cc v rate 5 cc/hr 13-17/1/65 On 10%DN/5 500 cc v rate 5 cc/hr 18/1/65 G/M LPRC 15 cc in 3 hr On 10%DN/5 500 cc v rate 2 cc/hr 19-22/1/65 On 10% DN/5 500 cc v rate 5.6 cc/hr ATB Metronidazole 16 mg v in 1 hr then 8.4 mg v q 12 hr</p>	<p>no pneumonia On Fentanyl 150 Ucg On 10%DW50 ccv 1 cc/hr 5/2/65 Plt cune 14 cc On 10%DW50 ccv 1.5 cc/hr 0.9 Nacl 10 cc 15 cc v lode 15 min CXR Lt Lung atelectasis On HFOV F 10hz FiO<sub>2</sub> 1 Retained Foley cath 6/2/65 On HFOV Fentanyl 150 Ucg Domicum 10 mg + 5%DW57ccrate 0.5 cc/hr G/M LPRC 15ccv 7/2/65 CMV FiO<sub>2</sub> 0.65 peep 5 PIP15 8/2/65 peep 4 PIP16 Kcl 0.4 + 5%DW1cc in1hr 9/2/65 On 1.5%DN/3 v 2.6 cc/hr PC/AC FiO<sub>2</sub> 0.4 peep 4 PC11TiO 0.35 10/2/65 On 10%DN/3 500 cc v 2.9 cc/hr AC/PC FiO<sub>2</sub> 0.21 PC 11 Peep 4 RR 40 TI 0.35 SIMV PC/PS FiO<sub>2</sub> 0.21 PC 10 Peep 4 RR 40 TI 0.35 11-15/2/65 On SIMV PC/PS FiO<sub>2</sub> 0.21 PC 10 PS 8 Peep 4 RR 40 TI 0.35 ATB Meropeam 29 mg v q 12 hr 16/2/65 AC/PC FiO<sub>2</sub> 0.75 PC 11 Peep 4 RR 40 TI 0.35 CXR pneumonia Dx VAP 17-18/2/65 AC/PC FiO<sub>2</sub> 0.70 PC 11 Peep 4 RR 50 TI 0.3 19/2/65 AC/PC FiO<sub>2</sub> 0.6 PC 12 Peep 4 RR 60 TI 0.3 20-26/2/65 AC/PC FiO<sub>2</sub> 0.5 PC 12 Peep 4 RR 50 TI 0.3 On Douthamine 44 mg + 10%DW50ccrate 0.6 cc/hr</p>

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อาการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษา (ต่อ)

ข้อมูล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แผนการรักษา	22-23/1/65 On 10%DN/5 500 cc+ KCL 10 meq v rate 5.6 cc/hr 24-27/1/65 On 7.5 %DN/5 500 cc v rate 5.6 cc/hr 28/1/65 On 7.5 % DN/5 500 cc v rate 5.1 cc/hr 29/1/65 On 7.5 %DN/3 500 cc v rate 4.6 cc/hr 30/1/65 On7.5 %DN/3 500 cc v rate 4.1 cc/hr 31/1/65-2/2/65 On 7.5 %DN/3 500 cc + KCL 10 meq v rate 5.6 cc/hr ATB Meropenam 22 mg v q 8 hr 3-6/2/65 On 7.5 % DN/5 500 cc v rate 5.6 cc/hr 6/2/65 20 % albumin 5.6 cc v in 3 hr 7/2/65 On 10 %DW 2.2 cc v push 8/2/65 On 7.5 % DW /5 500 cc v rate 5.6 cc/hr 9-11/2/65 On 12.5 % DN/5 500 cc v rate 5.6 cc/hr 12/2/65 On12.5 %DN/5 500cc v rate 4.7 cc/hr 13/2/65 จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต	27/2/65-2/3/65 SIMV PC/PS FiO2 0.21 PC 8 Peep 4 RR 25 TI 0.75 On PICC Line Rt Femoral 3-4/3/65 AC/PC FiO2 0.70 PC 8 PS 6 Peep 4 RR 20 TI 0.3 ATBCeftazidime44 mg v q 8 hr Amikin 22 mgvq 28 hr bleeding precaution 5-10/3/65 AC/PC FiO2 0.70 PC 8 PS 6 Peep 4 RR 40 TI 0.3 10-17/3/65 SIMV c PS FiO2 0.21 PC 8 Peep 4 RR 40 TI 0.35 18-19/3/65 NIMV c PS FiO2 0.25 PC10 Peep 4 RR 40 TI 0.35 นมแม่ 2 cc q 3 hr 20/3/65-7/4/65 NCPAP 4 FiO2 0.21 off Ceftazidime and Amikin On 10 % DN/5 500 cc v rate 5.cc/hr 8/4/65 จำหน่ายโดย การส่งไปรักษาต่อที่รพ. สุราษฎร์ธานี ด้วยภาวะ ROP

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบทารกแรกคลอดที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยที่มีการติดเชื้อ VAP

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
- สาเหตุหรือปัจจัยของการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ	- ดญ.ไทยอายุ 0 วัน BW 1120 gm Hx มารดา G2P2 GA 30+ wks Severe PIH c Twin , On ET tube นาน 13 วัน LOS 62 วัน ค่ารักษาพยาบาล 234,028 บาท	- ดญ.ไทยอายุ 0 วัน BW 1470 gm Hx มารดา G2P2 GA 32+5 wks Severe PIH On ET tube 45 วัน LOS 63 วัน ค่ารักษาพยาบาล 337,404 บาท	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยมีความแตกต่างกันดังนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 มีการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 4 วัน จัดเป็นการติดเชื้อชนิด Early VAP ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดคือการละเมิดเทคนิคปลอดเชื้อขณะใส่ท่อหลอดลมคอหรือผู้ป่วยเกิดการสำลักขณะใส่ท่อช่วยหายใจกรณีศึกษารายที่ 2 มีการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 12 วัน จัดเป็นการติดเชื้อชนิด late VAP สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการปนเปื้อนเชื้อจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยขณะปฏิบัติการพยาบาลหรือการทำหัตถการแก่ผู้ป่วยการพยากรณ์โรคก็ต่างกัน โดย early VAP มีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่า late VAP - ผลกระทบเมื่อเกิด VAP ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลนานมากกว่าผู้ที่ไม่มีการติดเชื้อปอดอักเสบเฉลี่ย 11 วัน ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น 6 วัน อัตราเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 136 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 48,503.50 บาท ต่อการเกิดอุบัติการณ์ 1 ครั้ง(Kasuya et al, 2011)



**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบทารกแรกคลอดที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยที่มีการติดเชื้อ VAP (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
- สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิด การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ	- ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา NICU ด้วยคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอดน้อย 1120 กรัม แรกได้รับ Apgar score ที่ 1 นาที = 8 ที่ 5 นาที = 8 ที่ 10 นาที = 10 หายใจเหนื่อย On ET tube นาน 13 วัน ได้รับการรักษาเปลี่ยน/เพิ่มยาปฏิชีวนะ ที่ตอบสนองต่อเชื้อที่ตรวจพบ (Sensitivity) ได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดติดตามแนวปฏิบัติ VAP Bundle : WHAPO อย่างเข้มข้น ทั้งตรวจสอบ กำกับ ติดตาม นิเทศอย่างใกล้ชิด จนอาการดีขึ้นเรื่อยๆตามลำดับสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้และจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย	- ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา NICU ด้วยคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอดน้อย 1470 กรัม แรกได้รับ Apgar score ที่ 1 นาที = 2 ไม่ร้อง On ET Apgar score ที่ 5 นาที = 3T ที่ 10 นาที = 6T ได้รับการรักษาเปลี่ยน/เพิ่มยาปฏิชีวนะที่ตอบสนองต่อเชื้อที่ตรวจพบ (Sensitivity) แต่ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติมคือมีการติดเชื้อในกระแสเลือดและระบบผิวหนังทำให้ความรุนแรงในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามยังได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดติดตามแนวปฏิบัติ VAP Bundle : WHAPO อย่างเข้มข้น ทั้งตรวจสอบ กำกับ ติดตาม นิเทศอย่างใกล้ชิด จนอาการดีขึ้นเรื่อยๆตามลำดับแต่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาภาวะแทรกซ้อน ROP รพ. สุราษฎร์ธานี ซึ่งมีศักยภาพสูงกว่า รพ. ระนอง	- ปัจจัยในการเกิด VAP เกิดได้จากหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านทารก ปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านบุคลากร ซึ่งปัจจัยด้านทารกประกอบด้วย 1.กลไกการป้องกันการติดเชื้อ ยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ระบบภูมิคุ้มกันยังไม่เต็มที่ทำให้ทารกแรกเกิดมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Garland, 2010) 2. ภาวะคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น 3. ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบว่า เมื่อทารกมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (Foglia, Meier & Elward, 2007) ส่วนปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย 1) จำนวน ครั้งของการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ของทารก (re-intubation) โดยทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ 1-2 ครั้ง และใส่มากกว่า 2 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบมากกว่าทารกที่ไม่ได้ใส่ท่อใหม่เท่ากับ 15.3 และ 71.2 เท่าตามลำดับ (ธัญญกร, 2551) 2) ระยะเวลาที่คาท่อช่วยหายใจ เป็นเวลานาน ซึ่งระยะเวลาที่คาท่อช่วยหายใจ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดปอดอักเสบมีการศึกษาในทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบจะมากโดยทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจนานกว่า 14 วัน จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดปอดอักเสบมากกว่าทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน เท่ากับ 5.9 เท่า (ธัญญกร, 2551) และ 3) การปนเปื้อนเชื้อโรคของอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยเฉพาะส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจโดยพบว่า ส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจจะมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อได้ตั้งแต่วันแรกของการใช้งานและอัตราการปนเปื้อนเชื้อจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เชื้อที่เพิ่มขึ้นจะเข้าสู่ปอดและทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอดได้ (ศิริกร และ ชายชาญ , 2543) สำหรับปัจจัยด้านบุคลากรเกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายเชื้อทั้งทางตรงและทางอ้อม (CDC, 2004; Augustyn, 2007) โดยผ่านมือที่ปนเปื้อนของผู้ดูแลขณะให้การดูแลผู้ป่วย เช่น การดูดเสมหะ ให้อาหารทางสายยางเปลี่ยนสายวงจรเครื่องช่วยหายใจ หรือการทำหัตถการต่างๆ

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบทารกแรกคลอดที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยที่มีการติดเชื้อ VAP (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
-อาการ/ อาการแสดง /การวินิจฉัย : VAP	-หลัง On ET 4 วัน หายใจเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้น เสมหะเยอะขึ้น CXR infiltration BL ไม่มีไข้ Sputum : No growth	-หลัง On ET 2 วัน ตื่นมาก หายใจเหนื่อย On Fentanyl 150 Ucg On 10 % DW50 ccv 1 cc/hr ไม่มีไข้ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2562 หลัง On ET 12 วัน CXR pneumonia Dx. VAP มีภาวะ sepsis ร่วมด้วย WBC 21060 Sputum : No growth	- จากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลักเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก ได้แก่ (1) มีไข้ $\geq 38.3$ °C หรือ $<36.0$ °C (2) เสมหะคล้ายหนอง (3) เม็ดเลือดขาวในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 12,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร การใช้เกณฑ์การวินิจฉัย 2 ใน 3 ข้อ ร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นระยะพบความผิดปกติเช่น รอยเงาฝ้าขาวของสารเหลวในถุงลม (infiltration) การมีลักษณะรวมกันเป็นก้อนแข็ง (consolidation) การมีลักษณะเป็นโพรง (capitation) หรือมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) เสมหะมีลักษณะเปลี่ยนไปมากขึ้นหรือเป็นหนอง มีอาการไอหายใจลำบากหรือหายใจเร็ว พบเสียงปอดผิดปกติ มีความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด
- ปัญหาและ ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	1. มีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) 2. มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย (Electrolyte imbalance) 3. มีการติดเชื้อในร่างกาย 4. ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะซีด 5. เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia	1. มีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) 2. มีภาวะไม่สมดุลของ อิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย (Electrolyte imbalance) 3. มีการติดเชื้อในร่างกาย 4. ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะซีด 5. เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia 6. เสี่ยงต่อภาวะ Hypothermia 7. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 8. มีภาวะ ROP	- จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันจำนวน 7 ข้อ (ข้อ 1 ถึงข้อ 7 ) และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกันดังนี้ - กรณีศึกษารายที่ 1 ญาติพร้อมความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน - กรณีศึกษารายที่ 2 ส่งต่อ รพ. สุราษฎร์ธานี ด้วยภาวะ ROP

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบทารกแรกคลอดที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยที่มีการติดเชื้อ VAP (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	<p>6. เสี่ยงต่อภาวะ Hypothermia</p> <p>7. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย</p> <p>8. ญาติพร้อมความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p>	<p>8. มีภาวะ ROP</p>	
<p>การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>- ระยะวิกฤต</p> <p>การดูแลระบบทางเดินหายใจ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ</li> <li>- ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่อง O<sub>2</sub> ลักษณะการหายใจที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดและติดตามค่า O<sub>2</sub> saturation &gt;95%</li> <li>- ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30-35 องศา เพื่อให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง</li> <li>- ดูแล Suction clear airway และทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อยเช้า - เย็น</li> <li>- ดูแลให้รับ O<sub>2</sub> โดยใช้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา พร้อมทั้ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ</li> <li>- ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่อง O<sub>2</sub> ลักษณะการหายใจที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดและติดตามค่า O<sub>2</sub> saturation &gt;95%</li> <li>- ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30-35 องศา เพื่อให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง</li> <li>- ดูแล Suction clear airway และทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อยเช้า - เย็น</li> <li>- ดูแลให้รับ O<sub>2</sub> โดยใช้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามอาการและอาการแสดงต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น ประเมิน lung compliance การ</li> </ul>	<p>- ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤตอย่างครอบคลุม เป้าหมายคือลดอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน มีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีการหย่าเครื่องช่วยหายใจจนผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้</p>

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบทารกแรกคลอดที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยที่มีการติดเชื้อ VAP (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์
- การป้องกันการติดเชื้อ	<p>ติดตามอาการและอาการแสดงต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น ประเมิน lung compliance</p> <p>การติดตามค่า arterial blood gas</p> <p>ลักษณะการหายใจและติดตามค่า O2 saturation &gt;95%</p> <p>- ประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ</p> <p>- ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ</p> <p>- ให้การดูแลพยาบาลโดยยึดหลัก ASEPTIC TECHNIQUE</p> <p>- ดูแลให้ยาต้านจุลชีพตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา</p> <p>- แนวทางการป้องกัน VAP ตาม WHAPO W = wean ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยทุกวัน H = Hand Hygiene = ล้างมือ Hygienic ตาม 5</p>	<p>ติดตามค่า arterial bloodgas</p> <p>ลักษณะการหายใจและติดตามค่า O2 saturation &gt;95%</p> <p>- ประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ</p> <p>- ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ</p> <p>- ให้การดูแลพยาบาลโดยยึดหลัก ASEPTIC TECHNIQUE</p> <p>- ดูแลให้ยาต้านจุลชีพตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา</p> <p>- แนวทางการป้องกัน VAP ตาม WHAPO W = wean ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยทุกวัน H = Hand Hygiene = ล้างมือ Hygienic ตาม 5 moments A = Aspiration นอนศีรษะสูง 30 องศา P = Prevent contaminate</p>	
- การดูแลระบบไหลเวียน	<p>moments A = Aspiration</p> <p>นอนศีรษะสูง 30 องศา P = Prevent contaminate = เปลี่ยน circuits ทุก 14 วัน O = Oral care ทำความสะอาดปากและฟันทุก 12 ชั่วโมง</p> <p>- ติดตาม ประเมินสารน้ำเข้า-ออกร่างกาย</p>	<p>= เปลี่ยน circuits ทุก 14 วัน</p> <p>O = Oral care ทำความสะอาดปากและฟันทุก 12 ชั่วโมง</p> <p>- ติดตาม ประเมินสารน้ำเข้า-ออกร่างกาย</p> <p>- ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา</p> <p>- ดูแลให้เลือดและผลิตภัณฑ์เลือดพร้อมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังให้เลือดและผลิตภัณฑ์เลือดตามแผนการรักษา</p>	

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบทารกแรกคลอดที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยที่มีการติดเชื้อ VAP (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา</li> <li>- ดูแลให้เลือดและผลิตภัณฑ์เลือด พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังให้เลือดและผลิตภัณฑ์เลือดตามแผนการรักษา</li> <li>- ระวังฟื้นฟู ประเมินความวิตกกังวลและความก้าวหน้าของโรคแก่ญาติ ดูแลให้คำปรึกษาปัญหาโดยจัดพื้นที่ส่วนตัวภายในหอผู้ป่วย เพื่อให้ญาติได้แสดงความรู้สึก</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระวังดูแลต่อเนื่อง</li> <li>- เพื่อป้องกันการเกิด VAP ซ้ำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ</li> <li>- ให้การดูแลพยาบาลโดยยึดหลัก ASEPTIC TECHNIQUE</li> <li>- ดูแลให้ยาต้านจุลชีพตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา</li> <li>- แนวทางการป้องกัน VAP ตาม WHAPO W = wean ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยทุกวัน H = Hand Hygiene = ล้างมือ Hygienic ตาม 5 moments A = Aspiration นอนศีรษะสูง 30 องศา P = Prevent contaminate = เปลี่ยน circuits ทุก 14 วัน O = Oral care ทำความสะอาดปากและฟันทุก 12 ชั่วโมง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ</li> <li>- ให้การดูแลพยาบาลโดยยึดหลัก ASEPTIC TECHNIQUE</li> <li>- ดูแลให้ยาต้านจุลชีพตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา</li> <li>- แนวทางการป้องกัน VAP ตาม WHAPO W = wean ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยทุกวัน H = Hand Hygiene = ล้างมือ Hygienic ตาม 5 moments A = Aspiration นอนศีรษะสูง 30 องศา P = Prevent contaminate = เปลี่ยน circuits ทุก 14 วัน O = Oral care ทำความสะอาดปากและฟันทุก 12 ชั่วโมง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤตอย่างครอบคลุม เป้าหมายคือลดอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน มีการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีการหยาเครื่องช่วยหายใจจนผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้โดยไม่เกิด VAP ซ้ำ ตาม WHAPO W = wean ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยทุกวัน H = Hand Hygiene = ล้างมือ Hygienic ตาม 5 moments A = Aspiration นอนศีรษะสูง 30 องศา P = Prevent contaminate = เปลี่ยน circuits ทุก 14 วัน O = Oral care ทำความสะอาดปากและฟันทุก 12 ชั่วโมง</li> </ul>

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบทารกแรกคลอดที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยที่มีการติดเชื้อ VAP (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
- ระยะเวลาแผนจำหน่าย	- ประเมินความรู้ของญาติรวมถึงประเมินพฤติกรรมการดูแลตามแผนการรักษาให้ข้อมูลเรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรคอาการและอาการแสดง การรักษา การรับประทุษานยา การปฏิบัติตัวที่บ้าน การตรวจตามนัดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	- อธิบายญาติถึงสาเหตุของการส่งรับการรักษาต่อ รพ. สุราษฎร์ธานี	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ดังนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 จำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนนัดตรวจหลังจำหน่าย 1 WK. กรณีศึกษารายที่ 2 ส่งรับการรักษาต่อที่ รพ. สุราษฎร์ธานีด้วยภาวะ ROP เนื่องจากใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 45 วัน

**อภิปรายผล**

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่า มีการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่มีความแตกต่างกัน ดังนี้ โดยกรณีศึกษาที่ 1 เกิดขึ้นหลังใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 4 วันเป็น Early VAP ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อปอดอักเสบของผู้ป่วย คือ อาจมีการละเมิดเทคนิคปลอดเชื้อขณะใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการละเมิดเทคนิคปลอดเชื้อขณะใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับภาวะภูมิคุ้มกันต่ำเนื่องจากทารกแรกเกิดมีภูมิต้านทานต่ำและคลอดก่อนกำหนด แม้มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อีกทั้งยังมีภาวะตั้งครรภ์แฝดร่วมด้วย ผู้ป่วยได้รับการ รักษาเปลี่ยน/เพิ่มยาปฏิชีวนะ ที่ตอบสนองต่อเชื้อที่ตรวจพบ (Sensitivity) ได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดติดตามแนวปฏิบัติ VAP Bundle : WHAPO อย่างเข้มข้น ทั้งตรวจสอบ กำกับ ติดตาม นิเทศอย่างใกล้ชิด จนอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้และจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย สำหรับกรณีศึกษาที่ 2 เกิดขึ้นหลังใช้เครื่องช่วยหายใจ 12 วัน จัดเป็นการติดเชื้อชนิด late VAP ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อปอดอักเสบของผู้ป่วย คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ

มากกว่า 10 วันร่วมกับภาวะภูมิคุ้มกันต่ำเนื่องจากทารกแรกเกิดมีภูมิต้านทานต่ำและคลอดก่อนกำหนดแม้มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ผู้ป่วยได้รับการรักษาเปลี่ยน/เพิ่มยาปฏิชีวนะที่ตอบสนองต่อเชื้อที่ตรวจพบ (Sensitivity) แต่ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติมคือมีการติดเชื้อในกระแสเลือดและระบบผิวหนังทำให้ความรุนแรงในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามยังได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดติดตามแนวปฏิบัติ VAP Bundle : WHAPO อย่างเข้มข้น ทั้งตรวจสอบ กำกับ ติดตาม นิเทศอย่างใกล้ชิด จนอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับแต่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาภาวะแทรกซ้อน ROP รพ.สุราษฎร์ธานีซึ่งมีศักยภาพสูงกว่า รพ.ระนอง

**ข้อเสนอแนะ**

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง WHAPO ตามนโยบายของกลุ่มการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลระนอง โดยมีการให้ความรู้แก่บุคลากรสม่ำเสมอ เน้นการทำงานเป็นทีม พร้อมทั้งหัวหน้าหน่วยงานนิเทศติดตามการปฏิบัติของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและมีการประเมินสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อยปีละครั้ง

2. เพิ่มช่องทางการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ของกลุ่มการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาลระนอง เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการนำเสนอข้อมูลอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อจะได้แก้ไขและค้นหาปัญหาาร่วมกัน ตลอดจนการปฏิบัติตามแนวทาง WHAPO ที่ถูกต้องของบุคลากรพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติที่ลดความเสี่ยงส่งผลให้การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง

### เอกสารอ้างอิง

- ัญญกร นันทียกุล. (2551). โรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกเกิดก่อนกำหนด หอ ผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช อัตรการเกิด ปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 17 (3), 724-735.
- ธีรกร ธีรกิตติคุณ และ ชายชาญ โพธิรัตน์. (2543). ปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ. ในชายชาญ โพธิรัตน์ (บรรณาธิการ), ปอดอักเสบ 2000 (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 250-289).
- ธฤติ สารทศิลป์. ผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย 19 1: 2552.
- นันทิกานต์ กลิ่นเขตต์และศิริพร สว่างจิตร์. (2561). ความพร้อมของผู้ป่วยกับความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. วารสารพยาบาลทหารบก. 19(2), 79 - 85.

- รายงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลระนอง. (2564). รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2564 ของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลระนอง กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลระนอง. ศิริรัตน์ นาครอด, นิรมล อุเจริญและกัลยาณี นาคฤทธิ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจโรงพยาบาลระนอง. วารสารพยาบาลทหารบก. 21(2), 295 - 304.

- สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.

- Augustyn B. (2007). Ventilator-associated pneumonia risk factors and prevention. Crit Care Nurs. 27(4): 9-32.

- Centers for Disease Control and Prevention.(2004). Guideline for prevention health-care associated pneumonia. Morb Mortal Wkly Rep.53: 1-36.

- Foglia E, Meier MD, Elward A.(2007). Ventilator-associated pneumonia in neonatal and pediatric intensive care unit patients. Clin Microbiol Rev. 20(3): 409-25.

- Garland JS.(2010).Strategies to prevent ventilator associated pneumonia in neonates. Clin Perinatol. 37(3): 629-43.

- Kasuya Y,Hargett JL,Lenhaedt R, Heine MF, Doufas AG, Rimmel KS, et al. (2011). Ventilator-associated pneumonia in criti-cally ill stroke patents:frequency, risk factors, and outcomes. J Crit Care. 26:273-279.

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์  
Promoting Rational Drug use in Hospitals and Health Promoting Hospitals  
Padangbesar Hospital Network

วิทยา พันธุ์ทอง  
Wittaya Phantong  
โรงพยาบาลปาดังเบซาร์  
Padangbesar Hospital

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลของการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และต่อตัวชี้วัดในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล วิธีการวิจัย : ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตัวชี้วัด 20 ตัวในช่วงก่อนการดำเนินงาน (ตุลาคม 2563-กันยายน 2564) และหลังจากการดำเนินงานเป็นเวลา 6 เดือน (ตุลาคม 2564-มิถุนายน 2565) ตัวชี้วัดเป็นตัวชี้วัดเชิงผลการดำเนินงาน 20 ตัวซึ่งระบุอยู่ในคู่มือระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเก็บข้อมูลความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยแบบสอบถามในแพทย์และทันตแพทย์ 6 คน และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ 36 คน ผลการวิจัย : หลังการดำเนินงาน ความตระหนักรู้ฯ ของแพทย์และทันตแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $94.00 \pm 8.07$  เป็น  $106.67 \pm 5.46$  (จากคะแนนเต็ม 120) ความตระหนักรู้สำหรับบุคลากรสุขภาพอื่นเพิ่มขึ้นจาก  $49.22 \pm 7.18$  เป็น  $57.61 \pm 3.83$  (จากคะแนนเต็ม 65) หลังการดำเนินงานโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์มีกระบวนการทำงานตามแนวทาง RDU ครบถ้วนทั้งการกำหนดนโยบาย มาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด การติดตามประเมินผล ทำให้ตัวชี้วัด 15 ตัว มีการพัฒนาขึ้นจากที่อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ก่อนการดำเนินงาน RDU โรงพยาบาลและเครือข่ายฯ หลังจากดำเนินงานแล้ว ตัวชี้วัดเหล่านี้ยังคงเป็นไปตามเกณฑ์หรือสูงกว่าเกณฑ์ ตัวชี้วัดอีก 1 ตัว มีการพัฒนาขึ้น (ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน  $\leq$  ร้อยละ 20) เปลี่ยนจากระดับที่ตกเกณฑ์เป็นระดับที่เป็นไปตามเกณฑ์ และยังมีตัวชี้วัด 3 ตัว (ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ, ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุและร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid) ที่ระดับผ่านเกณฑ์ก่อนดำเนินงาน RDU แต่หลังจากดำเนินงาน RDU ตัวชี้วัดเหล่านี้ยังผ่านเกณฑ์แต่ลดลงจากเดิม สรุป : หลังการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและเครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและเครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ตระหนักมากขึ้นในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และโรงพยาบาลและเครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ผ่านเกณฑ์ของตัวชี้วัด 19 ตัวจากทั้งหมด 20 ตัว

**คำสำคัญ :** การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล



## Abstract

The objective of the study was to evaluate the effects of the program on rational drug use hospitals and health promoting hospitals, Padangbesar Hospital Network on awareness of rational use of drugs among medical personnel and to the indicators of rational drug use. **Method:** The researcher collected the data on 20 indicators in the pre-operation period (Oct 2020 - Sept 2021) and 6 months after program implementation (Oct 2021-Jun 2022). The indicators include 20 performance indicators as detailed in the Manual “Service plan: rational drug use” published by Ministry of Public Health. In addition, the researcher also measured awareness on rational use of drug using questionnaires in 6 physicians and dentists and 36 other health personnel. **Results:** After the program implementation, awareness on the issue among physicians and dentists increased significantly from  $94.00 \pm 8.07$  to  $106.67 \pm 5.46$  (out of the full score of 120). The awareness for other health professionals increased from  $49.22 \pm 7.18$  to  $57.61 \pm 3.83$  (out of the full score of 65). After program implementation, hospitals and health promoting hospitals, Padangbesar Hospital Network established complete working procedures as specified in the RUD hospital program including those in policy formulation, measures and activities to promote rational drug use, development of information systems for measuring indicators, follow-up and evaluation. Program implementation have evolved 15 indicators from the level of pre-operational RDU, hospitals and networks. After the operation these indicators still meet or exceed the threshold. Another indicator has evolved from baseline level failed to a qualifying level. (Percentage of health promoting hospitals and primary care units in the network with antibiotic use in acute diarrhea  $\leq 20\%$ ) There are also 3 metrics that pass the threshold before RDU implementation, but after RDU implementation, these metrics pass but decrease. (percentage of prescription drugs used on the national list of essential medicines, percentage of antibiotic use in accidental wounds, and percentage of chronic asthmatic patients treated with inhaled corticosteroids). **Conclusion:** After the program implementation hospitals and health promoting hospitals, Padangbesar Hospital Network’s medical staff was more aware of the rational use of drugs. The hospitals passed the criteria in 19 indicators out of total 20.

**Keywords :** Rational drug use, Awareness of rational drug use

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use)” คือ ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด

ข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ ได้แสดงว่า การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในอัตราที่สูงอาจถึงครึ่งหนึ่งของการใช้ยาทั้งหมด โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ทำให้เกิดปัญหาต่อประสิทธิผลของการรักษาและปัญหาจากความคลาดเคลื่อนหรือผลข้างเคียงของยา ไปจนถึงสังคมโดยรวม จากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นและนำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ อย่างน้อยปีละ 4,000-5,000 ล้านดอลลาร์ในสหรัฐอเมริกาหรือ 9,000 ล้านยูโรในยุโรป ส่วนในประเทศไทย คาดว่ามีมูลค่าสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงปีละกว่า 40,000 ล้านบาท (คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, 2559) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) เป็นตัวชี้วัดหนึ่งซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศดำเนินการและได้ขยายผลการดำเนินงานไปยังหน่วยบริการอื่น ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้มีการส่งเสริมการใช้ยาถูกต้อง โดยในปัจจุบันปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งปัญหาหลักเกิดจากบุคลากรทางการแพทย์มีการสั่งใช้ยาเกินความจำเป็น โดยมีได้ตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมา เช่น อันตรายจากการใช้ยา ประสิทธิภาพในการรักษาที่ต่ำลง อัตราการดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นโดยไม่เกิดความคุ้มค่า ยากลุ่มที่มีภูมิการใช้อย่างไม่สมเหตุผล ได้แก่ ยานอกบัญญัติยาหลักแห่งชาติ และยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้าง ซึ่งยาในกลุ่มนี้ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดเชื้อดื้อยา ผลของการดำเนินงาน

ใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลของจังหวัดสงขลา ปี 2564 พบว่า ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดแผลสดจากอุบัติเหตุ เท่ากับ 48.15 (ค่าเป้าหมาย  $\leq 40$ ) ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เท่ากับ 22.03 (ค่าเป้าหมาย  $\leq$  ร้อยละ 20) และพบว่า ผลของการดำเนินงานใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เท่ากับ 88.16 (ค่าเป้าหมาย เท่ากับร้อยละ 100) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2564 : ออนไลน์)

สำหรับผลการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลพบว่า ในปี 2564 โรงพยาบาลปาดังเบซาร์มีร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เท่ากับ 23.89 ตามลำดับ (ค่าเป้าหมาย  $\leq$  ร้อยละ 20) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เท่ากับ 87.50 (ค่าเป้าหมาย เท่ากับร้อยละ 100) ซึ่งจะเห็นว่าไม่ผ่านตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ เท่ากับ 15.08 (ค่าเป้าหมาย  $\leq 20$ ) และร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดแผลสดจากอุบัติเหตุ เฉลี่ยเท่ากับ 34.52 (ค่าเป้าหมาย  $\leq 40$ ) (ฐานข้อมูลสารสนเทศ, 2564) ซึ่งยังไม่เกินค่าตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ก็ยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

จะเห็นว่าตัวปัญหาดังกล่าวอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการและระบบยาของโรงพยาบาลและเครือข่ายสถานพยาบาลฯ ทำให้ได้สังเกตเห็นถึงผลกระทบของปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำวิจัยเรื่องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ขึ้น เพื่อประเมินผลของการดำเนินงาน RDU ต่อความตระหนักเกี่ยวกับ การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และต่อตัวชี้วัดในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการดำเนินการในระดับโรงพยาบาลชุมชน และมีการขยาย

กรอบการดำเนินงานไปยังเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นแหล่งกระจายยาอีกแหล่งที่สำคัญ และใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกลไกหลักในการสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลของการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ต่อความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และต่อตัวชี้วัดในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

### วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยมีรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง

### กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทำในบุคลากรทางการแพทย์ (42 คน) ซึ่งปฏิบัติงานจริงในหน่วยบริการทั้งหมด 7 แห่ง ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 30 มิถุนายน 2565 แบ่งเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ 22 คน และบุคลากรใน รพ.สต.อีก 6 แห่ง จำนวน 20 คน ได้แก่ รพ.สต.ศรีประชาเขต รพ.สต.ศรีประชาอุทิศ รพ.สต.ท่าข่อย รพ.สต.บ้านไร่ รพ.สต.คลองรำ และ รพ.สต.เขารูปช้าง ตัวอย่างประกอบด้วยแพทย์ 2 คน ทันตแพทย์ 4 คน เภสัชกร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 29 คน นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน

### ตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU

การประเมินความสำเร็จของโครงการฯ ทำโดยตรวจสอบตัวชี้วัดเชิงผลการดำเนินงาน 20 ตัวชี้วัดตามคู่มือการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาพัฒนาระบบ

บริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตัวชี้วัดเชิงผลการดำเนินงาน 20 ตัว ดังแสดงในตารางที่ 3

### การเก็บข้อมูล

การประเมินตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน 20 ตัว ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล Hosxp ของโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม RDU 2016 สำหรับโรงพยาบาล ใช้ประมวลผลเพื่อรายงานตัวชี้วัดในโครงการ RDU hospital การวิจัยครั้งนี้ได้นำเข้าข้อมูลการรักษาพยาบาลระหว่าง 1 ตุลาคม 2563-30 กันยายน 2564 สำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินโครงการฯ และนำเข้าข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564-30 มิถุนายน 2565 เพื่อเป็นข้อมูลภายหลังการจัดกิจกรรมตามโครงการฯ

การเก็บข้อมูลความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ใช้แบบสอบถามที่อยู่ในคู่มือของโครงการ RDU hospital คำถามที่ใช้วัดความตระหนักฯ ในแพทย์และทันตแพทย์มีจำนวน 24 ข้อ คำถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุขมี 13 คำถาม คำถามสำหรับทั้ง 2 กลุ่มสอบถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การให้ความสำคัญกับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การรายงานผลการใช้ยา การติดตามวิชาการความรู้ด้านยา ในส่วนของแพทย์และทันตแพทย์จะเพิ่มคำถามในเรื่องการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะและหลักการในการเลือกใช้ยาแบบวัดเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ จาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด)

ผู้วิจัยกระจายแบบสอบถามไปยังแพทย์และทันตแพทย์ในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ และส่งแบบสอบถามไปให้บุคลากรสาธารณสุขอื่นในเครือข่ายบริการของโรงพยาบาล 6 แห่ง การเก็บข้อมูลทำ 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 ช่วงเดือนกันยายน 2564 (ก่อนเริ่มดำเนินโครงการฯ) และครั้งที่ 2 ช่วงเดือน มกราคม 2565 (หลังดำเนินโครงการฯ ประมาณ 3 เดือน)

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการดำเนินงานด้านผลลัพธ์ใน 20 ตัวชี้วัด ถูกเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแต่ละตัวชี้วัดที่โครงการ RDU hospital กำหนดไว้ ผลความสำเร็จในภาพรวม วัดจากจำนวนผ่านเกณฑ์ในช่วงก่อนและหลังการดำเนินโครงการ การเปรียบเทียบคะแนนความตระหนักฯ ก่อนและหลังการดำเนินโครงการฯ ใช้ paired t-test

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไป

ตัวอย่างทั้งหมด 42 คน เป็นหญิง 36 คน (ร้อยละ 85.71) อายุเฉลี่ย  $38.8 \pm 6.9$  ปี อายุงานเฉลี่ย  $14.94 \pm 7.4$  ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 1 คน (ร้อยละ 2.78) ปริญญาตรี 36 คน (ร้อยละ 88.09) และปริญญาโท 5 คน (ร้อยละ 11.90) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ 22 คน (ร้อยละ 52.38) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 คน (ร้อยละ 47.62) ตัวอย่างเป็นแพทย์ 2 คน ทันตแพทย์ 4 คน เภสัชกร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 30 คน นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน รวมตัวอย่างที่เป็นแพทย์และทันตแพทย์ 6 คนและเป็นบุคลากรอื่นๆ 36 คน

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนความตระหนักของแพทย์และทันตแพทย์ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ( $n=6$ ) หลังจากการดำเนินงาน ความตระหนักของแพทย์และทันตแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $94.00 \pm 8.07$  เป็น  $106.67 \pm 5.46$  ( $P < 0.001$ ) เมื่อพิจารณาคำถามเป็นรายข้อพบว่า หลังการดำเนินการแพทย์และทันตแพทย์ตระหนักมากขึ้นใน 6 ประเด็นจาก 24 ประเด็นที่ถาม ได้แก่ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตลอดจนทราบความสำคัญของตนเองต่อเรื่องนี้ (ข้อ 1, 2 และ 6) การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามระบบ ทุกครั้งที่พบ (ข้อ 13) การคำนึงถึงความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้น ในผู้ที่มีสิทธิการรักษาจ่ายเงินเอง

(ข้อ 14.4) การสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแก่ผู้ป่วยทุกคนในทุกสิทธิการรักษา ยกเว้นในบางกรณีที่เป็น (ข้อ 15)

แต่หลังจากการดำเนินงาน ความตระหนักของแพทย์และทันตแพทย์ไม่เปลี่ยนแปลงใน 18 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่เกี่ยวกับนโยบาย (การทราบถึง การเห็นด้วยและช่วยผลักดันนโยบายในข้อ 3-5) การเห็นว่า ควรสนใจเป็นพิเศษในการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ, ไม่ควรเลือกสั่งยา original ทั้งที่มียา local made การส่งเสริมการขายของบริษัทยา ไม่มีผลต่อวิธีการสั่งยา (ข้อ 7, 8 และ 9) การเลือกจ่ายตาม standard guideline หรือข้อแนะนำจากสมาคมวิชาชีพ และคำแนะนำของคู่มือการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ข้อ 10.1 และ 10.2) การคำนึงถึงประสิทธิผลของการใช้ยาที่ถูกต้อง ความสะดวกใช้ยาของผู้ป่วย ความเสี่ยงที่อาจเกิดของยา และข้อควรระวังในประชากรกลุ่มพิเศษ (ข้อ 11.1-11.5) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงวิธีการใช้ยาและผลข้างเคียง (ข้อ 12) การคำนึงถึงความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายด้านยาในผู้ที่มีสิทธิการรักษาบัตรทอง ประกันสังคมสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ (ข้อ 14.1-14.3) การศึกษาติดตามข้อมูลด้านยาเป็นประจำ (ข้อ 16)

**ตารางที่ 1 ความตระหนักรู้ของแพทย์และทันตแพทย์ในเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผล (n=6)**

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD		P
	ก่อนโครงการฯ	หลังโครงการฯ	
1. ท่านเข้าใจคำว่า "การใช้อย่างสมเหตุผล"	3.00 $\pm$ 0.00	4.50 $\pm$ 0.55	0.001
2. ท่านตระหนักถึงความสำคัญของการใช้อย่างสมเหตุผล	3.83 $\pm$ 0.41	4.67 $\pm$ 0.52	0.004
3. ท่านทราบถึงนโยบายส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล	3.67 $\pm$ 0.52	4.00 $\pm$ 0.63	0.175
4. ท่านเห็นด้วยกับนโยบายส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล	4.17 $\pm$ 0.41	4.33 $\pm$ 0.52	0.363
5. ท่านตั้งใจที่จะช่วยผลักดันนโยบายRDU ให้สำเร็จ	3.50 $\pm$ 0.55	3.83 $\pm$ 0.41	0.175
6. ท่านทราบว่าจะมีส่วนช่วยให้เห็นนโยบายRDUสำเร็จได้อย่างไร	3.83 $\pm$ 0.75	4.67 $\pm$ 0.52	0.004
7. ท่านเห็นว่าแพทย์ควรสนใจเป็นพิเศษในการสั่งยาปฏิชีวนะ	4.33 $\pm$ 0.82	4.50 $\pm$ 0.84	0.363
8. ท่านเห็นว่าไม่ควรเลือกสั่งยา original ทั้งที่มียา local made สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีสิทธิเบิกการรักษา	3.50 $\pm$ 1.04	4.17 $\pm$ 0.41	0.102
9. ท่านเห็นว่า การส่งเสริมการขายของบริษัทยาไม่มีผลต่อวิธีการสั่งยาของท่าน	3.83 $\pm$ 1.60	4.67 $\pm$ 0.52	0.141
10.1 ท่านเลือกจ่ายตาม standard guideline หรือข้อเสนอแนะจากสมาคมวิชาชีพ	4.33 $\pm$ 0.52	4.67 $\pm$ 0.52	0.175
10.2 ท่านเลือกจ่ายตามคำแนะนำของคู่มือการจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	4.00 $\pm$ 0.89	4.50 $\pm$ 0.55	0.076
11.1 ในการสั่งยา ท่านคำนึงถึงประสิทธิผลของยา	4.33 $\pm$ 0.52	4.67 $\pm$ 0.52	0.175
11.2 ท่านคำนึงถึงการสั่งยาที่ถูกต้อง ทั้งขนาด วิธีบริหาร ความถี่และระยะเวลาในการให้ยา	4.33 $\pm$ 0.52	4.67 $\pm$ 0.52	0.175
11.3 ท่านคำนึงถึงความสะดวกในการจ่ายยา	4.33 $\pm$ 0.52	4.83 $\pm$ 0.41	0.076
11.4 ท่านคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิด	4.17 $\pm$ 0.75	4.83 $\pm$ 0.41	0.102
11.5 ท่านคำนึงถึงข้อควรระวังในประชากรกลุ่มพิเศษ	4.17 $\pm$ 0.75	4.50 $\pm$ 0.55	0.175
12. ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเมื่อมีการสั่งยาชนิดใหม่	3.83 $\pm$ 0.75	4.67 $\pm$ 0.52	0.093
13. ท่านรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการจ่ายยาตามระบบทุกครั้งที่พบ	4.00 $\pm$ 0.63	4.83 $\pm$ 0.41	0.042
14.1 ท่านคำนึงถึงความคุ้มค่าในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพ	3.83 $\pm$ 0.75	4.00 $\pm$ 0.63	0.363
14.2 ท่านคำนึงถึงความคุ้มค่าในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม	3.83 $\pm$ 0.75	4.00 $\pm$ 0.63	0.363
14.3 ท่านคำนึงถึงความคุ้มค่าในผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ	3.83 $\pm$ 0.75	4.00 $\pm$ 0.63	0.363
14.4 จ่ายเงินเอง	4.00 $\pm$ 0.63	4.67 $\pm$ 0.52	0.025
15. ท่านสั่งยาในบัญชียาหลักแก่ผู้ป่วยทุกคนในทุกสิทธิ ยกเว้นบางกรณีที่จำเป็น	4.00 $\pm$ 0.63	4.83 $\pm$ 0.41	0.042
16. ท่านศึกษาและติดตามข้อมูลด้านยาเป็นประจำ	3.33 $\pm$ 1.03	3.67 $\pm$ 0.82	0.175
คะแนนรวมของความตระหนักรู้	94.00 $\pm$ 8.07	106.67 $\pm$ 5.46	0.001

ตารางที่ 2 แสดงความตระหนักของผู้รับบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์/ทันตแพทย์ (n=36) หลังจากดำเนินงานฯ คะแนนความตระหนักผู้ฯ โดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่แพทย์หรือทันตแพทย์เพิ่มขึ้นจาก 49.22±7.18 เป็น

57.61±3.83 (P<0.001) นอกจากนี้ ความตระหนักผู้ฯ รายข้อ (13 ข้อ) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อด้วยเช่นกัน

**ตารางที่ 2 ความตระหนักผู้ฯ สำหรับบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์/ทันตแพทย์ (n=36)**

คำถาม	คะแนนเฉลี่ย ±SD		P
	ก่อนโครงการฯ	หลังโครงการฯ	
1. ท่านเข้าใจคำว่า "การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล"	3.58±0.77	4.42±0.50	<0.001
2. ท่านตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาสมเหตุสมผล	4.00±0.63	4.67±0.48	<0.001
3. ท่านทราบถึงนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	3.72±0.82	4.42±0.50	<0.001
4. ท่านเห็นด้วยกับนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	4.06±0.75	4.44±0.50	<0.001
5. ท่านตั้งใจที่จะช่วยผลักดันนโยบายRDU ให้สำเร็จ	3.94±0.75	4.31±0.47	<0.001
6. ท่านทราบว่ามีส่วนช่วยให้โยบายRDUสำเร็จได้อย่างไร	3.64±0.76	4.47±0.61	<0.001
7. ท่านเห็นว่าไม่ควรเลือกสั่งยา original ทั้งที่มียา local made สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีสิทธิเบิกค่ารักษา	3.56±0.84	4.39±0.60	<0.001
8. ท่านเห็นว่าการส่งเสริมการขายของบริษัทฯไม่มีผลต่อวิธีการสั่งยาของท่าน	3.33±0.96	4.19±0.79	<0.001
9. ท่านมีส่วนในการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้สั่งยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย	3.72±0.88	4.61±0.60	<0.001
10. ท่านมีส่วนช่วยในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องและ ADR ที่อาจพบเมื่อมีโอกาส	3.86±0.68	4.36±0.49	<0.001
11. ท่านรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามระบบทุกครั้งที่พบ	4.19±0.86	4.53±0.61	<0.001
12. ท่านเห็นด้วยกับการสั่งยาหลักแห่งชาติแก่ผู้ป่วยทุกคนยกเว้นในบางกรณีที่เป็น	3.86±0.76	4.25±0.44	<0.001
13. ท่านศึกษาและติดตามข้อมูลด้านยาเป็นประจำ	3.75±0.55	4.56±0.50	<0.001
คะแนนรวมของความตระหนักผู้ฯ	49.22±7.18	57.61±3.83	<0.001

ตารางที่ 3 แสดงตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ 20 ตัวของงาน RDU โรงพยาบาลและเครือข่ายฯ การดำเนินงานฯ ทำให้ตัวชี้วัด 1 ตัว มีการพัฒนาขึ้น (ตัวที่ 20) เปลี่ยนจากระดับที่ตกเกณฑ์เป็นระดับที่เป็นไปตามเกณฑ์

ตัวชี้วัดอีก 15 ตัว (ตัวที่ 2-6,9-14,16-19) อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ก่อนการดำเนินงาน RDU โรงพยาบาลและเครือข่ายฯ หลังจากดำเนินงานฯ แล้ว ตัวชี้วัดเหล่านี้

ยังคงอยู่ในระดับที่ดีเช่นเดิม และยังมีตัวชี้วัด 3 ตัว (ตัวที่ 1,8 และ 15) ที่ระดับผ่านเกณฑ์ก่อนดำเนินงาน RDU แต่หลังจากดำเนินงาน RDU ตัวชี้วัดเหล่านี้ยังผ่านเกณฑ์แต่ลดลงจากเดิม

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงาน RDU โรงพยาบาลและเครือข่ายฯ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ก่อนดำเนินงาน	หลังดำเนินงาน
1	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	≥ ร้อยละ 90	95.38%	90.89%
2	ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3	3	3
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่มที่มีรายละเอียดครบถ้วน	ระดับ 3	3	3
4	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ	0	0
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	3	3
6	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และ หลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ 20	15.08	8.72
7	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20	23.89	20.96
8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 40	34.52	39.34
9	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ 10	8.79	1.41
10	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 0	0	0
11	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFRน้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ ร้อยละ 5	0	0
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ Metformin เป็นยาชนิดเดียว หรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หาก eGFR < 30 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≥ ร้อยละ 80	87.51	88.14
13	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ 5	0.13	0.10
14	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ ร้อยละ 10	3.38	2.03
15	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ ร้อยละ 80	81.74	80.8
16	ร้อยละของผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide,diazepam,dipotassium chlorazepate	≤ ร้อยละ 5	1.31	1.03
17	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin (ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) ,statins,ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	0	0	0

## สรุป

จากการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความตระหนักของแพทย์และทันตแพทย์ยังไม่เพิ่มขึ้นในประเด็นที่เกี่ยวข้องนโยบายในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ความสนใจเป็นพิเศษในการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ การเลือกสั่งยา original ทั้งที่มียา local made ในบัญชียาหลัก การส่งเสริมการขายของบริษัทยาไม่มีผลต่อวิธีการสั่งยา การคำนึงถึงประสิทธิผลของยา การใช้ยาที่ถูกต้อง ความสะดวกในการใช้ยา ความเสี่ยงที่อาจเกิด ข้อควรระวังในประชากรกลุ่มพิเศษ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง การคำนึงถึงความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายด้านยาในผู้มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ประกันสังคม สวัสดิการรักษายา และประเด็นติดตามข้อมูลด้านยาเป็นประจำ ประเด็นเหล่านี้ควรได้รับการพิจารณาปรับปรุงต่อไปในการดำเนินงานพัฒนาส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในอนาคต ได้แก่ การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและสื่อสารนโยบายให้เข้าถึงแก่แพทย์และทันตแพทย์ที่เป็นผู้ผลักดันให้เกิดความสำเร็จในงานนี้ได้

การพัฒนาส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทำให้ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ ผ่านเกณฑ์ 19 ตัว (จาก 20 ตัว) และมีตัวชี้วัดในกลุ่มที่ผ่านเกณฑ์นี้ 1 ตัว (ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน  $\leq$  ร้อยละ 20) มีการพัฒนาขึ้นมาก โดยเปลี่ยนจากระดับที่ตกเกณฑ์เป็นระดับที่เป็นไปตามเกณฑ์

ตัวชี้วัดอีก 15 ตัว (ตัวที่ 2-6,9-14,16-19) อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ก่อนการดำเนินงาน RDU โรงพยาบาลและเครือข่ายฯ หลังจากดำเนินงานฯ แล้ว ตัวชี้วัดเหล่านี้ยังคงอยู่ในระดับที่ดีเช่นเดิม และยังมีตัวชี้วัด 3 ตัว (ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ, ร้อยละ

การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุและร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid) ที่ระดับผ่านเกณฑ์ก่อนดำเนินงาน RDU แต่หลังจากดำเนินงาน RDU ตัวชี้วัดเหล่านี้ยังผ่านเกณฑ์แต่ลดลงจากเดิม

## อภิปรายผล

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ จะเห็นว่า การสร้างความตระหนักรู้ของแพทย์และทันตแพทย์มีความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยแบบประเมินความตระหนักฯ มีประเด็นที่ต้องไปพัฒนาต่อเพื่อส่งเสริมให้แพทย์/ทันตแพทย์ มีความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้น ได้แก่ ในประเด็นคำถาม “ท่านเห็นว่าไม่ควรเลือกสั่งยา original ทั้งที่มียา local made สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีสิทธิเบิกค่ารักษา” , ประเด็นคำถาม “ท่านเห็นว่าการส่งเสริมการขายของบริษัทยาไม่มีผลต่อวิธีการสั่งยาของท่าน” ประเด็นคำถาม “ท่านศึกษาและติดตามข้อมูลด้านยาเป็นประจำ” เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้แพทย์และทันตแพทย์มีความตระหนักมากขึ้นในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้น

ส่วนผลลัพธ์ตัวชี้วัดการดำเนินงานและพัฒนางานการใช้ยาสมเหตุผลหลังจากใช้แนวทางพัฒนาการใช้ยาสมเหตุผลก่อนหลังดำเนินงานฯ พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์แต่ผลลดลง เนื่องมาจากในช่วงโควิด 19 มีรายการยาที่ใช้รักษาภาวะติดเชื้อ ที่เข้ามาได้แก่ favipiravir, molnupiravir, remdesivir ตัวชี้วัดร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากมีการหมุนเวียนของแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาทำให้การสื่อสารไม่ทั่วถึงหรือขาดความชัดเจนในเกณฑ์การใช้ยาตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid น้อยลงอาจเนื่องมาจากการโปรแกรมประมวลผลทาง Health data center (HDC) ยังมีข้อมูลบางอย่างไม่สมบูรณ์เช่น ผู้ป่วย asthma ที่ไม่ได้รับ ICS เนื่องจากมียาเดิมหรือ เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ก็จะถูกนับเป็นการไม่ได้รับ ICS ด้วย



## ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนา

1. ในการประมวลผลทาง Health data Center (HDC) เพื่อประเมินตามตัวชี้วัดการดำเนินงาน RDU ยังมีข้อมูลบางอย่างไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย asthma ที่ไม่ได้รับ ICS เนื่องจากมียาเดิมหรือเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ก็จะถูกนับเป็นการไม่ได้รับ ICS ด้วย

2. ในการประสานงานการดำเนินงาน RDU ระหว่างคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอกับเครือข่าย รพ.สต. ยังขาดความชัดเจนในการสื่อสารแนวทางการดำเนินงาน

3. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน RDU ยังขาดรูปแบบการรายงานผล/การวิเคราะห์ที่ชัดเจน รวมถึงการสะท้อนข้อมูลให้กับเครือข่ายยังไม่ต่อเนื่อง

4. ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากขึ้น การติดตามและเฝ้าระวังของทีมีลงพื้นที่ได้ยากขึ้น

5. ควรมีการสนับสนุนร้านชำให้ดำเนินงาน RDU และมีการพัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ ทักษะและแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดการดำเนินงาน RDU ในร้านชำอย่างยั่งยืน

6. เชิญชวนร้านชำในพื้นที่และผู้ประกอบการร้านเข้าร่วมเครือข่ายร้านชำ RDU และสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมร้านชำในแต่ละพื้นที่

7. ควรมีการให้ความรู้และทบทวนแนวทางใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่ร้านชำในประเด็นที่ยังเป็นปัญหา ได้แก่ การจำหน่ายยาอันตราย การอ่านเลขทะเบียนในฉลากยา

## เอกสารอ้างอิง

กมลนันธ์ ม่วงยิ้ม, วิบูลย์ วัฒนนามกุล, อารีรัตน์ บากาสะแต, จำปี วงศ์นาค, ยลฤดี ตัณฑสิทธิ์และสุภัณฑภา หมาตทอง.(2559,1-2 สิงหาคม).ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์ (เอกสารนำเสนอ).การประชุมเรื่อง การพัฒนาสู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พ.ศ.2559,กรุงเทพฯ,ประเทศไทย.

กาญจนา เสียงใส, สีสาวดี ศรีสอนและนริศรา พรหมบุตร. (2564). การพัฒนาแนวทางเพื่อลดการจำหน่ายยาผิดกฎหมายของร้านชำในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล.(2559). คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

นิศรา ศรีสุระและคณะ.(2559,1-2 สิงหาคม).ถอดรหัสกลยุทธ์สำคัญ 6 ประการ “PLEASE” เพื่อการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (เอกสารนำเสนอ).การประชุมเรื่อง การพัฒนาสู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พ.ศ.2559,กรุงเทพฯ,ประเทศไทย.

โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ งานข้อมูลสารสนเทศ.(2564).ตัวชี้วัดการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use). โปรแกรม RDU 2016.

ศราวุธ มณีวงศ์, จันทนา ลีสวัสดิ์, ญัฐณรี จิระบุญเรือง, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์และ เพชรลดา บริหาร. (2565,มกราคม-มีนาคม).การพัฒนาและประเมินผลเครือข่ายร้านยาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจังหวัดลำปาง.วารสารองค์การเภสัชกรรม,48(2),31-40.



ศุภธินี วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนายิ, พิเชษฐุ์ แซ่ไชว, ดำริห์ ทริยะ, ศิวีไล ปันวารินทร์ และ พรฤดี นิธิรัตน์. ความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์ปีที่ 12 (2) กรกฎาคม-ธันวาคม 2563:72-82.  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข.(2559).การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล.สนง.ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.(2564). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา RDU. สืบค้นจาก <https://ska.hdc.moph.go.th>  
สุมาลี ท่อชู และ รุ่งทิวา หมื่นปา.ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. Thai Journal of Pharmacy Practice Vol.9 No 2 (กรกฎาคม- ธันวาคม 2017): 464-474.

การประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา :  
ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่  
Assessment of Sub-district Health Management Operations: Case Study:  
New Normal Sub-District, Safe from Covid-19 of Krabi

กรกมล เต็มบำรุง  
Kornkamol Taebumrung  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่  
Krabi Provincial Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา: ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ โดยการประเมิน บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของตำบล จัดการสุขภาพ ประชากร คือ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตประเด็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2564 จำนวน 59 ตำบล สุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Multiple logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผลการวิจัยพบว่า

1. การประเมินความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 กระบี่ พบว่า ตำบลที่มีความพร้อม ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จำนวน 43 ตำบล ร้อยละ 72.88 โดยอำเภอเขาพนมเป็นอำเภอที่มีตำบลที่มีความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 ร้อยละ 100.00 รองลงมา อำเภอเกาะลันตา ร้อยละ 80.00 และน้อยที่สุดคืออำเภอลำทับ ร้อยละ 50.00

2. การประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา: ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.73$ ,  $S.D.=0.48$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านบริบทและด้านผลผลิต อยู่ในระดับมาก ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการอยู่ในระดับปานกลาง

3. การประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา: ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่โดยรวมและด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 ( $p > .05$ ) แต่การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา: ตำบลวิถีใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 ด้านกระบวนการและผลผลิตมีความสัมพันธ์กับความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ :** ตำบลจัดการสุขภาพ, การประเมินผล, โรคโควิด -19

## Abstract

This research is to evaluate the performance of the health management sub-district, a case study: New Normal Sub-District, is safe from Covid-19, Krabi province by assessing the context import factor The process and productivity of the health management sub-districts, the population was the quality of life management sub-districts on the issue of Coronavirus Disease 2019, year 2021, of 59 sub-districts, by random sampling. The tool used to collect data is a questionnaire. The statistics used to analyze the data were frequency, percentage, mean, standard deviation. The hypothesis was tested with Multiple logistic regression statistic at the significance level of .05.

1. Assessment of the readiness of the new way of life sub-district Safe from Covid-19, Krabi found that the sub-district with a new lifestyle sub-district Safe from Coronavirus disease 2019, 43 sub-districts, 72.88 percent with Khao Phanom district being a district with a sub-district with a new way of life. Safe from Coronavirus Disease 2019 at 100.00 %, followed by Koh Lanta District at 80.00 %, and the lowest in Lam Thap District, 50.00 percent.

2. Assessment of the health management sub-district, case study: New way village, safe from Krabi Overall, it was at a high level ( $\bar{X}=3.73$ , S.D.=0.48). When classified by aspect, it was found that the contextual aspect and the productivity aspect were at a high level. The input and process factors were at moderate level.

3. Evaluation of Health Management Sub-Districts: Case Study: New Ways Safe from Covid-19 Krabi Province as a whole and in context In terms of import factors, there was no relationship with the readiness of the sub-district, the new way of life was safe from Covid-19 ( $p > .05$ ), but the operation of the sub-district health management, case study : Tambon Way Mai, safe from Covid-19. Process and productivity were related to readiness of sub-district, new way of life, safe from Covid-19 ( $p < .05$ ).

**Keywords :** Health Management Subdistrict, Evaluation, Covid-19

## บทนำ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นเป้าหมายของการสาธารณสุข ซึ่งตามเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตมี 3 ด้าน คือ การบริการปฐมภูมิและบริการทางด้านสาธารณสุขในฐานะเป็นแกนนำสู่การบูรณาการของบริการสุขภาพ นโยบายและกิจกรรมในพหุภาคส่วนร่วม และการเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชน ซึ่งในส่วนของการเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชน ได้นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เพื่อสร้างเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เกิดการพึ่งพาตนเอง หรือการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพชีวิต ทั้งนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีระบบการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพัฒนารูปแบบสู่ระดับครอบครัว คือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยเชื่อมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งได้มีการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการยกระดับเป็นตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยเพิ่มมิติด้านคุณภาพชีวิตเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต คือ ชุมชนสร้างสุข “สุขกาย สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี” เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและช่วยเหลือกันเอง มีระบบบริการปฐมภูมิทั้งที่ชุมชนจัด รัฐ เอกชนจัด และเชื่อมบริการกัน และเกิดระบบการจัดการยกระดับคุณภาพชีวิตโดยในปี 2563 มีเป้าหมายพัฒนาเป็นตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จำนวน 5,800 ตำบล และพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ จำนวน 380 ตำบลภายใต้ฐานทุนเดิม แต่ด้วยวิธีการใหม่ที่สอดรับกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป คือ การสร้างและพัฒนากำลังใจคนเพื่อกลับไปพัฒนาคุณภาพชีวิต ในพื้นที่ให้เกิดผลเป็นรูปธรรมตามลักษณะพื้นที่ 5 ลักษณะ คือ พื้นที่ชนบท เมืองและความเป็นเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท เขตเศรษฐกิจพิเศษ และพื้นที่พิเศษอื่นๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563)

จากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของประเทศไทย ที่มีการแก้ไขปัญหาด้วยมาตรการภาครัฐ ความร่วมมือของประชาชนการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยระบบการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง จากการมี อสม.เข้มแข็ง ในการทำหน้าที่ “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” (อสม.) ดำเนินการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อโรคโควิด -19 ภายในหมู่บ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนในตำบลจนผลงานเป็นที่ประจักษ์ ควบคุมการระบาดของโรคโควิด -19 ได้ จนได้รับชื่นชมทั้งในและต่างประเทศ ทำให้ประเทศไทยขึ้นเป็นอันดับ 1 ของโลกมีความมั่นคงด้านสาธารณสุขด้านโรคโควิด -19 จาก 165 ประเทศ จนรัฐบาลได้ผ่อนคลายมาตรการต่างๆ เพื่อเศรษฐกิจโดยรวม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

อย่างไรก็ตาม การผ่อนคลายมาตรการในการป้องกันและควบคุมให้มีการแพร่ของโรคโควิด -19 ในระดับที่ต่ำ มีการสูญเสียชีวิตน้อย ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและผ่อนคลายความตึงเครียด ในสังคม โดยเพิ่มความเข้มข้นในมาตรการทางสาธารณสุข และการแพทย์แม้ว่าจะทำให้เศรษฐกิจโดยรวมดีขึ้น แต่อาจจะเป็นการจุดชนวนการระบาดเพิ่มขึ้น ดังที่เป็นกังวลกันอยู่ ความร่วมมือของประชาชน และการจัดการของชุมชน จึงเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกัน และควบคุมไม่ให้มีการแพร่ของโรคโควิด -19 หากกลุ่มผู้มีบทบาทสำคัญยังคงมีการดำเนินการต่อเนื่องในชุมชนของตนเอง ซึ่งตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 เป็นกระบวนการจัดการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและการเสริมสร้างสุขภาพในทุกกลุ่มวัย และปลอดภัยจากโควิด -19 โดยมีภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาครัฐ เป็นกลไกการจัดการ แสวงหาบทบาท เสริมพลังร่วมกัน (Synergy) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) นำไปสู่ความปลอดภัยจาก

โรคโควิด -19 หรือในตำบลที่ไม่มีผู้ติดโรคโควิด -19 ประชาชนสุขภาพ สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี ด้วยวิถีชีวิตใหม่ (New Normal)

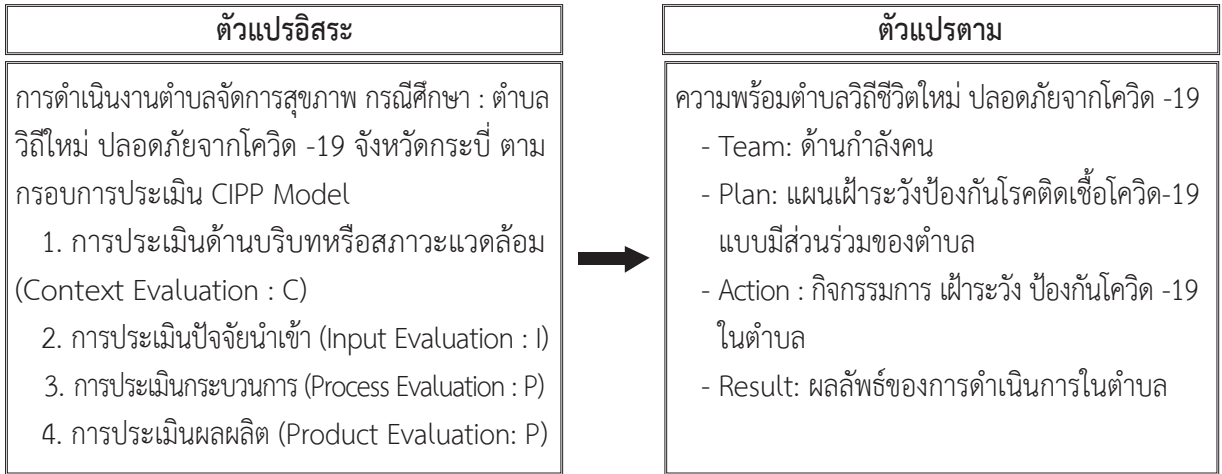
จังหวัดกระบี่ดำเนินการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดใหม่และโครงการสำคัญกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งต้องติดตามและรายงานผลการดำเนินงานเป็นประจำทุกเดือน รวมทั้งถูกบรรจุเป็นแผนงานเร่งด่วน “แผนตำบล มั่นคง มั่งคั่งยั่งยืน” ในยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง ที่ต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการข้าราชการด้านการทหารและความมั่นคงของรัฐ โดยการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตได้บูรณาการในนโยบายคนไทยทุกคนรอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน เชื่อมโยงการดำเนินงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (แนวคิด เหมวรานนท์, 2563). และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง เพื่อการพัฒนาที่มีคุณภาพ ทั้งถึงและยั่งยืน ในสภาวะการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 มีความต่อเนื่องและสำเร็จตามแผนที่วางไว้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ขอความร่วมมือจากอำเภอให้มีการสนับสนุนส่งเสริมทุกตำบลในพื้นที่ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด -19 เป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต “ตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 “ ชุมชนสุขภาพ สุขใจ สุขเงิน สุข สามัคคี (วารุณี เปรมสิงห์, 2562) ผสมกับประเด็นร่วมอื่นๆ ตามบริบทของพื้นที่ที่ตำบลกำหนดไว้ก่อนหน้านี้แล้วนั้น ซึ่งการประเมินการดำเนินงานดังกล่าวเน้นการประเมินเฉพาะการดำเนินงานตามองค์ประกอบ ตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 ยังไม่มีการประเมินการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับจังหวัดทั้งระบบการประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา : ตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่

โดยใช้แนวคิดการประเมินผลตามกรอบประเมิน CIPP Model เพื่อจะได้ทราบบริบท ปัจจัยนำเข้า ที่มีผลต่อการดำเนินงานและสามารถนำผลการประเมินไปขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบลตามประเด็นปัญหาสาธารณสุขระดับพื้นที่ และปัญหาอื่นๆต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของตำบลจัดการสุขภาพกรณีศึกษา : ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา: ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ ตามกรอบการประเมิน CIPP Model
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา: ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ ตามกรอบการประเมิน CIPP Model กับความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19

## กรอบแนวคิดการวิจัย



### ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลหลัก การศึกษาครั้งนี้ประชากร คือ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประเด็นโรคโควิด -19 ปี 2564 จำนวน 59 ตำบล โดยผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นแกนนำระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคในตำบล ร่วมกันพิจารณาและหาข้อสรุปร่วมกันในแต่ละข้อคำถาม ตามสภาพความเป็นจริงของหมู่บ้าน/ชุมชนในตำบล 2) ยินดีและมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี (ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้)

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่ได้เป็นแกนนำระดับตำบล ตามองค์ประกอบตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและไม่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคในตำบล 2) ไม่ยินดีและไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ภูมิศึกษา : ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19

จังหวัดกระบี่ ตามกรอบการประเมิน CIPP Model ได้แก่ 1. ด้านบริบท 2. ปัจจัยนำเข้า 3. กระบวนการทำงานตามองค์ประกอบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) มีค่าความสอดคล้อง 0.86 และค่าความเชื่อมั่น 8.63 แบ่งคะแนนการประเมิน เป็น 3 ระดับ (Best John W, 1977) คือ สูง (3.68-5.00) ปานกลาง (2.34-3.67) และต่ำ (1.00-2.33)

2. แบบประเมินความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จำนวน 17 ข้อ โดยลักษณะแบบประเมินมีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ มี (1 คะแนน) ไม่มีให้ (0 คะแนน) ซึ่งประยุกต์ใช้แบบประเมินของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2563) แบ่งคะแนนการประเมิน เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คือ พร้อมมาก (19-22 คะแนน) พร้อมปานกลาง (16-18 คะแนน) และต้องปรับปรุง (0-15 คะแนน)

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการผ่านจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ประสานงานกับแกนนำระดับตำบล ประกอบด้วยผู้นำท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด -19 ในตำบล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลตำบลจัดการสุขภาพ ความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 ทั้ง 8 อำเภอ ในจังหวัดกระบี่

2. ผู้วิจัยลงพื้นที่ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มแกนนำระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคในตำบลสำหรับตำบลจัดการสุขภาพ ความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 ทั้ง 8 อำเภอ ในจังหวัดกระบี่ โดยให้แกนนำระดับตำบล ร่วมกันพิจารณาและหาข้อสรุปร่วมกันในแต่ละข้อคำถาม ตามสภาพความเป็นจริงของหมู่บ้านชุมชนในตำบล

3. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปตำบลจัดการสุขภาพ ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

2. การประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา: ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ ตามกรอบการประเมิน CIPP Model กระบี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การประเมินผลความร่วมมือตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 กระบี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา: ตำบลวิถีใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ ตามกรอบการประเมิน CIPP Model กับความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญ .05

## ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ หมายเลขรับรอง KBO-IRB 2022/03.1.3006

## ผลการวิจัย

1. การประเมินความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 กระบี่ พบว่าตำบลที่มีความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 จำนวน 43 ตำบล ร้อยละ 72.88 และไม่พร้อม จำนวน 16 ตำบล ร้อยละ 27.12 โดยอำเภอเขาพนมมีตำบลที่มีความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 ร้อยละ 100.00 รองลงมาคืออำเภอเกาะลันตา ร้อยละ 80.00 อำเภอที่มีความพร้อมน้อยที่สุด คือ อำเภอลำทับ ร้อยละ 50.00 ดังตารางที่ 1



**ตารางที่ 1** ความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	พร้อม		ไม่พร้อม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เมืองกระบี่	7	70.00	3	30.00
เขาพนม	6	100.00	0	0.00
เกาะลันตา	4	80.00	1	20.00
คลองท่อม	5	71.43	2	28.57
อ่าวลึก	6	60.00	4	40.00
ปลายพระยา	3	75.00	1	25.00
ลำทับ	2	50.00	2	50.00
เหนือคลอง	10	76.92	3	23.08
<b>รวม</b>	<b>43</b>	<b>72.88</b>	<b>16</b>	<b>27.12</b>

การประเมินความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 กระบี่ จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านกำลังคน มีความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 จำนวน 55 ตำบล ร้อยละ 93.22 ด้านแผน ใฝ่ระวังป้องกันโรค มีความพร้อม จำนวน 57 ตำบล

ร้อยละ 93.22 ด้านกิจกรรม การใฝ่ระวังป้องกันโรค จำนวน 55 ตำบล ร้อยละ 93.22 และด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงาน จำนวน 33 ตำบล ร้อยละ 55.93 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ จำแนกรายด้าน

ความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ (N=59)	พร้อม		ไม่พร้อม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านกำลังคน (Team)	55	93.22	4	6.78
ด้านแผนใฝ่ระวังป้องกันโรค (Plan)	57	96.61	2	3.39
ด้านกิจกรรมการใฝ่ระวังป้องกันโรค (Action)	55	93.22	4	6.78
ด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงาน (Result)	33	55.93	26	44.07

2. การประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา : ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ ตามกรอบการประเมิน CIPP Model กระบี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.73, S.D.=0.48$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ

ด้านบริบท ( $\bar{X}=3.73, S.D.=0.48$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ มากรองลงมา ด้านผลผลิต ( $\bar{X}=3.73, S.D.=0.48$ ) มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ด้านปัจจัยนำเข้า ( $\bar{X}=3.66, S.D.=0.56$ ) มีค่า เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และด้านกระบวนการ ( $\bar{X}=3.49, S.D.=0.61$ ) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยและส่วนเลียงเบนมาตรฐาน ผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา : ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ ตามกรอบการประเมิน CIPP Model

การประเมินการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านบริบท (Context)	3.96	0.49	มาก
ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	3.66	0.56	ปานกลาง
ด้านกระบวนการ (Process)	3.49	0.61	ปานกลาง
ด้านผลผลิต (Product)	3.72	0.53	มาก
<b>รวม</b>	<b>3.73</b>	<b>0.48</b>	<b>มาก</b>

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา: ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ ตามกรอบการประเมิน CIPP Model กับความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตมีความสัมพันธ์กับความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 โดยปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง มีผลต่อความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 5.94 เท่า (95%CI =2.11-17.83) เมื่อเปรียบเทียบกับผล

การดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง-ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยปัจจัยด้านผลผลิตที่มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง มีผลต่อความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 0.34 เท่า (95%CI=0.01-0.71) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง-ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value  $< 0.05$  ส่วนการดำเนินงานโดยรวม ปัจจัยด้านบริบท และด้านปัจจัยนำเข้า ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา: ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ ตามกรอบการประเมิน CIPP Model กับความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19

CIPP Model	พร้อม		ไม่พร้อม		Crude OR	AdjOR	95%CI	P-value	
	n	%	n	%					
<b>ด้านบริบท</b>	สูง	32	71.11	13	28.89	1.49	1.89	0.29-12.32	0.504
	ปานกลาง-ต่ำ	11	78.57	3	21.43	1	1	1	
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>	สูง	24	77.42	7	22.58	1.62	0.79	0.04-13.25	0.874
	ปานกลาง-ต่ำ	19	67.86	9	32.14	1	1		

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา: ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ ตามกรอบการประเมิน CIPP Model กับความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัย จากโควิด -19 (ต่อ)

CIPP Model	พร้อม		ไม่พร้อม		Crude OR	AdjOR	95%CI	P-value
	n	%	n	%				
<b>ด้านกระบวนการ</b>								
สูง	23	88.46	3	11.54	4.98	5.94	2.11-17.83	0.011*
ปานกลาง-ต่ำ	20	60.60	13	39.40	1	1		
<b>ด้านผลผลิต</b>								
สูง	22	64.71	12	35.29	0.34	0.10	0.01-0.71	0.022*
ปานกลาง-ต่ำ	21	84.00	4	16.00	1	1		
<b>การดำเนินงานโดยรวม</b>								
สูง	26	76.47	8	22.23	0.47	0.79	0.11-17.2	0.722
ปานกลาง-ต่ำ	17	68.00	8	32.00	1	1		

\* Significant <0.05

### อภิปรายผล

การประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา : ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ ด้านบริบท อยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ชัดเจนจากทุกระดับมาใช้ในการเตรียมความพร้อม ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 สอดคล้องกับ หนัด ไบยา และยุพิน แดงอ่อน (2565) ศึกษาการประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน พบว่า ผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ระดับมาก นอกจากนี้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพจากเครือข่ายองค์กรในตำบล และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับปัญหาโรคโควิด -19 ในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับ กาญจนา วันธนาพร (2552)

ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ของ สตีฟเฟิลบีมประเมินโครงการทางการศึกษา พบว่า พบปัญหาหรือความต้องการจำเป็นของสถานศึกษาอาจพบช่องว่างระหว่างสิ่งที่ต้องการกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหลายประการอาจต้องวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและทำการแก้ไข ดังนั้นผู้รับผิดชอบโครงการ สามารถกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการให้สอดคล้องกับปัญหา ซึ่งโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุดำเนินโครงการโดยวัตถุประสงค์ของโครงการและความสอดคล้องกับความต้องการผู้สูงอายุ กิจกรรม ซึ่งการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของธเนศ ภัทรวินกุล (2560) ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด พบว่า ผลการประเมินบริบทประเด็นความสอดคล้องของปัญหาสุขภาพและความต้องการของพื้นที่ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นนโยบายที่ดีสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของพื้นที่ได้

ด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งประกอบด้วยงบประมาณ บุคลากร ทรัพยากรต่างๆ รวมถึงนโยบายการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ “ตำบลวิถีใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19” ที่มีส่วนขับเคลื่อนและหนุนเสริมให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการ ซึ่งจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มแกนนำระดับตำบล พบว่าปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรยังมีไม่เพียงพอทุกสาขาวิชาชีพในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ “ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19” สอดคล้องกับการศึกษาของ สมิตี โคตรตาแสง (2557) ศึกษากระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ พบว่าการจัดสรรบุคลากร งบประมาณและทรัพยากรควรมีการจัดทำแผนงบประมาณร่วมกันและกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรบุคลากรงบประมาณให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของหน่วยบริการในพื้นที่

ด้านกระบวนการ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีการประเมินการประเมิน คือ มีการประชุมชี้แจง การซักซ้อมและทำความเข้าใจ การประชาสัมพันธ์ ขั้นตอนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ “ตำบลวิถีใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19” แก่เครือข่าย/องค์กรต่างๆ และมีการบูรณาการ การวางแผน นิเทศ ติดตามงาน การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชดากร ศิริคุณ และคณะ (2558) ที่ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอของจังหวัดสกลนคร ที่พบว่า การขับเคลื่อนงาน DHS ไปสู่ความสำเร็จได้นั้นประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วม 2) การมีปฏิสัมพันธ์ในการประสานงาน 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 4) การปฏิบัติจริงจนเกิดการหยั่งรู้ สู่การพัฒนาต่อเนื่อง และ 5) กระบวนการตรวจสอบหากเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอมีการร่วมคิด วิเคราะห์และวางแผนการแก้ปัญหาสุขภาพ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของมงคล ปิยะปัญญา (2563) ที่ศึกษาและพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2561 พบว่า ตำบลจัดการสุขภาพเข้าร่วมการประเมิน จำนวน 635 ตำบล

(ร้อยละ 100.0) ผ่านเกณฑ์การประเมินตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ จำนวน 550 ตำบล (ร้อยละ 86.61) และยังไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 85 ตำบล (ร้อยละ 13.39) และผลการศึกษาระบบการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ตามเกณฑ์การประเมิน TPAR ของตำบลต้นแบบทั้ง 3 ตำบล พบว่า ด้านTeam การมีทีมสุขภาพระดับตำบลที่มีศักยภาพ ตำบลต้นแบบทั้ง 3 ตำบล มีกระบวนการที่คล้ายกัน คือมีทีมสุขภาพระดับตำบลที่มีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็น ภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล เพื่อแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และมีการพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพระดับตำบล เช่น เรื่องการจัดทำแผนสุขภาพตำบล การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. อสค. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับ ไพโรจน์ แสงจง (2561) พบว่า ประเด็นการประชุมในการติดตามการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่องระดับการประเมินปานกลาง เนื่องจากคณะกรรมการจากเครือข่ายหรือองค์กรต่างๆ มีการกิจเฉพาะด้านของตนเองที่ต้องปฏิบัติและขาดผู้ประสานงานที่ชัดเจนในการร่วมประชุมวางแผนงานติดตามงาน

ด้านผลผลิต อยู่ในระดับมาก จากการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ “ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19” ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ มีแผนการพัฒนาสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทุก กลุ่มอายุตามนโยบายตำบลจัดการสุขภาพ (“ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19”) มีและใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพในการวิเคราะห์และวางแผนระบบสุขภาพ ซึ่งทำให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย การมีส่วนร่วมความภาคภูมิใจและการเป็นเจ้าของร่วมกันจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพในการแก้ปัญหาโควิด -19 ในพื้นที่ที่ได้สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลจาแบบสอบถามของภาคีเครือข่ายระดับตำบลที่พบว่า การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ “ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโรค-19”

ทำให้ตำบลสามารถชะลอการระบาดของโรคฯ และไม่พบผู้ติดเชื้อโควิด -19 รายใหม่ติดต่อกัน 14 วัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2558) ที่พบว่าคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอซึ่งประกอบไปด้วยภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันประชาชนมีสุขภาวะได้ รวมทั้งทีมสุขภาพระดับตำบลที่มีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐภาคท้องถิ่นภาคเอกชน และภาคประชาชน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล เพื่อแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และมีการพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพระดับตำบล เช่น เรื่องการจัดทำแผนสุขภาพตำบล การอบรมพัฒนา (มงคล ปิยะปัญญา, 2563) ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลได้มีนโยบาย ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้หนุนเสริมนโยบายดังกล่าว ด้วยการพัฒนากลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพื่อให้เห็นผลผลิต (Output) ในแต่ละพื้นที่ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งพื้นที่ระดับตำบล ถือเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นที่ (Area Management) ที่มีทุนเดิมของตำบลจัดการสุขภาพ 4 องค์ประกอบ คือ มีทีมนำ มีเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ มีการจัดทำแผนดำเนินงานของชุมชน โดยมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและมีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ เพิ่มเติมในมิติคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ และต้นแบบการจัดการคุณภาพชีวิตเชื่อมโยง กับ พชอ. และพัฒนากลไกความร่วมมือแบบบูรณาการในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่มีเป้าหมายเดียวของงานปฐมภูมิทั้งที่ชุมชนจัด รัฐเอกชนจัดและเชื่อมบริการกันและเกิดระบบจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผลการวิจัยนี้ พบว่า การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ กรณีศึกษา : ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่โดยรวมและด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 แต่ด้านกระบวนการและผลผลิตมีความสัมพันธ์กับความพร้อมตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด -19 ดังนั้น ควรพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับกระบวนการทำงานและการวางแผนการดำเนินงานของคณะกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ รวมทั้งการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลในการควบคุมโรคและการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

2) นำผลการประเมินไปปรับใช้กับตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด -19 จังหวัดกระบี่ในอำเภออื่น ๆ

### 2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยและพัฒนาในพื้นที่ที่ยังไม่มีความพร้อมในการดำเนินการตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัย จากโควิด -19 (อีก 28%)

## เอกสารอ้างอิง

กาญจนา วัฒนสุนทร. (2552). การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ของสตฟเพ็ลปัมประเมินโครงการทางการศึกษา. วารสารเทคโนโลยีสุรนารี; 16 (1): 67-83

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพ. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลวิถีใหม่ปลอดภัยจากโควิด 19. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แบบประเมินตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยจากโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก [https://www.esanphc.net/ihsd/wp-content/uploads/2021/01/640125\\_tambon\\_covid19\\_self\\_assessment.pdf](https://www.esanphc.net/ihsd/wp-content/uploads/2021/01/640125_tambon_covid19_self_assessment.pdf)
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี : [ม.ป.พ.]
- ชดากร ศิริคุณ วุฒพงศ์ ภัคทีกุล. (2558). การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร วารสารการพัฒนาสุขภาพ. ชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2(1):1-12.
- ถนัด ไบยา และ ยุพิน แต่งอ่อน (2565) การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 18(1): 59-68
- ธเนศ ภัทรวิรินกุล. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2560; 13(1) : 3 – 11.
- ไพโรจน์ แสงจง. (2561). การประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มงคล ปิยปัญญา (2563). การศึกษาและพัฒนากลุ่มสุขภาพแบบบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2561. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคอีสาน; 35(1): 36-52
- วารุณี เปรมสิงห์. (2562). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอนิคมคำสร้อยจังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 8(2):6-12.
- แววดี เหมวรานนท์ (2563). การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ ; 6(1): 140–157
- สุภัทรา ศรีวิเศษชากร, ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ, มธุรพร ภาคพรต และ พกฤษา บุกบุญ. (2558) การจัดการระบบสุขภาพอำเภอเพื่อดูแลกลุ่มประชากร: กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรังกลุ่มคนพิการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมดี โคตรตาแสง, & ชนะพล ศรีฤๅชา. (2558). กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7(3), 137-145.
- Best, J. W. (1977). Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.

### 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 :

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่เหมาะสม 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 มือถือ 081-3705370

### ลิขสิทธิ์ :

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากกระบวนการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

### ความรับผิดชอบ :

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

### กำหนดการส่งต้นฉบับ :

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



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ  
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  
Line ID : 0813705370