

เจ้าของ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี 76 หมู่ 5 ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 โทรศัพท์ 0 3623 9302	
วัตถุประสงค์	เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และ งานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ	
ที่ปรึกษา	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4	
คณะที่ปรึกษา	สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 4 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี	
บรรณาธิการ	แพทย์หญิงรยา เหลืองอ่อน	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
ผู้จัดการ	นางสุภาภรณ์ วัฒนธาร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ผู้ช่วยผู้จัดการ	นางเพ็ญศรี ไพรรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วัฒนพงศ์ นายแพทย์พราน ไพฑูรธรรม นายเดชา บัวเทศ นางสาววิไล วิชาการ นางสุภาภรณ์ วัฒนธาร หัวหน้ากลุ่มทุกกลุ่ม	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
พิสูจน์อักษร	นางสาวอารีย์ ขวัญเพ็ง นางสาวพิมพ์ธิดา ปาลวัฒน์	
ฐานข้อมูลและสารสนเทศ	นายณัฐพล ผลผล นายยุทธนา กลิ่นจันทร์	
กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่	นางสาวธัญญารัตน์ ทราบังหิรัต	E-mail address: drt.dpc2@gmail.com
กำหนดออก	ปีละ 2 ครั้ง หรือราย 6 เดือน : ตุลาคม – มีนาคม, เมษายน – กันยายน	
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์อาร์ตควอลิฟาย จำกัด	โทร 0-2941-3677

บรรณาธิการแถลง

สวัสดี ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 เป็นวารสารที่จัดทำขึ้นเป็นปีที่ 9 เพื่อเป็นสื่อกลางถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไข้ระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งตอบสนองพันธกิจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคสำหรับเครือข่ายทั้งในพื้นที่ และนอกพื้นที่ วารสารฉบับนี้มีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) การประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 2) การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี 3) รายงานการสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี พฤษภาคม 2561 4) การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง 5) ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งแต่ละเรื่องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนการรักษาพยาบาลในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ท่านยังสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ของเราได้ที่ <http://odpc4.ddc.moph.go.th/JN>

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งแก่ผู้ที่มีส่วนทำให้วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี หากมีข้อเสนอแนะประการใด ผู้จัดทำขอรับไว้ด้วยความขอบพระคุณยิ่ง

บรรณาธิการ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ยินดีรับบทความวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมหรืองานสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ต.ค.-มี.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน เม.ย.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน เม.ย.-ก.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ต.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ต.ค.-ม.ค. และฉบับที่ 2 ภายในเดือน เม.ย.-มิ.ย.

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

1. ผู้สมัครต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและตามกติกา

2. ประกาศรับต้นฉบับ ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มการสมัคร พร้อมเอกสารพิมพ์ต้นฉบับ 2 ชุด และแผ่นบันทึกข้อมูล 1 แผ่น

3. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้องของต้นฉบับ

4. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชานั้นๆ อ่านประเมินต้นฉบับ จำนวน 2 ท่านต่อเรื่อง

5. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการอ่านประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)

6. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

7. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม

8. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

9. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะต้องผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผลงานวิจัยและ/หรือบทความวิชาการ กลุ่มที่ 2 นวัตกรรมและ/หรือผลงานสร้างสรรค์ โดยจำแนกเป็นลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

1.2 รายงานปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความเพื่อฟื้นฟูวิชาการซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้วโดยนำเรื่องมาวิเคราะห์วิจารณ์ และเปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น

1.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจทั้งด้านประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกร่วมกัน

1.4 ย่อวารสาร (Abstract review) เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ และวิทยาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย

1.5 นวัตกรรม/ผลงานสร้างสรรค์ เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่มีการติดตามประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

2.1 ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กระชับ ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยอักษร ใช้ตัวพิมพ์ Cordia New ขนาด 14

2.4 บทคัดย่อ

คือ การย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วัสดุและวิธีการศึกษา

แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2.8 วิจารณ์

ควรเขียนอธิบายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.9 เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997
2. การอ้างอิงเอกสารใด ๆ ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ ; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก – หน้าสุดท้าย. ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al. ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987; 257: 640-4.

ข. ภาษาไทย

- ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสาร เป็นต้น
2. อีระ รามสูตร, นิวัติ มนตรีสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่ ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน; ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน; ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หะริณสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมวรรณ; 2533. น. 115-20.

4. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องลงตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับโดยใช้เอกสารขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว จำนวนไม่เกิน 8 หน้า 1 ชุด หรือแผ่น CD พร้อมระบุชื่อ File ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอ พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 หรือที่ E-mail address : drt.dpc2@gmail.com

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์วิเคราะห์ ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของ กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานสอบสวนทางระบาดวิทยา สามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแพร่ ทางวารสารวิชาการ โดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report) ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้าย ๆ การเขียน Manuscript ควรคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ์ส่วนบุคคล สถานที่ ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ ชื่อสถานที่ เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้นอย่างเคร่งครัด มีองค์ประกอบดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไร เกิดขึ้นที่ไหน และเมื่อไร เลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น ให้ความหมายครบถ้วน

2. ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค (Authors and investigation team)

ระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานสังกัดของผู้รายงาน และเจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ ที่ร่วมในทีมสอบสวนโรค

3. บทคัดย่อ (Abstract)

สรุปสาระสำคัญทั้งหมดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นความยาวประมาณ 250-300 คำ ครอบคลุมเนื้อหา ตั้งแต่ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา มาตรการควบคุมโรค และสรุปผล

4. บทนำหรือความเป็นมา (Introduction or Background)

บอกถึงที่มาของการออกไปสอบสวนโรค เช่น การได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรคจากใคร หน่วยงานใด เมื่อไร และด้วยวิธีใด เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไร และเสร็จสิ้นเมื่อไร

5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

6. วิธีการศึกษา (Methodology)

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุ แหล่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาตามตัวแปร ลักษณะอาการเจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น

ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริง โดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย

ยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่ามีการระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากกว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ลักษณะของการเกิดโรค และการกระจายของโรค ตามลักษณะบุคคล ตามเวลา ตามสถานที่ ควรแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการเกิดโรคในแต่ละพื้นที่ในรูปแบบของ Attack Rate การแสดงจุดที่เกิดผู้ป่วยรายแรก (index case) และผู้ป่วยรายต่อมา

ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบสนองมติฐานที่ตั้งไว้ การทดสอบปัจจัยเสี่ยง หาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มคนที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยค่า Relative Risk หรือ Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนกี่ราย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์ระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้นและการป้องกันโรค ที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิจารณ์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นวิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐาน ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดในครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีต อย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกันในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลรวบยอด ตอบวัตถุประสงค์ และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่น เสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต หรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลดียิ่งขึ้น

13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลอื่น ๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้น โดยทั่วไปนิยมแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ แสงวรรณลอย. การเขียนรายงานการสอบสวนโรค. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2532.
2. ศุภชัย ฤกษ์งาม. แนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2532.
3. ธวัชชัย วรพงศธร. การเขียนอ้างอิงในรายงานวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
4. อรวรรณ ชาแสงบง. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2543.

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาลงวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....

2. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

3. สถานภาพผู้เขียน

☐ อาจารย์ในสถาบันการศึกษา (ชื่อสถาบัน).....☐ โปรแกรม..... คณะ.....

บุคคลทั่วไป (ชื่อหน่วยงาน).....

4. ขอส่ง

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....

เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงนาม.....ผู้เขียน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Journal of Medical and Public Health Region 4

ISSN : 2229-0117

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 ต.ค. 2561 – มี.ค. 2562

Volume 9 No.1 Oct 2018 – Mar 2019

สารบัญ

การประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 กมลวรรณ คุ่มวงษ์, วนิดา เสนาพรหม, กิตติพงษ์ สุขคุณณี	1
การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี จำรัส ประสิว, วิสุทธิ์ สุกรินทร์	11
รายงานการสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี พฤษภาคม 2561 นพพรพร พุ่มมณี, ธนันธร แพงจักร, วนิดา เสนาพรหม, สันธรา ชันดี, นิชาภา ตรีชัยศรี	23
การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง วิโรจน์ เอี่ยมระหงษ์	33
ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ อณัญญา ลาลุน, ไพฑูรย์ วุฒิสโส, ธรณินทร์ คุณแขวน, สิริศักดิ์ อาจวิชัย	48

การประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ.2560

Evaluation of NCD Clinic Plus of hospitals in health Region 4, fiscal year in 2017

กมลวรรณ คุ่มวงษ์

Kamolwan Kumwong B.N.S

วนิดา เสนาพรหม

Wanida Senaprom B.Sc

กิตติพงษ์ สุขุณณ์

Kittipong Sukunee M.Sc

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 4 Saraburi

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาทางสุขภาพอันดับ 1 ของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 การพัฒนาโปรแกรม NCD Clinic Plus เป็นการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสอดคล้องของผลประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ระหว่างผลรวมกระบวนการพัฒนากับผลลัพธ์บริการ รอบที่ 2 และผลรวมกระบวนการพัฒนารอบที่ 2 กับผลลัพธ์บริการ รอบที่ 3 ของสถานบริการปีงบประมาณ พ.ศ.2560 รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ สถานบริการในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี และนครนายก จำนวนทั้งสิ้น 71 แห่ง ระยะเวลาที่ศึกษาดังแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2559 – กันยายน พ.ศ.2560 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ประกอบด้วยแบบประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบและแบบประเมินผลลัพธ์บริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ผลการศึกษาพิจารณาจากความสอดคล้องของการประเมินทั้งสองครั้ง พบว่า สอดคล้องกัน การประเมินกระบวนการพัฒนารอบที่ 2 รวมกับผลลัพธ์บริการ รอบที่ 3 ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น คือ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 15.49 ระดับดี ร้อยละ 1.41 ระดับดีมาก ร้อยละ 4.23 ระดับดีเด่น ร้อยละ 2.81 อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลของประชาชนยังมีส่วนสำคัญในการลดการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน การประเมินขั้นตอนการรักษาของสถานบริการเพื่อประกอบการตัดสินใจในการวางแผนพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรวิเคราะห์ผลการประเมินปลายปีงบประมาณจะทำให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกันและควรประสานความร่วมมือ เพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน รวมทั้งบูรณาการร่วมกับงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, NCD Clinic Plus, เขตสุขภาพที่ 4

Abstract

Non-communicable diseases are first problems of health region 4. The NCD Clinic Plus is NCDs surveillance program. This studying aimed to investigate the relevance of point's NCD clinic plus program between the summary of quality improvement and service outcome in second round and summary of quality improvement in second round plus service outcome in third round. The methodology is descriptive study research. The random sampling was used to select 71 hospitals in Nonthaburi, Pathumthani, Phranakhonsi ayutthaya, Angthong, Lopburi, Singburi, Saraburi and Nakhon nayok. Since october, 2016 to september, 2017. This study instruments include quality improvement assessment form and service outcome assessment form. Statistic used descriptive analysis the result revealed that both of point's NCD Clinic Plus program conformity due to summary of quality improvement in second round and service outcome in third round increase every level that standard level 15.49%, good level 1.41%, very good level 4.23% and excellent level 2.81%. However, the behaviors change for individual also is important in reducing incidence of disease. The suggestion was to consistence of information it will be necessary to analyze the results at the end of the fiscal year and coordinate with the community for quality improvement decision to NCD clinic

Keyword: non-communicable disease, NCD Clinic Plus, health region 4

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(non-communicable diseases: NCD) เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์สูบบุหรี่การบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ภาวะน้ำหนักเกิน ระดับโคเลสเตอรอลสูง ความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง จนกระทั่งเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเบาหวานโรคกระดูกพรุนโรคปอดเรื้อรัง⁽¹⁾ กลุ่มโรคนี้เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรพบกลุ่มอายุ 30 – 70 ปี เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 17.7 ล้านคนต่อปี คนไทยเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อนอกจาก 3 แสนคนต่อปีโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจพบเสียชีวิตมากกว่า 1 ล้านคน และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ เขตสุขภาพที่ 4 พบข้อมูลผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานย้อนหลัง 3 ปี เพิ่มขึ้น ปีพ.ศ. 2558 –

พ.ศ.2560 มีอัตราเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 482.80, 150.14 และ 2543.76 ตามลำดับ ในขณะที่แนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นในอัตรา 4,164.35, 4,276.96 และ 5,732.40 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อีกทั้งยังมีการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 895.61, 276.68 และ 291.93 ตามลำดับ และมีแนวโน้มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเท่ากับ 9,506.86 11,537.07 และ 12,541.13 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽²⁾ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อาทิเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคหลอดเลือดสมองโรคไตเรื้อรัง โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจาก 4 สาเหตุหลักคือพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูบบุหรี่ดื่มแอลกอฮอล์และออกกำลังกาย⁽³⁾

การดำเนินงานสำคัญที่ผ่านมาได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพปี พ.ศ.2556 โดยใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ มีการประสานการดำเนินงานร่วมกันและเชื่อมโยงบริการสุขภาพ ด้านการ

ส่งเสริมป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค อัตราการเสียชีวิต อัตราป่วย ภาวะแทรกซ้อน⁽⁴⁾ และ เป็นการเริ่มต้นการดำเนินงานประเมินโดยมีกระบวนการ พัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการ การบริการระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุน การตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน การดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD คลินิก โดยสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ได้รับการ พัฒนาและรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ครบร้อยละ 100 แต่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นปัญหาที่ รุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบผู้ป่วย โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 ในปี พ.ศ.2552 เป็น ร้อยละ 9 ในปี พ.ศ.2553 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาล ได้ดีเพียง ร้อยละ 38.2 ความชุกของความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 22 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 25 ในปี พ.ศ.2553 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ ร้อยละ 60.9⁽⁵⁾ จะเห็นได้ว่าการพัฒนา คุณภาพ NCD คลินิกในเชิงกระบวนการยังไม่เพียงพอกับ การจัดการโรคจึงมีการเพิ่มมาตรการด้านผลลัพธ์บริการ ในปีงบประมาณ 2560 ใช้กรอบจัดการโรคไม่ติดต่อของ Wagner⁽¹⁾ ปรับเป็นการดูแลแบบบูรณาการ รวมทั้งวัดผล การดำเนินงาน NCD Clinic Plus โดยนำคะแนนผลการ ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ รอบที่ 2 (เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2560) รวมกับคะแนนผลลัพธ์ บริการรอบที่ 2 (ตัดข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560) ใช้คะแนนทั้งสองส่วนวัดผลการประเมิน ตัดสิน เข้ารับการคัดเลือกต้นแบบ NCD Clinic Plus ซึ่งขัดแย้ง กับกระบวนการตามลำดับขั้นตอนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการ ได้แก่ การคัดกรอง โรคและภาวะแทรกซ้อน การรักษา การดำเนินกิจกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามประเมินผล ที่จะแล้ว เสร็จในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2560 และมีการประเมิน

เฉพาะคะแนนผลลัพธ์บริการเท่านั้น (รอบที่ 3 ตัดข้อมูล ณ เดือนกันยายน) ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา การประเมิน ผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2560 โดยศึกษาความ สอดคล้องของผลประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ระหว่างผลประเมินกระบวนการพัฒนาและผลลัพธ์ บริการรอบที่ 2 กับผลประเมินกระบวนการพัฒนารอบที่ 2 และผลลัพธ์บริการ รอบที่ 3 ของสถานบริการในเขต พื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 เพื่อเป็น ข้อมูลพื้นฐานในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของคลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความสอดคล้อง หมายถึง การไม่ขัดแย้งกันของ ผลประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ผลประเมิน กระบวนการพัฒนา รอบที่ 2 รวมกับผลลัพธ์บริการ รอบที่ 2 กับผลประเมินกระบวนการพัฒนารอบที่ 2 รวม กับผลลัพธ์บริการ รอบที่ 3

NCD Clinic หมายถึง คลินิก ศูนย์ เครือข่ายคลินิก ในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงด้านการบริหารจัดการ การดำเนินงานทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ การป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษา จัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค ทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง

NCD Clinic Plus หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการ พัฒนาคุณภาพการบริการ และการลดจำนวนผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคลินิก ศูนย์ เครือข่าย คลินิกในสถานบริการ

สถานบริการ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลขนาดเล็ก ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก(ระดับ F₃) โรงพยาบาล ชุมชนขนาดกลาง(ระดับ F₂) โรงพยาบาลชุมชนขนาด ใหญ่(ระดับ F₁) โรงพยาบาลขนาดกลางประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย(ระดับ M₁) และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก(ระดับ M₂) และ

โรงพยาบาลขนาดใหญ่คือ โรงพยาบาลศูนย์(ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (ระดับ S)⁽⁶⁾

เขตสุขภาพที่ 4 หมายถึง จังหวัด 8 จังหวัด ที่ตั้งในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี และ นครนายก

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผล โดยศึกษาในปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2560 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน

ประชากรศึกษา คือ โรงพยาบาลทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวนทั้งสิ้น 71 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลือกจากประชากรที่ศึกษาทั้งหมด รวมทั้งสิ้น 71 แห่ง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ตรวจสอบเอกสารหลักฐานจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด

2. โรงพยาบาลที่จัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรัง โดยมีผู้ให้บริการประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้จัดการรายการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก NCD คุณภาพ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มเวชกรรมสังคม เข้าร่วมประชุมเพื่อพิจารณาผลการประเมินกระบวนการพัฒนา 6 องค์ประกอบของสถานบริการของตนเอง

วิธีดำเนินการ

1. ศึกษาแนวทางการดำเนินงานและการประเมินผล NCD Clinic Plus

2. ชั่งเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เครื่องมือเป็นแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปีงบประมาณ 2560 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค⁽⁴⁾ เก็บข้อมูลดังนี้

2.1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเก็บข้อมูลการประเมินของโรงพยาบาลส่งมายังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี โดยใช้แบบสอบถามสอบถามการดำเนินงานของคลินิกโรคเรื้อรัง ในสถานบริการ จากการร่วมกันตอบแบบสอบถามหรือการประชุมของผู้ให้บริการประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้จัดการรายการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก NCD คุณภาพ และเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม รวม 71 แห่ง ในช่วงเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม 2560

2.2 ผลลัพธ์บริการจากระบบออนไลน์ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

2.2.1 รอบที่ 2 เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม 2560

2.2.2 รอบที่ 3 เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนสิงหาคม 2560

3. จัดทำข้อมูล

3.1 นำข้อมูลกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ บันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูปพร้อมจัดทำหมุดหมู่จำแนกตามองค์ประกอบ

3.2 นำข้อมูลผลลัพธ์บริการ บันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูปพร้อมจัดทำหมุดหมู่จำแนกตามตัวชี้วัด 15 ตัวชี้วัด

4. นำข้อมูลที่ได้ในข้อ 3 มาวิเคราะห์ตามขอบเขตด้านเนื้อหาและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีพรรณนา โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

4.1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

สูตรการคำนวณ

คะแนนรวม = ผลรวมของคะแนนที่ได้ (Cx 50)/250 แปลผล ดังนี้

คะแนน 45 – 50 คะแนน หมายถึง ดำเนินงานได้ระดับดีเยี่ยม

คะแนน 40 – 44 คะแนน หมายถึง ดำเนินงาน
ได้ระดับดีมาก

คะแนน 35 – 39 คะแนน หมายถึง ดำเนินงาน
ได้ระดับดี

คะแนน 30 – 34 คะแนน หมายถึง ดำเนินงาน
ได้ระดับพื้นฐาน

คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน
เกณฑ์การประเมิน

4.2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus
(50 คะแนน)

สูตรการคำนวณ

คะแนนรวม = ผลรวมของคะแนนที่ได้ (Cx 50)/250
แปลผล ดังนี้

คะแนน 45 – 50 คะแนน หมายถึง ดำเนินงาน
ได้ระดับดีเด่น

คะแนน 40 – 44 คะแนน หมายถึง ดำเนินงาน
ได้ระดับดีมาก

คะแนน 35 – 39 คะแนน หมายถึง ดำเนินงาน
ได้ระดับดี

คะแนน 30 – 34 คะแนน หมายถึง ดำเนินงาน
ได้ระดับพื้นฐาน

คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน
เกณฑ์การประเมิน

4.3 ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพและ
ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (100 คะแนน)

สูตรการคำนวณ

คะแนนรวม = กระบวนการพัฒนาคุณภาพ+ผลลัพธ์
ตัวชี้วัดบริการ

แปลผล ดังนี้

คะแนน 85 – 100 คะแนน หมายถึง ดำเนิน
งานได้ระดับดีเด่น

คะแนน 80 – 84 คะแนน หมายถึง ดำเนินงาน
ได้ระดับดีมาก

คะแนน 70 – 79 คะแนน หมายถึง ดำเนินงาน
ได้ระดับดี

คะแนน 60 – 69 คะแนน หมายถึง ดำเนินงาน
ได้ระดับพื้นฐาน

คะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน
เกณฑ์การประเมิน

ผลการศึกษา

ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 2 พบว่า เขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่มี กระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบระดับดีเด่น จำนวน 24 แห่ง (ร้อยละ 33.80) รองลงมาคือระดับ ดีมาก จำนวน 20 แห่ง (ร้อยละ 28.17) แต่ยังมี โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 8.45) เมื่อพิจารณาขนาดของโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาล ขนาดกลางและขนาดใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งหมด ผลการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ พบว่า ผลลัพธ์ บริการรอบที่ 2 (เดือนพฤษภาคม 2560) ส่วนใหญ่ ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 56 แห่ง (ร้อยละ 78.87) ขนาด ของโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินส่วนใหญ่ คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ร้อยละ 85.71 ของโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ รองลงมาคือ ขนาดกลางจำนวน ร้อยละ 84.62 ของโรงพยาบาลขนาดกลาง ในขณะที่ผลการประเมิน รอบที่ 3 (เดือนสิงหาคม 2560) ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 85.92) แต่มีโรงพยาบาลที่ ไม่ผ่านเกณฑ์ คือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ร้อยละ 42.86 ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เมื่อพิจารณาความสอดคล้อง การประเมินผลลัพธ์บริการรอบที่ 2 และรอบที่ 3 พบว่า การประเมินทั้งสองรอบสอดคล้องกัน การประเมิน ผลลัพธ์บริการ รอบที่ 3 ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจาก รอบที่ 2 ร้อยละ 64.78 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนกระบวนการและผลลัพธ์บริการ NCD Clinic Plus (N= 71)

ระดับโรงพยาบาล	ผลการประเมิน				
	ดีเด่น	ดีมาก	ดี	พื้นฐาน	ไม่ผ่าน
กระบวนการพัฒนา รอบที่ 2					
เขตสุขภาพที่ 4	24 (33.80)	20 (28.17)	15 (21.13)	6 (8.45)	6 (8.45)
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	3 (42.86)	3 (42.86)	1 (14.29)	0	0
โรงพยาบาลขนาดกลาง	6 (46.15)	5 (38.46)	2 (15.38)	0	0
โรงพยาบาลขนาดเล็ก	15 (29.41)	12 (23.53)	12 (23.53)	6 (11.76)	6 (11.76)
ผลลัพธ์บริการ รอบที่ 2					
เขตสุขภาพที่ 4	0	1 (1.41)	1 (1.41)	13 (18.31)	56 (78.87)
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	0	0	0	1 (14.29)	6 (85.71)
โรงพยาบาลขนาดกลาง	0	0	0	2 (15.38)	11 (84.62)
โรงพยาบาลขนาดเล็ก	0	1 (1.96)	1 (1.96)	10 (19.61)	39 (76.47)
ผลลัพธ์บริการ รอบที่ 3					
เขตสุขภาพที่ 4	3 (4.23)	5 (7.04)	27 (38.03)	26 (36.62)	10 (14.08)
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	0	0	1 (14.29)	3 (42.86)	3 (42.86)
โรงพยาบาลขนาดกลาง	0	1 (7.69)	8 (61.54)	4 (30.77)	0
โรงพยาบาลขนาดเล็ก	3 (5.88)	4 (7.84)	18 (35.29)	19 (37.25)	7 (13.73)

ร้อยละการดำเนินงานด้านผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus พบร้อยละของการดำเนินงานด้านผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการในเขตสุขภาพที่ 4 ทำได้ดี คือ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mm.Hg. ดำเนินการได้ร้อยละ 94.67 รองลงมา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้ร้อยละ 89.33 และประเด็นตัวชี้วัดที่มีร้อยละการดำเนินงานน้อยควรเร่งพัฒนาให้ผ่านร้อยละ 50 คือ ผู้ป่วยเบาหวานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (ร้อยละ 10) ในผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (ร้อยละ 15.47)

ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง [รอบเอวมากกว่า (ส่วนสูง (ซม.)/2)] (ร้อยละ 25.33) ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (ร้อยละ 26.47) ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 28.47) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (ร้อยละ 36.35) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl (ร้อยละ 37.20) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า (ร้อยละ 43.4) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ร้อยละ 45.65) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา (ร้อยละ 45.67) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของการดำเนินงานด้านผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (N= 71)

ร้อยละของการดำเนินงานด้านผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus		ร้อยละ
1	ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	26.47
2	ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	45.65
3	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	37.20
4	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	45.67
5	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	43.40
6	ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mm.Hg.	94.67
7	ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง [รอบเอวมากกว่า (ส่วนสูง (ซม.)/2)]	25.33
8	ผู้ป่วยเบาหวานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันใน	10.00
9	กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมา	59.50
10	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	56.00
11	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	89.33
12	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	58.50
13	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	36.35
14	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	28.47
15	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	15.47

ผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus กระบวนการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ พบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์บริการ รอบที่ 2 (เดือนพฤษภาคม 2560) ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ระดับดี จำนวน 26 แห่ง (ร้อยละ 36.62) รองลงมา คือ ระดับพื้นฐาน จำนวน 20 แห่ง (ร้อยละ 18.17) และ ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 22 แห่ง (ร้อยละ 30.99) สำหรับการประเมินรอบที่ 3 (เดือนกันยายน 2560) พบว่า ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ระดับดีจำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 38.03) รองลงมา คือ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน จำนวน 26 แห่ง

(ร้อยละ 36.62) เมื่อพิจารณาความสอดคล้องของการประเมินกระบวนการพัฒนาและผลลัพธ์บริการ พบว่า สอดคล้องกัน โดยผลรวมกระบวนการพัฒนาและผลลัพธ์บริการ รอบที่ 2 และผลรวมการประเมินกระบวนการพัฒนารอบที่ 2 และผลลัพธ์บริการ รอบที่ 3 ผ่านเกณฑ์ เพิ่มขึ้นจำนวน 12 แห่ง (ร้อยละ 16.90) โดยผ่านเกณฑ์ เพิ่มขึ้นในระดับพื้นฐาน จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 15.49) ระดับดี จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 1.41) ระดับดีมาก จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 4.23) ระดับดีเด่น จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 2.81) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบและผลลัพธ์บริการ NCD Clinic Plus (N= 71)

ระดับโรงพยาบาล	ผลการประเมิน				
	ดีเด่น	ดีมาก	ดี	พื้นฐาน	ไม่ผ่าน
กระบวนการพัฒนาและผลลัพธ์บริการ รอบที่ 2					
เขตสุขภาพที่ 4	1 (1.41)	2 (2.82)	26 (36.62)	20 (28.17)	22 (30.99)
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	0	0	1 (14.29)	2 (28.57)	4 (57.14)
โรงพยาบาลขนาดกลาง	0	1 (7.69)	6 (46.15)	4 (30.77)	2 (15.38)
โรงพยาบาลขนาดเล็ก	1 (1.96)	1 (1.96)	19 (37.25)	14 (27.25)	16 (31.37)
กระบวนการพัฒนารอบที่ 2 และผลลัพธ์บริการ รอบที่ 3					
เขตสุขภาพที่ 4	3 (4.23)	5 (7.04)	27 (38.03)	26 (36.62)	10 (14.08)
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	0	0	1 (14.29)	3 (42.86)	3 (42.86)
โรงพยาบาลขนาดกลาง	0	1 (7.69)	8 (61.54)	4 (30.77)	0
โรงพยาบาลขนาดเล็ก	3 (5.88)	4 (7.84)	18 (35.29)	19 (37.25)	7 (13.73)

วิจารณ์

1. ด้านกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.1 จังหวัดที่มีการเร่งรัดดำเนินงานในไตรมาสที่ 2 จะมีผลการดำเนินงานทันเวลาของการประเมินของสำนักโรคไม่ติดต่อและเข้ารับรางวัล ในขณะที่ผลการศึกษาค้นคว้าสะท้อนการดำเนินงานทั้งปีงบประมาณ เห็นชัดเจนว่าข้อมูลประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบของโรงพยาบาล รอบที่ 2 และผลลัพธ์บริการ รอบที่ 3 ผลการประเมินแตกต่างจากการประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบของโรงพยาบาลและผลลัพธ์บริการ รอบที่ 2 จึงควรมีการศึกษากการประเมินรอบที่ 2 และ 3 ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์บริการและวัดผลปลายปีงบประมาณ เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่ตรงตามความเป็นจริงและใช้ตัดสินใจในการพัฒนางานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2 ผลการประเมินพบว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก

มีการดำเนินงานได้ในระดับดีเด่น ด้านการดำเนินงานชุมชน ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานเชื่อมโยงกับชุมชน ทฤษฎีของ Wager มีความสอดคล้องกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลระดับชุมชนมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงควรมีเกณฑ์การประเมินสำหรับการพัฒนาคลินิกโรคเรื้อรังในสถานบริการทุกขนาด และการบูรณาการระหว่างสถานบริการทุกขนาดโดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่เชื่อมโยงการดำเนินงานในชุมชนจะส่งผลต่ออัตราการเกิดโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างยั่งยืน หรือควรมีการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.3 การดำเนินงานประเมินกระบวนการมี

รูปแบบการดำเนินงานให้โรงพยาบาลประเมินตนเอง และรับรองโดยเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขที่สถานบริการในสังกัดอาจพบความเอนเอียงจากการประเมิน

รับรองด้านการรับรู้และการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินรับรองในรูปแบบการประเมินไขว้ระหว่างจังหวัดในพื้นที่

1.4 การดำเนินงาน NCD Clinic Plus คือ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์บริการ สะท้อนการเก็บข้อมูลที่ใช้ฐานประชากรในพื้นที่ที่ไม่ได้อยู่จริงได้แก่ตัวชี้วัด 1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตัวชี้วัด 11 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งตามความเป็นจริงประชากรในพื้นที่มีการเคลื่อนย้ายไปยังเมืองใหญ่ แต่ไม่ได้ย้ายภูมิลำเนา ทำให้หลายจังหวัดในพื้นที่ไม่สามารถติดตามกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยได้จึงควรมีการวัดการดำเนินงานผลลัพธ์บริการของประชาชนในชุมชนอาศัยอยู่จริง

2. ด้านการพยาบาล

2.1 พยาบาลผู้จัดการระบบบริการสุขภาพควรทบทวนความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลลงในระบบ (HDC) หลังการตรวจรักษาและการให้บริการกับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

2.2 การดำเนินงานลดภาระโรค ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลของประชาชนที่มีสุขภาพดีโดยมุ่งเน้นด้านปัจจัยเสี่ยง 4 พฤติกรรม ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย เพิ่มลดการเกิดภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง และแรงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้บุคคลากรทางการแพทย์วางแผนการรักษาได้รวดเร็วที่สุดและกลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนป่วยซึ่งจะสามารถลดการเป็นโรคได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากเจ้าหน้าที่งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมิน ร่วมรับการประเมิน กลุ่มพัฒนาวิชาการที่สนับสนุนการศึกษานี้

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan โรคไม่ติดต่อ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/>
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. ใน: สมณี วัชรสินธุ์, อัจฉรา ภักดีพินิจ, อามินะห์ จะปอ, บรรณาธิการ. รูปแบบการบริการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2560. น. 20-33.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus. ใน: สมณี วัชรสินธุ์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, เมตตา คำพิบูลย์, อัจฉรา ภักดีพินิจ, ชาญยุทธ วิทกโต, สกวรรณ แก้วกลิน, กัญชลี ทับทูน, สุภาพร พรหมจีน, อามินะห์ จะปอ, บรรณาธิการ. คู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD clinic plus ปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2559. น. 5-44.

5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรอบแนวคิดจัดการโรคเรื้อรังเพื่อพัฒนาสู่คลินิก NCD คุณภาพ. ใน: จุรีพร คงประเสริฐ, บรรณาธิการ. แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2558. น. 4-8.
6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.mtcouncil.org/>

การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี

The Develop a Collaboration Network Model for Improve the Quality of Life
on the Elderly of the District Health Board (DHB) in Saraburi Province

จำรัส ประสริ

วิสุทธิ์ สุกรินทร์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของเครือข่ายความร่วมมือ และพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี โดยใช้การวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน การสร้างเครือข่าย การกิจความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการสัมภาษณ์ กระบวนการกลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้จัดทำแบบสอบถาม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี ทั้ง 13 อำเภอ รวมทั้งหมด 273 คน ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลความหมายตามเกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะเวลาการวิจัยเดือนมกราคม 2561 ถึง สิงหาคม 2561 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย 4 ขั้นตอน คือ 1.1) ขั้นสร้างตระหนักและประสานหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรเครือข่าย 1.2) ขั้นสร้างพันธสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน 1.3) ขั้นพัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ และ 1.4) ขั้นรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง 2) องค์ประกอบของภารกิจความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 5 ประการ คือ 2.1) โครงสร้างองค์กรและคณะกรรมการ 2.2) การสร้างคุณค่าในงาน 2.3) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร 2.4) การจัดการบริการดูแลที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่ และ 2.5) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษาและการเรียนรู้ ด้านเศรษฐกิจและรายได้ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม 4) ผลการประเมินการใช้รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสระบุรี อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: เครือข่าย, ความร่วมมือ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

Abstract

The objective of this research to study the components of collaborative networks and the develop a collaboration network model for improve the quality of life on the elderly of the district health board (DHB) in Saraburi province with research and development is divided into 4 phases. Step 1. basic information, networking, collaboration for quality of life of elderly development of DHB with group interview and data analysis to apply make a questionnaire. Population and sample are 273 of DHB on 13 districts in Saraburi province. Step 2 Development of a collaborative network model for improving the quality of life for the elderly. Step 3: Experiment with the development of a collaborative network model for improving the quality of life of the elderly and step 4. evaluation of the suitability and feasibility of the model.

Data were analyzed by descriptive statistics, percentage, mean and standard deviation, interpretation based on 5 levels of assessment, and qualitative data was analyzed by content analysis. Research Period on January 2018 to August 2018. The research found that: The model for creating a collaborative network for improving the quality of life of the elderly consists of 1) the network building process. There are 4 steps. 1.1) awareness and coordination of organizations / groups / networks 1.2) promote mutual trust and cooperation 1.3) develop relationships and utilize them. and 1.4) maintaining a relationship. 2) Components of DHB collaborative network, who has 5 sub-components. 2.1) Organizational Structure and Board, 2.2) Value creation in the work, 2.3) Resource sharing and personnel development, 2.4) Management of essential care services in the context of the area, and 2.5) network and community involvement. 3) Development of quality of life for the elderly consists of 5 aspects. Health, Education and learning, Economic and revenue, Social, and environmental. 4) The results of the evaluation using the development model of the cooperation network for the development of the quality of life of the elderly on DHB in Saraburi province found that at high level.

Key words: Network, Cooperation, Quality of Life, elderly, District health board (DHB)

บทนำ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโดยเฉพาะในวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปหรือวัยสูงอายุ ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ในปี 2557 และในเดือนกุมภาพันธ์ปี 2558 ทำให้สังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตามนิยามของสหประชาชาติในปี 2568⁽¹⁾ การปรับระบบรองรับ

สังคมผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญและเร่งด่วน โดยเฉพาะด้านคุณภาพชีวิตที่ต้องจัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะที่เป็นกลไกสานพลังทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม มาร่วมกันคิดและทำงานตามแนวทางการอภิบาลแบบหุ้นส่วนในยุคสังคมเครือข่าย(Network Society) เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมากในปัจจุบันนี้⁽²⁾

ปัญหาการดำเนินงานของคณะกรรมการเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ประกอบด้วยการประชุมคณะกรรมการมักไม่ครบองค์ประชุม ขาดการติดตาม

อย่างต่อเนื่องและไม่มีแผนที่ชัดเจน การกำหนดแผนงานโครงการ มักจะมาจากภาคส่วนสาธารณสุข ภาคส่วนท้องถิ่น ประชาชนยังมีส่วนร่วมน้อย มีการเปลี่ยนรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลทำให้เกิดปัญหาการนำข้อมูลมาสังเคราะห์กำหนดเป้าหมายเจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการเขียนผลงานทางวิชาการ การคัดเลือกปัญหาพื้นที่ระดับอำเภอดำเนินการยังเป็นบทบาทของ รพสต. และ สสอ. เป็นหลัก ยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคีเครือข่ายสุขภาพอื่นที่จะต้องมีการบูรณาการกับองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือกลุ่มเป้าหมาย และการดำเนินงานงานโครงการส่วนใหญ่เป็น อสม. และผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินงาน⁽³⁾

จากรายงานสรุปผลข้อมูลผู้สูงอายุของจังหวัดสระบุรี ปี 2560 พบว่า จังหวัดสระบุรีมีจำนวนประชากรกลางปีทั้งสิ้น 638,209 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 110,260 คน คิดเป็นร้อยละ 17.36 ของประชากรทั้งหมด เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศชาย 48,803 คน และเพศหญิง 61,457 คน เป็นกลุ่มติดสังคม 106,556 คน คิดเป็นร้อยละ 96.6 กลุ่มติดบ้าน 3,125 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 และกลุ่มติดเตียง 579 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 จากสถานการณ์ดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี จึงมีนโยบายกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นเข็มมุ่งที่ 1 และในปี 2561 กำหนดให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในแต่ละอำเภอกำหนดประเด็นร่วมสำหรับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน อำเภอละ 2 ประเด็น ซึ่งพบว่ามีอำเภอที่กำหนดประเด็นเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 11 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 84.61 โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 กิจกรรมที่จัดบริการให้ที่สำคัญประกอบด้วย การจัดทำข้อมูล การตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การจัดทำแผนร่วมกันกับภาคส่วนต่างๆ การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น และการประเมินผลโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในรอบปี 2561 มีผลการดำเนินงานเท่ากับร้อยละ 91.21⁽⁴⁾

จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการบริหารระบบและกลไกการดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องให้มีคุณภาพ พร้อมทั้งนำไปกำหนดยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนแนวทางการทำงานเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพ อันจะทำให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความเข้มแข็งและมีการดำเนินงานที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาองค์ประกอบของเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี
- 2) เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้วิธีการผสมผสานระหว่างการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดรายละเอียดระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลการวิจัย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคำสั่งแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ ประจำปี 2561 จาก 13 อำเภอ ๆ ละ 21 คน รวมทั้งสิ้น 273 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหาการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก

ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 กระบวนการ/ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย ประกอบด้วย 1.1) ขั้นตอนสร้างตระหนักและประสานหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรเครือข่าย 1.2) ขั้นตอนสร้างพันธสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน 1.3) ขั้นตอนพัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ 1.4) ขั้นรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 2 ภารกิจความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย คือ 2.1) โครงสร้างองค์กรและคณะกรรมการ 2.2) การสร้างคุณค่าในงาน 2.3) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร 2.4) การจัดการที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่ และ 2.5 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน องค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3.1) ด้านสุขภาพ 3.2) ด้านการศึกษาและการเรียนรู้ 3.3) ด้านเศรษฐกิจและรายได้ 3.4) ด้านสังคม และ 3.5) ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยมีขั้นตอนการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย ภารกิจความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดำเนินการ ดังนี้

1) การศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการสร้างเครือข่าย ภารกิจความร่วมมือของเครือข่ายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พร้อมกับการศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยความสำเร็จและความคิดเห็น ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอแก่งคอย จำนวน 11 คน ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 3 คน ผู้แทนหน่วยงานภาคเอกชน จำนวน 3 คน ผู้แทนภาคประชาชน จำนวน 3 คน และสาธารณสุขอำเภอ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นการสนทนากลุ่มเชิงชักถามเชิงเหตุผลแบบปลายเปิด ประเด็นในการถามมาจาก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วกำหนดประเด็นให้ผู้ร่วมสนทนาได้แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับขั้นตอนการสร้างเครือข่าย ภารกิจความร่วมมือและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการสนทนากลุ่มมาจัดระบบหมวดหมู่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การประมวลค่าสำคัญการเชื่อมโยงระบุความหมาย การพัฒนารูปแบบ จำแนกและนำเสนอข้อมูลตามวัตถุประสงค์วิจัย และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) จากผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และด้านการสร้างเครือข่าย

2) การศึกษาความเหมาะสมขององค์ประกอบของเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ คือ 1) กระบวนการ/ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย 4 องค์ประกอบย่อย จำนวน 20 ข้อ 2) ภารกิจความร่วมมือของเครือข่าย 5 องค์ประกอบย่อย จำนวน 25 ข้อ และ 3) ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 5 องค์ประกอบย่อย จำนวน 25 ข้อ วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป ผลจากการวิเคราะห์ค่า IOC มีค่าระหว่าง 0.80 ถึง 1.00 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 โดยการจัดเก็บข้อมูลกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ จำนวน 13 อำเภอ อำเภอละ 21 คน รวมทั้งสิ้น 273 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ใช้สำหรับเก็บข้อมูลระดับความเหมาะสมขององค์ประกอบหลัก ได้แก่ ขั้น

ตอนการสร้างเครือข่าย การกิจความร่วมมือและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสระบุรี มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ แปลความหมายตามเกณฑ์ 5 ระดับ⁽⁴⁾ ได้แก่ 1.00 – 1.49 , 1.50 – 2.49 , 2.50 – 3.49, 3.50 – 4.49 และ 4.50 – 5.00 หมายถึง ระดับความสำคัญขององค์ประกอบอยู่ในระดับ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี โดย 1) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 นำเสนอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงสภาพการดำเนินงาน ปัญหา ความต้องการ และปัจจัยความสำเร็จ การดำเนินงานสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) ร่างรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสระบุรีที่ได้จากข้อเสนอความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ร่วมกันพัฒนาเป็นรูปธรรมชัดเจน และ 3) สรุปรูปแบบการพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี เพื่อนำไปทดลองตามระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี ในพื้นที่อำเภอหนองโดนจังหวัดสระบุรี ดำเนินการโดยการจัดเวทีประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจ

และประชุมกลุ่ม เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้และเข้าใจถึงกระบวนการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ระยะที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบ การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสระบุรี ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลการใช้รูปแบบคู่มือการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ทดลองใช้ในพื้นที่จริง กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอหนองโดน จำนวน 21 คน โดยการประเมินผลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามเกณฑ์ 5 ระดับ คือ 1.00 – 1.49, 1.50 – 2.49, 2.50 – 3.49, 3.50 – 4.49 และ 4.50 – 5.00 หมายถึง ความเหมาะสม /ความเป็นไปได้ของรูปแบบอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด ตามลำดับ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาองค์ประกอบหลักของรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผลการศึกษาพบว่า มี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ **องค์ประกอบที่ 1** กระบวนการ/ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1.1) ขั้นตอนตระหนักและประสานหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรเครือข่าย 1.2) ขั้นตอนพันธสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน 1.3) ขั้นตอนพัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์

1.4) ขั้นรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 2
ภารกิจความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย คือ
2.1) โครงสร้างองค์กรและคณะกรรมการ 2.2) การ
สร้างคุณค่าในงาน 2.3) การแบ่งปันทรัพยากรและการ
พัฒนาบุคลากร 2.4) การจัดการบริการดูแลที่จำเป็นตาม

บริบทของพื้นที่ และ 2.5 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและ
ชุมชน องค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูง
อายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 3.1) ด้าน
สุขภาพ 3.2) ด้านการศึกษาและการเรียนรู้ 3.3) ด้าน
เศรษฐกิจและรายได้ 3.4) ด้านสังคม และ 3.5) ด้าน
สิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความสำคัญขององค์ประกอบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

องค์ประกอบ	ความสำคัญ		
	μ	σ	แปลผล
1. ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย			
1.1 สร้างตระหนักและประสานงาน	4.19	0.53	มาก
1.2 สร้างพันธสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน	4.11	0.58	มาก
1.3 พัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์	4.20	0.56	มาก
1.4 รักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง	4.09	0.55	มาก
เฉลี่ยรวม	4.14	0.55	มาก
2. ภารกิจความร่วมมือของเครือข่าย			
2.1 โครงสร้างองค์กรและคณะกรรมการ	4.21	0.52	มาก
2.2 การสร้างคุณค่าในงาน	4.08	0.58	มาก
2.3 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร	4.08	0.56	มาก
2.4 การจัดการบริการดูแลที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่	4.10	0.58	มาก
2.5 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน	4.10	0.56	มาก
เฉลี่ยรวม	4.11	0.56	มาก
3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ			
3.1 ด้านสุขภาพ	4.22	0.54	มาก
3.2 ด้านการศึกษาและการเรียนรู้	4.13	0.57	มาก
3.3 ด้านเศรษฐกิจและรายได้	4.09	0.57	มาก
3.4 ด้านสังคม	4.11	0.61	มาก
3.5 ด้านสิ่งแวดล้อม	4.15	0.62	มาก
เฉลี่ยรวม	4.14	0.58	มาก

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบหลักของรูปแบบฯ โดยรวมทุกองค์ประกอบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยเมื่อเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยพบว่า องค์ประกอบกระบวนการ/ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับองค์ประกอบด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 ($\sigma = 0.55$ และ 0.58) และองค์ประกอบภารกิจความร่วมมือของเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 ($\sigma = 0.56$) เมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบหลักทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก สรุปได้ดังนี้

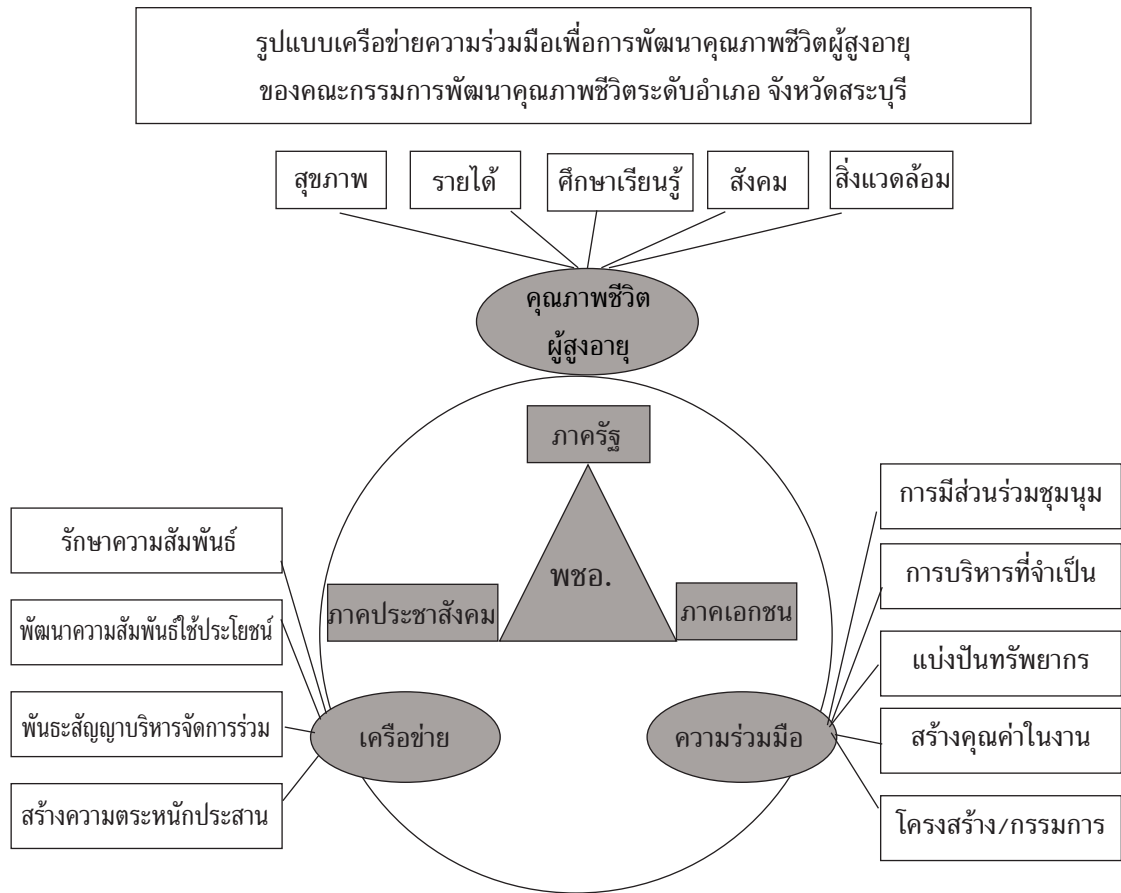
- 1) องค์ประกอบด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทุกขั้นตอน โดยขั้นตอนการพัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.20 ($\sigma = 0.56$) ตามด้วยขั้นสร้างความตระหนักและประสานงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ($\sigma = 0.53$) ขั้นการสร้างพันธมิตรสัญญา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 ($\sigma = 0.58$) และขั้นรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 4.09 ($\sigma = 0.55$)

- 2) องค์ประกอบด้านภารกิจความร่วมมือของเครือข่าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านโครงสร้างองค์กรและ

คณะกรรมการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.20 ($\sigma = 0.52$) ตามด้วยด้านการจัดการบริการดูแลที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่ กับ ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 เท่ากัน ($\sigma = 0.58$ และ 0.56) ส่วนองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากัน แต่ก็อยู่ในระดับมากได้แก่ ด้านการสร้างคุณค่าในงาน กับ ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 ($\sigma = 0.58$ และ 0.56)

- 3) องค์ประกอบด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อเรียงลำดับรายด้านจากมากไปหาน้อย พบว่าด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.22 ($\sigma = 0.52$) รองลงมา ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการศึกษาและการเรียนรู้ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจและรายได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 ($\sigma = 0.62$), 4.13 ($\sigma = 0.57$), 4.11 ($\sigma = 0.61$) และ 4.09 ($\sigma = 0.57$) ตามลำดับ

2. ผลการสร้างและพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสระบุรี สรุปได้ดังภาพข้างล่างนี้



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของรูปแบบ
เครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

องค์ประกอบ	ความเหมาะสม			ความเป็นไปได้		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.กระบวนการ/ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย						
1.1 สร้างตระหนักและประสานงาน	4.31	0.05	มาก	4.12	0.01	มาก
1.2 สร้างพันธมิตรสัญญา/บริหารจัดการร่วม	4.19	0.16	มาก	4.18	0.11	มาก
1.3 พัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์	4.20	0.10	มาก	4.12	0.05	มาก
1.4 รักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง	4.23	0.15	มาก	4.18	0.04	มาก
เฉลี่ยรวม	4.23	0.11	มาก	4.15	0.09	มาก
2.ภารกิจความร่วมมือของเครือข่าย						
2.1 โครงสร้างองค์กรและคณะกรรมการ	4.26	0.14	มาก	4.08	0.04	มาก
2.2 การสร้างคุณค่าในงาน	4.12	0.08	มาก	4.19	0.09	มาก
2.3 การแบ่งปันทรัพยากร/พัฒนาบุคลากร	4.15	0.09	มาก	4.20	0.07	มาก
2.4 การจัดบริการที่จำเป็นตามบริบทพื้นที่	4.14	0.50	มาก	4.16	0.06	มาก
2.5 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน	4.19	0.16	มาก	4.05	0.12	มาก
เฉลี่ยรวม	4.17	0.19	มาก	4.13	0.07	มาก
3.การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ						
3.1 ด้านสุขภาพ	4.23	0.15	มาก	4.12	0.09	มาก
3.2 ด้านการศึกษาและการเรียนรู้	4.26	0.14	มาก	4.16	0.09	มาก
3.3 ด้านเศรษฐกิจและรายได้	4.15	0.08	มาก	4.15	0.03	มาก
3.4 ด้านสังคม	4.18	0.09	มาก	4.18	0.05	มาก
3.5 ด้านสิ่งแวดล้อม	4.20	0.03	มาก	4.19	0.04	มาก
เฉลี่ยรวม	4.20	0.05	มาก	4.16	0.06	มาก

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินรูปแบบด้านความเหมาะสม และความเป็นไปได้ แสดงให้เห็นว่า โดยรวมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ทุกองค์ประกอบ เมื่อวิเคราะห์แต่ละด้านสามารถอธิบายได้ดังนี้

ด้านความเหมาะสม พบว่าโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทุกองค์ประกอบ โดยความเหมาะสมด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.23 (S.D.= 0.11) รองลงมาคือด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 4.20 (S.D.= 0.05) และด้านการกิจความร่วมมือของเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 4.17 (S.D.=0.19) ตามลำดับ

ส่วนด้านความเป็นไปได้ของรูปแบบ พบว่าโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยความเป็นไปได้ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.16 (S.D.= 0.01) รองลงมาคือ กระบวนการ/ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 (S.D.= 0.09) และด้านการกิจความร่วมมือของเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 4.13 (S.D.=0.07) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. จากการวิเคราะห์องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถสรุปและอภิปรายได้ดังนี้

1.1 จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของกระบวนการขั้นตอนในการสร้างเครือข่าย เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นสร้างตระหนักและประสานหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กร 2) ขั้นสร้างพันธสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน 3) ขั้นพัฒนาความสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ และ 4) ขั้นรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁵⁾ ที่ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อคุณภาพการจัดการศึกษาใน

โรงเรียนประถมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า กระบวนการ/ขั้นตอนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ประกอบด้วย 1) ขั้นตระหนักถึงความจำเป็นในการสร้างเครือข่าย ก่อนสร้างเครือข่าย ควรมีการเตรียมกลุ่มหรือเตรียมเครือข่าย สร้างความตระหนัก แก่สมาชิกในองค์กร มีความซื่อสัตย์ และจริงใจต่อกัน 2) ขั้นประสานหน่วยงาน/ องค์กร เครือข่ายมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง 3) ขั้นสร้างพันธสัญญาร่วมกัน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์และข้อตกลงร่วมกัน และดำเนินการตามแผนอย่างเป็นระบบ 4) ขั้นบริหารจัดการเครือข่าย โดยกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน 5) ขั้นพัฒนาความสัมพันธ์และการใช้ประโยชน์ มีการสร้างนวัตกรรมใหม่และการจัดการความรู้ที่ต่อเนื่องมีเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุป และทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ 6) ขั้นรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง มีการเสริมสร้างผู้นำรุ่นใหม่ ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาภายในเครือข่าย รักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน

1.2 จากผลการศึกษาภารกิจเครือข่ายความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยผลการประเมินชี้ให้เห็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของ 5 ปัจจัยสำคัญ คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง 3) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร 4) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น 5) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและ ชุมชน โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ ในการพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้การดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และชุมชน

1.3 จากผลการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและรายได้ ด้านการศึกษาและเรียนรู้ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ ภัทรวรรณ นิลแก้ววรวิชัย⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่าสำหรับผู้สูงอายุไทยสิ่งที่ต้องการมากที่สุดก็คือความสุข ซึ่งเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันประกอบด้วย 3 เสาหลัก ที่ต้องบูรณาการร่วมกัน คือเสาหลักที่ 1 สุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย จิตสังคม และปัญญา จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจ เสาหลักที่ 2 การมีส่วนร่วมกับสังคม มีชีวิตชีวา ไม่ห่อเหี่ยว จะต้องได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น สร้างปฏิสัมพันธ์ โดยเป็นได้ทั้งการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ให้มีอาชีพเสริม หรือทำประโยชน์กับผู้อื่นทำให้มีคุณค่า และเสาหลักที่ 3 ความมั่นคง การมีรายได้ที่เพียงพอจะดูแลตัวเอง จนถึงบั้นปลายชีวิต มีความปลอดภัย มีครอบครัวอบอุ่น มีชุมชนและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

2. ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จากผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพบว่ามีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ขององค์หลัก ทั้งกระบวนการ/ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย ภารกิจความร่วมมือของเครือข่ายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของศิริดา บุรชาติ⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพบัณฑิต

สาขาครุศาสตร์/ศึกษาศาสตร์ ของสถาบันอุดมศึกษา พบว่าประสิทธิผลของการใช้รูปแบบคือ 1) ผลการประเมินบรรลุตามวัตถุประสงค์ของรูปแบบ 2) ผลการประเมินมีความตรงตามสภาพการณ์ปัจจุบัน 3) รูปแบบมีคุณภาพด้าน ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และอรรถประโยชน์ และ 4) ผู้ใช้รูปแบบมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ กระบวนการ/ขั้นตอนการสร้างเครือข่าย ภารกิจความร่วมมือของเครือข่ายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุจำนวน 14 องค์ประกอบย่อย 70 ตัวชี้วัด มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือกลุ่มวัยอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการบริหารระบบ และกลไกการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้อย่างเข้มแข็ง และมีการดำเนินงานที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถนำรูปแบบที่ได้นี้ไปใช้เป็นแนวทาง หรือกำหนดเป็นนโยบาย แผนงาน/โครงการ สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนผู้สูงอายุหรือประชาชนกลุ่มวัยอื่นๆ

2) ควรมีการนำรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ไปใช้กับประชาชนกลุ่มวัยต่างๆ ในแต่ละอำเภอเพื่อเปรียบผลการศึกษา ระหว่างกลุ่มวัยและอำเภอ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2559. กรุงเทพฯ; 2559.
2. อ่ำพล จินดาวัฒนะ. สานพลังรับมือสังคมผู้สูงอายุ. ปฏิรูปสุขภาพ สานพลัง; 2559.
3. สุริย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และ สุทธิพร ชมภูศรี. กระบวนการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System :DHS) อย่างเป็นเอกภาพ จังหวัดพะเยา. สสจพะเยา; 2558.
4. รายงานสรุปผลข้อมูลผู้สูงอายุของจังหวัดสระบุรี ปี 2560. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; 2561
5. พิสิฐ เทพไกรวัล. การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อคุณภาพการจัดการศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษาขนาดเล็ก. ดุษฎีนิพนธ์ศึกษาศาสตร์ ดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย , มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
6. สวัสดิ์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. วารสารกรมสุขภาพจิต, 5(3), 4-11; 2541.
7. ภัทรวรรณ นิลแก้ววรวิชัย รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. ดุษฎีนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี; 2559
8. ศิริดา บุรชาติ. การวิจัยและพัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพบัณฑิต สาขาครุศาสตร์/ศึกษาศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษา. วารสารวิจัย มข. 4:101; 2554.

รายงานการสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี พฤษภาคม 2561

Investigation Report of A Fatal Case of Dengue Hemorrhagic Fever in Wihan Daeng District, Saraburi Province, May 2018

นพพรช พุ่มมณี

Narapat Pummancee

ธนันธร แพงจักร

Thananontorn Pangchak

วนิดา เสนาพรหม

Wanida Saenaprom

สินธรา ชันดี

Sinthara Khantee

นิชภา ตรัยชัยศรี

Nichapa Trichaisri

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 4 Saraburi

บทคัดย่อ

การสอบสวนเพื่อยืนยันการระบาดของโรค ลักษณะการเกิดโรค แหล่งโรคและวิธีถ่ายทอดโรค โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย ค้นหาผู้ป่วยรายอื่นตามคำนิยาม สภาพสิ่งแวดล้อมสุขภาพ ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการสอบสวนโรค พบผู้ป่วยเพศชาย อายุ 68 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เดินทางกลับภูมิลำเนาที่ ม.4 ต.หนองพวง อ.ประทาย จ.นครราชสีมา วันที่ 12 พฤษภาคม 2561 เริ่มป่วย 14 พฤษภาคม 2561 มีอาการไข้ ไม่ได้รับการรักษาหรือซื้อยากินเอง วันที่ 16 พฤษภาคม 2561 รักษาโรงพยาบาลประทาย ตรวจพบ Dengue Ns1 Ag: +ve, Plt 7,000 cells/mm³ แพทย์วินิจฉัย Dengue Shock Syndrome ส่งผู้ป่วยรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีอาการไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ภาวะช็อค หนาวสั่น ท้องเสีย ถ่ายเหลว ผลการตรวจ Dengue Ag: +ve, Hct=31.6%, WBC=12,000 cells/mm³, Plt=10,000 cells/mm³ เสียชีวิตวันที่ 19 พฤษภาคม 2561 เวลา 00.30 น. ไม่พบผู้ป่วยอื่นในพื้นที่ จากรายงาน 506 ปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยเกินค่ามาตรฐานย้อนหลัง 5 ปี ยืนยันว่ามีระบาด ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มวัยเรียนตอนต้น พบผู้ป่วยรายแรกวันที่ 4 มีนาคม 2561 รายที่ 3, 5-6 และ 9-11 วันที่ 1-26 เมษายน 2561 จำนวน 6 ราย ถือว่าป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน พบผู้ป่วยในบ้านพักพนักงานบริษัท 7 ราย กระจายในบ้านพัก โซน B C F G รวม 4 โซน จากทั้งหมด 7 โซน มีจำนวนห้องพักทั้งหมด 1,729 ห้อง จำนวนผู้พักอาศัย 3,192 คน ผู้ป่วยอาศัยอยู่ B 15 และบ้านที่อยู่ติดบ้านผู้ป่วยจำนวน 22 ห้อง เป็นบ้านไม้ชั้นเดียวไม่มีมุ้งลวด ไม่มีห้องน้ำในบ้าน ใช้ห้องน้ำร่วมกัน สภาพสิ่งแวดล้อมค่อนข้างแออัด ไม่ถูกสุขลักษณะ มีเศษขยะ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก อับชื้นค่อนข้างมืดทึบ สภาพสิ่งแวดล้อม มีเศษขยะ มีรางท่อระบายน้ำอยู่หน้าบ้าน มีกลิ่นเหม็น ในบ้านมีผู้อาศัยอยู่ทั้งหมด 5 คน บริเวณบ้านแขวนลูกใหญ่ กรงรัง เหมาะต่อการพักอาศัยของยุงลายตัวแก่ บ้านผู้ป่วยไม่พบลูกน้ำยุงลาย บ้านในรัศมี 100 เมตร ค่า HI = 2.61 ค่า CI = 2.54 ค่า BI = 2.61 ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน การระบาดของโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ ทั้งหมดน่าจะรับเชื้อมาจาก ในพื้นที่ การควบคุมป้องกันโรคไม่สามารถทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้เป็นศูนย์ ดังค่า HI = 2.61 ค่า CI = 2.54 ค่า BI = 2.61 รวมทั้งประชาชนไม่ตระหนักในการกำจัดลูกน้ำยุงลายให้หมดไป อีกทั้งสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านเอื้อต่อการเกิดโรค

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, สอบสวน, ควบคุมป้องกันโรค

Abstract

This investigation is to confirm the outbreak of Dengue Hemorrhagic fever in Wiharn Daeng District , Saraburi. This study consist studying of the occurring of the disease ,sources and disease transmission. By studying the illness history of this patient as well as illness history of other patients by definition, including environmental sanitation, index of prevalence of mosquito larvae, laboratory tests and other investigation result.

This 68-year-old male had no history of any previous illness ,never had any history of dengue fever. He came back to his home on May 12, 2018 and he start to have fever on May 14, 2018. He did not have any treatment or recieve any medication. On May 16, 2018, he attended Praty Hospital and the investigation revealed Dengue Ns1 Ag: + ve, Plt 7,000 cells / mm³. The diagnosis was Dengue Shock Syndrome and he was then refered to Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital . The history findings there was fever, muscle aches, chills, diarrhea . Investigation findings was Dengue Ag results: + ve, Hct = 31.6%, WBC = 12,000 cells / mm, Plt = 10,000 cells / mm. He died on 19 May 2018 at 00.30. There is no other report about this disease at this time in this area. And from the report 506 revealed the outbreak in the early school age group. The first patients was found on March 4, 2018, and case no. 3, 5-6 and 9-11 were found on 1-26 April 2018, 6 cases were diagnosed at the same period of time. 7 patients were found in the company home in 4 zones B,C,F and G, from the overall 7 zones. There were 1,729 rooms with about 3,192 persons occupied . This patient lived at Zone B15 with the surrounding 22 houses which was a single storey wooden house with no mosquito net ,no bathroom inside the house. There was a shared bathroom. The environment is quite crowded, not being hygienic, there was a lot of debris, damp. The environment was crowed with debris, and there is still water drainage in front of the house, and very bad odour. There are 5 people staying with the patient in this house. There were hanging large bags which is suitable for mosquitoes living. In the surrounding 100 meter the HI values was 2.61, CI = 2.54, BI = 2.61, which was not higher than standard.

The source of this dengue hemorrhagic fever outbreak should occurred from local area. The mosquitoes breeding sites could not be elemiated properly to zero as shown by HI = 2.61, CI = 2.54, BI = 2.61. The local people did not realize the importance of mosquito elimination . Both indoor and outdoor environments also contribute to occurring ,transmission and spreading of the disease.

Keywords: dengue, Investigation, disease control

บทนำ

กลุ่มโรคติดเชื้อเด็งกีเป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดสูงจากข้อมูลสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค วันที่ 26 มิถุนายน 2561 ในภาพประเทศ พบผู้ป่วยสะสม 22,539 ราย อัตราป่วย 34.24 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 29 ราย อัตราตาย 0.044 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.13 เขตสุขภาพที่ 4 (อันดับ 7 ของประเทศ) ผู้ป่วยสะสม 1,878 ราย อัตราป่วย 35.68 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 8 ราย ปทุมธานี 2 ราย พระนครศรีอยุธยา 3 ราย (ไม่เข้า รง.506 1 ราย) นนทบุรี 2 ราย สระบุรี 1 ราย (ไม่เข้า รง.506 1 ราย) อัตราตาย 0.15 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.43 อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง 1:0.87 กลุ่มอายุ 10-14 ปี อัตราป่วยสูงสุด 118.12 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี และ 15-24 ปี อัตราป่วย 79.02 และ 70.82 ต่อประชากรแสนคน อาชีพที่พบสูงสุดคือ นักเรียน ร้อยละ 48.03 รองลงมาคือ รับจ้างและไม่ทราบ/ในปกครอง ร้อยละ 29.98 และ 10.06 ตามลำดับ ซึ่งมีจังหวัดและอำเภอที่เปิด EOC ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี มี 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนนทบุรี, อำเภอบางบัวทอง, และอำเภอปากเกร็ด จังหวัดปทุมธานี มี 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองปทุมธานี, อำเภอลองหลวง, อำเภอธัญบุรี และอำเภอลำลูกกา, จังหวัดสระบุรี มี 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอหนองแค และอำเภอวิหารแดง⁽¹⁾

เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2561 เวลา 08.13 น. ทีมสอบสวนโรคสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ได้รับแจ้งจากทีมตระหนักรู้อาการ (SAT) พบผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออกเสียชีวิต จำนวน 1 ราย เป็นชายไทย อายุ 68 ปี เริ่มป่วยวันที่ 12 พฤษภาคม 2561 อาชีพพนักงานบริษัท ที่อยู่ขณะป่วย หมู่ 7 ตำบลวิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี จากการตรวจสอบพบว่าเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี จึงได้ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิหารแดง ลงพื้นที่ออกสอบสวนโรค วันที่ 22 พฤษภาคม 2561

เวลา 11.00 น.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นหน่วยงานวิชาการ ในด้านการป้องกันควบคุมโรค ได้เล็งเห็นความสำคัญปัญหาการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคติดเชื้อเด็งกีที่เกิดขึ้นในเขตพื้นที่ ในความรับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 จังหวัด และมีการเสียชีวิตในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จึงได้ดำเนินการสอบสวนโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการระบาดของโรค
2. เพื่อหาสาเหตุของการระบาดของโรค
3. เพื่อศึกษาลักษณะการเกิดโรค แหล่งโรคและวิธีถ่ายทอดโรค
4. เพื่อหาแนวทางในการควบคุมและป้องกันการระบาด การแพร่กระจายของโรค

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาและรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับ การสอบสวนโรคและการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

1. ศึกษาโรคระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รายละเอียดอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยการสัมภาษณ์ญาติ และผู้เกี่ยวข้อง

1.2 ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในหมู่ 7 ตำบลวิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยสอบถามเพื่อนบ้าน และผู้นำหมู่บ้าน มีผู้ป่วยเพิ่มเติมหรือไม่ รวมทั้งสอบถามถึงอาการป่วย ระยะเวลาการป่วย มีนิยามการป่วยของโรค (Dengue hemorrhagic fever) และตามประเภทผู้ป่วย (Case Classification)^(2,3) ดังนี้

- ผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected case) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิก คือ ไข้เกิดขึ้น อย่างเฉียบพลันและสูงลอยประมาณ 2-7 วัน และไม่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจระหว่างวันที่ 1 - 31 พฤษภาคม 2561

- ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกร่วมกับการทดสอบ ทุรันเกิดให้ผลบวกและมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยยืนยัน

- ผู้ป่วยที่ยืนยัน (Confirmed case) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกร่วมกับมีอาการเลือดออกต่ำโต การมีภาวะการมีไหลเวียนโลหิตล้มเหลวหรือช็อก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีเกล็ดเลือดลดลงและ Hematocrit สูงขึ้น

2. ศึกษาสภาพสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล โดยวิธีการสังเกต บริเวณบ้านผู้ป่วย คุ่มบ้านใกล้เคียง หมู่บ้าน วัด โรงเรียน และบ้านญาติผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรค แหล่งโรคและแนวโน้มการเกิดและการกระจายของโรค

3. ศึกษาค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย โดยการสำรวจในหมู่บ้าน บ้านผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้มาประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรค แหล่งโรคและแนวโน้มการเกิดและการกระจายของโรค

4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria) โดยการตรวจ Dengue NS1, Dengue Ag, Dengue IgM, Dengue IgG, Complete Blood count (CBC) ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อดูค่า Platelet (count), W.B.C., และ Hct. PCR Rapid Test เพื่อสนับสนุนและยืนยันคำวินิจฉัยของแพทย์

ผลการศึกษา

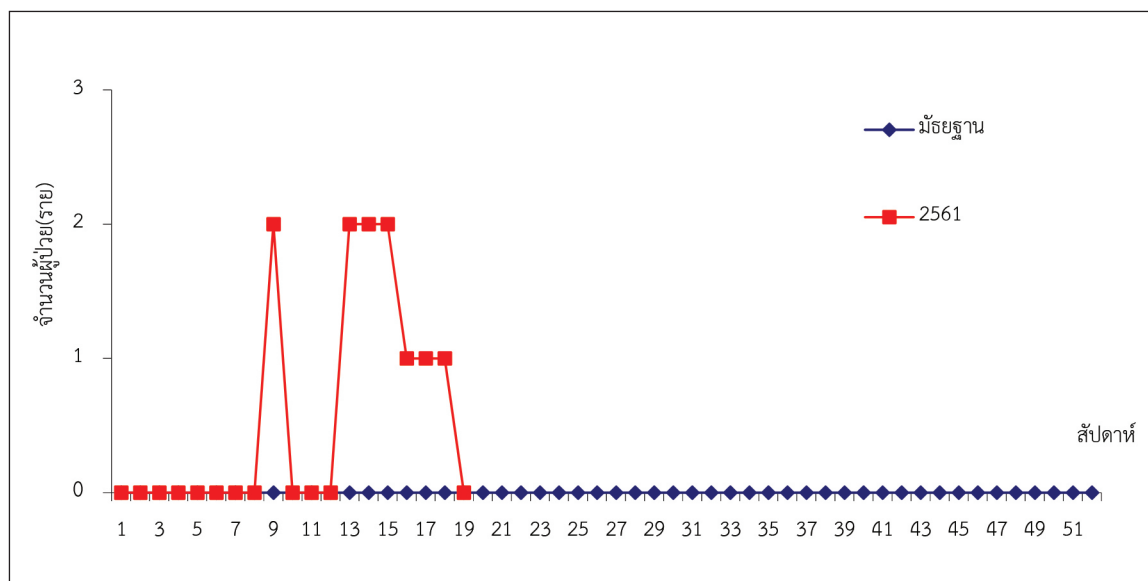
1. ยืนยันการวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 68 ปี ส่วนสูง 175 เซนติเมตร น้ำหนัก 65 กิโลกรัม มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) คือ 21.2 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยไม่มีประวัติเคยป่วยหรือสงสัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมาก่อน ผู้ป่วยเดินทางกลับภูมิลำเนาที่หมู่ 4 ตำบลหนองพวง อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ในวันที่ 12 พฤษภาคม 2561 เริ่มป่วยวันที่ 14 พฤษภาคม 2561 มีอาการไข้ ไม่ได้รับการรักษาหรือซื้อยากินเองวันที่ 16 พฤษภาคม 2561 รักษาโรงพยาบาลประทาย ผลทางห้องปฏิบัติการ Dengue Ns1 Ag : positive Plt 7,000 cells/mm³ แพทย์วินิจฉัย Dengue Shock Syndrome โรงพยาบาลประทาย ส่งต่อผู้ป่วยรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ป่วยมีอาการ ไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ภาวะช็อค หาวสั้น ท้องเสีย ถ่ายเหลว ผลทางห้องปฏิบัติการ Dengue Ag: positive, Dengue IgG: Negative, Dengue IgM: Negative Hct=31.6% WBC=12,000 cells/mm³ Plt=10,000 cells/mm³ และเสียชีวิต ในวันที่ 19 พฤษภาคม 2561 เวลา 00.30 น. ซึ่งผู้ป่วยที่ยืนยัน (Confirmed case) โรคไข้เลือดออก

2. ยืนยันการระบาด

ตั้งแต่วันที่ 1- 31 พฤษภาคม 2561 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิหารแดง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารแดง ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยรายอื่นๆ ในพื้นที่โดยสอบถามอาการแสดงตามนิยามที่กำหนดไว้ปรากฏว่า ไม่พบผู้ป่วยด้วยอาการดังกล่าว และจากการทบทวนระบบเฝ้าระวังโรค (รง.506) ตั้งแต่เดือนมกราคม 2561 พบว่า มีผู้ป่วยไข้เลือดออกในพื้นที่จำนวน 11 ราย เริ่มป่วยตั้งแต่ 4 มีนาคม - 26 เมษายน 2561 และการป่วยในครั้งนี้ มีผู้ป่วยเกินค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ในช่วงเวลาเดียวกันจึงยืนยันว่ามีการระบาด ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกตำบลลิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ปี พ.ศ. 2561
เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี จำแนกรายสัปดาห์



ที่มา: โปรแกรมเฝ้าระวังโรค 506 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

3. ข้อมูลทั่วไป

บ้านพักของผู้ป่วยพักที่บ้านพักบริษัท ตั้งอยู่หมู่ 7 บ้านเกาะเสมอ ตำบลลิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี เป็นพื้นที่บ้านพักสำหรับพนักงาน แบ่งพื้นที่บ้านพัก ทั้งหมด 7 โซน (A – F) จำนวน 1,729 ห้อง มีประชากรทั้งหมด 3,192 คน ผู้ป่วยพักอยู่โซน B 15 ดังรูปที่ 3

4. ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

4.1 ลักษณะการกระจายของโรคตามลักษณะบุคคล

พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก หมู่ 7 ตำบลลิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี จำนวน 12 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:1 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยเรียนตอนต้น (อายุ 6-15 ปี) และวัยทำงาน (อายุ 21-60 ปี) อาชีพส่วนใหญ่เป็นนักเรียน ร้อยละ 50 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกระจายของโรคไข้เลือดออก หมู่ 7 ตำบลวิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี
จำแนกตามลักษณะบุคคล ปี พ.ศ. 2561

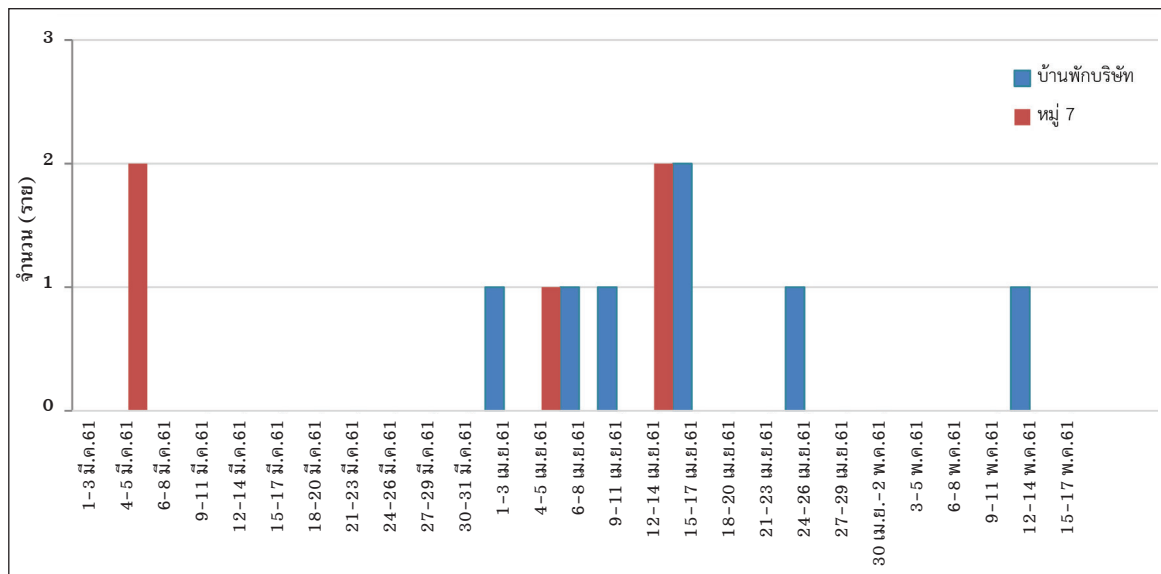
ลักษณะบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	6	50.0
- ชาย	6	50.0
กลุ่มอายุ (ปี)		
- วัยเด็ก ต่ำกว่า 5 ปี	1	8.3
- วัยเรียนตอนต้น 6-15 ปี	4	33.3
- วัยเรียนตอนปลาย 16-20 ปี	2	16.8
- วัยทำงาน 21-60 ปี	4	33.3
- วัยผู้สูงอายุ 61 ปีขึ้นไป	1	8.3
อาชีพ		
- นักเรียน	7	53.3
- รับจ้าง	3	25.0
- ไม่ได้ทำงาน	2	16.7

ที่มา : โปรแกรมเผ่าระวังโรค 506 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี (วันที่ 23/5/61)

4.2 ลักษณะการกระจายตามเวลา

ผู้ป่วยรายแรกวันที่ 4 มีนาคม 2561 และพบผู้ป่วย รายที่ 3, 5-6 และ 9-11 วันที่ 1-26 เมษายน 2561 จำนวน 6 ราย ถือว่าป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน ส่วน รายสุดท้ายเริ่มป่วยเดือนพฤษภาคม 2561 ดังรูปที่ 2

รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยใช้เลือดออกจำแนกตามวันเริ่มป่วย หมู่ที่ 7 บ้านเกาะเสมอ ตำบลวิหารแดง อำเภอลำเภอบึง จังหวัดสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 17 พฤษภาคม 2561

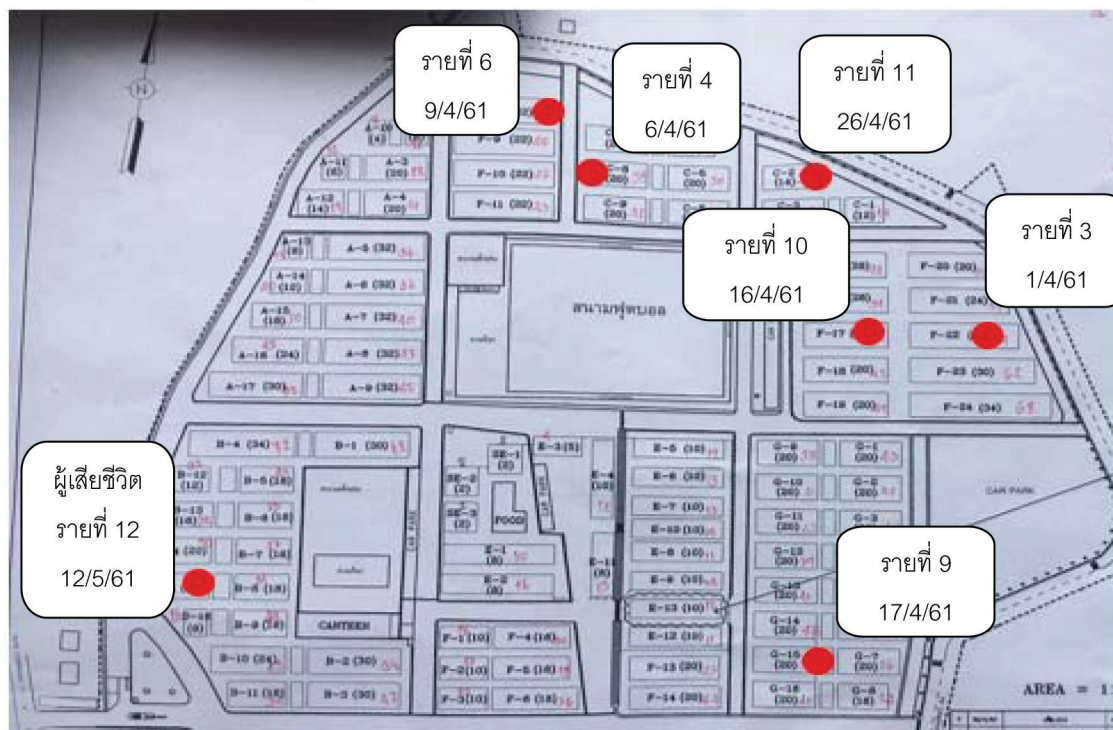


ที่มา: โปรแกรมเฝ้าระวังโรค 506 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี (วันที่ 23/5/61)

4.3 ลักษณะการกระจายตามสถานที่

ผู้ป่วยในบ้านพักพนักงานบริษัท จำนวน 7 ราย และวันเริ่มป่วย กระจายในบ้านพัก โซน B C F G รวม 4 โซน จาก 7 โซน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 1- 2, 5, 7-8 อาศัยอยู่นอกบ้านพักบริษัท ดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 แผนที่แสดงพื้นที่เกิดโรคในบ้านพักพนักงานบริษัท



5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5.1 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล A (วันที่ 16/5/61)

- Dengue Ns1 Ag: positive
- Plt 7,000 cells/mm³

5.2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล B (วันที่ 16/5/61)

- Dengue Ag: positive, Dengue IgG: Negative, Dengue IgM: Negative Hct=31.6% WBC=12,000 cells/mm³ Plt=10,000 cells/mm³ แพทย์วินิจฉัย Dengue Shock Syndrome

6. ผลการศึกษาสภาพสิ่งแวดล้อม

6.1 ลักษณะบ้านพักและสิ่งแวดล้อม

บ้านพักพนักงานในบริษัท แบ่งเป็น 7 โซน มีจำนวนห้องพักทั้งหมด 1,729 ห้อง จำนวนผู้พักอาศัย 3,192 คน เป็นบ้านพักชั้นเดียว สภาพแวดล้อมโดยทั่วไป

ค่อนข้างแออัด ไม่ถูกสุขลักษณะ มีเศษขยะ ภาชนะสกปรก ระบายน้ำไม่ดี อับชื้น ค่อนข้างมืดทึบ เหมาะกับการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ผู้ป่วยอาศัยอยู่ B 15 เป็นบ้านไม้ชั้นเดียว สภาพแออัด ค่อนข้างทึบ อับชื้น ไม่มีมุ้งลวด และไม่มีห้องน้ำในบ้าน ใช้ห้องน้ำร่วมกัน มีผู้อาศัยอยู่ทั้งหมด 5 คน คือ ลูกสาว ลูกชาย หลาน 2 คน และผู้ป่วย ภายในบ้านไม่มีภาชนะเก็บน้ำขังรอบๆ บริเวณบ้าน แวนสูงใหญ่ รกรุงรัง เหมาะต่อการพักอาศัย ของยุงลายตัวแก่ บ้านที่อยูติดบ้านผู้ป่วย จำนวน 22 ห้อง สภาพสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปไม่มีเศษขยะ มีรางท่อระบายน้ำอยู่หน้าบ้าน มีกลิ่นเหม็น

6.2 ศึกษาค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย/แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

ดำเนินการลงพื้นที่สอบสวนโรค วันที่ 22 พฤษภาคม 2561 เวลา 11.00 น. ซึ่งทางพื้นที่ได้มีมาตรการป้องกันควบคุมโรคเบื้องต้นแล้ว ผลสำรวจพบว่า

- บ้านผู้ป่วย จำนวนภาษาหนึ่งที่สำรวจทั้งหมด จำนวน 2 ชั้น ไม่พบลูกน้ำยุงลาย

- บ้านในรัศมี 100 เมตร จำนวนทั้งหมด 1,115 หลัง เข้าสำรวจได้ 842 หลัง คิดเป็นร้อยละ 75.5 บ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย จำนวน 22 หลัง สำรวจภาษาหนึ่งที่ทั้งหมด 867 ชั้น พบลูกน้ำยุงลาย 22 ชั้น ค่า HI = 2.61 ค่า CI = 2.54 ค่า BI = 2.61 ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้คือ สำหรับชุมชน ต้องมีค่า HI น้อยกว่า 10 ⁽⁴⁾

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิหารแดงร่วมกับบริษัท ดำเนินการผลพ่นละอองฝอยขนาดเล็ก (ULV) เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2561 และ 11 พฤษภาคม 2561 พ่นหมอกควัน วันที่ 21 - 22 พฤษภาคม 2561

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิหารแดงร่วมกับบริษัท และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำรวจลูกน้ำยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย บริเวณบ้านพักในรัศมี 100 เมตร วันที่ 0 3 7

3. วันที่ 27 พฤษภาคม 2561 ทำประชาคมในบริเวณบ้านพัก และอบรมสร้างอาสาสมัครชุมชน เพื่อให้อาสาสมัครสามารถดูแลป้องกัน เฝ้าระวังโรคในพื้นที่

4. บริษัททำความสะอาดที่ระบายน้ำบริเวณบ้านพัก และ big cleaning day ทุกวันอาทิตย์

5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สนับสนุนทรายที่มีฟอส และให้ความรู้เรื่องโรคให้กับพื้นที่

วิจารณ์

การระบาดของโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ พบผู้ป่วยทั้งหมด 12 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดน่าจะรับเชื้อมาจากในพื้นที่ เนื่องจากมีผู้ป่วย

รายแรกวันที่ 4 มีนาคม 2561 (รายที่ 3 ของทั้งหมด) ซึ่งเป็นนักเรียนรายแรกของบ้านพักบริษัท และพบผู้ป่วยรายที่ 5-6 และ 9-12 วันที่ 1-26 เมษายน - 14 พฤษภาคม 2561 จำนวน 6 ราย ในพื้นที่เดียวกัน ถือว่าป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน การควบคุมป้องกันโรค ไม่สามารถทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้หมดสิ้น ดังค่า HI = 2.61 ค่า CI = 2.54 ค่า BI = 2.61 หลังเกิดโรคหลายราย ยังไม่เป็น 0 รวมทั้งประชาชนไม่ตระหนักในการกำจัดลูกน้ำยุงลายให้หมดไป อีกทั้งสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านเอื้อต่อการเกิดโรค

ข้อเสนอแนะ

1. เน้นการประชาสัมพันธ์และจัดทำประชาคมหมู่บ้านเพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และเกิดความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกชุมชน

2. เมื่อมีผู้ป่วยไข้เลือดออก ควรมีการประสานระหว่างหน่วยงานและชุมชนให้มากยิ่งขึ้น และให้รวดเร็วทันเวลา

3. ควรตรวจและซ่อมบำรุงเครื่องพ่นหมอกควันเป็นประจำ เพื่อไม่ให้มีปัญหาด้านการจัดการ เครื่องพ่นหมอกควัน หรือมีแผนสำรองกรณีเครื่องพ่นเสีย อาจใช้สเปรย์ฉีดฆ่ายุงเฉพาะในบ้านที่พบผู้ป่วยก่อน

4. ให้พื้นที่ได้เฝ้าระวังโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่องอีกเป็นเวลา 4 สัปดาห์

5. ณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง เน้นหนักช่วงก่อนและฤดูระบาด (ฤดูฝน) โดยเฉพาะในสถานที่พักพนักงานบริษัท

6. ทบทวน/ถอดบทเรียน กรณีมีการระบาดในโรงงาน เพื่อวางแผนทางการป้องกันโรคครั้งต่อไป

ปัญหาและอุปสรรค

1. การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนยังน้อย
2. โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มียุ่งยากเป็นพาหะ ดังนั้นการควบคุมต้องเน้นที่การจัดลูกน้ำยุงลาย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน
3. ชุมชนขาดความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนั้นจึงควรมีการติดตามเยี่ยม กระตุ้นเตือน และประชาสัมพันธ์ โดยเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชนตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหามากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้ศึกษาขอขอบคุณ ทีม SRRT ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิหารแดง และโรงพยาบาลวิหารแดงที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานครั้งนี้ รวมถึงญาติผู้ป่วยและประชาชนในชุมชนที่ให้ความสะดวกในการสอบสวนโรค และควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก สัปดาห์ที่ 34 (ข้อมูล ณ วันที่ 29 มิถุนายน 2561) ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SATEOC) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี.
2. ฝ่ายพัฒนามาตรฐานและวิจัยทางระบาดวิทยา โรคติดต่อ.สำนักระบาดวิทยา.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรายงานโรคที่มีความสำคัญสูง ประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก:http://www.boe.moph.go.th/files/report/20121008_18818829.pdf
3. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดต่อประเทศไทย 2544. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.boe.moph.go.th/publication/2544/cdsur/title.htm>
4. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. โรคไข้เลือดออก ค่า HI (House index) และ CI (Container Index). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2561] เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/phdb2017/force_down.php?f_id=194

การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

The administration of the executive committee of local health security
fund in Wiset Chai Chan District, Ang Thong province

วิโรจน์ เอี่ยมระหงษ์

Wirot Iamrahong

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง และ 2) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพกับการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ดำเนินการวิจัยด้วยการวิจัยเชิงบรรยาย เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง จำนวน 249 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ตอน คือ 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 2) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ และ 3) ข้อมูลการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าเฉลี่ย ได้แก่ สถิติทดสอบค่าที (t-test) และสถิติทดสอบความแปรปรวน (ANOVA) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมีความรู้ในด้านการมีนโยบายดูแลสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนทุกกลุ่มวัย (รวมกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ) มากที่สุด ส่วนใหญ่มีความรู้ในระบบหลักประกันสุขภาพอยู่ในกลุ่มคะแนนระดับปานกลาง

2. ส่วนใหญ่คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมีการดำเนินงานโดยได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการหรือกิจกรรมบริการที่สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญห และมีประสิทธิภาพการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ สถานภาพการสมรส การศึกษา รายได้ และอาชีพ ที่ต่างกัน มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านศาสนาที่แตกต่างกัน มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้ระหว่างกลุ่มคะแนนระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล, ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ, จังหวัดอ่างทอง

Abstract

This study was the descriptive research, with objective to study about the administration of the executive committee of the local health security fund and comparison study of the personal factor, factor of knowledge on local health security fund with the performance of the executive committee of local health security fund in Wiset Chai Chan District, Ang Thong province. The sample groups were 249 executive committee members of local health security fund in Wiset Chai Chan District, Ang Thong Province. Data were collected using a set of questionnaire on personal data, knowledge of local health security fund and data of administration of executive committee of local health security fund. The analysis relied on basic statistics, t-test and analysis of variance (ANOVA). The results of the study were as follows:

1. Most of executive committee members of local health security fund had knowledge about health care policy. They had a middle level of knowledge about the health security system.
2. Most of executive committee members of local health security fund operated by supporting the implementation of projects or services that promote health and disease prevention and participated in the collection of health problems in the area. The results were at high level.
3. The difference of gender, age, time of residency, marriage, bachelor degree, and income per month of the executive committee members on the performance of the executive committee of local health security fund were not significantly different at the 0.05 level. While, the difference of religion of the sample groups on the performance of the executive committee of local health security fund was significant different at the 0.05 level.
4. The performance of executive committee members of local health security fund categorized various knowledge on health security system levels was significantly different at the 0.001 level.

Keywords: Local Health security Fund, Knowledge on health security, Ang Thong province

บทนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น⁽¹⁾ กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47⁽²⁾ ในการดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการประชุมระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อยกร่างหลักเกณฑ์การสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลดำเนินการและบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดอ่างทอง รวม 7 อำเภอ มี 43 กองทุน เป็นเทศบาล จำนวน 21 กองทุน องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 43 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนเทศบาล/อบต. ในพื้นที่ จังหวัดอ่างทอง⁽³⁾

อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ประกอบด้วย 15 ตำบล มีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรวม 16 กองทุน เป็นเทศบาล จำนวน 7 กองทุน องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 9 กองทุน สมัครงบร่วมดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลครบทุกแห่ง โดยแต่ละกองทุนมีการสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลแตกต่างกันตามขนาดของกองทุนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและมีคณะกรรมการบริหารกองทุนตำบลซึ่งแต่งตั้งตามหลักเกณฑ์ดำเนินการบริหารกองทุนตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 จนถึงปัจจุบัน⁽³⁾

ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง เพื่อสะท้อนปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งสามารถทำให้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ประสบผลสำเร็จเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพกับการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกคน ในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง จาก 15 ตำบล 16 กองทุน รวม 249 คน เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นและปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและพื้นที่⁽⁴⁾ โดยคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ เป็นผู้ตอบแบบสอบถามและตอบกลับ ระหว่างวันที่ 18 พฤศจิกายน 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2560 แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีลักษณะคำถามแบบ

ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 18 ข้อ ตอบถูกต้อง ได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินระดับความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามหลักของบลูม⁽⁶⁾ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 15-18 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 11-14 คะแนน) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 11 คะแนน) และส่วนที่ 3 การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดำเนินงานตามนโยบายของกองทุนสุขภาพตำบลในดำเนินแผนงาน โครงการ สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พ้นพสุภาพ และสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นในพื้นที่ จำนวน 14 ข้อ 2) การบริหารจัดการงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล จำนวน 2 ข้อ และ 3) การมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ จำนวน 4 ข้อ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบว่ากองทุนสุขภาพตำบล ดำเนินการหรือมีกิจกรรมเกี่ยวกับกองทุนสุขภาพตำบล เกิดขึ้นตามนโยบายดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่หรือไม่ ถ้ามีการดำเนินการ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่มีการดำเนินการ เท่ากับ 0 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามหลักของบลูม⁽⁶⁾ ได้แก่ มีประสิทธิภาพสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 16-20 คะแนน) มีประสิทธิภาพปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 11-15 คะแนน) และ มีประสิทธิภาพต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 11 คะแนน) ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้มีค่าความเชื่อมั่นรายฉบับเท่ากับ 0.83 โดยส่วนที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 ส่วนที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบค่าที (t-test) และสถิติทดสอบความแปรปรวน (ANOVA)

ผลการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ทั้งหมด 15 ตำบล จำนวน 16 กองทุน รวมทั้งสิ้น 249 คน ได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีผลการศึกษาดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพตำบล และการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 249 คน พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 51.41 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 31.73 อาศัยอยู่ในพื้นที่มาเป็นเวลา 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.59 สถานภาพสมรส ร้อยละ 67.07 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.80 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 30.12 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 32.13 และประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 35.34

1.2 ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพตำบล คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลส่วนใหญ่มีความรู้ในเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.02 รองลงมา ในระดับสูง ร้อยละ 23.69 และในระดับต่ำ ร้อยละ 21.29 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความรู้รายข้อ พบว่าประเด็นที่มีความรู้มากที่สุด คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีนโยบายดูแลสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนทุกกลุ่มวัย (รวมกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ) ร้อยละ 98.80 รองลงมา หน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลประกอบด้วยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพิจารณาโครงการ ตลอดจนติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการ ร้อยละ 97.59 และ

องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ หรือเทศบาลตำบล จะต้องสมทบทุนให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ร้อยละ 93.98 ตามลำดับ โดยข้อที่มีความรู้ที่น้อยที่สุดคือ หน่วยบริการไม่สามารถขอรับ

งบประมาณจากกองทุน เพื่อจัดบริการในสถานพยาบาลได้ เช่น ฝากครรภ์ การให้วัคซีนเด็กเล็ก ฟันฟูสมรรถภาพ ผู้พิการ การแพทย์แผนไทย ร้อยละ 24.10 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีนโยบายดูแลสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนทุกกลุ่มวัย (รวมกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ)	246	98.80	3	1.20
2. งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สามารถนำไปใช้สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟันฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็น	230	92.37	19	7.63
3. งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ไม่สามารถนำไปใช้ในการก่อสร้างสถานบริการทางสาธารณสุขได้	156	62.65	93	37.35
4. งบประมาณของกองทุนมาจาก 2 แหล่งหลัก คือ เงินสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขที่ได้รับสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเงินสมทบหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายกำหนด	229	91.97	20	8.03
5. องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ หรือเทศบาลตำบล จะต้องสมทบทุนให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	234	93.98	15	6.02
6. องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก จะต้องสมทบทุนให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	229	91.97	20	8.03
7. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี นับจากวันที่ สปสช.ออกคำสั่งแต่งตั้ง	179	71.89	70	28.11
8. หน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ประกอบด้วยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพิจารณาโครงการตลอดจนติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการ	243	97.59	6	2.41

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำเป็นต้องปฏิบัติตามข้อระเบียบ การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และจัดทำบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด	169	67.87	80	32.13
10. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมใดๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	163	65.46	86	34.54
11. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เน้นการดำเนินงานในชุมชนเป็นหลัก	219	87.95	30	12.05
12. การสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ให้กับโครงการควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายที่ควรให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ได้รับบริการด้านสุขภาพทั่วถึงมากขึ้น	223	89.56	26	10.44
13. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ควรมีการประชุมอย่างน้อย 2 เดือนต่อครั้ง เพื่อให้มีการติดตามผลการดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง	164	65.86	85	34.14
14. การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยภาครัฐไม่สามารถดำเนินการได้เพียงหน่วยงานเดียว แต่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน	218	87.55	31	12.45
15. โครงการที่ทำงานร่วมพิจารณาสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ไม่เน้นเฉพาะด้านการปรับปรุงสิ่งก่อสร้าง เพื่อการเข้าถึงบริการได้สะดวกและทั่วถึง	174	69.88	75	30.12
16. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับประชาชนในพื้นที่เป็นหลัก	151	60.64	98	39.36
17. หน่วยบริการไม่สามารถรองรับงบประมาณจากกองทุน เพื่อจัดบริการในสถานพยาบาลได้ เช่น ฝากครรภ์ การให้วัคซีนเด็กเล็ก ฟันฟูสมรรถภาพผู้พิการการแพทย์แผนไทย	60	24.10	189	75.90
18. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมีการใช้จ่ายงบประมาณอย่างน้อย 80% ของเงินในบัญชีทั้งหมดในปีงบประมาณนั้นๆ	118	47.39	131	52.61

1.3 การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีประสิทธิภาพสูง ร้อยละ 60.24 รองลงมาอยู่ในกลุ่มประสิทธิภาพปานกลาง ร้อยละ 33.33 และอยู่ในกลุ่มประสิทธิภาพต่ำ ร้อยละ 6.43 ตามลำดับ โดยมีการดำเนินงานมากที่สุด เรื่องการให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ หรือกิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เช่น การควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นต้น ร้อยละ 100 รองลงมาคือ คณะกรรมการบริหาร

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหาร้อยละ 93.17 และคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สนับสนุนให้ชุมชนร่วมสำรวจ และเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ร้อยละ 91.97 ตามลำดับ และร้อยละที่น้อยที่สุดที่มีการดำเนินงาน คือ การสนับสนุนงบประมาณด้านการศึกษาดูงานเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ร้อยละ 61.85 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามการดำเนินงานบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	ดำเนินการ		ไม่ได้ดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการดำเนินงานตามนโยบายของกองสุขภาพตำบล				
1. การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจะต้องมีการทำประชาคมในพื้นที่ เพื่อขอความคิดเห็นจากประชาชน และผู้เกี่ยวข้อง	211	84.74	38	15.26
2. คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล คัดเลือกมาจากเสียงข้างมากของประชาชนในหมู่บ้าน	179	71.89	70	28.11
3. คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลได้มีการศึกษาแนวคิด และวิธีการดำเนินงานกองทุนก่อนได้รับการแต่งตั้ง	214	85.94	35	14.06
4. คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหาร้อยละ	232	93.17	17	6.83
5. คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สนับสนุนให้ชุมชนร่วมสำรวจ และเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	229	91.97	20	8.03
6. คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ได้นำข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ มาวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชน	217	87.15	32	12.85

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพตำบล	ดำเนินการ		ไม่ได้ดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลรวบรวมปัญหาที่ได้จากการทำประชาคม และเลือกปัญหาที่มีความเร่งด่วนเพื่อนำมาจัดทำโครงการเสนอคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพฯ	225	90.36	24	9.64
8. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี เช่น ในด้านโภชนาการ เป็นต้น	202	81.12	47	18.88
9. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ได้ให้การสนับสนุนกลุ่มเป้าหมายเด็กอายุ 6 ถึง 25 ปี เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การสร้างแกนนำเยาวชนต่อต้านยาเสพติดในชุมชน เป็นต้น	213	85.54	36	14.46
10. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ได้ให้การสนับสนุนกลุ่มเป้าหมายผู้ใหญ่ อายุ 25 ปีขึ้นไป เช่น การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น	206	82.73	43	17.27
11. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ได้ให้การสนับสนุนกลุ่มเป้าหมายหญิงมีครรภ์ในชุมชน เช่น การจัดตั้งกองทุนตำบลนมแม่ เป็นต้น	168	67.47	81	32.53
12. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ได้ให้การสนับสนุนกลุ่มเป้าหมายเน้นในกลุ่มผู้พิการ และทุพพลภาพในชุมชน เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือแก่ผู้พิการ หรือเบี้ยยังชีพแก่ผู้พิการได้ครอบคลุม เป็นต้น	199	79.92	50	20.08
13. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ หรือกิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค เช่น การควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นต้น	249	100.00	0	0.00
14. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในชุมชนของท่าน ได้ให้การสนับสนุนการสร้างทีมดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เช่น การสร้างทีมหมอครอบครัว เป็นต้น	195	78.31	54	21.69
ด้านการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล				
15. เทศบาล/อบต.ได้สมทบเงินอุดหนุนให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลน้อยกว่าเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด	160	64.26	89	35.74

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพตำบล	ดำเนินการ		ไม่ได้ดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
16. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สนับสนุนงบประมาณด้านการ ศึกษาทุนเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่	154	61.85	95	38.15
17. มีการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกคณะ กรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	223	89.56	26	10.44
18. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สนับสนุนให้ประชาชนใน ชุมชนดำเนินการเอง เช่น โครงการเพื่อช่วยเหลือเพื่อน เป็นต้น	182	73.09	67	26.91
19. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สนับสนุนการดำเนินงานของ ชมรมต่างๆ ในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น	223	89.56	26	10.11
20. มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (ทั้ง ภาครัฐ เอกชน และชุมชน) ในการจัดการสุขภาพชุมชนอย่าง ยั่งยืน และเหมาะสมในพื้นที่ เช่น กิจกรรมรณรงค์สวมใส่หมวก กันน็อก	199	79.92	50	20.08

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพกับการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

2.1 การเปรียบเทียบการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ สถานภาพ การศึกษา รายได้ และอาชีพ ที่ต่างกัน มีการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านศาสนาที่ต่างกัน มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value} = 0.04$) โดยประชากรศึกษาที่นับถือศาสนาพุทธมีค่าเฉลี่ยการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสูงกว่าประชากรศึกษาที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งประชากรศึกษาที่นับถือศาสนาพุทธ มีค่าเฉลี่ย 16.43 และประชากรศึกษาที่นับถือศาสนาอิสลาม มีค่าเฉลี่ย 12.33 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพตำบล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (N=249)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	Mean	SD	P-value
เพศ				
ชาย	121	16.20	3.79	0.43*
หญิง	128	16.55	3.27	
อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 30	22	16.55	2.91	0.53**
31-40	36	15.61	3.81	
41-50	79	16.84	3.12	
51-60	73	16.29	3.81	
61 ปีขึ้นไป	39	16.26	3.81	
ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ (ปี)				
ต่ำกว่า 10 ปี	46	15.76	3.38	0.09**
11-20 ปี	15	17.73	2.91	
21-30 ปี	39	16.41	2.84	
31-40 ปี	33	15.30	4.52	
41 ปีขึ้นไป	116	16.75	3.48	
สถานภาพสมรส				
โสด	62	16.03	3.28	0.34**
คู่	167	16.57	3.52	
แยก/หย่า	9	14.67	5.43	
หม้าย	11	16.82	2.99	
ศาสนา				
พุทธ	246	16.43	3.47	0.04**
อิสลาม	3	12.33	6.66	
การศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	15.00	-	0.14**
ประถมศึกษา	31	16.94	2.67	
ม.ต้น	37	16.51	3.31	
ม.ปลายหรือเทียบเท่า	45	15.40	4.43	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	Mean	SD	P-value
อนุปริญญา	21	15.33	3.72	
ปริญญาตรี	75	17.11	3.06	
ปริญญาโท	39	16.15	3.72	
รายได้				
ต่ำกว่า 5000	36	15.22	3.71	0.08**
5001-10000	80	16.48	3.51	
10001-15000	32	17.03	3.77	
15001-20000	31	17.58	2.91	
20001-25000	13	15.46	4.68	
มากกว่า 25000	57	16.18	3.13	
อาชีพ				
ข้าราชการ	88	16.65	3.25	0.08**
รัฐวิสาหกิจ	9	17.44	3.20	
ลูกจ้าง	39	16.20	3.18	
เกษตรกรรวม	46	16.89	3.06	
ค้าขาย	14	17.50	3.78	
แม่บ้าน	4	16.00	2.45	
รับจ้าง	37	15.51	4.21	
ธุรกิจส่วนตัว	12	13.75	5.01	

* วิเคราะห์โดยใช้สถิติ t-test

** วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ANOVA

2.2 การเปรียบเทียบการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้ พบว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้ ระหว่างกลุ่มคะแนนระดับสูง ปานกลาง และต่ำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($F=8.911$, $p=0.001$) ผลการ

ทดสอบภายหลัง (Post-hoc analysis) พบว่า กลุ่มที่มีคะแนนในระดับสูงมีการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนในระดับปานกลางและระดับต่ำ กลุ่มที่มีคะแนนในระดับปานกลาง มีการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนในระดับต่ำ ดังตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน

ระดับความรู้	N	Mean	SD
ระดับสูง	53	17.85	2.75
ระดับปานกลาง	137	16.36	3.10
ระดับต่ำ	59	15.12	4.49
รวม	249	16.38	3.53

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	208.27	104.14	8.911	0.001***
ภายในกลุ่ม	246	2844.71	11.69		
รวม	248	3082.98			

*** p < 0.001

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน

ระดับความรู้	Mean	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ระดับสูง	17.85	*	*	
ระดับปานกลาง	16.36	*		
ระดับต่ำ	15.12			

* p < 0.05

วิจารณ์

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มคะแนนระดับปานกลาง ดังนั้น ควรจะส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ในระดับที่สูงขึ้นหรืออยู่ในกลุ่มช่วงคะแนนในระดับสูง เพราะความรู้เรื่องการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพตำบล ถือได้ว่าเป็นพื้นฐานสำหรับการขับเคลื่อนการทำงานให้ประสบความสำเร็จได้ ดังที่ผลการวิจัยของธรรมาภิบาล, วรรณรัตน์ ลาวัณ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, วัฒนา บันเทิงสุขและปิ่นเรศ ศาสตรอม (6) ได้ศึกษาคุณภาพการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในชุมชน: บทเรียนจากไทย พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานที่สำคัญปัจจัยแรก คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและทีมงานมีความรู้ความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพ นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีประสิทธิภาพสูง ซึ่งคณะกรรมการฯ ทุกตำบลภายในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง จะได้รับการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกปี สอดคล้องกับการติดตามประเมินผลกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนให้มีประสิทธิภาพ มีการกำหนดเกณฑ์ประเมินไว้ 3 หมวด คือ การบริหารจัดการกองทุน การมีส่วนร่วม และผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยมีระดับการประเมินเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ A+ 90 – 100 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้ ระดับ A 70 – 89 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี ระดับ B 50 – 69 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง และระดับ C น้อยกว่า 50 คะแนน เป็นกองทุนที่ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา (4)

การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศกับการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล พบว่า เพศต่างกันมีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกัน

สุขภาพไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของณิชนันท์ งามน้อย และพีระพลรัตน์ (7) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพราะการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ เป็นลักษณะงานที่สนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และการสร้างกลไกในสังคมที่จะต้องเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ให้เข้ามาร่วมบริหารจัดการระบบสุขภาพร่วมกัน ซึ่งเพศหญิงหรือชายก็สามารถบริหารจัดการกองทุนได้เช่นเดียวกัน

การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล พบว่า อายุ ระยะเวลาอาศัยในพื้นที่ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา รายได้ต่อเดือน และอาชีพที่แตกต่างกัน มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุชีวา ศรีบุญเรือง และรัฐบุรุษ คัมภีร์พัย (8) ได้ศึกษาการดำเนินนโยบายสาธารณะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเทศบาลนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และอาชีพ พบว่าประชาชนที่มีเพศ อายุ และอาชีพที่ต่างกัน มีการดำเนินงานนโยบายสาธารณะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเทศบาลนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านศาสนาที่ต่างกัน มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยประชากรศึกษาที่นับถือศาสนาพุทธมีการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสูงกว่าประชากรศึกษาที่นับถือศาสนาอิสลาม

การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้ระหว่างกลุ่มคะแนนระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีคะแนนในระดับสูงมีการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนในระดับต่ำและระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของประภาส สุนันท์⁽⁹⁾ ที่พบว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่มีความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในระดับต่ำ จะมีส่วนร่วมในระดับต่ำในการบริหารจัดการกองทุนฯ ในทำนองเดียวกันเมื่อคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมีความรู้เกี่ยวกับกองทุนฯ ในระดับสูงก็จะมีส่วนร่วมมากในการบริหารกองทุนฯ

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษพบว่าระดับความรู้ที่ต่างกันมีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพต่างกัน และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ใน กลุ่มปานกลาง ดังนั้นกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในอำเภอวิเศษชัยชาญ ควรส่งเสริมสนับสนุนหรือจัดประชุม/อบรมเพื่อให้ความรู้แก่คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และควรส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมประชุม/อบรมเรื่อง เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลด้วย

2. ผลการศึกษพบว่าด้านการสนับสนุนงบประมาณการศึกษาฐานเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ พบว่ายังมีการดำเนินงานน้อยที่สุด ดังนั้นควรจัดสรรงบประมาณการศึกษาฐานเพื่อการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้น

3. ควรให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพ เข้ามามีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อการบริหารงานแบบสหวิชาชีพ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชน

4. ควรเพิ่มบทบาทของผู้แทนที่มาจากภาคส่วนชุมชนให้มากขึ้น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อปท. ร่วมกันเป็นพี่เลี้ยง

5. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยจัดในระดับจังหวัดหรือระดับเขตเพื่อเพิ่มศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554; กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;2550.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น); กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เดือนตุลา;2550.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จังหวัดอ่างทอง ปีงบประมาณ 2560; อ่างทอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง; 2560.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2557); กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัดพิมพ์; 2557.

5. Bloom, B. S. et al. **Hand book on formation and summative evaluation of student learning**. New York:McGraw Hill. 1971.
6. รัชนี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, วัฒนา บันเทิงสุข, ปิ่นนเรศ กาศอดม. **วิจัยประเมินผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้นแบบ; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2551.**
7. ณิชนันท์ งามน้อย และพีระพล รัตนะ. **ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี. วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559;10(1), 96-105.**
8. สุชีวา ศรีบุญเรือง และรัฐบุรุษ คุ่มทรัพย์. **การดำเนินนโยบายสาธารณะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเทศบาลนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยาลัยนครราชสีมา, 2559; มกราคม 2559, 55-67.**
9. ประภาส สุนันท์. **ความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.**

ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

Knowledge and Self Care Behaviors Among Type 2 Diabetes Patients
at Naphai Subdistrict Health Promotion Hospital, Muang District,
Chaiyaphum Province

อณัญญา ลาลูน*

(Ananya Lalun)

ไพฑูรย์ วุฒิสโส *

(Pitool Wuttiso)

ธรรณิทธิ์ คุณแขวน*

(Torrarin Khunkhavan)

สิริศักดิ์ อาจวิชัย**

(Sirisak Ardwichai)

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ (Faculty of Nursing, Rajabhat Chaiyaphum University)

**คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ (Faculty of Education, Rajabhat Chaiyaphum University)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จำนวน 142 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.61 อายุอยู่ระหว่าง 41 - 60 ปี ร้อยละ 52.81 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 39.43 มีระยะเวลาของการเป็นโรค มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 68.30 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 84.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.8 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.1 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 31.8 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 10.2

คำสำคัญ: ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research is a survey study. The purpose of this study was to study knowledge about diabetes and health care behaviors of type 2 diabetic' patients in Naphai Subdistric Health Promotion Hospital, Muang District, Chaiyaphum Province. The Subjects were 142 individuals diagnosed with type 2 diabetes patients who were registered at Naphai Subdistric Health Promotion Hospital. The research instrument were a self-report questionnaire asking about personal data, knowledge, and health care behaviors of type 2 diabetic' patients. Data were analyzed using percentage, mean and standard deviation. The study indicated that almost of the participants were female (67.61%) and age between 41 - 60 years old (52.81%). Income below 3,000 baht (39.43%), Most of participants (68.30%) were type 2 DM more than 5 years. Knowledge score was good level and health care behaviors score was moderate level.

keywords: Knowledge, Health care behavior, Type 2 diabetes

บทนำ

ปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก และโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังสำคัญที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศต้องร่วมมือดำเนินการควบคุมอย่างเข้มงวดเนื่องจากเป็นโรคที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตและส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย และโรคเบาหวานถือว่าเป็นโรคที่มีความสำคัญยิ่งในลำดับต้นๆ ของประเทศไทยโดยผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดขึ้นเรื้อรังและเฉียบพลัน⁽¹⁾ เช่น การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไตและเท้า เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมอันเนื่องมาจากอัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน⁽²⁾ โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษาตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งจัดทำโดย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในปีพ.ศ. 2560 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564)⁽³⁾ จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2550 – 2557 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่าในปี 2553 ถึง 2557 มีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกโรค⁽⁴⁾

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง เป็นต้น ส่งผลต่อจากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของคนในปัจจุบัน ดังนั้นบุคคลากรด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญในการให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ทำให้ลดโอกาสหรือระยะเวลาการดำเนินของโรค⁽⁵⁾ ถึงแม้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคหนึ่งที่มีการรักษาโดยการให้ยา และการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์อื่นๆ แล้วผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตเพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมายตามการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบ

ด้วยการควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกายเหมาะสมและเพียงพอ การรักษาและการใช้ยา การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพจิตตนเองและการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁽⁶⁾ ดังนั้นในการควบคุมโรคเบาหวานสิ่งที่สำคัญ คือการควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญต่อการป้องกันความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญส่วนใหญ่ เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีแผนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรค สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง⁽⁷⁾

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องจัดการดูแลตนเองในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ จากข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิระหว่างปี 2554 - 2559 พบว่าโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 5 อันดับปัญหาทางสุขภาพของประชากรในจังหวัดชัยภูมิและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2554 มีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2,593.96 ต่อแสนประชากรปี พ.ศ. 2556 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2,915.69 ต่อแสนประชากรปี พ.ศ. 2558 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4,259.49 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4,966.35 ต่อแสนประชากร⁽⁸⁾ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จัดเป็นแหล่งเรียนรู้และแหล่งฝึกปฏิบัติที่สำคัญ ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อประโยชน์ในการแก้ปัญหา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 220 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Yamane⁽⁹⁾ จำนวน 142 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะดังนี้ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้จากการศึกษาเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้องของเครื่องมือ ข้อคำถามมีค่าระหว่าง 0.79-0.87 ประกอบด้วยเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาการป่วย
2. แบบวัดความรู้โรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ โดยแบบวัดความรู้มีลักษณะดังนี้ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 0-49	หมายถึง	มีความรู้ระดับต่ำ
คะแนนร้อยละ 50-74	หมายถึง	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป	หมายถึง	มีความรู้ระดับดี

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คำถามเป็น 4 ด้าน คือ การควบคุมอาหาร จำนวน 4 ข้อ ด้านการออกกำลังกายจำนวน 4 ข้อ ด้านการใช้ยาจำนวน 4 ข้อ และด้านการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไปจำนวน 4 ข้อ รวม 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scales) มี 3 ตัวเลือก ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความเชิงบวก

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

ข้อความเชิงลบ

ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผลระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0.00-0.66	หมายถึง	มีการดูแลตนเองระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 0.67-1.33	หมายถึง	มีการดูแลตนเองระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.34- 2.00	หมายถึง	มีการดูแลตนเองระดับดี

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัย ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ล่วงหน้า 1-2 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมายชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียดการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจ เพื่อให้เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลโดยผู้วิจัย ติดตามเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.61 เพศชาย ร้อยละ 32.39 ส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 52.81 รองลงมา ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.66 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 59.15 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 39.4 รองลงมา 3,001-5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 34.50 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นโรค มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 68.30 และมีระยะเวลาเป็นโรค 1-5 ปี ร้อยละ 31.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=142)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	32.39
หญิง	96	67.61
อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	5	3.52
41-60 ปี	75	52.82
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	62	43.66
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	84	59.15
มัธยมศึกษา, ปวช.	45	31.70
ปวส หรือปริญญาตรีขึ้นไป	13	9.15
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	56	39.44
3,001-5,000 บาท	49	34.50
5,001- 10,000 บาท	28	19.72
มากกว่า10,001-บาท	9	6.34
ระยะเวลาการป่วย		
1-5 ปี	45	31.70
มากกว่า 5 ปี	97	68.30

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 67.60 รองลงมาความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 19.71 ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับความรู้ระดับดี ร้อยละ 12.67 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ระดับความรู้โรคเบาหวาน	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	28	19.71
ระดับปานกลาง	96	67.60
ระดับดี	18	12.67

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุด คือด้านการดูแลสุขภาพตนเองเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 85.2 รองลงมา คือด้านการใช้ยาเรื่องทานยาตรงตามแพทย์สั่งทุกครั้ง ร้อยละ 74.6 และด้านการควบคุมอาหาร เรื่องทานรับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ ร้อยละ 62.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.
ด้านการควบคุมอาหาร					
1. ทานรับประทานอาหารประเภทของทอด ตัดมันหรือแกงกะทิ	9.2	57.7	33.1	1.76	0.60
2. ทานรับประทานประเภทผักและผลไม้	46.5	52.8	0.7	2.46	0.51
3. ทานรับประทานอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด	16.2	60.6	23.2	1.93	0.62
4. ทานรับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ	62.0	34.5	3.5	2.58	0.56
ด้านการออกกำลังกาย					
5. ทานออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	28.2	47.9	23.9	2.04	0.72
6. ทานออกกำลังกายหลังอาหาร 1-2 ชั่วโมง	7.7	33.1	59.2	1.49	0.63
7. ทานออกกำลังกายนาน 20-30 นาทีต่อครั้ง	23.2	47.2	29.6	1.94	0.72
8. ในแต่ละวันส่วนใหญ่ท่านจะนอนดูทีวี หลีกเลียงการออกกำลังกาย	23.2	47.9	28.9	1.94	0.72
ด้านการใช้ยา					
9. ท่านมักลืมรับประทานยาเบาหวาน	11.3	40.8	47.9	1.63	0.67
10. ท่านรับประทานยาตรงตามแพทย์สั่งทุกครั้ง	74.7	21.7	3.6	2.71	0.53
11. ท่านเคยหยุดรับประทานยาเบาหวานเอง	12.0	13.4	74.6	1.37	0.69
12. ท่านนำยาเบาหวานติดตัวขณะออกนอกบ้าน	61.3	35.2	3.5	2.58	0.56
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง					
13. ท่านควบคุมอาหารอยู่เสมอ	81.7	16.9	1.4	2.80	0.43
14. ท่านดูแลและทำความสะอาดเท้าอยู่เสมอ	79.6	18.3	2.1	2.77	0.46
15. ท่านไม่ได้ตรวจสุขภาพตาทุกปี	33.8	35.2	31.0	2.03	0.80
16. ท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	85.2	13.4	1.4	2.84	0.40

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-60 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มากกว่า 5 ปี ส่วนในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายผาย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและอยู่ในพื้นที่ชนบท ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยบางรายอาจพักอาศัยเพียงคนเดียวหรือกับบุตรหลาน ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพได้ไม่ทั่วถึง จึงอาจทำให้การดูแลตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร รวมถึงการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพในแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป จึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานนั้นอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องของการรับประทานอาหารน้อยที่สุด ดังนั้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ⁽¹⁰⁾ และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพราะหากผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองให้สูงขึ้น⁽¹¹⁾ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้ง่าย นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญนำไปสู่การแสวงหาความรู้ในด้านสุขภาพและสามารถนำมาปรับใช้และนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เนื่องจากบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็นำมาซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นต้น

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุด คือ ด้านการดูแลสุขภาพตนเองเรื่อง การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง รองลงมา คือ ด้านการใช้ยาเรื่องทานรับประทานยาตรงตามแพทย์สั่งทุกครั้ง และด้านการควบคุมอาหาร เรื่องทานรับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการรับประทานยาหรือฉีดยาอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองภาพรวมอยู่ในระดับสูง⁽¹³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี⁽⁷⁾ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีอายุมาก และระยะเวลาการป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่จึงทำให้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตมีประสบการณ์ในการเรียนรู้สำหรับการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และมีความรู้ความเข้าใจ และมีความตระหนักเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น จึงอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมาก

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่และบริเวณใกล้เคียงที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน
2. ควรนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยกึ่งทดลองหรือทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานหรือพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

เอกสารอ้างอิง

1. ทวีโชค โจนอาร์มภักกุล. การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด โรงพยาบาลไชโย.วารสาร การแพทย์และสาธารณสุข เขต2. 2556; (3)1: 21-26.
2. ชัชลิต รัตตสาร.สถานการณ์ปัจจุบันและความ ร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ในประเทศไทย.[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2562]; แหล่งข้อมูล Thailand Blueprint for Change_2017_TH.pdf.
3. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี(พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ: บริษัท โอโมชั่น อาร์ต จำกัด ; 2560.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.รายงาน ประจำปี 2558.กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
5. นิชชาภัทร ธนศิริรักษ์ และวลัยนารี พรหมลา. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ใน จังหวัดปทุมธานี. วารสารสถาบันเทคโนโลยีแห่ง สุวรรณภูมิ (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2559; 2(2): 352-363.
6. วารดา มาลา และประจักษ์ บัวผัน.การดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหรี ตำบลโนนเมือง อำเภอนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู.วารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560; 24(1): 71-79.
7. อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภูมิ. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2560 ; 9(3) :331-338.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.ข้อมูลสถิติ ชีพและสถานะสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น เมื่อ 24 พฤศจิกายน 2561]; แหล่งข้อมูล <http://164.115.22.73/smoffice/index.php?r=Rp/HealthStatus>
9. วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.กรุงเทพฯ :ไทยวัฒนา พาณิช; 2538.
10. สมจิตร ชัยยัสสมุทร และวลัยนารี พรหมลา. แนวทาง การพัฒนาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จังหวัดปทุมธานี. วารสาร บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2560; 15 (2) : 111-123.
11. ลักษณะ พงษ์ภุมมา และศุภรา หิমানันโต. ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี .วารสาร มจร.วิชาการ 2560 ; (20)40 :67-76.
12. จุไรรัตน์ สานนท์.ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อำเภอสนธิ จังหวัดลพบุรี.วารสารการ แพทย์และสาธารณสุขเขต 4.2559; 6(1):35-40.
13. วรณรา ชื่นวัฒนา และนิชานาญ สอนภักดี. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรค เบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัด นนทบุรี.วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี. 2557; 6(3) :163-170.