

# วารสาร

## สารานุกรมสุขภาพมูลฐานภาคใต้



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



สาธารณสุขมูลฐาน  
Primary health care

**SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL**

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

**ISSN 0857-7293 ปีที่ 37 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2566**





# 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](mailto:southern.phc@gmail.com) ดังนี้

- สำหรับตีพิมพ์ผลงานไม่เกิน 12 หน้า (Summary Paper)

5. การทำหนังสือนำส่ง

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดหรือเทียบเท่า

5.2 หน่วยงานการศึกษา ลงนามโดยคณบดีขึ้นไป

5.3 หน่วยงานภาคเอกชน/ภาคีเครือข่าย ลงนามโดยผู้บริหารองค์กรที่สังกัด

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

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

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

## 6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 4 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน

## 7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

# บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 37 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2566 เป็นระยะเวลาที่อยู่ระหว่างการจัดตั้งรัฐบาลหลังการเลือกตั้งทั่วไป โดยในที่สุดก็สามารถจัดตั้งรัฐบาลได้สำเร็จ สำหรับกระทรวงสาธารณสุขมีนายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนายสันติ พร้อมพัฒน์ เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยนโยบายของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 มีประเด็นการขับเคลื่อนสำคัญ ๆ ด้านการบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุม พร้อมส่งเสริมงานสุขภาพจิตเพื่อลดช่องว่างการเข้าถึงบริการจิตเวชและยาเสพติด เชื่อมโยงการทำงานทุกภาคส่วนและการวิเคราะห์ข้อมูลยกระดับนโยบาย บัตรทอง 30 บาท เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน นโยบายที่สำคัญ คือ โครงการพระราชดำริและโครงการพระราชดำริสาตลอดจนโครงการเฉลิมพระเกียรติที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุขอื่น ๆ มีเป้าหมายเพื่อลดช่องว่างบริการสาธารณสุข 3 ประการ ได้แก่ การแก้ปัญหาที่สำคัญได้แก่การขยายโรงพยาบาลในพื้นที่กทม. 50 เขตและ 50 โรงพยาบาลและปริมณฑล, การส่งเสริมและการพัฒนางานสุขภาพจิตและยาเสพติด, การดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาระบบการให้บริการมะเร็งแบบครบวงจร และการสร้างขวัญ กำลังใจบุคลากร การวางรากฐานระบบสาธารณสุขอาทิ การพัฒนาการแพทย์ปฐมภูมิ, การสาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ, สถานชิวาภิบาล และพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย รวมทั้งการสร้างเศรษฐกิจ ได้แก่ การพัฒนา ดิจิทัลสุขภาพ, การส่งเสริมการมีบุตร และเศรษฐกิจสุขภาพ เป็นต้น โดยจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยและคุณภาพชีวิตของคนไทยในอนาคต

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาเสียสละเวลาอ่านบทความวิชาการ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่ทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

# สารบัญ

## ทิศทาง/นโยบาย

- เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) การแพทย์แนวใหม่ที่ทุกคนต้องใช้ 8

## งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการ Thai Stop Covid ของสถานประกอบการด้านอาหารและมาตรฐานตลาดสุขภาพวิถีใหม่ ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 11
- การพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบอโรเคยาสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง 21
- การพัฒนาภูมิปัญญาแก้ปัญหาสภาพการณ์อับอากาศในบ่อน้ำ : กรณีศึกษาสถานการณ์อับอากาศในบ่อน้ำ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช 29
- การพยาบาลและการส่งเครื่องมือผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากตัดแปลง : MRM : กรณีศึกษา 39
- อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพัทลุง 48
- ประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) 62
- การเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการของคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 72
- ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง 82
- รูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชน ภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ของชุมชนในพื้นที่จังหวัดตราด 95
- การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ภายในเครือข่ายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 106
- การวิเคราะห์สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง 116

## เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) การแพทย์แนวใหม่ที่ทุกคนต้องใช้

ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นของปัญหาซึ่งเกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฯลฯ ส่งผลให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ลดการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข รวมถึงสร้างความสูญเสียต่อเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก แนวทางจัดการปัญหาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงกรณีโรคเหล่านี้เกิดขึ้นแล้ว การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตควบคู่กับการใช้ยาไปด้วยกัน ก็ทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง



ด้วยความสำคัญและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตดังกล่าวมาข้างต้น จึงเป็นที่มาของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์แนวใหม่ที่นำองค์ความรู้หลากหลายแขนงเช่น แพทยศาสตร์ โภชนาวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ วิทยาศาสตร์การกีฬา ฯลฯ มาบูรณาการเชื่อมโยงกัน เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพได้อย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตที่เปรียบเสมือนเสาหลักของการมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ 6 ด้าน ดังนี้

1. โภชนาการ : อาหารที่ดีเปรียบเสมือนยารักษาโรค จึงมีคำแนะนำให้รับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป จำกัดปริมาณน้ำตาล ไขมัน เกลือ เน้นอาหารที่มาจากพืชผักผลไม้

2. กิจกรรมทางกาย : ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ออกกำลังกาย

ให้เพียงพอ ทั้งการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ เช่น เดินเร็ว วิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ ฯลฯ และการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

3. การนอนหลับ : นอนหลับอย่างมีคุณภาพให้เพียงพอ เป็นเวลา และต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ส่งผลให้ระบบเผาผลาญอาหารดีขึ้น อารมณ์สดใส เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน อีกทั้งยังช่วยให้การควบคุมอาหารและออกกำลังกายมีประสิทธิภาพมากขึ้น



4. ลดเลิกการใช้สารเสพติด : การใช้สารเสพติดทุกชนิดสัมพันธ์กับการเสียชีวิตและความพิการจากโรคทางกาย โรคทางจิตเวช และอุบัติเหตุ เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะมุ่งเน้นการลด ละ เลิกสารเสพติดที่ใช้นั้นแพร่หลายและก่อให้เกิดปัญหาหนักที่สุดคือบุหรี่และแอลกอฮอล์

5. การจัดการกับความเครียด : มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญกับความเครียดในแต่ละวันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ข้อดีของความเครียดคือทำให้มนุษย์พัฒนาศักยภาพของตนเอง แต่ข้อเสียคือทำให้คนเป็นโรคซึมเศร้าวิตกกังวล โรคอ้วน เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง ฯลฯ ได้ง่ายขึ้น ความเครียดจะส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพขึ้นอยู่กับวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

6. ความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้าง : การเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเป็นความต้องการธรรมชาติของมนุษย์ ความเหงาและสถานะโดดเดี่ยวทางสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้า สมองเสื่อม โรคหัวใจ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การมีปฏิสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นอีกหนึ่งวิถีชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

แม้ว่าวิถีชีวิตทั้ง 6 ด้านดังกล่าว จะได้รับการยอมรับในวงกว้างว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างมหาศาล แต่อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพให้สำเร็จมีหลายปัจจัย เช่น ความเคยชิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ข้อจำกัดเรื่องเวลา สิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น ทางองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงร่วมกันผลิตแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือให้บุคคลสามารถรับมือและจัดการกับอุปสรรคเหล่านั้นได้



บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตคือ ร่วมมือกับคนไข้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุหลักของสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยใช้วิธีการหลากหลาย เช่น การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษาตามหลักจิตวิทยา การให้สุขศึกษา การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม การหาแรงสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งช่วยคนไข้ให้เข้าถึงการบริการจากสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น นักกำหนดอาหาร นักวิทยาศาสตร์การกีฬา เป็นต้น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล นำไปสู่วิถีชีวิตใหม่ที่สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง และยั่งยืน

### ปรับพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยในแต่ละปีมีแนวโน้มพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น จึงมีการริเริ่มแนวทางการป้องกันโรคแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิต เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป

กลยุทธ์สำคัญดอกหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ คำแนะนำและการให้บริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้รับบริการ เน้นการให้ความสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ หรือแนวทางการดูแลแบบ “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” หรือ Lifestyle Medicine เป็นศาสตร์ที่ส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการให้บริการเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการ (Evidence-based) ประกอบการให้คำแนะนำในการรักษาที่ยึดบริบทการใช้ชีวิตของผู้รับบริการเป็นที่ตั้ง



จุดยืนที่แตกต่างของการรักษาแบบ “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” คือ การเน้นการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ โดยการผสมผสานและบูรณาการศาสตร์การรักษาดังกล่าว มาวางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน ลดปริมาณการใช้ยาที่ไม่จำเป็นลง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและมีความสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ด้วยการวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน อาทิ นักโภชนาการวางแผนการรับประทานอาหารในแต่ละวันให้สอดคล้องกับกิจกรรมในวันนั้น ๆ การร่วมมือกับนักกายภาพบำบัดหรือเทรนเนอร์ในการจัดการการออกกำลังกาย การใช้วิธีการบำบัดรักษาโดยแพทย์ทางเลือก หรือ Alternative Medicine มาใช้ในการกำจัดความเครียด ด้วยการนั่งสมาธิ การเดินลมปราณ การจัดการการนอนหลับ การจัดการน้ำหนักตัว และการลดละเลิกแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดต่างๆ เป็นต้น

เวชศาสตร์วิถีชีวิต หรือ Lifestyle Medicine ถือเป็นแนวทางการรักษาแบบใหม่ และยังเป็นสาขาเฉพาะทางที่ประเทศไทยยังคงขาดแคลนบุคลากร เพราะแพทย์ที่จะทำการรักษาแบบ “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” ได้จะต้องมีความรู้ความสามารถสำคัญ 7 ด้าน ได้แก่ 1. หลักการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ 2. องค์ความรู้ด้านโภชนาการ 3. การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 4. การนอนหลับและผลลัพธ์ต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี 5. การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ 6. การลด ละ เลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด และ 7. ทักษะภาวะผู้นำและการจัดการ

เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ SDG 3.4 ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านการป้องกันและการรักษาโรคและสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2030 สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มอบหมายให้สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล พร้อมด้วยวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา สถาบันโภชนาการ ศูนย์จิตตปัญญา มหาวิทยาลัยมหิดล และหน่วยงานจากกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกันพัฒนาหลักสูตรระยะสั้น และหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์วิถีชีวิต หรือ Residency Training in Preventive Medicine (Lifestyle Medicine) ขึ้น โดยเสนอขออนุมัติต่อแพทยสภาเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างเป็นระบบด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อการลดความรุนแรงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และภาระทางตรง/ทางอ้อมต่อระบบสุขภาพและประชาชนผู้รับบริการ รวมถึงส่งเสริมความครอบคลุมของคุณภาพการให้บริการ (Effective coverage) ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งเป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสำคัญต่อการให้บริการสุขภาพ

การดูแลสุขภาพแนว “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” ถือเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เน้นการป้องกันโรค โดยรวมเอาความรู้ทางการแพทย์ (Medicine) การให้บริการทางสุขภาพ (Health Care) นโยบายสุขภาพ (Health Policy) และปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรค NCDs สามารถวางแผนชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่มีความกดดัน ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตายก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ผู้ที่รักษาสุขภาพทั่วไปยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างการมีสุขภาพที่ดี (Wellness) ได้เช่นเดียวกัน

ที่มา : เรียบเรียง จาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=236894> เข้าถึงเมื่อ 010966



## ประสิทธิผลการปฏิบัติตามมาตรการ Thai Stop Covid ของสถานประกอบกิจการด้านอาหาร และมาตรฐานตลาดสุขภาพดีวิถีใหม่ ต่อการป้องกันโรคโควิด-19

### The effectiveness of compliance with Thai Stop Covid measures of food establishments and healthy market standard for prevention of COVID-19

ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย

Chailert Kingkaewcharoenchai

พลาว์วัตร พุทธรักษ์, เจนจิรา ดวงสอนแสง, ปรียานุช เรืองศิริณวนิช

Palawat Phutarak, Jenjira Duangsonsaeng, Priyanoot Ruanghirunwanich

สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย

Bureau of Food and Water Sanitation Department of Health

#### บทคัดย่อ

การวิจัยสำรวจเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติตามมาตรการ Thai Stop COVID ของสถานประกอบกิจการด้านอาหารในพื้นที่เสี่ยงสูง 2) เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานของตลาดต่อการป้องกันโรคโควิด-19 และ 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอในการปรับปรุงกฎกระทรวงสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 ในสถานประกอบกิจการด้านอาหารในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในจังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสีแดง จำนวน 87 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินมาตรฐาน 3 แบบ และเก็บตัวอย่างพื้นผิวสัมผัสที่มีความเสี่ยงหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยสัดส่วนคะแนน ร้อยละ t-test และ One-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิผลการปฏิบัติตามมาตรการ Thai Stop COVID (TSC) ของสถานประกอบกิจการด้านอาหารในพื้นที่เสี่ยงสูง ในการพัฒนามาตรการป้องกันโรคและการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานของตลาดต่อการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และจัดทำข้อเสนอในการปรับปรุงกฎกระทรวงสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 ผลการเปรียบเทียบระหว่างสัดส่วนคะแนนผลการปฏิบัติตามมาตรการสำหรับสถานประกอบกิจการด้านอาหารและตลาดกับตรวจพบเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ :** มาตรการ Thai Stop COVID (TSC), มาตรฐานของตลาด, สถานประกอบกิจการด้านอาหาร, ตลาดสุขภาพดีวิถีใหม่, การป้องกันโรคโควิด-19

#### Abstract

This analytical survey research. The objectives are 1) to assess the effectiveness of compliance with the Thai Stop COVID measures of food establishments in high-risk areas, 2) to study the results of compliance with market standards against COVID-19 disease prevention, and 3) to organize Make suggestions for enhancing the Ministerial Regulations on Market Hygiene B.E. 2008 in restaurants in Bangkok and the surrounding area. In 87 red-risk provinces, a purposeful sampling was chosen. The genetic material of the 2019 Coronavirus was sampled from dangerous contact surfaces using three standardized assessment forms. Proportional means, percentage t-tests, and one-way ANOVA were used to evaluate the data.

The findings demonstrated that Thai Stop COVID (TSC) compliance measures of food enterprises in high-risk locations in the creation of disease prevention measures and adherence to market benchmarks against COVID-19 disease prevention. To lessen the threat and stop COVID-19 from spreading Additionally, give a suggestion on how to enhance the Ministerial Regulation of Market Hygiene B.E. 2008 A statistically significant difference between the proportion of compliance scores for food and marketing establishments with COVID-19 was found at the 0.05 level.

**Keywords :** Thai Stop COVID (TSC) measures, Market standards, Food establishments, New normal healthy market, Prevention of COVID-19

## บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปัจจุบันที่มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ทั่วโลกสะสมพุ่งสูงเกิน 17.4 ล้านราย คิดเป็นอัตราป่วย 238.36 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค, 2565) รวมถึงประเทศไทยที่มีการระบาดระลอกใหม่ ในช่วงเดือนธันวาคม 2563 โดยสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อเกิดจากการสัมผัสอย่างใกล้ชิด โดยการสัมผัสละอองเป็นเชื้อไวรัสจากบุคคล และจากสิ่งแวดล้อมสู่บุคคล สถานประกอบการกิจการด้านอาหารเป็นสถานที่หนึ่งที่มีความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคฯ ได้หากไม่มีการจัดการด้านสุขลักษณะ และสุขวิทยาส่วนบุคคลผู้ขาย และผู้สัมผัสอาหารที่ได้มาตรฐานที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม

กรมอนามัยมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคฯ โดยเน้นการปกป้องสุขภาพคนทุกช่วงวัย ผ่านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ และมีการดำเนินการด้านมาตรฐานตามหลักสุขาภิบาลอาหารในรูปแบบ New Normal เพื่อการป้องกัน การระบาดของโรคฯ (กรมอนามัย, 2563) กรมอนามัยจึงกำหนดกลยุทธ์สำคัญในการดำเนินงาน คือ การยกระดับการสื่อสารและสร้างความรอบรู้สุขภาพในการปฏิบัติตนของประชาชน การยกระดับสถานประกอบการกิจการให้มีความปลอดภัยปลอดภัยโรค การยกระดับความเข้มแข็งชุมชนและภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและจัดการสุขภาพ รวมทั้งการยกระดับการปฏิบัติงานในสถานการณ์ฉุกเฉินของกรมอนามัย เช่น การสร้างร้าน

อาหารวิถีใหม่ (สะอาด ปลอดภัย) ไล่วิด-19 ด้วยหลัก 3 สร้าง ได้แก่ 1) สร้างมาตรฐาน โดยจัดให้มีสถานที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ 2) สร้างความปลอดภัย ด้วยการคัดสรรวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหารที่ดีมีคุณภาพ และปรุงสุกในครัว ที่ถูกสุขลักษณะ มีภาชนะสะอาด 3) สร้างความมั่นใจ มีสัญลักษณ์การรับรองมาตรฐาน Clean Food Good Taste และมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ (กรมอนามัย, 2564) ได้มีการนำมาตรการมาประยุกต์ใช้บนแพลตฟอร์ม Thai Stop COVID (TSC) ให้ผู้ประกอบการปฏิบัติตามและประเมินตนเอง ซึ่งมาตรการที่นำมาใช้ผ่านกระบวนการวิเคราะห์จากหลักการระบาดในปัจจุบันที่เป็นเหตุให้เกิดโรค (Xia L., Wang Q., et al., 2021) ผ่านการพิจารณาจากคณะทำงานกลุ่มภารกิจประมวลสถานการณ์ ยุทธศาสตร์ กฎหมายและวิชาการ STAG (Strategic and Advisory Group: STAG and Intelligent Unit: IU team) แล้วนำเสนอผ่านคณะกรรมการ EOC กรมอนามัย (Health Promotion and Environmental Health Operation Center: HPEHOC) และ EOC กระทรวงสาธารณสุข (Public health Emergency Operation Center: PHEOC) ซึ่งเมื่อมีการนำเสนอผ่าน ศบค. แล้วจึงประกาศให้มีการนำไปปฏิบัติทุกสถานประกอบการจึงต้องทำการประเมินตนเองตาม platform Thai Stop COVID นี้ จึงมีสมมุติฐานว่า การปฏิบัติตามมาตรการมีประสิทธิภาพต่อการป้องกันโรคหรือไม่ แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติตามได้และปฏิบัติไม่ได้อย่างไร และจะพัฒนาต่อไปอย่างไรในการนำมาตรการไปเป็นข้อเสนอ

เพื่อปรับปรุงกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง จึงมีการศึกษา ประสิทธิภาพของมาตรการใน Thai Stop COVID ในกลุ่ม สถานประกอบกิจการด้านอาหาร (ตลาดสด ตลาดค้าส่ง ตลาดนัด ร้านอาหาร) เพื่อทำให้เกิดความเชื่อมั่นกับ มาตรการที่กรมอนามัยกำหนดเพื่อป้องกันโรค และลด ความเสี่ยง ทำให้สถานประกอบกิจการดำเนินต่อไปได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติตาม มาตรการ Thai Stop COVID ของสถานประกอบกิจการ ด้านอาหาร ในพื้นที่เสี่ยงสูง
2. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน ของตลาดต่อการป้องกันโรคโควิด - 19
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอในการปรับปรุงกฎ กระทรวงสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551

### กรอบแนวคิดการวิจัย

#### ตัวแปรอิสระ

#### ตัวแปรตาม

ทบทวนแนวคิด/ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติตามมาตรการใน Thai Stop COVID ของสถานประกอบ กิจการด้านอาหาร (ตลาดสด ตลาดค้าส่ง ตลาดนัด และร้านอาหาร) และการประเมินผล

ประสิทธิผลการปฏิบัติตามมาตรการ Thai Stop Covid ของสถานประกอบกิจการด้าน อาหารและมาตรฐานตลาดสุขภาพวิธีใหม่ ต่อ การป้องกันโรคโควิด-19



**กลยุทธ์การขับเคลื่อน**

1. การยกระดับการสื่อสารและสร้างความรอบรู้สุขภาพในการปฏิบัติ ตนของประชาชน
2. การยกระดับสถานประกอบกิจการให้มีความปลอดภัยปลอดโรค
3. การยกระดับความเข้มแข็งชุมชนและภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง และจัดการสุขภาพ
4. ยกระดับการปฏิบัติงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน
5. สร้างมาตรฐาน สร้างความปลอดภัย และสร้างความมั่นใจ (รับรอง มาตรฐาน Clean Food Good Taste และมาตรฐานตลาดสด น่าซื้อ)



ข้อเสนอในการ ปรับปรุงกฎกระทรวง เกี่ยวกับสุขลักษณะ ของตลาด พ.ศ.2551



การประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติตามมาตรการ Thai Stop Covid ของสถานประกอบกิจการด้านอาหารและมาตรฐานตลาดสุขภาพวิธีใหม่ ต่อ การป้องกันโรคโควิด-19

- การประเมินมาตรฐาน THAI STOP COVID
- การประเมินมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิธีใหม่
- การประเมินมาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยสำรวจเชิงวิเคราะห์ (Analytical Survey Research) เพื่อประเมินการดำเนินงานสุขาภิบาลของสถานประกอบกิจการด้านอาหาร (ตลาดสด ตลาดค้าส่ง ตลาดนัดและร้านอาหาร) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม 2564

ประชากร คือ สถานประกอบกิจการด้านอาหาร (ตลาดค้าส่ง ตลาดสด ตลาดนัดและร้านอาหาร) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สถานประกอบกิจการด้านอาหารในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล (นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร และนครปฐม) ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสีแดงตามคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ 11/2564 เรื่อง พื้นที่สถานการณ์ที่กำหนดเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด 29 จังหวัด และพื้นที่ควบคุมสูงสุด 37 จังหวัด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ด้วยเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ สถานประกอบกิจการด้านอาหาร (ตลาดสด ตลาดค้าส่ง ตลาดนัดและร้านอาหาร) ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยง พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด จำนวน 87 แห่ง ที่เปิดดำเนินการ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบประเมินมาตรฐาน THAI STOP COVID แบ่งเป็นประเภทสถานประกอบกิจการ 3 ประเภท ได้แก่ 1. ประเภทตลาดสด/ตลาดค้าส่ง/ตลาดนัด 2. ประเภทตลาดนัด และ 3. ประเภทร้านอาหาร แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป และข้อมูลตามเกณฑ์การประเมินตนเองของสถานประกอบกิจการ 12 ข้อ

2) แบบประเมินมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิธีใหม่ ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านที่ 1 สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านที่ 2 สุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านที่ 3 ความปลอดภัยอาหาร และด้านที่ 4 การคุ้มครองผู้บริโภค

จำนวนทั้งหมด 50 ข้อ ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) เจ้าของหรือผู้จัดการตลาด 2) ผู้ขาย/ผู้ช่วยขายของ และ 3) ผู้ซื้อ/ผู้บริโภค

3) แบบประเมินมาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ สำหรับประเมินมาตรฐานของตลาดประเภทที่ 2 ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสัญลักษณ์ของตลาด พ.ศ. 2551 แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน 10 ข้อ ระดับดี 15 ข้อ และระดับดีมาก 20 ข้อ

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านเนื้อหา (Content validity) ทั้งความครอบคลุมของข้อคำถาม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องตามเนื้อหาเกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้โครงการยกระดับการจัดการสุขาภิบาลและสุขอนามัยในสถานประกอบการด้านอาหาร เพื่อรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกเมษายน 2564 ระหว่างเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม 2564 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ประเมินมาตรฐาน THAI STOP COVID เป็นการประเมินตนเองของสถานประกอบการ ด้วยระบบประเมินตนเองแบบออนไลน์

2. ประเมินมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิธีใหม่ เป็นการประเมินโดยมีหน่วยงานผู้ประเมิน ได้แก่ หน่วยงานระดับภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เทศบาล อบต. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. ฯลฯ

3. ประเมินมาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ เก็บข้อมูลโดยมีหน่วยงานผู้ประเมิน ได้แก่ หน่วยงานระดับภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เทศบาล อบต. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. ฯลฯ

4. เก็บตัวอย่างพื้นผิวสัมผัสที่มีความเสี่ยงหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี

In-house method based on ISO 15216-2:2019 และ RT-PCR (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2564) โดยสุ่มตรวจตามประเภทสถานประกอบการ แบ่งเป็น ตลาดค้าส่งจำนวน 11 แห่ง 46 ตัวอย่าง ตลาดสดจำนวน 31 แห่ง 116 ตัวอย่าง ตลาดนัด 22 แห่ง 105 ตัวอย่าง และร้านอาหาร 24 แห่ง 69 ตัวอย่าง ซึ่งการสุ่มตรวจจะตรวจที่บริเวณมีการสัมผัสร่วมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในสถานประกอบการ ได้แก่ บริเวณที่ผลักประตู ห้องน้ำ ที่กดลิฟท์ ลูกรีดมือ ถังขยะ ถังน้ำดื่ม จุดวางอาหาร จุดพักคอย มือผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะ และธนบัตร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยเปรียบเทียบสัดส่วนคะแนน ดังต่อไปนี้

1. การประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติตามมาตรการ Thai Stop COVID ของสถานประกอบกิจการด้านอาหารในพื้นที่เสี่ยงสูง วิเคราะห์สัดส่วนคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินมาตรฐาน THAI STOP COVID, มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อวิถีใหม่, มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ กับการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังต่อไปนี้
  - การเปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนแบบเปิดระหว่างพบเชื้อโควิดกับไม่พบเชื้อโควิด มาตรฐาน THAI

STOP COVID สำหรับตลาดค้าส่ง/ตลาดสด/ ตลาดนัด และTHAI STOP COVID สำหรับร้านอาหาร ด้วยสถิติ t-test

- เปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนแบบประเมิน ด้วยสถิติ F-test หรือ One-way ANOVA
- เปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภทสถานประกอบการแบบประเมิน THAI STOP COVID ด้วยสถิติ F-test หรือ One-way ANOVA
- เปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภทสถานประกอบการในแต่ละมาตรการของแบบประเมิน THAI STOP COVID ทดสอบด้วยสถิติ F-test หรือ One-way ANOVA
- เปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภท สถานประกอบการแบบประเมินตลาดสดน่าซื้อ วิถีใหม่ ด้วยสถิติ t-test
- เปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภท สถานประกอบการในแต่ละมาตรการ ของแบบประเมินตลาดสดน่าซื้อวิถีใหม่ ด้วยสถิติ t-test

### ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติตามมาตรการใน THAI STOP COVID ของสถานประกอบกิจการด้านอาหารในพื้นที่เสี่ยงสูง

### ตารางที่ 1 ผลการศึกษาสัดส่วนคะแนนแบบประเมิน THAI STOP COVID

ประเภทสถานประกอบการ	ค่าเฉลี่ยสัดส่วนคะแนนผ่านมาตรการ	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด
ตลาดค้าส่ง	78.03%	100.00%	25.00%
ตลาดสด	83.06%	100.00%	25.00%
ตลาดนัด	90.53%	100.00%	75.00%
ร้านอาหาร	84.03%	100.00%	58.33%

2. ผลการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานของตลาดต่อการป้องกันโรคโควิด - 19  
**ตารางที่ 2** ผลการศึกษาสัดส่วนคะแนนแบบประเมิน มาตรฐานตลาดสดนำซื้อ วิถีใหม่

ประเภท	ด้านการประเมิน	ค่าเฉลี่ยสัดส่วน	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด
ตลาดค้าส่ง	ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	84.70%	95.12%	60.98%
	ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล	90.91%	100.00%	80.00%
	ด้านความปลอดภัยอาหาร	77.27%	100.00%	0.00%
	ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค	81.82%	100.00%	0.00%
ตลาดสด	ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	86.39%	100.00%	65.85%
	ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล	85.16%	100.00%	60.00%
	ด้านความปลอดภัยอาหาร	79.03%	100.00%	0.00%
	ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค	79.03%	100.00%	0.00%
ภาพรวมตลาด	ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	85.95%	86.39%	84.70%
	ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล	86.67%	90.91%	85.16%
	ด้านความปลอดภัยอาหาร	78.57%	79.03%	77.27%
	ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค	79.76%	81.82%	79.03%

การศึกษากการประเมินมาตรฐานตลาดนัด พบว่าสถานประกอบการทั้งหมดมีสัดส่วนคะแนน 75.68% โดยสถานประกอบการที่มีสัดส่วนคะแนนมากที่สุดคือตลาดนัดพุทธทรัพย์ (สัดส่วนคะแนน 95.00%) รองลงมาเป็น ตลาดนัดก้านน้มน้อย และตลาดรามอินทรา 67 (สัดส่วนคะแนน 90.00%) และตลาดท่านา ตลาดนัดจตุรฤทัย ตลาดนัดฤทธิสุข ตลาดนัดแม่อุทัย 2 มหาชัยนิเวศน์ (ซูจิว)

และตลาดนัดมั่นคง (สัดส่วนคะแนน 85.00%) ตามลำดับจากการรวบรวมข้อมูล ผลการประเมินมาตรฐาน THAI STOP COVID, มาตรฐานตลาดสดนำซื้อวิถีใหม่, มาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ โดยหาความสัมพันธ์กับการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ตารางที่ 3** ผลการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รายบริเวณตรวจเชื้อ สถานประกอบการประเภทร้านอาหาร

บริเวณ	การประเมิน		สัดส่วนพบเชื้อ
	พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	
จุดวางอาหาร	1	24	4.00%
จุดพักคอย	1	21	4.55%
มือผู้สัมผัสอาหาร	0	22	0.00%
ภาชนะ	0	2	0.00%



**ตารางที่ 4** ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนแบบเปิดระหว่างพบเชื้อโควิดกับไม่พบเชื้อโควิด

แบบประเมิน	ค่าเฉลี่ยสัดส่วนคะแนน		t	sig.	F	sig
	ไม่พบเชื้อ	พบเชื้อ				
ตลาดน้ำซึ้อ	85.07%	86.50%	-0.359	0.721	2.683	0.04*
ตลาดนัดน้ำซึ้อ	77.89%	61.67%	2.501	0.02*		
TSC ตลาดค้าส่ง/ตลาดสด/ตลาดนัด	86.11%	77.78%	1.841	0.04*		
ร้านอาหาร	84.42%	75.00%	1.983	0.03*		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 5** การเปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภทสถานประกอบการในแต่ละมาตรการของแบบประเมินตลาดสดน้ำซึ้อวิถีใหม่

สัดส่วนการประเมิน	ตลาดค้าส่ง	ตลาดสด	t	sig
ค่าเฉลี่ย	84.91%	85.68%	3.02	0.01*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบประเมินด้วยวิธีการทางสถิติ สามารถแบ่งการเปรียบเทียบออกเป็น 6 แบบ ได้แก่ 1) การเปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนแบบเปิดระหว่างพบเชื้อโควิดกับไม่พบเชื้อโควิด 2) เปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนแบบประเมิน 3) เปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภทสถานประกอบการแบบประเมิน THAI STOP COVID 4) เปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภทสถานประกอบการในแต่ละมาตรการของแบบประเมิน THAI STOP COVID 5) เปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภทสถานประกอบการแบบประเมินตลาดสดน้ำซึ้อวิถีใหม่ และ 6) เปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภทสถานประกอบการในแต่ละมาตรการของแบบประเมินตลาดสดน้ำซึ้อวิถีใหม่ พบว่า

1) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนคะแนน แบบประเมินระหว่างพบเชื้อโควิดกับ ไม่พบเชื้อโควิด มาตรฐานตลาดนัด THAI STOP COVID สำหรับตลาดค้าส่ง/ตลาดสด/ตลาดนัด และ THAI STOP COVID สำหรับร้านอาหารมีค่าเฉลี่ยสัดส่วนคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนแบบมาตรฐานตลาดนัดมีสัดส่วนคะแนนแตกต่างแบบประเมินตลาดสดน้ำซึ้อวิถีใหม่ THAI STOP COVID สำหรับ ตลาดค้าส่ง/ตลาดสด/ตลาดนัด และ THAI STOP COVID สำหรับร้านอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

3) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภทสถานประกอบการแบบประเมิน THAI STOP COVID สถานประกอบการประเภท ตลาดค้าส่งมีสัดส่วนคะแนนแตกต่างจากสถานประกอบการประเภทตลาดนัดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภทสถานประกอบการในแต่ละมาตรการของแบบประเมิน THAI STOP COVID มาตรการข้อที่ 1, ข้อที่ 2, ข้อที่ 6, ข้อที่ 8 และข้อที่ 12 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภทสถานประกอบการแบบประเมิน ตลาดสดน้ำซึ้อวิถีใหม่ สถานประกอบการประเภทตลาดสดและตลาดค้าส่ง มีค่าเฉลี่ยสัดส่วนคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

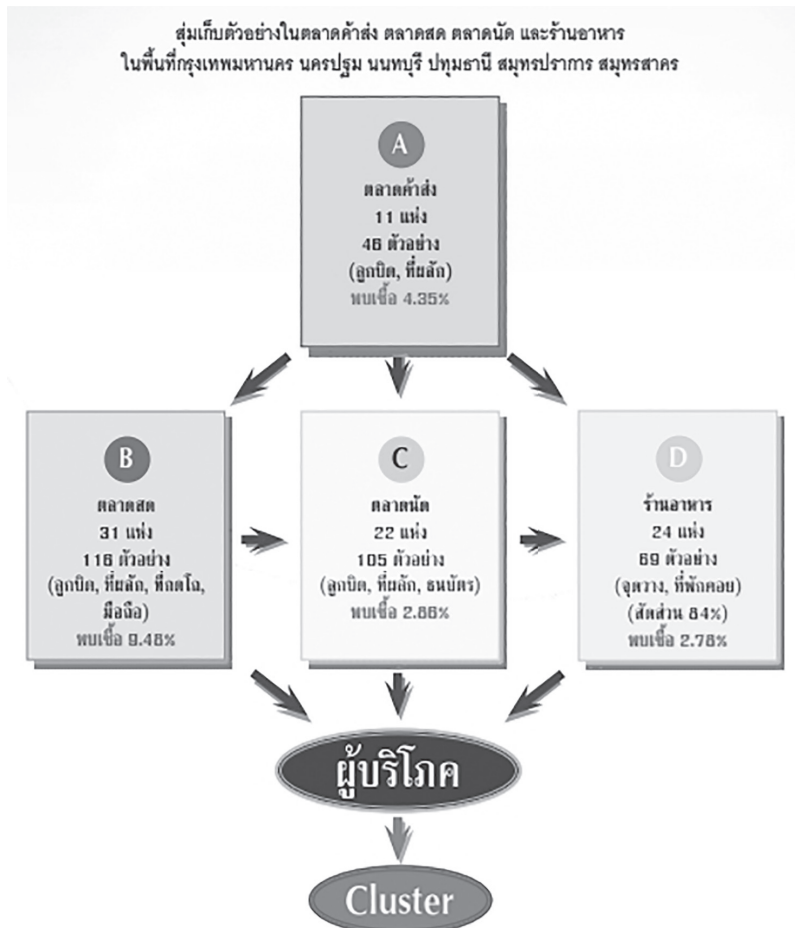
6) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนคะแนนประเภทสถานประกอบการมาตรการของแบบประเมิน ตลาดสด นำข้อวิธีใหม่ มาตรการข้อที่ 15, ข้อที่ 16, ข้อที่ 31 และ ข้อที่ 37 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7) จากข้อมาตรฐานตลาดทั้ง 4 ด้าน จัดทำข้อเสนอในการปรับปรุงกฎกระทรวงสุลักษณะของตลาด พ.ศ.2551ด้านสุลักษณะ การลดความแออัด ความกว้างทางเดิน การจัดวางสินค้า กำหนดทางเข้าออก และการทำความสะอาดในการจัดการสถานประกอบการกิจการด้านอาหาร (ตลาด) ที่มีนัยสำคัญในการลดการปนเปื้อน ป้องกันการแพร่ระบาดโรคที่ติดต่อผ่านทางหายใจ และการสัมผัสกับคณะกรรมการสาธารณสุขรวมทั้งเป็น

แนวทางในการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขในกรณีเกิดโรคระบาด

### อภิปรายผล

การศึกษา รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมิน THAI STOP COVID ตลาดสดนำข้อวิธีใหม่ มาตรฐานตลาดนัด และการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านการดำเนินโครงการยกระดับการจัดการสุขาภิบาลและสุขอนามัยในสถานประกอบการด้านอาหาร เพื่อรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอก เมษายน 2564 มีการดำเนินงานดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การสุ่มเก็บตัวอย่างในตลาดค้าส่ง ตลาดสด ตลาดนัด และร้านอาหารในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล (นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร และนครปฐม) (ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย, 2565)

จากแบบประเมิน THAI STOP COVID มีการประเมินทั้งหมด 88 แห่ง โดยทำการกระจายศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลตามประเภทสถานประกอบการ แบ่งเป็น ตลาดค้าส่ง 11 แห่ง ตลาดสด 31 แห่ง ตลาดนัด 22 แห่ง และร้านอาหาร 24 แห่ง และมีสถานประกอบการผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งหมด 19 แห่ง (ร้อยละ 21.59) ซึ่งค่าเฉลี่ยสัดส่วนคะแนนของแบบประเมิน อยู่ที่ 84.56% และประเภทสถานประกอบการ ที่มีค่าเฉลี่ยสัดส่วนคะแนนสูงสุดคือ ตลาดนัด (ค่าเฉลี่ย สัดส่วนคะแนน 90.53%) รองลงมาคือ ร้านอาหาร (ค่าเฉลี่ยสัดส่วนคะแนน 84.03%) ตลาดสด (ค่าเฉลี่ย สัดส่วนคะแนน 83.06%) และตลาดค้าส่ง (ค่าเฉลี่ย สัดส่วนคะแนน 78.03%) และพบว่ามาตรการ THAI STOP COVID สำหรับสถานประกอบการประเภทตลาด ค้าส่ง ตลาดสด และตลาดนัด มาตรการข้อที่ 4 มีสถาน ประกอบการผ่านประเมินมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัดส่วนสถาน ประกอบการที่ผ่านมาตรการ 98.44%) และมาตรการ ข้อที่ 12 มีสถานประกอบการประเมินน้อยที่สุด (ค่า เฉลี่ยสัดส่วนสถานประกอบการที่ผ่านมาตรการ 57.81%) และมาตรการ THAI STOP COVID สำหรับ สถานประกอบการประเภทร้านอาหาร มาตรการ ข้อที่ 1, 2, 4, 6, 7 และ 9 มีสถานประกอบการประเมิน ผ่านมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัดส่วนสถานประกอบการที่ผ่าน มาตรการ 100.00%) เนื่องจากมีความพร้อมได้รับการ สนับสนุนหน้ากอนามัย เจลแอลกอฮอล์จากหน่วยงาน ต่าง ๆ และผู้ใช้บริการสังเกตเห็นตรวจสอบได้ และ มาตรการข้อที่ 12 มีสถานประกอบการประเมินผ่าน น้อยที่สุดเพราะมีความสับสนไม่ชัดเจนในการใช้งาน มีหลากหลายแอปพลิเคชัน (ค่าเฉลี่ยสัดส่วนสถานประกอบ กิจการที่ผ่านมาตรการ 4.17%) จากมาตรการทั้งหมด 12 ข้อ

จากแบบประเมินตลาดสดนำซื้อ วิธีใหม่ มีการ ประเมินทั้งหมด 42 แห่ง โดยทำการกระจายศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลตามประเภทสถานประกอบการ แบ่งเป็น ตลาดค้าส่ง 11 แห่ง และตลาดสด 31 แห่ง และมีสถานประกอบการผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งหมด 19 แห่ง โดย 3 แห่ง (ร้อยละ 7.14) มีค่าเฉลี่ยสัดส่วนคะแนน ของแบบประเมินทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านความปลอดภัยอาหาร ด้านคุ้มครองผู้บริโภคทั้งตลาดค้าส่งและตลาดสด อยู่ที่ 85.48% และประเภทสถานประกอบการ

ที่มีค่าเฉลี่ยสัดส่วนคะแนนสูงสุดคือ ตลาดสด (ค่าเฉลี่ย สัดส่วนคะแนน 85.68%) รองลงมาคือ ตลาดค้าส่ง (ค่าเฉลี่ยสัดส่วนสถานประกอบการที่ผ่านมาตรการ 84.91%) ซึ่งด้านการประเมินที่มีสถานประกอบการผ่านการ ประเมินมากที่สุดคือ ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล (ค่าเฉลี่ย สัดส่วนสถานประกอบการที่ผ่านมาตรการ 86.71%) รองลงมาเป็นด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ยสัดส่วน สถานประกอบการที่ผ่านมาตรการ 85.95%) ด้านการ คุ้มครองผู้บริโภค (ค่าเฉลี่ยสัดส่วนสถานประกอบการ ที่ผ่านมาตรการ 79.76%) และด้านความปลอดภัยอาหาร (ค่าเฉลี่ยสัดส่วนสถานประกอบการที่ผ่านมาตรการ 78.57%)

มาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ มีการประเมินทั้งหมด 42 แห่ง โดยไม่มีสถานประกอบการผ่านการประเมิน ซึ่งค่าเฉลี่ยสัดส่วนคะแนนของแบบประเมินอยู่ที่ 75.68% และพบว่ามาตรการข้อที่ 2, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 19, และ 20 มีสถานประกอบการผ่านการประเมินมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัดส่วนสถานประกอบการที่ผ่านมาตรการ 100.00%) และมาตรการข้อที่ 17 (ค่าเฉลี่ยสัดส่วนสถาน ประกอบกิจการที่ผ่านมาตรการ 13.64%) จากทั้งหมด 20 มาตรการ

การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการเก็บตัวอย่างทั้งหมด 336 ตัวอย่าง โดยทำการ กระจายสุ่มตรวจตามประเภทสถานประกอบการ แบ่งเป็น ตลาดค้าส่งจำนวน 11 แห่ง 46 ตัวอย่าง ตลาดสด จำนวน 31 แห่ง 116 ตัวอย่าง ตลาดนัด 22 แห่ง 105 ตัวอย่าง และร้านอาหาร 24 แห่ง 69 ตัวอย่าง ซึ่งการสุ่ม ตรวจจะตรวจที่บริเวณ ที่ผลึกประตูห้องน้ำ ที่กด โถ ลูกบิด มือถือ รถเข็น ถังแกง จุดวางอาหาร จุดพักคอย มือผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะ และธนบัตร ด้วยวิธี In-house method based on ISO 15216-2:2019 และ RT-PCR โดยพบเชื้อไวรัสโคโรนาทั้งหมด(จำนวน18ตัวอย่าง.คิด เป็นร้อยละ 5.36% จากตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 336 ตัวอย่าง) ซึ่งประเภทสถานประกอบการที่ตรวจพบเชื้อ มากที่สุดคือประเภทตลาดสด (พบเชื้อ 9.48% จากตัวอย่างทั้งหมดในประเภทตลาดสด) รองลงมาเป็น ตลาดค้าส่ง (พบเชื้อ 4.35% จากตัวอย่างทั้งหมด ในประเภทตลาดค้าส่ง) ตลาดนัด (พบเชื้อ 2.86% จากตัวอย่างทั้งหมดในประเภทตลาดค้าส่ง) และร้าน อาหาร (พบเชื้อ 2.90% จากตัวอย่าง ทั้งหมดในประเภท

ตลาดค้าส่ง) และบริเวณที่พบเชื้อมากที่สุดคือบริเวณ ลูกบิด (พบเชื้อ 13.33% จากตัวอย่าง ทั้งหมดของบริเวณ ลูกบิด) รองลงมาเป็นที่ฝักประตูห้องน้ำ (พบเชื้อ 12.12% จากตัวอย่างทั้งหมดของบริเวณ ที่ฝักประตู ห้องน้ำ) และบริเวณที่กดโถ (พบเชื้อ 9.09% จากตัวอย่าง ทั้งหมดของบริเวณที่กดโถ)

### การนำผลการวิจัยไปใช้

เกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน้ำเชื้อ วิธีใหม่และ มาตรการใน THAI STOP COVID ที่มีนัยสำคัญกับผลการ ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นำไปพัฒนามาตรการป้องกันโรคในช่วง สถานการณ์ระบาด เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับ มาตรการ Covid Free Setting และพัฒนาเกณฑ์ มาตรฐานในการยกระดับคุณภาพสถานประกอบการ ด้านอาหารนำไปใช้ทั่วประเทศและเป็นแนวทางนำ มาตรการในการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขใน กรณีเกิดโรคระบาด

สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้บริโภคในการใช้บริการ กับสถานประกอบการที่มีใบรับรองผ่านเกณฑ์ตาม มาตรการในการป้องกันโรคที่กำหนดใน Thai Stop COVID

### เอกสารอ้างอิง

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2564). คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทางห้องปฏิบัติการ SARS-CoV-2 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- กรมอนามัย. (2563). คู่มือมาตรการและแนวทางในการดูแล ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในสถานการณ์การระบาดของโรค ติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นวันที่ 8 พฤศจิกายน 2565 เข้าถึงได้จาก: [http://www.amno.moph.go.th/amno\\_new/files/46981\\_manual.pdf](http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/46981_manual.pdf)
- กรมอนามัย. (2564). THAI STOP COVID-19 มาตรฐานความปลอดภัยลดภัย ป้องกันโรค COVID-19. สืบค้นวันที่ 25 ตุลาคม 2565, เข้าถึงได้จาก: <https://stopcovid.anamai.moph.go.th/webapp/>
- ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย. (2565). รายงานผลการสำรวจข้อมูลปริมาณเชื้อ SARS-COV-2 พื้นผิวสัมผัสในสถานประกอบการ (ตลาดค้าส่ง ตลาดสด ตลาดนัดและร้านอาหาร) ภายใต้โครงการยกระดับการจัดการสุขาภิบาลและ สุขอนามัยในสถานประกอบการด้านอาหารเพื่อรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอก เมษายน 2564. วารสารสุขาภิบาลอาหารและน้ำ, 13 (1), 6-25.
- Xia, L., Wang Q., et al. (2021). Risk factors and on-site simulation of environmental transmission of SARS-CoV-2 in the largest wholesale market of Beijing, China. Science of the Total Environment, 778, 14-25.

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การปฏิบัติตามมาตรการในกรณีเกิดการโรค ระบาดและเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์มาตรการและเกณฑ์มาตรฐานต่าง ๆ ในการป้องกันโรคสำหรับประชาชนและองค์กรนำไป ปฏิบัติหลังจากควบคุมโรคได้แล้ว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวตามสุขลักษณะที่ดียังคงอยู่หรือไม่ซึ่งจะส่ง ผลต่อการลดลงของโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อที่ ติดต่อผ่านทางกรกินหรือไม่ ประชาชนมีทักษะในการ เข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านการป้องกันโรคเป็นอย่างไร ผู้ประกอบการมีทักษะในการจัดการป้องกันโรคใน สถานการณ์ระบาดให้กิจการดำเนินต่อไปได้อย่างไร มาตรการในเรื่องของการลดความหนาแน่น และมีการ ระบายอากาศที่ดี จะมีการปนเปื้อนเชื้อบนผิวสัมผัสน้อย กว่าร่วมกับสุขลักษณะและการทำความสะอาดจะทำให้ การป้องกันโรคได้ดีขึ้นนอกเหนือจากโรคที่เกิดจากอาหาร และน้ำเป็นสื่อสามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์การประเมิน สถานประกอบการด้านอาหารแทนการประเมิน มาตรฐานที่มีใช้อยู่เดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ การปรับปรุงกฎกระทรวงด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ขอบเขตนิยามตลาด โครงสร้างอาคาร ผู้ค้าขาย ผู้ประกอบการต่าง ๆ ในตลาด แรงงานต่างชาติ รวมถึงข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติบังคับใช้ ที่เกินขอบเขต ของการศึกษานี้

## การพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบโรคยาศาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

### The Development of Arokhayasala Health service for Palliative Care in Huaiyot Hospital, Trang

ปราณี ไล่เพี้ย

Pranee Saipia

โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

Huaiyot Hospital, Trang

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบโรคยาศาลของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง และศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยรูปแบบการจัดบริการแบบโรคยาศาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่มานอนพักรักษาในตึกอโรคยาศาลทุกคน จำนวน 20 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการจัดบริการแบบโรคยาศาลของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยมีอาคารแยกเฉพาะออกมาจากหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งเรียกว่า “อโรคยาศาล” โดยได้มีการปรับปรุงเป็นอาคารต้นแบบด้านการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการเยียวยา 5 ด้าน การดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการจัดบริการแบบโรคยาศาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายตามลักษณะการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาในระดับดีมากถึงดีมากที่สุดทุกด้าน ดังนั้น การจัดรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่เป็นการดูแลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง

**คำสำคัญ :** รูปแบบการจัดบริการแบบโรคยาศาล, ผู้ป่วยระยะท้าย, ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

### Abstract

This research's pattern of research and development. This study aimed to develop a model for organizing medical services for terminally patients. Huai Yot Hospital in Trang Province and to study the outcomes of terminally ill patients with a court-style service arrangement model. The sample consisted of 20 terminally ill patients hospitalized in the Arokhayasala Court building. The data were collected by using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics by finding the number, percentage, mean, and standard deviation.

The research revealed the form of medical care services for terminally ill patients Huai Yot Hospital in Trang Province has a service for terminally patients. There is a food that is separated from the general ward called “Arokhayasala” which has been renovated into a model building for improving the environment for five aspects of healing, care by a multidisciplinary team and spiritual care. Most of the sample groups were satisfied with the provision of medical services. For terminally ill patients, according to the nature of the environment, that is conducive to healing at the best level in all aspects. Therefore, it must be genuinely holistic care.

**Keyword :** Arokhayasala court-style service model, Palliative patients, Outcomes of palliative patients care

## บทนำ

ปัจจุบัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการรักษาอย่างยืดเยื้อยาวนาน และเมื่อโรคดำเนินมาถึงระยะท้ายผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาวะไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมาน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความทุกข์ทรมานจากสภาพการเจ็บป่วย เช่น ความเจ็บปวด อาการเหนื่อยหอบ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความสูญเสียและการพลัดพรากในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ ประชาชนส่วนหนึ่งมีความเชื่อมั่นในเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ว่าจะสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้อย่างถึงที่สุด สถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับความทุกข์ทรมานและได้รับการพยุงชีพในระยะท้ายที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย และเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง เช่น เจ็บปวด เหนื่อยทุกข์ทรมาน และเครียด เป็นต้น (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559) ข้อมูลการเสียชีวิตด้วยด้วยโรคมะเร็งของประเทศไทยปี 2557, 2558, 2559 และ 2560 พบอัตราตาย 607.7, 706.1, 746.3 และ 748.6 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในเขตบริการสุขภาพที่ 12 พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับ 1 ตามมาด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ โดยอัตราตายด้วยโรคมะเร็งปี 2557-2560 คิดเป็น 7.22, 16.27, 18.83 และ 19.19 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ระบบฐานข้อมูล สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลของจังหวัดตรังปี 2557-2560 มีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดคิดเป็น 76.43, 85.48, 85.52 และ 87.11 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (รายงานมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย, 2561) ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นด้วยเช่นกัน และสถิติผู้ป่วยระยะท้ายของอำเภอห้วยยอดปี 2557-2560 พบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งคิดเป็น 2.11, 8.45, 13.73 และ 15.84 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (รายงาน Health Data Center สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตรัง, 2561) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้น และมานอนพักรักษาในโรงพยาบาลห้วยยอดเพิ่มขึ้นตามลำดับ

เดิมโรงพยาบาลห้วยยอดมีผู้ป่วยระยะท้ายนอนพักรักษารวมกับผู้ป่วยทั่วไป(ข้อมูลโรงพยาบาลห้วยยอด, 2556) ปัญหาที่พบคือ ความซับซ้อนที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน ความแออัดของหอผู้ป่วย และทีมสุขภาพขาดความรู้และทักษะในการดูแลเฉพาะทางแก่ผู้ป่วยระยะท้าย อีกทั้งเสียงสะท้อนของผู้ป่วยระยะท้ายและญาติที่บอกว่า “ต้องการให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลในสถานที่ที่พร้อมจะจากไปอย่างสงบ ได้รับการดูแลที่ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานก่อนเสียชีวิต” ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้นทีมผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะด้านในการที่จะแก้ปัญหาของผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตให้ได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการสุดท้ายที่จะทำให้ระยะการมีชีวิตที่เหลืออยู่มีความสุขเท่าที่สามารถจะทำได้ และเป็นไปตามความต้องการอย่างแท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย

ต่อมาคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลห้วยยอดได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและความต้องการของประชาชน จึงมีการพัฒนาด้านโครงสร้างของโรงพยาบาลขึ้น (สรุปการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล, 2556) โดยของงบประมาณการก่อสร้างตัวอาคารแยกออกมาเฉพาะที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย/แบบประคับประคองตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นตัวอาคารจำนวน 1 ใน 5 ของประเทศ และเป็นแห่งเดียวในภาคใต้ โดยมีชื่ออาคารว่า “อโรคยาศาล” ซึ่งเป็นอาคารที่มีลักษณะเฉพาะ มีการจัดสิ่งแวดล้อมในตัวอาคารรอบอาคารโดยใช้หลักการของการบูรณาการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา (โกศล จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2559)

คณะผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบอโรคยาศาลของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรังขึ้น ซึ่งเป็นการบริการดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยให้การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ให้เกิดการเยียวยาแก่ผู้ป่วยระยะท้าย ญาติ และครอบครัว และเพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้ผลการศึกษาคั้งนี้จะได้นำไปเป็นตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายแก่โรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ ในจังหวัดตรังต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบอโรคยา  
ศาสตร์ของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

และศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วย  
รูปแบบการจัดบริการแบบอโรคยาศาสตร์

## กรอบแนวคิด



## ระเบียบวิธีวิจัย

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบอโรเคยาศาลของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ระหว่างเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2562

## กลุ่มเป้าหมาย

1. เป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่มานอนพักรักษาในตึกอโรเคยาศาลทุกคน จำนวน 20 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายและลงความเห็นว่าการรักษาแบบประคับประคอง
- ผู้ป่วยรับทราบผลการวินิจฉัยและสมัครใจเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง
- ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยินยอมร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

- ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการวิจัย
2. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม-30 กันยายน 2562 จำนวน 20 คน นำแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร่วมกับปรัชญาของศาสนา ดำเนินการวิจัย 2 วรรณคดี 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การวิจัย (Research 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

**ขั้นตอนที่ 2** (Development 1) พัฒนาออกแบบและพัฒนาโครงสร้างรูปแบบบริการแบบอโรเคยาศาล

**ขั้นตอนที่ 3** การวิจัย (Research 2) ทดลองใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น

**ขั้นตอนที่ 4** (Development 2) พัฒนาประเมินผลรูปแบบบริการที่พัฒนา ปรับปรุงให้เหมาะสมเป็นรูปแบบการจัดบริการแบบอโรเคยาศาลของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. รูปแบบบริการการดูแลแบบอโรเคยาศาล การดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ ในอาคารอโรเคยาศาล

### 2. การดูแลด้านจิตวิญญาณ

เป็นการดูแลโดยใช้หลักศาสนา ตามความเชื่อของแต่ละศาสนาของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ศาสนาพุทธ มีจิตอาสาจากชมรมชายผ้าเหลืองแคเพื่อผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งเป็นพระภิกษุ มาทำพิธีทางศาสนา เช่น การให้ผู้ป่วยทำสังฆทาน การฝึกสมาธิ การทำอานาปานะสติ การเสวนาธรรมเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงของชีวิต

- ศาสนาคริสต์ มีบาทหลวงมาทำพิธีขอพรจากพระเยซู
- ศาสนาอิสลาม มีผู้นำทางศาสนาทำพิธีอ่านคัมภีร์อัลกุรอานตามหลักความเชื่อของศาสนา
- ศาสนาอื่น ๆ ให้มีการทำพิธีตามความเชื่อของแต่ละศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ
- พยาบาล ดูแลด้านการปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจต่างๆ หรือการสานฝันในวาระสุดท้ายของชีวิต
- ญาติ/บุคคลในครอบครัว ดูแลด้านความรัก ความอบอุ่น ความหวังใย สัมพันธภาพที่มีซึ่งกันและกันในครอบครัว

3. การดูแลในอาคารต้นแบบด้านการปรับสภาพแวดล้อม เพื่อการเยียวยา 5 ด้าน ได้แก่

3.1 ด้านหน้าที่การใช้งานและความปลอดภัย ของสถานที่ในอโรเคยาศาล

3.2 ด้านสุนทรียภาพและความสุขสบาย ทั้งในตัวอาคารและรอบอาคาร

3.3 ปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคม มีการจัดสถานที่ในตัวอาคารที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่ด้วยกันได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีการจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ กับผู้ป่วยอื่น ๆ ได้

3.4 ด้านการเสริมพลังและอำนาจ การตัดสินใจ มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแลด้านต่าง ๆ และสอนการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

3.5 ด้านคุณค่า และจิตวิญญาณ สถานที่ใช้ในการดูแลด้านส่งเสริมคุณค่าความเป็นมนุษย์ และจิตวิญญาณได้ เช่น มีบริเวณให้จัดการสานฝันต่าง ๆ ได้ มีสิ่งเคารพนับถือบูชา เป็นต้น



เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะท้าย  
2. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประทับประคอง โดยดัดแปลงจากเครื่องมือแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประทับประคอง (Palliative outcome Scale : POS) ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งพัฒนาโดยวาสนา สวัสดิ์ดิโนนาท (2558) จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด 10 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (1-5 คะแนน) ส่วนข้อ 11 และข้อ 12 เป็น คำถามปลายเปิดไม่นำมาคิดคะแนน

3. แบบประเมินความปวด: pain score (Expert Rev Hematol, 2011) โดยใช้ระดับคะแนนตั้งแต่ 1-10 (ปวดน้อย-ปวดมากที่สุด) ประเมินจากการบอกคะแนน (numeric scale) หรือคะแนนจากสีหน้า (face pain scale)

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดบริการแบบโรรักษาของผู้ดูแลหลักตามลักษณะการจัดสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลที่เอื้อต่อการเยียวยา (โกศล จิงเสถียรทรัพย์, 2559) โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ใช้คำถามปลายปิด 44 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (1-5 คะแนน) ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วน (rating scale) ตั้งแต่ 1 คะแนน (ข้อความนั้นเป็นจริงน้อยที่สุด) ถึง 5 คะแนน (ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด) ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านหน้าที่การปฏิบัติงานและความปลอดภัย มี 5 ข้อ

ด้านที่ 2 ด้านสุนทรียภาพและความสุขสบาย มี 9 ข้อ

ด้านที่ 3 ด้านปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคม มี 11 ข้อ

ด้านที่ 4 ด้านการเสริมพลังอำนาจและการตัดสินใจ มี 8 ข้อ

ด้านที่ 5 ด้านคุณค่าและจิตวิญญาณ มี 11 ข้อ

การแปลระดับคะแนนความพึงพอใจ ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 2 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนน 2 - 3 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจระดับดี

คะแนนมากกว่า 3 - 4 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจระดับดีมาก

คะแนนมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความพึงพอใจระดับดีมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของแบบสอบถามแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประทับประคอง (Palliative outcome Scale : POS) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 (อ้างในวาสนา, 2558) ได้รับอนุญาตจากกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้ใช้เครื่องมือได้ แบบประเมินประสพการณ์ความพึงพอใจด้านการปรับสภาพแวดล้อมสถานพยาบาล ให้ต่อการเยียวยาที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ได้รับอนุญาตจากดร.โกศล จิงเสถียรทรัพย์ (หัวหน้าโครงการออกแบบสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลให้เอื้อต่อการเยียวยา) ให้ใช้เครื่องมือได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านโครงสร้าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณผลลัพธ์การประเมินรูปแบบบริการแบบโรรักษา โดยหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลหลัก ในอาคารโรรักษา โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในคนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรีง เอกสารหมายเลขรับรอง38/2562ลงวันที่29มีนาคม2562

2. ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลเสียหรือผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะ และจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียใด ๆ ต่อบุคคล

### ผลการวิจัย

รูปแบบการจัดบริการแบบอโรคยาศาลเป็นการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยมีอาคารแยกเฉพาะออกมาจากหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งเรียกว่า “อโรคยาศาล” โดยได้มีการปรับปรุงเป็นอาคารต้นแบบด้านการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการเยียวยา 5 ด้าน การดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ผลการพัฒนาสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย/แบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลห้วยยอดมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ และแนวทางการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับบริการตามความเหมาะสม และจัดกระบวนการดูแลเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะแรกรับ แพทย์จะแจ้งผลการวินิจฉัยระยะของโรคและแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมให้ทางเลือกในการดูแลรักษา(บางรายทราบผลการวินิจฉัยมาจากรพ.ศูนย์ตรีง หรือจากรพ.ตติยภูมิแล้ว) 2) ระยะดูแลต่อเนื่อง มีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย (Palliative Care Nurse Ward :PCWN) และพยาบาลผู้ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Nurse :PCN) มีหน้าที่ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม ส่งต่อข้อมูลเชื่อมโยงมายังศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย/แบบประคับประคอง และประสานงานร่วมกับพยาบาลประจำตึกอโรคยาศาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยปฏิบัติตามแนวทางต่าง ๆ ที่จัดทำขึ้น โดยมีพยาบาลผู้ดูแลแบบประคับประคอง (PCN) เป็นผู้ให้คำปรึกษาและการประเมินผลลัพธ์การดูแล 3) ระยะจำหน่ายมีการวางแผนจำหน่ายและขยาย

การดูแลลงสู่ รพช.และรพ.สต. เครือข่าย เพื่อการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และมีการดูแลด้านมิติจิตวิญญาณร่วมกับจิตอาสาชมรมชายผ้าเหลืองแด่เพื่อนผู้ป่วยระยะท้ายตามความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแล ครอบครัว ญาติ ซึ่งมีพระ จิตอาสา ของชมรมชายผ้าเหลืองวัดห้วยยอด ไปร่วม เช่น การไปให้กำลังใจผู้ป่วย และครอบครัว การให้ผู้ป่วยทำสังฆทานพร้อมหน้าพร้อมตาครอบครัว ลูกหลาน ญาติ ในวาระสุดท้ายของชีวิตตามความเชื่อ โดยลงไปเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพผู้ดูแล ญาติ/บุคคลในครอบครัวให้ความรัก ความอบอุ่น ความหวังใ้ให้การดูแล และ 4) การนัดมาติดตามในคลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย/แบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55 อายุเฉลี่ย 72 ปี ศาสนาพุทธ ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานร้อยละ 70 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 35 มีความปวดระดับปานกลาง รองลงมา มีความปวดระดับรุนแรง ร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการแบบอโรคยาศาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายตามลักษณะการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาในระดับดีมากที่สุดทุกด้าน

### อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การพัฒนา รูปแบบการจัดบริการแบบอโรคยาศาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลห้วยยอดจังหวัดตรัง เกิดผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ ได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ มีการนำแนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา มาพัฒนาอาคารอโรคยาศาล สอดคล้องกับบริบท ความต้องการและปัญหาที่แท้จริง มีการดูแลด้านจิตวิญญาณร่วมกับจิตอาสา ญาติ/บุคคลในครอบครัว ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนครอบคลุมองค์รวม กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการ

อภิปรายผล การนำแนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา 5 ด้าน มาใช้ในรูปแบบบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้น สามารถช่วยให้เกิดการเยียวยาทั้งร่างกาย จิตใจ ทั้งของผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัว ญาติ เช่น ด้านที่ 1 ด้านหน้าที่การใช้งานและความปลอดภัย ในด้านโครงสร้าง ตัวอาคารที่ปลอดภัย ปลอดภัย ลักษณะของโครงสร้างอาคาร ไม่นั่นแอนอัด

แสง สี เป็นลักษณะที่เหมาะสมกับการบริการผู้ป่วย เสียขโมย อีทิกคริกโครม พื้นที่ปรับให้เหมาะสมกับการใช้งานกับ ลักษณะผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วย ญาติผ่อนคลาย มุ่งเน้น เพื่อความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล การลด ความเครียดในผู้ป่วย รวมทั้งปรับปรุงคุณภาพการดูแล รักษาพยาบาลโดยรวมให้ดีขึ้น ด้านที่ 2 ด้านสุนทรียภาพ และความสบาย มีการออกแบบจัดสภาพแวดล้อม ที่สามารถเห็นธรรมชาติสีเขียวภายนอก การจัดให้มีภาพ ศิลปะอย่างภาพวาดหรือภาพถ่ายจะช่วยเบี่ยงเบน ความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ ด้านที่ 3 ด้านปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีการจัดสภาพแวดล้อม ของส่วนประกอบอาคารที่สามารถให้ผู้ป่วย ญาติ มีปฏิสัมพันธ์กัน และสามารถเข้าถึงตัวพยาบาลผู้ดูแลได้ ทันที เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ด้านที่ 4 ด้านการเสริม พลังอำนาจและการตัดสินใจ มีการปรับสภาพแวดล้อม ที่ให้ผู้ป่วยและญาติที่ส่งเสริมความสามารถช่วยกันดูแล ตัวเองได้เมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ด้านที่ 5 ด้านคุณค่า และจิตวิญญาณ มีการจัดห้องที่เหมาะสมต่อการดูแลด้าน จิตใจ เช่น มีห้องพระให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำพิธีทาง

ศาสนา เป็นต้น ซึ่งแตกต่างจากตัวอาคารหอผู้ป่วยทั่วไป ที่ไม่ปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ทำให้มีผลต่อ การดูแลครบ ครอบคลุมองค์รวมแก่ผู้ป่วยระยะท้าย ได้เป็นอย่างดี

ควรทำความเข้าใจ และประสานภาคีเครือข่าย ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะท้าย/แบบประคับประคอง มาสู่ศูนย์กลางของโรงพยาบาลห้วยยอด พร้อมพัฒนา ศักยภาพของผู้ดูแล/ครอบครัว แกนนำ และอาสาสมัคร เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย/แบบประคับประคองอย่าง ต่อเนื่องในชุมชน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนควรมีการนำเทคโนโลยี มาใช้ในการดูแลต่อเนื่อง
2. การออกแบบพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ควรเพิ่ม การคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มในด้านวิจัยเชิงคุณภาพ ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- กิตติกร นิลมานัต และ วราภรณ์ คงสุวรรณ. (2559). ปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในระยะท้ายของชีวิตและการดูแล. กรุงเทพฯ: บริษัทนีโอพ้อยท์ (1995) จำกัด.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (2559). การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- โกศล จิงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2559). สถาปัตยกรรมโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขศาลา สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).
- จิระประภา ศิริสูงเนิน, มาลินันท์ พิมพ์พิสุทธิพงศ์, วุฒิพงศ์ ภัคติกุล. (2561). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6(2), 317-335.
- ทรงสุตา ยงพัฒนจิตร, สุปรีดา มั่นคง, นุชนาฏ สุทธิ. (2520). ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญ ความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารสภา การพยาบาล, 35(2), 116-131
- ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์, ยุพยงค์ พุฒธรรม. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(1), 80-90.
- ประเสริฐ เลิศสวนสินชัย และคณะ. (2552). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- ทรงสุตา ยงพัฒนจิตร, สุปรีดา มั่นคง, นุชนาฏ สุทธิ. (2520). ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญ ความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารสภา การพยาบาล, 35(2), 116-131.

- พิมพ์พินิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, อุไร ทัดกิต. (2558). ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารสภาการพยาบาล, 30(4), 57-71.
- วาสนา สวัสดิ์ดินถนาท, อมรพันธ์ ธาณิรัตน์, ชารทิพย์ วิเศษธาร. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(1), 56-144.
- วีรียา โปธิ์ขวาง-ยุสท์. (2560). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กรณีศึกษาหอผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอัลเบิร์ต ลูตวิกส์ ไพรบวร์ก
- สหพันธ์รัฐเยอรมนี Palliative Care: A Case Study of Albert Ludwigs University Hospital, Freiburg, Germany [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4 (พิเศษ), 345-360.
- สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานัต และลัทพณา กิจรุ่งโรจน์. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยหลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารสภาการพยาบาล, 30 (1), 8-16.

## การพัฒนาภูมิปัญญาแก้ปัญหาสถานการณ์อับอากาศในบ่อน้ำ : กรณีศึกษาสถานการณ์ อับอากาศในบ่อน้ำ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

### Development of Wisdom in Solving of Confined Spaces in Wells : A Case Study of Confined Space in the Wells in Thung Yai District, Nakhon Si Thammarat Province

อรอนงค์ เอี่ยมขำ<sup>1</sup>, ปวีตร ชัยวิสิทธิ์<sup>2</sup>, อรณัฐ มุสิกวงศ์<sup>1</sup>, ญาณิศรา ศรีใส<sup>1</sup>  
Oranong Aeimkhum<sup>1</sup>, Pawit Chaiwisit<sup>2</sup>, Ornat Musikawong<sup>1</sup>, Yanisa Srisai<sup>1</sup>  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11<sup>1</sup>, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร<sup>2</sup>  
office of Disease Prevention and Control Region 11<sup>2</sup>, Chumphon provincial public health office<sup>2</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาภูมิปัญญาชาวบ้านในการเพิ่มปริมาณก๊าซออกซิเจนในบ่อน้ำ และเพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ (บ่อน้ำ) ในการป้องกันการเสียชีวิตของผู้รื้อลอกบ่อและผู้ช่วยเหลือ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์เจ้าของบ่อน้ำ และเครื่องตรวจวัดปริมาณออกซิเจน รุ่น VENTIS MX4 multi gas monitor จำนวน 98 บ่อ ทำการทดลองเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจน จำนวน 3 บ่อ และใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 13 คน วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้สถิติ Binomial Logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่า บ่อน้ำส่วนใหญ่มีอายุการใช้งาน 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 85.00) และบ่อเคยรื้อลอกมาแล้ว 1 ครั้ง (ร้อยละ 57.00) การรื้อลอกบ่อส่วนใหญ่โดยเจ้าของและแรงงานในหมู่บ้าน (ร้อยละ 51.79 และ 48.21 ตามลำดับ) และไม่ได้มีการดำเนินการใด ๆ ก่อนลงบ่อ (ร้อยละ 78.57) ผลการตรวจวัดปริมาณออกซิเจนในบ่อ พบ 1 ใน 3 มีค่าออกซิเจนกันบ่อต่ำกว่าค่ามาตรฐาน (ร้อยละ 29.59) การทดสอบวิธีการเพิ่มปริมาณออกซิเจนในบ่อน้ำตามภูมิปัญญาชาวบ้าน โดยการใช้ขี้กิ้งไม้หย่อนขึ้น-ลง เป็นวิธีที่สามารถเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย (>19.5%) ภายใน 3.5-4 นาที จึงสามารถนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยเบื้องต้นระหว่างที่รอผู้เชี่ยวชาญ และสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มค่าออกซิเจนในบ่อ เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของผู้ที่ทำงานขุดลอกบ่อ แต่ต้องทำควบคู่ไปกับการใช้เชือกผูกที่เอวหรือคล้องใต้รักแร้ทั้ง 2 ข้างและมัดตรงกลางหลัง-ไหล่ หรือใส่สายรัดตัวนิรภัย มีเชือกผูกผ่านรอกให้ผู้อยู่ปากบ่อพร้อมดึงขึ้นได้ถ้าเกิดเหตุเป็นลมหมดสติ ส่วนรูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ เน้นการสื่อสาร การเตรียมพร้อมก่อน ระหว่างการปฏิบัติงาน และการซ้อมแผนเผชิญเหตุป้องกันการสูญเสียชีวิต และกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติและกติกาของชุมชนที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นการป้องกันการเสียชีวิตของผู้รื้อลอกบ่อและผู้ช่วยเหลือ

**คำสำคัญ :** พัฒนา, ภูมิปัญญา, อับอากาศ, บ่อน้ำ

#### Abstract

In this study, we aim to raise community's knowledge about increasing oxygen levels in wells and to develop the working procedures in confined spaces in order to protect workers' live. To archive the objectives, we collected data in 98 wells by giving questionnaires to well owners and using an oxygen detector (the Ventis MX4 multi-gas monitor). Moreover, we conducted the experiment about increasing oxygen levels in 3 wells and using focus group discussion among 13 stakeholders. Additionally, we used descriptive statistics and binomial logistic regression to analyze the collected data.

The results of this study show that almost all sample wells have aged more than 20 years (85.0%), 57.0% of sample wells have already been dredged once, well dredging done by owners is 51.79%, while that done by workers is 48.21%, and 78.57% of sample wells have no procedure applied before dredging. In addition, approximately 1 in 3 wells (29.59%) has an oxygen level lower than the

standard. Dropping the branch into wells is a useful method to increase the oxygen level in wells to a safe level (>19.5%) within 3.5–4 minutes. Therefore, it can be help preliminary workers while waiting for rescuers. and increase the oxygen level in wells. To protect the workers' lives, this method must be used along with using a rope tied to the worker so that people at the surface can pull the workers up if they faint. Finally, the procedure for working in confined spaces is focused on communication, preparation, and practicing emergency response plans and define procedures and community rules in order to avoid loss of life.

**Keywords :** Development, Wisdom, Confined, Wells.

## บทนำ

ที่อับอากาศ (Confined Space) หมายความว่า ที่ซึ่งมีทางเข้าออกจำกัดและไม่ได้ออกแบบไว้ สำหรับเป็น สถานที่ทำงานอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ และมีสภาพ อันตรายหรือมีบรรยากาศอันตราย (กระทรวงแรงงาน, 2562) จากระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ของกรมควบคุมโรค (Event based) สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการ ทำงานในพื้นที่อับอากาศ ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2558-2562 พบว่า เกิดเหตุการณ์ทั้งสิ้น 39 เหตุการณ์ มีจำนวนผู้ประสบเหตุทั้งหมด 105 คน เป็นผู้ ได้รับบาดเจ็บ 64 คน เสียชีวิต 41 คน (กองโรคจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2563)

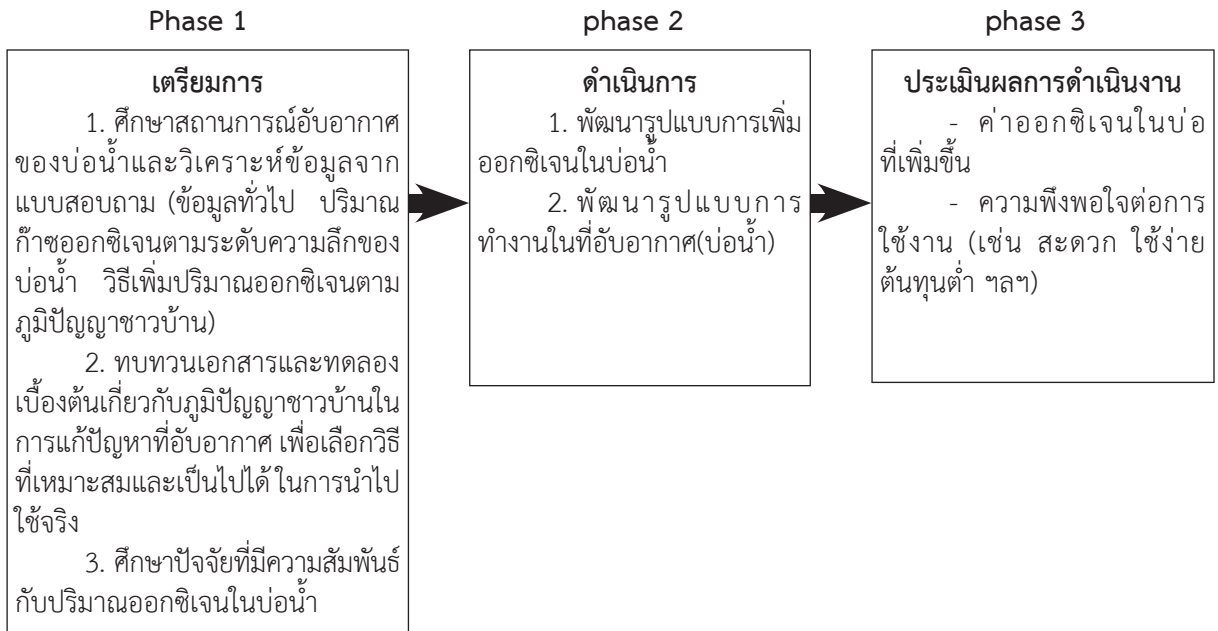
บ่อน้ำตื้นเป็นที่อับอากาศ ซึ่งพบมากในเขต ชนบทที่ระบบประปาเข้าถึงไม่ถึง หรือพื้นที่ที่ทำการ เกษตร เมื่อใช้ไปนาน ๆ จะมีดินตะกอนบริเวณก้นบ่อ ชาว บ้านจึงมักจะลงไปรื้อลอกบ่อ เพื่อกวาดเอาตะกอนดินขึ้น มาในช่วงหน้าแล้งที่มีปริมาณน้ำในบ่อน้อย ๆ เพื่อเตรียม รับน้ำใหม่ในช่วงหน้าฝน การลงไปรื้อลอกบ่ออาจทำให้ หมดสติและเสียชีวิตได้ เนื่องจากบ่อบางบ่อมีค่าออกซิเจน ก้นบ่อต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่สำนักบริหารความปลอดภัย และสุขภาพในการทำงานแห่งชาติสหรัฐอเมริกา กำหนด ซึ่งหากเกิดในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกลการช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยจะไม่ทันต่อเหตุการณ์ ส่งผลให้เกิดเสียชีวิต เนื่องจากขาดอุปกรณ์สำหรับการป้องกันตนเองและการ ช่วยเหลือที่ล่าช้า (สุรชาติพิทย์ บุรณสถิตินนท์ และคณะ, 2564) ในพื้นที่เขตสุขภาพ 11 ปี 2563-2566 มีเหตุการณ์ เสียชีวิตในบ่อน้ำ จำนวน 3 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิต

รวม 7 ราย โดยเกิดในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช 2 เหตุการณ์ โดยเกิดในพื้นที่ตำบลบ้านนิคม อำเภอบางขัน 1 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิต 2 ราย เป็นผู้รับจ้างทำความสะอาด บ่อ 1 ราย ผู้ที่ลงไปช่วยเหลือ 1 ราย และเกิดใน พื้นที่ ตำบลทุ่งสัง อำเภอบางขัน 1 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิต 2 ราย เป็นผู้รับจ้างทำความสะอาด บ่อ 1 ราย ผู้ที่ลงไป ช่วยเหลือ 1 ราย เช่นกัน และในปี 2566 เกิดในพื้นที่ ตำบลคลองเขม่า อำเภอนือคลอง จังหวัดกระบี่ มีผู้เสียชีวิต 3 ราย เป็นผู้รับจ้างทำความสะอาด บ่อ 1 ราย ผู้ที่ลงไปช่วยเหลือ 2 ราย ผู้วิจัยเห็นว่าการทำงานในบ่อน้ำ ซึ่งถือว่าเป็นที่อับอากาศ เป็นที่ที่มีอันตรายสูง เพราะ เกษตรกรหรือผู้รับจ้างทำความสะอาดไม่มีเครื่องมือ ตรวจสอบค่าออกซิเจนก่อนลงไปปฏิบัติงาน อาจทำให้ ผู้ปฏิบัติงานเสียชีวิตได้หากลงไปปฏิบัติงานในบ่อที่มี ค่าออกซิเจนต่ำมาก และที่ผ่านมามีผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ มักเสียชีวิตหลายคน เนื่องจากลงไปช่วยเหลือผู้ที่หมดสติ ที่ก้นบ่อ โดยขาดความรู้ อุปกรณ์ป้องกันตัว จึงจำเป็นต้อง มีการพัฒนารูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ (บ่อน้ำ) ในการป้องกันการเสียชีวิตของผู้รื้อลอกบ่อและ ผู้ช่วยเหลือ

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาภูมิปัญญาชาวบ้านในการเพิ่ม ปริมาณก๊าซออกซิเจนในบ่อน้ำ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ (บ่อน้ำ) ในการป้องกันการเสียชีวิตของผู้รื้อลอกบ่อ และผู้ช่วยเหลือ

## กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บ่อน้ำ ในพื้นที่อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผู้นำชุมชน แกนนำ และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลทั่วไปของบ่อน้ำและตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในบ่อ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจาก 14 หมู่บ้าน ในทุกตำบลของอำเภอทุ่งใหญ่ จำนวน 98 บ่อ

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเพิ่มปริมาณออกซิเจนด้วยภูมิปัญญาชาวบ้าน ในการแก้ปัญหาที่อับอากาศใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงโดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ 1) บ่อที่มีค่าออกซิเจนต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่สำนักบริหารความปลอดภัยและสุขภาพในการทำงานแห่งชาติสหรัฐอเมริกากำหนด 2) เจ้าของบ่อน้ำอนุญาตให้ทำการทดลองได้ จำนวน 3 บ่อ

3. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มในการหารูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ(ในบ่อน้ำ) เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของผู้ลอบบ่อและผู้ช่วยเหลือ

ในชุมชน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ 1) ตัวแทนบ้านที่มีบ่อน้ำใช้อุปโภค/บริโภค 3 คน 2) แกนนำ อสม. 3 คน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหน้าเขา 2 คน 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งใหญ่ 1 คน 5) พัฒนาชุมชน 1 คน 6) เจ้าหน้าที่จากมูลนิธิอาสาภัยเอกชนในพื้นที่ 2 คน 7) ป้องกันบรรเทาสาธารณภัยเทศบาลตำบลทุ่งสัง 1 คน 8) ยินดีให้ข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไปของบ่อน้ำ ใช้แบบสอบถาม
2. การตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในบ่อ ใช้
  - 1) เครื่องตรวจวัดก๊าซ รุ่น VENTIS MX4 multi gas monitor 2) วัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ สายยางขนาด 5 มม. (ใช้ต่อกับเครื่องวัดก๊าซ หย่อนปลายลงไปในบ่อ) เศษก้อนอิฐและเชือกฟางยาว 20 ซม. (ใช้ผูกกับปลายสายยางเพื่อถ่วงให้สายยางตรงขณะตรวจวัดก๊าซในบ่อ) ตลับเมตร (ใช้วัดเส้นผ่าศูนย์กลางของบ่อและความลึกของบ่อ) และไม้ไผ่ยาว(ใช้วัดความลึกของบ่อ) 3) แบบบันทึกผลการตรวจวัดก๊าซ

3. การทดลองเพิ่มปริมาณออกซิเจนใช้เชือกไนลอน พุ่มไม้ นาฬิกาจับเวลา เครื่องตรวจวัดก๊าซต่อกับสายยางและถ่วงน้ำหนักด้วยก้อนอิฐ แบบบันทึกผลการทดลอง

4. ในการทำกระบวนการกลุ่ม ดำเนินการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

2. เครื่องตรวจวัดก๊าซ รุ่น VENTIS MX4 multi gas monitor ผ่านการ calibrate 17 มิถุนายน 2564 อบรมแนะนำการใช้ให้กับทีมโดยหัวหน้าโครงการวิจัย

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ที่อับอากาศในบ่อน้ำทุกตำบลในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากโครงการเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากที่อับอากาศของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 ปีงบประมาณ 2563 ซึ่งเป็นข้อมูลการสำรวจสถานการณ์อับอากาศในบ่อน้ำพื้นที่อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 98 บ่อ

ส่วนที่ 2 การศึกษาวิธีการเพิ่มปริมาณออกซิเจนในบ่อน้ำ ทำการศึกษาในบ่อที่มีปริมาณออกซิเจนก้นบ่อต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่ได้จากการสำรวจในส่วนที่ 1 ในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 3 บ่อ โดยทำการทดลอง 4 ครั้งต่อบ่อ โดยมีวิธีการทดลองดังนี้

2.1 ตัดกิ่งไม้ยาวประมาณ 1 เมตร มัดรวมกันด้วยเชือกไนลอนให้เป็นช่อวงกลม เส้นรอบวงประมาณ 200 เซนติเมตร

2.2 วัดปริมาณออกซิเจนก้นบ่อ ในตำแหน่งที่ห่างประมาณ 15 ซม.จากผิวน้ำ ด้วยเครื่องตรวจวัดก๊าซรุ่น VENTIS MX4 multi gas monitor จดบันทึก

2.3 หย่อนช่อกิ่งไม้ที่มีมัดรวมกันให้มีขนาดเส้นรอบวงประมาณ 200 เซนติเมตร ยาว 1 เมตร ลงไปในบ่อ ให้ปลายช่อกิ่งไม้ห่างจากผิวน้ำในบ่อประมาณ 15 เซนติเมตร เพื่อไม่ให้ช่อกิ่งไม้เปียกน้ำ แล้วดึงขึ้นมาให้ช่อกิ่งไม้พ้นจากปากบ่อ แล้วปล่อยให้ช่อกิ่งไม้ขยายออก เพื่อดึงออกซิเจนจากปากบ่อสู่ก้นบ่อ

2.4 ทำซ้ำ ในลักษณะดังกล่าว ด้วยความเร็วที่ทำให้ช่อกิ่งไม้แผ่ขยายออกและใบไม้ไม่ร่วงหล่นลงบ่อ

2.5 จดบันทึกค่าออกซิเจนทุก 1 นาที จนกระทั่งค่าออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ (มากกว่า 19.5%)

2.6 ทดลองทำซ้ำเหมือนเดิม จำนวน 4 วัน ๆ ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 บ่อ

ส่วนที่ 3 การหารูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ (บ่อน้ำ) เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของผู้ทำงานหรือลูกบ่อและผู้ช่วยเหลือในชุมชน มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยคืนข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบ่อน้ำในอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้จากการศึกษาในส่วนที่ 1 ข้อมูลปริมาณออกซิเจนในบ่อที่ได้จากการศึกษาในส่วนที่ 2 และข้อมูลผลการทดลองการเพิ่มปริมาณออกซิเจนในบ่อที่ได้จากการศึกษาในส่วนที่ 3 แก่ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่ม

3.2 ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มชมคลิปวิดีโอวิธีการเพิ่มออกซิเจนในบ่อน้ำ

3.3 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศสำหรับแรงงานนอกระบบ ที่ได้มาจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร แก่ผู้ร่วมประชุม ให้ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบที่เหมาะสมกับชุมชน

3.4 ผู้ร่วมประชุม กำหนดวิธีการ หรือขั้นตอนการขุดลอกบ่อที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของผู้ลอกบ่อและผู้ช่วยเหลือ

3.5 สรุปรูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ (ในบ่อน้ำ)

3.6 ประเมินผลความพึงพอใจต่อรูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ (ในบ่อน้ำ) เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของผู้ลอกบ่อและผู้ช่วยเหลือในชุมชน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป เลือกใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการอธิบายข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของบ่อน้ำ การบำรุงรักษาบ่อน้ำ การรื้อลอกบ่อน้ำ และผลการตรวจวัดปริมาณออกซิเจน วิเคราะห์ โดยใช้จำนวนและร้อยละ



2. ข้อมูลปริมาณค่าออกซิเจน เลือกใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ผลการเพิ่มปริมาณออกซิเจนในบ่อ ด้วยเครื่องตรวจวัดแก๊ส รุ่น VENTIS MX4 multi gas monitor วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย จำนวนและร้อยละ

3. ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อค่าออกซิเจนในบ่อน้ำ โดยแบ่งค่าออกซิเจนออกเป็น 2 กลุ่ม (ระดับออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ( $\geq 19.5\%$ ) และระดับออกซิเจนน้อยกว่าค่ามาตรฐาน ( $< 19.5\%$ ) ใช้การวิเคราะห์แบบ Univariate analysis (ใช้สถิติ Fisher's exact and Chi-square test สำหรับตัวแปรกลุ่ม และ The Wilcoxon Rank Sum Test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value  $< 0.2$  จากการวิเคราะห์ Univariate analysis เข้าในโมเดล Multivariate logistic regression analysis (ใช้สถิติ Binomial Logistic Regression)

4. การหารูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ (บ่อน้ำ) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

### จริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ผ่านการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขที่ Exc-02/2566

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป การบำรุงรักษาการรื้อลอก และวิธีปฏิบัติก่อนลงบ่อน้ำ

การสำรวจบ่อน้ำในอำเภอทุ่งใหญ่ 7 ตำบล จำนวน 98 บ่อ พบว่าบ่อน้ำส่วนใหญ่เป็นบ่อที่มีวงขอบด้วยซีเมนต์ ร้อยละ 62.24 ปากบ่อปิดด้วยกระเบื้องหรือสังกะสี ร้อยละ 64.29 ไม่มีต้นไม้อบ ร้อยละ 87.76 แสงสว่างส่องไม่ถึงก้นบ่อ ร้อยละ 61.22 ลานบ่อเป็นซีเมนต์กว้าง 1 เมตร ร้อยละ 54.08 บ่อส่วนใหญ่มีอายุการใช้งาน 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.76 รองลงมา 20-29 ปี ร้อยละ 25.51 ตำแหน่งที่ตั้งของบ่อส่วนใหญ่จะตั้งอยู่บริเวณหน้าบ้าน ร้อยละ 38.78 รองลงมาอยู่บริเวณหลังบ้าน ร้อยละ 26.53 ลักษณะของดินในบ่อส่วนใหญ่เป็นดินปนกรวดทราย ร้อยละ 38.78 รองลงมาเป็นดินเหนียว/ดินแดง ร้อยละ 21.43 ความลึกของบ่อ

ที่สำรวจ พบว่าส่วนใหญ่มีความลึกน้อยกว่า 6 เมตร ร้อยละ 81.63 บ่อที่ลึกที่สุดลึก 12 เมตร บ่อที่ลึกน้อยที่สุดลึก 3 เมตร ลักษณะปากบ่อแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ ปากบ่อกลม และปากบ่อสี่เหลี่ยม บ่อที่สำรวจส่วนใหญ่เป็นแบบปากบ่อกลม ร้อยละ 82.65 โดยบ่อที่ปากบ่อกลมจะมีขนาดตามวงขอบซีเมนต์ที่มีขายตามท้องตลาด ซึ่งส่วนใหญ่จะมีเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 90 เซนติเมตร ร้อยละ 56.12 รองลงมา 100 เซนติเมตร ร้อยละ 11.22 ส่วนปากบ่อสี่เหลี่ยม จะใช้อิฐก่อเป็นรูปสี่เหลี่ยมรอบปากบ่อ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีขนาด 1.1X 1.1 เมตร ร้อยละ 9.18 รองลงมาขนาด 1.5X1.5 เมตร ร้อยละ 6.12

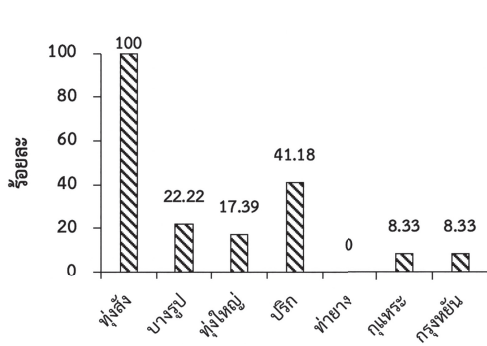
บ่อน้ำส่วนใหญ่เคยได้รับการรื้อลอกบ่อเพื่อการทำความสะอาด คิดเป็นร้อยละ 57.14 ประวัติการรื้อลอกบ่อ ส่วนใหญ่รื้อลอกมาแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 46.53 และทำการรื้อลอกบ่อมากกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 28.57 ผู้ที่ทำการรื้อลอกบ่อส่วนใหญ่เป็นผู้รับจ้างในหมู่บ้าน ร้อยละ 48.21 และมีทีมงานที่ใช้ในการรื้อลอกบ่อแต่ละครั้ง จำนวน 2 คน มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 55.36 โดยแบ่งเป็นคนลงไปบ่อ 1 คน ทำหน้าที่ตักดินโคลนในบ่อใส่ถังส่งขึ้นมา และอยู่บริเวณปากบ่อ 1 คน ทำหน้าที่ตักดินโคลนในถังขึ้นมาทิ้ง วิธีการลงไปบ่อส่วนใหญ่ใช้พะองไม้ไผ่ ร้อยละ 53.57 รองลงมาใช้เชือก ร้อยละ 37.50

วิธีปฏิบัติก่อนลงไปบ่อเพื่อทำการรื้อลอกบ่อส่วนใหญ่ลงไปโดยไม่ได้มีการดำเนินการใด ๆ ร้อยละ 78.57 รองลงมามีการใช้พัดลมเป่าเพื่อเติมอากาศในบ่อ ร้อยละ 12.50 ใช้ข้อไปไม้หย่อนขึ้นลง ร้อยละ 3.57 และใช้เทียนหย่อนลงไปบ่อเพื่อทดสอบว่ามีออกซิเจนในบ่อหรือไม่ ร้อยละ 3.57

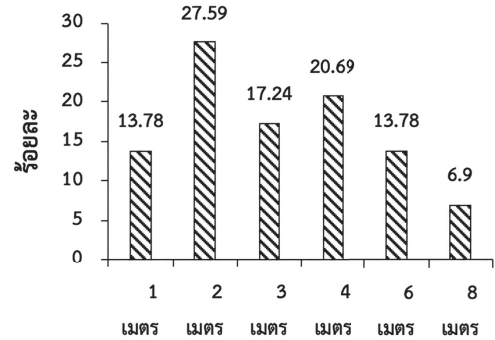
#### ส่วนที่ 2 : ผลการตรวจวัดปริมาณก๊าซออกซิเจนในระดับความลึกทุก ๆ 1 เมตรของบ่อน้ำจนถึงก้นบ่อ

จากการตรวจวัดปริมาณออกซิเจนในระดับความลึกทุก ๆ 1 เมตรของบ่อ พบว่ามีบ่อที่ปริมาณออกซิเจนในบ่อต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่สำนักบริหารความปลอดภัยและสุขภาพในการทำงานแห่งชาติสหรัฐอเมริกากำหนด จำนวน 29 บ่อ คิดเป็นร้อยละ 29.59 กระจายอยู่เกือบทุกตำบล พบในตำบลทุ่งสังมากที่สุด จำนวน 12 บ่อ (ร้อยละ 100) รองลงมา ตำบลปรึก จำนวน 7 บ่อ (ร้อยละ 41.18) และพบ

ค่าปริมาณออกซิเจนต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่ระดับความลึกเพียง 1 เมตรจากปากบ่อถึง 4 บ่อ (ร้อยละ 13.78) ดังภาพประกอบที่ 1 และ 2 ตามลำดับ



ภาพประกอบที่ 1 ร้อยละของบ่อที่มีค่าออกซิเจนกันบ่อต่ำกว่าค่ามาตรฐาน จำแนกรายตำบล (n=29)



ภาพประกอบที่ 2 ร้อยละของบ่อที่มีค่าออกซิเจนต่ำกว่าค่ามาตรฐาน จำแนกตามระดับความลึกจากปากบ่อที่เริ่มมีค่าออกซิเจนต่ำกว่าค่ามาตรฐาน (n = 29)

### ส่วนที่ 3 : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณออกซิเจนในบ่อนที่น้อยกว่าค่ามาตรฐาน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวของปัจจัยต่าง ๆ ต่อปริมาณออกซิเจนในบ่อนที่น้อยกว่าค่ามาตรฐาน (< 19.5%) พบว่า ผนังบ่อ (p=0.021) การมีต้นไม้น้ำในบ่อ (p=0.038) ลักษณะปากบ่อ (p=0.043) ลักษณะดิน (p<0.001) และความลึกของบ่อ (p<0.001) มีความสัมพันธ์กับปริมาณออกซิเจนในบ่อนที่น้อยกว่าค่ามาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha = 0.05$ )

ผลการวิเคราะห์ Multivariate logistic regression analysis ของตัวแบบปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อปริมาณออกซิเจนในบ่อนที่น้อยกว่าค่ามาตรฐาน (< 19.5%) พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการมีต้นไม้น้ำในบ่อ

ลักษณะดิน และความลึกของบ่อ ส่งผลต่อปริมาณออกซิเจนในบ่อนที่น้อยกว่าค่ามาตรฐาน โดยปัจจัยบ่อน้ำที่มีต้นไม้น้ำในบ่อมีโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะเกิดปริมาณออกซิเจนในบ่อนที่น้อยกว่าค่ามาตรฐาน เป็น 6.59 เท่าเมื่อเทียบกับบ่อน้ำที่ไม่มีต้นไม้น้ำ ปัจจัยของลักษณะดิน พบว่า ดินปนทราย/กรวด หรือดินทรายซีเปีย หรือดินเหนียว/ดินดาน/ดินดาน โอกาสที่จะเกิดปริมาณออกซิเจนในบ่อนที่น้อยกว่าค่ามาตรฐาน น้อยกว่าเป็น 0.10, 0.04, 0.11 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับดินเหนียว/ดินแดง ปัจจัยด้านความลึกของบ่อ พบว่า ความลึกตั้งแต่ 6 เมตร ถึง 8 เมตร และ มากกว่า 8 เมตร มีโอกาสที่จะเกิดปริมาณออกซิเจนในบ่อนที่น้อยกว่าค่ามาตรฐาน เป็น 10.08 และ 72.17 เท่า เมื่อเทียบกับความลึกที่น้อยกว่า 6 เมตร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ Multivariate logistic regression analysis ของตัวแบบปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดปริมาณออกซิเจนที่น้อยกว่าค่ามาตรฐานในบ่อ (n=98)

ปัจจัย	Adjust Odds Ratio	95% CI	P(Wald's test)	P(LR-test)
ต้นไม้น้ำในบ่อ				
ไม่มี	Reference			0.023
มี	6.59	1.29 – 33.81	0.024	

ปัจจัย	Adjust Odds Ratio	95% CI	P(Wald's test)	P(LR-test)
<b>ลักษณะดิน</b>				<b>0.009</b>
ดินเหนียว/ดินแดง	Reference	0.02 – 0.46	0.003	
ดินปนทราย/กรวด	0.10	0.02 – 1.26	0.079	
ดินลูกรัง	0.14	0.00 – 0.56	0.017	
ดินทรายซีเป็ด	0.04	0.02 – 0.66	0.015	
ดินหนาน/ดินดาน	0.11			
<b>ความลึกของบ่อ</b>				<b>&lt;0.001</b>
< 6 เมตร	Reference	1.56 – 65.22	0.015	
6 - 8 เมตร	10.08	5.08 – 1024.61	0.002	
> 8 เมตร	72.17			

#### ส่วนที่ 4 ผลการทดลองเพิ่มปริมาณออกซิเจนในบ่อน้ำตามภูมิปัญญาชาวบ้าน

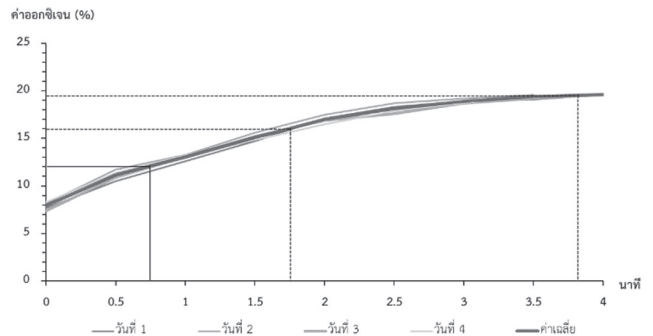
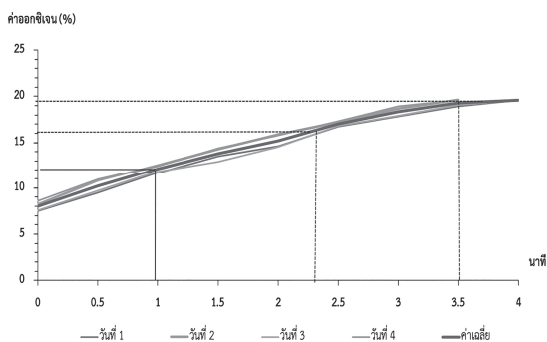
วิธีการเพิ่มออกซิเจนในบ่อ ตามคำบอกเล่าของชาวบ้านมี 3 วิธี คือ ใช้พัดลมเป่าลงไปบ่อ ใช้น้ำแข็งหย่อนลงไปบ่อ และใช้ช่อใบไม้หย่อนขึ้นลงในบ่อ จากผลการทดลองพบว่า วิธีการใช้ช่อใบไม้หย่อนขึ้น-ลงสามารถเพิ่มค่าออกซิเจนในบ่อได้จริงและยังสามารถเพิ่มค่าออกซิเจนในบ่อให้อยู่ในค่ามาตรฐานที่สำนักบริหารความปลอดภัยและสุขภาพในการทำงานแห่งชาติสหรัฐอเมริกากำหนด ภายใน 3.5 – 4 นาที โดยในช่วงนาทีที่ 0.75 – 2.5 มีปริมาณออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีค่ามากกว่า 12% ซึ่งเป็นค่าออกซิเจนที่ระดับบุคคลทั่วไปมีอาการสายตาวัว หายใจลำบาก ซึ่พบเร็ว ไม่มีสมาธิ

และนาทีที่ 1.75 – 2.5 มีระดับออกซิเจนมากกว่า 16% ซึ่งเป็นค่า O<sub>2</sub> ที่ระดับบุคคลทั่วไปไม่มีอาการผลกระทบที่สังเกตได้ และนาทีที่ 3.5 – 4 พบค่าออกซิเจนมากกว่า 19.5 ซึ่งขนาดของช่อใบไม้ที่เหมาะสมคือขนาดเส้นรอบวงประมาณ 200 เซนติเมตร หรือเล็กกว่าขนาดของบ่อเล็กน้อย และควรดึงขึ้น-ลงด้วยความเร็วประมาณ 80-90 เมตร/นาที หรือ 7 ครั้ง/นาที สำหรับบ่อลึก 5-6 เมตร ซึ่งเป็นความเร็วที่เร็วที่สุดที่ไม่ทำให้ใบไม้ไม่ร่วงหล่นลงไปบ่อ ส่วนวิธีการดึงขึ้น-ลง ให้หย่อนช่อกิ่งไม้ลงไปบ่อให้ปลายช่อกิ่งไม้ห่างจากผิวน้ำในบ่อประมาณ 15 เซนติเมตร เพื่อไม่ให้ช่อกิ่งไม้เปียกน้ำ แล้วดึงขึ้นมาให้ช่อกิ่งไม้พ้นจากปากบ่อ แล้วปล่อยลงไปในบ่อโดยให้ช่อกิ่งไม้ขยายออก เพื่อดึงออกซิเจนจากปากบ่อสู่ก้นบ่อ

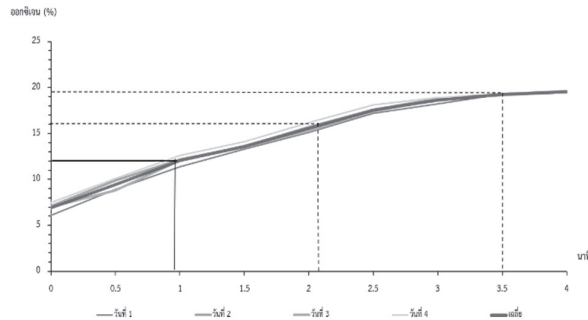
#### ภาพประกอบที่ 3 ผลการทดลองเพิ่มปริมาณออกซิเจนในบ่อ

บ่อที่ 1

บ่อที่ 2



### ภาพประกอบที่ 3 ผลการทดลองเพิ่มปริมาณออกซิเจนในบ่อ บ่อที่ 3

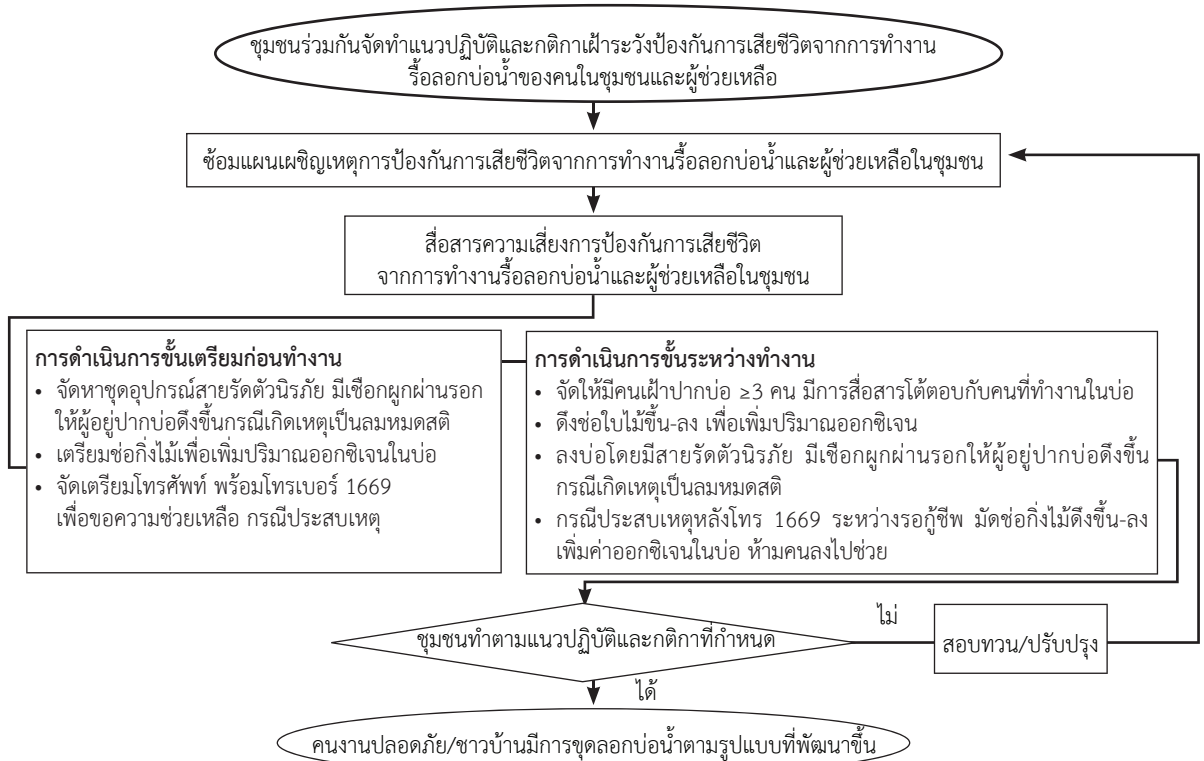


#### ส่วนที่ 5 : การพัฒนารูปแบบการทำงานในที่ อับอากาศ(ในบ่อน้ำ) เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของผู้ลอบ บ่อและผู้ช่วยเหลือในชุมชน

ผลการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ(ในบ่อน้ำ) เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของผู้ลอบบ่อและผู้ช่วยเหลือในชุมชน โดยการค้นข้อมูลของผู้อยู่อาศัย ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลผลการสำรวจเกี่ยวกับบ่อน้ำ ผลการทดลองเพิ่มปริมาณออกซิเจนในบ่อน้ำตาม

ภูมิปัญญาชาวบ้าน ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศสำหรับแรงงานนอกระบบ และให้รับชมคลิปวีดีโอวิธีการเพิ่มออกซิเจนในบ่อ ประกอบในการสนทนากลุ่ม เพื่อกำหนดรูปแบบการป้องกันการเสียชีวิตของผู้ลอบบ่อน้ำและผู้ช่วยเหลือในชุมชน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติมเชิงวิชาการ สามารถสรุปเป็นรูปแบบได้ดังต่อไปนี้

#### รูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ(ในบ่อน้ำ) เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของผู้ลอบบ่อและผู้ช่วยเหลือในชุมชน



หลังจากการทำกระบวนการกลุ่ม พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการทำงานในที่อับอากาศ(ในบ่อน้ำ) เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของผู้ลอบก่อและผู้ช่วยเหลือในชุมชน เนื่องจากเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ ไม่ยุ่งยาก การเพิ่มออกซิเจนในบ่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถเพิ่มปริมาณออกซิเจนได้จริง เป็นวิธีการที่ทำได้ง่าย วัสดุอุปกรณ์ทุกอย่างหาได้ง่ายในพื้นที่ ต้นทุนต่ำ

### การอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่าบ่อน้ำในอำเภอทุ่งใหญ่กระจายในพื้นที่ 7 ตำบล ซึ่งเป็นบ่อที่ชาวบ้านขุดขึ้น มีระดับความลึกแตกต่างกันไปตั้งแต่ 3-12 เมตร ผลการตรวจวัดปริมาณออกซิเจนในบ่อน้ำ พบว่า 1 ใน 3 มีค่าออกซิเจนในบ่อต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่สำนักบริหารความปลอดภัยและสุขภาพในการทำงานแห่งชาติสหรัฐอเมริกากำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กอบโชค วุฒิชัยวิวัฒน์ชยกิจ และคณะ (2557) ที่พบว่า 1 ใน 5 ของบ่อที่ใช้ในการเกษตร มีสภาวะขาดออกซิเจนสอดคล้องกับรายงานการสอบสวนของ สุรชาติพิย์ บุณยสถิตินนท์และคณะ (2563) อรอนงค์ เอี่ยมขำ และคณะ (2563) และประภัสสร คำแป้น และคณะ (2566) พบว่า ผู้เสียชีวิตในบ่อน้ำทุกรายเกิดจากการขาดออกซิเจน ส่วนผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณออกซิเจนในบ่อ พบว่า บ่อน้ำที่มีต้นไม้บังตามบ่อน้ำ มีโอกาสที่จะเกิดปริมาณออกซิเจนในบ่อน้อยกว่าค่ามาตรฐานเป็น 6.59 เท่าเมื่อเทียบกับบ่อน้ำที่ไม่มีต้นไม้ อาจเนื่องจากต้นไม้มีการคายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่วงเวลากลางวัน ทำให้ในบ่อมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์มากกว่าบ่อน้ำที่ไม่มีต้นไม้ ทำให้ค่าออกซิเจนในบ่อน้อยลง และพบว่าบ่อที่เป็นดินทราย/ปนทราย มีโอกาสที่จะมีค่าออกซิเจนต่ำกว่าบ่อน้ำที่เป็นดินเหนียว อาจเพราะว่าคุณลักษณะของทรายเกาะตัวกันไม่แน่น ทำให้มีการถ่ายเทอากาศได้ดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กอบโชค วุฒิชัยวิวัฒน์ชยกิจ และคณะ (2557) ที่พบว่าบ่อน้ำที่เป็นดินทราย เกี่ยวข้องกับสภาวะขาดออกซิเจน ส่วนความลึกของบ่อพบว่า บ่อที่มีความลึกมากมีโอกาที่จะมีออกซิเจนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ กอบโชค วุฒิชัยวิวัฒน์ชยกิจ และคณะ (2557) ที่พบว่าสภาวะขาดออกซิเจน

มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของบ่อน้ำจนถึงผิวน้ำ

วิธีปฏิบัติตามภูมิปัญญาของชาวบ้าน เพื่อเพิ่มอากาศภายในบ่อจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า มี 3 วิธี คือ ใช้พัดลมเป่าลงไปใบบ่อ ใช้น้ำแข็งหย่อนลงไปใบบ่อ และใช้ข่อยไปไม้หย่อนดิ่งขึ้น-ลงใบบ่อ ซึ่งผู้วิจัยได้สืบค้นว่าวิธีการดังกล่าว สามารถเพิ่มออกซิเจนได้จริงหรือไม่ แต่ยังไม่พบ จึงได้ดำเนินการทดสอบทั้ง 3 วิธีพบว่าวิธีการเป่าพัดลมลงไปใบบ่อ ไม่สามารถเพิ่มปริมาณออกซิเจนในบ่อได้ อาจเนื่องจากบ่อมีความลึก 6 เมตร ทำให้แรงเป่าของพัดลมลงไปไม่ถึงก้นบ่อ และวิธีการนำน้ำแข็งหย่อนลงไปใบบ่อ ก็ไม่สามารถเพิ่มปริมาณออกซิเจนได้เช่นกัน อาจเนื่องมาจากน้ำแข็งที่หย่อนลงไปยังไม่สามารถทำให้เกิดความแตกต่างของอุณหภูมิในบ่อจนทำให้เกิดการหมุนเวียนของอากาศได้ ส่วนวิธีการใช้ข่อยกั้งไม้หย่อนขึ้น-ลงใบบ่อ สามารถเพิ่มค่าออกซิเจนในบ่อได้จริง และเพิ่มจนถึงค่ามาตรฐานได้ภายใน 3.5 – 4 นาที เนื่องจากข่อยกั้งไม้ นำออกซิเจนจากปากบ่อซึ่งมีค่าเท่ากับออกซิเจนในบรรยากาศทั่วไปลงไปใบบ่อ ทำให้ค่าออกซิเจนในบ่อเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามจำนวนครั้งที่ดึงข่อยกั้งไม้ขึ้นลง จึงสามารถนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยเบื้องต้นจากการลงไปทำงานใบบ่อแล้วขาดออกซิเจน ในระหว่างที่รอกู้ชีพกู้ภัยมาถึง แทนการลงไปช่วยใบบ่อ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ช่วยเหลือเสียชีวิตด้วย อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มค่าออกซิเจนในบ่อ เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของผู้ที่ทำงานขุดลอบก่อ แต่ต้องทำควบคู่ไปกับการใช้เชือกผูกที่เอวหรือคล้องใต้รักแร้ทั้ง 2 ข้าง และมัดตรงกลางหลัง-ไหล่ หรือใส่สายรัดตัวนิรภัย มีเชือกผูกผ่านรอกให้ผู้อยู่ปากบ่อพร้อมดึงขึ้นได้ถ้าเกิดเหตุเป็นลมหมดสติ

### ข้อเสนอแนะ

1. บ่อที่เป็นดินเหนียวส่วนใหญ่มีค่าออกซิเจนน้อย ดังนั้นต้องมีการระมัดระวังเป็นพิเศษหากต้องลงไปทำงานในบ่อที่เป็นดินเหนียว
2. ควรมีการสื่อสารให้ผู้ที่มีบ่อทุกบ้านได้รับทราบถึงอันตรายของการลงไปขุดลอบก่อ หากมีการว่าจ้างคนมาขุดลอบก่อ ต้องควบคุมกำกับให้ผู้รับจ้างปฏิบัติตามแนวทางการทำงานในที่อับอากาศ(ในบ่อน้ำ) เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของผู้ลอบก่อและผู้ช่วยเหลือในชุมชนอย่างเคร่งครัด

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงาน. (2562). กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานในที่อับอากาศ พ.ศ.2562. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/018/T\\_0012.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/018/T_0012.PDF)
- กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). สถานการณ์การเกิดเหตุ ในพื้นที่อับอากาศ 5 ปี ย้อนหลัง. เอกสารอัดสำเนา.
- ประภัสสร ดำแป้น และคณะ. (2566). รายงานการสอบสวนผู้เสียชีวิตขณะทำงานในที่อับอากาศ (บ่อน้ำ) ตำบลคลองเขม้า อำเภอเหนือคลองกระบี่. เอกสารอัดสำเนา.
- สันติ เกิดทองทวี ชรินทร์ ห่วงมิตร ศุภฤกษ์ ไชยานุวัตติวงษ์ และชม ปานตา. (2562). การศึกษาผลการตรวจวัด ปริมาณออกซิเจนเมื่อเทียบกับระดับความรู้สึกในสถานที่อับอากาศ (บ่อบาดาล) เขตสุขภาพที่ 3. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3. 13(1); 17-24.
- สุธาทิพย์ บูรณสถิตนนท์ ธนวัตี จันท์เทียน บวร มิตรมาก พิราวรรณ ชันโมลี อรอนงค์ เอี่ยมขำ ปวีตร ชัยวิสิทธิ์ พัชรภิญญ์ สังข์ทอง และนฤมล มีแก้ว. (2564). การสอบสวนกรณีผู้เสียชีวิต 2 ราย ในที่อับอากาศจากการลอก บ่อบาดาลลอกคอนกรีตแห่งหนึ่ง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ในเดือนมีนาคม 2563. วารสาร ควบคุมโรค. 47(2); 376-386.
- อรอนงค์ เอี่ยมขำและคณะ. (2563). รายงานการสอบสวนผู้เสียชีวิตขณะทำงานในที่อับอากาศ (บ่อน้ำ) ตำบลทุ่งสัง อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. เอกสารอัดสำเนา.
- ไอศวรรย์ บุญทัน. เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรในที่อับอากาศ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 27 มกราคม 2566]. <http://www.safetyworkplace.net/uploads/3474/files/Att%23%2004%20>
- ไอศวรรย์ บุญทัน. บทความความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศสำหรับแรงงานนอกระบบ.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2566] <https://www.tosh.or.th/index.php/blog/item/1245-2022-12-14-02-17-02>
- Gobchok Wuthichotwanichgij. and Alan F. Geater. (2015). Low-Oxygen Atmosphere and its Predictors among Agricultural Shallow Wells in Northern Thailand. Safety and Health at Work. 6(1);18-24.
- Witaya Swaddiwudhipong. Pranee Mahasakpan. Winai Thongchub,Thippawan Funkhiew. S e t t h a Suthapreeda. (2009). Lack of Safety Systems in Agricultural Settings in Rural Thailand: A Report of Three Worker Death. J Med Assoc Thai. 93(7);865-869.

## การพยาบาลและการส่งเครื่องมือผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม แบบถอนรากตัดแปลง : MRM : กรณีศึกษา

กาญจนา กังแฮ  
Kanyada Kanghae  
โรงพยาบาลศูนย์ตรัง  
Trang hospital

### บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดของผู้หญิงไทย และมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรค และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นภัยเงียบใกล้ตัวเนื่องจากในระยะแรกของการเป็นมะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการ จะปรากฏอาการผิดปกติให้เห็นเมื่ออยู่ในระยะที่ก้อนมะเร็งมีการอักเสบและลุกลามไปทั่วแล้ว จึงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมาก

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อศึกษาโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุ อาการ การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM ตลอดจนการพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากผู้ป่วยคลำพบก้อนได้เองที่เต้านมซ้าย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ได้รับการวินิจฉัยโดยการตรวจอัลตราซาวนด์แมมโมแกรม และ Core needle biopsy ได้รับการผ่าตัด MRM ใน 2 สัปดาห์ต่อมา หลังผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน

พยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งเต้านม โดยวิธีผ่าตัดแบบ MRM ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, การผ่าตัด MRM, มะเร็งเต้านม

### Abstract

Breast cancer is a public health problem in many countries around the world. In Thailand, breast cancer is the most common cancer in Thai women and tendency to incidence of disease and the mortality rate continues to increase which is the cause of cancer undetermined It's a silent danger near you. In the early stages of breast cancer there are no symptoms abnormal symptoms will appear when the cancer is in the tumor stage, is inflamed and spreaded. Therefore, the risk of death is very high.

Objectives of this study about breast cancer: causes, symptoms, screening, diagnosis, treatment with breast surgery, MRM, as well as preoperative, during, and postoperative nursing care. This is a case study of 1 patient admitted to Trang Hospital. with MRM breast surgery.

The study found that after palpation, the lump can be found on its own in the left breast. Admitted to a community hospital and was sent for further treatment at Trang Center Hospital diagnosed by ultrasound, mammogram, and Core needle biopsy. Post operative MRM was performed without complications. The patient was stayed in the hospital for 10 days.

Operating nurses therefore need knowledge and skills for providing nursing care to patients undergoing breast cancer treatment by using MRM method for both preoperative, surgical and post-operative stages to reduce mortality, complications and promote a good quality of life.

**Keywords:** Nursing, Modified Radical Mastectomy, Breast cancer

## บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปี แต่ปัจจุบันพบในผู้หญิงที่อายุน้อยได้มากขึ้น อัตราการเกิดโรคของทั้งโลกพบว่า ทุกๆ ผู้หญิง 8 คน จะพบโรคมะเร็ง 1 คน มะเร็งเต้านม เกิดจากเซลล์ที่มีการแบ่งตัวผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เป็นก้อนเนื้องอก มักแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะใกล้เคียง จนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้หญิงไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมถึงวันละ 7 ราย (คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ, 2565) แนวโน้มพบในผู้หญิงอายุน้อยลงและความรุนแรงของโรคมะเร็งมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่รักษาได้ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรกโอกาสการรักษาที่หายขาดมากขึ้นและลดระยะเวลาการรักษา ปัจจุบันการรักษา มะเร็งเต้านมมีหลากหลายวิธี โดยจะใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดโดยหลักๆ แล้วจะใช้วิธีการผ่าตัดซึ่งมี 2 แบบ คือ การผ่าตัดแบบเก็บเต้านมไว้ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองไปตรวจซึ่งวิธีนี้จำเป็นต้องได้รับการฉายแสงร่วมด้วยและการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Modified Radical Mastectomy) ห่องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ตรัง มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบ MRM ปี 2563 = 75 ราย ปี 2564 = 60 ราย ปี 2565 = 85 ราย (ทะเบียนผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ตรัง) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลห่องผ่าตัดต้องมีความรู้ความชำนาญมีทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตลอดจนเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้ข้อมูลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดตลอดจนการกลับไปใช้ชีวิตปกติที่บ้าน พยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจมีทักษะและมีการตัดสินใจ

ที่ถูกต้องแม่นยำจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณโดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นหลัก ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเป็นอย่างมากจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้ารวบรวมความรู้ด้านวิชาการการพยาบาลและประสบการณ์จากการทำงานเพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากายวิภาคและสรีระวิทยาของเต้านม
2. เพื่อศึกษาพยาธิของมะเร็งเต้านมและข้อบ่งชี้ในการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีการผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ
4. เพื่อพัฒนาแหล่งข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

## วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษากับผู้รับบริการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง เดือน เมษายน 2566
2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำราและแฟ้มประวัติ และการเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันขณะนอนโรงพยาบาล
3. ปรีกษาศัลยแพทย์ พยาบาลผ่าตัด และผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรม
4. ดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล เตรียมการจำหน่าย ตลอดจนส่งต่อสาธารณสุขชุมชน





## ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Quality Research) มุ่งศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากตัดแปลง (MRM ; Modified Radical Mastectomy) โรงพยาบาลศูนย์ตรังในเดือนเมษายน 2566 ช่วงอายุ 40 – 50 ปี จำนวน 1 รายตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เก็บข้อมูลวิเคราะห์ตั้งแต่ 1 เมษายน 2566 – 30 เมษายน 2566

## กรณีศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 47 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน อาชีพค้าขาย  
**อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล** คลำพบก้อนที่เต้านมซ้าย  
**ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน**

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลคลำพบก้อนที่เต้านมซ้าย ขนาด 2 – 3 เซนติเมตร ตำแหน่ง 5 นาฬิกา เข้าตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ไม่มีอาการเจ็บ ไม่มีสารคัดหลั่งออกจากหัวนม

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลแพทย์นัดตรวจ เมมโมแกรม อัลตราซาวนด์ และ Core needle Biopsy ผลเป็น Invasive ductal carcinoma แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดเต้านม

## อาการแรกเริ่ม (วันที่ 11 เมษายน 2566)

รู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้เป็นปกติ คลำพบก้อนที่เต้านมซ้ายบริเวณ 5 นาฬิกา ขนาด 2 – 3 เซนติเมตร ไม่ปวด ไม่มีสารคัดหลั่งออกจากหัวนม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 161/83 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 79 กก. ส่วนสูง 156 ซม.

## ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและพยาธิวิทยา

21 มีนาคม 2566 เมมโมแกรมและอัลตราซาวนด์ ผลเป็น Left breast mass

21 มีนาคม 2566 Core needle Biopsy ผลเป็น Invasive ductal carcinoma Left breast

11 เมษายน 2566 ผลเอกซเรย์ทรวงอกปกติ  
คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2566)

BUN, Creatinine, eGFR, Sodium, Potassium, Chloride, CO<sub>2</sub>, WBC, RBC ค่าปกติ HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC ต่ำกว่าปกติ RDW, PLT, PLT Smear, Lymphocyte, Eosinophil สูงกว่าปกติ MPV, Neutrophil, Monocyte, Basophil ปกติ และค่า Hypochromia, Microcyte 2+

## ผลการตรวจหาหมู่เลือด

ABO Group-Gel method ผลเป็น O, Rh.(D) Typing- Gel method ผลเป็น Positive, Ab screening test (TAT)(gel test) ผลเป็น Negative

## การวินิจฉัยโรค

### การรักษา

การรักษาที่ได้รับขณะนอนโรงพยาบาลตรังคือการผ่าตัด Left MRM (Modified Radical Mastectomy) วันที่ 12 เมษายน 2566 เวลา 11.30 – 13.30 น. ก่อนผ่าตัด Hct = 28.8% ได้รับ PRC 1 ยูนิต หลังให้เลือด Hct = 34% ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 161/83 – 127/90 mmHg ได้รับยา HCTZ (25mg) ½ tab oral OD ขณะผ่าตัดเสียเลือด 50 cc สายระบายเลือดออกในเกณฑ์ปกติ นอนโรงพยาบาล 10 วัน (11 – 21 เมษายน 2566)

ขณะผ่าตัดจัดท่านอนหงายราบ วางขาในท่าผ่อนคลาย ป้องกันการกดทับบริเวณปุ่มกระดูก กางแขน 2 ข้าง 90° หนุนบริเวณสะบักซ้ายและแขนซ้ายให้อยู่ระดับเดียวกัน ติดแผ่น Electrode ของเครื่องจี้ห้ามเลือดบริเวณน่องซ้าย ฟอกผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วย 7.5% Betadine Scrub และ ทาบริเวณผ่าตัดด้วย 10% Betadine Solution ปูผ้าผ่าตัดเปิดบริเวณเต้านมซ้าย เครื่องมือผ่าตัดที่ต้องเตรียม Set Minor (ชุดเครื่องมือผ่าตัดทั่วไป) ,Right angle clamps, Long fine non tooth forceps, Dever retractor, Small jaw open sealer, Skin hook, Monopolar electrocautery, Skin marker, Silk No. 2/0, 3/0 ผูกเส้นเลือด ใช้ไหมเย็บ Vicryl 4/0, 3/0 เย็บปิดแผล ปิดตามด้วย Leukostrip

(แผ่นแปะสมานแผล), และ Nylon 3/0 ยึด drain ใช้สายระบายเลือด 2 เส้น ตำแหน่งหน้าอกและรักแร้ ปิดแผลด้วย Gauze หนา กว้างกว่าฐานเต้านมเดิมเล็กน้อย และกดให้แน่นพอประมาณ ตามด้วยพลาสติกเพื่อห้ามเลือดและเพื่อให้ Flap แนบหน้าอก

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

### ระยะก่อนผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** มีโอกาสเกิดความไม่พร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ มีความเข้มข้นของเลือดต่ำ ค่าอยู่ที่ 28.8 % (ค่าปกติ 37-47%)

**วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัด

**เกณฑ์การประเมิน** ผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนผ่าตัด

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย
  - 1.1 ชักประวัติการมีประจำเดือน, การแพ้ยา/แพ้อาหาร, การใส่ยามีผลต่อการผ่าตัด
  - 1.2 ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ตรวจเต้านม ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
  - 1.3 ส่ง consult แพทย์เจ้าของไข้ เพื่อให้ทราบถึงผลการตรวจที่ผิดปกติ
  - 1.4 ดูแลและติดตามประเมินผลความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วยจนเข้าสู่ภาวะปกติ
  - 1.5 เตรียมร่างกายก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา
  - 1.6 เก็บเครื่องประดับของมีค่า อุปกรณ์ เช่น contact lens, เครื่องประดับ, ฟันปลอม เป็นต้น

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกระงับ หรือเลื่อนการผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและกลัวการผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** - ขณะพูดคุยซักถาม ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล คิ้วขมวด ถอนหายใจ

## วารสารสาธารณสุขภาคใต้

- ผู้ป่วยซักถามว่าเจ็บมากไหมเวลาผ่าตัด จะมีอันตรายหรือเปล่า, หลังผ่าตัดจะต้องนอนโรงพยาบาลนานแค่ไหน

**วัตถุประสงค์** - เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วย

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัด สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

**เกณฑ์การประเมินผล** - สีหน้ายิ้มแย้ม คลายความวิตกกังวล เข้าใจข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
2. อธิบายเกี่ยวกับโรค ปัญหาที่กำลังเป็นอยู่ ความจำเป็น ประโยชน์ในการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด วิธีขอความช่วยเหลือ
4. อธิบายถึงการรักษาของแพทย์เกี่ยวกับระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดประมาณ 10 วัน
5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในเรื่องการฝึกบริหารการหายใจตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด สามารถทำได้ทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว คำแนะนำเกี่ยวกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยเร็ว (Early Ambulation)

### ประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง และรู้สึกผ่อนคลาย เข้าใจถึงโรคที่เป็นอยู่และเหตุผลของการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยทบทวนสิ่งที่แนะนำ และวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
- รับผิดชอบต่อสิ่งที่ต้องเผชิญในท้องผ่าตัดและรับรู้ถึงสภาพภายหลังการผ่าตัด

### ระยะผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยมีโอกาสดังภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ ขณะเข้ารับการรักษา

**ข้อมูลสนับสนุน** - การกดทับหรือดึงรั้งของเส้นประสาทและหลอดเลือดจากการจัดทำระหว่างผ่าตัด

**วัตถุประสงค์** ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ ขณะผ่าตัดเต้านม

**เกณฑ์การประเมิน** -ไม่มีอาการเขียวซ้ำและขาบริเวณสะบัก หัวไหล่ และแขนด้านซ้าย หลังผ่าตัด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ กางแขนเป็นมุม 90° ใช้ผ้าหนุนใต้แขน และScapular
2. ใช้ผ้า Silicone หรือฟองน้ำรองรับตำแหน่งกอดที่ต่างๆ
3. วางแขนแนบกับที่รองแขนยึดด้วย Elastic bandages โดยให้มีการกระจายน้ำหนักทั่วท่อนแขน
4. ตรวจสอบไม่ให้มีการดึงรั้งแขนมากเกินไป เช็คว่าหลอดเลือดโดยตรวจที่ปลายนิ้วดู Capillary refill และ ระวังไม่ให้มีการดึงรั้งบริเวณไหล่มากเกินไป

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการดึงรั้งของเส้นประสาท และหลอดเลือดขณะผ่าตัดระยะหลังผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากการอุดกั้นในทางเดินหายใจ

**ข้อมูลสนับสนุน** - ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia จึงรู้สึกตัวไม่คอยดี

- ผู้ป่วยบอกว่ามีเสมหะในลำคอ คอแห้ง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนประมาณ 3 ครั้ง

**วัตถุประสงค์** เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ

**เกณฑ์การประเมิน** O2 Sat ต้อง  $\geq 97\%$

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง หลังกลับจากห้องผ่าตัดจนกว่าจะรู้สึกตัวดี เพื่อป้องกันการสำลักจากการอาเจียนซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะ Aspirated pneumonia ได้
2. ประเมินระดับความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง
3. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว ตรวจทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และตรวจทุก 1-2 ชม.

จนกระทั่งสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ หลังจากนั้นตรวจทุก 4 ชม.

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจอย่างถูกวิธี และไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขับเสมหะออก เป็นการป้องกันการติดเชื้อจากการคั่งค้างของเสมหะในหลอดลมเป็นเวลานานๆ ส่งเสริมประสิทธิภาพของปอด

5. หลังผ่าตัด 24 ชม. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมี Early ambulation เพื่อช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ

6. วัด O2 Sat ทุก 15 นาที พร้อมทั้งประเมินผล

#### ประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดอาการสำลักอาหาร สามารถบริหารการหายใจและไอเอาเสมหะออกได้ และค่า O2 Sat =100%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสตกเลือดจากแผลผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** -ผู้ป่วยมีแผลที่หน้าอกด้านซ้ายยาวประมาณ 15 เซนติเมตร มี Radivac drain 2 สาย มี content สีแดง ประมาณ 170 ml เสียเลือดขณะผ่าตัด 50 ml

**วัตถุประสงค์** ไม่มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพ เพื่อประเมินภาวะตกเลือด

2. สังเกตว่ามีเลือดซึมจากแผลผ่าตัดหรือไม่ ปิดผ้า Gauze ที่แผลผ่าตัดให้กระชับเพื่อป้องกันเลือดซึมจดบันทึกจำนวนเลือดที่ออกทางขวด Radivac drain ถ้ามากกว่า 500 ml ภายใน 3 ชม. ต้องรายงานแพทย์

3. ประเมินภาวะซีดจากการตรวจดูริมฝีปาก และเปลือกตาล่าง พร้อมส่งเจาะเลือดดูความเข้มข้น

4. สังเกตอาการแสดงของภาวะช็อค ถ้าพบว่า มีภาวะช็อคต้องรีบให้การช่วยเหลือทันที

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ คือ 0.9% NSS 1000 ml drip 100 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์

#### ประเมินผลการพยาบาล

- ไม่มีเลือดซึมออกเพิ่มจากแผลผ่าตัด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 148/86 mmHg , PR 100 ครั้ง/นาที

- จำนวนเลือดที่ออกทางขวด Radivac drain

ประมาณ 170 ml.(13 เมษายน 2566)

- HCT = 34% (ก่อนผ่าตัด 11 เมษายน 2566)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เกิดความไม่สุขสบายจากการผ่าตัด (MRM) มีแผลผ่าตัดยาวประมาณ 15 ซม.

**ข้อมูลสนับสนุน** - ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด PS = 8 คะแนน สีหน้าไม่สดชื่น ขณะเคลื่อนไหวแขน

- ใส่ท่อระบายของเสียออกจากแผล 2 สาย
- มีแผลผ่าตัดเต้านมข้างซ้าย ยาวประมาณ 15 ซม.

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้สุขสบายและอาการปวดทุเลาลง

**เกณฑ์การประเมิน** Pain score ต่ำกว่า 8 คะแนน มีสีหน้ายิ้มแย้ม และทำกิจวัตรประจำวันได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดจากการสังเกตอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยหรือประเมินโดยใช้ Pain Score
2. จัดทำนอนให้แขนข้างผ่าตัดอยู่ในท่าที่สบาย และใช้ผ้านุ่มๆ หนุนใต้ไหล่ และแขนข้างที่ผ่าตัดเต้านม
3. ให้อาบน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Paracetamol 2 tab Oral prn ประเมินอาการปวดหลังให้ยา ½-1 ชม.
4. ดูแลขณะเคลื่อนไหว ให้ทำช้าๆ, สาย Radivac drain ให้อยู่ในตำแหน่งเหมาะสม ไม่ดึงรั้ง
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดเรียบร้อย และจัดวางของใช้ที่จำเป็นต่างๆ ไว้ใกล้ผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการหยิบ
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมี Early ambulation เพื่อให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ทำให้อาการปวดลดลง
7. แนะนำวิธีการประเมินความปวด (pain assessment) เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล โดยขอระดับความปวดเป็น Numeric rating scales (NRS) 1-10 ดังนี้ 0 = ไม่ปวดเลย, 1-3 = ปวดเล็กน้อย, 4-6 = ปวดปานกลาง, 7-9 = ปวดมาก, 10 ปวดมากที่สุด

**ประเมินผลการพยาบาล** อาการปวดแผลทุเลาลง Ps = 3-4 คะแนน สีหน้าผู้ป่วยสดชื่นขึ้น สามารถช่วยตนเองได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ

บริเวณแผลผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** - มีแผลผ่าตัดยาวประมาณ 15 ซม. ที่หน้าอกข้างซ้าย

- ผู้ป่วยใส่ท่อระบายของเสียเป็นเวลานาน 8 วัน

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

**เกณฑ์การประเมิน** - ไม่มี discharge ซึม หรือหนอง ออกจากแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่บวมแดง

- ไม่มีไข้หลังจาก วันที่ 3 ของการผ่าตัด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบบันทึกผลสัญญาณชีพทุก 4 ชม. เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลงและประเมินภาวะติดเชื้อ
2. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัดว่ามีลักษณะบวม แดง ร้อน และปวดหรือไม่เพื่อประเมินการติดเชื้อ
3. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด โดยไม่เปิดแผล และระวังไม่ให้แผลสกปรกหรือเปียกชื้น
4. ดูแลท่อระบายไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุดและดูแลขวระบายให้เป็นระบบปิดปลอดเชื้อสุญญากาศ
5. สังเกตลักษณะของสีและปริมาณของสิ่งระบายในขวระบาย
6. ถ้ามีการอุดตันบริเวณท่อระบายให้บีบเพื่อให้สิ่งอุดตันเคลื่อนตัวลงมา (Milking or pumping)
7. เปลี่ยนขวระบายเมื่อมีปริมาณสิ่งคัดหลั่งมากกว่าครึ่งขว โดยใช้หลัก Sterile technique
8. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลและการดูแลแผลและขวระบาย
9. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Cefasolin 1 g. V q 6 hr. และ Dicloxacilin (250) 1x4 oral ac

#### ประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยปลอดภัย แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ แผลแห้งดี หลังผ่าตัดวันที่ 7
- Radivac drain ทั้ง 2 สาย สามารถถอดได้ตามเวลาที่กำหนดคือ 8 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพ

ลักษณะจากการผ่าตัดเต้านมข้างซ้ายออก

**ข้อมูลสนับสนุน** - ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมข้างซ้ายออก ผู้ป่วยสอบถามถึงอุปกรณ์เสริมเต้านม

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาพลักษณ์ใหม่ได้

**เกณฑ์การประเมิน** - ผู้ป่วยปรับตัวได้ โดยให้เหตุผลทางการรักษาโรคมะเร็งประกอบในกระบวนการคิด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกสูญเสียเต้านม โดยการสอบถาม ชักถาม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย
2. แนะนำให้สอบถามประสบการณ์ การปรับตัวของผู้ป่วยในอดีตที่ผ่านมา
3. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกันและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียเต้านม
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์เสริมเต้านม แนะนำปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดเสริมเต้านม (Reconstructive Surgery) และเชิญชวนให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วย

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถยอมรับ ปรับตัวต่อภาพลักษณ์ใหม่ได้พอสมควร

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9** ผู้ป่วยมีโอกาสข้อไหล่ติดและแขนซ้ายบวม จากการผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** - ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด ไม่ค่อยมีการขยับแขน

- ผู้ป่วยบอกว่าขณะขยับแขนหรือยกแขน ทำให้ปวดแผลมากขึ้น

**วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดและแขนบวมหลังผ่าตัด

**เกณฑ์การประเมิน** สามารถยกแขนสูงสุดเหนือศีรษะได้ในวันที่ 5 ของการผ่าตัด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ ของการบริหารข้อไหล่ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหา
2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยเริ่มบริหารข้อไหล่ได้ตั้งแต่

วันที่ 2 หรือ 3 หลังผ่าตัด โดยทำการบริหารข้อไหล่ ดังนี้

2.1 ทำไต่ผนัง ให้ผู้ป่วยยืนตรงหันหน้าเข้าหาฝาผนัง ปลายเท้าทั้งสองข้างห่างจากกันเล็กน้อย และยืนห่างจากฝาผนังประมาณ 6 นิ้ว ขณะเดียวกันให้ผู้ผู้ป่วยงอข้อศอกหงายฝ่ามือทั้ง 2 ข้างไปข้างหน้า จนมือแตะกับฝาผนังและมืออยู่ในระดับเดียวกับไหล่ ผู้ป่วยควรบริหารข้อไหล่ด้วยการไต่ผนังวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 5 เทียว

2.2 ทำแกว่งแขนเป็นวงกลม ให้ผู้ป่วยยืนข้างเดียวโดยหันแขนขวาเข้าหาเตียงและเอามือเท้าขอบเตียงไว้ ขณะเดียวกันให้ผู้ผู้ป่วยก้มหลังเล็กน้อยพร้อมกับทิ้งแขนซ้ายลงตามธรรมชาติ หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยแกว่งแขนซ้ายเป็นวงกลม ข้อศอกต้องเหยียดตรง การบริหารข้อไหล่ด้วยท่านี้ วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 5 เทียว

2.3 การดึงเชือกขึ้นลง ใช้เชือก 1 เส้น ยาวประมาณ 5-6 ฟุต คล้องกับเสาแขวนน้ำเกลือขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาล หรือคล้องกับบ่วงเหนือศีรษะ ใช้มือทั้ง 2 ข้าง จับปลายเชือกไว้ข้างละปลาย หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยดึงเชือกขึ้นจนสุด ในขณะที่ผู้ป่วยดึงเชือกขึ้นลงนี้ แขนของผู้ป่วยต้องเหยียดตรงและกางออก การบริหารข้อไหล่ด้วยวิธีนี้วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 5 เทียว

2.4 การแกว่งเชือกเป็นวงกลม ใช้เชือก 1 เส้น ยาวประมาณ 5 ฟุต ผูกปลายเชือกข้างหนึ่งให้ผู้ผู้ป่วยแกว่งเชือกเป็นวงกลมเริ่มด้วยแขนขวาก่อนและตามด้วยแขนซ้าย ในขณะที่ผู้ป่วยแกว่งเชือกเป็นวงกลมข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วยต้องเหยียดตรง ผู้ป่วยควรบริหารข้อไหล่ด้วยวิธีนี้วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 5 เทียว

3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยใช้แขนซ้ายแต่พอสมควร ไม่ควรใช้แขนซ้ายยกหรือลากของหนัก

4. แนะนำให้ระวังแขนซ้ายเป็นแผล ได้รับการระคายหรือผิวหนังไหม้ ดูแลให้เลือดไหลเวียนสะดวก

5. ถ้าแขนซ้ายมีอาการบวม ผู้ป่วยยกแขนให้สูงอย่างน้อย 15 นาทีแล้วพันด้วยผ้ายืดจากปลายมือถึงต้นแขน หรือใส่ถุงแขนที่ทำจากผ้ายืด นอกจากนั้นเมื่อผู้ป่วยนอนควรใช้หมอนหนุนแขนให้สูงกว่าระดับหัวใจ

## ประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ในการฝึกบริหารข้อไหล่และป้องกันแขนบวมได้
- สามารถใช้แขนซ้ายทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10** ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

**ข้อมูลสนับสนุน** - ผู้ป่วยผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2 แต่จำประสบการณ์ในการผ่าตัดเมื่อ 30 ปีที่แล้วไม่ได้

- ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเต้านม เมื่อกลับบ้าน

- สีหน้าไม่สดชื่น แสดงถึงความกังวลกลัวว่าจะเป็นมะเร็งซ้ำอีก

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

**เกณฑ์การประเมิน** อธิบายการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

## กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นต้องบริหารข้อไหล่ เพื่อป้องกันข้อติด
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นที่ต้องป้องกันแขนซ้ายบวม
3. ให้ความรู้เรื่องการใช้ชีวิตหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม ว่าผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ
4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา และการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง
5. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน รสจัด เพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง
6. การนอนหลับพักผ่อน ควรนอนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง
7. สามารถออกกำลังกายได้ แต่ไม่ใช่แขนซ้าย ยกหรือลากของหนัก เกิน 2 กิโลกรัม เป็นเวลานาน
8. แนะนำให้สังเกตอาการ เช่น ข้อไหล่ติด แขนบวม มีไข้ คลำพบก้อนที่เต้านมขวา
9. ปลอดภัยนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในการตรวจเต้านมข้างที่เหลืออย่างสม่ำเสมอ

## ประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- ผู้ป่วยแสดงสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล และสามารถตรวจเต้านมตนเองได้ถูกต้อง

## การวางแผนก่อนจำหน่าย

ให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
2. แนะนำให้พักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ดื่มน้ำ 6-8 แก้ว/ วัน
3. แนะนำการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกาย แต่พอควรทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
4. แนะนำให้ออกกำลังกายแขนข้างซ้ายตามวิธีที่ได้รับการสอน
5. สังเกตอาการผิดปกติเกิดขึ้นหลังผ่าตัดเต้านม
6. ให้ผู้ป่วยตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ แนะนำให้ผู้ประจักษ์กลุ่มสนับสนุนทางสังคม
7. แนะนำเรื่องอนามัยส่วนบุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สะอาด หลีกเลี่ยงบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ
8. เน้นความสำคัญในการมาพบแพทย์ตามนัด ถ้าเกิดความผิดปกติมาพบแพทย์ก่อนนัดได้

## อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยหญิง อายุ 47 ปี ที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากตัดแปลง (Modified Radical Mastectomy : MRM) ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง ในเดือนเมษายน 2566 โดยการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ติดตามการผ่าตัด และเยี่ยมหลังผ่าตัด พร้อมเก็บข้อมูลจากผลการวินิจฉัย และเวชระเบียนบันทึกการรักษาพยาบาล จำนวน 1 ราย

ผู้หญิงไทยวัย 47 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน คุณแม่เนติแบบธรรมชาติมาด้วยอาการมีก้อนที่เต้านมซ้ายขนาด 2-3 เซนติเมตรไม่เจ็บไม่มีสารคัดหลั่งจากหัวนม เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ตรังได้รับการตรวจวินิจฉัย ด้วยวิธีอัลตราซาวนด์ แมมโมแกรม และ Core needle biopsy ผลเป็น Invasive ductal carcinoma Left breast เข้ารับการผ่าตัด Left MRM ก่อนผ่าตัดผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีอาการซีด Hct 28.8% ได้รับ PRC 1 ยูนิต HCT หลังให้เลือด = 34% ความดันสูงเล็กน้อย 127/90 mm.Hg – 161/83 mm.Hg ได้รับยา HCTZ (25mg) ½ tab oral OD ขณะผ่าตัดเสียเลือด 50 cc คาสาย Radivac drain 2 เส้น เป็นเวลา 9 วัน Content ปริมาณปกติ หลังผ่าตัดวันแรกปวดแผลมาก (Pain score = 8) ได้รับยา Morphine 3 mg. V ทุก 4 ชม. 3 ครั้ง แผลไม่ติดเชื้อไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดจากการจัดทำ รวมนอนโรงพยาบาล 10 วัน ผู้ป่วยรับรู้ถึงเหตุผลของการรักษา และการพยาบาลเป็นอย่างดี

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลห้องผ่าตัดควรศึกษา เพิ่มพูน และติดตามข้อมูลความรู้เรื่องการรักษาโรคมะเร็งเต้านมให้ทันสมัย และทันสถานการณ์ปัจจุบันอยู่เสมอ
2. พยาบาลผ่าตัดต้องตระหนักถึงคุณภาพของกระบวนการห้องผ่าตัดทั้ง ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. รมรungskให้ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะผู้หญิงอายุ 30 ปีขึ้นไป ควรได้รับข้อมูล การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทุกคน
4. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมทุกราย ต้องได้รับการส่งต่อไปยังสาธารณสุขชุมชนทุกราย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการติดตามประเมินผล

### เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (2565). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561 - 2565).กระทรวงสาธารณสุข.
- งามนิตย์ รัตนากุล, และวรรณิ ตปนิยากร. (2552). การวางแผนและการบันทึกทางการพยาบาล. โอกรูป เพรส. จินตนา กิ่งแก้ว. (2560). มะเร็งเต้านมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็ง ฉบับที่ 4. ทับทิม เปาอินทร์, เยาวรัตน์ รุ่งว่าง, เรวัตเดียสกุล. (2553). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และได้รับเคมีบำบัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข.
- พรชัย โอเจริญรัตน์, พุทธิพร เย็นบุตร, วิไลรัตน์ ประเสริฐ, วิษณุ โล่ห์สิริวัฒน์, ดุลยพัฒน์ สงวนรักษา. (บ.ก.). (2562). มะเร็งเต้านม. สาขาวิชาศัลยศาสตร์ศีรษะ-คอ และเต้านม ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะ/แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- พรชัย โอเจริญรัตน์, สืบวงศ์ จุฑาภิสิตธี, วิษณุ โล่ห์สิริวัฒน์, มงคล บุญศรีพิทยานนท์, พงษ์เทพ พิศาลธุรกิจ, (บ.ก.). (2557). ศัลยศาสตร์ ศีรษะ คอ และเต้านม. สุทธิกานต์ มิวสิค.
- พัสมณห์ คุ่มทวีพร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. ฮายาบุสะกราฟฟิก. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็ง เต้านม. กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). คู่มือการตรวจมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์. กรมการแพทย์ สุวรรณิ สิริเลิศตระกูลและคณะ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สมุทรปราการ: สันทวิกิจพรินตัง.

## อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพัทลุง

### The Incidence and Risk Factors of The First Peritonitis Episode in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients in Phatthalung Hospital

รัชฎา เหมินทร์  
Rachada Hamin  
โรงพยาบาลพัทลุง  
PhattaLung Hospital

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross sectional study) แบบ prevalence study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพัทลุง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ล้างไตทางช่องท้อง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 151 ตัวอย่าง ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลอุบัติการณ์ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านช่องทางของการติดเชื้อ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาร์ค 0.91 และ 0.81 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึง ธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Odds Ratio และ Chi-square

ผลการวิจัย พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลพัทลุง คิดเป็นร้อยละ 40.40 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ารายได้ต่อครัวเรือน ระดับการศึกษา ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ช่องทางการติดเชื้อ พบว่าการเกิดการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา การติดเชื้อผ่านสายสวนล้างไต การติดเชื้อผ่านระบบทางเดินอาหาร และการติดเชื้อทางช่องคลอดและมดลูก มีความสัมพันธ์การเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) สำหรับการติดเชื้อทางกระแสเลือด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ( $p$ -value > 0.05) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม พบว่า การเปิดหน้าต่างโล่งขณะเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การกวาดถูพื้นห้องทุกวันก่อนเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การทำความสะอาดผนังด้านข้างก่อนล้างไต การมีสัตว์เลี้ยงอยู่ในบ้าน และการเปิดพัดลมขณะล้างไต ความสัมพันธ์การเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05)

จากผลการศึกษา นำผลการศึกษา เฝ้าระวังทั้งทางด้านปัจจัยบุคคล ด้านช่องทางการติดเชื้อจากผลตรวจทางพยาธิวิทยา สภาพแวดล้อมสถานที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อไป

**คำสำคัญ :** ไตวายเรื้อรัง, การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง, ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

#### Abstract

This study was a cross-sectional study using a prevalence study. The objective was to study the incidence and risk factors of first peritoneal infection in continuous peritoneal dialysis patients, at Phatthalung Hospital. The sample was selected from patients with end-stage kidney failure peritoneal dialysis. 151 sample size was used as a systematic method. The tools consisted of 1) an incidence data questionnaire, 2) a general data questionnaire, 3) factors in the channels of infection questionnaire, and 4) an environmental factors questionnaire. The reliabilities of 3 and 4, yielding Cronbach's alpha



coefficients equal to 0.90 and 0.81, respectively. Data collection was collected between October 2018 and December 2022. Data were analyzed using descriptive statistics Oddr. Ratio, and Chi-square.

The results of the research found that the incidence of first peritoneal infection among peritoneal dialysis patients at Phatthalung Hospital. Accounting for 40.40 percent, personal factors It was found that income per household Education level Patients with diabetes was significantly associated with the first episode of peritoneal infection ( $p$ -value  $< 0.05$ ). Channel of infection: It was found that contamination occurred while changing the solution. Infection through the dialysis catheter Infection through the digestive system and vaginal and uterine infections There was a statistically significant association with the occurrence of first peritoneal infection among peritoneal dialysis patients ( $p$ -value  $< 0.05$ ) for bloodstream infections. It was found that there was no relationship ( $p$ -value  $> 0.05$ ). Environmental factors were found to open the window while changing the dialysis solution. Sweeping and mopping the floor every day before changing the dialysis solution. Cleaning the side walls before dialysis, Having pets in the house, and turning on the fan during dialysis The association with the occurrence of first peritoneal infection among peritoneal dialysis patients was statistically significant ( $p$ -value  $< 0.05$ ).

From the results of this study, the results of the study were used to monitor both individual factors. Channel of infection from pathological examination results Environment where the washing solution can be changed to continue reducing the risk factors for first peritoneal infection in peritoneal dialysis patients.

**Keywords :** Chronic kidney failure, Continuous peritoneal dialysis, Peritonitis

## บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก และวิธีการการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นวิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่แพร่หลายและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น เพื่อแก้ไขข้อจำกัดด้านความพร้อมของบุคลากรทางสาธารณสุขและลดค่าใช้จ่าย เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการฟอกเลือดที่ค่าใช้จ่ายสูงกว่า (เกลิงศักดิ์ กาญจนบุศน์ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2556) หากได้รับการวินิจฉัย หรือรักษาไม่เหมาะสมอาจทำให้ต้องหยุดการรักษา ด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง การติดเชื้อที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 ต้องเปลี่ยนวิธีล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีการฟอกเลือดแทน นอกจากนี้ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ อาจเป็นสาเหตุทางตรงและทางอ้อมสำหรับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้น และมีโอกาสเสียชีวิตถึง ร้อยละ 7-10 (เกลิงศักดิ์ กาญจนบุศน์และคณะ, 2556) ได้สำรวจหน่วย

งานล้างไตทางช่องท้องเมื่อปี พ.ศ. 2544 จำนวน 102 แห่ง ทั่วประเทศไทย พบว่ามีอัตราการเกิดติดเชื้อเยื่อช่องท้องเท่ากับ 0.47 ครั้งต่อรายต่อปี หรือ 25.50 เดือนต่อครั้ง ซึ่งสูงกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ในปีนั้น โดยคณะทำงานทวิภาคีเอเชีย-แปซิฟิก Asia-Pacific Key performance indicators : KPIs (Szefo, 2010) ที่ไม่เกิน 0.30 ครั้งต่อปี หรือไม่เกิน 40 เดือนต่อครั้ง มีเพียง 16 ใน 94 แห่งเท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

จากผลการดำเนินงานด้านคุณภาพบริการของหน่วยงานล้างไต โรงพยาบาลพัทลุง ข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพบอัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องร้อยละ 0.34 ครั้งต่อปี หรือ 35 เดือนต่อครั้ง แต่ยังไม่มีการทบทวนสาเหตุที่ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้อง โดยจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ยังมีอีกหลายปัจจัย เช่น เพศ อายุ โรคเบาหวาน สุขลักษณะ และพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพของผู้ป่วย ฐานะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะ อัลบูมินในเลือดต่ำ ความอ้วน การสูบบุหรี่ เป็นต้น (เกลิงศักดิ์ กาญจนบุศน์และคณะ, 2556)

ผู้วิจัยเป็นอายุรแพทย์ทั่วไป ได้ตระหนักถึงความสำคัญที่จะศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบครั้งแรก การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ผ่านมามีน้อย ประกอบกับผู้ป่วยที่ลำไส้ใหญ่ช่องท้องแบบต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง โดยจะนำผลการศึกษาที่ได้ ไปประยุกต์ใช้วางแผนพัฒนาแนวทางเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลพัทลุง

### นิยามศัพท์

ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ครั้งแรก หมายถึง การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยเลือก เฉพาะติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องครั้งแรกที่มาตรฐานรักษาโรงพยาบาลพัทลุง

**การวินิจฉัยภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis)** หมายถึง อาการทางคลินิก โดยมีอาการ 2 ใน 3 ข้อ จากข้อบ่งชี้ ดังนี้ (1) อาการและอาการปวดท้อง กดเจ็บทั่ว ๆ ไปของผิวหนังบริเวณหน้าท้อง และการตรวจพบ rebound tenderness (2) น้ำยาล้างไตที่ถ่ายออกมาขุ่น ค่าในท้องต้องไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง เมื่อนำไปตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 เซลล์/มิลลิเมตร เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิล (neutrophil) มากกว่าร้อยละ 50 (3) พบเชื้อโรคจากการย้อมสีแกรมหรือจากการเพาะเชื้อน้ำยาล้างไต

การตรวจเพาะเชื้อ หมายถึง การเพาะเชื้อจากน้ำยาล้างไตทางช่องท้องลงในขวดเพาะเชื้อ รายงานผลการตรวจเพาะเชื้อเป็น ไม่พบการเจริญของเชื้อ และพบการเจริญของเชื้อ

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ได้รับการรักษาพยาบาลโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลพัทลุง โดยใช้หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง มารับการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 ธันวาคม 2565 เป็นผู้ที่มีการรับรู้รับฟังด้วยคำพูดและเสียงได้ปกติ และสามารถอ่านเขียนได้อย่างปกติ ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ อาสาสมัครไม่สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ตามนัดหมาย ย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดต่อได้ เสียชีวิตหรือมีเหตุให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ และในกรณีที่รับบริการจากที่อื่น ได้คัดออกจากการศึกษาครั้งนี้

### ขนาดตัวอย่าง และวิธีสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำการคำนวณหาขนาดตัวอย่างด้วยการใช้สูตรมอร์แกน และกรีลีย์ (Morgan & Krejcie) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดได้ร้อยละ 5 จำนวนประชากร 243 ราย ได้ขนาดตัวอย่าง 151 ตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) สัดส่วนประชากรต่อกลุ่มตัวอย่าง 2:3 โดยประมาณ โดยการนำเลขประจำตัวผู้ป่วย(HN)มาจัดเรียงจากน้อยไปมาก จับฉลากหมายเลข 1-3 จำนวน เลือก 2 หมายเลขได้ หมายเลข 1 กับ 2 จากนั้น จะได้กลุ่มตัวอย่าง ยกเว้นหมายเลขที่หารด้วย 3 ลงตัวจนครบ 151 ตัวอย่าง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย แบบสอบถาม ดังนี้

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การล้างไตทางช่องท้อง ช่องทางการติดเชื้อ

ผู้ป่วยลำไส้ตรงช่องท้อง (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556, น.34-115) นำมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบสอบถาม โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลอุบัติการณ์ ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และเติมข้อความ ได้แก่ อุบัติการณ์การติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องครั้งแรก และการเพาะเชื้อเมื่อติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ การสูบบุหรี่ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย การศึกษา อาชีพ โรคเบาหวาน โรคเลือด ท้องผูก ข้อมูลผลตรวจทางพยาธิวิทยา จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านช่องทางของการติดเชื้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก การเกิดการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา จำนวน 5 ข้อ การติดเชื้อผ่านสายสวนลำไส้ จำนวน 3 ข้อ การติดเชื้อผ่านระบบทางเดินอาหาร จำนวน 4 ข้อ การติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 3 ข้อ และการติดเชื้อทางช่องคลอดและมดลูก จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมด 17 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกมี จำนวน 8 ข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content Validity index : CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับนิยามของตัวแปรที่ศึกษา โดยกำหนดความคิดเห็นออกเป็น 4 ระดับ ระดับ 1 ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามตัวแปรที่ศึกษา ระดับ 2 ข้อคำถามต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขอย่างมาก ระดับ 3 ข้อคำถามแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อย ระดับ 4 ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามตัวแปรที่ศึกษา คำถามความเห็นระดับ 3 และ 4 มาคำนวณค่า CVI จากคำถามทั้งหมด ได้ค่าตรวจสอบความตรงในเนื้อหา เท่ากับ 0.90

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงจำนวน 30 ตัวอย่าง และนำคะแนนจากแบบสอบถามที่ได้จากการวิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่น Cronbach' s Alpha

ในด้าน ปัจจัยด้านช่องทางการติดเชื้อ ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมผู้ป่วยมีค่าความเชื่อมั่น 0.81

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ตรงช่องท้องต่อเนื่องโดยใช้สถิติ Odds Ratio และ Chi-square

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง เลขที่จริยธรรม 13/2565 วันที่รับรอง 26 กันยายน 2565 ถึง 25 กันยายน 2566 ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุงและขอความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ดำเนินการวิจัย การให้ข้อมูล ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การสอบถามและการบันทึกไม่ระบุชื่อ นามสกุล และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 อุบัติการณ์การติดเชื้อ

**ตารางที่ 1** แสดงอุบัติการณ์การติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง (n = 151)

อุบัติการณ์การติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องครั้งแรก	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่เกิดการติดเชื้อ	90(59.60)
เกิดการติดเชื้อ	61(40.40)

จากตารางที่ 1 อุบัติการณ์การติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง ร้อยละ 40.40

**ตารางที่ 2** ผลการเพาะเชื้อเมื่อติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

เชื้อจุลชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>Gram-positive bacteria</b>	<b>21</b>	<b>34.43</b>
- <i>Staphylococcus coagulase negative</i>	7	11.48
- <i>Staphylococcus aureus</i>	6	9.84
- <i>Alpha hemolytic Streptococci</i>	2	3.28
- <i>Bacillus Spp.</i>	2	3.28
- <i>Streptococcus salivarius</i>	2	3.28
- <i>Streptococcus group D enterococci</i>	1	1.64
- <i>Enterococcus faecalis</i>	1	1.64
<b>Gram-negative bacteria</b>	<b>11</b>	<b>18.03</b>
- <i>Escherichia coli</i>	5	8.20
- <i>Acinetobacter baumannii</i>	4	6.56
- <i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	3.28
<b>Fungus</b>	<b>3</b>	<b>4.92</b>
- Yeast	2	3.28
- <i>Candida Albicans</i>	1	1.64
<b>ไม่พบการเจริญของเชื้อ (culture negative)</b>	<b>26</b>	<b>42.62</b>

จากตารางที่ 2 ผลการเพาะเชื้อเมื่อติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าผลการเพาะเชื้อเมื่อติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบเชื้อ Gram-positive bacteria มากที่สุด ร้อยละ 34.43 พบเชื้อ Gram-negative bacteria ร้อยละ 18.03 Fungus ร้อยละ 4.92 และไม่พบการเจริญของเชื้อ ร้อยละ 42.62

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง (n= 151)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย	ภาวะ peritonitis		χ <sup>2</sup>	odds ratio	p-value
		เกิด	ไม่เกิด			
เพศ						
ชาย	64(42.38)	21 (34.43)	43 (47.78)	2.654	0.574	0.103
หญิง	87(57.62)	40 (65.57)	47 (52.22)			
ดัชนีมวลกาย						
สมส่วน (< 23 kg/m <sup>2</sup> )	80 (52.98)	32 (52.46)	48 (53.33)	0.011	0.966	0.916
ไม่สมส่วน (> 23 kg/m <sup>2</sup> )	71 (47.02)	29 (47.54)	42 (46.67)			
อายุ (ปี)						
อายุ <55 ปี	63 (41.72)	27 (44.26)	36 (40.00)	0.272	1.191	0.602
อายุ > 55 ปี	88 (58.28)	34 (55.74)	54 (60.00)			
การสูบบุหรี่						
สูบ	42 (27.81)	20 (32.79)	22 (24.44)	1.260	1.508	0.262
ไม่สูบ	109 (72.19)	41 (67.21)	68 (75.56)			
รายได้ต่อเดือน						
ไม่เกิน 5,000 บาท	80 (52.98)	41 (67.21)	39 (43.33)	8.323	2.681	0.004
มากกว่า 5,000 บาท	71 (47.02)	20 (32.79)	51 (56.67)			
การศึกษา						
ไม่เกินประถมศึกษา	81 (53.64)	40 (65.57)	41 (45.56)	5.859	2.276	0.015
สูงกว่าประถมศึกษา	70 (46.36)	21 (34.43)	49 (54.44)			
อาชีพ						
แรงงานในระบบ	25 (16.56)	8 (13.11)	17 (18.89)	0.877	0.648	0.349
งานนอกระบบ	126 (83.44)	53 (86.89)	73 (81.11)			
โรคเบาหวาน						
เป็น	74 (49.01)	40 (65.57)	34 (37.78)	11.241	3.137	0.001
ไม่เป็น	77 (50.99)	21 (34.43)	56 (62.22)			

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา และผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) สำหรับปัจจัยเสี่ยงด้านเพศ ดัชนีมวลกาย อายุ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และอาชีพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ ( $p\text{-value} > 0.05$ )

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า รายได้ต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกมากกว่ารายได้ต่อเดือน 5,000 บาท 2.68 เท่า การศึกษาไม่เกินประถมศึกษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าสูงกว่าประถมศึกษา 2.28 เท่า และผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3.14 เท่า

**ตารางที่ 4** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยผลตรวจทางพยาธิวิทยากับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง (n= 151)

ข้อมูลผลตรวจทางพยาธิวิทยา	จำนวนผู้ป่วย	ภาวะ peritonitis		X <sup>2</sup>	odds ratio	p-value
		เกิด	ไม่เกิด			
ระดับน้ำตาลในเลือด						
ผิดปกติ (>125 mg/dl)	70 (46.36)	40 (65.57)	30 (33.33)	15.197	3.810	<0.001
ปกติ	81 (53.64)	21 (34.43)	60 (66.67)			
ระดับความเข้มข้นของเลือด						
ผิดปกติ	92 (60.93)	41 (67.21)	51 (56.67)	1.699	1.568	0.192
ปกติ	59 (39.07)	20 (32.79)	39 (43.33)			
ระดับอัลบูมินในเลือด						
ผิดปกติ	57 (38.00)	36 (60)	21 (23.33)	20.543	4.929	<0.001
ปกติ	93 (62.00)	24 (40)	69 (76.67)			
ระดับโพแทสเซียมในเลือด						
ผิดปกติ	56 (37.09)	34 (55.74)	22 (24.44)	15.259	3.892	<0.001
ปกติ	95 (62.91)	27 (44.26)	68 (75.56)			

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลตรวจทางพยาธิวิทยากับการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับอัลบูมินในเลือด และระดับโพแทสเซียมในเลือดมีความสัมพันธ์การเกิดภาวะติดเชื้อ

ช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ระดับความเข้มข้นของเลือด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ( $p\text{-value} > 0.05$ ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยผลตรวจทางพยาธิวิทยากับการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรก

ของผู้ป่วยลำไส้ตรงช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 3.81 เท่า ระดับอัลบูมินในเลือดผิดปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรก

มากกว่าระดับอัลบูมินในเลือดปกติ 4.93 เท่า และระดับโพแทสเซียมในเลือดผิดปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าระดับโพแทสเซียมในเลือดปกติ 3.89 เท่า

**ตารางที่ 5** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยช่องทางการติดเชื้อกับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ตรงช่องท้อง (n= 151)

ช่องทางการติดเชื้อ	จำนวนผู้ป่วย	ภาวะ peritonitis		χ <sup>2</sup>	odds ratio	p-value
		เกิด	ไม่เกิด			
การเกิดการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา						
เกิด	38 (25.17)	30 (49.18)	8 (8.89)	31.341	9.919	<0.001
ไม่เกิด	113 (74.83)	31 (50.82)	82 (91.11)			
การติดเชื้อผ่านสายสวนลำไส้						
มี	61 (40.40)	40(65.57)	21 (23.33)	26.942	6.259	<0.001
ไม่มี	90 (59.60)	21(34.43)	69 (76.67)			
การติดเชื้อผ่านระบบทางเดินอาหาร						
เกิด	36 (23.84)	24 (39.34)	12 (13.33)	13.548	4.216	<0.001
ไม่เกิด	115 (76.16)	37 (60.66)	78 (86.67)			
การติดเชื้อในกระแสเลือด						
ติดเชื้อกระแสเลือด	34 (22.52)	15 (24.59)	19 (21.11)	0.252	1.219	0.616
ไม่ติดเชื้อกระแสเลือด	117 (77.48)	46 (75.41)	71 (78.89)			
การติดเชื้อทางช่องคลอดและมดลูก						
ติดเชื้อ	16 (18.39)	11 (27.50)	5 (10.64)	4.094	3.186	0.043
ไม่ติดเชื้อ	71 (81.61)	29 (72.50)	42 (89.36)			

ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกับการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ตรงช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า การเกิดการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา, การติดเชื้อผ่านสายสวนลำไส้, การติด

เชื้อผ่านระบบทางเดินอาหาร และการติดเชื้อทางช่องคลอดและมดลูก มีความสัมพันธ์การเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ตรงช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.05) สำหรับ การติดเชื้อ

ในกระแสเลือด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ( $p - \text{value} > 0.05$ )

ปัจจัยด้านการปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องการประมาณค่าของความเสี่ยง พบว่า การเกิดการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา เกิดการปนเปื้อนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าไม่เกิดการปนเปื้อน 9.92 เท่า การติดเชื้อผ่านสายสวนลำไส้ มีการติดเชื้อ

ผ่านสายสวนลำไส้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าไม่มีติดเชื้อผ่านสายสวนลำไส้ 6.26 เท่า การติดเชื้อผ่านระบบทางเดินอาหาร การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าการไม่ติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร 4.22 เท่า การติดเชื้อทางช่องคลอดและมดลูก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรก มากกว่าไม่ติดเชื้อ 3.19 เท่า

**ตารางที่ 6** สภาพแวดล้อมที่มีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง ( $n = 151$ )

ข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม	จำนวนผู้ป่วย	ภาวะ peritonitis		$\chi^2$	Odds ratio	p-value
		เกิด	ไม่เกิด			
การมีบุคคลภายนอกขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา						
มีหรือมีบ้าง	17 (11.26)	9 (14.75)	8 (8.89)	1.252	1.774	0.263
ไม่มีทุกครั้ง	134 (88.74)	52 (85.25)	82 (91.11)			
การเปิดหน้าต่างโล่งขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยาลำไส้						
เปิด	45 (29.80)	28 (45.90)	17 (18.89)	12.681	3.643	<0.001
ไม่เปิด	106 (70.20)	33 (54.10)	73 (81.11)			
การกวาดถูพื้นห้องทุกวันก่อนเปลี่ยนถ่ายน้ำยาลำไส้						
ไม่กวาดถูทุกครั้ง	91 (60.26)	45 (73.77)	46 (51.11)	7.796	2.690	0.005
กวาดถูทุกครั้ง	60 (39.74)	16 (26.23)	44 (48.89)			
การทำความสะอาดผนังบ้านก่อนลำไส้						
ไม่ทุกครั้ง	96 (63.58)	45 (73.77)	51 (56.67)	4.593	2.151	0.032
ทุกครั้ง	55 (36.42)	16 (26.23)	39 (43.33)			
การทำความสะอาดเพดาน						
ไม่ทุกครั้ง	124 (82.12)	53 (86.89)	71 (78.89)	1.583	1.773	0.208
ทุกครั้ง	27 (17.88)	8 (13.11)	19 (21.11)			
การมีสัตว์เลี้ยงอยู่ในบ้าน						
มี	31 (20.53)	23 (37.70)	8 (8.89)	18.504	6.204	<0.001
ไม่มี	120 (79.47)	38 (62.30)	82 (91.11)			



ข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม	จำนวนผู้ป่วย	ภาวะ peritonitis		$\chi^2$	Odds ratio	p-value
		เกิด	ไม่เกิด			
การเปิดพัดลมขณะล้างไต						
เปิด	35 (23.18)	22 (36.07)	13 (14.44)	9.545	3.341	0.002
ปิดทุกครั้ง	116 (76.82)	39 (63.93)	77 (85.56)			
มีแสงสว่างในขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา						
ไม่เพียงพอ	35 (23.18)	17 (27.87)	18 (20.00)	1.264	1.545	0.261
เพียงพอ	116 (76.82)	44 (72.13)	72 (80.00)			

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมกับการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า การเปิดหน้าต่างโล่งขณะเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การกวาดถูพื้นห้องทุกวันก่อนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การทำความสะอาดผนังด้านข้างก่อนล้างไต การมีสัตว์เลี้ยงอยู่ในบ้าน และการเปิดพัดลมขณะล้างไต มีความสัมพันธ์การเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) สำหรับปัจจัยเสี่ยง การมีบุคคลภายนอกบริเวณขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา การทำความสะอาดเพดาน แสงสว่างในขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ (p-value > 0.05) นอกจากนี้พบว่า การเปิดหน้าต่างโล่งขณะเปลี่ยนน้ำยาล้างไตมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าการไม่เปิดหน้าต่างขณะเปลี่ยนน้ำยาล้างไต 3.64 เท่า การไม่กวาดถูพื้นทุกครั้งก่อนเปลี่ยนน้ำยาล้างไต มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าการกวาดถูพื้นทุกครั้งก่อนเปลี่ยนน้ำยาล้างไต 2.69 เท่า การไม่ทำความสะอาดผนังบ้านก่อนล้างไตทุกครั้งก่อนเปลี่ยนน้ำยาล้างไต มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าการทำทำความสะอาดผนังบ้านก่อนการล้างไตทุกครั้งก่อนเปลี่ยนน้ำยาล้างไต 2.15 เท่า การมีสัตว์เลี้ยงอยู่ในบ้าน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าการไม่มีสัตว์เลี้ยงอยู่ในบ้าน 6.20 เท่า และ

การเปิดพัดลมขณะล้างไตมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าการปิดพัดลมขณะล้างไต 3.34 เท่า

#### สรุปผลการศึกษา

อุบัติการณ์ในการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรก เชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุหลัก คือ Staphylococcus coagulase negative ซึ่งเป็นเชื้อที่เกิดจากการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ผลการวิจัยพบว่า การเกิดการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา การติดเชื้อผ่านสายสวนล้างไต การติดเชื้อผ่านระบบทางเดินอาหาร และการติดเชื้อทางช่องคลอดและมดลูก มีความสัมพันธ์การเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) สภาพแวดล้อม พบว่า การเปิดหน้าต่างโล่งขณะเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การกวาดถูพื้นห้องทุกวันก่อนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การทำความสะอาดผนังด้านข้างก่อนล้างไต การมีสัตว์เลี้ยงอยู่ในบ้าน และการเปิดพัดลมขณะล้างไต ความสัมพันธ์การเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับอัลบูมินและโพแทสเซียมในเลือดที่ต่ำ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อช่องท้องครั้งแรกเช่นกัน

## การวิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยพบอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลพัทลุง ผลการเพาะเชื้อจากการติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกส่วนใหญ่ พบการเจริญของเชื้อจุลชีพ ร้อยละ 57.4 เชื้อจุลชีพส่วนใหญ่ คือ Staphylococcus coagulase negative ร้อยละ 11.48 รองลงมา คือ Staphylococcus aureus ร้อยละ 9.84 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ที่ก่อให้เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (Kanjanabuch et al, 2011) และจากผลงานวิจัยว่าการเพาะเชื้อไม่พบการเจริญของเชื้อ (negative peritoneal fluid culture) ร้อยละ 18.03

สำหรับปัจจัยเสี่ยงด้านเพศ อายุ การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย ผู้เปลี่ยนน้ำยาทางไต ระยะเวลาหลังการลำไส้ทางช่องท้อง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่าความชุกของผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน มีน้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศจึงทำให้ไม่เห็นถึงความแตกต่างถึงความสัมพันธ์ของภาวะอ้วนกับการติดเชื้อ และสอดคล้องกับการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์จากโรงพยาบาลพระมงกุฎ โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลภูมิพล (สมชาย เอี่ยมอ่อน, 2551) จากการศึกษาของสมถวิล เกียรติวัชรชัย (2556) พบว่า เพศชาย มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องมากกว่าเพศหญิง 10 เท่า สรวุฒิ บุญสุข, 2558 พบว่า ผู้ป่วยเมื่อมีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเพศหญิง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรก 1.43 เท่า และ 1.74 เท่าตามลำดับ ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกหรือทฤษฎี ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  พบว่า ภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกในกลุ่มผู้ป่วยมีระดับการศึกษาไม่เกิน ประถมศึกษาร้อยละ 65.57 เทียบกับผู้ป่วยมีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาร้อยละ 34.4 ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา Dong and Chen (2010) รายได้

ต่อเดือน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) พบการติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้เดือนไม่เกิน 1,000 บาท ร้อยละ 67.2 เทียบกับผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 32.8 พบว่า ผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องที่มีผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่าถึง 2.7 เท่า แม้จะต่างกับการศึกษาของ สรวุฒิ บุญสุข (2556) ที่แสดงให้เห็นว่าผู้มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรก 4.3 เท่า อาจเกิดจากหลายปัจจัยที่ยังไม่ได้นำมาศึกษาวิเคราะห์ เช่น ความตระหนักทัศนคติ ความสามารถในการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องพบว่าการเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกเป็นร้อยละ 65.6 และผู้ป่วยไม่โรคเบาหวานเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกเป็นร้อยละ 34.4 โดยที่ผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นถึง 3.1 เท่า ฉะนั้นอาจกล่าวได้ว่าโรคเบาหวานไม่เพียงแต่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจุลชีพผ่านกลไกที่ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อจุลชีพต่างๆ ลดลงดังที่พบในรายงานการศึกษาว่าโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการลำไส้ทางช่องท้อง (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุศน์และสมชาย เอี่ยมอ่อน, 2556) และยังมีส่วนสำคัญในการเพิ่มการเจริญของเชื้อแบคทีเรียในลำไส้ซึ่งส่งเสริมให้เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการลำไส้ทางช่องท้องได้ง่ายขึ้นสอดคล้องกับบรรณพร พิศรสกุล (อรรถพร พิศรสกุล, 2557) พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารที่สูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้

ทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ระดับอัลบูมินและโพแทสเซียมในเลือดที่ต่ำ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องที่เกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำร้อยละ 60 และระดับโพแทสเซียมต่ำร้อยละ 55.7 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำกว่า 3 gm% เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ เชื่อว่าสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ และระดับโพแทสเซียมในเลือดที่ต่ำลงมีผลต่อการลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำให้แบคทีเรียที่อาศัยอยู่ในลำไส้เกิดการเจริญมากกว่าปกติ จึงมีโอกาที่จะแพร่เข้าสู่ช่องท้องมากขึ้น (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุศน์ และคณะ, 2556) ภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากกระบวนการรักษาของโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขภาวะชืด ตั้งแต่กระบวนการชดเชยไตและแรกเริ่มการล้างไตทางช่องท้อง แม้จะต่างกับการศึกษาของ สมถวิล เกียรติวัชรชัย (2555) และ Han (2563) ที่ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเข้มข้นเลือดที่ลดลงกับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้อง ซึ่งเป็นผลจากความรุนแรงของภาวะไตวาย ภาวะทุพโภชนาการรวมถึงการได้รับยาฮอว์โมนอิริโทรโพอิติน (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุศน์และคณะ, 2556)

ช่องทางการติดเชื้อที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการศึกษาที่พบการติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกในผู้ป่วยทุกคนที่ไม่ล้างมือหรือล้างมือไม่ทุกครั้งก่อนเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต การไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือสวมบางครั้ง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) คิดเป็นร้อยละ 78.7 ขณะที่ผู้ที่ไม่เกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งถึงร้อยละ 94.4 โดยที่ผู้ป่วย

ล้างไตทางช่องท้องที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือสวมบางครั้ง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่สวมทุกครั้งเป็นถึง 4.6 เท่า และลักษณะสถานที่เปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่ไม่ได้มาตรฐานซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) คือ การเปิดหน้าต่างโล่งขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต ไม่ได้กวดูพื้นที่ห้องทุกวันก่อนเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การไม่ได้ทำความสะอาดผนังด้านข้างก่อนล้างไต การมีสัตว์เลี้ยงอยู่ในบ้าน และการเปิดพัดลมขณะล้างไตคิดเป็นร้อยละ 45.9, 73.8, 73.8, 37.7 และร้อยละ 36.1 ตามลำดับ การไม่ล้างมือหรือล้างมือไม่ถูกต้องก่อนทำความสะอาดแผลหรือเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต พบว่ามีโอกาสมีเชื้อโรคปนเปื้อนมาก มือที่เปียกชื้นมีเชื้อโรคปนเปื้อนมากกว่ามือแห้งถึง 100 เท่า Dong, 2010 พบว่าสาเหตุการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกเกิดจากละเลยการปฏิบัติที่ถูกต้องระหว่างการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต พบผู้ป่วยล้างมือไม่เหมาะสมร้อยละ 51.5 ไม่ตรวจสอบวันหมดอายุหรืออุณหภูมิร้อยละ 46.2 และลืมใส่หน้ากากร้อยละ 11.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ สราวุฒิ บุญสุข (2558, บทคัดย่อ) พบว่าการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาในห้องมิดชิดบางครั้ง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 3 เท่า การใช้ผ้าปิดจมูกบางครั้ง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 3.78 เท่า และการล้างมือด้วยสบู่เหลวบางครั้งหรือไม่ล้าง เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 6.44 เท่า การติดเชื้อผ่านสายสวนล้างไต พบว่าการติดเชื้อผ่านสายสวนล้างไต สัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ร้อยละ 65.5 โดยทำให้มีโอกาสรiskต่อการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกถึง 6.3 เท่า โดยผ่านการกลูกกลมย่อนผิวด้านนอกของสาย Tenckhoff ซึ่งมักพบร่วมกับการติดเชื้อของช่องทางออกอุโมงค์ของสาย การติดเชื้อผ่านระบบทางเดินอาหาร พบว่าการติดเชื้อผ่านระบบทางเดินอาหาร สัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการดำเนินงานเพื่อป้องกันภาวะเยื่อผนังช่องท้องอักเสบของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และควรนำข้อมูลไปทบทวนระดับ PCT เพื่อลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย

2. ควรนำรูปแบบการศึกษาเชิงกึ่งทดลองมาประยุกต์ใช้ โดยใส่โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยโรคไต และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

## แนวคิดเพื่อการพัฒนา

จากผลการศึกษาดังกล่าว การพัฒนา การดูแล การเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการติดเชื้อของช่องท้องครั้งแรก

## เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(2556). ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: บริษัท ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนซ์ จำกัด (มหาชน).
- ชยุตพงศ์ ใจใส, พงศ์อาชว์ พลอยชิตกุล,สุรพลโนชัยวงศ์ และคณะ (2559). ความเสี่ยงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อครั้งแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. สงขลานครินทร์เวชสาร.34(4):187-99
- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุศน์และ สมชาย เอี่ยมอ่อง. (2556). Text of Practical Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ.
- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุศน์และคณะ. (2556). CAPD apparatus, access devices, implantation techniques and surgical complication. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บก.), Textbook of Peritoneal Dialysis (หน้า 133-188), กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน.
- ศุภชัย ฐิติอาชากุล. (2555). การล้างไตทางช่องท้อง: กายวิภาคของช่องท้อง. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บก.), Textbook of Peritoneal Dialysis (หน้า 101-114), กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชัน.
- สมชาย เอี่ยมอ่อง. (2551). Text of PeritonealDialysis. กรุงเทพฯ:เท็กซ์ แอนด์เจอร์นอล พับลิเคชัน.
- สมถวิล เกียรติวัชรชัย. (2555). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อในเยื่อช่องท้องครั้งแรกในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 19(3):29-35.
- สรารุณี บุญสุข. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7. 13:15-29
- อรรถพร พิศรสกุล. (2557). การติดเชื้อที่เยื่อผนังช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี.วารสารแพทย์เขต 4-5 2557;33(1):9-14.
- Dong J,Chen Y.Impact.(2010). of the bag exchange procedure on risk of peritonitis. PeritDialInt. 30(4):440-7.

ส่วนหนึ่งทำให้ทราบปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ซึ่งจะนำไปสู่การออกงานต่อไป

## ข้อจำกัด

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เก็บข้อมูลได้เวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจจะไม่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง หรือผู้ดูแลอาจมีผลทำให้เกิดอคติ ดังนั้น ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า การศึกษาเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง เพื่อเกิดแนวทางปฏิบัติหรือวิธีการใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วย



- Han SH, Lee SC. (2007). Ahn SV, et al. Reduced residual renal function is a risk of peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 22(9): 2653-8.
- Kanjanabuch T, Chanchaoenthana W, Katavetin P, et al. (2011). The incidence of peritoneal dialysis-related infection in Thailand: anationwide survey. *J Med Assoc Thai*.
- Lobo JV, Villar KR, de Andrade Júnior MP. (2010). Predictor factors of peritoneal dialysis-related peritonitis. *J Bras Nefrol*. 2010;32(2):156-64.
- Szefo G. (2010). Reaching Standards of Care in Peritoneal Dialysis. *ISPD Asian Pacific Newsletters*. International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD).

## ประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) The Effectiveness operation of the Thai - Cambodian border health development project (Trat - Koh Kong)

ไพริน ศิริพันธ์  
Pairin Siripun  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด  
Trat Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต และศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการ เพื่อให้ได้กรณีศึกษาที่มีข้อมูลครบถ้วน ครอบคลุม และสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัย จึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้องกับโครงการจำนวน 15 คน ผลการศึกษานำเสนอ ดังนี้

1. ผลการศึกษาด้านบริบท พบว่าโครงการนี้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ ส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของทั้งสองจังหวัด ส่งผลดีต่อความร่วมมือและความสัมพันธ์อันดีระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน ส่งผลดีต่อการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนตามแนวชายแดน

2. ผลการศึกษาด้านปัจจัยนำเข้า พบว่ามีการประชุมเตรียมความพร้อม มีการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการพัฒนางานให้พื้นที่อย่างเพียงพอ เหมาะสม ตามความต้องการและตามภารกิจของโครงการพัฒนางานทั้งด้านบุคลากรและด้านงบประมาณ

3. ผลการศึกษาด้านกระบวนการ พบว่ากระบวนการดำเนินงานโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยดำเนินการในรูปคณะทำงาน ทั้งด้านการวางแผนการดำเนินการจัดการงบประมาณและการติดตามประเมินผล หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนสาธารณสุขและหน่วยงานด้านความมั่นคง ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี

4. ผลการศึกษาด้านผลผลิต ในภาพรวมพบว่าผลการดำเนินงานประสบผลสำเร็จและบรรลุตามวัตถุประสงค์ มีการสร้างเครือข่ายเพื่อเป็นกลไกการขับเคลื่อนกิจกรรมและการแก้ปัญหาาร่วมกัน ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการโรคและภัยสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค มีการดำเนินงานสาธารณสุขร่วมระหว่างคูมิตร (ตราด-เกาะกง) เพื่อพัฒนาโครงสร้างสถานพยาบาลและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุข

ผลจากการประเมินโครงการ สะท้อนให้เห็นว่าทุกพื้นที่ที่สามารถนำนโยบายไปกำหนดแนวทาง/ยุทธวิธีเพื่อแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้ บนพื้นฐานข้อมูล สภาพปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจริง และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เป็นการส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องระดับพื้นที่ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของพื้นที่ ได้อย่างเป็นรูปธรรม

**คำสำคัญ :** ประสิทธิภาพ, งานสาธารณสุขชายแดน, ไทย-กัมพูชา

## Abstract

The objectives of this research were to evaluate the performance of the Thai - Cambodian border health development project (Trat - Koh Kong) in terms of context, inputs, process, and productivity and to study the challenges and recommendations for the project implementation in order to obtain a comprehensive and well – rounded case study that is appropriate for the research objectives. Therefore, the purposive sampling method is utilized to obtain the data from 15 key informants who are related to the project. The results of the study are presented as follows.

1. The results of the study on the terms of context. The key informants in this research consider this project appropriate and precise for the problem and the need of the area, which has resulted in the development of medical and public health services in both provinces and benefited cooperation and relations between neighboring countries, positively affecting public health services to people along the borders of both areas.

2. The results of the study on the import factors. There was a preparatory meeting as well as adequate and proper support of budget and materials needed to develop working for each area which are required and suitable for the mission of system development both in terms of personnel and in terms of budget.

3. Results of the study on the process. It was found that the implementation process of the border health system development project between Trat and Koh Kong Province emphasizing on teamwork in the form of a working group is actively participated in operational planning, budget management and monitoring by the agencies involved in both the public health and security agencies.

4. The results of the study on productivity. Overall, it was found that the operating results were successful and met the project objectives. There are empirical work that can be seen concretely and network forming as a mechanism to drive preventive action activities to mutually solve problems of fortification of agencies in the management of disease and health hazards along the border; developing cooperation in the provision of medical public health services in the border areas; development of health systems and consumer protection in special areas in border areas and joint public health operations between partners (Trat - Koh Kong) for the development of the structure of the hospital and strengthening the public health service system.

The results of the assessment reflect that all areas can apply policies to define guidelines or strategies to solve the problems of the area based on information about conditions, problems, diseases and health hazards that are true and consistent with the context of the area, which encourages relevant agencies at the local level to take part in determining the direction of the health system development of the area concretely.

**Keywords :** Effectiveness, border health, Thai – Cambodian

## บทนำ

จังหวัดตราดมีพื้นที่ชายแดนติดต่อกับจังหวัดเกาะกงประเทศกัมพูชา มีการเคลื่อนย้ายแรงงานไปมาระหว่างชายแดนไทย-กัมพูชา ส่งผลต่อปัญหาสาธารณสุขและโรคติดต่อจากแรงงานดังกล่าว ซึ่งการดำเนินงานเพื่อการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ชายแดนและระหว่างประเทศ จำเป็นต้องมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล/แผนงานระดับชาติ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565) แผนงานระดับจังหวัดและสภาพปัญหาของพื้นที่ การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับในการวางแผนการดำเนินงาน การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และการวางแผนการดำเนินงานโครงการสามารถบูรณาการกับแผนการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ที่สำคัญจะต้องสอดคล้องกับบริบททางสังคม สภาพปัญหา แนวคิด และทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพในปัจจุบัน (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2551) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ดำเนินโครงการความร่วมมือเสริมสร้างความเข้มแข็งในการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนร่วมกับจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 เป็นต้นมา มีการบันทึกความร่วมมือ (Memorandum of Understanding : MOU) หรือกรอบความร่วมมือการดำเนินงานร่วมกัน 4 ด้าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2564) ได้แก่

1. ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งการจัดบริการสาธารณสุข (Strengthening of health care service)
2. ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Human resource development)
3. ด้านการป้องกันและควบคุมโรค (Disease prevention and control)
4. ด้านความร่วมมือการพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วย

แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 ระหว่างปี พ.ศ.2550-2552** ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กรมเอเชียตะวันออก กระทรวงการต่างประเทศ องค์การ UNICEF และมูลนิธิริรักษ์ไทย ในการพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาบุคลากร

การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข การป้องกันโรค การควบคุมโรคและการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ต่อมาระหว่างปี พ.ศ. 2552-2556 ต้องยุติแผนงาน/โครงการ เนื่องจากเกิดสถานการณ์ความไม่สงบระหว่างประเทศไทย-กัมพูชา

**ระยะที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ.2557-2560** ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ(TICA) กระทรวงการต่างประเทศ ในการพัฒนาความร่วมมือโครงการโรคติดต่อชายแดนและโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง)

**ระยะที่ 3 ระหว่างปี พ.ศ.2561-2562** ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ(TICA) กระทรวงการต่างประเทศ ในการพัฒนาความร่วมมือโครงการกำจัดโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง)

**ระยะที่ 4 ระหว่างปี พ.ศ.2563-2564** ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ(TICA) กระทรวงการต่างประเทศ ในการพัฒนาความร่วมมือระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จากการทำงานโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) ของจังหวัดตราด เป็นการดำเนินงานที่ใช้งบประมาณและทรัพยากรระหว่างประเทศ เป็นจำนวนมาก เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งการประเมินผลโครงการดังกล่าวว่าสอดคล้องกับนโยบาย บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการเป็นอย่างไร เพราะการประเมินผลโครงการจะช่วยให้ทราบว่าสิ่งที่ดำเนินการไปแล้วนั้นมีความเหมาะสมหรือไม่เพียงใด ประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังหรือไม่/ตอบสนองต่อความต้องการเพียงใด ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการประเมิน CIPP Model ของ Stufflebeam (เยาวดี รางชัยกุล (2550) ซึ่งเป็นการประเมินกิจกรรมที่มีลักษณะเป็นกระบวนการ คือ มีความต่อเนื่องกันในการดำเนินงานอย่างครบวงจร โดยมีจุดเน้นที่สำคัญ คือใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ประกอบกับงานวิจัยเรื่อง



การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาวพื้นที่จังหวัดหนองคาย ของชั้นพันธุ์ไวรัสชิคาโก และคณะ (2559) ผลการวิจัย สรุปได้ว่าการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสร้างกรอบแนวทางการร่วมมือเป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหา เช่น โรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่อร้ายแรง เป็นต้น เพื่อขยายผลเฝ้าระวังโรคติดต่อที่สำคัญหรือโรคติดต่ออันตรายในพื้นที่ชายแดนไทยหรือประเทศเพื่อนบ้าน โดยเชื่อมโยงความสอดคล้องของกรอบนโยบายเกี่ยวกับงานชายแดนระดับภูมิภาค ระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับพื้นที่ ให้สามารถขับเคลื่อนงานชายแดนอย่างเป็นระบบตลอดจนส่งต่อข้อมูลสารสนเทศไปยังส่วนกลางได้อย่างครบถ้วนถูกต้องและทันเวลา ตลอดจนควรมีการประเมินผลยุทธศาสตร์การดำเนินงานชายแดน เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา สามารถปฏิบัติได้จริง จากเหตุผลและความสำคัญในการประเมินผลโครงการดังกล่าวมาแล้วนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) ของจังหวัดตราด

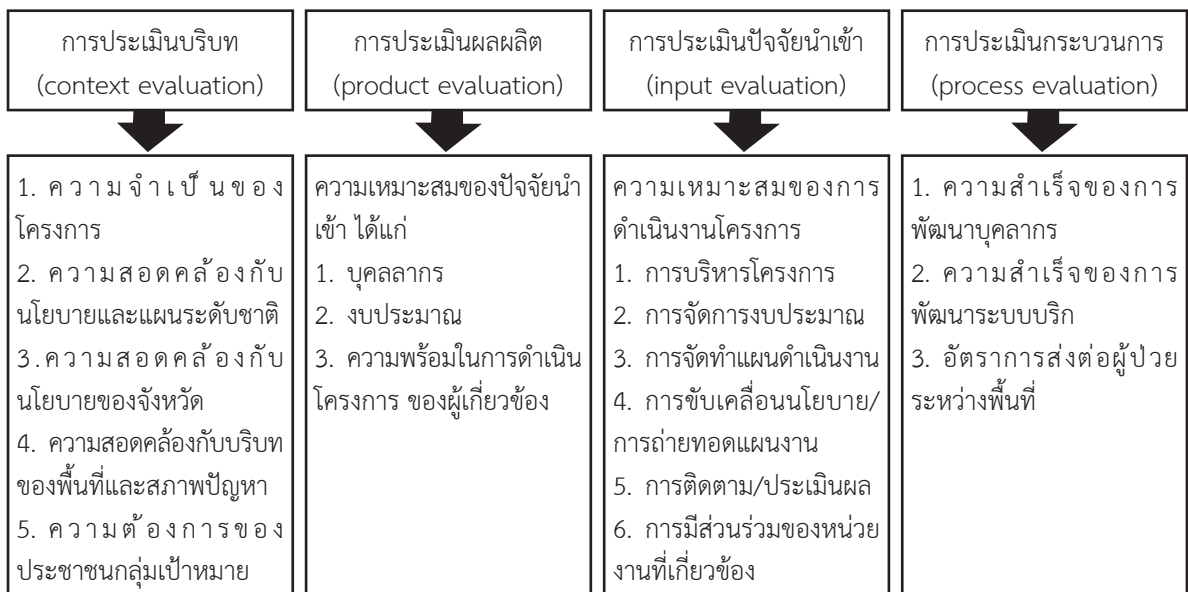
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางต่างๆ จากการดำเนินโครงการฯ

### ระยะเวลาการวิจัย

1. ประเมินประสิทธิผล หรือผลสำเร็จของการดำเนินงานโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) ระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 ถึงปีงบประมาณ 2564)
2. การวิจัยครั้งนี้ ทำการเก็บข้อมูลเพื่อสรุปเป็นรายงานผลการวิจัย หลังจากผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดแล้ว (ตั้งแต่ พฤษภาคม 2566 ถึง กรกฎาคม 2566)

### กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้ มีรูปแบบเป็นการวิจัยประเมินผลในรูปแบบชิปโมเดล(CIPP)

ประชากร คือ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้กรณีศึกษาที่มีข้อมูลครอบคลุม ครบถ้วน เหมาะสมกับความต้องการและตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ในการดำเนินการศึกษา จำนวน 36 คน ดังนี้

1. ผู้บริหารหน่วยงานระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดตราด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด นายอำเภอคลองใหญ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองใหญ่ สาธารณสุขอำเภอคลองใหญ่ และหัวหน้าด่านควบคุมโรคติดต่อตำบลหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด รวม 8 คน

2. ผู้บริหารหน่วยงานระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ของจังหวัดเกาะกง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเกาะกง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะกง สาธารณสุขอำเภอเสาชิง และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเกาะกง จังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา รวม 4 คน

3. คณะทำงานตามโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) ของจังหวัดตราดและจังหวัดเกาะกง จังหวัดละ 8 คน รวม 16 คน

4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด รวม 6 คน

5. เจ้าหน้าที่มูลนิธิริชชีไทย พื้นที่อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด รวม 2 คน

## เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง แนวทางสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 2 ชุด

## วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

1. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้สำหรับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับโครงการ จำนวน 10 ประเด็นหลัก คือ

1.1 ความสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล และแผนระดับชาติ และความสอดคล้องกับนโยบายจังหวัด

1.2 ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

1.3 ความเหมาะสมของงบประมาณ

1.4 ความพร้อมของเจ้าหน้าที่

1.5 การขับเคลื่อนนโยบายหรือการถ่ายทอดแผนการดำเนินงาน

1.6 กระบวนการจัดทำแผนดำเนินงาน

1.7 การติดตามประเมินผล

1.8 การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.9 ผลการดำเนินงาน หรือความสำเร็จของโครงการ

1.10 ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

2. แนวทางการประชุมเพื่อถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน เพื่อรวบรวมข้อมูลจากคณะทำงานตามโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) ประกอบด้วย 7 ประเด็น คือ

2.1 ความเหมาะสมของโครงการ

2.2 ความสอดคล้องสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

2.3 ความเหมาะสมของงบประมาณ

2.4 กระบวนการจัดทำแผนดำเนินงาน

2.5 การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.6 ผลการดำเนินงานหรือความสำเร็จของโครงการ

2.7 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านเนื้อหา ความครอบคลุมของข้อคำถาม

ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมิน คະแนน และความเหมาะสมของภาษา โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่อง การประเมินผล โครงการโดยใช้รูปแบบชิป (CIPP model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 1983) อ้างถึง จำเนียร สุขหลาย, กรรณิการ์ แสนศักดิ์, นันทนา รัตนอาภา และสุภัทร์ พิบูลย์.(2540) จากนั้นนำมากำหนดกรอบแนวคิด กำหนดนิยาม และความเหมาะสมของภาษา เพื่อใช้เป็น แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยนำไปให้ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดตราด นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริม พัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ตรวจสอบ และแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้ ในการสัมภาษณ์

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัย เริ่มจากข้อมูลทุติยภูมิ เอกสารต่าง ๆ ของโครงการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) จากผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) และการประชุม ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานของคณะทำงานโครงการ ทั้งสองจังหวัด

2. การวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากผู้วิจัยได้เก็บ รวบรวมข้อมูลเสร็จแล้วจะนำข้อมูลมาแยกประเภทและ จัดหมวดหมู่ โดยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ไปพร้อม ๆ กัน กล่าวคือในแต่ละวันหลังเก็บข้อมูลเสร็จ ผู้วิจัยจะบันทึก พร้อมจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อช่วยให้เห็น ข้อมูลส่วนที่จะต้องเก็บเพิ่มเติม ทำให้ง่ายต่อการวางแผน วิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึกและสนทนากลุ่ม มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไป วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามขอบเขตด้านเนื้อหา โดยใช้ รูปแบบการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์จังหวัดตราด หมายเลขรับรอง 11/2566 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2566

### ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการประเมินประสิทธิผล โครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผล การดำเนินงาน ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าด้าน กระบวนการ และด้านผลผลิต รวมถึงศึกษาปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ด้านบริบท (context) โครงการพัฒนา งานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยมีความเห็นตรงกันว่า มีความ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และสภาพปัญหา และความ ต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ที่สำคัญคือ กระบวนการดำเนินงานของโครงการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระหว่างจังหวัดตราดกับจังหวัดเกาะกง ในการรับรู้ปัญหาร่วมกัน การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนาระบบงานสาธารณสุขของทั้งสองจังหวัด ผู้ให้ ข้อมูลหลักมากกว่าร้อยละ 80 ระบุนโยบายและแนวทางการดำเนินงานจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอด นโยบายหรือชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน หนังสือเวียน การมอบนโยบายและการประชุมภายในหน่วยงาน

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (input) พบว่า มีการแต่งตั้งคณะทำงานทั้งในระดับจังหวัดและระดับ อำเภอ มีการมอบหมายหน้าที่ให้แก่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ โครงการทุกระดับ มีการประชุมเตรียมความพร้อมให้แก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการพัฒนางานอย่างเพียงพอ ดังนี้

2.1 ด้านบุคลากร พบว่ามีการแต่งตั้งและ มอบหมายหน้าที่ในทุกระดับ ระดับจังหวัดมีผู้ว่าราชการ จังหวัดตราด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด ทำหน้าที่กำหนดและกำกับนโยบาย โดยมีหัวหน้ากลุ่ม งานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขและหัวหน้ากลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด เป็นฝ่ายเลขานุการ ระดับอำเภอมีนายอำเภอ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่ประสานการ ดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข หรือนักวิชาการสาธารณสุขของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นฝ่ายเลขานุการ (เอกสารโครงการและผลการดำเนินงานโครงการพัฒนา งานสาธารณสุขชายแดน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตราด ปี 2550-2564 และเอกสารคำสั่ง จังหวัดตราดที่ 64/2550 , เอกสารคำสั่งอำเภอคลองใหญ่ ที่ 46/2550)

2.2 ด้านความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ พบว่ามีการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยมีหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ วิทยากรแกนนำในระดับอำเภอ มีการประชุมร่วมกันของ คณะทำงานทั้งสองจังหวัด (ตราด-เกาะกง) ทุก 3 เดือน (เอกสารโครงการ และผลการดำเนินงานโครงการพัฒนา งานสาธารณสุขชายแดน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตราด ปี 2550-2564)

2.3 ด้านงบประมาณดำเนินงาน พบว่าได้รับ การสนับสนุนงบประมาณ จากกรมเอเชียตะวันออก กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ มูลนิธิริักซ์ไทย งานสาธารณสุขชายแดน กระทรวงสาธารณสุขและงบพัฒนาความมั่นคงของ จังหวัดตราด เฉลี่ยปีละหลายล้านบาท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน (2564) (เอกสารโครงการและผล การดำเนินงานโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ปี 2550-2564)

3. ด้านกระบวนการ (process) พบว่า กระบวนการดำเนินงานเน้นการทำงานเป็นทีมในรูปคณะทำงาน ส่วนด้านความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ พบว่า หน่วยงานของทั้งสองจังหวัด (ตราด-เกาะกง) ให้ ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนงานอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุก กระบวนการ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การบริหารงบประมาณ การจัดทำแผนการพัฒนา การดำเนินงาน ตลอดจนการติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งผู้เกี่ยวข้องของทั้งสอง จังหวัด เห็นความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

4. ด้านผลผลิต (product) ในภาพรวม พบว่าผลการดำเนินงานประสบผลสำเร็จและบรรลุ ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ มีผลงานเชิงประจักษ์

ที่เห็นได้ว่าเป็นรูปธรรม คือ การสร้างเครือข่ายเพื่อเป็น กลไกในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกัน โดยมีประเด็นในการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย- กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) ดังนี้

ประเด็นการพัฒนาที่ 1 เสริมสร้างความเข้ม แข็งของหน่วยงานในการจัดการโรคและภัยสุขภาพตาม แนวชายแดน

ประเด็นการพัฒนาที่ 2 พัฒนาความร่วมมือ ในการจัดระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข บริเวณพื้นที่ชายแดน

ประเด็นการพัฒนาที่ 3 พัฒนาระบบสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่พิเศษบริเวณพื้นที่ ชายแดน

ประเด็นการพัฒนาที่ 4 การดำเนินงาน สาธารณสุขร่วมระหว่างคูมิตร (ตราด-เกาะกง) เพื่อการ พัฒนาโครงสร้างสถานพยาบาลและเสริมสร้างความเข้ม แข็งของงานสาธารณสุข

## อภิปรายผล

การวิจัยนี้ พบว่าประสิทธิผลของการดำเนิน งานโครงการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-กัมพูชา (ตราด-เกาะกง) เป็นโครงการที่มีความเหมาะสม สอดคล้องนโยบาย ก่อให้เกิดการดำเนินงานเชิงรุก เพื่อพัฒนาระบบงานสาธารณสุขพื้นที่ชายแดน นอกจากนี้ ยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างสองประเทศ คือ ประเทศไทยและประเทศกัมพูชา เป็นการริเริ่มแนวทาง ใหม่ๆ ในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขเพื่อการแก้ไข ปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ชายแดนและระหว่าง ประเทศ เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้านพบว่า ประสิทธิภาพ ด้านบริบท ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความเห็นสอดคล้องกันว่า โครงการมีความเหมาะสม สอดคล้องกับนโยบายของ รัฐบาล แผนงานระดับชาติ แผนงานระดับจังหวัดและ สภาพปัญหาของพื้นที่ มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และการวางแผนการดำเนินงานโครงการสามารถบูรณา การกับแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน อีกทั้งยังสอดคล้อง กับบริบททางสังคมและทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ ในปัจจุบัน ที่เห็นว่าการแก้ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ใน

แต่ระดับจำเป็นต้องอาศัยโครงสร้าง ระบบ กลไก และวิธีการที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาของชุมชน และสอดคล้องกับงานสาธารณสุขชายแดน ประสิทธิภาพด้านปัจจัยนำเข้า พบว่ามีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและเพิ่มพูนความรู้ทักษะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีการเตรียมความพร้อม มีการถ่ายทอดนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติงานให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ทั้งการประชุม การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วย ส่วนประสิทธิผลด้านงบประมาณ พบว่าได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสมตามความต้องการและตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ ประสิทธิภาพด้านกระบวนการดำเนินงาน หรือแนวทางการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอยู่ในระดับที่ดี มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมงาน คณะทำงานระหว่างไทย-กัมพูชาผ่านเวทีการประชุมเพื่อพิจารณากิจกรรมร่วมกันของคณะทำงาน มีการกำหนดภารกิจที่ชัดเจน มีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่หน่วยงานต่างๆ ส่วนประสิทธิผลด้านผลผลิต ในภาพรวมพบว่าผลการดำเนินงานประสบผลสำเร็จและบรรลุตามวัตถุประสงค์ มีแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบงานสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและตามความต้องการของสถานบริการในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

### ข้อเสนอแนะ

1. การจัดบริการหรือพัฒนาระบบงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน ซึ่งมีผู้รับบริการเป็นชาวกัมพูชาที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนระหว่างสองประเทศ ต้องมีการดำเนินการหาข้อตกลงร่วมกัน เนื่องจากวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของประชาชนของทั้งสองประเทศมีความแตกต่างกัน
2. ควรจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชากรชายแดน ที่มีบุคลากรจากหน่วยงานอื่นร่วมดำเนินการด้วย มีการออกแบบบัตรประกันสุขภาพให้มีความหลากหลาย และแสวงหาความร่วมมือกับสถานประกอบการหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่เพิ่มขึ้น

3. ส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งของไทยและของประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรค ในประเด็นที่ยังเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่อง

### ปัญหาและอุปสรรค

1. เรื่องการสื่อสาร ซึ่งต้องอาศัยล่ามหรือผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพในการสื่อสารร่วมด้วย เนื่องจากการพัฒนาระบบงานสาธารณสุขมีคำศัพท์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ การใช้ผู้ที่แปลภาษาหรือล่ามจึงมีความสำคัญต่อการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจให้ถูกต้องตรงกัน ควรให้หน่วยงานในพื้นที่กำหนดอัตรากำลังบุคลากรตำแหน่งพิเศษ สำหรับจ้างงานผู้ที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะด้านภาษา ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการประสานงานและการปฏิบัติงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน
2. การจัดงบประมาณ หรืองบประมาณสำหรับดำเนินงานตามกิจกรรมของโครงการ ต้องใช้ระยะเวลาในการจัดหาหรือขอรับการสนับสนุน เนื่องจากการดำเนินงานระหว่างประเทศ บางกิจกรรมต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องยาวนานจึงจะประสบผลสำเร็จหรือบรรลุผลตามวัตถุประสงค์
3. ด้านบุคลากร เนื่องจากยังไม่มีกำหนดกรอบโครงสร้างงานและอัตรากำลังบุคลากรที่จะดำเนินการสาธารณสุขระหว่างประเทศ หรืองานสาธารณสุขชายแดนที่ชัดเจน รวมทั้งยังไม่มีกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้บุคลากรเป็นการเฉพาะ ทำให้บุคลากรที่มีอยู่เดิมต้องรับภาระงานด้านนี้เพิ่มมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลการดำเนินงานในระยะยาว เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าและผลสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

## เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2565) แผนปฏิบัติงานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ.2565 – 2570.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2561).สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย:ผลกระทบเชิงบวกและลบที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศ.คู่มือแนวทางการบริการแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามกลุ่มพัฒนาระบบบริการและความร่วมมือระหว่างประเทศ กองบริหารสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข.
- จำเนียร สุขหลาย,กรรณิการ์ แสนศักดิ์, นันทนา รัตนอาภา และสุพัทธ์ พิบูลย์.(2540). แบบจำลองCIPP Model. ในสมหวังพิริยานุวัฒน์ (บรรณาธิการ), รวมบทความทางการประเมินโครงการ.
- ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาตและคณะ.(2559).การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทยลาวพื้นที่จังหวัดหนองคาย วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 (มค.-เมย. 59).
- ถวัลย์รัฐ วรเทพพิฒพิงษ์.(2539) .แนวทางการวิเคราะห์และการประเมินผลงาน วารสารพัฒนบริหารศาสตร์.
- เยาวดี ราชชัยกุล. (2550). การประเมินโครงการ : แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมบัติ อารังธัญวงศ์. การบริหารโครงการ.(2544). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เสมาธรรม.
- สมพร เพ็ญจันทร์.(2539).นโยบายสาธารณะ:ทฤษฎีและการปฏิบัติ.เอเอส พรินติ้งเฮ้าส์ กรุงเทพฯ
- สุวิมล ติรกานันท์.(2545). การประเมินโครงการ : แนวทางสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ. (2548). การประเมินโครงการ:แนวทางสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขแรงงาน.(2561). สถานการณ์แรงงานต่างด้าว [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561 ตุลาคม 9]. เข้าถึงได้จาก: [https:// www.doe.go.th](https://www.doe.go.th)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด.(2564) . สรุปรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี.
- Alkin, M.C. (1981). Evaluation Theory Development. Illinois : F.E.Peacock Publishers.
- Scriven, M.S.Evaluation Ideologies. New York : Rinehart and Winston.
- Alexander E.R. (1985). From Idea to Action: Notes for a Contingency Theory of Policy Implementation Process. Administration and Society.
- Barrette S.M., Fudge C. (1981). Policy and Action: Essays on the implementation of public policy. London:Methuen.
- Edwards III G.C. (1980). Implementing Public Policy. Washington D.C. : Congressional Quarterly Press; 1980.
- Elmore R.F. (1980). Complexity and Control: What legislators and administrators can do about implementation. Washington D.C.: Institute of Governmental Research, University of Washington.
- Goggin, Malcolm, Bowman A.O'M., J.P. L, O'Toole, et.al.(1990). Implementation Theory and Practice: Toward a Third Generation. Illinois Scott Foresman/Little, Brown and Company.
- Hambleton R. (1983). Planning System and Policy Implementation. Journal of Public Policy; 1983.
- Lester J.P., Joseph S. (1995). Public Policy: An Evolutionary Approach. CA: Belmont.



- Lipsky M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Marmot M, Wilkinson R. (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford university press.
- Millennium Ecosystem Assessment. (2012). *Ecosystems and human well-beings: Health synthesis 2005* [cited 2012 1 ธันวาคม 2555]. Available from: <http://www.millenniumassessment.org/en/Synthesis.html>.
- Nakamura R.T., Smallwood F. (1980). *The Politics of Policy Implementation*. New York: St. Martin's Press.
- Nagel S.S. (1984). *Public Policy: Goals, Means and Methods*. New York: St. Martin's Press, Inc.
- Pressman J.L., Wildavsky A(1973).. "Implementation: How great expectation in Washington are dashed in Oakland". Oakland: University of California Press.
- Quade E.S. (1975). "Analysis of public decision making and implementing public policy. In: Nagel S.S., editor. *Policy*

การเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการของคลินิกหมอครอบครัว  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

The Comparison between Expectation and Perception among Clients towards the Quality of Service of Primary Care Khok Lo Tambon Health Hospital Promoting Hospital, Muang District, Trang Province

สุนันท์ แก่นอินทร์

Sunan Keanin

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ

Khok Lo Tambon Health Hospital Promoting Hospital

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการของผู้รับบริการในคลินิกหมอครอบครัว (2) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในคลินิกหมอครอบครัว (3) เปรียบเทียบคะแนนความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัว ตามคุณลักษณะส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ได้รับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ จำนวน 349 คน ได้จากการสุ่มแบบมีระบบ เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม ที่มีความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.97-0.98 สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย พบว่า (1) ผู้มารับบริการมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูง (2) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้รับบริการสูงกว่าความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 (3) ผู้รับบริการที่มี ระดับการศึกษา อายุ รายได้ และสถานภาพต่างกัน จะมีความคาดหวังและการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้รับบริการมีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อมากที่สุด 3 ประเด็นคือ 1) ควรเพิ่มการบริการเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง 2) ควรจัดหาสถานที่จอดรถเพิ่มเติม 3) ควรใช้ไมโครโฟนเรียกผู้รับบริการ

**คำสำคัญ :** ความคาดหวัง, การรับรู้, คุณภาพบริการ,คลินิกหมอครอบครัว

### Abstract

This survey research's objectives were : (1) to study the level of expectations and perception of service quality among primary care cluster clients (2) to compare the differences between expectation score and perception score on service quality among primary care cluster clients (3) to compare the differences between expectation score and perception score among primary care cluster clients according to personal sociodemographic characteristics. The sample group used were the population age 20 years old and older who were received service in Primary Care Khok Lo Tambon Health Hospital Promoting Hospital total of 349 people and selected by systematic random sampling method. Data were collected by questionnaire with the reliability value between 0.97-0.98. Statistics used for data analysis include percentage, mean, standard deviation. t-test and one-way analysis of variance.



The results revealed that: (1) Clients had high expectation and perception of service quality. (2) Average score of perception were greater than expectation with a statistical significance at 0.05 level. (3) Clients with different levels of education, age, income and status are different, have different expectation and perception about service quality with statistical significance at 0.05 level.

Suggestions to the needs of service quality of Primary Care Khok Lo Tambon Health Hospital Promoting Hospital were as follows: 1) Should increase proactive services for the elderly, home-bound and bed-bound patients. 2) More parking spaces should be provided. 3) Should use a microphone to call the clients.

**Keywords :** Expectations, Perception, Service quality, Primary care cluster

## บทนำ

คลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) เป็นระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนในจำนวน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม มอบหมายพื้นที่ในการดูแลที่ชัดเจน ระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัว คือ “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” สิ่งที่คาดหวังจากบริการนี้ คือ เกิดการดูแลที่มีคุณค่า ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์ที่ดีตั้งญาติมิตร เป็นการทำความดีสร้างความผูกพัน ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาต่อระบบสาธารณสุข และการจัดรูปแบบบริการที่เป็นองค์รวมทุกมิติของสุขภาพนี้จะสามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง (Selfcare) ของคนทุกกลุ่ม คนทุกวัย จนเกิดเป็นการสร้างสุขภาพจากภายในตัวเอง ภายในครอบครัว ไปสู่การร่วมกันสร้างสุขภาพให้กับชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนต่อไป (โสภณ เมฆธน, 2559)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ เป็นรพ.สต. หนึ่งในอำเภอเมืองตรัง ได้ขึ้นทะเบียนเป็น คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ในปี พ.ศ.2562 (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2565) เปิดให้บริการที่เป็นองค์รวมทำให้ประชาชนสุขภาพดี โดยให้บริการในวันและเวลาราชการ มีคลินิก NCD ในวันอังคาร ช่วงเช้า เวลา 08.30 -12.00 น. จะมีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลตรัง ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร และบุคลากรอื่นๆ หมุนเวียนไปให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยใน รพ.สต.พร้อมกับให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคที่มีความซับซ้อน หรือมีความยุ่งยาก และออกเยี่ยมบ้านในวันพฤหัสบดี ช่วงบ่ายเวลา 13.30 -16.30 น.โดยทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ

อำเภอเมืองตรัง ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลตรัง เห็นได้จากข้อมูลสัดส่วนผลงานการให้บริการจำแนกตามระดับหน่วยบริการปีงบประมาณ 2562-2564 พบว่าสัดส่วนผู้รับบริการระดับปฐมภูมิ 34.66, 41.75 และ 34.66 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2565) ทำให้ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มมากขึ้น

จากโปรแกรมระบบงานบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ (HOS xP\_PCU) ระบบงานเชิงรับ One Stop Service พบว่าผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ โดยเฉลี่ยต่อวัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564 วันละ 74, 173, 125 และ 100 ครั้ง ตามลำดับ และในปี 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565 พบว่ามีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคน ต่อปี) เฉลี่ย 2.62 ครั้งต่อคนต่อปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2565) และพบว่าสัดส่วนของผู้ให้บริการพยาบาลวิชาชีพ ต่อประชากรที่รับผิดชอบเท่ากับ 1: 3,734 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ, 2564) ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานการบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ กำหนด พยาบาลวิชาชีพ 1 คน : ประชากร 2,500 คน (โสภณ เมฆธน, 2559) ภาระงานที่มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอาจส่งผลให้การดำเนินงานของหน่วยงาน มีคุณภาพน้อยลงเกิดความผิดพลาด นำไปสู่การร้องเรียนต่อพฤติกรรมกรการให้บริการได้ตามมาด้วยภาพลักษณ์ขององค์กรไม่ดีด้วยไม่เป็นที่ไว้วางใจจากผู้รับบริการ

ทั้งนี้คุณภาพบริการสามารถประเมินได้จากผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการจะวัดผ่านพฤติกรรมกรการแสดงออก

ของผู้ให้บริการที่ผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้ เมื่อผู้รับบริการรับรู้ในบริการที่ตนได้รับแล้วจะเปรียบเทียบกับบริการที่ตนคาดหวัง กล่าวอีกนัยหนึ่ง ก็คือ คุณภาพบริการตามความต้องการหรือตามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งนี้ซีทัม และคณะ (Zeithaml et al., 1990) ได้สร้างเครื่องมือหรือเกณฑ์วัดคุณภาพบริการ จำแนกได้ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความเชื่อถือไว้วางใจ 2) การให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ 3) ความเป็นรูปธรรมของบริการ 4) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ และ 5) การตอบสนองต่อผู้มารับบริการ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้รับบริการที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลต่างกัน จะมีการคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของ ผู้มารับบริการคลินิกหออกรับ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อและวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

##### ตัวแปรอิสระ

<b>คุณลักษณะส่วนบุคคล</b> - เพศ - อายุ - สถานภาพสมรส - ระดับการศึกษา - อาชีพ - รายได้ต่อเดือน
---

##### ตัวแปรตาม

<b>ความคาดหวังคุณภาพบริการ</b> 1. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ 2. ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ 3. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ 4. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ 5. ด้านการตอบสนองต่อผู้มารับบริการ <b>การรับรู้คุณภาพบริการ</b> 1. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ 2. ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ 3. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ 4. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ 5. ด้านการตอบสนองต่อผู้มารับบริการ
--

เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการได้อย่างครบถ้วน และเพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างต่อเนื่องและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ทั้งยังสามารถตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการในคลินิกหออกรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในคลินิกหออกรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการคลินิกหออกรับ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ศึกษา** ได้แก่ ประชาชนที่มารับบริการคลินิกหมอครอบครัว ระหว่างเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม 2566 และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 3,780 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2565)

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือก Inclusion Criteria)

- อายุ 20 ปีขึ้นไป
- อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.โคกหล่อ
- สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- ไม่สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้
- ผู้พิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้

**ขนาดตัวอย่าง** คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 349 คน และผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด รวมจำนวน 6 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดของซีทัม และคณะ (Ziethaml et al., 1990) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ จำนวน 6 ข้อ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจ จำนวน 6 ข้อ 3) การตอบสนองต่อผู้มารับบริการ จำนวน 6 ข้อ 4) การให้ความ

มั่นใจแก่ผู้มารับบริการ จำนวน 6 ข้อ 5) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การแปลผลระดับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการระดับน้อย (1.00 - 2.33) ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการระดับปานกลาง (2.34 - 3.66) และความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการระดับสูง (3.67 - 5.00)

**ส่วนที่ 3** ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการต่อการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ คือ 1) ด้านการรักษาพยาบาล 2) ด้านเจ้าหน้าที่ 3) ด้านสถานที่ และ 4) ด้านอื่นๆ

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญจากค่าดัชนีความคล้อยกันของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากร ณ คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ความคาดหวังต่อการรับบริการ เท่ากับ 0.97 และการรับรู้คุณภาพบริการ เท่ากับ 0.98

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. จัดเตรียมทีมผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 คน โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ การดำเนินงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถาม ให้แก่ผู้ช่วยวิจัยทราบในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อเน้นแนวทางการตอบแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง

3. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลต่อ 1 คน ๆ ละประมาณ 20 นาที และเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวนตัวอย่างที่กำหนดไว้

4. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ต่อเดือน อายุ ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ใช้ค่าร้อยละ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในคลินิกหมอครอบครัว ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งโดยรวม รายด้าน และรายข้อ

3. วัดระดับความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โคกหล่อ ใช้สถิติ Paired Samples t-test

4. วัดความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการกับลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติ Independent t-test และ One -Way ANOVA

5. ข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะปลาย

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคาดหวังคุณภาพบริการของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ ในภาพรวม และรายด้าน

( n = 349)

คุณภาพบริการ ด้านความคาดหวัง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
- ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.90	.688	สูง
- ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ	3.95	.686	สูง
- ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ	4.06	.722	สูง
- ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ	4.02	.717	สูง
- ด้านความเข้าใจและเห็นอก เห็นใจผู้รับบริการ	4.06	.746	สูง
รวม	4.48	.621	สูง

เปิด มีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ตามเอกสารรับรองเลขที่ P001/2566 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า ลักษณะด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 349 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.20 โดยมีอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 45.60 มีสถานะภาพสมรส แต่งงาน ร้อยละ 55.00 ส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 41.50 รองลงมา มีระดับการศึกษาระดับมัธยม ศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 27.50 สำหรับอาชีพ พบว่า ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 37.80 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 12.90 มีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 55.00

#### 2. ระดับความคาดหวังและการรับรู้

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังคุณภาพบริการ และมีการรับรู้คุณภาพบริการ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้คุณภาพบริการของผู้มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ ในภาพรวม และรายด้าน

(n = 349)

การรับรู้คุณภาพบริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
- ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ	4.43	.61	สูง
- ด้านความเข้าใจและเห็นอก เห็นใจผู้รับบริการ	4.46	.59	สูง
- ด้านการตอบสนองต่อผู้มารับบริการ	4.49	.58	สูง
- ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	4.48	.62	สูง
- ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	4.48	.59	สูง
<b>รวม</b>	<b>4.47</b>	<b>.55</b>	<b>สูง</b>

**3. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการต่อคุณภาพบริการ**

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ของผู้มารับบริการ

ต่อคุณภาพบริการในคลินิกหมอครอบครัว รพ.สต. โคกหล่อ สูงกว่าความคาดหวังการรับรู้ต่อคุณภาพบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งในภาพรวมและรายด้าน 5 ด้าน

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ ในภาพรวมและรายด้าน

(n = 349)

คุณภาพบริการ	ความคาดหวัง		การรับรู้		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
- ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.90	.68	4.43	.61	13.11	<.001*
- ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ	3.95	.68	4.46	.59	12.45	<.001*
- ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ	4.06	.72	4.49	.58	11.45	<.001*
- ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ	4.02	.71	4.48	.59	11.56	<.001*
- ด้านความเข้าใจและเห็นอก เห็นใจผู้รับบริการ	4.06	.74	4.48	.59	10.76	<.001*
คุณภาพบริการภาพรวม	4.00	.64	4.47	.55	13.17	<.001*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 4. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้มารับบริการจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการที่คลินิก หมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ

อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ที่มีเพศ อาชีพ ต่างกัน มีความคาดหวังและรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษา อายุ รายได้ สถานะภาพสมรสต่างกัน มีความคาดหวังและรับรู้คุณภาพ บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ ของผู้มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตัวแปร	คุณภาพบริการที่คาดหวัง		คุณภาพบริการที่รับรู้	
	t-test, F-test	p-value	t-test, F-test	p-value
เพศ	1.03	.303	1.85	.064
ระดับการศึกษา	5.30	.01*	3.35	.01*
อายุ	6.60	.02*	6.41	.02*
อาชีพ	1.69	.13	2.16	.05
รายได้	11.28	.001*	7.85	.001*
สถานะภาพสมรส	6.68	.001*	6.52	.001*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### อภิปรายผล

1) ระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพ บริการของผู้มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัวรพ.สต. โคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ในรายด้านทุกด้าน และ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าคลินิกหมอ ครอบครัว เป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการ จัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิที่มีความ ใกล้ชิดกับประชาชน โดยกลุ่มที่ให้บริการประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประชาชนในพื้นที่รับทราบเป็นอย่างดี ส่งผลให้ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการอยู่ในระดับสูง ประกอบกับการให้บริการของสหวิชาชีพที่มีความหลากหลายและร่วมกันดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบซึ่งเป็น ขนาดที่เหมาะสมอย่างทั่วถึง และผู้รับบริการได้รับบริการ แบบใกล้บ้านใกล้ใจ จึงส่งผลให้การรับรู้คุณภาพบริการ อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา อธิธิ ญาโณ (ทางเกตุ) (2561) และสรวิชัย สุดแก้ว (2563)

2) เมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ ของผู้มารับบริการต่อคุณภาพบริการในคลินิกหมอ ครอบครัว รพ.สต.โคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำแนกตามคุณภาพบริการเป็นรายด้านและภาพรวม

พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่อคุณภาพบริการรายด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความน่าเชื่อถือ และไว้วางใจ ด้านการตอบสนองต่อผู้มารับบริการ ด้าน การให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ และด้านความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ย ความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการในคลินิก หมอครอบครัว รพ.สต.โคกหล่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ซึ่งแสดงว่าการให้บริการของทีมสหวิชาชีพในคลินิก หมอครอบครัว สามารถตอบสนองความพึงพอใจ ของผู้รับบริการทั้งนี้อาจเป็นเพราะรพ.สต.โคกหล่อได้ นำผลการศึกษาวิจัยของพุทธิพงศ์ (2560) เรื่องคุณภาพ บริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการ กรณีศึกษา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ บริการอย่างต่อเนื่องรวมทั้งนำมาใช้ในการให้บริการ ในคลินิกหมอครอบครัว ส่งผลให้ผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพ บริการสูงกว่าความคาดหวัง ซึ่งผลการศึกษา สอดคล้องกับสรวิชัย สุดแก้ว (2563) และมนัสชญาณ์ โรมินทร์ (2561)

3) ค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ ของผู้มารับบริการ ในคลินิกหออัครครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง จำแนกรายตัวแปรพบว่า

ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความคาดหวังและการรับรู้ต่างกัน ซึ่งอธิบายได้ว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน จะมีความสนใจหรือเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านบริการสุขภาพของคลินิกหออัครครอบครัว รพ.สต.โคกหล่อ แตกต่างกัน จึงมีความคาดหวังและการรับรู้ต่อการให้บริการแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วชิราภรณ์ ภูมิเขต (2556) แต่ไม่สอดคล้องกับมนัสชญาน์ โรมินทร์ (2561)

ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันมีความคาดหวัง และการรับรู้ต่างกัน ซึ่งอธิบายได้ว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้รับบริการที่มีอายุ ในช่วงอายุ 20-39 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยเรียนและวัยทำงานจะมีความสามารถในการรับรู้ ข้อมูลต่างๆ ด้านบริการสุขภาพ มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ จึงส่งผลให้มีความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวชิราภรณ์ ภูมิเขต (2556) และอัจฉราพร กิ่งเล็กและดวงกมล ปิ่นเฉลียว (2560) แต่ไม่สอดคล้องกับมนัสชญาน์ โรมินทร์ (2561)

ผู้รับบริการรายได้ต่างกันมีความคาดหวัง และการรับรู้ต่างกัน ซึ่งอธิบายได้ว่าทั้งนี้จะเป็นเพราะรายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านความต้องการพื้นฐาน ในการเลือกใช้บริการ ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นความจำเป็นและมีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสในการเลือกใช้บริการจากสถานบริการทางด้านสาธารณสุข จึงส่งผลให้รายได้ต่อเดือนมีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับมนัสชญาน์ โรมินทร์ (2561) แต่ไม่สอดคล้องกับอัจฉราพร กิ่งเล็ก และดวงกมล ปิ่นเฉลียว (2560)

ผู้ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความคาดหวัง และการรับรู้ต่างกัน ซึ่งอธิบายได้ว่าทั้งนี้จะเป็นเพราะผู้รับบริการที่สมรสกันมีความเป็นห่วงเรื่องสุขภาพของบุคคลในครอบครัวจึงให้ความสนใจในการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพอื่น ๆ จึงส่งผลให้

ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับพุทธิพงศ์ บุญชู (2560)

ผู้ที่มีเพศ และอาชีพต่างกัน มีความคาดหวัง และการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้รับบริการรับทราบถึงศักยภาพในการให้บริการของรพ.สต. ประกอบกับรพ.สต.ในจังหวัดตรังให้บริการภายใต้มาตรฐานและคุณภาพเดียวกัน จึงทำให้ผู้มารับบริการที่มีเพศและอาชีพต่างกัน มีความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของพุทธิพงศ์ บุญชู (2560) และมนัสชญาน์ โรมินทร์ (2561) แต่ไม่สอดคล้องกับของวชิราภรณ์ ภูมิเขต (2556)

#### 4) ข้อเสนอแนะ

##### 1. ด้านการรักษาพยาบาล

ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็น และข้อเสนอแนะว่า การให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงไม่ได้รับความสะดวกในการมารับบริการ เนื่องจากสถานที่คับแคบ รพ.สต. โคกหล่อ ควรปรับปรุงสถานที่เข้าออกให้สะดวก ควรเพิ่มการบริการเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือให้ได้รับบริการที่ครอบคลุม จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 และควรเพิ่มการบริการแพทย์แผนไทย กายภาพบำบัดในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 7 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20.00

##### 2. ด้านเจ้าหน้าที่

ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็น และข้อเสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่ควรให้บริการ ที่รวดเร็ว จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 และเจ้าหน้าที่ควรยิ้มแย้มต่อผู้รับบริการ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.28

##### 3. ด้านสถานที่

ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็น และข้อเสนอแนะว่า สถานที่จอดรถไม่เพียงพอ รพ.สต. โคกหล่อ ควรจัดหาสถานที่จอดรถเพิ่มเติมสำหรับผู้มารับบริการ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.85 รองลงมาคือ สถานที่คับแคบ อากาศร้อนควรติดตั้งเครื่องปรับอากาศ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71 ห้องน้ำผู้พิการ ชำรุด ซ่อมแซมให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71 และห้องน้ำไม่มีกระดาดชำระ ควร มีทั้งห้องชายและหญิง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71

#### 4. ด้านอื่นๆ

ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะว่าเสียงเรียกผู้มารับบริการเบาควรใช้ไมโครโฟนเนื่องจากผู้มารับบริการเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71 และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกไม่สามารถใช้ได้ทั้งหมดควรปรับปรุงให้ใช้ได้ทั้งหมด จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71

#### การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการและด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด จึงควรเน้นการดำเนินการดังนี้

- ด้านความเป็นรูปธรรม ผู้อำนวยความสะดวก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ จะต้องเร่งดำเนินการเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น น้ำดื่ม ที่นั่งพักรอรับบริการ มีที่จอดรถเพียงพอ

- ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ผู้ให้บริการจะต้องปรับปรุงการให้บริการที่มีคุณภาพที่สูงขึ้นหัวข้อการอธิบายถึงวิธีการและขั้นตอนต่าง ๆ ในการจัดบริการให้ชัดเจน เพื่อให้ตอบสนองความพึงพอใจของผู้มารับบริการ

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาต่อยอดความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการจากคลินิกหมอครอบครัวที่เน้นการทำงานเชิงรุกทั้งที่บ้านและชุมชน ด้านการเข้าถึงชุมชน ซึ่งมีผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ที่ควรจะได้รับบริการที่ทั่วถึง และครอบคลุม

#### เอกสารอ้างอิง

พุทธิพงศ์ บุญชู. (2560). คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการกรณีศึกษา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้. 33 (1), 86-92.

มนัสชญาณ์ โรมินทร์. (2561). คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่แผนกส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลกระบี่นครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ. (2564). สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ ปีงบประมาณ 2564. (อัตสำเนา).

วชิราภรณ์ ภูมิเขต. (2556). คุณภาพการให้บริการของคลินิกตาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ. มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิทยา อธิญาโณ (กานเกตุ). (2561). คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลป่อใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

วนาพรรณ ชื่นอิม. (2558). ความคาดหวังและการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพการบริการของหน่วยบริการสุขภาพบุคลากร. วารสารรามาชิตีพยาบาลสาร. 21 (1), 122-135.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2565). ฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัด (43 แฟ้ม). ค้นเมื่อ ตุลาคม, 1, 2565 จาก [https://www/trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://www/trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php).

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2565). ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ. ค้นเมื่อ มีนาคม, 1, 2566 จาก <https://sites.google.com/site/primarycarecluster2017/home>

โสภณ เมฆธน และคณะ. (2559). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สรวิษฐ์ สุดแก้ว. (2563). คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตาล อำเภอภินนทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ. มหาวิทยาลัยบูรพา





- อัจฉราพร กิ่งเล็ก และดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2560). คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. วารสารพยาบาลตำรวจ. 9 (2), 54-62.
- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). London : New Jersey: Prentice-Hall.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Zeithaml, VA., Parasuraman, A. and Berry, LL. (1990) "Delivering Quality Service : Balancing Customer Perceptions and Expectation. *New York* : 49 (4), 41-50.

## ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

สุขุม โอลาริกบุตร

Suksum Olarikboot

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสี่แยกไสยวน

Si Yaek Sai Yuan subdistrict health promoting hospital

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง 2) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลพนมวังก เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลชะมวง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 31 คน . เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ paired t-test และ independent t-test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มเข้าร่วมทดลองโปรแกรมมี ประสิทธิภาพส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยตรง

1) ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง คือ หลังทดลองพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานระดับมาก (Mean=3.77, S.D.=0.67 ) ก่อนทดลองระดับปานกลาง (Mean=3.48, S.D.=0.31) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน คือ หลังทดลองพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานระดับปานกลาง (Mean=2.87, S.D.=0.42) ก่อนทดลองระดับปานกลาง (Mean=2.88, S.D.=0.44) 2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.88 (S.D.= 0.43) คะแนน หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.57 (S.D.= 0.36) คะแนน พฤติกรรมสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value <0.01) 3) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX.) ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย 110.87 (S.D.= 4.46) mg/dl. หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 104.58 (S.D.= 4.89) mg/dl ค่าระดับน้ำตาลในเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value <0.01)

**คำสำคัญ :** กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน, โรคเบาหวาน, โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

### Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to 1) compare diabetes prevention behaviors regarding diet. Exercise of the experimental group Before and after receiving the program to develop behavior to prevent diabetes in high-risk groups and between the experimental and comparison groups After receiving a program to develop behavior to prevent diabetes in high-risk groups 2) Compare the blood sugar levels of the experimental group. Before and after receiving the program to develop behavior to prevent diabetes in high-risk groups and between the experimental and comparison groups After receiving a program to develop behavior to prevent diabetes in high-risk

groups The sample group of the diabetes risk group, Phanom Wang Subdistrict, was an experimental group, numbering 31 people, and the diabetes risk group, Chamuang Subdistrict, was a comparison group, numbering 31 people. Instruments used in the experiment It is a program to develop behavior in people at risk for diabetes towards preventive behaviors and blood sugar levels. Data were analyzed using descriptive statistics. and inferential statistics are paired t-test and independent t-test. The results of the research found that the group participating in the trial program had Efficiency directly affects the diabetes risk group.

1).The level of diabetes prevention behavior of the experimental group was found to be higher after the experiment than before the experiment, i.e. after the experiment the diabetes prevention behavior was at a high level (Mean=3.77, S.D.=0.67) before the experiment was at a moderate level (Mean=3.48, S.D.=0.31). The comparison groups were not different, namely after the experiment with moderate diabetes prevention behavior (Mean=2.87, S.D.=0.42) before the moderate experiment (Mean=2.88, S.D.=0.44). 2).Results of comparing the mean behavior scores in the diabetes risk group. of the experimental group to compare before and after the experiment, it was found that health behaviors Before the experiment, the average score was 2.88 (S.D.= 0.43) points. After the experiment, the average score was 3.57 (S.D.= 0.36) points. Health behavior There is a statistically significant difference (p-value <0.01). 3).Results of comparing the mean blood sugar levels (DTX.) in the diabetes risk group of the experimental group to compare before and after the experiment. It was found that the levels blood sugar Before the experiment, the average was 110.87 (S.D.= 4.46) mg/dl. After the experiment, the average was 104.58 (S.D.= 4.89) mg/dl. Blood sugar level values There is a statistically significant difference (p-value <0.01).

**Keywords :** Diabetes risk group, Diabetes, Health behavior modification program

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยพบว่าในปี 2560 นั้นมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตรวจพบทั้งหมดในเมืองไทยคือ 4,400,000 ราย และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของความชุกในทุกๆ ปี นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รายงานผลการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกว่าร้อยละ 80 ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปทั่วประเทศ พบว่า เฉลี่ยร้อยละ 12.23 ของผู้ได้รับการคัดกรอง หรือกว่า 3,424,400 คนมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน หากยังไม่มีการป้องกันและรักษาพยาบาลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ดี เมื่อเวลาผ่านไปผู้

เสี่ยงต่อเบาหวานเหล่านี้จะมีโอกาสกลายเป็นโรคเบาหวานในระยะ 5-10 ปี (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร : 2564, 4-7) ด้วยเหตุผลนี้การลดโอกาสในการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะช่วยลดผลกระทบและภาระโรคที่เกิดจากโรคเบาหวานได้ สำหรับประเทศไทยและความชุกของคนไทยที่อ้วน ร้อยละ 37 จังหวัดพัทลุง มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 7,171.90 อัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 27.27 มีอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานต่อแสนประชากร 601.41 อำเภอควนขนุน มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 8,993.24 มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 46.41 มีอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานต่อแสนประชากร 601.41 และใน พ.ศ. 2565

จังหวัดพัทลุง มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 3,953.02 มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 33.11 มีอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานต่อแสนประชากร 648.97 อำเภอควนขนุน มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 1,952.07 มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 27.61 มีอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานต่อแสนประชากร 432.11 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสี่แยกไสยวน มีผู้ป่วยรายใหม่ 24 ราย จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานทั้งหมด 572 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.15 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสี่แยกไสยวน, 2565) สูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกินร้อยละ 2.40 (กรมควบคุมโรค, 2558) การลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จึงเป็นสิ่งสำคัญที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสี่แยกไสยวนต้องดำเนินการ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว สังคม และประเทศ (รัชดา เกรสซี่, 2558) โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม และเศรษฐกิจ (ระวีวรรณ เลิศวัฒนารักษ์ และดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2558) ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลง การใช้ชีวิตประจำวันและการทำงานเปลี่ยนแปลงไป อายุสั้นกว่าคนทั่วไป เฉลี่ย 5-10 ปี โดยมีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ โรคไต ภาวะเลือดเป็นกรดเฉียบพลัน และการอักเสบติดเชื้อของอวัยวะต่างๆ ครอบครัวอาจประสบปัญหาเศรษฐกิจได้ เนื่องจากเบาหวานมักเกิดกับผู้ใหญ่อายุ 40 ปีขึ้นไป (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2556) ซึ่งเป็นวัยทำงานและรับผิดชอบครอบครัว ทั้งยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยเฉพาะถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น อาจก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมาจากรายได้ที่ลดลง สุขภาพไม่ดี ทำให้ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น การลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ด้วยการป้องกันการเกิดโรค จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสนใจ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงและระดับน้ำตาลในเลือด

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง
2. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง

## สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเปรียบเทียบ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### ตัวแปรต้น

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

1. การรับรู้
  - การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานด้วยตัวแบบด้านลบ
  - การสร้างการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ
2. ปัจจัยร่วม
  - การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานด้วยวิธีการเรียนรู้เชิงรุก
3. ตัวชี้แนะการกระทำ
  - กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

(Becker, Drachman & Kirscht, 1974)

### ตัวแปรตาม

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

1. พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน
  - ด้านการรับประทานอาหาร
  - ด้านออกกำลังกาย
2. ระดับน้ำตาลในเลือด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ (Becker, Drachman & Kirscht, 1974) มาจัดโปรแกรม สำหรับการจัดกิจกรรม ให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ ออกกำลังกาย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

ระยะเวลาการเก็บข้อมูล วันที่ 15 มีนาคม 2566 – 15 พฤษภาคม 2566

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest-posttest design) ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และเปรียบเทียบ (Control Group)

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากการคัดกรองตามแบบฟอร์มการคัดกรองโรคเบาหวานโดยวิธีทางวากา ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ของสำนักโรคไม่ติดต่อที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) เท่ากับ 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจากแพทย์ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อาศัยอยู่ในตำบลพนมวังก อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

จำนวน 542 คน อาศัยตำบลชะมวง อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง 771 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2566)

### กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power 3.0.10 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบที (t-test) ที่คำนวณจากผลการวิจัยผลของโปรแกรมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง (อดิศร ชุมคช, 2564) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.31 และค่าเฉลี่ย พฤติกรรมของกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 3.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26 ค่าขนาดค่าขนาดอิทธิพล ได้เท่ากับ 1.6 ซึ่งแสดงถึงค่าขนาดอิทธิพลที่ใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) = 0.80 กำหนดอำนาจในการทดสอบ 0.90 ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) 0.05 จำนวนได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน รวม จำนวน 56 คน และปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามหรือการถอนตัว (Drop out) ไม่ให้มีผลต่ออำนาจการทดสอบ และเป็นตัวแทนประชากรที่ดี โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 หรือ 6 คน รวมทั้งหมด 62 คน ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกตำบลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสี่แยกไสยวน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง แบบสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากรายชื่อตำบลในอำเภอควนขนุน ปรากฏว่าได้ตำบลพนมวัง และเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมจากลักษณะชุมชนคล้ายเคียงกันและพื้นที่ห่างกันเกิน 15 กิโลเมตร คัดเลือกประชากรที่ทำการศึกษามีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน 2 ตำบล คือตำบลพนมวัง และตำบลชะมวง อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง จากนั้นสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสี่แยกไสยวน ตำบลพนมวัง เป็นกลุ่มทดลอง โดยใช้ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากระบบฐานข้อมูล JHCIS ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสี่แยกไสยวนเป็นกรอบในการสุ่มตัวอย่างจำนวน 542 คน จนครบ 31 ตัวอย่าง และสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานซึ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบตำบลชะมวง ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านศาลาดำเสา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านจันนา เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 31 คน ซึ่งสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยใช้รูปแบบเดียวกันกับตำบลพนมวัง จำนวน 31 ตัวอย่าง

### เกณฑ์คัดเข้าร่วมวิจัย

ประชากรคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 35 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (DTX = 100-125 มก./ดล. และยังไม่ได้รับการวินิจฉัย เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ในระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา มีดังนี้ 1. ไม่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2. เป็นผู้ที่มีการรับรู้รับฟังด้วยคำพูดและเสียงได้ปกติและสามารถอ่าน และเขียนได้อย่างปกติ 3. สามารถออกกำลังกายและช่วยเหลือตนเองได้ 4. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจและให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดการวิจัย

- 2) เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา มีดังนี้ 1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานโดยแพทย์ 2. ตั้งครรภ์ 3. ย้ายที่อยู่อาศัย 4. ขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยหรือเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบ

### เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(Becker, Drachman & Kirscht, 1974) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ ปัจจัยร่วม และตัวชี้เนาะการกระทำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม โครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในครอบครัว โรคประจำตัวอื่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาเนื้อหาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ศึกษา จำแนกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, Drachman & Kirscht, 1974)

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดย 1) การตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content Validity) หลังจากดำเนินการสร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม รวมทั้งกำหนดเกณฑ์ การให้คะแนน ผู้วิจัยได้นำให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบ ความชัดเจนของภาษาและความถูกต้องตรงตามเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน 2) นำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไขและปรับปรุงแล้ว เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา มีค่า ระหว่าง 0.67 – 1.00 3) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถาม ไปใช้สอบถามกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แล้วนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของ แบบสอบถาม ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเที่ยง (Reliability)

ความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) 0.89

การดำเนินการทดลองตามโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด แล้วนัดหมายวันเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลองในช่วงสัปดาห์ที่ 6 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด แล้วนัดหมายวันเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในช่วงสัปดาห์ที่ 6

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ ปัจจัยร่วมและตัวชี้เนาะการกระทำ ซึ่งมีรายละเอียดและเครื่องมือ ดังนี้

1. การรับรู้ ได้แก่ การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้วยตัวแบบด้านลบและการสร้างการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติเครื่องมือ ได้แก่ แผนพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน โมเดลอาหารแผนพับอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แผนพับอาหารตามโซนสี บัตรคำอาหาร โปสเตอร์สูตรคำนวณน้ำหนักที่ควรจะเป็น โปสเตอร์สูตรคำนวณความต้องการพลังงานตามลักษณะการทำงาน โปสเตอร์สูตรคำนวณความต้องการพลังงานต่อวัน ตารางหมู่อาหารและปริมาณพลังงาน ธงโภชนาการ โปสเตอร์ตัวอย่างฉลากโภชนาการ ฉลากโภชนาการ ตัวอย่างอาหาร โจทย์อาหาร ตะกร้า แบบบันทึกการรับประทานอาหาร เครื่องคิดเลข เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง ปากกา ดินสอ กระดาษ แบบบันทึกคะแนนกลุ่ม ภาพการออกกำลังกาย ยางยืด

บันทึกประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย ด้วยายืด แบบบันทึกการออกกำลังกาย ประเมิน สุขภาพ ประกอบด้วย การวัดความดันโลหิต การวัดรอบ เอว การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และระดับ น้ำตาลในเลือด เพื่อกระตุ้นให้ทราบถึงการเปลี่ยนหลัง จากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ปัจจัยร่วม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวานด้วยวิธีการเรียนรู้เชิงรุกแบบร่วมมือ แบบวิเคราะห์วิถีทัศน์ แบบใช้เกม แบบแลกเปลี่ยน ความคิด แบบทบทวนโดยผู้เรียน เครื่องมือ ได้แก่ แผนให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและสร้างการรับรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพาเวอร์พอยท์เรื่องโรคเบาหวาน โปสเตอร์สถานการณ์โรคเบาหวานของอำเภอควนขนุน บัตรคำทำนายโรค ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง คู่มือการจัดการ ตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของศูนย์ความเป็นเลิศ ด้านการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรัง วิถีทัศน์โรคเบาหวาน วิถีทัศน์การหลีกเลี่ยงและการป้องกันโรคเบาหวาน วิถีทัศน์ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

3. ตัวชี้แนะการกระทำ ได้แก่ กลุ่มเพื่อน ช่วยเพื่อน เครื่องมือ ประกอบด้วยแบบสรุปรูปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นเอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม ป้องกันโรคเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ การทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test)

เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม ป้องกันโรคเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test)

เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ตรวจสอบการกระจาย ของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงมี การกระจายแบบโค้งปกติ ( $p\text{-value} = 0.071$ )

### จริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาลควนขนุน COA NO 8/2566 PPHOREC NO 5/2566 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2566

### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่ม ทดลองและเปรียบเทียบพบว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 67.74 และ 58.06) อายุระหว่าง 51 – 60 ปี (ร้อยละ 48.39และ38.71) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.87 การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 38.71 และ 45.16) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 83.87และ 70.97) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย (12,016 บาท และ10,709 บาท) ครอบครัวไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 67.74 และ 77.42) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 67.74 และ 70.97) ไม่รับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 77.42 และ 93.55) ไม่รับประทานสมุนไพร (ร้อยละ 90.32 และ 80.65) มีความเครียด (ร้อยละ 54.84 และ 56.54) ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 90.32 และ 80.65) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 90.32 และ 87.10)

พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลอง พบว่า ด้านการรับประทานอาหารก่อนทดลองอยู่ในระดับ ปานกลาง (Mean=3.08, S.D.=0.41) ด้านการออก กกำลังกาย อยู่ในระดับน้อย (Mean=2.42, S.D.=0.65) สรุปรวมพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระดับปานกลาง (Mean=2.88, S.D.=0.43) สำหรับหลังทดลอง ด้านการ รับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.48, S.D.=0.31) ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก (Mean=3.77, S.D.=0.67) สรุปรวมพฤติกรรมป้องกัน โรคเบาหวาน ระดับมาก (Mean=3.57, S.D.=0.36) (ตารางที่ 1)



**ตารางที่ 1** ระดับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของกลุ่มทดลอง (n = 31)

พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	3.08	0.41	ปานกลาง	3.48	0.31	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.42	0.65	น้อย	3.77	0.67	มาก
สรุปรวมพฤติกรรมสุขภาพ	2.88	0.43	ปานกลาง	3.57	0.36	มาก

พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ด้านการรับประทานอาหารก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.98, S.D.=0.36) ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.65, S.D.=0.99) สรุปรวมพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานระดับปานกลาง (Mean=2.88, S.D.=0.44) สำหรับหลัง

ทดลอง ด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.91, S.D.=0.32) ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.76, S.D.=1.13) สรุปรวมพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระดับปานกลาง (Mean=2.87, S.D.=0.42) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	2.98	0.36	ปานกลาง	2.91	0.32	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.65	0.99	ปานกลาง	2.76	1.13	ปานกลาง
สรุปรวมพฤติกรรมสุขภาพ	2.88	0.44	ปานกลาง	2.87	0.42	ปานกลาง

**การเปรียบเทียบก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพ ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean.diff	95%CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การรับประทานอาหาร	3.08	0.41	2.98	0.36	0.10	-0.09ถึง0.30	0.29
การออกกำลังกาย	2.42	0.65	2.65	0.99	-0.23	-0.66ถึง0.20	0.82
พฤติกรรมสุขภาพ	2.88	0.43	2.88	0.44	0.00	-0.22 ถึง0.22	0.97

ผลการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 110.87 (S.D. =4.46) mg/dl. กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าระดับ

น้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 108.61 (S.D.=5.66) mg/dl. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีความแตกต่างกัน (Mean Difference= 2.26, 95%CI: -0.33 ถึง 4.85, p-value= 0.09) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean.diff	95%CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ระดับน้ำตาลในเลือด	110.87	4.46	108.61	5.66	2.26	-0.33ถึง4.85	0.09

**การเปรียบเทียบหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหลังทดลอง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.57 (S.D.= 0.36) คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย

2.87 (S.D.= 0.42) คะแนน คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01) โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.70 คะแนน (Mean difference = 0.70, 95%CI: 0.50 ถึง 0.90) (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพ หลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean.diff	95%CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การรับประทานอาหาร	3.48	0.31	2.91	0.33	0.57	0.41 ถึง0.73	<0.01
การออกกำลังกาย	3.77	0.67	2.76	1.12	1.01	0.54 ถึง1.49	<0.01
พฤติกรรมสุขภาพ	3.57	0.36	2.87	0.42	0.70	0.50 ถึง0.90	<0.01

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหลังทดลอง พบว่า ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.77 (S.D.= 0.67) คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 2.76 (S.D.= 1.12) คะแนน คะแนนด้านการออกกำลังกายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01) โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.01 คะแนน (Mean difference = 1.01, 95%CI: 0.54 ถึง 1.49)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX.) ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหลังทดลอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 104.58 (S.D.= 4.89) mg/dl. กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 107.77 (S.D.= 5.45) mg/dl. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.02) โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.19 mg/dl. (Mean difference = -3.19, 95%CI: -5.82 ถึง -0.58) (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ(n=31)

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean.diff	95%CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ระดับน้ำตาลในเลือด	104.58	4.89	107.77	5.45	-3.19	-5.8ถึง-0.58	0.02

**การเปรียบเทียบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง**

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.88 (S.D.= 0.43) คะแนน หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.57 (S.D.= 0.36) คะแนน

พฤติกรรมสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01) โดยที่หลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง 0.68 คะแนน (Mean difference = 0.68, 95%CI: 0.56 ถึง 0.80) (ตารางที่ 7)

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean.diff	95%CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การรับประทานอาหาร	3.08	0.41	3.48	0.31	0.40	0.27 ถึง0.52	<0.001
การออกกำลังกาย	2.42	0.65	3.77	0.67	1.35	1.13ถึง1.58	<0.001
พฤติกรรมสุขภาพ	2.88	0.43	3.57	0.36	0.68	0.56ถึง0.80	<0.001

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด(DTX.)ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย 110.87 (S.D.= 4.46) mg/dl. หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 104.58 (S.D.= 4.89) mg/dl

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01) โดยที่หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่าก่อนทดลอง 6.29 mg/dl. (Mean difference = -6.29, 95%CI: -8.32 ถึง -4.26) (ตารางที่ 8)

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง(n=31)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean.diff	95%CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ระดับน้ำตาลในเลือด	110.87	4.46	104.58	4.89	-6.29	-8.32ถึง-4.26	<0.001

## การเปรียบเทียบของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลัง ทดลอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการ

รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 9)

**ตารางที่ 9** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean.diff 95%CI		p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การรับประทานอาหาร	2.98	0.36	2.91	0.33	-0.06	-0.15ถึง0.02	0.11
การออกกำลังกาย	2.65	0.99	2.76	1.13	0.11	-0.13ถึง0.35	0.36
พฤติกรรมสุขภาพ	2.88	0.44	2.87	0.42	-0.02	-0.11ถึง0.08	0.76

ผลการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด 108.61 (S.D. =5.66) mg/dl. หลังทดลองระดับน้ำตาล

ในเลือดเฉลี่ย 107.77 (S.D. =5.45) mg/dl. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีความแตกต่างกัน (Mean Difference= -0.83, 95%CI: -2.38 ถึง 0.70, p-value= 0.28) (ตารางที่ 10)

**ตารางที่ 10** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ(n=31)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean.diff 95%CI		p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ระดับน้ำตาลในเลือด	108.61	5.66	107.77	5.45	-0.83	-2.38ถึง0.70	0.28

### วิจารณ์ผล ข้อยุติและเสนอแนะ

จากการดำเนินงานผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่า

การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง จากผลโปรแกรมดังกล่าว ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ และผลของกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง

ทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value>0.05) แต่หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการทดลองก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ตัวแปรตามมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากความร่วมมือและสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดตามข้อตกลง สอดคล้องกับเกณฑ์ จำกลาง (2561) เมื่อนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าการศึกษา ดังกล่าว พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์

เทศนา จมาภรณ์ ใจภักดี บุญทานกร พรหมภักดี และ กนกพร พิณจิลิก (2558) คะแนนพฤติกรรม กลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (ความต่างเฉลี่ย 3.6 คะแนน; 95%CI = 0.3, 6.9; p = 0.035) สอดคล้องกับมยุรี เทียงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ (2562) มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และการศึกษาของทิพย์สุดา แสนดี (2559) ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการทดลอง (p < 0.001)

เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม ป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมพัฒนา พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษา หลังทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 104.58 (S.D.= 4.89) mg/dl. กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 107.77 (S.D.= 5.45) mg/dl. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.02) โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ น้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.19 mg/dl. (Mean difference = -3.19, 95%CI: -5.82) การศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับของอารยา เชียงของ (2561) และ สอดคล้องกับการศึกษาของมานิต ขาววงษ์ และรุ่งนภา สิงห์สถิต (2560) ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้หมอลำกลอน

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่าน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565) โรคเบาหวาน. โรคเบาหวาน. เข้าถึงได้จาก <https://plg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566.
- ทิพย์สุดา แสนดี. (2559). ผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้ำหนักและค่าน้ำตาล ในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ถนัด จำกลาง. (2561). รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. (ปริญญาานิพนธ์ มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. จังหวัดมหาสารคาม.

เพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด ค่าเฉลี่ยน้ำตาลระดับน้ำตาล แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) นอกจากนี้ ยังพบว่าแตกต่างจากการศึกษานักศึกษณ์ เทศนา, จมาภรณ์ ใจภักดี, บุญทานกร พรหมภักดี และกนกพร พิณจิลิก (2558) โดยการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พบว่าระดับ น้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มี ความแตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่ม ที่มีเป้าหมายเดียวกัน การรวมกลุ่มขนาด 30-40 คน มาจัดการปัญหา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งอาจจะกำหนดเป็นนโยบาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 1 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

#### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรนำผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมป้องกัน โรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพอื่นในอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง
2. ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังกล่าว ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องกับการเกิดโรคจากการรับประทานอาหาร เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

- นงลักษณ์ เทศนา , จมาภรณ์ ใจภักดี , บุญนากร พรหมภักดี , กนกพร พิณจติก. (2558) การพัฒนารูปแบบ การป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2556). โรคของต่อมไร้ท่อ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- มานิต ชวางษ์ และ รุ่งนภา สิงห์สถิต. (2560). การประยุกต์ใช้หมอลำกลอนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 5.ราชภัฏบ้านจอมบึง.
- มยุรี เทียงสกุล , สมคิด ปานประเสริฐ. (2562). ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(4): 696-710.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสีแยกไสยวน. (2565) ฐานข้อมูล JHCIS.
- รัชดา เกรสซี. (2558). โรคเบาหวาน ความรู้พื้นฐานและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง. เชียงใหม่. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ระวีวรรณ เลิศพัฒนารักษ์ และดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2558). กลุ่มอาการในระบบต่อมไร้ท่อและการรักษาโรคเบื้องต้น. ในประมวลสาระชุดวิชา การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง การรักษา โรคเบื้องต้นและปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1.นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2566). โรคเบาหวาน. เข้าถึงได้จาก <https://plg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2564). การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทย และความท้าทายของหน่วยบริการปฐมภูมิ. 4-7.
- อดิสร ชุมคช. (2564) ผลของโปรแกรมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง.
- อารยา เชียงของ. (2561). ศึกษาผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. (ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ.
- Becker, Drachman & Kirscht. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. 1974.

## รูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชน ภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ของชุมชนในพื้นที่จังหวัดตราด

### Community health management model After the outbreak of the coronavirus disease (COVID-19) of the community in province.

ปราการ อภิบาลศรี  
Prakan Apibalsri  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด  
Muang Trat District Public Health Office

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เรื่องการพัฒนา รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชน ภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการสุขภาพ ภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ดำเนินการศึกษาในพื้นที่นำร่องการศึกษาได้แก่ พื้นที่ตำบลห้วยแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดตราด โดยประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วยคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล แกนนำชุมชนและผู้เกี่ยวข้องของพื้นที่ดำเนินการศึกษา จำนวน 40 คน ขั้นตอนในการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า

1. ประสิทธิภาพการเพิ่มความสามารถ พบว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่เข้าร่วมการพัฒนามีความรู้เกี่ยวกับการจัดการภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.0 หลังการเข้ารับการพัฒนา มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.0
2. ประสิทธิภาพการสร้างเวทีการเรียนรู้ ในการวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการสุขภาพชุมชนโดยการนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ชุมชน และความรู้ ผลการสร้างเวทีการเรียนรู้ทำให้เกิด “ห้วยแร้งโมเดล” ประกอบด้วยกิจกรรมการจัดการสุขภาพชุมชนภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 5 ประเด็น ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุม/ป้องกันโรค ด้านการเป็นผู้นำและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคโควิด-19 ด้านเทคโนโลยีเพื่อจัดการโรคโควิด-19 และด้านการจัดการภายใต้สถานการณ์วิกฤตโรคโควิด-19
3. ขึ้นประเมินผลการพัฒนา โดยการวัดผลการเรียนรู้หลังการประชุมปฏิบัติการ พบว่าหลังการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความรู้เกี่ยวกับจัดการสุขภาพภายหลังสถานการณ์โรคโควิด-19 เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.0 และชุมชนมีคู่มือ/แนวทางการรับมือกับสถานการณ์ในสภาวะวิกฤตของโรคโควิดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

**คำสำคัญ :** การจัดการ, สุขภาพของชุมชน, ภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส(โควิด-19)

#### Abstract

Community participatory action research On the development of community health management models After the COVID-19 outbreak situation have a purpose To develop the community's potential in health management After the COVID-19 outbreak situation. The study was conducted in the pilot area of Huai Raeng Subdistrict, Mueang District, Trat Province. The population included people involved in the process development consists of the Subdistrict Health Fund Committee. Community leaders and related people there were 40 people in the study area. The research and development process consisted of 5 steps. The results of the study found that:

1. Effectiveness in increasing ability It was found that before participating in the potential development process Subdistrict Health Fund Committee Community leaders and related people those participating in the development have knowledge about management after the COVID-19 outbreak situation. is at a high level of 50.0 percent after receiving development Knowledge was at a high level of 75.0%, concluded after participating in the development of the Thai language health fund committee. The sub-district, community leaders and those involved have knowledge about managing the situation after the COVID-19 outbreak increases.

2. Effectiveness in creating a learning platform In analyzing the situation of community health management by bringing all 3 groups of mechanisms, namely organizational groups, funds and knowledge, to form a collaborative learning process in managing post-crisis conditions of COVID-19 in the area. The results of creating a platform Learning has created the “Huai Raeng Model” to lead the people of Huai Raeng Subdistrict to manage their health after the COVID-19 crisis by themselves. Procedure Community plans and putting the plans into practice which are operational activities to drive health management after the COVID-19 situation of Huai Raeng Subdistrict, Mueang District, Trat Province, consisting of community health management activities following the COVID-19 outbreak situation, totaling 5 issues as follows: Disease management Health promotion and disease control/prevention in leadership and creating community participation in COVID-19 disease management Technology to manage COVID-19 disease and management under the COVID-19 crisis situation.

3. Development evaluation stage By measuring learning outcomes after the workshop it was found that after participating in the potential development process Subdistrict Health Fund Committee Community leaders and related people have knowledge about managing health after the COVID-19 situation. Increased to a high level of 75.0 percent and a meeting to jointly take lessons learned from development and create a manual/guideline for dealing with situations in COVID crisis that may occur in the future .The result is that the community has a manual/guideline for dealing with COVID crisis situations that may occur in the future.

**Keyword :** Management, Community health, After the COVID-19 outbreak situation

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา SARS-CoV-2 โดยมีสมมติฐานว่าไวรัสอาจจะมีแหล่งเริ่มต้นจาก ค้างคาวและกลายพันธุ์เมื่อผ่านสัตว์ตัวกลางกลายเป็นไวรัสพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในคน เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของสาธารณรัฐประชาชนจีน และเกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการเปลี่ยนไปในบริบทของการใช้

ชีวิตของประชาชน การดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข และผลกระทบจากการระบาดต่อโลก และประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้กำหนดชื่อโรคและชื่อไวรัสอย่างเป็นทางการว่า “โรค COVID-19” และได้ประกาศให้การระบาดนี้ เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศและประกาศเข้าสู่ภาวะแพร่ระบาดไปทั่วโลก (กรมควบคุมโรค, 2565)

สำหรับประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อภายในประเทศรายแรก เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2563 กระทรวงสาธารณสุขไทยสั่งให้หน่วยงานในสังกัดรับมือ



เพื่อจัดการการแพร่ระบาดของโรคทั้งในระดับประเทศ และในระดับพื้นที่ ภายใต้อำนาจตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยมีศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค.) ทำหน้าที่ขับเคลื่อน เร่งรัดและติดตามการปฏิบัติงานของส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับมือกับการระบาดของโรค สำหรับในประเทศไทย จำนวนผู้ติดเชื้อโควิดจำนวนทั้งสิ้น 4,723,919 ราย และมีจำนวนผู้ที่เสียชีวิต 33,669 ราย (World Health Organization, 2021) ที่ผ่านมาถึงแม้ว่าการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในประเทศไทย จะทำได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุข ยังคงเฝ้าระวังสถานการณ์อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันมิให้เกิดการระบาดในระลอกใหม่ และวางแนวทางเพื่อป้องกันการระบาดซ้ำ โดยมุ่งเน้นไปที่การป้องกันตัวเองของประชาชนและการให้ความสำคัญต่อระบบบริการปฐมภูมิ ตลอดจนการสร้างความมีส่วนร่วมเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งต่อการจัดการสถานการณ์วิกฤติต่างๆ โดยการให้ความสำคัญต่อบทบาทของชุมชนต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนในระดับปฐมภูมิ เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวังโรค COVID-19 (กรมควบคุมโรค, 2565) บทเรียนจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยในระยะ 2 ปีเศษที่ผ่านมา พบว่าบทบาทของชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือการทำงานของภาครัฐ แต่ด้วยบริบททางภูมิศาสตร์ (Geographic Factors) สังคมวัฒนธรรม (Socio-cultural Factors) ทุนชุมชน (Community Capitals) และขอบเขตของงานด้านสาธารณสุข (Mission in Public Health Boundaries) ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ประกอบกับบทบาทหน้าที่ของชุมชนที่ได้กำหนดไว้ใน คู่มือนักรจัดการสุขภาพชุมชน พ.ศ. 2556 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556) ยังไม่ครอบคลุมถึงบทบาทหรือแนวทางในการรับมือกับภาวะวิกฤติ (Crisis Management) ทำให้รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่ต่างๆ จากวิกฤติโควิด-19 ของแต่ละพื้นที่อาจมีความแตกต่างกันทั้งในด้านบริบทของเนื้อหา (Context) แนวทางการปฏิบัติงาน (Approach) และการปฏิบัติจริง (Implementation and Practice)

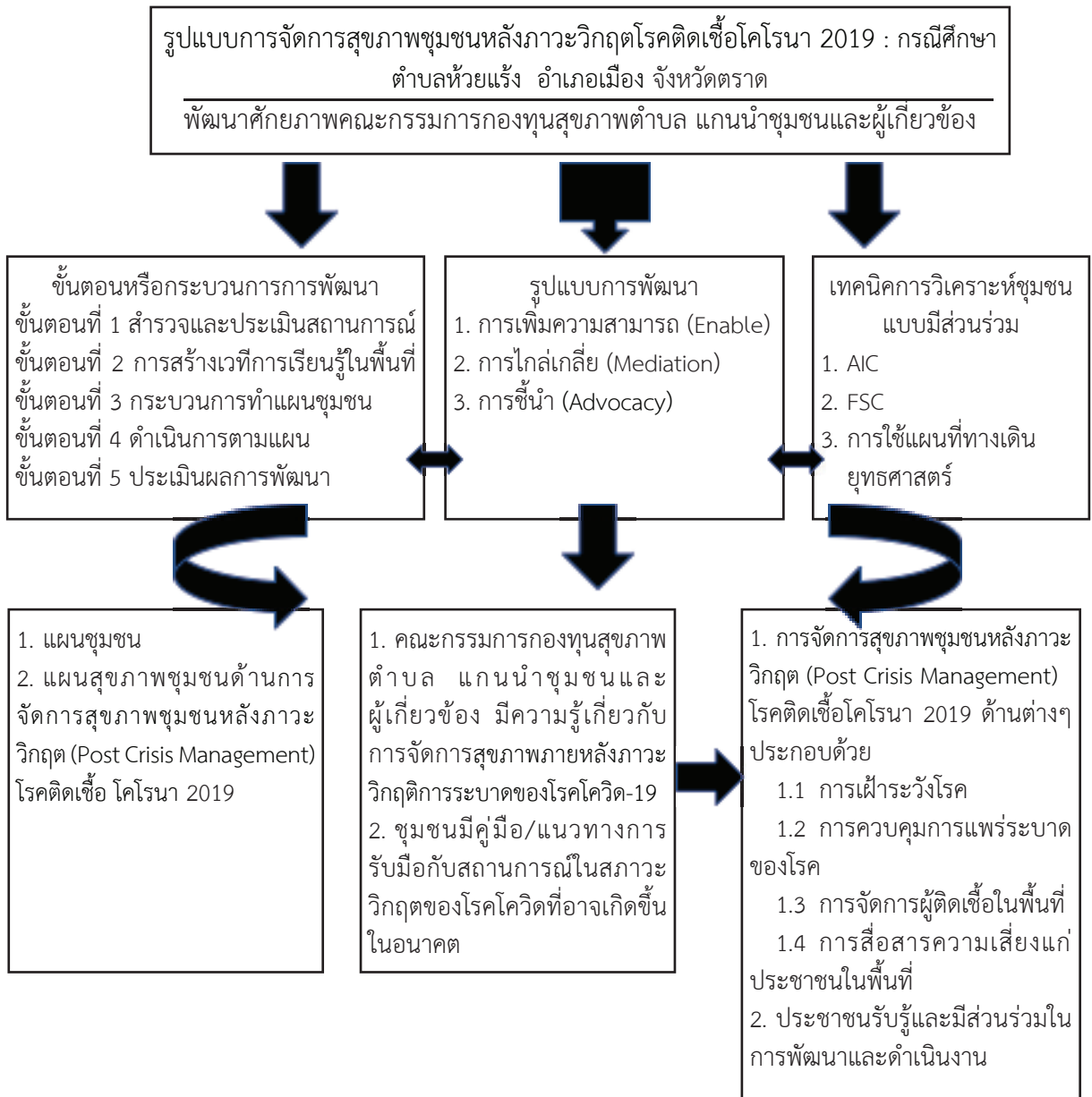
สำหรับในส่วนของจังหวัดตราด มีการดำเนินการ เพื่อจัดการหรือรับมือการระบาดของโรคโควิด-19 มาอย่างต่อเนื่อง โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อสม. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและประชาชน เป็นเครือข่ายหลักที่สำคัญร่วมต่อสู้กับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่ ทำให้จังหวัดตราด สามารถควบคุมสถานการณ์การเกิดและการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดตราด ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง โดยในปีงบประมาณ 2563 จังหวัดตราดเป็นพื้นที่สีขาว ไม่พบผู้ติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ ส่วนในปีงบประมาณ 2564 พบผู้ติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดตราด จำนวน 132 ราย และสามารถจัดการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ภายในระยะเวลา 3 เดือน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2564) ส่วนในปีงบประมาณ 2565 พบผู้ติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดตราด จำนวน 18,929 ราย มีการแพร่ระบาดออกไปในวงกว้างและหลายๆ คลัสเตอร์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2564) โดยเฉพาะในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตราด เป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าพื้นที่อื่นในจังหวัดตราด โดยพบอัตราการติดเชื้อสูงในพื้นที่ 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลหนองโสน ตำบลเนินทรายและตำบลห้วยแร้ง อำเภอเมืองจังหวัดตราด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกต่อไป ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชน ภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ของชุมชนในพื้นที่จังหวัดตราด เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชน ภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยมุ่งเน้นไปที่การจัดการภาวะวิกฤติในชุมชนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสม สามารถประยุกต์ใช้กับบริบทของชุมชนในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคตและเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการเตรียมความพร้อมแก่หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายที่

เกี่ยวข้อง ในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการจัดการ  
แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอก  
ต่อไปซึ่งอาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต ให้มีประสิทธิภาพ  
ยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนหลัง  
ภาวะวิกฤติ โรคโควิด-19 ของชุมชนในจังหวัดตราด

### กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชน ภายหลังจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ตามแนวคิดตำบลจัดการสุขภาพ ตามขั้นตอนการดำเนินงานงานตำบลจัดการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2553)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งต้องอาศัยความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดที่ติดต่อกันและความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับชุมชน เพื่อความสะดวกในการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่างๆ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงครอบคลุมประชากรที่เกี่ยวข้องทุกคน เพื่อศึกษาให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ครอบคลุม เหมาะสมกับความต้องการ และตอบวัตถุประสงค์การวิจัย (สุภางค์ จันทวานิช, 2554; ชาย โปธิสิตา, 2550) โดยมีเหตุผลในการเลือกพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เป็นตำบลที่มีการติดเชื้อหรือการระบาดของโรคโควิด-19 สูง
2. เป็นพื้นที่ที่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการ แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการพัฒนา

จากเหตุผลดังกล่าว จึงคัดเลือกตำบลห้วยแร่ อำเภอเมือง จังหวัดตราด ซึ่งมีการระบาดของโรคโควิด-19 สูงเป็นลำดับที่ 3 จากจำนวน 36 ตำบล ของจังหวัดตราด เป็นพื้นที่เป้าหมายในการศึกษา

3. ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาประกอบด้วย คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล 15 คน แกนนำชุมชน 15 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ประสานในพื้นที่ 10 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

## เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บทบาท/ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาการปฏิบัติงานตามบทบาทหรือตำแหน่ง การอบรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรค

โควิด-19 เป็นคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบจำนวน 6 ข้อ

2. แบบวัดผลการเรียนรู้ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบวัดความรู้เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ ชนิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 44 ข้อ การตอบให้เลือกเพียงตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น ถ้าตอบว่าใช่ ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่าไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน และแบ่งเกณฑ์คะแนนออกเป็น 3 ระดับ ใช้ประเมินแบบอิงเกณฑ์ ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้ ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรู้ระดับดี ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ระดับน้อย

3. ประเมินการมีส่วนร่วมการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในภาวะหลังวิกฤตของโรคระบาดโควิด-19 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราเรียงลำดับ (Ordinal scale) (วีรานันท์ พงศาภักดี, 2544) ประเมินค่า 3 ระดับ คือ สม่ำเสมอ หมายถึง ข้อความนั้นมีการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นประจำให้ 3 คะแนน บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นมีการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นบางครั้งให้ 2 คะแนน ไม่เคยทำ หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวไม่เคยกระทำเลยให้ 1 คะแนน

4. ทักษะการจัดการสุขภาพชุมชนของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล แกนนำชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในภาวะหลังวิกฤตของโรคระบาดโควิด-19 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราเรียงลำดับ (Ordinal scale) (วีรานันท์ พงศาภักดี, 2544) ประเมินค่า 3 ระดับ คือ 3 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมดังข้อความอยู่ในระดับมาก 2 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมดังข้อความอยู่ในระดับปานกลาง 1 หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมดังข้อความอยู่ในระดับน้อย

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา ก่อนนำมาปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบวัดความรู้จำนวน 40 ชุด ไปทดลองใช้ (try-out) กับคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง ตำบลเนินทราย อำเภอเมือง จังหวัดตราด แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 และค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.82

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนการวิจัยที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. ข้อมูลสรุปบทเรียนการเรียนรู้จากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้จากการสังเกตจับบันทึกการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและสรุปผลการเรียนรู้จากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการเรียนรู้
2. ข้อมูลผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ
3. ข้อมูลทักษะการจัดการสุขภาพชุมชน
4. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนของคณะกรรมการฯ
5. ข้อมูลสรุปบทเรียนการพัฒนาจากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด หมายเลขรับรอง 12/2566 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2566

## ผลการวิจัย

1. การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้แก่คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ใช้วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 40 คน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องโรคและภัยสุขภาพ โดยเน้นความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และการจัดการภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (Post-COVID Management) เทคนิคการสำรวจและการวิเคราะห์ชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ ผลการศึกษาพบดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 อายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.5 รองลงมาได้แก่ อายุระหว่าง 35-44 ปี ร้อยละ 25.0 ส่วนมากจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.0 รองลงมาได้แก่ ต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 37.5 โดยส่วนมากมีตำแหน่ง หรือบทบาทหลักในชุมชนโดยเป็น คณะกรรมการหมู่บ้าน/คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล หรือเป็นแกนนำชุมชน/ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/สมาชิก อบต./ประชาคมหมู่บ้าน อปพร./แกนนำเยาวชน) ร้อยละ 37.5 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่ง หรือบทบาทหลักในชุมชนมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.0 และมีประสบการณ์การอบรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคโควิด-19 ร้อยละ 100.0

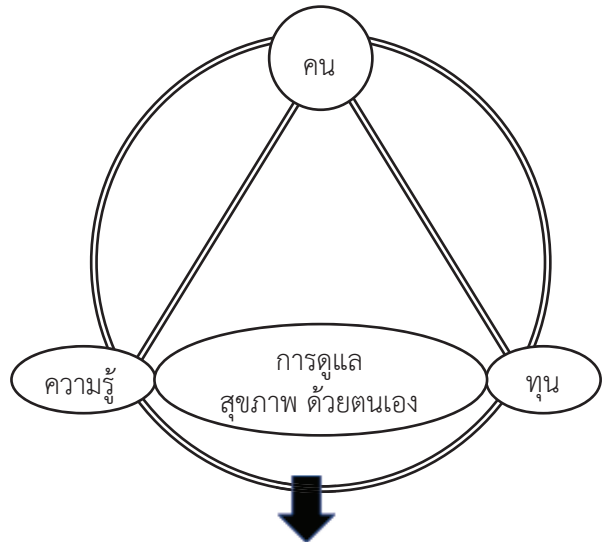
1.2 การทดสอบความรู้ (pre-test) ก่อนการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับและการจัดการภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50.0 หลังการเข้ารับการพัฒนา (post-test) พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับและการจัดการภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.0

2. ชั้นศึกษาสภาพปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ก่อนดำเนินการประชุม ผู้วิจัย/คณะทำงานและวิทยากร

กระบวนการ ประเมินการมีส่วนร่วม และทักษะของคณะกรรมการฯ ในการจัดการภาวะหลังวิกฤตของโรคโควิด-19 ในพื้นที่ และนำเสนอข้อมูลผลการประเมินเพื่อสะท้อนกลับให้แก่ คณะกรรมการฯทราบ พร้อมทั้งนำเสนอแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ตามบทบาทในการจัดการสุขภาพชุมชนภายหลังสถานการณ์โรคโควิด-19 ตามแนวทางการสร้างและพัฒนาารูปแบบ การจัดการสุขภาพชุมชนภายหลังสถานการณ์โรคโควิด-19 ของชุมชน ภายใต้กรอบแนวคิดชุมชนหรือตำบลจัดการสุขภาพ ด้วยวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) และการสร้างอนาคตร่วมกัน (FSC) ด้วยเทคนิค AIC และบัตรคำ (meta plan) แล้วนักวิจัยและวิทยากรกระบวนการสรุปเป็นภาพรวม เป็นขั้นตอนของการนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ชุม และความรู้ มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน สานกลไกทั้ง 3 ให้เกิดคุณค่ามากขึ้นกว่าเดิม ผลการประเมินพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ส่วนทักษะในการจัดการโรค ในพื้นที่ ในภาพรวมมีทักษะในการจัดการโรค ในพื้นที่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0

3. การดำเนินการสร้างเวที เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชน ภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (Post-COVID Management) เป็นขั้นตอนของการนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ชุม และความรู้ มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์เชื่อมโยงกับปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาสุขภาพชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องพึงปรารถนา ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ในการจัดการสุขภาพชุมชน ภายหลังสถานการณ์โรคโควิด-19 ตามแนวทางการจัดระบบบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ มาเป็นแนวทางในการสร้าง และพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชน ภายหลังสถานการณ์โรคโควิด-19 โดยการประชุมร่วมกัน เพื่อระดมความคิดเห็นและนำเสนอความคิดเห็นเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในที่ประชุม ด้วยวิธีการ mind mapping เพื่อกำหนดรูปแบบและจัดทำแผนการพัฒนา เพื่อจัดการสุขภาพ ภายหลังภาวะวิกฤตโรคโควิด-19

ของชุมชนอย่างรอบด้านและทุกมิติ จนตกผลึก เป็นมติร่วมกันของชุมชนทำให้เกิด “ห้วยแร่โมเดล” เพื่อนำไปสู่ชาวห้วยแร่ เป็นตำบลจัดการสุขภาพหลังภาวะวิกฤตโรคโควิด-19 ได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน



**การจัดการสุขภาพภายหลังสถานการณ์โรคโควิด-19 โดยชุมชน**

1. ด้านการบริหารจัดการโรค
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19
3. ด้านการเป็นผู้นำและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคโควิด-19
4. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อจัดการโรคโควิด-19
5. ด้านการจัดการภายใต้สถานการณ์วิกฤตโรคโควิด-19

**ชุมชนสามารถจัดระบบการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมการแพร่ระบาดภายหลังสถานการณ์โรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ**

แผนภาพแนวคิด “ห้วยแร่ โมเดล”

4. กระบวนการทำแผนชุมชนและการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ เป็นกิจกรรมการจัดแผน/กิจกรรม/นำเสนอแผนงาน/โครงการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในเวทีกลางบ้าน เลือกกิจกรรมและร่วมกันกำหนดว่ากิจกรรมใดควรทำก่อน ทำหลัง นำมาจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดว่ากิจกรรมใด ทำโดยชุมชนเองทั้งหมด กิจกรรมใด ต้องทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นทำ กิจกรรมใด ต้องเสนอให้หน่วยงานหรือองค์กรอื่นทำ กิจกรรมการจัดการสุขภาพชุมชนภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ จำนวน 5 ประเด็นได้แก่ ด้านการบริหารจัดการโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุม/ป้องกันโรค ด้านการเป็นผู้นำและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรค ด้านเทคโนโลยีเพื่อจัดการโรค และด้านการจัดการภายใต้สถานการณ์วิกฤตโรคโควิด-19 จากนั้นมอบหมายหน้าที่ ให้คณะกรรมการฯ ร่วมกันรับผิดชอบนำแผนไปสู่ขั้นตอนการปฏิบัติหรือพัฒนา

5. ขึ้นประเมินผล การสรุปบทเรียนและการวัดผลการเรียนรู้หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่า หลังการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการฯ มีความรู้เพิ่มสูงขึ้นในระดับมาก ร้อยละ 75.0 ชุมชนมีคู่มือ/แนวทางการรับมือกับสถานการณ์ในสภาวะวิกฤติของโรคโควิด-19 ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

### อภิปรายผล

1. ในประเด็นประสิทธิผลการเพิ่มความสามารถ (Enabling) พบว่า โดยสรุปหลังเข้าร่วมการพัฒนาคณะกรรมการฯ มีความรู้เพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 50.0 เป็นมีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.0 สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการ, 2553; สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2544) ที่กล่าวถึงแนวปฏิบัติในการพัฒนาว่า มีองค์ประกอบหลักๆ 3 อย่าง คือ คน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญ ในการพัฒนา องค์ความรู้ชุมชนจำเป็นต้องมีองค์ความรู้วิธีการเทคโนโลยี ภูมิปัญญา และประสบการณ์ รวมทั้งทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดและการกระจายความรู้ข้อมูลข่าวสารในชุมชน และทุนในการพัฒนา สิ่งเหล่านี้หากมีการนำมา

จัดการอย่างเหมาะสม ก็จะมีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาชุมชนนั้นๆ หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือการเพิ่มความสามารถด้านองค์ความรู้หรือทักษะการจัดการเพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการในที่นี้คือ การปฏิบัติการประสานให้เกิดความสมดุลเพื่อให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของคนในชุมชน ในการแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนสอดคล้องกับผลการศึกษาของในภาคเหนือที่มีเพียงร้อยละ ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลของการผ่านเกณฑ์หมู่บ้านสุขภาพ พลอยพลายแก้ว และคณะ (2560) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน จังหวัดลพบุรี ได้แก่ 1) คนในชุมชน 2) สิ่งแวดล้อมในชุมชน 3) วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา 4) กลวิธีหรือวิธีการพัฒนา 5) กระบวนการพัฒนาชุมชน 6) การสนับสนุนช่วยเหลือจากรัฐบาลและภาคเอกชน 7) การบริหารและการจัดการ 8) นักพัฒนาชุมชนจากการนำแนวทางพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี ไปปรับใช้ ที่ชุมชนหมู่ที่ 5 ตำบลบางขันหมาก อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ก่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลง คือ ผลการประเมินการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนผ่านเกณฑ์การประเมินตามเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ระดับดีมาก ร้อยละ 91.67

2. ประสิทธิภาพการสร้างเวทีการเรียนรู้เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมในจัดการภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต มีนักวิชาการหลากหลาย เช่น Paul Argenti (2007) และ Timothy Coombs (2007), วรทัย ราวีนิจ (2553) พิษณุ อภิสมจารโยธิน (2558) สรุปไว้ การระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ โดยช่วงหลังภาวะวิกฤต ได้มีการแก้ไขสถานการณ์ให้ผ่านพ้นไปได้เรียบร้อยแล้ว สิ่งสำคัญในช่วงนี้คือ ต้องมีการประเมินผลจากภาวะวิกฤต เพื่อค้นหากิจกรรมการจัดการหรือกำหนดมาตรการรองรับความเปลี่ยนแปลงหลังภาวะวิกฤต

พร้อมรองรับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดในอนาคต คณะกรรมการฯ ของตำบลห้วยแร่ อำเภอเมือง จังหวัดตราด ได้ศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ การสร้างเวทีการเรียนรู้ เพื่อมีส่วนร่วมในการเรียนรู้หรือกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพชุมชน ภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนา ของตำบลห้วยแร่ อำเภอเมือง จังหวัดตราด มีความตั้งใจและเสียสละ ในการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้โดยแท้จริง ทำให้การพัฒนา ศักยภาพ เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบ การจัดการสุขภาพชุมชน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานใดๆ ที่มีผลกระทบต่อชุมชน หรือเป็นที่ต้องการของชุมชน การสร้างการรับรู้เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของชุมชน จากการถอดบทเรียนการพัฒนา ระหว่างคณะทำงาน วิทยากรกระบวนการและภาคี เครือข่ายในพื้นที่ สรุปว่าประสิทธิผลการพัฒนา ศักยภาพ ของชุมชนเพื่อการเรียนรู้ การจัดการภายหลังสถานการณ์ การระบาดของโรคโควิด-19 ของตำบลห้วยแร่ อำเภอเมือง จังหวัดตราด เน้นกระบวนการสร้างเวทีการเรียนรู้ ร่วมกันที่ละชั้นที่ละตอน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการฯ มีส่วนร่วมในการจัดการ พบว่า ก่อนมี กระบวนการพัฒนา คณะกรรมการฯ มีส่วนร่วมในการ จัดการ ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 และมีทักษะในการ จัดการ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 กระบวนการพัฒนา จึงเน้นที่ การพัฒนา ศักยภาพและการส่งเสริมการมี ส่วนร่วมในพื้นที่ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพ ภาคประชาชน คือการเพิ่มความสามารถ ด้านองค์ความรู้ หรือทักษะในการจัดการ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนา หมู่บ้านจัดการสุขภาพ(กรมสนับสนุน บริการ, 2553; สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2544) ที่กล่าวถึงแนวปฏิบัติในการพัฒนาว่า มีองค์ประกอบ หลักๆ 3 อย่าง คือ คน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญ องค์ความรู้ต่างๆ และทุนในการพัฒนา ถ้านำมาจัดการ อย่างเหมาะสม จะเกิดผลต่อความสำเร็จ ในการพัฒนา ชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการด้านสุขภาพภาค ประชาชนและแนวคิดตำบลจัดการสุขภาพ (สำนักงาน คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2544; กรม

สนับสนุนบริการสุขภาพ, 2553) ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดทำแผนด้านสุขภาพ ในหมู่บ้าน การจัดการงบประมาณเพื่อใช้พัฒนา ด้านสุขภาพ การจัดการ กิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน และการประเมินผลการ ดำเนินงานในหมู่บ้าน ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องดำเนินการโดย คณะกรรมการฯ และแกนนำ ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ องค์กรอื่นๆ ร่วมสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนและเกิด กระบวนการจัดการด้านสุขภาพขึ้น จึงจะเรียกว่าเป็น หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หรือตำบลจัดการสุขภาพ ที่มีเป้าหมายสูงสุด คือ เป็นพื้นที่ที่ประชาชนสามารถพึ่งพา ตนเองด้านสุขภาพได้ ตามคำขวัญที่ว่า “แม่เราเป็นชาว บ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราตนเองได้” เป็นทั้งกระบวนการพัฒนา ที่เน้นให้ประชาชนในหมู่บ้าน หรือชุมชน หรือตำบลพึ่งพาตนเองได้ทางสาธารณสุข กระบวนการพัฒนาด้วยการเรียนรู้ของชุมชนเอง ในการ จัดเวทีหรือการจัดการให้ชุมชนได้เรียนรู้และเข้าใจตนเอง นั้น ต้องอาศัย ความรู้ด้านวิชาการ ในเชิงวิเคราะห์และ สังเคราะห์ในทุกๆ ด้านเพื่อนำองค์ความรู้เชิงวิชาการมา ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุเทพ พลอยพลาแก้ว และคณะ (2560) เรื่องการพัฒนารูป แบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี ผล การวิจัยพบว่าองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการ พัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี ได้แก่ 1) คนในชุมชน 2) สิ่งแวดล้อมในชุมชน 3) วัสดุ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา 4) กลวิธีหรือวิธีการ พัฒนา 5) กระบวนการพัฒนาชุมชน 6) การสนับสนุน ช่วยเหลือจากรัฐบาลและภาคเอกชน 7) การบริหารและ การจัดการ 8) นักพัฒนาชุมชนโดยมีแนวทางการพัฒนา ประกอบด้วย 1) การพัฒนาดคน 2) การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จากการนำแนวทางการพัฒนาการ ดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี ไปปรับใช้ที่ ชุมชนหมู่ที่ 5 ตำบลบางชันหมาก อำเภอเมือง จังหวัด ลพบุรี ก่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลง คือ ผลการประเมิน การดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนผ่านเกณฑ์การประเมิน ตามเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ระดับดี มาก ร้อยละ 91.67, สุมาลี จุทอง (2562) ศึกษาการ จัดการภัยพิบัติโรคระบาดโควิด-19 ในพื้นที่ชุมชน

ริมคลองหัวหมากน้อย สำนักงานเขตบางกะปิ พบว่า นโยบายและแนวทางของรัฐในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ การกำหนดนโยบายในรูปแบบของกฎหมาย หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนต้องถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด และน่านโยบายไปปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความสำเร็จคือ ส่วนในชุมชนริมคลองหัวหมากน้อย ดังนั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติและกระบวนการจัดการโรคโควิด-19 ของสำนักงานเขตบางกะปิจึงประสบความสำเร็จ (สุมาลี จุทอง, 2562), ธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ (2563) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สรุปว่า เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สังคมไทย ควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานในช่วงการระบาดของเชื้อ COVID-19 และด้านพฤติกรรม New Normal มาตรฐานวิถีชีวิตใหม่หลัง COVID-19 โดยต้องมีการดึงประชาชนและชุมชนและเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) รายงานการทบทวนร่วมระหว่างกรปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์โรคโควิด-19 ในประเทศไทย ซึ่งเป็นการถอดบทเรียน การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีข้อสรุปเกี่ยวกับองค์ประกอบหลักของความสำเร็จของ

### เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1).
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563.). แนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวัง และสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:[https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_srrt/g\\_srrt\\_041263.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_041263.pdf) สืบค้น 5 กุมภาพันธ์ 2564.
- ัญลักษณ์ มณีโชติ และนริสรา หุ่ยพิมายริ. (2557). การประเมินโดยใช้แนวคิดโมเดลเชิงตรรกะ (Logic Model evaluation approach). วารสารการวัดผลการศึกษา, 31(90), 1-12.
- วีระ นิยมวัน. (2542). การประชุมทำงานอย่างมีส่วนร่วมความคิดสร้างสรรค์ AIC นนทบุรี โครงการตำรา สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย.
- วีรานันท์ พงศาภักดี. (2544). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่ม : ทฤษฎีและการประยุกต์ (กับ GLIM และ SPSS/FW). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ประเทศไทยในการรับมือกับสถานการณ์ แม้มีความซับซ้อนและข้อมูลจำกัดในช่วงแรกเริ่มของการระบาด การตัดสินใจที่เด็ดขาดของผู้นำ เมื่อมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนทำให้ประเทศไทยสามารถตัดสินใจและบริหารจัดการสถานการณ์ที่ยากลำบากนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะที่นำไปปรับใช้ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาการพัฒนาและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากพื้นที่ จำนวน 1 แห่ง ซึ่งมีสภาพปัญหา รูปแบบและวิธีการดำรงชีวิตในรูปแบบหนึ่ง ผลการศึกษาอาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาในพื้นที่อื่นๆ ที่มีสภาพหรือบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ศึกษา สำหรับพื้นที่ที่มีลักษณะและสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน ควรมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อจะให้การวางแผนการพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น
2. ควรมีการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดกระบวนการพัฒนา โดยการใช้รูปแบบการประเมินผลของชิป (CIPP Model) จะทำให้ทราบข้อดี และข้อบกพร่อง เพื่อนำไปปรับปรุงกระบวนการในครั้งต่อไป



- สุเทพ พลอยพลาญแก้วและคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน จังหวัดลพบุรี. วารสารทหารบก ปีที่ 19 (มค.-เมย.).
- สุมาลี จุทอง. (2562). การจัดการภัยพิบัติโรคระบาดโควิด 19 ในพื้นที่ชุมชนริมคลองหัวหมากน้อย สำนักงานเขตบางกะปิ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2563). คู่มือการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. (2565). สรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2565.
- องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย. (2018). รายงานสถานการณ์ COVID-19 โดยองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย ฉบับที่ 140 ล่าสุด. สืบค้นจาก [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2021\\_01\\_30\\_tha-sitre-140-covid19-th.pdf?sfvrsn=cb787f6f\\_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2021_01_30_tha-sitre-140-covid19-th.pdf?sfvrsn=cb787f6f_3).
- อริศรา ชูชาติ และคณะ. (2538). เทคนิคเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วม สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.
- Bloom BS. (1971). Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company.
- World Health Organization (WHO). (2021). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Global Situation. Retrieved from <https://covid19.who.int/>.

# การพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ภายในเครือข่ายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Developing an E-Bidding Model for Managing Supplies and Construction Contracts in the Chonburi Provincial Health Office Network: A Participatory Action Research

สมฤดี สุขอุดม, อรุมา สายสุด, เมทินี ชลวานิช  
Somrudee Sukudom, Onuma Saisud, Matinee Chonwanit  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
Chonburi Provincial Health Office

## บทคัดย่อ

การพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ภายในเครือข่ายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ภายในเครือข่ายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามแนวคิดหลักการบริหาร POLC ออกแบบการวิจัยเป็น 4 ระยะ คือ การวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาารูปแบบการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้าง การประเมินอิงผู้เชี่ยวชาญ และการสะท้อนผลจากเครือข่ายในระดับปฏิบัติเพื่อการพัฒนา และนำไปจัดลำดับความสำคัญโดยการบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการของหน่วยงานในปี 2567-2568 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการพัสดุนระดับอำเภอและจังหวัด จำนวน 44 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการประเมินผลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลวิจัยที่สำคัญพบว่า สาเหตุของการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้างไม่สำเร็จ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านผู้รับจ้าง ด้านเจ้าหน้าที่พัสดุ และด้านรูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้าง และด้านการมีส่วนร่วม สำหรับรูปแบบการบริหารพัสดุฯ ที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้น 4 ขั้นตอนหลัก รวมทั้งสิ้น 17 แนวปฏิบัติ ได้แก่ ขั้นการวางแผน 6 แนวปฏิบัติ ขั้นการจัดการองค์กร 3 แนวปฏิบัติ ขั้นภาวะการเป็นผู้นำ 3 แนวปฏิบัติ และขั้นการควบคุม 5 แนวปฏิบัติ ซึ่งรูปแบบนี้ได้ผ่านการประเมินอิงผู้เชี่ยวชาญในด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ และสะท้อนผลจากการที่เครือข่ายระดับอำเภอและจังหวัดรับแนวปฏิบัติทุกข้อ ในแผนปฏิบัติการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อไป ซึ่งข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ควรพัฒนาคู่มือปฏิบัติงาน พัฒนาระบบการสื่อสาร และศึกษาวิจัยประเมินผลต่อไป

**คำสำคัญ :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, รูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้าง, วิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์

## Abstract

This developmental model aims to establish an e-bidding framework for managing supplies and construction contracts within the Chonburi Provincial Health Office network, adhering to the principles of POLC (Planning, Organizing, Leading, Controlling) management. The research followed a four-phase approach, including a situation analysis, model development, suitability and feasibility evaluation, and practical reflection, to formulate an action plan for 2024-2025. The study involved 44 individuals responsible for contract management at both district and provincial levels. Data collection methods included in-depth interviews, focus group discussions, workshops, and evaluation forms. Quantitative data were analyzed using frequencies, percentages, and medians, while qualitative data underwent thematic and content analysis. Key findings revealed four primary causes of unsuccessful

management of supplies and construction contracts: contractor-related issues, officer-related issues, deficiencies in procurement management and construction contracts, and participation. The model for managing supplies and construction contracts comprises four main steps, totaling 17 guidelines. These guidelines encompass six approaches to planning, three approaches to organizing, three approaches to leading, and five approaches to controlling, all evaluated by experts for appropriateness and feasibility. The results have been embraced by the district and provincial networks, with all guidelines accepted for consideration in the action plan of the Provincial Public Health Office. Suggestions for implementing this model include the development of a work manual, the establishment of communication systems, and ongoing evaluation research.

**Keywords :** Participatory action research, Model development, Managing Supplies and Construction Contracts, E-bidding

## บทนำ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลงานพัสดุและการบริหารสัญญาด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) เครือข่ายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่ามีการดำเนินงานด้านการบริหารพัสดุไม่สำเร็จ หรืองานก่อสร้างที่ผู้รับจ้างทำงาน รวม 5 งาน รวมเป็นเงิน 21,241,650 บาท จำแนกเป็นงานก่อสร้างอาคาร จำนวน 2 งาน งานปรับปรุงพื้นที่ให้บริการ จำนวน 1 งาน และงานก่อสร้างบ้านพักข้าราชการ จำนวน 2 งาน ก่อให้เกิดความเสียหายต่องานราชการของเครือข่ายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีอย่างมาก ผลการวิเคราะห์สาเหตุเบื้องต้นพบว่า เกิดจากทั้งปัจจัยภายในของหน่วยงาน และปัจจัยผู้รับจ้าง ดังนี้ ปัจจัยหน่วยงาน ได้แก่ การเปลี่ยนผู้บริหาร การดำเนินการทางพัสดุและการบริหารสัญญาล่าช้า ช่างคุมงานไม่จัดทำแผน และไม่รายงานผู้บริหาร ขาดการติดตามกำกับงาน การรายงานความก้าวหน้าของงานก่อสร้างไม่สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานพัสดุ สมรรถนะของบุคลากรด้านการบริหารพัสดุ คณะกรรมการตรวจรับงานจ้างขาดทักษะ/องค์ความรู้ด้านการบริหารพัสดุ และสัญญา ในขณะที่ปัจจัยผู้รับจ้าง คือ ผู้รับจ้างขาดงบประมาณ ขาดคนงานก่อสร้าง และปัญหาด้านบริหารจัดการ เป็นต้น (กลุ่มงานบริหารทั่วไป, 2566)

ความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารโครงการก่อสร้างอาคารในมุมมองของผู้บริหาร และควบคุมการก่อสร้างในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แบ่งกลุ่มตามหลักการบริหารโครงการ เป็น 5 ส่วน คือ ช่วงเวลาการใช้ทรัพยากร ทีมงาน ความชำนาญของผู้ร่วมทีมงาน ความขัดแย้งในงาน และการต่อรองตามลำดับ (ชยพล อังวารตระกูล, 2563) ส่วนปัญหาและอุปสรรคต่อกระบวนการในการจัดซื้อจัดจ้างพบว่า ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจในระเบียบพัสดุส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการพัสดุอยู่ในระดับดี แต่ประสิทธิภาพของระบบการจัดซื้อจัดจ้างนั้นมีระเบียบการปฏิบัติที่ยุ่งยากหลายขั้นตอน ขาดความคล่องตัว ไม่มีความยืดหยุ่น ไม่สามารถแก้ไข ปัญหาเร่งด่วนได้ นอกจากนั้นระเบียบไม่สามารถป้องกันปัญหาการสมยอมในการเสนอราคา และระเบียบกำหนดให้พิจารณาคัดเลือกผู้เสนอราคาต่ำสุด ทำให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้สินค้าที่มีคุณภาพต่ำมาใช้งาน (เชษฐธิดา ชูแก้ว และคณะ, 2560)

จากสถานการณ์ปัญหางานพัสดุและการบริหารสัญญาก่อสร้างของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และผลการทบทวนวรรณกรรม และงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการพัสดุ และสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) ของเครือข่ายในสังกัด

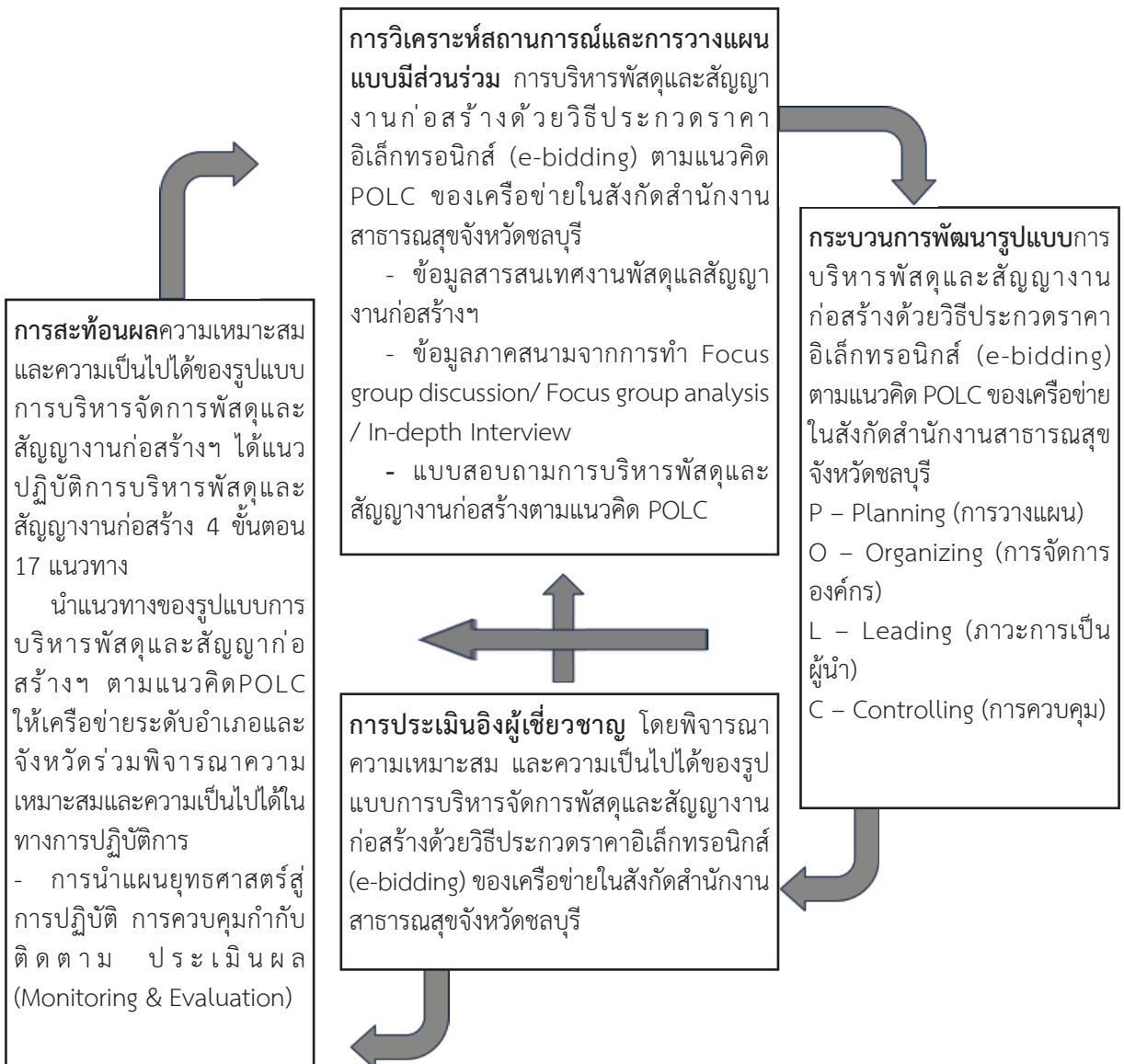
สำนักงานสาธารณสุข เพื่อให้เครือข่ายสามารถบริหารงานพัสดุได้ประสบความสำเร็จ สามารถวางแผน ดำเนินการและควบคุมกำกับงานได้อย่างต่อเนื่อง ยังผลในเรื่องการบริหารเชิงมูลค่า (value based management) ให้เกิดประสิทธิภาพสูงที่สุด

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) ตามแนวคิดหลักการบริหาร POLC ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ภายในเครือข่ายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



## ระเบียบวิธีการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) ออกแบบกระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารพัสดุและสัญญาก่อสร้างฯ ตามแนวคิด POLC (Allen, 1958; พิษนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ใจดี, 2565) เป็น 4 ขั้นตอนตามกรอบแนวคิด การวิจัย

**ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย** คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารงานพัสดุของเครือข่าย และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ตามระยะของการวิจัย ประกอบด้วยระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม คือ กลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับงานบริหารพัสดุที่ไม่ประสบความสำเร็จตามที่กำหนดไว้ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ ตามแนวคิด POLC และระยะที่ 4 การสะท้อนรูปแบบฯ คือ กลุ่มเครือข่าย การบริหารพัสดุระดับอำเภอและจังหวัดที่เกี่ยวข้อง จำนวน 44 คน สำหรับระยะที่ 3 การประเมิน อิงผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่ครอบคลุมอาจารย์ด้านการบริหารงานสาธารณสุขในสถาบันการศึกษา รองนายแพทย์สาธารณสุข (ด้านบริหาร) และหัวหน้างานบริหารพัสดุในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามระยะการดำเนินการวิจัยในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสาเหตุของการบริหารพัสดุไม่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ และ 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และแนวทางการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการบริหารจัดการพัสดุในระยะต่อไป ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

จำนวน 8 ข้อ ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการพัสดุ จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับการมีส่วนร่วม คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ จำนวน 1 ข้อ

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการบริหารพัสดุฯ ตามแนวคิด POLC ประกอบด้วย แบบบันทึก ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการที่หารือเกี่ยวกับแผนงาน เป้าประสงค์ โครงการ สภาพปัญหาและวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา งบประมาณ การประเมินผล และผู้รับผิดชอบงาน

**ระยะที่ 3** การประเมินอิงผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อประเมินรูปแบบการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี แบ่งตามแนวคิดการบริหาร POLC จำนวน 17 ข้อ จำแนกตามความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าโดยแบ่งเป็น 5 ลำดับ (1 – 5) เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ตั้งแต่มากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด

**ระยะที่ 4** การสะท้อนรูปแบบฯ ได้แก่ แบบบันทึกผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการนำรูปแบบ การบริหารพัสดุฯ ไปประยุกต์ในการทำงานของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยนำไปจัดลำดับความสำคัญและบรรจุแผนปฏิบัติการ ปี 2567 – 2568

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2566 โดยจำแนกตามระยะ และขั้นตอน ดังนี้

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี แบ่งเป็น 2 ช่วง

ช่วงที่ 1 นำข้อมูลสารสนเทศงานพัสดุและสัญญางานก่อสร้างฯ ที่ผู้รับจ้างทำงานระหว่างปี 2563-2565 มาวิเคราะห์ และเชิญผู้เกี่ยวข้องจากเหตุการณ์ทำงานก่อสร้างมาให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการสนทนากลุ่ม และ

สัมภาษณ์เชิงลึก (Focus group/ In-depth Interview) จำนวน 16 คน เพื่อสรุปผล จัดหมวดหมู่สาเหตุการทำงาน จัดทำสารสนเทศเพื่อเตรียมการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ช่วงที่ 2 ประสานขอความร่วมมือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้างของเครือข่ายในระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้างตามแนวคิด POLC จำนวน 21 ข้อ ผ่านช่องทาง link และ QR code

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการคืนข้อมูลค้นพบจากระยะที่ 1 ด้วยการแบ่ง 3 กลุ่ม ระดมสมองวางแผนร่วมกำหนดกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ และร่วมออกแบบรูปแบบการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

**ระยะที่ 3** การประเมินอิงผู้เชี่ยวชาญ โดยได้รวบรวม สอบถามเพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการบริหารพัสดุฯที่ได้จากระยะที่ 2

**ระยะที่ 4** เครือข่ายระดับอำเภอและจังหวัด ร่วมพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการบริหารพัสดุและสัญญาในทางการปฏิบัติ ผ่านช่องทาง link และ QR code ก่อนนำไปจัดลำดับความสำคัญและบรรจุแผนปฏิบัติการปี 2567-2568

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน ส่วนข้อมูลคุณภาพ ทำการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดการบริหารจัดการ POLC

### จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี หมายเลขรับรอง 040/2566 ลงวันที่ 17 เมษายน 2566

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ตามแนวคิดหลักการบริหาร POLC ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะตามกรอบแนวคิดการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

**ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม** การบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ช่วงที่ 1 ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร เจ้าหน้าที่พัสดุ ช่างคุมงาน นิติกร ผู้รับจ้างเอกชน ผู้ตรวจราบบภายใน พบว่า 1) สาเหตุด้านผู้รับจ้าง ได้แก่ ผู้รับจ้างเสนอราคาต่ำกว่าความเป็นจริง (ร้อยละ 100.0) ขาดสภาพคล่อง (ร้อยละ 87.5) ขาดการบริหารจัดการงานก่อสร้าง/ไม่เข้าใจกระบวนการจัดทำเอกสารโต้ตอบกับราชการ (ร้อยละ 81.3) ขาดความรับผิดชอบและการขายช่วงให้ผู้รับจ้าง (ร้อยละ 62.5) 2) สาเหตุด้านเจ้าหน้าที่พัสดุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่พัสดุขาดการวางแผนการก่อสร้างตามขั้นตอนระเบียบพัสดุ ขาดประสบการณ์ด้านการก่อสร้าง ขาดองค์ความรู้ด้านระเบียบพัสดุ และขาดการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้เสนอราคาอย่างละเอียดรอบคอบ (เช่น ทุนจดทะเบียน ประสบการณ์ผลงานที่สำเร็จ) (ร้อยละ 75.0) ขั้นตอนการดำเนินการพัสดุล่าช้า ไม่จัดลำดับงานไม่กำกับแผนงานก่อสร้างอย่างต่อเนื่องขาดแผนกำกับงานก่อสร้าง (ร้อยละ 31.3) 3) ด้านการบริหารสัญญาในระดับอำเภอ บางท่านขาดการติดตามความเป็นปัจจุบัน (update) ของความรู้ด้านบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้าง (ร้อยละ 43.8) ช่างคุมงานขาดการควบคุมกำกับงานไม่ต่อเนื่องช่างไม่เพียงพอ เกษียณอายุ (ร้อยละ 75.0) ผู้บริหารสั่งการ/มอบหมายคนไม่ตรงกับความสามารถ เช่น ควรจัดคนช่วยอำเภอกรณีงานก่อสร้างขนาดใหญ่ (ร้อยละ 37.5) และ 4) ด้านการมีส่วนร่วม ในการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้างตามแนวคิด POLC ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารพัสดุ และสัญญา

งานก่อสร้างของเครือข่ายในระดับจังหวัดและอำเภอ จำนวน 44 คน พบว่า เป็นผู้ชาย ร้อยละ 63.6 อายุอยู่ใน ช่วง 54-60 ปี และ 45-53 ปี ร้อยละ 36.4 และร้อยละ 29.5 ตามลำดับ ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 68.2 เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 84.1 ทำงานเกี่ยวกับงานพัสดุมานานช่วง 1-10 ปี และช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 61.4 และร้อยละ 25.0 ตามลำดับ ส่วนร่วมในการบริหารพัสดุและงานก่อสร้างมานาน ช่วงไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 47.4 รองลงมาช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 29.5 ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของพัสดุ ร้อยละ 56.8 และในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมาเคยผ่านการอบรมพัฒนาทักษะหรือมีการประชุม งานพัสดุ พบว่า ไม่เคยอบรมเลยร้อยละ 29.6 อบรม ทุกปีมีเพียงร้อยละ 38.6

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วม ในการบริหารพัสดุและสัญญาก่อสร้างด้วยวิธีประกวด ราคาอิเล็กทรอนิกส์ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับการมีส่วนร่วม การวางแผน (P) ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.6 ระดับการ มีส่วนร่วมในการจัดองค์กร (O) ในระดับสูง ร้อยละ 58.3 ระดับการมีส่วนร่วมในภาวะการณ์ผู้นำ (L) ในระดับสูง ร้อยละ 50.0 และระดับการมีส่วนร่วม การควบคุม (C) ในระดับสูงร้อยละ 58.3 สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากการสอบถามผู้เกี่ยวข้องเพิ่มเติม มีดังนี้คือ การเพิ่ม กรอบอัตรากำลังบุคลากรงานพัสดุ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ พักสุดอย่างต่อเนื่อง ให้มีการประชุมผ่านระบบวิดีโอคอน เฟอร์เรนซ์เพื่อแก้ปัญหา การเข้าร่วมประชุมของคณะ กรรมการไม่ได้ ให้ใช้ระบบการส่งหนังสือผ่านระบบ อิเล็กทรอนิกส์ และการประชุมด้วยระบบวิดีโอคอนเฟอร์ เรนซ์ เพื่อให้เกิด ความสะดวกมากขึ้น และความรวดเร็ว ในการตรวจเอกสาร เมื่อมีการยื่นอุทธรณ์ของผู้เสนอราคา ต่อหน่วยงานของรัฐทำให้ การดำเนินการต่อทันใน ปีงบประมาณและผลอุทธรณ์ของผู้อุทธรณ์ฟังไม่ขึ้นมีบท ลงโทษอย่างไร ควรมีการประชุมชี้แจงให้ชัดเจน ควรมีการ จัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับกฎระเบียบที่มีข้อแก้ไขเพิ่มเติม อย่างสม่ำเสมอ ควรมีการจัดอบรม ให้ความรู้การจัดซื้อ จัดจ้าง ทุกปีอย่างน้อยปีละครั้ง หน่วยงานระดับ สาธารณสุขอำเภอควรมีเจ้าหน้าที่พัสดุโดยตรงหรือโดย ตำแหน่ง ให้จัดอบรมต่อเนื่องทุกปีเพื่อเพิ่มทักษะบุคลากร ด้านการดำเนินงานบริหารสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธี ต่างๆ

## ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริหารพัสดุ และสัญญางานก่อสร้าง โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

ให้เครือข่าย โดยการคืนข้อมูลสถานการณ์สาเหตุการทิง งานของผู้รับจ้างตามมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง แบ่งกลุ่ม เป็น 3 โซน โซนเมือง โซนภูเขา และโซนทะเล ผลการ ศึกษาจากการระดมสมองหากกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ ดังนี้ แผนงาน: พัฒนาการบริหารจัดการพัสดุและสัญญา งานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีปี 2566-2567 เป้าประสงค์: เพื่อให้ได้รูปแบบการบริหารจัดการพัสดุ และสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคา อิเล็กทรอนิกส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปี 2567-2568 มีโครงการ จำนวน 4 โครงการ คือ

- 1) โครงการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่พัสดุ (ใหม่/เก่า) เครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
  - 2) โครงการเพิ่มกรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่พัสดุ และช่าง โยธาเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีปี 2567-2568
  - 3) โครงการจัดทำแผนการกำกับการบริหาร พักสุดและสัญญางานก่อสร้างฯ ข่างโยธา เครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปี 2567 และ
  - 4) จัดทำแนวทางและคู่มือในการบริหารพัสดุและสัญญา ให้ผู้รับจ้างในเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปี 2567-2568 นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้รับจ้าง ทิงงานก่อสร้างกับแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ได้ มาวางออกแบบวางระบบตามแนวคิด POLC เป็นแนว ปฏิบัติการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้าง ดังนี้
- 1) ขั้นการวางแผน จำนวน 6 แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย
1. การเพิ่มกรอบอัตรากำลังช่างโยธาของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 ตำแหน่ง 2. จัดทำหลักสูตร และฝึกการอบรมเชิงปฏิบัติการให้เจ้าหน้าที่พัสดुरายใหม่ ก่อนลงทำงาน ในหน่วยงาน 3. จัดอบรมทักษะเจ้าหน้าที่ ทุกสาขาที่เกี่ยวกับการบริหารพัสดุและสัญญางาน ก่อสร้าง ของเครือข่ายโดยผู้เชี่ยวชาญ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารพัสดุและสัญญา ของเครือข่าย จำนวน 4 ครั้งต่อปี 5. จัดทำหลักสูตร และฝึกงานเชิงปฏิบัติการการบริหารพัสดุและสัญญา ให้เจ้าหน้าที่พัสดุของเครือข่าย จำนวน 1 หลักสูตร และ
  6. พัฒนาโค้ช (coach) การบริหารพัสดุและสัญญา งานก่อสร้างในระดับจังหวัดเพื่อฝึกงานเชิงปฏิบัติการให้ เจ้าหน้าที่พัสดुरายใหม่ของเครือข่าย
- 2) ขั้นการจัดองค์กร

จำนวน 3 แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารพัสดุและสัญญาเครือข่ายฯ 2. จัดองค์กรให้เกิดระบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญาระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและกระทรวงที่เชื่อมต่อโดยไร้รอยต่อ และ 3. สร้างเครือข่ายช่างโยธาสัมพันธ์ระหว่างระดับอำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง

3) ขั้นตอนการภาวะการเป็นผู้นำ จำนวน 3 แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 1. สนับสนุนค่าเบี้ยเลี้ยงในการออกปฏิบัติงานนอกพื้นที่ให้เจ้าหน้าที่พัสดุและช่างคุมงานภาครัฐโดยจัดสรรให้เป็นไปตามระเบียบ 2. สนับสนุนค่าตอบแทนในการออกปฏิบัติงานในพื้นที่ช่างโยธาที่เป็นเครือข่ายในระดับอำเภอโดยให้เป็นไปตามระเบียบ และ 3. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายต้องปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ระเบียบ กฎกระทรวง อย่างเคร่งครัดในการบริหารพัสดุและสัญญา 4) ขั้นตอนการควบคุม จำนวน 5 แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 1. การประชุมติดตาม กำกับความก้าวหน้าทั้งช่วงบริหารพัสดุและสัญญาอย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่พัสดุ และช่างคุมงาน 2. ช่างคุมงานก่อสร้างต้องส่งรายงานการคุมงานก่อสร้างอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3. เจ้าหน้าที่พัสดุต้องปฏิบัติงานตามผังควบคุมกำกับ พ.ร.บ. ระเบียบ กฎกระทรวง อย่างต่อเนื่อง 4. กำหนดระบบการรายงานความเสี่ยงในการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้าง พร้อมทั้งสื่อสารกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ยึดถือปฏิบัติกรณีเกิดความเสียหายขึ้น และ 5. ให้เจ้าหน้าที่พัสดุและนายช่างจัดทำคู่มือและตัวอย่างเอกสารในการบริหารพัสดุและสัญญามอบให้ผู้รับจ้างทั้งหมด 4 ขั้นตอน รวมทั้งหมด 17 แนวปฏิบัติ

**ระยะที่ 3 การประเมินอิงผู้เชี่ยวชาญ**  
โดยพิจารณาความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยนำแนวทางทั้ง 17 ข้อ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประเมิน พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมของแนวทางการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างทุกแนวทางเกินค่ามัธยฐาน 3.5 (ร้อยละ 100.0) สำหรับความเป็นไปได้ พบว่ามี 3 แนวทางที่มีค่า มัธยฐานต่ำกว่า 3.5 (ร้อยละ 17.6) ได้แก่ หมวดการวางแผน (P) จำนวน 1 แนวทางคือ การจัดทำหลักสูตรและฝึกการอบรมเชิงปฏิบัติการให้เจ้าหน้าที่พัสดุรายใหม่ก่อนลงทำงาน

ในหน่วยงาน สำหรับหมวดการจัดองค์กร (O) จำนวน 2 แนวทาง คือการจัดองค์กรให้เกิดระบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญาระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด/กระทรวงที่เชื่อมต่อโดยไร้รอยต่อ และการสร้างเครือข่ายช่างโยธาสัมพันธ์ระหว่างระดับอำเภอ/จังหวัด และส่วนกลาง

**ระยะที่ 4 การสะท้อนผล** นำแบบการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการบริหารพัสดุและสัญญาก่อสร้างฯ ตามแนวคิด POLC ชุดที่ผู้ทรงประเมินให้เครือข่ายระดับอำเภอและจังหวัด จำนวน 44 คน ร่วมพิจารณาและนำไปจัดลำดับความสำคัญและบรรจุแผนปฏิบัติการปี 2567-2568 ตามผลการพิจารณาร่วมกัน พบว่า ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวทางตามรูปแบบการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้าง ทั้ง 17 แนวทาง (ร้อยละ 100.0) มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ คือมีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.5 อย่างไรก็ตาม พบข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่น่าสนใจนี้ การเตรียมตัวก่อนขอสนับสนุนงบประมาณ การเตรียมสถานที่ แบบแปลนต้องชัดเจน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระหว่างการก่อสร้าง สำหรับการขอความร่วมมือช่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นส่วนใหญ่ช่างจะมีการปฏิบัติงานประจำล้นมือ สำหรับช่างคุมงานเน้นมีหน้าที่ตรวจและควบคุมงานทุกวันให้เป็นไปตามแบบรูปรายการละเอียด และต้องจัดบันทึกสภาพการปฏิบัติงานของผู้รับจ้างและเหตุการณ์แวดล้อมเป็นรายวัน พร้อมทั้งผลการปฏิบัติงาน เพื่อรายงานคณะกรรมการตรวจรับพัสดุหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายทราบทุกสัปดาห์ ควรจัดค่าตอบแทนให้ช่างคุมงานเวลาออกภาคสนาม คุมงานตรวจรับงานจ้าง หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ และเจ้าหน้าที่พัสดุต้องทำความเข้าใจพ.ร.บ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 กฎกระทรวงงานพัสดุและพัฒนาดตนเองอย่างต่อเนื่อง ควรจัดระบบการเสนองานที่รวดเร็วเพื่อลดขั้นตอนและระยะเวลาป้องกัน ความล่าช้าของเอกสารสำหรับผู้รับจ้างสิ่งที่ต้องระมัดระวังการแข่งขันการประมูลราคาต่ำกว่าความเป็นจริง มีประวัติการทำงานล่าช้า ขาดคุณภาพงาน

สรุปการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคา



อิเล็กทรอนิกส์ภายในเครือข่ายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามแนวคิดหลักการบริหาร POLC ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม พบ 4 สาเหตุหลักของการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้างไม่สำเร็จ คือ ด้านผู้รับจ้าง ด้านเจ้าหน้าที่พัสดุ ด้านรูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้าง และด้านการมีส่วนร่วม กำหนด 3 แนวทางการแก้ไขหลัก คือ การเพิ่มอัตราค่าจ้าง การประชุมผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ และการประชุมให้ความรู้งานพัสดุ นำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญโดยการบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการของหน่วยงานในปี 2567-2568 รวม 4 โครงการ คือ การพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่พัสดุ การเพิ่มอัตราค่าจ้าง การทำแผนกำกับการบริหารพัสดุ และการทำแนวทางและคู่มือการบริหารพัสดุ

## อภิปรายผล

สำหรับการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ตามแนวคิดหลักการบริหาร POLC

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์การทำงานผู้รับจ้าง มีสาเหตุหลัก 3 ด้านคือ ด้านผู้รับจ้าง เสนอราคาต่ำกว่าความเป็นจริง ขาดสภาพคล่อง ขาดการบริหารจัดการงานก่อสร้าง ไม่เข้าใจกระบวนการจัดทำเอกสารโต้ตอบกับราชการ ขาดความรับผิดชอบและการขายช่วงให้ผู้รับจ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของชยพล อิงบรรตระกูล (2563) ที่พบว่ารายการความเสี่ยงในระดับ ที่ควรมียอมรับแต่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (accept actively) ได้แก่ การประสานงานของผู้รับเหมา ความล่าช้าในการส่งมอบพื้นที่ล่าช้า การจัดส่งอุปกรณ์ล่าช้าของผู้ผลิต การแบ่งพื้นที่ของงานแต่ละส่วน ปริมาณราคาที่แท้จริง นอกจากนี้ยังมีเรื่องการกำหนดระยะเวลาก่อสร้าง และมูลค่างานก่อสร้างจากเจ้าของโครงการต่ำจนเกินไป อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ เชษฐธิดา ชูแก้ว, ธนวิทย์ ทับทิมรัฐรักษ์ และสุนทร เครือน้ำคำ (2560) พบว่าระบบการจัดซื้อจัดจ้างนั้นมีระเบียบการปฏิบัติที่ไม่สามารถป้องกันการแก้ไขปัญหาการสมยอมในการเสนอราคา และระเบียบกำหนดให้พิจารณาคัดเลือกผู้เสนอราคาต่ำสุดอีกด้วย สำหรับสาเหตุที่เกิดจากด้านเจ้าหน้าที่พัสดุ คือ เจ้าหน้าที่พัสดุขาดการวางแผนการก่อสร้างตามขั้นตอนระเบียบพัสดุ ขาดประสบการณ์ด้านการก่อสร้าง

ขาดองค์ความรู้ด้านระเบียบพัสดุ และขาดการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้เสนอราคาอย่างละเอียดรอบคอบ เช่น ทุนจดทะเบียน ประสบการณ์ผลงานที่สำเร็จ ขั้นตอนการดำเนินการพัสดุล่าช้า ไม่จัดลำดับงาน ไม่กำกับแผนงานก่อสร้างอย่างต่อเนื่องของขาดแผนกำกับงานก่อสร้าง สอดคล้องกับการศึกษาของอริสรา สุดสระ (2562) พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ของการปฏิบัติงานเกิดจากผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุขาดการวางแผนในกระบวนการของงานพัสดุและขาดการศึกษาระเบียบเกี่ยวกับงานพัสดุ ทำให้การปฏิบัติงานเกิดความผิดพลาด ซึ่งได้เสนอแนวทางการบริหารงานพัสดุ โดยให้หน่วยงานสนับสนุน ให้ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าอบรมการจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานในการจัดซื้อจัดจ้าง และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานภายในองค์กรทราบโดยทั่วกัน รวมถึงการศึกษาระเบียบเกี่ยวกับงานพัสดุ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและทำให้การปฏิบัติไม่เกิดความล่าช้า ส่วนเหตุที่เกิดด้านช่างโยธา ควบคุมงานก่อสร้าง ขาดการควบคุมกำกับงานไม่ต่อเนื่อง ซึ่งไม่เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหาร พัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ข้อ 178 กองบริหารการสาธารณสุข (2563) ที่กำหนดให้ผู้ควบคุมงานมีบทบาทหน้าที่ตรวจ และควบคุมงาน ณ สถานที่กำหนดไว้ในสัญญา ที่มีความชัดเจน และต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันปัญหาการทิ้งงานก่อสร้าง นอกจากนี้พบว่าช่างโยธามีไม่เพียงพอ และเกษียณอายุอีกด้วย ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ฝ่ายพัฒนาทรัพยากรกำลังคนจะต้องวางแผนกำลังคนเพื่อแก้ปัญหา

**ระยะที่ 2** การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อระดมความคิดของการวิจัยนี้ เป็นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับเครือข่ายระดับอำเภอและจังหวัด ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียต่อการบริหารจัดการพัสดุและสัญญา นับว่าเป็นกระบวนการในการพัฒนารูปแบบการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้าง ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดีมาก ซึ่งตรงกับจุฬารัตน์ ไสตะ (2554) กล่าวไว้ว่า การดำเนินงานจะประสบผลสำเร็จยั่งยืน และมีประสิทธิภาพนั้น ปัจจัยที่มีความสำคัญมากคือ การมีส่วนร่วม (Participation) โดยเฉพาะการมีส่วนร่วม ที่แท้จริงที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการ และยังต้องมีส่วนร่วม

เป็นเจ้าของผลประโยชน์การดำเนินงานร่วมกัน ปัจจุบันนี้จึงนิยมวิธีการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research, PAR) โดยให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เสนอแนะความเห็น ซึ่งเหมือนหรือมีความแตกต่างกัน ให้แนวคิดที่หลากหลาย ให้แง่คิดมุมมองจากประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ

นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดการบริหารจัดการ POLC ตามที่รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2549) (อ้างใน Bateman and Snell (2009, pp. 19-21)) มาออกแบบแนวทางของรูปแบบการบริหารงานพัสดุและสัญญางานก่อสร้างฯ เป็น 17 แนวทาง เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานตามแนวทางที่ชัดเจน ตามแนวการจัดการพื้นฐาน 4 ด้าน คือ P-O-L-C ดังนี้ 1. การวางแผน (Planning) คือ การถ่ายทอดแผนงาน และกลยุทธ์จากการตัดสินใจ ของระดับบริหารในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ และถ่ายทอดแผน และเป้าหมายนี้ทั่วทั้งองค์กรตั้งแต่ระดับผู้บริหารสูงสุด ระดับกลาง ระดับฝ่าย แผนก จนถึงระดับปฏิบัติการ 2. การจัดองค์การ (Organizing) คือ การจัดองค์การให้มีชีวิตไม่หยุดนิ่ง (Dynamic Organization) โดยการจัดโครงสร้างองค์การ จากการกำหนดการประชุม และการประสานงานที่เกี่ยวข้อง กับทรัพยากรบุคคล (Human) การเงิน (Financial) โครงสร้างทางกายภาพ (Physical) และข้อมูลด้านอื่นๆ ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายขององค์การได้ การจัดองค์การนี้รวมถึงการดึงดูดบุคลากรให้มาทำงาน จัดสรรงานมอบหมายงานให้กับบุคลากรหรือทีมงาน รวมถึงจัดสรรทรัพยากรให้กับทีมงาน หรือบุคลากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3. การนำ (Leading) คือ ความสามารถของผู้บริหารในการกระตุ้นหรือส่งเสริม ให้พนักงานหรือลูกน้องให้มีประสิทธิภาพการทำงานที่อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ การสื่อสาร กับพนักงานในแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำและสร้างแรงบันดาลใจให้พนักงานสามารถทำงานได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และ 4. การควบคุม (Controlling) คือ หน้าที่ของผู้บริหารในการกำกับดูแลและควบคุม แผนงานว่าได้ตามผลลัพธ์ที่วางแผนไว้หรือไม่ และอาจปรับเปลี่ยนแผนได้ เมื่อประเมินแล้วว่าผลงานไม่ เป็นไปตามเป้าหมาย ทั้งนี้ผู้บริหารต้องแน่ใจแล้วว่าทรัพยากรขององค์กร

ได้ถูกนำมาใช้ตามแผนงานแล้ว การควบคุมนี้ นับเป็นกระบวนการสำคัญ หากขาดกระบวนการนี้แผนงานจะไม่ถูกประเมินผล และองค์กรไม่รู้ว่าผลงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านคุณภาพและความปลอดภัย ทำให้ได้รูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญางานก่อสร้างโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม เป็นแผนงานโครงการที่มีการพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามกำกับงานพัสดุอย่างต่อเนื่อง

**ระยะที่ 3 และระยะที่ 4** การประเมินผลและสะท้อนผลตามแนวทางทั้ง 17 แนวทางของรูปแบบการบริหารงานพัสดุและ สัญญางานก่อสร้างฯ ใหม่เป็นการบูรณาการการจัดการระหว่างผู้เสนอแนวคิดของผู้ทรงคุณวุฒิและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเริ่มต้นตั้งแต่การวางแผนการจัดองค์กร ภาวะการณ์การเป็นผู้นำ และการควบคุมกำกับ อันจะส่งผลให้เครือข่ายมีความเป็นเจ้าของงานก่อสร้างแต่ละงานตั้งแต่แรก การเตรียมความพร้อมสถานที่ แบบแปลนให้ชัดเจนก่อนการก่อสร้าง ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระหว่างการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของนัจนันท์ มิตรสัมพันธ์และกวาง ดันติเสรี (2566) ผลการศึกษา เหตุการณ์ที่มี ความเสี่ยงด้านการดำเนินงานสูงเกี่ยวกับหมวดหมู่ความเสี่ยง ด้านการออกแบบและรายละเอียดประกอบแบบ ได้แก่ แบบก่อสร้างและรายละเอียดประกอบแบบมีข้อมูลขัดแย้งกัน การออกแบบขาดความสมบูรณ์ ข้อมูลไม่ครบถ้วน แนวทางการจัดการความเสี่ยง คือ การตรวจสอบข้อมูลในเอกสารที่ได้รับทุกครั้ง หากพบข้อผิดพลาดควรแจ้งผู้ว่าจ้างทราบทันที เพื่อชะลอการทำงานในส่วนที่ต้องมีการแก้ไขข้อมูล สำหรับเจ้าหน้าที่ทั้งเครือข่ายภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องการบริหารพัสดุและสัญญาต้องพัฒนาสมรรถนะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามกำกับงานก่อสร้างอย่างต่อเนื่อง ทำให้งานก่อสร้างไม่ล่าช้า ไม่มีการทิ้งงาน และงานที่เสร็จมีคุณภาพ และความปลอดภัย

### ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย นำแนวปฏิบัติการบริหารพัสดุและสัญญางานก่อสร้าง 4 ขั้นตอน 17 แนวทางไปบรรจุแผนปฏิบัติการในปีพ.ศ.2567-2568 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

## ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. การพัฒนาคู่มือการบริหารพัสดุและสัญญา ให้สอดคล้องกับ พ.ร.บ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 กฎกระทรวงงานพัสดุและบริบทของพื้นที่ในเขตจังหวัดชลบุรี
2. การออกแบบกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงของรูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญาก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
3. พัฒนาระบบการสื่อสารการเข้าถึงระบบการบริหารพัสดุและสัญญาก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

## เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป (2566). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัดชลบุรี. กองบริหารการสาธารณสุข. (2563) ระเบียบ แนวทางการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ. กองบริหารการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : บริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. จุฬารัตน์ โสตะ. (2554 ) แนวคิดและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.ขอนแก่น : ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เชษฐธิตา ชูแก้ว,ธนวิทย์ ทับทิมรักษ์และสุคนธ์ เครือน้ำคำ. (2560) ปัญหาและอุปสรรคต่อกระบวนการใน การจัดซื้อจัดจ้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัดระนอง. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ชยพล อิงบวรตระกูล. (2563) การศึกษาความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารโครงการก่อสร้างอาคารใน มุมมองของผู้บริหาร และควบคุมการก่อสร้างในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. วิทยาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการโครงการก่อสร้าง.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นัจฉรินทร์ มิตรสัมพันธ์ และกวิน ต้นติเสวี. (2566) การศึกษาปัญหาความเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินงานและการเงินของผู้รับเหมาก่อสร้างรายย่อย โครงการก่อสร้างอาคารหน่วยราชการ ในเขตพื้นที่ภาคกลาง. ภาควิชาวิศวกรรมโยธา คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี. (2565). การจัดการสุขภาพชุมชน : หลักการและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- รังสรรค์ ประเสริฐศรี. (2549). การจัดการสมัยใหม่. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.
- อริสรา สุดสระ. (2562) ปัญหาและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานพัสดุของผู้ปฏิบัติงานพัสดุมหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. สถาบันวิจัยและพัฒนา,กองทุนส่งเสริมงานวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี ราชมงคลธัญบุรี.
- Allen LA. (1958). Management and organization. NY: McGraw-Hill.
- Bateman, Thomas S. and Scott A. Snell. (1999) Manage : Building Competitive Advantage. 4<sup>th</sup> ed. Boston : Irwin McGraw-Hill,Inc.,

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

4. ควรศึกษาวิจัยประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารจัดการพัสดุและสัญญาก่อสร้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ของเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ภายหลังจากนำไปปฏิบัติ ในปี 2567-2568 เพื่อการพัฒนารูปแบบใหม่ต่อไปอย่างต่อเนื่อง
5. ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลของหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับการพัฒนาสมรรถนะของหัวหน้าที่พัสดุและเจ้าหน้าที่พัสดุ ช่างโยธาที่คุมงานและผู้รับจ้างที่ประมูลงานก่อสร้าง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



## การวิเคราะห์สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง Financial Situation Analysis of Hospital under the Ranong Provincial Public Health Office.

รังสิณี บริสุทธิ์  
Rangsinee Borisutt  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง  
Ranong Provincial Public Health Office

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเงินและปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง โดยการใช้ข้อมูลการประเมินภาวะเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองรวบรวมไว้ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานการณ์การเงิน ด้วยแบบสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์สถานการณ์การเงินด้วย Current Ratio Quick Ratio Cash Ratio เงินทุนสำรองสุทธิ กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม Liquid Index Status Index Survive Index และ Risk Scoring และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานการณ์การเงินด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัย พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ประสบปัญหาวิกฤติการเงิน เนื่องจาก มีคะแนนอยู่ในช่วง 0 ถึง 4 คะแนน ซึ่งหมายความว่า มีดัชนีบ่งบอกความเสี่ยงทางการเงินระดับต่ำ มีเพียงโรงพยาบาลเดียวที่มีปัญหาวิกฤติการเงิน เนื่องจาก มีคะแนนถึง 6 คะแนนในบางช่วง ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานการณ์การเงิน พบว่า มี 2 ส่วน คือ 1) การสร้างรายได้เข้าโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดและไม่เพียงพอต่อรายจ่าย และ 2) การเกิดรายจ่ายที่สูง เนื่องจาก ขาดการวางแผนและจัดทำแผนการใช้จ่ายที่ดี

**คำสำคัญ :** สถานการณ์การเงิน, โรงพยาบาล, สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาล

### Abstract

The purpose of this study was to analyze the financial situation and factors affecting the financial situation of hospital under the Ranong provincial public health office. The financial situation analyzes by the financial risk assessment data of the hospital collected by the Ranong provincial public health office and interviews with key informants about factors affecting the financial situation with an in-depth interview. Data were analyzed by Current Ratio, Quick Ratio, Cash Ratio, Net reserves, Net profit including depreciation, Liquid Index, Status Index, Survive Index, and Risk Scoring with financial situation and the factors that affected the financial situation were analyzed by content analysis. The results showed that most hospitals were not experiencing financial crises as their scores were in the range of 0 to 4 points which means it has a low financial risk index. There is only one hospital that has a financial crisis as it scores 6 points in some periods. As for the factors affecting the financial situation, it was found that there were 2 components: 1) revenue generation for hospital admissions that were limited and inadequate for expenses, and 2) high expenditures due to incomplete planning and preparation for spending plans.

**Keyword :** Financial situation, Hospital, Financial situation of hospital

## บทนำ

ประเทศไทยซึ่งมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 นั้น มีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลดีต่อการเข้าถึงบริการ สร้างความเป็นธรรมในการกระจายภาระทางการเงินจากความเจ็บป่วย และสถานะสุขภาพที่ดีขึ้นของคนไทย ภายใต้ความท้าทายที่สำคัญจากภาระของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนเพิ่มขึ้น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนรูปแบบโรคของคนไทยเปลี่ยนไปเป็นโรคเรื้อรัง และการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ลดลง ในขณะที่แนวโน้มภาระด้านการคลังของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและหลักประกันสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุข, 2562) โดยเฉพาะการปฏิรูปการบริหารจัดการการเงินการคลังระบบสาธารณสุขครั้งใหญ่ ภายหลังมีกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือ การแยกหน่วยผู้จัดบริการสุขภาพ (provider units) และหน่วยผู้ซื้อบริการสุขภาพ (purchaser unit) ออกจากกันเพื่อความชัดเจนและสอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล รวมทั้งวิธีการจัดสรรงบประมาณแนวใหม่ที่ตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิประชาชน และยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดงบประมาณที่อิงผลลัพธ์ (result-based budgeting or output-oriented budgeting) แตกต่างไปจากการงบประมาณในอดีตที่อิงกับปัจจัยนำเข้า (input-based budgeting) (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา, 2563) ส่งผลให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่เพียงพอต่อการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชน และในด้านคุณภาพการจัดทำบัญชียังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงส่งผลให้ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังยังไม่เพียงพอ ทำให้โรงพยาบาลรัฐบาลหลายแห่งประสบปัญหาภาวะความอยู่รอดของโรงพยาบาล โดยมีสภาพคล่องทางการเงินต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีภาระหนี้สินค้างจ่ายจำนวนมาก และทำให้เกิดวิกฤตทางการเงินอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (วิมลมาศ ธีรสุวรรณ และคณะ, 2563)

จากการศึกษาวิจัย สถานการณ์การเงินของหน่วยบริการภายใต้การจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลเริ่มประสบภาวะวิกฤตทางการเงินรุนแรงในปี 2553 มีเงินคงค้างในบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนมากถึง

17,500 ล้านบาท ต่อมาในปี 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปรับปรุงเร่งรัดการจัดสรร และโอนเงินที่เหลือนำบัญชี และเงินงบประมาณ ปี 2554 ไปยังหน่วยบริการล่วงหน้าจำนวนมาก ทำให้สถานการณ์การเงินในปี 2554 ของโรงพยาบาลภาครัฐดีขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่เมื่อเข้าสู่สถานการณ์การเงินในปี 2555 จะไม่ได้รับผลพวงจากเงินคงค้างบัญชีเหมือนปีก่อน ทำให้ผลประกอบการโรงพยาบาลหลายแห่งมีแนวโน้มกลับสู่ภาวะขาดทุนใกล้เคียงกับปี 2553 และด้วยผลกำไรของโรงพยาบาลในปี 2554 ถูกสะสมเป็นทุนสำรองใช้จ่ายในปี 2555 คาดว่าทำให้โรงพยาบาลภาครัฐยังคงดำเนินการให้บริการไปได้จนถึงสิ้นปี 2555 ซึ่งประเมินว่าเมื่อทุนสำรองหมดลง สถานการณ์การเงินในปี 2556 จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตรุนแรงอีกครั้ง ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลกลับเข้าสู่แนวโน้มวิกฤตอีกครั้ง และอาจจะ มีผลผูกพันต่อไปในหลายปีงบประมาณ เนื่องจากปัญหาสำคัญอยู่ที่โครงสร้างและกลไกการจัดสรรงบประมาณรายหัวอย่างเดิมยังไม่ได้รับการแก้ไข เช่น ปัญหางบประมาณที่กระจายอย่างไม่เหมาะสม โดยพื้นที่ประชากรน้อยและจำนวนบุคลากรประเภทข้าราชการมาก จะได้รับงบประมาณไม่เพียงพอจนเกิดผลกระทบรุนแรงตามมา ปัญหาการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลข้าราชการ และการกำหนดค่าแรงขั้นต่ำตามนโยบายรัฐบาล เป็นต้น ทั้งนี้ หากสรุปแหล่งรายได้หลักของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีโรงพยาบาลทั่วประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 896 แห่ง มีรายได้จาก 3 แหล่ง คือ รายได้จากเงินงบประมาณ รายได้จากกองทุนต่างๆ และรายได้ค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยชำระเงินเอง ซึ่งรายได้จากเงินงบประมาณนั้นไม่เพียงพอในการนำมาใช้จ่ายในโรงพยาบาล จึงทำให้รายได้หลักของโรงพยาบาลมาจากกองทุนต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายได้ที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเมื่อพิจารณาด้านต้นทุนการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาล พบว่า มีค่าสูงถึงร้อยละ 70-80 ของค่าบริการรักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ (ไทยพับลิก้า, 2560) ทำให้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 พบว่า มีโรงพยาบาลรัฐบาลวิกฤตระดับรุนแรงจำนวน 136 แห่ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 มีจำนวน 119 แห่ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มีจำนวน 87 แห่ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีจำนวน 13 แห่ง

และปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีจำนวน 17 แห่ง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, 2562)

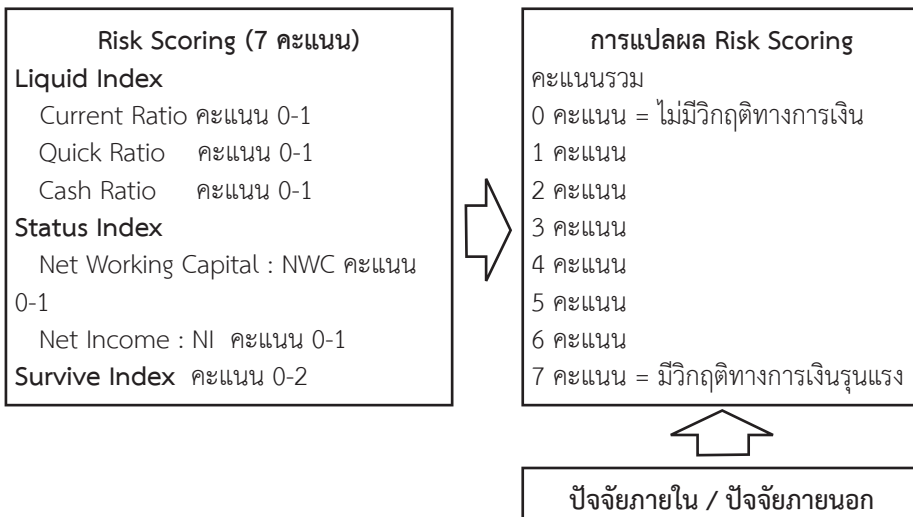
จังหวัดระนองมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำนวน 5 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลกะเปอร์ โรงพยาบาลละอุ่น และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ทุกแห่งเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 (ปีงบประมาณ 2545) และมีปัญหาทางด้านวิกฤติการเงินมาอย่างต่อเนื่อง จนต้องมีการปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหากันในระดับเขต เนื่องจากจังหวัดระนองเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรค่อนข้างน้อย ส่งผลให้บางโรงพยาบาลได้รับเงินจัดสรรล่วงหน้าค่อนข้างน้อย ไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ ประกอบกับความสามารถในการจัดเก็บรายได้ของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้มีรายได้เข้าโรงพยาบาลไม่ครบถ้วน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาทางด้านการเงินซึ่งมีความจำเป็นจะต้องมีการวิเคราะห์ ข้อมูลพื้นฐานทางการเงินเพื่อใช้สำหรับการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหา โดยเริ่มการวิเคราะห์ในภาพรวมของจังหวัดเพื่อให้มองเห็นแนวโน้มของสถานการณ์การเงินและแนวโน้มของปัญหาทางการเงินที่อาจเกิดขึ้นในภาพจังหวัด ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ลงลึกถึงรายโรงพยาบาลเพื่อวางแผนช่วยเหลือกรณีโรงพยาบาลเกิดวิกฤติทางการเงินต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเงินและปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งวิเคราะห์สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง โดยใช้ข้อมูลการประเมินภาวะเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูล Current Ratio Quick Ratio Cash Ratio เงินทุนสำรองสุทธิ กำไรสุทธิ รวมค่าเสื่อม Liquid Index Status Index Survive Index และ Risk Scoring ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลังระหว่าง ปี 2561-2565 ที่กลุ่มงานประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองเก็บรวบรวมไว้แล้ว และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ หรือกลุ่มงานอื่นที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเงินการคลัง และหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไปหรือนักวิชาการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล รายละเอียดดังภาพที่ 1



## ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง จำนวน 5 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลกะเปอร์ โรงพยาบาลละอุ่น และโรงพยาบาลสุราษฎร์ โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ หรือกลุ่มงานอื่นที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดระนอง โรงพยาบาลละ 1 ท่าน รวม 5 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไปหรือนักวิชาการเงินและบัญชี โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง โรงพยาบาลละ 1 ท่าน รวม 5 ท่าน รวมทั้งสิ้น 12 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลการประเมินภาวะเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูล Current Ratio Quick Ratio Cash Ratio เงินทุนสำรองสุทธิ กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม Liquid Index Status Index Survive Index และ Risk Scoring ดังตาราง

แบบบันทึกข้อมูลการประเมินภาวะเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาล.....ปีงบประมาณ.....									
รายการ	Current Ratio	Quick Ratio	Cash Ratio	เงินทุนสำรองสุทธิ	กำไรสุทธิ (มีค่าเสื่อม)	Liquid Index	Status Index	Survive Index	Risk Scoring
ตุลาคม									
พฤศจิกายน									
ธันวาคม									
มกราคม									
กุมภาพันธ์									
มีนาคม									
เมษายน									
พฤษภาคม									
มิถุนายน									
กรกฎาคม									
สิงหาคม									
กันยายน									

**ภาพที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลการประเมินภาวะเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาล

นอกจากนี้ มีการใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างโดยมีข้อคำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ได้แก่ ความคิดเห็นต่อสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลที่ผ่านมาในปี 2561-2565 สาเหตุที่ทำให้สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง วิธีแก้ไขสาเหตุของปัญหา ปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้สาเหตุและวิกฤตการเงินมีความรุนแรงขึ้น วิธีแก้ไขหรือกำจัดปัจจัยเสริม ปัจจัยหรือ

สิ่งที่จะช่วยให้โรงพยาบาลมีสถานการณ์การเงินดีขึ้น วิธีช่วยพัฒนาให้สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลดีขึ้น และผู้ที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขและพัฒนาให้สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลดีขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มดำเนินการโดยการประเมินภาวะเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ด้วยข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ย้อนหลังระหว่าง ปี 2561-2565 ที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองเก็บรวบรวมไว้แล้ว และดำเนินการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลง ด้วยการเลือกแบบเจาะจง โดยทำหนังสือเชิญผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ หรือกลุ่มงานอื่นที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเงินการคลัง และ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไปหรือนักวิชาการเงินและบัญชี เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยการอ่านเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ได้รับฟังและทำความเข้าใจ และต่อเนืองด้วยการให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยเพื่อเก็บเป็นหลักฐานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลวิเคราะห์ด้วย Current Ratio Quick Ratio Cash Ratio เงินทุนสำรองสุทธิ

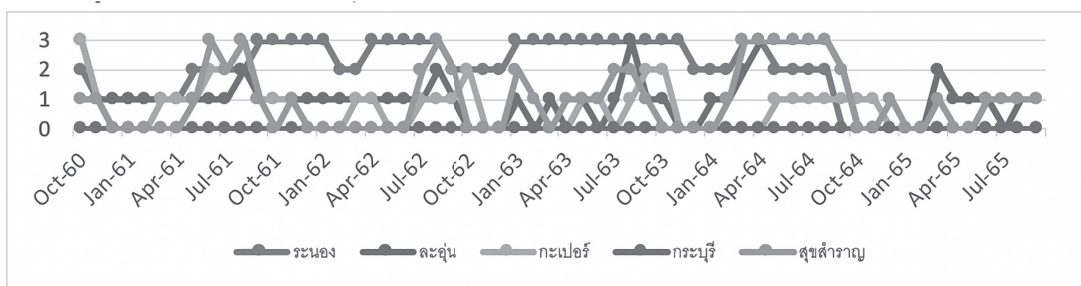
กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม Liquid Index Status Index Survive Index และ Risk Scoring และวิเคราะห์สาเหตุที่ส่งผลให้สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

### จริยธรรมการวิจัย

ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เลขที่ COA\_PHRN.006/2566 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2566

### ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ภาพรวมสภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquid Index) ปี 2561-2565 ทุกโรงพยาบาลมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 ถึง 3 โดยเฉพาะโรงพยาบาลระนองที่มีคะแนนอยู่อยู่ที่ 3 บ่อยครั้ง ยกเว้นโรงพยาบาลกระบี่ที่มีคะแนนอยู่ที่ 0 คะแนน ซึ่งถือเป็นค่าพึงประสงค์ของคะแนนภาพรวมสภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquid Index) ทั้งนี้ ทุกโรงพยาบาลมีแนวโน้มคะแนนดีขึ้นมาอยู่ที่ 0 ถึง 1 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 เป็นต้นไป ดังภาพที่ 2

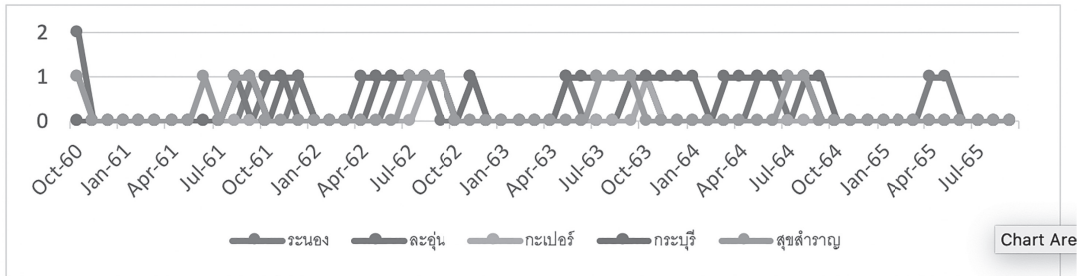


ภาพที่ 2 แนวโน้มภาพรวมสภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquid Index) ปี 2561-2565

ภาพรวมความมั่นคงทางการเงิน (Status Index) ปี 2561-2565 ทุกโรงพยาบาลมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 โดยส่วนใหญ่อยู่ที่ 0 คะแนน ซึ่งถือเป็นค่าพึงประสงค์ และพบว่า โรงพยาบาลกระบี่มีคะแนนอยู่ที่ 1 คะแนน

บ่อยครั้งที่สุด ทั้งนี้ ทุกโรงพยาบาลมีแนวโน้มคะแนนดีขึ้นมาอยู่ที่ 0 คะแนนตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 เป็นต้นมา ยกเว้น โรงพยาบาลระนองที่มีคะแนนอยู่ที่ 1 คะแนนบางครั้ง ดังภาพที่ 3

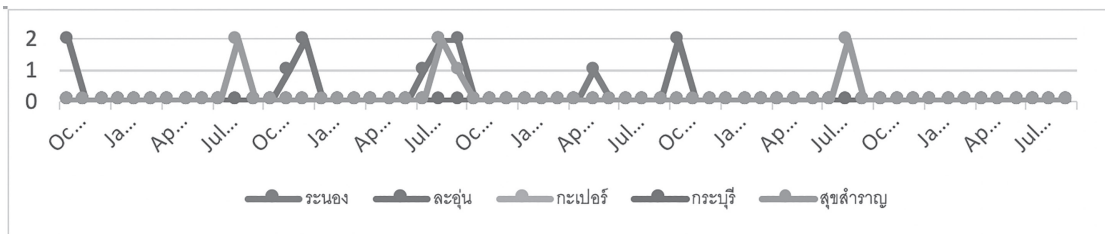




**ภาพที่ 3** แนวโน้มภาพรวมความมั่นคงทางการเงิน (Status Index) ปี 2561-2565

ระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (Survive Index) ปี 2561-2565 โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ที่ 0 คะแนน ซึ่งถือเป็นค่าพึงประสงค์ ยกเว้น โรงพยาบาล

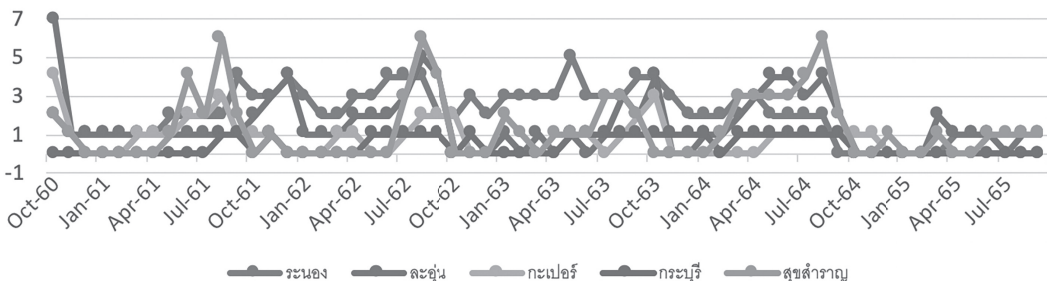
ละอุ่นและโรงพยาบาลสุขสำราญมีคะแนนอยู่ที่ 1 หรือ 2 คะแนนเป็นบางครั้ง ดังภาพที่ 4



**ภาพที่ 4** แนวโน้มระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (Survive Index) ปี 2561-2565

ความเสี่ยงวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ (Risk Score) ปี 2561-2565 โรงพยาบาลกระบุรีและโรงพยาบาลกะเปอร์มีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ที่ 0 ถึง 1 โรงพยาบาลรัตนองและโรงพยาบาลละอุ่นมีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 ถึง 4 และโรงพยาบาลสุขสำราญมีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ที่ 0 ถึง 6 ซึ่งถือว่าเป็นโรงพยาบาลที่มี

ความเสี่ยงวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ (Risk Score) มากที่สุด ทั้งนี้ ทุกโรงพยาบาลมีแนวโน้มคะแนนดีขึ้นมาอยู่ที่ 0 คะแนนตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 เป็นต้นมา ยกเว้น โรงพยาบาลละอุ่นมีคะแนนอยู่ที่ 2 คะแนนในบางช่วง ดังภาพที่ 5



**ภาพที่ 5** แนวโน้มความเสี่ยงวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ (Risk Score) ปี 2561-2565

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาล ประกอบด้วยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน ได้แก่ 1) ศักยภาพของการให้บริการรวมถึงจำนวนผู้รับบริการที่ก่อให้เกิดรายได้มีจำนวนน้อย ประกอบกับยังมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทำให้ต้องมีการตามจ่ายปีละหลายล้าน 2) รายจ่ายที่มากขึ้น นอกเหนือจากรายจ่ายประจำที่เป็นเงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทน ยังมีค่าจ่ายในการดำเนินงานในการพัฒนาปรับปรุงซ่อมแซม ค่ายา เวชภัณฑ์ต่างๆ ค่าส่งสิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบกับข้อมูลทางบัญชีมีเจ้าหน้าที่การค้ำมีการค้างชำระที่มีเวลานานและมียอดที่สะสมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ 3) ขาดการวางแผนและจัดทำแผนการใช้จ่ายที่ดี มีการควบคุมอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ 4) ขาดการหารายได้และจัดเก็บรายได้ทางอื่นนอกเหนือจากเงินเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับโอนจาก สปสช. เช่น ค่ารักษาสีทันกรรมบัญชีกลาง ประกันสังคม แรงงานต่างด้าว ตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น และ 5) ขาดการพัฒนากระบวนการสนเทศด้านการเงินการคลังเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการในศูนย์จัดเก็บรายได้

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ นโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) วิธีการบันทึกข้อมูลโปรแกรมบันทึกข้อมูล กองทุนหลัก กองทุนย่อย ตัวชี้วัด ฯลฯ มีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความไม่เข้าใจในการจัดเก็บรายได้ บันทึกข้อมูลเบิกจ่ายไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุม เป็นต้น

## อภิปรายผล

สภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquid Index) ปี 2561-2565 ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ทั้ง 7 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยดัชนีชี้วัดย่อย 3 ตัว คือ อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio) อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และอัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (Cash Ratio) ถือเป็นดัชนีชี้วัดกระบวนการในการบริหารจัดการเงินสดและสินทรัพย์ของกิจการให้สามารถชำระหนี้และข้อผูกพัน (Obligation) ระยะเวลาสั้นได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญเป็นอย่างมากต่อ

การอยู่รอดของกิจการ (Ross, 2019) ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว สิ่งที่เป็นอันตรายต่อกิจการ คือ การมีสินทรัพย์สภาพคล่องน้อยเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับหนี้สินระยะสั้น เนื่องจาก จะทำให้เกิดความเสี่ยงทางด้านสภาพคล่อง ซึ่งกิจการมีโอกาสที่จะไม่สามารถชำระหนี้สินระยะสั้นได้ เนื่องจากสินทรัพย์สภาพคล่องไม่เพียงพอที่จะรองรับหนี้สินที่ต้องชำระและอาจส่งผลเสียร้ายแรงต่อความสามารถในการทำกำไรของกิจการจนอาจทำให้กิจการประสบกับภาวะล้มละลายได้ (ศุภเจตน์ จันทรสาส์น และธันยกร จันทรสาส์น, 2565) จากการศึกษา พบว่า ทุกโรงพยาบาลมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 ถึง 3 โดยเฉพาะโรงพยาบาลระนองที่มีคะแนนอยู่อยู่ที่ 3 บ่อยครั้ง นั้นหมายถึงการมีสินทรัพย์สภาพคล่องน้อยเกินไปและเสี่ยงต่อการประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน ยกเว้น โรงพยาบาลกระบี่ที่มีคะแนนอยู่ที่ 0 คะแนน ซึ่งถือเป็นค่าพึงประสงค์มาตลอด เนื่องจาก มีการสร้างรายได้เข้าโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากก่อน ปี 2561 จากระบบการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว จึงทำให้โรงพยาบาลกระบี่มีสินทรัพย์มากกว่าหนี้สินจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากค่าอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio) อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และอัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (Cash Ratio) ที่สูงมาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้โรงพยาบาลไม่ประสบปัญหาวิกฤติการเงินในดัชนีสภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquid Index) ทั้งนี้ ทั้ง 7 โรงพยาบาลมีแนวโน้มคะแนนดีขึ้นมาอยู่ที่ 0 ถึง 1 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 เป็นต้นมา เนื่องจาก ทุกโรงพยาบาลมีการบริการรักษาผู้ป่วย COVID-19 และเริ่มมีการโอนเงินชดเชยค่ารักษาที่มีมูลค่าสูงมายังโรงพยาบาล ทำให้ทุกโรงพยาบาลมีดัชนีสภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquid Index) ดีขึ้น

ความมั่นคงทางการเงิน (Status Index) เป็นความสามารถที่จะมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา เวชภัณฑ์ มิใช่ยา วัสดุ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งหน่วยบริการควรมีการสำรองสินทรัพย์ เพื่อใช้เป็นทรัพยากรในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยรวมอย่างน้อย 3 เดือน ในการวิเคราะห์นี้ใช้ข้อมูลงบเกณฑ์คงค้าง โดยกำหนดดัชนีทางการเงินที่สำคัญ 2 ตัว คือ ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) และ ฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) (Net Income : NI) จากการศึกษา พบว่า ปี 2561-2565 ทุกโรงพยาบาลมีความมั่นคง

ทางการเงิน (Status Index) อยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 คะแนน โดยส่วนใหญ่อยู่ที่ 0 คะแนน ซึ่งถือเป็นค่าพึงประสงค์ ทำให้เห็นได้ว่าโรงพยาบาลมีการประสิทธิภาพในการสร้างรายได้จากสินทรัพย์ที่อยู่ โดยเฉพาะการดูจากดัชนีฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) (Net Income : NI) ซึ่งจะต้องมีค่าเป็นบวก จึงจะทำให้โรงพยาบาลมีความมั่นคงทางการเงินมากขึ้น ส่งผลต่อเนื้อให้เกิดทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) เพิ่มมากขึ้น ยกเว้น โรงพยาบาลกระบี่ที่มีคะแนนอยู่ที่ 1 คะแนนบ่อยครั้งที่สุด จากการมีดัชนีฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) (Net Income : NI) เป็นลบ เนื่องจากการบริการของโรงพยาบาลไม่สามารถสร้างรายได้ที่เพียงพอต่อรายจ่ายที่เกิดขึ้น แต่ยังคงมีทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) ค่อนข้างสูง เนื่องจากมีสินทรัพย์ที่เคยสร้างไว้ก่อนปี 2561 เป็นทุนสำรองเดิม จึงทำให้ไม่ประสบปัญหาในดัชนีย่อยนี้ ทั้งนี้ ทุกโรงพยาบาลมีแนวโน้มคะแนนดีขึ้นมาอยู่ที่ 0 คะแนน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 เป็นต้นมา เนื่องจากการเริ่มมีการโอนเงินชดเชยค่ารักษา COVID-19 ที่มีมูลค่าสูงมายังโรงพยาบาล แต่ยังคงพบว่า โรงพยาบาลระนองที่มีคะแนนอยู่ที่ 1 คะแนนเป็นบางครั้ง หากพิจารณาดัชนีย่อย พบว่า มีทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) และฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) (Net Income : NI) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2564 เป็นต้นมา เนื่องจาก โรงพยาบาลระนองมีรายได้จากงบลงทุนและเงินชดเชยค่าบริการรักษา COVID-19 เพิ่มเข้ามา จึงทำให้มีค่าดัชนีที่โตขึ้นอย่างรวดเร็ว และลดลงอย่างรวดเร็วเช่นกัน เนื่องจากการเบิกจ่ายเพื่อชำระหนี้สินอย่างต่อเนื่องและมีมูลค่าสูง จึงทำให้มีคะแนนอยู่ที่ 1 คะแนนบางครั้ง จากดัชนีฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) (Net Income : NI) ที่เป็นลบ

ระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (Survive Index) เป็นดัชนีที่ประกอบด้วย ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด (NWC/ANI) โดยคำนวณจากทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) หารด้วยส่วนต่างรายรับกับรายจ่ายต่อเดือน (Average Net Income : ANI) หากระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด น้อยกว่า 3 เดือน ให้นำน้ำหนักความรุนแรง (คะแนนความเสี่ยง) เท่ากับ 2

และหากระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด มากกว่า 3 เดือน แต่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ให้นำน้ำหนักความรุนแรง (คะแนนความเสี่ยง) เท่ากับ 1 และหากระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด มากกว่า 6 เดือน ให้นำน้ำหนักความรุนแรง (คะแนนความเสี่ยง) เท่ากับ 0 (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, 2562) จากการศึกษา พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ที่ 0 คะแนน นั่นหมายถึงมีทุนหมุนเวียนมากกว่าระยะเวลา 6 เดือน บ่งบอกถึงความความรอดพ้นต่อการเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (Survive Index) ยกเว้น โรงพยาบาลละอุ่นและโรงพยาบาลสุขสำราญซึ่งมีคะแนนอยู่ที่ 1 หรือ 2 คะแนนเป็นบางครั้ง เนื่องจาก ทั้ง 2 โรงพยาบาลมีทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) น้อยอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการมีฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) (Net Income : NI) เป็นลบ ในมูลค่าที่น้อยอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

ความเสี่ยงวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ (Risk Score) สามารถประเมินโดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 3 กลุ่ม คือ สภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquidity Index) มีคะแนนรวม 3 คะแนน ความมั่นคงทางการเงิน (Status Index) มีคะแนนรวม 2 คะแนน และระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (Survive Index) มีคะแนนรวม 2 คะแนน รวมคะแนนทั้งสิ้น 7 คะแนน (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, 2562) จากการศึกษา พบว่า ปี 2561-2565 โรงพยาบาลกระบี่และโรงพยาบาลกะเปอร์มีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ที่ 0 ถึง 1 คะแนน เนื่องจาก ทั้ง 2 โรงพยาบาลมีสภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquidity Index) สูง ประกอบกับมีความมั่นคงทางการเงิน (Status Index) ที่เป็นบวกอย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้มีคะแนนความเสี่ยงวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ (Risk Score) ต่ำกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ ที่เหลือ ส่วนโรงพยาบาลระนองและโรงพยาบาลละอุ่น มีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 ถึง 4 คะแนน เนื่องจาก ประสบปัญหาสภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquidity Index) ในบางครั้ง จึงทำให้ความมั่นคงทางการเงิน (Status Index) และระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (Survive Index) มีปัญหาตามไปด้วย นอกจากนี้ พบว่าโรงพยาบาลสุขสำราญเป็นโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ (Risk Score) มากที่สุด โดยมีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ที่ 0 ถึง 6 คะแนน

เนื่องจาก มีสภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquid Index) ค่อนข้างดี แต่มีความมั่นคงทางการเงิน (Status Index) ต่ำจากการมีฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) (Net Income : NI) เป็นลบบ่อยครั้ง ส่งผลให้มีปัญหาระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (Survive Index) ตามมา

เมื่อพิจารณาโดยภาพรวม พบว่า สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลที่ผ่านมาในปี 2561-2565 ถือว่ายังไม่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน ดังจะเห็นได้จากคะแนนความเสี่ยงวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ (Risk Score) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ที่มองว่าโรงพยาบาลยังไม่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน เนื่องจาก ยังมีสภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquid Index) ที่ดีอยู่ ส่งผลต่อเนื่องให้โรงพยาบาลมีความมั่นคงทางการเงิน (Status Index) สูงขึ้น และหมดปัญหาระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (Survive Index) ในที่สุด เนื่องจาก มีทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) มากกว่า 6 เดือน สำหรับสาเหตุที่ทำให้สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง มีสาเหตุมาจาก 2 ส่วน คือ 1) การสร้างรายได้เข้าโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดจากเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาที่มีความซับซ้อน บุคลากรที่ขาดความรู้ความสามารถในการเรียกเก็บค่ารักษา ศักยภาพของโรงพยาบาลที่ค่อนข้างต่ำจนไม่สามารถสร้างค่า CMI

### เอกสารอ้างอิง

- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. (2562). รายงานการประเมินวิกฤตทางการเงิน ไตรมาส 4/2562. ค้นเมื่อ มกราคม 20, 2563, จาก <http://hfo62.cfo.in.th/>.
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. (2562). คู่มือหลักเกณฑ์และแนวทางการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ 2562. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุข. (2562). รายงานแนวทางการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ (ระยะที่ 2). กรุงเทพฯ: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ไทยพับลิก้า. (2560). วิกฤตระบบสาธารณสุขไทย ทางตัวเลข รพ.รัฐ เงินบำรุงติดลบ 558 แห่ง 12,700 ล้านบาท. ค้นเมื่อ กรกฎาคม 1, 2565, จาก <https://thaipublica.org/2017/12/public-health-services-65/>.
- วิมลมาศ ริวสุวรรณ และคณะ. (2563). การวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงินประสิทธิภาพในการดำเนินงานภาระหนี้สินและความสามารถในการอยู่รอดของโรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดเชียงราย. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ. 13(1), 118-138.

ที่สูงได้ และ 2) การเกิดรายจ่ายที่สูง เนื่องจาก ขาดการวางแผนและจัดทำแผนการใช้จ่ายที่ดี ขาดการวางแผนชำระหนี้เจ้าหนี้การค้า ตลอดจนขาดการควบคุมกำกับการใช้จ่ายเงินตามแผนอย่างเคร่งครัด เป็นต้น

### กรนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลที่มีสถานการณ์การเงินดีและไม่ประสบปัญหา เนื่องจากสามารถทำดัชนีสภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquid Index) ได้ดี จากการสร้างรายได้เข้าโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากกว่ารายจ่ายที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีความมั่นคงทางการเงิน (Status Index) สูงขึ้นตามไปด้วย จึงทำให้โรงพยาบาลไม่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน ด้วยเหตุนี้ จึงควรส่งเสริมและหาวิธีการสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งไม่ว่าจะเป็นรายได้จากการบริการทั้งทางตรงหรือทางอ้อม พร้อมทั้งสร้างระบบการเรียกเก็บรายได้ที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับควรวางแผนการใช้จ่ายและวางระบบควบคุมกำกับที่ดี

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการดำเนินงานรายปีเพื่อเจาะลึกถึงปัจจัยที่ทำให้สถานการณ์การเงินของแต่ละโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลง เพื่อประโยชน์ในการวางแผนรับมือและแก้ไขปัญหาวิกฤตทางการเงินในการดำเนินงานของโรงพยาบาลปีถัดไป



- ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น และฉันทกร จันทร์สาส์น. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพคล่องและความสามารถในการทำกำไรของธุรกิจโรงแรมที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. วารสารปัญญาภิวัฒน์. 14(2): 57-72.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา. (2563). สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลัง. ค้นเมื่อ กันยายน 28, 2566, จาก <http://164.115.22.73/r9health/wp-content/uploads/2020/11/%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88-1.pdf>.
- Ross, S. (2019). Liquidity management in business and investing. Investopedia. [cited 2023 July 30]. Available from <https://www.investopedia.com/ask/answers/122714/what-liquidity-management.asp>.

**วัตถุประสงค์ :**

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

**ขอบเขตบทความ :**

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

**สำนักงาน :**

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <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 เดือน ตุลาคม – ธันวาคม
- ฉบับที่ 2 ประจำปี เดือน มกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 3 ประจำปี เดือน เมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 4 ประจำปี เดือน กรกฎาคม - กันยายน



**กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**  
**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