

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

THE OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND CONTROL 5th NAKHON RATCHASIMA JOURNAL

บรรณาธิการ

นางสาวสุชัญญา มานิตย์ศิริกุล สม. Suchanya Manitsirikul M.PH.

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ रामสูตร สด. Pantyp Ramasoota Doctor of Public Health

นพ.วิชัย ชัตติยวิทยากุล พบ., สม. Vichai Kuttiyawithyakoon M.D., M.P.H.

พญ.ชวนพิศ สุทธินนท์ พบ. Chuanpit Suttinont M.D.

ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ ปร.ด. Tassanee Silawan Ph.D

(เวชศาสตร์เขตร้อน) (Trop Med)

ดร.เพ็ญศรี รั้ววงศ์ ปร.ด (การพยาบาล) Pensri Rukwong Ph.D(Nursing)

นพ.สมชาย ตั้งสุภาชัย พบ. Somchai Tungsupachai M.D.

กองบรรณาธิการ

นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร พบ. Teerawat Valaisathien M.D.

นางสาวศรีสมร กมลเพชร วท.ม. Srisamorn Kamonped M.Sc. PH

(บริหารสาธารณสุข)

นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์ พบ. Thanapong Jinvong M.D.

นางสาวธนวัน แสงพิศุทธิ์ วท.ม. Thanawan Saengpisut M.Sc.

(วิทยาการระบาด) (Epidemiology)

นางวาณี สุขพงษ์ไทย พบ.ม. Vanee Sukpongthai M.PA.

(นโยบายสาธารณะ และการบริหารโครงการ) (Public Policy and Project Administration)

นายสุรชัย ศิลาวรรณ วท.ม. Surachai Silawan M.Sc.

(วิทยาการระบาด) (Epidemiology)

นายไพโรจน์ พรหมพันธุ์ใจ วท.ม. Pairoj Prompunjai M.Sc. (Public Health)

(สาธารณสุขศาสตร์)

นางกาญจนา ยังขาว สม. Kanjana Yangkao M.PH.

นางนันทนา แต่ประเสริฐ สส.ม.(ชีวสถิติ) Nantana Taeprasert M.PH.

(Biostatistic)

นายอภิรัตน์ โสกำปัง สค.ม. Apirat Sokampang M.A. (Medical and Health Social Science)

(สังคมศาสตร์การแพทย์)

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางเปรมปรีดี ชวนะนรเศรษฐ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) Prempree Chawanoraset M.Sc.Public Health

นางดวงจันทร์ จันทร์เมือง วท.ม(เภสัชศาสตร์) Doungjun Chanmuang M.Sc.(Pharmacy)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 เล่ม ตีพิมพ์ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ดูได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านหลังของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ทุกฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัยถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำ

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

สุชัยัญญา มานิตย์ศิริกุล

งานพัฒนางานวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา

Website <http://www.dpck5.com>

สารบัญ | Content

ตุลาคม 2551 – มกราคม 2552 ปีที่ 15 ฉบับที่ 1

บทบรรณาธิการ

บรรณาธิการผู้อ่าน.....4

รายงานการวิจัย

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรค เขตเมือง และเขตชนบท จังหวัดชัยภูมิ
Factors Associated with Success of Treatment Among new Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis Patients in Urban and Rural Area in Chaiyaphum Province.
พรชัย ทิพอาศน์, พรนภา ศุภรเวทย์ศิริ.....5
2. ประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR เพื่อการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ตของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา
The Efficacy of The Online TBR Program on Improving The Tuberculosis Laboratory Report for The Office of Disease Prevention and Control 5th Nakhon Ratchasima, 2008.
เชษฐี ศาสตรีใหม่.....19
3. แนวคิด บทบาท และกลไกสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์
The Study of Attitude, Role and Supportive Mechanism on AIDS Responses of Local Organization's Administrator, Nakhon Ratchasima and Buriram Provinces
ทิตติยาณี เทพหัสติน ณ อยุธยา.....38
4. การประเมินผลความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี ของจังหวัดในเขตตรวจราชการที่ 13 ปี 2549
Evaluation of Coverage of Vaccination in 0-5 year old Children in Health Region 13 in 2006
วีรศักดิ์ คงสืบชาติ.....51
5. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการจังหวัดนครราชสีมา ปี 2550-2551
Evaluation of Korat Quality of Work Life Implementation Nakhon Ratchasima, 2007-2008.
วลัยวรรณ นัตพบสุข.....59

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน.....73

บรรณาธิการพบผู้อ่าน

เข้าสู่ปีงบประมาณใหม่ 2552 กับการเปลี่ยนแปลงระบบโครงสร้างของราชการ พร้อมกับ การจัดตำแหน่งข้าราชการพลเรือนเข้าประเภทตำแหน่ง สายงาน และระดับตำแหน่ง ขอแสดงความยินดี กับทุก ๆ ท่าน และคณะผู้จัดทำวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา มีความภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในด้านวิชาการให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข รวมถึงเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งนี้ ได้มีผู้ให้ความสนใจส่งบทความด้านวิชาการลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอย่างมากมาย คณะผู้จัดทำ ยินดีให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ ขณะเดียวกันการปรับปรุงบทความที่เผยแพร่ให้เข้าสู่มาตรฐานสากล เป็นสิ่งที่คณะผู้จัดทำดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นจึงใคร่ขอความร่วมมือกับผู้ที่ส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ได้ศึกษารายละเอียดของการส่งบทความได้ทาง Web-site ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 คือ <http://www.dpck5.com> เพื่อการพัฒนา บทความให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

นางสาวสุชัญญา มานิตย์ศิริกุล

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรค เขตเมือง และเขตชนบท จังหวัดชัยภูมิ

Factors Associated with Success of Treatment Among new Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis Patients in Urban and Rural Area in Chaiyaphum Province.

พรชัย ทิพาสน์*

สบ. (สาธารณสุขศาสตร์)

Pornchai Tipaht. *

B.Ph.(Public Health) *

พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ**

ป.ร.ด. (ระบาดวิทยา)

Pornnapa Suggaravetsiri**

Ph.D. (Epidemiology)

โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ*

Khonsawan Hospital*

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

Faculty of Public Health, KCU**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค เขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2549 ถึง 30 มิถุนายน 2550 วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ที่มารับการขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 265 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบคัดลอกข้อมูลและติดตามทางไปรษณีย์ ให้ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงที่กำกับการรับประทานยา ตอบด้วยตนเอง ได้รับข้อมูลตอบกลับ 255 ราย วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยค่าสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด วิเคราะห์ตัวแปรด้วยสถิติวิเคราะห์ Chi-square test ตัวแปรเชิงซ้อนด้วยสถิติ Multiple logistic regression และหาขนาดของความสัมพันธ์ด้วยค่า Odds ratio และค่าช่วงเชื่อมั่น 95 % (95 % Confidence interval; 95 % CI)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ จำนวน 255 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2.3 อายุ 12-76 ปี อายุเฉลี่ย 51.5 ปี อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 79.2 มีพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลที่ทำหน้าที่กำกับการรับประทานยา ร้อยละ 79.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย Multiple logistic regression (P -value<0.05) ได้แก่ เพศหญิง (OR=4.5 ; 95 % CI=1.3-15.3) อาชีพที่ไม่ต้องย้ายที่ทำงาน (OR=6.0 ; 95 % CI=2.5-14.2) การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะป่วยวัณโรค (OR=19.3 ; 95 % CI=8.0-46.3) การไม่สูบบุหรี่ขณะป่วยวัณโรค (OR=19.6 ; 95 % CI= 8.2-46.9) การมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ระดับดี (OR=2.4 ; 95 % CI=1.1-5.3) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาบ่อย (OR=7.0 ; 95 % CI=1.6-30.2) การรับประทานยาตามแพทย์สั่งและแผนการรักษา (OR=7.4 ; 95 % CI=2.7-20.7) อาการป่วยดีขึ้น/คิดว่าหายแล้วแต่ไม่หยุดรับประทานยาเอง (OR=19.5 ; 95 % CI=8.1-46.9) การไม่ลืมรับประทานยา (OR=18.6 ; 95 % CI=7.2-48.2) มีความพึงพอใจในการใช้บริการสูง (OR=8.6 ; 95 % CI=1.2-64.8) มีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา (OR=5.7 ; 95 % CI=2.0-16.3) มีพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยในการรับบริการรักษาโรคทุกขั้นตอน (OR=4.9 ; 95 %

CI=1.7-14.1) มีผลการตรวจเสมหะเป็นลบเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 และมีผลการตรวจเสมหะเป็นลบเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5 โดย OR=6.1 ; 95 % CI=2.4-15.8 และ OR=81.9 ; 95 % CI=28.0-239.8 ตามลำดับ

การรักษาวัณโรคต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาหลายเดือน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการจึงควรมีเวลาที่จะให้ความรู้ คำแนะนำและวิธีปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเพศชายที่ต้องไปทำงานที่อื่น และกลุ่มผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ ควรติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ให้ได้รับยาครบถ้วนเพื่อลดการแพร่เชื้อในชุมชน ลดการเกิดเชื้อดื้อยา ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบหลายๆ ด้านทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก ดังนั้นมาตรการที่สำคัญที่สุด เพื่อการป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยดื้อยาเกิดขึ้นจะต้องให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก อย่างเหมาะสมและให้หายขาด

Abstract

The objective of this study was to identify factors associated with success of treatment among new smear-positive pulmonary tuberculosis (PTB) patients in urban and rural area in Chaiyaphum province from January 1, 2006 to June 30, 2007. Cross-sectional study was the design of this study. The study was conducted among 265 new smear-positive PTB patients registered for treatment at Chaiyaphum TB clinic. Data were collected by self-administered questionnaire, Directly Observed Treatment by short course (DOTs) and from the patient's registry by health workers and by mail. Data analysis was performed by using STATA version 8.2 program. Percentage distribution, mean, standard deviation, median & interquartile range, ratio, Chi-square test and multiple logistic regressions and odds ratio (OR), 95 % confidence interval (95 % CI) were used for data analysis.

The results showed that the ratio of male to female of new PTB 255 cases was 2.3, ranging from age 12-76 years (mean \pm S.D.=51.5 \pm 12.9 years). Patients live in rural areas were 79.2 % and 79.2 % were DOTs. The significantly associated factors with success of TB treatment among the PTB were female (OR=4.5 ; 95 % CI=1.3-15.3), occupation with non commuting workplace (OR=6.0 ; 95 % CI=2.5-14.2), non alcohol drinking (OR=19.3 ; 95 % CI=8.0-46.3), non smoking (OR=19.6 ; 95 % CI=8.2-46.9), well TB knowledge (OR=2.4 ; 95 % CI=1.1-5.3), the low travel cost (OR=7.0 ; 95 % CI=1.6-30.2), the regular intake of medicament as prescription and regimented treatment (OR=7.4 ; 95 % CI=2.7-20.7), understanding that the disease was cured full treatment but continuous taking medication (OR=19.5 ; 95 % CI=8.1-46.9), non missing of the medication. (OR=18.6 ; 95 % CI=7.2-48.2), high satisfaction in service system (OR=8.6 ; 95 % CI=1.2-64.8), DOTs using (OR=5.7 ; 95 % CI= 2.0-16.3), an approach of DOTs during receiving the TB treatment (OR=4.9 ; 95 % CI=1.7-14.1), results of sputum conversion and intensive treatment turned to negative were OR=6.1 ; 95 % CI=2.4-15.8 and OR=81.9 ; 95 % CI=28.0-239.8, respectively.

Since tuberculosis therapy commonly stretched over several months, health education should be continuously provided to the patients, men particularly occupation with commuting workplace, and with alcohol drinking. Another suggestion is home visit by local health staffs in order to handle any complications leading to non adherence and Multi-drug resistance TB. Those

can raise impact in either public health or social and economy. Sputum examination among PTB after completed treatment is to strengthen of DOTs policy.

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis; TB) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลกมีการระบาดในพื้นที่ที่มีประชาชนอยู่กันอย่างแออัดสภาพอากาศอบอุ่น เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium Tuberculosis เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต มีการแพร่ระบาดในประชากรทุกภูมิภาคของโลก ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศทั่วโลก จนกระทั่งเมื่อวันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ประกาศให้วัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินของโลก ได้เรียกร้องให้ทุกประเทศให้ความสนใจและแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง⁽¹⁾ ถ้าการดำเนินงานควบคุมวัณโรคไม่เข้มแข็งพอ คาดว่าระหว่างปี ค.ศ.2000 - ปี ค.ศ.2020 จะมีผู้ป่วยวัณโรค 200 ล้านราย และ 35 ล้านราย จะตายด้วยวัณโรค แม้ว่าความรู้และวิทยาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขจะก้าวหน้าไปมาก แต่วัณโรคกลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อีกทั้งมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ทำให้ปัญหาวัณโรคมีความรุนแรงขึ้นส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่มีคุณภาพที่ดีทำให้เกิดแหล่งแพร่เชื้อและการกระจายของเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้นมาก⁽²⁾

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2549 พบว่าประเทศที่มีปัญหาของวัณโรคโดยประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั่วโลกอยู่ใน 22 ประเทศ และได้มีการจัดอันดับประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก 3 อันดับแรกที่มีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลกอยู่ในทวีปเอเชีย ได้แก่ ประเทศอินเดีย จีน และอินโดนีเซีย ซึ่งแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ (Incidence) ประมาณ 8.9 ล้านคน (พ.ศ. 2547) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.7 ล้านคนและคาดการณ์ว่าประเทศไทยน่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเภท ปีละ 90,000 ราย (142 ราย ต่อแสนประชากร) และประมาณ 40,000 ราย เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ (63 รายต่อแสนประชากร)⁽³⁾ องค์การอนามัยโลกได้จัดประเทศไทยเป็นอันดับที่ 17 ใน 22 กลุ่มประเทศเสี่ยงที่มีความชุกของวัณโรค⁽⁴⁾ สถานการณ์ของวัณโรคในประเทศไทยมีการติดเชื้อ ประมาณ 20 ล้านคนและป่วยเป็นวัณโรค โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดในไทยระหว่าง พ.ศ. 2545 - 2548 มีแนวโน้มที่สูงขึ้น เท่ากับ 42.1, 46.9, 50.9 และ 43.8 ราย ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในเขตสาธารณสุข 13 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 - 2548 พบว่าทุกจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้นจังหวัดนครราชสีมา มีแนวโน้มลดลง⁽⁵⁾

จังหวัดชัยภูมิ ได้ดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามแนวทางใหม่ ด้วยการรักษาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อโดยมีพี่เลี้ยงคอยดูแลด้วยระบบยาระยะสั้นครอบคลุมทุกสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งตั้งแต่ปี 2541 ผลการดำเนินงานประเมินผลจากอัตราการรักษาหายขาด (Cure rate) และอัตราการรักษาครบ (Completion rate) ในผู้ป่วยเสมหะบวกและอัตราการรักษาครบในผู้ป่วยเสมหะลบ พบว่ายังมีอัตราต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้มากกว่า ร้อยละ 85 ในปี 2549 มีผู้ป่วยที่ยื่นทะเบียนรักษา 500 คน มีอัตราผลสำเร็จในการรักษา (Success rate) เท่ากับร้อยละ 81.6 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และอัตราขาดยา (Default rate) เท่ากับร้อยละ 7.0 เกณฑ์กำหนดต้องให้ต่ำกว่าร้อยละ 5 ซึ่งอัตราผลสำเร็จของการรักษาต่ำกว่าร้อยละ 85.0 5 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอเมืองชัยภูมิ อำเภอบ้านเขว้า อำเภอหนองบัวระเหว อำเภอคอนสาร และอำเภอภูเขียว⁽⁶⁾

จากปัญหาอัตราผลสำเร็จของการรักษาต่ำและการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดชัยภูมิ ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค เขตเมืองและเขตชนบทจังหวัดชัยภูมิ ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับผล

สำเร็จของการรักษาเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานการแก้ปัญหาและการพัฒนาระบบบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานวัณโรคในจังหวัดชัยภูมิให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค เขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดชัยภูมิ

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่เมื่อสิ้นสุดการรักษา ศึกษา 6 cohort จากคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลของรัฐ ทุกแห่งในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดชัยภูมิ โดยศึกษาผลการรักษาหายขาด ผลการรักษาครบ ผลการรักษาล้มเหลว และผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเกิน 2 เดือน เป็นผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรคปอด และอาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิเท่านั้น

นิยามศัพท์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หมายถึง ปัจจัยด้านลักษณะบุคคลของผู้ป่วยวัณโรค ด้านความรู้ การติดต่อและการป้องกันวัณโรค ด้านการเดินทาง ความร่วมมือและคุณภาพของการบริการในการรักษาวัณโรค ด้านที่เลี้ยงหรือผู้กำกับกับการรับประทานยา

ผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกจังหวัดชัยภูมิ โดยใช้หลักเกณฑ์ตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analysis cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรคเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดชัยภูมิ ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ วันที่ 1 มิถุนายน 2550 และสิ้นสุดวันที่ 31 พฤษภาคม 2551

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลชัยภูมิ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 15 แห่ง ในจังหวัดชัยภูมิ ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2549 - 30 มิถุนายน 2550 จำนวน 773 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 265 ราย⁽⁷⁾ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง อย่างมีระบบ (Systematic Sampling) ตามอัตราส่วนของผู้ป่วยจากทะเบียน TB 03 ของแต่ละโรงพยาบาล และได้รับแบบสอบถามตอบกลับคืน 255 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.2 มีผู้กำกับการกินยาหรือพี่เลี้ยงที่ดูแลผู้ป่วยจำนวน 202 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.2 ของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 16 คน

สูตร คือ $n = \{Z_{1-\alpha/2} [P(1-P)/B]^{1/2} + Z_{1-\beta} [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)(1-B)/B]^{1/2}\}^2 / [(P_1 - P_2)^2 (1-B)]$
กำหนดให้ ค่า $Z_{1-\alpha/2}$ มีค่าเท่ากับ 1.96 ค่า $Z_{1-\beta}$ อำนาจการทดสอบ 90 % มีค่าเท่ากับ 1.28

สมมติตัวแปรที่สนใจ คือ เพศ กำหนดให้ตัวแปรเพศหญิง ที่สนใจ มีค่าเป็น 1 และเพศชายมีค่าเป็น 0
ประชากรทั้งหมด 773 ราย แยกเป็นเพศหญิง 242 ราย เพศชาย 531 ราย

ค่า P1 มีค่าเท่ากับ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคทั้งหมด/ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรค(เพศชาย) $773/531 = 1.45$

ค่า P2 มีค่าเท่ากับ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคทั้งหมด/ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรค(เพศหญิง) $773/242 = 3.20$

ค่า B มีค่าเท่ากับ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเพศหญิง/ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคทั้งหมด $242/773 = 0.31$

$$\text{ค่า } P \text{ มีค่าเท่ากับ } (1 - B) P_1 + B P_2$$

แทนค่าตามสูตร

$$n = \{ 1.96 [2(1 - 2)/0.32]^{1/2} + 1.28 [1.45(1-1.45) + 3.20(1-3.20) (1-0.31) /0.31]^{1/2} \}^2 \\ / [(1.45- 3.20)^2 (1 - 0.31)] = 53$$

$$\text{และ } n_p = n / (1 - P^2) \text{ โดยกำหนดให้ค่า } P^2$$

(มีค่าตั้งแต่ 0.6 - 0.8 กรณีการศึกษานี้ ใช้ค่า 0.8)

แทนค่าตามสูตร

$$n_p = 53 / (1 - 0.8) \text{ ได้ขนาดตัวอย่าง คือ } 265 \text{ คน}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 คือ

ตอนที่ 1 ด้านลักษณะบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัย ด้านความรู้ เกี่ยวกับวัณโรค การติดต่อและการป้องกันโรค

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านการเดินทาง ความร่วมมือและคุณภาพของการบริการในการรักษาวัณโรค

ชุดที่ 2 ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับพี่เลี้ยง หรือผู้กำกับการรับประทานยา

ชุดที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค

ชุดที่ 4 ใช้แบบคัดลอกข้อมูลจากบัตร ประวัติการรักษา ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (รพ 1 ก 04 หรือ TB 03)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงกำหนด วัน เวลา สถานที่ และวิธีดำเนินงานที่สะดวก
ในการเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและส่งแบบสอบถามผู้ป่วยตามรายชื่อ ที่อยู่ โดยส่ง
ไปรษณีย์และนำข้อมูลที่ได้อั้มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้สร้างคู่มือลงรหัส (Code instruction) นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างตรวจสอบ
ความครบถ้วนสมบูรณ์ แล้วนำมาจัดกลุ่มและลงรหัสข้อมูล โดยผู้วิจัยกำหนดเอง ประมวลผลข้อมูลโดย
คอมพิวเตอร์ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าร้อยละ ความถี่หรือจำนวน
ในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติจะใช้ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวด้วยสถิติวิเคราะห์ไค-สแควร์ (Chi-
square test) ที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ขนาดของความสัมพันธ์ (Odds ratio) และค่าช่วงเชื่อมั่น
95% (95% Confidence interval) หลังการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว มีการวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุ (Multivariate
analysis) โดยควบคุมตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติพหุคูณแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรค จำนวน 255 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.2 เพศหญิง ร้อยละ 29.8 มีอายุต่ำสุด 12 ปี อายุสูงสุด 76 ปี อายุเฉลี่ย 51.5 ± 12.9 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 56-66 ปี ร้อยละ 31.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.8 การศึกษาจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 78.4 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 8.6 และผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 4.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรหรือทำนา ร้อยละ 54.5 และมีผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 7.0 มีที่ทำงานประจำ ร้อยละ 80.5 และต้องย้ายที่ทำงานแต่ไม่ต้องออกต่างจังหวัด/อำเภอ ร้อยละ 16.7 และต้องออกต่างจังหวัด/อำเภอ ร้อยละ 83.3 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 2,734.51 บาท ส่วนใหญ่ไม่เกิน 100 บาท ร้อยละ 26.7 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 14.1 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (เขต อบต.) ร้อยละ 79.2 และในเขตเทศบาล ร้อยละ 20.8 บุคคลในครอบครัวไม่เคยป่วยด้วยวัณโรค ร้อยละ 82.8 มีบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้ชิดป่วยด้วยวัณโรค ร้อยละ 27.2 ซึ่งประกอบด้วย บิดา/มารดา ร้อยละ 54.6 และพี่สาว/น้องสาว ร้อยละ 18.2 ในการศึกษาประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 51.8 โรคเก๊าท์และปวดข้อ ร้อยละ 16.5 ผลการตรวจเสมหะก่อนการรักษา พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบผลการตรวจเสมหะถึง ร้อยละ 69.4 ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเป็นวัณโรคเคยดื่ม ร้อยละ 71.4 ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรักษาวัณโรคดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 14.1 และปัจจุบันนี้ยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 35.3 สำหรับประวัติการสูบบุหรี่ก่อนป่วยเป็นวัณโรคเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 64.7 ขณะที่กำลังรักษา การสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.3 และปัจจุบันนี้ยังมีการสูบบุหรี่อยู่ถึง ร้อยละ 32.9

2. ความรู้ เกี่ยวกับวัณโรค การติดต่อ การรักษา การป้องกันส่วนบุคคล รวมทั้งด้าน

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรค จำนวน 255 ราย ด้านความรู้ การติดต่อและการป้องกันวัณโรค คะแนนเต็ม 13 คะแนน ส่วนใหญ่ มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 76.9 คะแนนเฉลี่ย 11.3 ± 1.7 ต่ำสุด 9 คะแนน สูงสุด 13 คะแนน กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการรักษาสำเร็จ มีคะแนนระดับดี ร้อยละ 79.0 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีผลการรักษาไม่สำเร็จ คะแนนระดับดี เพียงร้อยละ 61.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ การติดต่อและการป้องกันวัณโรค

ระดับความรู้การติดต่อและการป้องกันวัณโรคของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80)	196	76.9
ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	47	18.4
ความรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	12	4.7
Mean = 11.3, S.D. = 1.7		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละที่ตอบคำถามด้านความรู้ การติดต่อและการป้องกันวัณโรคของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ข้อคำถาม	จำนวน (n=255)	ร้อยละ
1. หากป่วยเป็นวัณโรคแล้ว สามารถหายได้เอง	255	100.0
2. วัณโรคปอด สามารถรักษาหายได้ ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเคร่งครัดตามแผนการรักษา	254	99.6
3. เมื่อผู้ป่วยหรือคนในครอบครัว มีอาการไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ คิดว่าจะทำอย่างไร	248	97.2
4. อาการสำคัญที่สงสัยว่าจะป่วยเป็นวัณโรค คือ ไอ ไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ น้ำหนักลด	248	97.2
5. ในการรักษาวัณโรคปอดจะต้องใช้เวลาในการรับประทานยา นานเท่าใดจึงจะถือว่าครบตามแผนการรักษา	239	93.7
6. การไอ หรือจาม ถ้าอยู่ในห้องหรือที่คับแคบในบ้าน บุคคลในครอบครัวมีโอกาสรับเชื้อวัณโรคจากท่านได้ง่าย	231	90.6
7. เด็กและผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยมีโอกาสป่วย เป็นวัณโรคได้มากกว่าคนอื่น ๆ	228	89.4
8. วัณโรคสามารถติดต่อจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่นได้	226	88.6
9. ถ้าไม่ได้รับการรักษาวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนด จะมีโอกาสกลับเป็นโรคนี้อีก	225	88.2
10. ถ้าวัณโรคสามารถติดต่อจากผู้ป่วยไปสู่คนใกล้เคียงได้จะติดต่ออย่างไร	219	85.9
11. คนที่ร่างกายอ่อนแอมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าคนอื่น	215	84.3
12. เมื่อป่วยเป็นวัณโรคแล้วจะไม่ป่วยเป็นวัณโรคอีก	157	61.6
13. วัณโรคเกิดจากสาเหตุใด	135	52.9

3. ด้านการเดินทาง ความร่วมมือ คุณภาพของการบริการในการรักษาวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา การเดินทางส่วนใหญ่มีระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการมีระยะทาง 1-5 และ 11-15 กิโลเมตร เท่ากัน คือ ร้อยละ 24.7 ใกล้ที่สุด 1 กิโลเมตร และไกลที่สุด 120 กิโลเมตร เฉลี่ย 12.9 ± 12.2 กิโลเมตร ส่วนพาหนะในการเดินทางมารับบริการรถจักรยานยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 45.7 เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารักษาอยู่ในช่วง 21- 40 นาที ร้อยละ 45.5 เฉลี่ย 36.9 ± 23.5 นาที ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาต่อครั้งที่สถานบริการน้อยกว่า 100 บาท ร้อยละ 66.3 เฉลี่ย 131.7 ± 140.2 บาท

ด้านความร่วมมือในการรับประทานยารักษาวัณโรค กลุ่มตัวอย่าง มีการรับประทานยาทุกชนิดตามแผนการรักษาของแพทย์ ร้อยละ 77.6 เวลาในการรับประทานยา คือ หลังอาหารในตอนเย็นและก่อนนอน ร้อยละ 86.6 มีการเก็บเสมหะส่งตรวจทุกรายและส่งตรวจในเวลาเช้า ผู้ป่วยได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับโรคที่ป่วยจากแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลมากที่สุด ในระหว่างการรักษา 2 เดือนแรกได้รับการติดตามเยี่ยมเพื่อแนะนำดูแลและให้การช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเพียง ร้อยละ 34.5 และมารับยาตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 85.5 สาเหตุที่ไม่มาตามนัดส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยติดธุระส่วนตัวหรือจากการทำงานและยาที่รับประทานยังไม่หมดทำให้ไม่มาตามนัด

ด้านความพึงพอใจในการใช้บริการในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ มีความพึงพอใจระดับสูง ร้อยละ 20.0 คะแนนค่าเฉลี่ย 45.89 ± 4.76 และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า พึงพอใจเกี่ยวกับ โรงพยาบาลที่ไปใช้บริการรักษาวัณโรคมีความพร้อมในด้านสถานที่ บุคลากร เวชภัณฑ์ และเครื่องมือให้บริการ ระดับดี ร้อยละ 59.6 พึงพอใจในโรงพยาบาล เพราะว่าเดินทางไปมาสะดวกและใกล้บ้าน ระดับดี ร้อยละ 47.8 ความไม่พึงพอใจในการที่มาบริการรักษาที่โรงพยาบาลทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายเพราะมีขั้นตอนการให้บริการที่ยุ่งยาก และเวลาที่รอตรวจโรครู้สึกเบื่อหน่ายเพราะต้องรอนาน ในระดับน้อย ร้อยละ 34.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 35.7 ตามลำดับ พึงพอใจกับการต้อนรับและท่าทีที่เป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ คลินิกวัณโรคในการให้บริการ ร้อยละ 54.9 พอใจกับความสนใจของเจ้าหน้าที่ในการรับฟังปัญหา และตอบข้อซักถามของท่าน ระดับมาก ร้อยละ 52.2 พึงพอใจกับการให้คำแนะนำในการเก็บเสมหะส่งตรวจของเจ้าหน้าที่ ระดับมาก ร้อยละ 61.6 และการให้คำแนะนำวิธีการกินยาและอาการข้างเคียงจากยาของเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค ร้อยละ 55.3 พึงพอใจกับการจัดและจ่ายยาของคลินิกวัณโรค ที่ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว ระดับมาก ร้อยละ 55.7

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความพึงพอใจในการใช้บริการ

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n=255)	ร้อยละ
1. ความพึงพอใจระดับสูง	51	20.0
2. ความพึงพอใจระดับปานกลาง	170	66.7
3. ความพึงพอใจระดับต่ำ	34	13.3
Mean = 45.9, S.D. = 4.8		

ด้านความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับปานกลางร้อยละ 68.6 และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า มีความพึงพอใจในเจ้าหน้าที่แสดงความเป็นกันเองเสมอ ระดับมาก ร้อยละ 60.4 เจ้าหน้าที่ที่ให้ความสนใจและเอาใจใส่เป็นอย่างดีเมื่อมาบริการรักษาในโรงพยาบาล ระดับมาก ร้อยละ 60.0 และได้รับความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเท่าเทียมกันเหมือนกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ถึง ร้อยละ 61.2 ในส่วนแพทย์ไม่สนใจคำบอกเล่าเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและเจ้าหน้าที่แสดงท่าทางรังเกียจพูดจาไม่ไพเราะเสมอ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 56.5 และ 62.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n=255)	ร้อยละ
1. ความพึงพอใจระดับดี	51	20.0
2. ความพึงพอใจระดับปานกลาง	175	68.6
3. ความพึงพอใจระดับต่ำ	29	11.4
Mean = 21.5, S.D. = 2.3		

ข้อดี เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคให้บริการแนะนำเป็นอย่างดี เป็นกันเองเสมอ บริการดี มีความสะดวก สบาย รวดเร็วดี พูดจาไพเราะ สนใจรักษาผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะของผู้ป่วยวัณโรคต่อการบริการ ด้านบุคคลแพทย์ควรตรวจให้ละเอียด ควรอ่านฟิล์มเอกซเรย์ให้ทราบทันทีไม่ต้องรอหลายวัน ห้องชันสูตรและห้องเอกซเรย์ อยากให้บริการเร็วกว่านี้ ต้องการให้เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมผู้ป่วยมากกว่านี้ ผู้จ่ายยาควรเป็นเภสัชกร เพื่อจะได้แนะนำการใช้ยาและอาการข้างเคียง
ด้านสถานที่ ควรมีห้องแยกตรวจหรือรับบริการเฉพาะ ห้องคัมแคบ ให้ขยายสถานที่คลินิกวัณโรค
ด้านระบบบริการ แพทย์ควรจะอธิบายแนะนำอาการของโรคให้ละเอียด ควรให้บริการตามลำดับห้องที่ให้บริการควรอยู่ใกล้ๆ กัน เช่น ห้องคลินิก ห้องชันสูตร และห้องเอกซเรย์ และควรมีการตรวจสุขภาพผู้ป่วยหลังจากรักษาหายแล้วอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

4. การดูแลระบบ DOTS ด้านบุคคลและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิก

กลุ่มตัวอย่างมีพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลเจ้าหน้าที่กำกับการรับประทานยา เป็นญาติหรือสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 79.2 และมีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงในการคอยกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยทุกครั้ง ร้อยละ 59.9 เหตุผลที่ไม่ได้กำกับการรับประทานยา คิดว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจรับผิดชอบในการรับประทานยา ความพึงพอใจในการกำกับการรับประทานยาของพี่เลี้ยง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 17.1 ± 1.8 คะแนน

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพี่เลี้ยงและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่

ผู้ทำหน้าที่กำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด	จำนวน (n=255)	ร้อยละ
พี่เลี้ยง		
ไม่มี	53	20.8
มี	202	79.2
ประเภทของพี่เลี้ยง		
ญาติหรือสมาชิกในครอบครัว	196	97.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4	2.0
อาสาสมัครสาธารณสุข	2	1.0
การกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด		
กำกับทุกครั้ง	121	59.9
กำกับบางครั้ง	75	37.1
ไม่ได้กำกับ	6	3.0
การบันทึกกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ลงในบัตรการดูแลผู้ป่วยของ พี่เลี้ยง (บัตร DOT)		
บันทึกทุกครั้ง ทุกวัน	91	45.1
บันทึกบางครั้ง (เฉพาะวันที่ทำหน้าที่กำกับการกินยา)	56	27.7
ไม่บันทึก	55	27.2
การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การไปรับบริการที่โรงพยาบาล แนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด		
ทุกครั้ง	115	56.9
บางครั้ง	86	42.6
ไม่เคย	1	0.5

ด้านเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 เพศชาย ร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 34.4 ± 5.9 ปี มีวุฒิการศึกษาจบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.0 ปริญญาโท ร้อยละ 13.3 ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 53.3 มีประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข มากกว่า 6 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 11.6 ± 5.1 ปี มีระยะเวลาปฏิบัติงานด้านวัณโรค ระหว่าง 6 เดือน - 16 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 3.4 ± 4.1 ปี ส่วนมากมีความรู้หรือเคยได้รับการอบรมตามแนวทางควบคุมวัณโรค โดยกลยุทธ์ DOT จากการจัดอบรมโดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 93.3 สำหรับผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 10 - 150 ราย เฉลี่ยคลินิกละ 43.7 ราย

ข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค ต้องการให้ผู้บริหาร/องค์กรแพทย์ ได้รับการประชุมสัมมนา แนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและวิชาการที่ทันสมัย ผู้บริหารองค์กรควรเห็นความสำคัญของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค ควรจะสร้างขวัญและกำลังใจกับผู้ปฏิบัติงาน

5. ข้อมูลด้านการรักษาและผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคจากการคัดลอกทะเบียนประวัติการรักษา

การตรวจร่างกายของผู้ป่วยในวันแรกที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาวัณโรค ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง ทุกวัน มีเสมหะ ไข้ต่ำๆ ร่วมด้วย และน้ำหนักลด เบื่ออาหาร เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามร่างกาย ครั้งที่ 1 พบเชื้อ ร้อยละ 98.4 ครั้งที่ 2 พบเชื้อ ร้อยละ 88.2 และครั้งที่ 3 พบเชื้อ ร้อยละ 84.7 การเอกซเรย์ปอด พบว่า ส่วนใหญ่ปอดมีรอยโรค ไม่มีแผลโพรงในปอด (NC) ร้อยละ 69.0 ซึ่งระบบยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค ระยะสั้นที่ผู้ป่วยได้รับ คือ 2HRZE/4HR และให้การยินยอมในการตรวจเลือด ร้อยละ 63.5 โดยมีผลเลือดบวก (HIV+) ร้อยละ 1.6 ผลการตรวจเสมหะ พบว่า ในเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ส่วนใหญ่ ไม่พบเชื้อ ร้อยละ 91.0 เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5 ไม่พบเชื้อ ร้อยละ 87.1 และเมื่อสิ้นสุดตามแผนการรักษา พบว่า ไม่พบเชื้อ ร้อยละ 87.4 สำหรับผลการรักษาโรคเมื่อสิ้นสุดตามแผนการรักษาของแพทย์พบว่า มีผลสำเร็จ ร้อยละ 87.8 และไม่สำเร็จ ร้อยละ 12.2

6. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อน (Multivariate Analysis) กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่

ด้วยสถิติ Multiple logistic analysis ควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องทั้งหมดซึ่งพิจารณานำตัวแปรเข้าโมเดลจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวที่มีค่า P-value < 0.25⁽⁸⁾ กับผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติกับผลสำเร็จของการรักษา ดังนี้

ตารางที่ 6 วิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อน ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษา

ตัวแปร	ผลการรักษา		Crude OR	Adjusted OR	95%CI Adjusted of OR	p-value
	สำเร็จ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สำเร็จ จำนวน (ร้อยละ)				
เพศ หญิง	73 (96.0)	3 (4.0)	4.51	4.51	1.33-15.33	0.016
ชาย	151 (84.4)	28 (15.6)				
อาชีพ (n=229)						
ไม่ย้ายที่ทำงาน	174 (93.0)	13 (7.0)	6.00	6.00	2.53-14.23	< 0.001
ย้ายที่ทำงาน	29 (69.0)	13 (31.0)				
การดื่มแอลกอฮอล์ขณะป่วยวัณโรค						
ไม่ดื่ม	207 (94.5)	12 (5.5)	19.28	19.28	8.03-46.28	< 0.001
ดื่ม	17 (47.2)	19 (52.8)				
การสูบบุหรี่ขณะป่วยวัณโรค						
ไม่สูบบุหรี่	205 (94.9)	11 (5.1)	19.62	19.62	8.19-46.97	< 0.001
สูบบุหรี่	19 (48.7)	20 (51.3)				
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค						
ระดับดี	177 (90.3)	19 (9.7)	2.38	2.38	1.08-5.25	0.032
ระดับปานกลาง-ต่ำ	47 (79.7)	12 (20.3)				
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา						
< 100 บาท	73 (97.3)	2 (2.7)	7.01	7.01	1.63-30.18	0.009
≥ 100 บาท	151 (88.9)	29 (11.1)				
การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง						
ใช่	214 (90.3)	23 (8.7)	7.44	7.44	2.67-20.73	< 0.001
ไม่ใช่	10 (55.6)	8 (44.4)				
อาการดีขึ้นจึงหยุดรับประทานยาเอง						
ไม่ใช่	199 (95.7)	9 (4.3)	19.49	19.46	8.07-46.91	< 0.001
ใช่	25 (53.2)	22 (46.8)				
เคยลิ้มรับประทานยา						
ไม่เคยลิ้ม	183 (96.8)	6 (3.2)	18.60	18.60	7.17-48.24	< 0.001
ลิ้ม	41 (62.1)	25 (37.9)				
ความพึงพอใจในการใช้บริการ						
ระดับมาก	50 (98.0)	1 (2.0)	8.62	8.62	1.15-64.80	0.036*
ระดับปานกลาง-ต่ำ	174 (85.3)	30 (14.7)				
การกำกับรับประทานยาของพี่เลี้ยง						
ทุกครั้ง	116 (95.9)	5 (4.1)	5.71	5.71	2.00-16.30	0.001
ไม่ทุกครั้ง	65 (80.2)	16 (19.8)				
การดูแลผู้ป่วยของพี่เลี้ยงในการรับบริการ						
ทุกครั้ง	110 (95.6)	5 (4.4)	4.96	4.96	1.74-14.13	0.003
ไม่ทุกครั้ง	71 (81.6)	16 (7.9)				
ผลการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2						
ผลเป็นลบ	210 (90.5)	22 (9.5)	6.14	6.14	2.38-15.80	< 0.001
อื่นๆ	14 (60.9)	9 (39.1)				
ผลการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5						
ผลเป็นลบ	215 (96.8)	4 (1.2)	81.90	81.90	27.98-239.75	< 0.001
อื่นๆ	9 (27.3)	24 (72.7)				

อภิปราย สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลที่ได้จากการวิเคราะห์ Multiple logistic analysis ดังนี้

เพศหญิงมีโอกาสผลการรักษาสำเร็จเป็น 4.5 เท่าของเพศชาย จากผลการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.3 เท่า และจะต้องมีภาระหน้าที่การงานต้องเดินทางบ่อยทำให้เสี่ยงต่อการขาดยาได้จึงต้องให้ความสนใจและติดตามอย่างใกล้ชิด ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร พิมพ์สิงห์ (2546)⁽⁹⁾ ที่พบว่าเพศไม่ส่งผลต่อการรักษาหายแต่จะพบว่าเพศชายมีอัตราการขาดยามากกว่าเพศหญิง 3 : 1 เท่า โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพไม่ต้องย้ายที่ทำงานมีโอกาสผลการรักษาสำเร็จเป็น 6 เท่าของผู้ป่วยที่ต้องย้ายที่ทำงาน และผู้ป่วยที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะป่วยวัณโรค มีโอกาสผลการรักษาสำเร็จเป็น 19 เท่าของผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะป่วยวัณโรค เพราะผู้ป่วยที่ดื่มสุราขณะรักษามากไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาละเลยการกินยา โดยผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ขณะป่วยวัณโรค มีโอกาสผลการรักษาสำเร็จเป็น 19 เท่าของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ขณะป่วยวัณโรค ผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับดี มีโอกาสผลการรักษาสำเร็จเป็น 2.3 เท่าของผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับปานกลาง-ต่ำ กลุ่มผู้ป่วยที่ผลการรักษาสำเร็จจะมีระดับความรู้ ระดับดี มากกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ปานกลาง-ต่ำ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคได้มากกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการรักษาหายขาดมีการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและแผนการรักษาในระดับสูง มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการรักษาไม่หายขาด การมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 100 บาท ต่อครั้งมีโอกาสผลการรักษาสำเร็จเป็น 7 เท่าของผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายมากกว่าหรือเท่ากับ 100 บาท ผู้ที่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีโอกาสผลการรักษาสำเร็จเป็น 7 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามแผนรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ ฉัตรวิริยะเจริญ (2546)⁽¹⁰⁾ โดยผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นแล้วแต่ไม่หยุดรับประทานยา มีโอกาสผลการรักษา สำเร็จเป็น 19 เท่าของผู้ป่วยที่หยุดรับประทานยาเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ เพชรไสว ลีมิตรตระกูล และคณะ⁽¹¹⁾ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ควบคุมโรคด้วยกลวิธีตามระบบ DOTS จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2545 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง พบสาเหตุขาดการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการ คิดว่าหายดีแล้ว จึงหยุดรับประทานยาเอง และจำเรื่องการปฏิบัติตัวไม่ได้ การลืมรับประทานยา การกำกับการรับประทานยาทุกครั้ง และพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยทุกกระบวนการในการรักษาวัณโรคและสอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ ฉัตรวิริยะเจริญ⁽¹⁰⁾ ที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปของพี่เลี้ยง มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และผลการตรวจเสมหะ ที่ผลเป็นลบในเดือนที่ 2 และ เดือนที่ 5 ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรักษาสำเร็จมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยวัณโรค ที่มีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน จะทำให้เป็นอุปสรรคในการรักษา เนื่องจากต้องรับประทานยา ครั้งละหลายชนิดและจำนวนมาก อาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย วิงเวียน เบื่ออาหารได้ง่าย ดังนั้นจึงต้องได้รับการดูแลจากพี่เลี้ยงหรือผู้กำกับการรับประทานยาอย่างใกล้ชิด คอยแนะนำการปฏิบัติตัวต่างๆ ให้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยวัณโรค เมื่อสิ้นสุดการรักษาที่มีผลเสมหะพบเชื้อ ร้อยละ 2 ซึ่งอาจจะไม่มากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด แต่อาจจะเป็นปัญหาในอนาคตที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการดื้อยาได้ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบหลายๆ ด้าน ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม เป็นอย่างมาก ดังนั้นการป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยดื้อยาเกิดขึ้นจะต้องให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก (พบเชื้อ) ให้หายขาด จึงควรเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุด จังหวัดชัยภูมิ มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ครบทั้ง 5 องค์ประกอบ แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาในเรื่องการกำกับการรับประทานยาของพี่เลี้ยงยังมีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยรับประทานยาที่ต่ำมาก ซึ่งพี่เลี้ยงไม่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและจริงจัง โดยเฉพาะในช่วงของการรักษาในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก พี่เลี้ยงจะต้องดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อทำให้อัตราการขาดยาน้อยลง

ดังนั้น จากผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ในการดำเนินการควบคุมวัณโรคได้ในอนาคต แต่ต้องอาศัย
กระบวนการต่างๆ ร่วมกันในลักษณะบูรณาการที่เหมาะสม รวมทั้งต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติ
ตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวและความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
ทุกระดับ ประสานและดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน งานควบคุมวัณโรคก็จะประสบผลสำเร็จและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก ผศ.ดร. จิราพร เขียวอยู่
ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ พญ.นงลักษณ์ เทศนา
นายแพทย์ 9 วช.สคร.6 จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำทางวิชาการ ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.
สุนิสา ชายเกลี้ยง ที่ช่วยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องบทความคัดย่อภาษาอังกฤษ ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญ
ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นางบุญสวย ชัยสถิตย์กุล นักวิชาการสาธารณสุข 8 ว. สสจ.ชัยภูมิ นางอรุณรัตน์
สู่หนองบัว พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. รพ.ชัยภูมิ ขอขอบพระคุณ นพ.สสจ.ชัยภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ทุกแห่ง ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคทุกแห่ง ที่อำนวยความสะดวกให้ผู้ศึกษาวิจัย
เก็บข้อมูล และสุดท้ายขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization , Tuberculosis in the South - East Asia Region: Regional
Office South - East Asia.. New Delhi: 1998.
2. ภาสกร อัครเสวี. วัณโรคคือยาผลกระทบบำคัญต่ออนาคตการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย.
ใน: ประสิทธิ์ผลิตผลการพิมพ์. การทดสอบความไวต่อยาของเชื้อวัณโรค: การประยุกต์
ทางคลินิกและเพื่อการพัฒนา ยาใหม่. กรุงเทพฯ: ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยี
ชีวภาพแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543: 1-6.
3. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing.
WHO report. Geneva : 2006.
4. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing.
WHO report. Geneva : 2005.
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา. สถานการณ์และผลการดำเนินงานวัณโรค ปีงบประมาณ
2549 : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา, 2549.(อัดสำเนา)
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. ผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ปีงบประมาณ 2549 .
ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2549.(อัดสำเนา)
7. Hsieh F Y, Block D A, Larsen M.D.A Simple Method of Sample Size Calculation for
Linear and Logistic Regression, Statistics in Medicine, 1998; 17: 1623-1634.
8. Hosmer, D. W. Applied Logistic Regression . University of Massachusetts. Amherst,
Massachusetts, 2000.
9. นภาพร พิมพ์สิงห์. ลักษณะทางวิทยาการระบาดของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกในคลินิกวัณโรค
จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

10. ทิพวรรณ ฉัตรวิริยะเจริญ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกาปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย
วัณโรคปอดกับผลการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง จังหวัดสุรินทร์ .วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธาณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.
11. เพชรไสว ลีมิตระกุล และคณะ. การวิเคราะห์สถานการณ์ควบคุมวัณโรคด้วยกลวิธีตามระบบ DOTS .
รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น, 2545.

ประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR เพื่อการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของ เชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ตของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัด นครราชสีมา

The Efficacy of The Online TBR Program on Improving The Tuberculosis laboratory Report for The Office of Disease Prevention and Control 5th Nakhon Ratchasima, 2008.

เชษฐ ศาสตรีใหม่ ส.ม.(การพัฒนาสุขภาพชุมชน) Chet Sartmai M.P.H
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา The Office of Disease
Prevention and Control 5th
Nakhon Ratchasima.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรม TBR ในการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค และทดสอบความไวต่อยาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาผ่านอินเทอร์เน็ต โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ เพื่อการรายงานผลและระดับความพึงพอใจในการรับบริการจากผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมาที่มีความพร้อมด้านคอมพิวเตอร์ ด้านโปรแกรมปฏิบัติงานด้านบุคลากร และมีความต้องการใช้ระบบใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 13 แห่ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และศูนย์สาธิตบริการวัณโรค โรคเรื้อน และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยได้จากการเลือกแบบเจาะจง ซึ่งมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สุขภาพจำนวน 15 คน เจ้าหน้าที่ชั้นสูตรจำนวน 15 คน และเจ้าหน้าที่สารสนเทศหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านสารสนเทศ จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลด้านบริบทและโครงสร้างพื้นฐาน แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการรับบริการ การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงการทดลองใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการรายงานผลต้นแบบและช่วงการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการรายงานผลที่พัฒนาแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัยในเรื่องของการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR ซึ่งได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล พบว่าช่วงที่ใช้โปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วมีค่าเฉลี่ยของการใช้ระยะเวลาในการได้รับการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาที่สั้นกว่าช่วงที่ใช้โปรแกรม TBR ต้นแบบ เท่ากับ 4 วัน ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านความถูกต้องของข้อมูล พบว่าช่วงที่ใช้โปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วมีค่าร้อยละความถูกต้องของข้อมูลในการการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคสูงกว่าช่วงที่ใช้โปรแกรม TBR ต้นแบบ เท่ากับร้อยละ 15.4 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และด้านความครบถ้วนของข้อมูล พบว่าช่วงที่ใช้โปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วมีค่าร้อยละความครบถ้วนของข้อมูลในการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคสูงกว่าช่วงที่ใช้โปรแกรม TBR ต้นแบบ เท่ากับร้อยละ 14.4 ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในเรื่องของการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการรับบริการต่อระบบสารสนเทศ พบว่าจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 แห่งที่เก็บ

รวบรวมข้อมูลในรายละเอียดจำนวน 17 รายการ มีค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจในการได้รับบริการการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาในระบบสารสนเทศที่พัฒนาแล้วสูงกว่าระบบสารสนเทศต้นแบบ เท่ากับ 0.32 คะแนน ซึ่งค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจในอยู่ที่ 4.16 คะแนน อยู่ในระดับค่อนข้างพอใจ/ดี ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Abstract

This research aimed to develop information system on Internet to improve the report of Tuberculosis culture for the Office of Disease Prevention and Control 5th Nakhon Ratchasima and to compare efficacy of reporting information system and satisfactory level on services from information superintendents of community hospitals in Nakhon Ratchasima province. Results were applied to develop and improve information system for reporting of Tuberculosis culture for the Office of Disease Prevention and Control 5th Nakhon Ratchasima. Samples of this study were 15 community hospitals in Nakhon Ratchasima province, selected by purposive sampling, that were available with computers, application software, personnel and demand for some new system. The informants were 45 public health personnel consisted of 15 sanitary officers, 15 Lab technicians and 15 information or related officers. The research tools were sets of questionnaire that collected overall and infrastructure data, secondary data records and services satisfaction questionnaires. Data collection was conducted into 2 periods as trial period of master reporting information system and operation period of developed reporting information system. Data was analyzed by application software to find the frequency, percentage, mean and standard deviation.

The results of this research showed the comparisons of information system efficacy; Data accessibility. The study found that operation period of developed reporting information system had mean value of times which had been used for reporting of Tuberculosis culture shorter than trial period of master reporting information system at 4.0 days with statistically significant differences at 95% of reliability level, data correctness. The study found that operation period of developed reporting information system had percentage of data correctness which had been used for reporting of Tuberculosis culture higher than trial period of master reporting information system at 15.4% with no statistically significant differences at 95% of reliability level and Data completeness. The study found that operation period of developed reporting information system had percentage of data completeness which had been used for reporting of Tuberculosis culture higher than trial period of master reporting information system at 14.4% with no statistically significant differences at 95% of reliability level. At last the results of this research showed the comparisons of services satisfaction level on information system; From 15 data collected samplings with 17 detailed items, the study found that the mean of services satisfaction level reporting of Tuberculosis culture for the Office of Disease Prevention and Control 5th Nakhon Ratchasima province on developed information system was higher than master information system with the score of 0.32 and the mean value of satisfaction level was relatively/ good satisfactory at 4.16 with statistically no significant differences at 95% of reliability level.

บทนำ

ปัจจุบันสังคมของโลกในยุคข่าวสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วและเข้ามามีบทบาทต่อการดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษา และงานด้านธุรกิจ ความสามารถของอุปกรณ์สื่อสารและประสิทธิภาพของเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ทำให้องค์กรต่างๆ ต้องนำเทคโนโลยีเหล่านี้เข้ามาช่วยในการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น องค์กรต้องจัดการเรียนรู้การใช้งานคอมพิวเตอร์ การค้นหาข้อมูล การรับ-ส่งข้อมูล ข่าวสารอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจ การวิเคราะห์และการจัดเก็บข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับทุกคนในองค์กร ต้องมีความรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และนำไปประยุกต์ใช้คอมพิวเตอร์ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนสามารถใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการศึกษาและค้นคว้าได้⁽⁵⁾

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาเป็นหน่วยงานสาธารณสุขระดับเขตที่มีหน้าที่และภารกิจเป็นแม่ข่ายทางด้านวิชาการ ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการควบคุมโรคติดต่อ เช่น วัณโรค โรคเรื้อน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดต่อหน้าโดยแมลง โรคเกิดจากการประกอบอาชีพ และโรคติดต่อตามแนวชายแดนที่อาจเกิดขึ้นในเขตสาธารณสุขที่ 13 ครอบคลุม 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานในเครือข่ายสามารถดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวนโยบายหลักของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน⁽⁶⁾ โดยเฉพาะวัณโรคอันเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ในปี 2547 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในอันดับที่ 18 ในจำนวน 22 ประเทศที่มีปัญหาการแพร่กระจายของวัณโรคในอัตราสูง ซึ่งต้องมีมาตรการในการควบคุม โดยการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและทำการรักษาให้หายขาดโดยมีความต่อเนื่องในการดูแล⁽⁷⁾

งานชันสูตรโรคและวิจัย เป็นกลุ่มงานหนึ่งของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาที่มีหน้าที่ด้านการตรวจยืนยันเชื้อวัณโรคและทดสอบความไวต่อยา ให้แก่ศูนย์สาธิตบริการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 24 แห่ง โดยในปี 2548 - 2550 มีจำนวนตัวอย่างส่งตรวจจากโรงพยาบาลต่างๆ ถึง 3,350 ราย โดยเฉลี่ยปีละ 1,100 รายต่อปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการรายงานผลการตรวจกลับเป็นการดำเนินการหนึ่งที่สำคัญที่จะแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังหน่วยงานที่ส่งตัวอย่างมาตรวจให้ได้รับความสะดวกและรวดเร็วทันต่อความต้องการ เดิมได้ใช้ระบบหนังสือราชการและส่งต่อทางไปรษณีย์ ซึ่งใช้เวลา 7-14 วันหรือ 1-2 สัปดาห์ หากนับรวมกับระยะเวลาที่ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการอีก 8-12 สัปดาห์ ทำให้ต้องใช้เวลาในการรอผลการตรวจถึง 9-14 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาค่อนข้างล่าช้า ส่งผลต่อการวินิจฉัยของแพทย์ และการดำเนินการรักษาต่อผู้ป่วยวัณโรคได้ งานชันสูตรโรคและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาได้เล็งเห็นความสำคัญของการรายงานผลกลับที่มีส่วนต่อการรักษาวัณโรคให้เกิดความสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาโปรแกรม TBR เพื่อการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเชื้อวัณโรค ตลอดจนประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมดังกล่าวเพื่อเป็นทางเลือกให้เกิดความสะดวกรวดเร็วสามารถรักษาผู้ป่วยวัณโรคทันต่อเหตุการณ์ และเป็นส่วนช่วยให้การดำเนินงานด้านการควบคุมวัณโรค มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรม TBR (Tuberculosis Report) เพื่อการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ต
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR ผ่านอินเทอร์เน็ต โดยเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรม TBR ต้นแบบกับโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว

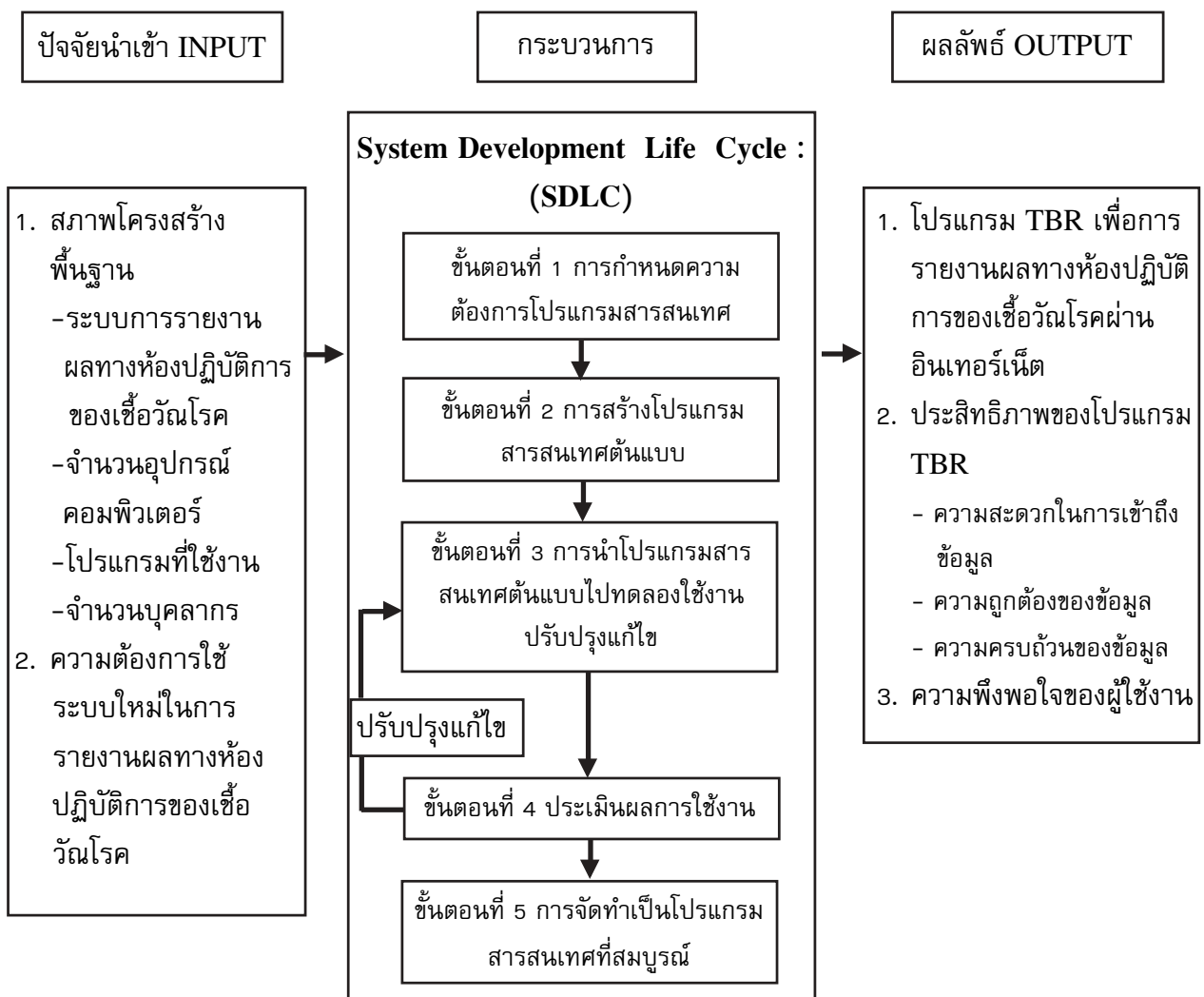
สมมุติฐานของการวิจัย

โปรแกรม TBR (Tuberculosis Report) เพื่อใช้รายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ตของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา โดยโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วมีประสิทธิภาพมากกว่าโปรแกรม TBR ต้นแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรม TBR (Tuberculosis report) พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดจากการพัฒนาระบบสารสนเทศ System Development Life Cycle ต้นแบบ (Prototyping) ของ William N. Robinson (1998) โดยการสำรวจความต้องการจากผู้ใช้งาน (User) นำมาเข้าสู่กระบวนการพัฒนาโปรแกรมทดลองใช้ และประเมินประสิทธิภาพ⁽³⁾ ดังแสดงไว้ในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย สำหรับการพัฒนาโปรแกรม TBR เพื่อการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ต ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา



นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **โปรแกรม TBR (Tuberculosis Report)** หมายถึง โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ต โดยครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด รายงานผลให้แก่แพทย์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งสามารถทำการสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตโดยใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

2. **การพัฒนาสารสนเทศ** หมายถึง การปรับปรุง เปลี่ยนแปลงรายละเอียดต่างๆ ตามความต้องการของระบบสารสนเทศให้เหมาะสมกับการนำมาใช้งานผ่านอินเทอร์เน็ต เพื่อรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อ และทดสอบความไวต่อยาของเชื้อวัณโรค ที่จะนำมาเป็นผลยืนยันและช่วยในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรค⁽¹⁾

3. **การรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค** หมายถึง การแจ้งผลการตรวจหาเชื้อวัณโรค การตอบกลับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการซึ่งเป็นผลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ไปยังหน่วยงาน แพทย์หรือบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรค⁽²⁾

4. **โรงพยาบาล** หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมาที่มีประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบผู้ป่วยด้วยวัณโรค โดยใช้บริการเพาะเลี้ยงเชื้อและทดสอบความไวต่อยา จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา และมีความพร้อมของระบบสารสนเทศ

5. **เจ้าหน้าที่** หมายถึง ข้าราชการประจำในโรงพยาบาล **บุคลากร** หมายถึง ลูกจ้าง บุคคลที่ถูกจ้างเฉพาะงานไม่ใช่ข้าราชการ แต่ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่โรงพยาบาลนั้นๆ มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค

6. **ความพร้อมในระบบสารสนเทศ** หมายถึง ความพร้อม 3 ประการ คือ

6.1 มีบุคลากรอย่างน้อย 1 คนในโรงพยาบาลชุมชนที่มีส่วนในการรับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข และสามารถสืบค้นข้อมูลจากระบบอินเทอร์เน็ตได้

6.2 มีเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงที่ใช้งานได้ตามปกติ

6.3 มีระบบอินเทอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมโยงและสืบค้นข้อมูลได้

7. **ประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR** หมายถึง คุณภาพของการได้รับการให้บริการในการรายงานผลเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค โดยมุ่งเน้นคุณลักษณะที่สำคัญของระบบสารสนเทศที่ดีเพียง 3 ประเด็น ดังนี้ คือ

7.1 ความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล โดยวัดจากเวลาที่กลุ่มชั้นสูตรโรคและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาส่งข้อมูลรายงานผลการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค ถึงเวลาที่โรงพยาบาลชุมชนเข้ามาเรียกดูข้อมูล

7.2 ความถูกต้องของข้อมูล โดยเปรียบเทียบความถูกต้องในรายละเอียดของผลการรายงาน ที่กลุ่มชั้นสูตรโรคและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาส่งข้อมูลกับรายละเอียดผลการตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนได้รับ

7.3 ความครบถ้วนของข้อมูล โดยเปรียบเทียบความครบถ้วนของข้อมูลของผลการรายงาน ที่กลุ่มชั้นสูตรโรคและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาส่งข้อมูลกับรายละเอียดผลการตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนได้รับ

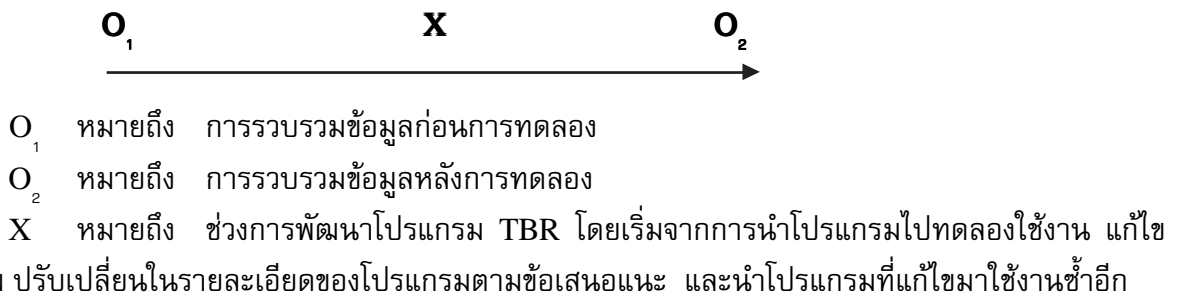
8. **ความพึงพอใจ** หมายถึง ระดับความคิดเห็น ความชอบและพอใจจากการใช้บริการจากโปรแกรม TBR (Tuberculosis Report) เพื่อการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคและทดสอบความไวต่อยาผ่านอินเทอร์เน็ต ที่ตรงกับความต้องการของเจ้าหน้าที่ในจังหวัดนครราชสีมาที่เข้าร่วมโครงการโดยการแปลความหมายค่าเฉลี่ย

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สุขภาพ เจ้าหน้าที่ชั้นสูตรและเจ้าหน้าที่ผู้ใช้คอมพิวเตอร์เกี่ยวกับปัญหาความต้องการ และแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศที่เป็นข้อมูลเชิงบรรยายใช้หลักการกระจายความถี่⁽⁴⁾

- 5 หมายถึง พอใจเป็นอย่างยิ่ง / ดีมาก
- 4 หมายถึง ค่อนข้างพอใจ / ดี
- 3 หมายถึง เฉยๆ / ปานกลาง
- 2 หมายถึง ค่อนข้างไม่พอใจ / น้อย
- 1 หมายถึง ไม่พอใจเป็นอย่างยิ่ง / น้อยมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม TBR (Tuberculosis Report) เพื่อการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ตของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยมีการเปรียบเทียบผลการใช้งานโปรแกรมก่อนและหลังการพัฒนา ซึ่งใช้รูปแบบการทดลองแบบ Pretest - posttest One Group Design ดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมาที่ใช้ข้อมูลการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค และใช้บริการการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคและทดสอบความไวของเชื้อต่อยาจากกลุ่มงานชันสูตรโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 26 แห่ง โดยมีผู้ให้ข้อมูล 78 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมาที่ใช้ข้อมูลการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค และใช้บริการการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคและทดสอบความไวของเชื้อต่อยาจากกลุ่มงานชันสูตรโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ที่มีความพร้อมในระบบสารสนเทศ ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้ผลจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น จำนวน 13 แห่ง โรงพยาบาลมหาสารคามและศูนย์สาธิตบริการวัณโรค โรคเรื้อน และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งสิ้น 15 แห่ง และเจ้าหน้าที่แต่ละ 3 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้เครื่องมือชนิดต่างๆ ในการเก็บข้อมูลที่ต้องการ โดยแบ่งเป็น 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 ด้านบริบท สำรวจโครงสร้างพื้นฐาน โดยใช้

- แบบสอบถามเพื่อสำรวจโครงสร้างพื้นฐาน สำรวจปัญหาและแบบสอบถามเพื่อสำรวจความต้องการระบบใหม่

ชุดที่ 2 ด้านกระบวนการพัฒนาและด้านของผลการพัฒนาระบบ

สอบถามประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อโปรแกรม TBR ต้นแบบ โดยใช้

-แบบบันทึกหาข้อมูลทุติยภูมิและความพึงพอใจของโปรแกรม TBR ต้นแบบสอบถาม
ข้อเสนอแนะ

สอบถามประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว โดยใช้

-แบบบันทึกหาข้อมูลทุติยภูมิและความพึงพอใจของโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว
สอบถาม ข้อเสนอแนะ

4. การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกและแบบสอบถาม ตามรายละเอียด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ด้านบริบท สำรวจโครงสร้างพื้นฐาน โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 1

ระยะที่ 2 ด้านกระบวนการพัฒนา โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 2

สอบถามประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อโปรแกรม TBR ต้นแบบ โดยใช้

-แบบบันทึกหาข้อมูลทุติยภูมิของโปรแกรม TBR ต้นแบบ
-แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรม TBR ต้นแบบ
-แบบสอบถาม ข้อเสนอแนะ

สอบถามประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว โดยใช้

-แบบบันทึกหาข้อมูลทุติยภูมิของโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว
-แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว
-แบบสอบถาม ข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ด้านผลการพัฒนา

เปรียบเทียบประสิทธิภาพและความพึงพอใจของโปรแกรม TBR โดยใช้

-แบบบันทึกหาข้อมูลทุติยภูมิของโปรแกรม TBR ต้นแบบและพัฒนาแล้ว
-แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรม TBR ต้นแบบและพัฒนาแล้ว

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้านบริบท สำรวจโครงสร้างพื้นฐาน

โดยใช้ค่าสถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ สำรวจปัญหา และความต้องการใช้โปรแกรมTBR ใหม่

ด้านกระบวนการพัฒนา

วิเคราะห์ขั้นตอนของการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และนำข้อเสนอแนะมาใช้ในการแก้ไข
ปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ต

ด้านผลการพัฒนา

เปรียบเทียบประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการรับบริการระหว่างโปรแกรม TB ต้นแบบ
กับโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว โดยใช้ค่าสถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละและเปรียบเทียบเพื่อยืนยันความแตกต่าง
ทางสถิติ โดยใช้ Paired t - test และ Proportion test

ผลการวิจัย

ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม TBR (Tuberculosis Report) เพื่อการรายงานผลเพาะเลี้ยงเชื้อ
วัณโรคและทดสอบความไวต่อยาผ่านอินเทอร์เน็ต ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา
มีรายละเอียดของผลการวิจัยดังนี้

1. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน บริบทของการดำเนินงาน และสภาพปัญหา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมาทั้ง 15 แห่ง โดยมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 45 คน เกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานของระบบเดิม ปัญหา และความต้องการระบบใหม่ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

1.1 โครงสร้างพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามประเภทผู้ให้ข้อมูลและขนาดของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครราชสีมา

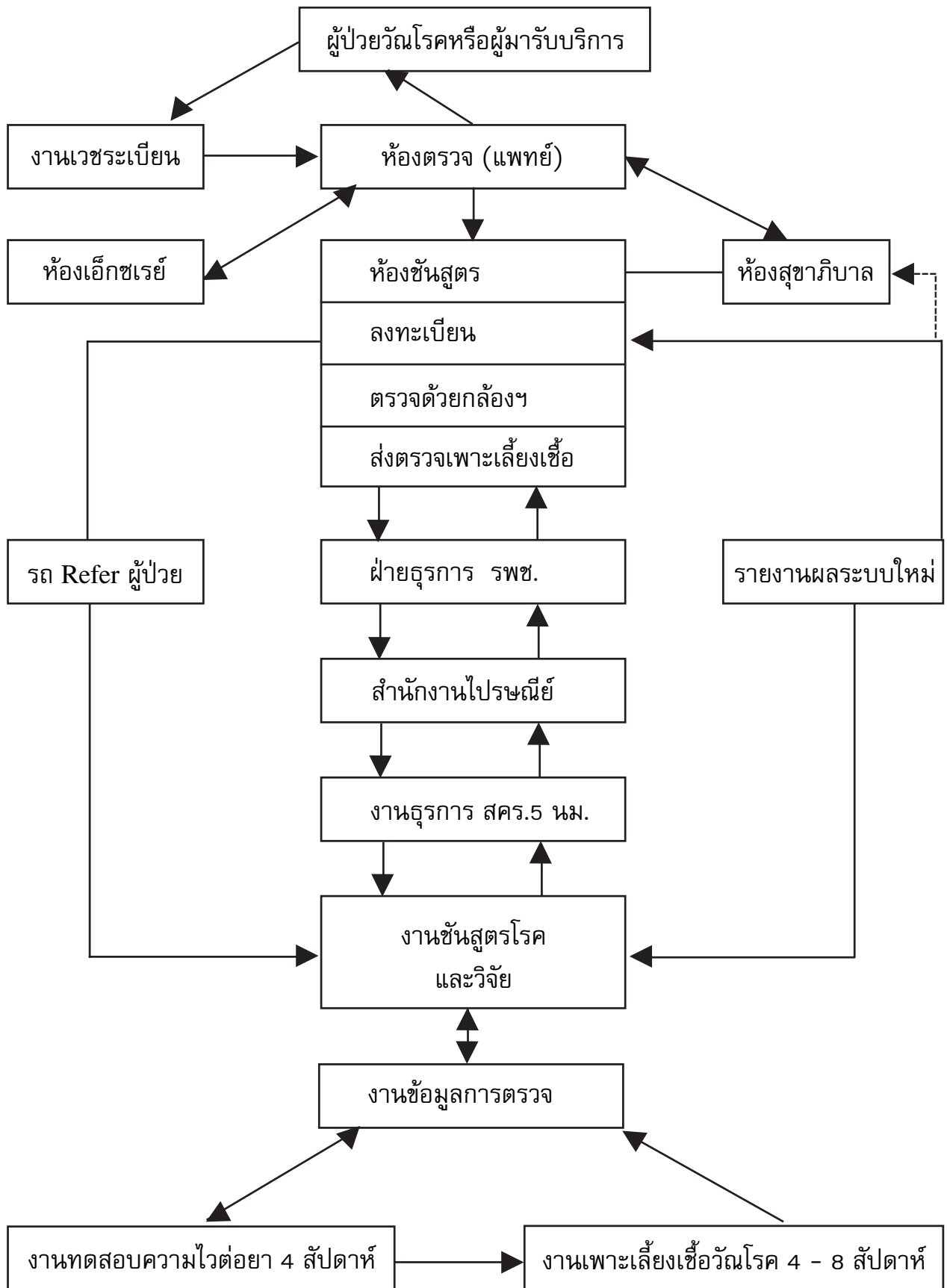
ประเภทของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้ข้อมูล		
เจ้าหน้าที่สุขาภิบาล/ห้องตรวจ	24	53.4
เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร	15	33.3
เจ้าหน้าที่สารสนเทศ	6	13.3
รวม(คน)	45	100
ขนาดของเตียงโรงพยาบาล		
30 เตียง	4	26.7
60 เตียง	4	26.7
90 เตียง	3	20.1
120 เตียง	2	13.3
มากกว่า 120 เตียง	1	6.6
ไม่มีเตียงบริการ	1	6.6
รวม(แห่ง)	15	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขาภิบาลและห้องตรวจ ร้อยละ 53.3 เจ้าหน้าที่ชั้นสูตรและเจ้าหน้าที่สารสนเทศ คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 13.3 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดเตียง 30 และ 60 คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดเตียง 90 และ 120 คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ 13.3 ตามลำดับ. ส่วนมีเตียงมากกว่า 120 เตียงและไม่มีเตียงบริการ คิดเป็นร้อยละ 6.6

1.2 ด้านบริบทของการดำเนินงาน

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 แห่ง มีลำดับขั้นตอนของการดำเนินงานการตรวจและการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคที่ประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้มารับบริการตรวจห้องให้บริการต่างๆ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบดังต่อไปนี้

แผนผังการดำเนินงานในการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค



จากแผนผังการดำเนินงานในการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคพบว่าเมื่อผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการเข้ามาติดต่อที่งานเวชระเบียน แล้วเข้าพบแพทย์ที่ห้องตรวจ หากในรายสงสัยแพทย์จะสั่งให้ผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์ปอดและตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ที่ห้องชันสูตร และแจ้งผลกลับยังห้องตรวจ เมื่อตรวจพบเชื้อวัณโรคแพทย์จะสั่งให้ห้องชันสูตรส่งตัวอย่างเสมหะเพื่อทำการเพาะเลี้ยงเชื้อและทดสอบความไวต่อยาของเชื้อวัณโรค ตัวอย่างเสมหะจะถูกบรรจุหีบห่อตามมาตรฐาน เพื่อให้งานธุรการทำหนังสือราชการส่งไปยังงานชันสูตรโรคและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาโดยผ่านระบบไปรษณีย์หรือโดยฝากจัดส่งต่อผู้ป่วย

ก่อนเข้างานชันสูตรโรคและวิจัย จะมีการรับลงหนังสือราชการและพัสดุไปรษณีย์ โดยงานธุรการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา และจึงส่งไปยังงานชันสูตรโรคและวิจัย เพื่อทดสอบสภาพของตัวอย่างส่งตรวจและลงทะเบียน แล้วจึงทำการเพาะเลี้ยงเชื้อลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อวัณโรคใช้เวลา 4 - 8 สัปดาห์ หากเชื้อวัณโรคเกิดขึ้น จะรายงานผลการเพาะเลี้ยงกลับไปยังงานชันสูตรโรงพยาบาลที่ส่งตัวอย่างมาให้ทราบ และดำเนินการทดสอบความไวต่อยาใช้เวลา อีก 4 สัปดาห์ แล้วจึงรายงานผลการทดสอบความไวต่อยากลับไปยังโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนเช่นเดียวกับการส่งตัวอย่างมาตรวจ ซึ่งใบรายงานผลการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อจะเก็บไว้ที่งานสุขาภิบาลของโรงพยาบาลเพื่อเป็นประวัติและสะดวกต่อการค้นหา

สภาพปัญหาที่พบ

- ใต้รับผลการตรวจค่อนข้างล่าช้าและมีขั้นตอนยุ่งยากในการติดต่อขอผลการตรวจ
- ผลการตรวจสูญหาย ไม่มีสำเนาเก็บ ส่งผลเสียต่อการพึงผลของผู้ป่วย
- ต้องใช้เวลาในการค้นหาผลการตรวจที่เก็บไว้นานมาก
- มีความยุ่งยากในการจัดเก็บและไม่มีผู้รับผิดชอบในการจัดเก็บ ทำให้ค้นหาผลลำบาก

การวิเคราะห์ข้อมูลสภาพโครงสร้างพื้นฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในปัจจุบันด้าน Hardware เกี่ยวกับจำนวนเครื่อง และขนาดของ Hardware ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นจำแนกตามการมีประโยชน์และความต้องการรายงานผลการตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ต โดยมีความพร้อม

ประเภทของความต้อการ	จำนวน	ร้อยละ
มีประโยชน์	15	100
มีความต้อการ	15	100
มีความพร้อม	15	100

จากตารางที่ 2 พบว่า ทุกแห่งมีความคิดเห็นว่ารระบบใหม่ในการรายงานผลมีประโยชน์และให้ความความต้องการที่จะใช้การรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ต โดยมีความพร้อมทางด้านระบบสารสนเทศที่ใช้ภายในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

2. ด้านกระบวนการพัฒนา

การศึกษาด้านกระบวนการ ในเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR (Tuberculosis Report) รายงานผลทางห้องปฏิบัติการผ่านอินเทอร์เน็ตโดยใช้ทฤษฎีการพัฒนากระบวนการต้นแบบ(Prototyping) ของ William N. Robinson(1998) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม การดำเนินงานและผลจากการดำเนินงาน

ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
1. การกำหนดความต้องการ โปรแกรมสารสนเทศ	การกำหนดขอบเขตของโรงพยาบาล ในจังหวัดนครราชสีมาที่จะศึกษา โดยอยู่ภายใต้ขอบเขตของ โปรแกรมสารสนเทศ จำนวน 15 แห่งใช้เวลา 1 สัปดาห์	โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกแห่ง 1. มีความพร้อมด้านระบบสารสนเทศ 2. มีความต้องการที่จะใช้งาน โปรแกรมสารสนเทศและ 3. มีผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในทะเบียน ประวัติการรักษาของหน่วยงาน
2. การสร้างโปรแกรม สารสนเทศต้นแบบ	1. ศึกษารายละเอียดจากใบ รายงานผลเดิม 2. ออกแบบโปรแกรมต้นแบบ 3. สร้างแบบจำลองโปรแกรม สารสนเทศต้นแบบใช้เวลา 4 สัปดาห์	- ใ้รูปแบบของหน้าจอหลัก หน้าจอทำงานและหน้าจอแสดงผล ของโปรแกรมต้นแบบและทดสอบ ความสามารถการทำงานได้จริง ของโปรแกรม
3. การนำโปรแกรม สารสนเทศต้นแบบ ไปทดลองใช้งาน	นำหนังสือขอความร่วมมือ แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อตกลงและขั้นตอนต่างๆ ให้แก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและลงโปรแกรม รายงานผลต้นแบบพร้อมแจกคู่มือ การใช้งาน ใช้เวลา 1 สัปดาห์ และ ให้ทดลองใช้งานอีก 4 สัปดาห์	- แพทย์ไม่ค่อยให้ความสนใจ จะยกส่วนความรับผิดชอบมายัง เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร เจ้าหน้าที่ งานสุขาภิบาล (TB Clinic) และจะมีเจ้าหน้าที่สารสนเทศ มาช่วยดูแลให้การดำเนินงาน เป็นไปตามวัตถุประสงค์ซึ่งตรงกับ งานรับผิดชอบโดยตรงของ โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง
4. ประเมินผลการใช้งาน	ออกนิเทศเพื่อติดตามผลการใช้ โปรแกรม แจกแบบสอบถาม เก็บข้อมูลทุกัญญัติจากสมุดบันทึก ใช้เวลา 1 สัปดาห์	- สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลและ แบบสอบถามได้ทั้ง 15 แห่ง จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่ ห้องชั้นสูตร เจ้าหน้าที่สุขาภิบาล และเจ้าหน้าที่สารสนเทศของ โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 45 ชุด
5. การจัดทำเป็นโปรแกรม สารสนเทศที่สมบูรณ์	นำข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูล ต้องการมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนา โปรแกรมใช้เวลา 2 สัปดาห์ และ นำไปทดลองใช้งานต่ออีก 4 สัปดาห์ จนได้โปรแกรมที่ใช้งาน ได้จริงตามความต้องการของผู้ใช้งาน และผู้วิจัย	- ได้โปรแกรมสารสนเทศ เพื่อการรายงานผลการเพาะเลี้ยง เชื้อวัณโรคและทดสอบความไว ต่อยาของสำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ที่สามารถใช้งานได้จริงและตรง ตามความต้องการมากที่สุด

3. ด้านผลการพัฒนา ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. โปรแกรมรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ต
2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสารสนเทศในการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค

ประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศในการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของระยะเวลาการรายงานผลกลับโรงพยาบาล จำแนกตามระบบสารสนเทศ
 ต้นแบบและระบบพัฒนาแล้ว

ระยะเวลาการรายงานผลกลับโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โปรแกรม TBR ต้นแบบ		
3 - 4 วัน	3	20.0
5 - 6 วัน	5	33.3
ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป	7	46.7
ระยะเวลาเฉลี่ย = 6 วัน SD = 2.38		
โปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว		
1 - 2 วัน	11	73.3
3 - 4 วัน	4	26.7
ระยะเวลาเฉลี่ย = 2 วัน SD = 0.78		

จากตารางที่ 4 พบว่าระยะเวลาในการรายงานผลตอบกลับโรงพยาบาลของโปรแกรม TBR ต้นแบบ
 ส่วนใหญ่ใช้เวลาตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ร้อยละ 46.7 รองลงมาจะใช้เวลา 5 - 6 วัน ร้อยละ 33.3 และใช้เวลา 3 - 4 วัน
 ร้อยละ 20.0 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6 วัน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.38 และระยะเวลาในการรายงานผล
 ตอบกลับโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้เวลา 1 - 2 วัน ร้อยละ 73.3 รองลงมาใช้เวลา 3 - 4 วัน
 ร้อยละ 26.7 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2 วัน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.78

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค เปรียบเทียบ
 โปรแกรม TBR ต้นแบบและพัฒนาแล้ว

ประสิทธิภาพ	n	Mean	SD	Mean		P-value
				Differences	95 % CI Lower Upper	
ความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล						
โปรแกรมต้นแบบ	15	6.03	2.38	4.00	2.67 5.32	0.00
โปรแกรมพัฒนาแล้ว	15	2.03	0.78			
ความถูกต้อง(%)						
โปรแกรมต้นแบบ	15	84.6		- 15.4	- 33.66 2.86	0.06
โปรแกรมพัฒนาแล้ว	15	100				
ครบถ้วน(%)						
โปรแกรมต้นแบบ	15	85.6		- 14.4	- 32.17 3.37	0.06
โปรแกรมพัฒนาแล้ว	15	100				

จากตารางที่ 5 พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR ที่ใช้ในการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค ด้านความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลของทั้งสองโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโปรแกรม TBR ต้นแบบมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการรายงานผล เท่ากับ 6 วัน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.38 ส่วนโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการรายงานผล เท่ากับ 2 วัน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.78 โดยโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการรายงานผลสั้นกว่าโปรแกรม TBR ต้นแบบ โดยเฉลี่ย 4 วัน (95 % CI = 2.67, 5.32)

ส่วนประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR ด้านความถูกต้องและครบถ้วน โปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว และโปรแกรม TBR ต้นแบบ ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ โดยโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วมีความถูกต้องสูงกว่าโปรแกรม TBR ต้นแบบ โดยเฉลี่ยร้อยละ 15.4 (95 % CI=-33.66, 2.86) ส่วนโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วมีความถูกต้องสูงกว่าโปรแกรม TBR ต้นแบบ โดยเฉลี่ยร้อยละ 14.4 (95 % CI = -32.17, 3.37) ระดับความพึงพอใจในการรับบริการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค โดยโปรแกรม TBR ของงานชั้นสูตรโรคและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ไปยังโรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับความพึงพอใจการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค

โดยโปรแกรม TBR ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา (ต้นแบบ)

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ (n=45)				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ด้านโครงสร้าง / เนื้อหาของโปรแกรม TBR ที่ใช้ในการรายงานผล					
-รายละเอียดของข้อมูลที่แสดงผลเมื่อเรียกดู	0 (0)	0 (0)	0 (0)	25 (55.6)	20 (44.4)
-รูปแบบหน้าหลักที่แสดงผลหน้าจอก่อนใช้งาน	0 (0)	0 (0)	0 (0)	30 (66.7)	15 (33.3)
-ปุ่มการทำงานที่แสดงหน้าจอ	0 (0)	1 (2.2)	32 (71.1)	0 (0)	12 (26.7)
-ขนาดของโปรแกรมที่แสดงผล	1 (2.2)	1 (2.2)	31 (68.9)	0 (0)	12 (26.7)
-การแสดงสีและองค์ประกอบของโปรแกรมที่แสดงผล	1 (2.2)	1 (2.2)	4 (8.9)	28 (62.2)	11 (24.4)
-สามารถพิมพ์แสดงผลในรูปแบบรายงานได้	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18 (40.0)	27 (60.0)
-สามารถเรียกดูข้อมูลได้รวดเร็วและทันความต้องการ	0 (0)	0 (0)	2 (4.4)	18 (40.0)	25 (55.6)
-มีระบบความปลอดภัยและป้องกันผู้ไม่เกี่ยวข้อง	0 (0)	0 (0)	2 (4.4)	19 (42.2)	24 (53.3)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับความพึงพอใจการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค โดยโปรแกรม TBR ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา(ต้นแบบ)(ต่อ)

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ (n=45)				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-มีความสอดคล้องของข้อมูลกับความต้องการ	0	0	0	23	22
	(0)	(0)	(0)	(51.1)	(48.9)
-ความถูกต้องของข้อมูลที่แสดงผลเมื่อเรียกดู	0	0	0	25	20
	(0)	(0)	(0)	(55.6)	(44.4)
-การใช้งานที่ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน	0	0	0	23	22
	(0)	(0)	(0)	(51.1)	(48.9)
-ความครบถ้วนของข้อมูลที่แสดงผลเมื่อเรียกดู	0	1	1	23	20
	(0)	(2.2)	(2.2)	(51.1)	(44.4)
-สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับโปรแกรมระบบเดิมได้	0	0	2	26	17
	(0)	(0)	(4.4)	(57.8)	(37.8)
ด้านการสนับสนุน / บำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์					
-มีการแนะนำในการรักษาโปรแกรมและแก้ไขเบื้องต้น	0	0	0	21	24
	(0)	(0)	(0)	(46.7)	(53.3)
-มีคู่มือการใช้งานโปรแกรม	0	0	0	23	22
	(0)	(0)	(0)	(51.1)	(48.9)
-มีการทำข้อตกลงและชี้แจงโปรแกรมการติดตามเพื่อตรวจสอบดูแลระบบเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง	0	0	0	23	22
	(0)	(0)	(0)	(51.1)	(48.9)
-มีช่องทางติดต่อ เพื่อแก้ไขข้อมูลพัฒนาระบบให้ทันสมัย เป็นปัจจุบัน และทันต่อความต้องการเพิ่มเติม	0	0	26	0	19
	(0)	(0)	(57.8)	(0)	(42.2)
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรม TBR ต้นแบบ = 3.88 คะแนน SD = 1.29					

- (1) = ไม่พอใจอย่างยิ่ง/น้อยที่สุด (2) = ค่อนข้างไม่พอใจ/น้อย
 (3) = เฉยๆ/ปานกลาง (4) = ค่อนข้างพอใจ/มาก
 (5) = พอใจอย่างยิ่ง/มากที่สุด

จากตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อรายละเอียดของโปรแกรม TBR ผ่านอินเทอร์เน็ตเพื่อการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค ด้านโครงสร้าง/เนื้อหาของโปรแกรม พบว่าผู้ใช้โปรแกรมมีความพึงพอใจมากที่สุดด้านความสามารถพิมพ์แสดงผลในรูปแบบรายงานได้ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือความสามารถในการเรียกดูข้อมูลได้รวดเร็ว และทันต่อความต้องการร้อยละ 55.6 ส่วนด้านการสนับสนุน/บำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ พบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุดในส่วนการแนะนำการรักษาโปรแกรมและแก้ไขเบื้องต้น ร้อยละ 53.3

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความพึงพอใจ ต่อโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ (n=45)				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ด้านโครงสร้าง / เนื้อหาของโปรแกรม TBR ที่ใช้ในการรายงานผล					
-รายละเอียดของข้อมูลที่แสดงผลเมื่อเรียกดู	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (22.2)	35 (77.8)
-รูปแบบหน้าหลักที่แสดงผลหน้าจอก่อนใช้งาน	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (26.7)	33 (73.3)
-ขนาดของโปรแกรมที่แสดงผล	0 (0)	0 (0)	1 (2.2)	12 (26.7)	32 (71.1)
-ปุ่มการทำงานที่แสดงหน้าจอ	0 (0)	0 (0)	2 (4.4)	11 (24.4)	32 (71.1)
ด้านประสิทธิภาพของโปรแกรมรายงานผล					
-การแสดงสีและองค์ประกอบของโปรแกรมที่แสดงผล	0 (0)	0 (0)	4 (8.9)	10 (22.2)	31 (68.9)
-สามารถพิมพ์แสดงผลในรูปแบบรายงานได้	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (17.8)	37 (82.2)
-สามารถเรียกดูข้อมูลได้รวดเร็ว และทันความต้องการ	0 (0)	0 (0)	1 (2.2)	8 (17.8)	36 (80.0)
-มีระบบความปลอดภัยและป้องกันผู้ไม่เกี่ยวข้อง	0 (0)	0 (0)	1 (2.2)	9 (20.0)	35 (77.8)
-มีความสอดคล้องของข้อมูลกับความต้องการ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (24.4)	34 (75.6)
-การใช้งานที่ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน	0 (0)	0 (0)	1 (2.2)	10 (22.2)	34 (75.6)
-ความถูกต้องของข้อมูลที่แสดงผลเมื่อเรียกดู	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (26.7)	33 (73.3)
-ความครบถ้วนของข้อมูลที่แสดงผลเมื่อเรียกดู	0 (0)	0 (0)	2 (4.4)	11 (24.4)	32 (71.1)
-สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับระบบเดิมได้	0 (0)	0 (0)	2 (4.4)	11 (24.4)	32 (71.1)
ด้านการสนับสนุน / บำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์					
-มีการแนะนำในการรักษาโปรแกรม และแก้ไขเบื้องต้น	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (17.8)	37 (82.2)
-มีคู่มือการใช้งานโปรแกรม	0 (0)	0 (0)	1 (2.2)	8 (17.8)	36 (80.0)
-มีการทำข้อตกลงและชี้แจงโปรแกรมการติดตาม	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (22.2)	35 (77.8)
-เพื่อตรวจสอบดูแลระบบเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (22.2)	34 (75.6)
-มีช่องทางติดต่อเพื่อแก้ไขข้อมูล พัฒนาระบบ	0 (0)	0 (0)	1 (2.2)	10 (22.2)	34 (75.6)
-ให้ทันสมัย เป็นปัจจุบันและทันต่อความต้องการเพิ่ม	0 (0)	0 (0)	2 (4.4)	11 (24.4)	32 (71.1)
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว = 4.16 คะแนน SD = 0.59					

จากตารางที่ 7 พบว่า ความพึงพอใจต่อรายละเอียดของโปรแกรม TBR ผ่านอินเทอร์เน็ตเพื่อการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค ด้านโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมการรายงานผล พบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุดด้านรายละเอียดของข้อมูลที่แสดงผลเมื่อเรียกดูร้อยละ 77.8 ด้านประสิทธิภาพของโปรแกรมการรายงานผลความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องความสามารถพิมพ์แสดงผลในรูปแบบรายงานได้ ร้อยละ 82.2 ด้านการสนับสนุนและบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมากที่สุดในเรื่องมีการแนะนำในการรักษาโปรแกรมและแก้ไขเบื้องต้น ร้อยละ 82.2

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานโปรแกรม TBR ที่ใช้ในการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ต

ความพึงพอใจ	รายละเอียด	Mean คะแนน	SD	Mean Differences	95 % CI		P-value
					Lower	Upper	
โปรแกรมต้นแบบ	17	3.88	1.29	- 0.32	- 1.01	0.39	0.19
โปรแกรมที่พัฒนา	17	4.16	0.59				

จากตารางที่ 8 พบว่า ทั้งโปรแกรม TBR ต้นแบบและโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความพึงพอใจต่อการรายงานผลต่อโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วสูงกว่าโปรแกรม TBR ต้นแบบโดยเฉลี่ย 0.32 ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง -1.01 ถึง 0.39 โดยความพึงพอใจในการรับบริการรายงานผลอยู่ที่ระดับดี คือ ค่อนข้างพอใจในการรับบริการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค โดยโปรแกรม TBR ที่ใช้ในการรายงานผลตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคและทดสอบความไวต่อยาผ่านอินเทอร์เน็ตของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมามายังโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

1. ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR

1.1 ความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 แห่ง ที่เก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงที่ใช้ระบบต้นแบบมีค่าเฉลี่ยของการได้รับผลการรายงานการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา เท่ากับ 6 วัน ส่วนในช่วงที่ใช้ระบบที่พัฒนาแล้วมีค่าเฉลี่ยของการได้รับผลการตรวจเท่ากับ 2 วัน ซึ่งใช้ระยะเวลาที่สั้นกว่าช่วงที่ใช้ระบบต้นแบบ เท่ากับ 4.00 วัน ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่างค่าต่ำสุด 2.67 และค่าสูงสุด 5.32 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่ามีการเข้าถึงข้อมูลสะดวกมากขึ้น

1.2 ความถูกต้องของข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง 15 แห่งที่เก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงที่ใช้ระบบต้นแบบมีค่าความถูกต้องของการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค ร้อยละ 84.6 ส่วนในช่วงที่ใช้ระบบที่พัฒนาแล้วมีค่าความถูกต้องร้อยละ 100 ซึ่งมีค่าความถูกต้องสูงกว่าช่วงที่ใช้ระบบต้นแบบ เท่ากับร้อยละ 15.4 ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง -33.6 และ 2.8 โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 ความครบถ้วนของข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง 15 แห่งที่เก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงที่ใช้ระบบต้นแบบมีค่าความครบถ้วนของการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค ร้อยละ 85.6 ส่วนในช่วงที่ใช้ระบบที่พัฒนาแล้วมีค่าความครบถ้วนร้อยละ 100 ซึ่งมีค่าความถูกต้องสูงกว่าช่วงที่ใช้ระบบต้นแบบ เท่ากับร้อยละ 14.4 ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง -32.1 และ 3.3 โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR ในเรื่องของความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล พบว่า แม้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ แต่พบความแตกต่างที่เป็นความสำคัญทางด้านสาธารณสุขและทางคลินิก คือ โปรแกรม TBR ต้นแบบ ข้อมูลที่ยังพบความไม่ถูกต้องและความไม่ครบถ้วนเป็นข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยที่จะทำให้เกิดความผิดพลาดของการรักษาได้ เช่น ตึกผู้ป่วย จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล Lab Serial No.ของผู้ป่วย เพศ อายุ และหมายเลขประจำตัวของผู้ป่วย(HN) ได้ถูกแก้ไขให้ถูกต้องและครบถ้วนแล้วในโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว ดังนั้นการพิจารณาในประเด็นนี้ต้องคำนึงถึงความสำคัญของประเด็นข้อมูลที่มีความสำคัญทางคลินิกและความสำคัญทางสาธารณสุขเพิ่มเติม

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการรับบริการต่อโปรแกรม TBR

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 แห่ง ที่เก็บรวบรวมข้อมูลในรายละเอียดจำนวน 17 รายการ ช่วงที่ใช้โปรแกรม TBR ต้นแบบมีค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจในการได้รับผลการรายงานการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา เท่ากับ 3.88 คะแนน ในระดับปานกลางหรือเฉยๆ ส่วนในช่วงที่ใช้โปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วมีค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจในการได้รับผลการตรวจเท่ากับ 4.16 คะแนน ในระดับดีหรือค่อนข้างพอใจ ซึ่งมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าช่วงที่ใช้โปรแกรม TBR ต้นแบบ โดยเฉลี่ย 0.31 ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง -1.01 และ 0.39 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ใช้งานมีความพอใจในการรับบริการต่อโปรแกรม TBR ผ่านอินเทอร์เน็ตในการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากผลเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR ที่ใช้สำหรับการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคในประเด็นที่พิจารณา เรื่องของ

ความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล

เนื่องจากโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้ว จะทำการแก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ของโปรแกรม TBR ต้นแบบจนเป็นที่พอใจของผู้ใช้งาน เช่น ได้เพิ่มเติมในส่วนของการนัด ซึ่งจะแสดงวันที่และช่วงระยะเวลาของการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคและทดสอบความไวต่อยา วันที่จะสามารถทราบผลการตรวจได้ ซึ่งจะพบว่า ผู้ใช้งานมีความพอใจต่อโปรแกรม TBR ใหม่ที่พัฒนาแล้วมากขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉลี่ย 4.30 คะแนน อยู่ในระดับค่อนข้างพอใจ/ ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ใช้งานมีความคุ้นเคยกับโปรแกรม TBR มากขึ้น และทราบถึงช่วงเวลาและขั้นตอนต่างๆ ของระบบการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคผ่านอินเทอร์เน็ตอย่างมีระบบและชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้เข้ามาใช้บริการเรียกดูข้อมูลในการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ช่วยให้แพทย์ผู้ทำการรักษาได้รับทราบผลทางห้องปฏิบัติการได้สะดวกและตามช่วงเวลาที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้เร็วขึ้น ลดความสูญเสียที่จะเกิดตามมาจากการรักษาล่าช้าได้ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ที่ต้องมาติดต่อหลายครั้ง จนทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดยา ได้รับยาและการรักษาไม่ต่อเนื่อง จนเกิดการดื้อต่อยาวัณโรคได้

ความถูกต้องของข้อมูล และความครบถ้วนของข้อมูล

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่าโปรแกรม TBR ที่พัฒนาแล้วไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติกับโปรแกรม TBR ต้นแบบที่เริ่มทดลองใช้งานในครั้งแรก โดยพบว่า

1. ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจะลงรายละเอียดในใบรายงานผลที่ส่งมาพร้อมกับสิ่งส่งตรวจ ได้แก่ วันที่ส่งตัวอย่าง ชื่อของโรงพยาบาลที่ส่งตัวอย่างตรวจและชื่อผู้ป่วย โดยปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ ลายมือเขียนไม่ชัดเจน อ่านยาก ยุ่งยากต่อการลงบันทึกในทะเบียนรายงานของงานชันสูตรโรคและวิจัย และ

แนวทางแก้ไข คือ ต้องมีการโทรศัพท์สอบถามข้อมูลอีกครั้ง ให้จัดพิมพ์เป็นรูปแบบงานพิมพ์

2. ส่วนที่ไม่ค่อยลงรายละเอียดหรือระบุในใบรายงานผลที่ส่งมามีดังนี้ คือ ผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Direct smear) จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล อายุของผู้ป่วย เพศหรือคำนำหน้านาม เลขทะเบียนผู้ป่วย (Hospital number : HN) ตึกผู้ป่วยที่ส่งตัวอย่าง(Ward) และเลขที่ส่งตรวจ(Lab serial No.) โดยปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือไม่ทราบผลตรวจเสมหะครั้งแรกในการมารักษาว่าพบเชื้อหรือไม่ จัดอยู่ในกลุ่มผู้สงสัยจะเป็นวัณโรคหรือไม่ จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาลพอคาดเดาได้เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพศและอายุเป็นส่วนสำคัญต้องมีการติดต่อกลับเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมอยู่เสมอ เลขทะเบียนและเลขที่ส่งตรวจจะสามารถยืนยันความถูกต้องของตัวผู้ป่วยและตัวอย่างส่งตรวจที่ส่งมาส่วนตึกผู้ป่วยจะช่วยให้สะดวกในการส่งต่อไปรายงานผล และแนวทางแก้ไข คือ ต้องติดต่อกลับยังโรงพยาบาลต้นสังกัดและสอบถามข้อมูลในรายละเอียดที่ขาดหรือส่งข้อมูลมาโดยช่องทางติดต่อในโปรแกรมการรายงานผล ช่องเขียนคำชี้แจง

ช่วงการพัฒนาโปรแกรม TBR และระบบการรายงานผลการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคจะพบปัญหาในทุกขั้นตอนตั้งแต่การออกแบบโปรแกรม TBR และระบบสารสนเทศจำลอง ซึ่งต้องทำเข้าใจระหว่างผู้พัฒนาระบบและผู้สร้างโปรแกรม TBR ให้ตรงกันมากที่สุด ขั้นตอนของการนำโปรแกรม TBR ต้นแบบไปทดลองใช้ ผู้พัฒนากับผู้ใช้งานต้องมีการแนะนำ ชี้แจง ทำข้อตกลง ทดลองใช้งานและใช้งานจริง ตลอดจนติดตามผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ใช้งานเข้าใจในสิ่งที่ต้องปฏิบัติในการใช้งานโปรแกรม TBR เพื่อการรายงานผล ซึ่งถือว่าประสบผลสำเร็จไปได้เพียงส่วนหนึ่ง และได้นำปัญหาที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะต่างๆมาปรับปรุง แก้ไข เพื่อพัฒนาโปรแกรม TBR ให้ตรงกับความต้องการทั้งผู้ใช้งานและผู้พัฒนาโปรแกรม TBR มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ โดยเป็นที่ยอมรับและให้ความสนใจของผู้ใช้งาน จึงจะถือว่าประสบผลสำเร็จในการสร้างและพัฒนาโปรแกรม TBR โดยโปรแกรม TBR ที่พัฒนาจะต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

นั่นแสดงว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรม TBR ในด้านความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล แม้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องมาจากรายละเอียดที่สำคัญของการรายงานผลเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคในโปรแกรม TBR ต้นแบบมีความถูกต้องครบถ้วนในรายละเอียดที่สำคัญอยู่แล้ว เช่น ผลการเพาะเลี้ยงเชื้อ ผลทดสอบความไวต่อยา โดยความพึงพอใจอยู่ในระดับดี และมาในช่วงที่มาได้ปรับปรุงหรือเพิ่มเติมในโปรแกรม TBR ที่พัฒนาในส่วนรายละเอียดที่มีความสำคัญไม่มากนักแต่ต้องบรรจุลงในรายละเอียดของโปรแกรม TBR ที่พัฒนา และระดับความพึงพอใจยังอยู่ในระดับดีเช่นเดิม เมื่อประเมินทางสถิติจึงไม่มีความแตกต่าง

เอกสารอ้างอิง

1. กรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการระบบสารสนเทศด้านการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการจัดการระบบสารสนเทศด้านส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
2. กองวัณโรค. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. Management of Tuberculosis Modified WHO Modules of managing Tuberculosis at district level. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2545.
3. กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. : กรุงเทพฯ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.

4. รณชัย คงสกันธี. คู่มือการวัดความพึงพอใจของลูกค้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ธรรมการพิมพ์; 2549.
5. ศรีไพร ศักดิ์รุ่งพงศากุล และเจษฎาพร ยุทธนวิบูลย์ชัย. ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีการจัดการความรู้. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2549.
6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา. รายงานประจำปี 2548 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา; 2548.
7. อติภา กมลวิทย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตบริการวัณโรค โรคเรื้อน เขต 5. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ; 2550 : 13(1)

แนวคิด บทบาท และกลไกสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์

The Study of Attitude, Role and Supportive Mechanism on AIDS Responses of Local Organization's Administrator, Nakhon Ratchasima and Buriram Provinces

ทิตติยานี เทพหัสดิน ณ อยุธยา	วทบ.*	Thitiyane Thephassadin Na Ayuthaya	B.Sc*
มยุรี ศิลป์ตระกูล	ป.พยาบาลศาสตร์*	Mayuree siltrakul	B.N*
ปนัดดา ไชยชมภู	วทบ.*	Panadda Chaichompoo	B.Sc*

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา The Office of Disease Prevention and Control 5th
Nakhon Ratchasima

บทคัดย่อ

ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ แผนบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แห่งชาติ พ.ศ.2550 - 2554 ประกอบกับรัฐบาลได้มีพระราชบัญญัติกำหนดแผนการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ที่เน้นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหา ในพื้นที่ของตนเองได้ รวมถึงการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา จึงได้ทำการศึกษาเพื่อทราบแนวคิด นโยบายและบทบาท ของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการ ดำเนินงาน รวมถึงแนวทางการสนับสนุนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 9 คน และจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 คน รวม 16 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ผลการ ศึกษาพบว่า มุมมองของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนน้อยที่เห็นความสำคัญต่อปัญหาเอดส์ มองว่าเยาวชนเป็นปัญหา ขาดการมองที่รากของปัญหา การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์คือ การ ให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบคือการจ่ายเบี้ยยังชีพ มีแนวคิดที่ข้อมูลข่าวสาร และ องค์ความรู้ที่มีอยู่ น้อยจึงไม่สามารถดำเนินงานเรื่องเอดส์ได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ส่วนใหญ่ยังขาดการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ต่อโรคเอดส์ บทบาทหน้าที่ยังไม่ครอบคลุม ยังขาดการมองปัญหาอย่างรอบด้าน ผู้รับผิดชอบงานมีจำกัด ขาด ความรู้และประสบการณ์ในการทำงานเอดส์ เพื่อเป็นการพัฒนาท้องถิ่นในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์ จึงควรให้มีการพัฒนาคนทำงานให้เข้าใจแนวคิดที่ถูกต้องเป็นสำคัญ โดยเริ่มต้นจาก ปรับเปลี่ยน แนวคิด ใน การดำเนินงาน ควรมีการเตรียมบุคลากรให้พร้อม มองการทำงานแบบบูรณาการ เห็นความสำคัญของภาคี เครือข่าย มองการแก้ไขปัญหาที่รากของปัญหา เพศศึกษาเป็นประเด็นสำคัญ มองเยาวชนกำลังเผชิญปัญหา มากกว่าการมองว่าเยาวชนเป็นปัญหา เข้าใจถึงสิทธิ การอยู่ร่วมกันได้ในสังคม และมีการเกาะติดสรุปบท เรียนเพื่อพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพต่อไป

Abstract

The Department of Disease Prevention and Control, the Ministry of Public Health, has made a national integrated plan of AIDS prevention and solving 2007-2011. Also the government has promulgated an act of a plan to distribute authority to local organizations 1999, emphasizing the roles of the local organizations to operate tasks by themselves including AIDS prevention.

Therefore the Disease Prevention and Control region 5 Nakhon Ratchasima has studied the ideas, policies and roles of the local administrators in the operations and in a policy to support the AIDS prevention and solving.

This study is descriptive and uses qualitative data obtained by in-depth interviewing 9 local administrators in Nakhon Ratchasima and 7 in Buriram which are 16 in total. All of the administrators were selected specifically.

The result of the study indicates that minority of the local administrators realized the vitality of the AIDS problem. They viewed youths as a source of problems. They didn't see the root of the problems. For them, an operation to prevent and solve AIDS problems is to support those who were affected by the problems with money. They thought that information and knowledge were too rare to deal with AIDS problems seriously. These are the reasons why most of the administrators have never set a determining policy toward AIDS problems. Their authorities didn't cover every aspect of the problems. They didn't look forward to every problem. There was the limited number of responsible persons. And the administrators lacked knowledge and experience in dealing with AIDS problems.

In order to improve the local areas in AIDS solving operations, the most important thing is to have the responsible persons trained so that they would have good understanding about the problems. First of all, the administrators should change their point of view toward the operations. Personnel should be prepared readily. The work should be viewed as integrated. The importance of associate member network should be realized. The problems should be solved from the root. Sexual education is an important issue. Youths should be view as problem confronters rather than the problems themselves. The administrators should understand that AIDS people have a right to live with other people in society. Finally there should be a lesson follow-up in order to develop the operations continuously and effectively.

บทนำ

ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554 ประกอบกับรัฐบาลได้มีพระราชบัญญัติกำหนดแผนการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ที่เน้นบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถดำเนินการต่างๆ ในพื้นที่ของตนเองได้ รวมถึงการป้องกันควบคุมโรคเอดส์

กรมควบคุมโรค ในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ จะต้องร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำยุทธศาสตร์แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554 ที่เน้นการจัดทำแบบบูรณาการ และตอบสนองต่อการจัดทำยุทธศาสตร์จังหวัดตามแนวทางของรัฐบาล ที่มีการบริหารงานที่มุ่งเน้นกลุ่มยุทธศาสตร์จังหวัด โดยในช่วงที่ผ่านมากรมควบคุมโรคได้จัดทำแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554 และเพื่อให้แผนดังกล่าวได้รับการยอมรับและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและทุกระดับในการร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมดำเนินการในทุกกระบวนการ⁽¹⁾ จึงได้มอบหมายให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา จัดประชุมเชิงปฏิบัติการประชาพิจารณ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือขึ้น ประกอบกับในปัจจุบันรัฐบาลได้มีพระราชบัญญัติกำหนดแผนฯ และพระราชบัญญัติ

ระเบียบการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542^(2,3) ในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นที่เน้นบทบาทของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถดำเนินการต่างๆ ในพื้นที่ของตนเองได้ จากนโยบายดังกล่าวใน
ปีงบประมาณ 2549 งบประมาณในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับเปลี่ยนไปจากเดิม
จากที่เคยโอนงบประมาณในการดำเนินงานเอดส์ผ่านไปยังกรมควบคุมโรค และผ่านไปยังสำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคเขตเพื่อที่จะนำไปพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานของจังหวัด และจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งให้
จังหวัดเพื่อดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์โดยเฉพาะ สำหรับปีงบประมาณ 2549 กระทรวงสาธารณสุข
จะทำการโอนงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคทุกโรคแก่จังหวัดเป็นแบบ Block Grant ผ่านทางสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อจัดสรรให้จังหวัดต่อไป และมีจำนวนลดลงกว่าปีที่ผ่านมา ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อ
ต่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยในอนาคตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีงบประมาณในการแก้ไข
ปัญหาต่างๆ ในพื้นที่มากขึ้น ดังนั้นในการจัดทำยุทธศาสตร์แผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในปี
2550-2554 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงแนวนโยบาย
บทบาท และแนวทางการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการวางแผนการดำเนินงานด้านเอดส์ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และเป็นแนวทางในการกำหนดแผนพัฒนาหลัก และกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบทบาทและบริบท
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวคิด ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่และความคาดหวังการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. เพื่อศึกษากลไกการสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยผู้ศึกษาได้กำหนดศัพท์ที่ใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ไว้ดังนี้

1. แนวคิดและบทบาทต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ หมายถึง ทักษะ ทักษะคิดและวิธีปฏิบัติ
ต่อการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์และการให้การช่วยเหลือผู้ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับ
ผลกระทบจากโรคเอดส์
2. กลไกการสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์หมายถึงกระบวนการดำเนินงานควบคุมป้องกัน
และแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยพิจารณาโครงสร้าง งบประมาณ ภาคนโยบาย ทักษะการ การสนับสนุน เป็นต้น

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาในกลุ่มผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เฉพาะผู้ให้ข้อมูลหลักของจังหวัดนครราชสีมา
และบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแนวคิด และ บทบาท ของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเลือก
ศึกษาในพื้นที่เขต 13 จำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับฉลากเลือก 2 จังหวัด จาก 4 จังหวัดในเขตรับผิดชอบ จากนั้นเลือกแบบเจาะจงให้เป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด และเป็นเทศบาลอำเภอเมือง และเทศบาลขนาดใหญ่อีก 1 แห่ง ส่วนอบต.ใช้วิธี Stratified Random Sampling ผู้ให้ข้อมูลในระดับจังหวัดเป็นผู้บริหารระดับนายก และผู้บริหารฝ่ายสาธารณสุข ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง ในระดับตำบล ผู้ให้ข้อมูลเป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 16 คน ดังนี้

	นครราชสีมา	บุรีรัมย์
1. องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้แก่		
- นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด	1 คน	1 คน
- ผู้บริหารฝ่ายสาธารณสุข	1 คน	1 คน
2. เทศบาล ได้แก่		
- นายกเทศมนตรีเทศบาลนครและเทศบาลอำเภอ	2 คน	1 คน
- ผู้บริหารกองสาธารณสุขเทศบาลนครและเทศบาลเมือง	2 คน	1 คน
3. องค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่		
- นายกองค์การบริหารส่วนตำบล	3 คน	3 คน
รวมทั้งสิ้น	9 คน	7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จากการประยุกต์แนวคิดจากทฤษฎีการคิดเชิงระบบ (Systematic thinking) ทำให้เกิดประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อมุมมองในการแก้ปัญหาเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเครื่องมือมีองค์ประกอบของข้อคำถามดังนี้

1. เป้าหมายของการทำงานเอดส์
2. บทบาทหน้าที่และภาคีที่เกี่ยวข้อง
3. กลไกการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกเทปในขณะที่สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสาร ได้แก่ แผนงาน/โครงการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาเอดส์ เตรียมนัดหมายโดยผู้ที่อยู่ในท้องถิ่นคือเครือข่ายอนุกรรมการเอดส์จังหวัดนครราชสีมาและบุรีรัมย์ เพื่อขอพบกับผู้บริหาร และขอเวลานัดหมายสัมภาษณ์ 1 ชั่วโมง โดยขออนุญาตบันทึกเทปวิเคราะห์ในภาพรวมไม่ระบุเป็นหน่วยงานหรือรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึก รวบรวมเป็นหมวดหมู่ และนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาสรุปใจความ มาตีความแยกแยะจากผู้วิเคราะห์ที่เห็นตรงกัน 3 คนขึ้นไป ในแต่ละประเด็น/หมวดหมู่ เพื่อนำมาเป็นแนวคิดและข้อความรู้ต่อไป

ผลการศึกษา

การศึกษาแนวคิดและบทบาท ของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอดส์ เขต 13 (กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมาและบุรีรัมย์) ผลการศึกษานำเสนอเป็น 3 ส่วน

1. แนวคิดของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

1.1 แนวคิดของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนน้อยที่เห็นความสำคัญต่อ
ปัญหาเอดส์ บางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีนโยบายเรื่องโรคเอดส์ เนื่องจากเห็นว่าพื้นที่ของตน
ไม่มีปัญหาเอดส์ จึงไม่ดำเนินกิจกรรมใดๆ ดังคำกล่าว

“ยังไม่มียุทธศาสตร์ เพราะในพื้นที่ยังไม่มีปัญหาเรื่องเอดส์ จึงยังไม่มีรูปแบบและกิจกรรมชัดเจน”

1.2 แนวคิดของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้มองเอดส์ที่รากของปัญหา

แต่มีมุมมองต่อวัยรุ่นว่าเป็นปัญหา โดยให้ความเห็นว่าเยาวชนและวัยรุ่นกำลังเป็นปัญหา
ซึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น วัยรุ่นหญิงวางตัวและแต่งตัวไม่เหมาะสม วัยรุ่นชายชอบดื่มเหล้า
ซึ่งจะเกิดปัญหาอื่นตามมา เช่น ทะเลาะวิวาท อุบัติเหตุ และไปมีเพศสัมพันธ์ และติดเอดส์ มองว่าปัญหาวัยรุ่น
เป็นปัญหาที่แก้ยาก ดังคำกล่าวของผู้บริหารเทศบาลแห่งหนึ่ง

“เคยจัดอบรมให้แต่เด็กค่อนข้างไม่ใส่ใจ มีแรงจูงใจก็ไม่สามารถสร้างสำนึกให้เขาได้

เราค่อนข้างหนักใจกว่าบริหารท้องถิ่น เพราะเราไม่เข้าถึงจิตใจเด็ก”

1.3 แนวคิดต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ คือ การให้ความช่วยเหลือ
ผู้ได้รับผลกระทบ ส่วนใหญ่เข้าใจว่าการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์คือได้ทำกิจกรรม
เกี่ยวกับโรคเอดส์แล้ว

1.4 แนวคิดต่อข้อมูลข่าวสาร และองค์ความรู้ที่มีอยู่น้อย

ด้านข้อมูล/ข่าวสารยังขาดข้อมูลที่รอบด้าน ดังที่องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่งกล่าว

“ยังไม่มีข้อมูลเรื่องโรคเอดส์ เพราะเพิ่งตั้ง จึงยังไม่รู้ว่าทำอะไร ได้แต่ประชาสัมพันธ์”

เทศบาลแห่งหนึ่งซึ่งมีงบประมาณเพียงพอ แต่มีกิจกรรมเกี่ยวกับเอดส์ค่อนข้างน้อย มีความเห็นว่า
บุคลากรยังขาดความรู้ ความสามารถและทักษะในการจัดทำแผนงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่เหมาะสมกับพื้นที่

“ไม่รู้จะไปลดปัญหาเอดส์ได้อย่างไร นอกจากการอบรม เรามีความรู้แค่นี้” และ

“เราไม่เก่งเรื่องนี้ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ เพียงแต่เรามีนงบ มีความพร้อมที่จะทำงานแต่ทำได้ไม่เต็มที่”

จากการสัมภาษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งที่พบว่าหน่วยงานตนเองยังขาดความรู้ความสามารถ
และทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคต่างๆ รวมถึงโรคเอดส์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีความต้องการ
สนับสนุนด้านวิชาการ ความรู้ และเทคนิคการควบคุมโรคจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ดังคำกล่าว

“เพิ่งตั้งใหม่ ความรู้ทักษะยังไม่มี อยากให้มาอบรม ให้ความรู้เรา” และ

“อยากได้ข้อมูลรายละเอียด การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคต่าง ๆ”

2. บทบาทหน้าที่และความคาดหวังในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการ
ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

จากแนวคิดดังกล่าวจึงเชื่อมโยงไปถึงการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับโรคเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ซึ่งส่วนใหญ่ขาดการกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจนมีเพียงหนึ่งเทศบาลเท่านั้นที่มีนโยบาย
และจัดทำแผนงาน/กิจกรรมเรื่องโรคเอดส์ได้ค่อนข้างครอบคลุมและต่อเนื่องทั้งด้านการป้องกันโดยมีกิจกรรม
การประชาสัมพันธ์ ทรัพยากรความรู้แก่ประชาชน แจกจ่ายถุงยางอนามัย มีการพัฒนาแกนนำ และอาสาสมัคร
สาธารณสุขหมู่บ้านให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังมีการจัดค่ายเยาวชนโดย
บูรณาการเรื่องเอดส์และยาเสพติด มีบริการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์และตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอดส์

มีการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยให้การสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และยังมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับคณะอนุกรรมการฯ เอดส์จังหวัด และสนับสนุนงบประมาณแก่ศูนย์เฉลิมพระเกียรติอีกด้วย ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ ที่ยังไม่ได้กำหนดนโยบายที่ชัดเจน เนื่องจากเห็นว่ายังไม่มีมีการถ่ายโอนอำนาจด้านสาธารณสุขและงบประมาณที่เป็นลายลักษณ์อักษรจึงยังไม่มียุทธศาสตร์ โดยมองว่าเป็นหน้าที่ของฝ่ายสาธารณสุข ดังคำกล่าว

“การถ่ายโอนมาแบบเดิม ให้แต่เนบนโยบาย ยังไม่จริงจัง มองว่ายังไม่ใช่ ยังซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน” และ “ยังไม่มีคำสั่งโอนและงบประมาณยังไม่มา มีแต่ส่งหนังสือขอความร่วมมือให้ช่วยดำเนินงาน”

และจากการศึกษาพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีจุดแข็งหลายประการที่เป็นต้นทุนในการดำเนินงาน ได้แก่

1. มีแหล่งงบประมาณในท้องถิ่น
2. มีความคล่องตัวในการบริหารงบประมาณ
3. การทำงานไม่กำหนดกรอบในด้านเวลาหรือพื้นที่ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็ว ทันเวลา
4. เข้าใจปัญหาของท้องถิ่น
5. ใกล้ชิดกับกลุ่มเป้าหมาย ทำให้สามารถสร้างความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมจากชุมชนได้ง่าย

3. กลไกสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สืบเนื่องมาจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ ยังขาดนโยบายที่ชัดเจนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ดังนั้นบทบาทหน้าที่ในการควบคุมโรคเอดส์จึงยังไม่ครอบคลุม ด้านการจัดทำแผนงานโครงการส่วนใหญ่เป็นการตั้งรับ คือ ให้การช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ สนับสนุนงบประมาณแก่ศูนย์เฉลิมพระเกียรติและประชาสัมพันธ์เป็นครั้งคราว มีแผนดำเนินงานตามผังการรณรงค์ เช่น วันเอดส์โลก จัดอบรมเยาวชนให้มีคุณธรรมจริยธรรมซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทของปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง และขาดการบูรณาการในการทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย ยังขาดการทำโครงการด้านป้องกันการติดเชื้อ ขาดการมองเชิงระบบ การทำแผนยุทธศาสตร์

หากพิจารณาโครงสร้างการทำงานในปัจจุบันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่าการกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 1 - 2 คน บุคลากรส่วนใหญ่จะมาทำงานใหม่ ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงาน หลายๆ แห่งไม่ใช่บุคลากรด้านสาธารณสุข ทำให้มองไม่เห็นปัญหาและคิดงานไม่ออก วิธีคิดและทัศนคติต่อโรคเอดส์ยังไม่ชัดเจน กิจกรรมที่ดำเนินการจึงเน้นการพ่นหมอกควันกำจัดลูกน้ำยุงลาย การฉีดวัคซีนสุนัขป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและการสุขภาพ ซึ่งผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่งกล่าว

“ผมเห็นว่าส่วนกลางขาดการเตรียมบุคลากรที่เหมาะสมกับตำแหน่งงาน ทำให้ต้องเสียเวลาฝึก”

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งที่มีกิจกรรมด้านเอดส์โดยให้การสนับสนุนงบประมาณในการซื้อยาแก่โรงพยาบาล แต่มองว่าไม่ใช่หน้าที่โดยตรง ได้ให้เหตุผลว่า

“เป็นความรับผิดชอบที่ต้องดูแลประชาชนซึ่งเลือกเราเข้ามา แต่ไม่ใช่หน้าที่”

และรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันได้รับ 2 ทาง คือ

1. งบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรมาให้ (ร้อยละ 20)

2. รายได้ท้องถิ่น ได้แก่ การจัดเก็บภาษีอากรต่างๆ ซึ่งงบประมาณเหล่านี้ องค์กรจะนำมาพัฒนาท้องถิ่นในด้านต่างๆ ทั้งด้านโครงสร้างและความเป็นอยู่ของประชาชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

แนวทางการสนับสนุนงบประมาณ

	กำหนดส่งโครงการ	กำหนดหัวข้อบัญญัติ/ เทศบัญญัติ	อนุมัติงบประมาณ
องค์การบริหารส่วนจังหวัด	ก.พ.	มี.ค.	ต.ค.
องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล	มี.ย.	ส.ค. - ก.ย.	ต.ค.

กรณีเร่งด่วนอาจขอรับการสนับสนุนได้ตลอดเวลา โดยประสานกับผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของหน่วยงาน

สรุป อภิปรายผล

การศึกษาแนวคิดและบทบาทของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เขตสาธารณสุขที่ 13 ได้สรุป อภิปรายผลดังนี้

1. แนวคิดของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

1.1 แนวคิดของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนน้อยที่เห็นความสำคัญต่อปัญหาเอดส์ จึงส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีนโยบายเรื่องโรคเอดส์ เนื่องจากเห็นว่าพื้นที่ของตนไม่มีปัญหาเอดส์ ซึ่งวิเคราะห์มุมมองดังกล่าวนี้ การมองปัญหาเอดส์เป็นภาพที่ให้เห็นเหมือนผู้ป่วยโรคอื่นๆ ด้วยเหตุที่เอดส์เป็นโรคที่ไม่ได้เปิดเผยและผู้ติดเชื้อส่วนมากจะยังไม่แสดงอาการแต่ก็สามารถแพร่เชื้อได้ แต่ก็มองไม่ออกว่าใครติดไม่ติด และบางคนก็รู้ตัวเองว่าติดเชื้อเอชไอวีถ้าผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีมุมมองที่ไม่เข้าใจความเป็นธรรมชาติของโรคก็ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานเอดส์

1.2 แนวคิดของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้มองเอดส์ที่รากของปัญหา แต่มีมุมมองต่อ “วัยรุ่นว่าเป็นปัญหา” โดยให้ความเห็นว่าเยาวชนและวัยรุ่นกำลังเป็นปัญหา ซึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเช่น วัยรุ่นหญิงวางตัวและแต่งตัวไม่เหมาะสม วัยรุ่นชายชอบดื่มเหล้า ซึ่งจะเกิดปัญหาอื่นตามมา เช่น ทะเลาะวิวาท อุบัติเหตุ ไปมีเพศสัมพันธ์และติดเอดส์ มองว่าปัญหาวัยรุ่นเป็นปัญหาที่แก้ยาก ถ้ามุมมองว่าวัยรุ่นเป็นปัญหาก็ส่งผลต่อการกำหนดนโยบาย มองว่าวัยรุ่นมีปัญหาก็แก้ปัญหาที่ปลายเหตุ เช่น จัดให้วัยรุ่นอบรมคุณธรรม 2 วัน หรือเข้าค่ายความรู้ 2 วัน การจัดกิจกรรมรณรงค์วันเอดส์โลก ทัศนศึกษาดูงานวัดพระบาทน้ำพุ จัดกีฬาต้านยาเสพติดและเอดส์ก็ถือว่าได้ดำเนินงานป้องกัน แต่ขาดการวิเคราะห์ถึงรากของปัญหาเรื่องเอดส์⁽⁴⁾ ซึ่งมีเรื่องเพศ เข้ามาเกี่ยวข้อง มีค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และประกอบกับผลพวงของการพัฒนาอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี มาเป็นองค์ประกอบ การเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจ การอพยพแรงงาน เพื่อหารายได้ใน การสนับสนุนบริโภควัตถุของลูกหลาน เช่น มือถือ คอมพิวเตอร์ แต่ผู้ใหญ่ไม่ได้มองว่ามีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของสังคมในชุมชน เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เปลี่ยนแปลงการบริโภคนิยม ซึ่งจะส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมของวัยรุ่นให้เข้าถึงสิ่งที่นำไปสู่ความไม่ปลอดภัย และเอื้ออำนวยให้มีการมีเพศสัมพันธ์ที่ง่าย มีเพศสัมพันธ์อายุน้อย เปลี่ยนคู่อุปถัมภ์ แต่ค่านิยมเรื่องเพศ การไม่กล้าสื่อสารเรื่องเพศให้เยาวชน กลัวเป็นการชู้พรองให้กระรอก ทำให้เยาวชนไม่รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นเหตุให้ไม่มีทักษะในการคิดวิเคราะห์ ส่งผลให้วัยรุ่นไม่เข้าถึงความปลอดภัย วัยรุ่นเผชิญกับปัญหาตลอดทั้งปี แต่การให้ความรู้เพียง 2 วัน แล้วต้องการให้วัยรุ่นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการให้ข้อมูลไม่ได้ให้ทางเลือกที่เขาปฏิบัติได้แต่ผู้ใหญ่พยายามให้มีความรู้ก็สั่งให้อบรมแต่ไม่ได้ให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการคิดในสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการ การกำหนดนโยบายผู้ใหญ่มักจะใช้อำนาจกำหนดมากกว่า สอดคล้องกับ วรนาถ ชินวรโสภาค⁽⁵⁾ พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม/วิถีชีวิตวัยรุ่นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมแลเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การเข้าถึงสื่อ/เทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว การเปลี่ยนแปลงในเรื่อง

บทบาททางเพศ และบรรทัดฐานเรื่องเพศ การเคลื่อนย้ายทางสังคม โอกาสและความเสี่ยงใหม่ๆ ความต้องการของเยาวชน ข้อมูลความรู้รอบด้าน และทัศนคติที่ก่อให้เกิดสุขภาวะ บริการที่เป็นมิตร สอดคล้องกับความต้องการ ทักษะการดำเนินชีวิต การจัดการและการแก้ไขสถานการณ์/ปัญหา สภาพแวดล้อม สังคมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพ(บ้าน โรงเรียน ชุมชน) แนวคิดการพัฒนาเยาวชนแบบ Positive Youth Development ไม่ใช่เพียงการป้องกันปัญหา หรือการจัดการแก้ไขเฉพาะปัญหา การปิดเป่าบรรเทาผลร้ายของพฤติกรรมที่เป็นอันตราย แต่เน้นการพัฒนาแบบองค์รวม(เน้นการมีสุขภาวะ ไม่ใช่เพียงการแก้ปัญหา เช่น ความเสี่ยงต่อสุขภาพ) ไม่ใช่การจัดการปัญหากับเด็กกลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มเด็กมีปัญหา แต่เป็นการสร้างการเรียนรู้ทางสังคมให้ “เยาวชนทุกคน” โดยเยาวชนเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาและเชื่อมโยงเยาวชนกับการพัฒนาความเป็นไปในสังคม แนวคิดนี้ไม่ได้มุ่งที่การปกป้อง หลีกเลี่ยง ห้ามปราม ไม่ให้เยาวชนกลายเป็นภัยแต่มุ่งไปที่การหาทางให้เยาวชนได้เข้าร่วมเรียนรู้โดยเปิดทุกโอกาสอย่างกว้างขวาง และมุ่งสร้างความสามารถในการปรับตัว และอยู่รอดได้อย่างมีสุขภาวะ เยาวชนต้องการที่จะได้รับความปลอดภัย มีสิ่งยึดเหนี่ยวเยาวชนต้องการมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง และได้รับการยอมรับเยาวชนต้องการรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง และสามารถแบ่งปันกับผู้อื่น เยาวชนต้องการรู้จักตัวเอง สามารถสะท้อน ประเมินสิ่งที่ตนคิด รู้สึก หรือการกระทำ เยาวชนต้องการเป็นอิสระ พึ่งตนเอง และควบคุมชีวิตตนเองได้ เยาวชนต้องการใกล้ชิด หรือมีสัมพันธภาพกับผู้ใหญ่ในชีวิตที่ใส่ใจ เยาวชนต้องการพัฒนาทักษะให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา จัดการ และพัฒนาชีวิต ผู้ใหญ่เลือกที่จะใช้อำนาจกับวัยรุ่น แต่ไม่เตรียมเด็กให้พร้อมที่สุดในการเติบโตและผ่านช่วงชีวิตวัยรุ่นไปได้อย่างราบรื่น และหากผิดพลาด ก็ต้องสร้างการเรียนรู้และประคับประคองให้วัยรุ่นก้าวผ่านไปได้โดยไม่สูญเสียคุณค่าในตัวเอง ผู้ใหญ่ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพวัยรุ่น ว่า...วัยรุ่นสามารถคิด ตัดสินใจและเลือกสิ่งที่ดีให้กับตัวเองได้ หากได้รับข้อมูลรอบด้าน ทักษะที่สร้างสรรค์และทักษะที่จำเป็น

ดังที่กรมการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย⁽⁶⁾ ได้จัดทำมาตรฐานการพัฒนาการดำเนินงานด้านเอดส์ในด้านการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ ดังที่ผ่านมางานทางด้านป้องกันการเอชไอวี/เอดส์ เป็นประเด็นที่ทุกภาคส่วน ล้วนให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะการป้องกันเป็นแนวทางแก้ไขที่ต้นเหตุของปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาอีกมากมาย แต่จะเห็นได้ว่า ถึงแม้จะมีการทำงานทางด้านนี้มานานมากแล้วก็ตามแต่จำนวนการติดเชื้อใหม่ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาก็ยังอยู่ในหลักหมื่นอยู่นั่นเอง โดยเฉพาะสัดส่วนของผู้หญิงที่เป็นแม่บ้านกับวัยรุ่นในวัยเรียนหรือเยาวชน กลับเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 2-3 ปีนี้ค่อนข้างน่าตกใจเช่นกัน ในจำนวนนี้ยังไม่รวมคนอีกจำนวนมากที่ยังไม่เคยผ่านการตรวจหาการติดเชื้อมาก่อน เพราะไม่เคยตระหนักมาก่อนเลยว่าตัวเองนั้นได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าไปในร่างกายแล้ว และได้แพร่เชื้อไปยังคนรอบข้างทางเพศสัมพันธ์อย่างไม่รู้ตัว ดังนั้นทุกภาคส่วนไม่เว้นแม้แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดจะต้องช่วยกันทำงานทางด้านป้องกันการติดเชื้อให้มากกว่าที่เคยทำมา การปกป้องเยาวชนให้พ้นจากภัยเอดส์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำอย่างเร่งด่วน ในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องเอดส์อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องเพื่อเผยแพร่ให้ความรู้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่วนเครือข่ายอื่นๆ เช่น วิทยุชุมชน หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น ควรได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในเรื่องของการป้องกันเอดส์ด้วยเช่นกัน ถึงแม้ว่าเป็นมาตรฐานที่กำหนดให้ดำเนินงาน แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมให้เข้าใจในการแก้ไขปัญหาเอดส์ที่มีความซับซ้อนมาก

1.3 แนวคิดต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด คือ การให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ ส่วนใหญ่เข้าใจว่าการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ คือได้ทำกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจความคิดเห็นของการปฏิบัติงานต่อบทบาทหน้าที่ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁽⁷⁾ พบว่า ร้อยละ 40 ดำเนินงานเอดส์โดยการจ่ายเบี้ยยังชีพมากที่สุด เนื่องจากเป็น

ภารกิจที่ได้รับการโอนโดยตรงจากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ทำให้มีกรอบนโยบายและงบประมาณที่ชัดเจน รวมถึงเป็นภารกิจที่ไม่มีความสลับซับซ้อนมากนัก ขณะทำงานด้านการรณรงค์ป้องกัน และงานดูแลรักษาต้องใช้ทักษะความรู้อย่างมากในการประสานงานและดำเนินการ

1.4 แนวคิดต่อข้อมูลข่าวสาร และองค์ความรู้ที่มีอยู่น้อยจึงไม่สามารถดำเนินงานเรื่องเอดส์ได้อย่างเต็มที่ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ จากการศึกษาข้อมูลพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งที่พบว่าหน่วยงานตนเองยังขาดความรู้ ความสามารถและทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคต่างๆ รวมถึงโรคเอดส์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีความต้องการสนับสนุนด้านวิชาการ ความรู้ และเทคนิคการควบคุมโรค ซึ่งมุมมองตนเองว่าขาดความรู้ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญมาช่วยดำเนินงาน ซึ่งจากมุมมองดังกล่าวขาดการมองแบบมีส่วนร่วมกับองค์กรภาคีที่มีอยู่ในท้องถิ่น สำหรับกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่นเดียวกัน ดังปรากฏในสาระของแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ที่กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 6 ข้อ ดังเช่น

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ

1. ส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคมในการดำเนินการเพื่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมเข้ามีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนและท้องถิ่นในรูปแบบภาคี
2. ส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรและสนับสนุนการสร้างเครือข่ายภาคประชาสังคมเพื่อการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมกับภาครัฐในรูปแบบภาคี เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่นและการพัฒนาสังคมแบบยั่งยืน
3. พัฒนาโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการให้เอื้อต่อการเสริมบทบาทและการสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ

ซึ่งการดำเนินงานเอดส์ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและดำเนินงานที่หลากหลาย จึงจะสามารถร่วมมือแก้ไขปัญหาได้อย่างรอบด้านและต่อเนื่อง และมองสอดคล้องกับคำกล่าวของ อเนก เหล่าธรรมทัศน์^(๕) “ประชาธิปไตยท้องถิ่น : แง่คิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น” ว่า ท้องถิ่นต้องใช้อาสาสมัครให้มากขึ้น ถ้าเป็นปัญหาท้องถิ่น ควรเน้นเรื่องที่ประชาชนรู้สึกเป็นปัญหาของตนเอง

2. บทบาทหน้าที่และความคาดหวังในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ด้านบทบาทการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่พบว่าส่วนใหญ่ยังมีบทบาทไม่ชัดเจน ยังทำงานไม่ได้เต็มรูปแบบ กิจกรรมจะเน้นการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์มากกว่าการทำโครงการด้านป้องกันการติดเชื้อแก่กลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากบุคลากรมีจำกัด ส่วนใหญ่จบมาใหม่ ยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โกวิท วัฒนงาม^(๖) ที่พบว่าองค์กรปกครองส่วนตำบล ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในระบบ ระเบียบ ข้อบังคับ ตลอดจนบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะแนวคิดในการทำงานเอดส์ตามกรอบแนวทางการดำเนินงานที่มติคณะรัฐมนตรี กำหนดไว้เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2540 ที่กำหนดให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญปัญหาเอดส์ โดยกำหนดเป็นนโยบายและใช้กลไกที่มีอยู่ในการดำเนินงานจัดทำแผนทางด้านสังคมและสาธารณสุข โดยแสวงหาความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการระดมทรัพยากร รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลเพื่อใช้ข้อมูลในการจัดทำแผน ซึ่งการศึกษาค้นคว้าพบว่า องค์กรยังไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ที่พึงประสงค์ได้ตามที่ตั้งใจไว้ ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็มีความคาดหวัง ที่จะได้รับแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการเตรียมพร้อมของบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถในการดำเนินงานได้ ซึ่งโครงสร้างการทำงานในปัจจุบันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีการกำหนดผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 1 - 2 คน บุคลากรส่วนใหญ่จบมาทำงานใหม่

ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงาน หลายๆ แห่งไม่ใช่บุคลากรด้านสาธารณสุข ทำให้มองไม่เห็นปัญหาและ
คิดงานไม่ออก วิธีคิดและทัศนคติต่อโรคเอดส์ยังไม่ชัดเจน

3. กลไกสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ด้านกลไกการบริหารจัดการ มีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมแห่งละ 1-2 คน
และต้องดูแลทุกเรื่อง ซึ่งค่อนข้างเป็นภาระหนัก ทำให้การทำงานไม่ครอบคลุมปัญหาที่ผ่านมาจึงเน้นแต่กิจกรรม
ทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมขาดแผนงาน/โครงการในการพัฒนาบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการเตรียม
บุคลากรให้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันดำรงราชานุภาพ⁽¹⁰⁾ ที่ได้ทำการวิจัย
เรื่องปัญหาการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนตำบลที่พบว่าอบต.ไม่ค่อยเข้าใจบทบาทตนเอง และให้ข้อเสนอ
ว่าควรมีการปรับโครงสร้างการบริหารส่วนภูมิภาคให้สามารถรองรับภารกิจ กำกับดูแล สนับสนุนและเฝ้าอำนาจ
ต่อการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนตำบลได้ และควรมีการจัดการฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
ทุกระดับ ให้สามารถนำไปปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการปรับปรุงระเบียบต่างๆ และมีการจัด
ทำแผนงบประมาณโดยให้ความสำคัญในงานที่เกี่ยวกับการพัฒนาคนและสิ่งแวดล้อมให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากคำกล่าวที่ว่าเอดส์สามารถสั่นคลอนความมั่นคงได้ในทุกภาคส่วนของสังคม การดำเนินงานเอดส์
เพื่อที่จะไม่สร้างประวัติซ้ำ แก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ คนทำงานยังไม่เข้าใจรากปัญหาที่แท้จริง ก็จะเป็นการเสียเวลา
และเสียงบประมาณ ขณะเดียวกันก็จะมีผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ที่เกิดจากความไม่เข้าใจในการแก้ไขปัญหาย่าง
จริงจังและตรงกับสภาพที่แท้จริง เพราะจากสถานการณ์พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นเยาวชนเป็นลูกหลาน
ของผู้ใหญ่ในปัจจุบันที่รวันเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตถ้าผู้ใหญ่ในปัจจุบันไม่เข้าใจในการแก้ไขปัญหาก็คืออาจ
จะไม่เหลือลูกหลานที่เติบโตต่อไป จึงมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานดังนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. การปรับเปลี่ยนแนวคิดการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หัวใจสำคัญอยู่ที่ปรับเปลี่ยน แนวคิดในการดำเนินงาน

1.1 ปรับเปลี่ยนแนวคิด บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่เข้าใจสถานการณ์ปัญหา
เอดส์ คิดว่าปัญหาเอดส์ต้องปรากฏให้เห็นจึงจะถือว่าเป็นปัญหา แต่ปัญหาเอดส์เสมือนยอดภูเขาน้ำแข็งที่โผล่
พ้นน้ำเท่านั้นเอง และต้องทำความเข้าใจการแก้ไขปัญหาเอดส์ไม่ใช่แค่การสงเคราะห์ผู้ได้รับผลกระทบ แต่
ต้องการให้มีสัดส่วนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ให้มากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนที่อยู่ใต้น้ำน้ำแข็ง จึงจะ
สามารถแก้ไขปัญหารากได้

1.2 ปรับเปลี่ยนแนวคิดจากมองว่า “เยาวชน .. เป็นปัญหา แต่ชนมองว่าเยาวชน .. กำลัง
เผชิญปัญหา” กับสิ่งที่ผู้ใหญ่ได้สร้างขึ้น จะทำให้การแก้ปัญหาของผู้ใหญ่อยู่บนความเข้าใจเยาวชนมากกว่า
การกำหนด กฎเกณฑ์ในรูปแบบที่เยาวชนไม่มีส่วนร่วมและทำให้การแก้ปัญหาที่ปลายเหตุมากกว่า การให้
ความสำคัญกับการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ

2. การนำเสนอข้อมูลที่น่าสนใจ

เนื่องจากโครงสร้างของปัญหาเอดส์เหมือนภูเขาน้ำแข็งจะมีบางส่วนที่เป็นปัญหา คือ ผู้ป่วยเอดส์
ที่โผล่พ้นน้ำให้เห็น แต่ภายใต้ปัญหาของภูเขาน้ำแข็ง มีเรื่องของพฤติกรรมเสี่ยง ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม
สิ่งแวดล้อม สื่อ เทคโนโลยี ที่ส่งผลให้ยอดภูเขาน้ำแข็งโตขึ้น ฉะนั้นการนำเสนอเพียงตัวเลขผู้ป่วยเอดส์อาจจะ
กระตุ้นให้คนมีอารมณ์ร่วมกับปัญหาได้น้อย การให้ชุมชน หรือ ตัวเยาวชนเองลุกขึ้นมามีส่วนร่วมในเก็บข้อมูล
การวิเคราะห์และหารากของปัญหา แล้วป้อนข้อมูลกลับไปสู่พื้นที่เพื่อปรับกระบวนการทำแผนแบบมีส่วนร่วมและ

รู้สึกถึงการมีส่วนร่วมดังที่คาดหวังไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ

3. ปรับบทบาทการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทและภารกิจของงาน

เนื่องจากบุคลากรที่อยู่ในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีจำกัด ปรับบทบาทที่ต้องเป็นผู้ดำเนินการเอง โดยเฉพาะงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ปรับบทบาทเป็นนักเชื่อมประสาน นักจัดการ เป็นผู้หนุนเสริมให้ภาคส่วนอื่นสามารถดำเนินงานได้อย่างลงตัว โดยการสร้างภาคีความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐในพื้นที่ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน องค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน เยาวชน อาสาสมัคร ประชาชน โดยการสร้างความเข้าใจและการสร้างความตระหนักร่วม เพื่อดำเนินงานตามบริบทและจุดแข็งของแต่ละส่วนภายใต้เป้าหมายเดียวกัน

4. ควรมีการทบทวน “แนวทาง” และ “ผลลัพธ์” ของการทำงาน อยู่เสมอ เพื่อช่วยกันปรับทิศทาง และหนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกันได้อย่างทันเหตุการณ์ และระดมทรัพยากรกับภาคีท้องถิ่นอื่นๆ จัดเวที แลกเปลี่ยนบทเรียน หรือเติมพลัง และวิชาการอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการพัฒนาคนทำงาน พัฒนาเครือข่าย พัฒนาวิชาการ งานเอดส์ ตลอดจนจนเป็นการขยายผลต่อไปด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับองค์กรที่ทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กระบวนการพัฒนาให้กับองค์กรท้องถิ่น บทบาทการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พบว่าส่วนใหญ่ยังมีบทบาทไม่ชัดเจน ยังทำงานไม่ได้เต็มรูปแบบ ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีความคาดหวังที่จะได้รับแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการเตรียมพร้อมของบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานได้ ซึ่งโครงสร้างการทำงานในปัจจุบันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่ามีกำหนดผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 1 - 2 คน บุคลากรส่วนใหญ่จบมาทำงานใหม่ ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงานหลายๆ แห่งไม่ใช่บุคลากรด้านสาธารณสุข ทำให้มองไม่เห็นปัญหาและคิดงานไม่ออก วิถีคิดและทัศนคติต่อโรคเอดส์ยังไม่ชัดเจน และตั้งที่มติคณะรัฐมนตรีที่กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญปัญหาเอดส์ โดยกำหนดเป็นนโยบายและใช้กลไกที่มีอยู่ในการดำเนินงานจัดทำแผนทางด้านสังคมและสาธารณสุข โดยแสวงหาความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการระดมทรัพยากร รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลเพื่อใช้ข้อมูลในการจัดทำแผน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าองค์กรยังไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ที่พึงประสงค์ได้ตามมติดังกล่าว ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีความคาดหวังที่จะได้รับแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการเตรียมพร้อมของบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานได้ จึงขอเสนอแนะให้แก่หน่วยงานที่ต้องการพัฒนาศักยภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังนี้

1. แนวคิดในการทำงานเชิงยุทธศาสตร์ มองการแก้ปัญหาแบบการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ เช่น แนวคิดการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ใช้หลักคิด OTTAWA CHARTER⁽¹¹⁾ ปรับทัศนคติคนทำงาน พัฒนาทักษะส่วนบุคคล สร้างชุมชนเข้มแข็ง สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และสนับสนุนการมีส่วนร่วม สร้างประเด็นเป็นนโยบายสาธารณะ ปรับบทบาทจากผู้เล่นเองทุกเรื่องมาเป็นนักจัดการเครือข่าย นักจัดการความรู้ นักเชื่อมประสาน เสริมพลัง สร้างคุณค่าร่วมกัน เป็นผู้หนุนเสริมให้ภาคส่วนอื่นสามารถดำเนินงานได้อย่างลงตัว โดยการสร้างภาคีความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐในพื้นที่ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน องค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน เยาวชน อาสาสมัคร ประชาชน โดยการสร้างความเข้าใจและการสร้างความตระหนักร่วม การฝึกอบรมคนทำงานระดับท้องถิ่น เราต้องการผู้เชื่อมประสานมากกว่าผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อดำเนินงานตามบริบทและจุดแข็งของแต่ละส่วนภายใต้เป้าหมายเดียวกัน

2. การจัดเวทีการเรียนรู้สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้าเป็นไปได้ในการดำเนินงานเอดส์ ต้องทำหลายส่วนที่เกี่ยวข้อง การเชิญเข้าร่วมพัฒนาเป็นทีมภาคีที่มีใจ (ต้องให้ความสำคัญในการค้นหาตัวจริงที่

พร้อมจะทำ) และมีบทบาทในการทำเป็นส่วนประกอบ เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำงานหลายด้าน มีการพัฒนามาค่อนข้างมากจากหลายภาคส่วน ในการจัดเวทีเรียนรู้ ใช้รูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้หลักการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ไม่ได้มองว่าคนทำงานเป็นแก้วเปล่า เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ย้อนดูปัจจัยแห่งความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ ด้วยการค้นหาทุนเดิม และกิจกรรมหลักที่ทำ แล้วร่วมกันวิเคราะห์และให้ความหมายว่า สิ่งเหล่านี้ส่งผลอย่างไรต่อความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ รวมถึงได้สร้างบทเรียน หรือ ความรู้ อะไรให้กับเราบ้าง แล้วใช้บทเรียนเหล่านี้ ทบทวนวิธีการที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย หรือธงระยะยาว นำไปสู่ วิถีคิด วิถีมอง การให้คุณค่า ความหมาย กับสิ่งรอบตัว สิ่งที่ได้มากกว่าการคาดหวัง ยังไม่บรรลุความคาดหวัง สิ่งใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น หากอธิบาย .. ทำอะไร กับใคร ทำอย่างไร ต้องใช้อะไร ภายใต้เงื่อนไขอะไร ทุนเดิม สภาพแวดล้อม สุดท้ายของการจัดเวทีประชุม ให้มีการคิดวางแผนนำแนวคิดพัฒนาใหม่ไปประกอบใช้เพื่อวางแผนกลยุทธ์ อาจต้องใช้เวลาในการพัฒนาให้เห็นการเปลี่ยนแปลง

3. การเป็นพี่เลี้ยง (Coach) ปรับกระบวนการคิดและการพัฒนาต้องใช้เวลา และความต่อเนื่อง แต่ถ้ามีคนเข้าใจ พาชุมชนเดินต่อได้ก็จะเกิดความยั่งยืน สิ่งหนึ่งที่สำคัญคือการเป็นพี่เลี้ยง เพื่อคอยให้กำลังใจ แนวคิดแก้ไขในสิ่งที่บางเรื่องต้องการคนภายนอกช่วยมอง หรือการเชื่อมประสาน เป็นต้น

4. การให้เนื้อหาวิชาการเอดส์ เนื้อหาเกี่ยวข้องกับเรื่องเอดส์ ถ้าเป็นองค์กรที่ต้องทำงานเรื่องเอดส์ องค์ความรู้หนึ่งที่สำคัญของการทำงานเอดส์ในเชิงการป้องกัน คือ แนวคิดการทำงานเรื่องเพศวิถี และกระบวนการพัฒนาเยาวชนเชิงบวก กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแนวคิดในการดูแลรักษา การทำความเข้าใจในการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ได้รับผลกระทบสิทธิ และความเข้าใจการอยู่ร่วมได้อย่างปกติสุข เป็นต้น เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมอย่างรอบด้านในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดนครราชสีมาและบุรีรัมย์ทั้ง 16 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์ธนะพงศ์ จินวงษ์ หัวหน้ากลุ่มโรคเอดส์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมชาย ตั้งสุภาชัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2550. แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550 - 2554 : สำระสำคัญ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2550.
2. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี สำนักนายกรัฐมนตรื. คู่มือการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2546.
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประกอบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2541.
4. รุจน์ โกมลบุตร. การป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์ในสื่อมวลชน.เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ, 2544
5. วราณัฐ ชินวรโสภาค “พฤติกรรมทางสังคมของวัยใสที่โรงเรียนต้องใส่ใจ” เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมผู้บริหารโรงเรียน จ.บุรีรัมย์ ปี2550. (เอกสารอัดสำเนา)

6. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. มาตรฐานการพัฒนาการดำเนินงานเอดส์.
กรุงเทพฯ : ม.ป.พ. (เอกสารอัดสำเนา)
7. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. กัลยาณมิตร คิดงานเอดส์.
กรุงเทพฯ อุษาการพิมพ์, 2551
8. อเนก เหล่าธรรมทัศน์. ประชาธิปไตยท้องถิ่น แ่งคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ ในระดับท้องถิ่น.
กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์, 2550
9. โกวิทย์ พวงงาม. ภารกิจองค์การบริหารส่วนตำบลและความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในการจัดการ
กับปัญหาสุขภาพของชุมชนระดับตำบล. เข้าถึงได้จาก
http://164.115.5.20/printdoc?doc_id = 852&q=สาธารณสุข+อบต. 30 กันยายน 2549
10. สถาบันดำรงราชานุภาพ (home page on internet) เข้าถึงได้จาก
<http://www.stabundamrong.go.th/New/drird1.html> : 30 กันยายน 2549.
11. Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion
Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 [Available at http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf] Sep 30,2005.

every basic vaccine immunization in 0-5 year old Children in Health Region 13 was achieved the targets.

บทนำ

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอทุกพื้นที่ที่มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาและถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกปีการติดตามกำกับผลการดำเนินงานของแผนงานโครงการต่างๆ โดยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการนิเทศงาน ในส่วนของการประเมินผลความก้าวหน้าของแผนงานโครงการในลักษณะการสำรวจเก็บข้อมูลในกลุ่มประชาชนเป้าหมายพบว่า มีการปฏิบัติกันน้อยมาก ทำให้หน่วยงานระดับปฏิบัติไม่มีข้อมูลที่จะบ่งบอกถึงผลสำเร็จของแผนงานโครงการต่างๆ ทำให้การวางแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาไปต่อๆ ไปอาจจะไม่ถูกทิศทางได้ ประกอบกับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สะท้อนให้เห็นความก้าวหน้าของงานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทั้งในส่วนการบริการวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนโปลิโอในการรณรงค์ ซึ่งในแต่ละปีใช้งบประมาณแผ่นดินสูงมาก ในปี พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมาเฉพาะค่าวัคซีนสูงกว่า 700 ล้านบาท⁽¹⁾ เพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์และมีระดับภูมิคุ้มกันโรคอย่างทั่วถึง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา เป็นหน่วยงานทางวิชาการที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการประเมินผลแผนงานโครงการของหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ เพื่อให้ได้คำตอบตามตัวชี้วัดที่สำคัญในแต่ละโรค โดยจะทำการประเมินผลทุกๆ 3 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ ซึ่งเป็นจังหวัดในเขตรับผิดชอบ การประเมินผลครั้งสุดท้ายได้ดำเนินการในปี 2546 ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้นำไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาเป็นอย่างดี ดังนั้นในปีงบประมาณ 2549 จึงจัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทั่วไปอีกครั้ง เพื่อจะได้นำข้อมูลเสนอให้หน่วยงานระดับปฏิบัติทุกระดับใช้ประโยชน์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุ 0-5 ปี
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของเจ้าหน้าที่

นิยามศัพท์

1. วัคซีนขั้นพื้นฐาน หมายถึง วัคซีนที่เด็กต้องได้รับตั้งแต่แรกเกิด เป็นต้นไป ตามกำหนดได้แก่
 - วัคซีนบีซีจี (BCG) หมายถึง วัคซีนป้องกันวัณโรค
 - วัคซีนตับอักเสบบี (HB) หมายถึง วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี
 - วัคซีนดีทีพี (DTP) หมายถึง วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน
 - วัคซีนโอฟีวี (OPV) หมายถึง วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ
 - วัคซีน Measles หมายถึง วัคซีนป้องกันโรคหัด
 - วัคซีน (JE) หมายถึง วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบ
2. ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน หมายถึง จำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีประวัติได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานมีหลักฐานการฉีดวัคซีนชัดเจนคูณด้วย 100หารด้วยจำนวนเด็กที่สำรวจทั้งหมด

ขอบเขตการศึกษา

การประเมินผลครั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลใน 4 จังหวัด ของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 คือ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์

ระเบียบวิธีการประเมินผล

การประเมินผลใช้รูปแบบของการสำรวจ ณ ช่วงเวลาหนึ่งในพื้นที่ที่ได้จากการสุ่มโดยวิธี 30 cluster sampling technique จะได้พื้นที่ศึกษาจังหวัดละ 30 หมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ใน 4 จังหวัดของเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 13 ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตร

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2} \times \text{design effect}$$

$$Z = 1.96 \text{ ที่ความเชื่อมั่น } 95\%$$

$$p = \text{สัดส่วนของเด็กที่ได้รับวัคซีน JE1 จากการสำรวจ ปี 2546 เท่ากับร้อยละ } 90.65$$

$$q = 1-p (=0.1)$$

$$d = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้จากการสุ่มตัวอย่าง } (=0.05)$$

$$\text{design effect} = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง } (= 2)$$

แทนค่าในสูตร ได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 138 ต่อ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัด ได้ขนาดตัวอย่างเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่ต่ำกว่า 1,104 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

- แบบสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคชั้นพื้นฐาน ซึ่งปรับปรุงจากแบบสำรวจของกรมควบคุมโรค

วิธีการเก็บข้อมูล

1. สุ่มอย่างง่าย จากเด็กอายุ 0-5 ปี ในหมู่บ้านที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่าง Cluster ละ 10 คน
2. สัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี ตามแบบสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนชั้นพื้นฐาน (ดูหลักฐานประกอบ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ อัตรา อัตราส่วน สัดส่วน รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการประเมิน

จำนวนเด็กที่สำรวจ

อายุ 1-2 ปี เพื่อประเมินความครอบคลุมวัคซีนที่ได้รับ ภายในอายุ 1 ปี จำนวน 215 คน

อายุ 2-3 ปี เพื่อประเมินความครอบคลุมวัคซีนที่ได้รับ ภายในอายุ 1 1/2 - 2 ปี จำนวน 203 คน

อายุ 3-4 ปี เพื่อประเมินความครอบคลุมวัคซีนที่ได้รับ ภายในอายุ 2 1/2 - 3 ปี จำนวน 276 คน

อายุ 5-6 ปี เพื่อประเมินความครอบคลุมวัคซีนที่ได้รับ ภายในอายุ 4-5 ปี จำนวน 138 คน

อายุ 0-1 ปี เพื่อประเมินความครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 326 คน

รวมทั้งสิ้น 1,158 คน ทั้งนี้การประเมินเด็กที่มีอายุมากกว่าในช่วงที่เด็กได้รับวัคซีน เนื่องจากเด็กจะต้องได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ที่ควรได้รับก่อน จึงทำการประเมิน และประเมินวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก หงูมีครรภ์ในเด็ก 0-1 ปี เพื่อดูประวัติการได้รับวัคซีนของแม่ขณะตั้งครรภ์นั้น ๆ

จากการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 1-2 ปี เพื่อประเมินความครอบคลุมวัคซีนที่ได้รับภายในอายุ 1 ปี พบว่าความครอบคลุมของวัคซีนทุกชนิด เด็กได้รับครบทุกคน ทุกจังหวัด ยกเว้นวัคซีนตับอักเสบบีครั้งที่ 3 (HB3) ที่ไม่ได้รับ 1 คน ที่ จ.ชัยภูมิ ซึ่งมีความครอบคลุมเท่ากับร้อยละ 98.15 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดแยกเป็นรายจังหวัดในเด็กอายุ 1 ปี

ชนิดวัคซีน	นครราชสีมา		ชัยภูมิ		บุรีรัมย์		สุรินทร์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n=57		n=54		n=47		n=57		N=215	
BCG	57	100	54	100	47	100	57	100	215	100
DTP3	57	100	54	100	47	100	57	100	215	100
OPV3	57	100	54	100	47	100	57	100	215	100
HB3	57	100	53	98.15	47	100	57	100	214	99.53
Measles	57	100	54	100	47	100	57	100	215	100

การสำรวจในเด็ก 2-3 ปี เพื่อประเมินความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในช่วงอายุ 1 1/2 - 2 ปี พบว่าความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนใช้สมองอีกเสบครั้งที่ 1 (JE1) ในภาพรวมเท่ากับร้อยละ 98.52 สูงสุดอยู่ที่จังหวัดสุรินทร์เท่ากับร้อยละ 100 ต่ำสุดที่จังหวัดบุรีรัมย์ เท่ากับร้อยละ 98.04 ส่วนวัคซีนใช้สมองอีกเสบครั้งที่ 2 (JE2) ความครอบคลุมในภาพรวมของเขตเท่ากับร้อยละ 97.54 สูงสุดอยู่ที่จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 98.15 ต่ำสุดที่จังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 96.15 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดแยกเป็นรายจังหวัดในเด็กอายุ 1 1/2 - 2 ปี

ชนิดวัคซีน	นครราชสีมา		ชัยภูมิ		บุรีรัมย์		สุรินทร์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n=54		n=52		n=51		n=46		N=203	
JE1	53	98.15	51	98.08	50	98.04	46	100.00	200	98.52
JE2	53	98.15	50	96.15	50	98.04	45	97.83	198	97.54

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนใช้สมองอีกเสบครั้งที่ 3 ในภาพรวมของเขต เท่ากับร้อยละ 96.38 สูงสุดอยู่ที่จังหวัดสุรินทร์ ร้อยละ 98.44 ต่ำสุดที่จังหวัดบุรีรัมย์ ร้อยละ 94.94 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดแยกเป็นรายจังหวัดในเด็กอายุ 2 1/2 - 3 ปี

ชนิดวัคซีน	นครราชสีมา		ชัยภูมิ		บุรีรัมย์		สุรินทร์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n=61		n=72		n=79		n=64		N=276	
JE3	59	96.72	69	95.83	75	94.94	63	98.44	266	96.38

การสำรวจในเด็กอายุ 5-6 ปี เพื่อประเมินความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนกระตุ้นภูมิคุ้มกันของเด็กเมื่ออายุครบ 4-5 ปี พบว่าความครอบคลุมของวัคซีนคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ครบ 5 ครั้ง (DTP5) และวัคซีนโปลิโอ (OPV5) ในภาพรวมเท่ากับร้อยละ 77.54 สูงสุดคือ จ.นครราชสีมา ร้อยละ 92.86 ในขณะที่ความครอบคลุมต่ำสุดอยู่ที่ จ.ชัยภูมิ เท่ากับร้อยละ 66.67 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดแยกเป็นรายจังหวัดในเด็กอายุ 4-5 ปี

ชนิดวัคซีน	นครราชสีมา		ชัยภูมิ		บุรีรัมย์		สุรินทร์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n=28		n=33		n=49		n=28		N=138	
DTP5	26	92.86	22	66.67	38	77.55	21	75.00	107	77.54
OPV5	26	92.86	22	66.67	38	77.55	21	75.00	107	77.54

สำหรับการสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด พบว่าเด็กได้รับความคุ้มครองโรคบาดทะยักจากการที่แม่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ในภาพรวมของเขตเท่ากับร้อยละ 97.85 สูงสุดอยู่ที่จังหวัดบุรีรัมย์ ร้อยละ 100 ต่ำสุดที่จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 93.94 เมื่อพิจารณาการได้รับวัคซีนในขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน พบว่าแม่ได้รับเข็มแรกขณะตั้งครรภ์ภาพรวมของเขต เท่ากับร้อยละ 83.74 เข็มที่ 2 ร้อยละ 73.31 และเข็มที่ 3 เท่ากับร้อยละ 29.75(ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักเป็นรายจังหวัด

วัคซีนบาดทะยัก	นครราชสีมา		ชัยภูมิ		บุรีรัมย์		สุรินทร์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n=66		n=88		n=74		n=98		N=326	
เข็ม 1	54	81.82	72	81.82	67	90.54	80	81.63	273	83.74
เข็ม 2	45	68.18	63	71.59	58	78.38	73	74.49	239	73.31
เข็ม 3	14	21.21	18	20.45	27	36.49	38	38.78	97	29.75
เด็กได้รับการคุ้มครองจากวัคซีนบาดทะยัก	62	93.94	87	98.86	74	100.0	96	97.96	319	97.85

ความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

จากการสำรวจพบว่า ในภาพรวมของเขตประชาชนมีความพอใจในเรื่องการนัดหมายและการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในระดับมาก การได้รับคำแนะนำหลังการฉีดวัคซีนและการได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ประชาชนมีความพึงพอใจค่อนข้างน้อย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด	น้อย	Mean
1. การนัดหมายของเจ้าหน้าที่ ไปฉีดวัคซีน (N=1041)	211 (20.27%)	814 (78.19%)	16 (1.54%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4.19
2. การให้บริการฉีดวัคซีนของ เจ้าหน้าที่ (N=1041)	195 (18.73%)	822 (78.96%)	21 (2.02%)	3 (0.29%)	0 (0.00%)	4.16
3. การได้รับคำแนะนำ หลังการฉีดวัคซีน (N=1039)	167 (16.04%)	666 (63.98%)	119 (11.43%)	81 (7.78%)	6 (0.58%)	3.87
4. การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ (N=1021)	20 (1.96%)	109 (10.68%)	139 (13.61%)	428 (41.92%)	325 (31.83%)	2.09
5. การได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกัน โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน(N=1026)	74 (7.21%)	415 (40.45%)	258 (25.15%)	257 (25.05%)	22 (2.14%)	3.26

สรุป

ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 215 ราย การได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานแต่ละชนิด มีความครอบคลุมร้อยละ 100 ยกเว้น วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดที่ 3 ที่เด็กกลุ่มเป้าหมายได้รับ ร้อยละ 99.53 ส่วนการได้รับความคุ้มครองจากวัคซีนบาดทะยักของเด็กแรกเกิดพบว่า เด็กได้รับความคุ้มครองร้อยละ 97.85

การได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักในกลุ่มหญิงมีครรภ์ ซึ่งทำการสำรวจหลังจากที่คลอดบุตรแล้วไม่เกิน 1 ปี พบว่า ได้รับวัคซีน 1 เข็ม ร้อยละ 83.74 ได้รับวัคซีน 2 เข็ม ร้อยละ 73.31 และได้รับวัคซีน 3 เข็ม ร้อยละ 29.75 ระดับความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 1,041 ราย ในประเด็นต่าง ๆ พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับที่มากที่สุดถึงมากที่สุด มากกว่า ร้อยละ 80 ได้แก่ การนัดหมายของเจ้าหน้าที่ในการนำเด็กไปฉีดวัคซีน การให้บริการฉีดวัคซีนและการให้คำแนะนำหลังการฉีดวัคซีน ส่วนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในระดับน้อยถึงปานกลาง

อภิปรายผล

ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานเมื่อเด็กอายุครบ 1 ปี ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 13 พบว่า ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนบีซีจี ร้อยละ 100 ตัวยกเว้นบีซีบี 3 ครั้ง ร้อยละ 99.53 ดีทีพีและโอพีวี 3 ครั้ง ร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับเป้าหมายความครอบคลุมต้องเกินร้อยละ 90 ดังนั้นทุกจังหวัดในเขตน่าจะผ่านเกณฑ์ เพราะจากการสำรวจครั้งนี้ผลการสำรวจมีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับผลการประเมินของ สุรชัย ศิลาวรรณ⁽⁷⁾ ที่ทำการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทั่วไปปี 2546 ของจังหวัดในเขต 13 ที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 เช่นเดียวกับ พงพิศ วรินทร์เสถียร⁽⁴⁾ ที่ได้ทำการศึกษาความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุครบ 1 ปี ประเทศไทย ปี 2542 ในพื้นที่สาธารณสุข 12 เขต เขตละ 1 จังหวัด ผลการศึกษาพบว่า ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานเกินร้อยละ 90 ยกเว้นวัคซีนหัดที่ไม่ถึงร้อยละ 90 และสาธิต ศรีธรรมานูสาร⁽⁶⁾ ที่ประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของชุมชนเมืองพื้นที่สาธารณสุขเขต 13 ที่พบความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐานเกินร้อยละ 90 เช่นกัน

วัคซีนที่เด็กได้รับหลังอายุ 1 ปี จนถึงวัคซีนกระตุ้นภูมิคุ้มกัน จากการสำรวจครั้งนี้พบว่า เด็กได้รับวัคซีน

JE1, JE2, JE3 เกินร้อยละ 90 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจของสาธิต ศรีธรรมานุสาร⁽⁶⁾ ที่สำรวจความครอบคลุมในเขตเมือง พบ JE 2 ร้อยละ 67.62 และสูงกว่าการสำรวจของ สุรัชย์ ศิลาวรรณ⁽⁷⁾ เหตุผลที่ความครอบคลุมลดลงจากการศึกษาของ เอมอร ราษฎร์จำเริญสุข⁽⁸⁾ พบว่าเด็กส่วนใหญ่จะได้รับวัคซีนเมื่อระยะห่างไม่ถูกต้อง ผู้ปกครองไม่ว่าง จำวันไม่ได้ เมื่อพ้นกำหนดไม่พาไปรับวัคซีน

ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน DTP5, OPV5 จากการสำรวจพบว่า มีความครอบคลุมเท่ากับร้อยละ 77.54 ซึ่งค่อนข้างต่ำ เช่นเดียวกับการสำรวจของสุรัชย์ ศิลาวรรณ⁽⁷⁾ สาธิต ศรีธรรมานุสาร⁽⁶⁾ ที่พบว่าช่วงอายุมีระดับความครอบคลุมจะลดลงในทุกกลุ่มอายุ

สำหรับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักในหญิงมีครรภ์จากการสำรวจครั้งนี้พบว่าเด็กได้รับความคุ้มครองโรคบาดทะยักจากการที่แม่ได้รับวัคซีนในภาพรวมของเขต เท่ากับร้อยละ 97.85 และทุกจังหวัดเกินร้อยละ 90 สอดคล้องกับสุรัชย์ ศิลาวรรณ⁽⁷⁾ แต่แตกต่างจากสาธิต ศรีธรรมานุสาร⁽⁶⁾ ที่สำรวจไว้เท่ากับร้อยละ 88.59 การได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักของมารดาในขณะตั้งครรภ์ เข็มที่ 1 2 และ 3 เท่ากับร้อยละ 83.74, 73.31 และ 29.75 ตามลำดับ ซึ่งความครอบคลุมของเข็มที่ 2, 3 จะลดลง เช่นเดียวกับการสำรวจของพรสิทธิ์ ทวยพันธ์⁽³⁾ และทองพันธ์ ดุรงค์พันธ์⁽²⁾ ถึงแม้อัตราการขาดการรับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักยังมีอยู่ก็ตาม แต่การได้รับความคุ้มครองโรคบาดทะยักของเด็กยังสูงอยู่ ซึ่งจะส่งผลให้เด็กปลอดภัยจากโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิดสูงด้วย ดังนั้นประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักจึงมีความจำเป็นต้องบันทึกไว้เมื่อได้รับวัคซีน

ความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการนัดหมายและการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ รัชณี เต็มอุดม⁽⁵⁾ ที่ศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยพบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อศูนย์สุขภาพชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และการสำรวจครั้งนี้ผู้ปกครองส่วนใหญ่อยากให้เจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมบ้านหลังให้บริการฉีดวัคซีนแล้ว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ควรติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาะวัคซีนในเด็กอายุ 4 - 5 ปี ที่ควรจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ครั้งที่ 5 (DTP5) ที่มีความครอบคลุมค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เพื่อให้เด็กกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนครบถ้วน มีภูมิคุ้มกันเพียงพอที่จะต้านทานโรคได้
2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรจะมีการศึกษาการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในสถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐบาลและเอกชน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในด้านระบบบริหารจัดการการจัดเก็บวัคซีน เทคนิควิธีฉีด และระบบการรายงานหรือการจัดเก็บข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่อนุมัติให้ดำเนินการและสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่กรุณาปรับปรุงแก้ไขบทความการวิจัย และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และ สุรินทร์ จึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. แผนจัดสรรงบประมาณกองโรคติดต่อทั่วไป ประจำปี 2545 - 2546. (เอกสารอัดสำเนา).
2. ทองพันธ์ ดุรงค์ภินนท์, รวีวรรณ คิวะประดิษฐ์ และนิติรัตน์ พูลสวัสดิ์. การได้รับที่กักขอยด์บาดทะยักของหญิงตั้งครรภ์ในเขตเทศบาล สาธารณสุขเขต 1 ปี 2543. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1. 2547;8(2):21.
3. พรสิทธิ์ ทวยนันท์, อุไรรัตน์ กลับประทุม และสุรศักดิ์ ประจักษ์. งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จังหวัดมหาสารคาม ในสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา. 2547;10(2):24.
4. พอพิศ วรินทร์เสถียร, ศิริศักดิ์ วรินราวาท และเอมอร ราษฎร์จำเริญสุข. ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนชั้นพื้นฐานในเด็กอายุครบ 1 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2542. วารสารโรคติดต่อ. 2543;26(3):241.
5. รัชณี เต็มอุดม. ความพึงพอใจของผู้รับบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดนครพนม. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น . 2548;12(2): 39.
6. สาธิต ศรีธรรมานุสาร, ธนเดช สัจจวัฒนา และสุพุฒิ ปิ่นนิกร. การประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของชุมชนเมือง พื้นที่สาธารณสุขเขต 5. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา. 2547;10(1):33.
7. สุรชัย ศิลาวรรณ, จันทรา กฤษณสุวรรณ และธัญภา จันทร์โท. ผลการประเมินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทั่วไปในเขต 5. รายงานผลการวิจัยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ปี 2549;13
8. เอมอร ราษฎร์จำเริญสุข และปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ. การสำรวจความครอบคลุมและความถูกต้องของการบริการวัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอี พ.ศ.2546. วารสารควบคุมโรค. 2547;30(2):119.

การประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานใน สถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2550-2551

Evaluation of Korat Quality of Work Life Implementation Nakhon Ratchasima,
2007-2008.

วัลัยวรรณ นัตพบสุข ศศม.(รัฐศาสตร์)

Walaiwan Nutphopsuk M.A.(Po.Sc.)

จิรภา โพธิ์พัฒนชัย วทม.

Chirapa Popattanachai M.Sc.

(สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์)

ฮาเร็ม เจ๊ะมาริกัน วทบ.

Harrem Jemarikun B.Sc.

(สาธารณสุขศาสตร์)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Nakhon Ratchasima Provincial
Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยประยุกต์แนวคิดของการประเมินผลรูปแบบ CIPP Model ของ DL. Stufflebeam⁽²⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา การเลือกกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อตอบแบบสอบถาม และสนทนากลุ่ม จาก 1) สถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 22 แห่ง คนทำงานจำนวน 21,915 คน ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารสถานประกอบการ ผู้รับผิดชอบหลักของสถานประกอบการ แกนนำในสถานประกอบการ จำนวน 66 คน 2) ทีมที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยงซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุข หรือ PCU ซึ่งเป็นที่ตั้งในเขตพื้นที่ของสถานประกอบการ จำนวน 14 แห่ง 3) ทีมประเมิน จำนวน 1 ทีม ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ จากหน่วยงานด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3-5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแนวคำถาม เมื่อผู้วิจัยสร้างเสร็จแล้ว นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ความตรงเนื้อหาด้านวิชาการ ที่ผ่านการทดสอบมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาที่ความเชื่อมั่นที่ 0.96 และแนวคำถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ การตรวจสอบข้อมูลโดยการ Triangulation จากแหล่งปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมเบื้องต้นของการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานประกอบการทั้งหมด จำนวน 20 แห่ง มีการกำหนดรูปแบบโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ชัดเจน โดยมีลักษณะโครงสร้างของระบบบริหารจัดการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต คนทำงาน 5 โครงสร้าง โดยในผังโครงสร้างจะมีส่วนพัฒนาคุณภาพชีวิตและมีคณะทำงานรับผิดชอบดำเนินการ บริหารจัดการระบบพัฒนางานคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา แผนงาน โครงการ ฯลฯ ตามมาตรฐานข้อกำหนด การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในกระบวนการพัฒนา KQWL การพัฒนาความรู้ ในกระบวนการพัฒนา KQWL การจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานและดำเนินการ การตรวจติดตามคุณภาพภายใน และการดำเนินการทบทวนของฝ่ายบริหารเรื่อง KQWL ข้อมูลการจัดทำกิจกรรมแผนงาน / โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 20 แห่ง รวมทั้งหมดจำนวน 69 โครงการ 2) การประเมินสถานประกอบการกิจการตามมาตรฐานการดำเนินงาน สถานประกอบการที่ผ่านการตรวจรับรองประเมินผลการดำเนินงาน KQWL จำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.9

Abstract

This research was design as Evaluation Research by applied CIPP Model of DL. Stufflebeam⁽²⁾ for conceptual framework which aimed for evaluated the implementation of development quality of work life in the establishment, Nakhon Ratchasima . The sample groups consisted of establishment executive, responsibility of the establishment, adviser team which compose an expert, technocrat from academic institute where relate by purposive sampling. Instrument used for data collection was questionnaires that were through the quality tested with the reliable alpha coefficient value at 0.96. The guidelines of focus group discussion and a secondary data. The statistics used of the analyzing were percentag, means, qualitative data, checking data by Triangulation. The researcher has considered the morality at the beginning of the research

The study result found that ; 1) The implementation ; The establishment have structure and role of the system administrates to manage in operating develops the quality of life, 5 patterns of structure and have the working group are responsible manage, administrative management the system develops quality of work life : for example, problem analysis, framework, project, etc., standardized the regulation, participating in the procedure develops, KQWL, knowledge development in the procedure, activity arrangement develops quality of work life and management, internal audit, review by administrative. The data of activities, the project develops quality of work life in the establishment, Nakhon Ratchasima about 20 amounts were total 69 amounts project. 2) The effectiveness of implementation ; the establishment were pass by audit and evaluate development about quality of work life 20 amounts.(90.9 %)

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังจะก้าวไปสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาด้านอุตสาหกรรม เห็นได้จากการเปิดเขตการค้าเสรี (Free Trade Area : FTA) กำลังแรงงานจึงเป็นกุญแจหลักที่จะส่งเสริมศักยภาพต่อการพัฒนาและความสามารถแข่งขันเพื่อต่อสู้ในเวทีระดับโลกของประเทศ สถานประกอบการจึงเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดในการจัดระบบคุณภาพชีวิตของกำลังแรงงาน เนื่องจากคนทำงานทุกระดับในสถานประกอบการถือเป็นทรัพยากรหลัก จึงได้ริเริ่มให้เกิด “โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานประกอบการ” เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานในสถานประกอบการ และสร้างมาตรฐานคุณภาพชีวิตคนทำงานสำหรับคนไทยให้เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสม นำไปสู่การปฏิบัติอย่างแพร่หลาย เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของคนทำงานในสถานประกอบการ เน้นการบูรณาการเชื่อมโยง โดยมี “คน” เป็นศูนย์กลาง สร้างเครือข่าย ที่ปรึกษา และผู้ตรวจประเมินโครงการที่มีความรู้ความเข้าใจในระบบบริหารจัดการคุณภาพชีวิตของคนทำงานในสถานประกอบการให้กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ

การนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่สถานประกอบการ โดยเน้นการมีนโยบายและกิจกรรมด้านสุขภาพไม่ว่าการออกกำลังกาย เล่นกีฬา และการเดินแอโรบิค ในสถานประกอบการ โดยอาศัยสถานพยาบาล เครือข่ายประกันสังคมเป็นหลักในการดำเนินงาน แต่ผลลัพธ์ที่ได้คือความสนใจของสถานประกอบการน้อยมาก ส่วนใหญ่ทำเพราะเกรงใจ แม้จะมีเงินสนับสนุนให้ การได้เข้าไปทำงานร่วมกับสถานประกอบการและคนทำงานได้เห็นปัญหาต่างๆ ที่มากกว่าแค่เรื่องสุขภาพ จึงนำปัญหาต่างๆ มาวิเคราะห์ พบว่าสุขภาพที่ไม่ดี ไม่ใช่ต้นเหตุของปัญหาแต่เป็นผลลัพธ์จากการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ในการดำเนินชีวิตและสภาพการทำงาน รวมทั้งการขาด

ความรู้ในการดำเนินชีวิตแบบเมืองอุตสาหกรรมของคนทำงานที่มาจากภาคเกษตรกรรม นอกจากนี้ประเด็นสุขภาพสถานประกอบการและคนทำงานเองยังไม่เห็นความสำคัญ รวมทั้งไม่มีพันธมิตรอื่นเลย นอกจากสายสาธารณสุขเท่านั้น แต่ประเด็นคุณภาพชีวิตกลับเป็นสิ่งที่สถานประกอบการและชุมชนให้ความสนใจ เพราะส่วนใหญ่มีนโยบายเรื่องคุณภาพชีวิตแต่ขาดรูปแบบการจัดการที่ดี และประเด็นคุณภาพชีวิตทำให้เราเห็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมากขึ้นหลายกระทรวง หลายองค์กร เกิดการทำงานแบบบูรณาการความคิดและงานประจำที่แต่ละส่วนมีอยู่แล้ว⁽¹⁾

จากสถิติการประสบอันตรายของจังหวัดนครราชสีมาซึ่งเกิดกับผู้ประกันตน ปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีผู้ประสบอันตรายจากการทำงานจำนวน 4,797 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.43 จากจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมดจำนวน 197,028 คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่ยุติงานไม่เกิน 3 วัน จำนวน 3,891 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.11 ยุติงานเกิน 3 วัน จำนวน 830 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.30 สูญเสียอวัยวะบางส่วน จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.94 และเสียชีวิตจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.65 และจากข้อมูลการสำรวจสถานประกอบการและคนทำงาน จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ.2550 พบว่ามีสถานประกอบการ ขนาด 1-1,000 คน ขึ้นไป จำนวน 7,689 แห่ง มีคนทำงานจำนวน 197,028 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้ร่วมกันดำเนินงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรภาครัฐในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ และมีกระบวนการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบท โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ที่เน้นผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานและเกิดความยั่งยืน

ดังนั้น ผู้วิจัยและคณะฯ จึงประเมินผลของการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการจังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและปัจจัยที่ไม่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา หรือไม่อย่างไร

นิยามศัพท์

ปัจจัยด้านบริบท หมายถึง การดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย การประเมินภาวะแวดล้อม เช่น ด้านนโยบาย งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การประเมินความมีเหตุผล เช่น จากผู้เกี่ยวข้อง จากศักยภาพของโครงการ

ปัจจัยนำเข้า หมายถึง การดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง การบริหารจัดการคณะกรรมการ คณะทำงาน ฯลฯ การบริหารจัดการงบประมาณ และการบริหารจัดการด้านการดำเนินงานคุณภาพชีวิตคนทำงาน

ปัจจัยด้านกระบวนการ หมายถึง การดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน พี่เลี้ยง แกนนำ ฯลฯ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงาน การจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด อำเภอ การจัดตั้ง

คณะทำงาน ที่ปรึกษา พี่เลี้ยง สำหรับสถานประกอบการ การประชาสัมพันธ์ เชิญชวนให้สถานประกอบการ เข้าร่วมโครงการฯ การพัฒนาแนวทาง ระบบบริหารจัดการคุณภาพชีวิตคนทำงาน การดำเนินกิจกรรมลงนาม ข้อตกลงเบื้องต้นการพัฒนาร่วมกันของโครงการฯ การพัฒนาสมรรถนะของคณะทำงาน ที่ปรึกษา พี่เลี้ยง การ จัดอบรมหลักสูตรระบบบริหารจัดการคุณภาพชีวิตคนทำงานสำหรับแกนนำหลัก สถานประกอบการ การ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงาน การให้คำแนะนำปรึกษา Audit การตรวจรับรอง ประเมินผลการ ดำเนินงาน ฯ ตามข้อกำหนด การมอบโล่ ใบประกาศ ฯ KQWL

ปัจจัยด้านผลผลิต หมายถึง การดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย การมีระบบการบริหารจัดการในการดำเนินงาน KQWL ประกอบด้วย นโยบาย โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ การวิเคราะห์ปัญหา แผนงาน โครงการ ฯลฯ ตามมาตรฐานข้อกำหนด การส่งเสริม การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา KQWL การพัฒนาความรู้ในกระบวนการพัฒนา KQWL การจัดกิจกรรม พัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานและดำเนินการ การตรวจติดตามคุณภาพภายใน การดำเนินการทบทวนของ ฝ่ายบริหาร เรื่อง KQWL และผลของการดำเนินงาน ได้แก่ จำนวนสถานประกอบการที่ผ่านการตรวจรับรอง ประเมินผลการดำเนินงาน KQWL

Human Resource: HR หมายถึง การบริหารด้านทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็นผู้บริหารที่รับผิดชอบให้ ความสนใจ ดูแลพนักงานในองค์การซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่องค์การมีอยู่ มีหน้าที่พัฒนาบุคลากรให้ มีความรู้ ความสามารถ นอกจากนี้ยังมีการปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงาน จะส่งผลให้พนักงานในองค์การ มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานที่ดี ทำให้พนักงานมีความพึงพอใจ และตอบสนองความต้องการที่สำคัญ ในการทำงาน อันจะทำให้การดำเนินงานขององค์การสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้อย่าง ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

Quality Of Work Life : QWL หมายถึง คุณภาพชีวิตการทำงาน โดยพิจารณาจากคุณลักษณะ ของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เน้นแนวทางการเป็นมนุษย์ (Humanistic) ศีลภาสภเวดล้อมตัวบุคคล และสังคมที่ส่งผลทำให้การทำงานประสบความสำเร็จผลผลิต ที่ได้รับตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจ ของบุคคลในการทำงาน โดยได้กำหนดองค์ประกอบในการชี้วัดคุณภาพชีวิตการทำงานจำนวน 8 องค์ประกอบ ได้แก่ ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ความก้าวหน้าและ ความมั่นคงในงาน การพัฒนาความรู้ความสามารถ การทำงานร่วมกัน สิทธิส่วนบุคคล ความสมดุลระหว่าง ชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น และความภูมิใจในองค์การ “QWL” หรือ Quality of Work Life เป็นรูปแบบของ Management System ซึ่งประกอบด้วยเรื่องคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ ได้แก่

- สุขภาวะทางกาย Physical well-being
- สุขภาวะทางอารมณ์ Emotional well-being
- สุขภาวะทางจิตวิญญาณ Spiritual well-being
- สุขภาวะทางสังคม Social well-being

MS-QWL หมายถึง ระบบบริหารจัดการ [Management System] หมายถึง กลไก หรือ ระบบ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ทิศทางและการควบคุมองค์การ อาทิ นโยบาย แผนงาน ขั้นตอน วิธีปฏิบัติ การดำเนินงาน การควบคุม ซึ่งมีองค์ประกอบ คือบุคลากร ทรัพยากรต่างๆ ในองค์การที่มีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน เพื่อให้ ข้อกำหนดแห่งมาตรฐานหรือการจัดการใดๆ ได้รับการปฏิบัติอย่างครบถ้วน และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้

Korat Quality Of Work Life : KQWL หมายถึง การพัฒนาระบบบริหารจัดการ [Management System] ที่สนองความพึงพอใจและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของคนทำงาน ซึ่งเกี่ยวข้องการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของชีวิตคนทำงานได้อย่างเพียงพอและยุติธรรม โดยเน้นคุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นสิ่งอันชอบธรรม เคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ และคุณภาพชีวิตการทำงานที่สูงขึ้น จะเกี่ยวข้องกับผลผลิตที่สูงขึ้นด้วย โดยใช้ระบบมาตรฐานการจัดการของ MS-QWL เป็นแนวทางในการดำเนินการ

รูปแบบการวิจัย

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยประยุกต์แนวคิดของการประเมินผลรูปแบบ CIPP Model ของ DL. Stufflebeam⁽²⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ในการประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรศึกษาและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากจังหวัดนครราชสีมามีการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 22 แห่ง คนทำงานจำนวน 21,915 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารสถานประกอบการ ผู้รับผิดชอบหลักของสถานประกอบการ แกนนำในสถานประกอบการ
2. ทีมที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยงซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุข หรือ PCU ซึ่งเป็นที่ตั้งในเขตพื้นที่ของสถานประกอบการ จำนวน 14 แห่ง ๗ ละ 1 คน
3. ทีมประเมินจำนวน 1 ทีม ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการจากหน่วยงานด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรศึกษา โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อตอบแบบสอบถาม และสนทนากลุ่ม จาก

1. สถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 22 แห่ง คนทำงานจำนวน 21,915 คน ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารสถานประกอบการ ผู้รับผิดชอบหลักของสถานประกอบการ แกนนำในสถานประกอบการ แห่งละ 3 คน รวมทั้งหมดจำนวน 66 คน จากสถานประกอบการที่ยินยอมที่อาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร ของแต่ละแผนก เพื่อดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ
2. ทีมที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยงซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุข หรือ PCU ซึ่งเป็นที่ตั้งในเขตพื้นที่ของสถานประกอบการ จำนวน 14 แห่ง ๗ ละ 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 14 คน ที่เป็น Key Informants ที่สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้มากที่สุด
3. ทีมประเมิน จำนวน 1 ทีม ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ จากหน่วยงานด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหมดจำนวน 5 คน ที่เป็น Key Informants ที่สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้มากที่สุด เพื่อตอบแบบสอบถาม และเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจริยธรรมเบื้องต้นของการวิจัย

ผู้วิจัยต้องดำเนินการขออนุญาตผู้เกี่ยวข้องซึ่งอยู่ในพื้นที่วิจัย โดยการทำหนังสือเพื่อขออนุญาตอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรว่าอนุญาตหรือยินยอมเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย โดยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทราบถึงข้อเท็จจริงต่างๆ เกี่ยวกับงานวิจัยที่ทำโดยไม่มีการปิดบัง อำพราง และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามความต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเรื่องความคิดเห็นและความพึงพอใจของโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2550-2551 จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ปัจจัยเชิงคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความคิดเห็น / ความพึงพอใจ จำนวน 29 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งลักษณะของคำถามเป็นทั้งข้อความทางด้านบวกและลบกำหนดให้ผู้เลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก มาตราวัดแบ่งเป็น

มากที่สุด / เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน

มาก / เห็นด้วย = 4 คะแนน

ปานกลาง / ไม่แน่ใจ = 3 คะแนน

น้อย / ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน

น้อยที่สุด / ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน

ดังนั้นมาตราวัดข้อมูลด้านความคิดเห็น / ความพึงพอใจ จึงมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด 145 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนระดับความคิดเห็น / ความพึงพอใจ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง = $> x + S.D$

ระดับปานกลาง = $x + S.D$

ระดับต่ำ = $< x + S.D$

ใช้ประเมินกลุ่มสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 22 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารสถานประกอบการ ผู้รับผิดชอบหลักของสถานประกอบการ แกนนำในสถานประกอบการ ในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2550-2551 (ข้อมูลเชิงปริมาณ)

2. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เรื่องความคิดเห็นต่อโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2550-2551

ใช้ประเมินกลุ่มทีมที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยงซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขหรือPCU ซึ่งเป็นที่ตั้งในเขตพื้นที่ของสถานประกอบการ จำนวน 14 แห่งๆ ละ 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 14 คน และทีมประเมิน จำนวน 1 ทีม ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ จากหน่วยงานด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหมดจำนวน 5 คน (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามและแนวคำถาม เมื่อผู้วิจัยสร้างเสร็จแล้ว นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเนื้อหา ด้านวิชาการ แล้วปรับปรุงแก้ไข แบบสอบถามและแนวคำถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Pre-test) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายกัน จำนวน 30 คน เพื่อปรับปรุงภาษา และค่าความเชื่อมั่น ทดสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็น / ความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาที่ ความเชื่อมั่นที่ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำโครงร่างวิจัย
2. ปรับแก้โครงร่างวิจัย
3. ส่งหนังสือขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. ส่งหนังสือขออนุญาตผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการวิจัย

5. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง / ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัย
6. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ความเป็นมาเกี่ยวกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง / ผู้ที่เกี่ยวข้องกับวิจัยในรายละเอียดของการศึกษาวิจัย
7. ผู้วิจัยและคณะฯ ประเมินสถานการณ์ก่อนการดำเนินการ โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้เกี่ยวข้องที่สถานประกอบกิจการทุกแห่ง เพื่อตอบแบบสอบถาม และรวบรวม สรุป วิเคราะห์
8. ผู้วิจัยและคณะฯ ทำ FGD กับกลุ่มทีมที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยง ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุข หรือ PCU ซึ่งเป็นที่ตั้งในเขตพื้นที่ของสถานประกอบการ 1 ครั้ง และกลุ่มทีมประเมิน จำนวน 1 ทีม ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ จากหน่วยงานด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหมดจำนวน 5 คน จำนวน 1 ครั้ง
9. เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินผลการดำเนินการ ฯ
10. นำข้อมูลที่ได้มาสรุปวิเคราะห์ เพื่อเผยแพร่ และสามารถขยายผลประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การตรวจสอบข้อมูลโดยการ Triangulation จากแหล่งปฐมภูมิ และทุติยภูมิ และวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ตุลาคม 2550 - กันยายน 2551

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้เป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการดำเนินงานโครงการฯ โดยการทำให้

Context evaluation

ขั้นตอนที่ 1 จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรุป บทบาทของ HR ในการขับเคลื่อนสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น เพราะเป็นกลไกสำคัญที่จะก่อให้เกิดโครงการ QWL จากการศึกษาวิจัยพบว่าปัจจัยของความสำเร็จในการดำเนินการระบบมาตรฐาน MS-QWL คือ ความจริงใจ มุ่งมั่น ภาวะผู้นำของผู้บริหาร นโยบายที่มีเป้าหมายและทิศทางที่ชัดเจน รวมถึงมีการสื่อสารไปยังพนักงาน วัฒนธรรมองค์การที่เข้มแข็ง โอกาสในการมีส่วนร่วมของพนักงานอย่างเต็มที่ และทุกขั้นตอน⁽³⁾

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากการวางแผนการดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถาน

ประกอบกิจการ จังหวัดนครราชสีมา โดยนำสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งหมดมาพิจารณา เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) และประเมินกระบวนการ (Process evaluation)

พบว่าในปี 2550 มีจำนวนสถานประกอบกิจการที่เข้าร่วมโครงการ ทั้งหมดจำนวน 22 แห่ง ซึ่งมีพนักงานจำนวน 30-6,000 คน จากพื้นที่ดำเนินการ 5 อำเภอ รวมพนักงานทั้งหมดจำนวน 21,915 คน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 930,000 บาท และมีสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยง / ที่ปรึกษา จำนวน 19 แห่ง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลจากการประเมินผลปรับปรุง โดยการประเมินผลผลิตผล (Product evaluation)

ในด้านการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบกิจการ จังหวัดนครราชสีมา

1. ข้อมูลผลการดำเนินงาน

1.1 พบว่า สถานประกอบการทั้งหมด จำนวน 20 แห่ง มีการกำหนดรูปแบบโครงสร้าง บทบาท หน้าที่ ชัดเจน โดยมีลักษณะโครงสร้างของระบบบริหารจัดการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต คนทำงาน 5 โครงสร้าง ในผังโครงสร้างจะมีส่วนพัฒนาคุณภาพชีวิตและมีคณะทำงานรับผิดชอบดำเนินการ บริหารจัดการ ระบบพัฒนางานคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา แผนงาน โครงการ ฯลฯ ตามมาตรฐานข้อกำหนด การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในกระบวนการพัฒนา KQWL การพัฒนาความรู้ในกระบวนการพัฒนา KQWL การจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานและดำเนินการ การตรวจติดตามคุณภาพ ภายใน และการดำเนินการทบทวนของฝ่ายบริหาร เรื่อง KQWL

1.2 ข้อมูลการจัดทำกิจกรรมแผนงาน / โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 20 แห่ง รวมทั้งหมด จำนวน 69 โครงการ

1.3 จำนวนสถานประกอบการที่ผ่านการตรวจรับรอง ประเมินผลการดำเนินงาน KQWL จำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.9 (จากสถานประกอบการกิจการทั้งหมด 22 แห่ง)

2. ข้อมูลด้านความคิดเห็น/ความพึงพอใจ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน(n = 92)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	43.5
หญิง	52	56.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	2	2.2
มัธยมศึกษา	16	17.4
อนุปริญญาหรืออาชีวศึกษา	13	14.1
ปริญญาตรี	50	54.3
ปริญญาโท	11	12.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5000 บาท	6	6.5
5000-10,000 บาท	20	21.7
10,001-20,000 บาท	18	19.6
20,001 บาท ขึ้นไป	48	52.2
ตำแหน่ง/หน้าที่ของท่าน		
ผู้บริหาร	20	21.7
ผู้ปฏิบัติ	72	78.3
ท่านเคยผ่านการอบรม / ประชุมเกี่ยวกับงานด้าน สาธารณสุขมาก่อนหรือไม่		
ไม่เคย	36	39.1
เคย	56	60.9

พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.5 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 54.3 รายได้เฉลี่ย 20,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.2 ตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 78.3 เคยผ่านการอบรม ร้อยละ 78.3 อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 57 ปี อายุเฉลี่ย 35.87 ปี ประวัติการทำงาน ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 30 ปี

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็น/พึงพอใจด้านบริบทของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา

ระดับความคิดเห็น/พึงพอใจ	n = 92	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	-	-
ระดับปานกลาง	5	5.4
ระดับต่ำ	87	94.6
รวม	92	100.0

Min = 8 คะแนน Max = 20 คะแนน \bar{X} = 14.55 คะแนน S.D = 2.37 คะแนน

ความคิดเห็น/พึงพอใจด้านบริบทของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา โดยการแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.6 รองลงมาคือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.4

ตารางที่ 3 ระดับความคิดเห็น/พึงพอใจด้านปัจจัยนำเข้าของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา

ระดับความคิดเห็น/พึงพอใจ	n = 92	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	48	52.2
ระดับปานกลาง	39	42.4
ระดับต่ำ	5	5.4
รวม	92	100.0

Min = 14 คะแนน Max = 35 คะแนน \bar{X} = 25.59 คะแนน S.D = 4.07 คะแนน

ความคิดเห็น/พึงพอใจด้านปัจจัยนำเข้าของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา โดยการแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.2 รองลงมา คือ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.4

ตารางที่ 4 ระดับความคิดเห็น/พึงพอใจด้านกระบวนการของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา

ระดับความคิดเห็น/พึงพอใจ	n = 92	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	90	97.8
ระดับปานกลาง	2	2.2
ระดับต่ำ	-	-
รวม	92	100.0

Min = 24 คะแนน Max = 60 คะแนน \bar{X} = 43.52 คะแนน S.D = 6.91 คะแนน

ความคิดเห็น/พึงพอใจด้านกระบวนการของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา โดยการแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.8 รองลงมา คือ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 2.2

ตารางที่ 5 ระดับความคิดเห็น/พึงพอใจด้านผลผลิตของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา

ระดับความคิดเห็น/พึงพอใจ	n = 92	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	10	10.9
ระดับปานกลาง	68	73.9
ระดับต่ำ	14	15.2
รวม	92	100.0

Min = 12 คะแนน Max = 30 คะแนน \bar{X} = 22.16 คะแนน S.D = 3.54 คะแนน

ความคิดเห็น/พึงพอใจด้านผลผลิตของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา โดยการแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.9 รองลงมา คือมีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.2

ตารางที่ 6 ระดับความคิดเห็น/พึงพอใจภาพรวมทุกด้านของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา

ระดับความคิดเห็น/พึงพอใจ	n = 92	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	92	100
ระดับปานกลาง	-	-
ระดับต่ำ	-	-
รวม	92	100

Min = 60 คะแนน Max = 145 คะแนน \bar{X} = 105.84 คะแนน S.D = 15.14 คะแนน

ความคิดเห็น/พึงพอใจภาพรวมทุกด้านของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา โดยการแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา

1. ผู้บริหาร / เจ้าของสถานประกอบการเห็นความสำคัญของการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ
2. ผู้บริหาร / เจ้าของสถานประกอบการมีความพร้อม และให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ
3. CEO หรือ Top Management: นอกจากผู้บริหารระดับสูงขององค์กรต้องแสดงเจตนาสนับสนุนแล้ว ท่านเหล่านั้นต้องมี Commitment จึงจะก่อให้เกิดโครงการอันดีที่เล็งเห็นถึงคุณภาพชีวิตของคนทำงานได้
4. สถานประกอบการมีทีมผู้จัดการฝ่ายบุคคลหรือทีมฝ่ายพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีเป็นฐานะเจ้าภาพงานการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ ต้องมีความสามารถกระตุ้นทั้งทางฝ่ายผู้บริหารเพื่อที่จะก่อให้เกิดแผนงาน และพนักงานเพื่อที่จะก่อให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ ให้เล็งเห็นถึงความสำคัญ และเกิดความร่วมมือกันมากที่สุด
5. ความร่วมมือของพนักงานในองค์กรเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่แสดงถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการ เพราะเป็นไปได้ยากที่โครงการดี ๆ ทุกโครงการจะประสบความสำเร็จ หากขาดความร่วมมือจากพนักงาน
6. สถานภาพของบริษัท ปัจจัยนี้อาจหมายถึง สถานภาพทางการเงิน เวลา ผู้บริหาร พนักงาน และความพร้อมต่างๆ ในการดำเนินการและส่งเสริมให้พนักงานของตนมีความสุขทั้งทางด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ
7. การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ เช่น ด้านการบริหารจัดการ ด้านวิชาการ งบประมาณ และขวัญ กำลังใจ ฯลฯ
8. มีกระบวนการนิเทศ ติดตาม กำกับ และประเมินผล จากหน่วยงานที่เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา และทีมตรวจรับรอง และประเมินผล การดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา

1. ทีมงานในสถานประกอบการบางแห่งขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ
2. ปัญหาด้านการเบิกจ่ายงบประมาณที่มีความยุ่งยาก ในเรื่องเอกสาร หลักฐานการเบิกจ่าย เพื่อให้ถูกต้องตามระบบราชการ
3. บางสถานประกอบการมีการปรับเปลี่ยนย้ายผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ

วิจารณ์ผล

จากการประเมินผลปัจจัยด้านบริบทของการดำเนินงานพบว่าฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์เน้นกลไกสำคัญที่ขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการให้สามารถดำเนินการตามโครงการได้ รวมทั้งผู้บริหาร / เจ้าของสถานประกอบการก็ควรต้องเห็นความสำคัญ มีเป้าหมาย ทิศทางที่ชัดเจน รวมทั้งต้องมีการสื่อสารไปยังพนักงาน และสร้างโอกาสการมีส่วนร่วมของพนักงาน จึงทำให้โครงการประสบความสำเร็จได้ ซึ่งถ้าฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์เป็นผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนทำงาน เห็นความสำคัญ เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงาน จะสามารถทำให้โอกาสที่การดำเนินงานจะประสบความสำเร็จ เป็นไปได้มากกว่า ดังข้อมูลระดับความคิดเห็น/พึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมาที่พบว่า ด้านบริบท ส่วนใหญ่เป็นประเด็นเกี่ยวกับเรื่อง ด้านความพร้อมของผู้บริหารในการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนทำงาน ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 63.0 รองลงมาเป็นเรื่อง ด้านความพร้อมในการกำหนดเป็นนโยบายในสถานประกอบการในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนทำงาน ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 59.8 **ด้านปัจจัยนำเข้า**ส่วนใหญ่เป็นประเด็นเรื่องสถานประกอบการของท่านมีผู้รับผิดชอบหลักของโครงการที่มีความรับผิดชอบและเหมาะสมในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนทำงานเป็นอย่างดี ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.9 รองลงมาเป็นเรื่องสถานประกอบการของท่านมีการแต่งตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบหลักของโครงการที่มีความรับผิดชอบและเหมาะสมในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนทำงานเป็นอย่างดี คิดเป็นร้อยละ 55.0 ซึ่งพบว่าการสนับสนุนงบประมาณให้สถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 22 แห่ง จำนวนเงิน 930,000 บาท มีสถานบริการสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา จำนวน 19 แห่ง และสถานประกอบการยังมีการกำหนดรูปแบบโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน จำนวน 20 แห่ง **ด้านกระบวนการ** ส่วนใหญ่เป็นประเด็นเกี่ยวกับเรื่อง สถานประกอบการของท่านมีการพัฒนาแนวทาง ระบบบริหารจัดการคุณภาพชีวิตคนทำงาน ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.4 รองลงมาเป็นเรื่อง มีการระดมปัญหาด้านสุขภาพของพนักงาน ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.3 ซึ่งพบว่าสถานประกอบการมีการดำเนินการจัดทำแผนงาน /โครงการที่พัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 69 โครงการ **ด้านผลผลิต**ส่วนใหญ่เป็นประเด็นเกี่ยวกับเรื่องสถานประกอบการของท่านผ่านการตรวจรับรองประเมินผลในกระบวนการพัฒนา KQWL ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.0 รองลงมาเป็นเรื่อง สถานประกอบการมีระบบการบริหารจัดการในการดำเนินงาน KQWL ประกอบด้วย นโยบายโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ การวิเคราะห์ปัญหา แผนงานโครงการ ฯลฯ ตามมาตรฐานข้อกำหนด ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.9 และส่งผลให้สถานประกอบการผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.9 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอารีรัตน์ บุญรัตน์⁽⁴⁾ บุญจง ชาวสิทธิวงษ์⁽⁵⁾ Kyes KB^{(6) (8)} Wickizer TM⁽⁷⁾ Lantsberger PA⁽⁹⁾ ที่พบว่าปัจจัยของความสำเร็จในการดำเนินการระบบมาตรฐาน MS-QWL คือ ความจริงจัง มุ่งมั่น ภาวะผู้นำของผู้บริหาร นโยบายที่มีเป้าหมายและทิศทางที่ชัดเจน รวมถึงมีการสื่อสารไปยังพนักงาน วัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็ง โอกาสในการมีส่วนร่วมของพนักงานอย่างเต็มที่และทุกขั้นตอน วิธีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ ตรงตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ สภาพแวดล้อม บรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินการ การดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง มีการวางแผนอย่างเป็นขั้นตอน รวมถึงมีการติดตามผล เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการดำเนินการอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงาน

ระดับนโยบาย

1. ต้องมีการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และสถานประกอบการเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ
2. ต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการระดับจังหวัด และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน
3. ต้องมีการประชุมชี้แจงคณะกรรมการ คณะทำงาน และสถานประกอบการ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และตรงกันในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ

ระดับผู้ปฏิบัติงาน

1. ต้องมีการประชุมชี้แจงพนักงานในสถานประกอบการ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและตรงกันในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ
2. ต้องมีการเปิดโอกาสให้พนักงานในสถานประกอบการได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป ในประเด็นที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของพนักงานที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่มีการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป ในประเด็นที่เกี่ยวกับ ความพึงพอใจ และความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่มีการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในสถานประกอบการ

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว family Network Foundation (homepage on internet) เข้าถึงได้จาก <http://happyworkplace.org/images/subjec.htm> : 21 กันยายน 2551.
2. สุขุม มูลเมือง. เทคนิคการประเมินผลโครงการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย ; 2530 .
3. Happygoal.org (homepage on internet) เข้าถึงได้จาก http://www.happygoal.org/main_left_detail.php?id_menu=104 : 21 กันยายน 2551.
4. อาริรัตน์ บุญรัตน์ . คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัท Asia Precision Co.,Ltd สารนิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และองค์การ) คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์ พ.ศ. 2550.
5. บุญจง ขาวสิทธิวิงษ์ (2006). Quality of Working Life in the Workplace Phase II Program is an application of Drafted Management System of Quality of Working Life in the Workplace (MS - QWL) to 18 pioneer factories. [Available at <http://www.la.ubu.ac.th/xml/data/bib4824x.xml>] Sep 21 ,2008.
6. Kyes KB, Wickizer TM, Franklin G, Cain K, Cheadle A, Madden C, Murphy L, Plaeger-Brockway R, Weaver M. (1999) Evaluation of the Washington State Worker's Compensation Managed Care Pilot Project I: medical outcomes and patient

- satisfaction. Department of Health Services, University of Washington, Seattle 98195-7660, USA. .[Available at http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=Search&Term=%22Siriruttanapruk%20S%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_RVAbstractPlus] Sep 21 ,2008.
7. Wickizer TM, Franklin G, Plaeger-Brockway R, Mootz RD.(2001) Improving the quality of worker's compensation health care delivery: the Washington State Occupational Health Services Project. Department of Health Services, Box 357660, University of Washington, Seattle, WA 98195-7660, USA. .[Available at [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11286095?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11286095?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)] Sep 21 ,2008.
 8. Kyes KB, Wickizer TM, Franklin G. (2003) Employer satisfaction with worker's compensation health care: results of the Washington State Worker's Compensation Managed Care Pilot. .[Available at [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12661180?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=3&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12661180?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=3&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)] Sep 21 ,2008.
 9. Lantsberger PA, Glass LS, Ottmar E. (2004). The Washington state worker's compensation system: a case study. .[Available at http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=Search&Term=%22Lantsberger%20PA%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_RVAbstractPlus] Sep 21 ,2008.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อโรคติดเชื้อหรือโรคไม่ติดต่อตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดมนั้นเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลวิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผลปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง ที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอธิบายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน **เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีครบทุกบทความ

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตของการวิจัย

วัตถุประสงค์และวิธีการ/วิธีการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยพยายามเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย ว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการวิจัยหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

บทสรุป ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงภาษาไทย ให้ใช้ชื่อต้นของผู้เขียน ตามด้วยนามสกุล

4) เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษให้เขียนนามสกุลของผู้เขียนตามอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

5) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง, ชื่อย่อวารสาร ปี ค.ศ. ; ปีที่พิมพ์ (Volume) : หน้า

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค(,) แต่ถ้าเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al.

ตัวอย่าง

Fisschl MA, Dickinson Gm, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children household contacts of adult with AIDS, JAMA 1987; 257: 640-644.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

ธีระ รามสูตร, นีวัต มนตรีวิสุวัต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช, และคณะ. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา คลินิกจากวงต่างของผิวหนังผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย.

วารสารโรคติดต่อ 2527; 10 : 101 - 102

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง(สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ (ค.ศ.) : หน้า.

ตัวอย่าง

Joman K. Tuberculosis case - finding and chemotherapy, Geneva : Work Health Organization, 1979 : 211 - 215.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์: หน้า.

ตัวอย่าง

ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย, ใน : ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุญนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หาริณสุต, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รวมทรงศรน์, 2533 : 115 - 120,

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์ตีตหน้าเดียวลงบนกระดาษสี่เหลี่ยม ขนาด A4 (21.6 x 29.7 ซม.) ใช้ Font Angsana new ส่งบทความซึ่งพิมพ์ในแผ่นเก็บข้อมูล สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์มาอยู่ที่บรรณาธิการ

4.2 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำภาษาไทยที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหนา ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพโปสเตอร์แทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

4.4 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด พร้อมหนังสือนำส่งถึงบรรณาธิการวารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ถนนราชสีมา-โชคชัย ต.หนองบัวศาลา อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ

ความรับผิดชอบ

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ถือเป็นผลงานวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 หรือ กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน