



ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน 2560 : Vol 7 No. 1 January - June 2017



วารสารการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - มิถุนายน 2560 : Vol 7 No 1 January - June 2017

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- * การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2557 - 2559
- * การบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง
- * การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุ ตำบลหนองดอง
- * อุบัติการณ์และแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่
- * พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลและบรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
- * การศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

บทความวิชาการ

- * ประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุด้วยค่ากลาง จังหวัดเชียงใหม่





กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 1

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
Lanna Journal of Health Promotion & Environmental

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข่าวสาร ความรู้และผลงานวิจัยทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะและความคิดเห็น

คณะที่ปรึกษา

แพทย์หญิงนงนุช	ภัทรอนันตนพ	รักษาการผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์	แสงสว่าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
		ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงโชติรส	พันธ์พงษ์
-----------------	-----------

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านบริหาร

น.ส.กิงพิกุล	ชำนาญคง	นายกฤษณะ	จตุรงค์ศรีมี
--------------	---------	----------	--------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านวิชาการ

นายแพทย์ศุภฤกษ์	สีอรุ่งเรือง	นางกฤษณา	กาเผือก
-----------------	--------------	----------	---------

กองบรรณาธิการ

นางปิยพร	เสาร์สาร	นางอมรา	นาวารวงศ์
นางเพ็ญจิตร	กาพนมณี	นางสิริรำไพ	ภูธรใจ
นายวิญญู	กฤษณรัช	นางนงค์เยาว์	แสงคำ
นายศุภวิทย์	อมรยุทธ์	นางสาวพิมพ์ภากรณ์	พรหมใจ
นางสาววิภาพร	เตชะสรพัส	นางสาววัชร	ศิริกุลเสถียร
นางนันทวัน	จันทร์ตา		

พิมพ์ครั้งที่ 2

สิงหาคม 2560

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5327-6856 ต่อ 218 โทรสาร 0-5327-4014, 0-5318-8938

เว็บไซต์ <http://webapp.hpc1.go.th/research/>

โรงพิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภัทระ พรี – เพรส 242/2 ถ. มณีนพรัตน์ ต. ศรีภูมิ อ. เมือง จ. เชียงใหม่ 50200

โทรศัพท์ 053 – 210816, 053 – 226410, 089 – 4310468 โทรสาร 053 – 404397

E – mail : pattrara@hotmail.com เว็บไซต์ www.pattrara.com

สารบัญ

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2560

	หน้า
บทนิพนธ์ต้นฉบับ	
■ การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2557 – 2559	1
■ การบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง	13
■ การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งาน ผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง	26
■ อุบัติการณ์และแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่	40
■ พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลและบรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่	54
■ การศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก	67
บทความวิชาการ	
■ ประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุด้วยค่ากลาง จังหวัดเชียงใหม่	75

การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดลำปาง
ปีงบประมาณ 2557 – 2559

Efficiency of Healthcare Financing Management in Community Hospitals
Lampang Province Fiscal year 2014 - 2016

รัตนา กฤษณาธาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

บทคัดย่อ

บทนำ

เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิภาพการบริหารการคลังสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง

วิธีการ

การวิจัยแบบผสม (Mixed method) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการบริหารการคลังสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง มาพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลัง และนำรูปแบบการบริหารการเงินการคลังที่พัฒนาไปใช้ใน ระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยประเมินประสิทธิภาพการบริหารการคลังสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดลำปาง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 แห่ง และคณะกรรมการการเงินการคลังโรงพยาบาลละ 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบรวบรวมข้อมูลการเงิน และแบบสอบถามความพึงพอใจของคณะกรรมการการเงินการคลัง โดยทุกเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญและตรวจสอบความเที่ยงทั้งฉบับมีค่ามากกว่า 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยตัวชี้วัดสภาพคล่องทางการเงินประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากร และเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของคณะกรรมการการเงินการคลังด้วยสถิติ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ด้วย content analysis

ผลการศึกษา

ผลของการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการบริหารการคลังสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง ปี 2557 – 2558 ได้นำไปสู่การพัฒนาแบบการบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการ โดยนำรูปแบบดังกล่าวไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปางทั้งหมดจำนวน 12 แห่ง ในปี 2559

ผลการประเมินด้านประสิทธิภาพการบริหารการคลังสุขภาพพบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีสภาพคล่องทางการเงินการคลังดีขึ้นจากปี 2558 โดยโรงพยาบาลชุมชนมีระดับภาวะวิกฤตทางการเงินลดลงจากปี 2558 ร้อยละ 83.33 ส่วนผลการประเมินค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของคณะกรรมการการเงินการคลังหลังใช้รูปแบบการบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการพบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

สรุป

รูปแบบการบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารการคลังสุขภาพในพื้นที่อื่น โดยจะทำให้สถานบริการสามารถบริหารการคลังสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่เสถียรภาพทางการเงินการคลังที่ยั่งยืน

คำสำคัญ การบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล

Abstract

Background

This study aims to developed and assess the model of healthcare financial management in community hospital in Lampang

province toward efficiency of healthcare financial management in hospital.

Method

Mixed method research including of 2 phases of research designed. First phase was Descriptive study including of quantitative and qualitative study purpose to assess the situation and limitation of healthcare financial status and management in community hospital in Lampang province. Healthcare Financial management was developed from situation and limitation of healthcare financial status.

In second phase the Quasi-experimental research was designed for applied those Healthcare Financial management model was in 12 hospitals in Lampang province in fiscal year 2016. In addition, the assessment of Efficiency of Healthcare Financing Management in 12 Community Hospitals in Lampang province was done.

There were 12 purposive sampling of community hospitals in Lampang province and 2 committee of Chief Financial Committee in each hospital were included for model satisfaction assessment as well. The research instrument including of financial report form and Model satisfaction questionnaire which both of them approve by 3 experts and reliability test of questionnaire were more than 0.80 of Cronbach's alpha coefficient analysis.

Quantitative data analysis was done for liquidity ratio and efficiency financial management ration. In addition Paired t-test was done for model satisfaction compare before and after intervention while content analysis was done for qualitative data from In-depth interviews and Focus group as well.

Results

The assessment of the situation and limitation of healthcare financial status and management in community hospital in Lampang province in fiscal year 2014-2015 was address for

developed the model of healthcare financial management and applied in 12 hospitals in Lampang province in fiscal year 2016.

Research results indicated that liquidity ratio is increasing after applied integration model of healthcare financial management while financial crisis score were decreasing from year 2015. The research results illustrated that after applied those model the efficiency of healthcare financial management indicators were increasing from year 2015. In addition, mean score of model satisfaction of Chief Financial committee was higher significantly ($p < 0.05$) after applied this model as well.

Conclusion

This research results recommended that these integration of healthcare financial management can apply for sustainability and efficiency of healthcare management in hospital level.

Keyword Healthcare Financial Management, Hospital

บทนำ

ปัจจุบันประเทศต่างๆ ในโลก ได้มีการพัฒนาและปฏิรูประบบบริการและการคลังสุขภาพ เพื่อมุ่งให้เกิดประสิทธิภาพด้านบริการสุขภาพแก่ประชาชนในประเทศ โดยมีการพัฒนาตามองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ส่วน (6 Building Blocks of Health system) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล^[1] โดยระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายครั้งในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงที่ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของระบบบริการสุขภาพและระบบการคลังสุขภาพคือนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลไทยในปี พ.ศ.2545

ซึ่งมีเป้าประสงค์หลักคือการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกันสำหรับคนไทยทุกคน^[2] จึงส่งผลให้เกิดการปฏิรูปและเปลี่ยนแปลงการบริหารงบประมาณจากการคลังด้านอุปทาน (Supply side financing) ที่กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้บริหารและจัดสรรงบประมาณผ่านไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดสรรต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อจัดสรรต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้สังกัดที่รับผิดชอบต่อไป มาเป็นการคลังด้านอุปสงค์ (Demand side financing)^[3]

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณผู้ป่วยนอกจะถูกจัดสรรตรงไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาหลักตามปัจจัยด้านอุปสงค์ (Demand) คือจำนวนประชากรที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุประชากร ซึ่งเป็นการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวตามประชากรที่รับผิดชอบ (capitation contract model) ร่วมกับการจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ทดแทนวิธีการจ่ายเงินแบบตามรายการรักษาพยาบาล (fee-for-service reimbursement model)^[4]

กว่าหนึ่งทศวรรษของการปฏิรูประบบการคลังสุขภาพพบว่าอุปสรรคสำคัญคือการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเสถียรภาพในระยะยาว^[5] อันเป็นผลมาจากความยากที่จะคาดประมาณการค่าใช้จ่ายได้อย่างถูกต้องแม่นยำถึงแม้จะมีการเพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่อเนื่องมาเกือบทุกปี ทั้งนี้เพราะค่าใช้จ่ายแปรผันกับสิทธิประโยชน์ เกณฑ์มาตรฐานบริการและประสิทธิภาพของระบบบริหารจัดการ ตลอดจนระบบการควบคุมค่าใช้จ่ายและการควบคุมคุณภาพที่เหมาะสม^[6] จึงส่งผลให้สถานพยาบาลในภาครัฐหลายแห่งที่มีปัญหาในด้านประสิทธิภาพและอัตราค่าที่ไม่เหมาะสมกับปริมาณงาน จำเป็นต้องปรับตัวให้มี

ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ภายใต้การบริหารการคลังสุขภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืน เพื่อสามารถให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค และครอบคลุมประชากรเป้าหมาย^[7]

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมาของการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดลำปางมีประชากร UC ณ 1 กรกฎาคม 2558 จำนวน 524,229 คน มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 แห่ง โดยโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง เป็นโรงพยาบาลขนาด 800 เตียง (ระดับ A) มีประชากร UC จำนวน 146,741 คน (ร้อยละ 28) มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 12 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง และ 60 เตียง (ระดับ M2) จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาล เกาะคา (ประชากร UC 40,790 คน) และโรงพยาบาลเถิน (ประชากร UC 43,920 คน) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง (ระดับ F2) จำนวน 10 แห่ง (โรงพยาบาลแม่เมะ เสริมงาม กาว แจ่ม วังเหนือ แม่พริก แม่ทะ สบปราบ ห้างฉัตร และเมืองปาน) โดยในจำนวนนี้มีโรงพยาบาลที่มีประชากร UC < 30,000 คน) จำนวน 6 แห่ง โดย โรงพยาบาลแม่พริก มีจำนวนประชากร UC น้อยที่สุด คือ 11,658 คน จึงถือเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการกระจายตัวของประชากรที่ขึ้นทะเบียนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นที่มีจำนวนฐานประชากรใกล้เคียงกัน นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 ที่เริ่มดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นต้นมา พบว่าหน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดลำปางมากกว่าร้อยละ 10 ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินเรื้อรังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลแม่ทะ และโรงพยาบาลห้างฉัตร ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ทางการเงิน คือ ปัจจัยภายนอกจากการดำเนินนโยบาย/วิธีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว ที่ส่งผลให้รายได้ของหน่วยบริการคงที่และมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากประชากรเบาบางและมี

การเคลื่อนย้าย รวมทั้งอัตราการเกิดประชากรของจังหวัดลำปางที่ลดลง จึงส่งผลให้จำนวนประชากร UC ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 12 แห่ง ของจังหวัดลำปาง ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีประชากร UC ลงทะเบียนน้อยกว่า 30,000 คน (รพ.แม่พริก สบปราบ เมืองปาน แม่เมะ เสริมงาม และแจ่ม) จึงทำให้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่โรงพยาบาลชุมชนได้รับ จัดสรรไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการของหน่วยบริการประกอบกับปัจจัยด้านภายในที่งบประมาณหมวดเงินเดือนบุคลากรของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี จึงส่งผลถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบภายในของโรงพยาบาลที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรทางการเงิน

จากผลการปฏิรูประบบการเงินการคลังดังกล่าวจึงทำให้หน่วยบริการสุขภาพจะต้องปรับกลยุทธ์การเงินการคลังสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารการคลังสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาสถานการณ์ด้านการเงินการคลังภายใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานบริการสุขภาพในจังหวัดลำปาง ปี 2557-2558 เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง เพื่อให้เกิดการบริหารทรัพยากรสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการต่อประสิทธิภาพการบริหารการคลังสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง

สมมุติฐานการวิจัย

การบริหารการคลังสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปางจะมี

ประสิทธิภาพมากขึ้นหลังนำรูปแบบการบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการไปใช้

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปางและตัวแทนคณะกรรมการการเงินการคลังของแต่ละโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดลำปาง และตัวแทนผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ประธานและเลขานุการคณะกรรมการการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดลำปาง (CFO) จำนวน แห่งละ 2 คน

ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงพรรณนา ได้แก่การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง มาวิเคราะห์และการวิจัยเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์ข้อมูลหัตถ์ภูมิจากฐานข้อมูลที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง ได้ประเมินและจัดส่งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ขอบเขตพื้นที่

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วยโรงพยาบาลจำนวน 12 แห่ง โดยดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 – 31 มีนาคม 2560

ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย

การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด

ลำปางนี้ จะนำไปสู่การมีรูปแบบการบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการอันจะทำให้เกิดการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทำให้เกิดเสถียรภาพและยั่งยืนต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบผสม (Mixed method) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาย้อนหลังถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาการบริหารการคลังสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง ปี 2557 – 2558 จากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ และหัตถ์ภูมิ ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทราบถึงปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดของการบริหารการเงินการคลังของคณะกรรมการการเงินการคลัง โดยนำผลการศึกษาทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลัง และนำรูปแบบการบริหารการเงินการคลังที่พัฒนาไปใช้ในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยประเมินประสิทธิภาพการบริหารการคลังสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดลำปาง และประเมินความพึงพอใจของคณะกรรมการการเงินการคลังต่อการใช้รูปแบบการบริหารการเงินการคลังที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 แห่ง และคณะกรรมการการเงินการคลังโรงพยาบาลละ 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือการวิจัยในระยะที่ 1 ได้แก่ แบบรวบรวมข้อมูลการเงิน แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เครื่องมือการวิจัยในระยะที่ 2 ได้แก่แบบเก็บข้อมูลหัตถ์ภูมิจากฐานข้อมูลที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด

ลำปาง ได้ประเมินและจัดส่งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และแบบสอบถามความพึงพอใจของคณะกรรมการการเงินการคลัง โดยทุกเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญและตรวจสอบความเที่ยงทั้งฉบับมีค่ามากกว่า 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยตัวชี้วัดสภาพคล่องทางการเงินประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากร และเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของคณะกรรมการการเงินการคลังด้วยสถิติ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย content analysis

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย โดยได้นำโครงสร้างการวิจัยและแบบสอบถามเสนอขอการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบปาง เลขที่อนุมัติ 11/2559 ทั้งนี้ในการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ พิกัดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกประการ

ผลการศึกษา

จังหวัดลำปาง มีประชากรขึ้นทะเบียนกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เบาบางน้อยกว่า 30,000 คน ถึง 6 เครือข่ายบริการสุขภาพ จากการศึกษาเชิงพรรณนาถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง ใน 4 ประเด็นของระบบ FAI (Financial administration) ได้แก่ระบบควบคุมภายใน ระบบบัญชี ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ระบบบริหารต้นทุนและปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการการเงินการคลัง พบว่าโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปางมีประสิทธิภาพการบริหารการคลังสุขภาพอยู่ในภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินและอยู่ระยะ

วิกฤติที่ต้องบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ จึงนำไปสู่การพัฒนาแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพตามแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังแบบบูรณาการที่ได้นำไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 12 แห่ง ในจังหวัดลำปางดังนี้

รูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังแบบบูรณาการ

ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2557 - 2558 พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังลดลง จึงพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับของหน่วยบริการตระหนักถึงความสำคัญของประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง โดยกำหนดแนวปฏิบัติแก่คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของสถานพยาบาลให้วางแผนจัดบริการ 5 ด้าน ได้แก่ด้านบุคลากร การเงินการคลัง ยาและเวชภัณฑ์ ระบบข้อมูล และระบบบริหารจัดการที่เอื้อประโยชน์ต่อการดำเนินงาน มีการวางแผนการบริหารงบประมาณ มีข้อมูลการเงินบัญชีที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือเหมาะสมเพียงพอ มีเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน มีและนำระบบต้นแบบมาช่วยทำให้การบริหารงานของหน่วยงานเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและบรรลุวัตถุประสงค์ โดยให้สถานพยาบาลประเมินสถานการณ์ทางการเงิน (Financial condition) อย่างสม่ำเสมอ อันจะนำไปสู่การวางแผนปรับปรุงแก้ไขได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา

ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการคลังสุขภาพ

หลังการนำรูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นไป

ทดลองใช้ในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 12 แห่ง ในจังหวัดลำปางในปีงบประมาณ 2559 ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการคลังสุขภาพ (FAI) พบว่าในการประเมินระดับความสำเร็จ 4 ด้าน โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (8 แห่ง) มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ขั้นตอน ยกเว้นด้านควบคุมภายใน โดยโรงพยาบาลที่ต้องพัฒนา ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ทะ ด้านคุณภาพบัญชี โรงพยาบาลที่ต้องพัฒนา ได้แก่ โรงพยาบาลแม่เมาะ แจ้ห่ม แม่พริก และเมืองปาน ด้านประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง โรงพยาบาลที่ต้องพัฒนา ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ทะและห้างฉัตร และด้านต้นทุนบริการ โรงพยาบาลที่ต้องพัฒนา ได้แก่ โรงพยาบาลแม่เมาะและเกาะคา

ประสิทธิภาพการบริหารรายรับและรายจ่าย ดำเนินการ

สินทรัพย์หมุนเวียน (หักงบลงทุน) ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง จากปี 2558 ที่มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 83.33) มีสินทรัพย์หมุนเวียนลดลงจากปี 2557 ในปี 2559 หลังการใช้รูปแบบการบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มสินทรัพย์หมุนเวียน (หักงบลงทุน) เพิ่มขึ้น โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเพียง 4 แห่ง (ร้อยละ 33.33) ที่มีสินทรัพย์หมุนเวียนลดลงจากปี 2558

ในขณะที่หนี้สินหมุนเวียน (หักงบลงทุน) รวมโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 12 แห่ง ลดลงจาก 249,841,748.41 บาท เหลือ 227,732,724.15 บาท หนี้สินหมุนเวียน (หักงบลงทุน) ลดลง 10 โรงพยาบาล (ร้อยละ 83.33) ในปี 2559 สัดส่วนรายรับต่อรายจ่ายภาพรวมเท่ากับ 0.97 โดยพบว่าโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 33.33) มีสัดส่วนรายรับมากกว่ารายจ่าย โดยมีเงินบำรุงคงเหลือรวมโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 219,434,999.96 บาท ในปี 2558 เป็น 225,212,069.24 บาท ในปี 2559

สภาพคล่องทางการเงินและประสิทธิภาพการดำเนินงาน

สถานการณ์ด้านการเงินของหน่วยบริการในจังหวัดลำปาง เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2558 หลังการใช้รูปแบบการบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการในปี 2559 พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 25.00) มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (CR) อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (QR) และอัตราเงินสด (Cash) ลดลงจากปี 2558 ได้แก่ โรงพยาบาลแม่เมาะ เกาะคาและแม่พริก (ตาราง 1)

ด้านเงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net working capital: NWC) พบว่าในปี 2558 มีโรงพยาบาลจำนวน 10 แห่ง (83.33) มีเงินทุนหมุนเวียนสุทธิลดลงจากปี 2557 โดยเมื่อมีการใช้รูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังแบบบูรณาการในปี 2559 พบว่าโรงพยาบาลมีเงินทุนหมุนเวียนสุทธิเพิ่มขึ้น โดยพบว่ามีเพียง 3 แห่ง (25.00) ได้แก่ โรงพยาบาลแม่เมาะ, เกาะคา และแม่พริก ที่มีเงินทุนหมุนเวียนสุทธิลดลงจากปี 2558 (ตาราง 2)

ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้วยการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง Risk Scoring พบว่ามีโรงพยาบาลที่ความเสี่ยงอยู่ในภาวะวิกฤตระดับ 6 – ระดับ 7 ลดลงจากจำนวน 8 แห่ง (ร้อยละ 58.33) ในปี 2558 เหลือจำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 16.67) ในปี 2559 โดยโรงพยาบาลที่มีภาวะวิกฤตในระดับ 7 ได้แก่ โรงพยาบาลแม่เมาะและโรงพยาบาลแม่พริก (ตาราง 2)

ประสิทธิภาพการบริหารต้นทุนบริการ

ด้านการบริหารต้นทุนผู้ป่วยนอก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกแบบ Quick Method พบว่าในปีงบประมาณ 2558 โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ (จำนวน 10 โรงพยาบาล) มีแนวโน้มต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกลดลงและมีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 3 แห่ง ที่มีต้นทุนต่อหน่วยเกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับ

บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่พริก เมืองปานและ
เกาะคา (ตาราง 3)

ด้านการบริหารต้นทุนผู้ป่วยใน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนการ
ให้บริการผู้ป่วยใน แบบ Quick Method พบว่า
โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน
เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของกลุ่มระดับบริการเดียวกัน
(ตาราง 4)

จากการประเมินประสิทธิภาพการบริหาร
การคลังสุขภาพของสถานพยาบาลในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง พบว่า ณ 30
กันยายน 2559 มีโรงพยาบาลชุมชนที่มีเงินบำรุง

คงเหลือหลังหักหนี้ติดลบ จำนวน 8 แห่ง ยกเว้น
โรงพยาบาลงาว วังเหนือ และสบปราบ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ ของคณะกรรมการการเงินการคลัง

ผลการประเมินค่าเฉลี่ยระดับความพึง
พอใจของคณะกรรมการการเงินการคลังหลังใช้
รูปแบบการบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการ
พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจสูงกว่าก่อน
การใช้โปรแกรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 $p < 0.05$

ตาราง 1 สถานการณ์การเงินการคลังจำแนกตามตัวชี้วัดสภาพคล่องทางการเงิน ปี 2557 - 2559

โรงพยาบาล	อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio)			อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio)			อัตราส่วนเงินสดและรายการ เทียบเท่าเงินสด (Cash Ratio) เกณฑ์ ≥ 0.8		
	เกณฑ์ ≥ 1.5			เกณฑ์ ≥ 1					
	2557	2558	2559	2557	2558	2559	2557	2558	2559
แม่เมาะ	1.92	1.69	0.87	1.77	1.61	0.80	1.43	1.30	0.61
เกาะคา	3.09	2.20	1.18	2.99	2.12	1.08	2.73	1.62	0.69
เสริมงาม	1.32	1.06	1.40	1.23	0.95	1.17	0.99	0.69	0.89
งาว	1.49	1.84	2.69	1.35	1.70	2.47	1.19	1.55	2.03
แจ้ห่ม	1.30	0.58	1.31	1.19	0.46	1.11	0.99	0.28	1.05
วังเหนือ	1.17	1.20	1.42	1.11	1.14	1.24	0.90	0.87	1.05
เถิน	1.33	0.67	1.00	1.25	0.57	0.85	1.02	0.36	0.71
แม่พริก	1.80	1.58	0.74	1.67	1.48	0.65	1.50	1.15	0.54
แม่ทะ	0.56	0.50	1.16	0.51	0.43	1.00	0.32	0.34	0.90
สบปราบ	1.20	1.06	1.34	1.10	0.97	1.20	0.95	0.77	1.08
ห้างฉัตร	0.78	0.52	0.91	0.68	0.42	0.79	0.40	0.22	0.55
เมืองปาน	1.76	1.00	1.60	1.61	0.90	1.42	1.45	0.70	1.29

ตาราง 2 สถานะความมั่นคงทางการเงินและระดับวิกฤตของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง
ปี 2557 - 2559

โรงพยาบาล	ผลต่างรายได้/ค่าใช้จ่าย (NI)			เงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net working capital : NWC)			ระดับวิกฤตของการเงิน (Financial crisis level)		
	(หน่วย : ล้านบาท)			(หน่วย : ล้านบาท)					
	2557	2558	2559	2557	2558	2559	2557	2558	2559
แม่เมาะ	10.935	1.084	8.377	14.259	18.556	-3.72	3	2	7
เกาะคา	23.159	-84.090	-10.417	66.331	34.025	7.737	1	0	2

โรงพยาบาล	ผลต่างรายได้/ค่าใช้จ่าย (NI)			เงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net working capital : NWC)			ระดับวิกฤตของการเงิน (Financial crisis level)		
	(หน่วย : ล้านบาท)			(หน่วย : ล้านบาท)					
	2557	2558	2559	2557	2558	2559	2557	2558	2559
เสริมงาม	5.877	5.002	1.943	4.377	0.736	3.667	1	7	2
งาว	-5.226	-2.628	-2.873	8.668	13.124	22.411	7	3	0
แจ้ห่ม	-0.014	16.940	-4.388	7.000	-8.015	5.143	1	7	1
วังเหนือ	8.873	8.779	2.448	4.665	4.407	7.73	0	7	2
เถิน	25.869	28.835	-30.134	8.873	-12.887	-0.001	3	7	4
แม่พริก	0.497	8.948	10.778	7.652	5.793	-2.539	5	1	7
แม่ทะ	8.908	0.505	-6.219	12.438	-10.923	2.61	7	7	1
สบปราบ	-6.437	11.059	-7.391	2.666	0.77	3.685	0	7	1
ห้างฉัตร	8.644	5.734	-0.736	5.583	-10.55	-1.746	5	7	4
เมืองปาน	4.356	11.117	-2.048	11.862	0.011	7.589	1	6	0

ตาราง 3 ต้นทุนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง ปี 2557 - 2559

รพ.	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559	
	ต้นทุน	ค่าเฉลี่ย	ต้นทุน	ค่าเฉลี่ย	ต้นทุน	ค่าเฉลี่ย
แม่เมาะ	739.66	791.34	730.39	786.05	814.65	759.74
เกาะคา	1,151.29	731.54	740.36	716.31	687.10	674.65
เสริมงาม	820.31	791.34	625.12	786.05	606.49	759.74
งาว	451.31	791.34	586.92	779.45	543.80	715.85
แจ้ห่ม	1,044.00	791.34	734.91	786.05	680.50	759.74
วังเหนือ	728.82	791.34	503.11	786.05	534.00	759.21
เถิน	725.68	754.20	673.94	716.31	515.58	674.65
แม่พริก	743.01	977.49	925.97	895.54	831.04	898.26
แม่ทะ	775.77	791.34	664.02	779.45	638.01	715.85
สบปราบ	809.59	791.34	657.02	786.05	635.94	798.61
ห้างฉัตร	948.48	791.34	732.43	786.05	702.54	812.76
เมืองปาน	993.01	791.34	795.62	786.05	659.72	759.74

ตาราง 4 ต้นทุนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง ปี 2557 - 2559

รพ.	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559	
	ต้นทุน	ค่าเฉลี่ย	ต้นทุน	ค่าเฉลี่ย	ต้นทุน	ค่าเฉลี่ย
แม่เมาะ	23,065.11	18,778.06	12,166.90	18,674.52	15,027.83	18,156.19
เกาะคา	15,945.38	18,835.98	12,574.82	17,010.41	14,450.39	16,189.01
เสริมงาม	9,817.52	18,778.06	11,481.77	18,674.52	11,251.76	18,156.19
งาว	13,026.24	19,372.64	9,492.32	17,689.17	9,953.16	16,431.36
แจ้ห่ม	10,389.08	18,778.06	10,039.74	18,674.52	9,445.97	18,156.19
วังเหนือ	8,536.04	19,372.64	12,592.02	18,674.52	7,703.45	18,738.13
เถิน	8,084.70	16,490.55	14,327.55	17,010.41	14,161.09	16,189.01
แม่พริก	32,421.23	23,964.96	14,463.22	25,462.30	16,292.32	29,313.47
แม่ทะ	12,087.02	19,372.64	10,174.96	17,689.17	10,851.02	16,431.36
สบปราบ	19,816.42	18,778.06	10,093.35	18,674.52	10,421.11	18,434.69
ห้างฉัตร	8,521.16	19,372.64	13,190.81	18,674.52	10,451.54	17,626.80
เมืองปาน	20,263.80	18,778.06	11,214.04	18,674.52	10,010.94	18,156.19

สรุปผลการศึกษา

ตามข้อค้นพบจากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังแบบบูรณาการภายใต้การส่งเสริม สนับสนุนและควบคุมกำกับสถานการณ์การเงินการคลัง พบว่าโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปางมีประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลังดีขึ้นจากปี 2557-2558 โดยพบว่าโรงพยาบาลมีแนวโน้มสินทรัพย์หมุนเวียน (หักงบลงทุน) เพิ่มขึ้น ในขณะที่หนี้สินหมุนเวียน (หักงบลงทุน) รวมโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 12 แห่ง ลดลงจาก 249,841,748.41 บาท เหลือ 227,732,724.15 บาท โดยมีหนี้สินหมุนเวียน (หักงบลงทุน) ลดลงจำนวน 10 โรงพยาบาล (ร้อยละ 83.33) และมีเงินบำรุงคงเหลือรวมโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 219,434,999.96 บาท ในปี 2558 เป็น 344,223,710.24 บาท ในปี 2559 สอดคล้องกับในด้านสภาพคล่องทางการเงินและประสิทธิภาพการดำเนินงานที่พบว่าหลังการใช้รูปแบบการบริหารการเงินการคลังแบบบูรณาการในปี 2559 มีโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 25.00 ที่มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (CR) อัตราส่วนทุน

หมุนเวียนเร็ว (QR) และอัตราเงินสด (Cash) ลดลงจากปีที่ผ่านมา ซึ่งลดลงในสัดส่วนที่น้อยกว่าปี 2558 เช่นเดียวกับด้านเงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net working capital : NWC) ที่พบว่ามีโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 25 ที่มีเงินทุนหมุนเวียนสุทธิลดลงจากปีที่ผ่านมา ซึ่งลดลงในสัดส่วนที่น้อยกว่าปี 2558 ที่มีเงินทุนหมุนเวียนสุทธิลดลงจากปี 2557 ถึงร้อยละ 83.33 ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง Risk Scoring พบว่ามีโรงพยาบาลที่ความเสี่ยงอยู่ในภาวะวิกฤติระดับ 6 - 7 เพียงร้อยละ 16.67 ในขณะที่ ปี 2558 มีโรงพยาบาลอยู่ในภาวะวิกฤติระดับ 6 - 7 จำนวนถึง 8 แห่ง (ร้อยละ 58.33) โดยปัจจัยหนึ่งเกิดจากการบริหารต้นทุนที่มีประสิทธิภาพโดยมีต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลงจากปี 2558

อภิปรายผล

นับว่าหนึ่งทศวรรษตั้งแต่มีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นต้นมา จะพบว่าปัญหาทางการเงินการคลังที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาล (หน่วยบริการ) ซึ่งทั้งสามถือว่ามีส่วนเกี่ยวข้อง และมีส่วนที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันรวมไปถึงส่วนของรัฐบาลเองด้วย โดยประเด็นปัญหาที่สำคัญที่คงอยู่เกิดจากงบประมาณที่นำมาใช้ในการบริหารจัดการโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการบริหารจัดการสุขภาพของประชาชน^[8] โดยสำหรับโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีข้อเท็จจริงที่พบคือการได้รับจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน จึงเป็นสาเหตุที่สภาพคล่องทางการเงินและทุนสำรองสุทธิของระบบโรงพยาบาลโดยรวมลดลง และทำให้โรงพยาบาลจำนวนมากมีวิกฤตทางการเงิน และมีปัญหานี้ต่อเนื่องติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 5 ปี โดยมีแนวโน้มของการลดลงของสภาพคล่องไม่น้อยกว่าปีละ 4-5,000 ล้านบาท โดยถึงแม้จะมีจำนวนเงินที่เติมเข้าไปในระบบมากขึ้นทุกปีมากกว่า 12,000 ล้านบาทก็ตาม แต่รายจ่ายรวมของทุกโรงพยาบาลก็เพิ่มขึ้นทุกปี ไม่น้อยกว่าปีละ 14,000 ล้านบาท ถึงแม้ว่าจะมีงบประมาณเพิ่มเติมจากรัฐบาลที่ให้ เป็นงบประมาณงบลงทุนมาทุกปีก็ตาม ปัญหาดังกล่าวก็ยังคงอยู่และไม่สามารถแก้ไขให้สำเร็จลงได้^[9]

ทั้งนี้จุดเริ่มต้นที่กระตุ้นทำให้ปัญหาเด่นชัด และเป็นสิ่งที่กระทบอย่างรุนแรง และมีผลให้เกิดการขาดทุนของโรงพยาบาลอย่างมาก สภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลลดลงอย่างรวดเร็ว เงินบำรุงที่เคยมีอยู่สูงก็ลดลงอย่างรวดเร็ว แต่ภาระหนี้ที่เกิดขึ้นของโรงพยาบาลก็สูงมากขึ้นอยู่^[10] โดยในปี พ.ศ.2558 ที่พบว่าเงินหายจากระบบโรงพยาบาลมากขึ้น โดยรายรับไม่มีอัตราเพิ่มในขณะที่ปกติรายรับจะเพิ่มขึ้นประมาณ 12,000 ล้านบาท ต่อปี โดยเฉพาะเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพลดลงจากที่ควรจะเป็นประมาณ 10,000 ล้านบาท

จากปี พ.ศ.2558 เมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงที่ทำให้หลายโรงพยาบาลปรับตัวไม่ทัน ทำให้ต้อง

กำหนดมาตรการหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ ที่เหมือนและแตกต่างกัน ด้วยบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละโรงพยาบาล และพบว่าโรงพยาบาลต้องเข้าสู่ภาวะเสี่ยงทางการเงินที่ระดับ 7 เป็นจำนวนมากทั้งปี พ.ศ.2558 ถึง 2559 ต่อเนื่องเข้าสู่ปี 2560 ด้วยกระบวนการและวิธีการต่างๆ ที่แต่ละโรงพยาบาลดำเนินการ จึงทำให้ปัญหาวิกฤตของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกัน และด้วยบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดปัญหาที่แตกต่างกันด้วย อย่างไรก็ตามภาพรวมปัญหาของโรงพยาบาลที่ต้องนำมาพิจารณา คือ ปัญหารายรับหรือการรับรู้ลูกหนี้ ปัญหารายจ่ายหรือการรับรู้เจ้าหนี้ ปัญหาการจัดการระบบควบคุมวัสดุคงคลัง^[11]

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภายใต้การนำรูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังแบบบูรณาการไปใช้ส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถบริหารการคลังสุขภาพได้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของคณะกรรมการการเงินการคลังหลังใช้รูปแบบดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ทั้งนี้การมีระบบการเงินการคลังสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะทำให้สามารถบริหารทรัพยากรสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป^[12]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังและกำหนดนโยบายในการนำรูปแบบการบริหารการคลังสุขภาพดังกล่าวไปใช้อย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคี/องค์กรเครือข่ายด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดประสานความร่วมมือกันในการพัฒนางานสุขภาพของประชาชน

ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินการของ โรงพยาบาล

การนำรูปแบบการบริหารการคลังสุขภาพ
ดังกล่าวไปใช้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการบริหาร
ต้นทุน การจัดทำแผนเพิ่มประสิทธิภาพทาง
การเงิน (Performance Plan) และเกิดการประหยัด
ต่อขนาด (Economy of scale)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ลำปาง ผู้บริหารเครือข่ายสถานบริการสุขภาพทุก
แห่งที่สนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ จนผลการ
ศึกษาวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. De Savigny D, Adam T. Systems thinking for health systems strengthening. World Health Organization; 2009.
2. Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. Health Affairs. 2007 Jul 1;26(4):999-1008.
3. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Tisayaticom K, Boonyapaisarncharoen T, Prakongsai P. Why has the Universal Coverage Scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? BMC Public Health. 2012 Jun 22;12(1): S6.
4. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ; 2544.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรอบแนวทางการบริการจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพโดยเครือข่ายบริการ

สุขภาพระดับเขตของกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับเขต, นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2554.

7. The world health report. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, World Health Organization, 2010. www.who.int/whr/2010/en/index.html (accessed 12 January 2016).
8. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. BMJ: British Medical Journal. 2004 Jan 8;328(7431):103.
9. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. In Innovations in health system finance in developing and transitional economies 2009 Jun 11 (pp. 57-81). Emerald Group Publishing Limited.
10. Yiengprugsawan V, Kelly M, Seubsman SA, Sleight AC. The first 10 years of the Universal Coverage Scheme in Thailand: review of its impact on health inequalities and lessons learnt for middle-income countries. Australasian epidemiologist/Australasian Epidemiological Association. 2010 Dec;17(3):24.
11. Somkotra T, Lagrada LP. Payments for health care and its effect on catastrophe and impoverishment: experience from the transition to Universal Coverage in Thailand. Social Science & Medicine. 2008 Dec 31;67(12):2027-35.
12. Hennicot JC, Schloz W and Sakunphanit T. Thailand health-care expenditure projection: 2006-2020. A research report, Nonthaburi, National Health Security Office; 2012

**การบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง**

Public Health Personnel Management for Develop the Health and Behavior Knowledge of Provincial
Working People, Lamphang Province

อรนุช ดวงเปื้อย*
วีรวรรณ สุทะคำ*
ณัฏฐ์ธรรณ ปัญจันท์**

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน โดยเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับการบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากประชาชนวัยทำงาน จำนวน 400 คน ด้วยแบบสอบถามมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ในการหาสถิติขั้นพื้นฐาน และนำผลการวิเคราะห์ทั้งระดับความรู้ทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล และการปฏิบัติที่ถูกต้อง มาวิเคราะห์หาสาเหตุและผลที่นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากบุคลากรสาธารณสุขที่มีผลการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีเยี่ยม จำนวน 15 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการสนทนากลุ่ม และนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1. ประชาชนวัยทำงาน มีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง เกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับมาก การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับมาก การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเข้าร่วมกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือคนในชุมชนจัดขึ้น อยู่ใน

ระดับปานกลาง การดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับมาก

2. การบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 4 ประเด็น ตามการบริหารทรัพยากรบุคคล ได้แก่ 1) การสรรหาและคัดเลือกบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถเข้ามาทำงาน 2) การใช้บุคลากรสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุด 3) การบำรุงรักษาบุคลากรสาธารณสุขให้อยู่กับองค์กร 4) การพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถ

คำสำคัญ: การบริหารบุคลากรสาธารณสุข, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.)

ABSTRACT

This mixed methods research collected the data from combining qualitative and quantitative research that concerned public health personnel management for develop the health and behavior knowledge of provincial working people, Lampang Province. The quantitative data used the questionnaire of 5 levels of estimated measurement for 400 samples and analysed by basic SPSS program. Health knowledge level, data access and right practice were analysed their causes and effects of health problems belonged to precede-proceed concept. The qualitative data collected from the result of 15 excellent local public health personnel by using semi-structural interview and group discussion for content analysis.

The result showed that 1) Working people who acted as the motto in Thai “3 Or (Food, Exercise, Emotion) , 2 Sor (Cigarette, Liquor)” had the right health understanding , self-health management , self -care behavior were the high level. Access health data and health service, communication for additional health expert, media and health information-know-how

and last 6 months-health activities participation were the medium level. 2) There were 4 issues for personnel management for understanding development of health and behavior that were 1) Search for the qualified person 2) Get the most out of the health personnel 3) Conserve such a qualified person 4) Knowledge development

KEYWORDS: public health personnel management, develop the health and behavior knowledge (3 Or 2 Sor)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ปี 2557 พบประเทศไทยมีอัตราการตายโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็น 17.53 และ 10.95 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ^[1] ส่วนจังหวัดลำปาง พบอัตราการตาย 28.71 และ 131.56 ต่อแสนประชากรตามลำดับ^[2] ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แม้กระทรวงสาธารณสุข จะมีนโยบายส่งเสริมป้องกันอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม โดยปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต้อมีหลายอย่าง และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยกำหนดสุขภาพและสังคม (Social determinant of health) ได้แก่ พฤติกรรม การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม กฎหมาย วัฒนธรรม และวิถีชีวิต^[3] การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล จึงต้องมุ่งเน้นกลยุทธ์การสร้างเสริมให้คนไทยทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค กล่าวคือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค^[4] และหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพโดยรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง

จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น^[5]

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ที่เป็นกำลังหลักสำคัญของประเทศในการสร้างงาน สร้างรายได้ และสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจให้กับประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินงานการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง จึงได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา สบพู่) โดยบูรณาการร่วมกับการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้มีการถ่ายทอดนโยบาย การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้บุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญ ที่ทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจ เกิดการเรียนรู้ และเกิดพลังในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ การพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีคุณภาพ ศักยภาพ มีความรู้ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาองค์กรให้ยั่งยืน เพราะมนุษย์เป็นหัวใจของการทำงานทุกระบบ และมีผลจะช่วยให้งานนั้นสำเร็จหรือล้มเหลวได้^[6] โดยการได้รับการพัฒนาความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงาน^[7] แต่สภาพบุคลากรสาธารณสุขในปัจจุบัน พบว่า มีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบปริมาณมาก การขาดแคลนบุคลากร การโยกย้าย การลาออก การทำงานไม่ตรงกับความชำนาญ จะส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสิทธิภาพการทำงาน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตัวบุคลากรเอง ซึ่งการจะได้มาซึ่งบุคลากรที่มีคุณภาพ

มีความรู้ความสามารถ เหมาะสมกับความต้องการของหน่วยงาน การบริหารงานทรัพยากรบุคคล จึงถือเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้หน่วยงานบรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการสุขภาพประชาชน ผลักดันให้หน่วยงานมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง เป็นการวิจัยผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework ของกรีน และครูเตอร์ มาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแบบสหปัจจัย และการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารบุคลากรสาธารณสุข การกำหนดทิศทางและแนวทางการดำเนินงานการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาวัฒนธรรมและการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการของประชาชน อันจะส่งผลต่อการป้องกันและลดโรคเรื้อรัง การบริหารจัดการสุขภาพให้มีระบบที่ดี มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลทั้งในระดับจังหวัดและประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง

วิธีการวิจัย

รูปแบบเป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed Research Methods) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง โดยแยกการศึกษาค้นคว้าเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณใช้

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ของ กองสุกศึกษา เป็นแบบสอบถามมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน วัยทำงานในจังหวัดลำปาง จำนวน 400 คน และ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ในการหา สถิติขั้นพื้นฐาน และนำผลการวิเคราะห์ทั้งระดับ ความรู้ทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล และการ ปฏิบัติที่ถูกต้อง มาวิเคราะห์หาสาเหตุและผลที่ นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่พัฒนาข้อคำถามจากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ในประเด็นการบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อ พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ดำเนิน กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชนและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีผลงาน หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีเยี่ยม อำเภอละ 1 หมู่บ้าน จำนวน 13 หมู่บ้าน และผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ จำนวน 2 คน รวมจำนวน 15 คน และได้ทำการวิเคราะห์เชิง เนื้อหา (Content Analysis)

การพิจารณาด้านจริยธรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ กระบวนการวิจัยได้รับความเห็นชอบและอนุมัติการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ 8/2559

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาสรุป จำแนก และนำเสนอในประเด็น 1) ความรอบรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัย ทำงาน จังหวัดลำปาง และ 2) การบริหารบุคลากร สาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง ด้วยโปรแกรม สำเร็จรูป พบว่า

1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ประชาชนวัย ทำงานส่วนใหญ่ มีสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว จำนวน 4-6 คน ร้อยละ 62.0 สมาชิกในครอบครัว อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 1-3 คน ร้อยละ 53.5 เพศหญิง ร้อยละ 54.8 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 อายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 33.3 สถานภาพสมรสและคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 65.3 จบการศึกษาสูงสุดระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 37.8 ประกอบอาชีพหลัก ทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 42.5 รายได้จากทุก แหล่งรวมกันในการเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว โดยเฉลี่ยต่อปี 10,000-19,999 บาท ร้อยละ 23.8 ในระหว่าง 7 วันที่ผ่านมา รู้สึกว่าสุขภาพดี ร้อยละ 47.0 ส่วนประวัติการเจ็บป่วยหรือต้องไปพบแพทย์ พบว่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.5 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 2.3 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 8.5 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เคยตรวจร่างกายหรือมี ความเสี่ยงต่อการเป็นโรค พบว่า ไม่มีความเสี่ยงต่อ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.8 มีบิดา/มารดา หรือพี่น้องสายตรงป่วยด้วยเบาหวาน ร้อยละ 19.0 ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 53.8 และสิทธิประกันสุขภาพ ประเภทบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 78.5

1.2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. พบว่า ประชาชนวัยทำงานมีความรู้ ความเข้าใจทาง สุขภาพที่ถูกต้อง เกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส. อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 0.71$, $S.D. = .167$) เมื่อ

พิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อปัญหาใดมากที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 0.94$, $S.D. = .233$) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงได้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.33$, $S.D. = .471$)

1.3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ประชาชนวัยทำงานเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.37$, $S.D. = .508$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ เมื่อต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. สามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ที่ไหน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.62$, $S.D. = .829$) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีปัญหากับการค้นหาข้อมูลสุขภาพ จากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะขอคำปรึกษาจากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$, $S.D. = .966$)

1.4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ประชาชนวัยทำงานมีการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.23$, $S.D. = .428$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง จนเขาเข้าใจอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, $S.D. = .950$) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. จากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่า ไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$, $S.D. = .851$)

1.5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ประชาชนวัยทำงานมีการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.55$, $S.D. = .810$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านสังเกตปริมาณและคุณค่าทาง

โภชนาการของอาหารที่กิน ให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.68$, $S.D. = .999$) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.39$, $S.D. = 1.001$)

1.6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ประชาชนวัยทำงานมีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.35$, $S.D. = .962$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านใช้เหตุผลวิเคราะห์ ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อนั้นก่อนที่จะปฏิบัติตาม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.44$, $S.D. = 1.079$) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุยวิพากษ์ วิเคราะห์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. กับผู้อื่น ท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, $S.D. = 1.105$)

1.7 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ประชาชนวัยทำงานมีการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 0.62$, $S.D. = .211$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ หากคุณพ่อหรือคุณแม่ของท่านสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ ท่านจะอย่างไร อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 0.82$, $S.D. = .387$) ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุนแรงตัวท่าน อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 0.37$, $S.D. = .483$)

1.8 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม พบว่า ประชาชนวัยทำงานมีการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเข้าร่วมกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือคนในชุมชนจัดขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.47$, $S.D. = .894$) เมื่อพิจารณารายข้อ

พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ได้ร่วมจัดกิจกรรมเพื่อ
เพิ่มความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
เช่น จัดให้มีหอกระจายข่าวสารด้านสุขภาพใน
ชุมชน จัดศูนย์การเรียนรู้สุขภาพในชุมชน จัดลาน
ออกกำลังกาย จัดให้มีร้านค้า อาหารเพื่อสุขภาพ
เป็นต้น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.65$, S.D.= 1.039)
ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ได้ร่วมกำหนดและ
บังคับใช้มาตรการทางสังคมในการดูแลสุขภาพ
เช่น ร่วมกำหนดให้เป็นหมู่บ้านปลอดบุหรี่
กำหนดให้งานบุญต้องไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
กำหนดให้ทุกคนต้องเป็นสมาชิกชมรมด้านสุขภาพ
ของหมู่บ้าน เป็นต้น อยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 3.16$, S.D.= 1.193)

1.9 การดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองตาม
หลัก 3อ.2ส. พบว่า ประชาชนวัยทำงานมีการดูแล
พฤติกรรมสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ใน

ระดับมาก ($\bar{X} = 3.54$, S.D. = .488) เมื่อพิจารณา
รายชื่อ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ทานสูบบุหรี่
หรือยาเส้น หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ อยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.14$, S.D.= 1.164) ส่วน
ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทานออกกำลังกายต่อเนื่อง
จนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อยวันละ 30 นาที อยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.12$, S.D.= 1.090)

1.10 ระดับความรู้และพฤติกรรม
สุขภาพ ประชาชนวัยทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่
ประชาชนวัยทำงาน มีระดับความรู้และ
พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม มากที่สุด คือ ด้าน
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับมาก
($\bar{X} = 4.29$, S.D.= .792) และน้อยที่สุด คือ การ
สื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ อยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.27$, S.D.= .502) ดัง
ตาราง 1

ตาราง 1 แสดงระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนวัยทำงาน

ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ	ความรู้ (จำนวน/ร้อยละ)					ระดับความรู้		
	5	4	3	2	1	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	189 (47.3)	146 (36.5)	57 (14.1)	7 (1.8)	1 (0.3)	4.29	.792	มาก
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	6 (1.5)	157 (39.2)	218 (54.5)	19 (4.8)	0 (0.0)	3.38	.600	ปานกลาง
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	1 (0.3)	115 (28.7)	274 (68.5)	10 (2.5)	0 (0.0)	3.27	.502	ปานกลาง
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	49 (12.2)	175 (43.8)	141 (35.2)	27 (6.8)	8 (2.0)	3.58	.864	มาก
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสุขภาพ	43 (10.7)	151 (37.8)	141 (35.2)	46 (11.5)	19 (4.8)	3.38	.984	ปานกลาง
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	143 (35.8)	153 (38.2)	81 (20.2)	15 (3.8)	8 (2.0)	4.02	.944	มาก
การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม	56 (14.0)	144 (36.0)	147 (36.8)	42 (10.5)	11 (2.8)	3.48	.952	ปานกลาง
การดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	18 (4.5)	206 (51.5)	174 (43.5)	2 (0.5)	0 (0.0)	3.60	.584	มาก

ส่วนที่ 2 การบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่พัฒนาข้อคำถาม จากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณในประเด็นการบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง และผลการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ซึ่งขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แยกตามประเด็นการบริหารทรัพยากรบุคคล ได้ดังนี้

1. การสรรหาและคัดเลือกบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถเข้ามาทำงาน (Recruitment and Selection)

จากการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข พบว่า กระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ได้รับการคัดเลือกให้บรรจุเข้าทำงาน ในฐานะบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มรับราชการและปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดลำปาง โดยปฏิบัติงานทั้งในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีลักษณะการจัดบริการสุขภาพผสมผสานผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่งบุคลากรทุกคนมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และทักษะเรื่องโรคดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ2ส. ดังคำให้สัมภาษณ์ “พี่จบ เวชฯ มา หัวหน้าที่ก็เลยเลือกให้ไปดูแลเรื่องโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นงานที่พี่ถนัด”

“พี่เป็นคนในพื้นที่ พุดอะไรชาวบ้านก็เชื่อและพร้อมที่จะทำตาม หัวหน้าที่จึงเลือกให้พี่ทำ เพื่อที่จะได้ไปให้ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับชาวบ้าน”

2. การใช้บุคลากรสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Utilization)

จากการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข พบว่า การให้โอกาสบุคลากรใช้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ ในการปฏิบัติภารกิจหน้าที่ โดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่ได้มีโอกาสใช้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติภารกิจหน้าที่เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดต่อตนเองและของหน่วยงาน ตลอดจนควบคุมดูแลให้ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ทุกคนเต็มใจที่จะทุ่มเททั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อความสำเร็จของหน่วยงานและการดำเนินงาน ดังคำให้สัมภาษณ์ “ชาวบ้านจะเรียกเราว่าหมอ เพราะว่าเป็นเชื่อใจ ศรัทธาในตัวหมอ ทำให้ทำงานได้ง่าย หมอพูดอะไรก็เชื่อ”

“พี่มีเครือข่าย รพสต. อสม. แกนนำชุมชน เป็นกำลังสำคัญ โดยเวียนกันไปร่วมให้ความรู้ในแต่ละพื้นที่”

3. การบำรุงรักษาบุคลากรสาธารณสุขให้อยู่กับองค์กร (Maintenance)

จากการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข พบว่า การดูแลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่เป็นคนดีคนเก่ง ให้คงอยู่ในหน่วยงาน และมีความสามารถเป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงานให้เป็นไปในทิศทางที่ตั้งเป้าหมายไว้ โดยการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่เฉลี่ย 17 ปี โดยไม่ย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่น ทำให้บุคลากรรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน การมีทำงานที่เข้มแข็ง ความร่วมมือทำงานของสหวิชาชีพเป็นตัวขับเคลื่อนการทำงาน ในด้านการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ดังคำให้สัมภาษณ์ “พี่โชคดีที่น้องๆ ที่อยู่ด้วยกันช่วยทุกคน ให้ทำงานอะไรไม่ปฏิเสธ เต็มใจทำ ไม่แบ่งหน้าที่”

“เราอยู่กันอย่างพี่น้อง มีเรื่องอะไรก็ช่วยกันแก้ไข ไม่แบ่งว่าเป็นเรื่องของเธอของฉัน”

4. การพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถ (Development)

จากการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขพบว่า การเพิ่มทักษะความรู้ เพื่อเป็นพื้นฐานการทำงาน และสร้างความก้าวหน้าในอาชีพ โดยนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยการสร้างความรอบรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. รวมถึงการเกิดนโยบายสาธารณะในชุมชน การขับเคลื่อนนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานในทุกระดับ การมีความรู้และความเข้าใจในการดำเนินงานด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขอย่างชัดเจน มีการสอนให้ความรู้เรื่อง การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงาน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ประชาชน และบุคลากรสาธารณสุขเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ดังคำให้สัมภาษณ์ “ที่ผ่านมาการอบรมเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. แต่ถ้าไม่มาลงกับตัวเอง ก็จะไปสอนคนอื่นไม่ได้ ไม่ว่าจะทำอะไรมาก็ต้องเริ่มจากตัวเองก่อน”

“ประยุกต์ใช้อุปกรณ์เพื่อให้ง่ายต่อการออกกำลังกาย เช่น ยางยืด ไม้พลอง สอนให้ อสม. ทำ บังคับให้ อสม. นำออกกำลังกายทำไปทุกวัน จนเขาติด วันไหนไม่ออกมาทำ ก็จะถามหา”

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้จำแนกและนำเสนอประเด็น 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง และ 2) การบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง

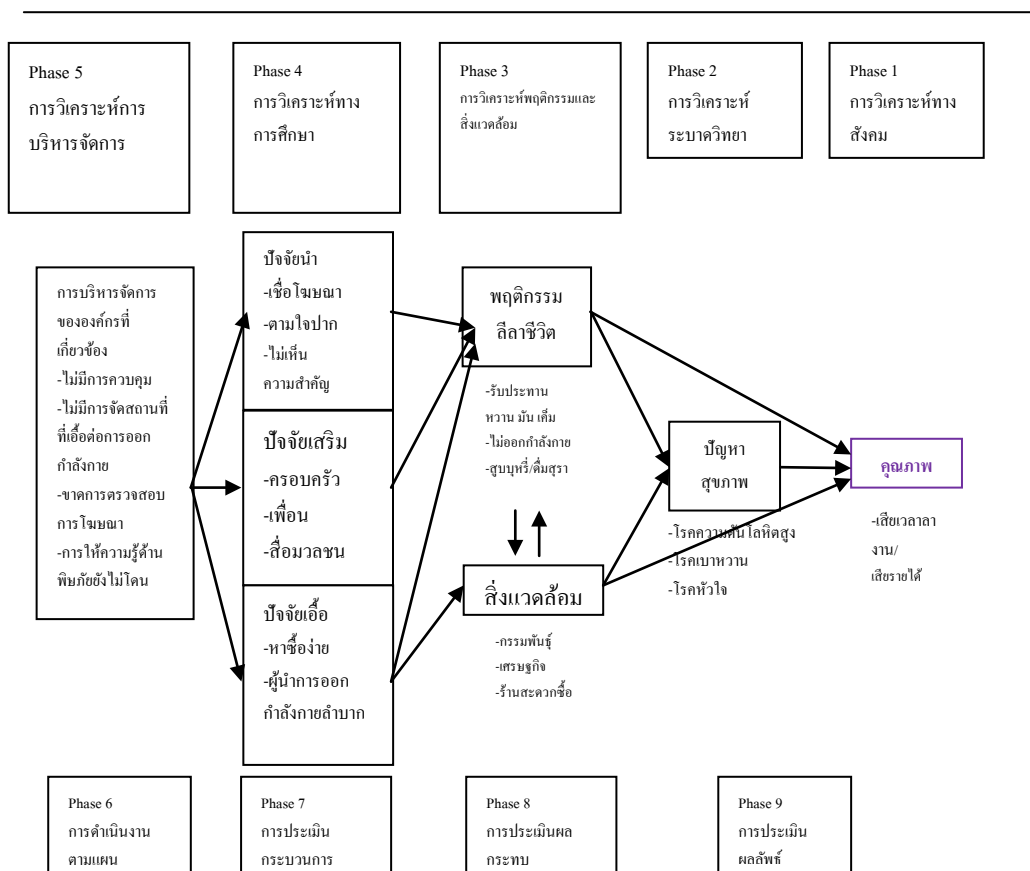
ประชาชนวัยทำงานมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง เกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับมาก การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับมาก การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเข้าร่วมกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือคนในชุมชนจัดขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง การดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับมาก เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้ดำเนินการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขทุกคน การกำหนดหมู่บ้านให้แต่ละคนรับผิดชอบ การสนับสนุนคู่มือแนวทางการดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ชุดจัดกิจกรรมเครื่องมือและแนวทางการประเมินผล การสื่อสารด้านสุขภาพผ่านรายการวิทยุ เสียงตามสาย รวมทั้งการประสานเชื่อมโยงบูรณาการกระบวนการดำเนินงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลจัดการสุขภาพ การจัดระบบสุขภาพอำเภอ การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในท้องถิ่นหรือพื้นที่ส่งผลให้มีการกำหนดนโยบาย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการทำแผนด้านพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิจนิภา โมคติศ^[8] (2556) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ในประโยชน์ของการสร้าง

เสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านการมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนและหน่วยงาน ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และปัจจัยเสริมด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อีกทั้งการศึกษาของ สมใจ จางวาง^[9] (2559) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง สามารถนำมาสรุปตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL เพื่อใช้วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรม พบว่า จากการวิเคราะห์การบริหาร

จัดการขององค์กรที่เกี่ยวข้อง พบว่า ไม่มีการควบคุมการจัดจำหน่ายอาหาร สุรา และบุหรี่ยังไม่มีการจัดสถานที่ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ ขาดการตรวจสอบโฆษณา การให้ความรู้ด้านพิษภัยของอาหาร สุราและบุหรี่ยังไม่โดน ปัจจัยนำ ได้แก่ การเชื่อโฆษณา การตามใจปาก การไม่เห็นความสำคัญ ปัจจัยเสริม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และสื่อมวลชน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การหาซื้อได้ง่าย ผู้นำออกกำลังกาย การรณรงค์ทางสื่อมวลชน ด้านพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การไม่ออกกำลังกาย เครียดจากการใช้ชีวิตประจำวัน การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ กรรมพันธุ์ เศรษฐกิจ และร้านสะดวกซื้อ ปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ คุณภาพชีวิต ได้แก่ เสียเวลางาน เสียรายได้ ดังรูป 1

PRECEDE 3 อ. 2 ศ.



PROCEED

รูป 1 แสดงพฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรม

การดำเนินงาน 30.2ส. ใช้กระบวนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ขั้นตอน คือ ด้านการบริหารจัดการ คือ การสร้างและพัฒนาทีมแกนนำ การมีและใช้ข้อมูล การหาปัญหาและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านกระบวนการดำเนินงาน คือ การจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเฝ้าระวังพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้านผลผลิตคือ การประเมินผลสำเร็จและการถอดบทเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวิมล เมฆวิมล (2553)^[10] พบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คือ การสนับสนุนหรือมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพจากบุคคลต่างๆ ส่วนตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยเสริม ด้านการได้รับคำแนะนำ สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพจากบุคคลต่างๆ ปัจจัยทางชีวสังคม คือ อายุ ปัจจัยนำด้านเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และปัจจัยเอื้อด้านการสนับสนุน หรือมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 2 การบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง ตามหลักการบริหารทรัพยากรบุคคล พบว่า

1. การสรรหาและคัดเลือกบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถเข้ามาทำงาน (Recruitment and Selection)

กระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ได้รับการคัดเลือกให้บรรจุเข้า

ทำงาน ในฐานะบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มรับราชการและปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดลำปาง โดยปฏิบัติงานที่มีลักษณะการจัดบริการสุขภาพผสมผสานผสมผสาน ซึ่งบุคลากรทุกคนมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และทักษะเรื่องการดูแลสุขภาพตามหลัก 30.2ส. ดังนั้นงานด้านสาธารณสุขเป็นงานที่มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชน สนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ บุคลากรที่มีมนุษยสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานและประชาชนที่ดี มีความรู้ความสามารถ เข้าใจงานที่ได้รับมอบหมาย ต้องใช้ความรับผิดชอบสูง รวมถึงได้รับมอบหมายภาระงานที่ตรงกับความรู้ ความสามารถ จะทำให้มีความกระตือรือร้นในการดำเนินงานและทุ่มเทในการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยาพร ห่องแขง (2555)^[11] พบว่า พนักงานที่มีตำแหน่งงานในปัจจุบัน และระยะเวลาการปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ระบบการสรรหาขององค์กร ทำให้ดึงดูดผู้มีความรู้ ความสามารถสูงเข้ามาปฏิบัติงาน องค์กรมีการกำหนดเกณฑ์ในการสรรหาที่ชัดเจน มีระบบการสรรหาที่เป็นธรรม ส่วนด้านการคัดเลือก พบว่า องค์กรมีวิธีการสอบข้อเขียนหรือสอบสัมภาษณ์ผู้สมัครที่เหมาะสมกับความต้องการในตำแหน่งที่เปิดรับ องค์กรมีการพิจารณาผู้สมัครจากประวัติการทำงานในอดีต ใช้ระบบคุณธรรมและมีเกณฑ์มาตรฐานในการคัดเลือก

2. การใช้บุคลากรสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Utilization)

การให้ออกาสบุคลากรใช้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ ในการปฏิบัติภารกิจหน้าที่ โดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่ได้มีโอกาสใช้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติภารกิจหน้าที่เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดต่อตนเองและของหน่วยงาน ดังนั้นการที่บุคลากรให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการทำงาน โดย

ได้รับการพัฒนาตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง บุคลากรต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงการดำเนินงาน เพื่อที่จะไปถ่ายทอด การแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ร่วมงาน แขนงนำสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และใช้เวทีการประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำเดือนระดับหมู่บ้านและระดับตำบลในการติดตามผลการดำเนินงานและการแลกเปลี่ยน สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติยา จินตเศรษฐี (2557)^[12] พบว่า พนักงานที่มีทักษะในงานสูง สามารถช่วยแบ่งเบาหน้าที่งาน มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น จะทำให้บุคลากรเกิดความรัก ความศรัทธาต่อองค์กร สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดี แรงจูงใจที่สำคัญเป็นเรื่องค่าตอบแทน รวมทั้งสวัสดิการ

3. การบำรุงรักษาบุคลากรสาธารณสุขให้อยู่กับองค์กร (Maintenance)

การดูแลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่เป็นคนติดคนเก่ง ให้คงอยู่ในหน่วยงาน และมีความสามารถเป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงานให้เป็นไปในทิศทางที่ตั้งเป้าหมายไว้ โดยการทำงานส่วนใหญ่ไม่ย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่น ทำให้บุคลากรรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ความร่วมมือทำงานของสหวิชาชีพเป็นตัวขับเคลื่อนการทำงาน ดังนั้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุข หากไม่มีความสนิทสนมกัน ก็จะไม่ช่วยเหลือกันหรือช่วยเหลือกันน้อยมาก ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยในการทำงาน จึงควรส่งเสริมด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม จึงจะส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพขับเคลื่อนได้ดีขึ้น และการจัดการพฤติกรรมสุขภาพแบบยั่งยืน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ตระหนักถึงความจำเป็นและผลักดันการดำเนินงานไปสู่ผลลัพธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ มีผล (2545)^[13] พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงาน คือ สัมพันธภาพระหว่างพนักงานกับเพื่อนร่วมงานและ

ผู้บังคับบัญชา ตำแหน่งงาน ระดับปฏิบัติการ บรรยากาศในการทำงาน และบุคลิกภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถ (Development)

การเพิ่มทักษะความรู้ เพื่อเป็นพื้นฐานการทำงาน และสร้างความก้าวหน้าในอาชีพ โดยนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยการสร้างความรอบรู้ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส. รวมถึงการเกิดนโยบายสาธารณะในชุมชน โดยได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขอย่างชัดเจน ดังนั้นการบริการในระดับปฐมภูมิที่เน้นความร่วมมือของชุมชนประชาชนเป็นศูนย์กลาง การเกิดนโยบายสาธารณะ รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ในการจัดการสุขภาพ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพประสบผลสำเร็จและเกิดความต่อเนื่องยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ อีรพงศ์ บุณวรรศิลป์ (2553)^[14] พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ความสำคัญในการฝึกอบรมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยมีการส่งบุคลากรไปฝึกอบรมตาม เพื่อมาเป็นวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญในหน่วยงานในการจัดการฝึกอบรมภายในหรือการส่งเสริมการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน

การบริหารบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง ตามการบริหารทรัพยากรบุคคล ได้แก่ 1) การสรรหาและคัดเลือกบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถเข้ามาทำงาน 2) การใช้บุคลากรสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุด 3) การบำรุงรักษาบุคลากรสาธารณสุขให้อยู่กับองค์กร 4) การพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถ ดังการศึกษาของ กรสรณ์ เอนกศักยพงศ์ (2556)^[15] พบว่า การบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านการสรรหาคัดเลือก ด้านการ

พัฒนาและฝึกอบรม ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน และด้านค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า การบริหารบุคลากร สาธารณสุข เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดลำปาง ในการศึกษาครั้งนี้ เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ผลการวิเคราะห์ทั้งระดับความรู้ทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง มาวิเคราะห์หาสาเหตุและผลที่นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED และผลการสัมภาษณ์บุคลากรที่มีผลการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับดีเยี่ยม พบว่า การบริหารทรัพยากรบุคคล โดยจัดสรรคนที่มีความรู้ให้ตรงกับงาน เปิดโอกาสให้ทำงานอย่างเต็มศักยภาพ การดูแลให้กำลังใจ และสนับสนุนการพัฒนาตนเอง เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคลากรสามารถทำงานถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมั่นใจ และสามารถนำมาพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเรื่องความรู้ของบุคลากรสุขภาพในการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ เพื่อนำมาจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร
2. ศึกษาในกลุ่มบุคลากรที่มีผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย เพื่อร่วมหาแนวทางปรับแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2558. สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. รายงานผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ปี 2558. เอกสารอัดสำเนา; 2558.
3. WHO. Social determinants approaches to public health: from concept to practice. Malta: WHO; 2011.
4. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. Social Learning Theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly. 1988; 15(2): 175-83.
5. WHO. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya; 2009.
6. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. การพัฒนาองค์กรและบุคลากร แนวคิดใหม่ในการพัฒนาพัฒนาทรัพยากรบุคคล. กรุงเทพมหานคร: เซนจูรี่; 2547.
7. นภกานต์ ประสาททอง. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
8. นิจนิภา โมคติธ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านและชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7. 2556; 11(4): 16-29.
9. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3(1): 110-28.

10. วรณวิมล เมฆวิมล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2553.
11. ปิยาพร ห่องแสง. การบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่มีผลต่อความผูกพัน ในองค์กรของพนักงานสาขานาการอมสิน ในเขตกรุงเทพมหานคร [บัณฑิตวิทยาลัย, หลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ].นครนายก: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2555.
12. กฤติยา จินตเศรษฐ์. การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ของสายสนับสนุนวิชาการเพื่อรองรับการเป็นมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
13. ประยงค์ มีผล. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตเสื้อสำเร็จรูป บริษัทไหมทองจำกัด[สารนิพนธ์. กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา)]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2545.
14. อีรพงศ์ บุณวรรศิลป์. ผลการดำเนินงานการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ตามการรับรู้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี.วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2553; 21(3): 15-37.
15. กรสรณ์ เอนกศกยพงศ์. กระบวนการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ของอุตสาหกรรมยานยนต์และชิ้นส่วน[วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2556.

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
งานผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง

Participation of Community Leaders in Formulating a Strategic Route Map for Elderly project,
Nong Tong Subdistrict,

สุภัทรา หอมมณี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบวกครก
ตำบลหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ประชากรที่ศึกษาเป็นแกนนำชุมชน จำนวน 178 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตามกรอบแนวคิดขั้นตอนการมีส่วนร่วมของโคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมสม่ำเสมอทุกครั้ง (100%) ($\mu=2.13$ $\sigma=0.46$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน คือ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\mu=2.16$ $\sigma=0.45$) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ ($\mu=2.15$ $\sigma=0.49$) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\mu=2.04$ $\sigma=0.63$) และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\mu=2.08$ $\sigma=0.61$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การดำเนินการโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุได้บรรลุเป้าประสงค์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เกิด ผลสำเร็จของโครงการโดยชุมชนเป็นเจ้าของ เป็นไปตามแนวคิดการจัดทำและการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของชุมชนอย่างแท้จริง สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการการสร้างการมีส่วนร่วม

ของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อพัฒนางานสาธารณสุข โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ต่อไป

ABSTRACT

The study titled “Participation of Community Leaders in Formulating a Strategic Route Map for Elderly project, Nong Tong Subdistrict, Hang Dong District, Chiang Mai Province” is aim to investigate the participation of community leaders in formulating a strategic route map for elderly care in Nong Tong subdistrict, Hang Dong district, Chiang Mai. There were 178 community leaders participated in this study. Data were collected by using questionnaire which developed from with participatory approach of Cohen and Uphoff (1980) and relevant study. Content validity index was at 1.0, and reliability index was at 0.89. Descriptive statistics were used to analyze the data.

The study showed that the overall level of the community participation in formulating a strategic route map was high ($\mu=2.13$ $\sigma=0.46$) which mean that all community leaders and key community fully participated (100%). Considering each aspect, it was found that all the four aspects received high scores: participatory approach in decision-making ($\mu=2.16$ $\sigma=0.45$); participatory approach in operation ($\mu=2.15$ $\sigma=0.49$); participatory approach in sharing profits ($\mu=2.04$ $\sigma=0.63$); and participatory approach in outcome evaluation ($\mu=2.08$ $\sigma=0.61$). The results introduced that the strategic route map’s goal was reached. The goal was completion of elderly care project which had been done by community participation as they are the owner of problems according to participation theory and also Thailand SRM concept. This result lead to promote community participation in formulating a Strategic Route Map for further public health issues in community.

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมสูงวัย ตั้งแต่ 2548 และคาดการณ์ว่าในปี 2564 จะเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 ซึ่งได้มีการสรุปและวิเคราะห์ให้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12^[1]

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านสุขภาพจากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า มีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 9.4 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 14.57 ของประชากรรวม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 26 ต่ำกว่าเป้าหมายตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่ตั้งไว้ร้อยละ 30 นอกจากนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” คืออยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และร้อยละ 19 “ติดบ้าน” คือ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวก ยังพบว่า ร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 9 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไปจะมีสภาวะติดเตียงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.6 จากช่วงอายุ 60-64 ปีที่มีเพียงร้อยละ 0.9 ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มจาก 63,565.13 ล้านบาทในปี 2553 เป็น 228,482.21 ล้านบาทในปี 2564 ขณะเดียวกันผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 8.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในปี 2558 โดยส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านสุขภาพทั้ง ทางจิตและทางกาย รวมทั้งขาดผู้ดูแล สำหรับผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-69 ปี ที่มีสถานะทางสุขภาพดีมีกว่าร้อยละ 59.9 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังสามารถทำงานได้ แต่สัดส่วนของการทำงานยังไม่สูงมากนัก โดยปี 2559 ผู้สูงอายุวัย 60-64 ปี มีงานทำ ร้อยละ 59.2 และกลุ่มวัย 65-69 ปี ร้อยละ 45.6 ของ

ประชากรในวัยเดียวกัน ยิ่งจะส่งผลต่อรายได้และเงินออมเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุวัยปลาย นอกจากนี้ระบบบริการสาธารณะยังไม่ตอบสนอง ความต้องการของผู้สูงอายุ สะท้อนได้จากผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 7.2 ที่พึงพอใจในบริการสาธารณะทุกระบบ และสถานที่สาธารณะส่วนใหญ่ไม่มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ทางลาด บันไดมีราวจับ ห้องสุขาที่ใช้กันได้^[2]

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพและการอยู่อาศัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวแล้วยังพบผลกระทบปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมจากการปรับตัวเข้าสู่โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจทั้งในทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรจะทำให้ขนาดของกำลังแรงงานเริ่มลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.4 และร้อยละ 0.8 ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 และแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ตามลำดับ การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและการลดลงของสัดส่วนกำลังคนวัยแรงงานมีแนวโน้มที่จะทำให้ขีดความสามารถในการคิดค้นเทคโนโลยีและนวัตกรรมซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการยกระดับการพัฒนาประเทศลดลง และท้ายสุดการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะทำให้ภาระทางการคลังเพิ่มขึ้น ในขณะที่ขีดความสามารถในการจัดเก็บรายได้ของภาครัฐลดลง^[1]

จากปัญหาต่างๆ ที่พบในผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ แล้วนั้น จึงได้มีการพยายามดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาก็จะเกิดขึ้น เพื่อรองรับสังคมสูงอายุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ได้ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ โดยในหลักการสำคัญในการพัฒนาได้ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” พัฒนาคนทุกช่วงวัยและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยแนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์เน้นการ

พัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ให้สามารถเข้าสู่ตลาดงานเพิ่มขึ้นโดย 1) การจัดทำหลักสูตรพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับวัย สมรรถนะ ทางกาย ลักษณะงาน และส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันระหว่างรุ่น 2) สนับสนุนมาตรการจูงใจทางการเงิน และการคลังให้ผู้ประกอบการมีการจ้างงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 3) สนับสนุนช่องทางการตลาด แหล่งทุน และบริการข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสใน การประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน นอกเหนือจากนี้ได้เน้นการพัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัยโดย 1) ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมการจัดบริการ ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และระบบการเงินการคลัง 2) พัฒนาให้มีระบบการดูแลระยะกลางที่จะรองรับผู้ที่จำเป็นต้องพักพิงก่อนกลับบ้าน ให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมธุรกิจบริการดูแลระยะยาวที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตเมือง รวมทั้งศึกษารูปแบบการคลังที่เป็นระบบประกันการดูแลระยะยาว 3) วิจัยและพัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เทคโนโลยี เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและติดตามการบำบัดรักษา 4) ส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งระบบขนส่งสาธารณะ อาคาร สถานที่ พื้นที่สาธารณะ และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและทุกกลุ่มในสังคม โดยแนวทางในการพัฒนาดังกล่าวได้ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องไปกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นอกเหนือไปจากนี้ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบ

ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพของประชาชนโดยมีพันธกิจในการ 1) กำหนดพัฒนาและขับเคลื่อน (Strategic management) นโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย มาตรฐาน มาตรการ แนวทาง การปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ในทุกระดับของฐานข้อมูล และความรู้ 2) สร้างและบริหารจัดการความรู้นวัตกรรมนำไปสู่การกำหนดนโยบาย ออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศและระบบสุขภาพโลกรวมทั้งกำกับติดตาม และประเมินผล 3) ประสานความร่วมมือและบูรณาการระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ (Health sector) และภาคส่วนสุขภาพ (Non Health Sectors) 4) กำกับติดตามและบังคับใช้ กฎหมาย กฎระเบียบ มาตรการ มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติ 5) สร้างกระแสสังคมและรณรงค์ เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยี ระบบส่งเสริมผู้สูงอายุและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ 6) ส่งเสริมสนับสนุน กำกับ ดูแล ติดตามและประเมินผลภาคีทุกภาคส่วนในระบบ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ในเกิดสำนึกรับผิดชอบ มีความโปร่งใส และตรวจสอบได้^[3]

จากปัญหาและนโยบายแก้ไขในระดับประเทศ ในระดับภูมิภาคและในพื้นที่ได้ดำเนินการตามแนวนโยบายโดยในพื้นที่ตำบลหนองตอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่ พบปัญหาและแนวโน้มเช่นเดียวกัน กล่าวคือในปี 2558 มีประชากรรวม 8,449 คน เป็นประชากรสูงอายุ 1,908 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.6 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์จากการสำรวจข้อมูลในด้านศักยภาพในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL จำนวน 1,908 คน พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 83.2 กลุ่มติดบ้าน

คิดเป็นร้อยละ 17 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.8^[4] ได้มีการพัฒนาในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ผ่านกิจกรรมและงานวิจัยต่างๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2556 ได้มีความสำเร็จในระดับหนึ่ง ปี พ.ศ. 2556 มีการดำเนินโครงการ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ต้นแบบของจังหวัดเชียงใหม่ในการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบบูรณาการในผู้สูงอายุตำบลหนองตอง (การบูรณาการงานค่ากลางผู้สูงอายุ) มีการประสานงานกับสถาบันราชชนรินทร์เชียงใหม่ในการดูแลผู้พิการทางสายตาและการรับบริจาคกายอุปกรณ์ นอกจากนั้นในกิจกรรมต่างๆ ของชมรมก็ยังดำเนินการอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมอาชีพ การออกกำลังกาย และในปี 2556 นี้ทางชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองตองยังทำประชาคมเพื่อประกาศนโยบายสาธารณะด้านผู้สูงอายุในตำบลอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงติดบ้านและติดเตียง คิดเป็น ร้อยละ 17.8 ได้รับการดูแลสุขภาพโดยมีความครอบคลุมร้อยละ 100 แต่ไม่มีข้อมูลในด้านคุณภาพ อีกทั้งที่ผ่านมามีรูปแบบการดำเนินงานไม่ชัดเจน เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุดังกล่าว มีบุคลากรจากหลายหน่วยงานเข้าไปให้บริการสุขภาพโดยขาดการประสานงานและไม่มีความเชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพ^[5]

เพื่อสนองตอบต่อแนวทางการพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติในการ “เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาต่อแผนผู้สูงอายุแห่งชาติในการดำเนินการในรูปแบบ “หุ้นส่วนในงานพัฒนาด้านผู้สูงอายุ” และแนวทางในการพัฒนาตามพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข ในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะประสานความร่วมมือและบูรณาการระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพและภาคส่วนสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมและพร้อม

รับมือต่อภัยพิบัติที่อาจจะเกิดขึ้นจึงได้นำเอาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่แสดงให้เห็นรูปธรรมของการใช้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา^[6] อีกทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้ใช้บทบาทหน้าที่ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ให้เกิดการพัฒนาอย่างแท้จริงและพบความสำเร็จของงานได้มากขึ้น ช่วยทำให้ทุกภาคส่วนมองเห็นจุดหมายปลายทางหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในระยะเวลาที่กำหนด และวิธีการที่จะร่วมกันทำให้บรรลุผลเหล่านั้นได้โดยง่ายและเป็นระบบ กล่าวคือ ต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทุกขั้นตอน โดยองค์ประกอบของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จะมี 4 ระดับ 4 มุมมอง คือ ระดับประชาชน ระดับภาคี ระดับกระบวนการ และระดับรากฐาน โดยมีกระบวนการขั้นตอนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่สำคัญจะมีขั้นตอน คือ “สร้าง 3 ขั้นตอน” และ “ใช้ 4 ขั้นตอน” รวมทั้งสิ้น 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) 2) การกำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination statement) 3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และการตรวจสอบยุทธศาสตร์กับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map Construction: SRM) 4) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model Construction: SLM) 5) การอธิบายการทำงานหรือการนิยามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด รวมถึงการสร้างนวัตกรรมและมาตรการทางสังคม (Strategic Objective Definition) 6) การสร้างแผนปฏิบัติการ (Action Plan/Mini - SLM) และ 7) การเปิดงานและติดตามผล (Launching) ซึ่งการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของชุมชนจะสามารถนำมาใช้ในการออกแบบการทำงาน เป็นแผนงาน ตลอดจนจนถึงการจัดทำโครงการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้^[7]

การดำเนินการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็น

สำคัญ เพราะเขาเป็นเจ้าของปัญหา ซึ่งตามแนวคิดของ โคเฮน และ อัทซอพฟ์^[8] ได้จัดทำกรอบพื้นฐานการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision-making) ซึ่งเป็นการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (implementation) เป็นการเข้าร่วมโดยการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหาร และการเข้าร่วมในการร่วมแรงร่วมใจ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) โดยอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม หรือโดยส่วนตัว และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) ซึ่งเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

เทศบาลตำบลหนองตอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบวกรกรก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไคร้ ได้เริ่มมีการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ในปี พ.ศ. 2553 ในการทำแผนของกองทุนสุขภาพตำบลหนองตอง และ ในปี พ.ศ. 2556 มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในทุกหมู่บ้านตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สามารถใช้เป็นยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เกิดจากชุมชนเอง และสามารถพัฒนาในการดูแลสุขภาพในด้านอื่นๆ ด้วย^[5]

ในฐานะผู้ให้การดูแลด้านสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลหนองตอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่เน้นบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยมุ่งไปที่กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีรูปแบบการทำงานจำแนกได้เป็น 2 ระดับ คือ ระดับบุคคลและระดับชุมชน^[9] ในประชากรกลุ่มเป้าหมายจึงได้ดำเนินการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชน เครือข่ายองค์กรวิชาชีพ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประยุกต์ทฤษฎี ข้อมูลชุมชนและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดย

การหาต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือหลัก ดังนั้นจึงต้องการศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการร่วมจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงและโอกาสในการพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุตำบลหนองตอง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ แกนนำชุมชนตำบลหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยจำนวนดังต่อไปนี้ จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 17 คน คณะกรรมการหมู่บ้าน 33 สมาชิกสภาเทศบาลตำบลหนองตอง จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่เทศบาลที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 91 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 8 คน รวมจำนวนประชากรที่ศึกษาจำนวน 178 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ซึ่งได้ดัดแปลงจากการศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ของนางสาววาสนี ลัทธิศักดิ์ และการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุตำบลหนองตอง

โดยแบบสอบถามสร้างขึ้นเองตามแนวคิดขั้นตอนการมีส่วนร่วมของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) มี 4 ขั้นตอน จำนวนทั้งสิ้น 51 ข้อ แบ่งเป็น ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 20 ข้อ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ จำนวน 17 ข้อ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเป็นแบบวัดลิเกิร์ต (Likert's scale) ให้ผู้เลือกตอบตามความคิดเห็นการมีส่วนร่วมของตน โดยเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจความตรงของเนื้อหา และหาความเชื่อมั่น พบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา = 1.0 และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับแกนนำในชุมชน ตำบลหารแก้ว อ.หางดง จ.เชียงใหม่ จำนวน 10 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาและนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 (Polit & Hungler, 1999) เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม 2558 ถึง มีนาคม 2559 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ประชากรร้อยละ 58.99 เป็นเพศหญิง ประชากรมีอายุเฉลี่ย 55.29 ปี ประชากรส่วนใหญ่

สถานภาพสมรสประชากรร้อยละ 65.73 มีสถานภาพสมรสคู่ และด้านวุฒิการศึกษาประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 37.64 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและร้อยละ 31.46 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 41.01 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และร้อยละ 29.21 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สำหรับรายได้ต่อเดือนของประชากร รายได้เฉลี่ย 5,547.75 บาทต่อเดือน

สำหรับระยะเวลาอาศัยอยู่ในหมู่บ้านพบว่า ร้อยละ 27.53 อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 51-60 ปี และร้อยละ 23.03 ระยะเวลาอาศัยอยู่ในหมู่บ้านมากกว่า 60 ปี สำหรับระยะเวลาอาศัยอยู่ในหมู่บ้านเฉลี่ย 47.60 ปี ประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.12 ดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 91 คน และร้อยละ 18.54 ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการหมู่บ้าน จำนวน 33 คน โดยมีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 26.4 และมีระยะเวลาดำรงตำแหน่ง

อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 25.28 ระยะเวลาดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 13.30 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ประกอบด้วย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการตัดสินใจ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และผลการศึกษาข้อมูลการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของประชากร (N=1)

ข้อมูลการมีส่วนร่วม	ค่าเฉลี่ย (μ)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (σ)	ระดับ
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	2.16	0.45	มาก
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ	2.15	0.49	มาก
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	2.04	0.63	มาก
ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	2.08	0.61	มาก
รวม	2.13	0.46	มาก

ระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตองพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.13$ $\sigma = 0.46$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\mu = 2.16$ $\sigma = 0.45$) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.49$) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.63$) และขั้นตอน

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.61$)

สำหรับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 2.16$ $\sigma = 0.45$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มากที่สุดคือ ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 2.16$ $\sigma = 0.45$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มากที่สุดคือ การมีความคิดว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัญหาของ

ชุมชน เป็นปัญหาสุขภาพของชุมชน ($\mu = 2.29$ $\sigma = 0.60$) และร่วมกำหนดจุดหมายปลายทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมุมมองระดับประชาชน ($\mu = 2.29$ $\sigma = 0.66$) รองลงมา คือการร่วมกำหนดเป้าประสงค์ของการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในระดับประชาชน ($\mu = 2.28$ $\sigma = 0.66$) และการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.24$ $\sigma = 0.63$) วิเคราะห์ถึงความต้องการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.24$ $\sigma = 0.64$) ตามลำดับ

ในด้านการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการของประชากร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.49$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติการอยู่ในระดับมาก คือร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.27$ $\sigma = 0.61$) รองลงมาคือการร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามแบบประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ($\mu = 2.23$ $\sigma = 0.67$) และ

ร่วมกำหนดแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.20$ $\sigma = 0.64$) ตามลำดับ

สำหรับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ของประชากร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.63$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก คือได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.21$ $\sigma = 0.61$) รองลงมาคือการร่วมทำแผนงานกิจกรรมในงานผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.72$) และร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ร่วมกันกับชุมชน ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.71$) ตามลำดับ

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของประชากร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.61$) เมื่อพิจารณาราย

ข้อ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินผลของประชากรอยู่ในระดับมาก คือ ร่วมประชุมสรุปภาพรวมของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.73$) และการร่วมสรุปรายงานในการดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.75$) รองลงมาคือ การร่วมหาแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.12$ $\sigma = 0.70$) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้นำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.13$ $\sigma = 0.46$) คือมีส่วนร่วมสม่ำเสมอทุกขั้นตอน ทั้ง การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ ($\mu = 2.16$ $\sigma = 0.45$) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติการ ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.49$) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการรับผลประโยชน์ ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.63$) และการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินผล ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.61$) ตามลำดับ อภิปรายผลได้ว่า อาจเนื่องมาจากประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.12 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และร้อยละ 10.67 เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากส่วนหนึ่งในหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามหลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสุข คือ บริหารจัดการวางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้านโดยเป็นแกนนำในการประสานงานร่วมกับภาครัฐ กระตุ้นให้มีการวางแผน และดำเนินงานเพื่อพัฒนางาน

สาธารณสุขของหมู่บ้าน^[10] ซึ่งหน้าที่รับผิดชอบนี้
 เกี่ยวข้องการเข้ามามีส่วนร่วมของในการจัดทำแผนที่
 ทางเดินยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง
 จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการปัจจัยที่มีผล
 ต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนในงาน
 สาธารณสุขของ เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ^[11]
 การความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับ
 ประชาชน และการประสานงานที่ดีต่อกัน
 เจ้าหน้าที่ในภาครัฐเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะ
 ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วยชุมชน
 เอง หากเจ้าหน้าที่ของรัฐขาดแนวคิดและมีความ
 เชื่อมมั่นว่าตนเป็นผู้ให้และประชาชนเป็นเพียงผู้รับ
 ทำให้เกิดการครอบงำทางความคิดของประชาชน
 การพัฒนาก็จะประสบความล้มเหลวและขาดความ
 ต่อเนื่อง ตรงกันข้ามถ้ามีการประสานงานที่ดี จะ
 นำมาซึ่งความเข้าใจ ความใกล้ชิดสนิทสนมและ
 ความรู้สึกที่ ทุกๆ คนต่างเป็นส่วนหนึ่งของ
 โครงการนั้น ๆ โดยในพื้นที่เจ้าหน้าที่ของรัฐทั้งภาค
 สาธารณสุขและการปกครองได้สร้างเครือข่ายการ
 ทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้าน

นอกเหนือจากนั้นร้อยละ 29.97 เป็น
 ประชากรที่มีอายุระหว่าง 61-70 ปีซึ่งเป็นผู้ร่วมรับ
 ผลประโยชน์โดยตรง พร้อมกันนี้ประชากรร้อยละ
 38.76 มีอายุระหว่าง 51- 60 ปี ซึ่งเป็นประชากร
 กลุ่มที่ก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้เกิดความตระหนัก
 และรู้สึกถึงผลประโยชน์ร่วมในการจัดทำแผนที่
 ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมยศ อำพันศิริ^[12]
 ที่พบว่าการมีส่วนร่วมเป็นการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
 โดยเฉพาะผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้ามามีส่วนร่วม
 ตลอดกระบวนการของการบริหารจัดการจะทำให้
 เกิดการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนในระดับมาก ยิ่งไป
 กว่านั้นปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพพบว่าอาชีพ
 ส่วนใหญ่คือรับจ้างทั่วไปร้อยละ 41.01 และอาชีพ
 เกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพอิสระที่สามารถจัดการ
 เวลาในการเข้ามามีส่วนร่วมของบุคคลนั้น
 ประชากรร้อยละ 65.73 มีสถานภาพสมรสคู่จะ

ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการมีส่วนร่วม
 นอกเหนือไปจากนี้พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของ
 ประชากรได้อยู่อาศัยในชุมชนมากกว่า 20 ปี ย่อม
 มีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาในชุมชน เกิดความมี
 ส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องดังเห็นได้จากข้อมูล
 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งต่างๆ ของแกนนำ
 ชุมชนโดยพบว่าโดยเฉลี่ยดำรงอยู่ในตำแหน่งต่างๆ
 เป็นระยะเวลา 13.3 ปี (SD 10.62) สอดคล้องกับ
 แนวคิดของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen &
 Uphoff, 1980) ที่กล่าวว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่
 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อาชีพ รายได้ การ
 สนับสนุนของครอบครัว และสถานภาพทางสังคม
 มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบุคคล

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของแกนนำ
 ชุมชนในแต่ละขั้นตอน พบว่าการมีส่วนร่วมใน
 ขั้นตอนการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก
 ($\mu = 2.16$ $\sigma = 0.67$) โดยพบว่า ประชากรมีส่วน
 ร่วมมากที่สุด คือการมีความคิดว่าจำนวนผู้สูงอายุ
 ที่เพิ่มขึ้นเป็นปัญหาของชุมชน เป็นปัญหาสุขภาพ
 ของชุมชน ($\mu = 2.29$ $\sigma = 0.60$) และร่วมกำหนด
 จุดหมายปลายทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
 มุมมองระดับประชาชน ($\mu = 2.29$ $\sigma = 0.66$)
 รองลงมา คือการร่วมกำหนดเป้าประสงค์ของการ
 จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุ
 ในชุมชนในระดับประชาชน ($\mu = 2.28$ $\sigma = 0.66$)
 และการวิเคราะห์สาเหตุ ปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน
 ($\mu = 2.24$ $\sigma = 0.63$) วิเคราะห์ถึงความต้องการ
 ของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.24$
 $\sigma = 0.64$) อภิปรายผลได้ว่า ขั้นตอนในการ
 ตัดสินใจเป็นขั้นตอนแรกในการสร้างการมีส่วนร่วม
 ซึ่งเป็นขั้นตอนที่แกนนำได้มีการประเมินปัญหา
 ร่วมกันเห็นพ้องต้องกันว่า จำนวนผู้สูงอายุที่
 เพิ่มขึ้นเป็นปัญหาของชุมชน ร่วมวิเคราะห์สาเหตุ
 ของปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและได้
 ร่วมกำหนดเป้าประสงค์ จุดหมายปลายทางใน
 ระดับประชาชน ในการจัดทำแผนที่ทางเดิน
 ยุทธศาสตร์ของกองทุนสุขภาพ ตำบลหนองตอง
 มาโดยตลอดสอดคล้องกับ อุทัยวรรณ

กาญจนกมล^[13] ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริง เริ่มต้นโดยชุมชนเป็นผู้ริเริ่มหรือผู้กระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดเอง หน่วยงานภายนอกเป็นเพียงผู้สนับสนุน หรือองค์กรชุมชนเป็นภาคีร่วมกับภาครัฐ ทำงานแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน เคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เริ่มจากระยะกำหนดหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การออกแบบทางเลือกในการพัฒนาให้กับชุมชนเพื่อที่จะสามารถพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสภาพในชุมชนตามบริบท ซึ่งการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของตำบลหนองตอง พบว่าแกนนำมีส่วนร่วมในระดับมากในทุกขั้นตอน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนการวิเคราะห์บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ในการใช้แผนที่ความคิด/แผนที่จิตใจ (Mind Map) ในการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ โดยวิเคราะห์ไปพร้อมๆ กันในทุกมิติ ทุกมุมมอง ทั้งมุมมองเชิงคุณค่า (ประชาชน) มุมมองเชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ภาคี) มุมมองเชิงการบริหารจัดการ (กระบวนการ) และมุมมองเชิงการเรียนรู้และพัฒนา (รากฐาน) ทั้งนี้เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์กันอย่างเป็นเหตุเป็นผล ระหว่างเป้าหมายผลผลิตและกระบวนการที่จะทำให้บรรลุในสิ่งที่พึงประสงค์ในเวลาที่กำหนด ทั้งแผนที่ความคิดช่วยให้เห็นความคิดและความคิดเห็นของทุกคนร่วมกัน พร้อมทั้งเห็นความสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้องของสิ่งต่างๆ ที่ร่วมกันวิเคราะห์ นอกจากนั้นสามารถเพิ่มเติมความคิดได้ โดยไม่มีข้อจำกัด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับขั้นตอนที่ 2 การกำหนดจุดหมายปลายทาง คือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่กำหนดและภายใต้ความสามารถในการจัดการได้ขององค์กร ท้องถิ่น หรือชุมชน ผู้ซึ่งกำหนด โดยมีหวังพึ่งพิงจากองค์กรภายนอกเป็นหลัก และจุดหมายปลายทางเป็นจุดตั้งต้นของการสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ที่จะระบุเวลาที่ชัดเจนกว่า ภาพฝันหรือภาพอนาคตที่คาดหวัง ซึ่งแสดงให้เห็น

ถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของชุมชนอย่างแท้จริง^[6]

แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การร่วมกำหนดจุดหมายปลายทางในชุมชนมุ่มมองระดับกระบวนการอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 1.8$ $\sigma = 0.76$) อาจเกี่ยวเนื่องมาจากมุ่มมองระดับกระบวนการเป็นระดับที่ซับซ้อนและอาจทำให้ไม่เกิดการมีส่วนร่วมในระดับไม่ตื้นๆ เนื่องจากเป็นระดับที่มีเพียงผู้นำหลักของชุมชนที่ได้แสดงบทบาท ประกอบกับวัฒนธรรมองค์กรในการเคารพการตัดสินใจของผู้นำทางธรรมชาติและผู้นำอย่างเป็นทางการในชุมชนช่วงระหว่างกระบวนการและความเข้าใจอาจเกี่ยวเนื่องมาจากระดับการศึกษาเนื่องจากส่วนใหญ่ของประชากรศึกษาทั้งหมดมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.64 และมีธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 31.46

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติการของประชากร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.49$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติการอยู่ในระดับมากคือร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.27$ $\sigma = 0.61$) รองลงมาคือการร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามแบบประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ($\mu = 2.23$ $\sigma = 0.67$) และร่วมกำหนดแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($\mu = 2.20$ $\sigma = 0.64$) ตามลำดับ อภิปรายผลได้ว่าประชากรได้มีส่วนร่วมมากในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามแบบประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และกำหนดแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ เนื่องจากส่วนใหญ่ของประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแล

ผู้สูงอายุ ร้อยละ 51.12 และร้อยละ 10.67 ซึ่งมีบทบาทหลักในการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในการส่งเสริมสุขภาพและชักชวนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทของพื้นที่ และกำหนดหน้าที่รับผิดชอบและร่วมดำเนินการในโครงการนั้นๆ ทำให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการซึ่งสอดคล้องกับการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนที่ 5 โดยขั้นตอนดังกล่าวมีการอธิบายการทำงานหรือนิยามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด โดยเฉพาะช่องที่ 4 โดยแบ่งออกเป็นมาตรการทางวิชาการ (งานวิชาการ) ตามมาตรฐานงานกำหนดส่วนช่องที่ 5 มาตรการทางสังคม (งานสังคม) โดยชุมชนจะเป็นผู้ร่วมกำหนด^[6]

สำหรับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ของประชากร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.63$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก คือ ได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.21$ $\sigma = 0.61$) รองลงมาคือการร่วมทำแผนงานกิจกรรมในงานผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.72$) และร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ร่วมกันกับชุมชน ($\mu = 2.04$ $\sigma = 0.71$) ตามลำดับอภิปรายผลได้ว่า ประชากรส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการดูแล ผู้สูงอายุ จากการร่วมทำแผนงานและร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานกิจกรรมในงานผู้สูงอายุตำบลหนองตอง_แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการในงานผู้สูงอายุและร่วมมอบหมายความรับผิดชอบในฐานะผู้ปฏิบัติการมีเพียงระดับปานกลางอาจสืบเนื่องมาจากการจัดตั้งคณะกรรมการต่างในชุมชนจะใช้ต้นทุนทางสังคมด้านคณะกรรมการชุมชนที่มีอยู่ โดยพบว่า มีเพียงร้อยละ 18.54 ของประชากรที่เป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ นรินทร์ชัย พัฒนพงศา^[14] การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง การให้ประชาชน

เข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ การดำเนินโครงการ ร่วมรับผลประโยชน์และประเมินผลจากโครงการนั้นๆ ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพัฒน์ หอมสุวรรณ^[15] ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของสภาตำบล และการมองเห็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว และสอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการการใช้ประโยชน์ของแผนที่ยุทธศาสตร์ให้เกิดการปฏิบัติจริง โดยเลือกใช้เป็นส่วนหนึ่งโดยสร้างแผนที่ฉบับปฏิบัติการเฉพาะส่วนที่ทำจริงโดยที่ผู้บริหารเลือกทางเดินที่คาดว่าจะทำให้ไปถึงจุดหมายปลายทางที่สะดวกรวดเร็วที่สุด เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ภายในเวลาสั้นที่สุด^[6]

การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของประชากร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 2.08$ $\sigma = 0.61$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินผลของประชากรอยู่ในระดับมาก คือ ร่วมประชุมสรุปภาพรวมของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.73$) และการร่วมสรุปรายงานในการดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.15$ $\sigma = 0.75$) รองลงมาคือ การร่วมหาแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองตอง ($\mu = 2.12$ $\sigma = 0.70$) ตามลำดับอภิปรายผลได้ว่าประชากรได้มีส่วนร่วมในการติดตาม กำกับ ประเมินการดำเนินงานโดยเฉพาะการร่วมประชุมสรุป ร่วมสรุปรายงานการดำเนินการ และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่พบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรมากกว่าร้อยละ 80 ของประชากรได้อยู่อาศัยในชุมชนมากกว่า 20 ปี ย่อมมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาในชุมชนเกิดความมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่ได้มีส่วนร่วมระดับมากในขั้นการตัดสินใจร่วมกำหนดเป้าประสงค์ที่สามารถตอบสนองความต้องการของ

ชุมชน ขึ้นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และยังเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์ผ่านกระบวนการหลักของขั้นตอนต่างๆ การทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบหรือนวัตกรรมต่างๆ โดยชุมชนในการประเมินผลตรงความต้องการของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในขั้นตอนอธิบายการมีส่วนร่วมการทำงานหรือนิยามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด รวมถึงการสร้างนวัตกรรมในการติดตามประเมินผลโดยผ่านตาราง 11 ช่องซึ่งตารางดังกล่าวอธิบายวิธีการทำงานในการสร้างแผนปฏิบัติการรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ กิจกรรมสำคัญ มาตรการหรืองาน (การกระทำ) ทั้งทางด้านวิชาการและด้านสังคม ตัวชี้วัดผลงาน ตัวชี้วัดผลสำเร็จพร้อมหลักเกณฑ์ ปริมาณงานหรือเป้าหมายในการทำงาน ระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณ ผู้รับผิดชอบดำเนินการในแต่ละงานแต่ละกิจกรรม การใช้ประโยชน์แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในขั้นตอนของการนิยามเป้าประสงค์หรืออธิบายการทำงาน ทั้งนี้ตารางจะช่วยให้ง่ายต่อการติดตามและประเมินความก้าวหน้าต่อไป(6) และสอดคล้องกับแนวคิดของ ปาริชาติ วลัยเสถียร^[16] เรื่องการมีส่วนร่วมคือกระบวนการพัฒนาให้บุคคลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนอันได้แก่ ร่วมกันค้นปัญหา ร่วมวางแผนการตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยี ในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามผล ประเมินผล ร่วมรับผลประโยชน์และสอดคล้องกับบริบท

โดยสรุปการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลหนองตอง อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น แสดงให้เห็นว่าแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในระดับมากในขั้นตอนการตัดสินใจ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยเฉพาะการมองเห็นปัญหาร่วมกันเกิดการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุ กำหนดจุดหมายปลายทางและเป้าประสงค์ในการ

แก้ไขปัญห พร้อมทั้งการมีส่วนร่วมวางแผนทางแก้ไขปัญห และกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินงานร่วมกันและได้รับผลประโยชน์ร่วมกันจากแผนงานที่ได้กำหนดไว้ ได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และท้ายสุดได้มีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินผล สรุปรายงานและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อพัฒนาการดำเนินงานในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. การสร้างความมีส่วนร่วมจากการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ควรพิจารณาถึงสิ่งที่มีผลดังต่อไปนี้

1.1. ด้านคณะผู้ดำเนินกระบวนการ

ในการดำเนินการกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ต้องการผู้นำกระบวนการที่มีประสบการณ์ในการอำนวยความสะดวกให้เกิดความสามารถและเข้าใจแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ อย่างแท้จริง จึงจะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งต้องคัดเลือกบุคคลที่มีความสามารถเฉพาะในการสื่อสาร สามารถถ่ายทอดความหมายทางวิชาการที่ซับซ้อนให้เกิดความเข้าใจต่อผู้เข้าร่วมกระบวนการที่มีระดับการรับรู้ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการคัดเลือกผู้ดำเนินกระบวนการกลุ่มควรเลือกผู้ที่มีความสามารถอย่างแท้จริง ไม่ได้คัดเลือกเพราะตำแหน่งที่มีอยู่แล้วในชุมชน

1.2. ด้านเครื่องมือที่ใช้

เนื่องจากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการตอบสนองการดำเนินการที่ตอบสนองการแก้ไขปัญหตามบริบทของชุมชน แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้มีกระบวนการที่ซับซ้อนในการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างมีส่วนร่วมและจึงมีความจำเป็นที่ต้องปรับภาษาที่ใช้ให้เข้าใจง่ายตามบริบทของพื้นที่ หรือวิธีการอื่นๆ มาช่วยเอื้อในการจัดกระบวนการ เช่น การเสริมพลัง การ

ขับเคลื่อนชุมชน และอื่นๆ เพื่อให้เกิดระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

1.3. ด้านผู้เข้าร่วมกระบวนการ

ผู้เข้าร่วมกระบวนการมีความหลากหลาย ด้านปัจเจกบุคคลที่ผู้นำกระบวนการต้องพิจารณาถึงคือ ระดับการศึกษา ความสะดวกด้านเวลาที่สามารถเข้าร่วมกระบวนการ การสร้างความตระหนักความเป็นเจ้าของปัญหา วิธีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4. ด้านชุมชน

ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง เช่น การมีผู้นำทางธรรมชาติที่มีความสามารถ หุ่นส่วนหรือเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งหรือประสบความสำเร็จในโครงการต่างๆ หรือชุมชนที่มองเห็นปัญหาร่วมกันจะสามารถนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปดำเนินการและเกิดความมีส่วนร่วมได้ดี

2. สนับสนุนการเขียนโครงการของชุมชนโดยชุมชนจากผลที่ได้จากกระบวนการที่มีระดับความมีส่วนร่วมมาก เนื่องจากมีโอกาสในการประสบความสำเร็จมากกว่า เนื่องจากการสร้างโดยมุมมองของคนในชุมชนเอง

3. ส่งเสริมให้มีกระบวนการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของตำบลเพื่อให้แน่ใจว่าระดับความมีส่วนร่วมในระดับที่เพียงพอในการบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานนั้นๆ แล้วจึงขับเคลื่อนการดำเนินงานในขั้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.นพ.อมร นนทสุต ที่ได้ให้การอบรมและนำแนวคิดของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาเผยแพร่ ขอขอบคุณ คุณปิยพร เสาร์สาร จากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ คุณทวีศิลป์ ชัยชนะ สาธารณสุขอำเภอหางดง, คุณณฤมล ตรังวัชรกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และ คุณคะนิงนิตย์ สิงห์แก้ววงศ์ นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ คุณมานพ

ตันสุภายน ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองตองและทุกองค์กรในตำบลหนองตองที่ได้ช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี
2. วิชัย เอกพลกร. (2553). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิกซิสเต็มส์.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2554). 2554 ร่วมกันสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุไทย. [ออนไลน์]. (เข้าถึงได้เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2554). เข้าถึงได้จาก http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_143.htm
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหางดง. (2557). สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหางดง.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหางดง. (2557). สรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตำบลต้นแบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่.
6. อมร นนทสุต. (2555). ปัจจัยของความสำเร็จในงานควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
7. กลุ่มงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2552). สรุปการดำเนินการสร้างและการใช้ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์จังหวัดเชียงใหม่ 2552. สืบค้นจาก <http://bps.ops.moph.go.th/strategy-Map/strategies1.html>
8. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development:

Seeking clarity through specificity. World Development, 8(3), 223.

9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
10. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2550) หลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ: เรดิเอชั่น.
11. เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ. (2542). การสาธารณสุขมูลฐาน. ราชบุรี: ธรรมรักษ์การพิมพ์.
12. สมยศ อำพันศิริ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบเปลี่ยนสภาพของผู้บริหารสถานศึกษากับการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของชุมชนในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาลพบุรี เขต 2 (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
13. อุทัยวรรณ กาญจนกมล. (2541). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน. เชียงใหม่ทันตสาร, 19(ฉบับพิเศษ ม.ค.-ธ.ค.), 7-8.
14. นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2547). การมีส่วนร่วมหลักการพัฒนา เทคนิคและกรณีตัวอย่าง (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: สิริลักษณ์การพิมพ์.
15. จิรพัฒน์ หอมสุวรรณ. (2539). การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของสภาตำบล: กรณีศึกษาสภาตำบลในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
16. ปาริชาติ วลัยเสถียร. (2543). กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

อุบัติการณ์และแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่

The prevalence and guideline development for the effective neonatal thyroid screening in Health
Promoting Hospital

โชติรส พันธุ์พงษ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

บทนำ

ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ยังเป็นปัญหาของพื้นที่ภาคเหนือ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดพัฒนาการล่าช้า ปัญญาอ่อนที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ถ้าได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างทันเวลาที่ ดังนั้นระบบการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ในทารกแรกเกิดทุกรายจึงมีความสำคัญ ทำให้ทารกกลุ่มเสี่ยงได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และเป็นประชากรที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ อัตราการเรียกกลับ (recall rate) อัตราการกลับมาตรวจยืนยัน (response rate) ของภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน แต่กำเนิดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ศึกษาสาเหตุ การรักษา การติดตามผลการรักษา ทารกพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองและรักษาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่

วิธีการศึกษา

ศึกษาแบบติดตามข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยรวบรวมข้อมูลจากผลการตรวจคัดกรองและเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีผลการตรวจคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนผิดปกติ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึง กันยายน 2557 รวมระยะเวลาในการศึกษา 6 ปี

ผลการศึกษา

มีจำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งสิ้นจำนวน 8,219 ราย ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นจำนวน 8,197 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมร้อยละ 99.73 มีทารกที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ (TSH>25 มิลลิยูนิต์ต่อลิตร) ต้องกลับมาตรวจซ้ำจำนวน 18 ราย คิดเป็นอัตราการเรียกกลับ ร้อยละ 0.22 และอัตราการกลับมาตรวจยืนยัน คิดเป็นร้อยละ 100 จากผลการตรวจยืนยัน พบว่าเป็นโรคพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดจริง 5 ราย ร้อยละ 27.78 จากการตรวจติดตามพบทารก 5 รายนี้ เป็น permanent primary congenital hypothyroidism จำนวน 3 ราย transient hypothyroidism 2 ราย โดยพบเป็นจากยารักษาไทรอยด์ของมารดา จำนวน 1 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ของภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนถาวรเท่ากับ 1:2,729 อัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 2:1 โดยระยะเวลาที่กลับมารับการตรวจยืนยันเฉลี่ย 14 ± 6.164 วัน อายุเฉลี่ยในการเริ่มรักษา 14 ± 6.164 วัน ขนาดของ ยาที่ใช้รักษาเฉลี่ย 8.64 ± 1.036 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน หลังให้การรักษาระดับ FT₄ และ TSH กลับมาอยู่ในเกณฑ์ภายในเวลาเฉลี่ย 53 ± 39.693 วัน และ 59 ± 43.994 วัน ตามลำดับ

สรุป

พบอุบัติการณ์ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ สูงกว่าอุบัติการณ์ในประเทศไทยจากการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด จึงได้พัฒนาจัดทำแนวทางระบบการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่เพื่อให้เด็กที่เป็นโรคได้รับการวินิจฉัยโดยเร็ว ได้ผลการรักษาที่ดีและเติบโตเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพของประเทศ โดยระบบการตรวจคัดกรองจะประสบความสำเร็จ ทุกฝ่ายจะต้องให้ความสำคัญกับระบบการ คัดกรอง และทำงานประสานเชื่อมโยงกันเป็นอย่างดี

Abstract

Background

Congenital hypothyroidism still be a problem in Northern area and is a preventable cause of developmental and mental delay if a proper management is early started. Neonatal thyroid screening program can help these patients getting early management and being a good quality of life in the future.

Objective

To determine prevalence, recall and response rates of congenital hypothyroidism in Health Promoting Hospital Chiang Mai and to evaluate the causes, treatment and follow up of this disease and to develop guideline for the effective neonatal thyroid screening in Health Promoting Hospital.

Materials and methods

Thyroid screening results and clinical data were retrospectively collected from the medical records of the patients with congenital hypothyroidism in Health Promoting Hospital between October 2008 – September 2014 (6 years)

Results

8,197 out of 8,219 (99.73%) babies were done neonatal thyroid screening. There were 18 neonates (0.22%) having abnormal thyroid screening (TSH>25 mIU/L) and all of them (100%) were back to take confirms labs. There were 27.78% having congenital hypothyroidism (3 permanent and 2 transient) one patient with transient hypothyroidism had a maternal history being on thyroid medication. The prevalence of congenital hypothyroidism was 1:2,729 by which female and male ratio was 2:1. The mean age at initial treatment was 14 ± 6.164 days. The mean thyroxine dosage was 8.64 ± 1.036 $\mu\text{g/kg/day}$. FT₄ and TSH became normal after treatment at 53 ± 39.693 and 59 ± 43.994 days respectively.

Conclusion

Incidence of congenital hypothyroid in Health Promoting Hospital Chiang Mai more than incidence of Thailand. From the data in this

study, author has developed guideline for neonatal screening in Health Promoting Hospital which need well-operated multidisciplinary teams for early diagnosis and management.

บทนำ

ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด (Congenital Hypothyroidism) คือภาวะที่ร่างกายสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งเป็นโรคทางระบบต่อมไร้ท่อที่พบบ่อยในเด็ก และเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะปัญญาอ่อนที่ป้องกันได้ ถ้าให้การวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่แรก^[1]

อุบัติการณ์ (Incidence) ของภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดทั่วโลกพบประมาณ 1:3,000 ถึง 1:4,000^[2] ซึ่งใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ในประเทศไทย 1:3,314^[3] แต่ในพื้นที่ขาดสารไอโอดีน ซึ่งเป็นสาระสำคัญในขบวนการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนในร่างกาย จะพบอุบัติการณ์ที่สูงกว่าในพื้นที่ที่ไม่ขาดสารไอโอดีน^[4]

อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องไทรอยด์ ฮอร์โมนแต่กำเนิด มักไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติในช่วงแรก อาการผิดปกติทางคลินิกจะเริ่มแสดงให้เห็นชัดเจนหลังอายุ 1 เดือนครึ่ง ถึง 3 เดือน หรือมากกว่านั้นไปแล้ว^[5] โดยพบอาการท้องผูก, ซึม, มีปัญหาในการกินอาหาร, ตัวเหลืองนาน, ตัวเย็น (hypothermia), ผิวหนังเป็นลาย (mottling), กล้ามเนื้ออ่อนแรง (hypotonia), สะดือจูน (umbilical hernia), กระหม่อมโต และปิดช้า, ลิ้นโตคับปาก, ร้องเสียงแหบ, ท้องโป่ง, ท้องอืด, ผิวแห้งหยาบ, ผิวซีดเหลือง, slow relaxing ของ deep tendon reflex, ตัวเย็น และคอพอก นอกจากนี้จะพบ พัฒนาการล่าช้าปัญหาที่บ่งถึงปัญญาอ่อน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายหลังอายุ 1 เดือน มักมีพัฒนาการช้า ปัญหาที่บ่ง หรือ ปัญญาอ่อนร่วมด้วย^[6] ดังนั้นการตรวจคัดกรองโรคพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดจึงมีบทบาทสำคัญในการสืบค้นทารกที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยก่อนที่จะมีการ

คัดกรองโรคนี้ สามารถวินิจฉัยโรคจากลักษณะทางคลินิกในเด็กแรกเกิดได้เพียงร้อยละ 5 เท่านั้น^[7]

การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดเป็นนโยบายระดับชาติเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตั้งแต่ ช่วงตั้งครรภ์ วัยเด็ก ไปจนถึงวัยชรา เพราะโรคพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน เป็นโรคที่ถ้าได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะสามารถป้องกันภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งถือเป็นความสูญเสียทางทรัพยากรมนุษย์ที่สามารถป้องกัน ได้และคุ้มค่าต่อการลงทุน ช่วยประเทศประหยัดงบประมาณที่ต้องใช้เพื่อดูแลผู้พิการต่อไป^[8]

การตรวจคัดกรองโรคพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดเริ่มขึ้นครั้งแรกในประเทศแคนาดาในปี พ.ศ.2516 โดยตรวจวัดระดับฮอร์โมน Thyroxine (T4) และ ต่อมาประเทศอื่นๆ ได้พัฒนาการตรวจระดับฮอร์โมน Thyrotropin (TSH) แทนเพื่อลดอัตราผลบวกปลอมเพราะพบว่า จำนวนทารกที่ถูกเรียกกลับมาตรวจซ้ำในวิธีแรกมีถึง ร้อยละ 1.9 ขณะที่การตรวจระดับ TSH มีอัตราการถูกเรียกกลับมาตรวจซ้ำเพียงร้อยละ 0.15 แต่ก็มีข้อเสีย ในการพลาดการวินิจฉัยโรค central hypothyroidism^[9] ในประเทศไทยเริ่มมีโครงการนำร่อง โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในปี พ.ศ.2536 และเริ่มอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2539 โดยการเจาะเลือดทารกตอนอายุ 2-3 วัน ใส่กระดาษกรองส่งตรวจ ปัจจุบันประเทศไทยใช้การวัดระดับ Thyrotropin (TSH) ที่มากกว่า 25 มิลลิยูนิตต่อลิตร เป็นจุดตัดค่าการคัดกรอง โดยทารกที่มีความเสี่ยง จะถูกติดตามกลับมา เพื่อการตรวจเลือดยืนยันอีกครั้ง^[10]

ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด แบ่ง เป็น 2 กลุ่ม^[11] ได้แก่

1. Permanent hypothyroidism เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด พบร้อยละ 90 ส่วนสาเหตุของภาวะ Congenital hypothyroidism (CH) ที่เป็นแบบถาวรที่พบได้บ่อยที่สุดทั่วโลก คือ Iodine deficiency แต่ในบริเวณ ที่มีสารไอโอดีนเพียงพอ พบสาเหตุของ

ชนิด sporadic คือ Thyroid dysgenesis (aplasia, hypoplasia, ectopic) ถึงร้อยละ 80-85

2. Transient hypothyroidism เป็นสาเหตุส่วนน้อย พบความชุก ร้อยละ 10

ธาตุไอโอดีน เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของไทรอยด์ฮอร์โมน เมื่อขาดสารไอโอดีนจะทำให้ไทรอยด์ฮอร์โมนลดลง ระดับ TSH จากต่อม pituitary จะเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ต่อมไทรอยด์ขยายโตขึ้น เพื่อพยายามผลิตไทรอยด์ฮอร์โมนให้เพียงพอ ดังนั้นจึงเกิดคอพอกขึ้น โรคขาดสารไอโอดีนยังเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศไทย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคคอพอก ซึ่งพบมากทาง ภาคเหนือและภาคอีสานของไทย ส่วนภาวะปัญญาอ่อนที่ชาวเหนือ เรียกว่า “เอ๋อ”, “เอ้”, “ง่าว” ซึ่งพบมากทาง ภาคเหนือ ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจาก hypothyroid จากการขาดสารไอโอดีนในแม่ และลูกเป็นสาเหตุสำคัญกล่าวคือ ในระหว่างตั้งครรภ์ 1st trimester, ไทรอยด์ฮอร์โมนจากการดาจะผ่านรกมาที่ fetus ช่วยให้ neuronal cell maturation และ migration, พอเข้า 2nd trimester fetus จึงจะเริ่มสร้างฮอร์โมนได้เอง ดังนั้นทารกที่เกิด hypothyroid จากการขาดสารไอโอดีน จึงมี neurological deficit มาก และมักจะหูหนวก ถึงแม้จะให้การรักษาด้วย thyroxine ทันทีหลังเกิด ก็ไม่สามารถแก้ความผิดปกติของสมอง ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา ดังนั้นภาวะนี้จึงจำเป็นต้องป้องกันโดยให้สารไอโอดีนให้เพียงพอในหญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกคน ก่อนที่หญิงเหล่านี้จะตั้งครรภ์^[6] หรือพิจารณาจากพื้นที่ขาดไอโอดีน คือ ร้อยละของไอโอดีนในปัสสาวะที่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ถ้ามากเกินไปร้อยละ 50 ถือว่าพื้นที่นั้นเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน โดยกรมอนามัยดำเนินการตรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ทุกปี ใน 8 จังหวัดในภาคเหนือตอนบน จังหวัดละ 300 คน โดยเก็บปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและยังไม่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ในสถานบริการสาธารณสุข พบว่าหลายจังหวัดในภาคเหนือยังเป็นพื้นที่ที่ขาดไอโอดีน และ

สอดคล้องกับการพบอุบัติการณ์ของภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในภาคเหนือ 1:2,958^[3] ซึ่งสูงกว่าของประเทศ

วัตถุประสงค์ :

1. ศึกษาอุบัติการณ์ อัตราการเรียกกลับ (recall rate) อัตราการกลับมาตรวจยืนยัน (response rate) ของภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่
2. ศึกษาสาเหตุ การรักษา การติดตามผลการรักษาทารกพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด
3. ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรองและรักษาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองและรักษาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่

คำนิยามที่เกี่ยวข้องในการศึกษา

1. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ในทารกแรกเกิด หมายถึง การเจาะเลือดที่บริเวณส้นเท้าหรือหลังมือของทารกแรกเกิด เมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง หยดลงบนกระดาษซับเลือดสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์
2. ผลการตรวจคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนที่ผิดปกติ (Abnormal Thyroid Screening Test) หมายถึง ระดับไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) มากกว่า 25 มิลลิยูนิตต่อลิตร
3. ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด หมายถึง ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมนจากการตรวจเลือดยืนยันโดยเปรียบเทียบกับค่าปกติที่อายุนั้นๆ
4. การตรวจยืนยันโรค หมายถึง การตรวจระดับ TSH, T₄ หรือ FT₄ เปรียบเทียบกับค่าปกติตามอายุ

ประชากรและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบติดตามข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยรวบรวมข้อมูลผลการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด และเวชระเบียนผู้ป่วยทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ทั้งหมดที่มีผลการตรวจคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนผิดปกติ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2551 ถึง กันยายน 2557 รวมระยะเวลาในการศึกษา 6 ปี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ระดับค่าการคัดกรองที่ผิดปกติ, ผลการตรวจยืนยันโรค, ประวัติการได้รับยาต้านไทรอยด์ระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา, อายุทารกขณะตรวจเลือดยืนยัน และเริ่มทำการรักษา, ลักษณะผิดปกติของทารกที่ไปถึงภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด เช่น ดูนมไม่ดี ตัวเหลือง ลิ้นโต สะดือจูน และกระหม่อมหลังกว้าง เสียเหงื่อ ท้องผูก เป็นต้น^[12]

การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ทำโดยเก็บเลือดตัวอย่าง จากบริเวณสันเท้าหรือหลังมือของทารกแรกเกิด เมื่ออายุมากกว่า หรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง โดยเก็บใส่กระดาศกรองซับเลือดส่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยวัดระดับ TSH ด้วยวิธี radio immune metric assay หากทารกที่มีระดับ TSH มากกว่า 25 มิลลิยูนิต ต่อลิตร จะถูกติดตามกลับมาตรวจร่างกาย และตรวจระดับ thyroxine (T4) หรือ free thyroxine (FT4), TSH โดยระหว่างรอผลการตรวจ

ยืนยัน จะให้การรักษาด้วยไทรอยด์ฮอร์โมน (L-thyroxine) และ นัดตรวจติดตามเพื่อฟังผลการตรวจยืนยัน ถ้าพบว่า ผลเลือดมีความผิดปกติจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น permanent primary congenital hypothyroidism และจะให้การรักษาจนกระทั่งอายุ 3 ปี แล้วจึงพิจารณาหยุดการรักษาเป็นระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ และส่งตรวจ thyroid scan เพื่อหาสาเหตุต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา นำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 รวมระยะเวลา 6 ปี มีจำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งสิ้นจำนวน 8,219 ราย ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ ฮอร์โมนเป็นจำนวน 8,197 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมร้อยละ 99.73 มีทารกที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ (TSH > 25 มิลลิยูนิตต่อลิตร) ต้องกลับมาตรวจซ้ำจำนวน 18 ราย คิดเป็นอัตราการเรียกกลับ (recall rate) ร้อยละ 0.22 ในจำนวน 18 รายนี้ กลับมารับการตรวจยืนยันทั้งหมด ร้อยละ 100 (response rate) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนทารกแรกเกิดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง TSH, อัตราความครอบคลุม (coverage rate), อัตราการเรียกทารกกลับเพื่อรับการตรวจ (recall rate) และจำนวนทารกที่กลับมารับการตรวจยืนยัน

ปี งบประมาณ	จำนวน ทารก แรกเกิดมีชีพ (ราย)	จำนวนเด็ก ที่ได้รับ การตรวจ (ร้อยละ ความ ครอบคลุม)	ผลการตรวจพบ ความ ผิดปกติ TSH > 25 mU/L (ราย)	% recall	จำนวน ทารกที่ กลับมา ตรวจ ยืนยัน (ร้อยละ)	ผลการ ตรวจ ยืนยัน พบ ความ ผิดปกติ (ราย)
52	1,276	1,276 (100)	5	0.40	5 (100)	2
53	1,146	1,146 (100)	1	0.09	1 (100)	1
54	1,339	1,339 (100)	2	0.15	2 (100)	1
55	1,294	1,284 (99.23)	1	0.08	1 (100)	1
56	1,528	1,524 (99.74)	3	0.19	3 (100)	0
57	1,636	1,628 (99.51)	6	0.37	6 (100)	0
รวม	8,219	8,197 (99.73)	18	0.22	18(100)	5

จากผลการตรวจยืนยัน พบว่า ทารกแรกเกิดเป็นโรคพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดจริง 5 ราย ร้อยละ 27.78 พบผลบวกกลวง (false positive) จำนวน 13 ราย ร้อยละ 72.22 และในทารก 5 รายนี้พบว่าเป็น permanent primary congenital hypothyroidism จำนวน 3 ราย transient hypothyroidism 2 ราย โดยพบสาเหตุจากยารักษาไทรอยด์ของมารดา จำนวน 1 ราย

โดยข้อมูลระดับค่าการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติ กับ ผลการตรวจยืนยันโรค (ดังตาราง 2) และโอกาสที่ผลการตรวจยืนยันจะเป็นโรค โดยพบว่า เมื่อผลค่าคัดกรอง TSH มากกว่า 30, 40 และ 100 โอกาสในการเป็นโรคคือ ร้อยละ 44.44, 50.00 และ ร้อยละ 66.67 ตามลำดับ ดังตาราง 3

ตาราง 2 ระดับค่าการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติ กับ ผลการตรวจยืนยันโรค

ค่า TSH จากการคัดกรอง (มิลลิยูนิตต่อลิตร)	ยืนยันปกติ (คน)	ร้อยละ	ยืนยันเป็นโรค (คน)	ร้อยละ
> 25-30	8	44.44	1	5.56
> 30-40	3	16.67	2	11.11
> 40-50	1	5.56	0	0.00
> 50-60	0	0.00	0	0.00
> 60-70	0	0.00	0	0.00
> 70-80	0	0.00	0	0.00
> 80-90	0	0.00	0	0.00
> 90-100	0	0.00	0	0.00
> 100	1	5.56	2	11.11
รวม	13	72.22	5	27.78

ตาราง 3 ระดับค่าการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติกับโอกาสที่ผลการตรวจยืนยันจะเป็นโรค

ค่า TSH จากการคัดกรอง (มิลลิยูนิตต่อลิตร)	จำนวนทารกทั้งหมด (คน)	ยืนยันเป็นโรค (คน)	โอกาสที่ผลการตรวจยืนยันจะเป็นโรค (ร้อยละ)
> 25	18	5	27.78
> 30	9	4	44.44
> 40	4	2	50.00
> 50	3	2	66.67
> 60	3	2	66.67
> 70	3	2	66.67
> 80	3	2	66.67
> 90	3	2	66.67
> 100	3	2	66.67

จากข้อมูลเด็กจำนวน 18 ราย พบว่าระยะเวลาในการเจาะเลือดยืนยันและเริ่มทำการรักษา เฉลี่ย 15.78 ± 4.05 วัน ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาน้อยที่สุด 7 วัน มากที่สุด 23 วัน โดยพบว่าได้รับการรักษาในเวลา 14-21 วัน

ร้อยละ 55.56, 7-14 วัน ร้อยละ 33.33 และ 21-28 วัน ร้อยละ 11.11 ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงระยะเวลาในการเจาะเลือดยืนยันและเริ่มทำการรักษา

อายุทารกขณะตรวจเลือดยืนยัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7-14 วัน	6	33.33
> 14-21 วัน	10	55.56
> 21-28 วัน	2	11.11
รวม	18	100

เวลาในการเจาะเลือดยืนยันและเริ่มทำ การรักษา	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
	18	7	23	15.78	4.05

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยืนยันการเป็นโรคจริง 5 คน พบว่า อายุมารดา ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-35 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60 มีอาชีพ รับจ้าง แม่บ้าน ค่าขาย ร้อยละ 40,40,20 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มารดาได้รับยาเสริมไอโอดีน (Obimin AZ) ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80 และได้รับยาในขณะตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 13-20 สัปดาห์ พบมารดาเป็นโรคไทรอยด์ฮอร์โมนเกินและทานยาต้านไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ขณะตั้งครรภ์ 1 ราย

ร้อยละ 20 พบเพศชาย 2 ราย ร้อยละ 40 เป็นหญิง 3 ราย ร้อยละ 60 ทุกรายคลอดครบกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 40 พบภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดเพียง 1 ราย และไม่พบว่ามีผู้ป่วยรายใดที่มีอาการทางคลินิกผิดปกติที่บ่งชี้ถึงโรคพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด ดังตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลพื้นฐานของทารกที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุมารดา		
น้อยกว่า 20 ปี	0	0
20 – 35 ปี	4	80
36 – 44 ปี	1	20
มากกว่า 44 ปี	0	0
การศึกษามารดา		
มัธยมศึกษา	2	40
ปริญญาตรี	3	60
อาชีพของมารดา		
รับจ้าง	2	40
ค้าขาย	1	20
แม่บ้าน	2	40
ได้รับยา Obimin AZ ขณะตั้งครรภ์		
ได้รับ ในช่วง 13 - 20 สัปดาห์	4	80
ไม่ทราบ (ฝากครรภ์ที่คลินิก)	1	20
มารดาเป็นโรคไทรอยด์ฮอร์โมนเกินและทานยาต้านไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ขณะตั้ง ครรภ์		
เป็น	1	20
ไม่เป็น	4	80

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การตั้งครรภ์		
การตั้งครรภ์ที่ 1(G1)	3	60
การตั้งครรภ์ที่ 2(G2)	1	20
การตั้งครรภ์ที่ 3(G3)	1	20
วิธีการคลอด		
คลอดปกติ	3	60
ผ่าท้องคลอด	1	20
คลอดทำกัน	1	20
เพศ		
ชาย	2	40
หญิง	3	60
น้ำหนักแรกเกิด		
< 2,500 กรัม	2	40
2,500 - 3,000 กรัม	2	40
> 3,000 กรัม	1	20
อายุครรภ์		
ครบกำหนด (>37wk)	5	100
ก่อนกำหนด (<37wk)	0	0
ค่า Apgar score ที่ 1 นาที		
มากกว่าหรือเท่ากับ 8	4	80
น้อยกว่า 8	1	20
ประวัติ delay pass meconium		
มี	2	40
ไม่มี	3	60
ลักษณะอาการผิดปกติ เช่น		
ดูดนมไม่ดี ตัวเหลือง ลื่นโต สะดือจูน	0	0
ท้องผูก และกระหม่อมหลังกว้าง		

อุบัติการณ์ของภาวะ permanent primary congenital hypothyroidism เท่ากับ 1:2,729 โดยอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 2:1 ในกลุ่ม permanent primary congenital hypothyroidism จำนวน 3 ราย ทั้งหมดตรวจไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ในรายที่อายุครบ 3 ปี มี 2 ราย โดยได้มีการส่งต่อเพื่อทำ thyroid scan 1 ราย ส่วนอีก 1 ราย ได้ส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่นครศรีธรรมราช และติดตาม

ผลพบว่าได้รับยาครบ 3 ปี ส่วนรายที่ 3 ขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างการรักษา อายุยังไม่ครบ 3 ปี ที่จะหยุดยาและส่งตรวจ thyroid โดยระยะเวลาที่กลับมารับการตรวจ ยืนยันเฉลี่ย 14 ± 6.164 วัน อายุเฉลี่ยในการเริ่มรักษา 14 ± 6.164 วัน ขนาดของยาที่ใช้รักษาเฉลี่ย 8.64 ± 1.036 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ดังตาราง 6

ตาราง 6 ข้อมูลของผู้ป่วยที่ผลการตรวจยืนยันผิดปกติ (5 ราย)

No	sex	BW (g)	Day confirm	Screening TSH (mU/L)	Confirmatory test			Day treatment	Dose (µg/kg/d)	Problem
					FT (ng /dL)	T 4 (µg/ dL)	TSH (mU/L)			
Permanent primary congenital hypothyroidism										
1	หญิง	2,350	12	100.84	NA	12.91	31.75	12	10	รับยาครบ 3 ปี และส่งต่อเพื่อทำ thyroid scan
2	ชาย	1,990	23	37.94	0.68	5.68	38.80	23	8.8	รับการรักษาต่อเนื่องที่ นครศรีธรรมราช รับยาครบ 3 ปี
3	หญิง	2,670	11	139.18	0.37	NA	>40	11	9.1	ขณะนี้กำลังรับการรักษาอยู่ (on Eltroxin ได้ 2 ปี)
Transient hypothyroidism										
4	หญิง	3,245	7	34.25	1.62	13.91	12.2	7	8	maternal hyperthyroidism , on PTU 2x2 F/U day 23 : TFT ปกติ
5	ชาย	2,820	17	25.55	1.28	86.82	12.10	17	7.3	F/U day 46: TFT ปกติ
							men	14.00	8.64	
							SD	6.164	1.036	

อภิปรายผล

การตรวจคัดกรองโรคในทารกแรกเกิดองค์ประกอบของระบบการตรวจคัดกรองโรคในทารกแรกเกิด มี 5 ส่วนที่สำคัญ^[13] ได้แก่

1. วิธีการตรวจกรอง (newborn testing)

ผลการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 รวมระยะเวลา 6 ปี พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดเท่ากับ 1 : 2,729 ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษาจากโรงพยาบาลในภาคอื่นๆ ทั่วประเทศ^[1,14-20]

(ตาราง 7) พบว่า มารดาของทารกที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ได้รับการแจกยาเม็ดไอโอดีนทุกราย และจากการสุ่มสำรวจข้อมูลการจ่ายยาเม็ดเสริม ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด (มาตรการเสริมในการป้องกัน การขาดไอโอดีน)

ในโรงพยาบาลทุกระดับ ของเขตบริการสุขภาพที่ 1 (ในภาคเหนือ 8 จังหวัด) ในปี 2557 พบว่าทุกจังหวัดได้จัดสรรงบประมาณ และจัดสรรยาเม็ดเสริมไอโอดีนแก่โรงพยาบาลครบทุกแห่งและพอเพียง แต่ปัญหาที่พบคือ แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนครบถ้วน แต่มีบางรายไม่ได้กินยาทุกวัน บางรายไม่ทราบประโยชน์ของยา ดังนั้นการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่ ให้เห็นความสำคัญของการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการเพิ่มการสอบทวนการทานยาทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ การเช็คปริมาณ ยาเสริมไอโอดีนที่เหลือร่วมด้วย น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาข้างต้นได้

อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองเฉลี่ยร้อยละ 99.73 ซึ่งอยู่ในระดับดี แต่อัตราความครอบคลุมลดลงในช่วงปีหลัง เนื่องจากมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน และ การเปลี่ยนระบบการ

ส่งกระดาษกรองซับเลือดตรวจ ซึ่งต้องอาศัยงาน
ธุรการเป็นผู้ดำเนินการในการส่งศูนย์วิทยาศาสตร์
การแพทย์ ทำให้เห็นจุดที่จะต้องพัฒนาระบบการ
เก็บและยืนยันการส่งกระดาษกรองซับเลือดตรวจ

รวมถึงการติดตามการรายงาน ผลการคัดกรอง
ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนจากศูนย์วิทยาศาสตร์
การแพทย์ด้วย

ตาราง 7 เปรียบเทียบผลการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลต่างๆ

โรงพยาบาล	ปีการศึกษา (พ.ศ.)	จำนวน ทารกแรก เกิด	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวน ครอบคลุม (ร้อยละ)	เกณฑ์ ระดับ TSH ผิดปกติ (mU/L)	จำนวน ผู้ป่วย ที่ ถูกตาม กลับ (recall rate) (ร้อยละ)	ผู้ป่วยที่ กลับมา ตรวจซ้ำ response rate (ร้อยละ)	อุบัติการณ์
รพ.จุฬาลงกรณ์ ^[14]	2534-2541	37,262			TSH $\geq$ 20 mU/L	0.28	69	1:2,484
รพ.รามาริบัติ ^[15]	2536-2541	39,542	35,390	89.50	Cord blood TSH $\geq$ 30 mU/L 2 ปีหลังปรับ เป็น TSH $\geq$ 40 mU/L	1.08	67.5 (ช่วง ปี 2540- 41 = 100%)	1:2,949
รพ.ราชวิถี ^[16]	2538-2541	49,092	32,407	66	TSH $\geq$ 25 mU/L	0.66		1:4,629
รพ.ศิริราช ^[17]	2537-2541	85,150	18,739	22	TSH $>$ 20 mU/L	0.24		1:6,246
สถาบันเด็กแห่ง ชาติมหาวิทยาลัย รพ.เด็ก ^[1]	2538-2543	80,085	62,681	78.27	TSH $\geq$ 25 mU/L (ช่วงปี แรกใช้ cord blood 5 ปี หลังใช้เลือดใส่ กระดาษซับ)	0.47	79.87 (ช่วงปี 2540-43 = 93%)	1:4,178
รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น ^[18]	2543-2545	10,868	9,558	87.95	TSH $\geq$ 25 mU/L	0.27	92.31	1:3,186
รพ.ศรีสะเกษ ^[19]	2546-2550	67,669	64,872	95.87	TSH $\geq$ 25 mU/L	0.43	76.79	1:4,633
รพ.ชลบุรี ^[20]	2549-2552	24,745	24,360	98.44	TSH $\geq$ 25 mU/L	0.22	89.09	1:3,045
รพ.ส่งเสริม สุขภาพ เชียงใหม่	2552-2557	8,219	8,197	99.73	TSH $\geq$ 25 mU/L	0.22	100	1:2,729

2. การติดตามทารกที่ผลตรวจกรองเป็นบวก (follow up of abnormal screening results) เพื่อตามกลับมาตรวจยืนยันโรคให้ทันการ และเริ่มต้นรักษาได้ทันท่วงที

ผลการตรวจคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนที่
ผิดปกติ โดยการกำหนดระดับ cut off สำหรับค่า
TSH ที่มากกว่า 25 มิลลิยูนิตต่อลิตร ทำให้ต้อง
ติดตามทารกกลับมารับการตรวจเลือดยืนยัน
จำนวน 18 ราย จากจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 8,197

ราย คิดเป็นอัตราเรียกกลับร้อยละ 0.22 จากข้อมูลในยุโรปและอเมริกาพบว่า TSH cut-off ที่เหมาะสมจะมีอัตราเรียกกลับร้อยละ 0.1- 0.522 ซึ่งจากการศึกษานี้ถือว่าอยู่ในระดับที่เหมาะสม อัตราการเรียกกลับที่สูงขึ้นจะทำให้สามารถตรวจพบ ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด (sensitivity) ได้มากขึ้น แต่จะทำให้เกิดความสับสนเปลืองในการตรวจเลือดยืนยันและตรวจติดตาม รวมถึงยังทำให้บิดามารดาเกิดความกังวลใจและเสียค่าใช้จ่ายมากในการเดินทางมาตรวจเลือดซ้ำหลายครั้ง พบ อัตราการกลับมาตรวจยืนยันได้ทั้งหมด 18 ราย ร้อยละ 100 ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการให้ความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่หลังคลอด ที่ให้ความรู้บิดา มารดา ญาติ ในเรื่องของการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน รวมถึงมีเอกสารประกอบในเรื่องภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน เพื่อให้บิดา มารดา สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ และให้บิดา มารดา ตระหนักเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการคัดกรองโรคนี้ รวมถึงการยืนยันที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ โดยทางโรงพยาบาลจะขอหมายเลขโทรศัพท์อย่างน้อย 2 หมายเลขในทารกทุกราย เพื่อสามารถติดตามทารกมาตรวจซ้ำได้ในกรณีที่ผลการตรวจกรองผิดปกติ

เป้าหมายของการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด คือ การวินิจฉัยให้เร็วขึ้นเพื่อให้เด็กได้รับการรักษาก่อนที่จะมีอาการ เนื่องจากโรคนี้มีพยากรณ์โรคที่ดีถ้าได้รับการรักษาตั้งแต่นานๆ และต่อเนื่อง พบว่าการติดตามทารกแรกเกิดที่มีผลของการตรวจกรองที่ผิดปกติ ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ สามารถติดตามทารกเพื่อมาตรวจยืนยันโรคได้อย่างรวดเร็ว โดยอายุในการยืนยันโรคเฉลี่ย 14 วัน และผู้ป่วยจะ ได้รับการรักษาด้วยยา levothyroxine ตั้งแต่วันที่กลับมาตรวจซ้ำขณะที่รอผลยืนยันโรค โดยอายุที่เริ่มรักษาเฉลี่ย 14 วัน เช่นกัน

3. วิธีการตรวจยืนยันโรค

สำหรับสาเหตุส่วนใหญ่ยังไม่ทราบแน่ชัด เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ไม่

สามารถทำ thyroid scan ได้ตั้งแต่ผลตรวจพบความผิดปกติ ทำให้ต้องเริ่มรักษาทันทีและรออายุครบ 3 ปี จึงหยุดยา และส่งต่อเพื่อตรวจ thyroid scan หาสาเหตุ ทำให้มีปัญหาการวินิจฉัยหาสาเหตุที่แท้จริง สำหรับอาการและอาการแสดงของภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดนั้น ผู้ป่วยทั้งหมดตรวจไม่พบอาการและอาการแสดง ซึ่งสัมพันธ์กับการกลับมาตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็ว โดยค่าเฉลี่ยของ Intellectual Quotient (IQ) ของผู้ป่วยพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดแปรผกผันกับอายุที่เริ่มรักษา^[6] (ตาราง 8)

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยของ Intellectual Quotient (IQ) ของผู้ป่วยพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดกับอายุที่เริ่มการรักษา

อายุที่เริ่มรักษา	IQ เฉลี่ย
ก่อน 1 เดือน	90-100
1-3 เดือน	89
3-6 เดือน	70
หลัง 7 เดือน	54

จากผลการตรวจยืนยันในทารกกลุ่มที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ พบว่ามีโอกาสที่จะเป็นโรคจริงร้อยละ 27.78 พบ ผลบวกหลวง (false positive) ร้อยละ 72.22 โดยโอกาสที่ผลการตรวจยืนยันโรคจะเป็นจริง เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระดับค่าการคัดกรอง TSH ที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่า เมื่อผลค่าคัดกรอง TSH มากกว่า 30, 40 และ 100 โอกาสในการเป็นโรคคือ ร้อยละ 44.44, 50.00 และร้อยละ 66.67 ตามลำดับ และพบทารกที่เป็นโรคจริงที่มีค่าการคัดกรอง TSH ต่ำที่สุดคือ 25.55 มิลลิยูนิตต่อลิตรและสูงสุด คือ TSH มากกว่า 139.18 มิลลิยูนิตต่อลิตร ดังนั้น จึงมีได้หมายความว่า ทารกที่มีค่าการคัดกรองผิดปกติที่เกินจุดตัดการคัดกรอง (มากกว่า 25) เพียงเล็กน้อยจะไม่ใช่โรค เพียงแต่ในภาพรวมโอกาสที่จะเป็นโรคจริงนี้น้อยกว่าผู้ที่มีค่าการคัดกรองที่ผิดปกติมากกว่า และ พบว่าในกลุ่ม permanent primary congenital hypothyroidism มีค่า TSH เฉลี่ย 92.65 มิลลิยูนิตต่อลิตร ซึ่งมีค่าสูงอย่าง

ชัดเจนกว่าในกลุ่ม transient hypothyroidism ซึ่งมีค่า TSH เฉลี่ย 29.89 มิลลิยูนิตต่อลิตร ตามลำดับ และในกลุ่ม permanent primary congenital hypothyroidism พบสัดส่วนของเพศหญิงและชายคือ 2:1 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลใน Nelson Textbook of Pediatrics^[21] และพบทารกมี delay pass meconium 2 ราย ใน 3 ราย ร้อยละ 66.67 ดังนั้นถ้าพบทารกแรกเกิดมี delay pass meconium ให้คิดถึงภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนร่วมด้วย

4. การดูแลรักษา

สำหรับเรื่องการรักษาในปัจจุบันเน้นที่การรักษาอย่างรวดเร็วและขนาดยาที่เหมาะสม โดยให้ FT4 กลับสู่ภาวะ ปกติอย่างรวดเร็วภายใน 2 สัปดาห์ และ TSH กลับสู่ค่าปกติภายในเวลา 4 สัปดาห์ โดยขนาดยาที่แนะนำเริ่มต้นคือ 10-15 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน จากนั้นควรปรับขนาดยาตามการตอบสนองทางคลินิกและระดับของ FT4 หรือ T4 และ TSH เพื่อให้มีผลกระทบต่อสติปัญญาน้อยที่สุด โดยพบว่า ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เร็วและต่อเนื่องจะทำให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนได้ การรักษาโรคไม่ยุ่งยาก แต่ต้องรักษาต่อเนื่อง โดยการรักษาปีแรกควร ให้ระดับ FT4 หรือ T4 มีค่าค่อนข้างสูงระหว่าง 1.4-2.3 นาโนกรัม ต่อเดซิลิตร

หรือ 10-16 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร ตามลำดับ และระดับ TSH มีค่าค่อนข้างต่ำระหว่าง 0.5-2 มิลลิยูนิตต่อลิตร ซึ่งจากการวิจัยนี้พบว่าหลังให้การรักษา ระดับ FT4 และ TSH กลับมาอยู่ในเกณฑ์ภายในเวลาเฉลี่ย 53 ± 39.693 วัน และ 59 ± 43.994 วัน ตามลำดับ ซึ่งช้ากว่าเป้าหมายเนื่องจาก พบการให้ยาในการรักษา ขนาดของยาที่เริ่มต้นรักษาเฉลี่ย 8.64 ± 1.036 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ซึ่งต่ำกว่าขนาดยาที่แนะนำเริ่มต้นคือ 10-15 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน จึงเป็นแนวทางการพัฒนาในการปรับการรักษาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของโรงพยาบาลใหม่ และนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. การประเมินและปรับปรุงพัฒนาคุณภาพและระบบการตรวจกรองอย่างต่อเนื่อง

จากศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด จึงได้พัฒนาจัดทำแนวทางระบบการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ (Flowchart Newborn Screening) ดังแผนภูมิ 1

แผนภูมิ 1 Flowchart Newborn Screening



* วิธีเก็บเลือดในกระดาษกรอง หยดเลือดให้ซึมกระดาษถึงด้านหลังให้เต็มช่องในแต่ละช่อง แต่ไม่ควรหยดเลือดหนาเกินไป

**แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มี abnormal thyroid screening

สรุป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ พบอุบัติการณ์ของภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด 1 : 2,729 ซึ่งสูงกว่าของประเทศ ดังนั้น การประเมินและปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ ระบบ การตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ และคุณภาพที่ดียิ่งขึ้นเหมาะสมกับยุคสมัยการ เปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี เพื่อให้เด็กที่เป็นโรคได้ รับการวินิจฉัยโดยเร็ว ได้ผลการรักษาที่ดีและ เต็มโต เป็นทรัพยากรมนุษย์ ที่มีคุณภาพของ ประเทศ ดังนั้นระบบการตรวจคัดกรองจะประสบความสำเร็จ ทุกฝ่ายจะต้องทำงานประสาน เชื่อมโยงกันเป็นอย่างดี แพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ควรมีความรู้และ ให้ความสำคัญกับระบบการคัดกรองนี้ นอกจากนั้น ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อจะได้มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ของการคัดกรองนี้และให้ความร่วมมือในการดูแล รักษาเป็นอย่างดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รศ.นพ.ดร. วิจิต สุพรศิลป์ชัย กุมารแพทย์โรคต่อมไร้ท่อ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ในการให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ต่อการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพเชียงใหม่ และผู้ที่เกี่ยวข้องในแผนกเวช ระเบียน กุมารแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน แผนกหลังคลอด แผนกทารกแรกเกิดวิกฤติ แผนก ผู้ป่วยนอก และงานบริหารการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ นอกจากนี้ยังมีผู้ที่มีพระคุณอีกหลายท่านที่ ช่วยเหลือให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความราบรื่น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

บรรณานุกรม

1. Churesigaew S, Ratrisawasdi V, Thaeramanophap S. Thyrotropin screening for congenital hypothyroidism in Queen Sirikit National Institute of Child Health, Thailand (during year 1995-2000). J Med Assoc Thai 2002; 85: 782-8.
2. Roberts HE, Moore CA, Ferhott PM, Brown AL, Khoury MJ. Population study of congenital hypothyroidism and associated birth defects, Atlanta 1972-1992. Am J Med Genet 1997 ;71: 29-32.
3. Charoensiriwatana W, Janejai N, Boonwanich W et al. Neonatal screening program in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2003;34 suppl3:94-100
4. Techasena W, Ngamsitthilerk P, Charoensawadi R et al. Result of screening or congenital hypothyroidism : preliminary report. Thai J Pediatr 1994; 33: 268-77. 24. Roizen NJ. Etiology of hearing loss
5. Simone Albers, Harvey L. Levy. Newborn Screening. In : H. William Taeusch, Roberta A. Ballard, Christine A. Gleason, Editors. Avery's Diseases of The Newborn. 8th Ed. Philadelphia : Elsevier Saunders ; 2005 ; 338-48.
6. พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา. ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน. ใน : เปรมฤดี ภูมิถาวร, สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา ตั้งนรา รัชกิจ, สุเทพ วาณิชยกุล, สุรางค์ เจียม จรรยา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:บริษัท ธนาเพลส จำกัด; 2552. 342-8.
7. Allen DB, Farrell PM. Newborn screening : principles and practice. Adv Pediatr 1999;43:231-70
8. กระทรวงสาธารณสุข. โครงการ/กิจกรรมและตัวชี้วัด ในการขับเคลื่อนนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุข ข้อที่ 6

- โดยคณะกรรมการบริหารนโยบาย
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ชุดที่ 4.
2555. [cited 2013 Feb 12] Available from
<http://bps.ops.moph.go.th/แนวทาง>
ขับเคลื่อนนโยบาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวง
สาธารณสุข/8. นโยบายข้อที่ 6.doc)
9. ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล.การตรวจคัดกรองโรค
ในมารดา และทารกแรกเกิด วารสารกุมาร
เวชศาสตร์ 2555; 51: 6-20.
 10. วียะดา เจริญศิริวัฒน์. Neonatal TSH
Screening Experience in Thailand. ใน สม
จิตร์จารรัตน์ ศิริกุล, เปรมฤดีภูมิถาวร, วิจิต
สุพรศิลป์ชัย, สุภาพ อรุณภาคมงคล,
บรรณาธิการ. Pediatric Endocrinology :
Practical Issues for Pediatricians. กรุงเทพฯ:
ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2554. หน้า 136-42.
 11. เกวลี อุณจักร. Congenital hypothyroidism :
Screening early intervention. ใน : สุทธิพงศ์
วัชรสินธุ, สมจิตร์ จารรัตน์ศิริกุล, สุภาวดี
ลิขิตมาศกุล, บรรณาธิการ. Guidelines for
Management & Case Illustration in Pediatric
Endocrinology. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น
จำกัด ; 2545. 70-84.
 12. เกวลี อุณจักร. การคัดกรองโรคพร่องธัย
รอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด. ใน: พัฒน์ มหาโชค
เลิศวัฒนา, จิตติวัฒน์ สุขประสงค์สิน, สุภา
วดี ลิขิตมาศกุล, ขวัญใจ ธนกิจจารุ,
บรรณาธิการ. Endocrinology for
Pediatricians. กรุงเทพมหานคร : ชัยเจริญ ;
2543 ; 149-57.
 13. Kaye CI, Accurso F, La Franchi S, et al.
Introduction to the newborn screening fact
sheets. Pediatrics 2006; 118: 1304-12.
 14. Thaithumyanon P, Srivuthana S,
Poshyachinda M. Neonatal screening for
hypothyroidism at a university hospital in
Thailand. Southeast Asian J Trop Med
Public Health 1999; 30: 25-7.
 15. Mahachoklertwattana P, Puapradit W,
Siripoonya P, Chareonpol O, Tuwasetthakul
P, Rajatanavin R. Five-year thyrotropin
screening for congenital hypothyroidism in
Ramathibodi Hospital. J Med Assoc Thai
1999; 82: S27-S32.
 16. Ratrisawadi V, Horpaopan S, Chotigeat U, et
al. Neonatal screening program in Rajavithi
Hospital, Thailand. Southeast Asian J Trop
Med Public Health 1999; 30: 28-32.
 17. Wasant P, Liammongkolkul S, Srisawat C.
Neonatal screening for congenital
hypothyroidism and phenylketonuria at
Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok,
Thailand-a pilot study. Southeast Asian J
Trop Med Public Health 1999; 30: 2: 33-7.
 18. Panamonta O, Tuksapun S, Kiatchosakun
P, et al. Newborn screening for congenital
hypothyroidism in Khon Kaen University
Hospital, the first three years, a preliminary
report. J Med Assoc Thai. 2003; 86: 932-7.
 19. Songkunnatham S. Newborn screening for
congenital hypothyroid in Sisaket Province
during year 2003-2007. Thai J Pediatr 2009;
48: 34-41.
 20. Suparat S, Somlak T. Newborn screening for
congenital hypothyroidism in Chonburi
Hospital during year 2006-2009. Thai J
Pediatr 2013; 52: 27-35.
 21. Stephen Lafranchi. Hypothyroidism ; In :
Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB,
Editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th
ED. Philadelphia : W.B. Saunders, 2007 :
2319-27

พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลและบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Ethical behavior of nurse and ethical climate in the workplace as perceived by nurse who work in
Health promoting hospital, Health Region I Chiang Mai

วิภาพร เตชะสรพัส

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 2) ศึกษาบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยศึกษาจากประชากรจำนวน 86 คนใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่ามีการรับรู้ในด้าน ความยุติธรรม ด้านการไม่ทำกระทำสิ่งที่ไม่ดีหรือเป็นอันตราย ด้านการบอกความจริง ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ ด้านการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ ด้านความซื่อสัตย์ ตามลำดับบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่ามีการรับรู้ในการไม่ทำกระทำสิ่งที่ไม่ดีหรือเป็นอันตราย ด้านความซื่อสัตย์ ด้านการเคารพเอกสิทธิ์ ด้านการบอกความจริง ด้านการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ ด้านความยุติธรรมตามลำดับ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานกับ

พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมและบรรยากาศจริยธรรมที่ดีในสถานที่ทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

Abstract

This research employed mainly quantitative method with the following purpose: 1) to study ethical behavior of nurse as perceived by nurse who works in Health promoting hospital, Health Region I Chiang Mai. 2) To study ethical climate in the workplace as perceived by nurse who work in Health promoting hospital, Health Region I Chiang Mai. 3) To study the relationship between ethical climate and ethical behavior of nurse as perceived by nurse who work in Health promoting hospital, Health Region I Chiang Mai. The population of 86 nurses was used. The instrument used included the questionnaire. The collected data were analyzed in terms of percentage, mean standard deviation, Pearson's correlation coefficient.

The results of the study were. Ethical behavior of nurse as perceived by nurse were high level. When mean of all the perceived were ranked from high to low the ranking was justice, non-maleficence, truth telling, respect for autonomy, beneficence, fidelity. Ethical climate in workplace as perceived by nurse were high level. When mean of all the perceived were ranked from high to low the ranking was non-maleficence, fidelity, respect for autonomy, truth telling, beneficence, justice. The relationship of the ethical climate and ethical behavior of nurse were all positive at $p < .01$ statistical level of significance. The findings could be used as a guideline for promotion, and development to achieve a better ethical

behavior, ethical climate in the workplace as well as to improve the quality of nursing care service more effectively.

บทนำ

การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการแก่สังคม ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัยที่ดีของมนุษย์ ซึ่งนอกจากจะมีความรู้ความสามารถด้านวิชาการแล้วยังต้องมีพื้นฐานที่สำคัญทางจริยธรรมของวิชาชีพด้วย จริยธรรมแห่งวิชาชีพพยาบาลเกิดจากแนวคิดปรัชญาการพยาบาลที่กล่าวว่าการพยาบาลเป็นการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ ชีวภาพและมนุษยศาสตร์มาประยุกต์ใช้ โดยอาศัยข้อเท็จจริงการพิจารณาไตร่ตรอง การตัดสินใจอย่างมีระบบ เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพและยังต้องประกอบด้วยความอ่อนโยน ความเมตตากรุณา และความห่วงใยเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์อันเป็นศิลปะของพยาบาล^[1]

หลักจริยธรรมสากลเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามคุณลักษณะของวิชาชีพการพยาบาลที่ยึดหลักการให้ความเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลเป็นสำคัญ (Fry & Johnstone) โดยใช้เป็นหลักยึดในการตัดสินใจของพยาบาลเมื่อต้องเผชิญปัญหาในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วยหลักการ 6 ด้าน คือ การกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ (beneficence) การไม่ทำในสิ่งที่ไม่ดีและมีอันตราย (non maleficence) การเคารพในเอกสิทธิ์ของบุคคล (autonomy) ยุติธรรม (justice) ความซื่อสัตย์ (fidelity) และการบอกความจริง (veracity)^[2] ซึ่งหลักจริยธรรมเหล่านี้นำมาสู่การกำหนดจรรยาบรรณพยาบาล (code of nurse) ที่ประมวลไว้เป็นมาตรฐานความประพฤติที่ถูกต้องซึ่งเป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลพึงถือและปฏิบัติต่อประชาชน สังคม ประเทศชาติ

วิชาชีพการพยาบาล ผู้ร่วมวิชาชีพ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น และตนเอง

การกำหนดจรรยาบรรณพยาบาลโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฉบับแรก ปี พ.ศ. 2528 ที่แบ่งเป็นหลักจรรยาบรรณวิชาชีพต่อประชาชนต่อวิชาชีพต่อตนเองต่อสังคมและประเทศชาติต่อผู้ร่วมวิชาชีพและต่อผู้ประกอบวิชาชีพอื่นหลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการปรับปรุงจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลโดยสาระสำคัญของจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลฉบับที่ 2 นี้ระบุว่าพยาบาลพึงความรับผิดชอบต่อประชาชนผู้ต้องการการพยาบาลและบริการสุขภาพประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณาเคารพในคุณค่าของชีวิตความมีสุขภาพดีและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ใช้บริการผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชนของบุคคลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจต่อพยาบาลและต่อวิชาชีพการพยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น^[3] ซึ่งจรรยาบรรณจะช่วยให้พยาบาลประกอบกิจแห่งวิชาชีพโดยยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรมประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านการประกอบกิจแห่งวิชาชีพและกิจส่วนตน⁽¹⁾ เพราะวิชาชีพพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อให้การพยาบาลที่เป็นเลิศ (nursing excellence)

จากความเจริญก้าวหน้าของโลกอย่างรวดเร็วทั้งด้านวัตถุและเทคโนโลยี ทำให้เกิดผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของคนในสังคมและมีผลอย่างมากต่อการบริการสุขภาพรวมทั้งการบริการพยาบาลเพราะสังคมได้เปลี่ยนไปตามความเจริญของโลกดังกล่าวก ทำให้ความคาดหวังของสังคมต่อการบริการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปด้วย การบริการพยาบาลมีแนวปฏิบัติทางจริยธรรมที่

เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ทั่วไปของการอยู่ร่วมในสังคม คุณค่าส่วนบุคคลของผู้ประกอบวิชาชีพ ค่านิยมและจรรยาวิชาชีพที่บุคคลนับถือประกอบกันในการแสดงออกต่อผู้รับบริการเป็นพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลนั่นเอง วิชาชีพการพยาบาลจึงถูกคาดหวังจากสังคมเป็นอย่างสูงเกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรม^[2] จากการศึกษาเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาล พบประเด็นปัญหาจริยธรรมดังนี้ ปัญหาพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม พุดไม่สุภาพ พุดเสียงดัง พุดไม่ให้เกียรติผู้ป่วย ไม่สนใจผู้ป่วย ขาดความเอื้ออาทร ใช้เทคโนโลยีไม่เหมาะสม และความซื่อสัตย์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้านทั้งต่อผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบริการที่ดีและเก่งจากผู้ประกอบวิชาชีพผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการไม่พึงประสงค์ขณะเข้ารับการรักษา ผลกระทบต่อองค์กร ทำให้โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้องและเสียค่าใช้จ่ายในการตอบแทนความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และผลกระทบต่อผู้ประกอบวิชาชีพที่ไม่ได้รับความไว้วางใจ ไม่น่าเชื่อถือ สังคมไม่ให้คุณค่าไม่ยกย่องให้เกียรติในฐานะวิชาชีพ^[4]

บรรยาภาศจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากคนที่ทำงานอยู่ในองค์กรไม่ได้ทำงานอยู่กับความว่างเปล่า แต่การทำงานอยู่ภายใต้การกำกับควบคุมบางอย่าง ตั้งแต่การยืดหยุ่นของโครงสร้างองค์กร กฎระเบียบขององค์กร ตลอดจนสิ่งต่างๆ ในองค์กรซึ่งจะมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและความพึงพอใจของบุคคลในองค์กร^[5] การสร้างบรรยาภาศในการปฏิบัติการพยาบาล ให้พยาบาลได้ทำงานด้วยความสุขถือเป็นหน้าที่ทางการบริหารการพยาบาล^[6] ซึ่งจากการศึกษาของประภาพร^[7] พบว่าบรรยาภาศจริยธรรมในการทำงานจะส่งเสริมให้พยาบาลเกิดแรงจูงใจ ประพฤติตนในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมีการพัฒนา

คุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผ่านการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลปี 2559 ซึ่งโรงพยาบาลยังคงมีการพัฒนาคุณภาพทั้งด้านสิ่งแวดล้อม โครงสร้างและการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อให้บริการได้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในบริการแก่ผู้รับบริการ แต่อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2559 พบสถิติข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการพยาบาล ได้แก่ การพูดจาไม่สุภาพ 12 ครั้ง การจัดลำดับให้บริการ 2 ครั้ง ให้บริการไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยฝากพิเศษและผู้ป่วยทั่วไป 1 ครั้ง ให้การพยาบาลไม่เหมาะสม 1 ครั้ง ใช้เวลาราชการทำงานส่วนตัว 1 ครั้ง ตาหนิผู้รับบริการ 1 ครั้ง ถึงแม้ว่าจำนวนข้อร้องเรียนจะมีจำนวนไม่มากนักเมื่อเทียบกับจำนวนผู้มารับบริการแต่การปฏิบัติพฤติกรรมจริยธรรมเป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลควรต้องปฏิบัติทุกครั้งและเป็นเรื่องที่พยาบาลต้องตระหนักในการประพฤติได้ถูกต้องผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลและบรรยาการจริยธรรมในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตลอดจนเสริมสร้างบรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานเพื่อการคงไว้ซึ่งคุณภาพการพยาบาลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาบรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของ

พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลและบรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลโดยยึดหลักจริยธรรมสากลเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลที่ยึดหลักการให้ความเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลเป็นสำคัญ ของฟรายและจอห์นสโตน (Fry & Johnstone) และ บอร์แชมป์ และ ชัยเดรส (Beauchamp & Childress) ได้กำหนดไว้ดังนี้ 1.การกระทำในสิ่งที่ดีมีประโยชน์ (Beneficence) 2.การไม่ทำในสิ่งที่ไม่ดีและมีอันตราย (non malificence) 3. การเคารพในเอกสิทธิ์ของบุคคล (autonomy) 4. ความยุติธรรม (Justice) 5. ความซื่อสัตย์ (Fidelity) 6 การบอกความจริง (veracity)^[8]

ขอบเขตด้านประชากร

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวน 86 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาแบ่งเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับซึ่งมีเกณฑ์คะแนนดังนี้ 5 พยาบาลมีการปฏิบัติตามข้อความนั้น มากที่สุด 4 พยาบาลมีการปฏิบัติตามข้อความนั้น มาก 3 พยาบาลมีการปฏิบัติตามข้อความนั้น ปานกลาง 2 พยาบาลมีการปฏิบัติตามข้อความนั้น น้อย 1 พยาบาลมีการปฏิบัติตามข้อความนั้น น้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลดังนี้^[8]

ระดับคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 -2.50	อยู่ในระดับพอใช้
2.51- 3.50	อยู่ในระดับปานกลาง
3.51 -4.50	อยู่ในระดับมาก
4.51- 5.00	อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับซึ่งมีเกณฑ์คะแนนดังนี้

5	ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด
4	ข้อความนั้นเป็นจริงมาก
3	ข้อความนั้นเป็นจริงปานกลาง
2	ข้อความนั้นเป็นจริงน้อย
1	ข้อความนั้นเป็นจริงน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลดังนี้^[8]

ระดับคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 -2.50	อยู่ในระดับพอใช้
2.51- 3.50	อยู่ในระดับปานกลาง
3.51 -4.50	อยู่ในระดับสูง
4.51- 5.00	อยู่ในระดับสูงมาก

การสร้างเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้ยืมเครื่องมือจากแบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้ได้บังคับบัญชา ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จากวิทยานิพนธ์ของศิริวรรณ (2553) และแบบประเมินบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงาน ดัดแปลงจากแบบสอบถามบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของอรัญญา ,ทัศนีย์,จิระภา และพาสนา (2553) ซึ่งปรากฏในคู่มือส่งเสริมจริยธรรม สำหรับองค์การพยาบาล : กลไกและการปฏิบัติ^[8] โดยได้

ทำหนังสือขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

2. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้หาความเชื่อมั่นดังนี้

ค่าความเชื่อมั่นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายประชากรจำนวน 30 คนแล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตหัวหน้าคลินิก/หัวหน้าตึกในการเก็บแบบสอบถาม

2. ส่งแบบสอบถามให้หัวหน้าคลินิก/หัวหน้าตึก แจกให้พยาบาลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยกำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถาม 1 เดือน และส่งแบบสอบถามคืนที่หัวหน้าคลินิก/หัวหน้าตึกเพื่อรวบรวมส่งคืนที่กลุ่มการพยาบาล

3. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องของแบบสอบถาม เพื่อให้ข้อมูลสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประชากรที่ศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรดังนี้

1. เสนอโครงการ การวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

2. ทำหนังสือยินยอมตอบแบบสอบถาม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการ และการนำประโยชน์ไปใช้ ให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ

ตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการตอบแบบสอบถาม โดยไม่ต้องบอกเหตุผล กรณียินดีให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างให้ส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัย โดยจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมและจะไม่เกิดความเสียหายใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ

- ข้อมูลความเป็นพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลและบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลใช้สถิติ Pearson' correlation

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.8 สถานภาพ สมรสร้อยละ 64 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 97.6 เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 95.3 อายุ 51-60 ปีร้อยละ 38.4 ระยะเวลาทำงาน 1-10 ปีร้อยละ 44.2 ปฏิบัติงานคนไข้ในร้อยละ 55.8

2. พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่เมื่อพิจารณารายด้าน ผลการวิจัยเป็นดังนี้

2.1 พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลด้านการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยทันทีที่ทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหา/ต้องการความช่วยเหลือ และใช้คำพูดและกริยาที่สุภาพต่อผู้ป่วย ตามลำดับ

2.2 พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลด้านการไม่ทำกระทำสิ่งที่ไม่ดีหรือเป็นอันตรายในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ไม่ใช้คำพูดหรือกริยาท่าทางที่ทำให้ผู้ป่วยสะเทือนใจ/ด้อยศักดิ์ศรี ได้รับความเจ็บป่วยหรืออันตรายจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่จำเป็น และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่ยกไม้กั้นเตียงในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวก่อนลงจากเตียง ตามลำดับ

2.3 พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลด้านความยุติธรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงอายุ และเพศ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันแม้ผู้ป่วยมีศาสนา ภาษา วัฒนธรรมที่แตกต่างจากตนเอง และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ตามลำดับ

2.4 พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลด้านการเคารพ เอกสิทธิ์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ให้การพยาบาลใดๆ ต่อผู้ป่วยภายหลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย อธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลนั้นๆ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ผลดี ผลเสีย และผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล เพื่อประกอบการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลตามลำดับ

2.5 พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลด้านการบอกความจริงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ บอกข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่เป็นความจริงซึ่งเข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง บอกข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย เช่น ความก้าวหน้าของการบำบัดรักษา วิธีการดูแลตนเอง และบอกความจริงแก่ผู้ป่วยโดยอยู่ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ ตามลำดับ

2.6 พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลด้านความซื่อสัตย์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ไม่อนุญาตให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย ไม่นำข้อมูลของผู้ป่วยต้องการปกปิดไปบอกผู้ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาล ระมัดระวังไม่ให้เกิดการรั่วไหลของข้อมูลที่เป็นความลับผู้ป่วยทั้งทางวาจา เอกสาร และทางคอมพิวเตอร์ ตามลำดับ

3. บรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่เมื่อพิจารณารายด้าน ผลการวิจัยเป็นดังนี้

3.1 บรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลด้านการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ บุคลากรในหน่วยงานให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ บุคลากรในหน่วยงานชื่นชมยินดีกับความสำเร็จของเพื่อนร่วมงานและบุคลากรในหน่วยงานมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามลำดับ

3.2 บรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลด้านไม่ทำอันตราย ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ บุคลากรในหน่วยงานไม่ทำให้ผู้ป่วยอับอาย/เสื่อมเสียชื่อเสียง บุคลากรในหน่วยงานไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดจากการดูแลรักษาโดยไม่มีเหตุผลสมควรและบุคลากรในหน่วยงานไม่แสดงอาการรังเกียจผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อตามลำดับ

3.3 บรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลด้านความยุติธรรม ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ บุคลากรในหน่วยงานให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่เลือกปฏิบัติ หัวหน้าหน่วยงานมอบหมายงานให้บุคลากรในหน่วยงานอย่างเท่าเทียมกันตามความรู้ ความสามารถ และหน่วยงาน

จัดสวัสดิการให้บุคลากรอย่างเท่าเทียมกันตามลำดับ

3.4 บรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาล ด้านการเคารพ เอกสิทธิในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ บุคลากรในหน่วยงานให้อิสระกับผู้ป่วยในการตัดสินใจ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ หน่วยงานเปิดช่องทางให้ผู้ป่วยและญาติเสนอความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร และหัวหน้าหน่วยงานรับฟังด้วยความเต็มใจเมื่อพยาบาลปรึกษาหรือรายงานปัญหาของผู้ป่วย ตามลำดับ

3.5 บรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลด้านการบอก ความจริงในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานแจ้งผลการประเมินการปฏิบัติงานที่เป็นจริงต่อบุคลากร บุคลากรในหน่วยงานให้ข้อมูลที่จริงในเรื่องเดียวกันแก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและบุคลากรในหน่วยงานบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยตามความเป็นจริงตามลำดับ

3.6 บรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลด้านด้านความ ซื่อสัตย์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงโดยการรับรู้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ บุคลากรในหน่วยงานให้ความระมัดระวังอย่างเคร่งครัดในการบันทึกข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วย บุคลากรในหน่วยงานไม่นำข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อบุคลากรที่ไม่เกี่ยวข้อง และบุคลากรในหน่วยงานทำตามสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย ตามลำดับ

4. บรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

1. พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์พบว่าอยู่ในระดับมากอธิบายได้ว่าวิชาชีพพยาบาลมีการปลูกฝังจริยธรรมมาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลให้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการโดยอยู่บนพื้นฐานของความเมตตา กรุณา สงสารและเข้าใจผู้อื่น และปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพมาตั้งแต่เริ่มเข้ารับการศึกษาวิชาชีพการพยาบาล^[12] นอกจากนี้กลุ่มการพยาบาลได้กำหนดให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานหรือข้อบังคับสภาการพยาบาล ซึ่งมีการกำหนดหลักการและขอบเขตการปฏิบัติงานตามกฎหมายของวิชาชีพพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลได้แก่ การประเมินอาการ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาลมาใช้

2. พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านการไม่ทำสิ่งไม่ดีหรือเป็นอันตรายอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลมีนโยบายชัดเจนในเรื่องการบริหารความเสี่ยง มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงาน พยาบาลทุกหน่วยงานมีการนำหลักบริหารความเสี่ยงมาใช้โดยการทำบัญชีความเสี่ยง ทั้งเสี่ยงต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ พร้อมทั้งมีการค้นหา วิเคราะห์ และจัดการความเสี่ยง มีการวางแผนป้องกันและวางแผนทางในการจัดการความเสี่ยงในแต่ละด้านเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย นอกจากนี้พยาบาลได้ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลข้อที่ 6 ที่กล่าวว่าพยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ^[8] ซึ่งวิชาชีพพยาบาลมีกฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับเป็นตัวกำหนด

แนวทางในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความตระหนักในการให้บริการ จึงส่งผลให้พยาบาลมีการรับรู้ด้านการไม่ทำสิ่งไม่ดีหรือเป็นอันตรายอยู่ในระดับมาก

3. พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านความยุติธรรมอยู่ในระดับมากอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมีการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ขั้นตอนแรกของแผนกผู้ป่วยนอก โดยการประเมินแรกรับ (Early warning sign) หากพบมีอาการหนักหรือรุนแรงจะให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ส่วนผู้รับบริการตรวจที่มีอาการปกติจะได้รับบัตรคิวตามลำดับก่อนหลัง แสดงถึงว่าพยาบาลมีการปฏิบัติพยาบาลด้วยความเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 1 “ผู้ป่วยมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ”^[8]

4. พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านการเคารพเอกสิทธิ์อยู่ในระดับมากอธิบายได้ว่า นโยบายของโรงพยาบาลในการบริการรักษาพยาบาลที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล^[13] ทำให้พยาบาลมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้รับบริการและมีการสอบถามความต้องการของผู้รับบริการ ความคิดเห็นของญาติ และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการผู้รับบริการ โดยพิจารณาแล้วต้องไม่เกิดผลเสีย

5. พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านการบอกจริงอยู่ในระดับมากอธิบายได้ว่า กลุ่มการพยาบาลมีนโยบายให้พยาบาลทุกคนผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา

เพื่อให้มีทักษะพื้นฐานในการบอกความจริง ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ซับซ้อนจะมีทีมให้คำปรึกษา โดยเฉพาะในการบอกความจริงต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ เพราะการบอกความจริงเป็นความจำเป็นพื้นฐาน สำหรับการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลในการดูแลผู้ป่วย การที่พยาบาล บอกความจริงกับผู้ป่วยจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยดังนี้ 1) ช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย 2) ผู้ป่วย ได้รับข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ 3) ผู้ป่วย ได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีของตนเองและผู้ป่วย เกิดการเชื่อถือไว้วางใจพยาบาล มีสัมพันธภาพที่ดี กับพยาบาลและเกิดทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ พยาบาล^[8]

6. พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านความซื่อสัตย์อยู่ในระดับมากอธิบายได้ว่า การรักษาความลับของผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่ของบุคลากรที่ต้องซื่อสัตย์และรักษาสัญญา โรงพยาบาลมีระบบการจัดเก็บรายงานหรือแฟ้มประวัติไว้เป็นสัดส่วน ไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงข้อมูลได้ กรณีต้องการข้อมูลของผู้รับบริการต้องทำหนังสือขออนุญาตจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ไม่เขียนชื่อผู้ป่วยและชื่อโรคผู้ป่วยไว้ในที่เปิดเผย ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทั้งนี้เพราะโรงพยาบาล ได้คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 6 “ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย^[8]

บรรยาการศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

1. บรรยาการศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านการทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมีการสร้างบรรยาการและต่อยอดการเรียนรู้ โดยเริ่มจากการ

เล่าเรื่องในเวทีวิชาการ การเล่าเรื่องแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัด lunch symposium และการนำเสนอความก้าวหน้างานวิจัย ซึ่งจัดเป็นประจำทุกวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ การพัฒนาบุคลากร โดยการอบรมภายนอก การประชุมวิชาการ พัฒนาทักษะความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งการสนับสนุน การศึกษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาความรู้จะปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรเพื่อให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพตามความต้องการขององค์กร นอกจากนี้หากบุคลากรนำเสนอผลงาน และได้รับรางวัลจะมีเวทีประกาศเกียรติคุณ ทำให้บุคลากรรับทราบบรรยากาศจริยธรรมที่ดี

2. บรรยาการศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านไม่ทำอันตรายอยู่ในระดับสูงอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมีนโยบายเรื่องการบริหารความเสี่ยง มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีระบบรายงานความเสี่ยงโดยการเขียนอุบัติการณ์ เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นจะมีการนำเอาแนวทางการแก้ปัญหา (Root cause analysis) ด้วยการเจาะลึกถึงรากของปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันเชิงระบบ มีการทำ 12 ทบทวน การทำ case conference ในรายที่มีปัญหาเข้ามาทบทวนโดยสหวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้รับบริการ ไม่ทำให้ผู้รับบริการเกิดอันตราย ซึ่งพยาบาลได้ปฏิบัติตามภายใต้จรรยาบรรณ สิทธิผู้ป่วยและกฎหมายโดยสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ระบุว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ นอกจากนี้การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ผิดจริยธรรมอาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาได้ ในมาตราที่ 374 ที่ระบุว่า “ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่กลัวอันตรายแก่ตนหรือผู้อื่นแต่ไม่ช่วยตามความ

จำเป็น ต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ”^[8] ซึ่งโดยลักษณะของพยาบาลเป็นผู้มีจิตใจดี มีเมตตา ย่อมไม่ทำอันตรายกับผู้ป่วย ทำให้บรรยากาศจริยธรรมด้านไม่ทำอันตรายสูง สอดคล้องกับการศึกษาของภทริทธิ์^[14] ที่พบว่าพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลด้านการไม่ทำสิ่งที่ไม่ดีหรือเป็นอันตรายอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของจิราภา^[10] ที่พบว่าบรรยากาศจริยธรรมบนพื้นฐานหลักจริยธรรมด้านไม่ทำอันตรายตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด

3. บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านความยุติธรรมอยู่ในระดับสูงอธิบายได้ว่า ในองค์กรบุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุด^[15] และทุกคนต้องการความยุติธรรมในทุกเรื่องไม่ว่าจะเป็นเรื่องสวัสดิการ การอบรม/ประชุม ค่าตอบแทน การเลื่อนขั้นเงินเดือน เป็นต้น เป็นเรื่องที่จะช่วยในการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน^[16] ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงสิ่งเหล่านี้ ในการประเมินผลการปฏิบัติงานจึงมีการชี้แจงเกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานให้บุคลากรทราบโดยผ่านทางหัวหน้างาน การจัดสวัสดิการต่าง ๆ เช่นบ้านพัก ค่าเล่าเรียนบุตร การส่งบุคลากรเข้าประชุม/อบรม ตามบทบาทหน้าที่ โดยกำหนดให้บุคลากรต้องได้รับการประชุม/อบรม อย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี ในส่วนของผู้รับบริการ บุคลากรในหน่วยงานให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่เลือกปฏิบัติทั้งนี้เพราะพยาบาลได้ปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลที่กำหนดไว้ว่า พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ ด้วยความเคารพในคุณค่าชีวิต ศักดิ์ศรี และสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่จำกัดชั้นวรรณะ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐกิจ เพศวัย ชื่อเสียง สถานภาพในสังคมและโรคที่เป็น^[3]

4. บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านการเคารพเอกสิทธิ์อยู่ในระดับสูงอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารงาน โดยจัดตั้งเป็นคณะทำงานในด้านต่าง ๆ เพื่อร่วมแก้ปัญหาทำให้เกิดการยอมรับ การบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้เกิดบรรยากาศจริยธรรม เนื่องจากการบริหารมีความโปร่งใส ทำให้มีบรรยากาศการไว้วางใจสูง^[17] นอกจากนี้การที่โรงพยาบาลส่งเสริมให้ทำงานเป็นทีม โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นสหวิชาชีพ (Patient care team :PCT) มีการนำประเด็นปัญหาในการดูแลผู้รับบริการมาคุยกัน เพื่อหาแนวปฏิบัติ มีการเคารพและให้อิสระในแต่ละวิชาชีพสอดคล้องกับบอร์แชมป์และชายเดรส (Beaucham & Childress, 2001) ที่กล่าวว่า การเคารพเอกสิทธิ์เป็น การกระทำที่เคารพความเป็นบุคคลของผู้อื่น ให้อิสระผู้อื่นในการคิดและการกระทำที่สอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อ จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเสริมให้เกิดบรรยากาศจริยธรรม^[8]

5. บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านการบอกความจริงอยู่ในระดับสูงอธิบายได้ว่า พยาบาลมีหน้าที่ต้องพูดความจริงแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการรับรู้และวางแผนรักษาร่วมกัน การได้รับข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอ จะทำให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจในการรักษาดูแลตนเอง สอดคล้องกับสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตราย

ต่อชีวิต^[8]” นอกจากการพูดความจริงแก่ผู้รับบริการแล้วพยาบาลต้องมีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างครอบคลุม ทั้งนี้เพราะการบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่สำคัญ เมื่อเกิดปัญหาการฟ้องร้อง บันทึกทางการพยาบาลจะถูกนำไปประกอบหลักฐาน ถึงแม้ว่าพยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลดีเพียงใด แต่ไม่มีการบันทึก ก็จะไม่เป็นหลักฐานในการให้การพยาบาล ดังนั้นกลุ่มการพยาบาลจึงมีนโยบายให้บันทึกการพยาบาลแบบ Focus charting และหัวหน้างานมีการนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

6. บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงาน ตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ด้านความซื่อสัตย์อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมีการประกาศเจตนารมณ์ค่านิยมเรื่องความซื่อสัตย์ จึงทำให้พยาบาลตระหนักและปฏิบัติตามหลักจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์ ตลอดจนระมัดระวังถึงการรักษาความลับของผู้รับบริการโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยข้อ 6 คือ “ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย”^[8]

4. ความสัมพันธ์บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่มีความสัมพันธ์ทางบวกหมายความว่า บรรยากาศจริยธรรมในการทำงานดีจะทำให้พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลดีขึ้นด้วย ทั้งนี้เพราะบรรยากาศจริยธรรมในองค์กร (ethic climate in organization) เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้องค์กรเจริญก้าวหน้าบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร และทำให้งานบุคลากรทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ความ

สบายใจ ร่วมมือร่วมใจกันทำงาน แก้ปัญหา และฝ่าฟันอุปสรรคไปด้วยกัน บรรยากาศทางจริยธรรมในองค์กรเป็นเสมือนจิตวิญญาณขององค์กรที่จะขาดเสียไม่ได้ ถ้าองค์กรขาดจิตวิญญาณเสียแล้ว บรรยากาศก็จะเป็นลักษณะของการต่างคนต่างทำงานของตนเอง ขาดความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วม การเป็นเจ้าของหน่วยงาน รวมไปถึงขาดความรู้สึกร่วมกันเป็นมิตรไว้วางใจระหว่างบุคคลในหน่วยงาน ซึ่งถ้าองค์กรใดมีลักษณะดังกล่าวยากที่จะเจริญก้าวหน้าบรรลุวัตถุประสงค์ได้ รวมถึงขวัญกำลังใจของบุคลากรก็ย่อมไม่เกิด^[16] ซึ่งโรงพยาบาลได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับ 3 ผู้บริหารได้ให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน โดยมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ยึดหลักจริยธรรม ศีลธรรมและคุณธรรมในการทำงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งบุคลากรและองค์กรโดยรวม จึงทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมจริยธรรมที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหาร

1. ควรมีการประเมินพฤติกรรมจริยธรรมและบรรยากาศจริยธรรมอยู่เป็นระยะ โดยเฉพาะช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระดับสูง
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องไวต่อการตอบสนองเมื่อมีปัญหา เช่น ในเรื่องการพิจารณาความดีความชอบ แม้ว่าการรับรู้จะอยู่ในระดับสูง แต่ก็ต่ำกว่าข้ออื่น ดังนั้นในการพิจารณาความดีความชอบ ต้องบอกเกณฑ์การประเมินผลงาน ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณแก่ผู้ถูกประเมิน และในด้านการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการสนับสนุนให้เข้าอบรม/ประชุม /ลาศึกษาต่อ ผู้บริหารต้องชี้แจงเกณฑ์ในการพิจารณาส่งคนไปอบรม/ประชุม /ลาศึกษาต่อ โดยปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน
3. ผู้บริหารควรเสริมสร้างบรรยากาศจริยธรรมด้านการทำในสิ่งที่ดีมีประโยชน์ เช่น การ

พบปะสังสรรค์ การให้รางวัล การชื่นชมเมื่อทำ
ความดี ทั้งนี้เพราะบุคลากรมีการซักถาม
ป้อนนโยบาย พูดให้กำลังใจเมื่อมีปัญหาส่วนตัว/การ
ทำงานต่ำกว่าข้ออื่น

ด้านการวิจัย

ควรศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของ
พยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ประกอบ
วิชาชีพอื่น เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. สิวลี ศิริไธ. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ; 2555.
2. อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม,สมใจ ศิริะกมล.
พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ.คณะ
พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สยาม
พิมพ์นานาชาติ จำกัด ; 2558.
3. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย .
จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปีพุทธศักราช
2546. กรุงเทพฯ : บริษัทจำกัดอภัพรรณ
ศรีเอทนิว ; 2546.
4. มณี อาภานันท์กุล และคณะ. จริยธรรมใน
วิชาชีพพยาบาล. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว) ; 2556.
5. สมยศ นาวิการ.การบริหาร.กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์ดอกหญ้า ; 2536.
6. ฟาริดา อิบราฮิม. สาระการบริหารการ
พยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. สามเจริญ
พาณิชย์จำกัด ; 2542.
7. ประภาพร นิกรเสพย์.ความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยส่วนบุคคล บรรยาภาศจริยธรรมในกลุ่ม
การพยาบาล การมีส่วนร่วมในงานของ
บุคลากรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของ
พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป เขต
ภาคกลาง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
กรุงเทพมหานคร ; 2546.
8. สภาการพยาบาล. คู่มือส่งเสริมจริยธรรม
สำหรับองค์การพยาบาล : กลไกและการ
ปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : บริษัทจุดทองจำกัด ;
2558.
9. ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ. พฤติกรรมจริยธรรม
ของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้และ
ประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและ
พยาบาลผู้ได้บังคับบัญชา ในโรงพยาบาลศูนย์
ภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล.
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,สงขลา ; 2553.
10. จิรภา พักเถื่อน. บรรยาภาศจริยธรรมใน
สถานที่ทำงานตามการรับรู้ของหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยและพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลชุมชน+นภาคใต้ภายใต้สถานการณ์
ปกติและสถานการณ์ความไม่สงบ วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล. มหาวิทยาลัยสงขลา
นครินทร์,สงขลา ; 2552.
11. รชยา บุรพลพิมาน .พฤติกรรมจริยธรรมของ
พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
สายการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
ตำรวจ.วารสารพยาบาลตำรวจ.ปีที่ 3 ฉบับที่
1 มกราคม – มิถุนายน 2554.
12. ฟาริดา อิบราฮิม.นิเทศวิชาชีพและจริยธรรม
ศาสตร์สำหรับพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพ.
สามเจริญพาณิชย์จำกัด ; 2541.
13. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน.และคณะ.การพัฒนา
คุณภาพการพยาบาลสู่โรงพยาบาลคุณภาพ .
สระบุรี วรานันท์การพิมพ์ ; 2542.
14. ภัชรินทร์ เฉลิมบุญ. พฤติกรรมเชิงจริยธรรม
ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามการ
รับรู้ของพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชใน
ระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้.
สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.2552.

15. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์
การจัดการองค์การพยาบาล ในศตวรรษที่ 21.
กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ; 2550.
16. อนิวัช แก้วจำนง. การจัดการทรัพยากรมนุษย์.
สงขลา.บริษัทนำศิลป์โฆษณาจำกัด ; 2552.
17. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุทธิ. คุณภาพการบริหาร
การพยาบาล. กรุงเทพฯ. บริษัทวีพรีนท์
(1991) จำกัด ; 2551.
18. สิวลี ศิริไธ. การสร้างเสริมบรรยากาศทาง
จริยธรรมในองค์กร .สืบค้นวันที่ 12
พฤษภาคม 2560 .สืบค้นจาก
[www.med.cmu.ac.th/ethics/interested/
int002.htm](http://www.med.cmu.ac.th/ethics/interested/int002.htm).

การศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียน

ส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

Nutritional Status and Dietary behavior of School Children in Diamond Level Health Promotion School,
Regional Health Promotion center 2 Phitsanulok.

นภาพร เหมาะหมั่ง

ประทุม ยนต์เจริญล้ำ

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร เก็บข้อมูลโดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเพื่อประเมินภาวะโภชนาการและสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจำนวน 547 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่านักเรียนมีการเจริญเติบโตสมวัย ร้อยละ 70.9 รูปร่างสมส่วน ร้อยละ 76.5 เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 10.8 ผอมและค่อนข้างผอมร้อยละ 8.4 เตี้ย และค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 6.1 น้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 77.0 สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่ารับประทานอาหารเช้าทุกวัน ร้อยละ 84.4 รับประทานอาหารกลางวันทุกวัน ร้อยละ 82.2 รับประทานอาหารเย็นทุกวัน ร้อยละ 82.4 และรับประทานอาหารก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 15.9 รับประทานไข่ 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 50.9 รับประทานอาหารประเภทต้มยำ ต้มไก่ เลือดหมู 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 59.4 รับประทานเนื้อสัตว์ติดมันเช่นหมูสามชั้น คอหมู หนังไก่ 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 59.1 รับประทานอาหารที่ทอดในน้ำมันมาก 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 48.4 เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกทุกครั้ง ร้อยละ 10.7 และเติมน้ำตาลในอาหาร เช่น กวยเตี๋ยว ราดหน้าทุกครั้ง ร้อยละ 38.4 ไม่เติมน้ำตาล ร้อยละ 20.5 รับประทานผักทุกวัน ร้อยละ 46.0 รับประทานผัก 3 มื้อต่อวัน ร้อยละ 49.1 และรับประทานผักมากกว่า 3 ช้อนกินข้าวต่อมื้อ

ร้อยละ 43.4 ตีมนมรสจืดทุกวันร้อยละ 34.0 ตีมนมเปรี้ยวมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 43.9 ตีมนมปรุงแต่งรสมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 22.9 ตีมน้ำอัดลมดื่มมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 26.1 ตีมน้ำหวานหรือน้ำปั่นมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 29.6 นักเรียนไม่กินลูกอมหรือทอฟฟี่มีเพียง ร้อยละ 27.8 นักเรียนกินขนมกรุบกรอบมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 52.9

โรงเรียนที่ผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรไปแล้ว เด็กนักเรียนยังคงมีปัญหาภาวะโภชนาการทั้งในส่วนของน้ำหนักเกินมาตรฐาน ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มันและเค็ม ทั้งที่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรมีนโยบายและแนวทางการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนักเรียนอย่างชัดเจน มีตัวชี้วัดหรือมาตรการควบคุมคุณภาพของอาหารกลางวัน การจัดหรือจำหน่ายอาหารว่างและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มันและเค็มให้นักเรียน แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานดังกล่าวไม่ต่อเนื่อง นักเรียนไม่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจึงไม่เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กระทรวงศึกษา กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งผู้ประกอบการชุมชน ต้องเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน เพื่อให้เด็กนักเรียนมีรูปร่างสูงดี สมส่วน ฉลาดและสุขภาพร่างกายแข็งแรง

Abstract

This study is a survey research to explore nutritional status and dietary habits of school children in diamond level health promotion school in health region 2. Data collecting was performed between November to December, 2014 by measured height and weight to assess the nutritional status of 547 sampling unit of school children. The dietary habit of

school children also has been gathered. Then, descriptive statistic analysis to analyze the quantitative data and content analysis to find out related qualitative context has been carried out. The result was shown that 70.9% of school children were grown up well and accomplished Thai standard evaluation of child growth and development. It was also found that 76.5% of student has proper physical body and shape. However, 10.8% of student was in slightly overweight to obesity category. The rest of student was 8.4% of thin and quite skinny while 6.1% of student was stunning or rather stunning. There were 77% of students that have proper weight according to the criteria. The dietary habits investigation revealed that 84.4% of student has breakfast every day, 82.2% of student has lunch every day, and 82.4% of student has dinner or supper every day. It was interesting that 15.9% of student have meal before bedding time. When collecting data of food category that student eat, the percentage of student that was eating egg 1-3 day per week, hog or chicken liver and blood 1-3 day per week, lean pork or meat such as bacon/pork neck/chicken skin 1-3 day per week, and eating deep fried and oily food 1-3 day per week were 50.9%, 59.4%, 59.1% and 48.4% respectively. The result also indicated that that 10.7% of student was always eating salty food, 38.4% of student always add sugar in food, 46.0% of student was eating vegetable every day, 49.1% of student was eating vegetable 3 food meal every day, 43.4% of student eating more than 3 table spoon full in each food meal. The student that drink non-sweet milk every day, drink sour taste milk more than 3 days per week, drink flavored milk more than 3 days per week, drink aerated soft drink more than 3 days per week, drink sweeten or smoothie more than 3 day per week were 34.0%, 43.9%, 22.9%, 26.1%, and 29.6% respectively. There were 27.8% of student that never eat sweet or candy while 27.8 of student that was 52.9% of student that

was eating snack more than 3 days per week. These outcome from diamond level of health promotion school were pointed that although the school can accomplished the criteria and national standard, the unsatisfied nutritional status of student for example, overweight, stunning, and improper dietary behavior are still exist. Even diamond level of health promotion school has clearly policy, measure, process, activity, and indicator on quality control of lunch food and break food in school including controlling of sweet dessert, sweet soft drink, and fatty and salty food and snack in school. However, because inconsistency of its operation and lacking of student's health literacy leading to inappropriate nutritional behavior of student. Thus, all stakeholders including the ministry of education, ministry of public health, the local administrative organization, family, and community have to participate in progress of health promoting school continuously and emphasize on health literacy development to conduct the desirable behavior of school children and ensure that the goals on healthy, smart, proper physical body will be achieved

บทนำ

เด็กวัยเรียนและเยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญยิ่งในการพัฒนาประเทศ การพัฒนาสุขภาพเด็กและเยาวชนให้มีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญาและสังคม โดยการสนับสนุนพฤติกรรมบุคคล และการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม เป็นแนวทางที่ถูกกล่าวไว้อย่างชัดเจนในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2554 ที่ว่า “สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนและระบบสุขภาพต้องให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชน” นอกจากนั้นพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ.2550

มาตรา 6 ระบุเกี่ยวกับ แนวทางการพัฒนาเด็กและเยาวชนข้อหนึ่งว่า “ให้เด็กมีสุขภาพ และพละอนามัยแข็งแรง รู้จักการป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งเสพติด”

กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กและเยาวชนได้เรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถตัดสินใจจัดการป้องกัน และแก้ไขสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาสุขภาพอนามัยเด็กวัยเรียนตามแนวทางของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน รวมทั้งผู้ปกครองและชุมชนเพื่อให้โรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้นและศูนย์รวมของการพัฒนาสุขภาพในชุมชน เป็นกลยุทธ์ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมดำเนินการกับฝ่ายการศึกษามาตั้งแต่ปี 2541 และพัฒนาการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ปี 2551 กรมอนามัย^[1] ได้พัฒนาเกณฑ์การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสู่ระดับที่สูงขึ้นเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร เน้นการวัดผลทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน เพื่อให้เด็กและเยาวชนได้เรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและสามารถตัดสินใจจัดการป้องกันและแก้ไขสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

โรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นความท้าทายในการจัดการปัญหา รายงานการสำรวจสุขภาพของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2546-2552 พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 5.4 เป็น ร้อยละ 9.7 เด็กที่เริ่มอ้วน และอ้วนจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาการทั้งร่างกายสติปัญญา อารมณ์และสังคม การเป็นโรคอ้วนตั้งแต่วัยเด็กเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และมี

โอกาสเป็นโรคหัวใจสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของบุคคล เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ รับประทานอาหารเพื่อให้อิ่มโดยไม่คำนึงถึงคุณค่าของอาหาร รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อโดยเฉพาะมื้อเช้า รับประทานอาหารว่างที่ไม่มีประโยชน์ซึ่งอาหารเหล่านี้ให้พลังงานสูง ถ้ารับประทานมากเกินไปจนเกินไปจะทำให้เกิดการสะสมของพลังงานส่วนเกิน ส่งผลให้มีภาวะน้ำหนักเกินได้ง่าย

จากการศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพในนักเรียนปี 2550 สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย^[2] พบว่า นักเรียนประถมศึกษา มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง โดยมีภาวะผอม ร้อยละ 3.2 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 5.2 เริ่มอ้วน ร้อยละ 5.4 และอ้วน ร้อยละ 4.7 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 3.5 ค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 5.1 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคพบว่า นักเรียนดื่มเครื่องดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวันมากที่สุด ได้แก่ นมเปรี้ยว ร้อยละ 44.2 รองลงมาเป็นน้ำผลไม้หรือน้ำปรุงแต่งรสผลไม้ น้ำหวาน และดื่มเครื่องดื่มร้อน ร้อยละ 44.7, 41.5 และ 40.5 ตามลำดับ รับประทานอาหารลูกอม หรือท็อฟฟี่ทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 39.7 รับประทานอาหารช็อคโกแลตทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 41.4

อรพินท์ ภาคภูมิ และกันยารัตน์ สมบัติธระ (2554)^[3] ได้สำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12 ใน 8 จังหวัด พบว่านักเรียนประถมศึกษา มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง โดยมีภาวะผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 10.8 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 5.9 และมีภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 11.3 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคพบว่า ดื่มน้ำอัดลม 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 46 ดื่มน้ำ 3-4 วัน/สัปดาห์ และ 5-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 17.1 และ 14.4 ตามลำดับ และกินขนมกรุบกรอบหรือ ลูกอม 5-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 37.3

บังอร กล้าสุวรรณ และคณะ(2555)^[4] ได้สำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในส่วนภูมิภาคของ

ประเทศไทยพบว่าเด็กวัยเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 73.8 น้ำหนักค่อนข้างมากและมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 18.4 น้ำหนักน้อย และค่อนข้างน้อย ร้อยละ 7.8 มีรูปร่างสูงสมส่วน ร้อยละ 73.8 ท้วม เริ่มอ้วน และอ้วน ร้อยละ 17.7 ผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 8.5 ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 81.7 ค่อนข้างสูงและสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 11 เตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 7.3

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า เด็กวัยเรียนยังมีปัญหาด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารค่อนข้างมาก และจากการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลกร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตั้งแต่ปี 2552-2557 มีโรงเรียนผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร จำนวน 28 โรงเรียน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ได้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้โรงเรียนและชุมชนใกล้เคียง ในปี 2558 ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลกได้สำรวจภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของนักเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research)

สถานที่ศึกษา

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ใน ปี พ.ศ. 2552-2556 จำนวน 13 โรงเรียน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เด็กนักเรียนที่มี อายุ 6-18 ปี ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัดเพชรใน ปี พ.ศ. 2552-2556

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กนักเรียนที่มี อายุ 6-18 ปี ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัดเพชรใน ปี พ.ศ.2552-2556 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 547 คน โดยคำนวณจากสูตรการประมาณค่า สัดส่วนของประชากร ดังนี้

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ

$$n' = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

โดย n' = ขนาดของตัวอย่างเบื้องต้น

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าปกติมาตรฐานที่ระดับ

ความเชื่อมั่นของการประมาณค่า $(1-\alpha)$ 100 %

เมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$ ดังนั้น $Z_{\alpha/2}=1.96$

P = สัดส่วนของความชุกของโรคพิษ ในเด็กอายุ 12 ปี 56% (ผลการสำรวจสภาวะทันต สุขภาพปี 2551, สำนักทันตสาธารณสุข) ($P=0.56$)

d = Precision of estimation หรือ ค่า ความแตกต่างระหว่างค่าสัดส่วนของตัวอย่างกับค่า สัดส่วนของประชากรที่ยอมรับได้ ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้ d มีค่า $\pm$ ร้อยละ 5

แทนค่า

$$n' = \frac{1.96^2 \times 0.56 \times (1 - 0.56)}{0.05^2} = 378.628 \approx 380$$

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 1 สุ่มโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัด เพชร จำนวน 13 โรงเรียน โดยการสุ่มอย่างง่าย

ขั้นที่ 2 สุ่มนักเรียนโดยการสุ่มแบบมี ระบบตามสัดส่วนนักเรียนทั้งหมดในโรงเรียนที่สุ่ม ได้ โดยการแบ่งตามระดับชั้น และเป็นนักเรียนที่ สมัครใจและมาเรียนในวันที่ดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบประเมินภาวะโภชนาการ
2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภค

อาหาร

3. เครื่องมือในการประเมินภาวะ โภชนาการ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง และตมเทียบน้ำหนักขนาด 5 กิโลกรัม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ เองเนื้อหา

ผลการศึกษา

จากการศึกษาภาวะโภชนาการของ นักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระดัดเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.1 กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.5 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.5 อายุเฉลี่ย 11ปีส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.95 อายุต่ำสุด 6 ปี อายุ สูงสุด 18 ปี

1. ภาวะโภชนาการ จากการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงของนักเรียน นำข้อมูลมาเทียบ เกณฑ์เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ พบว่า นักเรียนมีการเจริญเติบโตสมวัย (สูงดีและสมส่วน) ร้อยละ 70.9 นักเรียนสูงดี (ส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูงและสูงกว่าเกณฑ์) ร้อยละ 93.9 รูปร่าง สมส่วน ร้อยละ 76.5 นักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 77.0 น้ำหนักค่อนข้างมาก และมากกว่า เกณฑ์ ร้อยละ 15.8 น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์และ ค่อนข้างน้อย ร้อยละ 7.2 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 10.8 ผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 8.4 มี ภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 6.1

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของ นักเรียน พบว่า นักเรียนรับประทานอาหารเช้า ทุกวัน ร้อยละ 84.4 รับประทานเป็นบางวัน ร้อยละ 14.5 รับประทานอาหารกลางวันทุกวัน ร้อยละ 82.2 รับประทานเป็นบางวัน ร้อยละ 17.6 รับประทานอาหารเย็นทุกวัน ร้อยละ 82.4

รับประทานเป็นบางวัน ร้อยละ 17.4 และรับประทานอาหารก่อนนอน (หลังจากมื้อเย็นแล้ว) เป็นบางวัน ร้อยละ 44.1 และรับประทานทุกวัน ร้อยละ 15.9

จากการสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า นักเรียนรับประทานไข่ 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 50.9 รับประทานเนื้อปลา 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 37.1 รับประทานอาหารทะเล 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 54.7 รับประทานอาหารประเภทต้มยำ ต้มไก่ เลือดหมู 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 59.4 รับประทานเนื้อสัตว์ติดมันเช่นหมูสามชั้น คอหมู หนังไก่ 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 59.1 รับประทานอาหารที่ทอดในน้ำมันมาก 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 48.4 สำหรับการเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในอาหารที่ปรุงสุก เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว พบว่า ไม่เติมร้อยละ 34.8 เติมทุกครั้ง ร้อยละ 10.7 และเติมน้ำตาลในอาหาร เช่น กวยเตี๋ยว ราดหน้าทุกครั้งร้อยละ 38.4 ไม่เติม ร้อยละ 20.5

พฤติกรรมการรับประทานผัก พบว่า นักเรียนรับประทานผักทุกวัน ร้อยละ 46.0 รับประทาน 4-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 33.8 รับประทานผัคน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 20.2 นักเรียนรับประทานผัก 3 มื้อต่อวัน ร้อยละ 49.1 รับประทานผัก 2 มื้อต่อวัน ร้อยละ 32.9 และมีนักเรียนรับประทานผักมากกว่า 5 ช้อนกินข้าวต่อมื้อร้อยละ 28.1 รองลงมา 3 ช้อนกินข้าวต่อมื้อ 2 ช้อนกินข้าวต่อมื้อ และ 1 ช้อนกินข้าวต่อมื้อ ร้อยละ 25.6, 17.6 และ 13.4 ตามลำดับ

นักเรียนดื่มนมรสจืดทุกวัน ร้อยละ 34.0 ดื่มนมเปรี้ยวมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 43.9 ดื่มนมปรุงแต่งรสมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 22.9 นักเรียนไม่ดื่มนมขาดมันเนยหรือ นมพร่องมันเนย ร้อยละ 49.3 ไม่ดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 39.3 และดื่มน้ำมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 26.1 ส่วนน้ำหวานหรือน้ำปั่นนักเรียนดื่มน้ำมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 29.6 และไม่ดื่ม ร้อยละ 20.9 นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนไม่กินลูกอมหรือทอฟฟี่

มีเพียง ร้อยละ 27.8 นักเรียนกินขนมกรุบกรอบมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 52.9

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า นักเรียนมีการเจริญเติบโตสมวัย (สูงดีและสมส่วน) ร้อยละ 70.9 ซึ่งสูงกว่าเขตบริการสุขภาพที่ 2 ที่พบว่าเด็ก 6-14 ปีสูงดีสมส่วน ร้อยละ 62.35 และสูงกว่าเป้าหมายกรมอนามัยคือ ร้อยละ 66 นักเรียนมีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 76.5 ใกล้เคียงกับที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ที่^[5] พบว่านักเรียนประถมศึกษารูปร่างสมส่วน ร้อยละ 77.7 สูงกว่าการศึกษาของบังอร กล้าสุวรรณ^[3] ที่พบร้อยละ 73.8 แต่น้อยกว่าการศึกษาของสุภาพ บุรณ์เจริญที่พบ^[6] ร้อยละ 84.4 การศึกษารังนี้พบนักเรียนเริ่มอ้วน และอ้วน ร้อยละ 10.8 ใกล้เคียงกับเป้าหมายของกรมอนามัย^[7] คือ ร้อยละ 10 แต่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร คือไม่เกิน ร้อยละ 7.0 และน้อยกว่าการศึกษาของช่อแก้ว คงการคำ^[8] ที่พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 15.5 และผลการศึกษายังพบว่ามีนักเรียนเตี้ย และค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 6.1 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรคือไม่เกินร้อยละ 5.0 แต่น้อยกว่าการศึกษา ของบังอร กล้าสุวรรณ^[4] ที่พบ ร้อยละ 7.3 และน้อยกว่าการศึกษาของสำนักส่งเสริมสุขภาพ^[1] ที่พบ ร้อยละ 8.6 ทั้งนี้พบนักเรียนผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 8.4 ซึ่งเท่ากับการศึกษาของสำนักส่งเสริมสุขภาพที่พบ ร้อยละ 8.4 และใกล้เคียงกับการศึกษาของ บังอร กล้าสุวรรณ^[4] ที่พบ ร้อยละ 8.5

พฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่า นักเรียนไม่ได้รับประทานอาหารเช้าทุกวัน ร้อยละ 15.6 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ บังอร กล้าสุวรรณ^[4] ที่พบ ร้อยละ 38.0 ทั้งที่อาหารมื้อเช้ามีความสำคัญอย่างมากต่อนักเรียนซึ่งต้องใช้พลังงานและสารอาหารเพื่อใช้ในการเรียนหนังสือ

รับประทานอาหารว่างและอาหารก่อนนอน ร้อยละ 89.8 และ 60.0 ใกล้เคียงกับของ บังอร กล่ำสุวรรณที่พบ^[4] ร้อยละ 90.0, 61.9 และ รับประทานเนื้อสัตว์ติดมันและอาหารทอดมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 32.5 และ 39.4 นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนรับประทานผักและผลไม้ไม่น้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 20.2 และ 25.1 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ บังอร กล่ำสุวรรณ^[4] ที่พบ ร้อยละ 30.5 และ 35.8 เมื่อดูในรายละเอียดพบว่านักเรียนไม่ถึงครึ่งคือ ร้อยละ 49.1 ที่รับประทานผัก 3 มื้อต่อวัน และร้อยละ 43.4 ที่รับประทานผักมากกว่า 3 ช้อนกินข้าวต่อ มื้อ ทั้งๆที่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรได้ กำหนดให้โรงเรียนจัดกิจกรรมหรือมาตรการใน การส่งเสริมให้นักเรียนทุกคนได้บริโภคผักมื้อ กลางวันตามปริมาณที่แนะนำคือนักเรียนชั้น ประถมศึกษา 4ช้อนกินข้าวต่อมื้อต่อคน นักเรียน ชั้นมัธยมศึกษา 5 ช้อนกินข้าวต่อมื้อต่อคน แสดง ให้นักเรียนได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อ ร่างกายไม่เพียงพอในการเสริมสร้างการทำงานของ เอนไซม์ต่างๆ ในร่างกาย เพื่อช่วยซ่อมแซมส่วนที่ สึกหรือของร่างกายให้แข็งแรง สำหรับอาหาร และ เครื่องดื่มรสหวานที่นักเรียนรับประทานมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ได้แก่ ขนมถุงกรุบกรอบ นม เปรี้ยว น้ำหวาน/น้ำปั่น น้ำอัดลม ลูกอม/ทอฟฟี่ ร้อยละ 52.9, 43.9, 29.6, 26.1 และ 22.9 แม้ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรได้มีกิจกรรม และมาตรการให้โรงเรียนจัดจำหน่ายอาหารว่าง และเครื่องดื่มที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่หวานจัด ไม่เค็มจัด และไม่มีไขมันสูงก็ตาม พบว่านักเรียน ส่วนใหญ่ยังรับประทานอาหารที่มีรสหวาน ได้แก่ นมเปรี้ยว น้ำหวาน น้ำอัดลม ทอฟฟี่และขนมกรุบ กรอบ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจส่งผลให้นักเรียน มีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนได้

สรุปได้ว่าการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับเพชรไม่มีความต่อเนื่อง และ โรงเรียนที่ผ่านการประเมินรับรองไปแล้วไม่ สามารถรักษาคุณภาพได้ เด็กนักเรียนยังคงมี

ปัญหาภาวะโภชนาการทั้งในส่วนของน้ำหนักเกิน มาตรฐาน ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ และมีพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน และเค็ม ทั้งที่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร มีนโยบาย และแนวทางการดำเนินกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพนักเรียนอย่างชัดเจน มีตัวชี้วัดหรือ มาตรการควบคุมคุณภาพของอาหารกลางวัน การจัดหรือจำหน่ายอาหารว่าง และเครื่องดื่มที่มี รสหวาน มันและเค็มให้นักเรียน แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานดังกล่าวไม่ต่อเนื่อง นักเรียนจึงไม่ เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นทุกภาค ส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน หน่วยงาน สาธารณสุข ชุมชน และผู้ประกอบการ จึงควรร่วมกัน วางแผน ดำเนินการแก้ไขปัญหา ทบทวนกิจกรรม มาตรการต่างๆของโรงเรียน เพื่อให้เกิดความ ร่วมมือในการสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมให้ เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของนักเรียน เพื่อให้นักเรียนเติบโตสมวัยมีรูปร่างสูงดี สมส่วน ฉลาดและสุขภาพร่างกายแข็งแรง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต้องหัน มาร่วมมือกันอย่างจริงจังในการส่งเสริมให้เด็ก นักเรียนให้มีสุขภาพที่ดี โดยโรงเรียนควรกำหนด นโยบายหรือมาตรการการส่งเสริมให้ชัดเจน และ ดำเนินการอย่างจริงจัง เป็นรูปธรรมอย่างมี คุณภาพ เช่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียน ปลอดน้ำอัดลม โรงเรียนอ่อนหวาน โครงการ อาหารกลางวันในโรงเรียน
2. โรงเรียนควรส่งข้อมูลด้านสุขภาพของ นักเรียนไปยังผู้ประกอบการเพื่อให้ผู้ประกอบการ ได้มีส่วน ร่วมในการเฝ้าระวังติดตามแก้ไขปัญหาสุขภาพของ นักเรียน
3. การแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน โรงเรียนควรเพิ่มชั่วโมงพลศึกษา หรือ ชั่วโมงส่งเสริมให้ นักเรียนได้มีกิจกรรมทางกายทุกวันในโรงเรียนโดย บูรณาการกับการลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ของ โรงเรียน

4. ผู้ปกครองและชุมชนต้องให้ความร่วมมือ และการสนับสนุน ในการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การสำรวจสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียน ปี 2550. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (อค์สำเนา)
2. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. พิมพ์ครั้งที่ 1, 2557.
3. อรพินท์ ภาควงศ์ และ กันยารัตน์ สมบัติธีระ. การสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ปี 2554; 2 (2), 37-48.
4. บังอร กล้าสุวรรณ, ปิยะนุช เอกก้านตรง, ไพจิตร วรรณจักร์ และคณะ. การสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย. ขอนแก่น. เพ็ญพรินตัง จำกัด. ไม่จำกัดปีที่พิมพ์.
5. ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์. โครงการประเมินภาวะสุขภาพประชากรด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. นครสวรรค์. ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์; 2552
6. สุภาพ บุรณ์เจริญ, และเพ็ญนิดา ไชยสายัณห์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโภชนาการกับสมรรถภาพทางร่างกายของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนในสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 24. ขอนแก่น. ศูนย์อนามัยที่ 6; 2552. (เอกสารอค์สำเนา)
7. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรองส่งต่อและแก้ปัญหาเด็กอ้วน กลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและคลินิกDPAC.

ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. พิมพ์ครั้งที่ 1, 2558.

8. ช่อแก้ว คงการคำ. การศึกษาภาวะโภชนาการในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสามเสนวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร; 2550. [10 มิถุนายน 2555]. Availaber from: URI :<http://www.thairath.co.th/content/edu/117835>
9. ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. เลี้ยงลูกอย่างไรไม่ให้อ้วน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
10. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะโภชนาการของเด็ก. ใน วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ), การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ. ศ. 2551-2552 (หน้า 103-123). ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์; 2552

ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุด้วยค่ากลาง จังหวัดเชียงใหม่

ปิยพร เสาร์สาร*

ทรงยศ คำชัย**

*ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

สภาพการปฏิบัติงานเดิม

การจัดการโครงการสาธารณสุขสุขของประเทศ ยังคงใช้รูปแบบการวางโครงการที่เอาประเด็นปัญหาเป็นตัวตั้ง ทำเป็นเรื่องๆ ขาดการบูรณาการโดยพื้นที่นั้นนำประเด็นปัญหามาสร้างเป็นโครงการเป็นรายประเด็นปัญหา (Issue-based Project) ส่งผลให้เกิดการแยกเงินแยกกิจกรรมกันทำทั้งที่แต่ละประเด็นอาจมีกิจกรรมประเภทเดียวกัน ผลคือทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในงานที่ทำของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบุคลากรปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย 2-3 คน ต้องให้บริการเป็นรายประเด็นที่มีกิจกรรมซ้ำซ้อนทั้งในด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพรวมถึงการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ทำให้การบริการไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากรมีไม่เพียงพอทรัพยากรมีจำกัด ประชาชนไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพเท่าที่ควร แต่ถ้ากิจกรรมเดียวกัน ทำพร้อมกันจะประหยัดทั้งงบประมาณและเวลา

จากนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) และการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มวัยของกระทรวงสาธารณสุข นั้น กระบวนการคือสิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อาจารย์ ดร.นพ.อมร นนทสุต ได้ทำการออกแบบทดลองปฏิบัติ ประเมิน และปรับปรุงวิธีการเพื่อให้ได้เครื่องมือการพัฒนามาเป็นลำดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยได้รับการสนับสนุนจากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่เป็นแกนนำในการจัดการกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบลท้องถิ่น และแกนนำ อสม. โดยเริ่มตั้งแต่ การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อกำหนดจุดหมายปลายทาง และกระบวนการที่เหมาะสม การกำหนดกิจกรรมสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย การจัดการค่ากลาง เพื่อปรับทิศทางของโครงการสุขภาพไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย การสร้างโครงการแบบบูรณาการโดยใช้กลุ่มวัยเป็นศูนย์กลางเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีกว่า ในปัจจุบันได้ดำเนินการมาถึงการพัฒนาเชิงผลกระทบ (Impact) ด้วยได้พิจารณาแล้วว่าปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาเชิงซ้อน ต้องแก้ไขหลายๆ ด้านไปพร้อมๆ กัน จึงได้สร้างผังภูมิที่แสดงความสัมพันธ์ของประเด็นปัญหา (Spider-web Diagram) โดยใช้กลุ่มวัยที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นศูนย์กลางความเชื่อมโยงการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มวัย ซึ่งไม่อาจจัดการตรงกับตัวบุคคลได้เพียงฝ่ายเดียว ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา หรือฟื้นฟูสภาพแล้วทำให้ปัญหาหมดไป แต่เราต้องจัดการกับประเด็นต่างๆ ที่แวดล้อม และมีอิทธิพลต่อบุคคลไปพร้อมกัน โดยการบูรณาการหากทำได้จะทำให้ปัญหาของกลุ่มวัยได้รับการตอบสนองพร้อมกับส่งผลให้เกิดการเสริมพลัง (Synergistic effect) ทำให้เกิดผลกระทบที่ดีกว่า ซึ่งผังภูมิความสัมพันธ์นี้สามารถปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยได้ อย่างไรก็ตามในการจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยและการจัดการสถานะแวดล้อมนั้น ข้อมูลสารสนเทศมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อนำไปใช้ในการทำงานบนพื้นฐานของความเป็นจริงตามสภาพของพื้นที่ ในข้อจำกัดของทรัพยากร ทั้ง คน งบประมาณ และสภาพแวดล้อมในกรณีจังหวัดเชียงใหม่มีความยุ่งยากในเชิงบริหารจัดการสาเหตุหลักได้แก่ มีความแตกต่างทางภูมิศาสตร์และประชากรที่หลากหลาย ทั้งพื้นที่ที่มีความห่างไกล เขตเมือง มีชนเผ่า ผู้อพยพ และแรงงานต่างชาติทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่มุ่งเน้นวัตถุนิยมที่มีผลต่อพฤติกรรมของประชาชน การให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐที่มุ่งให้บริการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น

โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งจังหวัดเชียงใหม่มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20.28 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.22 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.69 (ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลกลางกระทรวงสาธารณสุข: 2559) หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือพัฒนาให้ดีขึ้นประชาชนจะได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม

แนวทางในการปรับปรุงบริการ

กรมอนามัยและกรมควบคุมโรคจึงได้ทำข้อตกลงความร่วมมือนำแนวคิดการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของ ดร.นพ.อมร นนทสุตมาในปี 2552 และมีการพัฒนามาเป็นระยะโดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนให้เข้าใจในการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ได้ศึกษาวิจัยการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปใช้ในหลายประเด็นจนพบว่าการทำงานของสถานบริการสาธารณสุขจะมีกิจกรรมสำคัญ 6 กิจกรรม และในแต่ละกิจกรรมจะมีงานหรือ Task อยู่หลายๆ งาน จึงได้สร้างกระบวนการสำรวจโครงการต่างๆ เพื่อค้นหางานเหล่านั้นว่าในพื้นที่ที่ทำงานได้ดี มีผลงานเชิงประจักษ์เขาทำงานอะไรอยู่ ซึ่งเราใช้คำว่า **ค่ากลาง** หรือ **Norm** โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ได้ค่ากลางนี้ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขระดับศูนย์วิชาการ/ จังหวัด/ อำเภอ/ ตำบล ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน (แกนนำชุมชน, อสม.) ค่ากลางที่ค้นหา จะมี 2 ประเภท คือ ค่ากลางความสำเร็จระดับเขต และค่ากลางที่คาดหวังระดับจังหวัดศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้นำแนวคิด นพ.อมร นนทสุตมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านท่อต.สันทรายหลวง อ.สันทราย, รพ.สต.บ้านแม่ผาแพน ต.ออนใต้ อ.สันกำแพง, รพ.สต.บวกรกเหนือ ต.ท่าวังตาล อ.สารภี, รพ.สต.บวกรก

ต.หนองตอง อ.หางดง และรพ.สต.บ้านดงก่ำ ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง ดำเนินการร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่สำนักงาน ป้องกันและควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ และ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 เชียงใหม่ ซึ่งเป็นศูนย์วิชาการระดับเขต โดยทำหน้าที่ดังนี้

1. สนับสนุนบุคลากรเป็นวิทยากร/ให้ข้อมูล
2. ประสานหาแหล่งงบประมาณ/จัดทำค่า กลางความสำเร็จของเขต ส่งให้จังหวัดนำไปใช้
3. จัดเวทีบูรณาการและพัฒนาศักยภาพ ผู้เกี่ยวข้อง

3.1 เวทีเรียนรู้กระบวนการบูรณาการ เพื่อสร้างโครงการในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการค่า กลางจากทุกประเด็นและบูรณาการงานของฝ่าย ปฏิบัติและฝ่ายสนับสนุน

3.2 เวทีบูรณาการค่ากลางประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุเข้าสู่การ จัดการสุขภาพกลุ่มเป้าหมายและการจัดการ สภาวะแวดล้อม โดยกลับมาวางแผนร่วมกับทีมใน พื้นที่ จัดทำโครงการแบบบูรณาการ (ตาราง 7 ช่อง)

3.3 เวทีพิจารณาโครงการร่วมกันระหว่าง ทีมปฏิบัติและทีมสนับสนุนโดยการประชุมร่วมกับ ทีมสนับสนุน ได้แก่ผู้บริหารของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด,ผู้บริหารของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ,ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, หัวหน้ากลุ่มในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ ศูนย์วิชาการ ผู้สนับสนุนพิจารณาให้ความเห็น โดย ส่วนไหนที่ฝ่ายสนับสนุนมีงบประมาณหรือมี แนวทางสนับสนุนอยู่แล้ว ทีมปฏิบัติจะระบุใน โครงการพื้นฐานทั้ง 2 โครงการ ทำให้เกิดการ บูรณาการร่วมกันระหว่างทีมปฏิบัติงานและทีม สนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ไม่ต้องตั้ง งบประมาณซ้ำซ้อน เป็นการประหยัดงบประมาณ

4. จัดทำค่ากลางความสำเร็จของเขตส่งให้ จังหวัดนำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม

สภาพการปฏิบัติงานหลังการปรับปรุงบริการ

หลังจากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ได้ส่ง ค่ากลางความสำเร็จระดับเขตให้สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดแล้ว ได้ร่วมวางแผนปฏิบัติงาน และดำเนินการในพื้นที่ รพสต. ทั้ง 5 แห่ง ได้จัดทำ โครงการแบบบูรณาการเหลือเพียง 2 ชุดโครงการ คือ โครงการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณา การ และโครงการจัดการเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อม ทำให้โครงการมีประสิทธิภาพสามารถลดเวลา ลดค่าใช้จ่าย ได้ร้อยละ 32.39 งบประมาณที่เหลือ นำไปศึกษาวิจัยวิถีชีวิตผู้มีอายุยืนจังหวัดเชียงใหม่ เผยแพร่และเสนอให้ผู้สูงอายุ ประชาชนกลุ่มอื่นๆ นำไปปรับใช้ และชุมชน/รพ.สต.นำไปสร้าง นวัตกรรมสุขภาพ เช่น สร้างบ้านที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุให้ผู้ยากไร้โดย “สล่าบ้าน”หรือช่างซ่อม บ้าน ปรับสภาพแวดล้อมของชุมชนและบริเวณ บ้านให้มีความปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งจากเดิมที่ไม่มี งานปอยหลวงคนเฒ่า (งานบุญ) ล้างย่อนยุค และ เกิดเป็นโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ระดับชาติ เกิดเป็นนโยบายการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุระดับประเทศ และมีการนำเข้า บรรจุในเทศบัญญัติ และแผน 3 ปี ของท้องถิ่น
2. ระดับตำบล มีชุดโครงการบูรณาการ 2 โครงการใหญ่ ได้แก่ โครงการจัดการสุขภาพ กลุ่มวัยผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และโครงการ จัดการสภาวะแวดล้อมมีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อวัด ระดับความสำเร็จของโครงการระดับตำบลขึ้นมา เอง
3. เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของ โครงการในพื้นที่นำร่อง 5 ตำบล จังหวัดเชียงใหม่ โดยสามารถลดงบประมาณได้ร้อยละ 32.39 และ นำงบประมาณที่ประหยัดได้ไปสร้างนวัตกรรม สุขภาพหรือสร้างงานอื่นๆเพื่อแก้ปัญหาและเกิด ประโยชน์ต่อพื้นที่เช่น ใช้ในการศึกษาวิจัยวิถีชีวิตผู้ อายุยืนจังหวัดเชียงใหม่ ลดเวลาการทำกิจกรรมที่ ซ้ำซ้อนลง จาก 3-6 เดือน เป็น 1-2 เดือน และ

บุคลากรที่ออกปฏิบัติงานร่วมกันจากที่ต้องออกทำกิจกรรมหลายครั้งหลายกิจกรรม ลดเหลือ 4 กิจกรรมและความถี่ในการออกปฏิบัติงานเหลือ 1-2 ครั้ง

4. เกิดการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน มีมาตรการสังคม เกิดนวัตกรรมสุขภาพเป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชนที่ยั่งยืน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

5. ชุมชนเข้มแข็ง ช่วยตนเองได้ ประชาชนมี “สุขภาพดี มีดีมีชัย”

6. มีบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มี อสม. แกนนำชุมชนที่มีศักยภาพสามารถไปแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงสอนพื้นที่อื่นได้

7. การทำงานของเจ้าหน้าที่และประชาชนมีเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ลดขั้นตอนในการทำงานบทบาทการทำงานของแต่ละหน่วยงานชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสนใจมีส่วนร่วมโดยให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน

8. เกิดทีมบูรณาการผู้สูงอายุมีการทำ MOU ระหว่างหน่วยงานต่างๆ มีการขับเคลื่อนแผนตามบทบาทของแต่ละภาคส่วน

9. ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทเด่นชัดในชุมชนได้รับการยอมรับ เกิดนวัตกรรมเชิงสังคม โรงเรียนผู้สูงอายุ กำหนดวันผู้สูงอายุ กำหนดกิจกรรมของชุมชนตลอดปีโดยทุกกลุ่มวัยมีส่วนร่วม

จุดเด่นของผลงาน และปัจจัยความสำเร็จ

จุดเด่นของผลงาน คือ การบูรณาการด้วยค่ากลางทำให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลของโครงการโดยสามารถลดงบประมาณได้ ร้อยละ 32.39 และนำงบประมาณที่ประหยัดได้ไปสร้างนวัตกรรมสุขภาพหรือสร้างงานอื่นๆเพื่อแก้ปัญหาและเกิดประโยชน์ต่อพื้นที่

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ภาคประชาชน ได้แก่ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่ม อสม. ญาติของ

ผู้สูงอายุ ภาคท้องถิ่น ได้แก่เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น นายกเทศบาล/อบต. เจ้าหน้าที่สมาชิกเทศบาล และกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล/ตำบล ภาครัฐ ได้แก่ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1 เชียงใหม่ นอกจากนี้ยังมีการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน

2. บุคลากรมีความมุ่งมั่นตั้งใจทำงานสุขภาพผู้สูงอายุโดยสมัครเป็นตำบลนาร่อง มีแรงจูงใจความท้าทายอยากทำงานให้สำเร็จ ประหยัดงบประมาณ ประคบกับเจ้าหน้าที่ที่มีต้นทุนความรู้เรื่องแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ค่ากลาง ผ่านการอบรมกระบวนการพหุภาคี เกิดการเรียนรู้ความผิดพลาดจากการทำงานที่ผ่านมา มีการปรับการสื่อสาร เช่น ไม่ใช่คำว่า “ค่ากลาง” แต่ใช้ “งาน/สิ่งที่ทำ” เพื่อสื่อสารกับชาวบ้าน

3. การใช้ข้อมูลและฐานข้อมูลเดียวกันในการทำงาน

4. การได้รับความร่วมมือจากทีมงาน

5. การสื่อสารให้ผู้บริหาร และการสื่อสารสาธารณะ ผ่าน Social Network website ของ ดร.นพ.อมร นนทสุต www.amornsrm.net โดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ ได้แก่ผู้ตรวจราชการเขต 1 สาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รองอธิบดีกรมอนามัย อธิบดีกรมอนามัย และ ดร.นพ.อมร นนทสุต นำเรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายงานผลการดำเนินการ ประสิทธิภาพการ จัดการสุขภาพผู้สูงอายุด้วยค่ากลาง จังหวัด เชียงใหม่

ปัญหา และสภาพการปฏิบัติงานเดิมก่อนที่จะ ริเริ่มการปรับปรุง

การจัดการโครงการสาธารณสุขของประเทศ ยังคงใช้รูปแบบการวางแผนโครงการที่เอา

ประเด็นปัญหาเป็นตัวตั้ง ทำเป็นเรื่องราวขาดการบูรณาการโดยพื้นที่นั้นนำประเด็นปัญหามาสร้างเป็นโครงการเป็นรายประเด็นปัญหา (Issue-based Project) ส่งผลให้เกิดการแยกเงิน แยกกิจกรรม กัน ทำทั้งที่แต่ละประเด็นอาจมีกิจกรรมประเภทเดียวกัน ผลคือทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในงานที่ทำของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบุคลากรปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย 2-3 คน ต้องให้บริการเป็นรายประเด็นที่มีกิจกรรมซ้ำซ้อนทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพรวมถึงการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ทำให้การบริการไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากรมีไม่เพียงพอ ทรัพยากรมีจำกัด ประชาชนไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพเท่าที่ควร แต่ถ้ากิจกรรมเดียวกัน ทำพร้อมกันจะประหยัดทั้งงบประมาณและเวลา จากนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) และการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มวัยของกระทรวงสาธารณสุข นั้น กระบวนการคือสิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อาจารย์ ดร.นพ.อมร นนทสุต ได้ทำการออกแบบทดลองปฏิบัติ ประเมิน และปรับปรุงวิธีการเพื่อให้ได้เครื่องมือการพัฒนามาเป็นลำดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยได้รับการสนับสนุนจากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่เป็นแกนนำในการจัดกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบลท้องถิ่น และแกนนำ อสม. โดยเริ่มตั้งแต่ การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อกำหนดจุดหมายปลายทาง และกระบวนการที่เหมาะสม การกำหนดกิจกรรมสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย การจัดการค่ากลางเพื่อปรับทิศทางของโครงการสุขภาพไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย การสร้างโครงการแบบบูรณาการโดยใช้กลุ่มวัยเป็นศูนย์กลางเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีกว่า ในปัจจุบันได้ดำเนินการมาถึง

การพัฒนาเชิงผลกระทบ (Impact) ด้วยได้พิจารณาแล้วว่าปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาเชิงซ้อน ต้องแก้ไขหลายๆด้านไปพร้อมๆกัน จึงได้สร้างผังภูมิที่แสดงความสัมพันธ์ของประเด็นปัญหา (Spider-web Diagram) โดยใช้กลุ่มวัยที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นศูนย์กลางความเชื่อมโยงการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มวัย ซึ่งไม่อาจจัดการตรงกับตัวบุคคลได้เพียงฝ่ายเดียว ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา หรือฟื้นฟูสภาพ แล้วทำให้ปัญหาหมดไป แต่เราต้องจัดการกับประเด็นต่างๆ ที่แวดล้อม และมีอิทธิพลต่อตัวบุคคลไปพร้อมกัน โดยการบูรณาการหากทำได้จะทำให้ปัญหาของกลุ่มวัยได้รับการตอบสนองพร้อมกับส่งผลให้เกิดการเสริมพลัง (Synergistic effect) ทำให้เกิดผลกระทบที่ดีกว่า ซึ่งผังภูมิความสัมพันธ์นี้สามารถปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยได้ อย่างไรก็ตามในการจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยและการจัดการสภาวะแวดล้อมนั้น ข้อมูลสารสนเทศมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อนำไปใช้ในการทำงานบนพื้นฐานของความเป็นจริงตามสภาพของพื้นที่ ในข้อจำกัดของทรัพยากร ทั้ง คน งบประมาณ และสภาพแวดล้อมในกรณีจังหวัดเชียงใหม่มีความยุ่งยากในเชิงบริหารจัดการสาเหตุหลักได้แก่ มีความแตกต่างทางภูมิศาสตร์และประชากรที่หลากหลาย ทั้งพื้นที่มีความห่างไกล เขตเมือง มีชนเผ่า ผู้อพยพ และแรงงานต่างชาติดังนั้นการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงของสังคมที่มุ่งเน้นวัตถุนิยมที่มีผลต่อพฤติกรรมของประชาชน การให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐที่มุ่งให้บริการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งจังหวัดเชียงใหม่มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20.28 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.22 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.69 (ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลกลางกระทรวงสาธารณสุข: 2559)

จากการพัฒนากระบวนการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2559 จึงได้ทำการศึกษาถึง ประสิทธิภาพของการ บูรณาการค่ากลางงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มวัยผู้สูงอายุในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่งของจังหวัดเชียงใหม่ได้แก่ รพสต.บ้านท้อ ต.สันทรายหลวง อ.สันทราย, รพสต.บ้านแม่ผาแพน ต.ออนใต้ อ.สันกำแพง, รพสต.บวกรกเหนือ ต.ท่าวังตาล อ.สารภี, รพสต.บ้านบวกรก ต.หนองตอง อ.หางดง, รพสต.บ้านดงก้า ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง

ผู้นำเสนอแนวทางการแก้ปัญหา ผู้ดำเนินการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ

จากสภาพปัญหาดังกล่าวในข้อ 1 หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือพัฒนาให้ดีขึ้นประชาชนจะได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม กรมอนามัยและกรมควบคุมโรคจึงได้ทำข้อตกลงความร่วมมือนำแนวคิดการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของ ดร.นพ.อมร นนทสุต มาใช้ใน พ.ศ. 2552 และมีการพัฒนามาเป็นลำดับโดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนให้เข้าใจในการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ได้ศึกษาวิจัยการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปใช้ในหลายประเด็น พบว่ามีกิจกรรมสำคัญ 4 กิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะมีงานหรือ Task อยู่หลายๆ งาน จึงได้สร้างกระบวนการสำรวจโครงการต่างๆ เพื่อค้นหาว่าในพื้นที่ที่ทำงานได้ดี มีผลงานเชิงประจักษ์เขาทำงานอะไรอยู่ ซึ่งเราใช้คำว่า **ค่ากลาง** หรือ **Norm** โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ได้ค่ากลางนี้ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขระดับศูนย์วิชาการ/ จังหวัด/ อำเภอ/ ตำบล ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน (แกนนำชุมชน, อสม.) ค่ากลางที่ค้นหา จะมี 2 ประเภท คือ ค่ากลางความสำเร็จระดับเขต และค่ากลางที่คาดหวังระดับจังหวัด

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นศูนย์วิชาการสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค มีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้นำแนวคิด นพ.อมร นนทสุต มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเป็นแกนกลางในการดำเนินงาน ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ได้แก่ รพสต.บ้านท้อ ต.สันทรายหลวง อ.สันทราย, รพสต.บ้านแม่ผาแพน ต.ออนใต้ อ.สันกำแพง, รพสต.บวกรกเหนือ ต.ท่าวังตาล อ.สารภี, รพสต.บวกรก ต.หนองตอง อ.หางดง และรพสต.บ้านดงก้า ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง และเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ และ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 1 เชียงใหม่ซึ่งเป็นศูนย์วิชาการระดับเขต โดยทำหน้าที่ดังนี้

1. สนับสนุนบุคลากรเป็นวิทยากร/ให้ข้อมูล
2. ประสานหาแหล่งงบประมาณ/จัดทำค่ากลางความสำเร็จของเขต ส่งให้จังหวัดนำไปใช้
3. จัดเวทีบูรณาการและพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง

3.1 เวทีเรียนรู้กระบวนการบูรณาการเพื่อสร้างโครงการในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการค่ากลางจากทุกประเด็นและบูรณาการงานของฝ่ายปฏิบัติและฝ่ายสนับสนุน

3.2. เวทีบูรณาการค่ากลางประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุเข้าสู่การจัดการสุขภาพกลุ่มเป้าหมายและการจัดการสภาวะแวดล้อม โดยกลับมาวางแผนร่วมกับทีมในพื้นที่ จัดทำโครงการแบบบูรณาการ (ตาราง 7 ช่อง)

3.3 เวทีพิจารณาโครงการร่วมกันระหว่างทีมปฏิบัติและทีมสนับสนุนโดยการประชุมร่วมกับทีมสนับสนุน ได้แก่ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ชุมชน, หัวหน้ากลุ่มในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์วิชาการ ผู้สนับสนุนพิจารณาให้ความเห็น โดยส่วนไหนที่ฝ่ายสนับสนุนมีงบประมาณหรือมีแนวทางสนับสนุนอยู่แล้ว ทีมปฏิบัติจะระบุในโครงการพื้นฐานทั้ง 2 โครงการ ทำให้เกิดการบูรณาการร่วมกันระหว่างทีมปฏิบัติงานและทีมสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ไม่ต้องตั้งงบประมาณซ้ำซ้อน เป็นการประหยัดงบประมาณ

4. จัดทำค่ากลางความสำเร็จของเขต ส่งให้จังหวัดนำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม

บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ ได้แก่

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยร่วมวางแผนการดำเนินงาน รับสมัครและคัดเลือกพื้นที่นำร่องเข้าร่วมโครงการ ประสานงาน และสนับสนุนทีมในการเยี่ยมเสริมพลังให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนการค้นข้อมูลด้านสุขภาพ สภาพปัญหา และการบริหารจัดการของจังหวัด จัดทำค่ากลางของพื้นที่เอง เป็นรายประเด็นที่เกี่ยวข้อง และ ส่งค่ากลางให้พื้นที่ดำเนินการ

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ร่วมวางแผนการดำเนินงาน เป็นผู้ดำเนินการในระดับพื้นที่ และให้ข้อมูล

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ร่วมบูรณาการค่ากลางและดำเนินการตามแผน

4. คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล สนับสนุนงบประมาณในพื้นที่และร่วมเป็นผู้ดำเนินการในระดับพื้นที่

5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่ สนับสนุนงบประมาณในการติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และค่ากลางไปใช้

ผลงานที่เป็นความคิดริเริ่มในการพัฒนาคุณภาพการบริการ

จากผลการศึกษาการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ (SLM) ที่พัฒนาโดยกรมอนามัยและกรมควบคุมโรคปัญหาที่สมควรแก้ไข คือ ปรับปรุงเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับท้องถิ่น ให้มีองค์ประกอบและบทบาทมากขึ้น รวมทั้งให้มีการกำหนดบทบาทของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลให้มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับกิจกรรมการพัฒนาของฝ่ายปฏิบัติและฝ่ายสนับสนุนอื่นๆในพื้นที่ ให้น้ำหนักกับองค์กรที่เป็นภาคีต่างๆทุกเส้นทางจากแผนที่เรามีทิศทางการพัฒนาอยู่ 2 ทาง คือ เส้นทางปกติ ได้แก่ การจัดทำรายละเอียดและสร้างแผนปฏิบัติการจากกิจกรรมสำคัญแล้วก็ตามการวิธีนี้ เราไม่ได้ลงลึกไปถึง **งาน** ที่เป็นส่วนประกอบของกิจกรรม เราอาจจะประสบความสำเร็จตามแผนที่ได้ แต่จะไม่สามารถปรับประสิทธิภาพของโครงการได้อีกเส้นทางหนึ่งซึ่งเชื่อว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงต่อกิจการสาธารณสุข ได้แก่เส้นทางที่สร้างใหม่เพื่อยกระดับของโครงการ โดยการจัดการกับ **งาน** ที่เป็นองค์ประกอบของกิจกรรมในโครงการเหล่านั้น เราใช้ชื่อวิธีการนี้ว่า **“การจัดการค่ากลาง”** เส้นทางนี้เริ่มจากการกำหนดกรอบกิจกรรมสำคัญจาก SLM ที่คาดหวังว่าจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย โดยการวิเคราะห์ ว่าแต่ละกิจกรรมสำคัญประกอบด้วยงานอะไรบ้าง และงานเหล่านั้นมีความถี่มากน้อยอย่างไร งานที่มีความถี่สูงตามเกณฑ์ที่กำหนดเราถือว่าเป็น **ค่ากลาง** ของโครงการนั้น **ค่ากลาง** ก็คือ **“งานที่ใครๆก็ทำ”** ทำแล้วสำเร็จเรียกว่า **ค่ากลางความสำเร็จ** เพราะเราเอามาจากคนที่เขาทำแล้วดี ประชาชนทำได้ร่วมกันทำแต่ละภาคส่วนมีบทบาท ทำให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เป็นนวัตกรรมก็นำมาทำต่อกันไป ค่ากลางนี้สามารถยกระดับได้ด้วยการปรับเพิ่มหรือลดชนิดของงานให้เหมาะสม ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัด

“การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน” ให้อำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ใช้ SRM หรือเครื่องมืออื่นๆในการทำแผนพัฒนาสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวจังหวัดสามารถใช้วิธีการจัดการค่ากลางซึ่งเป็นส่วนขยายของ SRM ในการบริหารจัดการโครงการ อีกทั้งปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาเชิงซ้อน การแก้ปัญหาสุขภาพจึงต้องอาศัยข้อมูลจากโครงการที่ได้รับความสำเร็จในหลายด้าน ข้อมูลดังกล่าวคือ **ค่ากลางของความสำเร็จ** ในด้านต่างๆ ถ้าหากค่ากลางทำในระดับเขตจะเป็นการขยายโอกาสในการค้นพบนวัตกรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จให้สูงขึ้น ข้อมูลสามารถใช้อ้างอิงระหว่างจังหวัดภายในเขต และสามารถประเมินผลเปรียบเทียบระดับการพัฒนาได้ เพราะบริบทไม่ต่างกันมากดังนั้นจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานระดับเขต ในการค้นหาและกำหนดค่ากลางของความสำเร็จของโครงการในประเด็นต่างๆภายใต้การอำนวยการของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต ศูนย์อนามัยที่ 1 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่จึงได้ริเริ่มทดลองในพื้นที่ต้นแบบในการนำค่ากลางไปทำแผน/โครงการแบบการบูรณาการ

ใช้ยกระดับการพัฒนาโดย ค้นหา (ค่ากลางความสำเร็จระดับเขต) ที่เจ้าหน้าที่ / อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) / ประชาชน และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้ผลดีสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยได้ มีส่วนร่วมของชุมชน มาตราการสังคม นวัตกรรมแล้วประกาศแจ้งให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่นำร่องนำไปใช้โดยนำค่ากลางมาบูรณาการ ตามตาราง Matrix



ทำให้เหลือโครงการเพียง 2 ชุดโครงการคือ โครงการจัดการสุขภาพแบบบูรณาการกลุ่มเป้าหมาย และโครงการจัดการเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อม แล้วจึงนำไปจัดทำแผนแบบบูรณาการ

ด้วยตาราง 7 ช่อง ตามตัวอย่างด้านล่างนี้

ตารางนิยามกิจกรรม 7 ช่อง การดูแลส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ จากการบูรณาการค่ากลางในพื้นที่ ต.ออนใต้ อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่						
1 งานปฏิบัติ (รพ.สต. อสม. แกนนำชมรม สว.)	2 ตัวชี้วัด ผลผลิต	3 ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ	4 ปริมาณงาน	5 งบประมาณ	6 ระยะเวลา	7 ผู้รับผิดชอบ
1.ร่วมเป็นทีมประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ						
- ภาวะโภชนาการและทันตสุขภาพ - คัดกรองความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด - คัดกรองสุขภาพจิต และภาวะสมองเสื่อม - คัดกรองวัณโรค - ตรวจสารพิษตกค้างในกระแสเลือด - คัดกรองถุงลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง - ประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน(ADL)	ได้ข้อมูล ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุทุก ประเด็น ต่างๆ	มีทีมบูรณาการผู้สูงอายุระดับตำบล	ทีมออกประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในวันรับเบี้ยผู้สูงอายุที่เทศบาลฯ 2 วัน/ผู้สูงอายุ 927 คน	-ค่าอาหารกลางวันทีมประเมิน 50 คน ๆ ละ 100 บาท 2 วัน เป็นเงิน 10,000 บาท -ค่าวัสดุสำนักงาน 5,000 บาท	1 ต.ค.56- ก.ย.57	ทีมบูรณาการผู้สูงอายุตำบลออนใต้

ตารางนิยามกิจกรรม 7 ช่อง การดูแลส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ จากการบูรณาการค่ากลางในพื้นที่ ต.ออนใต้ อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่						
1 งานปฏิบัติ (รพ.สต. อสม. แกนนำชมรม สว.)	2 ตัวชี้วัด ผลผลิต	3 ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ	4 ปริมาณงาน	5 งบประมาณ	6 ระยะ เวลา	7 ผู้รับผิดชอบ
2. วิเคราะห์ข้อมูล/จัดทำฐานข้อมูล ADL แยกประเภท 3 กลุ่ม						
3. คัดเลือกข้อมูลสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัวและในระดับชุมชน เพื่อหาแนวทางแก้ไข สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ได้แนวทาง การส่งเสริม สุขภาพเพื่อ แก้ไขปัญหา สุขภาพ ผู้สูงอายุ	มีการขยาย งาน และ กิจกรรม ส่งเสริม สุขภาพใน ชุมชน		- ค่าอาหารว่าง อาหารกลางวัน เวทีคัดเลือกทีม ประเมิน 50 คนๆ ละ 100 บาท 2 วัน เป็นเงิน 10,000 บาท รวมงบประมาณ 25,000 บาท (ได้รับสนับสนุน จากกองทุนสุขภาพ ต.ออนใต้ ปี 2556)		

ผลจากการดำเนินงานด้วยโครงการแบบบูรณาการ พบว่าสามารถลดเวลา ลดค่าใช้จ่าย ได้ร้อยละ 32.39งบประมาณที่เหลือนำไปใช้พัฒนานวัตกรรมสุขภาพ หรืองานอื่นๆได้ ซึ่งได้นำงบประมาณที่เหลือไปศึกษาวิจัยวิถีชีวิตผู้มีอายุยืน จังหวัดเชียงใหม่

กลยุทธ์ที่นำมาใช้ให้การพัฒนาบริการประสบผลสำเร็จ

กลยุทธ์ที่ใช้ได้แก่

การปฏิรูปโครงการ โดยใช้แนวคิดใหม่ Issue-based project formulation เป็น Activity - based project formulation มีกรอบกิจกรรมสำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้สนับสนุนได้แก่การเฝ้าระวัง/คัดกรอง การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้มาตรการทางสังคม การปรับปรุงแผนงาน/โครงการการพัฒนาสมรรถนะ การประเมินผล/ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งกิจกรรมตาม Activity Base นี้ได้มาจากการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่มีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ซึ่งกิจกรรมได้ผ่านการทดลองใช้มาแล้ว เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ศรัทธาในคุณประโยชน์ของกิจกรรมเหล่านั้น

พัฒนาสมรรถนะผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจแนวคิดปฏิรูปโครงการแบบใหม่ พร้อมฝึกปฏิบัติ มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ โดยวิทยากร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่นำร่องและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้ค่ากลางจัดการโครงการแบบบูรณาการ การสร้างตารางแผนปฏิบัติการ 7 ช่อง การสร้างตัวชี้วัดผลผลิต ตัวชี้วัดผลสำเร็จ

บูรณาการค่ากลางด้วยตาราง Matrix จัดทำเป็นชุดโครงการ 2 ชุดคือ โครงการจัดการสุขภาพกลุ่มเป้าหมายแบบบูรณาการ และโครงการจัดการสภาวะแวดล้อม

การสื่อสารให้ผู้บริหาร และการสื่อสารสาธารณะ ผ่าน Social Network website ของ ดร.นพ.อมร นนทสุต www.amornsrn.net เพื่อให้สาธารณะรับทราบและผลักดันให้เกิดนโยบายระดับชาติ โดย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ ได้แก่ผู้ตรวจราชการเขต 1 สาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รองอธิบดีกรมอนามัย

อธิบดีกรมอนามัย และ ดร.นพ.อมร นนทสุต นำ
เรียนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การติดตามประเมินผล/เยี่ยมเสริมพลัง
โดย ดร.นพ.อมร นนทสุต ศูนย์อนามัยที่ 1
เชียงใหม่ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
เชียงใหม่ โดยแบ่งทีมรับผิดชอบในพื้นที่นำร่อง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง เพื่อเป็น
ขวัญกำลังใจ ติดตามความก้าวหน้า เสนอข้อมูล
ให้ข้อเสนอแนะในการหาแนวทางพัฒนาปรับปรุง
งานและร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน

การศึกษาฐานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ระหว่างพื้นที่และระหว่างหน่วยงาน

ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ

ทรัพยากรบุคคล

- ดร.นพ.อมร นนทสุต ผู้คิดค้นเครื่องมือ
จัดการสุขภาพ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และ
ค่ากลาง

- บุคลากรสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 1
เชียงใหม่ (กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัยและ
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ)

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฯ, ผู้เชี่ยวชาญด้าน
สาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ,
หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค หัวหน้างานสุขภาพภาค
ประชาชนและ ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มวัย)

- บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล 5 แห่ง (นักวิชาการสาธารณสุข, พยาบาล
เวชปฏิบัติ)

- บุคลากรจากสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติเขต 1 เชียงใหม่ (ผู้รับผิดชอบงาน
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล)

เทคนิค โดยประชุมเชิงปฏิบัติการจัด
กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเยี่ยมเสริมพลัง

งบประมาณ ได้รับการสนับสนุนจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1
เชียงใหม่ ในการดำเนินโครงการเพื่อเพิ่มการเข้าถึง
บริการสุขภาพของประชาชน และจากศูนย์อนามัย

ที่ 1 เชียงใหม่ ในโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
และบริหารจัดการกระบวนการ เช่น การเยี่ยม
เสริมพลัง การจัดเวทีบูรณาการ และค่าใช้จ่ายใน
การดำเนินงานตามกลยุทธ์ ส่วนสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ใช้งบประมาณค่าใช้จ่าย
สอยจากหน่วยงานต้นสังกัดในการร่วมดำเนินงาน

การบริหารจัดการทรัพยากร ได้ดำเนินการ
การดังนี้

1. ทำหนังสือประสานงานขอความร่วมมือ
จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่เชิญ
บุคลากรร่วมดำเนินการโดยเบิกค่าใช้จ่ายจาก
หน่วยงานต้นสังกัด

2. ประสานสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติเขต 1 เชียงใหม่ อย่างไม่เป็นทางการเพื่อ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เมื่อได้รับความ
เห็นชอบ จึงจัดทำโครงการเสนอขอรับสนับสนุน
งบประมาณเป็นทางการ

3. ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นผู้บริหาร
จัดการงบประมาณตามระเบียบและเงื่อนไขตาม
โครงการ

ขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาการบริการและการ นำไปปฏิบัติ

ลำดับขั้นตอนในการพัฒนา วิวัฒนาการ

1. การใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดิน
ยุทธศาสตร์เริ่มต้นอย่างเป็นทางการตั้งแต่กรม
อนามัยและกรมควบคุมโรค ได้ร่วมกันสร้างแผนที่
ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM) เพื่อใช้
ในงานสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2552

2. หลังจากนั้นได้มีการกำหนดกิจกรรม
สำคัญของแผนที่ฯ เพื่อควบคุมการพัฒนาให้เป็นไป
ในทิศทางเดียวกัน เมื่อ พ.ศ. 2553

3. ชุดกิจกรรมสำคัญดังกล่าวได้ทำการ
ทดสอบในสถานการณ์จริงแล้วจึงดัดแปลงใหม่ 1
ครั้งเป็นชุดกิจกรรมสำคัญที่ใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2554
เป็นต้นมา

4. ชุดกิจกรรมสำคัญนี้ ได้ใช้ค้นหาและกำหนดงานที่เป็นค่ากลางของโครงการสุขภาพ ทั้งระดับจังหวัด และระดับเขตตั้งแต่ พ.ศ. 2555

5. จากนั้น กำหนดชุดกิจกรรมสำหรับงานสนับสนุน โดยหน่วยงานระดับจังหวัด เขต เพื่อปรับบทบาทของหน่วยงานระดับดังกล่าวให้ตอบสนองจังหวัดได้ดีขึ้น

6. พ.ศ. 2556-2557 หลังจากมีค่ากลางระดับพื้นที่/จังหวัด เขต แล้ว เป็นการปรับแผนงาน/โครงการของท้องถิ่นตำบล และสร้างงานที่เป็นนวัตกรรม สร้างระบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้วสร้างสมรรถนะให้ประชาชน (หมายถึงกรรมการ กองทุนและกำลังคน) ในระดับท้องถิ่น/ตำบล ให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองโดยเทคนิคการบูรณาการด้วยค่ากลางดำเนินการทดลองบูรณาการใน 5 ตำบล ในจังหวัดเชียงใหม่

7. พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัด “การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน” ให้อำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ใช้ SRM หรือเครื่องมืออื่นๆในการทำแผนพัฒนาสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50ในการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวจังหวัดสามารถใช้วิธีการจัดการค่ากลางซึ่งเป็นส่วนขยายของ SRM ในการบริหารจัดการโครงการ

8. พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานโดยให้นำแนวคิดของ ดร.นพ.อมร นนทสุต เรื่องแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการจัดการค่ากลาง ไปใช้ในพื้นที่ตำบลดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) กำหนดให้มีการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยแบบบูรณาการ กรมอนามัยโดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่จัดอบรมวิทยากรเชี่ยวชาญ “การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และ การใช้ค่ากลาง (Supper Trainer)” แก่บุคลากรจากเขตสุขภาพ ศูนย์อนามัยเขต สำนักงานสนับสนุน

บริการสุขภาพเขต สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคเขต และศูนย์สุขภาพจิตเขต ในเขตสุขภาพที่ 1-12 และเขตกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 77 คน และอบรมครู ก ระดับจังหวัด รวมจำนวน 328 คน เพื่อให้ไปจัดอบรมครู ข เป็นทีมงานขยายให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้นเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติ

1. กระบวนการปฏิรูป เพื่อปรับบทบาทของหน่วยงานระดับเขตให้ตอบสนองต่อพื้นที่

- หาค่ากลางของความสำเร็จในงานตามประเด็นที่กำหนด (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่เขตในปัจจุบัน

- หาค่ากลางของงานสนับสนุนตามประเด็นที่กำหนด ที่ดำเนินการในปัจจุบัน

- ตรวจสอบและปรับค่ากลางของงานสนับสนุนของหน่วยงานระดับเขต ให้สามารถตอบสนองค่ากลางของความสำเร็จที่คาดหวังจากพื้นที่ได้

- หน่วยงานระดับเขตส่งค่ากลางความสำเร็จระดับเขตไปยังสำนักงานสาธารณสุขให้จังหวัดเพื่อนำไปปรับกิจกรรมและงานของโครงการสุขภาพต่างๆที่กำลังดำเนินการอยู่ เพื่อยกระดับคุณภาพของโครงการเหล่านั้น โดยให้ฝ่ายต่างๆ ที่รับผิดชอบในส่วนของตนรับทราบ และประชุมกันทำการปรับค่ากลางที่คาดหวังที่มีอยู่เดิมให้ดียิ่งขึ้นด้วยข้อมูลที่ได้รับจากเขต แล้วส่งผลการปรับค่ากลางให้หน่วยงานระดับเขตทราบ

- หน่วยงานระดับเขตปรับค่ากลางของการสนับสนุนอีกครั้งให้สอดคล้องกับค่ากลางที่คาดหวังชุดใหม่ที่ได้รับจากจังหวัด ตามข้อ 4 (เมื่อทำดังนี้ หน่วยงานสนับสนุนจะมีค่ากลางของการสนับสนุนอยู่หลายชุดซึ่งใช้กับจังหวัดใดจังหวัดหนึ่งโดยเฉพาะ)

2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ 5 ตำบล

3. เยี่ยมเสริมพลัง โดย คณะทำงานระดับเขต ร่วมกับ ดร.นพ.อมร นนทสุต โดยแบ่งทีม

รับผิดชอบใน พื้นที่นำร่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง

4. สรุปบทเรียนการดำเนินงาน เสนอผู้บริหารในระดับต่างๆ และเผยแพร่ผ่านช่องทาง เช่น website ของ ดร.นพ.อมร นนทสุต www.amornsrn.net เว็บไซต์ประชุมผู้บริหารเขตสุขภาพ และหนังสือราชการ

สำหรับกระบวนการดำเนินงานบูรณาการค่ากลาง ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 5 ตำบลนำร่อง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ดำเนินงาน ดังนี้

1. การทบทวนและปรับปรุงค่ากลาง

งานสุขภาพภาคประชาชน ผู้รับผิดชอบงานแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และค่ากลาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นผู้รวบรวมและจัดทำค่ากลางจังหวัดเชียงใหม่ โดยนำค่ากลางความสำเร็จระดับเขตประเด็นผู้สูงอายุ มาปรับและค่ากลางของจังหวัดที่ได้ทำแล้วทั้งหมด 13 เรื่อง แบ่งเป็น

1.1 ค่ากลางที่ประกาศไปแล้ว ตั้งแต่ปี 2554 จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ การป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, การป้องกันโรคไข้เลือดออก, อาหารปลอดภัย และอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งจะต้องทำการยกระดับและปรับใหม่ให้เป็นปัจจุบันมากขึ้น

1.2 ค่ากลางที่จัดทำเพิ่ม พ.ศ.2556 จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ, การป้องกันโรคเอดส์, การจัดการขยะชุมชน, การป้องกันอุบัติเหตุ-อุบัติภัย และการป้องกันวัณโรค

1.3 ค่ากลางที่ควรจะทำเพิ่ม พ.ศ.2557 จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ โภชนาการ (รวบรวมกิจกรรมไว้แล้ว) การคุ้มครองผู้บริโภค (นำกิจกรรมไปรวมกับอาหารปลอดภัย) และสุขภาพจิต (ทำการปรับค่ากลางของอำเภอหางดง และยกระดับให้เป็นระดับจังหวัด)

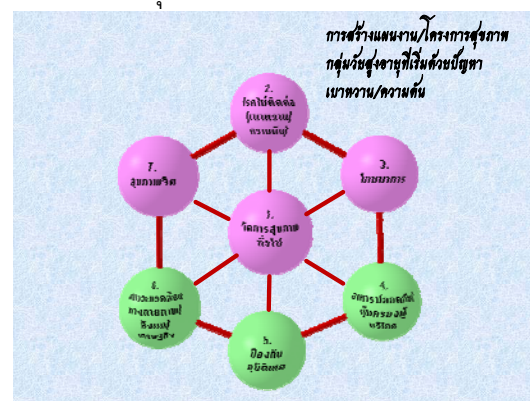
1.4 ค่ากลางส่วนสนับสนุน จำนวน 1 เรื่อง โดยทำการปรับค่ากลางส่วนสนับสนุนงานป้องกันโรคเบาหวานและความดัน

โลหิตสูง ของเขตที่ได้จัดทำไว้แล้วมาประยุกต์และปรับเป็นค่ากลางส่วนสนับสนุนทุกเรื่องของจังหวัด

2. การจัดเวทีประชุมพัฒนาแผนงาน/โครงการบูรณาการค่ากลาง

ที่ประชุมเลือกประเด็นการบูรณาการค่ากลางการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยยึดเอาแผนภูมิโยแมงมุมประเด็นที่มีผลกระทบกับสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิด ของ ดร.นพ.อมร นนทสุต มาเป็นกรอบในการเลือก ดังนี้

ที่ประชุม เลือกค่ากลางที่เกี่ยวข้องใน



การบูรณาการค่ากลาง ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ ตามสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่

แบ่งกลุ่มผู้ร่วมประชุมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มจัดการ กับ กลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มวงกลมสีเขียว) และกลุ่มจัดการสถานะแวดล้อม (กลุ่มวงกลมสีชมพู) กิจกรรมสำคัญ 2 กิจกรรมที่พื้นที่ทำการบูรณาการงานเป็นลำดับแรกๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การจัดการกลุ่มเป้าหมาย และการจัดการแผนงาน/โครงการ พร้อมทั้งพิจารณาค่ากลางส่วนสนับสนุนที่เกี่ยวข้องหรือสามารถสนับสนุนให้การดำเนินงานทั้ง 2 กิจกรรมสำคัญสำเร็จได้ โดยการนำค่ากลางมาเรียงต่อกันพร้อมปรับหรือเลือกเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถทำได้ในปีที่จัดทำแผนงาน/โครงการ โดยใช้ตารางช่วยบูรณาการค่ากลาง (ตาราง Matrix) เป็นเครื่องมือ



การบูรณาการมี 2 แบบ คือ 1. การบูรณาการงานของฝ่ายปฏิบัติกับฝ่ายสนับสนุนภายในประเด็นเดียวกัน 2. การบูรณาการประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มวัยต่าง ๆ



หลักการสำคัญคือ **บูรณาการ**ค่ากลางทุกเรื่องเข้าด้วยกันให้เป็น 2 ชุดงานใหญ่ๆ คือ ชุดงานจัดการกับกลุ่มเป้าหมายและการจัดการกับสภาวะแวดล้อม โดยการคัดเลือก รวบรวม เรียงลำดับ และจัดหมวดหมู่ให้เหมาะสม

3. ระบบการติดตามและประเมินผลการพัฒนาบริการ

การปฏิรูปโครงการ ได้มีการประชุมร่วมกับผู้บริหาร 1 ครั้ง และจัดเวทีบูรณาการ 3 ครั้ง

การพัฒนาสมรรถนะผู้เกี่ยวข้อง โดยติดตามประเมินผลความก้าวหน้าและเสริมพลังอย่างน้อย 2 ครั้ง/ตำบล

การสื่อสารโดยจัดเวทีคืนข้อมูลแก่ผู้บริหาร และติดตามความก้าวหน้าในพื้นที่

5 ตำบล จำนวน 2 ครั้ง ประเมินผลโดยสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากรสาธารณสุข ท้องถิ่น และแกนนำชุมชน และจากการสรุปบทเรียนของพื้นที่

ประเมินผล/เยี่ยมเสริมพลัง โดยศูนย์วิชาการระดับเขต (ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่) ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 5 แห่งๆละ 2 ครั้ง/ปี

ปัญหา อุปสรรค รวมถึงวิธีการบริหารจัดการ ปัญหาที่พบระหว่างดำเนินการ

1. ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้สนับสนุนระดับอำเภอในการจัดการโครงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแบบบูรณาการ ในระดับตำบล
2. ภาคประชาชนยังไม่เข้าใจกระบวนการจัดทำโครงการแบบบูรณาการ ต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น พี่เลี้ยง
3. ผู้ปฏิบัติงานยังไม่มี ความเข้าใจการกำหนดตัวชี้วัดในโครงการ
4. ศัพท์วิชาการ “ค่ากลาง” เป็นคำที่ชาวบ้านไม่เข้าใจ

วิธีจัดการกับปัญหา

1. แต่งตั้งคณะทำงานเป็นทีมสนับสนุน โดยมีเจ้าหน้าที่จากศูนย์วิชาการระดับเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล เพื่อให้การสนับสนุน
2. พัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ ทีมสนับสนุน และทีมผู้จัดการโครงการระดับพื้นที่ เพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้แกนนำ และประชาชน โดยเฉพาะเรื่องการจัดการกระบวนการต่างๆ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดทำโครงการและแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการ การกำหนดตัวชี้วัดโครงการ
3. สนับสนุนวิทยากรกระบวนการในพื้นที่ และเชิญชวนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินการพัฒนาบริการ

ผลผลิตการดำเนินงาน

1. ระดับตำบล มีชุดโครงการบูรณาการ
2 โครงการใหญ่ ได้แก่ โครงการจัดการสุขภาพ
กลุ่มวัย และโครงการจัดการสภาวะแวดล้อม โดย
บูรณาการกิจกรรมทำงานเหลือเพียง 4 กิจกรรม
คือการเฝ้าระวังคัดกรอง การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม การสร้างมาตรการสังคม การปรับ
แผนงานโครงการ จากเดิมที่มีโครงการหลาย
โครงการ แต่ละโครงการมีหลายกิจกรรมซึ่งซ้ำซ้อน
กัน มีการกำหนดตัวชี้วัดของโครงการระดับตำบล
ขึ้นมาเองเพื่อวัดระดับความสำเร็จจากเดิมที่ใช้
ตัวชี้วัดที่กำหนดจากส่วนกลาง

2. เกิดการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย
ในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน แกนนำ อาสาสมัครประจำ
หมู่บ้าน กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ตำบล และสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน
ร่วมกัน

3. การทำงานของเจ้าหน้าที่และ
ประชาชน มีเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน
ลดขั้นตอนในการทำงานบทบาทการทำงานของแต่
ละหน่วยงานชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน ผู้บริหารท้องถิ่นให้
ความสนใจ มีส่วนร่วมโดยให้งบประมาณสนับสนุน
การดำเนินงาน

4. เกิดมาตรการสังคมและธรรมาภิบาล
สุขภาพของชุมชน โดยชุมชน เช่นการลดหวาน
มัน เค็มในงานบุญ งานศพ เทศกาลต่างๆ การลด
เหล้าเข้าพรรษา การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการ
ออกกำลังกาย การปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน
มีอาสาสมัคร “สละบ้าน” หรือช่างซ่อมบ้านไว้ช่วย

ปรับบ้านให้ผู้สูงอายุ มีกองทุนสวัสดิการ กองทุน
ออกซิเจนสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่มี
ปัญหาระบบหายใจ

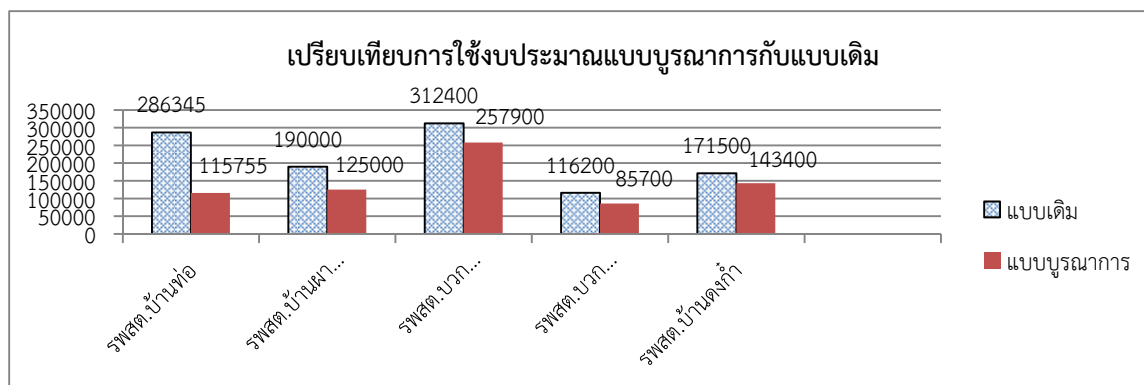
5. เกิดทีมบูรณาการผู้สูงอายุมีการทำ
MOU ระหว่างหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน
มีการขับเคลื่อนแผน ตามบทบาทของแต่ละภาค
ส่วน ภายใต้แผนงานโครงการเดียวกัน ใช้ข้อมูล
แหล่งเดียวกัน

6. ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทเด่นชัดใน
ชุมชน ได้รับการยอมรับ เกิดนวัตกรรมเชิงสังคม
โรงเรียนผู้สูงอายุ กำหนดวันผู้สูงอายุ กำหนด
กิจกรรมของชุมชนตลอดปีโดยทุกกลุ่มวัยมี
ส่วนร่วม

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

1. ระดับชาติเกิดเป็นนโยบาย
ระดับประเทศให้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และมีการนำเข้าบรรจุใน
เทศบัญญัติ และแผน 3 ปี ของท้องถิ่น

2. เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของ
โครงการในพื้นที่นำร่อง 5 ตำบล จังหวัดเชียงใหม่
โดยสามารถลดงบประมาณได้ร้อยละ 32.39 และ
นางบประมาณที่ประหยัดได้ไปสร้างนวัตกรรม
สุขภาพหรือสร้างงานอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาและเกิด
ประโยชน์ต่อพื้นที่เช่น ใช้ในการศึกษาวิจัยวิถีชีวิตผู้
อายุยืนจังหวัดเชียงใหม่ ลดเวลาการทำกิจกรรมที่
ซ้ำซ้อนลง จาก 3-6 เดือน เป็น 1-2 เดือน และ
บุคลากรที่ออกปฏิบัติงานร่วมกันจากที่ต้องออกทำ
กิจกรรมหลายครั้งหลายกิจกรรม ลดเหลือ
4 กิจกรรม และความถี่ในการออกปฏิบัติงานเหลือ
1-2 ครั้ง ดังแผนภูมิ



เปรียบเทียบจำนวนโครงการ งบประมาณ คน และเวลา ที่ทำตามโครงการแบบเดิมและแบบบูรณาการ

รพ.สต.	โครงการแบบเดิม (แยกประเด็น)	โครงการแบบบูรณาการค่ากลาง
รพ.สต.บ้านท้อ ตำบลสันทราย หลวง อำเภอสันทราย	งบประมาณ 1. โครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ 177,000 บาท 2. โครงการผู้สูงอายุเสี่ยง 108,000 บาท 3. โครงการควบคุมโรค 1,345 บาท รวม 286,345 บาท	งบประมาณ 1. การจัดการกลุ่มเป้าหมาย 41,000 บาท 2. การจัดการสิ่งแวดล้อม 74,755 บาท (บางกิจกรรมใช้ งบประมาณของเทศบาล) รวม 115,755 บาท
	คน ทั้ง 3 โครงการต้องระดมคนช่วยทั้ง 3 โครงการ ครั้งละหลายๆ คน	คน บูรณาการในวันรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งเดียว ระดมคน ช่วยจำนวนมากแต่ 1 ครั้ง ส่วนการจัดการสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ดำเนินงานโดยใช้ งบประมาณของเทศบาลไปแล้ว
	ระยะเวลาดำเนินงาน 3-6 เดือน	ระยะเวลาดำเนินงาน 1-2 เดือน
รพ.สต.	โครงการแบบเดิม (แยกประเด็น)	โครงการแบบบูรณาการค่ากลาง
รพ.สต.บ้านบวก ครกเหนือ ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี	งบประมาณ 1. โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 42,000 บาท 2. โครงการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ 17,300 บาท 3. โครงการป้องกันโรคและโรคเอดส์ 20,140 บาท 4. โครงการอาหารปลอดภัย 29,400 บาท 5. โครงการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 106,200 บาท 6. โครงการขยะแลกไข่ 47,000 บาท 7. โครงการป้องกันอุบัติเหตุ-อุบัติเหตุ 50,000 บาท รวม 312,040 บาท	งบประมาณ 1. การจัดการกลุ่มเป้าหมาย 140,650 บาท 2. การจัดการสิ่งแวดล้อม 117,250 บาท รวม 257,900 บาท
	คน ทั้งหมด 7 โครงการ ดำเนินงาน 7 ครั้ง อสม. สท. และผู้นำ ชุมชนต้องมาร่วมงานหลายครั้ง	คน -ระดม อสม. สท. และผู้นำชุมชน ทุกคนมาช่วยกันครั้ง เดียว -แกนนำแต่ละกลุ่มร่วมประชุมและสรุปผลงาน 2 ครั้ง
	ระยะเวลาดำเนินงาน ทั้งหมด 7 โครงการ ถ้าทำโครงการละ 1 เดือน จะใช้เวลา ประมาณ 7 เดือน	ระยะเวลาดำเนินงาน -จัดมหกรรมสุขภาพผู้สูงวัย ให้ผู้สูงวัยมารวมกันเพื่อ ตรวจสุขภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประกวดผู้สูงอายุ ต้นแบบ ครั้งเดียว -รวมเวลาเตรียมงาน ดำเนินงาน และสรุปผลประมาณ 3 เดือน

3. พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 5 ตำบล มีการปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ด้านการบริโภค ลดหวาน มัน เค็ม หันมารับประทานอาหารสุขภาพ รวมกลุ่มออกกำลังกายด้วยวิถีภูมิปัญญาท้องถิ่นเช่นรำวงย้อนยุค จากเดิมที่ไม่มีการรวมกลุ่มกัน การช่วยเหลือกันในชุมชนมีความเอื้ออาทรต่อกันมากขึ้นเช่นสร้างบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้ผู้ยากไร้โดย “สล่าบ้าน” หรือช่างซ่อมบ้าน จากเดิมที่ไม่มี มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมากขึ้น เช่น จัดงานปอยหลวงคนเฒ่า กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุแบบบูรณาการทุกกลุ่มวัย จากเดิมที่มีผู้สูงอายุมาเพียงเล็กน้อย มีกิจกรรมที่หลากหลาย

4. มีบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มี อสม. แกนนำชุมชนที่มีศักยภาพสามารถไปแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงสอนพื้นที่อื่นได้ เป็นครูสอนในสิ่งที่ชุมชนอยากเรียน โดยสอนกันเอง

5. มีกองทุนพัฒนาชุมชนและบริหารโดยชุมชน ภายใต้คำขวัญ “สุขภาพดี มีตั้งค์ ยั่งยืน”

6. แหล่งเรียนรู้ชุมชนที่ยั่งยืนเป็นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน โดยมีผู้รู้ในชุมชนเป็นผู้สอนกันเอง

การสร้างความยั่งยืนและการขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นๆ

พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป็นนโยบายให้กรมวิชาการ/จังหวัด/เขต สนับสนุนการดำเนินงานโดยให้น้ำหนักคิดของ ดร.นพ.อมร นนทสูต เรื่องแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการจัดการค่ากลางซึ่งเป็นแนวคิดในการพัฒนางานสุขภาพประชาชน สร้างความเข้มแข็ง ให้กับชุมชน เพื่อจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมสังคม มาใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลผู้สูงอายุที่มีการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ตำบลจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยแบบบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ และภาคประชาชน ยึดหลักการทรงงาน

“เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” และกรมอนามัย ได้นำนโยบายดังกล่าวมาขับเคลื่อนและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม กำหนดเป้าหมาย 200 ตำบล และใน ตำบล เป้าหมาย Long term care พ.ศ. 2559-2560 นอกจากนี้ยังได้สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพวิทยากรเชี่ยวชาญ “การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การใช้ค่ากลาง” ขยายความครอบคลุมทั่วประเทศ จัดทำค่ากลางความสำเร็จระดับเขต ระดับจังหวัด และ อบรมครู ก 4 ภาค ครู ข ตามจำนวนที่จังหวัดกำหนดเอง ซึ่งแต่ละเขตร่วมในการสนับสนุนนโยบายกำหนดเป็น small success ในการดำเนินงาน Long term care ระยะ 6 เดือน พื้นที่เป้าหมายต้องใช้ค่ากลางในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสังกัดกรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

บทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินการพัฒนาบริการ

1. การทำงานจะสำเร็จต้องมีการปฏิบัติจริง และทำซ้ำๆ มีการทบทวน ติดตามผลการดำเนินงาน ใช้เครื่องมือ PDCA และปรับแผนให้เข้ากับบริบทของพื้นที่

2. ไม่คาดหวังต่อผลสำเร็จ ผลลัพธ์มากเกินไป ทำไปทีละขั้นตอน

3. มีการสื่อสารมากขึ้น ใช้การสื่อสารสองทาง ทั้งแบบเป็นทางการคือการชี้แจงในที่ประชุม และไม่เป็นทางการคือพูดคุยในทุกโอกาส สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน

4. ใช้สื่อกลาง คือ อสม.และอดีตผู้นำชุมชนที่มีภาวะผู้นำเป็นที่ยอมรับของชุมชน

5. ปรับบทบาทเป็นผู้จัดการไม่ใช่ผู้ดำเนินงาน เป็นพี่เลี้ยงให้กับชุมชน/พื้นที่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ขับเคลื่อนและดำเนินงาน

6. เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ เกี่ยวกับ ตัวชี้วัด ทัศนคติ ภูมิปัญญา ระเบียบข้อบังคับ เกี่ยวกับงาน ผู้สูงอายุ
7. ยกย่องให้ความสำคัญกับแกนนำผู้นำ สูงอายุ
8. มีข้อมูลครอบคลุมทุกมิติของผู้สูงอายุ ใช้ ข้อมูลร่วมกัน และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่
9. การมีและใช้ระเบียบข้อบังคับชมรม ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชน
- 10.การบริหารจัดการด้านบุคลากร งบประมาณ ของชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรประกาศค่า กลางที่คาดหวังสำหรับโครงการสุขภาพของกลุ่มวัย ต่างๆ ส่วนกิจกรรมเรื่องการสนับสนุน ควร กำหนดค่ากลางต่อไป งานที่ประกาศจะมี 2 ประเภท คือ งานที่ทุกจังหวัดทำเหมือนกัน และ งานที่แต่ละจังหวัดเลือก ให้เหมาะสมกับบริบทของ ตน
2. รวบรวมข้อมูลค่ากลางของความสำเร็จ ของโครงการสุขภาพกลุ่มวัยต่างๆ ทั้ง 5 กลุ่มวัย ที่ ทุกเขต เพื่อเป็นข้อมูลหัตถ์ภูมิสำหรับใช้ใน ระดับประเทศ
3. ควรกำหนดเจ้าภาพหลักการใช้เทคนิค การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และค่ากลางในทุก ระดับทั้งกระทรวง กรม เขต ศูนย์วิชาการ และ จังหวัดเพื่อเชื่อมประสานการทำงานแบบบูรณา การและทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคีเครือข่ายอื่นๆทั้งภาครัฐภาคเอกชน และประชาชน
4. ควรขยายเทคนิคการใช้แผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์และค่ากลางไปยังภาคีเครือข่ายอื่นๆ เช่นกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและ สหกรณ์ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาวิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร.นพ.อมร นนทสุต ที่กรุณาให้คำแนะนำ เป็นที่ ปรีกษา ตลอดการศึกษา ขอขอบพระคุณ นพ.วัฒนา กาญจนกามล ทพ.ดร.สุรสิงห์ วิศรุต รัตน์ และ นายทรงยศคำชัย นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย นางจุฬาลักษณ์ ปัญญาคง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต. บ้านท่อ ต.สันทรายหลวง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ นายศิวพงษ์ คล่องพานิช นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ รพ.สต. บ้านแม่ผาแหน ต.ออนใต้ อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ นางสุชีรา ศิริลักษณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต. บ้านบวกรกเหนือ ต.ท่าวังตาล อ.สารภี จ.เชียงใหม่ นางประภาพร ช่อศรี นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.บ้านบวกรก ต.หนองตอง อ.หางดง จ.เชียงใหม่ และนางมาลี ใบจั่ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต. บ้านดงก่ำ ตำบลทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ ที่ให้ความร่วมมือและดำเนินการตาม แนวทางที่คณะวิจัยกำหนดขึ้น จนทำให้งาน ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพ

ข้อแนะนำในการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิชาการเพื่อแพร่ความรู้ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การสาธารณสุข รวมทั้งข่าวสารการดำเนินงานของ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และภาคีเครือข่าย ซึ่งจัดทำปีละ 2 ฉบับ เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสาร เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กองบรรณาธิการจึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความวิจัย หรือบทความวิชาการ เพื่อจัดพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)** เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปเอกสารอ้างอิงก็ได้
2. **บทนิพนธ์ปริทัศน์ (Review Article)** เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทางวิชาการเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ประกอบด้วยบทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เขียนมา วิธีการสืบค้นข้อมูล บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง
3. **บทความพิเศษ (Special Article)** เป็นบทความประเภทที่ส่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ
4. **บทความทั่วไป (General Article)** เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่ถูกละเลยยกมานำเสนอ โดยเพิ่มความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาที่ยังไม่สมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขปหรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน
5. **ปกิณกะ (Miscellany)** เป็นบทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความที่น่าสนใจ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป
6. **บทความย่อ (Abstract Article)** เป็นเรื่องย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่างๆ

คำแนะนำในการเขียนและส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

1. **การเตรียมต้นฉบับ พิมพ์** โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 Point จัดพิมพ์ระยะบรรทัดเว้นบรรทัด
2. **รายงานการวิจัย หรือบทความหนึ่งๆ** ควรมีความยาวระหว่าง 12 – 16 หน้า โดยพิมพ์ลงในขนาดกระดาษ A4 ใส่หมายเลขหน้าให้อยู่บนมุมขวาบน
3. **ส่งต้นฉบับรายงานการวิจัย** ส่ง File ข้อมูลต้นฉบับในรูปแบบ Word ทาง ระบบออนไลน์ OJSHPC10 e – mail: lannajournal@gmail.com

4. องค์ประกอบของรายงานการวิจัย หรือบทความประกอบด้วย

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ใช้
อักษรตัวหนา

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ระบุชื่อ นามสกุล ของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการและ
สังกัด ส่งทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ

4.3 บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเขียนให้สั้นที่สุดไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำ กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีการ
ดำเนินการวิจัย ผลการวิจัยและสรุปผลการวิจัย

4.4 บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้า
ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

4.5 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่
ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

4.6 วิธีการดำเนินงานหรือขั้นตอนการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึง
แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการ
วิเคราะห์ข้อมูล หรือหลักสถิติมาประยุกต์

4.7 ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่าง
เป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐาน
ที่วางไว้

4.8 วิจารณ์ผล อภิปรายผลว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ และความเกี่ยวข้องกับ
ผลงานวิจัยที่เคยมีผู้ค้นคว้าไว้ก่อน

4.9 สรุปผล (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัยวิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย(ให้สรุปตรงประเด็น) และข้อเสนอที่
อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการ
วิจัยต่อไป

4.10 ตาราง ให้ระบุลำดับที่ของตาราง ใช้คำว่าตาราง “ตาราง...” และมีคำอธิบายเหนือ
ตารางไม่ต้องขีดเส้นใต้

4.11 รูป ให้ระบุลำดับที่ของรูปใช้คำว่า “รูป...”และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูปไม่ต้องขีดเส้นใต้

4.12 รายงานการวิจัยที่เป็นการทดลองในมนุษย์ ผู้เขียนควรระบุให้เห็นได้ว่าได้ปฏิบัติตาม
แนวทางหรือหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรม และแสดงหลักฐานว่าได้มีคณะกรรมการจริยธรรมของหน่วยงาน
พิจารณาประเด็นที่สงสัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

4.13 บทความที่เสนอ ต้องไม่เคยได้รับการจัดพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นมาก่อนและหาก
บทความที่เสนอได้รับการตอบรับให้ จัดพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อมล้านนา ผู้เสนอบทความต้องรับรองว่าจะไม่นำบทความไปจัดพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นอีก (เว้นแต่จะ
ได้รับความยินยอมที่ เป็นลายลักษณ์อักษรจากศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่) และหากเกิดความเสียหายใดๆ
เกิดขึ้น ผู้เสนอบทความยินดีรับผิดชอบความเสียหายนั้น

5. หลักเกณฑ์การอ้างอิงให้ใช้ระบบ Vancouver

5.1 รูปแบบการอ้างอิงในเนื้อเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ

ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90^[1]

5.2 รูปแบบการอ้างอิงเอกสาร กรณีผู้เขียนมากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อเฉพาะ 3 คน แรกตามด้วย “และคนอื่นๆ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journal Indexed in Index Medicus ใส่ เลขหน้าเริ่มต้นถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ ข้างกัน เช่น 61-9

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year).//เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร(Volume/(No).//หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). เช่น

สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง.

วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2542; 8 : 517-25.

Borland R, Chapman S, Owen N, et al. Effects of workplace smoking bans on cigarette Consumption. Am J Public Health 1990; 80: 178-80.

หนังสือ

ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) เช่น

ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

Borenstein M, Hedges LV, Higgins J P. T, et al. Introduction to Meta-Analysis. West Sussex, United Kingdom : Wiley; 2009.

วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา เช่น

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

Nitising C. Relationship between maternal self-efficacy, social support and maternal depression among Thai adult mothers with children under one year old. [M.P.H.M Thesis in Primary Health Care Management]. Nakhonpathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2008.

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen]'//เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....เช่น

จิราภรณ์ จันทรจักร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์.[ออนไลน์].(ม.ป.ท.)

[เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก

<http://161.20096.214/guide/vancouver.pdf>

Kirk O. Encyclopedia of chemical technology [Online]. 3rd ed. New York: John Wiley;

1984, Available from: DIAGLOG Information Services, Palo Alto (CA)

[Accessed 2009 Aug 28].

6. ผลงานจะได้รับการพิจารณา/ประเมิน จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน จากภายในและภายนอกก่อนการตีพิมพ์

7. ผลการพิจารณา/ประเมิน ผ่านหรือไม่ผ่านจะแจ้งให้เจ้าของบทความทราบ

8. เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้าย พร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข และแผ่นบันทึกข้อมูล (CD) ทางไปรษณีย์ หรือแนบ ไฟล์ ทาง ระบบออนไลน์ OJSHPC10 e – mail: lannajournal@gmail.com

9. ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอมและรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ใน วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

10. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ฉบับที่ลงตีพิมพ์ จำนวน 1 เล่ม

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ

ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน

ขอส่งบทความประเภท.....

ชื่อเรื่อง(ไทย).....

ชื่อเรื่อง(อังกฤษ).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก..... หมู่ที่..... ซอย

ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์

โทรสาร.....E-mail:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ☐เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว
☐เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง
☐บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อ

พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ลงนาม

(.....)

ใบสมัครสมาชิก

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ชื่อ-สกุล ในนาม.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....อาคารชั้น.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....
เนื้อหาบทความที่สนใจ.....

สถานที่ส่ง () ที่ทำงาน () ที่บ้าน
การสมัคร () สมัครสมาชิกใหม่ () ต่ออายุสมาชิก (เลขที่สมาชิก.....)
() 2 ปี 4 ฉบับ 300 บาท ตั้งแต่ฉบับที่.....
() 4 ปี 8 ฉบับ 500 บาท ตั้งแต่ฉบับที่

การชำระค่าสมาชิก () เงินสด (เฉพาะชำระที่ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เท่านั้น)
() โอนเงินเข้าบัญชี
“ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่”
เลขที่บัญชี 533-1-10153-4 ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนช้างคลาน
และโปรดแฟกซ์สำเนาใบฝากเงินและแบบฟอร์มใบสมัครสมาชิกที่กรอกชัดเจน
กลับมายังหมายเลข 0-53818-938 หรือ 0-5327-2740 “ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่”

ส่งมาที่ กองบรรณาธิการ กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
51 ถนนประชาสัมพันธ์ ตำบลช้างคลาน อำเภอเมือง เชียงใหม่ 50100

สอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณกิ่งพิกุล ชำนาญคง คุณกฤษณะ จตุรงค์ศรีศรี
โทรศัพท์ 053 – 272740 ต่อ 218 e-mail : lannajournal@gmail.com