



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND INNOVATION

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 VOL.1 NO.2 MAY – AUGUST 2021

ISSN: 2773-899X (ONLINE) ISSN: 2773-9112 (PRINT)

 Tel 035-454049 ต่อ 5107

 FAX.035-454050

 Email : J-Phin@phcsuphan.ac.th

 <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/submissions>

 สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
Journal of Public Health And Innovation : J-PHIN

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอกในส่วนภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สำนักงาน

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050
e-mail : j-phin@phcsuphan.ac.th
website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/submissions>

พิมพ์ที่

ร้านสุพรรณก๊อปปี้ 5/28-29 ตำบลรั้วใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
โทรศัพท์ 035-961579 โทรสาร 035-961579 e-mail : suphancopy.11@gmail.com

ISSN : 2773-899X (Online)

ISSN : 2773-9112 (Print)



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

Journal of Public Health And Innovation : J-PHIN

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
คณบดีสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

บรรณาธิการ

ดร.สุทธิดี สิริรักษ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

กองจัดการ

อาจารย์พรชัย ขุนคงมี
อาจารย์ ดร.สุภาพร บุญศิริลักษณ์
นางสาวศุภนิจ ทับชัย
นางสาวกัลยาณี สุนทรสารทูล
นางสาวนฤมล เผ่าด้วง

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมัน พงศ์ภิญโญ
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรงค์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว
รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักษณะจักรกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวธ แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.ปริญญา จิตอร่าม
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.อรอนพ สนธิไชย
อาจารย์ ดร.สฤณี ผาอาจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความ เพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมที่เป็นวาระกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ฉบับนี้เป็นฉบับประจำปี ที่ 1 ฉบับที่ 2 ปีพุทธศักราช 2564 จัดทำโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพ และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ สร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอกในส่วนภาครัฐและเอกชน ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปี พ.ศ. 2564 ทางทีมบรรณาธิการวารสาร หวังว่าบทความในวารสารนี้จะเป็นประโยชน์แก่นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทางเว็บไซต์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี วารสารมีกำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย 5 เรื่อง บทความทุกเรื่องสามารถ Download ได้ในรูปแบบ pdf. File ขณะเดียวกันหากมีความสนใจในการ เขียนบทความ ทั้งด้านวิชาการ งานวิจัยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชนและสุขภาพตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงวารสารให้เหมาะสม ท่านผู้อ่านสามารถแจ้งมายังกองบรรณาธิการได้ จักขอบคุณยิ่ง

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนในการทำให้เสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article):

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะการมีคูสบฟันหลังของผู้สูงอายุ 1

อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

The oral care behavior and posterior dentition of the elderly

In Donchedi district, Suphanburi Province

การพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข 14

ระดับอำเภอและสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ อำเภอเสลภูมิ

จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Participatory Learning Mechanisms for District Health

Coordinating Committee and Multidisciplinary Health Care Professional

in Strategies Health Management, Selaphum District, Roi-Et Province

รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 33

มาตรฐาน 5 ดาวในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

The Model of Development for Sub-district Health Promoting Hospital

to the 5 Stars rating Standard in Surin Provincial Health Office

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด 49

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง

A Model of Development for Community Based Treatment Related to

Drugs Addiction Rehabilitation among Patients in Rayong Province

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการ 72

ความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

The development of traffic safety management potential model

by the Road Safety Operations Center Committee

Mueang Sisaket District, Si Sa Ket Province

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะการมีคูสบฟันหลังของผู้สูงอายุ อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

The oral care behavior and posterior dentition of the elderly

In Donchedi district, Suphanburi Province

สุวิทย์ คุณาวิศรุต^{1*}, จันทภา จวนกระจำง¹, ภัทรา ทวีผล¹

Suwit Kunawisarut^{1*}, Janthapa Juankrajang¹, Phatra Taweepol¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี¹

Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi¹

(Received: February 22, 2021; Revised: August 18, 2021; Accepted: August 18, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในลักษณะของการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal relationship) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีสภาวะการมีคูสบฟันหลัง และศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะการมีคูสบฟันหลังของผู้สูงอายุที่มี อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี การศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีลักษณะติดสังคม จำนวน 316 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบบันทึกสภาวะการมีคูสบฟันหลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติคือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.8 อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 58.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 67.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 77.2 ภาวะการมีโรคประจำตัวพบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการทำความสะอาดฟันทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.64 - 4.63 คะแนน ความสม่ำเสมอในการแปรงฟันอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.27 - 4.79 คะแนน ระยะเวลาในการแปรงฟันอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.08 - 4.56 คะแนน การใช้อุปกรณ์เสริมมีระดับน้อยถึงระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.21 - 3.07 คะแนน และพฤติกรรมการทำความสะอาดลิ้นอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.31 - 2.77 คะแนน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวนคูสบฟันหลังอยู่ในระดับมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย มีค่าเฉลี่ย 4.12 - 4.96 คู พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากประกอบด้วยพฤติกรรมการทำความสะอาดฟัน และพฤติกรรมการทำความสะอาดลิ้นมีความสัมพันธ์กับสภาวะการมีจำนวนคูสบฟันหลังในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.75

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีผลต่อสภาวะการมีคู่สบฟันหลังของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากทั้งพฤติกรรมทำความสะอาดฟันเป็นไปในทางที่ดีขึ้น แต่ยังพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟันและการแปรงลิ้นระดับปานกลาง ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริม และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อปลูกฝังด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีตั้งแต่ในวัยรุ่น และวัยทำงาน ซึ่งในอนาคตจะก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมทำความสะอาดฟัน, คู่สบฟันหลัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: suwitkunawisarut@hotmail.com Tel.088-7658745)

ABSTRACT

The objectives of this research were aimed to study oral health care behaviors and the casual relationship between factors and behaviors in the elderly with posterior teeth occlusion pairs conditions in Donchedi district, Suphanburi province. In this study, a sample was a group of 316 socialistic elderly people aged 60 years and over. The tool used for data collection was a 3 parts questionnaire, general data, oral behaviors, and the record of number of correct posterior occlusion pairs. The data were analyzed using descriptive statistics, number, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that most of the elderly were female 55.8 percent, age in the range of 60 - 69 years 58.8 percent, marital status was 67.5 percent, average monthly income that less than 5,000 Baht was 77.2 percent, The most chronic medical condition was a high blood pressure with 70.4 percent. Most of the elderly had moderate to highest level of cleaning behavior in all 3 aspects. The average was between 2.64 - 4.63 points. The average brushing consistency had high to highest level was between 4.27 - 4.79 points, the mean brushing time had high to highest level was between 4.08 - 4.56 points, the average use of accessories had low to moderate level was between 2.21 - 3.07 points, the tongue cleaning behavior had low to moderate level was between 2.31 - 2.77 points. Most of them had higher number of posterior teeth occlusion pairs than the Thai elderly's average, 4.12 - 4.96 pairs. We also found that the oral hygiene care behaviors consisted of teeth cleaning and tongue cleaning were positively associated with posterior teeth occlusion pairs with statistically significant at 0.05 and a Pearson's correlation coefficient of 0.75.

From this study, it was concluded that condition of having a back occlusion in the elderly were affected by oral health care behaviors. Teeth cleaning behavior was improved in a better direction but the using of accessories for teeth cleaning and tongue brushing was still struggling. Therefore, to promote and prevent oral health problems among the elderly. Activities should be organized to instill good oral health care behaviors from adolescents and working age, which in the future will step into the elderly.

Keywords: Elderly, Teeth cleaning behavior, Posterior teeth occlusion

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มักมีปัญหาสุขภาพในช่องปาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย รวมทั้งสุขภาพช่องปากมากกว่าวัยอื่น องค์การอนามัยโลกกำหนดคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพว่า คนเราเมื่ออายุเกิน 60 ปี ควรจะมีฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีฟันกรามสบกันดีทั้งซ้ายขวาอย่างน้อย ซ้ำละ 2 คู่ (WHO, 2016) นอกจากนี้ยังต้องมีเหงือกแข็งแรง ไม่เป็นโรคเหงือกอักเสบ จึงจะถือว่าเป็นผู้มีสุขภาพช่องปากดี การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น แต่ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย และศักยภาพในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพามาตรการสร้างเสริมสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพที่มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนตลอดอายุขัย ในปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ เห็นได้ชัดว่าเกือบทุกครอบครัวอาจมีสมาชิกที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอย่างน้อยหนึ่งคน โดยสมาชิกในครอบครัวดังกล่าว นอกจากจะมีปัญหาสุขภาพ เช่น มีโรคประจำตัวต่าง ๆ แล้ว สภาวะช่องปากนับว่าเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุด้วย (ธราธร ดวงแก้ว, 2560) เนื่องจากสุขภาพช่องปากเป็นต้นทางของการมีสุขภาพที่ดี ถ้ามีเหงือก และฟันแข็งแรง การเคี้ยว การกัด การกลืน การพูด การยิ้ม การหัวเราะ รวมทั้งการดูแลทันตสุขภาพที่ดีจะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงด้วย (Bureau of Dental Health, 2018)

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560 พบว่า ปัญหาหลักของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาโรคเหงือกโดยจากการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุมีสภาพเหงือกปกติที่ลดลงจากร้อยละ 11.5 เป็นร้อยละ 7.6 และยังพบประสบการณ์การเกิดฟันผุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นโดยศึกษาจากค่าเฉลี่ยฟันผุ/อุด/ถอน พบว่า มีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 97.1 เป็นร้อยละ 98.5 และนอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุคือ ปัญหาการสูญเสียฟัน โดยพบร้อยละ 96.8 มีการสูญเสียฟัน เฉลี่ย 13.3 ซี่/คน พบผู้สูงอายุร้อยละ 8.7 เป็นผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปาก ผู้ที่มีฟันในช่องปาก

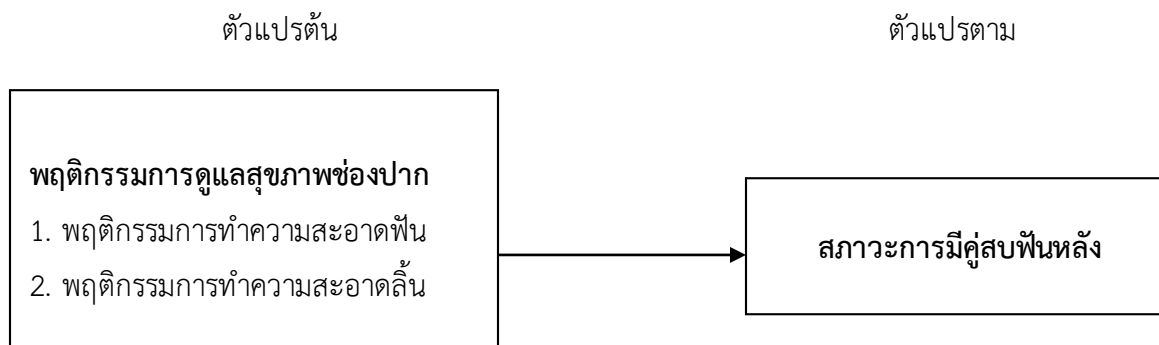
อย่างน้อย 20 ซี่ มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 57.8 เป็นร้อยละ 56.1 และผู้ที่มีฟันหลังแท้ที่ใช้งานได้ 4 คู่สบ ก็มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 43.3 เป็นร้อยละ 40.2 โดยพบว่าในระดับประเทศมีผู้ที่มีฟันหลังแท้ใช้งานได้ 4 คู่สบ เฉลี่ยร้อยละ 38.95 ในเขตสุขภาพที่ 5 มีร้อยละผู้ที่มีฟันหลังแท้ใช้งานได้ 4 คู่สบ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของระดับประเทศโดยอยู่ที่ร้อยละ 30.26 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2560) ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า จังหวัดสุพรรณบุรีมีร้อยละผู้ที่มีฟันหลังแท้ใช้งานได้ 4 คู่สบ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของระดับเขตสุขภาพ ส่วนผู้ที่มีฟันเหลือในช่องปากส่วนใหญ่ พบว่า เป็นโรคเหงือกอักเสบ และเป็นโรคปริทันต์ จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดการสูญเสียฟันอีกเป็นจำนวนมาก และในด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ร้อยละ 92 ของผู้สูงอายุ มีการแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า แต่มีการแปรงก่อนนอนเพียงร้อยละ 72.5 เท่านั้น และพบว่ายังคงมีการรับประทานอาหารหลังการแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 18.8 โดยภาคกลางเป็นภาคที่มีการรับประทานอาหารหลังการแปรงฟันก่อนนอนมากที่สุดร้อยละ 24.1 (Suphanburi Public Health Office, 2017)

จากการทบทวนสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นทำให้ทราบถึงการลดลงของจำนวนฟันคู่สบในฟันหลังแท้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในรูปแบบของข้อมูลเชิงพรรณนา ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าวโดยเลือกศึกษาในเขตอำเภอดอนเจดีย์ ซึ่งเป็นพื้นที่หนึ่งในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมทันตสุขภาพ กำหนดแนวทางโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นการสนองนโยบายของรัฐในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีสภาวะการมีคู่สบฟันหลังอำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะการมีคู่สบฟันหลังของผู้สูงอายุที่มี อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในลักษณะของการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal relationship)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 2) มีลักษณะติดสังคม สามารถเดินทางมายังรพสต.แต่ละตำบลในอำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ได้สะดวก จำนวน 7,115 คน เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีลักษณะติดบ้าน และ 2) ผู้สูงอายุขอลอนตัว คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 316 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิ (Stratified sampling) ชั้นแรก แบ่งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอำเภอดอนเจดีย์เป็น 5 ตำบล ตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในแต่ละตำบล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 75 80 63 51 และ 47 คน ชั้นสองแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน ชั้นสามทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ละหมู่บ้านและตรวจช่องปากบันทึกจำนวนคูสบฟันหลังจนได้ครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุเป็นคำถามปลายปิด ได้แก่ เพศ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา เป็นแบบตรวจสอบรายการจำนวน 4 ข้อ อายุ และภาวะการมีโรคประจำตัว เป็นคำถามแบบเติมข้อความ จำนวน 2 ข้อ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำทุกวัน บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย ซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากจะแบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

พฤติกรรมการทำงานสะอาดฟัน ประกอบด้วย ความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน ระยะเวลาในการแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำสะอาดฟัน และพฤติกรรมการทำงานสะอาดลิ้น ประกอบด้วย ความสม่ำเสมอในการทำสะอาดลิ้น

3. แบบตรวจสอบภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลัง โดยตรวจดูจำนวนฟันผู้สูงอายุ การมีฟันหลังแท้ที่ใช้งานได้ตั้งแต่หนึ่งซี่ขึ้นไป แล้วบันทึกในแบบบันทึกที่ประยุกต์จากแบบตรวจสอบสภาพช่องปากครั้งที่ 8 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ในการแปลความหมายระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Wongrattana, 2007) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือโดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม หรือดัชนีความสอดคล้องโดยหาค่า IOC จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าระหว่าง 0.73 – 1.00 อำนาจจำแนกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม มีค่าระหว่าง +0.62 ถึง +0.86 และความเที่ยงวิเคราะห์โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่า 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ และชี้แจงให้แก่ทางผู้นำชุมชนในพื้นที่ในการทำการศึกษาค้นคว้าพร้อมขออนุญาตทำการเก็บข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม โดยทำหนังสือขออนุมัติจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบตรวจ ซึ่งผู้วิจัยอธิบายวิธีการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนที่จะลงเก็บข้อมูลจริงอย่างละเอียด และผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้สูงอายุที่ได้จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) เลือกตอบได้แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และนำเสนอในรูปแบบตารางเปรียบเทียบ

2.2 แบบตรวจสอบภาวะการมีคูสบฟันหลัง การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จากการตรวจจำนวนคูสบฟันหลังในช่องปากผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบตรวจ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และข้อมูลสภาวะการมีคูสบฟันหลังของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดตามลักษณะของตัวแปร

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะการมีคูสบฟันหลังของผู้สูงอายุที่มี อำเภอตอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้คุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้แบบสอบถามและแบบตรวจ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และประเด็นการวิจัยอย่างละเอียดชัดเจน และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล มีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยจะไม่ระบุชื่อจริง ตลอดจนบอกแนวทางวิเคราะห์ว่าเป็นการวิเคราะห์แบบภาพรวม หลังเก็บข้อมูลแล้วแบบบันทึกต่าง ๆ จะถูกเก็บเอาไว้เป็นความลับ และทำลายหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลภายใน 6 เดือน หลักจริยธรรมในทุกขั้นตอนผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ PHCSPนศ-107 พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.8 อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปีร้อยละ 58.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 67.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 77.2 โรคประจำตัวพบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 70.4

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการทำความสะอาดฟัน

พฤติกรรมการทำความสะอาดฟัน	Mean	S.D.	ระดับ
1. ความสม่ำเสมอในการแปรงฟัน	4.53	0.26	มากที่สุด
2. ระยะเวลาในการแปรงฟัน	4.32	0.24	มาก
3. การใช้อุปกรณ์เสริม	2.64	0.43	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการทำความสะอาดฟันทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.64 – 4.63 คะแนน โดยความสม่ำเสมอในการแปรงฟันอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.27 – 4.79 คะแนน ระยะเวลาในการแปรงฟันอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.08 – 4.56 คะแนน การใช้อุปกรณ์เสริมอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.21 – 3.07 คะแนน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการทำความสะอาดลิ้น

พฤติกรรมการทำความสะอาดลิ้น	Mean	S.D.	ระดับ
การทำความสะอาดลิ้น	2.54	0.23	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการทำความสะอาดลิ้นอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.31 – 2.77 คะแนน

3. สภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลัง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของสภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลัง

สภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลัง	Mean	S.D.	Min	MAX
จำนวนคู่สบฟันหลัง	4.54	0.42	0	8

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวนคู่สบฟันหลังอยู่ในระดับมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย มีค่าเฉลี่ย 4.12 – 4.96 คู่

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากกับสภาวะการมีจำนวน
 คู่สบฟันหลัง

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากกับสภาวะการมีจำนวน
 คู่สบฟันหลัง

	สภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลัง
1. พฤติกรรมการทำความสะอาดฟัน	0.78*
2. พฤติกรรมการทำความสะอาดลิ้น	0.72*

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .0.5

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากประกอบด้วยพฤติกรรม การทำความสะอาดฟัน และ
 พฤติกรรม การทำความสะอาดลิ้น มีความสัมพันธ์กับสภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลังในเชิงบวก
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผล

การวิจัยเชิงพรรณนาในลักษณะของการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลนี้ มีวัตถุประสงค์
 การวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรม การทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ สภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลัง และ
 ความสัมพันธ์ดังกล่าวในผู้สูงอายุอำเภอตอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งสามารถอภิปรายผลเป็นรายข้อได้ดังนี้

1. พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรม
 การทำความสะอาดฟันทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.64 – 4.63 คะแนน
 โดยความสม่ำเสมอในการแปรงฟันอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.27 – 4.79 คะแนน
 ระยะเวลาในการแปรงฟันอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.08 – 4.56 คะแนน
 การใช้อุปกรณ์เสริมมีระดับน้อยถึงระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.21 – 3.07 คะแนน
 พฤติกรรม การทำความสะอาดลิ้น อยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.31 – 2.77
 คะแนน ซึ่งมากกว่าในการศึกษาวิจัยของ วราฤทธิ์ สฤณภูวนิช (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุติดสังคมในจังหวัด
 ตรัง มีการแปรงฟันทุกวันร้อยละ 59.6 การแปรงลิ้นเพียงร้อยละ 5.6 เนื่องจากผู้สูงอายุในอำเภอตอนเจดีย์
 ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มาจากแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริม
 สุขภาพตำบล และได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข พร้อมทั้งมีระบบ
 การส่งต่อการรักษาให้กับทันตแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการสำรวจ
 สภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2560) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการ
 แปรงฟันเป็นประจำทุกวันมีเพียงร้อยละ 53.7 เห็นได้ว่าพฤติกรรม การทำความสะอาดฟันโดยการแปรงฟัน
 ทุกวันของผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่เข้าใจถึงความสำคัญ

ของการแปรงฟัน สังเกตได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้สูงอายุที่แปรงฟันส่วนใหญ่สามารถตอบได้ว่าการแปรงฟันมีความสำคัญเพราะทำให้ช่องปากสะอาด ทำให้ฟันแข็งแรง ป้องกันฟันผุ และช่วยรักษาให้มีฟันอยู่ เป็นต้น ซึ่งการเห็นความสำคัญเหล่านี้เป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้พฤติกรรมแปรงฟันเป็นประจำทุกวันของผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ดีกว่าในงานวิจัยที่กล่าวไปในข้างต้น การศึกษาเคเวียร์เนน และคณะ (2020) พบว่า ผู้สูงอายุในอเมริกามีการทำความสะอาดลิ้น ร้อยละ 65.4 ซึ่งมากกว่าผลการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากในต่างประเทศมีอุปกรณ์ที่ช่วยในการทำสะอาดฟัน ลิ้นที่มีความหลากหลายเหมาะสมกับช่วงกลุ่มวัย และมีการเข้าถึงข้อมูลประโยชน์ของการรักษาสุขภาพช่องปากได้ง่ายกว่า

2. สภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลัง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวนคู่สบฟันหลังอยู่ในระดับมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย มีค่าเฉลี่ย 4.12 – 4.96 คู่ การศึกษาวิจัยของธนิดา ผาติเสนะ และคณะ (2561) พบว่า ผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี มีคู่สบฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสมไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 20.6 เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในตำบลตอนเจดีย์มีลักษณะติดสังคม สามารถเดินทางมารับบริการตรวจ รักษาทางทันตกรรมโดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเบื้องต้น และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มาทำหน้าที่อบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้นเป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลังที่มากกว่า การศึกษาของ มูแซคซิโอ และคณะ (2017) พบว่า ผู้สูงอายุในแถบสแกนดิเนเวียมีจำนวนคู่สบฟันหลังเฉลี่ย 4.8 - 5.2 คู่สบ ร้อยละ 85.4 ซึ่งมากกว่าสภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลังของผู้สูงอายุในการตำบลตอนเจดีย์เนื่องจากการเข้าถึงบริการทางทันตสาธารณสุขในประเทศพัฒนาแล้วมีระบบการตรวจสุขภาพช่องปากที่สะดวก รวดเร็ว ครอบคลุมตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากกับสภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลังพบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากประกอบด้วยพฤติกรรมทำความสะอาดฟัน และพฤติกรรมทำความสะอาดลิ้น มีความสัมพันธ์กับสภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลังในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องการศึกษาของกนกกร โพธิ์ศรี (2561) ที่พบว่า หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการทำความสะอาดฟันและลิ้นดี จะส่งผลให้สภาวะการมีจำนวนคู่สบฟันหลังเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของกาญจนา อาษาสร้อย (2560) พบว่า สภาวะสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ใช้อุปกรณ์เสริมในการแปรงฟัน ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการสอนหรือการแนะนำเกี่ยวกับการทำความสะอาดฟัน และลิ้นสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะทันตบุคลากรในพื้นที่ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชุมชน โดยปรับรูปแบบในการสอนสุขศึกษาในกิจกรรม ให้นเน้นการดูแลสุขภาพ

ช่องปาก โดยการใช้แปรงสีฟันและอุปกรณ์เสริม เช่น ไหมขัดฟัน แปรงชอกฟัน ฯลฯ ที่ถูกต้อง สามารถลดคราบจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุบริเวณผิวฟัน และการอักเสบของลิ้นและอวัยวะในช่องปากได้ดียิ่งขึ้น

2. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการทำความสะอาดลิ้นที่ไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่คิดว่าการทำความสะอาดลิ้นไม่สำคัญเพราะไม่เคยทำ คิดว่าการทำความสะอาดช่องปากแปรงแค่ฟันก็เพียงพอแล้ว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าลิ้นเป็นที่กักเก็บคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของกลิ่นปากได้ ดังนั้นควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชุมชนที่เน้นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก และโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยเนื้อหาเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น อาทิเช่น จัดกิจกรรมผ่านทางชมรมผู้สูงอายุหรือจัดกิจกรรมร่วมกับบริการเยี่ยมบ้านของหมอบริเวณครัว เพื่อลดปริมาณคราบจุลินทรีย์บนลิ้น และลดสาเหตุของกลิ่นปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริม และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงควรมีการปลูกฝังด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีตั้งแต่ในวัยรุ่น และวัยทำงานซึ่งในอนาคตจะก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในที่เน้นวิธีการทำความสะอาดฟันและลิ้น และการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการใช้แปรงสีฟัน และอุปกรณ์เสริม เช่น ไหมขัดฟัน แปรงชอกฟัน ฯลฯ เพื่อเป็นการปลูกฝังให้กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยรุ่นเกิดความเคยชินกับวิธีการทำความสะอาดฟันและลิ้นโดยใช้แปรงสีฟัน และใช้อุปกรณ์เสริมในการทำมาความสะอาดช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันที่เป็นสาเหตุการสูญเสียแร่ธาตุบริเวณผิวฟัน และคราบจุลินทรีย์บนลิ้นที่เป็นสาเหตุของกลิ่นปาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทอื่น ๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้สูงอายุที่มีผู้ช่วยคอยดูแล เพื่อให้ครอบคลุมลักษณะของผู้สูงอายุได้มากขึ้น
2. ควรมีการตรวจในช่องปาก เช่น การตรวจวัดระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ และระดับแผ่นคราบที่ลิ้น รวมทั้งวิธีการแปรงฟัน และลิ้น เพื่อดูประสิทธิภาพการแปรงฟัน
3. ควรศึกษาปัจจัยหลายๆ ด้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การเห็นคุณค่าตนเอง ฯลฯ

References

- กนกอร โพธิ์ศรี. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุอายุ 60 - 74 ปีทั้งใน และนอก
เมืองขอนแก่นอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล, 26(2).
- กาญจนา อาษาสร้อย. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปาก และภาวะโภชนาการของ
ผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคำบิด ตำบลคำบ่อ อำเภอวาริชภูมิ
จังหวัดสกลนคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). เรือนำรู้ สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ
: องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์.
- ธรรณ ดวงแก้ว. (2560). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ต.โพรงมะเดื่อ อ.เมือง จ.นครปฐม :
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- ธิดา ผาติเสนา และคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ
ผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 17(26).
- วรฤทธิ์ สฤษฏ์วานิช. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัด
ตรัง. วิทยาลัยการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดอนเมือง, 13(1).
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
เล่มที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่อง
ปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Bureau of Dental Health. (2018). *The 8th National oral health survey, Thailand 2017*.
Nonthaburi : Samcharoen Panich. (In Thai)
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). *Determining sample size for research
activities. Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Musacchio, E., et al. (2017). *Tooth loss in the elderly and its association with nutritional
status, socio-economic and lifestyle factors. Acta Odontol Scand* 65 (2) : 76-56.
- Quirynen, M., et al. (2020). *Impact of tongue cleansers on microbial load and taste. Journal
of Clinical Periodontology*, 31(7), 506-10.
- Suphanburi Public Health Office. (2017). *Information to respond to the oral health
serviceplan. Retrieved January 11, 2017 from*
https://spd.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (In Thai)

- WHO. (2016). *The elderly dental health report*, Geneva, World Health Organization.
- Wongrattana, C. (2007). *Statistics for research techniques (10th ed.)*. Bangkok : Thai Neramitkit Introgressive. (in Thai)

การพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข
ระดับอำเภอและสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ

อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Participatory Learning Mechanisms for District Health
Coordinating Committee and Multidisciplinary Health Care Professional
in Strategies Health Management, Selaphum District, Roi-Et Province

วิรงรอง สิงห์ยะบุศย์*

Virongrong Singyabuth*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et Provincial Health Office

(Received: June 18, 2021; Revised: August 17, 2021; Accepted: August 18, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มุ่งพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ คปสอ. ซึ่งเป็นทีมบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพและสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 ระยะที่ 3 เป็นการศึกษาผลการพัฒนาฯ ระยะเวลาในการวิจัยรวม 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ คปสอ. และสหวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 57 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบรายงานสถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ การวิจัยระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย หลักสูตรการฝึกอบรมหลักสูตรนักจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากหลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แบบสังเกตกระบวนการฝึกอบรมหลักสูตรนักจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ ส่วนการวิจัยระยะที่ 3 ใช้แบบประเมินผลการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4 อายุเฉลี่ย 45.4 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.5 คปสอ. และสหวิชาชีพด้านสุขภาพทุกคนมีประสบการณ์ในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพมากกว่า 7 ปี จากสถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพที่ผ่านมาพบว่ามีจุดแข็งในการดำเนินงาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้บริหารเป็นผู้ร่วมพลังในขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 2) การนำยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้แปลงเป็นแผนงานหรือโครงการที่ปฏิบัติได้ 3) การเชื่อมโยงและบูรณาการ และมีจุดอ่อนที่สำคัญ คือ ขาดกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับและติดตามผลอย่างเป็นระบบ และพบว่า

ผลการพัฒนาศาสตร์สุขภาพ ปีงบประมาณ 2560 - 2563 พบว่ามีผลการประเมินภาพรวมร้อยละ 67.61, 69.22, 76.74 และ 84.73 ตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นลำดับที่ 11, 13, 12, 14 จาก 20 อำเภอของ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ และพบว่ารูปแบบการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดเลือก คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพ 2) การร่างหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อ พัฒนาศักยภาพ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ 3) การฝึกอบรม เชิงปฏิบัติการ 4) การวางแผนพัฒนาและการจัดระบบการควบคุมกำกับงาน 5) การดำเนินการพัฒนา ตามแผน และ 6) การประเมินผลการพัฒนาหลักการพัฒนา ซึ่งพบว่า คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.38 ซึ่งมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ระดับการให้ข้อมูลข่าวสารข้อเท็จจริง ค่าเฉลี่ย 1.43 และมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือระดับการเสริมอำนาจ แก่สมาชิกองค์กรให้เป็นผู้ตัดสินใจ ค่าเฉลี่ย 1.27 ส่วนผลการพัฒนาศาสตร์ รอบ 9 เดือน ปีงบประมาณ 2564 พบว่าภาพรวมผ่านเกณฑ์ระดับ 5 คะแนน จำนวน 44 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 50 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 88.0 โดยยุทธศาสตร์ที่มีคะแนนประเมินสูงสุดคือยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ ร้อยละ 100 และยุทธศาสตร์ที่มีคะแนนต่ำสุดคือยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ ร้อยละ 81.3 ดังนั้น คปสอ. และสหวิชาชีพด้านสุขภาพอำเภอเสลภูมิควรเร่งรัดค้นหาส่วนขาดและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ในการดำเนินงานเพื่อวางแผนพัฒนาการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย ระดับสูงสุดต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนา ; กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ; คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ อำเภอ ; สหวิชาชีพด้านสุขภาพ ; การจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: JP_suwan@yahoo.com Tel.089-8619960)

Abstract

This research and development focus to develop participatory learning mechanisms for District Health Coordinating Committee (DHCC) and multidisciplinary health care professional in health strategies management at Selaphum District, Roi-Et Province. The research was divided into 3 phases, the first phase was to study the situation of health strategy management. The second phase was to develop the participatory learning mechanisms for DHCC and multidisciplinary health care professional in health strategy management, the final phase was to study of the results of development. The study period was 9 months. The samples were selected as specific 57 staffs selected by purposive sampling. The instrument used in the first phase was a personal data questionnaire and the health strategy management situation report form, the second phase was the Selaphum district health strategic manager training program, which the researcher applied from the course of developing expertise

in health policy and strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, observation form and health strategic management participation questionnaire form, the final phase was health strategy management assessment form. The results found that; Most of the samples were female, 68.4 percent, mean age 45.4 years, graduated with a bachelor's degree, 82.5%. All had more than 7 years of experience managing health strategies. The past health strategy management situation found 3 strength points; 1) executives are the driving force for change. 2) convert the established strategies into actionable plans and projects and 3) integrate , and the weak point was lack of participatory learning mechanisms to monitor and evaluating. The results of the development of fiscal year 2017-2020 found show results that 67.61%, 69.22%, 76.74% and 84.73%, with ranked number 11, 13, 12, 14 continuously from all 20 districts of Roi Et Province. The strategies for developing participatory learning mechanisms for managing health strategies were 6 steps, consist of :1) selected DHCC and multidisciplinary health care professions; 2) drafting training courses for potential development for DHCC and multidisciplinary health care professionals, 3) practical training, 4) development planning and organize work supervision system, 5) implementation of the development plan, and 6) evaluation of development. The results of the development revealed that the sample group participated in strategic management with high level, average 1.38, and the highest participation was the level of providing information, mean 1.43. And the least participation was the level of people's empowerment, average 1.27. The results of the 9 months health strategy development assessment, fiscal year 2021 were passed the criteria at on 5 scores 44 indicators out of 50 indicators or 88.0%. The strategy with the highest score was people excellence strategy, 100 %. The strategy with the lowest score was service excellence strategy, 81.3%. Therefore, DHCC and the multidisciplinary health care professionals of Selaphum District should expedite the search for the shortfall and factors that hinder the implementation to plan and develop participatory health strategy management to achieve the highest goals.

Keywords: development; participation learning mechanism; District Health Coordinating Committee ; health multidisciplinary; Health Strategy Management

บทนำ

ยุทธศาสตร์ (Strategy) เป็นแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เกิดจากกระบวนการวางแผนที่ดี โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การกำหนดทิศทาง 2) การประเมินองค์การและสภาพแวดล้อม 3) การกำหนดยุทธศาสตร์ 4) การดำเนินยุทธศาสตร์ และ 5) การควบคุมและประเมินผล (Phongphit.2005) และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ 4 ด้านในปี พ.ศ.2561 ประกอบด้วย 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) ด้านบริการเป็นเลิศ 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Strategy and Planning Division,2018) โดยประกอบด้วยพันธกิจ 3 ด้าน ได้แก่ 1) พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง 2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน และ 3) พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ท้นต่อการเปลี่ยนแปลงและจากนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศดังกล่าวจังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้ตั้งเป้าประสงค์ (Ultimate Goal) เพื่อรองรับในการพัฒนาจากปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ.2572 คือ ประชาชนชาวร้อยเอ็ดสุขภาพดี โดยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า 80 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 72 ปี โดยให้หน่วยงานในสังกัดเร่งรัดพัฒนาให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งมีการเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดอย่างเป็นระบบ โดยในระดับอำเภอมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ทำหน้าที่เป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพในระดับอำเภอ ให้บรรลุเป้าหมาย (Roi Et Provincial Health Office, 2020)

คปสอ.จัดตั้งขึ้นตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและถือว่าเป็นนวัตกรรมหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาความเป็นเอกภาพของโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประสานงานระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน คณะกรรมการประกอบด้วยส่วนที่มาจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจากโรงพยาบาลในสัดส่วนเท่าๆกัน ซึ่ง คปสอ.มีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดความคล่องตัวในการบริการด้านสุขภาพ การจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมทั้งการวางแผนทรัพยากรบุคคล แผนงบประมาณ และแผนงาน/โครงการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อประชาชน (Bintaku.2016) ซึ่ง คปสอ.เสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีรูปแบบโครงสร้างของคณะกรรมการอย่างชัดเจน และเป็นองค์กรหลักในการดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ โดยมีรูปแบบโครงสร้างของคณะกรรมการอย่างชัดเจน และเป็นองค์กรหลักในการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอเสลภูมิ โดยมีการประชุมเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี การนิเทศติดตามการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ และการประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนด แต่อย่างไรก็ดี ยังขาดกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพ ในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ ของอำเภอ รวมทั้งขาดทักษะการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการสาธารณสุขไม่บรรลุเป้าหมายหลายตัวชี้วัด

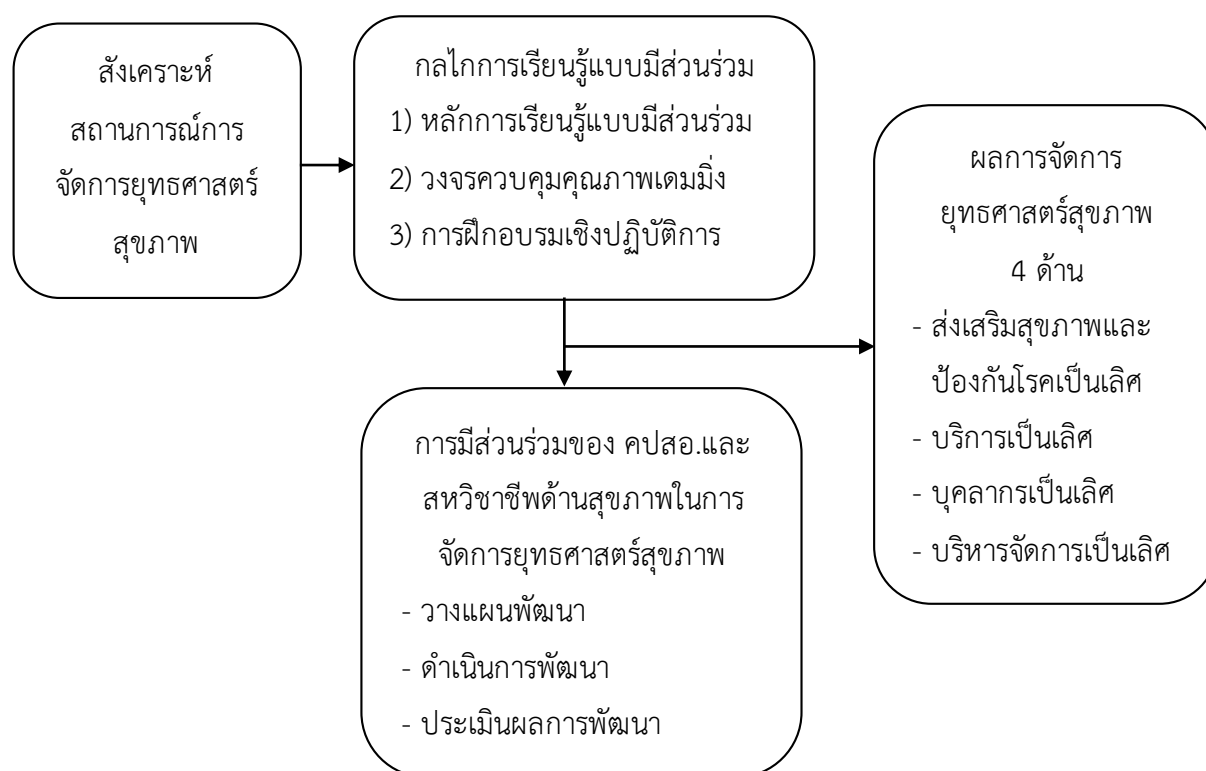
ในปีงบประมาณ 2560-2563 (Selaphum District Health Office,2020) ดังนั้น คปสอ.เสลภูมิ จึงได้มีการพยายามร่วมกันวิเคราะห์หาวิธีการในการแก้ปัญหาเหล่านี้ โดยมีการนำรูปแบบของการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมหรือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ ทั้งนี้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะและทักษะได้เป็นอย่างดี ผ่านการสังเคราะห์จากผลการวิเคราะห์ของการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผสมผสานกับการใช้กระบวนการกลุ่ม โดยในแต่ละองค์ประกอบของวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น ผู้เรียนแต่ละคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้นั้น ต้องผ่านกระบวนการกลุ่ม ฉะนั้นการให้ผู้เรียนได้ทำงานเป็นกลุ่มจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกันและช่วยกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดีซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาด้านอื่นๆในชุมชนได้เป็นอย่างดี (Department of Mental Health,2011) ซึ่งหากมีการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านรูปแบบวงจรควบคุมคุณภาพเดิมมี (PDCA) ซึ่งประกอบด้วยการวางแผนการทำงานหรือกระบวนการเพื่อให้เป้าหมายประสบความสำเร็จ, การปฏิบัติหรือการทดสอบ ซึ่งเป็นขั้นตอนการลงมือทำและเก็บข้อมูลเพื่อหาจุดอ่อนหรือจุดที่สามารถพัฒนามากขึ้นได้ รวมถึงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วย, การตรวจสอบหาช่องทางและวิธีพัฒนากระบวนการต่างๆให้เร็วขึ้นหรือมีประสิทธิภาพมากขึ้น และการดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และใช้เทคนิคการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ แล้วจะส่งผลให้กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งในด้านการวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินงาน และการประเมินผล รวมทั้งส่งเสริมแนวปฏิบัติที่ดี เพื่อให้เป็นหน่วยงานตัวอย่างและเผยแพร่แนวทางปฏิบัติที่ดีแก่ส่วนราชการอื่นๆนำไปประยุกต์ใช้ ตลอดจนสนับสนุนการสร้างศักยภาพและโอกาสให้ภาคประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารราชการ 5 ระดับ ได้แก่ 1)ระดับการให้ข้อมูลข่าวสาร 2)ระดับการปรึกษาหารือ 3)ระดับการเข้ามาเกี่ยวข้อง 4)ระดับความร่วมมือ และ 5) ระดับเสริมอำนาจประชาชน ซึ่งเป็นระดับที่บทบาทของประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงสุด (Office of the Public Sector Development Commission,2018) หากขับเคลื่อนกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านรูปแบบการวิจัยและพัฒนาจะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ (Meephain.2020) เนื่องจากการวิจัยและพัฒนาเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบมุ่งพัฒนาทางเลือกหรือวิธีการใหม่ๆ เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาและในการสร้างนวัตกรรมและประดิษฐ์กรรมที่ก่อให้เกิดความเจริญก้าวหน้าของโลกปัจจุบัน และเป็นพลวัตของการพัฒนาซึ่งทำให้สามารถสร้างความก้าวหน้าทางความคิดและการคิดค้นสิ่งใหม่ให้กับศาสตร์ทางด้านวิทยาศาสตร์ อุตสาหกรรม แพทยศาสตร์ มนุษยศาสตร์ ศิลปะศาสตร์ การศึกษาและมีบทบาทสำคัญต่อการแข่งขันและพัฒนาเทคโนโลยี (Matavanukul.2019)

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด และเป็นผู้รับผิดชอบงานนโยบายและยุทธศาสตร์ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพของ คปสอ.เสลภูมิ ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยผลการวิจัยจะเป็นสารสนเทศสำคัญที่ใช้ในการนำเข้าไปเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอำเภอเสลภูมิและสอดคล้องกับการหลักการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนางานด้านสุขภาพและนำไปสู่การวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพสำหรับ คปสอ.อำเภอเสลภูมิ และพื้นที่อื่นของจังหวัดร้อยเอ็ดต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอและสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดตามกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขและสหวิชาชีพด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development ; R&D) ดำเนินการวิจัยในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาวิจัยรวม 9 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ คปสอ.เสลภูมิ ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ 3869/2563 ลงวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ.2563 จำนวน 16 คน และสหวิชาชีพ ด้านสุขภาพ อำเภอเสลภูมิ จำนวน 41 คน รวมจำนวน 57 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Vanichbuncha.1999) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 3 ข้อ ดังนี้

- 1) ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเสลภูมิอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 3 ปี
- 2) มีความสนใจและสมัครใจเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการจัดการ ยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ ตลอดระยะเวลาตามหลักสูตร 2 วัน โดยได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา
- 3) มีจิตสาธารณะ เคารพกฎระเบียบของสังคม มีทักษะในการสังเกตหรือการจดจำ รวมถึงทักษะในการบอกเล่า เล่าเรื่อง หรือการจดบันทึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ 3 ชุด ประกอบด้วย
 - ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพ
 - ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ
 - ชุดที่ 3 แบบประเมินผลการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากระบบการ ประเมินผลงานตามตัวชี้วัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2564
2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ 3 ชุด ประกอบด้วย
 - ชุดที่ 4 แบบรายงานข้อมูลสถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลและสถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ อำเภอเสลภูมิ
 - ชุดที่ 5 แบบสังเกตกระบวนการฝึกอบรมหลักสูตรนักจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ
 - ชุดที่ 6 หลักสูตรการฝึกอบรมหลักสูตรนักจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ ซึ่งผู้วิจัย ประยุกต์มาจากหลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ (Health Policy & Strategy Training Program : HPT) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง - สาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ ไปปรึกษาและขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) รวมถึงพิจารณาความเหมาะสมของร่างหลักสูตรนักจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ แล้วนำไปประยุกต์ใช้

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) โดยการสอบถาม คปสอ. และสหวิชาชีพด้านสุขภาพอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและสภาพทางภูมิศาสตร์ใกล้เคียงกันกับพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จำนวน 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในการถาม รวมถึงความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามเพื่อใช้ในการสอบถาม และจดบันทึกได้อย่างถูกต้อง ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.8124

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงประธาน คปสอ.อำเภอเสลภูมิ เพื่อแจ้งให้ทราบถึงแผนการวิจัย พร้อมทั้งคัดเลือก คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพเข้าร่วมการวิจัยและพัฒนา รวมถึงแจ้งแผนการฝึกอบรมหลักสูตร นักจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ภาคสนามของการวิจัยและพัฒนาทุกขั้นตอน

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมายตามแผนที่กำหนดไว้ โดยแบ่งออกเป็นกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ ซึ่งได้จากข้อมูลทุติยภูมิ จากแบบรายงานสถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ ปี 2560-2563

2.2 ขั้นตอนที่ 2 พัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเริ่มจากการฝึกอบรมหลักสูตรนักจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ เพื่อพัฒนาศักยภาพ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยใช้วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ผสมผสานกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งหลักสูตรนี้เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างเต็มที่ จากนั้นผู้เข้าอบรมได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมีส่วนร่วม ทั้งขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติหรือการทดสอบ การตรวจสอบหาช่องทางและวิธีพัฒนาระบบการต่าง ๆ

ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งเป็นรูปแบบการพัฒนาตามวงจรควบคุมคุณภาพเดมมิ่ง (PDCA) ได้อย่างเป็นระบบ

2.3 ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลของการพัฒนาการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ คปสอ. และสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยผู้วิจัยและ คปสอ. รวมทั้งสหวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้ร่วมประเมินผลการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ รอบ 9 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2564 ตามแบบประเมินผลการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพที่กำหนดไว้

3. จัดเวทีคืนข้อมูลผลการพัฒนาการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพแก่ คปสอ. รวมถึงสหวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

1.2 ข้อมูลผลการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพย้อนหลังในปีงบประมาณ 2560 - 2563 วิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ

1.3 ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) พิจารณาค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยนำช่วงของค่าเฉลี่ยมาจัดระดับ (Srisa-ard.1992) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.00 - 0.66 หมายถึง มีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.67 - 1.33 หมายถึง มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.34 - 2.00 หมายถึง มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง

1.4 ข้อมูลผลการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพที่ได้จากการพัฒนายุทธศาสตร์รอบ 9 เดือนแรก ของปีงบประมาณ 2564 วิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย จุดแข็ง จุดอ่อนในการจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ซึ่งได้มาจากการสังเคราะห์สถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมถึงข้อมูลที่ได้มาจากการสังเกตขั้นตอนการพัฒนาการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ตามเอกสารรับรองเลขที่ COE 0242564

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4 อายุเฉลี่ย 45.4 ปี อายุราชการมากกว่า 21 ปี ร้อยละ 64.9 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.7 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.5 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 87.7 ปฏิบัติงานในบทบาทสหวิชาชีพ ร้อยละ 71.9 ลักษณะการมีส่วนร่วมในกระบวนการยุทธศาสตร์ โดยการที่พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 59.6 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การฝึกอบรมเกี่ยวกับการยุทธศาสตร์สุขภาพทุกคน ซึ่งส่วนใหญ่มีระยะเวลาครั้งล่าสุดที่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการยุทธศาสตร์สุขภาพต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 82.5 ดังตารางที่ 1

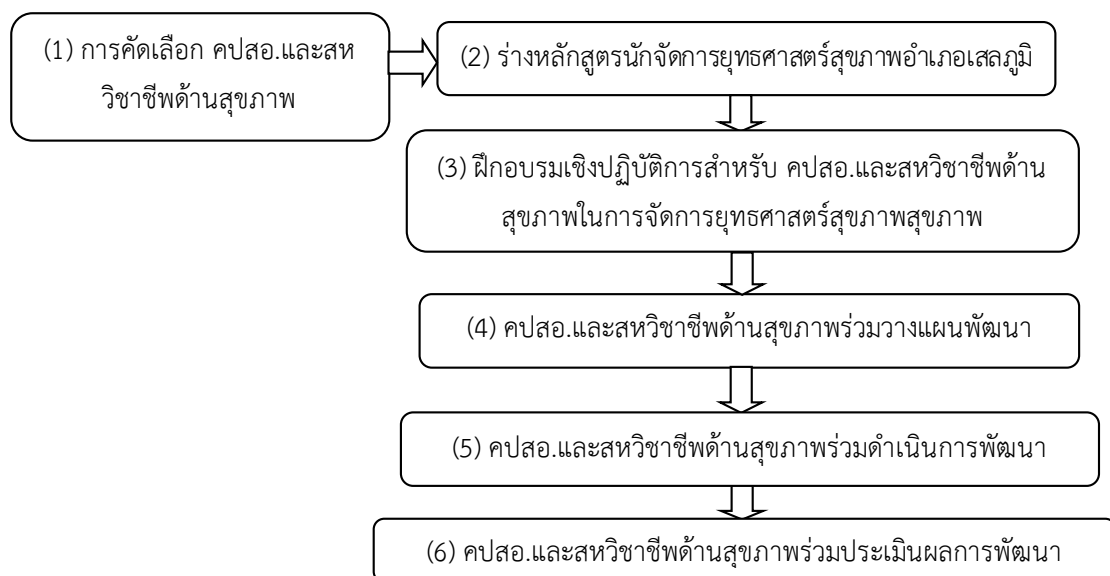
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง(n=57)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=57)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	31.6
หญิง	39	68.4
อายุ (ปี)		
30-40 ปี	9	15.8
40-50 ปี	28	49.1
51-60 ปี	20	35.1
Max= 59, Min=34,Mean=45.4		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	47	82.5
สูงกว่าปริญญาตรี	10	17.5
ระยะเวลาที่มีประสบการณ์ในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพมากกว่า 7 ปี	57	100

จากการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ พบว่า มีจุดแข็งในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้บริหารเป็นผู้ร่วมพลังขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 2) การนำยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้แปลงเป็นแผนงาน/โครงการที่ปฏิบัติได้ 3) การเชื่อมโยงและบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีจุดอ่อนที่สำคัญคือขาดกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ส่วนผลการพัฒนาปีงบประมาณ 2560-2563 พบว่ามีคะแนนผลการประเมินภาพรวมร้อยละ 67.61,69.22,76.74 และ 84.73 ตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นลำดับที่ 11,13,12,14 จากทั้งหมด 20 อำเภอของจังหวัดร้อยเอ็ด จากการศึกษาค้นข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ พบว่า แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้เหมาะสมในการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ คปสอ. และสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental

Health.2011) วงจรควบคุมคุณภาพเดมมิง หรือ PDCA (Thailand Productivity Institute.2019) และหลักการมีส่วนร่วมตามแนวทางการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (Office of the Public Sector Development Commission.2018) ซึ่งผ่านการมีส่วนร่วม 5 ระดับ ได้แก่ 1)ระดับการให้ข้อมูลข่าวสารข้อเท็จจริง 2)ระดับการร่วมปรึกษาหารือให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะเพื่อประกอบการวิเคราะห์ กำหนดทางเลือกและตัดสินใจ 3) ระดับร่วมปฏิบัติหรือเสนอแนะแนวทางการจัดการ 4)ระดับร่วมทำกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่อง และ 5) ระดับการเสริมอำนาจแก่สมาชิกองค์กรหรือประชาชนให้เป็นผู้ตัดสินใจ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ คปสอ. และสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ อำเภอเสลภูมิ พบว่ามีประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดเลือก คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิพร้อมด้วยสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ ได้ร่วมดำเนินการคัดเลือกจากเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ 2) ผู้วิจัยร่างหลักสูตรนักจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ โดยประยุกต์มาจากหลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีหัวข้อที่สำคัญที่บรรยายโดยวิทยากรกระบวนการ ได้แก่ นโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศ และของจังหวัดร้อยเอ็ด การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ ระบบติดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและตัวชี้วัด การพัฒนาภาวะผู้นำด้านการบริหารจัดการ การสื่อสาร การประสานงาน และที่สำคัญคือการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพของผู้เข้ารับการศึกษาฝึกอบรมแต่ละคน รวมถึงการทำกิจกรรมกลุ่มและเทคนิคการหาความรู้เพิ่มเติม 3) ดำเนินการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพ 4) คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพร่วมวางแผนพัฒนาและการจัดระบบการควบคุมกำกับงาน 5) ร่วมดำเนินการพัฒนาตามแผน และ 6) ร่วมประเมินผลการพัฒนา ดังแผนภูมิที่ 1



ผลการวิจัยระยะที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพตามแนวทางการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.38 ซึ่งมีส่วนร่วมมากที่สุดคือระดับการให้ข้อมูลข่าวสารข้อเท็จจริง ค่าเฉลี่ย 1.43 และมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือระดับการเสริมอำนาจแก่สมาชิกองค์กรให้เป็นผู้ตัดสินใจ ค่าเฉลี่ย 1.27 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละและค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมของ คปสอ.และสหวิชาชีพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ(n=57)

ระดับของการมีส่วนร่วม	ร้อยละการมีส่วนร่วม (n=57)			X	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
	ทุกครั้ง/ส่วนใหญ่	บางครั้ง	ไม่มี			
1.การให้ข้อมูลข่าวสารข้อเท็จจริง	48(84.2)	9(15.8)	-	1.43	0.44	สูง
2.ร่วมปรึกษาหารือให้ข้อคิดเห็น	41(71.9)	16(28.1)	-	1.40	0.45	สูง
ข้อเสนอแนะ						
3.ร่วมปฏิบัติหรือเสนอแนะ	35(61.4)	21(36.8)	1(1.8)	1.37	0.49	สูง
4.การทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	35(61.4)	21(36.8)	1(1.8)	1.37	0.49	สูง
5.การเสริมอำนาจแก่สมาชิกองค์กรและประชาชนให้เป็นผู้ตัดสินใจ	11(19.3)	40(70.2)	6(10.5)	1.27	0.46	ปานกลาง
โดยรวม	34(59.6)	21(26.9)	2(3.5)	1.38	0.47	สูง

ผลการพัฒนากลไกการเรียนรู้ด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่าผลการประเมินการพัฒนายุทธศาสตร์ รอบ 9 เดือน ปีงบประมาณ 2564 ซึ่งมีทั้งหมด 50 ตัวชี้วัดผ่านการประเมินในระดับ 5 คะแนน จำนวน 44 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 88.0 โดยยุทธศาสตร์ที่มีผลการประเมินสูงสุดคือยุทธศาสตร์ที่ 3บุคลากรเป็นเลิศ ร้อยละ 100 รองลงมาคือยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคเป็นเลิศ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล และยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ ร้อยละ 91.3, 85.7 และ ร้อยละ 81.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินรายยุทธศาสตร์ รอบ 9 เดือน ปีงบประมาณ 2564

ยุทธศาสตร์	ผลการประเมินตามตัวชี้วัด(ข้อ)			
	ผ่าน	ร้อยละ	ไม่ผ่าน	ร้อยละ
1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคเป็นเลิศ	21	91.3	2	8.7
2. บริการเป็นเลิศ	13	81.3	3	18.7
3. บุคลากรเป็นเลิศ	4	100	-	-
4. บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล	6	85.7	1	14.3
ภาพรวม	44	88.0	6	12.0

เมื่อพิจารณาผลการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพรอบ 9 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2564 รายตัวชี้วัดพบว่า มีตัวชี้วัดที่มีผลการประเมินไม่ถึงระดับ 5 คะแนน จำนวน 6 ตัวชี้วัด ได้แก่

1) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี 2) ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค 3) ร้อยละความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ 4) ร้อยละผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายได้รับการบรรเทาอาการปวดด้วย Opioid 5) ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และ 6) ระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินตัวชี้วัดที่ยังไม่เกณฑ์เป้าหมาย รอบ 9 เดือน ปีงบประมาณ 2564

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี	40	29.31
2. ความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค	ระดับ 5	ระดับ 4
3. ความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	92	83.3
4. ผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายได้รับการบรรเทาอาการปวดด้วย Opioid	60	54.4
5. ความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	ระดับ 5	ระดับ 4
6. ระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์	92	85.0

อภิปรายผล

1. ข้อมูลสถานการณ์การจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ ก่อนการขับเคลื่อนการพัฒนาโครงการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีประสบการณ์ทำงานในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ ไม่น้อยกว่า 7 ปีนั้น นั่นถือว่าเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิได้เป็นอย่างดี เนื่องจากผู้ที่มีประสบการณ์จะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการแนะนำบุคลากรหรือเพื่อนร่วมงาน ได้เป็นอย่างดี รวมถึงมีระยะเวลาครั้งล่าสุดที่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการยุทธศาสตร์สุขภาพ ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 82.5 นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.6 มีส่วนร่วมในกระบวนการยุทธศาสตร์ โดยการทีมพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นภารกิจเฉพาะด้าน ดังนั้นอำเภอเสลภูมิอาจจะต้องเร่งรัดพัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพกลุ่มนี้ให้มีทักษะในการจัดการยุทธศาสตร์โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะด้านวิชาการ และการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ส่วนจุดแข็งในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารเป็นผู้ร่วมพลังขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการนำยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้แปลงเป็นแผนงานหรือโครงการที่ปฏิบัติได้ และการเชื่อมโยงและบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือว่าเป็นต้นทุนที่สำคัญอย่างยิ่งของ คปสอ.เสลภูมิ สำหรับจุดอ่อนในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพที่พบว่าขาดกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบนั้น คปสอ. เสลภูมิและสหวิชาชีพด้านสุขภาพได้เข้าร่วมโครงการวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการจัดการจุดอ่อนอย่างเป็นรูปธรรมและ คปสอ.ตลอดจนสหวิชาชีพด้านสุขภาพยังได้เป็นแกนนำสำคัญในการขับเคลื่อนแผนงานหรือโครงการสู่การบรรลุเป้าหมายอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง สำหรับผลการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพในปีงบประมาณ 2560-2563 นั้น

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564

ถือว่าเป็นบทเรียนที่ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพอำเภอเสลภูมิจะได้นำมาทบทวนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน และแก้ไขจุดบกพร่องเพื่อให้มีผลการพัฒนาในระดับที่สูงขึ้นต่อไป ส่วนผลการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เหมาะสมในการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่ามี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) วงจรควบคุมคุณภาพของเดมมิ่ง(PDCA) และหลักการมีส่วนร่วมตามแนวทางการบริหารราชการแบบ มีส่วนร่วมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ(2558) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบได้ใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและอ้างอิงได้อย่างเหมาะสมและเป็นระบบ โดยวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลักวิถีชีวิตสีเขียวเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของครอบครัว ของ Yuranun,T (2017) ที่พบว่าขั้นตอนในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเริ่มจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกครอบครัว การระบุปัญหาและความต้องการที่จะแก้ไขสุขภาวะของครอบครัว การวางแผนกิจกรรมการเรียนรู้ การทดลองใช้ในชีวิตประจำวัน การหาความรู้เพิ่มเติม การทดลองใช้ในชีวิตประจำวันซ้ำ รวมถึงการประเมินผลด้วยตนเอง และถือว่าเป็นวิธีการใหม่ในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอเสลภูมิ เนื่องจากที่ผ่านมาไม่เคยมีการฝึกอบรมหลักสูตรนักจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ ซึ่งพบว่าหลักสูตรการฝึกอบรมครั้งนี้ส่งผลต่อการเรียนรู้และการทำงานร่วมกันในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพของ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพ รวมถึงได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ มีความรับผิดชอบต่อการทำกิจกรรมกลุ่ม และการแสวงหาความรู้ใหม่ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Saengdao,T(2014) ที่พบว่าข้อดีของการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาวรรณคดีสำหรับเด็กคือการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมกับความรู้ใหม่ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทั้งด้านพุทธิพิสัยจิตพิสัยและทักษะพิสัย นอกจากนี้ยังพบว่าการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ PDCA ในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอเสลภูมินั้น มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wannapha, Y. , Phatthita ,S. , Ekachai,N.(2018) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านการประคุณภาพการศึกษาภายในด้วยวงจรคุณภาพ PDCA ของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี - ราชมนถสุวรรณภูมิ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยระดับมากเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายกลยุทธ์และแผนงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเป็นการปฏิบัติงานโดยอาศัยแนวทางตามแผนการประกันคุณภาพของหน่วยงาน พร้อมกับการค้นคว้าข้อมูลและศึกษาความรู้เพื่อใช้ประกอบ การปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นประสิทธิภาพด้านงาน ประกันคุณภาพอย่างเสมอ อีกทั้งมีการปฏิบัติงานที่เชื่อมโยงกับเกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษา ด้านการมีส่วนร่วมในการนำผลการประเมินมาปรับปรุงมีการแลกเปลี่ยนข้อเสนอแนะและจัดทำแผนพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการศึกษา ส่วนแนวคิดการมีส่วนร่วมตามแนวทางการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2558) นั้นตรงกับแนวคิดในการศึกษาการบริหารราชการ

แบบมีส่วนร่วมของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนของ Parichart,E.(2018) ที่พบว่าผู้บริหารมีการปรับบทบาทมาเป็นผู้ร่วมขับเคลื่อน และมีการสร้างการรับรู้ ความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและประชาชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม และควรพัฒนาระบบงานการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมให้เป็นระบบ สามารถถอดองค์ความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติงานและนำเข้้องค์ความรู้ใหม่เพื่อรวบรวมให้เป็นองค์ความรู้ขององค์กร ตลอดจนสร้างวัฒนธรรมการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมจนกลายเป็นข้อพึงปฏิบัติในการปฏิบัติงานของทุกคนในองค์กร

2. กระบวนการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ อำเภอสลภูมิ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของ คปสอ.และสหวิชาชีพในการดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์อย่างชัดเจน เช่น ขั้นตอนการพิจารณาคัดเลือก และอนุมัติให้สหวิชาชีพด้านสุขภาพเข้าร่วมการฝึกอบรมหลักสูตรนักจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพนั้น ดำเนินการโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสลภูมิพร้อมด้วยทีมบริหารของโรงพยาบาลสลภูมิรวมถึงสาธารณสุขอำเภอสลภูมิ และเมื่อผู้วิจัยได้ร่างหลักสูตรนักจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพแล้วนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ก่อนที่จะนำมาใช้ได้มีการขอความเห็นชอบจากแกนนำ คปสอ.สลภูมิ เพื่อเชื่อมโยงการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม รวมถึงการทำกิจกรรมกลุ่มและเทคนิคการหาความรู้เพิ่มเติม ส่วนการดำเนินการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการนั้นผู้วิจัยได้เชิญวิทยากรกระบวนการมาอำนวยความสะดวกและเน้นให้ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้มากที่สุดในแต่ละหัวข้อของหลักสูตร ซึ่ง คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพร่วมวางแผนพัฒนาและการจัดระบบการควบคุมกำกับงานร่วมดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพตามแผนงานหรือโครงการ รวมถึงร่วมประเมินผลการพัฒนาภายใต้หลักเกณฑ์ วิธีการ และตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Anchalee, M. (2020) ที่พบว่าพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดเลือก อสม. 2) การพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ 3) การริเริ่มพัฒนา 4) การวางแผนพัฒนา 5) การดำเนินการพัฒนา และ 6) การประเมินผลการพัฒนา นอกจากนั้นในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอสลภูมิยังชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของกลไกการมีส่วนร่วม 5 ระดับตามแนวทางการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2558) อย่างชัดเจน ซึ่งในระดับการให้ข้อมูลข่าวสารและข้อเท็จจริงนั้น ทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพได้ประชาสัมพันธ์แจ้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพแก่ประชาชนในการให้บริการในสถานบริการและการปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชน และร่วมวางแผนการควบคุมกำกับติดตามประเมินผลการพัฒนาไว้อย่างเป็นระบบ ซึ่งพบว่ากิจกรรมนี้มีลักษณะเดียวกันกับขั้นตอนการวางแผน P(Plan) ของกระบวนการ PDCA ส่วนระดับการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่อง ลักษณะงานมีความสอดคล้องกับขั้นตอน D(Do)

ของกระบวนการ PDCA โดย คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพมีการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการ นอกจากนั้นยังมีส่วนร่วมในการบริหารงบประมาณ ทั้งในส่วนที่เป็นงบจัดสรรโดยตรงจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเสลภูมิ และงบประมาณจากกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอเสลภูมิทั้ง 17 แห่ง ส่วนการมีส่วนร่วมระดับสูงสุด คือ การเสริมอำนาจแก่สมาชิกองค์กรและประชาชนให้เป็นผู้ตัดสินใจนั้น ลักษณะงานตรงกับขั้นตอน C(Check) และ A(Act) ของกระบวนการ PDCA โดยการจักระบบควบคุมกำกับ การประเมินแผนงานหรือ โครงการที่ได้กระทำไปสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด ผลการพัฒนาเป็นภาพรวมเป็นอย่างไร การถอดบทเรียนหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ สร้างสรรค์นวัตกรรมและ เผยแพร่ผลงานเด่นรวมถึงวิธีปฏิบัติที่ดีเยี่ยม (Best Practice) ในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ สำหรับข้อมูลการมีส่วนร่วมพบว่า คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์ สุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสูงนั้น เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในแต่ละระดับตามแนวทางการบริหาร ราชการแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ พบว่า คปสอ.และสหวิชาชีพ ด้านสุขภาพมีส่วนร่วมมากที่สุดคือระดับการให้ข้อมูลข่าวสารข้อเท็จจริงนั้น อาจเป็นเพราะบุคลากร สาธารณสุขกลุ่มนี้มีความคุ้นเคยกับการใช้ข้อมูลและสถิติที่เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนางานด้านสุขภาพ รวมถึงมีช่องทางในการค้นหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับภารกิจที่ตนเองรับผิดชอบ ส่วนการมีส่วนร่วม ในระดับปานกลางคือระดับการเสริมอำนาจแก่สมาชิกองค์กรหรือประชาชนให้เป็นผู้ตัดสินใจนั้น อาจเป็นเพราะ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพยังขาดทักษะสำคัญในการเสริมพลังแก่ภาคีเครือข่าย รวมถึงการขาดช่องทางที่เหมาะสมในการเสริมอำนาจแก่สมาชิกและกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้องในประเด็น การพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพนั้น ซึ่ง คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพต้องค้นหาแนวทางที่เหมาะสม ในการสร้างและพัฒนากลไกการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมที่เปิดให้ประชาชนหรือ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงการติดต่อสื่อสารแบบสองทางกับประชาชนอย่างชัดเจน และเป็นระบบ ทั้งช่องทางที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แล้วการนำข้อคิดเห็นของประชาชน มาประกอบการตัดสินใจขององค์กร พร้อมทั้งอธิบายเหตุผล ซึ่งจะเป็นการจัดกระบวนการรับฟัง ความคิดเห็นของประชาชนอย่างทันท่วงที ถูกต้อง และเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

3. ผลของการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่า ผลการประเมินการพัฒนา ยุทธศาสตร์ รอบ 9 เดือน ปีงบประมาณ 2564 ผ่านการประเมินในระดับ 5 คะแนน จำนวน 44 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 50 ตัวชี้วัดหรือ ร้อยละ 88.0 ซึ่งมีค่าคะแนนสูงกว่ารอบ 3 ปีที่ผ่านมา เป็นเพราะ คปสอ. และสหวิชาชีพด้านสุขภาพได้รับการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์ สุขภาพอย่างเป็นระบบ และได้วางแผนการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลการพัฒนาอย่างเข้มข้น โดยมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบรายตัวชี้วัดอย่างชัดเจนทั้งส่วนโรงพยาบาลเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเสลภูมิ ตลอดจนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดทั้ง 25 แห่ง สำหรับยุทธศาสตร์ ที่มีผลการประเมินสูงสุดคือยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศนั้น อาจเป็นเพราะส่วนหนึ่งของหลักสูตร

การพัฒนาศักยภาพกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีเนื้อหาวิชาที่เรียนรู้สอดคล้องกับตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์นี้ เช่น ทักษะการประสานงาน ทักษะการสื่อสาร ซึ่งนำไปสู่การจัดการพัฒนาตัวชี้วัดดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม ส่วนตัวชี้วัดที่มีผลการประเมินไม่ถึงระดับ 5 คะแนน จำนวน 6 ตัวชี้วัดนั้น เนื่องจากบางโครงการต้องมีการประเมินผลงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ เช่น การรายงานระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค และความสำเร็จของการรักษาโรคปอดรายใหม่ หรือบางโครงการอาจจะอยู่ในระหว่างดำเนินกิจกรรมตามแผนพัฒนา เช่น โครงการเร่งรัดกิจกรรม 4 อ.3 ส.สำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน การผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายได้รับการบรรเทาอาการปวดด้วย Opioid และการเร่งรัดมาตรฐานการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่าระดับการมีส่วนร่วมยุทธศาสตร์สุขภาพตามแนวทางการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการที่ คปสอ.เสลภูมิและสหวิชาชีพด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีค่าคะแนนระดับการมีส่วนร่วมต่ำที่สุดคือ คือ ระดับการเสริมอำนาจแก่สมาชิกองค์กรหรือประชาชนให้เป็นผู้ตัดสินใจ ดังนั้น คปสอ.เสลภูมิและสหวิชาชีพด้านสุขภาพ ควรเร่งรัดค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างและพัฒนากลไกการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยอาจจะเปิดให้บุคลากรสาธารณสุขในระดับชุมชน รวมถึงประชาชนหรือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้าถึงระบบการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพได้อย่างทั่วถึงและหลากหลายช่องทาง แล้วการนำข้อคิดเห็นนั้นมาใช้พิจารณาประกอบการตัดสินใจเพื่อวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพในรอบปีงบประมาณต่อไป

2. ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพอำเภอเสลภูมิเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมในการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพภายใต้บริบทของพื้นที่อำเภอเสลภูมิ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดระบบการควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผลการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยมีผลการพัฒนารอบ 9 เดือน ปีงบประมาณ 2564 อยู่ในระดับสูงกว่าในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาอย่างชัดเจน ดังนั้นหากอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดร้อยเอ็ดได้นำแนวทางการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในระดับอำเภอหรือระดับตำบล อาจส่งผลทำให้การพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพของพื้นที่นั้นมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาวเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ คปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอเสลภูมิ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประเด็น “การพัฒนาระบบการส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพประจำปี” ซึ่งจะให้เห็นระบบการเชื่อมโยงรูปแบบการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพในระดับพื้นที่และภาคีเครือข่ายได้อย่างชัดเจน

References

- Anchalee, M.(2020). *The Participatory Learning Mechanisms for Village Health Volunteers Specialized in Oral Health for Oral Health Behavior Management among 12 years old in Nong Han District, Udon Thani, 2020*. Research report,2020. (in Thai)
- Boonchom, S.(1992). *Principles of preliminary research*. 3rd edition, Bangkok : Suwiriyasas.Paitoon.(in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health.(2011). *Participatory training manual*. 4th edition, Bangkok : Wongkamon Productions Co., Ltd., 2011. (in Thai)
- Detkul,M.(2019). *Research Articles-Academic Articles*. Retrieved on January 16, 2021 from <http://www.curriculum-instruction.com/index.php/journal>. (in Thai)
- Kalaya, V.(1999). *Statistical Analysis: Statistics for Administration and Research*. 6th edition. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.(in Thai)
- Office of the Public Sector Development Commission (OPDC).(2018). *Participatory government administration*. Retrieved on January 8, 2021 from <https://www.opdc.go.th/content/Mjc4Nw>.(in Thai)
- Office of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Health.(2020) *Health Policy & Strategy Training Program : HPT*, Training course documents,2020. (in Thai)
- Parichart, E.(2018).*Participatory Governance of the Department of Juvenile Observation and Protection*. Research report,2016. (in Thai)
- Prasert, B.(2016). *Factors influencing the implementation of policies and strategies for health development of District Health Coordinating Committee, Bueng Kan Province*. Research report,2016. (in Thai)
- Roi Et Provincial Health Office.(2020).*Documents for health government inspection, 1/2020*.(in Thai)

- Saengdao,T(2014). *Participatory Learning: From Theory to Practice in Children's Literature Course*. Research report,2014. (in Thai)
- Selaphum District Health Office.(2019). *Summary of Health Performance, Selaphum District, Roi Et Province of the year 2019*.(in Thai)
- Seree, P.(2005). *Strategies for Concentrated Community,Civil Socilty*.Bangkok: The project of Life University, Institute of Learning for All.(in Thai)
- Strategy and Planning Division. Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health (2018). *Strategic Plan, Ministry of Public Health. Fiscal Year 2018*.(in Thai)
- Thailand Productivity Institute.(2019). *PDCA at the heart of continuous improvement*. Retrieved on January 8, 2021 from <https://www.ftpi.or.th/2015/2125>. (in Thai)
- Wannapha, Y. , Phatthita ,S. , Ekachai,N.(2018).Participation in the practice of internal education quality assurance with the PDCA quality cycle of personnel Rajamangala University of Technology, Research report,2018. (in Thai)
- Yuranun, T.(2017). *Development of Participatory Learning Process Based on Green Living Principles for Enhancing Family Well-Being*. Research report,2017. (in Thai)

รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาตรฐาน 5 ดาวในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

The Model of Development for Sub-district Health Promoting Hospital to the 5 Stars rating Standard in Surin Provincial Health Office

ยุทธชัย นพพิบูลย์*

Yuthachai Noppiboon*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์*

Surin Provincial Public Health Office*

(Received: July 12, 2021; Revised: August 24, 2021; Accepted: August 26, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 5 ดาว ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ติดดาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 70 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ประกอบด้วยขั้นตอน 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแต่งตั้งคณะทำงาน 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การดำเนินงานตามแผน 5) การสังเกตการดำเนินงาน 6) การคืนข้อมูลและเปรียบเทียบผลและ 7) สรุปและถอดบทเรียนและพบว่าภายหลังการดำเนินงานในส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงโดยมีคะแนนเพิ่มจากร้อยละ 42.80 เป็นร้อยละ 91.40 การมีส่วนร่วมคะแนนเพิ่มจากร้อยละ 25.70 เป็นร้อยละ 65.70 และความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (mean =4.05, SD.=0.32) ภายหลังการพัฒนา พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 5 ดาว ทุกแห่ง โดยสรุปกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวครั้งนี้มีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ การกำหนดนโยบายจากผู้บริหารที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาของทีมสหวิชาชีพและการมีระบบกำกับนิเทศติดตามของทีมสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว5 ดาว

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: pleng2547@gmail.com Tel.084-8342882)

Abstract

The Sub-District Health Promoting Hospitals or Primary Care Units should be developed the quality service as the Primary Care Award (PCA) standard (5 Stars Rating). The purpose of this research was to study the development model for Sub-district Health Promoting Hospital using 5 stars rating that been operated in Surin Provincial Health Office. The study design was Action research. The study was divided by using quality cycle in the Process. Those were Planning Stage (P), Acting Stage (A), Observe Stage (O) and Reflect Stage (R). The 70 samples of the PCU administrators and staffs were operated in 2020, in Surin province. The participants were purposive selected as the sample. The study tools were a questionnaire and an interview. The data were analyzed by using Percentage, Mean, and Standard Deviation by using statistics software programs.

The study indicated that the development process consists of 7 steps: 1) Appointment of task force committee 2) Situational analysis 3) Formulation of action plan 4) Plan Implementation 5) Observation 6) Data Retrieval and Comparison 7) Summary and Lesson learned. After the operation, it was found that the participant's knowledge scores in practice were increased from 42.80% to 91.40%. Participation's level was increased from 25.70% to 65.70% and the satisfaction of the process was at the high level (mean = 4.05, SD = 0.32). Additionally, all Sub-District Health Promoting hospitals were passed with regards to the criterion of the 5 stars rating standard.

In summary, the key significantly success of this process comprised of 1) clearly and direction of policy from the top administrators, 2) participation of a multidisciplinary team and 3) the effectively of monitoring and supportive system among the network.

Keyword: The Model of Improvement for Sub-district Health Promoting Hospital, 5 stars rating of Sub-District Health Promoting Hospitals

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาสุขภาพคนไทย เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ภายในทศวรรษต่อไปคนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืนโดยพัฒนาบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการเป็น National Health Authority ให้เข้มแข็ง กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงาน 3 ยุทธศาสตร์มาตรการการดำเนินงาน

เพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่กำหนดประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย ยุทธศาสตร์ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ได้โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานและจัดระบบบริการใน 5 ประเด็นได้แก่การเข้าถึงบริการคุณภาพ การบำบัดรักษาบริการเฉพาะกลุ่มระบบบริการและยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้สามารถสนับสนุนการจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพได้แก่การจัดการระบบ บุคลากรการเงินการคลังยาและเวชภัณฑ์ระบบข้อมูลการบริหารจัดการด้านงบประมาณเพื่อให้การพัฒนา ระบบสุขภาพในแต่ละยุทธศาสตร์บรรลุตามเป้าหมาย/ตัวชี้วัดที่กำหนด(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสุรินทร์ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดจำนวน 211 แห่งมีเป้าหมายการพัฒนาโดยเริ่มในปี พ.ศ.2560 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวร้อยละ 10 คิดเป็น 22 แห่งในปีพ.ศ. 2561 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดดาวร้อยละ 20 คิดเป็น 42 แห่งในปีพ.ศ. 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการ ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวร้อยละ 50 คิดเป็น 106 แห่งในปีพ.ศ. 2563 โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ร้อยละ 80 คิดเป็น 168 แห่งและในปี พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมินโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวร้อยละ 100 คิดเป็น 211 แห่งซึ่งภาพรวมของการประเมินตนเองโดยใช้เกณฑ์ การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)ทั้ง 5 หมวดพบว่าในปี พ.ศ.2560 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ผ่านการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 45 แห่ง ร้อยละ 21.3 ไม่ผ่านการประเมิน จำนวน 2 แห่ง ร้อยละ 0.95 และ ในปีพ.ศ. 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 85 แห่ง ร้อยละ 61.6 ไม่ผ่านการประเมิน จำนวน 9 แห่ง ร้อยละ 4.2 และยังไม่พร้อม ที่จะรับการประเมิน จำนวน 81 แห่ง และพบว่าปัจจัยที่ส่งมีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อความสำเร็จ ในการดำเนินงานรพ.สต. ติดดาวได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้นโยบายปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัย ด้านการมีส่วนร่วม (งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2562)

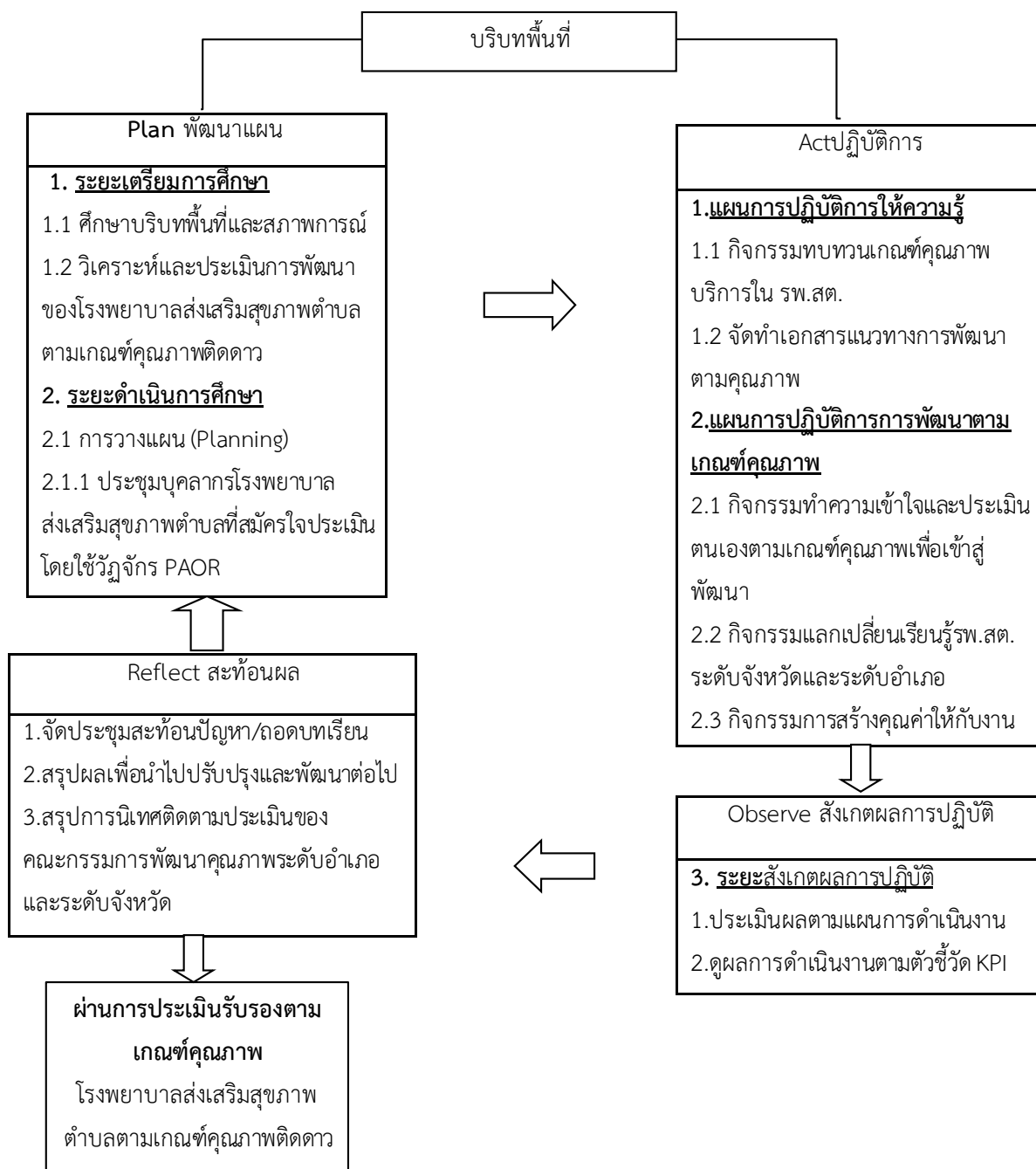
จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงมีแนวคิดในการที่จะพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่ยังไม่ได้ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมาตรฐาน 5 ดาว เพื่อความพร้อมในการบริการในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ที่จะส่งผลต่อมาตรฐานการให้บริการ แก่ประชาชนที่มีคุณภาพตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการ ที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพและตามแนวนโยบายระบบสุขภาพอำเภอโดยเฉพาะกลุ่มวัยภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยประคับประคองในระยะสุดท้าย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานในภาพรวม และรายด้านจาก 5 หมวดและปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินงานรพ.สต. ตัดดาวในจังหวัดสุรินทร์ ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานรพ.สต.ตัดดาวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไปเพื่อให้รพ.สต. ทุกแห่งผ่านการประเมินรับรองคุณภาพตามเกณฑ์ครบทุกแห่งภายในปี พ.ศ.2564

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตัดดาว 5 ดาวในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) แบบความร่วมมือในด้านเทคนิค (Technical action research) เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและผ่านการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)
2. ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)
3. ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)
4. ขั้นที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

โดยวิธีการของการวิจัยปฏิบัติการคือการทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานที่เป็นวงจรแบบเกลียวสว่าน 1 วงรอบซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อให้เกิดการปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นในวงจรต่อไปอย่างต่อเนื่องและเป็นวงจรจนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือแก้ปัญหาได้สำเร็จ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่รับการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว แห่งละ 1 คน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ทั้งหมดจำนวน 81 คน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 70 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่รับการประเมินและประเมินยังไม่ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในปีงบประมาณ 2562 แห่งละ 1 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยินยอมสมัครรับการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
2. อยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
3. ยังไม่ผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (5 ดาว)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทั้งหมด 2 ฉบับ ได้แก่

ฉบับที่ 1 แบบสอบถามลักษณะข้อมูลทั่วไปทางประชากร ความรู้ การมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน การได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพ การทราบและตระหนักในการพัฒนาคุณภาพ และในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาเคยผ่านการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจง

2. ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม

3. การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม

4. แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม

ฉบับที่ 2 แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามปี 2562 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

1. ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม

คำถามเป็นแบบให้เลือกตอบมี 2 คำตอบคือใช่และไม่ใช่และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวการกำหนดคะแนนคือถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนนถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนนโดยแบ่งเกณฑ์คะแนนที่ได้เป็น 3 ระดับคือ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

ระดับความรู้ต่ำ	หมายถึงได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึงได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79
ระดับความรู้สูง	หมายถึงได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

2. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม

แบบวัดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า(Rating Scale) ปรับปรุงการวัดเป็น 5 ระดับคือมากที่สุดมากปานกลา่น้อยและน้อยที่สุดโดยมีเกณฑ์การให้เลือกตอบและให้คะแนน (อารีย์พลภูเมือง, 2560) ดังนี้

การมีส่วนร่วม	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

จากนั้นนำคะแนนไปหาค่าเฉลี่ยและกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ Midpoint โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้นแล้วสรุปเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วมมาก	หมายถึงได้คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.0
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึงได้คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	หมายถึงได้คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

3. ความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม

แบบประเมินสร้างตามแบบการวัดของ (Likert Scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับดังนี้โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด การให้ค่าคะแนนแบบอิงเกณฑ์ดังนี้

5 คะแนน	หมายถึงมีความพึงพอใจมากที่สุด
4 คะแนน	หมายถึงมีความพึงพอใจมาก
3 คะแนน	หมายถึงมีความพึงพอใจปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึงมีความพึงพอใจน้อย
1 คะแนน	หมายถึงไม่มีความพึงพอใจ

การแปลผลคะแนนใช้การกำหนดช่วงระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับตามแนวคิดของ (สุมัทนกลางคาร วรพจน์พรหมสัตยพรต, 2553) โดยใช้วิธีอันตรภาคชั้นดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.68 – 5.00	หมายถึงความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.34 – 3.67	หมายถึงความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 2.33	หมายถึงความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามปี 2562 สำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขเกณฑ์การให้คะแนนร้อยละ 80 ทั้ง 5 หมวด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่แก้ไขถูกต้องตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วทดลองใช้ (Try out) หาคุณภาพเครื่องมือโดยแบบวัดความรู้ค่าความเชื่อมั่นหาโดยวิธี Kuder–Richardson Formula (Kuder–Richardson Formula 20 :KR20) ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้ค่าความความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการคำนวณควรมีค่าตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความเชื่อมั่น (บุญชมศรีสะอาด, 2556) แบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบวัดการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบการวิเคราะห์ เอกสารที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่ได้รับการประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวแห่งละ 1 คน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์การวิจัย ที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง
2. ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้บุคลากรที่มีคุณสมบัติครบโดยตอบอย่างมีอิสระ และเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืน
3. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนและนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล
4. วางแผนงานและแต่งตั้งคณะทำงานพร้อมทั้งประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
5. จัดประชุมกลุ่ม (Focus Group) และจัดแผนปฏิบัติการ (Action plan) เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา
6. จัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากการจัดประชุมกลุ่ม (Focus Group) และจัดแผนปฏิบัติการ (Action plan) พร้อมทั้งทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
7. สังเกตการณ์ (Observing) เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์เทศก้ากับติดตาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาววิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาววิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานคุณภาพบริการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาววิเคราะห์
โดยหาค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงการวิจัยเสนอต่อ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสุรินทร์เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในมนุษย์
เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสุรินทร์แล้ว
ผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่าง
ถึงการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้วหาก
กลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ
ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ
หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างโดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอ
ในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปีภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่
แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองและให้ลงลายมือชื่อเอกสารใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=70)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	12	17.10
หญิง	58	82.90
อายุ (ปี)		
20-29	32	45.70
30-39	14	20.00
40-49	16	22.90
50-59	8	11.40
Mean = 36 (S.D. = 9.80) Min. = 23 Max. = 59		

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=70)	ร้อยละ (%)
การศึกษา	31	88.60
ปริญญาตรี	8	11.40
ปริญญาโทหรือสูงกว่า		
ตำแหน่ง	18	25.71
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	32	45.71
นักวิชาการสาธารณสุข	20	28.57
พยาบาลวิชาชีพ		
ประสบการณ์ในการทำงาน	20	28.50
1-5	38	54.37
6-10	12	17.13
11-16		
Mean = 3.61 (S.D. = 3.60) Min. = 1 Max. = 16		
การได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพ	42	60.00
ได้รับมอบหมาย	28	40.00
ไม่ได้รับมอบหมาย		
ทราบและตระหนักในการพัฒนาคุณภาพ	62	88.60
ทราบและตระหนักดีต่อผลกระทบที่ได้รับ	4	5.70
ทราบแต่ไม่สนใจเพราะไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง	4	5.70
ไม่ทราบ		
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยผ่านการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจง		
ไม่เคย	46	80.00
เคย	14	20.00

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.90) อายุระหว่าง 20 - 29 ปี (ร้อยละ 45.70) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 88.60) ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 45.71) ประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 6 - 10 ปี (ร้อยละ 54.37) การได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพได้รับมอบหมาย (ร้อยละ 60.00) ทราบและตระหนักในการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 88.60) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคยผ่านการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจง (ร้อยละ 80.00)

ตาราง 2 ระดับความรู้ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ก่อนและหลัง
ดำเนินการพัฒนา

ระดับความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ (n = 70)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังดำเนินการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ (<60%)	6	8.60	0	0
ระดับความรู้ปานกลาง (60-79%)	34	48.60	6	8.60
ระดับความรู้สูง (>80%)	30	42.80	64	91.40
ก่อนดำเนินการ Mean =11.74 (S.D.=1.66)				
หลังดำเนินการ Mean =13.62 (S.D.=1.41)				

จากตาราง 2 พบว่าระดับความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ ก่อนดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง (60-79%) ร้อยละ 48.60 หลังดำเนินการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง (>80%) ร้อยละ 91.40

ตาราง 3 การมีส่วนร่วมโดยร่วมต่อการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ-
ตำบลติดดาวก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ (n = 70)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังดำเนินการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย (1.00-2.33)	8	11.40	0	0
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง (2.34-3.66)	44	62.90	24	34.30
ระดับการมีส่วนร่วมมาก (3.67-5.0)	18	25.70	46	65.70
ก่อนดำเนินการ Mean = 3.23 (S.D.=0.63)				
หลังดำเนินการ Mean = 3.83 (S.D.= 0.44)				

จากตาราง 3 พบว่าการมีส่วนร่วมโดยร่วมต่อการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ก่อนดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง (2.34-3.66) ร้อยละ 62.90 หลังดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมมาก (3.67-5.0) ร้อยละ 65.70

ตาราง 4 ระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์
มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ระดับความพึงพอใจ (n = 70)	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจน้อย (1.0 - 2.33)	0	0
ความพึงพอใจปานกลาง (2.34 - 3.66)	6	8.60
ความพึงพอใจมาก (3.67 - 5.0)	64	91.40
Mean=4.05, S.D. =0.32, Max = 4.82, Min = 3.18		

จากตาราง 4 พบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวมีความพึงพอใจต่อการกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.40 (Mean = 4.05, S.D.=0.32)

ตาราง 5 ผลการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์ มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

เกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แยกรายหมวด (n = 70)	รพ.สต.ที่ขอรับการประเมิน		รพ.สต.ที่ผ่านการประเมิน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี	70	100	70	100
หมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากร เป้าหมาย ชุมชน	70	100	70	100
หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	70	100	70	100
หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุม ประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	70	100	70	100
หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ตาม KPI และนวัตกรรม	70	100	70	100

จากตาราง 5 พบว่าผลการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวประกอบด้วยหมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดีหมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชน หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย และหมวดที่ 5 ผลลัพธ์ตาม KPI และนวัตกรรมโดยมีเกณฑ์คะแนนแยกรายหมวดต้องผ่านร้อยละ 80 จึงจะผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 5 ดาว ผลการประเมินผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ร้อยละ 100

อภิปรายผล

ข้อมูลด้านความรู้ในการพัฒนาคุณภาพระดับความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ก่อนดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง (60-79%) ร้อยละ 48.60 หลังดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง (>80%) ร้อยละ 91.40 เมื่อพิจารณาความรู้รายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 91.44) และมีความรู้ต่ำสุดคือความรู้ต่อการประเมินผลการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (ร้อยละ 62.84) จากการวิเคราะห์ร่วมกันของทีม พบว่า การพัฒนาไม่ประสบผลสำเร็จเกิดจากหลากหลายปัจจัยเช่นปัญหาในส่วนของบุคลากรนั้น พบว่า ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่มีภาระงานมากทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการพัฒนา เนื่องจากมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญกำลังใจรวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐาน จึงทำให้การพัฒนาตามเกณฑ์ไม่ประสบความสำเร็จ ในส่วนของนโยบาย

ของกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่าเป็นปัญหานั้นเกิดจากการที่นโยบายของกระทรวงมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่ชัดเจนและไม่มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อนที่จะมีการประกาศใช้นโยบายในส่วนของการมีส่วนร่วมในการพัฒนานั้นพบว่าผู้บริหารยังไม่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงในช่วงแรกเนื่องจากเป็นนโยบายใหม่และยังไม่มีมีการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควรและยังขาดการมีส่วนร่วมขาดการสนับสนุนในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาขาดการช่วยในการวางแผนประเมินและติดตามผลการประเมินจากทีมสหวิชาชีพที่เป็นทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและในส่วนของการสนับสนุนนั้นพบว่าขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้ด้านมาตรฐานขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญเนื่องจากทางโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาตามมาตรฐานสอดคล้องกับผลการศึกษานครชาติเพื่อนปฐม (2557) ที่พบว่าสาเหตุของการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ประสบผลสำเร็จเนื่องจากปัญหาการดำเนินงานในด้านขาดความรู้ความเข้าใจและไม่ยั่งยืนต่อนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้บริหารต้องมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิต้องมีการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรมีการสนับสนุนความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการจากผู้ที่เกี่ยวข้องจึงจะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามพบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 62.90) รองลงมาคือมีส่วนร่วมมาก (ร้อยละ 25.70) และมีส่วนร่วมน้อย (ร้อยละ 11.40)ตามลำดับหลังดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมมาก (3.67-5.0) ร้อยละ 65.70 เมื่อพิจารณารายข้อด้านการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามพบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามมีส่วนร่วมสูงสุดในขั้นตรวจสอบและประเมินผล (Mean=3.36, S.D.= 0.12) รองลงมาคือมีส่วนร่วมในขั้นเตรียมการ (Mean= 3.31, S.D 0.03) และการมีส่วนร่วมในขั้นการจัดทำรายงาน (Mean= 3.26, S.D. = 0.01) ตามลำดับและมีส่วนร่วมต่ำสุดในขั้นวางแผน (Mean= 3.15, S.D.= 0.13) สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวุฒิ วงศ์ฮาด, สมัทนา กลางคาร, พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ (2558) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านการพัฒนาตามเกณฑ์เครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอคงหลวง โดยก่อนการพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ในระดับปานกลาง (mean=2.14) และภายหลังการพัฒนาที่ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพ PCA การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (mean=4.14)

ข้อมูลด้านระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามมีความพึงพอใจต่อการกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามอยู่ในระดับมากร้อยละ 91.40 (Mean = 4.05, S.D. = 0.32)ซึ่งในการที่จะส่งเสริมให้การพัฒนาผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานนั้นผู้ปฏิบัติจะต้องมีความพึงพอใจในการดำเนินงานจึงจะส่งผลให้การดำเนินการพัฒนานั้นประสบผลสำเร็จ

ดังผลการศึกษาของรติยา วิภักดิ์ (2559) ที่พบว่าการปัจจัยที่ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ประสบผลสำเร็จได้ผู้ร่วมวิจัยต้องมีความพึงพอใจโดยความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่มอยู่ในระดับมากร้อยละ 100.00 (Mean = 4.71, S.D.=0.22)

ข้อมูลด้านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวประกอบด้วยหมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี หมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชน หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัยและหมวดที่ 5 ผลลัพธ์ตาม KPI และนวัตกรรม โดยมีเกณฑ์คะแนนแยกรายหมวดต้องผ่านร้อยละ 80 จึงจะผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 5 ดาว ผลการประเมินผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ร้อยละ 100 สอดคล้องกับผลการศึกษาของรติยา วิภักดิ์ (2559) ที่พบว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart) พบว่า รูปแบบดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (ร้อยละ 94.4) และมีความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่มอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.71, S.D. =0.22) ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการจัดการคุณภาพดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในงานและในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีความรู้ความพึงพอใจในสิ่งที่จะทำและควรส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาอันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป
2. จากข้อค้นพบของการวิจัยในครั้งนี้ซึ่งใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ActionResearch) ในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการติดตามจากผู้ที่เกี่ยวข้องส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นซึ่งสามารถนำรูปแบบดังกล่าวนี้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพในงานอื่น ๆ รวมถึงพื้นที่อื่น ๆ ได้
3. ระบบการติดตามและประเมินผลเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพซึ่งโรงพยาบาลที่เป็นพี่เลี้ยงควรมีบทบาทสำคัญในการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนา

เพื่อให้คำแนะนำและความช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบทบาทในการประเมินผลเพื่อศึกษาว่าในการพัฒนาคุณภาพนั้นประสบผลสัมฤทธิ์หรือไม่

4. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในระดับอำเภอและจังหวัดถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการที่จะกำหนดนโยบายที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนา รวมถึงผู้บริหารมีบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาสนับสนุนการพัฒนาให้คำแนะนำในการพัฒนา ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารจึงมีความสำคัญในอันที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพบริการ ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการของหน่วยงานองค์กรที่มีภาระกิจงานที่คล้ายคลึงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยโดยมีการทำวิจัยในหลายวงรอบในการพัฒนา เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบบริการของหน่วยงานองค์กรเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

2. ควรมีการศึกษาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในหมวดหรือในหัวข้อแยกย่อย ที่การพัฒนายังไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ

3. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อรูปแบบที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพเพื่อเป็นหนึ่งในเกณฑ์ ที่จะใช้ในการตัดสินใจว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการพัฒนาคุณภาพหรือไม่

References

- ณัฐวุฒิ วังคะฮาด, สมัทนา กลางคาร, พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ. (2558). รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิพื้นที่อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 34(6), 569–574.
- นครชาติ เผื่อนภูมิ. (2557). ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วิทยานิพนธ์ปริญญา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร*.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *การวิจัยเบื้องต้น (ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน.
- รติยา วิภักดิ์. (2559). *การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมานจังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2562). *งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์*.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.
- อรรถพงษ์ ดีเสมอ. (2554). *การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยทะเบียนในจังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- Kemmis, S., and McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rd ed). Victoria:Deakin University Press

**การพัฒนาารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง**

**A Model of Development for Community Based Treatment Related to Drugs
Addiction Rehabilitation among Patients in Rayong Province**

ณัฐพร ผลงาม*

Nathaporn Polngam*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

Rayong Provincial Public Health Office

(Received: July 7, 2021; Revised: August 26, 2021; Accepted: August 29, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดระยองโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย 2 แห่ง ได้แก่ บ้านเนินสมบูรณ์ หมู่ 2 ตำบลคลองปูน และบ้านท้ายโชด หมู่ 4 ตำบลหนองละลอก จังหวัดระยอง ใช้กระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอนคือ การเข้าใจปัญหา กำหนดรูปแบบ ปฏิบัติตามรูปแบบและประเมินผลลัพธ์ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงสมัครใจ ได้แก่ 1) สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 2) ผู้ป่วยยาเสพติด และ 3)ญาติผู้ป่วยยาเสพติด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม หมู่บ้านละ 15 คน รวม 30 คน ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) วิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์สามเส้า (triangulation) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน 2563 ถึงมิถุนายน 2564

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการดำเนินงานส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ โดยหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้น รูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัด ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนออกแบบวิธีการ โดยเริ่มต้นจากการร่วมคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ โดยแบ่ง การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นช่วงก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป ส่วนสถานบริการสาธารณสุข ควรดำเนินงาน 3 ส่วนคือ การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management) การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Holistic Rehabilitation) และภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือ ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด

คำสำคัญ : การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ป่วยยาเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: tid2547@gmail.com Tel. 089-3032625)

Abstract

This study was evaluation research which aimed to develop a model of treatment and rehabilitation drug patients that is appropriate for the context of Rayong province using community based. Conduct studies in two targeted villages: Ban Tai Khod M. 4, Nong La lok Subdistrict, Ban Khai District, and Ban Noen Somboon M.2 Khlong Pun Subdistrict, Klaeng District, Rayong Province, which is the area with a distinctive form of drug prevention and problem solving in the province. Select specific samples voluntarily participating in the program: 1) multidisciplinary practices involved in the care of drug patients in the community, 2) drug patients and 3) relatives of drug patients. Data were collected using questionnaire, in-depth interviews and focus group with the appreciation influence control techniques. The content analysis was used to verify data reliability by triangulation. The study period ranged from September 2020 to June 2021

The results showed problems in the rehabilitation of drug patients in Rayong province. Most use power-to-power processes, lack of community participation, most government agencies set guidelines and orders. Therefore, A new model that suitable for the context of the province for drug rehabilitation therapy. Community participation should be used to perform all stages of the operation as a driving force. It gives people in the community the opportunity to think and design their own community-based methods. It starts with a joint thought, decide what to do and how to do it, emphasize voluntary awareness of problems and sacrifice to cooperate and monitor the implementation of the planned results. It is divided into community engagement in the rehabilitation process for drug patients before therapy, during therapy and after therapy, according to the role of the family, community and the general public. The health service should use three principles of operation: case management, holistic rehabilitation, and networking to ensure a collaborative process for drug addicted patients care. This increases access to drug patient services and reduces re-addiction problems, as well as making drug rehabilitation treatment operations in Rayong more effective.

Keywords : Treatment and Rehabilitation, Drug addicted patients, Community participation

บทนำ

ยาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่รัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายที่ต้องเร่งรัดดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานด้านยาเสพติดและอาชญากรรมขององค์การสหประชาชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีประชากรใช้ยาเสพติดประมาณ 255 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของประชากรโลกในปี พ.ศ.2558 สำหรับประเทศไทย ได้มีการสำรวจเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดในประเทศ ปี 2559 โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบว่า มีประชากรที่ใช้สารเสพติดประมาณ 1.4 ล้านคน และในจำนวนนี้อันุมานว่าประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา กลุ่มวัยที่พบว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานช่วงอายุ 12-44 ปี ดังนั้น รัฐบาลจึงได้ยกปัญหายาเสพติดให้เป็นวาระแห่งชาติมียุทธศาสตร์ดำเนินงานทั้งเชิงป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแนวทาง UNGASS 2016 คือ สังคมที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและดำเนินการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอื่นร่วมโดยถือว่า “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

จังหวัดระยอง ประสบกับปัญหาการระบาดของยาเสพติด โดยเป็นทั้งพื้นที่ค้าและมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในทุกอำเภอ ประกอบกับเป็นจังหวัดที่มีการพัฒนาและลงทุนด้านอุตสาหกรรม มีประชากรย้ายถิ่น ประชากรแฝงและสถานบันเทิงจำนวนมาก จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมให้เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยสถานการณ์ด้านผู้ติดยาเสพติดของจังหวัด พบว่ายังมีการใช้ยาเสพติดทั้งรายใหม่ และการกลับไปเสพยาของผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัด โดยพบว่าการใช้สารทดแทนยาเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา และสารระเหย และมีปัญหาการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์เพิ่มขึ้น โดยในปี 2560-2562 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นประชากรกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 25 - 29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 26.33 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รองลงมาได้แก่ ประชากรกลุ่มวัยรุ่น อายุระหว่าง 18 -24 ปี ร้อยละ 25.67 ชนิดของยาเสพติดที่แพร่ระบาดในจังหวัด ได้แก่ ยาบ้า กัญชาและไอซ์ ตามลำดับ จากการประมาณการผู้เสพยาเสพติดของจังหวัด อยู่ที่ประมาณ 2,000-5,000 คนในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา โดยในแต่ละปีมีผู้ที่สามารถเข้าบำบัดรักษาในทุกกระบวนการได้ประมาณ 1,200-3,500 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีผู้เสพยาเสพติดจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2563)

จากการวิเคราะห์ผลสำเร็จของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจ โดยศึกษาข้อมูลจากระบบงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด และจากผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในหน่วยบำบัดของโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดระยอง รวมทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2563 พบว่าผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจมีแนวโน้มลดลง โดยปี 2561 มีผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัด จำนวน 581 ราย และ

ลดลงเหลือ จำนวน 175 รายในปี พ.ศ.2563 ส่วนผลสำเร็จของการติดตามได้หลังการบำบัดรักษา ครอบกําหนดตามเกณฑ์ 4 ครั้งภายใน 1ปี มีจำนวนลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยปี 2561 ดําเนินการได้ ร้อยละ 68.04 และลดลงเหลือร้อยละ 27.27 ในปี พ.ศ.2563 (สํานักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2564)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้จังหวัดดําเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามหลักการ 9 ขั้นตอน แต่นโยบายดังกล่าวยังไม่มีพื้นที่ใดในจังหวัดระยอง นำไปดําเนินการ เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีปัญหาในการดําเนินงาน ทั้งในด้านการให้ความร่วมมือจาก คนในชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่มีค่อนข้างน้อย จึงส่งผลให้การค้นหาผู้ติดยาเสพติดยังขาด ครอบคลุมและส่วนใหญ่เข้าสู่ระบบการบำบัดด้วยความไม่สมัครใจ ทำให้จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่ ระบบการบำบัดรักษามีจำนวนลดลง มีปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดําเนินงาน บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด

ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัด โดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดําเนินงาน เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหา ที่มีในชุมชน ว่าหากใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน (Community Context) โดยชุมชนเป็นผู้ออกแบบกระบวนการและกิจกรรมเอง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ในดําเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย โดยเน้นการให้ความสำคัญกับคนในชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วม หรือเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ตั้งแต่การตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร การเสียสละ ในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดําเนินงาน และการประเมินผล ตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) โดยเลือกพื้นที่เป้าหมาย 2 พื้นที่ ที่มีความพร้อมในการดําเนินงานแก้ไขปัญหาเสพติด ทั้งคนในชุมชนและภาคีเครือข่าย อาทิ ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ตำรวจ หน่วยงานสาธารณสุขและคนในชุมชน ให้ความสำคัญ และพร้อมให้ความร่วมมือ รวมทั้งพร้อมสนับสนุนกิจกรรมดําเนินการในการแก้ปัญหาเสพติดในชุมชน โดยมีกระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดรูปแบบ การปฏิบัติตาม รูปแบบ และการประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบประเมินความเครียดและ แบบวัดคุณภาพชีวิต หรือดัชนีวัดความสุขในชีวิต ซึ่งเป็นแบบวัดขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในการประเมินดังกล่าวด้วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการนำเสนอรูปแบบการบำบัด ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึง ความเชื่อมโยงของมิติต่างๆ ทั้งด้านผู้ป่วยยาเสพติด ครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดและคนในชุมชน อันจะทำให้ทำการนำเสนอรูปแบบใหม่ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และส่งผลให้การดําเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ยาเสพติดมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น สามารถค้นหาผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมและเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยความสมัครใจ ลดปัญหา

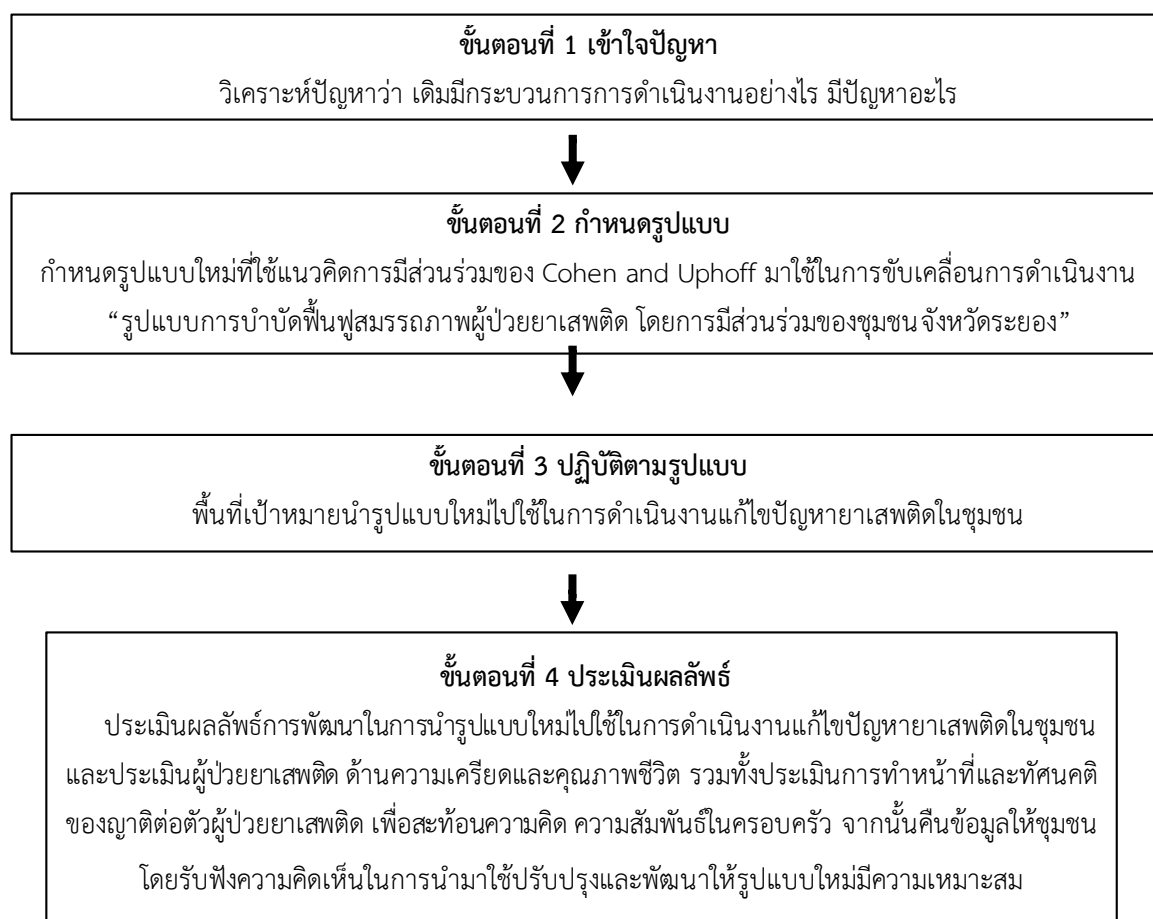
การกลับไปเสพซ้ำ และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการให้สามารถรองรับความต้องการในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยใช้ทั้งวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง โดยมีกระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ 1) การทำความเข้าใจปัญหา 2) การกำหนดรูปแบบ 3) การปฏิบัติตามรูปแบบ และ 4) การประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ดำเนินการศึกษาในพื้นที่

เป้าหมาย 2 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านท้ายโชด หมู่ที่ 4 ตำบลหนองละลอก อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง และบ้านเนินสมบุรณ์ หมู่ที่ 2 ตำบลคลองปูน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือ รวมทั้งพร้อมสนับสนุนกิจกรรมดำเนินการในการแก้ปัญหายาเสพติดในชุมชน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน 2563 ถึง มิถุนายน 2564 มีวิธีดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: เข้าใจปัญหา เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาว่าเดิมมีกระบวนการดำเนินงานอย่างไร มีปัญหาอะไร เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบ โดยกำหนดรูปแบบใหม่ที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff มาใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็น “รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง” และเข้าสู่ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามรูปแบบ โดยให้พื้นที่เป้าหมายนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชน จากนั้นในขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ โดยหลังจากพื้นที่เป้าหมายนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้ในการแก้ปัญหายาเสพติดของชุมชนแล้ว จึงประเมินผลลัพธ์การพัฒนาว่าเป็นอย่างไรมาก่อน โดยทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นหลัก กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประกอบด้วย 1) ประธานกรรมการหมู่บ้าน 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ตำรวจ 4) ผู้นำชุมชน 5) ผู้แทนภาคประชาชน อย่างละ 1 คน รวม 2 หมู่บ้านละ 5 คน รวมทั้งหมด 10 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยในการศึกษาตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 มีข้อคำถามเกี่ยวกับ สถานการณ์ยาเสพติด วิธีการดำเนินการแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ รวมทั้งความคิดเห็นต่อรูปแบบการบำบัดที่คาดหวังในอนาคตควรเป็นอย่างไร โดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ซึ่งมีวิธีการ คือให้แต่ละคนวาดภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติดของชุมชนในอดีต ปัจจุบันและสิ่งที่อยากเห็นในอนาคต และบทบาทของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด นำภาพของทุกคนมาวางรวมกันบนกระดาษแผ่นใหญ่ แล้วจึงต่อเติมรวมภาพของแต่ละคนให้กลมกลืนเป็นภาพใหญ่ของกลุ่มเพียงภาพเดียว และกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนสะท้อนสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจออกมา จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถาม รวมภาพความคิดเป็นภาพรวมของกลุ่ม เป็นการสื่อถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพร่วมกัน และการมีส่วนร่วมในการสร้างกรอบความคิดตามภาพของกลุ่มสรุปประเด็นสถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันของชุมชน และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชน รวมถึงบทบาทของชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด

สำหรับขั้นตอนที่ 4 ในส่วนของการประเมินผู้ป่วยยาเสพติด และญาติของผู้ป่วยยาเสพติด ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย ยาเสพติด รวม 2 หมู่บ้านละ 15 คน รวมทั้งหมด 30 คน และกลุ่มญาติของผู้ป่วยยาเสพติด รวม 2 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 15 คน รวมทั้งหมด 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating scale) โดยแบบสอบถามที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย 1) การประเมินความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบวัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แบบสอบถามที่ใช้ในกลุ่มญาติของผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว มีข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ 2) แบบสอบถามทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยยาเสพติด มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ และ 3) แบบวัดดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยยาเสพติด มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ตารางแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลตามเกณฑ์การให้คะแนน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมาย เลือกแบบเจาะจงสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ รวมทั้งยินดีเข้าร่วมการวิจัย เพื่อไม่ก่อให้เกิดความลำเอียง (Bias) ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน ประกอบด้วย ประธานกรรมการหมู่บ้าน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ ตำรวจ/ ผู้นำชุมชน/ ผู้แทนภาคประชาชน อย่างละ 1 คน รวม 2 หมู่บ้านๆ ละ 5 คน รวมทั้งหมด 10 คน 2) ผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งเป็นผู้ที่มีประวัติเสพยาเสพติดที่ได้รับการคัดกรองแล้วอยู่ในระดับเป็นผู้เสพ รวม 2 หมู่บ้านๆ ละ 15 คน รวมทั้งหมด 30 คน และ 3) ญาติของผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (เกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้องหรือเครือญาติ โดยการดูแลดังกล่าวไม่ได้รับค่าตอบแทน) รวม 2 หมู่บ้านๆ ละ 15 คน รวมทั้งหมด 30 คน ซึ่งเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิตเวช หรือมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 5 ชุด โดยในขั้นตอนที่ 1 ใช้ชุดคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก และชุดคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับขั้นตอนที่ 2 ใช้แบบสอบถาม ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบบสอบถามใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย การประเมินความเครียด ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งใช้ประเมินแรกเริ่มและสิ้นสุดการบำบัด และ 2) แบบสอบถามที่ใช้ในกลุ่มญาติของผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งเป็นแบบประเมินด้านการทำบทบาทหน้าที่ต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย นับเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้มแข็ง หากญาติและผู้ป่วยเสพยาเสพติดมีความเข้าใจกันจะมีส่วนช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพประสบผลสำเร็จเพิ่มขึ้น แบบสอบถามทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยยาเสพติด และแบบวัด

ดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยแบบสอบถามทั้งหมดนี้ได้ออกแบบที่เป็นมาตรฐานเพื่อช่วยสะท้อนให้เห็นถึงความคิดและความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดและญาติ ในการดูแลและเข้าสู่ระบบการบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา แก้ไข ปรับเปลี่ยนข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการนัดหมายเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนกระบวนการที่กำหนด โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด และญาติของผู้ป่วยยาเสพติด การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม โดยคำนึงถึง Data saturation in interview คือ ความอิ่มตัวที่เกิดจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ หรือ Focus group จะถึงจุดอิ่มตัว เมื่อการสัมภาษณ์หรือเก็บข้อมูลนั้นไม่เพิ่มเติมข้อมูลใหม่ใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์แปรผลด้วยค่าสถิติต่าง ๆ การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ตารางแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

แบบประเมินความเครียด

ค่าเฉลี่ย 1.0 – 2.0 หมายถึง มีความเครียดน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.1 – 3.0 หมายถึง มีความเครียดปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.1 – 4.0 หมายถึง มีความเครียดมาก

แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบประเมินทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยยาเสพติดและ แบบวัดดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย

ค่าเฉลี่ย 1.0 – 1.6 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.7 – 3.3 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.4 – 5.0 หมายถึง ระดับมาก

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูล โดยการถอดเทปตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแยกแยะตีความจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยสกัดเนื้อหาสาระจากการสื่อความหมายของผู้ให้ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สามเส้า (triangulation) โดยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulate) เพื่อพิสูจน์ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มาตามเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่ต่างหาก ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูล เปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ โดยนำข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ความเชื่อมโยงที่สนับสนุนให้เห็นกระบวนการในการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาหาสาเหตุในพื้นที่โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งด้านความคิด วิธีการ ซึ่งทั้งสองส่วน จะสนับสนุนในการที่จะพัฒนารูปแบบในการบำบัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จริยธรรมวิจัย/ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงการวิจัยนี้เสนอต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วตามเอกสารรับรองเลขที่ 18/ 2563 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2563 เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาต ดำเนินการวิจัยและชี้แจงทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วม โครงการวิจัย โดยข้อมูลทั้งหมดจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอตามขั้นตอนการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ปัญหา พบว่ารูปแบบเดิมที่ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ยาเสพติดของจังหวัดระยอง ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข ตำรวจ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) ภาค 2 และสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด โดยเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ รวมทั้งขอรายงานผลการดำเนินงานจากพื้นที่ โดยชุมชนในพื้นที่เป็นผู้รับคำสั่งและดำเนินการตามที่ได้รับคำสั่งการ สำหรับแนวทางการดำเนินงาน เมื่อพื้นที่ได้รับแนวทางจากหน่วยงานภาครัฐในการค้นหาและส่ง ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดนั้น ส่วนใหญ่จะไม่ได้ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด เนื่องจากไม่เข้าใจวิธีการ วิธีการมีความซับซ้อน ยุ่งยากต้องเกี่ยวข้องกับหลายกลุ่ม กิจกรรมมีมากและที่สำคัญ ส่วนใหญ่ไม่มีเวลา จึงใช้การแก้ปัญหาโดยดำเนินการตามวิธีการหรือ คำสั่งของหน่วยงานภาครัฐ เป็นครั้งคราว เช่น หน่วยงานตำรวจสั่งให้สำรวจผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ หน่วยงานสาธารณสุข สั่งให้จัดประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือคนในชุมชนเพื่อขอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาเสพติดและการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมาจะมีผู้ให้ความร่วมมือและเข้าร่วมประชุม รวมทั้งร่วมกิจกรรมน้อยมาก ผู้ที่รับผิดชอบ หรือรับคำสั่งจึงทำกิจกรรม เพื่อให้เป็นไปตามขั้นตอนที่หน่วยงาน

ภาครัฐกำหนด หรือเป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด ซึ่งเป็นรูปแบบที่ประชาชนในพื้นที่เห็นว่า ขาดความใส่ใจในการเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหานั้นที่แท้จริงของพื้นที่ อีกทั้งคนในชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเนื่องจากปัญหาหายสาบสูญเป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อน อ่อนไหวต่อความรู้สึกของคนในชุมชน มีความสลับซับซ้อนต่อกลไกและกระบวนการทางสังคม ดังนั้น การใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจจึงทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ได้จริง ทำให้ผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวไม่มีที่พึ่งในการให้คำปรึกษา หรือได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน รวมทั้งไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ทำให้เกิดปัญหาไม่สามารถค้นหาผู้ติดยาเสพติดได้ครอบคลุม ผู้ติดยาไม่เข้ากระบวนการบำบัด หรือเข้ากระบวนการบำบัดก็เป็นแบบถูกบังคับ จึงทำให้อยู่ไม่ครบตามหลักสูตร รวมทั้งยังพบปัญหาการกลับไปเสพซ้ำอีกด้วย เมื่อนานไปปัญหาก็ยิ่งทวีความรุนแรง ทำให้จำนวนผู้เสพและผู้ค้าเพิ่มมากขึ้น

ต่อมาเมื่อ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยให้ใช้หลักการ 9 ขั้นตอนที่มุ่งเน้นกระบวนการและกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน โดยให้ชุมชนเป็นผู้ออกแบบ ร่วมกันคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ อันจะทำให้สามารถค้นหาผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้ โดยสมัครใจ อยู่ครบหลักสูตรและไม่กลับไปเสพซ้ำ ซึ่งหมู่บ้านเป้าหมายทั้ง 2 แห่งได้นำไปแนวคิดดังกล่าวไปปรับใช้ และเมื่อประเมินผลแนวคิดและกระบวนการในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง พบว่า หมู่บ้านเป้าหมายทั้ง 2 แห่งมีการนำกระบวนการมีส่วนร่วมไปใช้ในการกำหนดแนวคิดในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยเห็นพ้องต้องกันว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดควรเริ่มจากการกำหนดเป้าหมายและจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการดำเนินงาน โดยเป้าหมายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในหมู่บ้านคือ เพื่อหยุดการแพร่ระบาดของยาเสพติด ลดการเสพยาเสพติดและเลิกเสพยาเสพติด ไม่อยากให้ลูกหลานในหมู่บ้านเข้าไปข้องเกี่ยวกับยาเสพติด จากเป้าหมายดังกล่าวทำให้คนในชุมชนรวมตัวกันวางแผนการดำเนินงาน โดยเริ่มจากการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยชุมชนบ้านท้ายโหนดได้จัดทำโครงการชุมชนเข้มแข็งแก้ไขปัญหายาเสพติด (ชุมชนท้ายโหนด) ส่วนชุมชนบ้านเนินสมบูรณ์ จัดทำโครงการหมู่บ้านชุมชนเข้มแข็ง มีการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนเพื่อเป็นฐานการดำเนินงาน สำหรับแนวคิดที่สำคัญในการดำเนินงานคือ การมีส่วนร่วมโดยให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมดำเนินการสนับสนุนการพัฒนา ส่วนผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการหลักในการแก้ไขปัญหายา ตามหลักคิดคือ การแก้ปัญหานั้นดีให้ “เริ่มจากชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน” ส่วนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรต่างๆ ทำหน้าที่สนับสนุนทั้งด้านความรู้ อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณและการจัดกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง สำหรับ หลักการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดคือ ให้อภัยให้ออกัสให้ความรัก ความคุ้มครอง โดยใครที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้แสดงตัวและเข้าร่วมโครงการ หยุด ลด เลิก ชุมชนรับมาดูแลกันเอง ซึ่งชุมชนได้กำหนดคำขวัญของชุมชน คือ “พ่อแม่สุขสันต์ ลูกหลานสดใส ทุกคนร่วมใจ ต้านภัยยาเสพติด”

จากการศึกษากระบวนการในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า พื้นที่เป้าหมาย ทั้ง 2 ชุมชน ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมโดยคนในชุมชน ทั้งการระดมคน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมติดตาม ประเมินผล และระดมทรัพยากรที่มีในชุมชน ขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอน ส่วนหน่วยงานภาครัฐ เป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษา เริ่มจากการเลือกแกนนำ โดยบ้านท้ายโขดได้เลือกบุคคลที่มีความโดดเด่น ในด้านความประพฤติ เป็นบุคคลที่ชาวบ้านให้ความเคารพ เชื่อมั่นและไว้วางใจ เป็นคนในชุมชน ประกอบอาชีพเกษตรกร เป็นแกนนำและจัดตั้งคณะกรรมการที่ได้รับการคัดเลือก ทำหน้าที่เป็นแกนหลัก ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ยาเสพติดของชุมชน ส่วนบ้านเนินสมบูรณ์นั้น มีคณะทำงาน ด้านการปกครองและรักษาความสงบเรียบร้อยของหมู่บ้าน เป็นคณะทำงานที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล และป้องกันปัญหา ยาเสพติดในชุมชนอยู่แล้ว จึงได้คัดเลือกประธานคณะทำงานที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ทำหน้าที่ในคณะทำงานดังกล่าว ซึ่งผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้นำของชุมชน เป็นบุคคลที่คนในชุมชน ให้ความเคารพและเชื่อมั่น เป็นผู้ที่ให้ความสำคัญกับโครงการนี้และอุทิศตนอย่างเต็มที่เพื่อชุมชน รวมทั้งรับ หน้าที่เป็นประธานกองทุนแม่ของแผ่นดินของชุมชนด้วย โดยมีกำนันและสารวัตรกำนัน เป็นกำลังหลัก ร่วมมือกันและให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชน

นอกจากนี้ แต่ละขั้นตอนใช้หลักการ “ความสมัครใจ” และ “ความต่อเนื่อง” เป็นหลัก ในการดำเนินงาน ได้แก่ การชักชวน พบแกนนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับโครงการ คัดเลือกคณะกรรมการ ประชาสัมพันธ์โครงการค้นหาหรือเอ็กซเรย์พื้นที่ ค้นหาผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด มอบสัญลักษณ์ และ รักษาสถานภาพ โดยกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญของชุมชนคือ ความสมัครใจในการเข้ามามีส่วนร่วม ในการค้นหาเฝ้าระวัง การป้องกัน การปราบปราม และการดูแล โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดำเนินการ แก้ไขปัญหา ยาเสพติดของชุมชน ในรูปแบบของคณะกรรมการ ส่วนการจับกุม ดำเนินคดี เป็นหน้าที่ของ ตำรวจและอัยการ ส่วนการบำบัดรักษาตามโปรแกรมของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน้าที่ของ บุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลในพื้นที่ซึ่งในการดำเนินงานนั้น ได้กำหนดให้นำปัญหา ยาเสพติดของชุมชน เข้าเป็นวาระของหมู่บ้าน โดย คนในชุมชนร่วมกันคิดและ วางแผนทุกขั้นตอน โดยได้ร่วมกันกำหนดแนวทาง หรือหลักเกณฑ์การดำเนินงานด้านต่าง ซึ่ง แบ่งเป็น 4 ด้านคือ 1. ด้านการค้นหา เฝ้าระวัง 2. ด้านการป้องกัน 3. ด้านการปราบปราม และ 4. ด้านการดูแล ดังนี้

ด้านการค้นหา เฝ้าระวัง กำหนดให้ใช้หลักการแบ่งหน้าที่ในการดูแลแต่ละครัวเรือน โดย 1 คน ดูแลประมาณ 3-5 ครัวเรือน ใช้วิธีการประชุมคณะกรรมการและประชาชนในชุมชนเพื่อทำความเข้าใจ ร่วมคิด วิเคราะห์แนวทางการดำเนินงาน แจ้งข่าวสารและทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น โดยจัดประชุม/ ประชาคมหมู่บ้าน เดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อค้นหาผู้ใช้ยาเสพติด/หาวิธีวิธีการแก้ไขปัญหายาเสพติด ให้เกิดความต่อเนื่อง ใช้หลักการให้โอกาสในการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม ก่อนส่งเข้าบำบัดหรือจับกุม ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้าย สำหรับข้อมูลรายชื่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด นั้น มีการดำเนินงาน ในลักษณะเดียวกันคือ เริ่มจากสร้างความเข้าใจ โดยผู้ใหญ่บ้านจะเรียกประชุมครัวเรือนในชุมชนทั้งหมด

เพื่อมารับฟังตำรวจ/ ปปส. หรือวิทยากรกระบวนการในการให้ความรู้เรื่องโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหยุด ลด เลิก ป้องกันไม่ให้ลูกหลานเข้าไปอยู่ในกลุ่มเสี่ยง หรือยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด กลุ่มที่ติดก็ให้ลด และค่อยๆ เลิกในที่สุดไม่เอาเข้าคุก โดยมีหลักการดำเนินงานคือ ใครติดยาเสพติด นำเข้ากระบวนการลด-ละ-เลิก หากมีอาการที่ต้องเข้ารับการบำบัดให้พบแพทย์เพื่อเข้ากระบวนการบำบัดรักษา จากนั้นใช้หลักความสมัครใจ โดยครอบครัวที่มีลูกหลานติดยาเสพติดจะส่งรายชื่อให้คณะกรรมการหรือแกนนำ หรือผู้ใหญ่บ้านและถือเป็นความลับ โดยมีเงื่อนไขว่า 1) เฉพาะคณะกรรมการเท่านั้นที่จะสามารถทราบรายชื่อหรือข้อมูลได้ 2) ไม่เปิดเผยชื่อและที่อยู่ 3) ไม่ส่งตำรวจ 4) จะดูแลกันในชุมชน ซึ่งขั้นตอนนี้น่าจะมีความอ่อนไหวและเปราะบางต่อความรู้สึกของคนในชุมชน โดยเฉพาะคนที่ยังมีความระแวง ไม่เข้าใจโครงการ จึงต้องสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าข้อมูลนี้เป็นความลับ และใช้ข้อมูลเพื่อช่วยลูกหลานในชุมชนจริง ๆ จากนั้นคณะกรรมการได้มีการจัดกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน เช่น กิจกรรมเก็บขยะ ทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะ เป็นต้น โดยมีการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสร้างความเข้าใจ การยอมรับและความไว้วางใจจากคนในชุมชน

ด้านการป้องกัน กำหนดให้มีการจัดกิจกรรมคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยตั้งด่านตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ เป็นประจำ อย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน มีการจัดตั้งทีมให้คำปรึกษา เพื่อให้คำแนะนำแก้ไขปรับปรุงตัวและการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ รวมทั้งจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องของโทษและพิษภัยของยาเสพติด และการชี้แจงการดำเนินการตามกฎหมาย โดยการสนับสนุนจากตำรวจและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่การดำเนินงานขั้นตอนนี้ คณะกรรมการได้กำหนดระเบียบ /กฎ/ กติกาของหมู่บ้าน แล้วจัดทำเป็นประกาศของหมู่บ้าน โดยมีหลักการที่สำคัญคือ ให้อภัย ให้โอกาสให้ความรัก ความคุ้มครอง โดยใครที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้แสดงตัวและเข้าร่วมโครงการ หยุด ลด เลิก พร้อมมีแบบฟอร์มให้ลงนามยินยอม โดยมีเงื่อนไข/ กฎระเบียบคือ 1) ให้คณะกรรมการสามารถตรวจสอบพฤติกรรมเมื่อไรก็ได้ (เช่น ตรวจปัสสาวะ เรียกมาว่ากล่าว ตักเตือน) 2) คณะกรรมการจะดูแลจนกว่าจะเลิกยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดและได้รับการยอมรับว่า “ปลอดจากยาเสพติด” ก็จะได้รับมอบสัญลักษณ์ 3) หากใครไม่เข้าร่วมโครงการแต่ยังยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ทางคณะกรรมการจะไม่รับรองให้ความดูแลช่วยเหลือ (คณะกรรมการมีการทำ MOU กับ สถานีตำรวจในพื้นที่ กรณีที่มีคนเข้าร่วมโครงการแล้วโดนจับและอยู่ในชั้นที่พอรับได้ ให้ชุมชนรับมาดูแลกันเอง จะไม่ให้ถูกดำเนินคดี ส่วนคนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการให้ตำรวจดำเนินคดีตามกฎหมายได้เลย)

ด้านการปราบปราม กำหนดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมทั้งขั้นตอน กระบวนการในการดำเนินการตามกฎหมายกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของเจ้าหน้าที่ตำรวจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คนในชุมชนมีความเข้าใจในกระบวนการต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในสังคมหากคนในครอบครัวเกี่ยวข้องกับ ยาเสพติด

และหากพบผู้กระทำผิดและไม่เข้าร่วมโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชนก็จะมีผลและ ถูกจับกุมตามกฎหมาย

ด้านการดูแล กำหนดให้ใช้หลักการ “ให้อภัย ให้โอกาส ให้ความรัก ความคุ้มครอง” โดยจัดกิจกรรมสร้างความสามัคคี พัฒนาชุมชนเพื่อให้เกิดความตระหนักและจิตสำนึกที่ดีในการช่วยเหลือ และร่วมมือกัน กิจกรรมมอบธงสัญลักษณ์ให้กับครัวเรือนที่ปลอดยาเสพติด เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ ร่วมกันมีการติดตามและประเมินผลกิจกรรมทุกด้านอย่างต่อเนื่องจึงทำให้การกลับไปเสพติด รวมทั้งผู้เสพ รายใหม่ลดลง ด้วยการดูแลของคนในชุมชน นอกจากนี้ทั้ง 2 พื้นที่ยังเหมือนกันในเรื่องของการสร้างอาชีพ และจัดหางานให้กับผู้เสพ เพื่อให้สามารถมีชีวิตตามปกติสุขเหมือนคนทั่วไป โดยคณะกรรมการหรือ ผู้นำชุมชนจะเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องนี้

สำหรับผลการประเมินผลลัพธ์ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าส่วนใหญ่มีความเครียด อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.45$) โดยมีความรู้สึก หดหู่ในชีวิต มีอาการกระวนกระวายอยู่ตลอดเวลาและมีอาการเสียงสั่นปากสั่น หรือมือสั่น เวลาไม่พอใจ และพบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.80$) โดยมีความรู้สึกพอใจในตนเอง รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) และรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต แต่ละวัน ส่วนกลุ่มญาติผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าส่วนใหญ่ทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.88$) โดยทุกคนในครอบครัวส่วนใหญ่มีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ และ ครอบครัวไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน และพบว่ามีทัศนคติต่อผู้ป่วยยาเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.22$) โดยคิดว่าการได้รับความรู้ในการดูแล ให้ความเหลือผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น และชื่นชมผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลิกยาเสพติด และให้ความร่วมมือกับผู้ที่ให้การบำบัดในการช่วยเหลือผู้ป่วย และพบว่าส่วนใหญ่มีความสุขในชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.99$) โดยมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ สามารถปฏิบัติ กิจกรรมประจำวันต่างๆ ด้วยตัวเอง และรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา

นำเสนอรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง

ผลการศึกษาแนวคิด กระบวนการพัฒนาและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ยาเสพติดของจังหวัดระยอง ในพื้นที่เป้าหมายทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ บ้านท้ายโชดและบ้านเนินสมบูรณ์ เมื่อนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ทำให้ได้รูปแบบใหม่ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดระยอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือ CBTx-Rayong Model นั้น โดยหลักการคือ ไม่ว่าหน่วยงานรัฐจะใช้แนวทางใดในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ ให้ชุมชนใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกขั้นตอน โดยเปิดโอกาส ให้คนในชุมชนคิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ให้เริ่มต้นจากการร่วมกันคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ

เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผล ที่การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ทั้งนี้ได้แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระยะคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและ หลังการบำบัด และเพื่อให้เน้นความสัมพันธ์และการดูแลที่ควรปฏิบัติต่อกัน จึงได้แยกเป็น 3 กลุ่ม โดยจำแนกตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป นำเสนอ ดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดก่อนการบำบัดรักษา

ครอบครัว	ชุมชน	ประชาชนทั่วไป
1. สร้างความรักความสามัคคีในครอบครัว 2. เป็นที่ปรึกษาให้กับลูกหลานในทุกเรื่อง 3. ผู้ใหญ่ในบ้านทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีให้ลูกหลานไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด 4. ชวนลูก-หลานเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญทางศาสนา 5. คอยสอดส่องดูแลพฤติกรรมของบุตรหลาน 6. ไม่พูดจาถากถาง ส่อเสียด 7. ชื่นชม ยกย่อง ให้รางวัล เมื่อลูกหลานทำความดี 8. รู้จักให้อภัย 9. ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ (ประเมินปัญหา/รับรู้ยอมรับ/ให้ข้อมูล) 10. พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ติดยา 11. เตรียมตัวร่วมโปรแกรมบำบัดรักษา ดูแล ช่วยเหลือ	1. รับทราบนโยบายในการดำเนินงานบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม 2. ร่วมดำเนินการเฝ้าระวังค้นหาผู้ติดยาเสพติด /ผู้มีความเสี่ยง 3. พูดคุยทำความเข้าใจ ดูแลช่วยเหลือตามสภาพของแต่ละคน 4. ส่งเสริม สนับสนุน ให้ลด ละ เลิกสิ่งเสพติด 5. จัดกิจกรรมกีฬา /ฝึกอาชีพ เพื่อให้เยาวชนใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ไม่ไปมั่วสุมใช้สารเสพติด 6. ส่งต่อให้เข้ารับการเข้ารับการบำบัดรักษา 7. ให้โอกาสแก่ผู้ติดยาเสพติดรวมถึงเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการบำบัดฟื้นฟูภายใต้แนวคิด “ผู้เสพยาคือผู้ป่วย” 8. ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	1. ร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและเฝ้าระวังปัญหา และปัจจัยเสี่ยงทางสังคมอันมีผลให้เกิดปัญหาเสพติดในชุมชน 2. เข้าร่วมดำเนินการ/ส่งเสริมและการเปิดโอกาสให้หน่วยงานทุกภาคส่วนได้ดำเนินการโดยสะดวก 3. เฝ้าระวังพฤติกรรมการณ์มั่วสุมของเยาวชน พบเห็นแจ้งผู้เกี่ยวข้อง 4. สนับสนุนช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านความรู้ การให้งานทำ

3.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด

ครอบครัว	ชุมชน	ประชาชนทั่วไป
1. ช่วยติดตาม ร่วมประเมิน/สังเกตพฤติกรรม 2. สนับสนุน/อำนวยความสะดวกในการเข้ากระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามระยะเวลาที่กำหนด 3. ให้อภัย เอาใจใส่ดูแล ให้กำลังใจ 4. สอดส่องพฤติกรรม /ชี้แนะไม่ให้ออกนอกกลุ่ม - นอกทาง 5. ให้ความร่วมมือ/ให้การสนับสนุนทีมบำบัด 6. ชักชวนลูกหลาน ให้เข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการ/ขั้นตอน /ร่วมกิจกรรมด้วย 7. สนับสนุนกิจกรรมของชุมชน ทั้งกำลังกาย กำลังใจและกำลังทรัพย์	1. ดำเนินการ/ร่วมทีมด้านสุขภาพและสังคมในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชน 2. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้เข้าใจตนเองพร้อมทั้งยอมรับปัญหานั้นๆโดยพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยวิธีที่ถูกต้อง 3. ให้คำปรึกษาครอบครัว รายครอบครัว เพื่อลดปัญหา ด้านสัมพันธภาพและพฤติกรรมที่ขัดแย้งระหว่างบุคคล ในครอบครัวและผู้ติดยาเสพติด ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดทัศนคติและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพิ่มความตระหนักในปัญหาร่วมกันและเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี 4. ให้ความรู้กับผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวในเรื่องต่างๆ เช่น บทบาทของครอบครัวกับการช่วยเหลือผู้ติดยาในการเลิกยา เส้นทาง การเลิกยา การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ฯลฯ 5. กระตุ้นให้ครอบครัวและผู้มีปัญหการใช้ยาเสพติดเห็นความสำคัญของการติดตามผลหลังการบำบัด 6. ติดตามช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่อยู่ในระบบการให้บริการติดตามดูแล ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ผู้เข้ารับการบำบัด 7. วางระบบข้อมูลรองรับผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูเพื่อติดตามดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบครบวงจร 8. แนะนำ และส่งต่อเพื่อจัดสวัสดิการสังคม ด้านการศึกษา ที่อยู่อาศัยงานอาชีพและรายได้ให้ผู้ติดยาเสพติด	1. สนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ 2. เข้าร่วมดำเนินการ/ส่งเสริมและการเปิดโอกาสให้หน่วยงานทุกภาคส่วนได้ดำเนินการโดยสะดวก 3. สนับสนุนการดำเนินงานด้านร่างกาย แรงใจ และงบประมาณ

3.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัด

ครอบครัว	ชุมชน	ประชาชนทั่วไป
1. ติดตาม/ร่วมประเมิน /สังเกตพฤติกรรม 2. เรียนรู้และปรับตัวของครอบครัวต่อผู้ป่วย 3. สนับสนุนรูปแบบกิจกรรมการติดตาม 4. แสดงความดีใจ ชื่นชมให้กำลังใจ เอาใจใส่ดูแลให้ความรัก ความอบอุ่น 5. ให้อภัยไม่ตีตรา 6. จัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างบุคคลในครอบครัว 7. สนับสนุน/หางานที่ชอบให้ทำ	1. การส่งเข้าสู่สังคมจัดกิจกรรม “คืนคนดีสู่สังคม” 2. ให้เกียรติ ยกย่อง ชื่นชม 3. ติดตาม/พัฒนาพฤติกรรมนิสัยเสริมความเข้มแข็งของผู้ผ่านการบำบัดรักษาด้านสังคมและคุณภาพชีวิต เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำ ติดตามและฟื้นฟูสภาพทางสังคมและจิตใจหลังบำบัดรักษา 4. ดูแลช่วยเหลือในด้านอาชีพ การศึกษาและโอกาสทางสังคมให้แก่ผู้ผ่านการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อประคับประคองให้ปลอดภัยจากยาเสพติด 5. จัดกิจกรรมลดตีตราและการแบ่งแยกในสังคม 6. เสริมกำลังใจแก่ผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติดเพื่อให้เขาเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเลิกได้ 7. ในกรณีผู้ใช้ยาเสพติดกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) ต้องร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญและครอบครัวเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้เชี่ยวชาญกลับไปติดยาซ้ำ 8. สร้างกลไกเฝ้าระวังและป้องกันปัญหา ยาเสพติด และการใช้ยาในทางที่ผิดเพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงาน	1. สนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ 2. ไม่มีการตีตราและไม่แบ่งแยกในสังคม 3. ยกย่อง ชื่นชม ให้โอกาส 4. เข้าร่วมดำเนินการ/ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้หน่วยงานทุกภาคส่วนได้ดำเนินการโดยสะดวก 5. สนับสนุนด้านอาชีพให้โอกาสเข้าไปทำงาน/ช่วยงานให้ทำ 6. สนับสนุนกำลังร่างกาย แรงใจและกำลังใจทรัพยากรสำหรับกิจกรรมดำเนินงานของคณะทำงาน

เมื่อชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนแล้ว จะทำให้สามารถค้นหาผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและสามารถส่งต่อให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้ครบตามเกณฑ์ด้วยความสมัครใจ ทำให้ลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ และได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยยาเสพติดด้วย

สำหรับหน่วยงานสาธารณสุข ควรปรับบทบาทหน้าที่ กิจกรรมและกระบวนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขให้มีความพร้อม อาทิ การเป็นที่ปรึกษา สนับสนุนด้านวิชาการ วัสดุอุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้องในการค้นหา เฝ้าระวังและเตรียมพร้อมในการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการระดับต่างๆ โดยในส่วนของการเข้าไปมีส่วนร่วม

กับชุมชน ในการสร้างความเข้มแข็งและการเตรียมความพร้อมในการให้บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยยาเสพติด ควรมีการเตรียมความพร้อม มีดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ควรกำหนดบทบาทหน้าที่และการจัดกิจกรรมตามกระบวนการ ที่กำหนดเป็น 3 ส่วน ให้ชัดเจน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 บทบาทและหน้าที่ของชุมชนในการสร้างความเข้มแข็งและจัดกิจกรรม ตามกระบวนการดำเนินงานที่กำหนด อาทิ ค้นหาเฝ้าระวัง การป้องกัน การปราบปราม และการดูแล รวมทั้งการสร้างอาชีพและจัดหางาน โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และภาคีเครือข่าย

ส่วนที่ 2 บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ในการบำบัดฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยเชื่อมโยงกับชุมชนและภาคีเครือข่าย

ส่วนที่ 3 บทบาทและหน้าที่ของภาคีเครือข่าย อาทิ สถานีตำรวจ สถานประกอบการ วัดโรงเรียน หน่วยงานภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ในการสนับสนุนการจัดกิจกรรมในการป้องกัน การปราบปราม การดูแล รวมทั้งการสร้างอาชีพและจัดหางาน โดยเชื่อมโยงกับชุมชนและ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

2. กิจกรรม ควรกำหนดกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาเฝ้าระวัง การป้องกัน การปราบปราม และการดูแล รวมทั้งการสร้างอาชีพและจัดหางาน เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติ

3. กระบวนการดำเนินงาน ในส่วนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขในการ บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ควรใช้หลักการ“เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง” โดยเข้าใจบริบทและสาเหตุ ที่ทำให้เสพยาเสพติด รวมถึงครอบครัวของผู้เสพทำให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา นอกจากนี้ ควรใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกระบวนการมีส่วนร่วม ขับเคลื่อนการดำเนินงานในการค้นหา คัดกรองและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน รวมทั้งควรเพิ่ม หลักการดำเนินงาน 3 ส่วน ดังนี้

1) การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management) โดยสร้างทีมหรือคณะกรรมการ ที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ตามแนวคิดการจัดการรายกรณีด้านยาเสพติด

2) การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Holistic Rehabilitation) โดยดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

3) ภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและความรู้สึกผูกพัน ให้มีความสำคัญกับการดำเนินงานของชุมชน ทั้ง 3 หลักการนี้จะช่วยเสริมให้เกิดกระบวนการความร่วมมือ การวางแผนและประเมิน การจัดการและการให้คำปรึกษาในการกำหนดและเลือกหนทางบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการสื่อสาร และการจัดการทรัพยากรที่ได้นอกจากนี้ในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนและ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขให้ชัดเจน โดยแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

(1) ด้านผู้ป่วยยาเสพติด

- เตรียมความพร้อมผู้ป่วยยาเสพติด โดยคัดกรองเพื่อจำแนกระดับการเสพติด สร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง สร้างเป้าหมายในชีวิตและกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวัน

(2) ด้านบุคคลใกล้ชิด

- เตรียมความพร้อมครอบครัว โดยสร้างความรู้ความเข้าใจและปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยยาเสพติด ส่งเสริมเทคนิคสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยยาเสพติด

(3) ด้านระบบบำบัด

- พัฒนาศักยภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการเสพติดและเสริมด้านทักษะประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการบำบัดและติดตามผู้เสพยาเสพติด

- พัฒนาหน่วยบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้ตามมาตรฐาน HA ยาเสพติด ซึ่งจะครอบคลุมทั้งระบบบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามดูแลหลังการบำบัด

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบใหม่ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดไปทดลองใช้ (Try Out) โดยวิธีค้นข้อมูลสู่ชุมชนทั้ง 2 พื้นที่เป้าหมาย เพื่อสอบถามความคิดเห็นและร่วมกันพิจารณาว่ารูปแบบใหม่ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดเป็นอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนมีความพึงพอใจและยอมรับในการนำรูปแบบใหม่นี้ไปปรับใช้ในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเห็นว่าปัจจัยที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอนคือ “การมีส่วนร่วม” และใช้หลัก “ความสมัครใจ และความต่อเนื่อง” ในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในทุกขั้นตอน

อภิปรายผล

จากการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยองสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนา รวมทั้งผลลัพธ์การดำเนินงานในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง ในพื้นที่เป้าหมายทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ บ้านท้ายโคตและบ้านเนินสมบูรณ์ พบว่าเมื่อนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและให้ความสำคัญกับคณะกรรมการของหมู่บ้านในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยให้ชุมชนออกแบบกระบวนการดำเนินงานเอง ทำให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหาและติดตามประเมินผลมากขึ้น ส่งผลให้ปัญหายาเสพติดในพื้นที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาภาศิริ สุวรรณานนท์ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยศึกษาจากหน่วยงานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัดและระบบต้องโทษ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยความสำเร็จของระบบสมัครใจส่วนหนึ่งคือกิจกรรมบำบัด ควรมีความน่าสนใจและเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ช่วยให้ผู้ใช้บำบัดสามารถกลับมาดำรงชีวิตโดยไม่ใช้ยาเสพติด รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ความร่วมมือของชุมชน การใช้แนวทางการแก้ปัญหาโดยชุมชน (Community Based) เป็นแนวทางหลักในการบำบัดรักษา การให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบำบัดรักษา และดูแลหลังบำบัดรักษา การปรับนโยบายให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมตามความจำเป็นของพื้นที่ การพัฒนารูปแบบและมาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้มีความเหมาะสม โดยใช้ลักษณะผู้เสพยาเสพติดเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Approach) การประสานงานกับหน่วยงานภาคเอกชนในพื้นที่ในการส่งต่อฝึกงานและอบรมอาชีพของผู้ผ่านการบำบัดรักษา รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดที่ได้จากการพัฒนาครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการบำบัดดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (2562) ที่ได้ให้แนวทางดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ลักษณะผู้เสพยาเสพติดเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบการบำบัดที่ถือว่าได้ผลเหมาะสมกับสภาพปัญหาของการเสพติด เป็นการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) แนะนำให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาและสารเสพติดให้ได้รับการดูแลตั้งแต่การป้องกัน การคัดกรอง จูงใจให้เข้ารับการบำบัดรักษาตามสภาพความรุนแรง การดูแลในชุมชน สร้างปัจจัยเชิงบวกให้เกิดการยอมรับและให้โอกาสในการเลิกยาเสพติด รวมทั้งการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ผ่านการบำบัดที่ฟื้นฟูสภาพความรุนแรงจากการติดยาเสพติด ข้อค้นพบจากการวิจัยอีกด้าน คือ กระบวนการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ศักยภาพและทรัพยากรของชุมชน ทั้งนี้เป้าหมายเพื่อให้พนักงานลูกจ้างท่าอากาศยาน ยาเสพติด มุ่งสร้างกำลังใจ ให้โอกาสผู้หลงผิดใช้ยาเสพติดได้กลับตัวกลับใจใหม่ สามารถเลิกยาเสพติดได้และไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก สอดคล้องกับแนวทางป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานประกอบการ (กองสวัสดิการแรงงาน, 2555) กระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานประกอบการครอบคลุม การค้นหา คัดกรอง การบำบัดฟื้นฟู การติดตามดูแลช่วยเหลือหลังการบำบัด การให้บริการปรึกษา แนวทาง การส่งต่อ หากคัดกรองพบพนักงานมีสารเสพติดในปัสสาวะตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปจะถูกส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ในสถานประกอบการ (Modified Matrix Program) โดยดำเนินการบำบัดฟื้นฟูในศูนย์เพื่อนใจของสถานประกอบการ กิจกรรมบำบัดฟื้นฟูจะยึดกิจกรรมหลักของโปรแกรมจิตสังคมบำบัด Matrix Program (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และเพิ่มกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด โดยใช้เทคนิคที่สำคัญคือ การสัมภาษณ์เพื่อการสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ตามแนวทางการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจหรือ Motivational enhancement therapy (Miller WR, 1989 อ้างใน นันทชัย พิชิตพันธ์, 2556) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญทำให้ผู้บำบัดช่วยเหลือผู้เสพติดให้สามารถเอาชนะความลังเลใจ มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นคนดีของสังคมได้

2. พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง (CBTx-Rayong Model) โดยผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาให้ชุมชน

ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้คนในชุมชนคิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนให้เริ่มต้นจากการร่วมกันคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผลที่การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยทีมหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ตามแนวคิดการจัดการ รายกรณี (Case management: CM) การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Holistic Rehabilitation) และภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้กระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน จัดการและให้คำปรึกษาในการเลือกหนทางรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการสื่อสาร และการจัดการทรัพยากรที่สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and Care) ของกระทรวงสาธารณสุข (2561) ที่มีมุมมองต่อรูปแบบการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบเดิม ที่ใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์ โดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน (Hospital based) เพียงอย่างเดียว ย่อมไม่สามารถตอบโจทย์ต่อสภาพปัญหาและผลกระทบของยาเสพติดได้ ดังนั้น การจัดบริการทางเลือกในรูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based) ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงบริการได้ง่ายและให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของธราเทพ โอชารสและคณะ (2554) ชโลธร อัญชลีสหกร (2558) สุริรัตน์ ปรานี (2559) เอกรัตน์ หามนตรี (2561) ที่พบว่า การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดประสบผลสำเร็จมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ในการนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนขับเคลื่อนการดำเนินงานนั้น ควรเน้นให้ชุมชนใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้คนในชุมชนคิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนให้เริ่มต้นจากการร่วมกันคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผลที่การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ในส่วนของจังหวัดควรประกาศใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในจังหวัด โดยกำหนดเป็นนโยบายของจังหวัดที่ชัดเจนให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ และควรมีความต่อเนื่องทุกปี โดยหน่วยงานสาธารณสุข ควรปรับบทบาทหน้าที่ให้มีความพร้อมรองรับการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดจากชุมชน รวมทั้งเตรียมพร้อมในการกำหนดเกณฑ์ เพื่อคัดเลือกชุมชนที่เหมาะสมในการดำเนินงาน โดยชุมชนควรมีความพร้อมด้านแกนนำ

และกรรมการหมู่บ้านที่เข้มแข็งและเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน นอกจากนี้ควรเน้นให้ครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไปได้ทำหน้าที่ตามที่กำหนด โดยชุมชนต้องร่วมกันสนับสนุนการดำเนินงาน พร้อมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานให้การสนับสนุนในส่วนที่เกี่ยวข้องให้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งจัดทำแนวทาง ระบุขั้นตอนวิธีการดำเนินงาน แยกบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน และควรเป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือในการสนับสนุนความรู้และวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เป็นพี่เลี้ยงและให้การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ รวมทั้งจัดทำสื่อ ประชาสัมพันธ์ให้กับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุม นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับ "บวร" (บ้าน วัด โรงเรียน) ซึ่งเป็นสิ่งใกล้ตัวและเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจและปลูกฝังสิ่งที่ดีงามตั้งแต่วัยเด็กของคนในชุมชน และควรทำ MOU กับสถานประกอบการที่ให้ความสำคัญกับการคืนคนดีสู่สังคมโดยหลังการบำบัดรักษาควรมีการฝึกทักษะในการประกอบอาชีพ และให้โอกาสได้ทำงานในสถานประกอบการ เพื่อเป็นกำลังใจและความหวังให้กับผู้ป่วยยาเสพติดในการประกอบอาชีพมีรายได้เลี้ยงครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาต้นแบบชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ควรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาแบบการสร้างเครือข่ายชุมชนเพื่อลดการเสพติดในชุมชนที่มีบริบทที่แตกต่างกัน
3. ควรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาในสถานประกอบการซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน และสถานศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มวัยเรียน เพื่อพัฒนาให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและจะช่วยให้การเข้าถึงบริการเป็นไปอย่างทั่วถึง เป็นธรรม

Reference

- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. (2555). คู่มือการดำเนินงานมาตรฐานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในสถานประกอบการ. กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือผู้ปฏิบัติงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิด-พฤติกรรมบำบัด. กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง. สมุทรสาคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี. นนทบุรี.
- คะนอง พิรุณ. (2558). การพัฒนารูปแบบการป้องกันยาเสพติดโดยประชาชนมีส่วนร่วมกรณีศึกษาบ้านฮองฮีตำบลยางตลาดอำเภอยางตลาดจังหวัดกาฬสินธุ์. ในวารสารมนุษยศาสตร์และ

- สังคมศาสตร์การประชุมวิชาการมหาสารคามวิจัยครั้งที่ 10. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชโลธร อัญชลีสหกร. (2558). กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษา. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธราเทพ โอชาสและคณะ. (2554). รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลคำบงอำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์. มหาสารคาม.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. กรุงเทพมหานคร.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน.
- รัตน์ บัสนันท์. (2555). วิธีการเชิงผสมผสานสำหรับการวิจัยและประเมิน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมหวัง พริยานุวัฒน์. (2537). รวมบทความการประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาติ จักรพิสุทธิ์. (2547). การศึกษาทางเลือกของชุมชน. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 27 (4) : 18-23 ; มิถุนายน-สิงหาคม.
- สุรรัตน์ ปรานี. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดกรณีศึกษา. มหาวิทยาลัยรังสิต.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2563). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดระยอง ปีงบประมาณ 2562. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2564). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดระยอง ปีงบประมาณ 2563. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง.
- อศิน รพีพัฒน์. (2547). การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข.
- อัญชลี บุญอินทร์. (2553). การประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้าน/ชุมชน (SML): กรณีศึกษาชุมชนในเขตเทศบาลตำบลเสม็ดจังหวัดชลบุรี. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์. (2558). การศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร.
- เอกรัตน์ หามนตรี. (2561). ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. กรุงเทพมหานคร.

- Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1981). Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
- Fornaroff, A. (1980). Community Involvement in Health System for Primary Health Care. Geneva: World Health Organization.
- Johnstone, J. N. (1981). Indicators of Educational Systems. UK.: The Anchor Press Tiptree.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner. 3rd ed. Australia: Deakin University.
- Ministry of Public Health. (2016). Guidelines for the drug. 1. Bangkok Edition: Bourne B Publishing Limited.
- Ministry of Public Health. (2017). Guidelines for harm reduction drug (Harm Reduction). Edition 1. Bangkok: Bourne B Publishing Limited.
- Ministry of Public Health. (2017). The standard rehabilitation of drug addicts detained in a healing force. According to the Rehabilitation Act of 2545. Addiction Edition 1. Bangkok: Bourne B Publishing Limited.
- Ministry of Public Health. (2017). Standards for rehabilitation of drug users / drug addicts. Penal system, prison / detention. Edition 1. Bangkok: Bourne B Publishing Limited.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E., and Wright, S. R. (1979). Evaluation: A Systematic Approach. Newbury Park, CA: Sage.

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์
ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

The development of traffic safety management potential model

by the Road Safety Operations Center Committee

Mueang Sisaket District, Si Sa Ket Province

ศรีสมบุญ คำผิง

Srisomboon Khampong

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

Mueang Sisaket Health District

(Received: July 1, 2021; Revised: August 19, 2021; Accepted: August 30, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์ใช้วงจรการจัดการคุณภาพ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน จำนวน 45 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน (5 Es) และ แบบการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI PLUS) ระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 ถึง เดือน กรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการจัดบันทึกการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ประกอบด้วย 1. การจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ และการกำหนดบทบาทหน้าที่ 2. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 3. การจัดทำแผนพัฒนาการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนน 4. การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้านการบาดเจ็บ 5. การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ 6. พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนการบาดเจ็บทางถนนในระดับ อำเภอ 7. การจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และ 8. การสร้างการรับรู้การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การขับเคลื่อนโดยการใช้ข้อมูลในการจัดการอุบัติเหตุจราจร ดังนั้นจึงควรพัฒนาการใช้ข้อมูลระบบสารสนเทศในการแก้ปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การจัดการความปลอดภัยในการจราจร, ความปลอดภัยทางถนน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Am_jeed@hotmail.com Tel. 081-8789962)

Abstract

This action research aimed to develop the potential of traffic safety management by the Road Safety Operations Center Committee, Sisaket District Sisaket Province. The 4-step quality management cycle methodology was applied as planning, conducting, observing and reflection. The 45 people sample group was selected those who are involved in the operation of the district leadership team (Core team), including the Office of the Deputy District Chief, Head of District Public Health, Head of the emergency room, in charge person of the sub-district health promoting hospital, Superintendent of the Provincial Police Station, defense officer and disaster relief of the local administrative organization, the department of rural road, Road accident victims protection company, Subdistrict headman, Village headman or community leader and the chairman of the Public Health Volunteers in Mueang Sisaket District. Data were collected by the road accident prevention and reduction policy under the five main strategies (5 Es) questionnaire and the district-level road accident injury prevention assessment form (D-RTI PLUS) Data were analyzed using descriptive statistics presented with frequency, percentage, mean and deviation. The information obtained from group conversations notes recorded and interviews, participant observation include transcription to categorize and summarize the key points while authentic assessment explaining as content analysis.

The results of the research revealed that the potential development of traffic safety management model by the Road Safety Operations Center committee consisted of (1) establishment of the district road safety operation center committee with the assignment of roles and duties (2) problem situation and the risk points for road accidents analysis; (3) plans preparation development to deaths and reducing road accidents prevented; (4) Injury epidemiological surveillance data management. (5) an accidents information network established on the district level (6) the potential of road injury investigation teams Development on the district level (7) the risk points of road accident Management (8) The creation of perception and awareness in road accident prevention

From this study, the use of data management from the death analysis and other empirical data will be used as a link to create the participation among all related organization to solve traffic accidents in the risk areas. Therefore, all executive or heads of related officers should support and push for the continuous development of the use of information systems to solve accidents in the area.

Keywords : model development, traffic safety management, road safety

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชากรในประเทศไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลก แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรประมาณ 1.2 ล้านคน และบาดเจ็บประมาณ 50 ล้านคน จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของประชากรทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน ปี พ.ศ.2561 (Global Report on Road Safety 2018) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าการบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา จากฐานข้อมูลของปี พ.ศ. 2556 พบว่า อัตราผู้เสียชีวิตบนท้องถนนสูงถึง 1.25 ล้านคนต่อปี และการบาดเจ็บ และสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยติดอันดับ 2 ของโลกโดยมีผู้เสียชีวิต 36.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน หรือเฉลี่ยปีละ 24,326 คน นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราผู้เสียชีวิตบนท้องถนนเพิ่มขึ้นเป็น 1.35 ล้านคนต่อปี กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากที่สุด อายุระหว่าง 5-14 ปี และเยาวชนอายุ 15-29 ปี โดยประเทศไทยติดอันดับ 9 ของโลก และมีประมาณการผู้เสียชีวิต 32.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (60 คนต่อวัน) คิดเป็นจำนวนเฉลี่ยปีละ 22,491 คน (สำนักนโยบายและแผนการขนส่งและการจราจร, 2562)

ด้วยในปัจจุบันสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ชีวิต และทรัพย์สินของประชาชนในทุกพื้นที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม ซึ่งพบว่าประชาชนมีการใช้รถ ใช้ถนนเป็นจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณการจราจร บนถนนทางหลวงสายต่าง ๆ หนาแน่น และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ให้ลดความสูญเสียจากการบาดเจ็บ เสียชีวิต ทรัพย์สินจากอุบัติเหตุทางถนน ให้ลดลงเหลือน้อยที่สุด และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักนโยบายและแผนการขนส่งและการจราจร, 2563)

ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อาศัยอำนาจตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 ในการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนขึ้น เพื่อเป็นศูนย์อำนวยการประสานงานบูรณาการ การบริหารจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน ตลอดจนเป็นศูนย์รวบรวมข้อมูล สถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในระดับท้องถิ่น เพื่อนำข้อมูลไปสู่การวิเคราะห์ถึงสาเหตุ และกำหนดมาตรการแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน มีอำนาจหน้าที่ในการ 1) จัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงาน โครงการ และงบประมาณในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับแผนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดและอำเภอ 2) ดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) เฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ แผนงาน โครงการ และรายงานการดำเนินงาน ให้คณะกรรมการ ศปถ.จังหวัด และ ศปถ.อำเภอ ทราบ 4) ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ

ประชาชนในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) จัดให้มีศูนย์ข้อมูลและสถิติอุบัติเหตุทางถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6) เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และประชาสัมพันธ์การดำเนินงานต่อสาธารณะ 7) รายงานผลการดำเนินงานและเสนอความเห็น ต่อคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ศปถ.จังหวัด และ ศปถ.อำเภอ เพื่อพิจารณากำหนดแนวทาง หรือมาตรการเกี่ยวกับการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ 8) แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ตามที่เห็นสมควร 9) ปฏิบัติงานอื่นตามที่คณะกรรมการ ศปถ.จังหวัด และ ศปถ.อำเภอ มอบหมาย

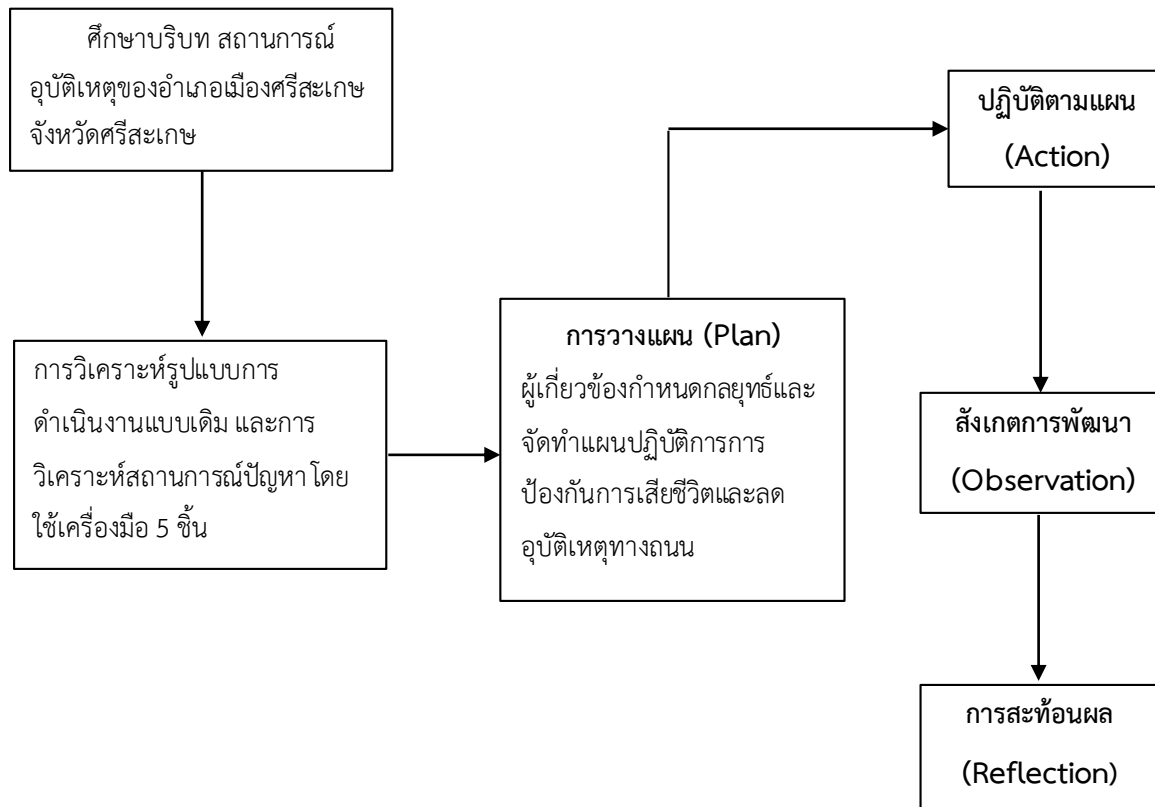
นโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ถือได้ว่าเป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน ของรัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐในการที่จะลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ลดการสูญเสียในชีวิตและ ทรัพย์สินให้น้อยลง แม้ว่าที่ผ่านมาอำเภอมีศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนดำเนินการแก้ไขปัญหา การเกิดอุบัติเหตุทางถนน แต่ยังไม่สามารถลดการเสียชีวิตลงได้ เนื่องจากปัญหาอุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาที่มีหลายมิติและมีความซับซ้อน การป้องกันและแก้ไขปัญหาจึงต้องทำอย่างมีระบบ (บุญยืน ศรีสว่าง, 2561) การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขาดพลัง ของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขด้วยทิศทางเดียวกัน จากการถอดบทเรียนของคณะกรรมการ ศปถ. อำเภอเมืองศรีสะเกษ พบว่า จุดอ่อนของการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอยู่ที่การขาด การวิเคราะห์ข้อมูล ขาดการวิเคราะห์จุดเสี่ยงร่วมกัน และขาดการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับ อธิราช มณีภาค (2558) การบริหารจัดการลดอุบัติเหตุทางถนนในเขตกรุงเทพมหานคร จะมีปัญหาในเรื่องของการบริหารจัดการเนื่องจาก การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่ทางศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนได้มุ่งหมายไว้ ซึ่งความร่วมมือระหว่าง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายและสามารถแก้ไขด้วยการวิเคราะห์ อย่างมีเหตุผลและด้วยมาตรการที่เหมาะสม (สุรางค์ศรี ศิริมโนชญ์, 2557) ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบ การจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ต้องการจัดการและเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของภาคีหุ้นส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ลดพฤติกรรมเสี่ยงและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ทางจราจร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการ ความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart (1988: 11-15) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ที่มุ่งศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2563 - เดือน กรกฎาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ปลัดอำเภอหัวหน้าฝ่ายความมั่นคง สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธร เจ้าพนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แขวงทางหลวง บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ กำนันหรือผู้ใหญ่บ้านหรือแกนนำชุมชน และ

ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบ และแบบสอบถามการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน (5 Es) คือ ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิศวกรรมจราจร ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านการให้ความรู้ และการประชาสัมพันธ์ ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นประกอบการอภิปรายเป็นรายการกรณีในอำเภอเมืองศรีสะเกษ ที่เป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) ประกอบด้วยโครงสร้างคำถาม ดังนี้

1) การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ตามรูปแบบที่ได้พัฒนาเป็นอย่างไรบ้าง

2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ตามรูปแบบที่พัฒนา มีอะไรบ้าง

3) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

1) เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ (เครื่องมือ 5 ชิ้น) ประกอบด้วย สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดปัญหา แผนภูมิต้นไม้ บันไดผลลัพธ์ การวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน และการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์

2) เครื่องมือวิเคราะห์จุดเสี่ยง จำนวน 8 ใบงาน ประกอบด้วย ทำแผนที่และคัดเลือกจุดเสี่ยงในชุมชน, ค้นหาแบบการชนที่เกิดขึ้นบ่อยบริเวณจุดเสี่ยง, ค้นหาปัจจัยเสี่ยงจากถนน, สรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดการชน (คน รถ ถนน), เรียนรู้จากอดีต ต้นทุนเดิมในพื้นที่ จะชวนใครมาทำงาน, จัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขจุดเสี่ยงในชุมชน, จัดการที่ทำได้เอง ส่งต่อปัญหาที่เกินกำลัง, มาตรการประเมินผล เฝ้าระวัง และติดตามผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ขึ้นวางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัจจุบันและปัญหาการดำเนินงาน

1.1 ศึกษาบริบท สถานการณ์อุบัติเหตุของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.2 ทบทวนบทบาทหน้าที่คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.3 การวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานแบบเดิม และการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา โดยใช้เครื่องมือ 5 ขึ้น

1.4 จัดประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางอำเภอเมืองศรีสะเกษ ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนน

2. ชั้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามแนวทางและแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ในชั้นที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ 8 กิจกรรม

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านอุบัติเหตุทางถนน มี 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้านการบาดเจ็บ 2) การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ 3) พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนการบาดเจ็บทางถนนในระดับอำเภอ/ตำบล

กลยุทธ์ที่ 2 การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของ ทีมระบบสุขภาพอำเภอ การแก้ไขจุดเสี่ยงอุบัติเหตุ ได้แก่ 1) การปฏิบัติการค้นหาจุดเสี่ยง โดยการสร้างแผนที่จุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ จากนั้นระดมความคิดเห็นในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมามีอุบัติเหตุเกิดขึ้นในอำเภอเมืองศรีสะเกษ ตรงไหนบ้าง โดยให้ปภทลงบนแผนที่จุดเสี่ยง กำหนดให้สีแดง เป็นบริเวณที่เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วมีคนตาย สีเหลือง เป็นพื้นที่เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วบาดเจ็บสาหัส สีเขียว เป็นบริเวณที่ผู้ประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย 2) การเลือกจุดเสี่ยงที่เห็นว่าควรปรับปรุงแก้ไขอย่างเร่งด่วน 3) การวิเคราะห์จุดเสี่ยง ระดมความคิดเห็นร่วมกันค้นหารูปแบบอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบ่อยบริเวณจุดเสี่ยง ปัจจัยด้านคน รถ ถนน ตามลักษณะบุคคล เวลา และสถานที่ 4) วางแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขจุดเสี่ยงอันตราย และปฏิบัติการกำจัดจุดเสี่ยงอันตราย 5) การสะท้อนข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนทุกเดือนในการประชุมประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเมืองศรีสะเกษ

กลยุทธ์ที่ 3 การสร้างการรับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 1) การสร้างความตระหนักความปลอดภัยในชุมชนการขับขี่ปลอดภัย 2) รมรงค์สวมหมวกกันน็อคขับขี่ปลอดภัย จัดตั้งกองทุนหมวกกันน็อค “คนเมืองศรีสะเกษ หัวเหล็ก”

3. ชั้นการติดตามและประเมินผล

3.1 ประเมินผลกระบวนการโดยการเก็บแบบสอบถาม และสังเกตการมีส่วนร่วมและสะท้อนผลของการปฏิบัติของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเมืองศรีสะเกษ ในแต่ละระยะของการวิจัย

3.2 สรุปผล วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4. ขั้นตอนการปรับปรุง

การสะท้อนผลการปฏิบัติงานจากการจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการถอดบทเรียน วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนจากข้อมูล ที่ได้จาก ขั้นตอนการปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาวิธีการในการปฏิบัติและปรับปรุงรูปแบบ การสะท้อนการปฏิบัติ โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเป็นวงจรขึ้นต่อเนื่องกันไป ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการปรับปรุงและกระชับให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่เป้าหมายไว้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้น เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหา (Content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งชุด (Index of item objective: IOC) และทำการปรับแก้ไข ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86

ความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามการดำเนินการ ตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ยุทธศาสตร์ หลัก 5 ด้าน (5 Es) ไปทดลองใช้ (Try-out) กับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภออุทุมพรพิสัย จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ยุทธศาสตร์ หลัก 5 ด้าน (5 Es) และแบบการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI PLUS: District Road Traffic Injury)

1.2 ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ โดยศึกษาจากระบบฐานข้อมูล HDC 43 แฟ้ม อำเภอเมือง ศรีสะเกษ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

การถอดเทป และการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินตามแผนปฏิบัติการ/โครงการขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ ที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการจัดบันทึกการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม การถอดเทป มาจัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสำคัญแล้วนำเสนอด้วยการอธิบาย บรรยาย และอภิปราย ตามสภาพความเป็นจริง และตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2021 -22 รับรองวันที่ 18 ธันวาคม 2563

ผลการวิจัย

1 ข้อมูลบริบท และสถานการณ์อุบัติเหตุ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.1. บริบทอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการศึกษา พบว่า การคมนาคม อำเภอเมืองศรีสะเกษ มีเส้นทางคมนาคมส่วนมากเป็นถนนลาดยางติดต่อกันระหว่างหมู่บ้าน ถนนสายสำคัญที่มุ่งสู่อำเภอเมืองศรีสะเกษ สามารถเดินทางได้สะดวก คือ

- ทางหลวงหมายเลข 226 ผ่านอำเภอเมืองศรีสะเกษ โดยผ่านตำบลหนองไผ่ เขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ ตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพธิ์แขวง
- ทางหลวงหมายเลข 220 โดยผ่านตำบลหมากเจียบ ตำบลหนองครก เขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ
- ทางหลวงหมายเลข 2373 โดยผ่านตำบลคูซอด ตำบลหญ้าปล้อง และเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ
- เส้นทางคมนาคมทางบกที่เป็นเส้นทางเลี่ยงเมือง

ปัญหาทางด้านสาธารณสุขสำคัญของอำเภอเมืองศรีสะเกษ ที่ผ่านมา พบว่า อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการดำเนินงานตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขด้วยทิศทางเดียวกันจากการถอดบทเรียนของคณะกรรมการ ศปถ. อำเภอเมืองศรีสะเกษ พบว่า จุดอ่อนของการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอยู่ที่การขาดการวิเคราะห์ข้อมูล ขาดการวิเคราะห์จุดเสี่ยงร่วมกัน และขาดการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย ดังนั้นการเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชน โดยการบูรณาการเครือข่ายต่างๆ โดยใช้หลักการดำเนินงานที่มุ่งเน้นให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชุมชนให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองของชุมชน (Community Self-Managed) และภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และภาคประชาสังคมบนฐานการจัดการและเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Management/Learning) เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และลดพฤติกรรมเสี่ยงทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (Safe Community)

1.2. ผลการทบทวนสถานการณ์อุบัติเหตุ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

สถานการณ์อุบัติเหตุ จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2563 พบการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 5,713 ครั้ง มีผู้ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 6,416 คน คิดเป็นร้อยละ 435.57 ต่อแสนประชากร ทพพลภาพ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 1.90 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิต 176 คน คิดเป็นร้อยละ 11.94 ต่อแสนประชากร อำเภอที่มีการบาดเจ็บเสียชีวิตมากที่สุด 3 อันดับแรกของจังหวัดศรีสะเกษ คือ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จำนวน 970 คน กันทรลักษ์ จำนวน 791 คน และอำเภอยุซัน จำนวน 644 คน

อำเภอเมืองศรีสะเกษ ปี 2563 พบการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 867 ครั้ง มากที่สุดในจังหวัดศรีสะเกษ มีผู้บาดเจ็บ 934 คน เสียชีวิต 36 คน และเมื่อศึกษาสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เกิดในจังหวัดศรีสะเกษ มีเพิ่มมากขึ้น โดยเดือนมกราคม 2564 มีการบาดเจ็บ 80 ราย เสียชีวิต 2 ราย หากเปรียบเทียบกับเดือนมีนาคม 2564 ปรากฏว่า มีการบาดเจ็บ 136 ราย เสียชีวิต 3 ราย จำนวนผู้บาดเจ็บ และจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น พื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ อำเภอเมืองศรีสะเกษ และอำเภอกันทรลักษ์ และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนน ปี พ.ศ. 2564 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ พบว่า จำนวนการบาดเจ็บ มีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน ส่วนอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง

1.3. ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการศึกษา พบว่า พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.11 เพศหญิง ร้อยละ 28.89 ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 44.44 รองลงมาอายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 28.89 (Mean = 45.20 ปี, Min = 31 ปี, Max = 56 ปี, S.D. = 7.12) วุฒิการิวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ ปริญญาโทขึ้นไป และต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 22.22 และ 11.11 ตามลำดับ ประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 53.33 และมากกว่า 16 ปี ร้อยละ 46.67 ตำแหน่งปัจจุบันหัวหน้าหน่วยงาน ร้อยละ 66.67 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 33.33

2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ

กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน มีการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ คือ เครื่องมือ 5 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ ขั้นตอนที่ 3 ขั้นติดตามและ ประเมินผล และขั้นตอนที่ 4 ขั้นปรับปรุงแก้ไข โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3 ผลการพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

การดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ โดยรวม พบว่า การดำเนินการตามนโยบาย ป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.60$ S.D.= 0.62) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน คือ ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ($\bar{X} = 3.57$ S.D.= 0.71) ด้านวิศวกรรมจราจร ($\bar{X} = 3.62$ S.D.= 0.88) ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 3.66$ S.D.= 0.84) และมีการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์ ($\bar{X} = 3.37$ S.D.= 0.92) และ ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ ($\bar{X} = 3.46$ S.D.= 0.61)

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ การเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน ตลอดจนการติดตามและประเมินผล ส่งผลให้การดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม จำนวนอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด 1,130 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 1,368.53 ต่อประชากรแสนคน มีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน 3 ปี ย้อนหลัง ส่วนอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ 0.07 เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน การจัดการจุดเสี่ยงที่มีอยู่ในอำเภอรวม 26 จุด จากทั้งหมด 28 จุด และส่งผลให้การดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม

4 รูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจรโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย (1) การจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเมืองศรีสะเกษ และการกำหนดบทบาทหน้าที่ (2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และวิเคราะห์จุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (3) การจัดทำแผนพัฒนาการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนน (4) การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้านการบาดเจ็บ (5) การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ (6) พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนการบาดเจ็บทางถนนในระดับอำเภอ (7) การจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (8) การสร้างการรับรู้การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดย คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ระดับการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เพราะได้ดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลในการที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัด มีการจัดตั้งและทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอเพื่อดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และนำยุทธศาสตร์ 5 ด้านมาเป็นยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานเป้าหมายเพื่อยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ ลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุและความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนให้น้อยลงตามนโยบายของรัฐบาล เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านการประเมินผลและสารสนเทศอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านวิศวกรรมจราจร อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายผลเป็นรายด้านได้ ดังนี้

1.1 ดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ ด้านการบังคับใช้กฎหมาย อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะการเกิดอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจะช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน สอดคล้องกับ อภิวัฒน์ ปีตพงศ์ (2563) ศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการจัดการ ความปลอดภัยทางถนนตามยุทธศาสตร์ 5E เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ด้านการบังคับใช้กฎหมายอยู่ในระดับมาก

1.2 ดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ ด้านวิศวกรรมจราจรอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีการนำข้อมูลจุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยมาหาสาเหตุการเกิดเพื่อวางแผนแก้ไข ทั้งนี้คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอเมืองศรีสะเกษ ได้มีการนำข้อมูลจุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยมาหาสาเหตุ และทำการปรับปรุงถนนและช่องทางจราจรอยู่เป็นประจำทำให้จำนวนอุบัติเหตุที่เกิดในบริเวณเดียวกัน อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ นโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ของ ชรินทร์ สุวรรณภูเต (2552) ด้านยุทธศาสตร์ด้าน วิศวกรรมจราจร (Engineering) เป็นยุทธศาสตร์ด้านการดำเนินการใช้หลักวิศวกรรมจราจรมาดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยให้มีการเร่งปรับปรุงแก้ไขถนนที่มีลักษณะเป็นอันตรายก่อให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง ได้แก่ บริเวณทางโค้ง ทางแยกการปรับปรุงแก้ไขป้ายสัญญาณ ป้ายเตือน ป้ายบอกทาง เพื่อให้เกิดความชัดเจนลดการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในบริเวณจุดเสี่ยง

1.3 การดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การประชาสัมพันธ์ทางสื่ออย่างต่อเนื่องจะกระตุ้นสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติตาม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ทั้งนี้เป็นเพราะดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บ

จากอุบัติเหตุทางถนนผ่านโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโทษที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างต่อเนื่องตามช่องทางการกระจายเสียง ทางวิทยุท้องถิ่น สอดคล้องกับงานวิจัย ของ กาญจนา เลิศวุฒิ (2561) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคีเครือข่าย จังหวัดลำพูน พบว่า ด้านการสื่อสารความเสี่ยง สร้างแหล่งเรียนรู้ วัฒนธรรมสร้างกระแสและความตระหนักรู้ด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจร พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ขับขี่ในเรื่องสวมหมวกนิรภัย เมาไม่ขับ ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร ประชาสัมพันธ์เรื่อง การขับขี่ปลอดภัย จัดทำสโปตผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

1.4 การดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดย คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ ด้านการบริการการแพทย์ อยู่ในระดับมาก คือ มีความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการรักษาพยาบาลเหตุฉุกเฉิน การมีความพร้อมของทีมกู้ชีพกู้ภัยที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการกู้ชีพกู้ภัยเบื้องต้น การบูรณาการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุอย่างเป็นเอกภาพ และความร่วมมือขององค์กรเอกชน มูลนิธิต่าง ๆ สอดคล้องกับ วิไลวรรณ บัวชุม. (2559) ประสิทธิภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนตามยุทธศาสตร์ 5E เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนของสำนักงานขนส่งจังหวัด พบว่า การจัดการความปลอดภัยทางถนน ตามยุทธศาสตร์ 5E อยู่ในระดับมาก

1.5 การดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ ด้านการประเมินผลและ สารสนเทศ เป็นรายชื่อ 4 ข้ออยู่ในระดับมาก คือ มีการเสนอวาระรายงานอุบัติเหตุ ทางถนนในการประชุม หัวหน้าส่วนราชการมีการนำสถิติอุบัติเหตุมาพิจารณา เพื่อดำเนินการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน การดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ต้องกำหนดเป็นตัวชี้วัด คำรับรองปฏิบัติราชการ และ ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานให้ความสำคัญกับนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และ มีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลางอีก 2 ข้อ คือ มีการประชุมวางแผน และจัดทำแผนเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน ร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และมีการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

ปัจจัยความสำเร็จ

ผลสำเร็จของการดำเนินการดำเนินงานของ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการ ความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ สรุปผลตามบันไดผลลัพธ์ทั้งหมด 5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 เกิดทีมวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นทีมสหวิชาชีพจาก ส่วนปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อสม. โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ร่วมกันจัดทำข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและ แนวทางการแก้ไขปัญหา พร้อมจัดทำทสรุบบุคลากรเสนอเข้าที่ประชุมทุกระดับ

ขั้นที่ 2 กลไกคณะทำงานระดับอำเภอ เกิดขึ้นต่อบ้านไต่ขั้นที่ 1 ที่มีการใช้ข้อมูลในการกำหนดมาตรการ นโยบาย รวมถึงกำหนดแผนงานในการดำเนินงานของอำเภอ และมอบนโยบายให้กับบ้านไต่ขั้นต่อไป

ขั้นที่ 3 กลไกคณะทำงานระดับท้องถิ่น มีคำสั่งแต่งตั้งทีมดำเนินการตามนโยบายระดับอำเภอ และดำเนินการต่อเนื่องตามบริบทของแต่ละพื้นที่ มีการจัดการทางพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และระบบระดับท้องถิ่น โดยใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล รวมทั้งนำเข้าเป็นข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติ เพื่อแก้ไขปัญหาในระยะยาว

ขั้นที่ 4 สิ่งแวดล้อม คณะทำงานทุกระดับประสานงานเพื่อดำเนินการแก้ไขจุดเสี่ยงสำคัญของแต่ละพื้นที่ โดยแก้ไขตามบทบาทความรับผิดชอบ และที่สามารถดำเนินการได้ในส่วนที่เป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานอื่นให้ประสานเพื่อให้เข้ามาดำเนินการร่วมกันต่อไป

ขั้นที่ 5 พฤติกรรมเสี่ยง เกิดการขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ ทั้งที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงจากข้อมูลภาพรวมของอำเภอ คือ ไม่สวมหมวกนิรภัย เมาแล้วขับ และขับรถเร็ว และท้องถิ่นแต่ละแห่งมีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์หรือพฤติกรรมเสี่ยงของแต่ละพื้นที่ มีการบูรณาการร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนได้ทราบข้อมูลสภาพปัญหา การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหารวมถึงการดำเนินการของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม ก่อนนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด เพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนร่วมกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ได้ดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลในการที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัด โดยได้มีการจัดตั้งและทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอเพื่อดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และได้นำยุทธศาสตร์ 5 ด้านมาเป็นยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานมีเป้าหมายเพื่อยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ ลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุและความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ให้น้อยลงตามนโยบายของรัฐบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ พบว่า การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนั้น ควรมีการศึกษาในวงรอบต่อไปเพิ่มอีกเพื่อติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างยั่งยืน

2. การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) ต่อเนื่องในพื้นที่เนื่องจากผลสำเร็จในการลดอุบัติเหตุยังคงมีกิจกรรมที่ดำเนินการโดยปรับรูปแบบที่เป็นพลวัตรและเริ่มมีรูปแบบที่เน้นเรื่องพฤติกรรมและการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น การศึกษาในวงรอบต่อไป จะทำให้เกิดความรู้จากผลสำเร็จที่สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ

References

- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University.
- กาญจนา เลิศวุฒิ. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของ พหุภาคีเครือข่าย จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขสุโขทัย. 14 (1), 46-59
- ชรินทร์ สุวรรณภูเต. (2552). การศึกษาการดำเนินการตามนโยบายป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์ อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดหนองคาย [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญารัฐ ประศาสนศาสตรบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม
- วิไลวรรณ บัวชุม. (2559). ประสิทธิภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนตามยุทธศาสตร์ 5 E เพื่อลด อุบัติเหตุทางถนนของสำนักงานขนส่งจังหวัดเพชรบุรี. ใน วิทยานิพนธ์รัฐประศาสน ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชานวัตกรรมการจัดการ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล รัตนโกสินทร์.
- อภิวัฒน์ ปิตุงศ์ (2563) ศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการจัดการ ความปลอดภัยทางถนนตามยุทธศาสตร์ 5E เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาควิชา. 35 (1), 17-28



คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม (Journal of Public Health And Innovation: J-PHIN) ขอเชิญอาจารย์ นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร เพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลับนกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสองปีแรก ปี พ.ศ. 2564-2565 ฟรี)
 - อาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกงานนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - บุคคลอื่น ๆ หรือไม่ได้เป็นอาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสารดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 18

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 15 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16

7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

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

- References

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

Copyright Notice

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม” โดยส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
(โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050
e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th

v

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ – นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ – นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

77 หมู่ 4 ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050

e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th