

วารสาร

สารานุกรมสุขภาพมูลฐานภาคใต้



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

<https://hss.moph.go.th/webs/phcsn> E-mail : southern.phc@gmail.com

ISSN 0857-7293 ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2566



กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

ISSN 0857-7293 ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2566

ที่ปรึกษาพิเศษ

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์
ดร.นพ.ภานุวัฒน์ ปานเกตุ
นพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ
นพ.สามารถ ธีระศักดิ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.เพ็ญจันทร์ เศวตศรีสกุล
รศ.ดร.สืบพงศ์ ธรรมชาติ
รศ.ดร.อัญชลี กฤษณจินดา
รศ.ดร.ปัญญา เลิศไกร
รศ.ดร.นัยนา หนูนิล
ผศ.ดร.คุณิณี สุวรรณคง
ผศ.ดร.กฤตพร แซ่แง สายจันทร์
ผศ.ดร.นิลรัตน์ นวกิจไพฑูริย์
ผศ.ดร.เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์
ดร.ภก.คชาพล นิมเคช
ดร.วิเชียร ไทยเจริญ
ดร.ชัยณรงค์ แก้วจันทน์
ดร.ไพสิฐ บุญยะกวี
ดร.สุรชาติ ไกยกุลย์
ดร.จามจุรี แซ่หลู่
ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยชัช
ดร.ภาวดี เหมทานนท์
ดร.รัถยานภิศ รัชตะวราชน (พลเส็ก)
ดร.บุญรวม จิตต์สามารถ
ดร.มัทริกา จินากุล
ดร.ภญ.ศรีสุดา ศิลาโชติ
ดร.ภญ.อารยา ศรีไพโรจน์
ดร.มัลลิกา คงแก้ว
ดร.มาศไมพี จิตวิริยธรรม
ดร.ร.อ.หญิง เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม
ดร.ลัญจกร นิลกาญจน์
ดร.สมภพ อาจชนะศึก
ดร.วรารัตน์ กิจพจน์
ดร.วาสนี วงศ์อินทร์
ดร.สมพร รัตนพันธ์
ดร.อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ

นักวิชาการอิสระ
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราชใส่ใหญ่
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
โรงพยาบาลปากพนัง
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลค่ายชิวราวุธ นครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โรงพยาบาลท่าศาลา
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

บรรณาธิการ

นายรุจ เรืองพุทธ

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายสุรเชษฐ์ เซตุดอง

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

นางวิณาพร สำอางศรี

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช

นายสมชาย ลีสิน
นางรุจิรา เพชรสงค์
นายศุภกานต์ สุภาวิบูลาสน์
จ.อ.ศุภปรกรณ์ ขวัญใจ
นายธนา ศักดิ์สุปรีชา

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

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

การจัดทำต้นฉบับ

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

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

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

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

2. บทความวิชาการ

- 2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 2.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 2.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
ให้เรียงลำดับสาระดังนี้
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/บทนำ/เนื้อเรื่อง/สรุป/ข้อเสนอแนะ/เอกสารอ้างอิง

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

3.1 กรณีอ้างอิงจากหนังสือให้เขียนตามรูปแบบ

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

ไพรัช รัชยพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

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

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

3.3 กรณีพิมพ์อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต (Internet) ให้เขียนตามรูปแบบ

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

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

4. การส่งเรื่องต้นฉบับให้นำส่งไฟล์ Word ทาง Email : southern.phc@gmail.com ดังนี้

- สำหรับตีพิมพ์ผลงานไม่เกิน 12 หน้า (Summary Paper)
- 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

Email : 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 T I K A R

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 37 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม 2566 เป็นปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย จัดบริการดูแลสุขภาพเป็นของขวัญปีใหม่ผู้สูงอายุทั่วประเทศ โดยประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะองค์กรหลักด้านสุขภาพของประเทศ จึงได้ประกาศให้ปี 2566 เป็นปีแห่ง “สุขภาพสูงวัยไทย” เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง พร้อมทั้งมอบบริการและวัสดุอุปกรณ์เพื่อการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เป็นของขวัญปีใหม่ตลอดปี 2566 ประกอบด้วย การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ การมอบวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ แว่นสายตาจำนวน 5 แสนชิ้น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 5 ล้านชิ้น ฟันเทียมและรากฟันเทียม จำนวน 36,000 ราย ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนได้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และบูรณาการความร่วมมือในการจัดสวัสดิการ การบริการในมิติต่างๆ ให้สอดคล้องกับบริบทและสังคมต่อไป นอกจากนี้ยังได้ใช้วิทยากรในแขนงต่างๆ โดยเฉพาะจากการศึกษาวิจัยมาประยุกต์ใช้ได้กับการดูแลผู้สูงอายุต่อไป ซึ่งวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ขอเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การศึกษา วิจัยให้กับเครือข่ายในพื้นที่ ให้สามารถนำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยไปขยายผลและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาอ่านบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่ทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

สารบัญ

ทิศทาง/นโยบาย

- ความท้าทายในการปรับโครงสร้างและระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามวิสัยทัศน์สู่ศตวรรษที่ 21 ของ WHO และยุทธศาสตร์ชาติทางด้านสาธารณสุข (ต่อ) 8
- การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ 11

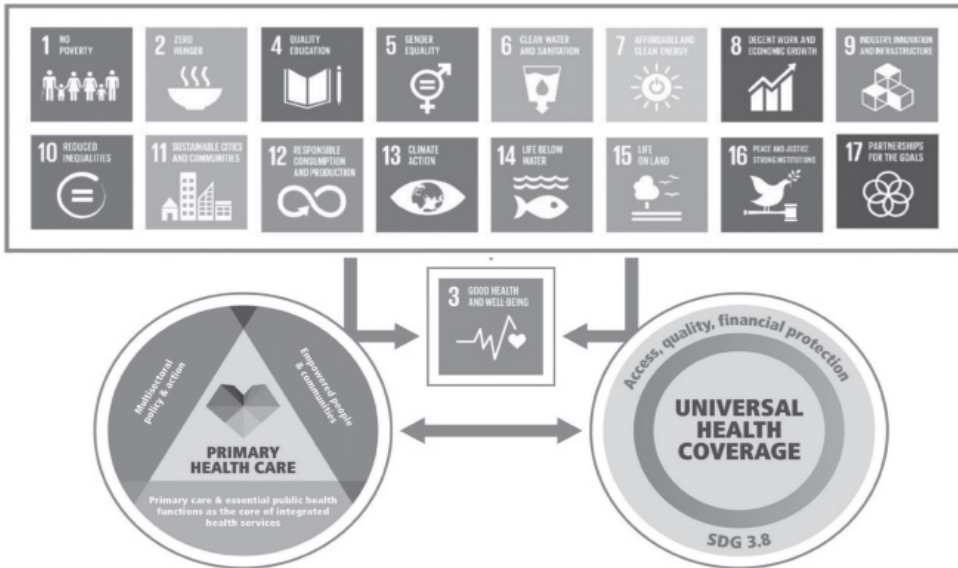
งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช 13
- ปัจจัยที่มีผลกับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภออบพิดำ จังหวัดนครศรีธรรมราช 24
- รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง 34
- พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ 46
- การประเมินผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ 57

ความท้าทายในการปรับโครงสร้างและระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามวิสัยทัศน์สู่ศตวรรษที่ 21 ของ WHO และยุทธศาสตร์ชาติทางด้านสาธารณสุข (ต่อ)

การสาธารณสุขมูลฐาน คือ ยุทธศาสตร์นำสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

องค์การอนามัยโลกเชื่อมั่นว่าการปรับพันธกิจและบทบาทดังกล่าว เอื้อให้ตอบสนองต่อการขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมถ้วนทั่ว และเป็นมรรควิธี (Pathway) สำคัญ ที่จะขับเคลื่อนพันธกิจปฏิรูประบบสุขภาพสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ของสหประชาชาติได้ด้วย



ภาพแสดง : ฝั่งการใช้กลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานเป็นเครื่องเชื่อมโยงสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) เข้ากับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้วยการปรับพันธกิจ และทักษะใหม่ด้านสาธารณสุขมูลฐาน 3 ด้าน

ประเด็นสำคัญที่องค์การสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก ตระหนักต่อการขับเคลื่อนสู่เป้าหมายดังกล่าวก็คือ SDGs มิใช่เป้าหมายที่อยู่คงที่ไปอีก 20 ปี หากแต่เป็นเป้าหมายที่ปรับตัวไปได้ตลอดเวลา และประเด็นสำคัญคือ ต้องมีการปรับระบบและโครงสร้างของการดำเนินงานที่รองรับกับเป้าหมายที่วางเอาไว้ที่เหมาะสม

การปรับระบบงานและโครงสร้าง (Transformation) ที่จำเป็นสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 6 ประเด็น ได้แก่

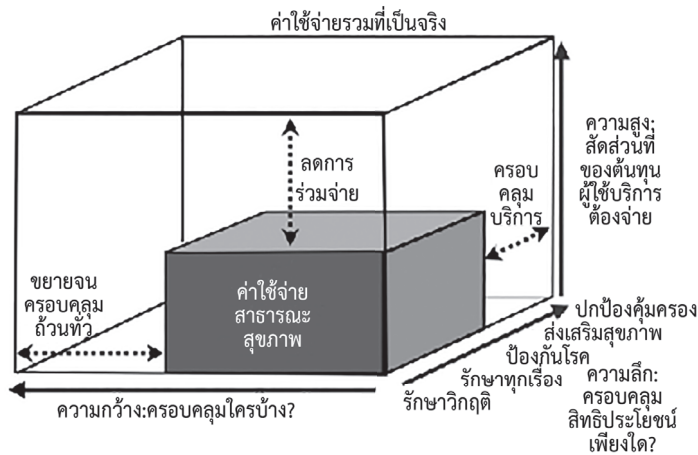
- * การปรับเพิ่มสมรรถนะของทรัพยากรมนุษย์ ผ่านการปรับปรุงทางการศึกษาและบริการสุขภาพให้ดีขึ้น
- * การเข้าถึงบริการและการให้บริการที่ต้องจัดให้เท่าทันการปรับระบบและโครงสร้างในภาคส่วนอื่น
- * การใช้ระบบพลังงานสะอาด โดยไม่เพิ่มคาร์บอนในบรรยากาศมีราคาที่ถูกลงสำหรับทุกคน
- * การเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและน้ำสะอาดสำหรับทุกคน เป็นการปกป้องอาหารให้ยั่งยืน
- * การปรับระบบและโครงสร้างของเมือง (Smart City) ให้เกิดประโยชน์กับประชากรโลกโดยรวม
- * วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และนวัตกรรม คือ แรงผลักดันความต้องการมนุษย์ ซึ่งต้องทุ่มให้มุ่งสู่

การพัฒนาที่ยั่งยืน

เป้าหมายสูงสุดของการสาธารณสุขมูลฐานจึงต้องมุ่งไปสู่ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” ซึ่งได้จำกัดความไว้ว่า “การพัฒนาที่ตอบสนองความจำเป็นของคนรุ่นวัยปัจจุบัน โดยต้องไม่ลดขีดความสามารถในการตอบสนองความจำเป็นของคนในวันต่อไป (Development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs)

หากแต่ผลกระทบทบทวนงานสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลกเมื่อ พ.ศ. 2551 และในการนำมาประกอบการวางวิสัยทัศน์ของการสาธารณสุขมูลฐานเมื่อ พ.ศ. 2561 ยังพบว่า ฝ่ายผู้กำหนดนโยบายสุขภาพและผู้ให้บริการหรือฝ่ายแปลนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Policy Implementation) ยังมิได้ปรับนิยามของการพัฒนาที่ยั่งยืนไปใช้เป็นเงื่อนไขสำคัญของการดำเนินงาน สะท้อนให้เห็นจากความต้องการที่ต้องปรับความเข้าใจและพัฒนามรรควิธีการจัดระบบงานและโครงสร้างใหม่ที่ชัดเจนกว่านี้

ภาพแสดง : มิติความครอบคลุมถ้วนทั่วในการจัดบริการทางสุขภาพ ใน 3 มิติ ของสิทธิประโยชน์



กรณีการปรับนิยามการพัฒนาที่ยั่งยืนมาใช้ในการสาธารณสุขมูลฐานในวิสัยทัศน์แห่งศตวรรษที่ 21 มาใช้กับนโยบายบริการสุขภาพที่ครอบคลุมถ้วนหน้าทั้งสามมิติ ดังภาพ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์การปรับใช้กับการวางแผนจัดการสังคมสูงวัยมุ่งอนาคต หรือการประเมินผลทบทวนการวางแผนควบคุมป้องกันโรคใช้เลือกออก ในระดับพื้นที่ชุมชนพบว่า ทั้งผู้กำหนดนโยบายจากส่วนกลาง เขต จังหวัด และผู้ขับเคลื่อนนโยบายในระดับอำเภอ ตำบล และท้องถิ่นยังขาดแนวทางการแปลนโยบายไปสู่การปฏิบัติในทุกระดับ

การวิเคราะห์การจัดทรัพยากร และการพัฒนากิจกรรมในกรณีสังคมสูงวัย ซึ่งมุ่งเน้นไปที่กิจกรรมของผู้สูงวัยเป็นหลัก หากแต่การส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพของคนรุ่นหนุ่มสาว หรือ วัยแรงงาน ให้เกิดการปรับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการดำเนินงานและประสิทธิผลน้อยมาก สะท้อนให้เห็นว่าคนในรุ่นวัยที่จะเลื่อนขึ้นมาสู่กลุ่มผู้สูงอายุในอีก 20- 30 ปีข้างหน้าจะต้องเผชิญกับภาวะโรคทั้งสอง และภาวะจากโรคแทรกซ้อนทางสมอง หัวใจ และไตวายเพิ่มมากขึ้น

การวิเคราะห์ปัญหาครอบครัวในรุ่นวัยที่เป็นวัยรุ่นในปัจจุบัน ซึ่งมีมุมมองทางสุขภาพจำกัดเพียงแค่การจัดการกับปัญหาท้องไม่พร้อม ในเชิงบริการทางการแพทย์ แต่มิได้มีการวิเคราะห์เสนอเหตุปัจจัยทางสังคม ครอบครัว ที่ก่อให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เป็นผลมาจากบริการทางสังคม เศรษฐกิจและสุขภาพ ที่แยกส่วนกันทำในแต่ละ

ภาคส่วน ส่งผลให้ไม่อาจทำให้ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ของเด็กและเยาวชนขาดประเด็นการปกป้องคุ้มครอง ส่งผลให้เด็กและเยาวชนต้องเผชิญความเปราะบางของครอบครัวและชุมชนมากขึ้นเรื่อย ๆ

ปัญหาโรคไข้เลือดออก อันถือได้ว่าเป็นโรคประจำถิ่น ที่แม้ว่ารัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญมาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็มีแนวโน้มที่จะมีการระบาดกว้างขวางขึ้น ตลอดจนขยายความเจ็บป่วยไปสู่กลุ่มวัยทำงาน และมีความรุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้นอันเป็นผลจากไม่อาจควบคุมอุบัติการณ์ของโรคได้ในระยะ 50 ปีที่ผ่านมา การประเมินผลในช่วง 2 – 3 ปีที่ผ่านมาสะท้อนถึงข้อจำกัดของการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ตำบลและท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนขาดความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น ๆ อย่างจริงจังในการปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชน

การใช้ภาพแสดงมิติฯ เข้ามาประกอบการวิเคราะห์ภารกิจของภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีภาระบริการใหม่ในเชิงสิทธิประโยชน์ของหน่วยงานสาธารณสุขต้องขยายทักษะและสมรรถนะให้ชัดเจนขึ้น ก็คือ การป้องกัน ที่ต้องให้ความสำคัญคุ้มครองแก่กลุ่มประชากรที่เปราะบาง ซึ่งเป็นแนวทางที่ประเทศอุตสาหกรรมตะวันตกตื่นตัวขึ้นมาและรับเป็นพันธกิจของภาคส่วนสาธารณสุข ที่จะต้องทำหน้าที่ชี้แนะ (Advocacy) ด้วยข่าวสารเชิงยุทธศาสตร์ให้ภาคส่วนอื่น ๆ เข้าใจและตระหนักในการเข้ามาร่วมจัดพันธกิจร่วมกันในระดับพื้นที่ชุมชน

...ฉบับหน้า พบกับ การสาธารณสุขมูลฐาน คือ ยุทธศาสตร์นำสู่บริการสุขภาพถ้วนหน้า

ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์งานสาธารณสุขมูลฐาน เขียนโดย นพ.วิพุธ พูลเจริญ
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.) 25 มีนาคม 2562

การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่

เรียบเรียงโดย นายศุภกานต์ สุภวิบูลสน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานปี 2566 ในช่วงนี้ ระหว่าง เดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2566 ที่ผ่านมา มีกิจกรรมการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญกิจกรรมหนึ่งคือกระบวนการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น และการจัดงานวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ประจำปี 2566 ในปีนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการคัดเลือก อสม. ดีเด่น 12 สาขา ประกอบด้วย

1. สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
2. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ
3. สาขาสุขภาพจิตชุมชน
4. สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน
5. สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ
6. สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
7. สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
8. สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน
9. สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม
10. สาขานมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก
11. สาขาทันตสุขภาพ
12. สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับเขตและระดับภาคประจำปี 2566 ได้กำหนดให้มีการประชุมพิธีเปิดการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับเขตและระดับภาค ผ่านระบบออนไลน์ ในวันที่ 17 มกราคม 2566 และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลงานคัดเลือก อสม. ดีเด่นระดับเขต และภาคผ่านระบบออนไลน์ ระหว่างวันที่ 17 - 19 และภาคใต้ก็ได้จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลงานผ่านระบบออนไลน์ โดยใช้แอปพลิเคชันซูม ให้อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัด นำเสนอผลงานที่ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือในพื้นที่สำหรับคณะกรรมการสาขาละ 5 คนให้เดินทางมาร่วมประชุมพิจารณาคัดเลือก อสม. ดีเด่นระดับเขต และภาคร่วมกัน โดยใช้ห้องประชุมของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 4 ห้อง อสม.ดีเด่นระดับจังหวัดนำเสนอผลงานเพื่อให้คณะกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับเขตและระดับภาค วันละ 4 สาขา รวม 3 วัน 12 สาขา

การจัดกิจกรรมนำเสนอคัดเลือก อสม.ดีเด่นได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปด้วยความเรียบร้อยแล้ว ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ขอขอบคุณหน่วยงานที่ร่วมจัดกิจกรรมในครั้งนี้ ได้แก่ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 14 จังหวัดภาคใต้ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคใต้ ที่ร่วมจัดกิจกรรมในครั้งนี้ และที่สำคัญต้องขอบคุณศูนย์วิชาการของกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ เขต 11 และเขตสุขภาพที่ 12 รวมถึงคณะกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่นภาคใต้ทุกท่านทั้ง 12 สาขา ที่ได้เสียสละเวลามาร่วมเป็นกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่นของภาคใต้ในครั้งนี้

การจัดกิจกรรมคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติประจำปี 2566 ที่ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ อสม.ดีเด่นระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2566 โดยนำเสนอผลงานในพื้นที่ (On-site) ได้แก่ เขตรับผิดชอบของ อสม./บ้าน อสม.ดีเด่นระดับภาค

ซึ่งคณะเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัด นครศรีธรรมราช ได้ปฏิบัติหน้าที่ลงพื้นที่ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนการเตรียมการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2566 ในเขตรับผิดชอบ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน ได้แก่

1. จังหวัดระนอง สาขาทันตสุขภาพ
2. จังหวัดสุราษฎร์ธานี สาขาสุขภาพจิตชุมชน สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ สาขานิติบัญญัติท้องถิ่นด้านสุขภาพ และสาขาการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ
3. จังหวัดนครศรีธรรมราช สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัย
4. จังหวัดกระบี่ สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีในชุมชน สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
5. จังหวัดพังงา สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

การจัดกิจกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติในปี นี้ ต้องขอแสดงความยินดีและชื่นชมในความสำเร็จของ อสม.ดีเด่นภาคใต้ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนที่สนับสนุนกิจกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่นในทุกๆระดับที่ทำให้ผลการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติประจำปี 2566 อสม.ดีเด่นของพื้นที่ภาคใต้ที่ร่วมนำเสนอผลงานได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2566 รวมถึง 4 สาขา รายละเอียดดังนี้

การพัฒนาารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

The development of a public health strategic plan formulation of participation public health office Nakhon Si Thammarat Province.

กิรตา สุขเจริญ

Kerata Sookjaroen

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขภายใต้บริบทในพื้นที่ประเมิณผลการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ การควบคุม กำกับ และประเมิณผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข รวมถึงการประเมิณผลกระทบการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช และเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายของกระบวนการจัดทำแผนสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ โดยการวิเคราะห์และหาความเชื่อมโยงสอดคล้องของแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข แผนเขตสุขภาพที่ 11 และแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช สร้างและพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างในการการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม กลุ่มเป้าหมายการวิจัยคือ คณะผู้บริหารระดับจังหวัดด้านสาธารณสุข คณะทำงานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ผู้รับผิดชอบงานการประเมิณผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์จังหวัดนครศรีธรรมราชทุกระดับ

ผลการวิจัย พบว่า ความสอดคล้องของแผนยุทธศาสตร์ฯ มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกันทั้งด้านวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และประเด็นยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ด้านสภาพปัญหาและความต้องการ พบว่า ขาดระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ ระบบบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ข้อจำกัดด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความต้องการระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ คู่มือแนวทางการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ และการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ผลการพัฒนาารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช มี 5 ขั้นตอนได้แก่ (1) สังเคราะห์องค์ความรู้จากเอกสาร (2) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในภาคสนามจริง (3) ยกระดับการจัดการความรู้ารูปแบบฯ โดยผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุง (4) นำรูปแบบไปทดลองใช้ ประเมิณปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ ที่สมบูรณ์ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย (5) เผยแพร่รูปแบบ ส่วนรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาประกอบด้วย ประกอบด้วย 7 กลยุทธ์หลักที่ชื่อว่า “ฮิตสแกนยกกำลังเจ็ด” “(HITSCAN)⁷” ได้แก่ (1) กลยุทธ์สร้างสุขด้วยหลัก 7H (2) กลยุทธ์การพัฒนาาระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ ด้วยทีมงานอัจฉริยะ 7I (3) กลยุทธ์พัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ด้วยหลัก 7T (4) กลยุทธ์พัฒนากระบวนการบริหารจัดการ ด้วยหลัก 7S (5) กลยุทธ์การพัฒนายกระดับสมรรถนะผู้นำ ด้วยหลัก 7C (6) กลยุทธ์การพัฒนายกระดับการมีส่วนร่วม ด้วยหลัก 7A และ (7) กลยุทธ์การพัฒนานักวิจัย ด้วยหลัก 7N

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข, การมีส่วนร่วม

Abstracts

This study was qualitative research. The objectives of the study were to study the public health strategy plan within the context of areas evaluated for the public health strategic plan of the Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office and to develop a model for the public health strategic plan of participation, implementing strategies, supervising, and evaluating public health strategic plans. Including the evaluation of the public health strategic plan management of Nakhon Si Thammarat province. In addition, the study synthesized the proposed policy of an effective public health plan preparation through analysis and linkage of the public health strategic plan of the Ministry of Public Health, the plan of Health Region 11, and the public health strategic plan of Nakhon Si Thammarat Province, and this research formulated and developed a public health strategic plan of participation of the Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. The research instrument was a semi-structured in-depth interview and focus group. Samples in this research were the provincial public health executive board, the strategic planning working group, and all levels of responsible members of the evaluation of the implementation of the provincial strategic plan.

The findings revealed that public health strategic plans were consistent and linked in terms of vision, mission, values, and strategic issues. The problem and need are based on a lack of high-quality information systems, a lack of a strategic plan management system in place, and restrictions on stakeholder participation. Furthermore, quality information systems, strategic plan management guidelines, and genuine participation were required. The results of the development of a public health strategic plan formulation of participation of the Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office consisted of 5 steps: (1) synthesize knowledge from documents, (2) study the problems and needs in the actual field, (3) increase the levels of knowledge management, draft, and improve the management of public health strategic plans of participation by an expert, (4) trial participatory public health strategic plan management to evaluate, improve, and develop a complete model, including proposed policy preparation, and (5) publish a model of the public health strategic plan of participation. The model that had been developed consisted of 7 strategies named “(HITSCAN)⁷”: (1) strategy for creating happiness with the 7H principle; (2) strategies for developing a quality information system with an intelligent team with the 7I principle; (3) strategy to develop a high-performance organization with the 7T principle; (4) strategy to develop management processes with the 7S principle; (5) strategy to enhance leadership competency with the 7C principle; (6) strategy to increase the level of participation with the 7A principles; and (7) strategy to develop researchers with the 7N principles.

Keywords : Model development, Public health strategic plan formulation, Participation

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายในระดับชาติ รวมถึงการปฏิรูปประเทศ และปฏิรูประบบสุขภาพ โดยแผนยุทธศาสตร์ เน้นการพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention, Promotion & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” (กองตรวจราชการ, 2560) และจากผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ.2560-2564) ของกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสุขภาพกายของคนไทยมีแนวโน้มดีขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีทั้งเพศชายและเพศหญิงเพิ่มขึ้น อัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทารกตายมีแนวโน้มลดลง แต่ยังต้องพัฒนาด้านกายภาพและพฤติกรรมสุขภาพในในทุกกลุ่มอายุ สำหรับสุขภาพจิตของคนไทยมีการฆ่าตัวตายสูงขึ้น แม้ว่าจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการประเมินโดยภาพรวมของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ.2560-2564) มีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ จำนวน 59 ตัวชี้วัด จากจำนวน 116 ตัวชี้วัดพบว่า บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ระยะแรก จำนวน 35 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 59.3 และจากผลการศึกษามีข้อเสนอต่อการพัฒนาการ จัดทำแผนและติดตามประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ให้มีการเพิ่มกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานส่วนภูมิภาค และหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ควรมีการประเมินผลแผนงาน/โครงการ ด้านสาธารณสุขในระดับกรมที่รับผิดชอบ

ยุทธศาสตร์ฯ ระดับเขตสุขภาพและจังหวัด เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของจังหวัดนครศรีธรรมราช มีประเด็นที่ต้องพัฒนา ดังนี้ กระทรวงสาธารณสุขถ่ายทอดนโยบายมายังจังหวัดล่าช้ากว่าระยะเวลาในการจัดทำแผนปกติ ส่งผลต่อการวางแผนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนดเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของการจัดเก็บ การนำเข้าข้อมูลที่น่าไปประมวลผลบางตัวชี้วัด โดยเฉพาะตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) และบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ประเด็นการบริหารงบประมาณไม่เพียงพอ และการดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ไม่มีการบูรณาการปัจจัยทางการบริหารในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่เกิดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานตามเป้าหมาย (เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565)

สุจินดา ทองนาค และมาลี กาบมาลา (2554) ศึกษาเรื่องการสื่อสารสนเทศในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ เพื่อศึกษากระบวนการและปัญหาในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ พบว่า กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ส่วนปัญหาในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด พบว่า คณะทำงานขาดความรู้ความเข้าใจการบริหารงานเชิงกลยุทธ์ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดตลอดจนกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง การปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานของผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น ปัญหาระยะเวลาในการจัดทำแผนที่มีจำกัด และการประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวนน้อยครั้ง สำหรับการใช้สารสนเทศ มี 3 ด้าน คือด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้

จตุรงค์ ปานใหม่ (2564) ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า (1) มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ประจำปี 2562 เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ (2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุง แก้ไขเนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ และกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จำนวน 4 ยุทธศาสตร์ (3) การพัฒนากระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (3.1) เน้นการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับระดับสถานบริการตาม Service Plan จังหวัดนครราชสีมา (3.2) ดำเนินการโดยหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกระดับจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี (3.3) การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่ผู้ปฏิบัติ เช่น จัดทำคู่มือแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2562 เป็นต้น (4) การพัฒนากระบวนการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยการประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2 ครั้ง (5) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับจังหวัด มีงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ปี 2562 ทั้งระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ เขตสุขภาพ และจังหวัด เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของประชาชนในจังหวัด โดยยึดหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) เพื่อให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ภายใต้หลักการบริหารงานอย่างเป็นธรรม สุจริต โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการบริหารราชการแผ่นดินให้สามารถขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ ไปสู่การปฏิบัติให้เห็นผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน มุ่งสู่การเป็นองค์กรสมัยใหม่ ทำงานเชิงรุกแบบบูรณาการ คล่องตัวและรวดเร็ว ดังนั้นการจัดทำยุทธศาสตร์ด้วยสาธารณสุขจึงต้องคำนึงถึงสถานการณ์

ด้านสุขภาพปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงและซับซ้อนมากขึ้น มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ ที่ 11 จากผลการดำเนินงานภาพรวม พบว่า ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดรองที่จังหวัดดำเนินการ รวมทั้งหมด 92 ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ 56 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 60.87 การดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย มีสาเหตุจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ และด้านบริการเป็นเลิศไม่ผ่านเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการยกระดับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขสู่การนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายทุกขั้นตอน อีกทั้งเพื่อใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดทำแผนและบริหารยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

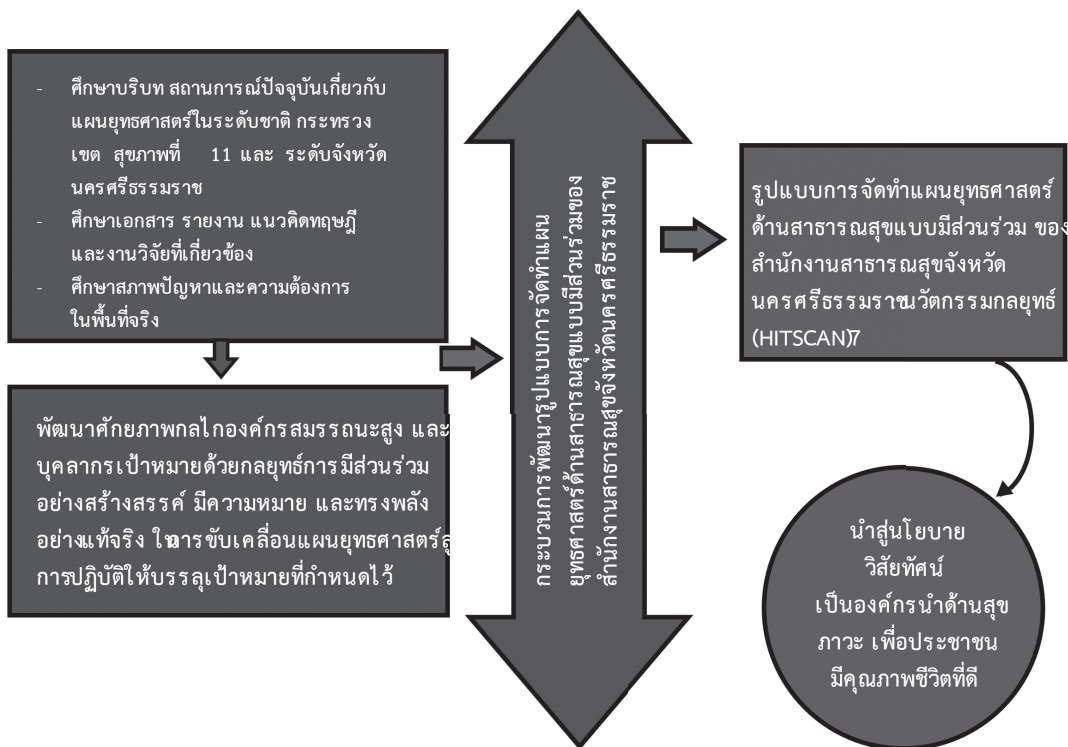
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ภายใต้บริบทในพื้นที่ประเมินผลการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข แบบมีส่วนร่วม การนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ การควบคุม กำกับ และประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข รวมถึงการประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายของกระบวนการจัดทำแผนสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้รูปแบบซิปป์ (CIPP Model) ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดหลักในการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช คือการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการจัดทำแผน การขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นระบบ แนวคิดเรื่องรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ กรอบแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ กล่าวคือให้ความสำคัญกับการพัฒนากลไกองค์กรสมรรถนะสูงผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยให้ความสำคัญครอบคลุมตามการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีการแบ่งโซนอำเภอออกเป็น 6 โซนแล้วทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่กลับคืน

ได้พื้นที่เป้าหมายในการวิจัย ทั้ง 6 โซนละ ๆ 1 อำเภอ รวม 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช อำเภอทุ่งสง อำเภอหัวไทร อำเภอลานสกา อำเภอช้างกลาง และอำเภอชะอวด จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และประเมินผลของหน่วยงานสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ในแต่ละอำเภอ นอกจากนี้ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สะดวกให้ข้อมูลในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย มีจำนวนทั้งสิ้น 27 คน ทำการวิจัยระหว่างเดือน 1 ธันวาคม 2565 ถึง เดือน 31 มีนาคม 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความเป็นไปได้จากการดำเนินงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช นำมาสังเคราะห์เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินการขับเคลื่อนระบบข้อมูลสุขภาพในทุกระดับ ภายใต้ปัจจัยที่คั่นประหว่างดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมจากคณะทำงานพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช เครื่องมือและกระบวนการที่ใช้คือ สัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการถอดบทเรียน การสนทนากลุ่ม ในการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและความเป็นไปได้การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยนำกรอบการประเมิน CIPP Model (Daniel L. Stufflebeam, 1967) มาเป็นกรอบในการประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช มาปรับใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบและพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการวิเคราะห์ข้อมูลประเด็นปัญหาจากการดำเนินงานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช การดำเนินการตามแผน การติดตามและการประเมินผล การถอดบทเรียน จากในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับผู้บริหารที่เป็นหัวหน้าทีมในระดับจังหวัดที่รับผิดชอบดูแลโซนอำเภอ ทั้ง 6 โซน กลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการและคณะทำงานชุดต่าง ๆ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอ ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละอำเภอ ตัวแทนภาคประชาสังคม เอกชน ภาคประชาชน และนักวิชาการอิสระ และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สังเคราะห์และออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม ที่ได้รับการพัฒนาในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ในหน่วยบริการในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 12 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาล 6 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 6 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง โดยกำหนดให้เกิดการกระจายครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 6 โซน อำเภอ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โซนละ 1 อำเภอ จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 1 แห่ง โรงพยาบาลประจำอำเภอ 6 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 6 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง นอกจากนี้ยังประกอบไปด้วยผู้บริหารระดับจังหวัดที่รับผิดชอบโซนอำเภอ 3 คน และหัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 6 กลุ่มงาน 6 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 27 คน จากนั้นดำเนินการประเมินผลการทดลองใช้ รูปแบบ นำผลการประเมินมาปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์ นำไปใช้จริงในพื้นที่เป้าหมายของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล การประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ของหน่วยบริการในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่นำรูปแบบไปใช้จริง ประเมินผล และปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์ เตรียมเผยแพร่

ขั้นตอนที่ 5 เผยแพร่ รูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมที่ได้พัฒนาขึ้นในที่ประชุมผู้บริหาร คณะกรรมการวางแผน คณะกรรมการติดตาม และประเมินผลด้านสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติ

การการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด หรือระดับเขต และตีพิมพ์บทความวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

1. ประชากรสำหรับงานวิจัยในครั้ง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่รับผิดชอบจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ทุกระดับ

2. กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้พิจารณาผู้ให้สัมภาษณ์ที่มีคุณสมบัติที่พึงปรารถนา 5 ประการ (James Spradley,1979) คือ 1) มีความรู้ในเรื่องที่สัมภาษณ์ 2) ยังอยู่ในวงการ 3) ไม่ควรเป็นคนในวงการเดียวกับผู้สัมภาษณ์ 4) มีเวลาสำหรับการสัมภาษณ์ และ 5) เป็นนักเล่าเรื่องที่ดี อย่างไรก็ตามคุณสมบัติที่พึงปรารถนาดังกล่าวนั้นเป็นเกณฑ์กว้าง ๆ ที่สามารถยืดหยุ่นได้ การที่เราจะเลือกผู้ให้สัมภาษณ์นั้น สิ่งแรกต้องดูว่าตรงตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดในตอนออกแบบการวิจัยไว้หรือไม่ (Rubin and Rubin,1995) และได้พิจารณาคณะที่มีคุณสมบัติ 3 ประการอีกด้วย คือ 1) เป็นคนที่มีความรู้ หรือประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษา 2) สมารถที่จะคุยกับผู้สัมภาษณ์ 3) ควบคุมจากกลุ่มที่มีประสบการณ์และความคิดเห็นที่หลากหลายพอสมควร และ Patton(1990) เน้นคุณสมบัติด้านการเป็นแหล่งความรู้ของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ดีที่เรียกว่า “Information-rich cases” โดยคำนึงถึงจุดมุ่งหมายสำคัญในการวิจัยเป็นหลักเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วยผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่รับผิดชอบระบบงานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่งๆ ละ 1 คน โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 6 แห่งๆ ละ 1 คน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 6 แห่งๆ ละ 1 คน นอกจากนี้ ยังประกอบไปด้วย คณะผู้บริหารระดับจังหวัดหัวหน้าทีมโซนอำเภอ 3 คน และหัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 6 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบงานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน ถึงปัญหาส่วนขาด ความต้องการในดำเนินงานพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อ ดังนี้

1) ปัญหาและส่วนขาดและความต้องการในดำเนินงานด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

1.1) ประเด็นการออกแบบรูปแบบการดำเนินงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

1.2) ประเด็นการดำเนินงานด้านการนำไปสู่การปฏิบัติ

2) แนวทางการพัฒนาหรือกระบวนการแก้ปัญหาและส่วนขาดในดำเนินงานแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

3) การบริหารจัดการและสนับสนุนของเครือข่าย ในดำเนินงานด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

4) ผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนางานด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบงานด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม

6) ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบงานด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านยุทธศาสตร์สาธารณสุข 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญการวิจัยและพัฒนา 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผล 1 ท่าน ร่วมให้ความเห็น ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน ตรงประเด็น แต่อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยเชิงคุณภาพอาจมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์จริงได้เช่นกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานโรงพยาบาลประจำอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
2. กำหนดแผนเตรียมความพร้อมและดำเนินงานตามแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการขออนุญาตบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ หรือการสนทนากลุ่ม พร้อมจดบันทึกประเด็นสำคัญ ๆ
3. ตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)
4. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล สรุปและเขียนรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เป็นประเด็น (Themes) และการตีความที่ยึดหลักความมีเหตุผลและเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ

การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขที่ Exc-01/2566 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบาย

ให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยเป็นไปอย่างเข้าใจและเต็มใจ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตและผู้ให้ข้อมูลยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนใจระหว่างดำเนินการสามารถถอนตัวได้ทันที โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

สถานการณ์การวิเคราะห์ องค์ประกอบและเป้าประสงค์ แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2565 ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ที่ว่า “เป็นองค์กรนำด้านสุขภาพ เพื่อประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยภาคีมีส่วนร่วม” เน้นเป็นองค์กรสมรรถนะสูง เป็นผู้นำด้านสุขภาพ เป้าหมายเพื่อประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข และแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 11 ให้ความสำคัญภาคีมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ยุทธศาสตร์ คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention, Promotion & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ใน 5 ขั้นตอนคือ (1) ขั้นเตรียมตนเตรียมคนเตรียมงานเตรียมข้อมูลสารสนเทศ ด้วยการศึกษาศึกษาเตรียมความรู้ ความเข้าใจในประเด็นที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยพลังความรู้ (2) ขั้นร่วมตัดสินใจบนฐานความรู้ ความจริง และการตัดสินใจคิดรวบยอด ร่วมเลือก/จัดทำแผนงาน/โครงการ (3) ขั้นดำเนินการนำแผนงาน/โครงการสู่การปฏิบัติตามกรอบแนวทางหรือแผนปฏิบัติการอย่างเป็นระบบ (4) ขั้นติดตาม

ประเมินผลอย่างเป็นระบบ ด้วยเครื่องมือ/กลไกที่ทรงพลังในการส่งเสริมสนับสนุนให้แผนงาน/โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความรับผิดชอบ (5) ขึ้นเผยแพร่นำเสนอข้อสรุปผลการดำเนินงาน ผ่านกระบวนการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการความรู้เพื่อพัฒนาต่อยอดอย่างเป็นระบบ ต่อไป

การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช มีกระบวนการขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้ คือ (1) ศึกษารวบรวมข้อมูลสารสนเทศ ทบทวนทำความเข้าใจแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง อาทิ แผนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580 (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข นโยบายและแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการของจังหวัด เป็นต้น (2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมสู่กระบวนการวิเคราะห์ SWOT Analysis เพื่อปรับปรุงแผนงาน/โครงการ ทั้งที่ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ โดยยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ ประกอบด้วย 4 แผนงาน 7 โครงการ 30 ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ ประกอบด้วย 5 แผนงาน 22 โครงการ 47 ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ ประกอบด้วย 1 แผนงาน 2 โครงการ 4 ตัวชี้วัด และยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ประกอบด้วย 4 แผนงาน 7 โครงการ 17 ตัวชี้วัด รวมทั้งสิ้น 14 แผนงาน 38 โครงการ 75 ตัวชี้วัด (3) การพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยจัดประชุมบูรณาการถ่ายทอดนโยบายและติดตามการพัฒนางานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ รวบรวมชุดข้อมูล ชุดองค์ความรู้ที่จำเป็นในรูปแบบดิจิทัล พัฒนาคณะทำงานและกลไกเครือข่ายสมรรถนะสูง กำหนดบทบาท กำหนดมาตรการ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง (4) จัดทำคู่มือแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งเป็นเอกสารต้นฉบับและในรูปแบบดิจิทัล ประชุมชี้แจงผ่านกลไก คปสอ. และโซนอำเภอ ทั้ง 6 โซน ตามรูปแบบการบริหารจัดการของจังหวัด

เพื่อทำความเข้าใจร่วมพร้อมรับฟังข้อคิดเห็นนำไปสู่การปรับปรุงให้สามารถนำไปใช้ได้จริงตอบโจทย์ปัญหาและความต้องการของพื้นที่ (5) พัฒนาระบบการควบคุมกำกับติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วม โดยเพิ่มรอบการ Monitor ให้เร็วขึ้นในระดับอำเภอ Monitor ทุก 2 สัปดาห์ ระดับจังหวัด Monitor ทุกเดือนเพื่อให้การสะท้อนกลับและให้การสนับสนุนเสริมพลังด้วยกลไกพี่เลี้ยง ชื่นชม เชียร์ ช่วย ใสใจ เปิดใจ ร่วมพัฒนาจนสามารถจัดการตนเองได้อย่างยั่งยืน ส่วนในการประเมินรูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model ของแดเนียล แอล สตฟเฟิลบีม(Daniel L. Stufflebeam : 1967) ดังนี้

1) ด้านบริบท สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด และขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ควบคุมกำกับติดตามเสริมพลังสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการบริหารจัดการโดยการจัดการความรู้เชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 และจังหวัดนครศรีธรรมราช สู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ เพื่อบรรลุ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

2) ปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากร มีการบริหารจัดการเชิงรุกโดยการคาดการณ์หรือการจัดทำภาคทัศน์อนาคตด้านกำลังคนด้านสุขภาพแลด้านการสนับสนุนทุกสายงานทุกระดับ ศึกษาแนวโน้มการเกษียณอายุราชการ การลาออก โยกย้าย และอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ การจัดตั้งเสนอกรอบอัตรากำลังเพื่อรักษาสมดุลกับการเปลี่ยนแปลง ด้านงบประมาณ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สนับสนุนงบประมาณตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 จำนวน 57 โครงการ เป็นเงิน 3,402,059,48 บาท ยุทธศาสตร์ที่ 2 จำนวน 31 โครงการ เป็นเงิน 2,660,522.93 บาท ยุทธศาสตร์ที่ 3 จำนวน 43 โครงการ เป็นเงิน

38,278,240.02 บาท และยุทธศาสตร์ที่ 4 จำนวน 42 โครงการ เป็นเงิน 54,158,122.33 บาท รวมทั้งสิ้น 173 โครงการ เป็นเงิน 98,498,944.76 บาท

3) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) สังเคราะห์องค์ความรู้จากเอกสาร (2) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในภาคสนามจริง (3) ยกระดับการจัดการความรู้ที่าร่างรูปแบบฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุง (4) นำรูปแบบไปทดลองใช้ ประเมินปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ ที่สมบูรณ์ นำไปใช้จริง ประเมินผล และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย (5) เผยแพร่รูปแบบ

4) ผลผลิต ผลลัพธ์ ได้รูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 7 กลยุทธ์หลัก (HITSCAN)⁷ ได้แก่

- 1) กลยุทธ์สร้างสุขด้วยหลัก 7H 2) กลยุทธ์พัฒนาระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ ด้วยทีมงานอัจฉริยะ 7I 3) กลยุทธ์พัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงด้วยหลัก 7T 4) กลยุทธ์พัฒนากระบวนการบริหารจัดการด้วยหลัก 7S 5) กลยุทธ์การพัฒนาผู้นำ ด้วยหลัก 7C 6) กลยุทธ์การพัฒนายกระดับการมีส่วนร่วม ด้วยหลัก 7A และ 7) กลยุทธ์การพัฒนานักวิจัย ด้วยหลัก 7N

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และผลการวิจัย ดังนี้

ด้านบริบทสถานการณ์ปัจจุบันและ สภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่เกี่ยวกับความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติของรัฐบาล ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 11 ทั้งด้านวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายและค่านิยมองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ยุทธศาสตร์ ที่มีความชัดเจน ทำให้สามารถบริหารจัดการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ แบบครบวงจร โดยกลไก คปสอ. และการบริหารจัดการแบบโซนอำเภอด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ด้านปัจจัยนำเข้าการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพและฝ่ายสนับสนุน มีระบบและกระบวนการ

เชิงรุกและการคาดการณ์การเชิงอนาคต ด้านงบประมาณ มีการสนับสนุนตามแผนงาน/โครงการ ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ ความเป็นเลิศ โดยยึดหลักความเสมอภาค สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และสภาพบริบทของพื้นที่ อย่างเป็นธรรม โปร่งใส มีระบบตรวจสอบได้รัดกุม ด้านกระบวนการเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การจัดการความรู้สู่นวัตกรรมองค์กรสมรรถนะสูงสอดคล้องกัน ทฤษฎีพีระมิดแห่งความรู้ของยามาซากิ (Hideo Yamazaki, อ้างใน ศุภวิทย์ ภาชิตินรินทร์และญานี โชคสมงาม, 2564) กระบวนการ Monitor แบบ Advance และ Focus เป้าหมายชัดเจนในทุกการดำเนินงาน ส่งเสริมการสร้างและพัฒนาโลกที่ทีมงานคุณภาพ ส่งเสริมการปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นวัฒนธรรม องค์กรสร้างสรรคคุณภาพสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารทีมงานด้วยวัฒนธรรมองค์กรของ Mary Shapiro, 2015 และแนวคิดเรื่อง THE 5 LEVELS OF LEADERSHIP ของ John C. Maxwell (2012) และ LEADER SHIFT, 2020 ด้านผลผลิตผลลัพธ์ จากการประเมินผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จากการวิเคราะห์และนำเสนออย่างเป็นระบบด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีคุณภาพ ทำให้เห็นรายละเอียดเชิงลึกถึงความสำเร็จตามเป้าหมาย และที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายคืออะไร ซึ่งหากนำเสนอโดยภาพรวมจะไม่เห็นรายละเอียดเหล่านี้ การได้เห็นรายละเอียดร่วมกัน เห็นระดับความก้าวหน้า เห็นช่องว่างของการพัฒนานำไปสู่การเติม Intervention เข้าไปในระบบ ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ 14 แผนงาน 38 โครงการ 75 ตัวชี้วัด เป็นกระบวนการพัฒนานวัตกรรมด้วยกลยุทธ์เชิงรุกตามรูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้พัฒนาขึ้น นำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาและพัฒนาต่อยอดอย่างยั่งยืน ตามนโยบายและวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรนำด้านสุขภาพเพื่อประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยภาคีมีส่วนร่วม” ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560- 2564). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แผนขับเคลื่อนนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560- 2579). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2562). ศาสตร์และศิลป์การวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- แม็กซ์เวลล์, จอห์น ซี. (2555). ภาวะผู้นำ 5 ระดับ (ฉบับปรับปรุง)[The 5 Levels of Leaderships]. (พิมพ์ครั้งที่ 1) (วันดี อภिरักษ์ธนากร, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊ค.
- รัตน์ะ บัวสนธ์. (2560). ปรัชญาวิจัย(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภวิทย์ ภาษิตนิรันดร์ และ ญาณิ โชคสมงาน. (2564). KM: KNOWLEDGE MANAGEMENT: ความรู้ในองค์กรคือ BIG DATA ที่สำคัญที่สุด. กรุงเทพฯ: แคนนา กราฟฟิค.
- สมคิด พรหมจ้อย. (2563). เทคนิคการประเมินโครงการ(พิมพ์ครั้งที่7). กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). ราชกิจจานุเบกษา.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2565). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566—2570). ราชกิจจานุเบกษา.

ปัจจัยที่มีผลกับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอнопิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Risk Factors influencing the Severity of Coronavirus Disease 2019 Patients in Noppitum District, Nakhon Si Thammarat Province

วศิระ วิบุลศิลป์
Wasira Wibunsin
โรงพยาบาลนอปิตำ
Noppitum Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะระบาดวิทยาของผู้ป่วยโควิด 19 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนอปิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกับความรุนแรงโรคโควิด 19 ที่มารักษาในโรงพยาบาลนอปิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มารักษาในโรงพยาบาลนอปิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 รวมทั้งสิ้น 349 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบรายงานการสอบสวนโรค และแบบบันทึกเวชระเบียน ข้อมูลลักษณะทางระบาดวิทยาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ปัจจัยที่มีผลกับความรุนแรงวิเคราะห์โดยสถิติไครส์แควร์และขนาดความสัมพันธ์ด้วย odds ratio (OR)

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชาย 173 คน (ร้อยละ 49.6) เพศหญิง 176 คน (ร้อยละ 50.4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุมากกว่า 60 ปี (OR = 2.2, 95% CI: 1.0-4.7) ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.² (OR = 2.8, 95% CI: 1.4-5.5) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (OR = 14.2, 95% CI: 1.4-139.3) โรคเบาหวาน (OR = 5.3, 95% CI: 2.2-12.6) โรคความดันโลหิตสูง (OR = 2.8, 95% CI: 1.3-5.9)

การวิจัยครั้งนี้สรุปให้เห็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโควิด 19 ได้แก่ ด้านอายุมากกว่า 60 ปี ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.² โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ควรได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ และติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ระดับความรุนแรง, ปัจจัยที่มีผล

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to 1) examine the epidemiological characteristics of COVID-19 patients who were treated in Noppitum hospital, Nakhon Si Thammarat province 2) analyze factors influencing severity of COVID-19 patients who were treated in Noppitum hospital, Nakhon Si Thammarat province. A total of 349 study samples were COVID-19 patients treated in Noppitum Hospital between 1 October 2020 and 31 December 2020. Data collection instruments included record form of general characteristics, disease investigation report, and medical records. Epidemiological characteristic data were analyzed using descriptive statistics. Factors influencing severity were analyzed using Chi-square and odds ratio (OR).

Research findings showed that the study samples were 173 male (49.6%) and 176 female (50.4%). The factors statistically associated with symptoms ($p\text{-value} < 0.05$) were age > 60 years (OR = 2.2, 95% CI: 1.0-4.7), Body Mass Index > 30 kg/m² (OR = 2.8, 95% CI: 1.4-5.5), chronic obstructive pulmonary disease (OR = 14.2, 95% CI: 1.4-139.3), diabetes mellitus disease (OR = 5.3, 95% CI: 2.2-

12.6), hypertension (OR = 2.8, 95% CI: 1.3-5.9), and vaccination (OR = 0.3, 95% CI: 0.1-0.7).

This study concluded that the risk factors for severity of the disease among COVID-19 patients were age > 60 years, Body Mass Index > 30 kg/m², chronic obstructive pulmonary disease, diabetes mellitus disease and hypertension. Hence, patients who have these risk factors should undergo early treatment and close monitoring.

Keywords : Coronavirus Disease 2019, Severity, Influencing Factor

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) พบครั้งแรกในมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เมื่อปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด 19 เป็นลักษณะ การระบาดทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563

ข้อมูลการระบาดทั่วโลก ณ วันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อยืนยันแล้ว 360,578,392 ราย มีผู้เสียชีวิต 5,620,865 ราย (World Health Organization, 2022) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคโควิด 19 เริ่มมีการแพร่ระบาดเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งจากรายงานอุบัติการณ์ภาวะฉุกเฉินของกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 27 มกราคม พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยไทยที่ได้รับการยืนยันโรคโควิด 19 จำนวน 2,407,022 ราย เสียชีวิต 22,098 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด 19 สะสม ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 49,660 ราย เสียชีวิตสะสม 377 ราย รายงานความรุนแรงผู้ป่วยโรคโควิด 19 เป็นผู้ป่วยไม่มีอาการ 368 ราย (ร้อยละ 33) อาการเล็กน้อย 471 ราย (ร้อยละ 43) อาการปานกลาง 213 ราย (ร้อยละ 19) อาการรุนแรง 35 ราย (ร้อยละ 3) (นครศรีฯ, 2565)

โรคโควิด 19 สามารถแพร่เชื้อได้ 2 ช่องทาง คือ การติดต่อทางสารคัดหลั่ง และ การติดต่อผ่านการสัมผัส ผู้ป่วยส่วนมากไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ น้ำมูก บางรายอาการรุนแรง เช่น ปอดอักเสบ ระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสรุปได้ว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคทางเดินหายใจที่มีการระบาดอย่างรวดเร็ว และมีความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจ รวมถึงผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด 19 และมีความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มอื่น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีอายุ 18-29 ปี พบว่าผู้ที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงในการนอนโรงพยาบาล 4 เท่า และมีโอกาสเสียชีวิต 30 เท่า และเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (NCIRD, 2021) คนที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสสูงกว่าคนทั่วไปถึง 3 เท่าที่จะมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงถึง 2.3, 2.9, และ 3.9 เท่าตามลำดับ (Wang et al., 2020) ในการศึกษาแบบไปข้างหน้าในประเทศฝรั่งเศสปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตพบว่า เพศชาย เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และหายใจเหนื่อย เป็น 1.7, 1.7, 2.3, และ 2.1 เท่าตามลำดับ (Kaeuffe et al., 2020) วิจัยในประเทศจีนพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่ออาการรุนแรงเพศชาย ไข้ ไอ อ่อนเพลีย โรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เท่ากับ 1.3, 2.3, 1.4, 1.3, 2.5, 1.5, และ 1.96 เท่าตามลำดับ (Hua et al., 2020)

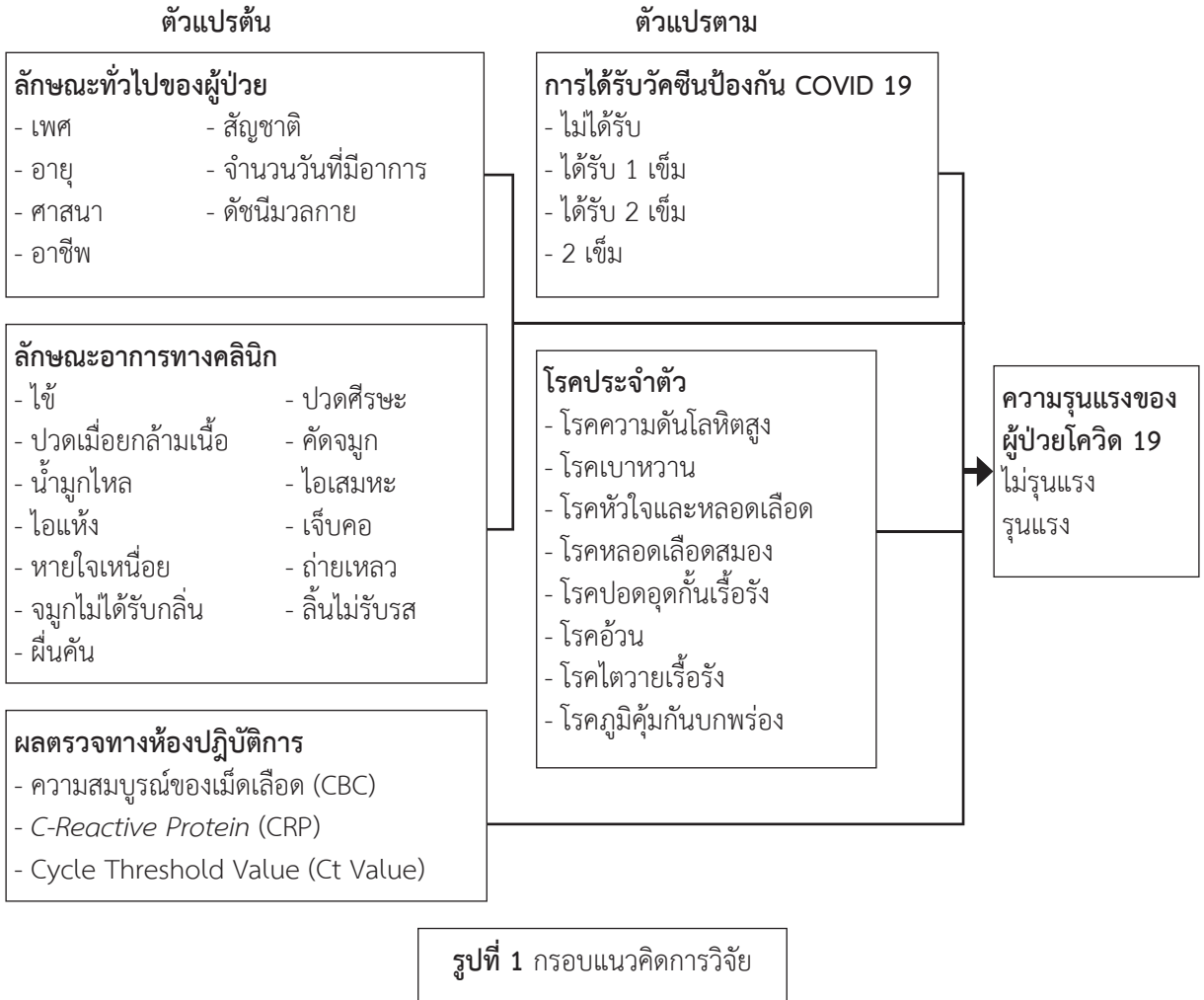
ผลงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยโควิด 19 ในโรงพยาบาลชุมชนนับถึงปัจจุบันมีค่อนข้างน้อย ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย รักษา ป้องกันลดความรุนแรงของโรค ซึ่งจะเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงทำวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลกับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอหนองพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาลชุมชน (รูปที่ 1)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะระบาดวิทยาของผู้ป่วย โควิด 19 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกับความรุนแรง โรคโควิด 19 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด 19 โดยวิธีการ nasopharyngeal swab ตรวจสารพันธุกรรมต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วย Reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) หรือที่มารับบริการในโรงพยาบาลนบพิตำ

จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้ารับการการรักษาในโรงพยาบาลนบพิตำ ตั้งแต่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 349 คน

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด 19 เข้ารับการการรักษาในโรงพยาบาลนบพิตำ โดยวิธีการ nasopharyngeal

swab ตรวจสอบสารพันธุกรรมต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธีการ RT-PCR ตั้งแต่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)
ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้

รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเข้า โดยเก็บข้อมูลเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว อาการที่พบ การได้รับวัคซีน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับ แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 2 กลุ่ม โดยพิจารณาตามการวินิจฉัยของแพทย์ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการไม่รุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีอาการ (asymptomatic case) และมีอาการเล็กน้อย (mild case) ไม่มีโรคร่วม ภาพถ่ายรังสีทรวงอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2) กลุ่มอาการรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยมีความผิดปกติภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ และ/หรือ Oxygen Saturation น้อยกว่าร้อยละ 94

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลจากรายงานสอบสวนโรค ทะเบียนประวัติการรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) วางแผนและเตรียมเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากผู้วิจัย ทบทวนสถานการณ์ จัดทำโครงร่างวิจัย จัดทำบันทึกขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลนบพิตำ โดยเริ่มจากออกแบบเก็บข้อมูล (Table data) ที่จะใช้ลงข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลจากรายงานสอบสวนโรค ทะเบียนประวัติการรักษา
- 2) รวบรวมข้อมูล รักษาความลับโดยการใช้อรหัส Code ID แทนชื่อและนามสกุลลงในคอมพิวเตอร์
- 3) นำข้อมูลแล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาลงข้อมูลตามแบบการเก็บข้อมูล (Table data)
- 4) วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้อง หากข้อมูลที่ได้มาไม่ครบถ้วนจะเข้าไปตรวจสอบอีกครั้งหากไม่มีหรือมีไม่ครบถ้วนจะดำเนินการตัดข้อมูลทิ้ง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ออกมา กำหนดค่าตัวแปรเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

5) สรุปผลและรายงานผล นำข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์ มาประมวลผลและสรุปรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 22 ใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ลักษณะระบาดวิทยาของผู้ป่วยโควิด 19
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) และบอกขนาดความสัมพันธ์ด้วย odds ratio (OR) โดยมีระดับนัยสำคัญที่ 0.05 (p-value <0.05) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19

จริยธรรมการวิจัย

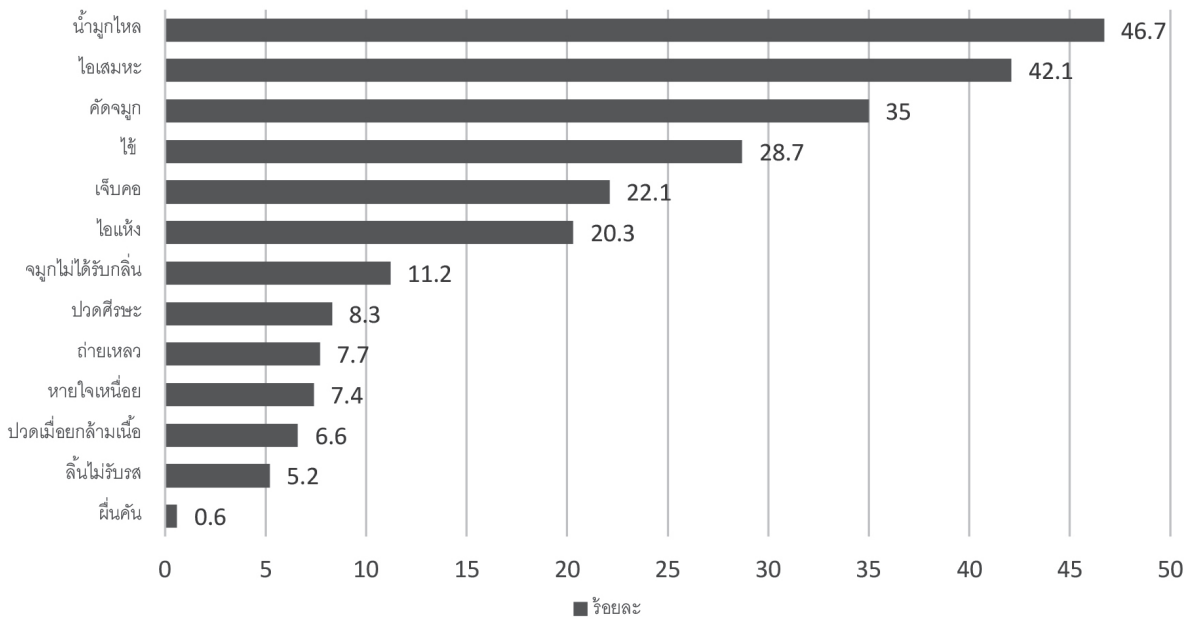
การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 014/2565 รหัสโครงการ NSTPH 014/2565 วันที่รับรองเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 วันที่หมดอายุ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโควิด 19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนบพิตำ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวนทั้งหมด 349 คน

1. ลักษณะระบาดวิทยาของผู้ป่วยโควิด 19 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนบพิตำเป็นเพศชาย 173 คน (ร้อยละ 49.6) เพศหญิง 176 คน (ร้อยละ 50.4) ช่วงอายุมากที่สุด 20-29 ปี จำนวน 65 คน (ร้อยละ 18.6) ดัชนีมวลกายที่พบมากที่สุด 18.5-22.9 กก/ม.2 ร้อยละ 31.5 มีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว 81 คน (ร้อยละ 23.2) โดยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 37 คน (ร้อยละ 10.6) อาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ น้ำมูกไหล ไอเสมหะคัดจมูก ไข้ ร้อยละ 46.7 42.1 35 และ 28.7 ตามลำดับ

อาการและอาการแสดง



รูปที่ 2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโควิด 19

ประวัติการได้รับวัคซีน ผู้ป่วยไม่ได้รับจำนวน 242 คน (ร้อยละ 69.3) ได้รับ 1 เข็ม จำนวน 53 คน (ร้อยละ 15.2) ได้รับ 2 เข็ม 53 คน (ร้อยละ 15.2) และ 3 เข็ม 1 คน (ร้อยละ 0.3) อาการไม่รุนแรง จำนวน 286 คน (ร้อยละ 81.9) อาการรุนแรง จำนวน 63 คน (ร้อยละ 18.1) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ C-reactive

protein น้อยกว่า 6 mg/L จำนวน 304 คน (ร้อยละ 87.1) มากกว่าหรือเท่ากับ 6 mg/L จำนวน 45 คน (ร้อยละ 12.9) Cycle threshold Value ของ ORF1ab Gene อยู่ในช่วง 16-28 มากที่สุด จำนวน 279 คน (ร้อยละ 79.9) Cycle threshold Value ของ N gene อยู่ในช่วง 14-26 มากที่สุด จำนวน 265 คน (ร้อยละ 75.9)

ตารางที่ 1 ลักษณะระบาดวิทยาของผู้ป่วยโควิด 19 (N=349)

ลักษณะผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	173 (49.6)
หญิง	176 (50.4)
ช่วงอายุ (ปี)	
0-9	56 (16)
10-19	57 (16.3)
20-29	65 (18.6)
30-39	47 (13.5)
40-49	51 (14.7)
50-59	34 (9.7)
>60	39 (11.2)

ลักษณะผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
สถานภาพสมรส	
โสด	175 (50.1)
คู่/หย่าร้าง	174 (49.9)
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	
<18.5	83 (23.8)
18.5-22.9	110 (31.5)
23-24.9	50 (14.3)
25-29.9	59 (16.9)
>30	47 (13.5)
การมีโรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	268 (76.8)
มีโรคประจำตัว	81 (23.2)
โรคประจำตัวที่พบ (N =349)	
ความดันโลหิตสูง	37 (10.6)
อ้วน	29 (8.3)
เบาหวาน	24 (6.9)
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4 (1.1)
ไตเรื้อรัง	3 (0.9)
หลอดเลือดสมอง	3 (0.9)
หลอดเลือดหัวใจ	2 (0.6)
ตับแข็ง	1 (0.3)
การได้รับวัคซีน	
ไม่ได้รับ	242 (69.3)
ได้รับ 1 เข็ม	53 (15.2)
ได้รับ 2 เข็ม	53 (15.2)
ได้รับ 3 เข็ม	1 (0.3)
ออกซิเจนในเลือด	
< 94 %	1 (0.3)
≥ 94 %	348 (99.7)
C-Reactive Protein (CRP)	
< 6 mg/L	304 (87.1)
≥ 6 mg/L	45 (12.9)
Cycle threshold Value ORF1ab Gene	
0-15	10 (2.9)
16-28	279 (79.9)
29-40	60 (17.2)

ลักษณะผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
N gene	
0-13	21 (6)
14-26	265 (75.9)
27-40	63 (18.1)
Chest X-ray	
ปกติ	285 (81.6)
ผิดปกติ	64 (18.4)
ระดับความรุนแรง	
ไม่รุนแรง	286 (81.9)
รุนแรง	63 (18.1)
การรักษาที่ได้รับ	
รักษาตามอาการ	106 (30.4)
Favipiravir	209 (59.9)
Favipiravir ร่วมกับ Steroid	34 (9.7)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกับความรุนแรงโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ค่า C-reactive protein และการได้รับวัคซีน (ตารางที่ 2) โดยผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีมีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี เป็น 2.25 เท่า (OR = 2.25, 95% CI: 1.0-4.78) ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.2 มีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มเป็นดัชนีมวลกายน้อยกว่า 30 กก./ม.2 2.8 เท่า (OR = 2.8, 95% CI: 1.4-5.5) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรง

เป็น 14.25 เท่า (OR = 14.25, 95% CI: 1.4-139.3) โรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงเป็น 5.3 เท่า (OR = 5.3, 95% CI: 2.2-12.6) โรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงเป็น 2.8 เท่า (OR = 2.8, 95% CI: 1.3-5.9) CRP ≥ 6 mg/L มีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงเป็น 7.7 เท่า (OR = 7.7, 95% CI: 3.9-15.2) และปัจจัยจากได้รับวัคซีน ช่วยลดอาการรุนแรงได้ร้อยละ 43.2 เปรียบเทียบกับผู้ป่วยไม่ได้รับวัคซีน (OR = 0.3, 95% CI: 0.1-0.7)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลกับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19

ปัจจัย	ระดับอาการของผู้ป่วย		Crude Odds ratio	95% confidence interval		P value
	ไม่รุนแรง (%)	รุนแรง (%)		lower	upper	
เพศชาย	51.7	39.7	1.630	0.935	2.841	0.095
อายุมากกว่า 60 ปี	9.4	19	2.257	1.073	4.747	0.044
ดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ม. ²	10.8	25.4	2.8	1.420	5.521	0.004
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	0.3	4.8	14.25	1.457	139.35	0.020
โรคเบาหวาน	4.2	19	5.373	2.287	12.622	0.000

ปัจจัย	ระดับอาการของผู้ป่วย		Crude Odds ratio	95% confidence interval		P value
	ไม่รุนแรง (%)	รุนแรง (%)		lower	upper	
โรคความดันโลหิตสูง	8.4	20.6	2.838	1.355	5.947	0.011
โรคหลอดเลือดสมอง	0.3	3.2	9.344	0.834	104.699	0.085
CRP \geq 6 mg/L	7.3	38.1	7.766	3.953	15.256	0.000
การได้รับวัคซีน*	33.6	15.9	0.373	0.182	0.766	0.006

*relative risk (RR) ของผู้ป่วยได้รับวัคซีน

RR = incidence in vaccinated group / incidence in unvaccinated group
= 0.432

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 20-29 ปี ดัชนีมวลกายมากที่สุดในช่วง 18.5-22.9 กก./ม.2 ส่วนใหญ่มีอาการมีรุนแรงที่ยังไม่ได้รับวัคซีน อาการแสดงที่พบบ่อยคือ น้ำมูกไหล ไอเสมหะ คัดจมูก ใช้เจ็บคอ ซึ่งสอดคล้องสอดคล้องการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Mesquita et al., 2020) และสอดคล้องกับการศึกษาแบบย้อนหลัง (อนุตรา รัตน์นราทร, 2563)

ปัจจัยที่มีผลกับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านอายุมากกว่า 60 ปี (OR = 2.25, 95% CI: 1.0-4.78) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา (พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์, 2563) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่อายุไม่เกิน 30 ปี (Adjusted OR = 6.45, 95% CI: 2.29-18.16) ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.2 (OR = 2.8, 95% CI: 1.4-5.5) สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาน (Abumweis et al., 2022) พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนมีอาการป่วยรุนแรง 2.4 เท่าเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่อ้วน (OR = 2.4, 95% CI: 1.7-3.3) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (OR = 14.25, 95% CI: 1.4-139.3) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Gerayeli et al., 2021) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพิ่มโอกาสการนอนโรงพยาบาล 4.23 เท่า (OR 4.23, 95% CI: 3.65-4.90) เพิ่มโอกาสเข้ารับหอผู้ป่วยหนัก 1.35 เท่า (OR 1.35, 95% CI 1.02-1.78) โรคเบาหวาน (OR = 5.3, 95% CI: 2.2-12.6) สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมานที่ผ่านมา (Rahman et al., 2021) ที่พบว่า

โรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรง 1.57 เท่า (RR = 1.25, 95% CI 1.57-1.98) ผลทางห้องปฏิบัติการค่า CRP \geq 6 mg/L มีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรง 7.76 เท่า (OR = 7.7, 95% CI: 3.9-15.2) สอดคล้องกับการวิจัยของ (Sim et al., 2020) มีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรง 1.13 เท่า (OR = 1.13, 95% CI: 1.04-1.23) และการได้รับวัคซีนช่วยลดอาการรุนแรง 0.373 เท่า ลดความรุนแรงของอาการได้ ร้อยละ 43.2 (OR = 0.373, 95% CI: 0.18-0.76) สอดคล้องกับการวิจัยของ (Israel et al., 2022) ช่วยลดการนอนโรงพยาบาลได้ ร้อยละ 66 (OR = 0.33, 95% CI: 0.24-0.47)

จากข้อค้นพบจากการศึกษานี้พบมีส่วนสำคัญต่อการจัดการและการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 โดยการหาปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีผลต่ออาการรุนแรง ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงให้การรักษาอย่างเหมาะสม การศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนช่วยลดอาการโรคโควิด 19

การนำผลการวิจัยไปใช้

แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย การดูแล และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ แนะนำให้ยาต้านไวรัส ตั้งแต่เริ่มมีอาการ การศึกษานี้สนับสนุนผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือ

มีโรคร่วมควรให้ยาต้านไวรัสตั้งแต่เริ่มแรก รวมถึงการให้วัคซีนป้องกันโควิดในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง 608 สอดคล้องกับแนวทางของกรมควบคุมโรค เพื่อลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตหากติดเชื้อได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายผลการศึกษาให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องอื่นๆ โดยอาจการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือสูง เช่น ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค โรงพยาบาล

2. ทำการศึกษาชนิดไปข้างหน้า ติดตามผู้ป่วยโควิด 19 จากเริ่มต้นมีอาการจนถึงการหายจากโรค ช่วยให้เข้าใจว่าปัจจัยใดส่งผลต่อความรุนแรงของโรคได้มากขึ้น รวมถึงการฟื้นตัวของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนให้ความเอื้อเฟื้อในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผศ.ดร.รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ดร. กิรติ นิยมรัตน์ ในการให้คำปรึกษาดำเนินการวิจัย ตลอดจนได้ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2565, จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard>
- นครศรีชนะ. (2565). รายงานอัตราการครองเตียงจังหวัดนครศรีธรรมราช สืบค้นเมื่อ 28 มกราคม 2565, จาก http://61.19.202.217/covid19nst/index.php?p=ward_report&hosPCODE=&rdate=2021-12-31
- พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์. (2565). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 19 ณ อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ขอนแก่น 29(3), 61-76.
- อนุตรา รัตน์นราทร. ลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอก ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ที่สถาบันบำราศนราดูร. วารสารควบคุมโรค. 2563; 46:540-50
- Abumweis, S. Alrefai, W. Alzoughool, F. 2022. Association of obesity with covid-19 disease severity and mortality. Obesity medicine, 22(33), 100431. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2022.100431>
- Ahnach, M. Zbiri, S. Nejari, S. Ousti, F. Elkettani, C. (2020). C-reactive protein as an early predictor of COVID-19 severity. J Med Biochem. 39(4): 500-507. doi: 10.5937/jomb0-27554
- Gerayeli, F. Milne, S. Cheung, C. Li, X. Yang, C. Tam, A. ... Sin, D. (2021). COPD and the risk of poor outcomes in covid-19 a systematic review and meta-analysis. eClinical medicine. 33(100789). <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100789>
- Hua, J., & Wang, Y. (2020). The clinical characteristics and risk factors of severe COVID-19. Journal of Medical Virology, 92(12), 2543-2554. doi: 10.1002/jmv.26088
- Israel, A. Schaffer, A. Merzon, E. Green, I. Magen, E. Golan, Vinker, S. Ruppin, E. (2022). Predicting COVID-19 severity using major risk factors and received vaccines. medRxiv. 10(6). <https://doi.org/10.1101/2021.12.31.21268575>

- Kaeuffer, C., Le Hyaric, C., Fabacher, T., Mootien, J., Dervieux, B., Ruch, Y., Hugerot, A., Zhu, Y.J., Pointurier, V., Clere-Jehl, R., Greigert, V., Kassegne, L., Lefebvre, N., Gallais, F., Covid Alsace Study Group, Meyer, N., Hansmann, Y., Hirschberger, O., & Danion, F. (2021). Clinical characteristics and risk factors associated with severe COVID-19: prospective analysis of 1,045 hospitalised cases in North-Eastern France, March 2020. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 40(1), 59-66. doi: 10.1007/s10096-020-04097-2
- Mesquita, R., Silva Junior, L., Santana, F., Oliveira, T., Alcantara, T., Arnozo, G. ... Soaza, C. (2020). Clinical manifestations of COVID-19 in the general population: systematic review. *Wien Klin Wochenschr.* 133(7-8): 377–382. doi: 10.1007/s00508-020-01760-4
- National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases, CDC. (2021). Risk for COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death By Age Group Retrieved Sept 9, 2020 from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-age.html>
- Rahman, A. Sathi, N. 2021. Risk factors of the severity of COVID-19. *Int J Clin Pract.* Jul;75(7):e13916. doi: 10.1111/ijcp.13916.
- Wang, B., Li, R., Lu, Z., & Huang, Y. (2020). Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging*, 12(7), 6049-6057. doi:10.18632/aging.103000
- World Health Organization. (2022). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard Retrieved JAN 28, 2022 from <https://covid19.who.int/>

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง A model for improving the quality of life of the elderly in Ranong Province

พิเชษฐ์ บุญเยี่ยม
Phichet Bunsiam
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง
Ranong Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง 2) พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง 3) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 คัดเลือก แบบเจาะจงแบบสมัครใจ ประกอบด้วย Care manager จำนวน 10 คน Care Giver จำนวน 10 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน รวม 40 คน ขั้นตอนที่ 3 เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 371 คน เครื่องมือการวิจัยได้แก่ 1) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบฯ 3) แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคัลฟาเท่ากับ 0.92-0.94 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบ t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยขั้นตอนที่ 1 พบว่ากิจกรรมการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียังไม่เป็นรูปธรรม ไม่ต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมและไม่ครอบคลุมมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 รูปแบบกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคือ Model : 2P-TR-LP-HL โดย 2P ประกอบด้วย Promotion & Prevention เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรคของผู้สูงอายุ TR ประกอบด้วย Treatment & Rehabilitation เป็นการตรวจรักษา/ฟื้นฟูและ LP การดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย Long Term Care & Palliative Care เป็นการป้องกันการสูญเสียหรือพิการ และ HL การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทั้งแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 พบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.09 (SD=1.19) และ 4.30 (SD=0.62) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ : ควรกำหนดให้ประเด็นผู้สูงอายุเป็นนโยบายในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พขอ.) และศึกษาเชิงระบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : รูปแบบ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research and development aims to 1) to study the problems and needs for improving the quality of life of the elderly 2) develop a model for improving the quality of life for the elderly in Ranong Province 3) evaluate the effectiveness of the model for improving the quality of life for the elderly in Ranong Province .The sample group in step 1 and step 2 was selected by voluntary purposive method. It consists of 10 care managers, 10 care givers, 10 senior citizen club presidents, 10 local administrative organization administrators, totaling 40 people. Step 3: 371 elderly people. The research tools were: 1) a focus group approach to study the problems and needs for improving the quality of life of the elderly; 2) Guidelines for group discussion to develop the model 3) Questionnaire on the

quality of life of the elderly Content validity index equals 1.00 and Cronbach's alpha coefficient was 0.92-0.94. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-test. Qualitative data were analyzed for content. The results of the first stage of research found that development activities for the elderly to have a good quality of life were not concrete, discontinuous, lacked participation and did not cover the dimensions of health promotion. Step 2: The model of activities for improving the quality of life of the elderly is Model: 2P-TR-LP-HL. 2P consists of Promotion & Prevention which is to reduce risk factors before the disease of the elderly. TR consists of Treatment & Rehabilitation which is a treatment/rehabilitation and LP continuity care consists of Long Term Care & Palliative Care, which is loss or disability prevention and HL, health literacy for both the elderly, caregivers and family members. Step 3: After using the model, the elderly had a better quality of life than before development at the .05 level with mean values of 3.09 (SD = 1.19) and 4.30 (SD = 0.62), respectively.

Recommendations: The issue of the elderly should be set as a policy to drive quality of life development. and a systematic study of integrated participatory quality of life care for the elderly. all sectors involved

Keywords : Style, Quality of life, The elderly

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลง ขนาดสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 8 ใน ค.ศ. 1950 เป็นร้อยละ 11 ใน ค.ศ. 2009 และคาดประมาณว่าใน ค.ศ. 2050 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 22 ตามลำดับ (United Nation, 2009) ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรโลกเพิ่มขึ้นจาก 66 ปีใน ค.ศ. 2000 – 2005 เป็น 69 ปี ใน ค.ศ. 2010 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 72.4 ปี ใน ค.ศ.2025 – 2030 (United Nations, 2002) ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จึงเริ่มเผชิญ กับสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว มีประชากรทั้งสิ้น 66.7 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคนหรือร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2562) คาดว่า พ.ศ.2566 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”(Complete-aged society) จะมีประชากรสูง

อายุคิดเป็นร้อยละ 20.66 และพ.ศ.2578 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุนับร้อยปี” (Super-Aging Society) จำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 28.55 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ ขณะเดียวกันประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) สูงขึ้นจาก 75.4 ในปี 2560 เพิ่มเป็น 76.5 ในปี 2562 และเพิ่มเป็น 77 ในปี 2564 และข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่าอายุคาดเฉลี่ยภาวะสุขภาพดีของคนไทย ในปี 2558 มีค่าเท่ากับ 68.5 ปีและเพิ่มขึ้นเป็น 77 ปีในปี 2564

จังหวัดระนอง มีประชากรในปี 2561,2562 , 2563, 2564 จำนวน 190,399 คน, 193,370 คน, 194,372 คน, 194,573 คน ตามลำดับ โดยมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 25,847 คน (ร้อยละ 13.59), 28,289 คน (ร้อยละ14.63), 29,426 คน (ร้อยละ15.12) และ 30,694 คน (ร้อยละ15.78) ตามลำดับ โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี และจากการคัดกรองผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในปี 2564 พบผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 96.80 ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 2.56 และผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 0.64 ในส่วนของอัตราเกิดต่อประชากรพันคนมีแนวโน้มลดลง ระหว่างปี 2562-2564 เท่ากับ 8.47,

8.22, 7.21 ตามลำดับ ประกอบกับอัตราการตายต่อประชากร พันคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2562-2564 อัตรา 5.53, 4.90 และ 6.25 ตามลำดับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และจากรายงานสถานการณ์ทางสังคมของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดระนอง พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ยังประสบปัญหาในการดำรงชีวิต ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วย การอาศัยอยู่เพียงลำพังไม่มีผู้ดูแล การประกอบอาชีพโดยใช้แรงงานในวัยผู้สูงอายุ และการรับภาระเลี้ยงดูหลาน ซึ่งพ่อแม่ไปประกอบอาชีพที่อื่น การขาดแคลนค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้จดทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพได้ตามกำหนดผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการ/กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านอาชีพ สุขภาพ นันทนาการ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน/ไม่มีบัตรประชาชน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลที่มีพื้นฐานการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้ชีวิต อีกทั้งผู้สูงอายุยังต้องรับรู้สถานการณ์ในด้านต่างๆ ของชีวิต ทั้งการรับรู้ส่วนบุคคล การรับรู้ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีความเพียงพอของรายได้ มีความพึงพอใจต่อชีวิตคู่ การประกันสุขภาพและการดำรงชีวิตที่ไม่มีภาวะกดดันด้านจิตใจและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว และชุมชน เนื่องจากความเสื่อมถอยด้านสุขภาพกาย และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และด้านสังคมทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสุขภาพและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพส่งผลให้มีการตัดสินใจในการดูแล สุขภาพตนเองผิดพลาดได้ง่าย

จากสถานการณ์ดังกล่าว ที่มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วน และแนวโน้มกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ รวมทั้งสภาพปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ของผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมรองรับผู้สูงอายุ

ที่เพิ่มขึ้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดีให้มีสุขภาพแข็งแรงและ ยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังออกไปในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้หายหรือทุเลาจากการเกิดความพิการหรือทุพพลภาพ โดยจังหวัดระนองได้มีการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับภาคภาควิชาการผ่านโครงการและกิจกรรมต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ และวางระบบการดูแลสุขภาพให้มีผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบกับยังไม่มีผู้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระนอง มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดระนอง โดยใช้แนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของชาลลอคและเวอร์ดูโก้ (Schallock and Verdugo, 2002 cited in Schallock, 2004: 205-206) โดยได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้านคือ 1) สภาพความเป็นอยู่ที่ดี 2) สภาพร่างกายที่ดี 3) การตัดสินใจด้วยตนเอง 4) การรวมกลุ่มทางสังคม 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 6) สภาพอารมณ์ที่ดี มาประยุกต์และปรับใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง
2. พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง
3. ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. **ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** จากการศึกษาเอกสาร (Documentary Research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจากพื้นที่ 10 ตำบล เป็นตำบลในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุกแห่ง ทุกอำเภอ ในจังหวัดระนอง จำนวน 5 ตำบล และตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล จำนวน 5 ตำบล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยความสมัครใจ (Purposive Sampling) ประกอบด้วยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 10 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน รวม 40 คน

2. **การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมายก่อนการพัฒนา** ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย จากจำนวนประชากร 10,007 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan ได้ตัวอย่างจำนวน 371 คน แล้วสุ่มอย่างง่ายด้วยการหยิบฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมข้อมูล

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิต ด้านผู้สูงอายุของชาลอคและเวอร์ดูโก้ (Schallock and Verdugo, 2002 cited in Schallock, 2004: 205-206) จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสภาพอารมณ์ที่ดีรวม 84 ข้อ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง

การวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง ผู้วิจัยได้ยกร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง หลังจากนั้น จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อพิจารณาร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นกลุ่มที่ร่วมพัฒนาในระยะที่ 1 ประกอบด้วย ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 10 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงแบบสมัครใจ (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยการประชุมครั้งที่ 1 เพื่อยกร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ การทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทางกฎบัตรรอตตาวา ประกอบด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) การสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) และการปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) แล้วสรุปเป็นยกร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง การประชุมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบที่ได้จากการประชุมครั้งที่ 1 เพื่อร่วมกันตรวจสอบและสอบถามความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินการพัฒนา

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนองและประเมินผล

1. ประชุมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อนำรูปแบบกระบวนการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เป็นเวลา 6 เดือน ในตำบลเป้าหมาย จำนวน 10 ตำบล เป็นตำบลใน

พื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุกแห่ง ทุกอำเภอ ในจังหวัดระนอง จำนวน 5 ตำบล และตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล จำนวน 5 ตำบล

2. สร้างความรู้ (Health Literacy) แก่กลุ่มตัวอย่าง
3. การเยี่ยมเสริมพลัง เต็มเต็มองค์ความรู้เพื่อการดำเนินงานตามรูปแบบฯ
4. การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมายหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดิมตามระยะที่ 1 ทั้ง 371 คน
5. สรุปและเขียนรายงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ส่วนที่ 2 การได้รับการบริการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 5 หัวข้อได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินสุขภาพกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่ สุขภาพช่องปาก การได้ยิน การขาดสารอาหาร การมองเห็น ความคิด ความจำ ภาวะซึมเศร้า การกลืนปัสสาวะ การเคลื่อนไหว ร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามมี 0 คะแนน กับ 1 คะแนน กรณีไม่ได้รับการคัดกรองได้ 0 คะแนน ได้รับการคัดกรองได้ 1 คะแนน 2) การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Individual Wellness Plan) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องปาก สมอง ความสุข และสิ่งแวดล้อมปลอดภัย จำนวน 1 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามมี 0 คะแนน กับ 1 คะแนน กรณีไม่ได้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีได้ 0 คะแนน จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ได้ 1 คะแนน 3) การส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วยคำถามการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ถ้าเป็นสมาชิกได้ 1 คะแนน ไม่ได้เป็นได้ 0 คะแนน การได้รับการส่งเสริมสนับสนุน

จากชมรมผู้สูงอายุ กรณีไม่ได้รับได้ 0 คะแนน ได้รับ 1 คะแนน 4) การได้รับการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลหากพบปัญหาสุขภาพจากการคัดกรอง จำนวน 1 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามมี 0 คะแนน กับ 1 คะแนน กรณีไม่ได้รับส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล ได้ 0 คะแนน ได้รับการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล ได้ 1 คะแนน 5) การได้รับบริการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จำนวน 3 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามมี 0 คะแนน กับ 1 คะแนน ประกอบด้วยคำถาม การได้รับการจัดทำ Care Plan (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) กรณีไม่ได้จัดทำ ได้ 0 คะแนน จัดทำได้ 1 คะแนน การได้รับการเยี่ยมติดตามจากทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่ได้รับการเยี่ยมติดตามได้ 0 คะแนน เยี่ยมติดตามได้ 1 คะแนน การได้รับการดูแลและสนับสนุนจาก ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ได้รับการสนับสนุนได้ 0 คะแนน ได้รับการสนับสนุนได้ 1 คะแนน ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิต ด้านผู้สูงอายุ ของชาลล็อกและเวอร์ดูโก้ (Schallock and Verdugo, 2002 cited in Schallock, 2004: 205-206) จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดีด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี จำนวน 84 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบ มาตราวัดของ Likert โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อยและเห็นด้วยน้อยที่สุดโดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 5 ระดับคือ

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ผู้สูงอายุ ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก แบบสอบถามการได้รับบริการด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไป การได้รับบริการดูแลสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สำหรับสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง หมายเลขรับรอง 009/2565 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง พบว่ากิจกรรมการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียังไม่เป็นรูปธรรมไม่ต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วม และไม่ครอบคลุมมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุยังได้รับการคัดกรองไม่ครอบคลุมทุกคน และขาดการให้คำแนะนำหรือส่งต่อไปรักษาหากพบปัญหาสุขภาพ การจัดแผนส่งเสริมสุขภาพยังไม่ครอบคลุมและยังไม่มี การนำไปปฏิบัติจริง ขาดการประเมินผลกิจกรรมตามแผนที่กำหนด ชมรมผู้สูงอายุยังมีเป้าหมายในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพไม่ชัดเจนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุยังไม่ครบทุกมิติ และการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับชมรมผู้สูงอายุยังมีน้อย การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ยังขาดความเชื่อมโยงและไม่ชัดเจนในบทบาท

หน้าที่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ยังขาดการประสานงาน ความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน ผู้สูงอายุยังไม่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ ที่ควรจะได้รับ

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง โดยรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง ได้แก่ Model : 2P-TR-LP-HL โดย 2P ประกอบด้วย Promotion & Prevention TR ประกอบด้วย Treatment & Rehabilitation LP ประกอบด้วย Long Term Care & Palliative Care และHL(Health Literacy) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เชื่อมโยงกัน ดังนี้

1) การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและ ภัยสุขภาพของผู้สูงอายุ (Promotion & Prevention) ประกอบด้วยกิจกรรม การกำหนดให้มโนนโยบายสาธารณะ หรือข้อตกลงร่วมกันของชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและคนในชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อม ให้มีความปลอดภัย และจัดการปัจจัยเสี่ยงให้เอื้อต่อการ ดำรงชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ สังคม และจิตใจ ทั้งด้าน อาหาร ศาสนสถาน การตรวจคัดกรองและดูแลสุขภาพ ด้วย 3 หมอ ได้แก่ อสม.หมอคนที่ 1 คัดกรองผู้สูงอายุ (Screening) แล้วส่งต่อหมอคนที่ 2 คือ บุคลากร สาธารณสุข จัดทำแผนเพื่อดูแลสุขภาพ ชะลอความเสื่อม ให้กับผู้สูงอายุในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการมี ส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุ ในด้านการจัดการสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนพัฒนานวัตกรรมและการ ประยุกต์ใช้นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2) การปรับบริการตรวจรักษา/ฟื้นฟู (Treatment & Rehabilitation) ได้แก่ การพัฒนาระบบ ส่งต่อผู้สูงอายุเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับสถานบริการ สาธารณสุข คือหมอคนที่ 3 โดยการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลทุกแห่ง และการจัดบริการตามมาตรฐาน ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูง อายุ เพื่อป้องกันการสูญเสียหรือพิการ

3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Long Term Care & Palliative Care) ได้แก่ การใช้กระบวนการ Long Term Care ในชุมชน ด้วยกระบวนการ 3 C (Care manager, Care Giver, Care Plan) สำหรับผู้สูงอายุที่

มีภาวะพึ่งพิง) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและ การจิตสวัสดิจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการจัดบริการตามชุดสิทธิ ประโยชน์ การจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพโดยท้องถิ่น เป็นการป้องกันการสูญเสียหรือพิการ

4) การสร้างความสามารถในการใช้ชีวิต ด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทั้งแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัว ผ่าน ช่องทางต่างๆอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลง

3. ผลของการใช้รูปแบบการดำเนินงาน พัฒนาคคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัด ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$, S.D.= 1.19) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 3.50$, S.D.= 1.01) รองลงมาคือ การรวมกลุ่มทางสังคม ($\bar{X} = 3.24$, S.D.= 1.13) และ สภาพร่างกายที่ดี ($\bar{X} = 3.12$, S.D.= 1.20) ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนาพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, S.D.= 0.62) ด้านที่มีค่าเฉลี่ย สูงที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 4.42$, S.D.= 0.53) รองลงมาคือ การรวมกลุ่มทางสังคม ($\bar{X} = 4.34$, S.D.= 0.53) และ สภาพร่างกายที่ดี ($\bar{X} = 4.29$, S.D.= 0.53) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระนอง ภาพรวมทุกด้าน ก่อนและหลังการพัฒนา

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	2.93	1.17	ปานกลาง	4.27	0.85	มาก
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	3.12	1.20	ปานกลาง	4.29	0.53	มาก
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	2.74	1.16	ปานกลาง	4.15	0.50	มาก
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	3.24	1.13	ปานกลาง	4.34	0.53	มาก
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.50	1.01	ปานกลาง	4.42	0.53	มาก
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	2.87	1.31	ปานกลาง	4.23	0.54	มาก
รวม	3.09	1.19	ปานกลาง	4.30	0.62	มาก

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมก่อนการพัฒนาเท่ากับ 3.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.19 คะแนนเฉลี่ยภาพรวม หลังการพัฒนาเท่ากับ 4.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 มีค่า t เท่ากับ -70.41

และมีระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่ตั้งไว้ที่ระดับ .05 หมายความว่าค่าคะแนนในภาพรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภาพรวม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n= 371)

คุณภาพชีวิตภาพรวม	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	3.09	1.19	-70.41	.000
หลังการพัฒนา	4.30	0.62		

*p < .05

อภิปรายผล

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนองผลการศึกษาพบว่า การคัดกรองสำรวจข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม การคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพและการส่งต่อเมื่อพบปัญหาสุขภาพยังมีน้อย การจัดทำแผนการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยยังมีไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ มีเป้าหมายในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพยังไม่ชัดเจนและแต่ละชมรมที่จัดกิจกรรมยังไม่ครอบคลุมมิติสุขภาพทั้ง 4 มิติ ผู้สูงอายุเข้าร่วมน้อย ชมรมผู้สูงอายุยังไม่เข้าใจการจัดทำแผนสุขภาพดี และกิจกรรมที่มียังไม่ดึงดูดใจหรือเป็นกิจกรรมเดิม ๆ ไม่มีความแปลกใหม่สำหรับความต้องการกิจกรรมการพัฒนาต้องการให้ชมรมผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมดำเนิน การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ต้องการให้ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่อง

การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพดี คลินิกผู้สูงอายุยังเปิดให้บริการไม่ครบทุกโรงพยาบาล ยังขาดระบบการเชื่อมโยงส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน Care Giver ยังไม่ครอบคลุมตามสัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุ ทีมสหวิชาชีพในคลินิกยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชุมชนและท้องถิ่นยังมีส่วนร่วมน้อย ขาดการบูรณาการ และการติดตามประเมินผล การจิตสำนึกทำให้ผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม

การที่ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองไม่ครอบคลุมอาจเป็นเพราะบุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอและไม่มีเวลาในการไปคัดกรอง การให้สม. ไปช่วยคัดกรองยังไม่ชัดเจน อาจเป็นเพราะ อสม.ยังขาดองค์ความรู้ ความชำนาญ และไม่มั่นใจในการใช้เครื่องมือ แอปพลิเคชัน SMART อสม. ในประเด็นการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่ได้จัดทำมาจาก

ความไม่มั่นใจในองค์ความรู้ และวิธีการจัดทำแผนและ กิจกรรม ผู้สูงอายุยังไม่ให้ความสำคัญในการทำแผนส่งเสริมสุขภาพและบางคนไม่ทราบข้อมูลสถานะสุขภาพตนเอง ไม่ได้รับการคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพ การส่งต่อผู้สูงอายุที่พบปัญหาสุขภาพไปเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลยังมีสัดส่วนที่น้อย อาจเนื่องมาจากการจัดตั้งคลินิกโรงพยาบาลมีเพียง 1 แห่งคิดเป็นร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลทั้งหมดและการจัดระบบการส่งต่อจากชุมชนไปยังโรงพยาบาลยังขาดระบบที่ชัดเจน การที่กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุไม่ครบทุกมิติอาจเป็นเพราะไม่ทราบว่าในการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ควรจะมีมิติใดบ้าง แม้ว่าบางมิติได้แทรกอยู่ในกิจกรรมที่ทางชมรมได้ดำเนินการอยู่แล้วทำให้เชื่อมโยงไปสู่ การประเมินผลกิจกรรมของชมรมไม่ชัดเจน ซึ่งโดยส่วนมากผู้สูงอายุสนใจและให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนและปฏิบัติต่อกันมาในชุมชน การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชุมชนและท้องถิ่นยังขาดการเชื่อมโยงและการประเมินผล อาจเนื่องมาจากผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในแต่ละส่วน และยังไม่มีการประสานแผนการดำเนินงานแบบบูรณาการ

2. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ได้จากกระบวนการพัฒนาคือ Model : 2P-TR-LP-HL โดย 2P ประกอบด้วย Promotion & Prevention เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรคของผู้สูงอายุ ได้แก่ การคัดกรอง (Screening) โดยคัดกรองผู้สูงอายุ ความถดถอย 9 ด้าน เพื่อประเมินสภาพปัญหาเบื้องต้นและส่งต่อ การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ชะลอความเสื่อมให้กับผู้สูงอายุและการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม TR ประกอบด้วย Treatment & Rehabilitation เป็นการตรวจรักษา /ฟื้นฟู เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการและมีชีวิตยืนยาว ได้แก่ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้สูงอายุ การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในรพ.ทุกแห่งและการจัดบริการตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ LP ประกอบด้วย Long Term Care & Palliative Care เป็นการป้องกันการสูญเสียหรือพิการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การใช้กระบวนการ

Long Term Care การใช้กระบวนการ 3 C (Care manager , Care Giver, Care Plan สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุด้านต่างๆและ HL การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัว ได้เรียนรู้วิเคราะห์ ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถดูแลตนเองได้โดย

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ประสบผลสำเร็จอย่างชัดเจน ภายใต้ระบบความเชื่อมโยงกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกมิติ โดยกิจกรรมการค้นหาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เพื่อจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพ และส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา ฟื้นฟู โดยเชื่อมโยงเครื่องมือคัดกรอง Application Bluebook และการคัดกรองโดย อสม.ผ่านแอปพลิเคชัน SMARTอสม. สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2559:5-7) ที่ต้องมีการพัฒนาเทคโนโลยีช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อคัดกรองและค้นหาปัญหาสุขภาพ การใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกาย และป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง รวมทั้งการส่งต่อผู้สูงอายุเข้าระบบการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรวมทั้งการจัดระบบ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และการส่งเสริมทักษะการใช้เทคโนโลยีสื่อสารสมัยใหม่ ที่จำเป็นในการสื่อสารเพื่อรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อนำรูปแบบและกระบวนการไปใช้ในการดำเนินงานแล้วพบว่า เป็นกระบวนการเชื่อมโยงที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบและชัดเจน

3. ผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การที่ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ และได้รับการคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพที่พบทำให้เกิดความตระหนักที่จะแก้ปัญหาสุขภาพตัวเอง ทั้งในด้านการรักษา ฟื้นฟู และการจัดแผนป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพล่วงหน้าผลการวิจัย

ในครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชราภรณ์ พัฒนะ (2560: 21-33) พบว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมโดยเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมากมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนที่คิดว่าตนเองยังมีค่าที่จะทำประโยชน์ต่อสังคมได้และยังพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ วิเคราะห์ ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้ชะลอความเสื่อมของร่างกาย และป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2559:5-7) ที่กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมควรมีแผนการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติโดยเน้นไปที่การส่งเสริมศักยภาพในการจัดการตัวเองเพื่อป้องกันตัวเองจากการเจ็บป่วยและสามารถจัดการตัวเองได้ในยามเจ็บป่วย และการศึกษาของวิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล (2563:1-19) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพส่งผลให้มีการตัดสินใจในการดูแล สุขภาพตนเองผิดพลาดได้ง่าย ในส่วนของชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมร่วมกับชมรมผู้สูงอายุทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในด้านภูมิปัญญาทักษะ ความรู้ความสามารถ การจัดการ และยังทำให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การที่ได้มีโอกาสไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกดีกว่าตนเอง มีคุณค่าเพิ่มความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อตนเอง เป็นที่ยอมรับของคนในครอบครัว ชุมชน และสังคมและทำงานให้ชุมชนด้วยความสุข สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ซึ่งสอดคล้อง กับทฤษฎีกิจกรรม ของโรเบิร์ตฮาวิกเฮอร์ส (Robert Havighurst, 1960) ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุข ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ได้จากการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา

ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมด้วยความเชื่อมั่นและมีความสุขนอกจากนั้นยังเกิดความรู้สึกว่า ตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคม กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งทางกายและจิตใจเมื่อกายและจิตใจมีความสุขคุณภาพชีวิตจะดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน ศาสตร์ภัทร, จิราภรณ์ โภชกปรัภักท, สุวัลลี แยมศาสตร์และสุริย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ. (2564: 212-223) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกันและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เด่น นวลโรสง (2556) พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การตรวจรักษา / ฟันฟู เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการและมีชีวิตยืนยาวโดยการส่งต่อเข้ารับการรักษาและฟันฟูในคลินิกผู้สูงอายุเป็นการรักษา ฟันฟูสุขภาพและการดูแลต่อเนื่อง ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการดำเนินงาน Long Term Care & Palliative Care อย่างจริงจังและเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องจะเป็นการป้องกันการสูญเสียหรือพิการ (LTC & Palliative Care) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของศิริประภา หล้าสิงห์ (2563:29-36) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจนเกิดเป็นรูปธรรม ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง เน้นการทำงานเชิงรุกจนเกิดการพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัวได้เรียนรู้ วิเคราะห์ ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้เป็นการเสริมทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกในการแสวงหาทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและอ้างไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ดินน้ำจืด

และภัทรธิดา ศรีแสง.(2562: 73-82) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เงื่อนไขการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และข้อมูลสุขภาพต้องเข้าถึงง่ายและรวดเร็ว) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (ได้แก่ ผู้ให้บริการทางสุขภาพให้ข้อมูลที่ชัดเจนและไม่เร่งรีบ และสื่อการสอนข้อมูลทางสุขภาพที่อ่านง่าย เน้นแผนภาพและนำไปใช้ได้เลย) การประเมินข้อมูลสุขภาพ (ได้แก่ มีความกระตือรือร้นในการค้นหาข้อมูลและเข้าใจข้อมูลอย่างถ่องแท้) และมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (ได้แก่ เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของข้อมูลสุขภาพและสามารถประเมินข้อมูลด้วยความเข้าใจบริบทสุขภาพ)

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ได้สามารถนำไปประยุกต์และขยายผลในตำบลอื่นๆในจังหวัดระนอง

เอกสารอ้างอิง

จิรัชยา เคล้าดี,สุภชัย นาคสุวรรณและและ จักรวาล สุขไมตรี. (2560).ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารราชพฤกษ์,15 (1), 27-32.

ดวงเดือน ศาสตรภัทร,จิราภรณ์ โภชกปฏิภณ,สุวัลลี แยมศาสตร์และสุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ. (2564).ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ,7 (2), 212-223.

เด่น นวลโธสง. (2556).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอนอำเภอสวรรคโลกจังหวัดสุโขทัย.การประชุมวิชาการราชภัฏนครสวรรค์วิชาการ ครั้งที่ 1.นครสวรรค์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

พัชราภรณ์ พัฒนะ. (2560).คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4.พุทธชินราชเวชสาร, 36(1), 21-33.

วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรัญญ์ เจริญวิทยะสกุล. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท,2 (1),1-19.

วารภรณ์ ดิฉันจิตและภัทรธิดา ศรีแสง.(2562).ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ .วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 63 (ฉบับเพิ่มเติม),73-82.

ศิริประภา หล้าสิงห์ .(2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน .วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน,6(2),29-36.

2. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยเพื่อให้ทราบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ชัดเจนขึ้นเนื่องจากผลการวิจัยที่วิเคราะห์อาจไม่สามารถบอกคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยจึงอาจส่งผลกระทบต่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ไม่ครอบคลุม

3. ภาคีเครือข่ายควรให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ภายในชุมชนให้มีความสนใจในจุดร่วมเดียวกันจนเกิดการตระหนักรู้และมีความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และมีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดให้ประเด็นผู้สูงอายุเป็นนโยบายในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอในจังหวัดระนอง

2. ควรศึกษาเชิงระบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง



สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2564).สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2564 สืบค้น15 ตุลาคม 2565จาก https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/05/Elderly-Situation-2021-20220725_compressed.pdf

สำนักบริหารการทะเบียนภาค 8 (สาขาจังหวัดระนอง) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย:รายงานจำนวนประชากรจังหวัดระนอง2564สืบค้น20 พฤศจิกายน 2565 <https://www.bora.dopa.go.th/category/region-atical/part8/>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2564). เอกสารสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2564,16-20.

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระนอง .(2559).รายงานประจำปี สถานการณ์ทางด้านสังคมประจำปี 2557-2559 จังหวัดระนอง,25-34.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559).รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาด้านแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.วิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,5-7.

พฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ Novel Coronavirus 2019 (COVID 19) Prevention Behaviors among Public Health Personnel at Khlongtom District Health Care Service Networking, Krabi Province.

สวิล อนุพัฒน์
Sawil Anupat

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองพน
Health Center in honor of the old 60 Navamin at Queen, Khlongpon

บทคัดย่อ

พฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 มีความสำคัญในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคในปัจจุบัน การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 186 คน ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2565 เครื่องมือแบบสอบถามความรู้ ทักษะคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรม การป้องกันการตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันการตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.16$, S.D. = 0.45) โดยปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ($r = 0.039$, $p = 0.597$) ทักษะคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.273$, $p = 0.082$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาควรส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรม การป้องกันการตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่ดีเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความรู้, ทักษะคติ, พฤติกรรม การป้องกัน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

Self-protection behaviors of coronavirus infection disease 2019 (COVID-19) are necessary vital during the COVID-19 pandemic nowadays. This cross-sectional descriptive study aimed to examine factors affecting protective behaviors against COVID-19 of people who work in Khlong Thom health Service Network, Krabi Province. The 186 participants were simple random sampling. The data were collected from November to December 2022.

The research instruments were demographic questionnaire, knowledge, attitude, and the self-protection of COVID-19. Data were analyzed distribution of numbers, percentages, mean, standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficient statistics. The results found that the participants had self-protection behaviors of Coronavirus 2019 infection at a high level ($\bar{X} < = 4.16$, S.D. = 0.45). While, personal factors knowledge ($r = 0.039$, $p = 0.597$) and attitudes about COVID-19 ($r = 0.273$, $p = 0.082$) was no statistically significant associated with self-protection behaviors of COVID-19 infection ($p < 0.05$). These findings should be encouraged people to practice good self-protection behaviors of COVID-19 infection leading to efficiently protect and control the spread of COVID-19.

Keywords : Knowledge, Attitude, Self-prevention behaviors of Covid 19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 (COVID - 19) จัดเป็นกลุ่มของเชื้อไวรัสที่สามารถก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจในคน ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ไวรัสโคโรนา พบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น เริ่มเกิดการระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา เริ่มแรกที่มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และแพร่ระบาดออกไปหลายประเทศทั่วโลก สร้างความหวาดกลัว ทั้งนี้ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร ซึ่งปัจจุบันนี้มีผู้ป่วยยืนยัน 517,260,241 ราย และเสียชีวิต 6,276,465 ราย (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2565) เกิดการติดต่อผ่านทาง การไอ จาม การสัมผัสเชื้อโดยตรงกับสารคัดหลั่งของคนหรือสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประเมินสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วจนน่ากังวล จึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายและเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) จึงออกมาตราการแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค

ประเทศไทยเกิดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบผู้ป่วยสงสัยรายแรกเมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีนอายุ 74 ปี ซึ่งเดินทางมาถึงกรุงเทพมหานครโดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน หลังจากนั้นก็พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคเป็นอันดับ 24 ของโลก โดยพบผู้ป่วยยืนยันสะสมจำนวน 4,331,338 คน ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว จำนวน 2,048,744 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 29,143 ราย ผู้ป่วยสะสมรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 84,957 คน (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (ศบค.) ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2565) จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดกระบี่ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 พบว่ามีผู้ป่วยยืนยันสะสม 4,452 คน หายป่วยแล้ว 3,084 คน ยังรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 1,318 คน

เสียชีวิตสะสม 21 คน และพบ Cluster Covid - 19 ที่มีความเสี่ยงอยู่ในหลายอำเภอ เช่น อำเภอเหนือคลอง บริเวณตลาด 2 แห่ง คือต้นทวย 294 ราย รุ่งโรจน์ 26 ราย อำเภอ คลองท่อม ชุมชน 10 แห่ง คลองท่อมใต้ 177 ราย คลองพน 168 ราย พรุดินนา 90 ราย ทรายขาว 78 ราย อำเภอเกาะลันตา 88 ราย อำเภอเมือง กระบี่ น้อย 88 ราย ปากน้ำ 50 ราย ทัพปริก 43 ราย อำเภอ อ่าวลึก 107 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นผู้สัมผัส ในครอบครัว และเครือข่าย พบจากกิจกรรมรวมคนจำนวนมาก แคมป์คนงาน ตลาด งานบุญ งานศพ กิจกรรม สันทนาการ (รายงานสถานการณ์ COVID - 19 จังหวัดกระบี่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2564) ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนป้องกันตนเองโดย ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้าโดยไม่จำเป็น เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 - 2 เมตร สวมหน้ากากอนามัย และทับด้วยหน้ากากผ้าเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นมากกว่า 2 คน และตรวจ Antigen Test Kit (ATK) เมื่อสงสัยว่าตัวเองมีความเสี่ยง(ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งการประกาศภาวะฉุกเฉินส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด

สำหรับสถานการณ์จังหวัดกระบี่ พื้นที่สีฟ้า นำร่องการท่องเที่ยว หรือพื้นที่แซนด์บ็อกซ์ที่ต้องเตรียมความพร้อมรับนักท่องเที่ยว ที่จะเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในจังหวัดกระบี่ (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จึงส่งผลให้พบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์ วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 พบว่ามีผู้ป่วยยืนยันสะสมทั้งหมดจำนวน 24,756 ราย มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 11 ราย ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว จำนวน 24,324 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสมทั้งหมดจำนวน 150 ราย อัตราป่วยตาย 0.61 จากจำนวนตัวเลขสถิติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังกล่าว ในจังหวัดกระบี่ พบว่ามีกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้ป่วยยืนยัน

มากถึงจำนวน 215 ราย พบกระจายอยู่หลายอำเภอ หลายสถานบริการ

อำเภอคลองท่อม เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดกระบี่ ที่มีประชากรและเนื้อที่ขนาดใหญ่มีประชากรมาก รองจากอำเภอเมืองกระบี่ แบ่งการปกครองเป็นจำนวน 7 ตำบล และมีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจำนวน 11 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และอำเภอคลองท่อม มีสถานที่ท่องเที่ยวที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมรับนักท่องเที่ยว จึงส่งผลให้เกิด การระบาดของต่อเนื่องทั้งในกลุ่มประชาชน และบุคลากรสาธารณสุขที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่และติดเชื้อจากบุคคลในครอบครัว จากสถานการณ์ ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 พบว่ามีบุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนทั้งสิ้น 185 ราย แบ่งเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลคลองท่อม 145 ราย (โรงพยาบาลคลองท่อม, 2565) และบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 40 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม, 2565) ส่งผลให้มีการรักษาบุคลากรที่ป่วยและกักตัวกลุ่มบุคลากรที่มีประวัติสัมผัสความเสี่ยงสูง ทำให้ขาดแคลนบุคลากรด่านหน้า จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และทักษะปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรมีความปลอดภัย ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ หน่วยงานและครอบครัวน้อยที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุ
 - 1.3 ระดับการศึกษา
 - 1.4 สถานภาพสมรส
 - 1.5 ตำแหน่ง
 - 1.6 ประเภทการจ้างงาน
 - 1.7 รายได้ต่อเดือน
 - 1.8 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการป้องกันตนเอง
3. ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติของบุคคลในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติ วางแผนส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน การป้องกันตนเองสามารถนำไปใช้ในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคระบาดอื่นที่คล้ายกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้มีรูปแบบเป็นวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากร คือ บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลคลองท่อม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอคลองท่อม ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งอยู่ในช่วงการระบาดของปี 2565 จำนวนบุคลากร 365 คน (ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลคลองท่อม และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม, 2565)

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลคลองท่อม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอคลองท่อมจำนวน 186 คน ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของมาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973 : 727 – 728)

เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้มีเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยทางประชากร ประกอบด้วย เพศ แยกเป็นชายและหญิง ลักษณะคำถามเป็น แบบปลายปิดให้เลือกตอบ (Check List) ชนิดมาตราวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) ส่วนอายุ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเติมค่า ชนิดมาตราวัดแบบอัตราส่วน (Ratio Scale) ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ระดับการศึกษา อาชีพหลัก สถานภาพสมรส ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ (Check List) ชนิดมาตราวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) ส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานมีลักษณะคำถามเป็นแบบ

เติมค่า ชนิดมาตราวัดแบบอัตราส่วน (Ratio Scale) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมค่า

2) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 21 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดให้ 0 คะแนน แปลผลระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนของของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ, คะแนนร้อยละ 60 -79 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง โดยได้ประยุกต์การแปลผลความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 - 12 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 13 - 16 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 17 - 21 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง

3) ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.733 เป็นลักษณะให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามเกณฑ์ ของ Likert (1974) ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน แปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best (1981) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ทศนคติระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ทศนคติระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ทศนคติระดับต่ำ

4) แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 จำนวน 15 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert Rating Scales) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ประจํา (5) หมายความว่า ปฏิบัติทุกวัน, บ่อย (4) หมายความว่า ปฏิบัติ 5 - 6 วัน, นานๆ ครั้ง (3) หมายความว่า ปฏิบัติ 3 - 4 วัน, บางครั้ง (2) หมายความว่า ปฏิบัติ 1 - 2 วัน, ไม่เคย (1) หมายความว่า ไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติทุกวันต่อสัปดาห์ 4 คะแนน,

ปฏิบัติ 5 - 6 วันต่อสัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติ 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ 2 คะแนน, ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ 1 คะแนน, ไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน แผลผลโดยแบ่งระดับพฤติกรรมออกเป็น 3 ระดับของเบสท์ (Best J. W., 1977) (พัทธนันท์ ศรีอ่อนทอง, 2565) ดังนี้ 0 - 20 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ, 21 - 40 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และ 41 - 60 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเนื้อหา (Content validity) ทั้งความครอบคลุมของข้อความถาม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องตามเนื้อหา เกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยนายแพทย์ ปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อและงานระบาดวิทยา พร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับและวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ยกเว้นข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงและแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับบุคลากรสาธารณสุขสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ช่วงเดือน พฤศจิกายน 2565 โดยหาความยากง่ายของเครื่องมือรายข้อ (Item Difficulty, P) วิเคราะห์หาเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อตรวจสอบความยากง่ายของข้อความถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่าความยากง่าย (P) อยู่ระหว่าง 0.2 - 0.8 (ธัญชนก ชุมทอง, 2559) การหาค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ (Item Discrimination, r) และการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธี KR - 20 โดยกำหนดเกณฑ์ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (ปราณี มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, 2561) ได้ค่าเท่ากับ .84 วิเคราะห์หาข้อมูลที่สอดคล้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำหนดค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (ธัญชนก ชุมทอง, 2559)

และการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เพื่อยืนยันความถูกต้องของการทดสอบ โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติและเนื่องจากแบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ จึงกำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาให้มีความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้โดยกำหนดค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (ธัญชนก ชุมทอง, 2559) และการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เพื่อยืนยันความถูกต้องของการทดสอบ โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติและเนื่องจากแบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ จึงกำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาให้มีความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (ปราณี มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, 2561) ได้เท่ากับ .92 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง พฤศจิกายน - ธันวาคม 2565 โดยจำแนกออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ และขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองท่อม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอคลองท่อม เพื่อขอเก็บข้อมูล และเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ก่อนการเก็บข้อมูล

2. **ขั้นดำเนินการ** มีข้อย่อโดยวิจัย ได้แก่ 1) เข้าพบหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากข้อมูลกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลคลองท่อม และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม ปี 2565 3) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอม จึงชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย รายละเอียดโครงการ

และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 4) อธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ตัวอย่างทราบ และหากมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้ทันที และ 5) รวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติของพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิดและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติค่าไคสแควร์ (Chi-Square Test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของจังหวัดกระบี่ หมายเลขรับรองเลขที่ KBO – IRB 2022/22.0311 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

การวิจัยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 186 คน สามารถเก็บข้อมูลได้ครบทุกคน ร้อยละ 100 ผลการวิจัยสามารถสรุปผลการศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านปัจจัยส่วนบุคคล จากการวิจัยบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.3 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 – 50 ปี ร้อยละ 59.7 (อายุเฉลี่ย 37.6 ปี ต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 59 ปี) ระดับการศึกษา

ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 67.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.8 ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 23.7 มีประเภทการจ้างเป็นข้าราชการ จำนวน 95 คน ร้อยละ 51.1 มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วงมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 45.7 (รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 22,218.9 บาท) และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วงน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 46.8 (เฉลี่ย 25.9 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 38 ปี)

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.40$, S.D.=1.87) โดยพบว่าข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทำให้เกิดโรคโควิด 19 พบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ร้อยละ 100 และข้อที่ตอบถูกมากกว่าร้อยละ 90 ส่วนใหญ่ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการป้องกันแพร่ระบาดของโรค คือ ผู้สัมผัสความเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ที่มีโอกาสในการรับเชื้อจากผู้ป่วยผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่งของระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย โดยไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 97.3 การระบอบแบบ Super spread หมายถึง การระบอบที่มาจากผู้ป่วยหนึ่งคนแพร่ไปยังผู้อื่นได้เป็นจำนวนมาก ร้อยละ 96.2 ไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายผ่านสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อโรคได้ อยู่ได้นานหลายวันหากไม่มีการทำความสะอาด ร้อยละ 95.7 ไวรัสโคโรนา 2019 มีเปลือกหุ้มด้วยไขมัน จึงถูกทำลายด้วยความร้อน แสงแดด แอลกอฮอล์ สบู่ สารจำพวกคลอรีน ร้อยละ 92.5 ผู้ที่อยู่ในบริเวณที่ปิด การถ่ายเทอากาศไม่ดีร่วมกับผู้ป่วย เป็นเวลานานกว่า 30 นาที เรียกว่า ผู้สัมผัสใกล้ชิด ร้อยละ 90.3 และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ อาการที่เข้าข่ายต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือมีไข้ และมีอาการปวดหัว ท้องเสีย เหงื่อออกมาก และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยสวมชุดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลอย่างถูกต้อง ไม่ถือเป็นผู้สัมผัสโรค ร้อยละ 32.8

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 186)

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (17 คะแนนขึ้นไป)	44	23.7
ระดับปานกลาง (13 – 16 คะแนน)	133	71.5
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	9	4.8
Mean = 15.4, S.D.= 1.87, Median = 15, Min = 12, Max = 20		

3. ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 อยู่ในระดับทัศนคติปานกลาง (\bar{X} = 3.60, S.D.=0.36) โดยพบว่า ข้อคำถามที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 90 ส่วนใหญ่ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองตามมาตรการสามารถป้องกันจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการ

ล้างมือกับใส่หน้ากากอนามัยจะลดโอกาสการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด ร้อยละ 94.83 ส่วนข้อที่เห็นด้วยน้อยที่สุด คือ หากบุคลากรในโรงพยาบาลฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ครบตามเกณฑ์แล้วไม่มีความจำเป็นต้องกักตัวกรณีเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง เนื่องจากทำให้ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 45.91

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 186)

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับทัศนคติสูง	71	38.17
ระดับทัศนคติปานกลาง	114	61.29
ระดับทัศนคติต่ำ	1	0.54
Mean = 3.60, S.D.= 0.36		

4. ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 จากการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 อยู่ระดับสูง ร้อยละ 87.10 (\bar{X} = 4.16, S.D.= 0.45) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมาตรการป้องกันตนเองในด้านต่างๆ เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 18.28 – 81.18 ข้อที่พบว่า ปฏิบัติมากที่สุด คือ ท่านใช้ช้อนกลางส่วนตัว เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 81.18 และข้อที่มีผู้ปฏิบัติน้อยสุด คือ ท่าน

รับประทานอาหารที่เสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านทาน เช่น ไข่ กระชาย ร้อยละ 18.28 ส่วนข้อที่มีผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด คือ ท่านสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าในขณะที่ยืนนอกเคหะสถาน หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัส ตา จมูก และปาก ปิดปาก และจุมทุกครั้งที่ไอหรือจาม ด้วยกระดาษทิชชู หรือข้อพับแขน ใช้ช้อนกลางส่วนตัว เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 0.54

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม (n = 186)

พฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (41 คะแนนขึ้นไป)	162	87.10
ระดับปานกลาง (21 – 40 คะแนน)	24	12.90
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 21 คะแนน)	0	0.00
Mean = 47.43, Median = 47, Min = 29, Max = 60		

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ตำแหน่ง ประเภทการจ้าง รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ไม่มีผลต่อกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=0.039, p=0.597$) และส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=0.273, p=0.082$)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทัศนคติกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 186)

ตัวแปร	พฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (r)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.039	.597
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.128	.082

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.16, S.D. = 0.45$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ อินทเจริญ และคณะ (2564, สงขลา) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการประกาศมาตรการกำบังตนเองการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกระบี่ พร้อมทั้งเผยแพร่มาตรการต่าง ๆ และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ ทุกช่องทางเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากและเร็วที่สุด รวมถึงการณรงค์ต่าง ๆ ที่มีการกระ

ตุ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของดร.ณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564, นครราชสีมา) พบว่า ประชาชนล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เป็นประจำสูงถึงร้อยละ 90.80 หลังสัมผัสสิ่งที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 จึงจำเป็นต้องมีการรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว และมีพฤติกรรมกำบังตนเองโควิด 19 ให้ถูกต้องปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมในการกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี หงษ์พานิช (2564, ปทุมธานี) พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูงไม่แตกต่างกัน เนื่องมาจากการรับรู้วิธีการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถเข้าถึงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของดร.ณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564, นครราชสีมา) พบว่า กลุ่มทุกช่วงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง และมากที่สุดคือช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 97.56 ซึ่งอาจสัมพันธ์กับการเผยแพร่ข้อมูล ด้านความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่มีความรุนแรงในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น จึงอาจทำให้ มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แตกต่างกัน สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกับการศึกษาของ กวินลดาศิริระพันธ์พงศ์ และจุฑาทิพย์ นามม่อง (2564, สมุทรสาคร) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากการมี คู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านของข้อมูลข่าวสาร และจะเป็นผู้สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตำแหน่งอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกับการศึกษาของเพ็ญศรี หงษ์พานิช (2564, ปทุมธานี) พบว่า ทุกอาชีพมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากทุกอาชีพ มีความเสี่ยงที่ได้ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสภาพแวดล้อมหรือสถานที่ทำงานที่มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ ประเภทการจ้าง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงษ์ (2564, สุโขทัย) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุรัตน์ ศรีรัตน์ประภาส และจิราวรรณ

กลุ่มเมฆ (2564, สระบุรี) พบว่าเนื่องจากรายได้มีส่วนช่วยสนับสนุนให้มีการปฏิบัติและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่นการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ ด้วยสบู่หรือการใช้เจลแอลกอฮอล์ ซึ่งอุปกรณ์ดังกล่าวมีราคาไม่แพงสามารถหาซื้อและใช้ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ การรักษาระยะห่างก็สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น ความแตกต่างทางด้านรายได้ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิเคราะห์ความรู้และการป้องกันตนเองเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมตอบถูกอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ อาจไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้เกี่ยวกับโรคโคโรนาไวรัส 2019 หรือไม่มีผู้เชี่ยวชาญในทักษะด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่เป็นแกนนำในการให้ความรู้ความเข้าใจ หรืออยู่ในช่วงโรคกำลังระบาดหนักไม่มีเวลาในการจัดประชุมอบรม แต่ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง เนื่องจากบุคลากรติดตามข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทาง และการร่วมมือปฏิบัติในการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด แตกต่างกับการศึกษาอื่น (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564, สุพรรณบุรี; ดร.ณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, 2564, นครราชสีมา; นกัสนวรรณ เรืองเรียบ, 2564, พังงา; ธานี กล่อมใจ และคณะ, 2564, พะเยา) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติระดับปานกลาง แสดงว่าทัศนคติบางข้อไม่เห็นด้วยกับ การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถยุติการแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

แต่นำแนวทางหลักปฏิบัติที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริงในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงธิ (2564, สุโขทัย) พบว่า ทศนคติไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอสม. แตกต่างกับการศึกษาของ ณีวรรณ คำแสน (2564, สุพรรณบุรี) พบว่า ประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้ ร้อยละ 80.70 และมั่นใจว่าในที่สุดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จะถูกควบคุมได้ ร้อยละ 83.40 ซึ่งทศนคติที่ดีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ มีความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคดี แต่ยังไม่

มีบางประเด็นของข้อความรู้ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเพิ่มพูนทักษะในด้านต่าง ๆ ของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ส่วนด้านทศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มีค่าคะแนนที่น้อย แต่มีผลต่อการระบาดของโรค ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เป็น New Normal ที่แตกต่างไปจากการปฏิบัติตนแบบเดิมๆ ให้บุคลากร ฝึกปฏิบัติจนเกิดความเคยชินอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ผลการปฏิบัติในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กวินลดา ธีระพันธ์พงศ์ และจุฑาทิพย์ นามม่อง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของพนักงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม.
- จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส และจิรวรรณ กล่อมเมฆ. (2564). ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของประชากรวัยทำงานในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก.
- ดรัญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร.
- ธัญชนก ชุมทอง. (2559). รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานี และอ่างทอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตร ดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์, วิทยาลัยประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2561). การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก.
- พัทชนันท์ ศรีอ่อนทอง. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.
- เพ็ญศรี หงษ์พานิช. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการ สถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก.

- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ 9 พฤษภาคม 2565, จาก https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/090565.pdf
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2565, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2426720220330084652.pdf>.
- สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อภิชาติ อินทเจริญ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัญญา ต้นสกุล และสุวรรณา ปัตตะพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุข.
- Best, J. W. (1977). Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Bloom, B. S. (19 7 1). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
- Likert, R. (1974). The Method of Constructing an Attitude Scale. New York: Routledge.
- Taro Yamane (1973). Statistics: An Introductory Analysis. 3rdEd.New York. Harper and Row Publications.

การประเมินผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน
สาธารณสุขจังหวัดกระบี่
An Evaluation of the Operation on Internal Control of Public Health Sector
in Krabi Province

สิทธิโชค เพชรทอง
Sittichok Pettong
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
Krabi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยการดำเนินงานที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไปของทุกโรงพยาบาล ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ผู้ปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายใน และผู้ปฏิบัติงานในการตรวจสอบรายงานการเงินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ รวมทั้งสิ้น 36 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างง่าย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านปรัชญาและรูปแบบการบริหาร โครงสร้างการ จัดองค์กร การมอบอำนาจและหน้าที่ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์และจริยธรรม ความรู้และความสามารถของบุคลากร การระบุปัจจัยเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงหรือผลกระทบความเสี่ยง การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสอบทาน การดูแลป้องกันทรัพย์สินขององค์กร การบริหารความปลอดภัยของระบบสารสนเทศ และนโยบาย และวิธีปฏิบัติในการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกตัวแปร จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ได้ปัจจัยหลักคือความซื่อสัตย์และจริยธรรม ปัจจัยรองคือโครงสร้างการจัดองค์กร โดยพยากรณ์ผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในได้ร้อยละ 58.70 ส่วนชุดตัวแปรอิสระที่มีผลต่อผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน คือ กิจกรรมการควบคุม และสารสนเทศและการสื่อสาร โดยความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน พยากรณ์ได้ร้อยละ 54.50 ประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุดใน การดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน คือ การให้ความสำคัญกับระบบการควบคุมภายในของฝ่ายบริหาร

คำสำคัญ: การประเมินผล, การควบคุมภายใน, หน่วยงานสาธารณสุข

Abstract

This survey research aims to analyze operational factors relating to the results of the agencies' operational on internal control and to point out problems and obstacles of the agencies' operational on internal control of Krabi Public Health Sector. The data were collected using a questionnaire from 36 the Head of General Administration of all hospitals, District Public Health Assistant of all district, internal control officers, and finance officer in Krabi. Statistical methods included percentage, mean, standard deviation, simple correlation and stepwise multiple regression analysis. The results of this study showed that the relationship between the factors of philosophy and management style,

organizational structure, assignment of authority and responsibility, honesty and ethics, personnel's knowledge and competence, identification of risk factors, risk analysis, risk management or risk impacts, review, protection of corporate assets were positively correlated at a .01 level of significance. The analysis of 15 variables using stepwise regression has indicated that honesty and ethics was major factor, the organizational structure was minor factor, and were to explain the results of the operation on internal control for 58.70 percent. The set of independent variables that affect the results of the internal control system are control activities, and information and communication. The relationship is in the same direction and explain the results of the operation on internal control was 54.50 percent. As for the problems and obstacles in the operation on internal control system were found at a medium level. The most problematic issue is the importance of the management's internal control system.

Keywords : Evaluation, Internal Control, Public Health Sector

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม บัญญัติให้รัฐต้องรักษาวินัยการเงินการคลังเพื่อให้ฐานะการเงินการคลังมีเสถียรภาพมั่นคงและยั่งยืน โดยกฎหมายว่าด้วยวินัยการเงินการคลังต้องมีบทบัญญัติเกี่ยวกับกรอบการดำเนินการการคลังงบประมาณ วินัยรายได้ รายจ่าย ทั้งเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ การรับทรัพย์สิน เงินคงคลัง และหนี้สาธารณะ ดังนั้น จึงได้กำหนดพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 การบัญชี การรายงาน และการตรวจสอบ มาตรา 79 ให้หน่วยงานของรัฐ จัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด ซึ่งการควบคุมภายในถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานตามภารกิจมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ประหยัด และช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยง จากการผิดพลาด ความเสียหาย ความสิ้นเปลือง ความสูญเปล่าของการใช้ทรัพย์สิน หรือการกระทำอันเป็นการทุจริต มาตรการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐนี้ได้จัดทำขึ้นตามมาตรฐานสากลของ The Committee Sponsoring Organizations of the Treadway Commission : COSO 2013 โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของระบบบริหารราชการแผ่นดิน เพื่อใช้เป็นกรอบ

แนวทางในการกำหนด ประเมินและปรับปรุงระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานของรัฐอันจะทำให้การดำเนินงาน และการบริหารงานของหน่วยงานของรัฐบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และมีการกำกับดูแลที่ดี (หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561)

ผลของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการควบคุมภายใน 5 องค์ประกอบตามแนวของ COSO พบความสัมพันธ์ของปัจจัยตามองค์ประกอบการควบคุมภายในกับผลการดำเนินงานระบบควบคุมภายในในระดับที่แตกต่างกัน พบความสัมพันธ์ด้านสภาพแวดล้อมองค์กรและด้านสารสนเทศและการสื่อสารกับผลการดำเนินงานในทิศทางเดียวกันในระดับค่อนข้างสูง และกิจกรรมการควบคุมและด้านการติดตามประเมินผลมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานในทิศทางเดียวกันในระดับสูงมาก (ยุภา วิเศษศรี, 2550) หรือพบความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของการดำเนินงานกับปัจจัยตามองค์ประกอบการควบคุมภายใน กล่าวคือ ประสิทธิภาพของการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุม และด้านการติดตามและประเมินผล ความเชื่อถือได้ของข้อมูลและรายงานทางการเงินมีความสัมพันธ์กับด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุม และด้านสารสนเทศและการสื่อสาร การปฏิบัติ

ตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับมีความสัมพันธ์กับด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุม ด้านสารสนเทศและการสื่อสารและด้านการติดตามและประเมินผล (ชนินาด บูรณา และคณะ, 2562) หรือแม้แต่งานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับ 5 องค์ประกอบตามแนวของ COSO กับประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานพบว่า การใช้รูปแบบการควบคุมภายในของ COSO เป็นกรอบในการปฏิบัติงานของบุคลากรกิจกรรมการควบคุมส่งผลให้องค์กรมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน (Schneide and Becker, 2011) และการควบคุมภายในที่ดีสามารถช่วยให้การทุจริตทางการเงินของเจ้าหน้าที่ลดลง (Adewale, 2014) แต่ยังไม่พบว่าการประเมินผลระบบควบคุมภายใน 5 องค์ประกอบตามแนวของ COSO ไม่ส่งผลต่อการดำเนินงานทั้ง 5 องค์ประกอบ เช่นผลการศึกษาของ กิตติพงษ์ โภชนะสมบัติ (2557) พบว่ามีเพียงปัจจัยเดียวคือ ด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุมที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ส่วนปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการดำเนินงานคือ ด้านการประเมินความเสี่ยง ด้านกิจกรรมการควบคุม ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร และด้านการติดตามและประเมินผล

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อสรุปที่ยังไม่ชัดเจนและการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ที่ผ่านมาพบว่ายังมีปัญหาและยังไม่มี การประเมินผลการดำเนินงานระบบควบคุมภายในของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่อย่างจริงจัง ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมโดยมุ่งสนใจที่จะศึกษาผลของการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน โดยเลือกใช้โครงสร้างของการควบคุมภายในตามแนว COSO มีองค์ประกอบการควบคุมทั้งหมด 5 องค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงและเกื้อกูลกัน (กรมบัญชีกลาง, 2562: 9) ได้แก่ สภาพแวดล้อมของการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุมสารสนเทศและการสื่อสาร และการติดตามผล เพื่อให้ทราบว่า มีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาไปกำหนดแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานตามระบบ

การควบคุมภายในให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่วางไว้

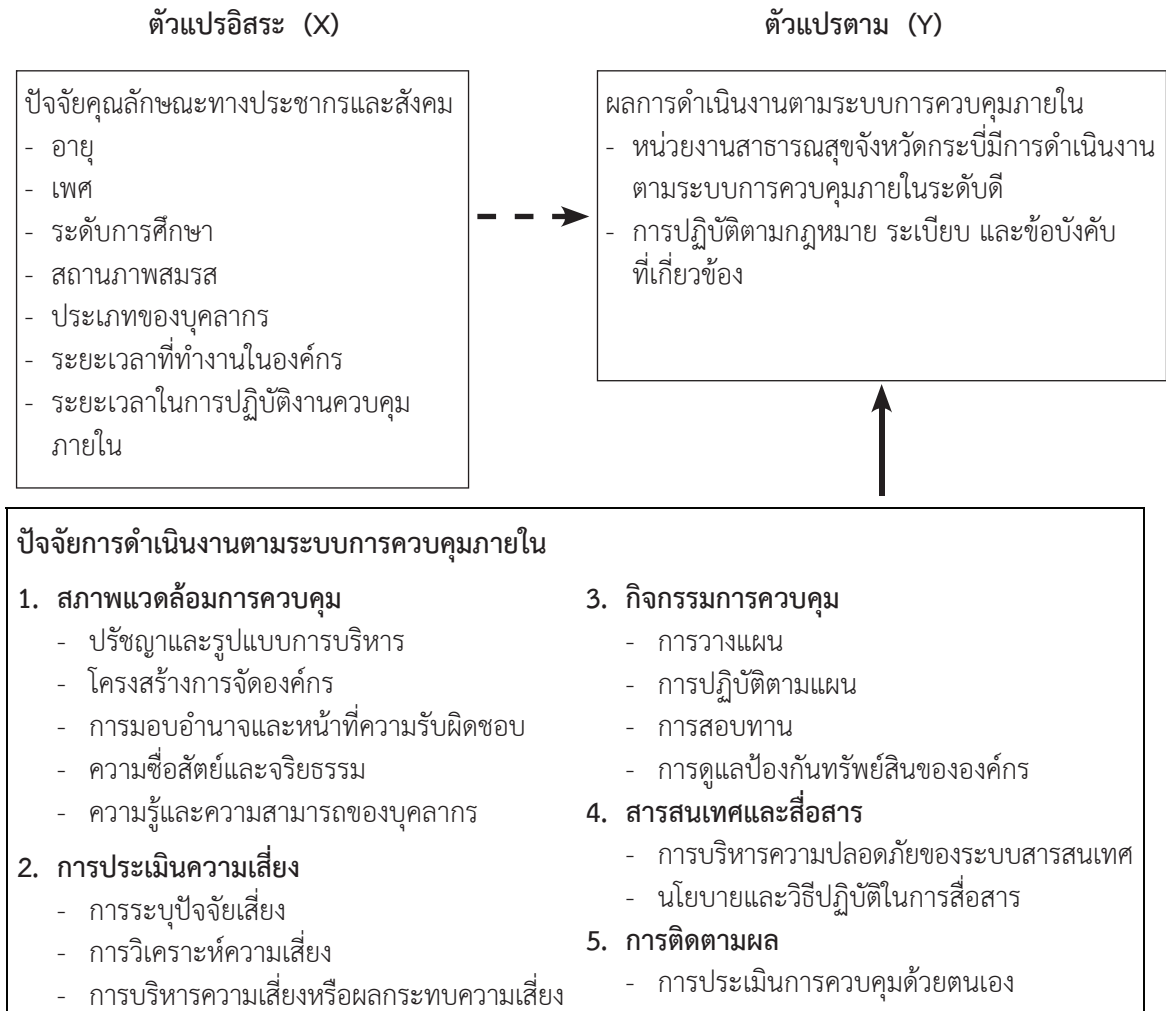
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยการดำเนินงานที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
2. เพื่อระบุปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน
2. ปัจจัยการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่จะมีความสัมพันธ์ทางบวกและอธิบายผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไปของโรงพยาบาลทุกแห่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ผู้ปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายใน และผู้ปฏิบัติงานในการตรวจสอบรายงานการเงินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ รวมทั้งสิ้น 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม มีส่วนประกอบ 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม

จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน จำนวน 12 ข้อ และส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน จำนวน 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity test) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง

(IOC) ระหว่าง 0.501.00- หาค่าความเที่ยง (Reliability) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) วิธีหาของ Cronbach ค่าความเชื่อมั่นที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.71 ขึ้นไป ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยการดำเนินงานตามระบบควบคุมภายใน มีค่าความเที่ยง .872 ข้อคำถามเกี่ยวกับผลของการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน มีค่าความเที่ยง .945 และข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน มีค่าความเที่ยง .762

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่เรียบร้อยแล้ว

1. ติดต่อประสานงานเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอและหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องการหรือต้องการจะออกจากกรวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น หากผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เมื่อดำเนินการตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ขอความอนุเคราะห์ให้รวบรวมส่งถึงผู้วิจัย
3. หลังเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ข้อมูลครบถ้วนตามประชากรที่กำหนดไว้ ตรวจสอบความถูกต้องรวบรวมข้อมูลเพื่อประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างง่าย (simple correlation) เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในกับผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน ระหว่างตัวแปรมากกว่า 2 ตัวขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นหลักการสากล และใช้หลักจริยธรรมพื้นฐานที่แสดงในรายงานเบลมอนต์ ได้แก่หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการปกป้องและคุ้มครองผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเหมาะสม และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2564 ตามเอกสารรับรองเลขที่ KBO-IRB 2021/27.1012

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.2 เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.6 จบการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 72.2 สถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 61.1 ระยะเวลาที่ทำงานในหน่วยงานมากกว่า 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 58.3 และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานควบคุมภายในไม่เกิน 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 61.1
2. ปัจจัยการดำเนินงานตามระบบควบคุมภายใน

ปัจจัยการดำเนินงานตามแนวของ COSO ทั้ง 5 องค์ประกอบ โดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.92) กล่าวคือ ด้านกิจกรรมการควบคุมมีระดับการปฏิบัติงาน

ดีที่สุด ($\bar{X} = 4.05, S.D. = 0.52$) รองลงมาคือ ด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุม ($\bar{X} = 4.05, S.D. = 0.54$)

ส่วนระดับการปฏิบัติงานต่ำสุดคือ ด้านการประเมินความเสี่ยง (ค่าเฉลี่ย 3.70) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ระดับการปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ โดยรวมและเป็นรายด้าน

มาตรฐานการควบคุมภายใน	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. สภาพแวดล้อมของการควบคุม	4.05	0.54	ดี
2. การประเมินความเสี่ยง	3.70	0.74	ดี
3. กิจกรรมการควบคุม	4.05	0.52	ดี
4. สารสนเทศและการสื่อสาร	3.87	0.55	ดี
5. การติดตามและประเมินผล	3.93	0.53	ดี
รวม	3.92	0.50	ดี

3. ผลของการดำเนินงานตามระบบควบคุมภายใน

ผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ โดยรวมมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยรวม 2.86) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า การดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในส่งผลให้การจัดทำรายงานทางการเงินของหน่วยงานเป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.00) รองลงมาคือ บุคลากรในหน่วยงานได้ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้ดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน และการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในส่งผลให้การจัดทำรายงานทางการเงินของหน่วยงานเป็นไปอย่างถูกต้องเชื่อถือได้ (ค่าเฉลี่ย 2.97)

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในกับผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 : ปัจจัยการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน

พบว่า ตัวแปรอิสระ : ปัจจัยที่มีผล 14 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ยกเว้นปัจจัย X15 การประเมินการควบคุมด้วยตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ : ปัจจัยที่มีผล กับตัวแปรตาม: ผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน ความสัมพันธ์มากที่สุด คือ X14 นโยบายและวิธีปฏิบัติในการสื่อสาร ($r = .694^{**}$) น้อยที่สุดคือ X12 การดูแลป้องกันทรัพย์สินขององค์กร ($r = .525^{**}$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเมตริกซ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อตัวแปรผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุม

ภายใน

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15	Y
X1		.642	.757	.668	.625	.754	.712	.665	.704	.723	.648	.451	.569	.667	.545	.604
X2			.593	.361	.502	.603	.671	.581	.508	.470	.620	.036	.403	.503	.380	.533
X3				.632	.815	.709	.610	.574	.694	.755	.721	.382	.578	.581	.533	.559
X4					.577	.718	.561	.500	.634	.712	.611	.644	.553	.743	.372	.682
X5						.665	.511	.486	.724	.805	.726	.351	.385	.545	.448	.597
X6							.744	.718	.689	.699	.666	.327	.533	.720	.434	.681
X7								.860	.396	.569	.674	.423	.484	.695	.425	.588
X8									.417	.517	.546	.420	.503	.662	.607	.567
X9										.707	.706	.219	.364	.539	.450	.615
X10											.795	.464	.433	.609	.494	.637
X11												.275	.318	.602	.495	.593
X12													.683	.654	.441	.525
X13														.787	.526	.557
X14															.549	.694
X15																.244
Y																

- X1 'ปรัชญาและรูปแบบการบริหาร'
- X3 'การมอบอำนาจและหน้าที่ความรับผิดชอบ'
- X5 'ความรู้และความสามารถของบุคลากร'
- X7 'การวิเคราะห์ความเสี่ยง'
- X9 'การวางแผน'
- X11 'การสอบทาน'
- X13 'การบริหารความปลอดภัยของระบบสารสนเทศ'
- X15 'การประเมินการควบคุมด้วยตนเอง'

- X2 'โครงสร้างการจัดองค์กร'
- X4 'ความซื่อสัตย์และจริยธรรม'
- X6 'การระบุปัจจัยเสี่ยง'
- X8 'การบริหารความเสี่ยงหรือผลกระทบความเสี่ยง'
- X10 'การปฏิบัติตามแผน'
- X12 'การดูแลป้องกันทรัพย์สินขององค์กร'
- X14 'นโยบายและวิธีปฏิบัติในการสื่อสาร'
- Y 'ผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน'

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 : ปัจจัยการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่จะมีความสัมพันธ์ทางบวกและอธิบายผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลจากการวิเคราะห์ในบรรดาตัวแปรอิสระ 15 ตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise regression) มีตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม : ผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน (Y) 2 ตัวเท่านั้นคือ โครงสร้างการจัดองค์กร (X2) และความซื่อสัตย์และจริยธรรม (X4) และทั้ง 2 ตัวแปรอิสระมีผลในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อตัวแปรตาม

ทั้งหมด ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม : ผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน (Y) ได้ร้อยละ 58.70 และสมการที่ได้จากการถดถอยแบบขั้นตอนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .00 และ .05

ดังนั้น สมการที่พยากรณ์ตัวแปรตาม: ผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน ได้ คือ

$$Y = 1.813 + .154 X_1 + .099 X_2 \dots\dots(1)$$

(10.552) (4.781) (2.484)

ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ระหว่างตัวแปรอิสระ 14 ตัวแปรกับตัวแปรตาม (Y) ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

ตัวแปรอิสระ	B	SE B	Beta	T	Sig. T
X2 'โครงสร้างการจัดองค์กร'	.099	.040	.309	2.484	0.019
X4 'ความซื่อสัตย์และจริยธรรม'	.154	.032	.595	4.781	0.000
(Constant)	1.813	.172		10.552	0.000

Multiple R = .766, R Square = .587, Adjusted R Square = .561, Standard Error = .1426, F = 22.074, Sig. F = 0.000

ผลจากการวิเคราะห์ชุดตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise regression) มีชุดตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม : ผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน (Y) 2 ตัวเท่านั้นคือ กิจกรรมการควบคุม (D3) และสารสนเทศและการสื่อสาร (D4) และทั้ง 2 ชุดตัวแปรอิสระมีผลในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อตัวแปรตามทั้งหมด ชุด

ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม : ผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน (Y) ได้ร้อยละ 54.50 และสมการที่ได้จากการถดถอยแบบขั้นตอนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปรกับตัวแปรตาม (Y) ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

ชุดตัวแปรอิสระ	B	SE B	Beta	T	Sig. T
กิจกรรมการควบคุม (D3)	.153	.069	.380	2.217	0.034
สารสนเทศและการสื่อสาร (D4)	.157	.065	.415	2.423	0.021
(Constant)	1.637	.199		8.227	0.000

Multiple R = .738, R Square = .545, Adjusted R Square = .518, Standard Error = .1452
F = 19.786, Sig. F = 0.000

ดังนั้น สมการที่พยากรณ์ตัวแปรตาม : ผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน ได้ คือ

$$Y = 1.637 + .157 D_4^{**} + .153 D_3^{**} \dots (2)$$

(8.227) (2.423) (2.217)

5. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามระบบควบคุมภายใน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.4) โดยประเด็นที่เป็นปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด คือ การให้ความสำคัญกับระบบการควบคุมภายในของฝ่ายบริหาร (ร้อยละ 54.3)

อภิปรายผล

การดำเนินงานด้านสภาพแวดล้อมการควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีขึ้นไปสอดคล้องกับผลการศึกษาของวัชรินทร์พรเรื่องรอง (59 :2549) เนื่องจากผู้บริหารของหน่วยงานได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในเป็นอย่างมาก เห็นได้จากการกำหนดนโยบาย และการมอบหมายอำนาจหน้าที่ให้บุคลากรรับผิดชอบในการควบคุมภายในอย่างเหมาะสม และหน่วยงานยังได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายในอย่างชัดเจน เพื่อให้บุคลากรได้จัดวางระบบการควบคุมภายในให้เหมาะสมกับหน่วยงาน

การดำเนินงานด้านการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับการควบคุมภายใน พบว่า ทุกกิจกรรมการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีขึ้นไป เป็นเพราะว่าผู้บริหารเกือบทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมในการระบุปัจจัยเสี่ยงและประเมินความเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกองค์กร มีการวิเคราะห์และประเมินระดับความสำคัญหรือผลกระทบของความเสียหาย และความถี่ที่จะเกิดขึ้นหรือโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย สอดคล้องกับมาตรฐานการควบคุมภายในของกรมบัญชีกลาง (2562) ที่กำหนดให้ฝ่ายบริหารต้องประเมินความเสี่ยง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของวัชรีย์ พรรณเรืองรอง (61 :2549) การดำเนินงานด้านการประเมินความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากเพียง 1 ใน 3 ผู้บริหารมีส่วนร่วมในการระบุปัจจัยเสี่ยงและประเมินความเสี่ยงในระดับดี มีการวิเคราะห์และประเมินระดับความสำคัญหรือผลกระทบของความเสียหาย และความถี่ที่จะเกิดขึ้นหรือโอกาสที่จะเกิดความเสียหายค่อนข้างน้อย การดำเนินงานด้านกิจกรรมการควบคุมตามระบบควบคุมภายในส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีการวางแผน มีการปฏิบัติงานตามแผน มีการสอบทานงานโดยผู้บริหารแต่ละระดับอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับกรมบัญชีกลาง (2562) ที่กล่าวว่ากิจกรรมการควบคุม ควรเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานโดยแทรกหรือแฝงอยู่กับการปฏิบัติงานปกติ เช่น การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสอบทาน การดูแลป้องกันรักษาทรัพย์สินขององค์กร และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวัชรีย์ พรรณเรืองรอง (63 :2549) การดำเนินงานด้านกิจกรรมการควบคุมโดยรวมดำเนินการอยู่ในระดับดี การดำเนินงานด้านสารสนเทศและการสื่อสารโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากหน่วยงานดำเนินงานได้ดี ตั้งแต่มีการบริหารความปลอดภัยของระบบสารสนเทศขององค์กรเหมาะสม ระบบการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกเพียงพอ เชื่อถือได้ และทันเวลา มีการสื่อสารให้บุคลากรทุกคนทราบและเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตนเกี่ยวกับระบบการควบคุมภายในอย่างชัดเจน รวมถึงมีกลไกหรือช่องทางให้บุคลากรสามารถเสนอข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษา

ของ นพวรรณ พุติตระกูล (2544) ที่พบว่าธรรมาคารอสมสินและ COSO ต่างให้ความสำคัญกับการมีระบบสารสนเทศและการสื่อสาร มีการจัดระบบการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูลสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ สามารถนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการตัดสินใจต่างๆ ได้ทันเวลา แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของวัชรีย์ พรรณเรืองรอง (64 :2549) การดำเนินงานด้านสารสนเทศและการสื่อสารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการสื่อสารภายในหน่วยงานเกี่ยวกับการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในยังไม่ครอบคลุมหรือชัดเจนเท่าที่ควร การดำเนินงานด้านการติดตามประเมินผล โดยรวมดำเนินการอยู่ในระดับดี เนื่องจากหน่วยงานมีการเปรียบเทียบแผนและผลการดำเนินงานและรายงานให้ผู้กำกับดูแลทราบ เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนิศา นูรนาและคณะ (16 :2562) พบว่าการดำเนินงานด้านการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับที่ดี เนื่องจากมีการกำหนดให้มีการติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงาน รวมถึงปัญหาและอุปสรรค

ผลจากการวิเคราะห์มาตรฐานการควบคุมภายใน 5 องค์ประกอบ พบว่า กิจกรรมการควบคุม และสารสนเทศและการสื่อสาร มีผลเชิงบวกกับผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของกิตติพงษ์ โกษณะสมบัติ (2557) ทำการประเมินผลระบบควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กรณีศึกษาหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ผลการทดสอบการถดถอยมีเพียงปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุมที่มีผลต่อการดำเนินงานทุกด้าน ส่วนปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการดำเนินงาน คือ ด้านการประเมินความเสี่ยง ด้านกิจกรรมการควบคุม ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร และด้านการติดตามและประเมินผล

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วัชรีย์ พรรณเรืองรอง (:2549 73) พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ตามระบบการควบคุมภายใน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทนา อยู่อ้อม (2557) พบว่าปัญหาาระบบควบคุมภายในภาพรวมมีปัญหาอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายใน เช่น พฤติกรรมการบริหารของผู้บริหาร สมรรถนะ

ขององค์กร ภาวะผู้นำ และความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาการดำเนินงานควบคุมภายในเชิงเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานต่างกระทรวงภายในจังหวัด

3. ควรมีการศึกษาการดำเนินงานควบคุมภายในประเด็นเฉพาะเจาะจงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ด้านการจัดซื้อจัดจ้าง ด้านระบบการบริหารพัสดุ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมบัญชีกลาง. (2562). แนวปฏิบัติระบบการควบคุมภายในภาครัฐราชการ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง.
- กรมบัญชีกลาง. (2561). หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง.
- กิตติพงษ์ โภชนะสมบัติ. (2557). การประเมินผลระบบควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กรณีศึกษาหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. วิทยาลัยปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนินาถ บุรณา และคณะ. (2562). แนวทางการประยุกต์ระบบการควบคุมภายในให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานสากล กรณีศึกษา โรงเรียนประถมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยแม่โจ้, 1(2), 1-19.
- นพวรรณ พุติตระกูล. (2544). การศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดด้านการควบคุมภายในของ COSO และระบบการควบคุมภายในของธนาคารออมสิน. การค้นคว้าอิสระปริญญาบัญชี มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบัญชี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุภา วิเศษศร. (2550). การประเมินระบบควบคุมภายในของมหาวิทยาลัยแม่โจ้. การค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรี้ พรรณเรืองรอง. (2549). การประเมินผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Schneide, Kent N. and Lana L. Becker. (2011). Using the COSO Model of Internal Control as a Framework for Ethics Initiatives in Business School. Journal of Academic and Business Ethics.
- Oduwayo Henry Adewale. (2014). Internal Control System : A managerial Tool for Proper Accountability, a Case Study of Nigeria Customs Service. European Scientific Journal, 267 -252 :(13)10.

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 หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

สำนักงาน :

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

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

facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Email : southern.phc@gmail.com มือถือ 081-3705370

ลิขสิทธิ์ :

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากกระบวนการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

ความรับผิดชอบ :

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

กำหนดการส่งต้นฉบับ :

ฉบับที่ 1 ประจำปี ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำปี มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำปี เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำปี กรกฎาคม - กันยายน



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
13 ถนนพัฒนาการคูยาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291

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

Line ID : 0813705370