

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
(Regional Health Promoting Center 9, Nakhon Ratchasima Province)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและเป็นสื่อสัมพันธ์ ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

คณะที่ปรึกษา

นายสุเทพ	เพชรมาก	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นางสาววิณา	มงคลพร	รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นางสุวรรณ	เข้มชุกกลิ่น	รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นางสาวกันทิมา	เหมพรหมราช	รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นายนิริรัตน์	บุญदानนท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา

บรรณาธิการ

ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวอรสา โนนทอง

กองบรรณาธิการ

ดร.ยุพิน	ไฉ่แปง	รศ.ดร.ธนิดา	ผาติเสนะ
นางสาวนพวรรณ	หมิ่นน้อย	ดร.บัณฑิต	วรรณประพันธ์
นายสมชาย	เข้มชุกกลิ่น	ผศ.ดร.ประพัฒน์	เป็นตามวา
นางทรงคุณ	ศรีดวงโชติ	นางรัชณี	บุญเรืองศรี
นางสาวประดับ	ศรีหมิ่นไวย	ดร.วิไลพร	รังควัต
นางสาวศินาท	แขนอก	ดร.สุภาพร	วรรณสันทัด

ฝ่ายจัดการ

นายธานี เชียงหนู, จิรภา ผ่องแผ้ว, สุรศักดิ์ ทวีทรัพย์, แสงจันทร์ จงนอก, ทวี ลนขุนทด
นิตยา สาสวน, กรรณิการ์ จันท์ส่อง

สำนักงานวารสาร ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

177 ม.6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4430-5131-4 โทรสาร 0-4430-5138

Email: Journal_hpc9@hotmail.com

Website <http://hpc9.anamai.moph.go.th/>

โรงพิมพ์ เลิศศิลป์ โทร 0-4425-2883 Fax 0-4434-2238 www.LS1994.com

**ผู้ทรงคุณวุฒิทบทวนบทความ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**

พญ.วิณา	มงคลพร	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นพ.นิธิรัตน์	บุญตานนท์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นางสุวรรณ	เข้มชุกกลิ่น	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ดร.ยุพิน	ไฉ่แปง	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นางสาวนพวรรณ	หมิ่นน้อย	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นายสมชาย	เข้มชุกกลิ่น	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นางสาวชนิษฐา	ดีเริ่ม	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นางทรงคุณ	ศรีดวงโชติ	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นางสาวประดับ	ศรีหมิ่นไวย์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นางสาวศินาท	แขนอก	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
รศ.ดร.ธนิดา	ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.บัณฑิต	วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
ผศ.ดร.ประพัฒน์	เป็นตามวา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นางรัชณี	บุญเรืองศรี	สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย
ดร.วิไลพร	รังควัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
รศ.ภก.ดร.พุดิพงษ์	สัตยวงศ์ทิพย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.จากรวรรณ	ไตรทิพย์สมบัติ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
นางศรีเสาวลักษณ์	อุ่นพรหมมี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
ดร.มณฑนา	เหมชะญาติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
ดร.พรฤดี	นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ดร.กุลธิดา	พานิชกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
ดร.สมภาพ	อาจชนะศึก	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 9 จังหวัดนครราชสีมา
ดร.จีระนุช	สมโชค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
ผศ.ดร.ประกาย	จิโรจน์กุล	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ
ดร.สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
(Regional Health Promoting Center 9, Nakhon Ratchasima Province)

สารบัญ/ Contents

ปีที่ 9 ฉบับที่ 20 กันยายน-ธันวาคม 2558

ผลกระทบด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วรรณดี จันทศิริ พัชรา ชุ่มชูจันทร์	1
การประเมินผลโครงการคัดกรองต่อกระจกจังหวัดสมุทรสงคราม เรณู คงสันทัต	19
รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลหลุ่งประดู่ อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา คณพณ สุวัชรกุล	32
การสร้างนโยบายสาธารณสุขบุคคล/องค์กรต้นแบบด้านสุขภาพ เขตนครชัยบุรีรินทร์ กมลรัตน์ เกตุบรรลุ ศิริพร บาร์มี และ ผศ.ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน	47
สถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้านของโรงพยาบาล 81 แห่ง พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 สมรัฐ นัยรัมย์	60

ผลกระทบด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ ของแม่วัยรุ่นในภาคตะวันออก

วรรณดี จันทร์ศิริ*, พัทธรา ชุ่มชูจันทร์ **

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจของแม่วัยรุ่น สามี ผลกระทบด้านสุขภาพ สังคมและ เศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นในภาคตะวันออก เป็นวิจัยผสมผสานทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ ตัวอย่างเชิงปริมาณคือ แม่วัยรุ่นอายุไม่เกิน 22 ปี อายุลูกไม่เกิน 2 ปี ในจังหวัดที่อัตราการคลอดของวัยรุ่นสูงที่สุด 2 จังหวัดคือ สระแก้ว จันทบุรี ตัวอย่างเชิงคุณภาพเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง 10 คน สามี 10 คน แม่ของแม่วัยรุ่น 10 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์และแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2555 ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

แม่วัยรุ่นคลอดบุตรคนแรกอายุเฉลี่ย 17.21 ปี อายุต่ำสุด 13 ปี อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 4.0 อายุ 15-17 ปี ร้อยละ 50.7 ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน และมากกว่าครึ่งอยู่ระดับมัธยมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้เรียนร้อยละ 68.5 เป็นแม่บ้านร้อยละ 40.8 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ตนเอง/พ่อแม่สามี ร้อยละ 78.7 แยกทางกัน/หย่า/หม้ายร้อยละ 8.3 มากกว่าครึ่งไม่มีรายได้ สามีอายุเฉลี่ย 22.81 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี จบมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง เป็นนักเรียนร้อยละ 5.8 มีรายได้ 2,001-8,000 บาท ผลกระทบด้านสุขภาพฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพียงร้อยละ 32.0 มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 21.5 โลหิตจางร้อยละ 17.7 ครรภ์เป็นพิษร้อยละ 2.5 คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 21.0 ตกเลือดร้อยละ 1.2 ลูกมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 5.8 น้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัมร้อยละ 4.8 ไม่เคยรับการประเมินพัฒนาการตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กร้อยละ 23.3 กลุ่มที่ประเมินพบส่งสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 14.0 การเจริญเติบโตเปรียบเทียบน้ำหนักกับอายุ ส่วนสูงกับอายุ น้ำหนักกับส่วนสูง ส่วนใหญ่เจริญเติบโตตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่เลี้ยงลูกด้วยตนเอง เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 51.2 ค่าใช้จ่ายไม่พอใช้ได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่ตนเอง/พ่อแม่สามี สัมพันธภาพกับครอบครัวดี กับสามีปานกลาง มีความรุนแรงต่ำ มีความเห็นว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติ การสูญเสียโอกาสทางการศึกษา ก่อนตั้งครรภ์เป็นนักเรียนร้อยละ 70.8 ปัจจุบันลดลงเหลือ 31.5 ไม่ได้เรียนเพิ่มจากร้อยละ 27.5 เป็น 68.5 โอกาสการเรียนลดลงทุกระดับ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจากร้อยละ 33.2 ลดลงเหลือ 5.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน กลุ่มที่ทำงานส่วนใหญ่เป็นงานใช้แรงงานไร้ฝีมือ

*รศ. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข) ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย

สรุปและอภิปรายผล

วัยรุ่นกำลังประสบกำลังปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ส่งผลให้สูญเสียโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ และส่งผลต่อการพัฒนาครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

รัฐบาลควรกำหนดนโยบาย มาตรการเร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตั้งแต่การป้องกันการตั้งครรภ์ การแก้ไขปัญหาและระบบดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่นร่วมกันให้เป็นระบบอย่างเร่งด่วน

คำสำคัญ : ผลกระทบ การตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น ด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ภาคตะวันออก

Effects of Health, Social, and Economic Aspects of Adolescent Mothers in Eastern Region

Wandee Chantarasiri* Patchara Chumchugan**

Abstract

The purpose of this study was to examine the social and economic features of adolescent mothers and husbands and also the effects in health, social and economic aspects of adolescent mothers in eastern region. It used mixed research method which included quantitative and qualitative aspects in the study. Quantitative representative samples were adolescent mothers aged less than 22 years old with babies aged less than 2 years old from the 2 provinces with highest pregnant rates in the region: Sa Kaeo and Chanthaburi provinces. Qualitative representative samples were 10 couples (10 husbands and 10 wives) selected from the quantitative samples. The data were collected using questionnaires and in-depth interviews with adolescent mothers, husbands, and mothers of adolescent mothers. Data collecting process was done between July and August 2012. Data were analyzed using frequencies, means, standard deviations and content analyses.

Results

Average age of adolescent mothers when having their first babies was 17.21 years with lowest age of 13. Among them 4% got pregnant at the age of 15 or younger while 50.7% got pregnant at ages between 15-17 years old. These mothers were students and more than half were in secondary schools. Among them, one-third (68.5%) did not continue their studies, about 40.8% were housewives, and 78.7% lived with their parents or their husband's parents while 8.3% divorces or spilt up, and more than half had no income. Average age of the husbands was 22.81 years old with lowest age of 15. Only a few (5.8%) were students with income 2,001 – 8,000 baht. According to pregnancy health aspect, only 32% of the mothers

* Public Health Technical Officer (Public Health), Expert Level (Candidate), Regional Health Promotion Center 6, Department of Health

** Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 6, Department of Health

visited prenatal care before 12 gestational weeks, about 21.5% had complications including anemia (17.7%), preeclampsia (2.5%), pre-term birth (21%), and post-partum hemorrhage (1.2%). About 5.8% of the mothers reported their babies having complications and birth weight of 2,500 grams or lower (4.8%). About 23.3% reported did not use child development assessment tools provided in the mother and child handbooks. About 14.0% of the babies had slow developments compared between weight and age, height and age, weight and height. Most of the babies had a normal development. About half (51.2%) took care of the babies by themselves and had exclusive breast-feeding for at least 6 months. The samples reported having insufficient income, and usually got supports from their parents. Adolescent mothers had a good relationship with their families and a fair relationship with their husbands. They reported having a mild violence in the family. They perceived that their babies were normal.

Discussions and Recommendations

Adolescents who were pregnant while studying face challenges and eventually these challenges cause them to lose opportunities to improve their health-related quality of life including social and economic aspects. Government should urgently set policies with participation of related organizations to prevent and solve this problem.

Keywords: effects, pregnancy of adolescent mothers, health social and economic aspect, eastern region

บทนำ

วัยรุ่นเป็นประชากรที่มีความสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าและมีความสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพ แต่ด้วยสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคมและความเป็นอยู่รวมทั้งวิวัฒนาการความเจริญในด้านต่าง ๆ ของโลก ส่งผลให้ความเป็นอยู่ของวัยรุ่นแปรเปลี่ยนตามกระแสเข้าไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์สูงขึ้น เช่น การมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ค่านิยมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเพศ มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน มีเพศสัมพันธ์อายุน้อยลง ความรุนแรงทางเพศ ปัญหาการถูกล่วงละเมิดในเรื่องเพศสูงขึ้น การมีเพศสัมพันธ์ที่ขาดความรับผิดชอบซึ่งนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ ตามมาในเบื้องต้นการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การแท้ง และส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม ซึ่งนับวันจะรุนแรงมากขึ้น จากการวิเคราะห์ปัญหาแม่วัยรุ่น¹ พบปัญหาว่าสภาพครอบครัวขาดความอบอุ่น ครอบครัวแรงงานย้ายถิ่น ไม่มีเวลาให้ลูก เด็กมีปัญหาการเรียน ขาดที่ปรึกษาที่ไว้วางใจ ค่านิยมและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การอยู่ด้วยกันก่อนแต่งงาน วัยรุ่นหญิงไม่สามารถควบคุมการใช้ถุงยางอนามัยของฝ่ายชาย ที่สำคัญวัยรุ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ขาดความตระหนักและทักษะต่างๆที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ รวมทั้งเข้าไม่ถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ตลอดจนงานการมีส่วนร่วมน้อย

ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (2553-2557)² เพื่อสนับสนุนให้เกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัยและมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาคและทั่วถึงเพื่อเป็นพลังประชาชน สร้างประเทศให้รุ่งเรืองมั่นคงและมั่นคงสืบไป เป้าประสงค์เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นแนวทางในการบูรณาการการดำเนินงานพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ชะลอการมีเพศสัมพันธ์อายุน้อยและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในวัยรุ่น การตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนลดอัตราการตั้งครรภ์ การคลอดในวัยรุ่น รวมทั้งการดูแลแม่วัยรุ่นในระหว่างการตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดเพื่อให้แม่และเด็กมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในแม่ที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับอายุ 19 ปี มักเป็นการตั้งครรภ์ไม่มีความพร้อมทั้งร่างกายและวุฒิภาวะในการเลี้ยงลูกให้มีคุณภาพ ไม่ว่าจะการตั้งครรภ์นั้นจะเป็นการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์หรือไม่ก็ตาม ก็มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ต่อแม่และเด็กทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดมากกว่าการตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่³ ซึ่งวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนมากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต่อทารกและแม่วัยรุ่น ทุกประเทศให้ความสำคัญว่าการตั้งครรภ์

ในวัยรุ่นเป็นปัจจัยคุกคามคุณภาพประชากรทั้งในระยะสั้น ระยะยาว ที่ต้องเร่งป้องกันและแก้ไข ระยะสั้นรัฐบาลจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลสูง (ทารกคลอดก่อนกำหนด แท้งไม่ปลอดภัย ฯลฯ) ในระยะยาวรัฐบาลภาระด้านคุณภาพของประชากรและปัญหาทางสังคมต่างๆที่จะตามมา เช่น การขาดกำลังคนที่มีศักยภาพในการพัฒนาประเทศเพราะการศึกษาน้อย ด้อยโอกาสต้องออกมาเลี้ยงลูก ขาดโอกาสพัฒนาตนเองจึงเป็นแรงงานไร้ฝีมือ รัฐบาลต้องเสียค่าจัดบริการช่วยเหลือด้านสังคมที่แพงกว่าเพิ่มความยากลำบากแก่รัฐบาลในการต่อสู้กับปัญหาความยากจน เป็นภาระหนักของประเทศที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ⁴ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตวัยรุ่นและเยาวชนแล้ว ยังบ่งบอกถึงความอ่อนแอของระบบครอบครัว ระบบการศึกษา กลไกการควบคุมทางสังคม องค์การสหประชาชาติได้กำหนดนโยบายเชิงรุกให้ลดอัตราการเกิดมีชีพในมารดาอายุ 15-19 ปี (Adolescent birth rate) เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals MDGs)⁵ สิ่งที่ต้องทอนให้เห็นถึงความรุนแรงปัญหาดังกล่าวในประเทศไทย เช่น สถิติขององค์การอนามัยโลกบ่งชี้ว่าวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี ของไทยคลอดบุตรมีจำนวนสูงกว่าเกณฑ์ทั้งในระดับเอเชีย ในระดับโลก และจากสถิติโรงพยาบาลรามาธิบดีประเทศไทยมีการคลอดบุตรของแม่วัยรุ่นสูงถึงวันละ 140 ราย หรือประมาณปีละ 50,000 ราย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 20-30 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมดในจำนวนนี้ร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจร้อยละ 30 ที่นำไปสู่

การทำแท้ง วัยรุ่นเป็นวัยที่ควรอยู่ในช่วงของการศึกษาเล่าเรียน ทำให้เกิดผลกระทบที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อนาคตทางการศึกษา สถานการณ์การคลอดของแม่ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีในประเทศไทยที่มากลอดในโรงพยาบาลของรัฐระหว่างปี 2547-2553 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2547 มีแม่อายุน้อยกว่า 20 ปี มากลอดร้อยละ 13.86 ในปี 2553 มีถึงร้อยละ 16.2 ของการคลอดทั้งหมด โดยขณะนี้วัยรุ่นคลอดประมาณ 336 คนต่อวัน อายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดเพิ่มขึ้นสองเท่าจากร้อยละ 0.2 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 0.4 ในปี 2552 วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คลอดเพิ่มจากร้อยละ 11.2 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 15.7 ในปี 25526 จากการสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 9 ปี วัยรุ่นชาย 10 ปี เพศหญิงอายุเฉลี่ย 14.9 ปี ผู้ชายอายุเฉลี่ย 15.1 ปี ป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 62.3 อัตราคลอดในแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ตั้งแต่ปี 2546-2554 มีแนวโน้มเพิ่มสูงจากร้อยละ 52.0 เป็นร้อยละ 69.4 เข้าไม่ถึงบริการ/ไม่เคยได้รับบริการร้อยละ 89.2 มีความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดในระดับต่ำถึงปานกลาง แหล่งความรู้ที่เข้าถึงมากที่สุด คือ โรงเรียน ครอบครัว⁷ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้เกิดขึ้นมากกว่าการตั้งครรภ์ในหญิงที่อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป² และหาก

เป็นการตั้งครรถ์โดยไม่ตั้งใจหรือไม่พึงประสงค์ก็ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากการทำแท้ง ปัญหาทางจิตสังคมของวัยรุ่นและผู้ปกครอง ปัญหาทารกถูกทอดทิ้ง ทารกไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่หรือการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เจริญเติบโตมาเป็นปัญหาของสังคมต่อไป ปัญหาด้านสังคมจากการเป็นแม่วัยรุ่นที่ขาดความพร้อมไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ต้องออกจากโรงเรียนเสียโอกาสทางการศึกษา ขาดโอกาสในการทำงานที่มีรายได้สูง ๆ ยิ่งนำไปสู่ความยากจน สภาพความเป็นอยู่ไม่ดี ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต เกิดการหย่าร้าง เลิกรา ซึ่งทำให้เด็กวัยรุ่นเข้าสู่วงจรเดียวกัน คือ วงจรด้อยโอกาส (โง่ จน เจ็บ) กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติได้สรุปความสัมพันธ์ของอายุแม่เมื่อคลอดบุตรคนแรกกับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมหลังจากคลอดบุตรพบว่า แม่ที่คลอดบุตรอายุ 15-19 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา วัยรุ่นเหล่านี้มีระดับการศึกษาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้เสียโอกาสในการทำงานที่ดีหรืออาจจะตกงาน มีรายได้เฉลี่ยต่ำซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นภาระของครอบครัว สังคม ตลอดจนประเทศชาติ นอกจากนี้เด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นยังมีความเสี่ยงที่จะเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด อาชญากรรม ความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ^๑

สถานการณ์การตั้งครรถ์ในวัยรุ่นทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัด ยังเป็นปัญหาและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในหลายพื้นที่ แม้ว่าทุกหน่วยงานร่วมมือดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างเต็มที่ ทั้งด้านนโยบาย ด้านการพัฒนาคุณภาพงานบริการ การจัดบริการต่างๆ สามารถแก้ไขปัญหการตั้งครรถ์ในวัยรุ่นได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น จึงเป็นปัญหาที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

ต้องร่วมมือเร่งการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาต่อไป ศูนย์อนามัยที่ 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จังหวัดจันทบุรีได้ทำการ“ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม เศรษฐกิจจากการตั้งครรถ์ของแม่วัยรุ่นในภาคตะวันออก” เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายกำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น และเป็นข้อมูลคืนสู่สังคมเพื่อสร้างกระแสความตระหนัก ความรับผิดชอบ สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้จัดทำแผนงาน โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรถ์ของวัยรุ่นแบบบูรณาการ เชื่อมโยงสอดคล้องกับบริบทและปัญหาในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งต้องค้ความรู้เป็นแนวทางศึกษาวิจัยเชิงลึกเพื่อป้องกันและแก้ปัญหการตั้งครรถ์ของวัยรุ่นให้ครอบคลุมทุกมิติ

วัตถุประสงค์

1. คุณลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่นและสามีในภาคตะวันออก
2. ผลกระทบด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจจากการตั้งครรถ์ของแม่วัยรุ่นในภาคตะวันออก

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบเป็น วิจัยผสมผสานทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.1 กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ แม่วัยรุ่นอายุไม่เกิน 22 ปี อายุลูกไม่เกิน 2 ปี ในจังหวัดที่อัตราการคลอดของวัยรุ่นสูงที่สุด 2 จังหวัด^๑ คือ จังหวัดสระแก้ว จังหวัดจันทบุรี
 - 2.2 กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ เลือกแม่วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ 10 คน สามี 10 คน แม่ของแม่วัยรุ่นจำนวน 10 คน

3. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne}$$

N = จำนวนประชากรแม่วัยรุ่นอายุ < 20 ปีที่คลอดบุตรในปี พ.ศ. 2553

e = 0.05 (คลาดเคลื่อนได้ 5 %)

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจังหวัดจันทบุรีประชากร 1,018 ราย ต้องการความเชื่อมั่น 95 % แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{1.018}{1+1.018(0.05)^2} = 287$$

กลุ่มตัวอย่างจังหวัดสระแก้วประชากร 1,068 ราย ต้องการความเชื่อมั่น 95 % แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{1.068}{1+1.068(0.05)^2} = 291$$

เพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูล เก็บเพิ่มเติมเป็นจังหวัดละ 300 ตัวอย่างรวมทั้งหมด 600 กลุ่มตัวอย่าง

4. เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์และแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกในการศึกษารุ่นนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ เลขที่ EC006/2555 แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ประกอบไปด้วยข้อคำถามที่แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจของแม่วัยรุ่นและสามีประกอบด้วยอายุขณะคลอดลูกคนแรก อาชีพ ระดับการศึกษา

ตอนเริ่มตั้งครรภ์ อาชีพปัจจุบัน การพักอาศัย สถานภาพสมรส รายได้ สามีได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 การพึงพิงครอบครัวประกอบด้วยการสนับสนุนจากครอบครัวจำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและสามี จำนวน 9 ข้อสร้างขึ้นตามแผนการวัดแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท (Likert scale) 3 ระดับ ซึ่งการตอบแบบสอบถามให้ประเมินข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบและประเมินค่าตามเกณฑ์การประเมินระดับการปฏิบัติ ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยทำเลย
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ทำเป็นบางครั้ง
		มีเหตุการณ์เกิดขึ้น
ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ทำทุกครั้งที่มี
		เหตุการณ์เกิดขึ้น

แปลความหมายคะแนนระดับความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดังนี้

1.00 - 1.66	หมายถึง	สัมพันธภาพ อยู่ในระดับต่ำ
1.67 - 2.33	หมายถึง	สัมพันธภาพ อยู่ในระดับปานกลาง
2.34 ขึ้นไป	หมายถึง	สัมพันธภาพ อยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 การยอมรับของสังคม วัดความคิดเห็นของแม่วัยรุ่นต่อการยอมรับของครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชนในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ประกอบด้วย การเลี้ยงดูลูก การให้นมลูก การส่งเสริมพัฒนาการให้ลูก การมีส่วนร่วมของสามี และครอบครัวในการเลี้ยงดูลูก จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 6 สุขภาพการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ประกอบด้วยสุขภาพของแม่และลูก ได้แก่ การฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์และคลอดบุตร เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ ขณะคลอด ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ ภาวะแทรกซ้อนและการเจริญเติบโตของลูก จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 7 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือด้านการเงิน เครื่องอุปโภค บริโภค ด้านการเลี้ยงดูลูก ในชุมชนที่แม่วัยรุ่นได้รับ จำนวน 3 ข้อ

การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกประกอบด้วย

1. แนวการสัมภาษณ์เจาะลึกแม่วัยรุ่นและสามี และแม่ของแม่วัยรุ่น
2. แบบสังเกต
5. เก็บข้อมูลเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2555
6. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจของแม่วัยรุ่นและสามี

1.1 แม่วัยรุ่นอายุเฉลี่ยขณะคลอดบุตรคนแรก 17.21 ปี อายุต่ำสุด 13 ปี อายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 4.0 อายุ 15-17 ปี ร้อยละ 50.7 เป็นนักเรียน ร้อยละ 70.8 ส่วนใหญ่เริ่มตั้งครรภ์ขณะอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.4 จำแนกเป็นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ

23.2 ปัจจุบันยังเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 31.5 อยู่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 12.0 ไม่ได้เรียน ร้อยละ 68.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน ร้อยละ 40.8 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ตนเอง/พ่อแม่สามี ร้อยละ 78.7 แยกทางกัน/หย่า/หม้าย ร้อยละ 8.3 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 56.8

1.2 สามีอายุเฉลี่ย 22.81 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 50 ปี อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 27.9 ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.4 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 39.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 17.2 ปัจจุบันมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60.1 เป็นนักเรียน ร้อยละ 5.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 3.8 มีรายได้ระหว่าง 2,001-8,000 บาท ร้อยละ 53.9 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 10.8

ส่วนที่ 2 ผลกระทบด้านสุขภาพ

2.1 สุขภาพแม่ ได้รับการฝากครรภ์ทุกคนแต่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพียง ร้อยละ 32.0 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 21.5 พบภาวะซีดและโลหิตจาง ร้อยละ 17.7 ครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 2.5 คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 38 สัปดาห์) ร้อยละ 21.0 มีตกเลือด ร้อยละ 1.2

2.2 สุขภาพลูก พบภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 5.8 มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 4.8 ไม่เคยได้รับการประเมินพัฒนาการโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 23.3 กลุ่มที่รับการประเมินพบส่งสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 14.0 การเจริญเติบโตเปรียบเทียบกับน้ำหนักกับอายุ ส่วนสูงกับอายุและน้ำหนักกับส่วนสูงพบว่าส่วนใหญ่เจริญเติบโตตามเกณฑ์

ส่วนที่ 3 ผลกระทบด้านสังคม

3.1 ความพร้อมในการเลี้ยงดูลูก ส่วน

ใหญ่เลี้ยงลูกด้วยตนเอง ร้อยละ 51.2 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน นมแม่และนมผสม ร้อยละ 28.8 มีการส่งเสริมและประเมินพัฒนาการให้ลูกด้วยการเล่นิทาน นวดสัมผัส เล่นกับลูกด้วยตนเอง ร้อยละ 82.8

3.2 ภาวะพึ่งพิงครอบครัว ค่าใช้จ่ายไม่พอใช้ ร้อยละ 39.3 ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ร้อยละ 71.8 ผู้ให้การสนับสนุนหลักคือพ่อแม่ตนเอง/พ่อแม่สามี ร้อยละ 81.9

3.3 สัมพันธภาพกับครอบครัว

3.3.1 สัมพันธภาพแม่วัยรุ่นกับครอบครัว การทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร ทำงานบ้าน ทำกับข้าว หรือเลี้ยงลูกปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 64.3 การทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 51.3 การแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ที่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 46.3 มีปัญหาปรึกษาคคนในครอบครัวก่อนเสมอ การแสดงออกถึงความห่วงใยและเอื้ออาทรกันด้วยคำพูดปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 56.5, 51.5 ความสัมพันธ์อยู่ในระดับดี มีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องสำคัญในครอบครัว เช่น การเรียน การกู้ยืมเงิน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 47.0 ความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง การโต้เถียงและแสดงอารมณ์รุนแรงต่อกันไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 48.7 การออกคำสั่งบังคับและข่มขู่ การทำร้ายร่างกายเมื่อทะเลาะกัน ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 78.7, 87.8 สัมพันธภาพในด้านนี้ต่ำ ความรุนแรงในครอบครัวมีน้อย

3.3.2 สัมพันธภาพแม่วัยรุ่นกับสามีในกิจกรรมต่าง ๆ เกินกว่าครึ่งปฏิบัติเป็นประจำและมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางสำหรับการโต้เถียงและแสดงอารมณ์รุนแรงต่อกัน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 54.4 การออกคำสั่งบังคับและข่มขู่ การทำร้ายร่างกายเมื่อทะเลาะกัน ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 74.6, 78.6 ความสัมพันธ์ภาพในด้านนี้ต่ำ ความรุนแรงระหว่างสามีกับภรรยา มีน้อย

3.4 การสนับสนุนทางสังคม แม่วัยรุ่นไม่ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากชุมชนและสังคมเลย มีเพียง ร้อยละ 0.2 ที่ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิเอกชน

3.5 การยอมรับของสังคม แม่วัยรุ่นไม่แน่ใจว่าสังคมมองการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นดีหรือไม่ดี และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติหรือไม่ ร้อยละ 44.3, 48.2 แต่ไม่เห็นว่าด้วยว่าชุมชนชอบตำหนิ/นินทาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ร้อยละ 45.2 รวมทั้งไม่เห็นด้วยการที่พ่อแม่จัดพิธีแต่งงาน/ผูกข้อมือให้แล้วทำให้ชุมชนยอมรับการมีลูกของวัยรุ่น และการที่พ่อแม่ของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ยอมรับให้วัยรุ่นทั้งสามีและภรรยาเข้ามาอยู่ในบ้านเป็นเรื่องที่ดีกว่าปล่อยให้ดูแลกันเองตามลำพัง ร้อยละ 67.3, 77.8 เห็นด้วยว่าสังคมยอมรับว่าตั้งครรภ์ก็สามารถไปเรียนได้อย่างเปิดเผย การปกปิดการตั้งครรภ์เป็นการป้องกันผลกระทบทางด้านจิตใจของแม่วัยรุ่น และขณะตั้งครรภ์ต้องย้ายที่อยู่ชั่วคราวเพราะไม่ต้องการให้ใครรู้ ร้อยละ 50.3, 46.5, 75.0

ส่วนที่ 4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

4.1 การสูญเสียโอกาสทางการศึกษา หลังจากตั้งครรภ์และคลอดบุตรแม่วัยรุ่นไม่ได้เรียนเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 27.5 เป็น 68.5 โอกาสการเรียนลดลงทุกระดับการศึกษา โดยเฉพาะระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจาก ร้อยละ 33.2 ลดลงเหลือ 5.3 กลับเพิ่มในการศึกษานอกระบบ (กศน.) จาก ร้อยละ 2.2 เป็น ร้อยละ 12.3

4.2 การสูญเสียโอกาสในการทำงาน
สร้างรายได้ ก่อนการตั้งครรภ์เป็นนักเรียนร้อยละ
70.8 ปัจจุบันลดลงเหลือร้อยละ 31.5 สูญเสีย
โอกาสในการศึกษา ไม่ได้เรียนต่อร้อยละ 39.3 ไม่ได้
ประกอบอาชีพ/แม่บ้านร้อยละ 40.8 นับว่าเป็นการ

สูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้เนื่องจากไม่มีวุฒิ
การศึกษา มีการศึกษาในระดับต่ำ ซึ่งกลุ่มที่ทำงาน
ส่วนใหญ่เป็นงานรับจ้างทั่วไป/กรรมกร ลูกจ้าง
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร/ทำไร่/ทำนา
ซึ่งมีรายได้น้อย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละสุขภาพของแม่วัยรุ่น

สุขภาพของแม่วัยรุ่น	จำนวน	ร้อยละ
1. การฝากครรภ์		
ไม่ได้ฝาก	0	0
ฝาก	600	100
ก่อน 12 สัปดาห์	192	32.0
12 สัปดาห์ขึ้นไป	408	68.0
รวม	600	100
2. ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์		
ไม่มี	471	78.5
มี	129	21.5
- ซีด / โลหิตจาง	106	17.7
- ความดันโลหิตสูง/ครรภ์เป็นพิษ	15	2.5
- ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอด	6	1.0
- เจ็บครรภ์คลอดก่อน	11	1.8
รวม	600	100
3. วิธีการคลอดบุตร		
คลอดปกติ	512	85.3
ใช้เครื่องมือช่วยคลอด	10	1.7
ผ่าตัดคลอด	78	13.0
รวม	600	100
4. อายุครรภ์ เมื่อคลอดบุตร		
ก่อนกำหนด (< 38 สัปดาห์)	126	21
ครบกำหนด (38 - 42 สัปดาห์)	472	78.6
เกินกำหนด (> 42 สัปดาห์)	2	0.4
รวม	600	100

สุขภาพของแม่วัยรุ่น	จำนวน	ร้อยละ
5. ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มี	464	77.3
มี	136	22.7
- คลอดก่อนกำหนด	126	21.0
- ตกเลือด	7	1.2
- แผลติดเนื้อ	3	.5
รวม	600	100

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละสุขภาพลูก

สุขภาพลูก	จำนวน	ร้อยละ
1. ขณะอยู่โรงพยาบาลลูกมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ไม่มี 565	94.2
	มี 35	5.8
ภาวะที่พบ	น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม	29
	ภาวะขาดออกซิเจน	1
	ตัวเหลือง	4
	ไม่มีรูทวาร	1
รวม	600	100.0
2. ได้รับการประเมินพัฒนาการโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก(แม่/ครอบครัว)		
เคย	460	76.7
- ปกติ	376	62.7
- สงสัยล่าช้า	84	14.0
ไม่เคย	140	23.3
รวม	600	100.0
3. การเจริญเติบโตของเด็ก	ไม่ได้รับการประเมิน	70
	มีผลการประเมินครั้งสุดท้าย	530
รวม	600	100.0
เปรียบเทียบน้ำหนักกับอายุ	ตามเกณฑ์	450
	ค่อนข้างมาก/มากกว่าเกณฑ์	61
	ค่อนข้างน้อย/น้อยกว่าเกณฑ์	19
เปรียบเทียบส่วนสูงกับอายุ	สูงตามเกณฑ์อายุ	464
	ค่อนข้าง/สูงกว่าเกณฑ์	42
	ค่อนข้างเตี้ย/เตี้ย	24

	สุขภาพลูก	จำนวน	ร้อยละ
เปรียบเทียบน้ำหนักกับส่วนสูง	สมส่วน	436	82.3
	ตัวม/เริ่มอ้วน/อ้วน	65	12.3
	ค่อนข้างผอม/ผอม	29	5.4
4. พัฒนาการตามวัย(เจ้าหน้าที่ประเมินตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก)			
	ทำได้ครบทุกข้อ	486	81.0
	ทำได้บางข้อ	107	17.8
	ทำไม่ได้เลย	7	1.2
	รวม	600	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความพร้อมในการเลี้ยงดูลูกของแม่วัยรุ่น

	ความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรของแม่วัยรุ่น	จำนวน	ร้อยละ
1. การเลี้ยงดูบุตร 6 เดือนหลังคลอด	นมแม่อย่างเดียว	307	51.2
	นมผสมอย่างเดียว	29	4.8
	นมแม่และนมผสม	173	28.8
	นมแม่และอาหารเสริม	51	8.5
	นมผสมและอาหารเสริม	40	6.7
	รวม	600	100
2. ผู้เลี้ยงดูบุตรเป็นประจำตอนกลางวัน	ตนเอง	489	81.5
	พ่อเด็ก	5	.8
	ปู่ย่า / ตายาย	101	16.8
	ญาติ	4	.7
	จ้างเลี้ยง	1	.2
	รวม	600	100
3. ผู้เลี้ยงดูบุตรเป็นประจำตอนกลางคืน	ตนเอง	495	82.5
	พ่อเด็ก	36	6.0
	ปู่ย่า / ตายาย	65	10.8
	ญาติ	3	.5
	จ้างเลี้ยง	1	.2
	รวม	600	100

ความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรของแม่วัยรุ่น	จำนวน	ร้อยละ
4. มีการส่งเสริมพัฒนาการเช่น เล่านิทาน นวดสัมผัส เล่นกับลูก		
ไม่มีการส่งเสริม	50	8.3
ส่งเสริม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	550	91.7
ตนเอง	497	82.8
พ่อเด็ก	280	46.7
ปู่ย่า / ตายาย	250	41.7
ญาติ	62	10.3
รวม	600	100

ตารางที่ 4 ภาวะพึ่งพิงครอบครัว

ภาวะพึ่งพิงครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
1. การใช้จ่ายของแม่วัยรุ่นและสามี		
พอใช้	364	60.7
ไม่พอใช้	236	39.3
รวม	600	100
2. การช่วยเหลือค่าใช้จ่าย		
ไม่ได้รับการสนับสนุน	169	28.2
ได้รับการสนับสนุนทั้งหมด	431	71.8
รวม	600	100
3. แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือค่าใช้จ่าย		
พ่อแม่ตนเอง/พ่อแม่สามี	353	81.9
ญาติ	68	15.8
เพื่อน	10	2.3
รวม	600	100

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการสนับสนุนทางสังคม

การช่วยเหลือจากสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. การช่วยเหลือด้านการเงิน		
ไม่ได้รับ	599	99.8
ได้รับ	1	0.2
แหล่งช่วยเหลือ		
มูลนิธิ/องค์กรเอกชน	1	0.2
รวม	600	100

การช่วยเหลือจากสังคม		จำนวน	ร้อยละ
2. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ	ไม่ได้รับ	600	100
	รวม	600	100
3. การช่วยเหลือด้านการเงิน	ไม่ได้รับ	600	100
	รวม	600	100
4. การช่วยเหลือในด้านการเลี้ยงดูบุตร	ไม่ได้รับ	600	100
	รวม	600	100

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการศึกษาขณะเริ่มตั้งครรภ์กับปัจจุบัน

ระดับการศึกษา	เริ่มตั้งครรภ์		ปัจจุบัน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	165	27.5	411	68.5
ประถมศึกษา	12	2.0	5	0.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	199	33.2	32	5.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	139	23.2	40	6.7
ปวช	46	7.7	17	2.8
ปวส	8	1.3	8	1.3
ปริญญาตรี	18	3.0	13	2.2
กศน	13	2.2	74	12.3
รวม	600	100	600	100

อภิปรายผล

แม่วัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นนักเรียนอายุอยู่ในช่วงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น-ตอนปลายอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 4.0 ซึ่งเป็นวัยที่ควรอยู่ในระบบการศึกษาทั้งหมด หลังจากตั้งครรภ์คลอดแล้วส่วนใหญ่ไม่กลับมาเรียนต่อและที่สำคัญไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ พึ่งพาครอบครัวเดิมไม่สามารถสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวใหม่ของตนเองได้ ขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สามีมีคุณลักษณะเช่นเดียวกัน อายุอยู่ในวัยของการศึกษา

มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ไม่เพียงพอ อยู่ในภาวะพึ่งพิงครอบครัวเดิม ซึ่งทั้งแม่วัยรุ่นและสามีขาดการเตรียมความพร้อมในการสร้างครอบครัว ไม่มีโอกาสเตรียมความพร้อมในการทำหน้าที่และบทบาทของพ่อ-แม่ ทำให้ขาดวุฒิภาวะในการใช้ชีวิตครอบครัวที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของครอบครัวและลูก รวมทั้งมีปัจจัยทางสังคมที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองและครอบครัวน้อยมาก ทำให้ขาดโอกาสในทุกๆ ด้าน จึงนำไปสู่ยากจน

ด้วยโอกาสทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้เข้าไม่ถึงบริการสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ ที่ควรได้รับ ซึ่งจะนำไปสู่วงจร โง่ จน เจ็บ ตามมา

ผลกระทบต่อด้านสุขภาพ แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ฝากครรภ์ช้า พบภาวะโลหิตจาง มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ทารกคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม รวมทั้งแม่ไม่มีความพร้อมในการเลี้ยงดูลูก ด้านจิตใจรู้สึกเหนื่อย หงุดหงิด ขาดอิสระในการใช้ชีวิต ขาดความรู้ในการเลี้ยงดูลูก ทำให้ลูกได้รับการเลี้ยงดูไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ขาดการส่งเสริมพัฒนา ไม่ได้รับการประเมินพัฒนาการโดยใช้ สมุดบันทึกสุขภาพเลย แสดงให้เห็นว่าแม่วัยรุ่นกำลังเผชิญกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจที่ไม่พร้อมจะทำหน้าที่ของแม่

ผลกระทบต่อด้านสังคม ส่วนใหญ่เลี้ยงลูกด้วยตนเอง และเป็นแม่บ้านเป็นโอกาสดีที่สามารถเลี้ยงดูลูก เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแต่ยังเลี้ยงด้วยนมแม่เพียงร้อยละ 51.2 และจากการเลี้ยงลูกด้วยตนเองทำให้มีโอกาสการส่งเสริมและประเมินพัฒนาการให้ลูกด้วยตนเองร้อยละ 82.8 แต่ต้องพึ่งพิงการช่วยเหลือจากครอบครัวพ่อแม่เนื่องจากค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับระดับความสัมพันธ์สภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีการดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่น หากแต่ไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชนและสังคมเลย ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะชุมชนมองว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นเรื่องส่วนตัวเป็นเรื่องของครอบครัวและยังไม่เห็นเป็นปัญหาของชุมชน สังคม และวัยรุ่นไม่แน่ใจว่าสังคมมองการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นดีหรือไม่ดีเป็นเรื่องปกติหรือไม่

ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ การสูญเสียโอกาสทางการศึกษาและการสูญเสียโอกาสในการทำงานสร้างรายได้ เพราะแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่จบมัธยมศึกษาตอนต้น หรือบางคนมีวุฒิการศึกษาสูงสุดแค่มัธยมศึกษาตอนต้น เป็นแม่บ้านเลี้ยงลูก ไม่มีอาชีพและรายได้ ซึ่งทำให้โอกาสในการทำงานประกอบอาชีพ สร้างรายได้ให้ตนเองและครอบครัวในอนาคตมีน้อยตามไปด้วย

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผลกระทบด้านสุขภาพสอดคล้องการศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและบุตรที่คลอดบุตรจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดนครสวรรค์ตั้งแต่เดือนมกราคม- ธันวาคม พ.ศ. 2552¹⁰ และผลกระทบต่อด้านสังคม เศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทยของกรมอนามัย¹¹ และการศึกษาผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในเขต 2¹² สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นไทยไม่ได้อยู่ในภาคตะวันออก ภาคกลาง (เขต 2) หรือในภาพรวมของประเทศกำลังประสบกับปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และยังไม่ตระหนักถึงปัญหาที่ตามมาทั้งในระยะสั้น ในระยะยาว เพียงแต่วิตกกังวลกับปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เมื่อพ่อแม่ครอบครัวรับรู้ปัญหา ภาวะเป็นหน้าที่การแก้ไขปัญหาก็ตกเป็นของพ่อแม่/ครอบครัว อีกทั้งรัฐบาล หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบยังขาดกระบวนการป้องกัน แก้ไขและช่วยเหลืออย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรกำหนดกฎหมาย นโยบาย มาตรการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ

ป้องกัน แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ และระบบดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่นร่วมกันอย่างเป็นระบบและชัดเจน

2. รัฐบาลควรส่งเสริมระบบคุ้มครองพัฒนาทักษะสร้างภูมิคุ้มกันให้ครอบครัว และวัยรุ่น

3. รัฐบาลจัดสวัสดิการช่วยเหลือครอบครัวและแม่วัยรุ่น

4. กระทรวงศึกษากำหนดนโยบายให้ทุกสถานศึกษาจัดกระบวนการเรียนเพศศึกษารอบด้านให้สอดคล้องกับสภาพและบริบทของวัยรุ่นในพื้นที่ รวมทั้งให้การช่วยเหลือส่งเสริมให้แม่วัยรุ่นได้เรียนต่อในระบบการศึกษา

5. กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนให้เข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่ม

6. กระทรวงมหาดไทยสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการป้องกัน แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ และระบบดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่นอย่างเป็นระบบทุกระดับ

7. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์สร้างความเข้มแข็งและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สภาเด็กและเยาวชนในการป้องกัน แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและระบบการดูแลช่วยเหลือให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในระดับปฏิบัติ

1. โรงเรียนพัฒนาระบบการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้าน การเฝ้าระวังคัดกรอง ดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของวัยรุ่นในพื้นที่ และสนับสนุนช่วยเหลือให้นักเรียนที่มีปัญหาตั้งครรภ์

เรียนต่อในระบบการศึกษา

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบรรจุแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเข้าแผนพัฒนา 3 ปีของท้องถิ่น รวมทั้งจัดกิจกรรมและพื้นที่สร้างสรรค์ในพื้นที่ให้สอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่น รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชนและครอบครัวในการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และสร้างระบบการดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่น

3. จังหวัดกำหนดเป็นวาระของจังหวัด และกำหนดยุทธศาสตร์ มาตรการและแผนปฏิบัติการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคีทุกภาคส่วน รวมทั้งสร้างระบบ สวัสดิการการดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่นทั้งด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ

4. โรงพยาบาลทุกระดับจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนและสนับสนุนวิชาการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. พัฒนาสังคมจังหวัดส่งเสริมและสนับสนุนให้สภาเด็กและเยาวชนทุกระดับมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้เป็นระบบ รวมทั้งจัดสวัสดิการดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่นให้สามารถเข้าถึงแม่วัยรุ่น

6. ศูนย์วิชาการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพื่อให้ภาคีในระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น ชุมชนใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งศึกษาวิจัยเชิงลึกในแต่ละด้านเพื่อกำหนดมาตรการแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์เด็กและเยาวชนประจำปี 2548-2550 ; กันยายน 2551
2. กระทรวงสาธารณสุข นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (2553-2557). พิมพ์ครั้งที่ 2 : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2555
3. สุชัยอินทรประเสริฐและสุศักดิ์ฐานิพานิชสกุล. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. สติศาสตร์ รามาธิบดี 1. กรุงเทพฯ:โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2539
4. UNFPA. Adolescents Fact Sheet. Retrieved August 2, 2006, from http://www.unfpa.org/swp/2005/presskit/factsheets/facts_adolescents.htm; 2005
5. United Nation. Official list of MDG indicator.2008[cited 2013 November 25] Available from <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/resources/attach/indicators/officialist> ; 2008.pdf
6. เบญจพร ปัญญา. การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
7. วรณดี จันทศิริ และศิริพร จริยาจิรวัดนา. ระบบการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รายงานวิจัย. ศูนย์อนามัยที่ 3; 2558
8. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย. แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2: กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอดวานซ์ พรินต์ติ้ง เซอร์วิส จำกัด; 2557.
9. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ . สถานการณ์ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2554.
10. วาที สิทธิ. การศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่คลอดบุตรและบุตรที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดนครสวรรค์ตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2552 . รายงานการวิจัย สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข; 2553
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาผลกระทบทางด้านสังคม-เศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย. รายงานวิจัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
12. สุภาว อวสกุลสุทธิ “การศึกษาผลกระทบทางด้านสังคม-เศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นใน. ศูนย์อนามัยที่ 2: กรมอนามัย; 2555.

การประเมินผลโครงการคัดกรองต่อกระจกจังหวัดสมุทรสงคราม

เรณู คงสันทัต *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความเหมาะสมของโครงการในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของโครงการ และศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาปรับปรุงโครงการ โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP (CIPP Model) ของ Stufflebeam มากำหนดเป็นกรอบในการวิจัย กลุ่มประชากรประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้รับบริการ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการประเมินโครงการคัดกรองต่อกระจกจังหวัดสมุทรสงครามพบว่า ด้านบริบทผ่านเกณฑ์การประเมิน ผู้บริหารทั้งหมดมีความคิดเห็นด้านบริบทมีความเหมาะสมมากที่สุด ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 90.6 มีความคิดเห็นด้านบริบทมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.10$) ด้านปัจจัยนำเข้า ผ่านเกณฑ์การประเมิน ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 81.36 มีความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้าในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.09$) อสม.ร้อยละ 80.47 มีความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้าในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.01$) ด้านกระบวนการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 80.50 มีความคิดเห็นด้านกระบวนการดำเนินงานในภาพรวมมีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{X}=4.04$) และอสม.ร้อยละ 80.46 มีความคิดเห็นด้านกระบวนการดำเนินงานในภาพรวมมีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{X}=4.01$) ด้านผลลัพธ์พบว่า อสม. คัดกรองต่อกระจกเบื้องต้นได้ร้อยละ 62.9 ของกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีภาวะตาบอดจากต่อกระจกได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 83.76 และผู้รับบริการทั้งหมด มีความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านของโครงการในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.82$) ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน

คำสำคัญ: การประเมินแบบ CIPP Model, ภาวะตาบอดจากต่อกระจก, การคัดกรองต่อกระจก

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

Evaluation of Screening in Cataracts Patients Project in Samut Songkhram Province

Ranoo Kongsantad *

Abstract

The objective of this study was to evaluate the of screening in cataracts patients project in Samut Songkhram province, Thailand. CIPP Model was used to evaluate the project, and to analyze problems or obstacles in order to make an improvement. The population was consisted of executives, operation officers, volunteers and patients. Data were collected by using questionnaires, formal and informal interviews. Content analysis and descriptive statistic were used for analysis. The result of the context evaluation passed the criteria. All executives and 90.6% of operation officers agreed that the primary screen for Cataract patients operated by volunteers was highly appropriated (\bar{X} =4.10). The result of input evaluation passed the criteria and 81.36% of operation officers agree that the overall input factors were relevant (\bar{X} =4.09). Moreover, 80.47 of volunteers also agreed that the input factors were appropriately considered (\bar{X} =4.01).The process evaluation passed the criteria. The result indicated that the overall process of the projects was appropriate (\bar{X} =4.04), suggested by 80.50% of operation officers as well as the 80.46% of volunteers. The volunteers were able to primary screen 62.9% of target group. About 83.76% of patients received surgery treatment. All of patients who got treatment of cataracts were satisfied with the overall project (\bar{X} =4.82). The satisfaction evaluation passed the criteria.

Keywords: CIPP Model, Blinding Cataracts, Primary Cataracts Screening

* Public Health Technical Officer Professional Samut Songkhram Provincial Public Health Office

บทนำ

โรคต่อกระจงเป็นปัญหาทางสายตาที่มีผลต่อประชาคมโลกมานาน องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเมินไว้ว่าจากประชากรโลกราว 6,000 ล้านคน มีคนตาบอดราว 35-40 % ซึ่งมีสาเหตุมาจากต่อกระจงและโรคแทรกซ้อนถึง 45%¹ โรคต่อกระจงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในแต่ละปีจะมีผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจงรายใหม่ 66,000 คน/ปี และในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคต่อกระจงที่รอรับการผ่าตัดจำนวน 13,000 คน²

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี มีนโยบายพัฒนาระบบบริการด้านจักษุ ได้กำหนดให้จังหวัดสมุทรสงครามเป็นพื้นที่เป้าหมายโคเวต้าพิเศษเชิงรุกการคัดกรองต่อกระจงเพื่อค้นหาผู้ป่วยในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม จึงได้จัดทำโครงการคัดกรองต่อกระจงจังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีวัตถุประสงค์ให้ อสม. เป็นผู้คัดกรองต่อกระจงเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือที่จัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าเป็นโครงการระดับจังหวัดที่มีการดำเนินการเป็นครั้งแรก ควรมีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ ซึ่งจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยต่างๆ พบว่า การประเมินโครงการตามรูปแบบ CIPP Model ของ Stufflebeam 3 นั้น เป็นการประเมินเชิงระบบที่ครอบคลุม 4 ด้าน คือ 1) การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) เป็นการประเมินเกี่ยวกับนโยบาย วัตถุประสงค์ การเตรียมการต่างๆ ภายในโครงการว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ 2) ประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการ

ประเมินความเหมาะสมของทรัพยากรที่นำไปใช้ในโครงการ ได้แก่ คน เงิน เวลา และวัสดุอุปกรณ์ 3) การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของขั้นตอนการดำเนินงาน เป็นการตรวจสอบกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ และ 4) การประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการประเมินผลผลิตที่เกิดขึ้นภายใต้วัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของโครงการ ซึ่งผู้บริหารสามารถนำผลการประเมินไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการพัฒนาโครงการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

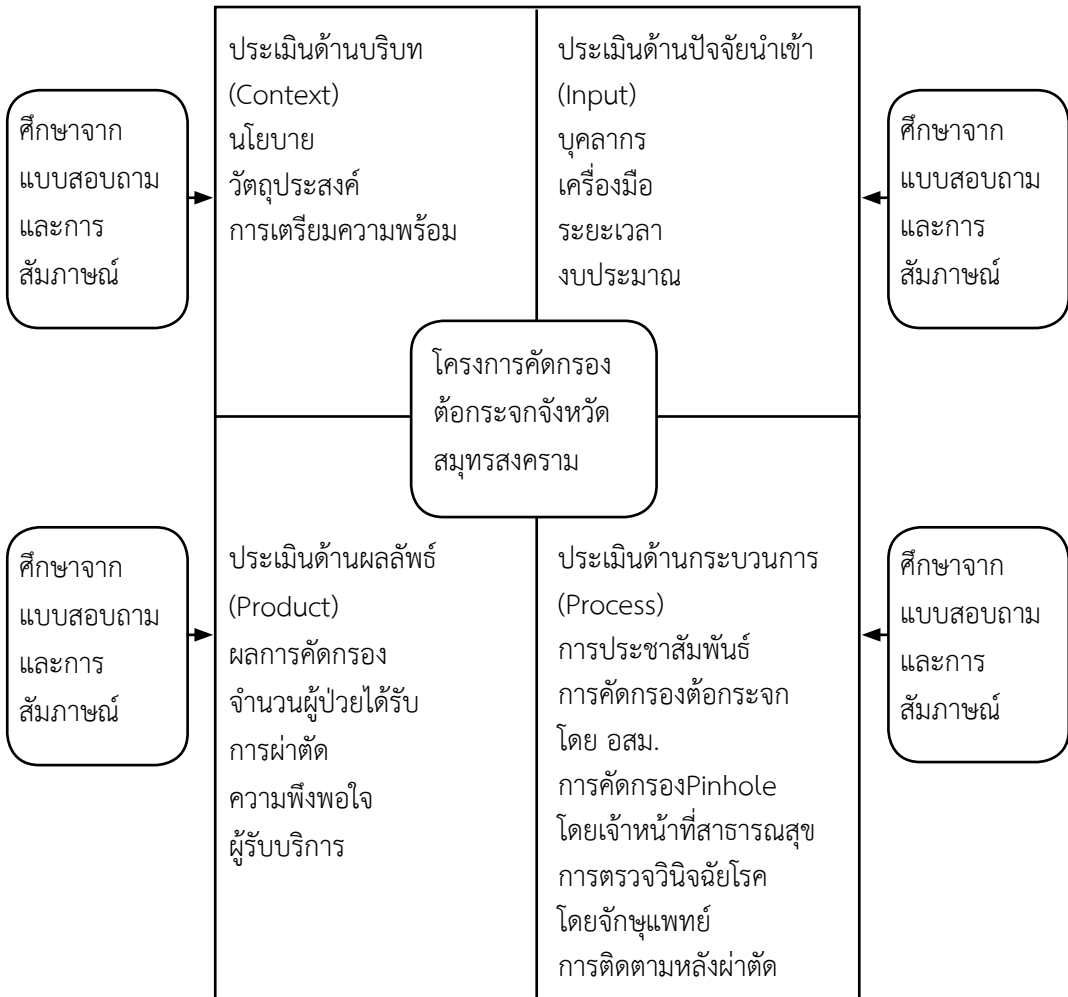
1. เพื่อประเมินความเหมาะสมของโครงการคัดกรองต่อกระจงจังหวัดสมุทรสงครามในด้านต่างๆ คือ ด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการบริหารจัดการหรือการดำเนินการ (Process) และด้านผลผลิต (Product)
2. เพื่อศึกษาปัญหา/อุปสรรคในการคัดกรองต่อกระจงของจังหวัดสมุทรสงคราม และรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการ ศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภลัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา สาธารณสุขอำเภอเมืองฯ สาธารณสุขอำเภอบางคนที สาธารณสุขอำเภออัมพวา จำนวน 7 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน หัวหน้าศูนย์บริการเทศบาลทุกแห่ง ผู้รับผิดชอบโครงการคัดกรองต่อกระจกผู้ประสานงานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โรงพยาบาลนภลัย โรงพยาบาลอัมพวา สาธารณสุขอำเภอเมืองฯ สาธารณสุขอำเภอบางคนที สาธารณสุขอำเภออัมพวา จำนวน 118 คน

ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกจากโครงการคัดกรองต่อกระจกจังหวัดสมุทรสงครามจำนวน 160 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อบรมเชิงปฏิบัติการวิธีคัดกรองต่อกระจกเบื้องต้นจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามและปฏิบัติงานคัดกรองต่อกระจก

จำนวน 308 คนใช้วิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มตัวอย่าง Krejcie and Morgan³ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 169 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 แบบ ดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหารเกี่ยวกับการประเมินด้านบริบทของโครงการ

2.2 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ปฏิบัติงานแยกออกเป็น 4 ประเด็นคือ

2.2.1 ประเด็นคำถามการประเมินผลด้านบริบท

2.2.2 ประเด็นคำถามการประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า

2.2.3 ประเด็นคำถามการประเมินด้านกระบวนการ

4. เกณฑ์การประเมินโครงการ

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินโครงการ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการประเมิน
1.ด้านบริบท	1.1 ร้อยละ 80 ของผู้บริหารมีความคิดเห็นว่าภาพรวมด้านบริบทของโครงการมีความเหมาะสมระดับมาก	ผ่านเกณฑ์ข้อ 1.1 และ 1.2
	1.2 ร้อยละ 80 ของผู้ปฏิบัติมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากขึ้นไปและในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก	
2.ด้านปัจจัยนำเข้า	2.1 ร้อยละ 80 ของผู้ปฏิบัติงานมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากขึ้นไปและในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก	ผ่านเกณฑ์ ข้อ 2.1 และ 2.2
	2.2 ร้อยละ 80 ของอสม.มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากขึ้นไปและในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก	

2.2.4 ประเด็นคำถามการประเมินด้านผลลัพธ์

2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานเป็นการสำรวจรายการ (Checklist) แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และคำถามปลายเปิด

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการสำรวจรายการ(Checklist) แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และคำถามปลายเปิด

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้รับบริการ หมู่บ้าน เป็นการสำรวจรายการ (Checklist) แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และคำถามปลายเปิด

3. ระยะเวลาดำเนินการวิจัย กรกฎาคม-ธันวาคม 2558

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการประเมิน
3.ด้านกระบวนการ	3.1 ร้อยละ 80 ของผู้ปฏิบัติงานมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากขึ้นไปและภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก	ผ่านเกณฑ์ข้อ 3.1 และ 3.2
	3.2 ร้อยละ 80 ของอสม.มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากขึ้นไปและภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก	
4.ด้านผลลัพธ์	4.1 ประชาชนอายุ 55 ปีขึ้นไปในจังหวัดสมุทรสงครามได้รับการคัดกรองจากอสม.	ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 4.1 และ 4.2
	4.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะตาบอดจากต้อกระจกทุกคนได้รับการผ่าตัด	
	4.3 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจระดับมากทุกด้าน	

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Devition) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

ผลการประเมินด้านบริบทผ่านเกณฑ์การประเมิน

ผู้บริหารทุกคน มีความคิดเห็นว่านโยบายโครงการคัดกรองต้อกระจกจังหวัดสมุทรสงครามมีความเหมาะสมมากที่สุด เป็นนโยบายที่ดีในการให้อสม. เป็นผู้ดำเนินการคัดกรองต้อกระจกเบื้องต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะตาบอดจากต้อกระจกอย่างทั่วถึงทั้งจังหวัด เป็นการดำเนินงานเชิงรุก เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการ และมีการเตรียมการดำเนินงาน มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยให้ความรู้และฝึกปฏิบัติให้ใช้เครื่องมือในการคัดกรอง

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.60) ในภาพรวมด้านบริบท มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากขึ้นไปและมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.10$) เมื่อพิจารณาในรายการประเมินพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นว่ามีเหมาะสมอยู่ในระดับมากทุกข้อโดยเฉพาะเรื่องวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะตาบอดจากต้อกระจกให้ได้รับการผ่าตัด ($\bar{X}=4.36$) รองลงมานโยบายการคัดกรองต้อกระจกโดยให้อสม. เป็นผู้คัดกรองเบื้องต้น การอบรมผู้ปฏิบัติงานคัดกรองด้วยวิธี Pinhole การอบรมอสม. วิธีคัดกรองต้อกระจกเบื้องต้น และการประชุมมอบนโยบายและขั้นตอนการดำเนินงาน ($\bar{X}=4.26, 3.97, 3.92, 3.85$ ตามลำดับ) และผู้ปฏิบัติงานให้ข้อคิดเห็นว่านโยบายการคัดกรองต้อกระจกเป็นนโยบายที่ดี มีขั้นตอนการดำเนินงานที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้

ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้าผ่านเกณฑ์การประเมิน

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.36) ในภาพรวมด้านปัจจัยนำเข้ามีระดับความคิดเห็น

อยู่ในระดับมากขึ้นไปและมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.09$) เมื่อพิจารณาในรายการประเมินพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นว่ามี ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะเรื่อง จำนวนเครื่องมือคัดกรองที่ได้รับการสนับสนุน ($\bar{X}=4.02$) รองลงมาจำนวนผู้ปฏิบัติงานคัดกรอง Pinhole งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน ความรู้ความสามารถของอสม.ที่ได้รับจากการอบรม จำนวนอสม.ที่ดำเนินการคัดกรองมีความเพียงพอ ($\bar{X}=3.97, 3.79, 3.74, 3.72$ ตามลำดับ) มีเพียงเรื่องระยะเวลาดำเนินการคัดกรองต่อกระจก ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.7) มีความคิดเห็นว่ามี ความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.94$) และ ผู้ปฏิบัติงานได้ให้ข้อคิดเห็นว่าระยะเวลามีความ เหมาะสมสำหรับพื้นที่มีหมู่บ้านรับผิดชอบน้อย กลุ่มเป้าหมายจำนวนน้อย และการเดินทางไม่ ลำบาก ไม่เหมาะสมสำหรับพื้นที่มีหมู่บ้านรับผิดชอบมาก กลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก และการเดินทางลำบาก

อสม.ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.47) ในภาพรวม ด้านปัจจัยนำเข้ามีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับ มากขึ้นไปและมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.01$) เมื่อพิจารณาในรายการประเมินพบว่าอสม. มีความคิดเห็นว่ามี ความเหมาะสมอยู่ในระดับ มาก เรื่องจำนวนเครื่องมือคัดกรองที่ได้รับการ สนับสนุน ($\bar{X}=4.22$) รองลงมา อสม.ที่ออก ปฏิบัติงานคัดกรองต่อกระจก ความรู้ที่อสม. ได้รับ จากการอบรม ภาระงานที่อสม.ได้รับ ($\bar{X}= 4.10, 3.96, \text{และ} 3.85$ ตามลำดับ) มีเพียง เรื่องระยะเวลาดำเนินการคัดกรอง มีความ คิดเห็นว่ามี ความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.79$) และอสม.ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า การดำเนินการคัดกรองต่อกระจกมีการกำหนดระยะเวลาให้

อสม.ดำเนินการในช่วงระยะเวลาเดียวกัน การไป ดำเนินการคัดกรองบางครั้งไม่พบกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ต้องไปซ้ำหลายครั้ง หมู่บ้านที่มีจำนวนกลุ่ม เป้าหมายจำนวนมากไม่สามารถไปคัดกรองครั้ง ต่อไปได้ และในบางพื้นที่เดินทางลำบากต้องใช้เรือ ต้องรอระยะเวลาน้ำขึ้น น้ำลง ต้องใช้ระยะเวลาใน การคัดกรองมากขึ้น

การประเมินด้านกระบวนการดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.50) ใน ภาพรวมด้านกระบวนการดำเนินงานมีระดับ ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากขึ้นไปและมีความ เหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.04$) เมื่อพิจารณา รายการประเมินพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความ คิดเห็นว่ามี ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เรื่องการ ติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด ($\bar{X}=3.97$) รองลงมา เรื่องขั้นตอนการคัดกรอง Pinhole ขั้นตอน การคัดกรองโดย อสม. ขั้นตอนการวินิจฉัยโรค โดยจักษุแพทย์ ($\bar{X}=3.92, 3.91$ และ 3.64 ตามลำดับ) มีเพียงเรื่องการประชุมสัมพันธ์ที่ มีความคิดเห็นว่ามี ความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.82$) และผู้ปฏิบัติงานให้ข้อคิดเห็นว่า ประชาชนได้รับข่าวสารการดำเนินงานโครงการ น้อย ซึ่งสื่อที่ใช้ประชาสัมพันธ์ ได้แก่ เคเบิ้ล ทีวี เสียงตามสาย หอกระจายข่าว และวิทยุ ชุมชนนั้น เป็นการประชาสัมพันธ์ช่วงเวลาสั้น ๆ เคเบิ้ลทีวีมีไม่ครอบคลุมทุกครัวเรือน ส่วนเสียงตาม สาย หอกระจายข่าว และวิทยุชุมชนบางแห่งชำรุด บางแห่งไม่มีดำเนินการทำให้การประชุมสัมพันธ์ ไม่ทั่วถึง

อสม. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.46) ในภาพ รวมด้านกระบวนการดำเนินงานมีระดับความคิด เห็นอยู่ในระดับมากขึ้นไป และมีความเหมาะสม

อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.01$) เมื่อพิจารณา รายการประเมินพบว่า อสม. มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากในเรื่องความร่วมมือของประชาชน ในการคัดกรอง ($\bar{X}=4.28$) รองลงมาการบันทึก รายงานผลการคัดกรองวิธีการคัดกรองของอสม. ความร่วมมือของอสม. ในการคัดกรอง ($\bar{X} =4.07, 4.02,$ และ 3.86 ตามลำดับ) มีเพียงเรื่องการ ประชาสัมพันธ์ที่มีความคิดเห็นเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} =1.66$) และ อสม. ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง เมื่อ อสม. ออกไปปฏิบัติงาน ประชาชนไม่ทราบว่ามีอะไร ทำแล้วจะได้อะไร ต้องใช้เวลาอธิบายให้ประชาชน ทราบ มีผลทำให้การคัดกรองต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น

ผลการประเมินด้านผลลัพธ์

ผลการคัดกรอง ประชาชนอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองต่อกระຈกเบื้องต้น จาก อสม. ร้อยละ 62.9 และพบผู้มีสายตา ผิดปกติ จำนวน 3,299 คน (ร้อยละ 10.05) เมื่อได้รับการคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยวิธี Pinhole จำนวน 2,939 คน (ร้อยละ 89.1) พบผู้มีสายตาผิดปกติ จำนวน 820 คน (ร้อยละ 27.90) และเมื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค จากจักษุแพทย์ จำนวน 426 คน (ร้อยละ 51.95) พบผู้ที่มีภาวะตาบอดจากโรคต่อกระຈก จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 44.80 และได้รับการผ่าตัด จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 83.76 และได้รับการติดตามหลังผ่าตัดครบทุกคน ซึ่งพบว่าไม่มีการ ติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน ผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัด สาเหตุเนื่องจาก กลัวการผ่าตัด เป็นโรคความดัน โลหิตสูง หยดยาละลายลิ้มเลือดไม่ครบ 7 วัน เป็น โรคตาชนิดอื่น ๆ ได้รับการส่งต่อรักษา ผลการคัด กรองและจำนวนผู้ที่ได้รับการผ่าตัดไม่ผ่านเกณฑ์ การประเมิน

ความพึงพอใจ ผู้รับบริการทั้งหมดมีความ พึงพอใจโครงการคัดกรองต่อกระຈกจังหวัด สมุทรสงคราม ภาพรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไปทุกด้าน เมื่อแยกรายด้านพบว่า ด้านบริบทมีความพึง พอใจมากที่สุดในเรื่องโครงการช่วยให้ได้ รับการผ่าตัดรักษา ด้านปัจจัยนำเข้ามีความ พึงพอใจวิธีคัดกรองของ อสม. ไปบริการที่บ้าน ด้านกระบวนการดำเนินงานพึงพอใจมากที่สุดใน เรื่องการคัดกรอง Pinhole ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ด้านผลลัพธ์พึงพอใจมากที่สุดในเรื่อง ผลการผ่าตัดรักษาที่ทำให้มองเห็น ผ่านเกณฑ์การ ประเมินผู้ปฏิบัติงานให้ข้อคิดเห็นที่ ผู้รับบริการที่ ผ่านการคัดกรองโดย อสม. และไม่ได้รับการตรวจ Pinhole ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากจักษุ แพทย์ และไม่ได้รับการผ่าตัด เนื่องจากปฏิเสธ การรักษาไม่ต้องการรักษาต่อ อยู่คนเดียวไม่มีญาติ ดูแล เศรษฐกิจไม่ต้งหยุดงานหลายวัน แก่แล้ว ไม่ต้องทำก็ได้ มีโรคประจำตัว ความกลัวในการ ผ่าตัด มีความเชื่อว่าผ่าตัดแล้วจะทำให้ตาบอด

ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ระยะเวลาดำเนินการคัดกรองไม่เหมาะสม สำหรับพื้นที่ที่มีจำนวนหมู่บ้านรับผิดชอบ จำนวนมาก กลุ่มเป้าหมายมีจำนวนมาก พื้นที่เดินทางลำบาก
2. การประชาสัมพันธ์ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามไม่ดีพอ ทำให้การ ประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่
3. ไม่พบกลุ่มเป้าหมาย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสงครามจัดส่งข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ให้หน่วยบริการสาธารณสุขเป็นข้อมูลมาจาก DB pop และเมื่อ อสม. ออกคัดกรองในชุมชน พบว่า กลุ่มเป้าหมายบางคนมีชื่อแต่ตัวย้ายไป

อยู่ที่อื่น บางคนหายสาบสูญหาไม่พบ บางคนเสียชีวิตแล้ว

4. ประชาชนปฏิเสธการรักษา เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล เศรษฐกิจไม่ดีต้องหยุดงานหลายวัน และความกลัวในการผ่าตัด

5. ญาติผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากแล้ว

อภิปรายผล

ด้านบริบท พบว่า ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นสอดคล้องกันด้านบริบทของโครงการมีความเหมาะสม โดยให้ออส.เป็นผู้คัดกรองเบื้องต้นในชุมชนเพื่อหาผู้ที่มีสายตาคิดปกติและส่งต่อมารับการวินิจฉัยว่ามีภาวะตาบอดจากต้อกระจก เป็นนโยบายที่ชัดเจน สอดคล้องกับสภาพปัญหาของจังหวัดสมุทรสงคราม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข “ที่จะขจัดภาวะตาบอดจากต้อกระจกแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปี 2560 เน้นการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนคัดกรองโดยผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้ยากไร้รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข”⁵ และสอดคล้องกับคำขวัญขององค์การอนามัยโลก “Vision 2020 the right to sight” ซึ่งเป็นโครงการขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งมีเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้ป่วยทางด้านสายตาทุกคนมีสิทธิ์เข้าถึงบริการทางจักษุวิทยาภายในปี ค.ศ. 2020 เพื่อให้สามารถมองเห็นได้และไม่ควรมีภาวะตาบอดจากโรคที่ป้องกันได้”⁶ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ถ้าต้องการขจัดปัญหาภาวะตาบอดจากต้อกระจกเพื่อให้บรรลุ

เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขภายในปี 2560 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามควรมีการกำหนดนโยบายพัฒนาการให้บริการทางด้านจักษุอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ อสม. และผู้ปฏิบัติงานในการค้นหาในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนให้ครอบคลุมและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง

ด้านปัจจัยนำเข้า ผลการประเมินพบว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ทั้งผู้ปฏิบัติงานและ อสม. มีความเห็นสอดคล้องในภาพรวมของปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ทั้งในเรื่องจำนวนอสม. ผู้ปฏิบัติงาน จำนวนเครื่องมือ และงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนมีความเพียงพอ แต่มีเพียงเรื่องระยะเวลาในการดำเนินงานคัดกรอง ผู้ปฏิบัติงานและอสม.มีความเห็นว่าระยะเวลาการคัดกรองมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโครงการคัดกรองต้อกระจกจังหวัดสมุทรสงคราม เป็นโครงการที่กำหนดระยะเวลาแน่นอนการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน โดยบางพื้นที่ อสม. ใช้เวลาการคัดกรองมากกว่าระยะเวลาที่กำหนด ดำเนินการไม่เสร็จตามเวลาที่กำหนดสาเหตุเนื่องจาก จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนมาก พื้นที่หมู่บ้านรับผิดชอบมาก การเดินทางลำบาก ซึ่งหลักการประเมิน CIPP Model ได้กล่าวถึงปัจจัยนำเข้าว่า โครงการที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพดีขึ้นได้จะเกี่ยวข้องกับงบประมาณ การวางแผนงาน การเลือกกิจกรรมในโครงการที่คาดว่าจะทำให้โครงการและแผนงานนั้นประสบความสำเร็จ ดังนั้นการประเมินปัจจัยนำเข้าจึงเป็นการประเมินถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการได้⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร หาญศึก (2556) ที่ประเมิน

โครงการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ตามรูปแบบของ CIPP Model พบว่าปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ พบว่ามีความจำเป็นมากในการทำให้นโยบายบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ⁷

ด้านกระบวนการดำเนินงาน ผลการประเมินพบว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ทั้งผู้ปฏิบัติงานและอสม. มีความคิดเห็นสอดคล้องกันด้านกระบวนการดำเนินงานในภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก มีเพียงเรื่องการประชาสัมพันธ์ ผู้ปฏิบัติงานและ อสม. มีความคิดเห็นว่าการประชาสัมพันธ์มีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งการดำเนินงานโครงการเป็นการดำเนินงานระยะสั้น การประชาสัมพันธ์โดยใช้สื่อ เคเบิลทีวี ซึ่งไม่มีครอบคลุมทุกหลังคาเรือน หอกระจายเสียงตามสาย วิทยุชุมชนมีทุกพื้นที่ แต่บางแห่งไม่ได้ดำเนินการ บางแห่งชำรุด และการประชาสัมพันธ์เป็นช่วงเวลาสั้นๆ ในตอนเช้าหรือเย็น แสดงว่าการประชาสัมพันธ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามยังไม่ดีพอ ประชาชนได้รับข่าวสารไม่ทั่วถึง ทำให้เป็นปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการคัดกรองของ อสม. ในการอธิบายให้ประชาชนทราบว่ามาทำอะไร ประชาชนจะได้รับอะไรจากการคัดกรอง ทำให้ต้องใช้เวลาในการคัดกรองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานไม่เป็นไปตามกำหนดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพรณ พลเยี่ยม (2556) การประเมินโครงการส่งเสริมการจัดการขยะมูลฝอยโดยชุมชน: กรณีศึกษาตำบลเมืองพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยการประเมินใช้รูปแบบ CIPP (CIPP Model) พบว่าการประชาสัมพันธ์ไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่อง

เป็นการประชาสัมพันธ์ทางเดียวโดยใช้ป้ายประชาสัมพันธ์ ทางเสียงตามสายของชุมชนซึ่งยังมีน้อยและไม่ทั่วถึง ไม่สามารถเข้าถึงประชาชนได้⁸

ด้านผลลัพธ์ ผลการประเมินพบว่าเป้าหมายการคัดกรองต่อกระจก และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานคัดกรองต่อกระจกโดย อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การตรวจวินิจฉัยโรคโดยจักษุแพทย์ ไม่บรรลุเป้าหมายที่ต้องการให้ประชาชนอายุ 55 ปี ขึ้นไป ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรอง การตั้งเป้าหมายประชาชนอายุ 55 ปีขึ้นไปทุกคนจากข้อมูล DB pop ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นเรื่องยากที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งมีสาเหตุมาจากกลุ่มเป้าหมายมีชื่ออยู่แต่ตัวย้ายออกนอกพื้นที่แล้ว ไปทำงานต่างจังหวัด เสียชีวิตแล้วไม่คัดชื่อออก ทำให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งอำเภอเมืองฯเป็นพื้นที่คัดกรองได้ต่ำสุดเนื่องจากมีกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนมากและมีทั้งพื้นที่เป็นเขตเทศบาลและเขตชนบท สภาพสังคมของเขตเทศบาลเป็นสังคมแบบชุมชนเมือง ประชาชนส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้านทำงานโรงงาน เป็นข้าราชการ และเป็นบ้านที่มีฐานะดีไม่เชื่อมั่นอสม. สอดคล้องกับการศึกษาของวิชา ไทยราชา (2556) การปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลกะเปอร์ อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง พบว่า สภาพสังคมเทศบาลเป็นสังคมแบบชุมชนเมืองประชาชนส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้านทำให้เวลาของ อสม. กับประชาชนในชุมชนเมืองไม่ตรงกัน ขาดความร่วมมือของ อสม. ด้วยกันเองขาดความเชื่อมั่นของประชาชนการสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุขและออกเยี่ยมบ้านจึงลำบาก

ต้องไปหลายครั้งจึงจะเก็บได้ครบ⁹

จำนวนผู้ที่มีภาวะตาบอดจากต้อกระจก ได้รับการผ่าตัดร้อยละ 83.76 ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เนื่องมาจากประชาชนมีความกลัวเรื่องการผ่าตัดและมีความเชื่อว่าการผ่าตัดจะทำให้ตาบอด ปฏิเสธการรักษา ต้องการไปรักษาเอง ไม่มีผู้ดูแล เศรษฐกิจไม่ดีต้องหยุดงานหลายวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิรักษ์ วิภูสันติ (2551) ศึกษาผลการคัดกรองผู้ป่วยต้อกระจก ในเขตพื้นที่การให้บริการของโรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยาพบว่า ประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไปที่มาเข้ารับการคัดกรองเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยเพียงร้อยละ 27.58 เนื่องมาจากการไม่สามารถเข้าถึงบริการ ฐานะยากจน ไม่มีญาติพามาตรวจเพราะต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ¹⁰ และการศึกษาของสุภาวดี ศรีวงศ์และวรรณเพ็ญ คำเทพ (2548) การพัฒนาระบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในโรงพยาบาลน่าน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจไม่ยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัดมีหลายปัจจัยด้วยกันคือ ปัจจัยด้านครอบครัว ผู้ป่วยที่มีปัญหาต้อกระจกส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุตรหลาน สมาชิกในครอบครัวในการทำกิจกรรมต่างๆ และมาส่งรักษา ถ้าสมาชิกในครอบครัวติดธุระหรือคัดค้าน จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มารับการรักษา และการตัดสินใจในการรักษาขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุไม่มีรายได้ส่วนใหญ่คนวัยแรงงานต้องออกไปทำงานต่างจังหวัด มีการแบ่งเงินไว้ให้ใช้ในจำนวนไม่มาก ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสุขภาพ เช่น เบาหวาน อัมพาต ฯลฯ ส่งผลให้เกิดอุปสรรค ในการเดินทางมารักษา ทำให้ไม่มารักษาตามนัดบางรายเป็นผู้ป่วยสูง

อายุเสียชีวิตก่อนถึงวันผ่าตัด ปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติ ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความจำเป็นในการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัดที่ถูกต้อง ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการผ่าตัด¹¹ ซึ่งผู้รับบริการผ่าตัดต้อกระจกจากโครงการไม่เคยได้รับการตรวจตาที่ใดมาก่อน ถึงร้อยละ 51.3 ซึ่งประชาชนอาจจะยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกและไม่เข้าถึงประชาชนในชุมชนอีกด้วย ฉะนั้นควรมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคต้อกระจก วิธีการรักษา เพื่อให้ประชาชนทุกคนที่มีภาวะตาบอดได้รับการผ่าตัดรักษาทุกคน

ความพึงพอใจผู้รับบริการผลการประเมินพบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ผู้รับบริการ ทุกคนมีความพึงพอใจต่อโครงการคัดกรองต้อกระจกจังหวัดสมุทรสงครามในภาพรวมและทุกด้านในระดับมากขึ้นไป โดยเฉพาะผลการผ่าตัดรักษาที่ทำให้สายตามองเห็นชัดได้อีกครั้ง คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งเป็นโครงการที่ดี ประชาชนต้องการให้มีโครงการอย่างต่อเนื่อง เพราะได้รับประโยชน์โดยตรง โดยเฉพาะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล มีเจ้าหน้าที่และ อสม. ดูแลอย่างใกล้ชิด

สรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินผลโครงการคัดกรองต้อกระจกจังหวัดสมุทรสงคราม โดยใช้การประเมินรูปแบบ CIPP (CIPP Model) ของ Stufflebeam เพื่อดูความเหมาะสมของโครงการด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินงานและด้านผลลัพธ์ของโครงการ ผลจากการประเมินมุมมองของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน อสม. ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า

เหมาะสมอยู่ในระดับมาก และผู้รับบริการมีความพึงพอใจที่ได้รับบริการจากโครงการคัดกรองต่อกระจกจังหวัดสมุทรสงคราม ผลการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมินมีความเหมาะสมกับโครงการ ส่วนผลการคัดกรองต่อกระจกเบื้องต้นโดยอสม. และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ยังไม่บรรลุเป้าหมายทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน โครงการคัดกรองต่อกระจกจังหวัดสมุทรสงครามต้องได้รับการพัฒนาเรื่องระยะเวลาดำเนินการและการประชาสัมพันธ์การกำหนดเป้าหมาย การนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ให้โครงการมีประสิทธิภาพมากขึ้น โครงการคัดกรองต่อกระจกจังหวัดสมุทรสงครามนับเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำไปปรับใช้เพื่อการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขที่ประสบปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยให้มีโอกาสเข้าถึงบริการได้มากขึ้น และเป็นการสร้างและพัฒนาทีมงานให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน

1. ควรมีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลผลการคัดกรองพบว่ายังมีประชาชนที่ยังไม่เข้าถึงบริการไม่ได้รับการตรวจคัดกรองและไม่มารับการตรวจวินิจฉัยโรคจากจักษุแพทย์อีกจำนวนมากควรมีการเร่งค้นหาผู้ที่มีภาวะตาบอดจากต่อกระจกที่ยังตกค้างในชุมชนให้ได้รับการผ่าตัดรักษาต่อไป

2. ศึกษากระบวนการทำให้ประชาชนในเขตเทศบาล เพิ่มการเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองตาต่อกระจก

3. การตั้งเป้าหมายจากการใช้ข้อมูล DB pop จากการดำเนินงานโครงการคัดกรองต่อกระจกที่ผ่านมาทำให้ทราบว่า ข้อมูล DB pop มีมากกว่าจำนวนประชากรที่มีอยู่จริง ถ้าใช้ข้อมูล DB pop กำหนดเป้าหมายจะทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้ยากควรมีการนำข้อมูลจากประชากรที่มาจากการสำรวจเปรียบเทียบกับข้อมูลจาก DB pop ประกอบกับเป้าหมายของนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุขมาประกอบการตั้งเป้าหมายด้วย

4. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา ไม่มีผู้ดูแลควรมีการบูรณาการกับการดำเนินงาน Family Care Team ให้ได้รับการผ่าตัดและดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมกลุ่มผู้รับบริการมีโรคประจำตัวอะไรบ้างที่มีผลต่อโรคต่อกระจก

2. ควรมีการศึกษาถึงความชุกของโรคต่อกระจกจังหวัดสมุทรสงครามเพื่อให้ทราบสถานการณ์และเป็นข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของจังหวัดและของประเทศบรรลุเป้าหมายเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 2013. Global Data On Visual Impairment 2010. สืบค้นจาก http://www.who.int/blindness/AP2014_19_English.pdf.
2. วัฒนีย์ เย็นจิต. รายงานผลการสำรวจสถานะตาบอดสายตาลีออนราง โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขครั้งที่ 4 ในประเทศไทย และการประเมินสมรรถภาพของผู้พิการทางการมองเห็นในประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550 2552.
3. Stufflebeam and Shinkfield. Evaluation Theory, Models and Applications. John Wiley and Son, Inc. 2007.
4. Krejcie, Robert V. and Morgan, Daryle W. Determinining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. v. 30, 1970. 608.
5. สำนักงานสารสนเทศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2558. สืบค้นจาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?id_Hot_new=73437.
6. World Health Organization. (2015). VISION 2020. สืบค้นจาก <http://www.who.int/blindness/partnerships/vision2020/en/>.
7. สุนทร หาญศึก. การประเมินโครงการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ตามรูปแบบของ CIPP Model. ประมวลผลงานวิชาการระดับจังหวัด, อาคารโดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. 2556.
8. ประพาพรรณ พลเยี่ยม.(2556). การประเมินโครงการส่งเสริมการจัดการขยะมูลฝอยโดยชุมชน: กรณีศึกษาตำบลเมืองพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยการประเมินใช้รูปแบบ CIPP (CIPP Model) สืบค้นจาก http://www.mfu.ac.th/school/liberalarts_new/pdf-journal/2555_3/2555_7.pdf.
9. วิชรา ไทยราชา. (2556) การปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลกะเปอร์ อำเภอกะเปอร์จังหวัดระนอง.(วิทยานิพนธ์สาขาวิชาการบริหารทั่วไป). มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
10. สุทธิรักษ์ วิภูสันติ.(2551). ผลการคัดกรองผู้ป่วยต่อกระจกในเขตพื้นที่การให้บริการของโรงพยาบาลเข็ญคำ จังหวัดพะเยา. ลำปางเวชสาร. ปีที่30. ฉบับ1. มกราคม-เมษายน 2552.18-27.
11. สุภาวดี ศรีวงศ์,และวรรณเพ็ญคำเทพ. การพัฒนาระบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคต่อกระจก ในโรงพยาบาลน่าน.รายงานการวิจัย. 2548.

รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลห้วยประทู อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา

คณพณ สุขวัญกรกุล *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ห้วยประทู อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา ในการพัฒนางานกองทุนหลักประกันสุขภาพตามแนวทาง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้วิธีผสมผสานทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative method) เชิงคุณภาพ (Qualitative method) และศึกษารูปแบบการพัฒนาในการดำเนินงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ คณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยประทู จำนวน 17 คน และคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกัน สุขภาพตำบลห้วยประทู จำนวน 19 คน รวมทั้งหมด 36 คน ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการพัฒนาต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา เลือกใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน มีความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพโดยรวมและรายด้าน หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) คณะกรรมการบริหารกองทุน และคณะอนุกรรมการกองทุน มีบทบาท การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยรวมและรายด้านหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น จากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะ อนุกรรมการกองทุน มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ 1) คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน ควรได้รับการ พัฒนาศักยภาพหรือสมรรถนะในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง โดยการจัด อบรมแบบมีหลักสูตรระยะสั้นที่ได้รับการรับรองทางด้านวิชาการ 2) คณะกรรมการบริหารกองทุน และ คณะอนุกรรมการกองทุน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถแสดงบทบาท ในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตน บุคคลในครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วม รูปแบบต่าง ๆ ตามความเหมาะสม และบริบทของพื้นที่ 3) กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลควรมีการ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผ่านสื่อต่าง ๆ ในชุมชน และ ในรูปแบบของ สื่อออนไลน์ เช่น การจัดสื่อโฆษณาทางวิทยุชุมชน การประชาสัมพันธ์ทางอินเทอร์เน็ต

คำสำคัญ: การพัฒนา, กองทุนสุขภาพตำบล

* สาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย

Development Model of Health Insurance Fund Lungpradoo Sub-district Huai Thalaeng District Nakhon Ratchasima Province

Kanapon Sugwacharakul *

Abstract

This action research aimed to analyze the problems and the implementation of the committees and sub committees of Lungpradoo Sub-district health insurance fund, Huai Thalaeng District, Nakhon Ratchasima Province on the development Health Insurance Fund coverage under the guidance of the National Health Security Office, using quantitative and qualitative methods and to examine the development of the health insurance fund. The samples in this study were purposively selected and included 17 committee members of Lungpradoo sub-district health insurance fund and 19 sub-committee members of Lungpradoo sub district health insurance, totaling 36 samples. Data were analyzed Using inferential statistics to compare knowledge, participations and satisfactions in the development of the health insurance fund using the Paired Sample t-test pre and post-development test.

Results showed that 1) The committees and sub-committees' knowledge regarding health insurance fund both overall and specific areas has increased at 0.05 significant level, 2) The committees and sub-committees of health insurance fund's active participation with the management of health funds both overall and specific areas has increased at 0.05 significant level, 3) The committees and sub-committees of health insurance fund's satisfaction with the health insurance fund implementation both overall and specific areas has increased at 0.05 significant level.

Results from this study suggested that: 1) knowledge and performance on health insurance fund among the committees and sub-committees should be continuously developed through short-course training offered by accredited institution, 2) public participation should be encouraged so it can play a major role in health care, whether the participations are at individual, family and community levels. The participation process should engage various forms as appropriate, and 3) Health insurance fund should be actively involved with public relations for the implementation through various media and in the community in the form of online media, such as advertisement on community radio, public relations on the Internet, etc.

Keywords: development, sub-district health fund

*Public Health Executive Huai Thalaeng District Public Health Office

บทนำ

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่พึงได้รับซึ่งรัฐ จะต้องดำเนินการจัดบริการตามบทบัญญัติแห่ง รัฐธรรมนูญ ซึ่งการจัดบริการด้านสาธารณสุขมิได้ เป็นเพียงบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ และสหวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ดำเนินการเท่านั้น หากแต่ประชาชนผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง รวมถึงครอบครัวและสังคม ปัจจุบันประชาชนทุกคนไทยทุกคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพ อย่างถ้วนหน้าตามสิทธิของตนเอง โดยการดำเนินการของรัฐบาลที่มุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนมีความเป็น เจ้าของและมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ อย่างถ้วนหน้า สนับสนุนการพัฒนาการบริการ สาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพให้มี คุณภาพ ได้มาตรฐาน เข้าถึงได้และเป็นที่ยอมรับของประชาชนและผู้ให้บริการ ส่งเสริมการพัฒนา ความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับ บริการโดยเน้นการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีซึ่งกัน และกัน เสริมสร้างความเท่าเทียมกันระหว่างกองทุนอื่นๆ ทั้งด้านสิทธิประโยชน์ และการบริการ¹

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีส่วนร่วมที่สำคัญในการส่งเสริมการ ดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนใน สังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไก สำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคี เครือข่ายในพื้นที่เพื่อร่วมค้นหาปัญหา วางแผน ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมด้านสุขภาพ ให้เกิดเป็น รูปธรรม โดยสามารถประเมินผลได้ตรงตามความต้องการของประชาชน การดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เริ่ม

ดำเนินการนับตั้งแต่ได้มีประกาศคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนด หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วน ตำบลหรือเทศบาล ดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ซึ่งในปีแรก มีองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลนำร่อง จัดตั้งและเข้าร่วมการดำเนินการรวมกองทุนรวม 888 แห่ง ปี พ.ศ. 2557 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 7,759 แห่ง แบ่งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล 5,489 แห่ง เทศบาล 2,270 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.78 ของ จำนวนองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ทั้งหมดของประเทศ²

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13 (3) มาตรา 18 (4) (8) (9) และมาตรา 47 ได้กำหนดให้คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุน ประสาน และกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ ตามความเหมาะสม และความต้องการ เพื่อสร้าง หลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน รวมถึงสนับสนุน และกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กร เอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อ แสวงหากำไร ดำเนินงาน โดยส่งเสริมกระบวนการ มีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ แก่บุคคลในพื้นที่³ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้อง พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้ การขาดการสนับสนุนจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในการ

บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่⁴ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ⁵ การจัดทำโครงการ/แผนงานส่วนใหญ่คิดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือท้องถิ่นฝ่ายเดียว การจ่ายเงินไม่ตรงตามวัตถุประสงค์⁶ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นขาดความรู้ ความเข้าใจต่อแนวคิดวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น⁷ การใช้กิจกรรมการพัฒนาอบรมให้ความรู้ การประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพ การศึกษาดูงานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนิเทศติดตามสนับสนุน เพื่อพัฒนากองทุนส่งผลทำให้กองทุน มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ดีขึ้น แต่ที่ยังเป็นปัญหาในการดำเนินงานกองทุน คือ ด้านการรับรู้การดำเนินงานกองทุน ยังขาดปัจจัยแห่งความสำเร็จของกองทุน คือ 1) ปัจจัยด้านผู้นำ ซึ่งแนวคิดและทัศนคติและวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพของผู้นำกองทุนมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม 2) ปัจจัยด้านชุมชน การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอทำให้การดำเนินโครงการเป็นไปได้อย่างดี⁸ คณะกรรมการขาดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง การประสานงานไม่มีระบบ ข้ามชั้นตอน⁹ คณะกรรมการบริหารกองทุนและอนุกรรมการบางคนไม่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบการประชาสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย¹⁰ การจัดทำแผนการดำเนินงานกองทุนมีความล่าช้า ข้อมูลที่ใช้ในการจัดทำแผนนำมาจากการประชาคมจัดทำแผน 3 ปี ของเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมไม่มีการประชาคม

เพื่อจัดทำแผนโดยตรง¹¹ และคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง ขาดความเข้าใจในการควบคุม การตรวจสอบและติดตามประเมินผลด้านรายงาน ข้อมูลข่าวสารผ่านระบบอินเทอร์เน็ตและด้านการสมทบงบประมาณจากภาคประชาชนยังมีน้อยมาก¹²

องค์การบริหารส่วนตำบลหลุ่งประดู่ อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ได้เข้าร่วมดำเนินการในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. 2550 จากผลการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลหลุ่งประดู่ ย้อนหลัง 3 ปี ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง ตามแบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ¹³ พบว่า ปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 ได้ระดับคะแนน 69, 62 และ 67 คะแนน ตามลำดับ เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง มีปัญหาและอุปสรรคอยู่หลายด้าน เช่น ด้านการบริหารจัดการกองทุน การจัดทำแผนการดำเนินงานของกองทุนไม่ทันตามเวลาที่กำหนด ข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนการมาจากการทำประชาคมเพื่อทำแผน 3 ปี ขององค์การบริหารส่วนตำบลหลุ่งประดู่ ไม่เป็นปัจจุบัน ในส่วนของด้านบุคลากรของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ไม่ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง การบริหารการเงินและงบประมาณคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจในระบบบัญชี การเบิกจ่ายและการบันทึกบัญชีระบบอิเล็กทรอนิกส์ การประสานงานและประชาสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วม ประชาชนยังไม่รู้จักการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ยังไม่รับทราบ

ข้อมูลและเข้าใจภารกิจของกองทุนมีเฉพาะคณะกรรมการ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตพื้นที่เท่านั้น ยังไม่มีการประชาคมเพื่อรับฟังและแก้ไข ปัญหาทางด้านสุขภาพโดยตรง แผนการปฏิบัติงานนั้นจะมาจากข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ด้านการติดตามและประเมินผล ขาดการติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่องจากกิจกรรมที่ดำเนินการ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้ประสบผลสำเร็จนั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากชุมชน เข้ามาร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล ผู้วิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่ต้องร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยประดู่ มีความสนใจและต้องการศึกษาวิจัยการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยประดู่ อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นแนวทาง การดำเนินการ พัฒนากองทุนให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ในการวิเคราะห์ องค์การ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดกิจกรรม ประชุมอบรม การศึกษาดูงานและการติดตามผล โดยคาดหวังว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะได้มีส่วนร่วม ในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยประดู่ อำเภอห้วยแถลง จังหวัด นครราชสีมา ให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการบริหารจัดการ เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูง บรรลุตามเป้าหมาย และส่งผลต่อการจัดการพัฒนาสุขภาพที่ดี ของประชาชนในท้องถิ่นอย่างยั่งยืนต่อไป

คำถามการวิจัย

การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพพระดัดที่ท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลห้วยประดู่ อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ให้บรรลุเป้าหมายเกณฑ์การประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลห้วยประดู่ อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา

แนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการกำหนดขั้นตอนการวิจัยในลักษณะวงรอบ (Spiral) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart 4 ขั้นตอน¹⁵ ประกอบด้วย

- 1) ขั้นการวางแผน (Planning)
- 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action)
- 3) ขั้นสังเกต (Observation)
- 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

และแนวคิดการในดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ และแนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม TOP¹⁶

ขอบเขตของการวิจัย

- 1) ขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัยพื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยประดู่ อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา
- 2) ขอบเขตด้านประชากรการวิจัย ในครั้งนี้เป็นการเลือกพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง

(Purposive Selection) และผู้ที่มีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 36 คน ประกอบด้วย

2.1) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยประดู่ จำนวน 17 คน

2.2) คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยประดู่ จำนวน 19 คน

3) ขอบเขตด้านระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน ธันวาคม 2557 - เดือน กรกฎาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถาม (Questionnaires) มี 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ลักษณะข้อมูลทางประชากร 2) แบบทดสอบใช้ทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ 3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของคณะกรรมการบริหารกองทุน คณะอนุกรรมการกองทุนและผู้นำชุมชนหรือผู้นำด้านสาธารณสุข

2) แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุน เป็นการประเมินกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการเพื่อให้กองทุนประเมินตนเองและผู้เกี่ยวข้องประเมินกองทุน

3) แบบบันทึกการประชุมการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ การแก้ไขปัญหา การพัฒนาในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

4) แบบสัมภาษณ์ ตามแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการ

5) แบบสังเกต ตามแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการและการศึกษาดูงาน

6) แบบนิเทศ ติดตาม

โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Conbach¹⁷ ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกัน สุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 40 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ระยะเตรียมการ (2 - 15 ธ.ค. 57) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์รวบรวมความรู้แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา และสาเหตุของเรื่องที่จะศึกษาค้นคว้าวิจัย ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา และคัดเลือกพื้นที่การวิจัยสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย และเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมกลุ่มประชากร โดยการสร้างสัมพันธภาพกับคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานศึกษา โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงความมุ่งหมายการวิจัยให้ทราบ อธิบายให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจ เพื่อเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความสมัครใจ ทำแบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบบันทึกการประชุม แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกต เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลวางแผนงานเพื่อดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2) ระยะปฏิบัติการวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)
(16 - 31 ธ.ค.57)

1) ขั้นตอนการเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนาแบบในการดำเนินงาน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ (Pre-test) กับคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะกรรมการกองทุน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 สัปดาห์

2) ขั้นตอนการศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานและปัญหากองทุนโดยการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะกรรมการ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัจจุบันและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยประสานวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง เป็นวิทยากรกระบวนการร่วมกับผู้วิจัย มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 36 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารกองทุน จำนวน 17 คน และคณะกรรมการกองทุน จำนวน 19 คน

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) (1 ม.ค. - 28 ก.พ. 58)

1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงาน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยแถลง

2) โครงการอบรมพัฒนาการดำเนินงานคณะกรรมการบริหารกองทุน คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ และ ผู้นำ

ชุมชนหรือผู้นำด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ เกณฑ์การประเมิน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากแบบสัมภาษณ์แบบบันทึก แบบสังเกตและนำผลที่ได้ไปใช้ในการวิจัยต่อไป

3) โครงการพัฒนาการดำเนินงานศึกษา ดูงานนอกสถานที่ คณะกรรมการบริหารกองทุน และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 36 คน ผู้วิจัยและคณะร่วมเดินทางโดยไปศึกษาดูงานที่กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลวัง ซึ่งได้นำผลการศึกษาดูงานไปปรับประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการพัฒนาแบบในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยแถลงต่อไป

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation)
(1 มี.ค. - 31 พ.ค. 58)

1) การนิเทศงานและการติดตามผลการพัฒนาการดำเนินงานคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการออกติดตาม นิเทศงาน ให้คำ แนะนำและรับทราบถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้

2) ขั้นตอนการเก็บข้อมูลหลังการพัฒนาแบบในการดำเนินงาน การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ (Post-test) กับคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะกรรมการกองทุน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 สัปดาห์

3) การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน เพื่อให้คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะกรรมการกองทุน ร่วมกัน

ประเมินตนเอง แล้วนำผลประเมินตนเองที่ได้มาใช้
ในการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินงาน
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflec-
tion) (1 – 30 มิ.ย. 58)

ขั้นตอนการสะท้อนผลกลับการปฏิบัติ
ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการบริหารกองทุนและ
คณะกรรมการ ร่วมกันจัดกิจกรรมประชุมแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จาก
การดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนากองทุนหลัก
ประกันสุขภาพ ตามแผนปฏิบัติการโดยถอดบท
เรียนหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหา อุปสรรค
จากการพัฒนาและนำข้อมูลไปวางแผนแก้ไขในการ
พัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในวงรอบต่อไป โดยใช้แบบบันทึกการสัมภาษณ์
แบบบันทึกการประชุม และแบบสอบถามปัจจัย
แห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการ
ดำเนินงาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics)
ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย
(Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard
Deviant) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด (Max-Min)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)
เปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วมและความ
พึงพอใจในการพัฒนาต่อการดำเนินงานกองทุน
หลักประกันสุขภาพ ก่อนการพัฒนาและหลังการ
พัฒนา เลือกใช้สถิติทดสอบ Paired Sample
t-test

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า
ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.33
เพศหญิง ร้อยละ 41.67 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง
50-59 ปี มีอายุเฉลี่ย 46.47 ปี (SD=9.08)
สถานะภาพส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ
88.89 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 30.56 รายได้
เฉลี่ยต่อเดือนประชากรส่วนใหญ่มีรายได้ น้อย
กว่าหรือเท่ากับ 10,000 คิดเป็น ร้อยละ 63.89
รายได้ต่ำสุดต่อเดือน คือ 5,000 บาท และรายได้
ได้สูงสุดต่อเดือนคือ 41,300 บาท โดยมีรายได้
เฉลี่ยต่อเดือน 12,896.67 บาท (SD=9,304.46)
การดำรงตำแหน่งตามบทบาทหน้าที่ ส่วนใหญ่อยู่
ในตำแหน่งน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี เท่ากับ 5-8 ปี
คิดเป็นร้อยละ 36.11 ระยะเวลาในการดำรง
ตำแหน่งต่ำสุด 2 ปี และ สูงสุดคือ 20 ปี ระยะเวลา
ดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 7.78 ปี (SD=5.08) การได้
รับข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานประชากรส่วน
ใหญ่ได้รับจาก หน่วยงานของรัฐ/หนังสือราชการ
ร้อยละ 72.22

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ
ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพของ คณะ
กรรมการบริหารกองทุนและคณะกรรมการ
กองทุน พบว่าก่อนการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับ
ระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยด้าน
การดำเนินงานและการจัดตั้งกองทุนหลักประกัน
สุขภาพ ด้านการบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพและด้านแนวทางการจัดทำแผนงาน
กองทุนและการจัดบริการการสร้างเสริมสุขภาพ
การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความรู้
อยู่ในระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.75
(SD=2.32) หลังการพัฒนาพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น

อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.88 (SD=2.38)

3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะกรรมการกองทุนพบว่า ก่อนการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือหรือด้านการร่วมคิดร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจ ด้านการร่วมดำเนินการและด้านการตรวจสอบและประเมินผล มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 (SD=0.33) หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับมากมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.79 (SD=0.53)

4) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะกรรมการกองทุน พบว่าก่อนการพัฒนา มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุน ซึ่งประกอบด้วย ด้านการได้รับผลประโยชน์จากกองทุน ด้านการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ ก่อนการพัฒนา คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะกรรมการกองทุนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 (SD= 0.35) หลังการพัฒนา มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 (SD=0.58)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยกระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพตำบลหลังประตู ก่อนและหลังการพัฒนากองทุน

การพัฒนา	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		Mean Difference	95% CI	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
1.ความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ	11.75	2.32	14.89	2.38	3.14	2.20 - 4.07	<0.0001*
2.การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ	2.86	0.33	3.79	0.53	0.93	0.72 - 1.14	<0.0001*
3.ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนฯ	2.71	0.35	3.96	0.58	1.25	1.01 - 1.48	<0.0001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1) ประเด็นความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ หลังการพัฒนา มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งสามารถอธิบายผลการศึกษาได้ว่า การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP)¹⁶ เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีกิจกรรมการจัดอบรมให้ความรู้และศึกษาดูงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ A⁺ ส่งผลให้คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน มีความรู้เพิ่มมากขึ้น จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่าก่อนการพัฒนา คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนา มีค่าคะแนนความรู้ โดยรวมอยู่ในระดับสูงและรายด้านประกอบด้วย ด้านการดำเนินงานและการจัดตั้งกองทุนอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการบริหารจัดการกองทุน อยู่ในระดับสูงและด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ อยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญัฐวุฒิ จันทร์สว่าง¹⁸ ได้ศึกษาและพบว่าก่อนการพัฒนา ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

หลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแล้ว พบว่าผลการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับดี และผลการเปรียบเทียบการดำเนินงานพบว่า หลังการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานโดยรวมดีกว่าก่อนการพัฒนา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพโรจน์ อุทรส¹⁰ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ พบว่า ก่อนการพัฒนา คณะกรรมการบริหารกองทุน อนุกรรมการกองทุน มีความรู้โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับต่ำ หลังการพัฒนามีความรู้โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี ประยูรพันธ์¹⁹ ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนให้ผ่านเกณฑ์ประเมินในระดับ A เปรียบเทียบระดับความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการพบว่า มีความรู้เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ ชาญชัย ชัยสว่าง²⁰ ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย พบว่า บุคลากรกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ตำบลนาดี อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย ภายหลังจากประชุม ฯ เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการประชุม

2) การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน หลังการพัฒนาศักยภาพพบว่า การมีส่วนร่วม

ในการบริหารจัดการกองทุนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งสามารถอธิบายผลการศึกษได้ว่า การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการกำหนด การมีส่วนร่วม ออกเป็น 5 ระดับ²¹ (ตามแบบการมีส่วนร่วมของ ก.พ.ร.) ซึ่งการมีส่วนร่วมเป็นเกณฑ์ประเมินข้อหนึ่งที่ใช้ในการประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน มีส่วนร่วมด้านการตรวจสอบและประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการมีส่วนร่วมด้านนี้เป็นสิ่งที่คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน ยังไม่ทราบถึงบทบาทหน้าที่ ที่จะทำการตรวจสอบและติดตามอย่างไร ส่วนด้านการการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการร่วมคิดรวมนวางแผนและร่วมตัดสินใจด้านการร่วมดำเนินการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน พบว่าการมีส่วนร่วมด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการร่วมคิดรวมนวางแผนและร่วมตัดสินใจด้านการร่วมดำเนินการ มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพโรจน์ อุทรส¹⁰ ที่ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยการ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ พบว่า คณะกรรมการบริหาร

กองทุน อนุกรรมการกองทุน ก่อนการพัฒนา มีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาคณะกรรมการบริหารกองทุน อนุกรรมการ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนากองทุนโดยรวมอยู่ในระดับมากและรายด้านคือ ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการและด้านการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับมาก และ ด้านการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับ พัชรี ประยูรพันธ์²⁰ การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรณีศึกษา : กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านบัว อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า คณะกรรมการบริหารกองทุน อนุกรรมการกองทุน ก่อนการพัฒนามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับน้อยที่สุด หลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง

3) ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุนหลังการพัฒนาศักยภาพ พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งสามารถอธิบายผลการศึกษได้ว่า การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นเกณฑ์หนึ่งที่ใช้ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ และควรมีการเก็บข้อมูลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน มีความพึงพอใจต่อการ

ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ก่อนการพัฒนา มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนา มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก มี 2 ด้าน คือ ด้านการได้รับผลประโยชน์จากกองทุน และ ด้านข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ อยู่ในระดับมากที่สุด มี 1 ด้าน คือ ด้านการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี ประยูรพันธ์²⁰ ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุน ด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนเพิ่มจาก 1.62 (ระดับน้อยที่สุด) เป็น 3.40 (ระดับปานกลาง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อวยพร พิศเพ็ง²² ได้ศึกษาผลของการประยุกต์การจัดการอย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่กรณีศึกษา ตำบลเมืองแก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า แกนนำสุขภาพมีความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในการจัดการกองทุนฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ นงลักษณ์ แสงสว่าง²³ ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพสูงขึ้น และ สอดคล้องกับเอกรินทร์ โปตะเวช¹² ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการวิจัย พบว่า คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการกองทุน

หลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่าการพัฒนาดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน มีกระบวนการ 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทพื้นที่ 2) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติตามแผน 5) การนิเทศติดตาม 6) การประเมินตนเอง 7) การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 8) การเปรียบเทียบผลของกระบวนการ 9) ปัญหาอุปสรรค กระบวนการดังกล่าว ทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงเป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้ ส่งผลให้คณะกรรมการบริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ ด้านการมีส่วนร่วมและด้านความพึงพอใจ ในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากผลการพัฒนาการดำเนินงานข้อมูลทั้งด้านเชิงปริมาณและด้านเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาสรุปถอดบทเรียนและได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และได้แนวทางในพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลหูล่งประดู่ อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ส่งผลให้ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพได้ 78 คะแนน อยู่ในระดับ A (70-89 คะแนน)²⁴ ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน ทุกคนต้องให้ความร่วมมือในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุน เช่น เข้าร่วม

ประชุมจัดทำแผนงานเข้าร่วมรับรู้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพในเวทีประชาคม

2) สมรรถนะของคณะกรรมการอนุกรรมการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกองทุน ต้องมีความรู้ความสามารถ รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง สร้างเอกภาพในการพัฒนาการดำเนินงานให้เป็นกองทุนต้นแบบในระดับพื้นที่ และประชาชนทราบข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงาน รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกองทุน

3) การเสริมสร้างให้เกิดพลังของชุมชนในด้านสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง โดยให้โอกาสของกลุ่มองค์กรในชุมชน ได้ดำเนินงานด้านสุขภาพด้วยตนเอง ส่งผลให้ได้รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน

4) การสร้างขวัญกำลังใจ โดยการสนับสนุนด้านความรู้วิชาการในการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพ สนับสนุนสิ่งของอุปกรณ์ เงินรางวัล ในการจัดกิจกรรมของกองทุน กล่าวคำชมเชย มอบประกาศนียบัตร เกียรติบัตร หรือรางวัลในการดำเนินงานที่เป็นตัวอย่างของกองทุน

ข้อเสนอแนะ

1) คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพหรือสมรรถนะในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมแบบมีหลักสูตรระยะสั้นที่ได้รับการรับรองทางด้านวิชาการ

2) คณะกรรมการบริหารกองทุน และคณะอนุกรรมการกองทุน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัวและชุมชนโดยใช้กระบวนการ

การมีส่วนร่วมรูปแบบต่าง ๆ ตามความเหมาะสมและบริบทของพื้นที่

3) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ควรมีการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ในชุมชน และ ในรูปแบบของสื่อออนไลน์ เช่น การจัดสื่อโฆษณาทางวิทยุชุมชน การประชาสัมพันธ์ทางอินเทอร์เน็ต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายกศิริ ศรีหาบุญทัน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหู่่งประดู่ในฐานะประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหู่่งประดู่ อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ตลอดจนคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ และ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหู่่งประดู่ทุกท่าน ขอขอบพระคุณ ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำขั้นตอนกระบวนการศึกษา ตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องของเนื้อหา ด้วยความเอาใจใส่เป็นพิเศษ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหู่่งประดู่ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคลที่ผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนามได้ทั้งหมด ที่ได้กำลังใจและความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยมาโดยตลอด ซึ่งผู้วิจัยขอรำลึกถึงและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพฯ:สำนักงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ:สำนักงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
3. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 [สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2557]; Available from: URL : <http://www.openbase.in.th>.
4. กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์. การสนับสนุนจากองค์กรมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย. วารสารสุขภาพ ภาคประชาชน; 2552.
5. เลียง ผาธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมดำเนินการของกองทุนสุขภาพ ท้องถิ่นในพื้นที่ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2550. วารสารวิชาการสุขภาพภาคประชาชนอีสาน; 2553.
6. สุระ วิเศษศักดิ์ และคณะ. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น:กรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 แห่ง ในจังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ; 2551.
7. ชัชติกา แม่ประสาท. ความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
8. ชาญชัย ชัยสว่าง. พัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาสารคาม; 2552.
9. วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การบริหารงานสาธารณสุขท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.; 2550.
10. ไพโรจน์ อุทรส. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
11. อารินทร์ ไชโยธราช. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
12. เอกรินทร์ โปตะเวช. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้นแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
13. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือ

- พื้นที่ คู่มือปฏิบัติงานกองทุนฯ ฉบับปรับปรุง ปี 2557 [สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2557]; Available from : UPL : <http://www.uckkpho.com>.
14. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2557; 2557.
 15. Kemmis, S. and R. McTaggart. The Action Research Planner. Victoria: Deakin University Press; 1988.
 16. ถวิลวดี บุรีกุล. การมีส่วนร่วม : แนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการ. ในเอกสารประกอบการศึกษาดูงานของคณะกรรมการพัฒนาการเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชน วุฒิสภา ณ สถาบันพระปกเกล้า; 2551.
 17. ยุทธ ไกยวรรณ. หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
 18. ณัฐวุฒิ จันทร์สว่าง. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดยโสธรวิทยานิพนธ์ (ส.ม. การจัดการระบบสุขภาพ) – มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2555.
 19. พัชรี ประยูรพันธ์. การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรณีศึกษา : กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านบัว อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
 20. ชาญชัย ชัยสว่าง. การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
 21. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม 2545 [สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2557]; Available from : UPL : [http:// www.opdc.go.th](http://www.opdc.go.th).
 22. อวยพร พิศเพ็ง. ผลของการประยุกต์การจัดการแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ : กรณีศึกษาตำบลเมืองแก อำเภอท่าตูม จังหวัด สุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
 23. นงลักษณ์ แสงสว่าง. การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลบางลูกเสือ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
 24. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2558; 2558.

การสร้างนโยบายสาธารณะบุคคล/องค์กรต้นแบบด้านสุขภาพ เขตนครชัยบุรีรินทร์

กมลรัตน์ เกตุบรรลุ* ศิริพร บารมี** และ ผศ.ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการสร้างนโยบายสาธารณะบุคคล/องค์กรต้นแบบด้านสุขภาพในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ สันเคราะห์รูปแบบการจัดการองค์กรไร้พุง และสันเคราะห์ต้นแบบด้านสุขภาพในแต่ละองค์กรกลุ่มตัวอย่างคือ คณะผู้บริหารเขต บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ได้แก่ ศูนย์วิชาการสังกัดกรมวิชาการทุกแห่ง โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง จำนวน 4,284 คน ดำเนินการระดมพลังทางสังคม ได้แก่ 1) การสร้างกระแสสังคม 2) ข้อมูลข่าวสารการศึกษาการสื่อสาร 3) การจัดองค์กรชุมชน 4) การสร้างศักยภาพ 5) การสร้างเครือข่ายและพันธมิตร 6) การควบคุมกำกับ และ 7) การสร้างพลังให้กับชุมชนและความยั่งยืนของโครงการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสำรวจการประเมินตนเอง แบบบันทึกการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง และรอบเอว ผลการวิเคราะห์พบว่า การระดมพลังทางสังคมของการวิจัยเชิงนโยบายครั้งนี้ บรรลุเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกันในระดับนโยบาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับทุกๆ กลุ่มของสังคม ตั้งแต่กลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่ตัดสินใจและกำหนดนโยบาย ผู้นำในด้านความคิด องค์กรทุกระดับ ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร กลุ่มนักวิชาชีพ และระดับผู้ปฏิบัติงานต่างเข้ามาเป็นการกระทำทางสังคมตัวแปรทำนาย ได้แก่ อายุ เพศ พฤติกรรมสุขภาพ เข้าสู่สมการถดถอยโลจิสติก โดยใช้เทคนิค Enter และสร้างสมการ Logistic Regression Response Function จากการคัดเลือกตัวแปรทำนาย 21 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรเกณฑ์

คำสำคัญ: ต้นแบบด้านสุขภาพ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

* รก. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ) กลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Building Personal/Organizational Health Model as a Public Policy in Area Health 9 (Nakhonchaiburin)

Kamolrat Ketbunlue* Siriphon Baramee** and Kamonmarn Viratsetazin***

Abstract

This research aims to study effectiveness of building healthy public policy on health model. Synthesizing evidence-based strategies to manage Thais without big belly organization, and synthesizing health model of participants of each organization in project. The 4,284 samples were administrators from regional health board and health personnel at all levels, for example: personnel from regional technical centers of all Departments, regional/provincial hospital, and provincial health office. Social mobilization was used as technique to mobilize all health personnel including 1) advocacy, 2) information, education and communication, 3) community organization, 4) capacity building, 5) networking and alliance building, 6) monitoring, and 7) community empowerment and program sustainability. The research instruments are consisted of self-assessment and weight, height and waist circumference recording forms. The results indicated that social mobilization achieved the policy-oriented development on social action toward all stakeholders, including the policy makers, leaders and organizations at all levels, namely, executive level, professional and practitioners. The data was analyzed from 21 predictors through Binary Logistic Regression. Age, gender and health behavior enabled to predict health model variation at .05 level of statistically significance.

Keywords: Health model, building healthy public policy

* Public Health Technical Officer (Nutrition), Expert Level (Candidate), Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima, Department of Health, Ministry of Public Health

** Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima, Department of Health, Ministry of Public Health

*** Assistant Professor, Faculty of Physical Education, Srinakarinwirot University

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 5 ของการเสียชีวิต แต่ระดับโลกมีผู้เสียชีวิต 2.8 ล้านคน ที่มีสาเหตุจากภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน โดยภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เป็นความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ทั้งนี้สาเหตุมาจากการบริโภคอาหาร ที่ไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย

ในเขตนครชัยบุรีรินทร์ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับบริการเชิงคุณภาพตามกลุ่มอายุเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2555 พบว่า เพศชาย มีรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 14.8 และเพศหญิง ร้อยละ 44.2 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลแบบเร่งด่วน (Rapid Survey) ปี 2556¹ พบว่าเพศชายมีรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 16.6 และ เพศหญิงมีรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 49.1

ดังนั้น คณะผู้วิจัยเห็นว่า ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนลงพุง บุคลากรสาธารณสุขต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการเร่งแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขจำเป็นจะต้องเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพที่ดี (Health Model) แก่ประชาชนและสร้างความเข้มแข็งให้ภาคีเครือข่าย ด้านการบริหารจัดการศูนย์การเรียนรู้ฯ มุ่งเน้นเพิ่มองค์ความรู้ 3 ด้าน คืออาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์ ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย โดยใช้แนวคิดการระดมพลังทางสังคม

แนวคิดการระดมพลังทางสังคม หมายถึง กระบวนการที่ให้ทุกส่วนของสังคม เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการดำเนินงาน เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนความสำเร็จอยู่ที่กลยุทธ์ที่ใช้จะต้องทำให้ทุกส่วนของสังคมตั้งแต่ระดับผู้ที่มีอำนาจในสังคมจนถึงระดับครอบครัว และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้วิธีการต่างๆ เช่น การสร้างกระแสสังคมการณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ชุมชนกระบวนการนี้จะสำเร็จได้ต้องมีการสร้างพันธมิตรขึ้นในสังคม มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารเพื่อความเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง เป้าหมายถูกกำหนดร่วมกัน มีการกำหนดประเด็นของความสำเร็จ (benchmark) กำหนดช่วงเวลา (timeframe) วัตถุประสงค์และกลวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหา (Nancy Lee, Philip Kotler. 2015 : 42)² เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสังคม สถาบันกลุ่ม และชุมชน มีความสนใจร่วมกัน มีการระดมพลังทั้งทรัพยากรบุคคลและวัสดุสิ่งของเพื่อใช้แก้ไขสาเหตุของปัญหาที่เป็นรากเหง้าของสังคมมีการสร้างความตระหนักให้แก่ชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน³

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาประสิทธิผลของโครงการสร้างนโยบายสาธารณะบุคคล/องค์กรต้นแบบด้านสุขภาพเขตนครชัยบุรีรินทร์ ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ
2. สังเคราะห์รูปแบบการจัดการองค์กรไร้พุง
3. สังเคราะห์ต้นแบบด้านสุขภาพในแต่ละองค์กร

สมมติฐานการวิจัย

1. เมื่อสิ้นสุดโครงการ องค์การสาธารณสุข มีกระบวนการดำเนินการตามนโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามเกณฑ์
2. เมื่อสิ้นสุดโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเส้นรอบเอวและพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนเริ่มโครงการ
3. เมื่อสิ้นสุดโครงการ พฤติกรรมสุขภาพ เพศ อายุ สามารถร่วมทำนายต้นแบบด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงนโยบาย (policy research) ครั้งนี้ ได้ประยุกต์แนวคิดการระดมพลังทางสังคม (Social Mobilization) มาดำเนินการสร้างนโยบาย สาธารณะบุคคล/องค์กรต้นแบบด้านสุขภาพ

1. กลุ่มตัวอย่างคือ คณะผู้บริหารเขต บุคลากรทุกระดับของศูนย์วิชาการได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 9 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 9 โรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ จำนวน 4,452 คน เก็บข้อมูล 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทำข้อตกลงร่วม 2) การถ่ายทอดนโยบายสาธารณะ 3) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จัดทำประวัติผู้รับบริการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหาร 4) โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการตามรูปแบบ

การสร้างนโยบายสาธารณะ การบริโภคอาหาร ที่ถูกต้อง 5) การติดตามอย่างต่อเนื่องระหว่าง เมษายน-กันยายน 2558 และ 6) ประเมินผลก่อน และหลังโครงการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสำรวจการประเมินตนเอง แบบบันทึกการชั่ง น้ำหนักวัดส่วนสูง และรอบเอว ทั้งนี้ได้รับการอนุมัติ จากผู้มีอำนาจหน้าที่ การคัดกรองผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัยด้วยวิธีความสมัครใจ โดยได้ข้อมูล ก่อนเริ่มโครงการและหลังสิ้นสุดโครงการ

3. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบ สมมติฐานการวิจัยด้วย Dependent Samples t-test และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (binary logistic regression analysis) คัดเลือก ตัวแปรทำนาย ได้แก่ อายุ เพศ พฤติกรรมสุขภาพ เข้า สู่สมการถดถอยโลจิสติกโดยใช้เทคนิค Enter และ สร้างสมการ Logistic Regression Response Function จากการคัดเลือกตัวแปรทำนาย 21 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรเกณฑ์

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ในการวิจัยเชิงนโยบาย ครั้งนี้ แบ่ง 3 ส่วนดังนี้

1. การระดมพลังทางสังคม การระดมพลังทางสังคมของการวิจัยเชิงนโยบายครั้งนี้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกันในระดับนโยบายซึ่ง เกี่ยวข้องกับทุกๆกลุ่มของสังคมตั้งแต่กลุ่มบุคคล ที่มีหน้าที่ตัดสินใจและกำหนดนโยบาย ผู้นำใน ด้านความคิด องค์กรทุกระดับตั้งแต่ระดับผู้บริหาร กลุ่มวิชาชีพ และระดับผู้ปฏิบัติงาน ต่างเป็น

การกระทำทางสังคม รวมทั้งปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน เป็นรูปแบบที่พื้นที่ได้สร้างศักยภาพ เกิดความสามัคคีทำงานร่วมกันโดยมีความตระหนักในปัญหาาร่วมกันและคิดแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารอย่างรวดเร็วตรงตามประเด็นปัญหาอย่างแท้จริงดังนี้

1.1) การสร้างกระแสสังคม (Advocacy)

ผู้บริหารเขต 27 คน และผู้ปฏิบัติงานทุกระดับของโรงพยาบาลศูนย์ 3,227 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 714 คน และศูนย์วิชาการ 786 คน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการให้การสนับสนุนนโยบายและทรัพยากรมีการประกาศนโยบายสาธารณะบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพเขตนครชัยบุรีนทร์ตั้งแต่วันที่ 21 เมษายน 2558 และจัดทำพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงร่วมกันและร่างนโยบายที่เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9 กับผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่ง ผู้บริหารศูนย์วิชาการเขตทุกแห่ง ผู้บริหารหน่วยงานระดับจังหวัดทุกจังหวัด ในเวทีประชุมคณะกรรมการเขต ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2558 ต่อจากนั้นผู้บริหารหน่วยงานระดับจังหวัดทุกจังหวัดจัดทำพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงร่วมกันและร่างนโยบายที่เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกับผู้บริหารระดับรองลงมาในหน่วยงานและหน่วยงานภายใต้การสนับสนุนงานระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง

1.2) ข้อมูลข่าวสารการศึกษาการสื่อสาร (Information Education and Communication) มีการกำหนดวัตถุประสงค์เป้า

หมายเกณฑ์ประเมินบุคคล/องค์กรต้นแบบ กลวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหา กรอบเวลาการดำเนินงานอย่างชัดเจน สื่อสารประชาสัมพันธ์ เผยแพร่องค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและข้อมูลภาวะโภชนาการและการออกกำลังกายให้กับบุคลากร โดยการนำภารกิจ 3 อ. คือ อาหาร อารมณ์และออกกำลังกาย มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคและกิจกรรมทางกายของบุคคลองค์กร สาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการเขตบริการสุขภาพที่ 9 สามารถนำเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และเป็นช่องทางที่ติดต่อสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งไลน์กลุ่ม เฟสบุ๊ก มีรูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจ เช่น Info-graphic เชิญชวนการดูแลสุขภาพ

1.3) การจัดองค์กรชุมชน (Community Organization) สนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุขเขตนครชัยบุรีนทร์ทุกแห่งให้พร้อมดำเนินการขับเคลื่อนการสร้างบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพในองค์กรของตนเองตามบริบทในพื้นที่ ดำเนินการตนเองภายใต้ระบบการบริหารจัดการภายในองค์กร เพื่อปรับปรุงสถานการณ์ที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้นให้กำลังใจ กระตุ้นให้สมาชิกเกิดการมีส่วนร่วม มีการยอมรับในกิจกรรมในองค์กร แลกเปลี่ยนปรับปรุง ที่เกิดขึ้นการจัดสิ่งแวดล้อม สรรหาอุปกรณ์การออกกำลังกาย/fitness ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงทั้งรายบุคคลและองค์กรเป็นระยะ โดยมีคณะกรรมการรับผิดชอบควบคุมกำกับจัดการตามข้อตกลงร่วม การจัดสรรรางวัลให้ สร้างแรงจูงใจได้

1.4) การสร้างศักยภาพ (Capacity building) มีการบูรณาการต้นทุนทุกอย่าง

ที่ชุมชนมี เช่น บางชุมชนมีคนอ้วนมาก มีผู้สูงอายุมาก มีลานกีฬา มีครูแอโรบิก ได้นำต้นทุนที่มีอยู่มาจัดการได้ถูกตึงศักยภาพขึ้นมา เช่น โครงการร่วมกันทำดีเข้าพรรษา ลดน้ำหนักลดอ้วน สร้างบุญ ปรับพฤติกรรมกินอาหารลดหวานมันเค็ม เพิ่มการกินผักและผลไม้ที่ไม่หวาน ออกกำลังกาย สม่่าเสมอ งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา ความเชื่อมั่นและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

1.5) การสร้างเครือข่ายและพันธมิตร (Networking and Alliance building) แต่ละพื้นที่มีการขยายเครือข่ายออกไปอย่างต่อเนื่องเป็นเครือข่ายและพันธมิตร ขับเคลื่อนจากจังหวัดลงสู่อำเภอ ตำบล และชุมชน มีการตอบรับเป็นอย่างดีจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ตลอดจนประชาชนที่มารับในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานต่างๆ ติดตามความเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ชมรมสร้างสุขภาพในจังหวัดชัยภูมิ มีรูปแบบการดำเนินการเป็นลักษณะการรวมกลุ่มหลากหลาย ได้แก่ 1) กลุ่มออกกำลังกายด้วยการเดิน การปั่นจักรยาน แกว่งแขน ไม้พลอง ยางยืด โยคะ แอโรบิก บาร์สโลบ มีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ มีสนามกีฬา ห้องออกกำลังกาย Fitness และ 2) กลุ่มทำอาหารเพื่อสุขภาพ อาหารหลัก อาหารว่าง Healthy break ปลูกผักปลอดสารปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริโภคอาหาร ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ การแต่งกาย ห้องครัว ห้องน้ำ

1.6) การควบคุมกำกับ (Monitoring) ตรวจสอบความก้าวหน้าของโครงการโดยการนิเทศติดตามกระบวนการการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ และภาวะสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ประเมินพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพตนเอง การรายงานผลทุกเดือน และการแข่งขันในองค์กร ทั้งนี้ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลายระดับ และผู้ที่สนใจสุขภาพอื่นๆเป็นที่ปรึกษาแบบอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งยังมีผู้ควบคุมคอยจัดการเรื่องราววัลให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

1.7) การสร้างพลังให้กับชุมชนและความยั่งยืนของโครงการ (Community empowerment and program sustainability) มีการนำเสนอภาวะโภชนาการและกิจกรรมการดำเนินงานบุคคล/องค์กรในเวทีผู้บริหารในการประชุมประจำเดือนระหว่างเดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2558 มีการแข่งขันผลการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลและการประกาศเกียรติคุณบุคคล/องค์กรต้นแบบมอบเงินรางวัลและใบประกาศเกียรติคุณ ในการให้บุคคล/องค์กรต้นแบบไปขยายผลและสร้างความยั่งยืนเมื่อหลังเสร็จสิ้นโครงการฯ ส่งผลเป็นแบบอย่างกับประชาชนในพื้นที่

2. ประสิทธิภาพของโครงการ ประสิทธิภาพของโครงการสร้างนโยบายสาธารณะบุคคล/องค์กรต้นแบบด้านสุขภาพในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพพบว่า

2.1 กระบวนการดำเนินการตามนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีการแต่งตั้งคณะทำงาน ประกาศนโยบาย/มาตรการดำเนินงานสื่อสารนโยบายและมาตรการอย่างน้อย 1 ครั้ง และการนำนโยบายและมาตรการสู่การปฏิบัติพร้อมแผน

2.2 กระบวนการสร้างทักษะลดพุงกับ 3 อ. กลุ่มตัวอย่าง 4,376 คน มีค่าเฉลี่ยกระบวนการสร้างทักษะลดพุงกับ อ.ออกกำลังกาย

ในระดับดี ($\bar{X}=4.45\pm 1.57$) รองลงมาคือ กระบวนการสร้างทักษะลดพุงกับ อ.อาหาร ($\bar{X}=4.28\pm 1.76$) และกระบวนการสร้างทักษะลดพุงกับ อ.อารมณ์อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}= 3.94\pm 2.05$)

2.3 การประเมินการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

2.3.1 การปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อด้านกายภาพกลุ่มตัวอย่างมีสถานที่/อุปกรณ์ในการออกกำลังกายในระดับดีมาก ($\bar{X}= 4.13\pm 1.89$) รองลงมา คือ มีโรงอาหารที่ถูกสุขลักษณะในระดับพอใช้ ($\bar{X}= 2.08\pm 2.47$) ส่วนการจัดให้มีห้องจริยธรรมในระดับควรปรับปรุง ($\bar{X}= 1.57\pm 2.33$)

การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีการจัด Healthy Break ในระดับดีมาก ($\bar{X}= 4.36\pm 1.67$) รองลงมา คือมีการยืดเหยียดระหว่างการประชุม/ทำงานในระดับดี ($\bar{X}= 3.05\pm 2.45$) การส่งเสริมการผลิตอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการส่งเสริมการกินผักและผลไม้ปลอดสารพิษในระดับพอใช้ ($\bar{X}= 2.92\pm 2.47$ และ $\bar{X}= 2.37\pm 2.51$) ตามลำดับ ส่วนการมีมาตรการการควบคุมการจำหน่ายอาหารอยู่ในระดับควรปรับปรุง ($\bar{X}= 1.44\pm 2.27$)

2.4 การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน 4,284 คน ก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการ

ดัชนีมวลกาย กก./ม. ²	เส้นรอบเอว				รวม	
	ชาย<90 ซม./หญิง< 80 ซม.		ชาย≥90 ซม./หญิง≥80 ซม.		pre	post
	pre	post2	pre	post	pre	post
< 18.5	304(7.10)	300(7.00)	3(0.07)	6(0.37)	307(7.17)	306(7.14)
18.5 - 22.9	1,614(37.68)	1680(39.22)	200(4.67)	182(11.31)	1,814(42.34)	1862(43.46)
23.0 - 24.9	463(10.81)	449(10.48)	328(7.66)	317(19.70)	791(18.46)	766(17.88)
25.0 - 29.9	225(5.25)	237(5.53)	840(19.61)	814(50.59)	1,065(24.86)	1051(24.53)
> 30.0	11(0.26)	9(0.21)	296(6.91)	290(18.02)	307(7.17)	299(6.98)
รวม	2,617(61.09)	2675(62.44)	1660(38.92)	1609(37.56)	4,284(100.00)	4284(100.00)

เส้นรอบเอวกลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวปกติร้อยละ 62.44 (2,675 คน) มีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 37.56 (1,609 คน)

ดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่างมีภาวะตามเกณฑ์ร้อยละ 43.43 (1,862 คน) ภาวะท้วมร้อยละ 17.88 (766 คน) ภาวะอ้วนร้อยละ 31.51

(1,350 คน) และภาวะผอมร้อยละ 7.14 (306 คน) ตัวชี้วัดร่วม กลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกาย ในเกณฑ์ภาวะสมส่วนร้อยละ 39.22 (1,680 คน) ในเกณฑ์ภาวะไม่สมส่วนร้อยละ 60.78 (2,604 คน)

3. สัณเคราะห์ต้นแบบด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,284 คน

พฤติกรรมสุขภาพ	โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลจังหวัด (N=2862)	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด(N=720)	ศูนย์วิชาการ (N=794)	รวม (N=4376)
การบริโภค	67.52±12.69 69.97±11.78	74.37±12.83 72.98±13.54	70.00±11.39 71.67±11.74	69.14±12.71 70.81±12.09
t(p)	9.857*(<.001)	2.365* (.003)	5.057*(<.001)	13.703*(<.001)
ออกกำลังกาย	51.27±27.20 54.33±26.74	60.84±26.40 59.90±27.26	58.78±26.27 60.73±26.18	54.30±27.25 56.49±26.90
t(p)	6.011*(<.001)	2.636 (.275)	2.642* (.008)	9.998*(<.001)
อารมณ์	68.76±21.20 70.58±20.04	77.22±19.05 74.26±20.75	72.91±19.86 72.96±19.42	71.63±20.86 71.63±20.10
t(p)	4.421*(<.001)	4.456*(<.001)	0.067 (.947)	8.385*(<.001)
ดัชนีมวลกาย	23.26±4.27 23.27±4.72	24.19±4.14 24.12±4.15	24.66±4.14 24.55±4.09	24.19±4.40 24.12±4.42
t(p)	0.211 (.833)	1.965* (.050)	3.477* (.001)	4.007*(<.001)
เส้นรอบเอว	79.68±10.35 79.48±10.72	82.72±10.21 82.00±10.06	83.68±10.41 83.01±10.12	82.54±11.46 82.03±11.29
t(p)	2.245* (.025)	6.612*(<.001)	3.705*(<.001)	9.059*(<.001)

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ หลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยอารมณ์(\bar{X} =71.63±20.10)และพฤติกรรมบริโภค(\bar{X} =70.81±12.09) อยู่ในระดับดีปานกลางค่าเฉลี่ยการออกกำลังกายอยู่ในระดับควรปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้น (\bar{X} =56.49±26.90) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพหลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ภาวะท้วม(\bar{X} =24.12±4.42) ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวเท่ากับ 82.03±11.29 เซนติเมตร เมื่อจำแนกตามหน่วยงานพบว่า

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคหลังดำเนินการดีกว่าก่อน

ดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าหลังดำเนินการค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 69.97 - 72.98)

กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด และศูนย์วิชาการมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างศูนย์วิชาการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง (\bar{X} =60.73±26.18) กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับควรปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้น (\bar{X} =54.33±26.74) กลุ่มตัวอย่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าหลังดำเนินการค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับควรปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้น (\bar{X} =59.90±27.26)

กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอารมณ์หลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลางกลุ่มตัวอย่างศูนย์วิชาการมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอารมณ์หลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าหลังดำเนินการค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มหน่วยงานอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{X}=70.58\pm 20.04$, 74.26 ± 20.75 และ 72.96 ± 19.42 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์วิชาการมีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลัง

ดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าหลังดำเนินการค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ภาวะท้วมกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าหลังดำเนินการค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 หน่วยงานอยู่ในเกณฑ์ภาวะท้วม ($\bar{X}=23.27\pm 4.72$, 24.12 ± 4.15 และ 24.55 ± 4.09 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 หน่วยงานมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวหลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=79.48\pm 10.72$, 82.00 ± 10.06 และ 83.01 ± 10.12 ตามลำดับ)

4. การศึกษาต้นแบบด้านสุขภาพ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุแบบขั้นตอน (binary logistic regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นแบบด้านสุขภาพ

ปัจจัย	B	SE	Wald	df	p	Exp(B)
เพศ(X_1)	-.231	.075	9.397	1	.002	.794
อายุ(X_2)	-.032	.003	100.582	1	<.001	.969
กินปลา(X_3)	-.083	.030	6.489	1	.011	.920
เลี้ยงไขมัน(X_4)	.064	.181	4.570	1	.032	1.066
constant	.911	.181				

2 log likelihood = 5019.448
Chi-square=139.655,df=21, p<.001
Cox & Snell $R^2 = .036$, nagelkerke $R^2 = .048$

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ 1,680 คนและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ 2,604 คน (จากตาราง 1) ผลการศึกษาต้นแบบด้านสุขภาพพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นแบบด้านสุขภาพสมการถดถอยโลจิสติกที่สร้างสามารถ

อธิบายความผันแปรของตัวแปรได้ร้อยละ 3.6 (Cox & Snell $R^2 = .036$) ประกอบด้วย 4 ตัวแปรทำนายคือ เพศ อายุ รับประทานปลาอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ และหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง ดังสมการทำนายโอกาสของการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ (Y)

$$Y = 0.911 - 0.231 X_1 - 0.032 X_2 - 0.083 X_3 + 0.064 X_4$$

เมื่อทำการแทนค่าตัวแปรเพศ ซึ่งมีลักษณะตัวแปรหุ่น โดยให้เพศชาย (M) มีค่าเท่ากับ 0 และเพศหญิง (F) มีค่าเท่ากับ 1 จะได้สมการพยากรณ์ 2 ชุด คือ สมการพยากรณ์ของเพศชาย (Y_M) และเพศหญิง (Y_F)

$$Y_M = 0.911 - 0.032 X_2 - 0.083 X_3 + 0.064 X_4$$

$$Y_F = 0.68 - 0.032 X_2 - 0.083 X_3 + 0.064 X_4$$

Prob (ต้นแบบด้านสุขภาพ) = $1 / 1 + e^{-Y}$
e เป็นลอการิทึมฐานธรรมชาติมีค่าเท่ากับ 2.71828

การพยากรณ์ใช้เกณฑ์ความน่าจะเป็น 0.5 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การแทนค่าสมการพยากรณ์ต้นแบบด้านสุขภาพ

การแทนค่าสมการพยากรณ์ต้นแบบด้านสุขภาพ		Prob (ต้นแบบ)	
ชาย 20 ปี ปฏิบัติเป็นประจำ	$Y_M = 0.911 - 0.640 + 0.415 + 0.320 = 1.006$	0.732	น่าจะเป็น
ชาย 20 ปี ไม่เคยปฏิบัติ	$Y_M = 0.911 - 0.640 = 0.271$	0.567	น่าจะเป็น
ชาย 30 ปี ปฏิบัติเป็นประจำ	$Y_M = 0.911 - 0.960 + 0.415 + 0.320 = 0.686$	0.665	น่าจะเป็น
ชาย 30 ปี ไม่เคยปฏิบัติ	$Y_M = 0.911 - 0.960 = -0.049$	0.488	ไม่น่าจะเป็น
ชาย 40 ปี ปฏิบัติเป็นประจำ	$Y_M = 0.911 - 1.28 + 0.415 + 0.320 = 0.366$	0.590	น่าจะเป็น
ชาย 40 ปี ไม่เคยปฏิบัติ	$Y_M = 0.911 - 1.28 = -0.369$	0.409	ไม่น่าจะเป็น
ชาย 50 ปี ปฏิบัติเป็นประจำ	$Y_M = 0.911 - 1.6 + 0.415 + 0.320 = 0.046$	0.511	น่าจะเป็น
ชาย 50 ปี ไม่เคยปฏิบัติ	$Y_M = 0.911 - 1.6 = -0.689$	0.334	ไม่น่าจะเป็น
ชาย 60 ปี ปฏิบัติเป็นประจำ	$Y_M = 0.911 - 1.920 + 0.415 + 0.320 = -0.276$	0.432	ไม่น่าจะเป็น
ชาย 60 ปี ไม่เคยปฏิบัติ	$Y_M = 0.911 - 1.920 = -1.009$	0.267	ไม่น่าจะเป็น
หญิง 20 ปี ปฏิบัติเป็นประจำ	$Y_F = 0.68 - 0.640 + 0.415 + 0.320 = 0.775$	0.685	น่าจะเป็น
หญิง 20 ปี ไม่เคยปฏิบัติ	$Y_F = 0.68 - 0.640 = 0.040$	0.510	น่าจะเป็น
หญิง 30 ปี ปฏิบัติเป็นประจำ	$Y_M = 0.68 - 0.960 + 0.415 + 0.320 = 0.455$	0.612	น่าจะเป็น
หญิง 30 ปี ไม่เคยปฏิบัติ	$Y_M = 0.68 - 0.960 = -0.280$	0.430	ไม่น่าจะเป็น
หญิง 40 ปี ปฏิบัติเป็นประจำ	$Y_M = 0.68 - 1.28 + 0.415 + 0.320 = 0.135$	0.534	น่าจะเป็น
หญิง 40 ปี ไม่เคยปฏิบัติ	$Y_M = 0.68 - 1.28 = -0.600$	0.354	ไม่น่าจะเป็น
หญิง 50 ปี ปฏิบัติเป็นประจำ	$Y_F = 0.68 - 1.6 + 0.415 + 0.320 = -0.185$	0.454	ไม่น่าจะเป็น
หญิง 50 ปี ไม่เคยปฏิบัติ	$Y_F = 0.68 - 1.6 = -0.920$	0.285	ไม่น่าจะเป็น
หญิง 60 ปี ปฏิบัติเป็นประจำ	$Y_F = 0.68 - 1.920 + 0.415 + 0.320 = -0.505$	0.376	ไม่น่าจะเป็น
หญิง 60 ปี ไม่เคยปฏิบัติ	$Y_F = 0.68 - 1.920 = -1.240$	0.224	ไม่น่าจะเป็น

จากผลการวิเคราะห์ พยากรณ์ได้ว่า

กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20 ปีทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 30, 40, 50 ปีที่มีพฤติกรรมรับประทานปลาอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ และหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงเป็นประจำ

กลุ่มตัวอย่างหญิงที่เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20 ปีทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 30, 40 ปีที่มีพฤติกรรมรับประทานปลาอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ และหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงเป็นประจำ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการสร้างนโยบายสาธารณะบุคคล/องค์กรต้นแบบด้านสุขภาพในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ 2) สังเคราะห์รูปแบบการจัดการองค์กรไร้พุง และ 3) สังเคราะห์ต้นแบบด้านสุขภาพในแต่ละองค์กรกลุ่มตัวอย่างคือ คณะผู้บริหารเขต บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ได้แก่ ศูนย์วิชาการสังกัดกรมวิชาการทุกแห่ง โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ดำเนินการกระบวนการ ได้แก่ 1) การทำข้อตกลงร่วม 2) การถ่ายทอดนโยบายสาธารณะ 3) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จัดทำประวัติผู้รับบริการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหาร 4) โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการตามรูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะ

การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง 5) การติดตามอย่างต่อเนื่องระหว่างเมษายน-กันยายน 2558 และ 6) ประเมินผลก่อนและหลังโครงการการรณรงค์นโยบายในเขตสุขภาพที่ 9 แม้จะดำเนินการกิจกรรมสร้างกระแสในช่วงเวลาสั้น แต่ส่งผลต่อสร้างความตระหนักและมุ่งมั่นในการเฝ้าระวังน้ำหนักและรอบเอว โดยการชั่งน้ำหนักและวัดรอบเอวเดือนละ 1 ครั้งของบุคลากรสาธารณสุข เกิดการรณรงค์ลดการกินอาหารหวาน มัน เค็มและดื่มน้ำเปล่าแทนเครื่องดื่มรสหวานและน้ำอัดลม กินข้าวกล้อง กินผักและผลไม้รสไม่หวานในปริมาณที่พอเหมาะเป็นประจำออกกำลังกายครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรให้เป็นต้นแบบ Health Model ในหน่วยงานสิ่งแวดล้อมบรรยากาศจัดอาหารว่างเพื่อสุขภาพ (Healthy Break) และอาหารกลางวันเพื่อสุขภาพ ในการอบรม/ประชุมทุกครั้งส่งผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพหลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพหลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองด้านพฤติกรรม 3 อ. การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง และรอบเอว พบว่าตัวแปรทำนาย ได้แก่ อายุ เพศ พฤติกรรมสุขภาพ เข้าสู่สมการถดถอยโลจิสติก โดยใช้เทคนิค Enter และสร้างสมการ Logistic Regression Response Function จากการคัดเลือกตัวแปรทำนาย 21 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานสร้างนโยบายตามแนวทางเขตสุขภาพ ทำให้แต่ละหน่วยงานได้มีต้นตัวสื่อสารสาธารณะ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพภาพต่างๆ บุคลากรส่วนมากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เขตสุขภาพที่ 9 หรือกระทรวงสาธารณสุข จึงควรพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเจ้าหน้าที่สร้างพันธะสัญญา จัดกิจกรรมสร้างบุคคลต้นแบบ ตามแนวทางการขับเคลื่อนองค์กรไร้พุง กรมอนามัย หรือวิถี “สุขภาพดีไม่มีพุง” ในเขตสุขภาพต่อไป

2. การส่งเสริมสุขภาพ/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน/ตนเองโดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคการรับประทานปลาอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ และการหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงตลอดจนควรมีระบบเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ กลุ่มที่มีอายุมากและเพศหญิงในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนประชาชนทั่วไป

3. ผู้บริหารหน่วยงานทุกระดับ ควรสนับสนุนการให้มีหรือพัฒนา คน สถานที่ บรรยากาศ สิ่งอำนวยความสะดวก ในสำนักงาน เพื่อให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมการออกกำลังกาย ดนตรี อุปกรณ์ดูแลสุขภาพ และรูปแบบโปรแกรมที่จะใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพหรือ DPAC5 เพื่อสร้างความสุขในการทำงานพัฒนาแหล่งเรียนรู้ และสาธิต Health Model จากหน่วยบริการสู่ประชาชน ให้สามารถสร้างสุขภาพที่ดี และเป็นต้นแบบที่ดีต่อผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์อนามัยที่ 5 (2557).การสำรวจแบบ
เร่งด่วนเขตสุขภาพที่ 9 (เอกสารอัดสำเนา).
2. Nancy Lee, Philip Kotler. 5th Edition
(2015).Social Marketing. London :SAGE
Publications.
3. The United Nations Children’s Fund.
(2005). Strategic Communication for
Behaviour and Social Change in South
Asia. New Delhi, India.
4. กองโภชนาการ กรมอนามัย ระบบเฝ้าระวัง
ภาวะอ้วนลงพุงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป.
สืบค้น กุมภาพันธ์ 15,2558,จาก[http://
nutrition.anamai.moph.go.th/
temp/main/view.php?group=
1&id=620](http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view.php?group=1&id=620).
5. กองออกกำลังกาย กรมอนามัย.(2557).
คู่มือการดำเนินงานในคลินิก DPAC สำหรับ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข.กรุงเทพมหานคร.

สถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้านของโรงพยาบาล 81 แห่ง พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9

สมรรัฐ นัยรัมย์ **

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ครอบคลุมอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้านประกอบด้วย การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย การสุขาภิบาลอาหารในโรงครัว และการจัดการระบบประปา ในโรงพยาบาล 81 แห่ง พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2557 ถึง 31 มีนาคม 2557 โดยการส่งแบบสอบถามไปยังผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และขอความร่วมมือให้ตอบกลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในแต่ละด้าน โดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ จัดลำดับของการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็น 4 ลำดับ (ดีมาก ดี พอใช้ และปรับปรุง) ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมโรงพยาบาลในเขตมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.02$, $S.D.=0.34$) โดยมีการจัดการน้ำเสียอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=2.55$, $S.D.=0.41$) การจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.07$, $S.D.=0.50$) ส่วนการจัดการสุขาภิบาลอาหาร และการจัดการระบบประปายังอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=1.80, 1.51$, $S.D.=0.65, 0.69$) จากผลการศึกษา พบว่า ยังมีบางประเด็นที่ทางโรงพยาบาลดำเนินการยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการเฝ้าระวังคุณภาพอาหารและน้ำประปา ดังนั้นโรงพยาบาลควรจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและระบบประปา ในโรงพยาบาล ตลอดจนมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: อนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้าน, เขตสุขภาพที่ 9

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

Environmental Health Situations in 4 Environmental Health Issues: A Study of 81 Hospitals in Area Health 9

Somrat Nairam *

Abstract

The descriptive study aimed to investigate the environmental health situation of the hospitals in the area of health 9. Four environmental health issues were chosen for this research including: infectious waste management, wastewater treatment system, food sanitation, and water supply management. The data were collected by using constructed questionnaire during 1 February – 31 March 2017. The descriptive statistics were performed to analyze means, percentages and standard deviations. The environmental health situation was classified into 4 levels; excellent, good, fair, and need improvement, by score ranking. The results showed that all hospitals had arranged the environmental health situation at a good level (\bar{X} = 2.02, S.D.=0.34). an wastewater management was at the excellent level (\bar{X} =2.55, S.D.=0.41). The infectious waste management was at a good level (\bar{X} =2.07, S.D.=0.50). While, the food sanitation management and water supply management were found at a fair level (=1.80, 1.51, S.D.=0.65, 0.69) respectively. From the result as mentioned, there will be the environmental aspects in some hospitals especially lack of food quality and water supply surveillance. Therefore, hospitals should provide the surveillance system on food sanitation and water supply including clear operating procedure and also continuous implementation.

Keywords: 4 Environmental Health Issues, Regional Health 9

**Public Health Technical Officer, Professional Level Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลเป็นสถานบริการทางการแพทย์ที่มีบทบาทครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลถือว่ามีส่วนสำคัญ เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นสถานที่รักษาพยาบาลมีผู้ป่วยเข้ารับบริการนอกพักค้างคืน และไปกลับเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้โรงพยาบาลยังถือว่าเป็นหน่วยงานที่เป็นแหล่งกำเนิดและปล่อยของเสียที่มีความจำเป็นต้องกำจัด เช่น มูลฝอย น้ำเสีย และสิ่งปฏิกูลต่างๆ ซึ่งจะต้องมีการจัดการอย่างถูกหลักสุขาภิบาล หากมีการจัดการที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาลอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและผู้รับบริการได้ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลมีมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ (Hospital Accreditation, HA) มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ (Health Promoting Hospital National Quality Criteria, HPHNQA)¹ ที่กำหนดเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในองค์ประกอบที่ 3 มาตรฐานโรงพยาบาลลดโลกร้อน (GREEN and CLEAN Hospital) ที่ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลในประเด็นด้านการจัดการขยะ ส้วม พลังงาน สิ่งแวดล้อม และอาหารในโรงพยาบาล มาตรฐานการสุขาภิบาลและความปลอดภัยในโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานที่

กรมอนามัยได้จัดทำขึ้นเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลทางด้านสุขาภิบาลและความปลอดภัย² ทุกมาตรฐานเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลได้มีแนวทางการดำเนินงานทั้งในด้านคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ถูกหลักวิชาการ ถูกสุขลักษณะ ส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพดีทั้งต่อผู้รับบริการ ญาติและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเอง

แต่อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล จากการรวบรวมรายงานของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ด้านการจัดการมูลฝอยพบว่า มีเพียงครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาล คือ ร้อยละ 52.22 ดำเนินกิจกรรม GREEN นั่นคือ มีการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลอย่างถูกหลักสุขาภิบาล³ ส่วนมูลฝอยติดเชืวยังคงพบปัญหา คือ มีโรงพยาบาลบางแห่งที่ยังไม่ได้นำเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อหรือ Infectious Waste Manifest System ไปใช้ในการกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 81.2⁴ และจากการสำรวจของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม² ยังพบว่าการควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียและระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ยังประสบปัญหาการขาดแคลนที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญในการดูแลและซ่อมบำรุงระบบ ซึ่งในการกำจัดน้ำเสียตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด พ.ศ. 2548 โรงพยาบาลเป็นกลุ่มเป้าหมายอาคารที่จะต้องมีการจัดการน้ำ

เสียให้ได้มาตรฐานตลอดจนมีการรายงานผลตามแบบ การจัดทำรายงาน ทส. 1 ทส. 2 สำหรับการจัดการสุขาภิบาลอาหารในโรงครัว จากรายงานสถานการณ์ปัญหาด้านความปลอดภัยอาหาร ปีงบประมาณ 2555-2556 ของสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรงครัวของโรงพยาบาล ร้อยละ 3.70 ยังไม่ผ่านมาตรฐาน เนื่องจากวัสดุอุปกรณ์บางอย่างที่ใช้ในโรงครัวชำรุด เก่า ยากต่อการทำความสะอาด ส่วนการจัดการระบบประปาของโรงพยาบาลยังคงประสบปัญหาในด้านการจัดการให้เป็นไปตามมาตรฐานและการขาดการเฝ้าระวังมาตรฐานคุณภาพน้ำประปา

มาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้าน ประกอบด้วย การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย การสุขาภิบาลอาหารในโรงครัว และการจัดการระบบประปา เป็นอีกมาตรฐานที่โรงพยาบาลได้ดำเนินการอยู่แล้ว กรมอนามัยได้นำมาเรียบเรียงเป็นมาตรฐานเพื่อให้โรงพยาบาลได้นำหลักเกณฑ์ไปใช้ โดยกำหนดขอบเขตงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพียง 4 ด้านเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องพัฒนา ในปี 2557 ซึ่งในการพัฒนา มาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้ง 4 ด้าน ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ยังขาดข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่ จึงได้ทำการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้าน ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1. ขอบเขตการศึกษา

1.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ

1.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ 4 ประเด็น คือ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อการจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย การสุขาภิบาลอาหารในโรงครัว และการจัดการระบบประปา เท่านั้น

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพ ที่ 9 ประกอบด้วยโรงพยาบาลใน 4 จังหวัด คือ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ จำนวน 81 แห่ง ที่ให้ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม

จังหวัด	จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด	จำนวนโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม	ร้อยละที่ตอบแบบสอบถาม
นครราชสีมา	34	30	88.24
ชัยภูมิ	16	14	87.50
บุรีรัมย์	23	22	95.65
สุรินทร์	17	15	88.24
รวม	90	81	90.00

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้ แบ่งเครื่องมือออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาล ประกอบด้วย ชื่อ และที่ตั้งโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการจัดการสุขาภิบาลอาหารในโรงครัวโรงพยาบาล

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการจัดการระบบประปา

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยทำการศึกษา และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตอบแบบสอบถาม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นหนังสือราชการ

2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากพบว่า แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะสอบถามกลับไปยังผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อยืนยันข้อมูลเพิ่มเติมและข้อมูลที่ถูกต้อง

2.4 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ส่งแบบสอบถามหรือไม่ให้ข้อมูลจะไม่อยู่ในเกณฑ์ของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ 2557 ถึง มีนาคม 2557

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การแปลผลโดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย

คะแนน 2.50-3.00 หมายถึง โรงพยาบาลมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้าน ในระดับ ดีมาก
คะแนน 2.00-2.49 หมายถึง โรงพยาบาลมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้าน ในระดับ ดี
คะแนน 1.50-1.99 หมายถึง โรงพยาบาลมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้าน ในระดับ พอใช้

คะแนน 0.00-1.49 หมายถึง โรงพยาบาลมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้านในระดับ ปรับปรุง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสำรวจ จำนวน 81 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด 90 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.00 โดยจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นจังหวัดที่โรงพยาบาลให้ข้อมูลมากที่สุด ร้อยละ 95.65 รองลงมา คือ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดสุรินทร์ ร้อยละ 88.24 เท่ากัน และจังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 87.50 เมื่อแยกตามประเภทของโรงพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 4 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 77 แห่ง มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 67.90 บางส่วนตั้งอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 32.10

2. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

อัตราการเกิดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลในหน่วยกิโลกรัมต่อเตียงต่อวันพบว่า ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 9 มีอัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ 0.947 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน ส่วนการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเก็บ ขน กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า โรงพยาบาลได้จัดตั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเก็บ ขน กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 85.19 ผู้ดูแลรับผิดชอบมีคุณวุฒิจบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 64.29 สำหรับผู้ปฏิบัติงานเก็บ ขน กำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 51.85 ด้านการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลทางโรงพยาบาลดำเนินการโดยส่งบริษัทเอกชน

กำจัด ร้อยละ 93.83 มีโรงพยาบาลที่กำจัดเองและส่งองค์กรปกครองท้องถิ่น ร้อยละ 2.47 เท่ากัน และมีเพียงร้อยละ 1.23 ที่กำจัดโดยส่งโรงพยาบาลอื่นสำหรับบริษัทเอกชนที่ดำเนินการรับ เก็บ ขน กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีจำนวน 5 บริษัท โดยส่วนใหญ่โรงพยาบาลได้ว่าจ้างบริษัท ส.เรืองโรจน์ในการรับ ขน กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 61.84 รองลงมาได้แก่บริษัทนามณรงค์ อินเตอร์เทรตตั้งจำกัด บริษัทโซตทูลกรณพิบูลจำกัด บริษัทเอ็นไวรอนเมนต์ทอล ซิสเต็ม และบริษัทวุฒิจารุคุณ คิดเป็นร้อยละ 15.79 7.89 6.58 และ 1.32 ตามลำดับ และมีโรงพยาบาลอีก ร้อยละ 6.58 ที่ไม่ระบุบริษัทที่รับ ขนกำจัดมูลฝอย ส่วนการรับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของทางโรงพยาบาลจากแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้ออื่น พบว่า ร้อยละ 55.55 ของโรงพยาบาลรับกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 81.25 ซึ่งโรงพยาบาลที่ใช้เอกสารกำกับการขนส่งมีปัญหาในการใช้เอกสาร ร้อยละ 26.58 เช่น ไม่ได้รับสำเนาตช 1/2 กลับ หรือได้รับแต่ไม่ครบทุกเดือน

3. การจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย

การจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่าโรงพยาบาลมีระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อฝังหรือบ่อปรับเสถียร (Oxidation pond/Stabilization pond) มากที่สุด ร้อยละ 33.33 รองลงมาได้แก่ระบบบำบัดน้ำเสียแบบคลองวนเวียน (Oxidation ditch) ระบบบำบัดแบบตื้นที่ (Onsite treatment system) และ ระบบบำบัดประเภทบึงประดิษฐ์

(Construct wetland) ร้อยละ 30.86 8.64 และ 7.41 ตามลำดับ และนอกจากนี้ยังพบว่า มีระบบอื่นๆที่ใช้ในโรงพยาบาล คือ ระบบแบบผสมระหว่างถังกรองไร้อากาศต่อกับระบบบึงประดิษฐ์ ระบบถังกรองไร้อากาศ ระบบบำบัดแบบติดกับที่เติมอากาศ คิดเป็นร้อยละ 19.75 สำหรับการบริหารจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย โรงพยาบาลบริหารจัดการโดยแต่งตั้งผู้ดูแลรับผิดชอบควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย ร้อยละ 95.06 ซึ่งในจำนวนผู้ดูแล ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย ได้รับการอบรมหลักสูตรการควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ร้อยละ 74.07 ส่วนการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด พ.ศ. 2548 พบว่า โรงพยาบาลดำเนินการจัดทำรายงานตามแบบ ทส. 1 และ ทส. 2 ร้อยละ 88.89 และ 91.12 ตามลำดับ

4. การจัดการสุขาภิบาลอาหารในโรงครัว

ผลการประเมินโรงพยาบาลตามมาตรฐานการสุขาภิบาลโรงอาหาร 30 ข้อ พบว่า ในภาพรวมของเขต ส่วนใหญ่มีโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลโรงอาหาร ร้อยละ 93.59 โดยผ่านมาตรฐานในระดับดีมาก ร้อยละ 47.36 มาตรฐานระดับดี ร้อยละ 46.05 ส่วนการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารให้กับผู้สัมผัสอาหารในโรงพยาบาล พบว่า ในภาพรวมโรงพยาบาลมีการอบรมให้กับผู้สัมผัสอาหาร คิดเป็น ร้อยละ 77.63 ด้านการเฝ้าระวังคุณภาพ

อาหารโดยการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียและสารปนเปื้อนในอาหาร พบว่า โรงพยาบาลได้เฝ้าระวังการปนเปื้อน โดยการส่งอาหารตรวจวิเคราะห์แบคทีเรียทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 29.87 การเฝ้าระวังโดยการตรวจวิเคราะห์เชื้อแบคทีเรียโดยใช้ชุดทดสอบภาคสนามอย่างง่าย ร้อยละ 64.94 และ การตรวจวิเคราะห์หาสารปนเปื้อนในอาหาร ร้อยละ 45.45

5. การจัดการระบบประปา

โรงพยาบาลจำนวน 81 แห่ง มีระบบประปาเป็นของโรงพยาบาลเอง ร้อยละ 58.02 โดยส่วนใหญ่แล้วโรงพยาบาลที่มีระบบประปาและตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแหล่งน้ำดิบ มีจำนวน 61 แห่ง ผลพบว่า แหล่งน้ำที่ใช้ในการผลิตน้ำประปาเป็นน้ำผิวดินมากที่สุด ร้อยละ 54.09 และรองลงมาเป็นน้ำบาดาล ร้อยละ 45.98 การจัดให้มีผู้ดูแลระบบประปา พบว่าโรงพยาบาลที่มีระบบประปาส่วนใหญ่จัดให้มีผู้ดูแลระบบประปา คิดเป็น ร้อยละ 85.25 และผู้ดูแลระบบประปาได้รับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 38.71 สำหรับการเฝ้าระวังคุณภาพของน้ำประปาของโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 48.39 ของโรงพยาบาลมีการเฝ้าระวังโดยการตรวจสอบคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปา ส่วนการเฝ้าระวังโดยการส่งน้ำประปาตรวจวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการ พบว่าโรงพยาบาลที่ส่งน้ำประปาตรวจวิเคราะห์และมีผลการตรวจผ่านมาตรฐานน้ำประปาดำเนินได้ พ.ศ. 2553 จำนวน 34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 37.78

6. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้านในโรงพยาบาล

การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้านของโรงพยาบาล พบว่า ในภาพรวมมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.02$, S.D.=0.34) โดยมีการจัดการน้ำเสีย

อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=2.55$, S.D.=0.41) การจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.07$, S.D.=0.50) ส่วนการจัดการสุขาภิบาลอาหาร และการจัดการระบบประปาอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=1.80, 1.51$, S.D.=0.65, 0.69) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้าน

ประเด็น	Mean (\bar{X})	S.D.	ระดับ
1. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	2.07	0.50	ดี
2. การจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย	2.55	0.41	ดีมาก
3. การจัดการสุขาภิบาลอาหาร	1.80	0.65	พอใช้
4. การจัดการระบบน้ำประปา	1.51	0.69	พอใช้
ภาพรวม	2.02	0.34	ดี

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

โรงพยาบาลในเขตมีอัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ 0.947 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน ซึ่งมีค่าสูงกว่าการศึกษาของสุวรรณ แซ่มชุกลินและสมรัฐ นัยรัมย์⁶ ที่พบว่า โรงพยาบาลในเขตมีอัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ 0.59 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาของสมกานต์ ทองเกลี้ยง⁴ ที่พบว่า อัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อในเขตเท่ากับ 0.95 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน สำหรับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ 85.19 ของโรงพยาบาลได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล โดยผู้รับผิดชอบส่วนใหญ่มีคุณวุฒิจบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 64.29 ซึ่งตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดว่าในการเก็บและหรือขน

มูลฝอยติดเชื้อ ต้องจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการเก็บและหรือขนมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งจะต้องมีคุณสมบัติสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่าในสาขาวิทยาศาสตร์ในด้านสาธารณสุข สุขาภิบาล ชีววิทยา และวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือด้านใดด้านหนึ่ง¹ ซึ่งทุกโรงพยาบาลจะมีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณวุฒิทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่แล้ว เช่น ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ หรือตำแหน่งอื่น แต่พบว่าขาดการแต่งตั้งเป็นหนังสือคำสั่งของหน่วยงาน หรือในบางโรงพยาบาลการดำเนินงานด้านการจัดการมูลฝอยจะดำเนินการโดยคณะทำงานสิ่งแวดล้อม จึงไม่ได้มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบเฉพาะมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแก่ผู้เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า

ผู้ปฏิบัติงานเก็บ ขน กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ได้รับการอบรมหลักสูตรการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 51.85 โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จะดำเนินการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเอง ไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรตามกฎหมายกระทรวงฯ แต่เน้นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรที่กำหนดในกฎหมายกระทรวงฯ สำหรับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า โรงพยาบาลจะส่งกำจัดโดยบริษัทเอกชน ร้อยละ 93.83 ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องกำกับติดตามควบคุมโดยใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อหรือ Infectious Waste Manifest System ซึ่งจากการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 81.25 และพบปัญหาในการใช้เอกสารกำกับ คือ ไม่ได้รับสำเนา ตช. 1/2 กลับ บางครั้งตอบกลับแต่ไม่ครบในบางเดือน หรือส่งกลับล่าช้า ร้อยละ 26.58 การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้เน้นการสอบถามประเด็นสำคัญ คือ การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ การอบรม และการใช้ Manifest System ซึ่งในภาพรวมโรงพยาบาลในเขตปฏิบัติได้อยู่ในระดับดี

2. การจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย

โรงพยาบาลในเขตมีการแต่งตั้งผู้ดูแลรับผิดชอบควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ร้อยละ 95.06 โดยผู้ดูแล ควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย ได้รับการอบรมหลักสูตรการควบคุมดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ร้อยละ 74.07 สำหรับการบริหารจัดการระบบบำบัดน้ำเสียได้เน้นการจัดการน้ำเสียตามมาตรา 80 แห่ง พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 ซึ่งได้กำหนดว่าเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษที่มีระบบบำบัดน้ำเสียหรือระบบกำจัดของเสียมี

หน้าที่ต้องจัดเก็บข้อมูลและสถิติของระบบหรือวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือดังกล่าวไว้ ณ แหล่งกำเนิดพร้อมจัดทำรายงานสรุปผลให้แก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นในพื้นที่ให้ทราบอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง⁷ โดยทางโรงพยาบาลได้จัดทำรายงาน ทส. 1 และ ทส. 2 คิดเป็นร้อยละ 88.89 และ 91.12 ตามลำดับ จะเห็นว่าในการจัดการน้ำเสียโดยส่วนใหญ่โรงพยาบาลดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ต้องมีการควบคุมจึงทำให้ในภาพรวมของการจัดการระบบบำบัดน้ำเสียคะแนนอยู่ในระดับดีมาก

3. การจัดการสุขาภิบาลอาหารในครัว

กรมอนามัยส่งเสริมการพัฒนาด้านอาหารปลอดภัยในปี 2547 เป็นปีอาหารปลอดภัย กรมอนามัยได้ดำเนินโครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ในกลุ่มเป้าหมายคือร้านอาหาร แผงลอยและขยายไปสู่โรงพยาบาล พัฒนาโรงพยาบาลสู่มาตรฐานโรงครัวสุขาภิบาล 30 ข้อ ซึ่งข้อมูลจากการสอบถามพบว่า โรงครัวโรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 93.59 ไกล่เคียงกับผลการตรวจประเมินโรงพยาบาลตามมาตรฐานของสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่า โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานโรงครัวสุขาภิบาล 30 ข้อ ร้อยละ 96.30 สาเหตุที่โรงพยาบาลบางแห่งยังไม่ผ่านมาตรฐานเนื่องจากวัสดุอุปกรณ์บางอย่างที่ใช้ในโรงครัวยังมีสภาพเก่าชำรุด และยากต่อการทำความสะอาด สำหรับการเฝ้าระวังคุณภาพอาหาร พบว่า โรงพยาบาลมากกว่าครึ่งมีการเฝ้าระวังคุณภาพอาหารโดยการสุ่มตรวจตัวอย่างอาหารโดยใช้ชุดทดสอบแบคทีเรียภาคสนามอย่างง่าย ส่วนการตรวจวิเคราะห์

แบบที่เรียทางห้องปฏิบัติการและการสุ่มตรวจสารปนเปื้อนอื่น เช่น สารฟอกขาว สารกันรา ฯลฯ พบว่ามีการดำเนินการค่อนข้างน้อยส่งผลให้การจัดการในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้

4. การจัดการระบบประปา

การจัดการระบบประปาในโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้าน จะเน้นการพัฒนาประปาตามมาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ ซึ่งทางโรงพยาบาลจะต้องเก็บตัวอย่างนำตรวจสอบตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ ทางห้องปฏิบัติการ 20 รายการ จำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นจุดเดียวกัน และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำตามที่กำหนดในเกณฑ์ จากผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลได้ทำการสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำประปาส่งตรวจเพียง 1 ครั้งต่อปี หรือมากกว่า 1 ครั้งต่อปี แต่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คือระยะเวลาการเก็บตัวอย่างน้ำส่งตรวจไม่น้อยกว่า 1 เดือน และไม่เกิน 4 เดือน ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่ได้ดำเนินการตามเกณฑ์ทำให้ยังไม่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการบริหารจัดการยังขาดความครอบคลุม คือ โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา และการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลระบบประปามีเพียงร้อยละ 38.71 ทำให้การบริหารจัดการในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้

การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลทั้ง 4 ด้าน ภาพรวมระดับเขตอยู่ในระดับดี โดยมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการจัดการระบบบำบัดน้ำเสียอยู่ในระดับดีและดีมาก ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากทั้ง 2 ประเด็นมี

มาตรฐานของการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง มีกฎหมายในการควบคุม คือ กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ปี 2545 และ มาตรา 80 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 ทำให้โรงพยาบาลโดยมากปฏิบัติได้ค่อนข้างดี สำหรับการจัดการสุขาภิบาลในโรงครัว และการจัดการระบบประปา ทางโรงพยาบาลมีมาตรฐานในการปฏิบัติงานแต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานดังกล่าวอาจยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการเฝ้าระวังคุณภาพอาหารและน้ำประปาที่ยังคงมีการดำเนินงานในโรงพยาบาลบางแห่งเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. กรมอนามัยประสานการดำเนินงานในระดับกรม กระทรวงเพื่อให้เกิดการนำมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้านไปใช้ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนบูรณาการมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้ง 4 ด้านเข้าไปอยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาลทุกมาตรฐาน

2. กรมอนามัยควรมีการพัฒนากระบวนการติดตามการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Infectious Waste Manifest System) ตลอดจนจัดทำฐานข้อมูลเอกชนรับจ้างเก็บ ขนกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน

3. โรงพยาบาลควรศึกษาและทำความเข้าใจหลักเกณฑ์ มาตรฐาน กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและดำเนินการให้เป็นไปตามข้อกำหนดต่างๆ ตลอดจนมีแผนดำเนินการเฝ้าระวังคุณภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้ง 4 ด้าน และปฏิบัติตามแผนอย่างเคร่งครัด

4. โรงพยาบาลควรสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และสนับสนุนการให้องค์ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้ง 4 ด้าน เช่น อบรมให้ความรู้ผู้ปฏิบัติงานดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ผู้ปฏิบัติงานเก็บ ขน กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ดูแลควบคุมระบบประปา ตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้สัมผัสอาหารในโรงครัวของโรงพยาบาล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้บริหารโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 9 ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่ช่วยสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์สุเทพ เพชรมาก ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ Health Promoting Hospital National Quality Criteria (HPHNQA). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานการสุขภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
3. สมชาย เข้มชุกกลิ่น. สถานการณ์การดำเนินงานสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อน GREEN and CLEAN
4. เขตบริการสุขภาพที่ 9. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2558, เข้าถึงได้จาก http://hpc5.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=371&filename=satanakan_sl
5. สมกานต์ ทองเกลี้ยง. สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเขตบริการสุขภาพที่ 9. [อินเทอร์เน็ต]. 2548. เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2558, เข้าถึงได้จาก http://hpc5.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=365&filename=satanakan_sl.
6. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ปัญหาด้านความปลอดภัยอาหาร ปีงบประมาณ 2555-2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2557. เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2558, เข้าถึงได้จาก http://www.fda.moph.go.th/food_safety
7. สุวรรณ เข้มชุกกลิ่น และสมรัฐ นัยรัมย์. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 พื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 13. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 5 2550;2:37-51.
8. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 9 อุดรธานี. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามมาตรา 80 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2558, เข้าถึงได้จาก <http://lib.mnre.go.th/book/80p9.pdf>
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสาร และเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม



วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 เป็นวารสารทางวิชาการ
จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คำแนะนำในการส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นวารสารที่เผยแพร่ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และความรู้ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข รวมถึงข่าวสารการดำเนินงานของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมาและภาคีเครือข่าย ดังนั้น จึงใคร่ขอเชิญชวนให้ท่านส่งบทความที่ยังไม่เคยเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน ลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับประเด็นในบทความ เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กองบรรณาธิการจึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) คือบทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า

บทความปริทัศน์ (Review Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในประเด็นที่มีความสำคัญเป็นปัญหา หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่แสดงถึงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 10 หน้า

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมานำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อ หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า

ปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ดที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความน่ารู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป รวมทั้งเรื่องแปลจากบทความวิชาการที่น่าสนใจในภาษาต่างประเทศ โดยต้องมีการขอลิขสิทธิ์ก่อน บทความควรมีความยาวไม่เกิน 5 หน้า

บทความย่อ (Abstract Articles) เป็นเรื่องย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่างๆ บทความควรมีความยาวไม่เกิน 5 หน้า

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) เป็นงานเขียนบทความที่วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณูปการของหนังสือ รายงาน หรือบทความ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และต่อยอด บทความควรมีความยาวไม่เกิน 3 หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 Point ตลอดทั้งบทความ จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors' Names) ชื่อและนามสกุลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุสถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดงรายละเอียดด้านล่าง

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียงเลยก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง และไม่ควรมากเกิน 1 หน้ากระดาษ

3.4 บทนำ (Introduction) อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้างานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือ สมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 วิธีดำเนินการวิจัย หรือ ขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว

3.6 ผลการวิจัย (Results) นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย/คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจนขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations) ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย/คำถามการวิจัย และอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style) ¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ตัวยก”

2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศกัณฐ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น (1 -3) แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น (4,6,10)

ตัวอย่าง

Plasmodium falciparum and Wuchereria bancrofti are parasites that cause human malaria and lymphatic filariasis in the population of South-East Asian countries.(1 -3,4,6,10) The diseases are abundant and widely spread in the endemic area especially Thailand and its neighbor countries.(3,7)

There have been efforts to replace mouse inoculation testing with in vitro tests, such as enzyme linked immunosorbent assays(12,15) or polymerase chain reaction(13-20) but these remain experimental.

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “รายการอ้างอิง” หรือ “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของปริญญาณิพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

บทความวารสาร

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ(ถ้าเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม)/ปีที่ตีพิมพ์,เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พิเชฐ สัมปทานกุล,/นิพนธ์ อุดมสันติสุข,/รสสุคนธ์ ศรีพัฒน์./วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน./จุฬาลงกรณ์เวชสาร//2539;40(5):383-91.

2. Liou GI,/Wang M, Matragoon S./Precocious IRBP gene expression during mouse development./Invest Ophthalmol Vis Sci//1994;35:1083-8.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์;/ปีที่พิมพ์.

¹ จาก สำนักหอสมุดกลาง. การอ้างอิงในทางวิทยาศาสตร์ตามระบบแวนคูเวอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. มิถุนายน 2557. เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2558. จาก URL: <http://lib.swu.ac.th/th/images/endnote/forweb%20vancouver0614.pdf>

ตัวอย่าง

3. Norman IJ,/Redfern SJ,/editors.//Mental health care for elderly people.//New York:/Churchill Livingstone;/1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญา
นิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

4. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์.//การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว/[ปริญญา
นิพนธ์วท.ม./สาขาเคมีชีวภาพ.//กรุงเทพฯ:/บัณฑิตวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ;/2542.

5. Kaplan SJ.//Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization/[Dis-
sertation Ph.D.

Medicine].//St. Louis (MO):/Washington Univ.;/1995.

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือ
ลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

6. Morse SS.//Factors in the emergence of infectious diseases.//Emerg Infect Dis/[serial
online]/1995 Jan-Mar//[cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens.//Retrieved December 25,/1999,/from/URL:/http://www.cdc.gov /ncidod/EID/eid.htm

7. LaPorte RE,/Marler E,/Akazawa S,/Sauer F.//The death of biomedical journals. BMJ/
[serial online] 1995;310:1387-90.//Retrieved September 26, 1996,/from/URL:/http://www.
bmj.com/bmj/archive/6991 ed2.html

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์

เมื่อผู้เขียนบทความจัดทำบทความตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเรียบร้อยแล้ว จะมีขั้นตอน
ดำเนินการดังนี้

1. ส่งต้นฉบับที่เป็นไฟล์ Word โดยแนบไฟล์ (Attachment) ส่งมาที่ Journal_hpc5@hotmail.
com โดยตั้งชื่อเรื่องอีเมลเป็นชื่อต้นฉบับ พร้อมระบุชื่อผู้เขียนคนแรก (First author) หรือผู้เขียนที่เป็น
ผู้ติดต่อ (Corresponding Author) พร้อมสถานที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขมือถือ และอีเมล
ที่ใช้ในการติดต่อประสานงานในเนื้อความในอีเมล

2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาความสอดคล้องของบทความที่ส่งมากับวัตถุประสงค์ของวารสาร
ในเบื้องต้น รวมถึงความครบถ้วนของบทความ แล้วตอบกลับทางอีเมล หากเจ้าของบทความไม่ได้รับอีเมล

ติดต่อกลับหลังจากส่งมาเป็นเวลานานเกิน 1 สัปดาห์ กรุณาติดต่อกองบรรณาธิการตามหมายเลขโทรศัพท์/อีเมลตามรายละเอียดด้านล่าง

3. บทความทุกฉบับที่ผ่านการพิจารณาในเบื้องต้น จะได้รับการประเมินคุณภาพจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ในระบบ Double-blinded system ในลำดับต่อไป

4. ผลการประเมินคุณภาพจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ก) รับลงตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข ข) รับลงตีพิมพ์โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไข และ ค) ไม่รับลงตีพิมพ์ หากต้องมีการแก้ไข กองบรรณาธิการจะติดต่อเจ้าของบทความ เพื่อดำเนินการแก้ไขให้เรียบร้อยตามคำแนะนำของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิก่อน จึงจะสามารถลงตีพิมพ์ได้

5. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนคนแรก/ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ จะได้รับวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ฉบับที่บทความได้รับการลงตีพิมพ์ จำนวน 2 ฉบับ

6. บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการมีสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้ และผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิถือเป็นที่สุด