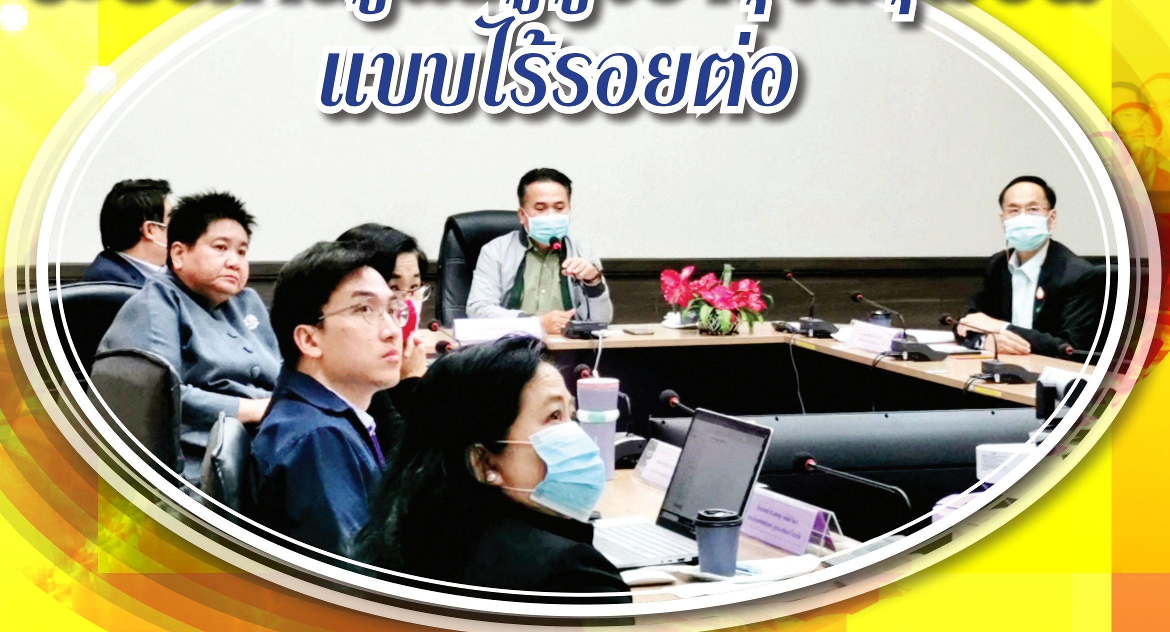
วารสารสุขภาพภาคประชาชน

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนมกราคม - มีนาคม 2564 ISSN : 1905-2782

Primary Health Care Division Journal

เวทีระดมสมอง

การดำเนินงานพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ



คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน)
นายแพทย์อัครพล คุรุศาสตรา	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน

บรรณาธิการ

นายจรัส รัชกุล	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

กองบรรณาธิการและคณะทำงานพิจารณากลั่นกรองบทความวิชาการ และงานวิจัยประธานภาคประชาชน

นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
รศ.นพรัตน์ รุ่งอุทัยศิริ	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นายธิปัตย์ โสตถิวรรณ์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
นางสาวไพลิน แสงกระจ่าง	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
นางวีณาพร สำอางศรี	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
นายนิตินันท์ พันทวี	สำนักบริหาร
นางสาวชุติมา สัจกุล	ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ
นายวิชิต พุ่มจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
นางจีรวรรณ หัสโรค์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

คณะทำงานและเลขานุการ

นางสาวสุธาทิพย์ จันทรักษ์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

นายเจษฎา ผาผง	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นางสาวรตี สงวนรัตน์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นายอำพล มุ่งคิด	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

วารสารสุขภาพภาคประชาชน

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนมกราคม - มีนาคม 2564

บรรณาธิการ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย จากข้อมูลสภาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์ฯ) คาดว่าอีก 20 ปี ไทยจะมีผู้สูงอายุพุ่งถึงร้อยละ 31.28 จากปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 18 ซึ่งตัวเลขนี้เป็นการรายงานการประมาณการประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 ที่สภาพัฒน์ฯ รายงานต่อคณะรัฐมนตรี โดยพบว่าประชากรของไทยจะเพิ่มขึ้นจาก 66.5 ล้านคน ในปี 2563 เป็น 67.2 ล้านคน ในปี 2571 หลังจากนั้นจำนวนประชากรจะลดลงในอัตราร้อยละ - 0.2 ต่อปี ทำให้ในปี 2583 จะมีประชากรทั้งหมดประมาณ 65.4 ล้านคน ประชากรวัยเด็ก (แรกเกิด - 14 ปี) มีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2563 จำนวนประชากรเด็ก 11.2 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 16.9 ลดลงเป็น 8.4 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 12.8

การที่รัฐบาลได้กำหนดให้**วาระผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ**นั้น มีแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุแห่งชาติครอบคลุมทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (25 - 59 ปี) และผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สำหรับกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ รัฐบาลมีแผนส่งเสริมเน้นเรื่องการออม การไม่มองผู้สูงอายุเป็นภาระ วิธีการดูแลผู้สูงอายุ และการปรับสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุได้มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ครอบคลุมจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น พร้อมทั้ง**จัดทำแผนบูรณาการด้านสุขภาพ** โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจ ป้องกัน และดูแลสุขภาพระยะยาวที่บ้านและในชุมชนตามระดับความจำเป็น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ทั้งนี้ เพื่อรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ได้จัด**โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ** และได้ดำเนินการกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เชื่อมโยงกับนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง "**คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน**" รวมถึงพัฒนาและจัดทำชุดความรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลและพึ่งพาตนเองของครอบครัวและชุมชน (Community PP & P Packages) ติดตามรายละเอียดได้ในวารสารสุขภาพภาคประชาชนฉบับนี้

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่องจากปก

◆ เวทีระดมสมองวางแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ 3

รายงานพิเศษ

◆ ผลการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ 5

งานวิจัย

◆ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน เขตสุขภาพที่ 5 8
◆ ผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 23
◆ ผลของภาระงานเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจังหวัดตรังตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็กตรัง ปี 2562 33
◆ ความสัมพันธ์ระหว่าง HbA1c ภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 42
◆ การศึกษาการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 55

เวทีระดมสมองวางแผนการดำเนินงานพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ได้พัฒนาระบบการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน 9 ด้าน (Community Screening) ในพื้นที่ 4 ภาค นำร่อง 7 จังหวัด ได้แก่ ภาคกลางที่จังหวัดลพบุรี สระบุรี สมุทรสงคราม ระยอง ภาคเหนือ ที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่จังหวัดนครราชสีมา และภาคใต้ที่จังหวัดตรัง อีกทั้งรัฐบาลได้ประกาศเรื่องผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมไปถึงการยกระดับกลไกการบริหารจัดการและการมีข้อมูลบูรณาการสำหรับใช้ในการวางแผนเพื่อรับมือกับประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งมิติความท้าทายที่ซับซ้อน เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้นี้

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคส่วนต่างๆ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) ในพื้นที่เป้าหมาย ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่จำเป็น ตอบโจทย์สภาพปัญหาและความต้องการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลและพึ่งพาตนเองของครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะประเด็น **พลัดตกหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม**และ**ภาวะโภชนาการ**

ที่ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้แต่งตั้ง**คณะทำงานพัฒนาชุดความรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลและพึ่งพาตนเองของครอบครัวและชุมชน** (Community PP & P Packages) โดยมี **นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์** อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นที่ปรึกษาคณะทำงานฯ มีบทบาทหน้าที่ในการประเมินความต้องการและกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เชื่อมโยงกับนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง “**คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน**” รวมถึงพัฒนาและจัดทำชุดความรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลและพึ่งพาตนเองของครอบครัวและชุมชน (Community PP & P Packages) ตลอดจนกำกับ ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย

สำหรับในปีงบประมาณ 2564 คณะทำงานได้พัฒนาชุดความรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลและพึ่งพาตนเองของครอบครัวและชุมชน (Community PP&P Packages) โดยได้มีการจัด**ประชุมระดมความคิดเห็น กำหนดกรอบและวางแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ** ครั้งที่ 1/2564 ในวันที่ 20 มกราคม 2564 ณ ห้องประชุมกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยประเด็นหลัก คือ การพัฒนาชุดความรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุฯ และมอบหมายงานในคณะทำงานชุดดังกล่าว และพิจารณา (ร่าง) ชุดความรู้ฯ ที่ประกอบด้วย 8 หัวข้อ ได้แก่ **1. ความรู้เกี่ยวกับด้านร่างกายและสุขภาพ 2. ความรู้เกี่ยวกับด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 3. ความรู้เกี่ยวกับด้านช่องปาก อาหาร และโภชนาการ 4. ความรู้เกี่ยวกับด้านการดูแลการให้ยา 5. การเตรียมความพร้อมด้านทักษะการปฏิบัติการทำความสะอาดร่างกาย 6. การป้องกันการพลัดตกหกล้ม 7. การป้องกันภาวะสมองเสื่อม และ 8. พื้นฐานจริยธรรมและคุณธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ**

ผลการดำเนิน

โครงการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

เนื่องจากประเทศไทยกำลังเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นหนึ่งในวาระสำคัญของประเทศที่บรรจุไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การเสริมสร้างพลังทางสังคม แผนย่อยเรื่องการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ จึงเป็นหนึ่งในโครงการนำร่องเพื่อขับเคลื่อนให้การดูแลผู้สูงอายุบรรลุเป้าหมายแห่งอนาคต ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยได้บรรจุไว้ในแผนบูรณาการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ตลอดจนได้รับการดูแลสุขภาพ และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและเพื่อพัฒนากลไกสนับสนุนบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ภาครัฐ เอกชน และประชาชน เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

การคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนไม่ได้มุ่งเน้นที่โรค แต่ให้ความสำคัญกับภาวะการเสื่อมถอยของสมรรถนะที่ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเชื่องช้าลง กลไกสนับสนุนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการประเมินคัดกรองอย่างง่ายสำหรับผู้ประเมินซึ่งมาจากชุมชน แต่สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ต่อได้ ไม่ว่าการวางระบบบริการที่เหมาะสม ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถเติมเต็มช่องว่างระหว่างการบริการที่บ้านกับโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในการไปโรงพยาบาล ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การประเมิน คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การคัดกรองพื้นฐานการคัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ และการส่งต่อ ทั้งนี้ โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อมีเป้าหมายยกระดับการคัดกรองพื้นฐาน ซึ่งผู้ประเมินคือ บุคลากรในชุมชนระดับตำบล เช่น ตัวผู้สูงอายุเอง ลูกหลานญาติพี่น้องผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว อสม. หรือ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

สำหรับ พ.ศ. 2563 มีเป้าหมายในการพัฒนา**พื้นที่ต้นแบบ 6 แห่ง**ได้แก่**จังหวัดเพชรบูรณ์** (เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์) **สระบุรี** (อำเภอวิหารแดง ตำบลคลองเรือ หนองหมู หนองสรวง เจริญธรรม วิหารแดง บ้านรัง) **ลพบุรี** (อำเภอท่าวุ้ง ตำบลบางคู้ โพธิ์ตลาดแก้ว บางงา ท่าวุ้ง) **นครราชสีมา** (อำเภอปากช่อง เขตเทศบาลเมืองปากช่อง ตำบลหมูสีโป่งตารอง หมูสี) **ระยอง** (อำเภอเมือง ตำบลเชิงเนิน ท่าประดู่) และ**ตรัง** (อำเภอเมือง เขตเทศบาลนครตรัง และตำบลนาโยงใต้ โดยแบ่งงานออกเป็น 4 **ไตรมาส**

ไตรมาสที่ 1 **และ** 2 ประชุมวางแผนจัดทำแนวทางและออกแบบการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน

ไตรมาสที่ 3 จัดทำสื่อองค์ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจและให้สามารถนำแบบคัดกรองไปใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ได้

ไตรมาสที่ 4 พื้นที่เป้าหมายดำเนินการคัดกรองติดตาม ประเมินและสรุปผลโครงการฯ

ผลการดำเนินงาน

ไตรมาสที่ 1 และ 2 ได้ดำเนินการจัดทำ**แบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน** หรือ Community Screening สำหรับให้ชุมชนสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในรูปแบบลงพื้นที่คัดกรองตามแบบฟอร์ม หรือการคัดกรองออนไลน์ ส่วนใน**ไตรมาสที่** 3 มีการผลิตวิดีทัศน์**แนะนำโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ** สัมภาษณ์ความเห็นบุคคลสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย และแนะนำวิธีการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนสามารถนำแบบคัดกรองผู้สูงอายุไปใช้ได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการจัดทำ**แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบผู้สูงอายุในชุมชน**ให้การสนับสนุนชุดองค์ความรู้แก่พื้นที่ต้นแบบ ได้แก่ คลิปวีดีทัศน์สาธิตการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน scan ผ่าน QR Code ชุดกระเป๋าเอกสารเข็มกลัด พร้อมสมุดบันทึกกิจกรรม ซึ่งมีเนื้อหาในเรื่องความรู้การดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร การนอน การออกกำลังกาย และการดูแลผู้สูงอายุในภาวะโควิด 19 ตลอดจนแบบคัดกรองผู้สูงอายุชุมชนและเอกสารแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ ยังได้สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้นแบบพื้นที่ละ 100,000 บาท เพื่อจัดประชุมคณะทำงานในพื้นที่พัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรในพื้นที่ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนติดตามเสริมพลัง และสรุปและรายงานผลการพัฒนาระบบผู้สูงอายุในชุมชนส่งให้ส่วนกลาง

ไตรมาสที่ 4 โรงพยาบาลพื้นที่เป้าหมายดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการใช้เครื่องมือคัดกรองคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนบันทึกข้อมูล และจัดบริการและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามสภาพปัญหา ส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ติดตามผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลพื้นที่เป้าหมาย และรายงานผลการดำเนินงานขณะที่ศูนย์พัฒนาสาธารณสุขมูลฐานภาค ติดตามสนับสนุนการดำเนินการในพื้นที่เป้าหมายในเขตรับผิดชอบ

สำหรับ**ผลสำเร็จในการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบ**มีเครื่องมือในการคัดกรองจะสามารถนำไปขยายผลเพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพและจัดระบบบริการที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุใน 6 จังหวัด และจังหวัดอื่นๆ ต่อไป ซึ่งผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563 มีเป้าหมายการคัดกรองผู้สูงอายุ 6 จังหวัด ได้แก่ สระบุรี 60,490 คน ลพบุรี 4,432 คน เพชรบูรณ์ 4,433 คน นครราชสีมา 11,816 คน ตรัง 9,810 คน และระยอง 7,281 คน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ด้วยการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการช่วยให้ระบบสาธารณสุขมีข้อมูลความเสื่อมถอยของร่างกายผู้สูงอายุ ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถออกแบบการดูแลและการจัดบริการการส่งเสริมป้องกันที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล เป็นการช่วยฟื้นฟูหรือชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียง ตลอดจนสามารถเชื่อมประสานไปสู่ระบบบริการในระดับอื่นได้ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจนำไปสู่การรักษาที่ใช้เวลานานขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล และเป็นการลดความเสี่ยงให้กับผู้สูงอายุให้ไม่ต้องมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นอีกด้วย ถือเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวได้เป็นอย่างดี

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ในชุมชน เขตสุขภาพที่ 5

Model of Working - age Health Promotion in the Communityat Region 5

ศิลป์ชัย เนตรทานนท์ อุทัยวรรณ โคกตาทอง***

บทคัดย่อ

การวิจัยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในระยะที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนและสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน20 คน ตัวแทนผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ จำนวน15 คน และตัวแทนแกนนำวัยทำงาน จำนวน15คน ใน 5 จังหวัด ได้แก่ สมุทรสาคร ราชบุรี สมุทรสงคราม เพชรบุรี และกาญจนบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัย

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน จากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม และโมเดลนิเวศวิทยาเชิงสังคม แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล คือ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยบูรณาการกิจกรรมร่วมกันงานประเพณีท้องถิ่น 2) ระดับระหว่างบุคคล คือ การที่คนในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 3) ระดับองค์กร คือ การสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชน การสร้างความศรัทธาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสร้างความเชื่อมั่นในอาสาสมัครสาธารณสุข การส่งเสริมปราชญ์ชาวบ้านในการใช้ทักษะด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในองค์กร 4) ระดับชุมชน คือ การจัดทำลานกีฬา สวนสาธารณะ และการจัดมหกรรมสุขภาพในงานประเพณีท้องถิ่น 5) ระดับนโยบาย คือ การสื่อสารข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) การมีแบบอย่างที่ดี 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 5) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพ วัยทำงานโมเดลนิเวศวิทยาเชิงสังคม

---

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Abstract

The research on the health promotion model of working age in the community used a combination method of quantitative analysis in phase one with the objective of the studying to examine healthy behavior of working age. The research is qualitative in phase two with the objective of studying factors supporting and contributing to promoting working - age health in the community. Furthermore, the research synthesized a model for health promotion working in the community. The main contributors were 20 public health workers, 15 community leaders, and 15 working - age leaders in five provinces. The research covered SamutSakhon, Ratchaburi, Samut Songkhram, Phetchaburi, and Kanchanaburi provinces. The data were collected through participatory observations - questionnaires and focus group discussion. Data were analyzed using descriptive statistics and analyzed the qualitative data with inductive analysis.

The results showed that factors supporting and contributing to the promotion of working - age health in the community from the application of social cognitive learning theory, the social ecology model was divided into five levels: 1) Individual - level, enhance health literacy and health behavior by integrating activities, local traditions, 2) Interpersonal level, having a good family role model in desirable health behaviors. 3) The organization level, creation of a community health network. Building faith in health workers, confidence in public health volunteers, the promotion of local scholars to use local wisdom skills, and organizing an environment that is conducive to health in the organization 4) Community - level, building sports grounds, parks, and organizing a health expo at local traditions. 5) Policy level, continuous communication of health literacy through social media. Results of the synthesis of working - age health promotion models in the community consisted of 5 components as follows: 1) Enhancing health literacy 2) role models 3) Strengthening community action 4) Creating supportive environment 5) Building Healthy public policies.

Keywords : Health Promotion, working - age, The social ecological model.

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มสังคมโลก องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าในช่วงปี 2544 - 2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ขณะที่วัยแรงงาน (อายุ 25 - 59 ปี) จะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องหลังจากปี 2563 เป็นต้นไป ส่วนในประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.1 เป็น 19.8 ขณะที่สัดส่วนวัยเด็กและวัยแรงงานจะลดลงจะลดลงจากร้อยละ 17.5 และ 65.3 เหลือร้อยละ 16.6 และ 64.1 ตามลำดับ การลดลงของจำนวนวัยแรงงานตั้งแต่ปี 2557 จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในอนาคต (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2559)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี 2557 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วน ($BMI \geq 25$ kg/m^2) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.50 ความชุกของภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว ≥ 90 ซม.ในชาย

และ ≥ ในหญิง) ร้อยละ 26.00 ความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.90ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.70 ความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol ; TC) ≥ 240 มก./ดล. ร้อยละ 16.40 ด้านพฤติกรรมการกินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน กลุ่มอายุที่กินครบ 3 มื้อน้อยที่สุดคือ 15 - 29 ปี ร้อยละ 69.90 พฤติกรรมการกินอาหารในวัยทำงาน ร้อยละ 83.70 กินอาหารมื้อเย็นที่ทำกินเองที่บ้าน กินอาหารนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อโดยนิยมกินอาหารตามสั่งและอาหารซื้อจากตลาด พฤติกรรมการกินผักผลไม้ปริมาณต่อวันเพียงพอตามข้อแนะนำ (รวม ≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ชายร้อยละ 24.10 และหญิงร้อยละ 27.60 ด้านกิจกรรมทางกาย กลุ่มอายุ 15 - 29 ปี มีกิจกรรมทางกายในระดับมาก ร้อยละ 57.80 กลุ่มอายุ 30 - 44 ปี ร้อยละ 57.70 และกลุ่มอายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 53.80 ตามลำดับ กิจกรรมทางกายลดลงตามอายุที่มากขึ้น จากพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสม และการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

จากการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2563 พบว่า มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ครบทั้ง 4 ด้าน น้อยเพียงร้อยละ 14.40 เมื่อจำแนกรายด้านมีพฤติกรรมการกินผักทุกวัน ร้อยละ 39.50 มีกิจกรรมทางกายร้อยละ 64.50 มีพฤติกรรมการนอนคุณภาพ ร้อยละ 50.70 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากร้อยละ 62.00 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 12.60 มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 24.00 และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติ ร้อยละ 38.30 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายของประเทศอย่างมาก (พ.ศ. 2563 ร้อยละ 49) (Cluster วัยทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี, 2563) อีกทั้งยังพบว่าการดำเนินงานขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพระดับนโยบายไปสู่การปฏิบัติยังดำเนินการได้ช้าและไม่ต่อเนื่อง จำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน (รัชนี มิตกิตติ, 2563)

ปัจจุบันมีแนวคิดทฤษฎีที่หลากหลายเพื่อที่จะอธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพและนำมาใช้ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการศึกษาที่ผ่านมาในการประยุกต์ทฤษฎีหรือโมเดลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมักจะมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล (individual level) ในส่วนที่เป็นพฤติกรรมภายในที่เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factors) โดยการให้ intervention แก้ไขปัญหา เพื่อเปลี่ยนแปลงปัจจัยหรือองค์ประกอบดังกล่าวให้ดีขึ้น ซึ่งไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด ยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ที่เกี่ยวข้องด้วย และในปัจจุบันการดำเนินงานสาธารณสุขให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มองสุขภาพในเชิงนิเวศวิทยาว่าสุขภาพเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในระดับต่างๆ โดยเฉพาะที่เป็นปัจจัยทางสังคม เช่น ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ความแตกต่างด้านสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี ศิลปวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและมลภาวะ เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยแนวคิดและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่สำคัญมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory : SCT) และโมเดลนิเวศวิทยาเชิงสังคม (The Social Ecological Model) ซึ่งเน้นสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม โมเดลนี้ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพต่างๆโดยเฉพาะการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม นโยบายกฎระเบียบ ข้อบังคับจะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พรรณี ปานเทวัญ, 2563)

จากหลักฐานดังกล่าวข้างต้นที่เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม และโมเดลนิเวศวิทยาเชิงสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล แล

ะการคิดค้นรูปแบบหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานที่ยังมีไม่เพียงพอ อีกทั้งยังมีปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม บทบาทขององค์กรต่างๆ ในชุมชนที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นกรมอนามัยและศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จึงศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีในเรื่องดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิด เพื่อศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน และสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน เขตสุขภาพที่ 5ที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและมีความยั่งยืน ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน
2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน เขตสุขภาพที่ 5

กรอบแนวคิด

การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน เขตสุขภาพที่ 5 ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 2 ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม และโมเดลนิเวศวิทยาเชิงสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับชุมชนโดยมองปัจจัยที่สนับสนุนเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อนำมากำหนดกรอบประเด็นเบื้องต้นในการพัฒนาแบบสอบถาม และประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนจากการสนทนากลุ่มของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ ตัวแทนแกนนำวัยทำงานในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานที่เหมาะสมนำไปใช้ในชุมชนต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน ปรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในเขตสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

2. สามารถนำรูปแบบส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตวัยทำงานในชุมชนไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพและขยายผลในเขตสุขภาพอื่นๆ ได้

วิธีการศึกษา

1. เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา

1) ตัวผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (สุธรรม นันทมงคลชัย, 2562) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสังเกตขณะที่ร่วมทำการสนทนากลุ่มร่วมกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

3) แบบสอบถามของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป มีข้อคำถาม 6 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบ (Multiple - Choice) คือ ข้อ 1, 3 - 6 ถามในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน ข้อคำถามให้เติมข้อมูล คือข้อ 2 ถามในเรื่องอายุ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการส่งเสริมสุขภาพต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนมีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale)

4) สมุดบันทึกภาคสนาม เพื่อจดรายละเอียด เหตุการณ์ต่างๆ ตลอดการวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นจริงและบันทึกประเด็นที่มีความน่าสนใจเพิ่มเติม

5) เครื่องบันทึกเสียงดิจิตอลสำหรับบันทึกข้อมูลขณะการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ใจความที่ละเอียดครบถ้วนและสะดวกแก่การนำมาถอดบทสนทนาเพื่อใช้ในการศึกษา ควบคู่กับการบันทึกภาคสนาม โดยทุกครั้งต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยในการบันทึกเสียง

6) กล้องถ่ายรูปการถ่ายภาพช่วยในการเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บภาพเป็นการช่วยเตือนความทรงจำและสามารถนำภาพมาประกอบการอธิบายได้ รวมทั้งเป็นข้อมูลที่ช่วยเสริมให้เห็นภาพเชิงประจักษ์

7) ประเด็นคำถามการวิจัยที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในงานวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมระดมความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน โดยมีประเด็นคำถาม คือ 1) ภาวะสุขภาพของคนในชุมชน 2) สภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน 3) องค์กรที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน 4) ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม และภูมิปัญญาท้องถิ่น 5) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ 6) นโยบายสาธารณะของรัฐบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมีอะไรบ้าง จากข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ร่วมกัน ท่านคาดหวังว่าชุมชนของท่านควรมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานที่เหมาะสมเป็นอย่างไรเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เลขที่ 26/2563 เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2563 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 แห่ง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการจัดประชุมสนทนากลุ่ม เมื่อได้รับอนุญาตจึงจัดส่งเอกสารแนะนำอาสาสมัคร และใบยินยอมด้วยความสมัครใจไปยังผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยเป็นภาพรวมโดยไม่อ้างอิงถึงผู้ให้ข้อมูล และเก็บข้อมูลผลการวิจัยไว้เป็นความลับและปลอดภัย โดยจะทำลายข้อมูลหลังเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

2. วิธีการศึกษา

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นระยะที่ 2 โดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) (นงนภัส คู่วัฏญู เที่ยงกมล, 2551) แบบสอบถาม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) เป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้จากกการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล จำนวน 10 คน/ 1 ตำบล จำนวน 5 ตำบล รวมทั้งสิ้น 50 คน ได้แก่ 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) ตัวแทนผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ 3) ตัวแทนแกนนำวัยทำงานในชุมชน

พื้นที่ในการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 (การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ปี 2563 (Cluster วัยทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี, 2563) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling) โดยสุ่มอำเภอ 1 อำเภอ ใน 5 จังหวัด และสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) 1 ตำบล ใน 1 อำเภอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยการใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน

2) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยการพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีการตรวจสอบ คือ การตรวจสอบแหล่งของข้อมูล ได้แก่ 1) แหล่งเวลา (Time Triangulation) 2) แหล่งสถานที่ (Place Triangulation) 3) แหล่งบุคคล (Personal Triangulation) และนำมาพิจารณาว่าข้อมูลมีความเหมือนกันหรือแตกต่างกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และความคิดเห็นต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยการใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกันว่าจะเหมือนกันหรือแตกต่างกัน ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม

3) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยการพิสูจน์ว่า ข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีการตรวจสอบ คือ การตรวจสอบแหล่งของข้อมูล ได้แก่ 1) แหล่งเวลา การศึกษาทั้ง 5 ตำบลจะดำเนินการคนละช่วงเวลากัน 2) แหล่งสถานที่ ดำเนินการใน 5 ตำบล 3) แหล่งบุคคล การสนทนากลุ่มกับบุคคลหลายคนเพื่อเป็นการยืนยันข้อมูล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (Analytic Induction) โดยการตีความสร้างข้อสรุปจากข้อมูลต่างๆ ที่เป็นรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น (นงนภัส คู่วรัญญู เที่ยงกมล, 2551) ที่ได้รวบรวมมาจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่มจากนั้นสังเคราะห์ข้อมูลขึ้นใหม่เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่วางไว้ และนำเสนอผลการศึกษาโดยวิธีเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในรูปแบบการบรรยายและรูปแบบตาราง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบวัยทำงาน แกนนำชุมชนที่เป็นทางการ และแกนนำวัยทำงาน พบว่า เป็นเพศชายเท่ากับเพศหญิง ร้อยละ 50.0 มีอายุเฉลี่ย 46.54 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 21 ปี อายุมากที่สุดคือ 72 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ (สมรส/อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 64.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 42.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 30.0

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน สามารถสรุปผลการวิจัยในประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพของคนในชุมชน

โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง หัวใจ มะเร็ง และภาวะอ้วนรับประทานอาหารโดยการซื้อจากตลาดนัด ปรุงรับประทานเองที่บ้าน และร้านขายอาหารตามสั่ง อาหารพื้นบ้านที่รับประทานเป็นอาหารทะเล อาหารที่ใช้กะทิเป็นส่วนประกอบ อาหารประเภททอด ผัด ส่วนผักจะรับประทานร่วมกับน้ำพริก รสชาติของอาหารที่นิยมรับประทานจะเป็นรสหวาน รสเค็ม และรสมันด้านกิจกรรมทางกายของคนในชุมชนมีน้อย ผู้ชายกลุ่มวัยทำงานออกกำลังกายโดยการเล่นฟุตบอล ตระกร้อ วิ่ง ขี่จักรยาน ส่วนผู้หญิงกลุ่มวัยทำงานออกกำลังกายโดยการเต้นบาสโลบ แอโรบิค

2. สภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน

ส่วนใหญ่คนในชุมชนมีเชื้อสายไทย รองลงมา คนไทยเชื้อสายจีน พม่า เขมร มอญ และลาว ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมา ประมง เกษตรกรรม ค้าขาย และข้าราชการด้านฐานะทางเศรษฐกิจมีฐานะปานกลาง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน รองลงมา วัยสูงอายุ วัยรุ่น และวัยเด็ก สถานภาพส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย รองลงมา ครอบครัวเดี่ยว คู่ (อยู่ด้วยกัน) โสด และหม้าย/อย่าร้าง/แยกกันอยู่

ด้านสัมพันธภาพ ความเอื้ออาทร และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความแตกต่างกัน กล่าวคือผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าสัมพันธภาพแบบกลางๆส่วนผู้ให้ข้อมูลอีก 2 กลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีมาก ด้านความปลอดภัยในชุมชนอยู่ในระดับมาก คือมีทั้งป้อมตำรวจ ด่านชุมชน และตำรวจบ้าน แต่ในแง่ความไม่ปลอดภัยก็พบว่ามีผู้ติดยาเสพติด การลักขโมย ผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มแรงงานต่างชาติ

3. องค์กรที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ

บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดเป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพผ่านหน่วยงานระดับอำเภอ ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการและสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพชุมชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายองค์กรสุขภาพในชุมชนร่วมดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

บทบาทของผู้นำชุมชนที่เป็นทางการเป็นทั้งผู้จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และผู้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับเครือข่ายด้านสุขภาพ กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มชมรมการออกกำลังกายต่างๆ

บทบาทของกลุ่มหรือองค์กรประชาชนในชุมชนในส่วนของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีกทั้งเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้าน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขหลายคนผ่านการพัฒนาจนมีความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาจนสามารถเป็นต้นแบบด้านสุขภาพในชุมชนได้กลุ่มแม่บ้านมีส่วนในการเป็นผู้นำการออกกำลังกายและการทำศูนย์เรียนรู้ด้านเกษตร

4. ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม และภูมิปัญญาท้องถิ่น

ส่วนใหญ่การรวมกลุ่มของคนในชุมชนเป็นงานประเพณีที่คนในชุมชนถือว่าเป็นสิ่งที่ดีงามแล้วนำมาประพฤติปฏิบัติในชีวิตประจำวัน จนเป็นวิถีไทยที่เป็นเอกลักษณ์ ได้แก่ ประเพณีท้องถิ่นตามเทศกาล ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ และประเพณีที่เกี่ยวกับวิถีชีวิต ได้แก่ ได้แก่ งานบวช, งานแต่ง, งานศพ ฯลฯ

ด้านค่านิยมในชุมชนส่วนใหญ่เกี่ยวกับการทำบุญการจัดทอดกฐิน การทอดผ้าป่าการเลือกรับประทานอาหารจากตลาดนัดการรับประทาอาหารฟาสต์ฟูด และการกินเจ ในชุมชนมีปราชญ์ชาวบ้าน และภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับด้านเกษตรด้านการแพทย์แผนไทย และด้านหัตถกรรม (จักรสาน)

5. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

สถานที่ที่มีการทำกิจกรรมทางกายส่วนใหญ่ คือ ลานกีฬาในโรงเรียนรองลงมา องค์การบริหารส่วนตำบล ลานสาธารณะในหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศาลาประชาคม ตามลำดับการจัดให้มีสวนสาธารณะอย่างเพียงพอในชุมชน จะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ได้มีกิจกรรมทางกาย และร่วมกิจกรรมนันทนาการเพิ่มมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่ในชุมชนจะไม่มีสวนสาธารณะ เนื่องจากไม่มีพื้นที่ในการจัดทำสวนสาธารณะ บางแห่งก็มีการถูกบุกรุกเป็นที่ทำกินของประชาชน

6. นโยบายสาธารณะของรัฐบาล และองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ

นโยบายสาธารณะของรัฐบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย นโยบายการส่งเสริมให้เกษตรกรทำเกษตรอินทรีย์ สินค้าเกษตรปลอดสารพิษ ก็จะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผักผลไม้ให้ปลอดภัยจากสารพิษ และนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน พบว่าสามารถแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

1. ระดับบุคคล (Intrapersonal Level) คือ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยบูรณาการกิจกรรมร่วมกับงานประเพณีท้องถิ่นสำหรับกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ใช้สมาร์ทโฟน ส่วนกลุ่มผู้ใช้สมาร์ทโฟนโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อสร้างบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพและเพิ่มจำนวนบุคคลต้นแบบขยายต่อไปในชุมชน และส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตนเอง

2. ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) คือ การที่คนในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ระหว่างเพื่อนผ่านสื่อสังคมออนไลน์

3. ระดับองค์กร (Organization Level) คือ การสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชน การสร้างความศรัทธาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการสร้างความเชื่อมั่นในอาสาสมัครสาธารณสุขการส่งเสริมปราชญ์ชาวบ้านในการใช้ทักษะด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพในองค์กร

4. ระดับชุมชน (Community Level) คือ การจัดทำลานกีฬา สวนสาธารณะการจัดงานมหกรรมสุขภาพในงานประเพณีท้องถิ่น การจัดตลาดนัดเพื่อสุขภาพ การใช้มาตรการทางสังคม การจัดทำปิ่นโตสุขภาพ การจัดทำโรงทานสุขภาพ และการส่งเสริมการทำเกษตรปลอดภัย

5. ระดับนโยบาย (Policy Level) คือ การสื่อสารข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อสังคมออนไลน์และการรณรงค์สร้างกระแสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน ที่เกิดจากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม และโมเดลนิเวศวิทยาเชิงสังคม จนได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยการสร้างบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ และส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตนเอง

2. การมีแบบอย่างที่ดี (Role Model) โดยการสร้างต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในครอบครัว และสถานที่ทำงาน พร้อมทั้งแบ่งปันข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์

3. การเสริมสร้างความเข็มแข็งของชุมชน (Strengthening Community) โดยการสร้างความศรัทธาและความเชื่อมั่นต่อเครือข่ายสุขภาพชุมชนและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในองค์กรต่างๆ ของชุมชน

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Creating Supportive Environments) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพร่วมกับบริบทท้องถิ่น และการใช้มาตรการทางสังคม

5. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building Healthy Public Policy) โดยการสื่อสารข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อสังคมออนไลน์และการรณรงค์สร้างกระแสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ตามภาพที่ 1 ดังนี้

ภาพที่ 1
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน

อภิปรายผล

ปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน ประกอบด้วย บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายองค์กรสุขภาพในชุมชน บทบาทของผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และบทบาทของกลุ่มหรือองค์กรประชาชนในชุมชน ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มชมรมการออกกำลังกายต่างๆอธิบายได้ว่า องค์กรภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากองค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน อีเดลแมนคูดซ์มา และแมนเดิล (Edelman, Kudzma, and Mandle, 2014) กล่าวว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่เป็นความรับผิดชอบเฉพาะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบุคคล และหน่วยงานต่างๆ ที่จะมาร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสัคพัศ แสงฉาย และคณะ (2557) พบว่า ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการรวมกลุ่มการสร้างความเข้มแข็งและการพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาตำบล เป็นหน่วยงานที่ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ กับผู้นำชุมชน และสมาชิกหมู่บ้านและสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐฑิฎา นะกุลรัมย์ (2560) พบว่า การมีผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุน มีทุนทางสังคม และมีการติดต่อประสานงานของภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ผลการวิจัยพบว่า คนในชุมชนมีการรวมกลุ่มกันในโอกาสงานประเพณีท้องถิ่นตามเทศกาล และงานประเพณีที่เกี่ยวกับวิถีชีวิต อธิบายได้ว่า การรวมกลุ่มของคนในชุมชนในงานประเพณีท้องถิ่น และงานบุญถือว่าเป็นการรวมกลุ่มแบบเป็นธรรมชาติเกิดจากการที่คนในชุมชนมีสัมพันธภาพที่ดี ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นการสะท้อนการเสริมสร้างสุขภาพด้านจิตใจ จะทำให้การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของนิลภา จิระรัตนวรรณะ และคณะ (2562) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในตำบลมีการรวมกลุ่มการมีส่วนร่วมกิจกรรม 2 ลักษณะ คือ 1) ร่วมงานประเพณีที่เป็นงานบ้าน งานบวช งานทำบุญ ถือเป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการรวมทำบุญตามเทศกาล และ 2) การร่วมทำกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ด้านค่านิยม ผลการวิจัยพบว่า ค่านิยมที่เกี่ยวกับการทำบุญ การเลือกซื้ออาหารจากตลาดนัด และการรับประทานอาหารฟาสต์ฟูด อธิบายได้ว่า การร่วมงานทำบุญตามประเพณี ทำให้มีการพบกันของคนหลายกลุ่มวัยรวมทั้งวัยทำงาน ผู้นำชุมชน และคณะกรรมการต่างๆ ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้กันได้ ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนที่มีปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งในระดับบุคคลระหว่างบุคคล ชุมชน และสภาพแวดล้อม ถ้าคนในชุมชนมีความรอบรู้ ทัศนคติที่ดี จะทำให้คนในชุมชนปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสามารถปรับเปลี่ยนจนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยบูรณาการทำงานตามบทบาทหน้าที่ขององค์กรภาคีเครือข่ายและมีการประสานงานความร่วมมือผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนแกนนำวัยทำงานในชุมชน ส่วนด้านปราชญ์ชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผลการวิจัยพบว่า คนในชุมชนมีภูมิปัญญาด้านการเกษตร การแพทย์แผนไทย และด้านหัตกรรม อธิบายได้ว่า ปราชญ์ชาวบ้านเป็นผู้นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตจนประสบผลสำเร็จ จากการสั่งสมประสบการณ์และสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล และชุมชนได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของสัคพัศ แสงฉาย และคณะ (2557) พบว่า

ทุนทางวัฒนธรรม คือ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทุนบุคคล คือ ปราชญ์ชาวบ้านที่มีบทบาทในการถ่ายทอดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องผ่านศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน จะทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดเป็นพลังในการขับเคลื่อนชุมชน ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสู่การพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

ด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า สถานที่ที่มีการทำกิจกรรมทางกาย คือ ลานกีฬาในโรงเรียนลานสาธารณะในหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลานวัด และศาลาประชาคม ในส่วนของสวนสาธารณะในชุมชนจะไม่มี อธิบายได้ว่า การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพอย่างเพียงพอในชุมชน จะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ได้มีกิจกรรมทางกาย และร่วมกิจกรรมนันทนาการเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงานให้สะอาดน่าอยู่ ไม่มีมลพิษ มีความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของวารี กังใจ และคณะ พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องส่งเสริมความรู้และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์และคณะ (2558) พบว่า ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมถือว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีกิจกรรมทางกาย กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ1986 (2563) กล่าวว่าการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ คือ การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและเทคโนโลยีที่ปลอดภัยน่ารื่นรมย์จะช่วยให้การดำเนินชีวิตและการทำงานมีความปลอดภัย เกิดความสุขในการทำงาน

ด้านนโยบายสาธารณะของรัฐบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการวิจัยพบว่า เป็นนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย นโยบายการส่งเสริมให้เกษตรกรทำเกษตรอินทรีย์ นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี อธิบายได้ว่านโยบายต่างๆที่กำหนดโดยรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของวัยทำงานสภาพแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณีแพงสุข และคณะ (2561) พบว่า การสร้างการรับรู้นโยบายทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ1986 (2563) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นมากกว่าการบริการสุขภาพ โดยสุขภาพขึ้นกับการกำหนดนโยบายของทุกภาคส่วน และต้องตระหนักว่านโยบายเหล่านั้นจะส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพหรือไม่ และต้องยอมรับว่าเป็นหน้าที่ของภาคส่วนนอกสุขภาพที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน เขตสุขภาพที่ 5 ครั้งนี้เป็นการพัฒนาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาและการประยุกต์ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม และโมเดลนิเวศวิทยาเชิงสังคมพบว่าการจัดการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน จะต้องดำเนินการทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอยู่อย่างถาวรGreenough el al. 1987 (2560) กล่าวไว้ว่าปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยพฤติกรรม มีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันไม่อาจแยกออกจากกันได้ Macleroyและคณะ (1988) อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพรวมไปถึงพฤติกรรมการบริโภค เป็นผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคล สังคม สภาพแวดล้อม และนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ทั้งนี้หากพิจารณาในเชิงลึกยังพบว่ามีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระดับสังคม ชุมชน และนโยบายต่างๆโดยสรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยการสร้างบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ และส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bonn et al. (2019) พบว่า การใช้แอปพลิเคชั่นสุขภาพในโทรศัพท์มือถือ (mHealth) และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

และคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ J. Yu et al. (2017) พบว่า การใช้แอปพลิเคชันติดตามกิจกรรมทางกาย (PA tracking program) ทำให้มีดัชนีมวลกายลดลง และมีจำนวนเวลาออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 15.97 นาทีต่อสัปดาห์

2. การมีแบบอย่างที่ดี (Role Model) โดยการสร้างต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในครอบครัวและสถานที่ทำงาน การแบ่งปันข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์พร้อมทั้งกำหนดมาตรการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายๆ ด้านพร้อมกันทำให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Maciel et al. (2019) พบว่า การพัฒนาโปรแกรม e - health education ในสถานที่ทำงานเพื่อปรับปรุงพฤติกรรม โดยเนื้อหาครอบคลุม 3 ประเด็นหลัก คือ การออกกำลังกาย อาหารสุขภาพ และสุขภาพจิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sukcharoenkosol et al. (2017) พบว่า การส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากผ่านโปสเตอร์ การพูดคุยในตอนเช้าเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (2 สัปดาห์/ครั้ง) และหัวหน้าคนงานเตือนให้แปรงฟันหลังอาหารกลางวันและลดการรับประทานของขบเคี้ยวในช่วงพักเบรก ทำให้พนักงานโรงงานมีความรู้สุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

3. การเสริมสร้างความเข็มแข็งของชุมชน (Strengthening Community) โดยการสร้างความศรัทธาและความเชื่อมั่นต่อเครือข่ายสุขภาพชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาของ พิตรพิบูล ไชยเมือง และคณะ (2558) พบว่า ปัจจัยในกระบวนการเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคม ประกอบด้วย ทุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม กระบวนการเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคม การมีส่วนร่วมในการดำเนินการและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในองค์กรต่างๆ ของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Geaney et al. (2016) พบว่าการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการบริโภคอาหารในที่ทำงานทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Creating Supportive Environments) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพร่วมกับบริบทท้องถิ่น และการใช้มาตรการทางสังคม สอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ1986 (2563) ที่กล่าวว่า สังคมมีความซับซ้อนและเกี่ยวสัมพันธ์กัน และไม่สามารถแยกคนออกจากสิ่งแวดล้อมได้ สุขภาพจะดีภายใต้สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวคนมากที่สุด คือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน รวมถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

5. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building Healthy Public Policy) โดยการสื่อสารข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อสังคมออนไลน์และการรณรงค์สร้างกระแสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ1986 (2563) ที่กล่าวว่านโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีรูปแบบที่หลากหลาย แต่มีส่วนสนับสนุนซึ่งกันและกันซึ่งผู้กำหนดนโยบายต้องพิจารณาทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชน จึงมีการเรียกร้องให้ผู้กำหนดนโยบายของหน่วยงานทุกระดับและทุกภาคส่วนคำนึงถึงหลักทุกนโยบายใส่ใจสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการเสริมสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยใช้องค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยการสร้างบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพและการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันในการเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง

2) การสร้างต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในครอบครัวและสถานที่ทำงาน พร้อมทั้งแบ่งปันข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์

3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนโดยการสร้างความศรัทธาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและความเชื่อมั่นต่ออาสาสมัครสาธารณสุข การส่งเสริมปราชญ์ชาวบ้าน และการสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วยหน่วยบริการสาธารณสุข วัด โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านเกษตร ชมรม/กลุ่ม และแกนนำวัยทำงานในชุมชน

4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยการจัดทำลานกีฬา และสวนสาธารณะ การจัดมหกรรมสุขภาพในงานประเพณีต่างๆ

5) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และการรณรงค์การสร้างกระแสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 องค์กรภาคีเครือข่ายหลักในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นวิทยากรให้แกนนำกลุ่มอื่นๆ ที่เป็นกลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่ในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน

1.3 องค์กรภาคีเครือข่ายสุขภาพร่วมกันจัดมหกรรมสุขภาพในงานประเพณีต่างๆ การจัดตลาดนัดเพื่อสุขภาพ จำหน่ายอาหารราคาถูก การจัดทำปิ่นโตสุขภาพโดยกลุ่มแม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ การจัดทำโรงทานสุขภาพ และการส่งเสริมการทำเกษตรปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากการศึกษาพบว่ายังมีกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่มีบทบาทในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่ไม่ได้อยู่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ควรเพิ่มเติมกลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชนอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการขยายผลสู่ตำบลอื่นที่ยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์วิเชียรตันสุวรรณนนท์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5ที่ได้กรุณาให้ คำแนะนำซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัย อาจารย์ ดร.วัลรีรัตน์ พบคีรี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ ดร. อุทิศ ดวงผาสุข และอาจารย์กนกกาญจน์ เอี่ยมสำอางค์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน และแกนนำวัยทำงาน ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มพัฒนาส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี., **รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพความรอบรู้และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 5 พ.ศ. 2563.**, ราชบุรี : ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี., 2563.

ฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์ และคณะ., **ความความแตกต่างของการใช้พลังงานจากกิจกรรมทางกายระหว่างคนเมือง/คนชนบทในประเทศไทย : ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558.**, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข., สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2563., 12 (1)., 27 - 41., สืบค้นจาก https : //kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4853/hsri_journalv12n1_p27.pdf., 2558.

ณัฐฑิฎา นะกุลรัมย์., **การพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมโดยชุมชนบ้านอังกัญ ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์.**, สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต., มหาวิทยาลัยมหาสารคาม., 2560.

นงนภัส คู่วรัญญู เที่ยงกมล., **การวิจัยเชิงบูรณาการ แบบองค์รวม** Holistically Integrative Research., กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย., 2551.

นิลภา จิระรัตนวรรณะ สุคนธ์ วรรธนะอมร และ ศรีสุดา รัศมีพงศ์., **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ.**, วารสารมหาจุฬาวิชาการ., สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2563., 6., 365 - 381., สืบค้นจาก https : //so04.tci - thaijo.org/index.php/JMA/article/download/180992/133210/., 2562.

พรรณี ปานเทวัญ., **โมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ.**, วารสารพยาบาลทหารบก., สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2563, 8 - 10. สืบค้นจากhttps : //he01.tci - thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/96828., 2563.

พิตรพิบูล ไชยเมือง สังคม ศุภรัตนกุล ประจญ กิ่งมิ่งแฮ และ ณัฐ อมรภิญโญ., **รูปแบบการเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารจัดการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดหนองบัวลำภู.**, วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม., สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2563., 5 (1)., 44 - 52., เข้าถึงได้จากhttps : //www.npu.ac.th/npujournal/files_research/21/5.pdf., 2558.

ภาวิณี แพงสุข เอื้อจิต สุขพูล และ ปิยนุช ภิญโย., **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชน.**, วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์., สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2563., 40 (1)., 71 - 83., สืบค้นจาก https : //he01.tci - thaijo.org/index.php/scnet/article/download/52532/43590/., 2561.

รัชนี มิตกิตติ., **การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลชุมชน.**, วารสารสภาการพยาบาล., สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2563., 26 - 36., สืบค้นจาก https : //he02.tci - thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/70264., 2563.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข., **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5.**, สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2563., 134 - 86., สืบค้นจาก https : //www.hsri.or.th/researcher/research/new - release/detail/7711., 2559.

สัคพัศ แสงฉาย วิลาสินี จินตลิขิตดี มาธินี คงสถิต และ ณัฐพล พัวประเสริฐ., **ทุนทางสังคมกับการพัฒนาชุมชนบางนางลี่ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม.**, วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่., สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2563., 6 (3)., 79 - 92., สืบค้นจาก https : //so01.tci - thaijo.org/index.php/abcjournal/article/view/96962/75568., 2557.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี., **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564).**, กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี., 2559.

สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน., OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION : 1986 **แปลโดย สมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย** THLA., สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2563., 1 - 5., สืบค้นจาก http : //doh.hpc.go.th/data/HL/OttawaCharter1986_thai.pdf., 2563.

สุธรรม นันทมงคลชัย., **วิจัยอนามัยครอบครัว.**, พิมพ์ครั้งที่2., กรุงเทพฯ : หจก. ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์., 2562.

อังศินันท์ อินทรกำแหง., **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : การวัดและการพัฒนา.**, พิมพ์ครั้งที่ 1., กรุงเทพฯ : บริษัทสุขุมวิท การพิมพ์ จำกัด., 2560.

Bonn, S. E., Löf, M., Östenson, C. G., &TrolleLagerros, Y., **App - technology to improve lifestyle behaviors among working adults - the Health Integrator study., a randomized controlled trial.**, BMC Public Health., Retrieved 26 July 2020.,19 (1)., 273., Available from https : //bmcpublichealth.biomedcentral.com/ articles/10.1186/s12889 - 019 - 6595 - 6., 2019.

Geaney, F., Kelly, C., Di Marrazzo, J. S., Harrington, J. M., Fitzgerald, A. P., Greiner, B.A., & Perry, I. J., **The effect of complex workplace dietary interventions on employees' dietaryintakes, nutrition knowledge and health status : a cluster controlled trial.**, Preventive Medicine., Retrieved 26 July 2020., 89., 76 - 83., Available from https : //www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743516300822., 2016.

Maciel, R. R. B. T., Chiavegato, L. D., Marin, L. S., Portella, D. D. A., de Souza, M. C., Camelier, F. W. R., & Padula, R. S., **Development of an e - health education program at the workplace using formative research - Technologies for improving quality of life.**, Evaluation and Program Planning, Retrieved 26 July 2020., 73., 129 - 137., Available from https : //www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149718918301599., 2019.

McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K., **An ecological perspective on health promotionprograms.**, Health education quarterly., 15., 351 - 377., 1988.

Sukcharoenkosol, H., Vachirarojpisan, T., &Krisdapong, S., **Evaluation of One Year Workplace Oral Health Promotion Program in Factories.**, Journal of Health Research., Retrieved 26 July 2020., 31 (6)., 455 - 464., Available from https : //he01.tci - thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/104258/83127., 2017.

Yu, J., Abraham, J. M., Dowd, B., Higuera, L. F., & Nyman, J. A., **Impact of a workplace physical activity tracking program on biometric health outcomes.**, Preventive Medicine., Retrieved 26 July 2020., 105., 135 - 141., Availablefrom., https : //www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S009174351730325., 2017.

ผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Effects of the Tambon Quality of Life Development Model
In the field of participatory long - term
elderly careamong Bo Ta Lo Sub - district Health Network,
Wang Noi District, PhraNakhon Si Ayutthaya Province

*นภดล รัตนจันทร์**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ดำเนินการในพื้นที่ตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทำการศึกษาในกลุ่มผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6 คน ภาคีเครือข่ายชุมชน 18 คน ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน 4 คน และผู้สูงอายุ 895 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มี 4 มิติ คือ มิติด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านส่งเสริมสุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและติดเตียง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ส่งผลทำให้มีกลุ่มติดเตียงลดลงจากร้อยละ 0.89 เหลือเพียงร้อยละ 0.37 โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนขององค์กรภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน ภาคเอกชน ในรูปแบบของคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและแนวคิด “**คนบ่อตาโล่ เราไม่ทิ้งกัน**” ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ ควรสร้างความร่วมมือให้ภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมและบทบาทในการสนับสนุนและดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น อันจะส่งทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนา คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่

Abstract

This participatory action research objective were to develop and study the effect of the Tambon quality of life development model In the field of participatory long - term elderly care among Bo Ta Lo Sub - district Health Network, Wang Noi District, PhraNakhon Si Ayutthaya Province. The study was conducted among 6 health officials, 18 community network partners, 4 private network partners, and 895 elderly. Data were collected byquestionnaire developed by the researcher. Quantitative data was analyzed by using percentage and qualitative data using content analysis.The result showed that: the model of quality of life development of the elderly had 4 dimensions: social, economic, health promotion and environmental. The model of health care divide the elderly into 3 groups : well - being elders groups, home - bound and bed - bound older adult group. This model could make the elderly had the ability to perform daily activities better whichbed - bound older adult group reduced from 0.89 percent to 0.37 percent. The key success factors were participation and support of government organizations, local communities, people, companies and factories in the form of the working group for the development of quality of life at the district level and the concept of “Bo Ta Lo people, we do not leave each other”. Suggestions from this study: should create partnerships for various network partners both public and private involved and role in supporting and caring for the elderly can make the elderly have a better quality of life.

Keywords : development model, quality of life, the elderly, long - term care.

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและสัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี องค์การสหประชาชาติคาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หรือมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากร ทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2563 (World population prospects, 2017) ทั้งนี้ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเนื่องจากสมรรถภาพและสุขภาพร่างกายที่ถดถอย โดยในปี พ.ศ. 2557 ผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 16 มีสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีมากและประสบปัญหาในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (activities of daily living : ADL) จากการประเมินด้วยดัชนีบาร์เธล ADL เช่น การกินอาหาร การใส่เสื้อผ้าการอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำห้องส้วม และผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 90 ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีผู้ดูแล ในขณะที่กลุ่มที่มีผู้ดูแลกว่าร้อยละ 90 เป็นคู่สมรสและ/หรือลูก (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, 2560) และภายใต้สถานการณ์ปัจจุบันที่ครอบครัวมีขนาดเล็กลงทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาขาดผู้ดูแลในการใช้ชีวิตประจำวันในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ยศ วัชระคุปต์ และคณะ, 2561) ตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งอยู่ในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีแนวโน้มที่จะเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยจะเห็นได้จากอัตราการมีผู้สูงอายุในตำบลบ่อตาโล่สูงถึงร้อยละ 14.96 และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันสูงและโรคเบาหวานเป็นจำนวนมาก ข้อเข่าเสื่อม เคลื่อนไหวลำบาก นอนติดเตียง และปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดจากสภาพสังคมภายในตำบลบ่อตาโล่ที่เปลี่ยนแปลงจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ส่งผลกระทบต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (รายงานประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่, 2562) สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่กำหนดกรอบวิสัยทัศน์และเป้าหมายทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ในประเด็นการพัฒนาศักยภาพคน ให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศและการสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564, 2563) เพื่อแก้ปัญหาความยากจน ตลอดจนการพัฒนาอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเองได้จำเป็นต้องมีการรวมตัวผนึกกำลังกันในชุมชนผู้สูงอายุ (ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และคณะ, 2558) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่หน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ ในฐานะที่เป็นหน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบลที่มีบทบาทหน้าที่หลักในด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีองค์กร/หน่วยงานต่างๆ เป็นปัจจัยสนับสนุน เพื่อเกิดประโยชน์ในระดับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งสามารถทำให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยาก้าวเข้าไปสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3. เพื่อศึกษาผลของการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ดำเนินการในพื้นที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีพื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตงานวิจัยดังนี้

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

การวิจัยนี้ทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Steak holder) แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ จำนวน 6 คน 2) ภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม. จำนวน 18 คน 3) ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ได้แก่ โรงไฟฟ้าวังน้อยกลุ่มบริษัทการปิโตเลียมแห่งประเทศไทย จำนวน 4 คน และ 4) ผู้สูงอายุ จำนวน 895 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ชุด ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในตำบลบ่อตาโล่ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In - depthinterview) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบมีโครงสร้าง เพื่อศึกษาบริบทชุมชน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาสถานการณ์การเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ

2. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) (เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรณ, 2558) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (ติดสังคม) กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียง)

3. แนวทางการสนทนากลุ่มเรื่องการถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการพิจารณาพบว่า เครื่องมือมีคุณภาพเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ แบ่งขั้นตอนดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Susman G. andEvered R.,1978)

ระยะที่ 1 การวางแผนปฏิบัติการ

ในระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เพื่อนำมาร่วมกันวางแผนรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การดำเนินงานในระยะที่ 1 นี้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

1.1 ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบ่อตาโล่ในปีงบประมาณ2563 จำนวน895 คน และศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรทั้งหมด โดยใช้แบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) (เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรณ, 2558) จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างคะแนน ADL 5 - 11 คะแนน กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คะแนน ADL 0 - 4 คะแนนเพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการพัฒนาในขั้นตอนต่อไป

1.2 การวางแผนปฏิบัติการ ใช้กระบวนการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลบ่อตาโล่แบบมีส่วนร่วมกลุ่มเป้าหมายแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Steak holder) แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ จำนวน 6 คน 2) ภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม. จำนวน 18 คน 3) ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ได้แก่ โรงไฟฟ้าวังน้อย กลุ่มบริษัทการปิโตเลียมแห่งประเทศไทย จำนวน 4 คน โดยนำข้อมูลผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1.1 การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมาพิจารณาร่วมกันเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชนจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้วางแผนปฏิบัติการจัดเตรียมเอกสารต่างๆ และประสานงานผู้เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำแนวทางที่ร่วมคิดในระยะที่ 1 ไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างขั้นตอนลงมือปฏิบัติการนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการเปลี่ยนแปลงในเชิงกระบวนการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลปฏิบัติการ

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

3.1 ประเมินผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติด้วยเกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

3.2 ประเมินการเรียนรู้ ใช้การสนทนากลุ่มเพื่อพิจารณาความสำเร็จโดยเปรียบเทียบกับปัญหาที่ระบุไว้ในระยะที่ 1 และให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนากลุ่มเป้าหมายแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Steak holder) แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ จำนวน 6 คน 2) ภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม. จำนวน 18 คน 3) ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ได้แก่ โรงไฟฟ้าวังน้อย กลุ่มบริษัทการปิโตเลียมแห่งประเทศไทย จำนวน 4 คน เครื่องมือในการวิจัยใช้แนวทางการสนทนากลุ่มเรื่องการถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการพิจารณาพบว่า เครื่องมือมีคุณภาพเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาบริบทชุมชนสถานการณ์การเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ พบว่า ตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีพื้นที่ประมาณ 30 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 12,909 ไร่ สภาพภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มถึงลุ่มมากกระจายทั้งตำบล มีคลองธรรมชาติและคลองส่งน้ำชลประทานไหลผ่านเป็นพื้นที่สำหรับทำการเกษตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น10 หมู่บ้าน 1,535 หลังคาเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ จำนวน 7,109 คน ประชากรที่อยู่อาศัยในพื้นที่จำนวน 5,982 คน เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า มีผู้สูงอายุ จำนวน 895 คน คิดเป็นร้อยละ 14.96 ของจำนวนทั้งหมด

การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก บางรายมีอาการข้อเข่าเสื่อม เคลื่อนไหวลำบาก ภาวะสมองเสื่อม

นอนติดเตียงมีปัญหาทางสุขภาพจิต มีฐานะยากจน ขาดคนดูแลและขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น ที่นอนลม รถเข็น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น นอกจากนี้ยัง พบว่า ในช่วงฤดูฝนพื้นที่บางส่วนมีภาวะน้ำท่วมขังใต้ถุนบ้าน ทำให้ได้รับผลกระทบทางคมนาคม ส่งผลกระทบต่อการเดินทางมารับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่หมู่ที่ 8 นอกจากนี้พื้นที่หมู่ที่ 1 - หมู่ที่ 3 มีระยะทางห่างจากที่ตั้งของ รพ. สต. บ่อตาโล่ เกือบ 10 กิโลเมตร ถนนบางส่วนชำรุดบางส่วนเป็นถนนลูกรัง ทำให้การเดินทางไม่สะดวก ยากลำบากต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลของคลินิกโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ซึ่งอาจจะทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลและยากต่อการติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ จำนวน 895 คน พบว่า กลุ่มติดเตียงลดลงจากร้อยละ 0.89 เหลือเพียงร้อยละ 0.37

2. ผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดังนี้

2.1 การวางแผนและบริหารจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ (พชต.) ตำบลบ่อตาโล่ โดยมีตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ บูรณาการร่วมกันเป็นภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการของคณะทำงานเป็นผู้รับผิดชอบหลักร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลบ่อตาโล่โรงเรียนศูนย์การศึกษานอกระบบและตามอัธยาศัยตัวแทนจากผู้ประกอบการภาคเอกชน ผู้นำชุมชน กลุ่มพัฒนาบทบาทสตรี ชมรมผู้สูงอายุ วัด มัสยิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมในทุกมิติเชื่อมโยง มีสุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนครอบครัวและชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควบคู่กับการดูแลแบบผสมผสานในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ สร้างประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วน มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเป็นเจ้าของร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ได้ระดมความคิดเห็นวางรูปแบบกระบวนการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุภายใต้กรอบแนวคิด 4 มิติ คือ

2.1.1 มิติด้านสังคม มุ่งเน้นกิจกรรมการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ ทั้งในระดับหมู่บ้านและตำบล สร้างและพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุภายในตำบลบ่อตาโล่ประสานภาคเอกชนในการจัดกิจกรรมสาธารณประโยชน์มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1.2 มิติด้านเศรษฐกิจ มุ่งเน้นกิจกรรมส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อสร้างรายได้ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพครบทุกคน และต่อเนื่องประสานภาคเอกชนในการจัดกิจกรรมสาธารณะประโยชน์มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1.3 มิติด้านส่งเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นพัฒนาระบบการจัดบริการสาธารณสุขในชุมชน เพื่อป้องกันและดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งเสริมสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ให้มีความรู้ ทักษะและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

2.1.4 มิติด้านสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นกิจกรรมเสริมสร้างและปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ซ่อมแซมบ้านพักอาศัย และห้องน้ำให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้

2.2 ผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

2.2.1 การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเดิมในพื้นที่ตำบลบ่อตาโล่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่เป็นสถานบริการสาธารณสุขเพียงแห่งเดียวจากผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่หมู่ที่ 1, 2,3 และหมู่ 8 เดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ไม่สะดวก และจึงได้ประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลบ่อตาโล่ และผู้ประกอบการภาคเอกชน ในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการปรับปรุงถนนที่ชำรุดและจัดบริการรถรับส่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน และผู้สูงอายุที่ยากไร้ต้องเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด

2.2.2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ ได้กำหนดแนวทางสำหรับการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มติดสังคม จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมหมอครอบครัว โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยแพทย์แผนไทย (พอกเข่าสมุนไพร) ของ รพ. สต. โครงการส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุของ อบต. บ่อตาโล่ สำรวจและลงทะเบียน และการรับเบี้ยยังชีพ

กลุ่มติดบ้านและติดเตียงจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ตามแผนการดูแล (Care Plan) อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ่อตาโล่การดูแลเยี่ยมบ้านโดยแพทย์แผนไทยของ รพ. สต. เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อ แก้ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง นวดประคบ บริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆการดูแลสุขภาพช่องปากโดยเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขการเยี่ยมบ้านโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยการนำของนายอำเภอ กิ่งกาชาดอำเภอชมรมแม่บ้านกระทรวงมหาดไทย ชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอ กลุ่มบริษัท ปตท. โรงไฟฟ้าวังน้อยการเยี่ยมบ้านโดยคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ (พชต.) ตำบลบ่อตาโล่การเยี่ยมบ้านมอบสิ่งของอุปโภคบริโภคบรรเทาความเดือดร้อนของคณะสงฆ์จังหวัดพระนครศรีอยุธยาการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านระบบไลน์ และ ให้บริการคลังกายอุปกรณ์สำหรับใช้ในชีวิตประจำวัน

2.3 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2.3.1 เกิดภาคีเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนซึ่งประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลบ่อตาโล่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน ศูนย์การศึกษานอกระบบและตามอัธยาศัย ตัวแทนจากผู้ประกอบการภาคเอกชน ผู้นำชุมชนกลุ่มพัฒนาบทบาทสตรีชมรมผู้สูงอายุวัดมัสยิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ตามโครงการและกิจกรรมที่ได้จัดทำขึ้น สร้างประสานการมีส่วนรวมเป็นองค์รวมในทุกมิติเชื่อมโยง มีสุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนครอบครัวและชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นลำดับแรก

2.3.2 มีการระดมทรัพยากรเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3 แห่ง ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ่อตาโล่ จากแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การบริหารส่วนตำบลบ่อตาโล่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่

3. ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีดังนี้

3.1 เกิดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในตำบลบ่อตาโล่ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งด้านกาย จิต สังคม ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของตำบลบ่อตาโล่

3.2 สามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทำให้การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ มีคุณภาพที่ดีขึ้น มีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ส่งผลทำให้มีกลุ่มติดเตียงลดลงจากจำนวน 7 คน (ร้อยละ 0.89) เหลือเพียงจำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.37)

3.3 เกิดภาคีเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม และต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น

3.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานครั้งนี้ ได้แก่ การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในรูปแบบของคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและแนวคิด “**คนบ่อตาโล่ เราไม่ทิ้งกัน**” โดยมีองค์กรภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ ศูนย์การศึกษานอกระบบและตามอัธยาศัย โรงเรียนภาคท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลบ่อตาโล่ ภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน กลุ่มพัฒนาบทบาทสตรี ชมรมผู้สูงอายุ วัดมัสยิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และภาคเอกชน ได้แก่ ผู้ประกอบการภาคเอกชนกลุ่มบริษัท ปตท.และโรงไฟฟ้าวังน้อย

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง ผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ครั้งนี้ สามารถจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ส่งผลทำให้มีกลุ่มติดเตียงลดลงจากร้อยละ 0.89 เหลือเพียงร้อยละ 0.37 เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนขององค์กรภาครัฐ ได้แก่ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน ภาคเอกชน ในรูปแบบของคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและแนวคิด “**คนบ่อตาโล่ เราไม่ทิ้งกัน**” สอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญธิชา รุ่งแสง และคณะ (2562) ที่พบว่าบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการการเรียนรู้ และภารกิจสัมพันธ์ระหว่างเทศบาลตำบลหารแก้วกับหน่วยงานเจ้าภาพหลักต้องมีการประสานความร่วมมือเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกรมกิจการผู้สูงอายุ (2559) สอดคล้องกับการศึกษาของเชาวลิต นาคสวัสดิ์ และ อภิชัย คุณีพงษ์ (2563) ที่พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาสังคมตำบลไทรทอง อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว สามารถทำให้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติและผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและสามารถ

เข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของณัฏฐ์ฐิตา เทวาเลิศสกุล และคณะ (2559) ที่พบว่า เทศบาลจะเป็นหน่วยงานแรกที่จะขอความช่วยเหลือ ซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาไปสู่การมีชีวิตบนพื้นฐานของผู้สูงอายุที่มีคุณค่าความต้องการของผู้สูงอายุดังกล่าวสามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดศักยภาพในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และเกิดความตระหนักถึงคุณค่าของตนเองสามารถแสดงศักยภาพได้อย่างเต็มที่เป็นที่ยอมรับของสังคมได้เป็นอย่างดี จากรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จะเห็นได้ว่า การเตรียมการในการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการจำเป็นต้องเสริมสร้างทัศนคติที่ดีให้กับทีม พร้อมทั้งสร้างกระบวนการให้เกิดการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาความต้องการในชุมชน กำหนดประเด็นการพัฒนา วางแผนการสร้างรูปแบบร่วมกันแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันให้มีความชัดเจน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ และต้องมีการพัฒนาศักยภาพของทีมอย่างต่อเนื่อง ในทุกระดับทั้งครอบครัวชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพนอกจากนี้การวางแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ญาติ และสหวิชาชีพ จะช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการ กล่าวได้ว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลบ่อตาโล่ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. สร้างความร่วมมือให้ภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมและบทบาทในการสนับสนุนและดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

2. ส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง และมีบทบาทในการดูแลตนเอง และดูแลกันเองในชุมชนมากขึ้น

3. ส่งเสริมให้คนในครอบครัวผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านบ้านตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกับชุมชน เพื่อให้เกิดรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่หลากหลาย

2. ควรมีการวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตในช่วงสูงวัย โดยศึกษาการเตรียมความพร้อมในกลุ่มวัยอื่นๆ เช่น วัยเด็ก วันแรงงาน วัยเตรียมสูงอายุ เป็นต้น

บรรณานุกรม

เชาวลิต นาคสวัสดิ์ และ อภิชัย คุณีพงษ์., **รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาสังคมตำบลไทรทอง อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว.**, วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง, 34 (2) : 30 - 37., 2563.

ณัฏฐ์ฐิตตา เทวาเลิศสกุล และคณะ., **แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลังกรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต.**, วารสาร Veridian E - Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 9 (1) : 529 - 545., 2559.

ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และคณะ., **การพัฒนาการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ : การทดสอบรูปแบบการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมภาวะพฤฒพลัง.**, มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี., 2558.

เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรรณ., **นวัตกรรมนโยบายสวัสดิการเพื่อสูงวัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออก.**, วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง, 9 (1) : 161 - 186., 2558.

ยศ วัชระคุปต์ และคณะ., **ประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี.**, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12 (4) : 608 - 624., 2561.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่., **รายงานประจำปี 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อตาโล่พระนครศรีอยุธยา.**, 2562.

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ., **หลักประกันสำหรับการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมในประเทศไทย.**, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย., 2560.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (ม.ป.ป.), **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560 - 2564.**, สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2563 เข้าถึงได้จาก https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422.

อัญธิชา รุ่งแสง และคณะ., **โมเดลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของเทศบาลตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่.**, Veridian E - Journal, SilpakornUniversity ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 12 (5) : 1299 - 1315., 2562.

Susman G. and Evered R., **An Assessment of the Scientific Merits of Action Research.**, Administrative Science Quarterly., 1978.

United Nations., **World population prospects the 2017 revision key findings and advance tables.**, New York., 2017.

ผลของภาระงานเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจังหวัดตรัง ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็กตรัง ปี 2562

The workload of dental nurse according to the Ministry of Public Health's regulations 2016 on dental health status of Trang children in 2019.

*อาภาพรรณี เขมวุฒิพงษ์**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดตรัง โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ปี 2562 เป็นการศึกษาภาคตัดขวางโดยการสำรวจการปฏิบัติงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 และทัศนคติของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขด้วยแบบสอบถามอิเลคโทรนิคที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและทดลองใช้ในกลุ่มเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในจังหวัดข้างเคียงพร้อมศึกษาข้อมูลผลงานบริการทันตกรรมและสภาวะทันตสุขภาพของเด็กจากฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2562 (Health Data Center : HDC) ประชากรศึกษาคือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในจังหวัดตรังที่ปฏิบัติงานทั้งแบบประจำและหมุนเวียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 57 คน

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขดูแลประชากรในพื้นที่เฉลี่ย 3,902 คน สัดส่วนการทำงานเฉลี่ยเป็นงานส่งเสริม : ป้องกัน : รักษา : การบริการทันตกรรมอื่น : งานอื่นที่ได้รับมอบหมาย เท่ากับ 24.4 : 26.3 : 28.3 : 11.2 : 9.8 ได้รับมอบหมายงานอื่น ร้อยละ 81.6 โดยเป็นงานบันทึกข้อมูลสูงสุด ร้อยละ 38.0 รู้สึกรับภาระได้ พอทำได้ร้อยละ 44.9 ด้านผลงานบริการทันตกรรมพบว่ากิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์ค่าเฉลี่ยจังหวัดมากที่สุดคือการส่งเสริมป้องกันต่อบริการทันตกรรมทั้งหมด ร้อยละ 87.8 รองลงมาคือ ใช้บริการส่งเสริมป้องกัน ร้อยละ 71.4 และใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิและผู้ปกครองของเด็ก 0 - 2 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ 65.3 เท่ากัน จังหวัดตรังควรกำหนดนโยบายด้านส่งเสริมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ และนโยบายการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐานให้ครอบคลุมเพื่อให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้ดำเนินการเข้มข้นขึ้น และปรับลดการบันทึกผลงานให้ใช้เวลาลดลง

คำสำคัญ : เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, สภาวะทันตสุขภาพของเด็ก

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

Abstract

To study the dental health services in health promotion hospital in Trangby dental nurse. The study was the cross - sectional survey research for dental nurse workload based on the Ministry of Public Health Regulation 2016 and attitude by using electronic questionnaire. The dental service information and status of children's dental health were retrived from the Health Data Center (HDC) of the Ministry of Public Health, year 2019. The population was the 57 dental nurses in health promotion hospital inTrang province.

The result showed that the average population 3,901.27 per person,average proportion of five main workloads which were Promotion, Prevention, Treatment, Other dental services and other work were 24.4 : 26.3 : 28.3 : 11.2 : 9.8 respectively. 81.6 percent of them were assigned to do other jobs and the major task was paper work (38.0%) . They felt that it was inappropriate but they had to do, and they could cope with such work (44.9) . The main dental activity was prevention and promotion (87.8%). Promotion and prevention was 71.4 percent. Dental treatment and teach brushing in 0 - 2 years old' parent were 65.3 percent.Therefore the importance policy should increase dental nurse activities such as promotion package, increase dental service and reduce time to make a report.

Keywords : dental nurse ; health promotion hospital ; Children's dental health status.

บทนำ

การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560พบเด็กอายุ 3 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 52.9 เด็ก 12 ปีพบความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 52.0 (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) ขณะที่ผลสำรวจของจังหวัดตรังปี 2562 พบว่า เด็ก 3 ปี มีความชุกของฟันน้ำนมผุร้อยละ47.5 ความชุกของฟันแท้ผุในเด็กอายุ12 ปีร้อยละ 41.0 ซึ่งเป็นอัตราฟันผุที่สูง แม้ว่าจะต่ำกว่าระดับประเทศฟันผุในเด็กมีความซับซ้อนและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยทางชีววิทยา พฤติกรรมสังคมและสิ่งแวดล้อม (สุภัค จันทร, 2561) รวมถึงระบบการจัดบริการบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาในชุมชนคือทันตาภิบาลหรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขซึ่งมีการผลิตบุคลากรหลักสูตร 2 ปี (วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์, 2542) ให้สามารถตรวจและบันทึกสภาวะผิดปกติของฟัน ทำความสะอาดฟัน อุดฟัน ถอนฟันโดยใช้ยาชาเฉพาะตำแหน่ง ส่งต่อ และให้ทันตสุขศึกษาต่อมามีการกำหนดขอบเขตและหน้าที่ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 (ชัยพฤกษ์ ตั้งจิตคงพิทยา, 2561) และ พ.ศ. 2559 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิต คือ การให้รางวัลและการลงโทษ ความจงรักภักดีต่อองค์การ โครงสร้างองค์การ ความมีอิสระในการทำงาน การยอมรับความเสี่ยงในงานและมาตรฐานการปฏิบัติงาน (สุรีย์พร โพธ์ศรีทอง,2552) คุณลักษณะส่วนบุคคลเช่นภูมิลำเนาฐานะทางเศรษฐกิจ อายุการทำงาน และทัศนะต่องานทันตสาธารณสุขมูลฐานไม่มีผลต่อการทำงานชุมชนของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แต่เงื่อนไขภายนอกเช่นการยอมรับจากผู้บังคับบัญชา ความทันสมัยของผู้นำชุมชน การฝึกอบรม และการสนับสนุนช่วยเหลือ มีผลต่อการทำงาน (สุวรรณา มาระโพธิ์,2535) ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตโดยปัจจัยการบริหารเวลา ปัจจัยการบริหารด้านกระบวนการบริหาร และปัจจัยการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์การรับรู้

บทบาทหน้าที่การสนับสนุนจากองค์การ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ตามการศึกษาของณิชา แว่นแคว้น (2547) สำราญ ปิตากุลดิลก ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ วรางคณา จันทร์คง (2556) ศศิธร เฝ้าทรัพย์ สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ (2561) และเพ็ญนภา ชาดีสุวิทย์ อุดมพาณิชย์ (2562) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานได้แก่วัสดุอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน การฝึกอบรมเพิ่มเติม และความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่การปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรคส่วนมากเป็นเรื่องความก้าวหน้า ขาดขวัญกำลังใจ และความมั่นคงในชีวิตการทำงาน ปฏิบัติงานคนเดียวไม่มีผู้ช่วยไม่ได้พัฒนาด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง ขาดงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และเก้าอี้ทันตกรรมการปฏิบัติงานเกินขอบเขตหน้าที่ของวิชาชีพขาดกำลังคนด้านเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เงินเดือนค่าตอบแทนและสวัสดิการน้อยไม่สอดคล้องกับภาระงานตามการศึกษาของณิชา แว่นแคว้น (2547) จิลาวัณย์ ชื่นรุ่งโรจน์ (2556) และ สำราญ ปิตากุลดิลก ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และวรางคณา จันทร์คง (2556) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขทำงานทันตศัลยกรรมโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่มากที่สุด (รัชนีวรรณ ภูมิสะอาด และวรยา มณีลังกา, 2561) บทบาทส่วนใหญ่เป็นการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากมีปัญหาที่สำคัญคือปริมาณผู้รับบริการทางทันตกรรมที่มากขึ้น (วิกานดา จำปางาม,2552) และบังคับบัญชากำหนดให้ทำงานบริการและงานในภาพรวมของสถานีอนามัยมากกว่าการทำงานเชิงรุก (บุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง และเพ็ญแข ลาภยิ่ง,2545) ส่วนบริการส่งเสริมป้องกันที่มีผลงานสูงสุด คือ การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน รองลงมาบริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี (พิศักดิ์ องค์ศิริมงคล และสุณี วงศ์คงคาเทพ, 2550)

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขมีภาระงานมาก ทั้งตามภาระงานและหน้าที่เพิ่มเติมที่ได้รับมอบหมายมีสัดส่วนการจัดบริการที่ไม่เหมือนกันแม้จะมีกรอบภาระงานกำหนดไว้ชัดเจน ขึ้นกับเงื่อนไขและข้อกำหนดของแต่ละอำเภอปัญหาการขาดเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขทำให้ในบางพื้นที่ต้องบริหารจัดการโดยการหมุนเวียนเพื่อให้บริการแก่ประชาชนได้ทั่วถึงตามการศึกษาของศศิธร ไชยประสิทธิ์ และ ชัยพฤกษ์ ตั้งจิตคงพิทยา (2558) จากปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตกรรมโดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนางานทันตสาธารณสุขของจังหวัดตรัง

นิยามปฏิบัติการ

1. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขคือบุคคลที่จบการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขได้รับวุฒิประกาศนียบัตรวิชาชีพทันตาภิบาลประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์(ทันตกรรม) และปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(ทันตสาธารณสุข) ปฏิบัติการประจำหรือหมุนเวียนมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

2. กรอบภาระงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 คือ การประกอบวิชาชีพทันตกรรม 4 ด้าน คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากการป้องกันโรคในช่องปากการรักษาโรคในช่องปากและการให้บริการอื่นๆ

3. งานที่ได้รับมอบหมายเพิ่มคืองานอื่นที่ไม่เกี่ยวกับงานในกรอบภาระงาน

4. สัดส่วนเวลาหมายถึงสัดส่วนเวลาที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขใช้ในการปฏิบัติงาน ใน 5 หมวด คำนวณจาก 1 เดือน มี 20 วันทำการ 1 วัน มี 7 ชั่วโมง ทำงาน ใน1 เดือน มี 140 ชั่วโมงทำงาน เท่ากับ 100 ส่วนเวลา

5. ผลงานบริการปี 2562 หมายถึง ผลงานการให้บริการที่บันทึกในระบบ HDC ของมีผลงานการจัดบริการมากกว่าผลงานจังหวัด13 ข้อ จาก 16 ข้อ จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

6. สภาวะทันตสุขภาพ หมายถึงสภาวะทันตสุขภาพในเด็กอายุ 18 เดือน 3 ปี 6 ปี 9 ปี และ 12 ปี

สมมติฐาน การดำเนินงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตามกรอบภาระงานในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ที่ผ่านเกณฑ์ส่งผลเชิงบวกต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็กตรัง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย และกรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น จากแบบสอบถาม online

11 ตัวแปร

- เพศ อายุ อายุงาน สถานที่ปฏิบัติงานการ**ศึกษาสถานภาพสมรสรายได้**
- การปฏิบัติงานตามกรอบ 4 หมวด และงานที่ได้รับเพิ่ม
- ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
- ความพร้อมของสิ่งสนับสนุน
- ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

→

ตัวแปรตามจากรายงานระบบ HDC

Y1 **ผลงานบริการ ปี** 2562

มีตัวแปรย่อยตามรายงาน 16 ข้อในประเด็น

- การตรวจฟัน
- การส่งเสริมป้องกันตามกลุ่มวัย
- การใช้บริการทันตกรรม
- การฝึกแปรงฟัน
- การเคลือบ/ ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่
- การเคลือบหลุมร่องฟันแท้

Y2 **สภาวะทันตสุขภาพ**

- ร้อยละฟันผุ ในเด็ก 18 เดือน 3 ปี 6 ปี 9 ปี และ 12 ปี

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณาแบบภาคตัดขวาง ศึกษาโดย (1) สำรวจข้อมูลจากเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้นโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา และทดสอบเครื่องมือกับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจากจังหวัดใกล้เคียงจำนวน 30 คน ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติงานตามกรอบภาระงาน ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความพร้อมของสิ่งสนับสนุน และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ความคิดเห็นต่อกรอบภาระงานแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน 2562 (2) วิเคราะห์ผลงานบริการทันตกรรมและสภาวะทันตสุขภาพของเด็กปีงบประมาณ 2562 จากฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) โดยเปรียบเทียบผลงานกับค่าเฉลี่ยของจังหวัดประชากรศึกษาเป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแบบประจำหรือหมุนเวียนมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ก่อนวันที่1ตุลาคม 2561 มีทั้งสิ้น 57 คนได้รับการตอบกลับมา 49 คน สถิติที่ใช้คือจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และไคสแควร์ ได้รับการอนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่ 2/2563 ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2562

ผลการศึกษา

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเป็นเพศหญิงร้อยละ 98.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.1 รายได้ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท สูงสุด ร้อยละ 57.1 ระยะเวลาทำงานระหว่าง 1 - 5 ปี และ 6 - 10 ปี สูงสุด ร้อยละ 32.0 เท่ากัน จบหลักสูตรการศึกษา 2 ปี ร้อยละ 93.9 ศึกษาต่อขั้นปริญญาตรีสูงสุด ร้อยละ 71.4 อายุเฉลี่ย 31.43 ± 6.99 ปี ต้องปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 32.7

การประเมินตนเองของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขต่องานตามกรอบภารกิจ 4 ด้าน ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 พบว่า (1) ภาระงานส่งเสริมเฉลี่ย 26.1 ± 3.4 คะแนน โดยส่งเสริมให้ชุมชนดูแลสุขภาพของตนเอง มากกว่าการให้ผู้อื่นมาดูแลคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.9 คะแนน (2) ภาระงานป้องกันโรคเฉลี่ย 11.9 ± 1.8 คะแนน โดยมาตรการทางทันตกรรมป้องกันได้แก่ การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ การเคลือบหลุมร่องฟัน การใช้วัสดุอุดฟันอื่นๆ เพื่อการป้องกันและใช้มาตรการต่างๆ ให้สอดคล้องกับบุคคล ครอบครัว และชุมชนคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.1 คะแนน (3) ภาระงานรักษาเฉลี่ย 25.0 ± 5.5 คะแนน โดยงานดูแลสภาวะปริทันต์ ประกอบด้วย การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ การขูดหินน้ำลาย และการทำความสะอาดฟันทั้งปากในผู้ป่วยที่เหงือกอักเสบคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.0 คะแนน และ (4) ภาระงานบริการอื่นเฉลี่ย 9.8 ± 2.1 คะแนน โดยการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อในงานบริการทันตกรรม คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.9 ได้รับมอบหมายงานอื่นเพิ่มนอกจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ร้อยละ 81.6 โดยมีความรู้สึกรับภาระได้ พอทำได้ ร้อยละ 44.9 งานบันทึกข้อมูลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.1 คะแนน ด้านความพึงพอใจ พบว่า (1) ความพึงพอใจต่องานคะแนนเฉลี่ย 4.8 (2) อยากเปลี่ยนสายงานคะแนนเฉลี่ย 6.2 คะแนน และ (3) ความรู้สึกรักและภูมิใจอาชีพคะแนนเฉลี่ย 7.3 ด้านครุภัณฑ์พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมครุภัณฑ์ 12.2 ± 3.8 คะแนน มียูนิตทำฟัน เครื่องมือถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลายครบคะแนนเฉลี่ย 6.0 พิจารณาแต่ละประเภทพบว่ามีเครื่องมือถอนฟันคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 1.96 คะแนน

สัดส่วนการใช้เวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย ส่งเสริม : ป้องกัน : รักษา : บริการอื่น : งานมอบหมายเพิ่ม คิดเป็น 24.4 : 26.3 : 28.3 : 11.2 : 9.8 งานที่ได้รับมอบหมายเพิ่มนอกจากงานตามกรอบระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ พบว่า การบันทึกข้อมูล (รวมข้อมูลอื่น) ทำ 5 วันต่อสัปดาห์สูงสุดร้อยละ 38.8 ขณะที่งานการเงิน งานสารบรรณและทำรายงานจะทำ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์สูงสุด ร้อยละ 16.3, 12.2 และ 12.2 ตามลำดับเวลาที่ใช้เพื่อปฏิบัติงานตามกรอบภารกิจมากกว่า 80 ส่วนเวลา (100 ส่วนเวลา เท่ากับ 140 ชั่วโมง) ร้อยละ 98.0 ใช้สัดส่วนเวลาที่ทำงานส่งเสริมป้องกัน มากกว่างานรักษา ร้อยละ 83.7

ปัจจัยแห่งความสำเร็จพบว่านโยบายผู้บริหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 5.8 คะแนนรองลงมา คือวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทันตกรรมและชุมชนคะแนนเฉลี่ย 5.6 คะแนนเท่ากันปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จที่คะแนน 8 สูงสุด พบว่าเป็นเรื่องของนโยบายร้อยละ 30.6 ชุมชนร้อยละ 28.6 และภาคีเครือข่าย 26.5 ตามลำดับ ผลงานบริการทันตกรรมที่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ ส่งเสริมป้องกันต่อบริการทั้งหมด ร้อยละ 87.8 รองลงมาคือใช้บริการงานส่งเสริมป้องกัน ร้อยละ 71.4 ใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิและ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟัน ร้อยละ 65.3 ส่วนสภาวะทันตสุขภาพ พบว่าเด็ก 3 ปีฟันน้ำนมผุมากกว่าเกณฑ์และเด็ก 12 ปี ฟันแท้ผุมากกว่าเกณฑ์เท่ากันที่ ร้อยละ 44.9 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ผุน้อยกว่าเกณฑ์ทุกกลุ่มวัยมีร้อยละ 18.4 (9 แห่ง)

เมื่อศึกษาด้วยสถิติไคสแควร์พบว่ามีเพียงความรู้สึกรัก และภูมิใจในอาชีพเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพของเด็ก5กลุ่มวัยค่าสถิติไคสแควร์เท่ากับ 14.95 ที่ค่า Fisher'Exact Test = 0.04 เมื่อพิจารณารายกลุ่มวัยพบว่า อายุงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญต่อเด็ก 3 ปีที่มีฟันน้ำนมผุ (ค่าสถิติไคสแควร์เท่ากับ 9.510 ค่า Fisher'Exact Test = 0.047) การใช้บริการทันตกรรมทุกสิทธิ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญต่อเด็ก6 ปีมีฟันแท้ผุ (ค่าสถิติไคสแควร์เท่ากับ 5.694 ที่ค่า Fisher'Exact Test = 0.020) การใช้บริการทันตกรรมพื้นฐานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญต่อเด็ก 9 ปี มีฟันแท้ผุ (ค่าสถิติไคสแควร์เท่ากับ 7.424 ที่ค่า Fisher'Exact Test = 0.011) การส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กอายุ 6 - 12 ปี และคะแนนตามกรอบงานการส่งเสริมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญต่อเด็ก 12 ปี มีฟันแท้ผุ (ค่าสถิติไคสแควร์เท่ากับ 7.039 ที่ค่า Fisher'Exact Test = 0.011 และค่าสถิติไคสแควร์เท่ากับ 5.891 ที่ค่า Fisher'Exact Test = 0.022 ตามลำดับ) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษากับสภาวะทันตสุขภาพจำแนกรายกลุ่มวัย (n = 49)

กลุ่มอายุเด็ก	ตัวแปรที่สัมพันธ์	Pearson Chi-Square	Fisher'Exact Test
3ปี	ระยะเวลาทำงาน	9.51	0.047
6ปี	การใช้บริการทันตกรรมทุกสิทธิ์	5.694	0.02
9ปี	บริการทันตกรรมพื้นฐาน	7.424	0.011
12ปี	ส่งเสริมป้องกันในเด็ก 6-12 ปี	7.039	0.011
	กรอบภาระงานส่งเสริม	5.891	0.022

สรุป

คุณลักษณะและการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขตามกรอบภาระงานไม่ส่งผลตรงต่อผลงานบริการและสภาวะทันตสุขภาพ แต่การให้บริการทันตกรรมส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็กโดยเฉพาะในเด็ก 6 ปี และ 9 ปี โดยเป็นกลวิธีสำคัญที่ลดปัญหาฟันผุ การบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานที่ครอบคลุม และการส่งเสริม ป้องกันที่เข้มข้น ต่อเนื่องจะช่วยลดโรคฟันผุลงได้

บทวิจารณ์

ข้อมูลทั่วไปของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาของสุรีย์พร โพธิ์ศรีทอง (2552) และสำราญ ปิตากุลดิลก ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และวรางคณา จันทร์คง (2556) ปัจจัยทั่วไปไม่มีผลต่อการให้บริการและสภาวะทันตสุขภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของสุวรรณา มาระโพธิ์ (2535) ยกเว้นในกลุ่มเด็ก 3 ปี ที่การศึกษานี้พบว่าอายุงานมีความสัมพันธ์กับเด็ก 3 ปีที่มีฟันน้ำนมผุ

มีการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอย่างเดียวร้อยละ 67.3 โดยได้รับมอบหมายงานอื่นนอกเหนือจากงานตามกรอบภาระงานสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญแข ลาภยิ่งและมนิธี ต่อเศวตพงศ์ที่อ้างถึงในบุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง และ เพ็ญแข ลาภยิ่ง (2545) ที่พบว่าเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในสถานีอนามัยมักถูกผู้บังคับบัญชากำหนดให้ทำงานบริการและงานในภาพรวมของสถานีอนามัยด้วยซึ่งงานอื่นที่ได้รับมอบหมายคือการบันทึกข้อมูล และรายงาน ที่ต้องปฏิบัติ 5 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 38.8 และ 14.3 ตามลำดับ ขณะที่งานการเงิน งานสารบรรณและทำรายงาน จะทำ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ สูงสุด ร้อยละ 16.3 12.2 และ 12.2 สัดส่วนเวลาในการปฏิบัติงานคิดเป็นสัดส่วนเฉลี่ยงานส่งเสริม : ป้องกัน : รักษา : การบริการทันตกรรมอื่น : งานอื่นที่ได้รับมอบหมายเพิ่มเติมจากระเบียบฯ เป็น 24.4 : 26.3 : 28.3 : 11.2 : 9.8 เห็นได้ว่างานอื่นที่ได้รับมอบหมายเพิ่มเติมจากระเบียบฯ และงานบริการทันตกรรมอื่นรวมมากถึง 20 ส่วนเวลา (28 ชั่วโมงต่อเดือน) และเป็นงานรักษาพยาบาลสูงสุดสอดคล้องกับวิภานดาจำปางาม (2552) ที่ทำการศึกษาบทบาทของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในจังหวัดนครสวรรค์ซึ่งจะมุ่งเน้นด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากมีปริมาณผู้มารับบริการด้านการรักษาทางทันตกรรมเพิ่มมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดตรัง ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ ต่อบริการทันตกรรมและสภาวะทันตสุขภาพของเด็กพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นมีเพียงความรู้สึกรักและภูมิใจในอาชีพเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพของเด็ก5กลุ่มวัยค่าสถิติไคสแควร์เท่ากับ 14.95 ที่ค่า Fisher'Exact Test = 0.04

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการผลิตและจัดสรรเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เพื่อให้มีการกระจายเพียงพอและครอบคลุมอย่างน้อยระดับตำบล เพื่อให้สามารถจัดบริการทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาร่วมกับทีมเครือข่าย พร้อมสนับสนุนเก้าอี้ทันตกรรมและครุภัณฑ์ทันตกรรมให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อจัดบริการขั้นพื้นฐาน

2. ควรมีการกำหนดขอบเขตงาน บทบาทหน้าที่และตัวชี้วัดที่เหมาะสม ชัดเจนสำหรับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุขอำเภอเพื่อทำการมอบหมายงานที่ตรงตามภาระงานในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯและทำการประเมินผลสภาวะทันตสุขภาพรายตำบลคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจังหวัดตรังทุกท่านที่ร่วมปฏิบัติงานกันมาด้วยดีโดยตลอดและได้สละเวลาให้ข้อมูลที่สำคัญ ขอขอบคุณ รศ.ดร.สุกัญญา เธียรวิวัฒน์คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทพญ.พวงทอง เล็กเฟื่องฟู และ ทพญ.จิราพร ขีดดี ทันตแพทย์เชี่ยวชาญสำนักทันตสาธารณสุขที่ให้คำแนะนำในการศึกษา และขอขอบคุณผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังทุกท่านที่สนับสนุนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขมาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข., **ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 ลงในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 133 ตอนพิเศษ 155 ง ลงวันที่ 13 กรกฎาคม 2559.**

จิลาวัณย์ ชื่นรุ่งโรจน์., **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 17.**, สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ., มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช., 2556.

ชัยพฤกษ์ ตั้งจิตคงพิทยา., **บทบาทหน้าที่ของทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง ในจังหวัดลำปาง.**, สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่., 2561.

ณิชา แว่นแคว้น., (2547). **ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงานกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขระดับตำบล ในเขต 6.**, วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต., มหาวิทยาลัยขอนแก่น., 2547.

บุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง และ เพ็ญแข ลาภยิ่ง., **ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากรายกลุ่มบริการปีงบประมาณ 2546.**, วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 7 (2), 65 - 77., 2545.

พิศักดิ์ องค์ศิริมงคล และ สุณี วงศ์คงคาเทพ., **การจัดบริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตาภิบาลประจำปี 2549.**, วารสารวิทยาสารทันตสาธารณสุข, 12 (3), 76 - 85., 2550.

เพ็ญนภาชาดี และสุวิทย์อุดมพาณิชย์., **คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมป้องกันของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น.**, วารสารทันตาภิบาล, 30 (1), 92 - 102., 2562.

รัชนีวรรณ ภูมิสะอาด และวรยา มณีลังกา., **บทบาทหน้าที่และความก้าวหน้าของทันตาภิบาลกรณีศึกษาที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 7.**, วารสารทันตาภิบาล, 29 (1), 57 - 70., 2561.

วิกานดา จำปางาม., **บทบาทของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในการปฏิบัติงานทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิกรณีศึกษา: อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์.**, สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร., 2552.

วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์., **ประวัติทันตาภิบาล บทความปริทัศน์.**, วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 4 (1), 47 - 51., 2542.

ศศิธร ไชยประสิทธิ์ และ ชัยพฤกษ์ ตั้งจิตคงพิทยา., **บทบาทหน้าที่ของทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง ในจังหวัดลำปาง.**, เชียงใหม่ทันตสาร, 36 (2), 23 - 34., 2558.

ศศิธร เฝ้าทรัพย์ และ สุวิทย์ อุดมพาณิชย์., **คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น.**, วารสารทันตาภิบาล, 28 (1), 23 - 34., 2561.

สุภัค จันทร., **ปัจจัยของผู้ดูแลเด็กที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์.**, วารสารการวิจัย กาสะลองคำ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 12 (1), 11 - 19., 2561.

สุรีย์พร โพธ์ศรีทอง., **ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 3 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.**, มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช., 2552.

สุวรรณา มาระโพธิ์., **คุณลักษณะส่วนบุคคลและเงื่อนไขภายนอกที่มีผลต่อความสามารถในการทำงานชุมชนของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตาภิบาล) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.**, มหาวิทยาลัยขอนแก่น., 2535.

สำนักทันตสาธารณสุข., **รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560.**, กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด., 2561.

สำราญ ปิตากุลดิลก ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และ วรางคณา จันทร์คง., **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของทันตาภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการที่ 11 สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.**, สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ., มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช., 2556.

ความสัมพันธ์ระหว่างHbA1c ภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Relationship between HbA1c, thalassemia anemia, and abnormal hemoglobin in patients with type 2 diabetes mellitus patients

*ทัศนีย์ สิริธัญญ์สกุล**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose, FPG) ด้วย hemoglobin A1c (HbA1c) และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสมการทำนายค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาจากข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในกลุ่มที่มีผลการตรวจระดับ FFG, HbA1c และการตรวจหาธาลัสซีเมียและชนิดของฮีโมโกลบินผลผิดปกติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าพิสัย และสถิติอนุมาน ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน สร้างสมการถดถอยเชิงเส้นและ curve estimation ระหว่าง FPG กับ HbA1c ในการทำนายค่า HbA1c จาก FPG

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 12,638 รายพบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (ร้อยละ 74.8) ชนิดควบคุมน้ำตาลไม่ได้ทั้งวันตรวจเลือดและช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา (FPG > 130 มก./ดล.และ HbA1c ≥ 7%) (ร้อยละ 62.2) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับ FPG กับเพศ อายุ และHbA1c อยู่ในระดับปานกลาง สมการถดถอยเชิงเส้นระหว่าง FPG กับ HbA1c ได้ Y = 4.771 + 0.020X, p < .001 (R2 = 0.429) โดย HbA1c มีความสัมพันธ์กับ FPG อย่างมีนัยสำคัญสมการสามารถทำนายความถูกต้องของค่า HbA1c ได้ร้อยละ 42.9 การศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ จำนวน 65 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ชนิดควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในวันตรวจเลือดแต่ควบคุมได้ช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา (FPG > 130 มก./ดล.และ HbA1c < 7%) (ร้อยละ 64.6) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับ FPG กับเพศ อายุ หน่วยบริการ และ HbA1c อยู่ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำ สมการถดถอยเชิงเส้นระหว่าง FPG กับ HbA1c ได้สมการ Y = 4.866 + 0.002X, p = 0.530 (R2 = 0.006) โดย HbA1c ไม่มีความสัมพันธ์กับ FPG อย่างมีนัยสำคัญสมการไม่สามารถทำนายค่า HbA1c จากค่า FPG ได้

สรุปว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ ไม่สามารถใช้ค่า HbA1c ประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความถูกต้องของการตรวจวัด HbA1c ผู้วิเคราะห์ต้องตระหนักและเลือกวิธีการตรวจ HbA1c ด้วยหลักการที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ระดับน้ำตาลในเลือด ฮีโมโกลบินเอวันซี โรคเบาหวานธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ

---

*นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลตรัง

Abstract

The research has an objective to assess the glycemic control effect using FPG and HbA1c levels and test the correlation with HbA1c and test the correlation with HbA1c prediction equations in type 2 diabetic and type 2 diabetic patients with Thalassemia anemia and abnormal hemoglobin. The methodology was descriptive from retrospective data among patients with type 2 diabetes mellitus. Selected groups tested for levels of FPG, HbA1c and abnormal Hb typing by Purposive Sampling. Data were analyzed using descriptive statistics were frequency, percentage, average, standard deviation and inferential statistics : Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis was used to predict HbA1c from FPG.

Results of this research showed that :12,638 patients with type 2 diabetes mellitus ,74.8% were found to be in non - glycemic control, 62.2% with all day with blood tests and the past few months, (FPG > 130 mg/dL, HbA1c ≥ 7%) . FPG levels with sex, age, HbA1c were moderately correlated and Linear regression equation $Y = 4.771 + 0.020X$, $p < .001$ ($R2 = 0.429$) was significantly correlated was and able to predict the accuracy of the HbA1c level of 42.9%. A study of 65 patients with type 2 diabetes mellitus with thalassemia anemia and abnormal hemoglobin found that 64.6% were the non - glycemic control group with all day with blood tests but can be controlled for the past few months, (FPG >130 mg/dL, HbA1c < 7%) . FPG and HbA1c were low - level correlated,Linear regression equation $Y = 4.866 + 0.002X$, $p = 0.530$ ($R2 = 0.006$) was found that HbA1c was not significantly correlated with FPG. The equations cannot predict HbA1c from FPG. It concluded that HbA1c levels could not be used to evaluate FPG controls due to thalassemia anemia and abnormal hemoglobin affecting the accuracy of the HbA1c measurement. Select the appropriate method for HbA1c testing.

Keywords : blood glucose level, Hemoglobin A1c, Diabetes mellitus, thalassemia and abnormal hemoglobin.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งกำหนดโดย American Diabetes Association (ADA) ปี พ.ศ. 2560 คือ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการตรวจระดับ HbA1c แนะนำอย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย ตั้งเป้าหมาย HbA1c ไว้ที่ 7.5-8% (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) ระดับ FPG ในผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ คือ 70 มก./ดล<FPG <130 มก./ดล.และ HbA1c < 7% หากสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะมีผลลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ (นันทวรรณ ศรีสุดใจ, และสุธาทิพย์ พิชไพบูลย์, 2561) HbA1c เป็นส่วนหนึ่งของ glycatedhemoglobin ที่มีโมเลกุลของกลูโคสจับอยู่กับ n - terminal ของกรดอะมิโน valine ของสาย β- globin อย่างถาวร ระดับ HbA1c จะสะท้อนถึงระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา ใช้ในการติดตามควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ (Sack, 2012) ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลตรัง ตรวจวิเคราะห์ระดับ

HbA1c ด้วยวิธี ion exchange high performance liquid chromatography (HPLC) เป็นการตรวจวัดจากประจุสุทธิที่แตกต่างกันตามชนิดของฮีโมโกลบิน ซึ่งมีข้อจำกัดในผู้ป่วย hemolytic anemia ทำให้ค่า HbA1c ลดลง และเพิ่มขึ้นในภาวะ polycythemia หรือ post - splenectomy (Little, et al., 2015) กรณีผลผิดปกติหรือไม่สามารถวัดค่าได้จะตรวจวัดด้วยวิธี boronateaffinity chromatography เป็นการตรวจวัดจากคุณสมบัติทางโครงสร้างของฮีโมโกลบินที่แตกต่างกัน เป็นเครื่องมือขนาดเล็กและไม่ได้ใช้เป็นเครื่องมือหลักในการตรวจประจำวัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบค่าที่ผิดปกติในการตรวจของผู้ป่วยโลหิตจางได้ (มาลา ตรีวัชรีกร และศิริรัตน์ เฉลยทรัพย์, 2559) แม้ทั้งสองวิธีจะได้การรับรองจาก National Glycohemoglobin Standardization Program/ Diabetes Control and Complications Trial (NGSP/DCCT) แต่ยังมีการรบกวนจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและฮีโมโกลบินผิดปกติส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของการวิเคราะห์

ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ และทดสอบความสัมพันธ์ของ FPG และ HbA1c ด้วยสมการถดถอยเชิงเส้นทำนายค่า HbA1c เพื่อจะสามารถบอกแนวโน้มของความสัมพันธ์นำไปสู่การทำนายความถูกต้องของค่าHbA1cโดยผลการศึกษาครั้งนี้ จะได้ข้อมูลการประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และเพื่อทำนายค่าความถูกต้องของ HbA1c ได้ หากพบปัญหาการรบกวนจากภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติที่มีผลกระทบต่อความถูกต้องของการตรวจวัด HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ ผู้วิเคราะห์ต้องตระหนักและเลือกวิธีการตรวจ HbA1c ด้วยหลักการที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาและตรวจติดตามได้อย่างถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย HbA1c

2. เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสมการทำนายค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ

สมมติฐานการวิจัย

H0 : ธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติไม่มีผลต่อการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

H1 : ธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติมีผลต่อการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาจากข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Data)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย คือ ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากระบบสารสนเทศห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลตรัง โดยทำการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลตรังและหน่วยบริการเครือข่าย ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2562 จำนวน 12,638 ราย

2. กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่างที่ใช้ คือข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ของโรงพยาบาลตรังและหน่วยบริการเครือข่ายได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 ที่มีผลการตรวจระดับ FPG, HbA1c และการตรวจหาธาลัสซีเมียและชนิดของฮีโมโกลบิน ผลผิดปกติ วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 65 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และวิธีการดำเนินการทดลอง

1) การตรวจวัดระดับ FPG ด้วยเครื่องวิเคราะห์สารเคมีในเลือดอัตโนมัติ รุ่น AU680 ใช้หลักการ hexokinase เป็นเอ็นไซม์เร่งปฏิกิริยา phosphorylation ของกลูโคสโดย adenosine triphosphate; ATP) ทำให้เกิด G - 6 - P (glucose - 6 - phosphate) และ ADP (adenosine diphosphate) และ G - 6 - P จะทำปฏิกิริยากับ NADP+ (nicotinamideadenine dinucleotide phosphate) โดยมีเอ็นไซม์ G - 6 - PD (glucose - 6 - phosphate dehydrogenase) เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาให้ได้ NADPH วัดการเทียบการดูดแสงกับปริมาณ NADPH ที่เกิดจากสารละลายมาตรฐานด้วยเครื่องวัดเทียบสีที่ความยาวคลื่น 340 นาโนเมตร

2) การตรวจวัดระดับ HbA1c ด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ Arkray ADAMS A1c รุ่น HA8180 หลักการ ion exchange HPLC โดยเลือดครบส่วนจะถูกเจือจางด้วยน้ำยา hemolysis washing solution และฉีดผ่านเข้าไปในคอลัมน์ โดยการแยกฮีโมโกลบินแต่ละชนิดจะอาศัย HPLC (ลมุลวงศ์กฤตวิทย์,2558)

3) การตรวจวัดระดับ HbA1c ด้วยเครื่องวิเคราะห์ Boronate Affinity on Wellion CLEVER HbA1c หลักการ borate affinity chromatography

4) การตรวจหาธาลัสซีเมียและชนิดของฮีโมโกลบินด้วยเครื่องวิเคราะห์โดยหลักการโครมาโตกราฟีแบบ low - pressureliquid chromatography (LPLC)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1) การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง เลขที่ 048/2563 รับรองวันที่ 25 ธันวาคม 2563

2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยรวมทั้งการแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวม

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ นำมาประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้ FPG และ HbA1c

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าพิสัย (range) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน เพื่อคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และนำไปสร้างสมการถดถอยเชิงเส้นและ curve estimation ระหว่าง FPG กับ HbA1c ในการทำนายค่า HbA1c จาก FPG โดยสมการจะสามารถบอกแนวโน้มของความสัมพันธ์นำไปสู่การทำนายความถูกต้องของค่า HbA1c

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลตรัง ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบจำนวน 12,638 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.2) ช่วงอายุ 61 - 70 ปี (ร้อยละ 26.5) และใช้บริการที่โรงพยาบาลตรัง (ร้อยละ 56.5) พบระดับ FPG มีค่าเฉลี่ย 153.4 มก./ดล. (SD = 70.3) ระดับ HbA1c มีค่าเฉลี่ย 7.8% (SD = 2.1) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ทำการศึกษา ปี 2560 - 2562

ปัจจัยส่วนบุคคล		ปี พ.ศ.			
		รวม (ร้อยละ)	2560	2561	2562
ปริมาณทั้งหมด (ราย)		12,638	4,555 (100)	3,826 (100)	4,257 (100)
เพศ	ชาย	4,526 (35.8)	1,890 (41.5)	1,353 (35.4)	1,283 (30.1)
	หญิง	8,112 (64.2)	2,665 (58.5)	2,473 (64.6)	2,974 (69.9)
อายุ (ปี)< 50		3,037 (24.0)	920 (20.2)	637 (16.6)	1,480 (34.8)
	51-60	3,279 (25.9)	1,316 (28.9)	983 (25.7)	980 (23.0)
	61-70	3,353 (26.5)	1,350 (29.6)	1,091 (28.5)	912 (21.4)
> 70		2,969 (23.5)	969 (21.3)	1,115 (29.1)	885 (20.8)
หน่วยบริการ	รพ.ตรัง	7,146 (56.5)	3,263 (71.6)	1,769 (46.2)	2,114 (49.7)
ศสม.		2,624 (20.8)	569 (12.5)	1,139 (29.8)	916 (21.5)
	รพ.สต.	2,868 (22.7)	723 (15.9)	918 (24.0)	1,227 (28.8)
FPG	mean ± SD	153.4 ± 70.3	164.2 ± 71.4	146.5 ± 69.6	148.1 ± 68.4
range (min-max)		1,188 (11 - 1199)	1,129(70 –1,199)	892 (26 – 918)	699 (11 – 710)
HbA1c	Mean ± SD	7.8 ± 2.1	7.7 ± 2.1	7.9 ± 2.0	7.7 ± 2.1
range (min-max)		19.6 (1 - 20.6)	17.1 (3.5 -20.6)	15.7 (3.2- 18.9)	16.5 (1 – 17.5)

การศึกษาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตนะ (2553) พบว่า ระดับ FPG มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับปานกลางกับเพศ อายุและ HbA1c (r = 0.575, 0.317 และ 0.656) ยกเว้นตัวแปรด้านหน่วยบริการที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับระดับ FPG ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างระดับ FPG กับปัจจัยตามเพศ อายุ หน่วยบริการ และ ระดับ HbA1c

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r*)
เพศ	0.575
อายุ (ปี)	0.317
หน่วยบริการ	-0.222
HbA1c (%)	0.656

* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง FPG และ HbA1c ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 12,638 ราย ด้วยสมการถดถอยเชิงเส้นและ curve estimation เพื่อทำนายค่า HbA1c จาก FPG ได้สมการ

Y = 4.771 + 0.020X, $p < 0.001$ (R2 = 0.429)

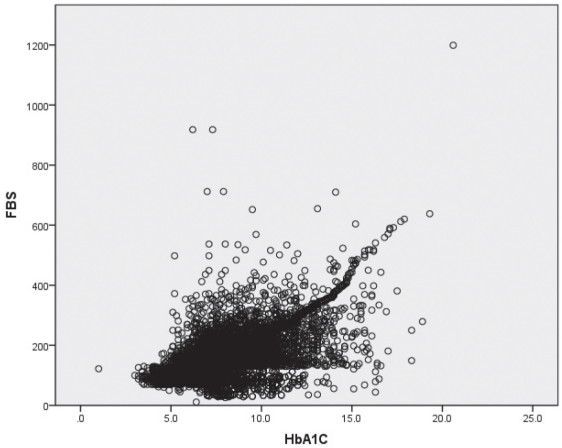
โดยสมการจะสามารถบอกแนวโน้มของความสัมพันธ์นำไปสู่การทำนายความถูกต้องของค่า HbA1c ได้ร้อยละ 42.9 ดังแสดงในตารางที่ 3 และกราฟที่ 1

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ด้วยการสร้างสมการถดถอยเชิงเส้นระหว่างระดับ HbA1c กับ FPG ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Model Summary			Coefficients[a]				
			Unstandardized Coefficients		Std. Coeff.	t	Sig.
R	R^2	fpg	B	Std. Error	Beta		
.655[a]	.429	(Constant)	4.771	.034		140.410	<.001
			.020	.000	.655	97.372	<.001

สมการ Y = 4.771 + 0.020 X, (Y = HbA1c, X = FPG) a. Predictors: FPG, b. Dependent Variable: HbA1c

กราฟที่ 1 *แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับ HbA1c กับ FPG ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2*



ผลการศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ด้วยระดับ FPG และ HbA1c พบว่า กลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (ร้อยละ 25.2) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.9) ช่วงอายุน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 60.5) ใช้บริการที่โรงพยาบาลตรัง (ร้อยละ 66.4) ระดับ FPG มีค่าเฉลี่ย 90.6 มก./ดล. (SD = 15.5) ระดับ HbA1c มีค่าเฉลี่ย 5.7% (SD = 0.7) กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ทั้งวันตรวจเลือดและช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา (FPG > 130 มก./ดล. และ HbA1c ≥ 7%) (ร้อยละ 62.2) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.5) ช่วงอายุ 61 - 70 ปี (ร้อยละ 40.4) ใช้บริการที่โรงพยาบาลตรัง (ร้อยละ 41.0) ระดับ FPG มีค่าเฉลี่ย 198.9 มก./ดล. (SD = 65.7) ระดับ HbA1c มีค่าเฉลี่ย 9.2% (SD = 1.9) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยระดับ FPG และ HbA1c

ปัจจัย	ควบคุมได้	ควบคุมน้ำตาลไม่ได้		
	FPG≤130 มก./ดล. HbA1c<7%	FPG≤130 มก./ดล. HbA1c≥7%	FPG>130 มก./ดล. HbA1c<7%	FPG>130 มก./ดล. HbA1c≥7%
จำนวน (12,638 ราย)	3,188 (25.2)	1,134 (12.0)	2,056 (21.8)	6,260 (62.2)
ชาย	1,054 (33.1)	348 (30.7)	836 (40.7)	2,288 (36.5)
หญิง	2,134 (66.9)	786 (69.3)	1,220 (59.3)	3,972 (63.5)
อายุ (ปี)< 50	1,929 (60.5)	312 (27.5)	118 (5.7)	678 (10.8)
51-60	436 (13.7)	206 (18.2)	1,370 (66.6)	1,267 (20.2)
61-70	341 (10.7)	196 (17.3)	288 (14.0)	2,528 (40.4)
> 70	482 (15.1)	420 (37.0)	280 (13.6)	1,787 (28.6)
หน่วย รพ.ตรัง	2,116 (66.4)	776 (68.4)	1,685 (82.0)	2,570 (41.0)
ศสม.	515 (16.2)	64 (5.6)	183 (8.9)	1,862 (29.7)
รพ.สต.	557 (17.5)	294 (35.9)	188 (9.1)	1,828 (29.3)
FPG, mean ± SD	90.6 ± 15.5	82.1 ± 25.2	151.6 ± 35.9	198.9 ± 65.7
range (min-max)	119 (11-130)	104 (26-130)	787 (131-918)	1,068(131-1,199)
HbA1c,mean±SD	5.7 ± 0.7	8.4 ± 1.4	6.5 ± 0.4	9.2 ± 1.9
range (min-max)	5.9 (1 - 6.9)	9.5 (7 - 16.5)	2.4 (4.5 – 6.9)	13.6 (7.0-20.6)

ผลการศึกษาความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ พบจำนวน 65 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.9) ช่วงอายุน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 73.9) และใช้บริการโรงพยาบาลตรัง (ร้อยละ 90.7) เป็นชนิด Hb E trait (ร้อยละ 38.5) และ β - thalassemia trait (ร้อยละ 29.3) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความชุกและผลการตรวจ Hb typing ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ปี พ.ศ. 2560 - 2562

ผลการตรวจ	ราย	เพศ		อายุ				หน่วยบริการ		
Hb typing	(ร้อยละ)	ชาย	หญิง	<50	51-60	61-70	>70	รพ.	ศสม.	รพ.สต
รวม (ร้อยละ)	65	15(23.1)	50 (76.9)	48 (73.9)	8 (12.3)	3 (4.6)	6 (9.2)	59 (90.7)	4 (6.2)	2 (3.1)
β-thal trait	19 (29.3)	4 (26.7)	15 (30.0)	16 (33.3)	1 (12.5)	0	2 (33.3)	19 (32.2)	0	0
B-thal/HbE	2 (3.1)	0	2 (4.0)	2 (4.2)	0	0	0	2 (3.4)	0	0
Delta-Beta thal	1 (1.5)	0	1 (2.0)	1 (2.1)	0	0	0	1 (1.7)	0	0
Hb E trait	25 (38.5)	8 (53.3)	17 34.0)	15 (31.2)	6 (75.0)	3(100)	1 (16.7)	22 (37.2)	3(75.0)	0
Hb E trait /Hb E trait with α-thal	5 (7.7)	1 (6.7)	4 (8.0)	3 (6.3%)	1 (12.5)	0	1 (16.7)	3 (5.1)	0	2(100)
Hb H disease	6 (9.2)	2 (13.3)	4 (8.0)	6 (12.5)	0	0	0	5 (8.5)	1(25.0)	0
Homo βthal	1 (1.5)	0	1 (2.0)	1 (2.1)	0	0	0	1 (1.7)	0	0
Homo-Hb E dis	6 (9.2)	0	6 (12.0)	4 (8.3)	0	0	2 (33.3)	6 (10.2)	0	0

ผลการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ พบว่า กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ (FPG ≤ 130 มก./ดล., HbA1c <7%) พบร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.4) ช่วงอายุน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 84.2) ใช้บริการที่โรงพยาบาลตรัง (ร้อยละ 84.2) ระดับ FPG เฉลี่ย 83.4 มก./ดล. (SD = 17.4) ระดับ HbA1c เฉลี่ย 4.8 % (SD = 0.6) กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบ 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในวันตรวจเลือดแต่ควบคุมได้ช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา (FPG >130 มก./ดล., HbA1c < 7%) พบร้อยละ 64.6 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.6) ช่วงอายุน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 69.0) ใช้บริการที่โรงพยาบาลตรัง (ร้อยละ 90.5) ระดับ FPG เฉลี่ย 166.3 มก./ดล. (SD = 33.9) ระดับ HbA1c เฉลี่ย 4.9% (SD = 0.6) และพบในกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ทั้งในวันตรวจเลือดและช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา (FPG >130 มก./ดล., HbA1c ≥ 7%) ร้อยละ 6.2 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เป็นธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ ด้วยระดับ FPG และ HbA1c

ปัจจัย	ปริมาณ (ร้อยละ)	ควบคุมน้ำตาลได้	ควบคุมน้ำตาลไม่ได้	
		FPG ≤ 130 มก./ดล. HbA1c <7%	FPG >130 มก./ดล. HbA1c < 7%	FPG >130 มก./ดล. HbA1c ≥ 7%
ปริมาณ (ร้อยละ)	65 (100%)	19 (29.2%)	42 (64.6%)	4 (6.2%)
เพศ ชาย	15 (23.1%)	6 (31.6%)	9 (21.4%)	0
หญิง	50 (76.9%)	13 (68.4%)	33 (78.6%)	4 (100%)
อายุ (ปี)< 50	47 (72.3%)	16 (84.2%)	29 (69.0%)	2 (50.0%)
51-60	9 (13.8%)	2 (10.5%)	6 (14.3%)	1 (25.0%)
61-70	3 (4.6%)	1 (5.3%)	2 (4.8%)	0
> 70	6 (9.2%)	0	5 (11.9%)	1 (25.0%)
หน่วยบริการ				
รพ.ตรัง	58 (89.2%)	16 (84.2%)	38 (90.5%)	4 (100%)
ศสม.	4 (6.2%)	2 (10.5%)	2 (4.8%)	0
รพ.สต.	3 (4.6%)	1 (5.3%)	2 (4.8%)	0
FPG, mean ± SD	141.5 ± 47.7	83.4 ± 17.4	166.3 ± 33.9	157.5 ± 25.3
range (min-max)	198 (67-265)	59 (67-126)	134 (131-265)	53 (134-187)
HbA1c, mean±SD	5.1 ± 0.9	4.8 ± 0.6	4.9 ± 0.6	7.9 ± 0.7
range (min-max)	5.2 (3.5 – 8.7)	2.1 (3.7 – 5.8)	2.4 (3.5 – 5.9)	1.6 (7.1 – 8.7)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พบว่า ระดับ FPG มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำกับเพศ อายุ หน่วยบริการ และ HbA1c พบค่า r = 0.039, 0.146, 0.031 และ 0.079 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติระหว่างระดับ FPG กับปัจจัยตามเพศ อายุ หน่วยบริการ และ ระดับ HbA1c

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r*)
เพศ	0.039
อายุ (ปี)	0.146
หน่วยบริการ	0.031
HbA1c (%)	0.079

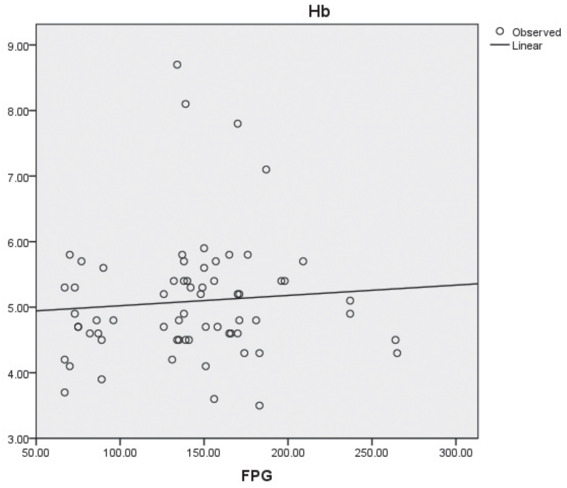
* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง FPG และ HbA1c ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เป็นธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นและ curve estimationเพื่อทำนายค่า HbA1c จาก FPGแล้วนำค่าสถิติที่ได้นำมาเขียนเป็นสมการ ดังนี้Y = 4.866 + 0.002X, p = 0.530 (R^2 = 0.006) โดยสมการจะสามารถบอกแนวโน้มของความสัมพันธ์นำไปสู่การทำนายความถูกต้องของค่า HbA1c ได้เพียงร้อยละ 0.6 ดังแสดงในตารางที่ 8 และกราฟที่ 2

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ด้วยการสร้างสมการถดถอยเชิงเส้นระหว่างระดับ HbA1c กับ FPG ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ

Model Summary and Parameter Estimates							
	Model Summary					Parameter Estimates	
Equation	R Square	F	df1	df2	Sig.	Constant	b1
Linear	0.006	0.399	1	63	0.530	4.866	.002
สมการ Y = 4.866 + 0.002X, (Y =HbA1c, X= FPG)The independent variable is FPG.Dependent Variable:HbA1c							

กราฟที่ 2 *แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับ HbA1c กับ FPG ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เป็นธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ*



อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลตรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 256 - 2562 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.2) และช่วงอายุ 61 - 70 ปี (ร้อยละ 26.5) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของนุชรี อาบสุวรรณ และนิตยา พันธุเวทย์ (2558) ที่ว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 6.9 โดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 0.6 ในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี ความชุกขึ้นสูงสุดพบในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 16.7 การศึกษาพบว่า ระดับ FPG และ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานทุกเพศและทุกช่วงอายุมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชาญ เกี่ยวการค้า (2555) ที่กล่าวว่า ค่ากลูโคสขณะงดอาหารกับ HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาตรวจในโรงพยาบาลลำปาง มีความสัมพันธ์ในทางเดียวกันระดับปานกลาง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ถดถอยเชิงเส้นระหว่างระดับ HbA1c กับ FPG ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า ระดับ HbA1c มีความสัมพันธ์กับ FPG อย่างมีนัยสำคัญและสมการจะสามารถบอกแนวโน้มของความสัมพันธ์นำไปสู่การทำนายความถูกต้องของค่า HbA1c ได้ร้อยละ 42.9 และความแปรปรวนของ HbA1c ร้อยละ 57.1 ต้องอธิบายด้วยปัจจัยอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภา เมฆวณิชย์ (2557) ที่ว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง FPS กับ HbA1c ในผู้ป่วยทุกเพศและทุกช่วงอายุ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง โดยมีค่า R อยู่ระหว่าง 0.65 - 0.70 เท่านั้น และเมื่อพิจารณาค่า coefficient of determination (R^2) ของสมการทั้งหมด พบว่าอยู่ในช่วง 0.42 - 0.50 ซึ่งแสดงว่า HbA1c มีอิทธิพลต่อค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยที่ 42 - 50% และมีแนวโน้มการกระจายของข้อมูล ห่างจากเส้นการถดถอยอยู่ในระดับปานกลาง และการถดถอยที่พิจารณานี้มีตัวแปรเดียว คือ HbA1c ซึ่งความจริงแล้วยังมีตัวแปรอิสระอื่นๆ อีกที่มีอิทธิพลต่อค่าของระดับน้ำตาลเฉลี่ย

ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 25.2 ใกล้เคียงกับข้อมูลตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 ซึ่งพบผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 28.8ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.9) ช่วงอายุน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 60.5) อาจเนื่องจากเพศหญิงที่อายุน้อยกว่า 50 ปี ยังอยู่ในวัยทำงานและมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพได้ดี ทำให้มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555 (2556) พบว่า ผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป จะควบคุมระดับ HbA1c ได้ดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อยและเพศชายควบคุมระดับ HbA1c ได้ดีกว่าเพศหญิง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ทั้งวันตรวจเลือดและช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา (FPG >130 มก./ดล., HbA1c ≥ 7%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.5) พบในช่วงอายุ 61 - 70 ปี (ร้อยละ 40.4) และใช้บริการที่โรงพยาบาลตรังร้อยละ (41.0) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มแรกที่ต้องให้ความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาอย่างถูกต้อง และคาดว่าเมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลเบาหวานด้วยตนเอง จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และคณะ (2551) พบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่เข้ารับการอบรมโครงการให้ความรู้แก่ผู้เป็นเบาหวานเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

การหาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ทั้งกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าระดับ FPG มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ และ หน่วยบริการในระดับต่ำอาจเนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การดูแลรักษาต่อเนื่องและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรียา เสียงดัง (2560) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มีเพศ และอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ พบจำนวน 65 ราย เป็นชนิด Hb E trait ร้อยละ 38.5 และ β - thalassemia trait ร้อยละ 29.3 พบระดับ HbA1c (5.1%) ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด (5.7%) ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 29.2 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ทั้งในวันตรวจเลือดและช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา (FPG > 130 มก./ดล., HbA1c ≥ 7%) มีระดับ HbA1c เฉลี่ย (ร้อยละ 7.9) ต่ำกว่าผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในกลุ่มเดียวกัน (ร้อยละ 9.2) สอดคล้องกับผลการศึกษาของวีรวรรณ ประเสริฐวัฒนากร (2559) ที่กล่าวว่าเนื่องจากการตรวจวัดระดับ HbA1c หลักการ ion exchange HPLC จะถูกรบกวนจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติหลายชนิด ได้แก่ ฮีโมโกลบินผิดปกติของสาย β - โกลบิน เช่น Hb S, Hb D และ Hb E ซึ่งเป็นฮีโมโกลบินผิดปกติที่พบมากในไทย homozygous Hb E ที่มีระดับ Hb E สูงกว่า 80% จะถูกรบกวนทำให้ผลตรวจ HbA1c ได้ค่าลดลงประมาณ 40 - 50% เมื่อเปรียบเทียบกับหลักการ boronateaffinity chromatography และในกลุ่มคนปกติที่มี Hb E ระดับสูง จะรบกวนการตรวจวิเคราะห์ HbA1c เนื่องจาก HbE1c รบกวนเมื่อ Hb E เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิด HbE1c เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งถ้ามี HbE1c ในปริมาณมากตำแหน่งของ HbE1c ในโครมาโตแกรมจะแยกจากตำแหน่งของ HbA1c ทำให้สัดส่วนของ HbA1c เปลี่ยนแปลงพบว่า Hb E ระดับสูงทำให้ HbA1c มีค่าลดลง อย่างไรก็ตามเครื่องวิเคราะห์ที่ใช้หลักการ ion exchange HPLC เช่นเดียวกันแต่เป็นเครื่องต่างรุ่นการผลิตหรือต่างผู้ผลิตก็อาจส่งผลให้ค่า HbA1c ลดลงหรือสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีอื่นๆ ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งของฮีโมโกลบินผิดปกตินั้นอยู่ตำแหน่งใดในโครมาโตแกรม เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เป็นธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ พบว่าระดับ FPG ในผู้ป่วยทุกเพศ อายุ หน่วยบริการ และ HbA1c มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำ และสมการถดถอยเชิงเส้นทำนายค่า HbA1c จาก FPGพบว่า HbA1c ไม่มีความสัมพันธ์กับ FPG อย่างมีนัยสำคัญสมการไม่สามารถทำนายค่า HbA1c จากค่า FPG ได้โดยสมการจะสามารถบอกแนวโน้มของความสัมพันธ์นำไปสู่การทำนายความถูกต้องของค่า HbA1c ได้เพียงร้อยละ 0.6 และความแปรปรวนของ HbA1c ร้อยละ 99.4 ต้องอธิบายด้วยปัจจัยอื่น

สรุปได้ว่าระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ ไม่สามารถใช้ประเมินการควบคุมระดับ FPG ได้ เนื่องจากภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติที่มีผลกระทบต่อความถูกต้องของการตรวจวัด HbA1c ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ค่า HbA1c ได้แก่ ภาวะที่มีการสร้างสายโกลบินผิดปกติทางโครงสร้าง ทำให้เกิดฮีโมโกลบินที่มีโครงสร้างผิดปกติหรือมีการสร้างสายโกลบินลดลงหรือไม่สร้างเลยอย่างธาลัสซีเมียหรือภาวะที่เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลงหรือมีอายุยาวนานกว่าปกติ ซึ่งกระทบต่อค่าการตรวจวัด HbA1c โดยค่าที่ต่ำกว่าปกติ พบในผู้ที่มีอายุของเม็ดเลือดแดงสั้นผิดปกติ ได้แก่ ผู้ที่ขาดเอ็นไซม์ glucode - 6 - phosphate dehydrogenase ค่าที่สูงกว่าปกติ พบในผู้ที่มีอายุของเม็ดเลือดแดงยาวผิดปกติ ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง ภาวะโลหิตจางจาก

การขาดธาตุเหล็กหรือขาดวิตามินบี 12 ซึ่งปัจจัยที่สามารถส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ค่า HbA1c ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ จะแตกต่างกันตามหลักการตรวจวิเคราะห์ ชนิดและปริมาณของฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ

ปัจจุบันห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลตรังตรวจระดับ HbA1c โดยวิธี ion exchange HPLC และ boronateaffinity chromatography ซึ่งจากการศึกษาของ Rolf Hinzmann (2012) พบว่า วิธี ion exchange HPLC ฮีโมโกลบินที่ผิดปกติจะรบกวนการตรวจวัด HbA1c จากการเปลี่ยนแปลงไปของประจุสุทธิและหลักการ boronateaffinity chromatography HPLC ฮีโมโกลบินที่ผิดปกติจะไม่มีผลกระทบต่อการตรวจวัด HbA1cCarbamlyHb, Hb AS, HbAE,Hb F < 15 % ไม่มีผลต่อการตรวจวัดค่า HbA1c และการศึกษาของ Nadzimah MohdNasir และคณะ (2010) พบว่า การตรวจวัด HbA1c ในผู้ที่เป็นพาหะ Hb E ด้วยวิธี ion exchange HPLC มีค่าต่ำกว่าการตรวจวัดด้วยวิธี immunoassay และ Hb E/β - thal มีผลให้ค่า HbA1c เพิ่มสูงขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของพอน สิงหามาตรและคณะที่พบว่าการตรวจวิเคราะห์ระดับของ HbA1c โดยวิธี ion exchange HPLCในผู้ที่เป็นพาหะธาลัสซีเมียชนิด Hb E แสดงค่าแตกต่างในทางที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีฮีโมโกลบินปกติ

ข้อเสนอแนะ

ผลกระทบของธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติต่อการตรวจวัดระดับ HbA1c จะทำให้การประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย FPG และ HbA1c ทำได้ยาก ดังนั้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ ควรตรวจวัดระดับ HbA1c ด้วยหลักการ boronate affinity chromatography ควบคู่ไปด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาและตรวจติดตามได้อย่างถูกต้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ชูศรี วงศ์รัตนะ., **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย.**, (พิมพ์ครั้งที่ 12)., กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ., โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคม (2560)., แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560., ปทุมธานี : ร่มเย็น มีเดีย จำกัด., 2553.

นภา เมฆวณิชย์., **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง Fasting Plasma Glucose และ Hemoglobin A1c เพื่อจัดทำตารางค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.**, วารสารเทคนิคการแพทย์, 42 (2), 4974 - 89., 2527.

นุชจรี อาบสุวรรณ และ นิตยา พันธุเวทย์., **ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2557.**, สืบค้น17 พ.ย. 2563., จาก http://www.thaincd.com., 2558.

บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ และ น้ำเพชร สายบัวทอง., **การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม.**, รามาธิบดีพยาบาลสาร, 14 (3), 289 - 297., 2551.

นันทวรรณ ศรีสุดใจ, และสุธาทิพย์ พิชไพบูลย์., **การพัฒนาและตรวจสอบสมการทำนายค่าฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลพนัสนิคม.**, วารสารภสัชกรรมไทย, 11 (1), 215 - 225., 2561.

พอน สิงหามาตร สายพิณ สุวรรณจุณี ทิพย์วารินทร์ พุทธรักษา และคณะ., **ผลกระทบของฮีโมโกลบิน อี ต่อการตรวจวัดไกลเคตฮีโมโกลบิน (HbA1c) โดยวิธีแลกเปลี่ยนอนุภาคไอออนโครมาโตกราฟฟี่ความดันสูง (ion - exchange HPLC).**, กุมารเวชสาร, 17 (3), 163 - 166., 2553.

มาลา ตรีวัชรีกร, และศิริรัตน์ เฉลยทรัพย์., **การศึกษาเปรียบเทียบระดับของฮีโมโกลบินเอวันซีที่ตรวจวัดโดยวิธี Turbidimetric Inhibition Immunoassay และวิธี Boronate Affinity HPLC ในวชิรพยาบาล.**, วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 60 (4), 261 - 268., 2559.

ลมุล วงศ์กฤตวิทย์., **การศึกษาเปรียบเทียบการตรวจวิเคราะห์หาปริมาณ ฮีโมโกลบินเอวันซีด้วยวิธี Immunoturbidity และ High Performance Liquid Chromatography ในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจที่คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.**, วชิรเวชสาร, 59 (4), 10 - 6., 2558.

วิชาญ เกี่ยวการค้า., **การประเมินค่ากลูโคสในพลาสมาจากฮีโมโกลบิน A1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลลำปาง.**, วารสารเทคนิคการแพทย์, 40 (2), 4236 - 42., 2555.

วีรวรรณ ประเสริฐวัฒนากร., **ผลกระทบของธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติต่อการตรวจวัดค่าฮีโมโกลบินเอวันซีด้วยวิธี Ion exchange HPLC, Boronate affinity chromatography และ Immunoassay.**, วารสารเทคนิคการแพทย์, 44 (3), 5843 - 53., 2559

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย., **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017).**, กรุงเทพฯ : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย., 2560.

สุปรียา เสียงดัง., **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้.**, วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4 (1), 191 - 204., 2560.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ., **การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555.**, สืบค้น 15 ต.ค. 2563, จาก https://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/CRCN55/1., 2556.

Hinzmann R, Schlaeger C, Tran CT., **What do need beyond hemoglobin A1c to get complete picture of glycemia in people with diabetes?.**, Int J.Med. Sci, 9 (8) , 665 - 681., 2012.

Little, R.R., La'ulu, S.L., Hanson, S.E., Rohlfing, C.L.,& Schmidt, R.L., **Effect of 49diffferent rare Hbvariants on HbA1c measurement in eightmethods.**, Journal of Diabetes Science and Technology, 9 : 849 - 856., 2015.

Nasir MN, Thevarajah M and Yean CY., **Hemoglobin variantsdetected by hemoglobin A1C (HbA1C) analysis and the effects on HbA1Cmeasurements.**, Int J Diabetes DevCtries, 30 (2), 86 - 90., 2010.

Rhea JM. andMolinaro R., **Pathology Consultation on HbA1c Methods and Interferences.**, Am J ClinPathol, 141, 5 - 16., 2014.

Robert WL, Frank EL, Moulton L, Papadia C, Noffsinger JK, Ou CN., **Effects of nine hemoglobin variants on five glycohemoglobin methods.**, ClinChem, 46 (4), 569 - 572., 2000.

Sacks DB., **A New Twist on the Path to Harmony.**, Diabetes Care, 35 (12), 2674 - 80., 2012.

การศึกษาการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณี อุทกภัยจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562

The Study on Management of Public Health Emergency Operation Centers : case study of Flooding in UbonRatchathani 2019

*พิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลและจัดทำข้อเสนอ ในการบริหารจัดการ ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัยจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mix method) ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) มีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้ 1. การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 3. การจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน วิธีการศึกษา ประกอบด้วย 1. การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2. การสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ 3. การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีผลการศึกษา ดังนี้

1. การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน จากการสอบถาม เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยพิจารณาจาก สรุปผลการประเมินใน 8 ด้านตามรูปแบบ CIP Piest Model พบว่า ผลการประเมินอยู่ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.82) และ ผลการประเมินของ อสม. อยู่ในระดับมาก $\bar{X}$ = 3.81) เช่นกัน

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับ ผลการประเมินการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน พบว่า มีปัจจัยส่วนบุคคล 4 ปัจจัย ทีมีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ การเคยมีประสบการณ์ การอบรมด้านระบบบัญชาการเหตุการณ์หรือศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภัยพิบัติตำแหน่ง และพื้นที่ ที่ประสบภัย

3. ในด้านการจัดทำข้อเสนอการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ในด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในระดับตำบลเพื่อรองรับ การปฏิบัติงาน จาก ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ และควรมีนโยบาย สนับสนุน ให้มีการจัดตั้งเครือข่ายอาสาภาคประชาชน ในการร่วมปฏิบัติงาน ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีเกิดภัยพิบัติ ในลักษณะต่างๆ ในด้านปฏิบัติการ ควรมีการพัฒนา ด้านบุคลากร การสนับสนุน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ พัฒนาการสื่อสารและการประสานงานเป็นต้น

คำสำคัญ : ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินการประเมินผล CIP Piest Model อุทกภัย

---

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

Abstract

This research aims to assess and make suggestionto manage public health emergency operation centers in the case study of flooding in UbonRatchathani 2019. The paper is mix method research - both quantitative and qualitative. The steps of this study are showed as follow : 1) the evaluation of emergency operation centers ; 2) the study of the relationship of management of emergency operation centers; and 3) the suggestion making to developemergency operation centers. The study methods are 1) literature review ; 2) interviewing of related officers and village health volunteers ; and 3) in - depth interviewing of related officers.

1) The evaluation of emergency operation centers frominterviewing of related officers and village health volunteers by consideration 8 issues following CIPPiest Model, the author found that both 2 parts are in high level (related officers $\overline{X}$ = 3.82 ; village health volunteers $\overline{X}$ = 3.81).

2) The relationship between individual and the assessment of emergency operation centers, the author found 4 factors - which showed relationship - such as gender, experience,training in the incident command system or disaster respond center, and position and area of disaster.

3) For suggestion making to develop emergency operation centers, policies of Ministry of Public Health, there should be establishment of an emergency operation center for medical and public health at the sub - district level to support operation from the provincial and district levels, and there should be supporting policies to create the network of volunteers in the public sector to cooperate in response to medical and public health emergencies in case of disasters - where happenin different ways in terms of operations, human resources development, budget support, materials, equipment, communication, coordination development and etc.

Keywords : Emergency Operation Centers, the Evaluation CIPPiest Model, Flooding.

บทนำ

นับวันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจะเกิดบ่อยขึ้น และแต่ละครั้งก็มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น การเกิดสึนามิ ในภาคใต้ ในปี 2547 การระบาดของไข้หวัดใหญ่ในปี 2552 การเกิดน้ำท่วมใหญ่ในปี 2557 การระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางในประเทศเกาหลีใต้ และการเกิดแผ่นดินไหวครั้งใหญ่ในประเทศเนปาลในปี 2558 ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเหล่านี้ไม่เพียงแต่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศอีกด้วยการเตรียมความพร้อมระบบจัดการภาวะฉุกเฉินจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบสาธารณะสุขในปัจจุบัน (กรมควบคุมโรค 2558 : 1)

เมื่อเกิดสถานการณ์ใดๆ ก็ตามที่มีความสับสนวุ่นวายจำเป็นต้องมีการจัดการสถานการณ์ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิต และทรัพย์สินน้อยที่สุด ซึ่งการจัดการในภาวะฉุกเฉินเป็นการจัดการ (Management) ที่แตกต่างจากการจัดการในรูปแบบปกติทั่วๆ ไปไม่สามารถใช้ในการจัดการในภาวะฉุกเฉินได้ เนื่องจากในภาวะฉุกเฉินนี้มีตัวแปรที่ไม่เหมือนการจัดการในภาวะปกติ คือการจัดการสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนมีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ตลอดเวลา ระยะเวลาในการจัดการมีอยู่อย่างจำกัด ต้องทำงานอย่างรวดเร็ว เพื่อรักษาชีวิตของผู้ประสบภัย และควบคุมสถานการณ์ให้อยู่ในวงจำกัดและบ่อยครั้งเป็นข้อมูลที่มีความขัดแย้งกันเอง ข้อสำคัญอีกประการหนึ่งคือการจัดการในภาวะฉุกเฉิน

จะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานเข้ามาร่วมในการปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัย ทั้งที่มีอำนาจหน้าที่ตามระเบียบกฎหมาย เฉพาะของแต่ละหน่วยงาน ทั้งที่เป็นหน่วยงานทางราชการหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้ไม่มีโครงสร้างการบังคับบัญชาหรือการประสานงานระหว่างกันในภาวะปกติ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย 2550 : 3)

การจัดการภัยพิบัติ และสาธารณภัยของประเภทมุ่งเน้นการภายใต้พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 ครอบคลุมเหตุการณ์อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง โรคระบาดในมนุษย์ โรคระบาดสัตว์ โรคระบาดสัตว์น้ำ อุบัติเหตุหรือเหตุอื่นใด ซึ่งก่อให้อันตรายแก่ชีวิตภัยทางอากาศ และการก่อวินาศกรรมโดยมีหน่วยงานต่างๆ ร่วมกันดำเนินการภายใต้ "แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย" (กรมควบคุมโรค 2558:9) โดยแบ่งระดับความรับผิดชอบเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) แผนการป้องกันและบรรเทาสารธารณภัยแห่งชาติ 2) แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด 3) แผนการป้องกันและบรรเทาสารธารณภัยกรุงเทพมหานคร ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตายต่อชีวิต สร้างความเสียหาย แก่ทรัพย์สินของประชาชน และเกิดผลกระทบกับสิ่งแวดล้อม เกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติส่งผลกระทบทางสุขภาพอย่างรุนแรงหรือมีโอกาสแพร่กระจายไปพื้นที่อื่น ทั้งเหตุการณ์การเกิดโรคและภัยคุกคามสุขภาพ จะถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergencies) ซึ่งการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับสูงสุดจะต้องนำระบบบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขมาใช้ประสานงานและสั่งการภายใต้การบริหารจัดการของ "ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข"

กล่าวโดยสรุป เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากโรคระบาดหรือจากภัยคุกคามต่างๆ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health EmergencyIncident Command System) เป็นระบบที่พัฒนามาใช้ในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การบริหารจัดการของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีภารกิจรับผิดชอบในการวางแผนกำกับ ติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 จึงต้องการศึกษาการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัย ปี 2562 ให้ครอบคลุมได้แก่ 1) การประเมินผลศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัย ปี 2562 โดยใช้รูปแบบการประเมินผลของบริบท (Context Evaluation) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และด้านผลผลิต (Product Evaluation) การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation) การประเมินความยั่งยืน (Sustainability Evaluation) และการประเมินการถ่ายทอดส่งต่อ (Transportability Evaluation) 2) หาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ กับ การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 และ 3) จัดทำข้อเสนอการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีตอบโต้อุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ การดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการบริหารจัดการ ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562

2. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562

3. เพื่อจัดทำข้อเสนอการพัฒนา ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดย งานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัยกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ จะได้นำผลวิจัย ที่เป็นข้อเสนอแนะ เสนอผู้บริหาร หรือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

2. หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะได้นำข้อเสนอที่ได้ไป พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอ

3. หน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะได้นำข้อเสนอที่ได้ไป พัฒนา ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับตำบล

4. หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และ ระดับตำบลในจังหวัดอื่นๆ สามารถนำข้อเสนอที่ค้นพบไปยุกต์ใช้ในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุทกภัย หรือ ภัยพิบัติอื่นๆ

5. ประชาชนทั่วไป เครือข่ายจิตอาสา หน่วยงานภาคราชการ ภาคประชาชน ที่เกี่ยวข้อง จะได้นำข้อค้นพบ แนวทางการปฏิบัติงาน ร่วมกัน ไปเชื่อมโยง ประสานงาน บูรณการการปฏิบัติงาน ช่วยเหลือประชาชนในอุทกภัย และประยุกต์ใช้ในภัยพิบัติอื่นๆ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลและขณะเข้าร่วมให้ข้อมูลการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกในการประเมินผลได้โดยไม่มีผลเสียใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ทุกคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูล จะถือเป็นความลับและสรุปผลการประเมินออกมาเป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัย และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการประเมินผลเท่านั้นพร้อมทั้งได้ขออนุญาตคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรอง เลขที่ SSJ.UB2563 - 145 ได้รับรองเมื่อ 15 มกราคม 2563 และ หมดอายุ 14 มกราคม 2564

วิธีการศึกษา

ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ 1) การทบทวนวรรณกรรม (literature Review) โดยการวบรวมเอกสารราชการ คำสั่ง ข้อปฏิบัติ มติจากการประชุมศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้อุทกภัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี งานวิชาการ

งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) กลุ่มประชากร ในการสัมภาษณ์เชิงลึกใน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้อุทกภัย ปี 2562 และกลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัดสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล โดยกลุ่มละ 5 - 7 คน รวมสัมภาษณ์เชิงลึก ประมาณ 10 - 15 คน 3) การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) กลุ่มประชากร ในการตอบคำถาม มี 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (1) กลุ่มคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้อุทกภัย ปี 2562 (2) กลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด (3) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมจำนวน 120 คน สุ่มตัวอย่าง โดยวิธีอย่างง่าย จำนวน 100 คน และ 2. กลุ่มอาสมัครสาธารณสุข (จำนวน 34,681 คน) กำหนดขนาดตัวอย่างเป็น โดยการคำนวณ ใช้สูตร TARO YAMANE ได้จำนวน 395 ตัวอย่าง ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อการวิจัยร่วมระดับโซนและการกระจายทุกอำเภอ จำนวน 2,500 ตัวอย่าง

รูปแบบการวิจัย

1. การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีตอบโต้อุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 โดยใช้รูปแบบการประเมินผล แบบ CIPPiest Model ของ แดเนียลสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam and Shinkfield, 2007)

2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีตอบโต้อุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562

3. การจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีตอบโต้อุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด คือ

1. แนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) กลุ่มประชากร ในการสัมภาษณ์เชิงลึกใน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้อุทกภัย ปี 2562 และกลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด สุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก ประมาณ 10 - 15 คน มีทั้งหมด 6 ข้อ

2. แบบสอบถามใช้สำหรับสอบถาม กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 การประเมินผล จำนวน 48 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ 2 ข้อ รวม 58 ข้อ

3. แบบสอบถามใช้สำหรับสอบถาม กลุ่มอาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย มีทั้งหมด 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 การประเมินผล จำนวน 29 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ 2 ข้อ รวม 39 ข้อ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติ ดังต่อไปนี้

สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สถิติเชิงอนุมานในการหาความสัมพันธ์ ประกอบด้วย chi - square และสถิติ Monte Carlo ใช้ในกรณี ค่าที่คาดหวัง มีค่าน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

1. **กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)**

1.1 **เพศ** กลุ่มตัวอย่าง อสม. จำแนกตามเพศ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,235 คน คิดเป็นร้อยละ 87.80 และเพศชาย จำนวน 311 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.20

1.2 **ระดับการศึกษา** กลุ่มตัวอย่าง อสม.จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น/ปลาย จำนวน 1,495 คน คิดเป็น ร้อยละ 58.73 รองลงมาคือ ประถมศึกษา จำนวน 923 คน คิดเป็นร้อยละ 36.26 ระดับ ปวส./อนุปริญาญา จำนวน 64 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.52 ระดับปริญญาตรี จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 2.19 ระดับสูงกว่าปริญญา จำนวน 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.18 และไม่ได้เรียน จำนวน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.12

1.3 **ตำแหน่ง** กลุ่มตัวอย่าง ประธาน อสม. และ อสม. จำแนกตามสถานะของ ตำแหน่ง อสม. ที่ให้ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นตำแหน่ง อสม. จำนวน 2,203 คน คิดเป็น ร้อยละ 86.54 และรองลงมาเป็นตำแหน่งประธาน อสม. จำนวน 343 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.46

1.4 **การเคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมด้านศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข** กลุ่มตัวอย่าง ประธาน อสม. และ อสม. จำแนกตามการเคยอบรม พบว่า ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์จำนวน 1,304 คน คิดเป็น ร้อยละ 51.21 และรองลงมาไม่เคยเลยจำนวน 1,242 คน คิดเป็น ร้อยละ 48.79

1.5 **พื้นที่เขตอำเภอที่เคยประสบอุทกภัย** กลุ่มตัวอย่าง ประธาน อสม. และ อสม. จำแนกตามสถานะอำเภอเคยประสบอุทกภัย พบว่า ส่วนใหญ่ประสบอุทกภัย (น้ำท่วม) ระดับมากจำนวน 875 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.36 รองลงมาประสบอุทกภัย (น้ำท่วม) ระดับปานกลาง จำนวน 839 คน คิดเป็น ร้อยละ 32.97 ประสบอุทกภัย (น้ำท่วม) ระดับน้อยจำนวน 501 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.66 และไม่ประสบอุทกภัย (น้ำท่วม) จำนวน 331 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.01

1.6 **การเคยเข้าร่วมปฏิบัติงานตอบโต้ภัยพิบัติ** กลุ่มตัวอย่าง ประธาน อสม. และ อสม. จำแนกตามประสบการณ์ ที่ท่านเคยเข้าร่วมปฏิบัติงานตอบโต้ภัยพิบัติพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมจำนวน 1,363 คน คิดเป็นร้อยละ 53.49 และเคยเข้าร่วม จำนวน 1,184 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.51

2. **ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข**

2.1 **เพศ** กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 57 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.34 และเพศหญิง จำนวน 46 คน คิดเป็น ร้อยละ 44.66

2.2 **ระดับการศึกษา** กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ปริญญาตรี จำนวน 69 คน คิดเป็น ร้อยละ 66.99 รองลงมา คือ ระดับปริญญาโท จำนวน 33 คนคิดเป็น ร้อยละ 32.04 และระดับต่ำกว่า ปวส./อนุปริญญา จำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.97

2.3 **ตำแหน่ง** กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามตำแหน่ง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอหรือผู้ช่วย จำนวน 43 คน คิดเป็น ร้อยละ 41.75 รองลงมา คือ ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน สสอ. จำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 31.07 ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 24.27 และน้อยที่สุด คือ ตำแหน่ง ผอก. โรงพยาบาลหรือผู้แทน จำนวน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.91

2.4 **ท่านเคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมด้านระบบบัญชาการเหตุการณ์หรือศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากการสอบถาม** (Questionnaire) กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข พบว่า เคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมด้านระบบบัญชาการเหตุการณ์หรือศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภัยพิบัติ จำนวน 62 คน คิดเป็น ร้อยละ 60.19 และไม่เคยเลย จำนวน 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 39.81

2.5 **ในพื้นที่เขตอำเภอ ของท่าน ได้ประสบอุทกภัย (น้ำท่วม) ในปี 2562 ตามความคิดเห็นของท่านในระดับใดจากการสอบถาม** (Questionnaire) กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่ ประสบอุทกภัย (น้ำท่วม) ระดับมาก จำนวน 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 39.81 รองลงมา ประสบอุทกภัย (น้ำท่วม) ระดับปานกลาง จำนวน 26 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.24 ประสบอุทกภัย (น้ำท่วม) ระดับน้อย จำนวน 33 คน คิดเป็น ร้อยละ 32.04 และไม่ประสบอุทกภัย (น้ำท่วม) จำนวน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.91

2.6 **ท่านเคยเข้าร่วม ปฏิบัติงาน ตอบโต้ภัยพิบัติ หรือ ช่วยเหลือ การดำเนินงานภัยพิบัติ กรณี อุทกภัย (น้ำท่วม) จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 (ในปีที่ผ่านมา) จากการสอบถาม** (Questionnaire) กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่ เคยเข้าร่วมปฏิบัติงานตอบโต้ภัยพิบัติหรือช่วยเหลือ การดำเนินงานภัยพิบัติ กรณีอุทกภัย (น้ำท่วม) จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 (ในปีที่ผ่านมา) จำนวน 14 คน คิดเป็น ร้อยละ 53.85 และไม่เคยเข้าร่วมปฏิบัติงานตอบโต้ภัยพิบัติ หรือ ช่วยเหลือการดำเนินงานภัยพิบัติ กรณี อุทกภัย (น้ำท่วม) จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 (ในปีที่ผ่านมา) จำนวน 12 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.15

การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

1. การประเมินผลศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ผลการประเมินผลศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จากการสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยพิจารณาจากสรุปผลการประเมินใน 8 ด้าน ตามรูปแบบ CIPPIEST Model พบว่า สรุปผลทั้ง 8 ประเด็น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.81) สรุปผลการประเมินผลรายด้านมากที่สุด คือ ด้านบริบท (Context) ($\bar{X}$ = 4.12) รองลงมาด้านกระบวนการ (Process) ($\bar{X}$ = 3.89) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ($\bar{X}$ = 3.74) ด้านผลกระทบ (Impact) ($\bar{X}$ = 3.74) ด้านผลผลิต (Product) ($\bar{X}$ = 3.73) ด้านความยั่งยืน (Sustainability) ($\bar{X}$ = 3.73) และน้อยที่สุดด้านการถ่ายทอด (Transportability) ($\bar{X}$ = 3.77) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดง สรุปผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

สรุปผลการประเมินรายด้าน	ความถี่ จำนวน(ร้อยละ)					คะแนน(1-5)	
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ระดับการเห็นด้วย
1.ด้านบริบท(Context)	709 (27.85)	1243 (48.82)	524 (20.59)	58 (2.29)	11 (0.45)	4.12	มาก
2.ด้านปัจจัยนำเข้า(Input)	408 (16.02)	1210 (47.54)	806 (31.66)	110 (4.31)	12 (0.47)	3.74	มาก
3.ด้านกระบวนการ(Process)	514 (20.17)	1330 (52.25)	610 (23.96)	86 (3.37)	6 (0.24)	3.89	มาก

ตารางที่ 1 ตารางแสดง สรุปผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ต่อ)

สรุปผลการประเมินรายด้าน	**ความถี่ จำนวน(ร้อยละ)**					**คะแนน(1-5)**	
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ระดับการเห็นด้วย
4.ด้านผลผลิต(Product)	446 (17.51)	1146 (45)	789 (31)	140 (6)	25 (1)	3.73	มาก
5.ด้านผลกระทบ(Impact)	387 (15.27)	1225 (48.53)	815 (32.06)	111 (4.00)	8 (0.33)	3.74	มาก
6.ด้านประสิทธิผล(Effectiveness)	384 (15.10)	1230 (48.54)	810 (31.82)	113 (4.40)	9 (0.33)	3.74	มาก
7.ด้านความยั่งยืน(Sustainability)	370 (14.52)	1230 (48.30)	850 (33.37)	93 (3.65)	4 (0.17)	3.73	มาก
8.ด้านการถ่ายทอด (Transportability)	407 (16.02)	1263 (49.61)	766 (30.08)	104 (4.27)	6 (0.22)	3.77	มาก
สรุปผลการประเมินทั้ง 8 ด้าน	-	-	-	-	-	3.81	มาก

2. การประเมินผลศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลการประเมินผลศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จากกาสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาจากสรุปผลการประเมินใน 8 ด้าน ตามรูปแบบ CIPPIEST MODELพบว่า สรุปผลทั้ง 8 ประเด็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.82) โดยสรุปผลการปะเมินผลรายด้านที่มากที่สุด คือ ด้านบริบท (Context) ($\bar{X}$ = 4.23) รองลงมาด้านกระบวนการ (Process) ($\bar{X}$ = 3.85) ด้านผลกระทบ (Impact) ($\bar{X}$ = 3.82) ด้านผลผลิต (Product) ($\bar{X}$ = 3.79) ด้านความยั่งยืน (Sustainability) ($\bar{X}$ = 3.73) และน้อยที่สุด ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ($\bar{X}$ = 3.61) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สรุปผลการประเมินรายด้าน	ความถี่ จำนวน(ร้อยละ)					**คะแนน(1-5)**	
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	**ค่าเฉลี่ย**	**ระดับการเห็นด้วย**
1.ด้านบริบท (Context)	29 (28.35)	69 (66.80)	5 (4.66)	- (0.00)	- (0.00)	4.23	มาก
2.ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	8 7.77	55 53.40	32 31.07	8 7.77	- (0.00)	3.61	มาก

ตารางที่ 2 สรุปผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ต่อ)

สรุปผลการประเมินรายด้าน	ความถี่ จำนวน(ร้อยละ)					คะแนน(1-5)	
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ระดับการเห็นด้วย
3.ด้านกระบวนการ (Process)	10 (9.71)	69 (66.99)	23 (22.33)	1 (0.97)	0 (0.00)	3.85	มาก
4.ด้านผลผลิต (Product)	9 (8.74)	65 (63.11)	27 (26.21)	2 (1.94)	0 (0.00)	3.79	มาก
5.ด้านผลกระทบ (Impact)	9 (8.74)	67 (65.05)	26 (25.24)	1 (0.97)	0 (0.00)	3.82	มาก
6.ด้านประสิทธิผล (Effectiveness)	6 (5.83)	75 (72.82)	22 (21.36)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.84	มาก
7.ด้านความยั่งยืน (Sustainability)	6 (5.83)	67 (65.05)	27 (26.21)	3 (2.91)	0 (0.00)	3.73	มาก
8.ด้านการถ่ายทอด (Transportability)	5 (4.85)	68 (66.02)	26 (25.24)	4 (3.88)	0 (0.00)	3.72	มาก
สรุปผลการประเมินทั้ง 8 ด้าน	-	-	-	-	-	3.82	มาก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลทั้งประเด็นในการประเมินศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ประเด็นในการประเมินศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินนำข้อมูลมาเฉพาะประเด็นที่มีความสัมพันธ์ พบว่า มีอยู่ 4 ปัจจัย ได้แก่

1. เพศ มีความสัมพันธ์ กับผลการปฏิบัติงานของทีมเยียวยาทางจิตใจ (MCATT) ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Monte Carlo Sig. = 0.015) กับการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัยจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีความเหมาะสมกับสถานการณ์อุทกภัย (Monte Carlo Sig. = 0.044) และกับวัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนฝ่ายปฏิบัติการ เช่น รองเท้า บู๊ต ถุงมือ หน้ากากอนามัย เป็นต้น มีความเพียงพอ (Monte Carlo Sig. = 0.042) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

2. ท่านเคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมด้านระบบบัญชาการเหตุการณ์หรือศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภัยพิบัติ กับเป้าหมายหลักของการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัยจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (Monte Carlo Sig. = 0.044) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

3. ระดับพื้นที่ประสบอุทกภัย กับเงินงบประมาณที่ใช้จ่ายในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัยจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีเพียงพอ (Monte Carlo Sig.=0.012) กับ วัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนฝ่ายปฏิบัติการเช่น รองเท้า บู๊ต ถุงมือ หน้ากากอนามัย เป็นต้น มีความเพียงพอ (Monte Carlo Sig.= 0.043) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

4. ตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ กับศูนย์ปฏิบัติการฯ ให้การช่วยเหลือประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย (น้ำท่วม) ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย มากน้อยเพียงใด (Monte Carlo Sig.=0.016) กับ การปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการฯ ช่วยให้เพิ่ม ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน สำหรับ หน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติงานร่วมกับศูนย์ฯ ในระดับใด (Monte Carlo Sig. = 0.029) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ประเด็นในการประเมินศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เฉพาะประเด็นที่มีความสัมพันธ์

ประเด็นในการประเมินศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข กรณี อุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562	ปัจจัยส่วนบุคคล	$\bar{X}$	Chi-Square Tests	Monte Carlo Sig.
1.การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัยจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีความเหมาะสมกับสถานการณ์อุทกภัย	เพศ	4.2 (ระดับมาก)	0.038	*0.044
2.เป้าหมายหลักของการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัยจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข	ท่านเคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมด้านระบบบัญชาการเหตุการณ์หรือศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภัยพิบัติ	4.16 (ระดับมาก)	0.033	*0.022
3.เงินงบประมาณที่ใช้จ่ายในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัยจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีเพียงพอ	ระดับพื้นที่ประสบอุทกภัย	3.14 (ระดับปานกลาง)	0.017	*0.012
4. วัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนฝ่ายปฏิบัติการเช่น รองเท้า บู๊ต ถุงมือ หน้ากากอนามัย เป็นต้น มีความเพียงพอ	เพศ	3.37 (ระดับปานกลาง)	0.055	*0.042
5.วัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนฝ่ายปฏิบัติการเช่น รองเท้า บู๊ต ถุงมือ หน้ากากอนามัย เป็นต้น มีความเพียงพอ	ระดับพื้นที่ประสบอุทกภัย	3.37 (ระดับปานกลาง)	0.056	*0.043
6.ผลการปฏิบัติงานของทีมเยียวยาทางจิตใจ (MCATT)ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข	เพศ	2.31 (ระดับน้อย)	0.016	*0.015
7.การปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการฯ ช่วยให้เพิ่ม ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน สำหรับ หน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติงานร่วมกับศูนย์ฯ ในระดับใด	ตำแหน่ง	2.30 (ระดับน้อย)	0.033	*0.029

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ประเด็นในการประเมินศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เฉพาะประเด็นที่มีความสัมพันธ์ (ต่อ)

ประเด็นในการประเมินศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข กรณี อุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562	ปัจจัยส่วนบุคคล	$\bar{x}$	Chi-Square Tests	Monte Carlo Sig.
8.ศูนย์ปฏิบัติการฯ ให้การช่วยเหลือ ประชาชน ผู้ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย(น้ำท่วม) ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย มากน้อยเพียงใด	ตำแหน่ง	2.31 (ระดับน้อย)	0.018	*0.016

ข้อเสนอการพัฒนา ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อเสนอการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินการได้พัฒนามาจาก (1) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง (2) การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้ง (3) การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องแล้วนำผลการศึกษามาสังเคราะห์ เป็นข้อเสนอในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุทกภัย จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการศึกษาการประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน จาก การอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ยังพบว่า มีผู้สั่งการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งจากระดับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และระดับจังหวัด ทั้งผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และจากนายอำเภอในพื้นที่ จึงทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสน และไม่มีระบบ ซึ่งเป็นผลมาจากมีผู้สั่งการหลายคนดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดมาตรการเข้มงวดการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีรูปแบบมีผู้สั่งการผู้เดียว (Single Command) อย่างแท้จริง

2. จากผลการศึกษาการประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่าการปฏิบัติงานในระดับย่อย ระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ยังขาดประสิทธิภาพ การกระจายวัสดุอุปกรณ์ สิ่งของช่วยเหลือยังไม่ทั่วถึง เพราะยังไม่มีการตั้งศูนย์ปฏิบัติการที่ชัดเจน โดยเฉพาะพื้นที่ที่เคยประสบอุทกภัย หมู่บ้านที่เคยประสบอุทกภัย ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้ง ศูนย์ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัย ในระดับตำบล เพื่อให้ภารกิจในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินสอดคล้องกันทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน

3. จากผลการศึกษา การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องพบว่าควรมีการจัดตั้งเครือข่ายและพัฒนา ในการขับเคลื่อน การปฏิบัติการสู้อุทกภัยอาทิ เครือข่ายต่างอำเภอ เครือข่ายในพื้นที่ที่เกิดอุทกภัย เครือข่ายอาสาป้องกันอุทกภัยประจำหมู่บ้านเพื่อช่วยในการขับเคลื่อน เช่น การแจ้งข่าวอุทกภัยทั่วจังหวัด พร้อมทั้ง มีการบูรณาการ การทำงาน การฝึกอบรมการจัดการภาวะน้ำท่วม กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหนาที่สาธารณสุข ในพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเห็นควรให้ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสนับสนุนให้มีการจัดตั้งเครือข่ายอาสาภาคประชาชนในการร่วมปฏิบัติการตอบโต้ภัยพิบัติทุกระดับมีการจัดตั้งเครือข่ายภาคประชาชนและส่งเสริม

ให้มีวิธีจัดการชุมชนเพื่อรับมืออุทกภัย โดยเฉพาะพื้นที่ที่เกิดขึ้นซ้ำซากเช่นจัดทำข้อกำหนดการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์อุทกภัยหรือจะทำเป็นธรรมนูญสู้อุทกภัยของชุมชนเป็นต้น

4. จากผลการศึกษา การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่า (1) ไม่มีแหล่งงบประมาณในการดำเนินการที่ชัดเจนก่อนเกิดภัยพิบัติ (2) ไม่มีการตั้งงบประมาณฉุกเฉินให้สามารถเบิกจ่ายได้ทันท่วงที (3) กฎระเบียบด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนพื้นที่ ไม่ทันต่อสถานการณ์ เช่น การจัดซื้อการเบิกจ่าย ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข ควรจัดตั้งงบประมาณในเชิงป้องกันภัยพิบัติไว้ส่วนหนึ่ง และ ตั้งกองทุนฉุกเฉินไว้ สามารถเบิกจ่ายได้ทันท่วงที รวมทั้งมีการปรับรุงกฎระเบียบการใช้งบประมาณให้เหมาะสม

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. จากผลการศึกษา การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่า (1) บุคลากรขาดความรู้ ความชำนาญ ในการปฏิบัติงานตอบโต้อุทกภัย (2) บุคลากรบางคนไม่ผ่านการฝึกอบรม เรื่องศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ จึงขาดความชำนาญ (3) บุคลากรระดับอำเภอ ขาดประสบการณ์ (4) ไม่พร้อมในการปฏิบัติงาน ขาดทักษะความรู้และประสบการณ์ จึงเห็นควรให้มี ควรจัดฝึกอบรมหลักสูตรการปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ รวมทั้ง อสม. เพราะในการปฏิบัติงานตอบโต้อุทกภัยที่ผ่านมามีเจ้าหน้าที่และ อสม.หลายคนไม่เคยผ่านหลักสูตรการปฏิบัติการตอบโต้ภัยพิบัติแต่จำเป็นต้องปฏิบัติงานตามคำสั่ง จึงทำให้ปฏิบัติงานไม่เต็มประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2. จากผลการศึกษา การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่า (1) เจ้าหน้าที่บางคนยังไม่ทราบแนวทางว่ากล่องของตนเองต้องมีหน้าที่อย่างไร (2) หัวหน้างานไม่อนุญาตให้มาปฏิบัติงานที่ศูนย์ปฏิบัติการฯก็จะไม่สามารถทำงานได้ (3) บุคลากรไม่สามารถทิ้งงานประจำ มาปฏิบัติงานได้อย่างเด็ดขาด (4) บุคลากรที่มาปฏิบัติงาน ต้องปฏิบัติงานมากกว่า หนึ่งหน้าที่ ในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ (5) ระบบบังคับบัญชาที่ต้องรอสั่งการจากหัวหน้างาน แม้จะมีคำสั่งแล้วก็ตาม จึงเห็นควรให้มีการควรทบทวน นโยบายการปฏิบัติตามคำสั่งอย่างชัดเจนให้แก่หัวหน้ากลุ่มงานหัวหน้างานและการมอบหมายภาระหน้าที่งานที่ชัดเจนให้ผู้มีรายชื่อตามคำสั่งให้ปฏิบัติงาน ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม เมื่อมีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน หรือ อาจมีการทดลองซักซ้อมแผนเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลต่อไป

3. จากผลการศึกษา การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่า (1) ไม่มีแหล่งงบประมาณในการดำเนินการที่ชัดเจนก่อนเกิดภัยพิบัติ (2) ไม่มีการตั้งงบประมาณฉุกเฉินให้สามารถเบิกจ่ายได้ทันท่วงที (3) กฎระเบียบด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนพื้นที่ ไม่ทันต่อสถานการณ์ เช่น การจัดซื้อการเบิกจ่าย (4) ด้านค่าตอบแทน ไม่เพียงพอ ค่าเบี้ยเลี้ยงเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำศูนย์พักพิง การออกปฏิบัติงานเฝ้าระวังด้านสาธารณสุขประจำตำบลและอำเภอดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดหางบประมาณเตรียมการไว้ จากงบประมาณภาคราชการ หรือ งบประมาณจากภาคเอกชน เท่าที่จะเป็นไปได้ และตั้งเป็นกองทุนฉุกเฉินไว้ สามารถเบิกจ่ายได้ทันท่วงที มีการหาแนวทางการใช้งบประมาณให้เหมาะสมทันกับการแก้ไขปัญหา รวมทั้ง หากมีงบประมาณเพียงพอควรจัดสรรให้ผู้ปฏิบัติงานในลักษณะเบี้ยเลี้ยง หรือ ค่าตอบแทน เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ตามบริบทด้วย

4. จากผลการศึกษา การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่า (1) ในช่วงแรกขาดแคลนทรัพยากรเครื่องมือยานพาหนะเช่น รองเท้ายาง เรือ เสื้อชูชีพ ยาที่จำเป็น บางอย่างมี เมื่อมีการจัดซื้อจากหน่วยงานภาครัฐและจากการบริจาคจากภาคเอกชน ทำให้มีความล่าช้า (2) ทั้งเวชภัณฑ์และมิใช่เวชภัณฑ์ ที่จะใช้สนับสนุนมีการสนับสนุนล่าช้า (3) ขาดพาหนะ ขนาดใหญ่ เช่น เรือยนต์ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดให้มีวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ทั้งที่เป็นยาและไม่ใช่ยา รวมทั้ง ยานพาหนะต่างๆ ให้ เพียงพอต่อความต้องการ ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ วัสดุอุปกรณ์ที่ทันสมัย หรือ สามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่ได้ รวมทั้งมีความพร้อมอยู่ตลอดเวลาที่จะสนับสนุนในพื้นที่ทันที เมื่อพื้นที่ร้องขอ

5. จากผลการศึกษา การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่า การบริจาคสิ่งของมีปัญหาเรื่องการบริหารจัดการหลายอย่างเช่นผู้บริจาคภาคเอกชนต้องการแจกจ่ายสิ่งของเองในพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงได้สะดวกจึงทำให้เกิดปัญหาความไม่ทั่วถึงหรือผู้บริจาคบางคนต้องการให้เป็นเงินแต่ไม่ทั่วถึง จึงเกิดความวุ่นวายแย่งชิงกันควรแก้ปัญหาโดยให้มีศูนย์กลางการรับบริจาคสิ่งของหรือเงินเพียงแห่งเดียวไม่แยกย่อยต่างคนต่างรับหลายส่วนและมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ กำหนดหลักเกณฑ์การรับสิ่งของ การแจกจ่ายที่เหมาะสมต่อไป

6. จากผลการศึกษา การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่า (1) การประสานงานหน่วยงานอื่นไม่ชัดเจน (2) การบูรณาการส่วนต่างๆ เข้ามาเข้ามามีบทบาทหน้าที่ภารกิจตามคำสั่งยังไม่เพียงพอ (3) การช่วยเหลือผู้ประสบภัยซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน (4) มีการดำเนินงานซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่น เช่น การแจกสิ่งของ (5) กู้ชีพจากต่างจังหวัด ไม่มารายงานตัวก่อนเข้าพื้นที่ทำให้เกิดความสับสน (6) การสื่อสารการปฏิบัติมีความคลาดเคลื่อน ไม่ชัดเจน (7) ระยะเวลา 1 - 3 วันแรก มีความสับสน แนวทางปฏิบัติ การสื่อสารไม่ชัดเจน และ (8) การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการประชาสัมพันธ์ และการประสานงาน การสื่อสารประชาสัมพันธ์กระจายข่าวให้รวดเร็ว ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ทันต่อเหตุการณ์ เป็นจริง ทั่วถึง เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ควรประสานส่งต่อให้หน่วยงานระดับอำเภอให้มาก เพราะระดับอำเภอ จะเข้าถึงตำบล หรือพื้นที่ได้ดีกว่า และเข้าใจสถานการณ์รูปแบบการสื่อสาร เตือนภัย กับประชาชน อาจใช้รูปแบบอิเลคโทรนิคส์ สื่อสารผ่านทางโซเชียลจะทำให้รวดเร็ว เข้าถึงเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นทางไลน์เฟสบุคส์ เป็นต้น หรือด้านโทรศัพท์ อาจจัดให้มีเบอร์กลาง ที่สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง หรือหากเป็นไปได้ ในแต่ละพื้นที่เสี่ยง ควรมีผู้ประสานงานระดับหมู่บ้าน เพื่อส่งข้อมูลข่าวไปยังศูนย์ปฏิบัติการฯ เป็นต้น

ข้อเสนอสำหรับการวิจัย

1. จากผลการศึกษา การประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโดย การสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า การปฏิบัติงานในระดับย่อย ระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ยังขาดประสิทธิภาพ การกระจายวัสดุอุปกรณ์ สิ่งของช่วยเหลือ ยังไม่ทั่วถึง เพราะยังไม่มีการตั้งศูนย์ปฏิบัติการที่ชัดเจน โดยเฉพาะพื้นที่ที่เคยประสบอุทกภัย หมู่บ้านที่เคยประสบอุทกภัยจึงเห็นควรมีการศึกษาการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดตั้งและบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณี อุทกภัยระดับตำบล

2. จากผลการศึกษา เพศ มีความสัมพันธ์ กับผลการปฏิบัติงานของทีมเยียวยาทางจิตใจ (MCATT) กับ มีความเหมาะสมกับสถานการณ์อุทกภัย และ กับ วัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนฝ่ายปฏิบัติการจึงเห็นควรมีการศึกษาสภาวะเพศกับบทบาทของผู้ปฏิบัติงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัย

3. จากผลการศึกษาการประเมินผลการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินมีปัญหา ด้านงบประมาณ ได้แก่ 1) ไม่มีแหล่งงบประมาณในการดำเนินการที่ชัดเจนก่อนเกิดภัยพิบัติ 2) ไม่มีการตั้งงบประมาณฉุกเฉินให้สามารถเบิกจ่ายได้ทันท่วงที 3) กฎระเบียบด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนพื้นที่ ไม่ทันต่อสถานการณ์ เช่น การจัดซื้อการเบิกจ่าย 4) ด้านค่าตอบแทน ไม่เพียงพอ จึงเห็นควรมี การศึกษาการจัดหาและการใช้งบประมาณในการปฏิบัติงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัย

4. จากผลการศึกษาพบว่า ควรมีการจัดตั้งเครือข่ายอาสาและพัฒนา ในการขับเคลื่อน การปฏิบัติการสู้อุทกภัย อาทิ เครือข่ายต่างอำเภอ เครือข่ายในพื้นที่ที่เกิดอุทกภัย เครือข่ายอาสาป้องกันอุทกภัยประจำหมู่บ้านเพื่อช่วยในการขับเคลื่อน เช่น การแจ้งข่าวอุทกภัยทั่วจังหวัด พร้อมทั้ง มีการบูรณาการ การทำงาน การฝึกอบรมการจัดการภาวะน้ำท่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหนาที่สาธารณสุข เพื่อให้การจัดตั้งเครือข่ายบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงเห็นควรมีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดทำเครือข่ายอาสาในการช่วยเหลือศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีอุทกภัย

เอกสารอ้างอิง

เกสร แถวโนนงิ้ว., **บทคัดย่อ ได้ศึกษาการประเมินความพร้อมระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ เขตสุภาพที่ 7 กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา 2559.**, 2559.

ดารณี วรชาติ และคณะ., **บทคัดย่อ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติทางการแพทย์ และสาธารสุขระดับจังหวัดฉะเชิงเทรา.**, 2561.

ธนกร วังบุญคงชนะ และคณะ., **ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการภาครัฐของกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาการบริหารจัดการน้ำและอุทกภัย พ.ศ. 2554.**, 2556.

ธนากานต์ อุดุลพิจิตร., **ได้ศึกษาการบริหารการจัดการอุทกภัยขององค์การบริหารส่วนตำบลระแหง อำเภอราดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี.**, 2557.

ภมร ดรุณ, ชำนาญ ไวแสน, อมรรัตน์ แก้วนิสสัย และ วรวุฒิ แสงเพชร., **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬศึกษาเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีโรคไข้เลือดออกจังหวัดบึงกาฬ ปี 2562.**, 2562.

วัลภา ศรีสุภาพ และคณะ., **ศึกษาเรื่องถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีอุทกภัยจังหวัดปราจีนบุรี เดือนกันยายน - ตุลาคม 2555.**, 2556.

สมปอง โรจน์รุ่งศศิธร และคณะ., **ศึกษาเรื่องการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขกรณีอุทกภัยพื้นที่สาธารณสุข เขต 3 และ เขต 9 ปี 2555.**, 2556.

Rattana Buosonte., **รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้ CIPP and CIPPIEST Evalvation Models : Mistaken and Precise Concepts of Applications.**

Stuffle beam and Shink field., **Evaluation Theory.**, Models and Applications., John Wiley and Son, Ine., 2007.

ผลิตโดย

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 0 2193 7000 ต่อ 18710 **Website :** www.phc.moph.go.th

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
PRIMARY HEALTH CARE DIVISION

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT