3

Journal of Health Systems Research

Vol. 17 No. 3 July - September 2023

ISSN 2672-9415 (Online)

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย. 2566

388
การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหมอ
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

409
สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

531
บทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรอง
และเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19
ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 1 และอยู่ในฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index, ACI) ด้วย

วารสารฯ ราย 3 เดือนนี้ กำหนดเผยแพร่ในเดือนมีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บรรณาธิการรอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรวยพร ศรีศศลักษณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
เภสัชกรสรชัย จำเนียรดำรงการ นักวิชาการอิสระ

กรรมการประจำกองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ วรธนารัตน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร. นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
ดร. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร. ทันตแพทย์หญิงเพ็ญแข ลาภยิ่ง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ดร. สุรีรัตน์ งามเกียรติไพศาล นักวิชาการอิสระ
นายไพศาล ลิ้มสถิตย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เลขานุการ

นางสาววรางคณา ปุณยธร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงาน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ถนนสาธารณสุข 6
ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. 0 2027 9701
โทรสาร 0 2026 6822
Website: http://www.hsri.or.th
Link หน้าวารสาร: http://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal

Journal of Health Systems Research has been classified in the Tier 1 of the Thai-Journal Citation Index Center (TCI) and included in ASEAN Citation Index (ACI), published by Health Systems Research Institute quarterly, distributed in March, June, September, and December

Editorial Board

Advisor
Executive Director, Health Systems Research Institute

Editor
Supasit Pannarunothai	Centre for Health Equity Monitoring Foundation

Associate Editors
Jaruayporn Srisasalux	Health Systems Research Institute
Sorachai Jamniandamrongkarn	Independent Scholar

Members
Suwat Chariyalertsak	Dean, Faculty of Public Health, Chiang Mai University
Surasak Buranatrevedh	Faculty of Medicine, Thammasat University
Thira Woratanarat	Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
Piya Hanvoravongchai	Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
Samrit Srithamrongsawat	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Suthep Petchmark	Bureau of Inspection and Evaluation, Ministry of Public Health
Phusit Prakongsai	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Phenkhae Lapying	Department of Health, Ministry of Public Health
Sureerat Ngamkiatpaisan	Independent Scholar
Paisan Limstit	Faculty of Law, Thammasat University

Secretary
Warangkana Punyathorn	Health Systems Research Institute

Office Health Systems Research Institute
4th Floor, National Health Building, Public Health 6 Road,
Ministry of Public Health, Muang District, Nonthaburi 11000
Tel. (66). 0 2027 9701
Fax (66). 0 2026 6822
Website: http://www.hsri.or.th
Link to journal: http://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal

วิสัยทัศน์

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นวารสารชั้นนำด้านการวิจัยระบบสุขภาพในระดับอาเซียน

เป้าหมายและขอบเขตของวารสาร

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเครื่องมือเผยแพร่วิชาการเพื่อสนับสนุนและยกขีดความสามารถในการผลิตองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

การจำกัดสิทธิความรับผิดชอบ

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ถือเป็นความเห็นของวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขและวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ของผู้เขียน วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามความเหมาะสม รวมทั้งการตรวจทานแก้ไขหรือขัดเกลาภาษาให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อนึ่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายลิขสิทธิ์

เงื่อนไขหลักในการส่งต้นฉบับ

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขยินดีรับพิจารณาต้นฉบับงานวิจัยและต้นฉบับบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขหลักดังต่อไปนี้

- ไม่เคยลงตีพิมพ์ในที่ใดๆ มาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ด้วย (กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ โดยท่านสามารถดาวน์โหลดไฟล์ MS Words ได้ที่ http://ejournal.hsri.or.th/ *คลิกที่ For authors (declare form)*
- ต้องเขียนชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด (ในกรณีมีสองสังกัด กรุณาระบุเพียงที่เดียว) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้นิพนธ์ต้องแปลเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ
- ในกรณีมีผู้นิพนธ์หลายคน กรุณาระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) ในแบบคำรับรองงานต้นฉบับ

หากบทความที่ขอลงตีพิมพ์ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้น กองบรรณาธิการขอใช้สิทธิที่จะปฏิเสธบทความนั้นในทันที ทั้งนี้ ท่านสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำในการส่งต้นฉบับงานวิจัยและบทความวิชาการ ได้จาก http://ejournal.hsri.or.th/ คลิกที่ *For authors*

Vision

The *Journal of Health Systems Research* is aimed at being one of leading health systems research journals in ASEAN.

Aim & Scope

Journal of Health Systems Research is an academic published tool for supporting and enhancing the potential abilities in generating new bodies of knowledge from health systems researches which will be useful for policy makers, researchers, academics and health practitioners in all levels.

Disclaimer

Facts and opinions in articles published in *Journal of Health Systems Research* express solely the personal statements of respective authors and do not necessarily reflect the views or opinions of the editors or its publisher. The editors reserve the right to edit or rewrite, correct, and publish only the articles that meet our standard criteria. The entire contents published in the Journal have been fully protected by copyrights.

Main conditions for submission

The *Journal of Health Systems Research* welcomes research articles and academic articles in both Thai and English that meet the following conditions:

- The articles must be original and must not be published nor submitted for publication elsewhere *(please attach the Declare Form with your submission. Download the form in MS Words format at* http://ejournal.hsri.or.th/ and *click For authors (declare form)*
- The articles must contain proper title, abstract, name of author (s) and affiliation (specify only one) in both Thai and English
- References must be in English (for Thai references, please translate into English and add “(in Thai)” at the end of the item)
- In case of more than 1 author, please provide details of corresponding author in the Declare Form

If the submitted article fails to comply with the above conditions, the editorial staff reserves the right to immediately reject it. Please download *JHSR* Submission Guideline at http://ejournal.hsri.or.th and click *For authors.*

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านการวิจัยระบบสุขภาพ ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ กำหนดเผยแพร่ปีละ 4 ฉบับ ทุกรอบ 3 เดือน คือ มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน และ ตุลาคม-ธันวาคม งานที่จะส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น บทความที่ส่งเข้ามารับการพิจารณา หากได้มาตรฐานเพียงพอ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อนที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าว ทั้งนี้ โดยไม่มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมใดๆ ในทุกขั้นตอน จากผู้นิพนธ์

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. รับรองว่าผลงานที่ส่งมาเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยเผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ได้ส่งผลงานนั้นไปยังวารสารใดๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน
2. รายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยอย่างตรงไปตรงมา ไม่บิดเบือนข้อมูล หรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ
3. จะต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น ถ้าหากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้ในผลงานของตน โดยทำรายการอ้างอิงที่ท้ายบทความ
4. เขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ในคำแนะนำผู้เขียนของวารสารฯ
5. ผู้เขียนที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน จะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนั้นๆ อย่างแท้จริง
6. ระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนการทำวิจัย และระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
7. ระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยชุดใดบ้าง และเมื่อไร ถ้าหากไม่มี ต้องชี้แจง
8. แจ้งการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล
9. ส่งมอบข้อมูลดิบในกรณีที่ทางกองบรรณาธิการแจ้งความประสงค์
10. แจ้งกองบรรณาธิการทราบ หากพบข้อผิดพลาดที่มีนัยสำคัญในผลงาน/การศึกษา เพื่อทำการแก้ไขหรือถอดถอนบทความ

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ส่งความเห็นต่อบทความตามกำหนดเวลาและให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนความเห็นของตน
2. รักษาความลับเกี่ยวกับเอกสารที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพิจารณาความเหมาะสมของบทความ ต่อบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง
3. เมื่อตระหนักว่าตนอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผลงานหรือผู้เขียน หรือมีเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ ให้แจ้งกองบรรณาธิการทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้นๆ
4. แจ้งกองบรรณาธิการเกี่ยวกับการคัดลอกผลงาน (plagiarism) ที่อาจจะเป็นไปได้ ในกรณีที่ผู้เขียนไม่ได้อ้างอิง

ผลงานของผู้อื่นอย่างถูกต้องหรือลอกเลียนผลงานที่เผยแพร่แล้ว รวมถึงผลงานของผู้เขียนเองและข้อมูลที่ยังไม่ได้เผยแพร่

5. แจ้งกองบรรณาธิการถ้าหากท่านไม่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอสำหรับการพิจารณาความเหมาะสมของบทความนั้นๆ

6. ควรระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่ตนประเมินแต่ผู้เขียนไม่ได้อ้างถึงด้วย

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. จัดการให้บทความมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการปรับปรุงคุณภาพ การส่งเสริมสิทธิในการแสดงความคิดเห็น และจัดให้มีผู้ประเมินบทความอย่างน้อย 2 คนต่อบทความ

2. ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

3. เลือกบทความเพื่อเผยแพร่หลังจากผ่านการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาความสอดคล้องกับนโยบายของวารสาร และไม่เสี่ยงต่อข้อเรียกร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับการหมิ่นประมาท การละเมิดลิขสิทธิ์และการลอกเลียนผลงานของผู้อื่น

4. ไม่เผยแพร่บทความที่เคยเผยแพร่ที่อื่นก่อนแล้ว

5. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน ผู้ประเมิน และคณะผู้บริหาร

6. หากตรวจพบการคัดลอกผลงานผู้อื่นในกระบวนการประเมินบทความ บรรณาธิการจะต้องหยุดกระบวนการประเมิน และติดต่อผู้เขียนเพื่อขอคำชี้แจง เพื่อประกอบการตอบรับหรือปฏิเสธการเผยแพร่บทความนั้นๆ

7. ประเมินความเหมาะสมของทุกบทความที่เนื้อหา โดยไม่ให้ความสำคัญกับเชื้อชาติ เพศ เพศสภาพ ความเชื่อศาสนา ชาติพันธุ์ และความเห็นทางการเมืองของผู้เขียน

การติดต่อกับวารสารฯ ขอให้ติดต่อผ่านทางระบบ e-journal โดยที่ท่านสามารถศึกษารายละเอียดขั้นตอนในการส่งต้นฉบับบทความเข้าระบบฯ และการติดต่อผ่านทางระบบฯ ได้ที่ท้ายเอกสารนี้

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

วารสารฯ รับเผยแพร่บทความ 4 ประเภท คือ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) และจดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) ผู้เขียนควรศึกษารายละเอียดของบทความประเภทต่างๆ ซึ่งจะได้สาธยายต่อไป และพิจารณาว่าบทความของตนควรจะเป็นประเภทใด จากนั้นจึงระบุประเภทของบทความในบรรทัดแรกของหน้าแรกก่อนขึ้นชื่อของบทความต่อไป รายละเอียดของบทความต่างๆ ดังกล่าวมีดังนี้

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ควรประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.5 ภูมิหลังและเหตุผล

1.6 ระเบียบวิธีศึกษา

1.7 การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้างและเมื่อไร ถ้าหากไม่มี โปรดชี้แจงด้วย

1.8 ผลการศึกษา

1.9 วิจารณ์และข้อยุติ

1.10 กิตติกรรมประกาศ

1.11 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

1.12 กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Word ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Word ซึ่งท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรุณาศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะ –ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

2. บทปริทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ มาวิเคราะห์วิจารณ์เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นๆ ยิ่งขึ้น ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ

2.6 เนื้อหา

2.7 บทสรุปหรือวิจารณ์

2.8 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ซึ่งต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

2.9 กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Word ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Word ทั้งนี้ ท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรุณาศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

3. บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความวิชาการที่แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ หรือเป็นบทความที่รวบรวมเนื้อหาและการแสดงความคิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องดังกล่าว หรือเป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนระบบสาธารณสุขที่โดดเด่นในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาคอาเซียน ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำ

3.6 เนื้อหา

3.7 วิจารณ์

3.8 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ซึ่งต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

3.9 กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Word ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Word ทั้งนี้ ท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรุณาศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

4. จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือ จดหมายโต้ตอบ

เป็นการติดต่อหรือตอบโต้ระหว่างนักวิชาการหรือผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นที่แตกต่าง และต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้งได้

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ในขั้นตอนการรับบทความต้นฉบับ ระบบจะรับไฟล์ MS Word เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ New Comment และ ไม่ต้องทำสองคอลัมน์

1. ชื่อเรื่อง (title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร รวมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมาก ให้ตัดเป็นชื่อรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องไม่ใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2. ชื่อผู้เขียน (author and co-author) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อเต็ม ไม่ใช้คำย่อ ไม่ต้องระบุตำแหน่ง คำนำหน้าชื่อและวุฒิการศึกษา

3. ชื่อสังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน (affiliation) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัด ให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด * † ‡ § # ¶

4. บทคัดย่อ (abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ ไม่ควรเกิน 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคอดีต

5. คำสำคัญ (keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract ไม่ควรเกิน 5 คำ

6. ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale) เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหา ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ และใส่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ในตอนท้าย

7. ระเบียบวิธีศึกษา (methodology) เขียนชี้แจงจำแนกเป็น 2 หัวข้อใหญ่คือ

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย คนปรกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงการได้รับอนุญาตจากผู้ที่เข้ารับการศึกษา การ

ยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

วิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ ก็ควรอธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ต่อได้ โดยระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจนและกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

8. การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval) กรณีที่มีการทำวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้าง เมื่อไร ถ้าหากไม่มี ต้องชี้แจงด้วย

9. ผลการศึกษา (result) แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ ที่อาจยกขึ้นมาอธิบายได้บ้าง ทั้งนี้ ขอให้แยกตาราง ภาพ และแผนภูมิออกจากเนื้อหา โดยวางไว้ท้ายบทความ ไม่สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า

ใส่ตารางที่ 1	หรือ	ใส่ภาพที่ 1	หรือ	ใส่แผนภูมิที่ 1

ตาราง *(แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)*

เป็นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตารางมีดังนี้

- ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- ชื่อคอลัมน์เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง (ถ้าจำเป็น)
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง เสนอให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶
- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง และไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก
- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากงานของผู้อื่น

ภาพ *(แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)*

จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

- ต้องคมชัด อาจเป็นภาพขาว-ดำ หรือภาพสี
- ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels
- หากภาพมีกล่องข้อความหลายกล่องหรือสัญลักษณ์ต่างๆ จะต้องทำ grouping ไว้ด้วย
- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำภาพมาจากงานของผู้อื่น

10. วิจารณ์และข้อยุติ (discussion and conclusion) เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง ควรจะเขียนเปรียบเทียบผลที่ได้จากการวิจัยกับผลที่ถูกรายงานไว้แล้วในงานของคนอื่นที่ทำก่อนหน้านั้น (ซึ่งถ้าเป็นไปได้ไม่ควรเกิน 3-5 ปี) นำมาสนับสนุนผลการทดลอง สมมติฐาน หรือข้อสรุป เพื่อเพิ่มน้ำหนักความน่าเชื่อถือ ควรอภิปรายข้อจำกัด/ข้อบกพร่อง ข้อดีเด่น ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ในทางการปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

11. ข้อเสนอแนะ ผู้เขียนควรระบุข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อประเด็นที่ศึกษา และข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาวิจัยต่อไป โดยอ้างอิงข้อค้นพบจากการศึกษา

12. กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) มีย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง หากปรากฏชื่อเป็นผู้เขียนร่วมแล้ว จะไม่ระบุในส่วนนี้อีก

13. เอกสารอ้างอิง (reference) ในส่วนนี้ให้ใช้ “References” เป็นชื่อหัวข้อ สำหรับการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขตัวยก ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยเริ่มจาก “(1)” และเรียงเลขอื่นๆ ต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช้คำย่อในรายการเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นของผู้เขียนและชื่อวารสารที่มีตาม Index Medicus ส่วนวารสารที่ไม่พบใน Index Medicus และวารสารไทยให้ใช้ชื่อวารสารที่เป็นชื่อเต็มในภาษาอังกฤษ

การเขียนรายการอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดดังส่วนต่อไปในเอกสารนี้)

สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหาของบทความ

บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้ว แต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังตีพิมพ์” (in the process of being published) บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” (unpublished) หลีกเลี่ยงการนำ “ติดต่อส่วนตัว” (personal communication) มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงมีหลักเกณฑ์ดังนี้

13.1 วารสารวิชาการ

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

สำหรับรายการอ้างอิงที่เป็นเอกสารภาษาไทย ต้องแปลทุกส่วนเป็นภาษาอังกฤษ แล้วใส่ “(in Thai)” ไว้ท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น

ชื่อผู้เขียนให้ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง (ถ้ามี) และถ้ามีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.”

ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่เผยแพร่ใน Index Medicus ทุกปี

ชื่อเรื่อง จะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะต่างๆ

ถ้าวารสารเรียงหน้าไม่ต่อเนื่องกันทั้งปี ต้องระบุฉบับที่ไว้ด้วย ดังนี้ “10(3):” หมายความว่าพิมพ์เป็นปีที่ 10 ในวงเล็บฉบับที่ 3 และต่อด้วย : (colon)

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 123-9 แทนที่จะเป็น 123-129 และใช้ 248-58 แทนที่จะเป็น 248-258

ไม่มีการเว้นวรรคทั้งสองด้านของเครื่องหมาย ; (semicolon) และ : (colon) ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่ ฉบับที่ เลขหน้า

ตัวอย่างดังนี้

1. Sirichakwal PP, Sranacharoenpong K, Tontisirin K. Food based dietary guidelines (FBDGs) development and promotion in Thailand. Asia Pac J Clin Nutr 2011;20(3):477-83.

2. Chaisuntitrakoon A. Evaluation of dental services quality. Journal of Health Systems Research 2015;9(2):136-45. (in Thai)

3. Snowdon J. Severe depression in old age. Medicine Today 2002;3(12):40-7.

4. Studer HP, Busato A. Comparison of Swiss basic health insurance costs of complementary and conventional medicine. Forschende Komplementarmedizin 2011;18(6):315-20.

5. Skalsky K, Yahav D, Bishara J, Pitlik S, Leibovici L, Paul M. Treatment of human brucellosis: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ 2008 Mar 29;336(7646): 701-4.

6. Huang CF, Lee HC, Yeung CY, Chan WT, Jiang CB, Sheu JC, et al. Constipation is a major complication after posterior sagittal anorectoplasty for anorectal malformation in children. Peditar Neonatal 2012;53(4):252-6.

กรณีผู้เขียนเป็นองค์กร

7. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension 2002;40(5):679-86.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

8. 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ 2002;325(73):184.

กรณีเป็นบทความในฉบับเสริม (supplement)

9. Anamnart C, Poungvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. J Med Assoc Thai 2011;94 Suppl 1:S264-8.

13.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

10. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

11. National Statistical Office. The 2011 survey on conditions of society and culture. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2012.

12. Office of the National Economics and Social Development Board. Philosophy of sufficiency

economy. Bangkok: 21 Century; 2007. (in Thai)

13. Association of Southeast Asian Nations. Association of Southeast Asian Nations: one vision, one identity, one community [Internet]. ASEAN annual report 2007-2008. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2011 [cited 2008 July]. Available from: https://www.iri.edu.ar/publicaciones_iri/anuario/Anuario%202009/Asia/documentos/Association%20of%20Southeast%20Asian%20Nation%20-%20%20Annual%20Report%202007-2008.pdf.

หนังสือหรือตำราที่ผู้เขียนเขียนทั้งเล่ม และ ไม่มีบรรณาธิการ

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า.

จะใส่ครั้งที่พิมพ์เฉพาะกรณีที่ไม่ใช่ครั้งแรก

14. Khammanee T. Science of teaching: body of knowledge for the management of effective learning process. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2007. 502 p. (in Thai).

15. Cheers B, Darracott R, Lonne B. Social care practice in rural communities. Sydney: The Federation Press; 2007.

16. Miles DA, Van Dis ML, Williamson GF, Jensen CW. Radiographic imaging for the dental team. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.

17. Murtagh J. John Murtagh's general practice. 4th ed. Sydney: McGraw-Hill Australia; 2007.

หนังสือที่มีบรรณาธิการ และ อ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

18. Mahathanan N, Rodpai S. Counselling for renal replacement therapy. In: Eiam-Ong S, Susantitaphong P, Srisawat N, Tiranathanagul K, Praditpornsilpa K, Tungsanga K, editors. Textbook of hemodialysis. Nakhon Pathom: A I Press; 2007. p. 94-103.

19. Alexander RG. Considerations in creating a beautiful smile. In: Romano R, editor. The art of the smile. London: Quintessence Publishing; 2005. p. 187-210.

20. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynaecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. Chapter 29, Endometriosis; p. 1103-33.

กรณีเป็น e-book

21. Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from Netlibrary: http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary&v=1&bookid=181691.

กรณีเป็นบทหนึ่งใน e-book

22. Darwin C. On the Origin of Species by means of natural selection or the preservation of favoured races in the struggle for life [internet]. London: John Murry; 1859. Chapter 5, Laws of Variation. [cited 2010 Apr 22]. Available from: http://www.talkorigins.org/faqs/origin/chapter5.html.

13.3 รายงานการประชุม สัมมนา

เอกสารสรุปผลการประชุม

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ). ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าที่.

23. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Reinhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

กรณีนำเสนอในการประชุม แต่ไม่มีการตีพิมพ์

24. Bowden FJ, Fairley CK. Endemic STDs in the Northern Territory: estimations of effective rates of partner exchange. Paper presented at: The Scientific Meeting of the Royal Australian College of Physicians; 1996 Jun 24-25; Darwin, Australia.

กรณีตีพิมพ์เป็น proceedings

25. Kimura J. Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

13.4 รายงานทางวิชาการ พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ประเภทของรายงาน. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

26. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No.: HHSIGOEI69200860.

13.5 วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

27. Khwansuk N. The effect of a home environmental management program for children with asthma on caregivers' management behavior (master's thesis). Bangkok: Mahidol University; 2011. (in Thai)

13.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

13.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ ปี เดือน วันที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

28. Purdon F. Colder babies at risk of SIDS. The Courier Mail 2010 Mar 8:9.

29. Robertson J. Not married to the art. The Courier Mail (Weekend edition). 2010 Mar 6-7:Sect. ETC:15.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

30. Meeting the needs of counsellors. The Courier Mail 2001 May 5:22.

13.6.2 กฎหมาย

31. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

13.6.3 พจนานุกรม

32. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

กรณีเป็น online dictionary

33. Stedman's medical dictionary [Internet]. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20. [cited 2009 Nov 11]. Available from: http://www.stedmans.com.

13.7 วีดิทัศน์

ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

34. Robinson J (producer). Examination of the term neonate: a family centred approach [DVD]. South Hurstville, NSW: Midwifery Educational Services; 2005. 1 DVD: 37 min., sound, colour, 4 ¾ in.

13.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร หรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [ปี เดือน วัน ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี): [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address.

ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI number

35. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-232. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.

ตัวอย่างไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มี DOI number

36. Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [Internet]. 1990 [cited 2010 Apr 22];15(4):437-58. Available from: http://jpesy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437.

Podcasts

37. Dirks, P. "Missing Link" fossil discovery in South Africa [podcast on the internet]. Sydney: ABC Radio National; 2010 [updated 2010 Apr 9; cited 2010 Apr 14]. Available from: http://www.abc.net.au/rn/breakfast/stories/2010/2868072.htm.

Blog Posts

38. Flower R. How a simple formula for resolving problems and conflict can change your reality. Pick the brain [blog on the Internet]; 2015 Jun 1 [cited 2015 Jun 9]. Available from: http://www.pickthebrain.com/blog/how-a-simple-formula-for-resolving-problems-and-conflict-can-change-your-reality/.

การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียน สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น

การตรวจทานต้นฉบับก่อนเผยแพร่ (final proof)

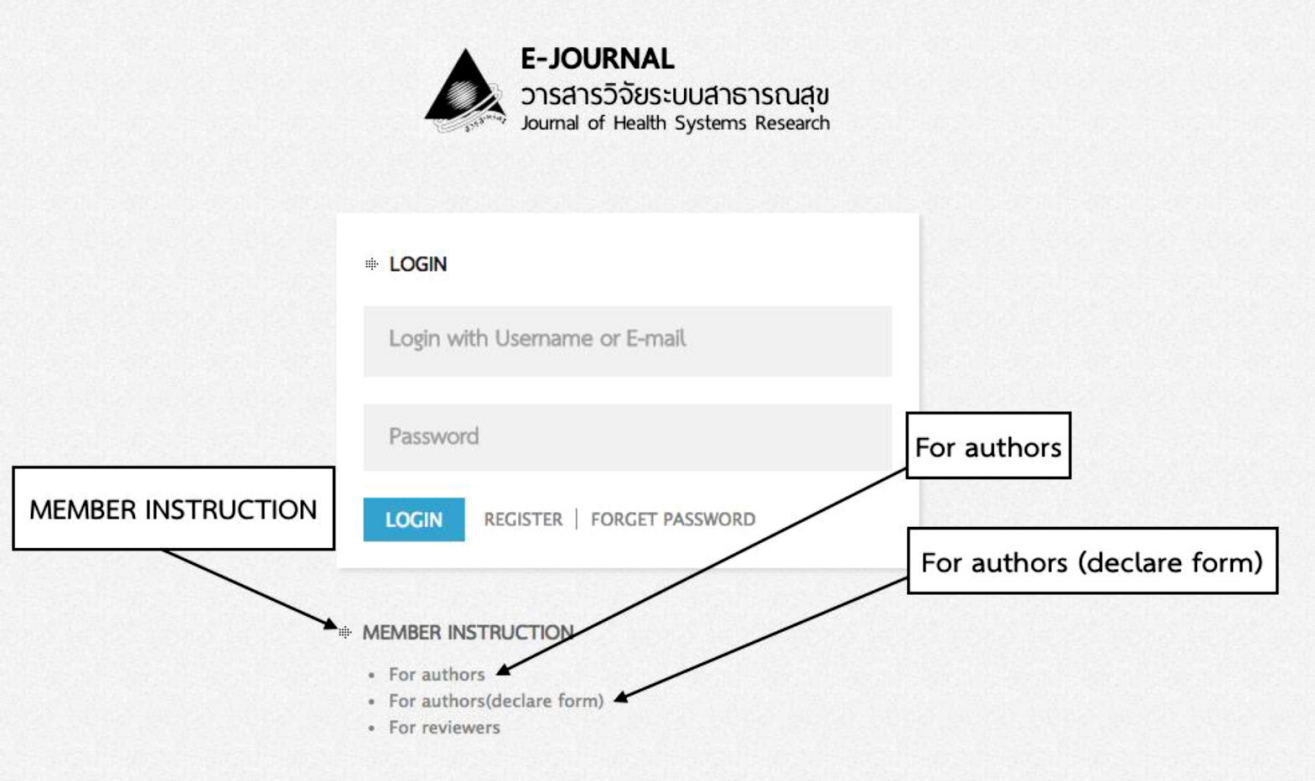
ผู้เขียนต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

สถานะของบทความในระบบและขั้นตอนการทำงาน วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

สถานะบทความในระบบ e-journal	ขั้นตอนการทำงาน
1. Information review	เมื่อผู้เขียนส่งบทความเข้าระบบ e-journal สำเร็จแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความเรียบร้อยเบื้องต้น
2. Editor first view	ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองเบื้องต้น เช่น ตรวจการเข้าขอบข่ายของวารสารฯ และประโยชน์จากงานวิจัย บทความอาจจะถูกปฏิเสธในขั้นตอนนี้ได้
3. Reviewer	กองบรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ความเห็นในเชิงวิชาการ บรรณาธิการพิจารณาสรุปความเห็น ก่อนแจ้งผู้เขียนปรับแก้บทความ หรือ แจ้งปฏิเสธที่จะเผยแพร่บทความ
4. Revision Revision 1 Revision 2 *หากผู้เขียนไม่ส่งบทความภายใน 30 วัน ในกรณีไม่ขอขยายเวลา หรือ ไม่ส่งภายใน 60 วัน ในกรณีที่ขอขยายเวลา ระบบจะ reject บทความโดยอัตโนมัติ	เมื่อกองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้เขียนปรับแก้ วันที่ 1 ถึงวันที่ 30 นับจากวันที่แจ้งผล โดยนับวันแจ้งผลเป็นวันที่ 0 และ ก่อนครบกำหนด 7 วัน ระบบจะส่งข้อความเตือน ซึ่งผู้เขียนสามารถดำเนินการตามที่แจ้งในข้อความนั้น เพื่อขอขยายเวลาได้อีก 30 วัน (เมื่อขอขยายเวลา และเข้าวันที่ 31 บทความจึงจะเปลี่ยนสถานะเป็น Revision 2) วันที่ 31 ถึงวันที่ 60 นับจากวันที่แจ้งผล โดยก่อนครบกำหนด 7 วัน ระบบจะส่งข้อความเตือน และไม่สามารถขยายเวลาได้อีก
5. Edit 1	เมื่อผู้เขียนส่งบทความที่ปรับแก้แล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจการปรับแก้ตามที่ได้แจ้งผู้เขียน
6. Edit 2	ชำระนิพนธ์ต้นฉบับ
7. Editor approval of MS Word	กองบรรณาธิการพิจารณาบทความในเชิงวิชาการอีกครั้ง และอาจแจ้งให้ผู้เขียนปรับเพิ่มเติมได้
8. Artwork	กองบรรณาธิการส่งบทความเพื่อจัดให้อยู่ในรูปแบบสำหรับการเผยแพร่ online (เป็นไฟล์ pdf)
9. Author check	ผู้เขียนตรวจความถูกต้อง กำหนดแจ้งกลับภายใน 3 วัน
10. Editor approval of artwork	กองบรรณาธิการตรวจความถูกต้อง
11. Proofreading	พิสูจน์อักษร
12. Library catalogue	กองบรรณาธิการเตรียมการเผยแพร่บทความที่ https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal
13. Publication	เผยแพร่บทความที่ https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal ซึ่งจะมีข้อความแจ้งไปยังผู้เขียนหลังการเผยแพร่ด้วย

การส่งต้นฉบับ

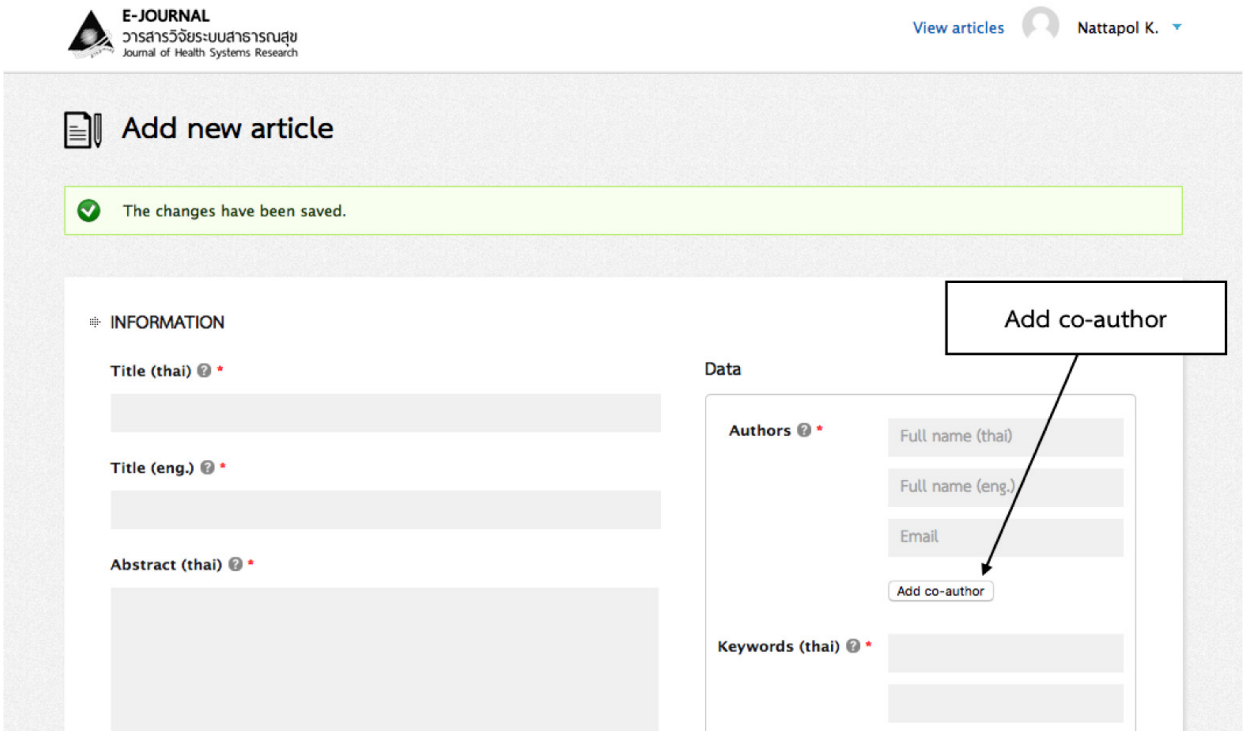
จะต้องดำเนินการผ่านทางระบบออนไลน์เท่านั้น โดยไปที่ http://ejournal.hsri.or.th/ ซึ่งจะปรากฏหน้าจอดังภาพด้านล่างนี้ หากท่านใดส่งบทความเป็นครั้งแรก ต้องสมัครสมาชิกก่อน (คลิกที่ register) ระบบจะส่งลิงค์ไปให้ที่อีเมลที่ท่านใช้สมัคร ท่านจะต้องใช้ลิงค์นั้นภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อไปตั้ง password และหลังจากตั้ง password เรียบร้อยแล้วจึงจะส่งบทความได้ หากลืม password กรุณากรอก username หรือ email address ที่ใช้สมัครไว้ และ click ที่ FORGET PASSWORD จะมีข้อความส่งไปยังอีเมลที่ท่านสมัครเพื่อให้ท่านสามารถเข้าระบบเพื่อตั้ง password ใหม่ได้



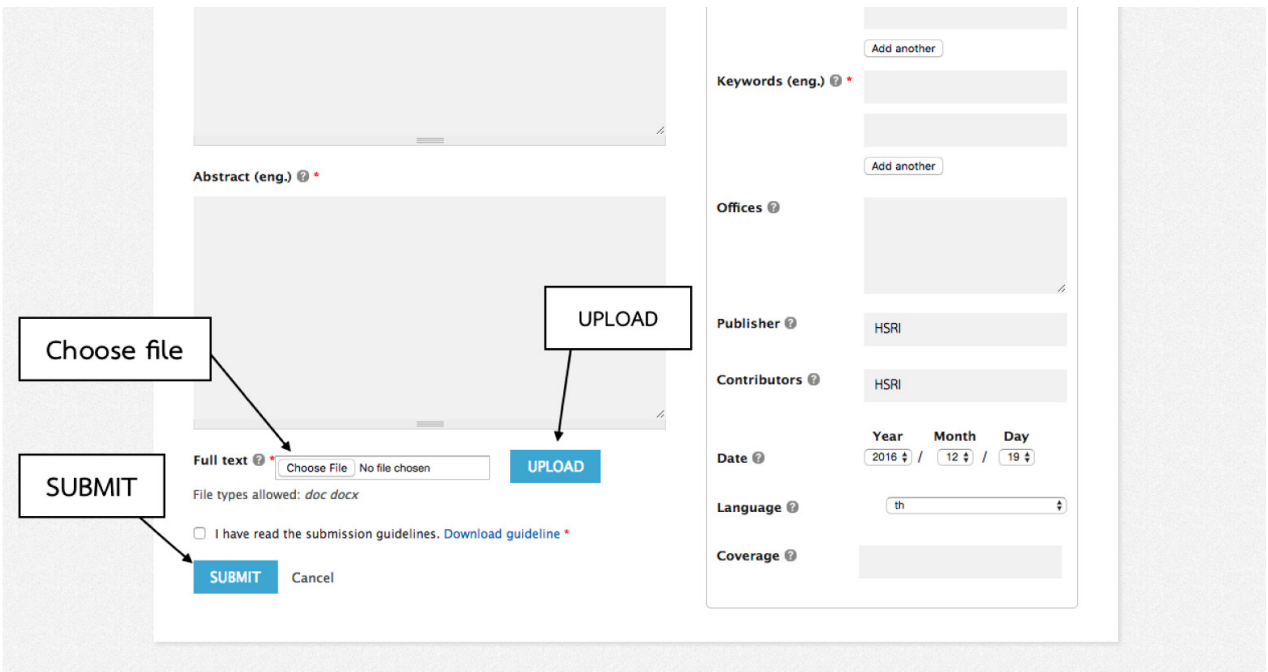
เมื่อคลิกที่ “For authors” ระบบจะแสดงหน้าถัดไป ซึ่งมีลิงค์สำหรับ “คำแนะนำการส่งต้นฉบับ” ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เมื่อคลิกที่ “For authors (declare form)” ระบบจะแสดงหน้าถัดไป ซึ่งมีลิงค์สำหรับ “คำรับรองงานต้นฉบับ” ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งวารสารฯ กำหนดให้ผู้เขียนส่งด้วย สำหรับคำแนะนำในการส่งคำรับรองงานต้นฉบับ กรุณาย้อนกลับไปดูคำแนะนำในส่วน “ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่” ด้านบนของเอกสารนี้

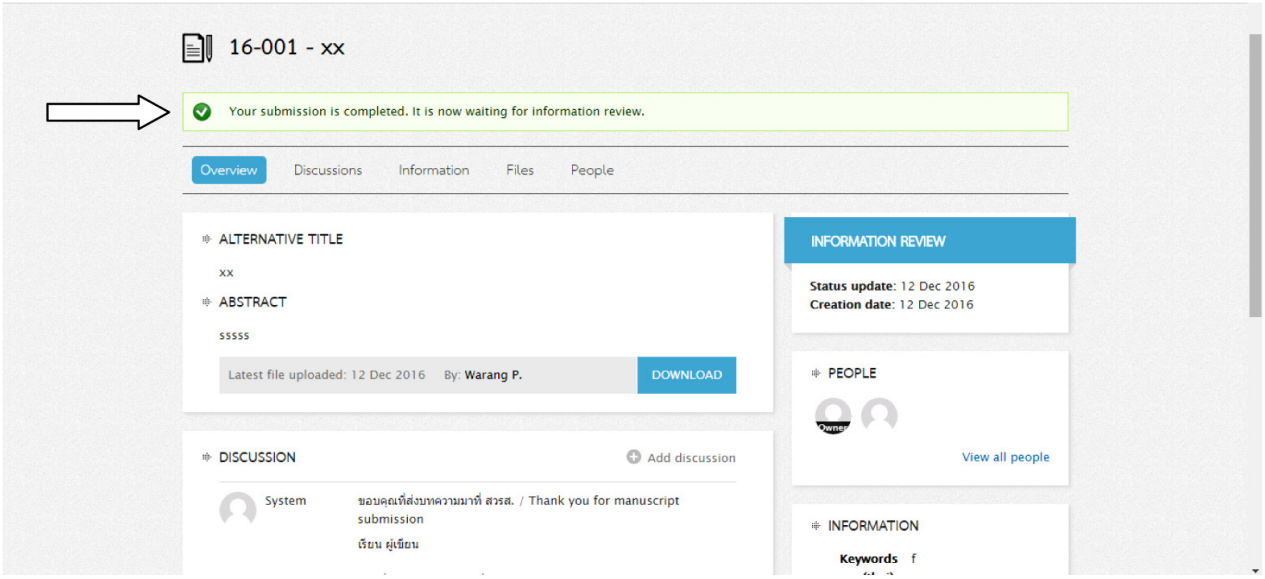
ภายหลังการตั้ง password เมื่อคลิก save แล้ว จะปรากฏหน้าข้างล่างนี้บนหน้าจอ



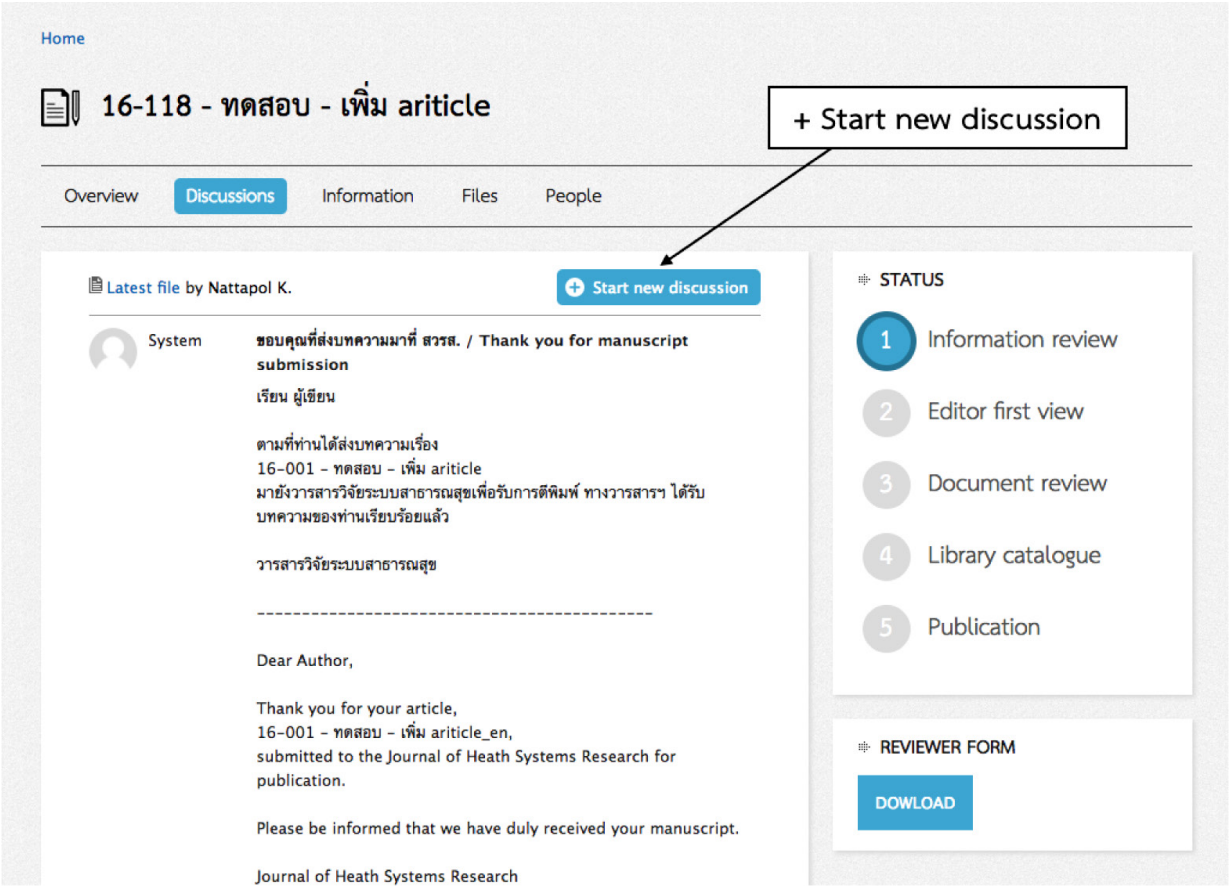
กรุณากรอกข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชื่อและอีเมลของผู้เขียนทุกท่านตามที่ปรากฏในไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับ ซึ่งช่องสำหรับกรอกข้อมูลของผู้เขียนร่วมจะปรากฏเมื่อท่านคลิกที่ปุ่ม Add co-author โดยจะปรากฏช่องให้กรอกข้อมูลผู้เขียนร่วมครั้งละ 1 ท่าน เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงคลิก Choose file เพื่อไปเลือกไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับที่ท่านต้องการเสนอเผยแพร่ เมื่อปรากฏชื่อไฟล์ที่ต้องการในกล่องเรียบร้อยแล้วจึงกดปุ่ม UPLOAD เพื่อ upload ไฟล์เข้าระบบ หลังจากระบบ upload ไฟล์เรียบร้อยแล้ว ให้กดปุ่ม SUBMIT



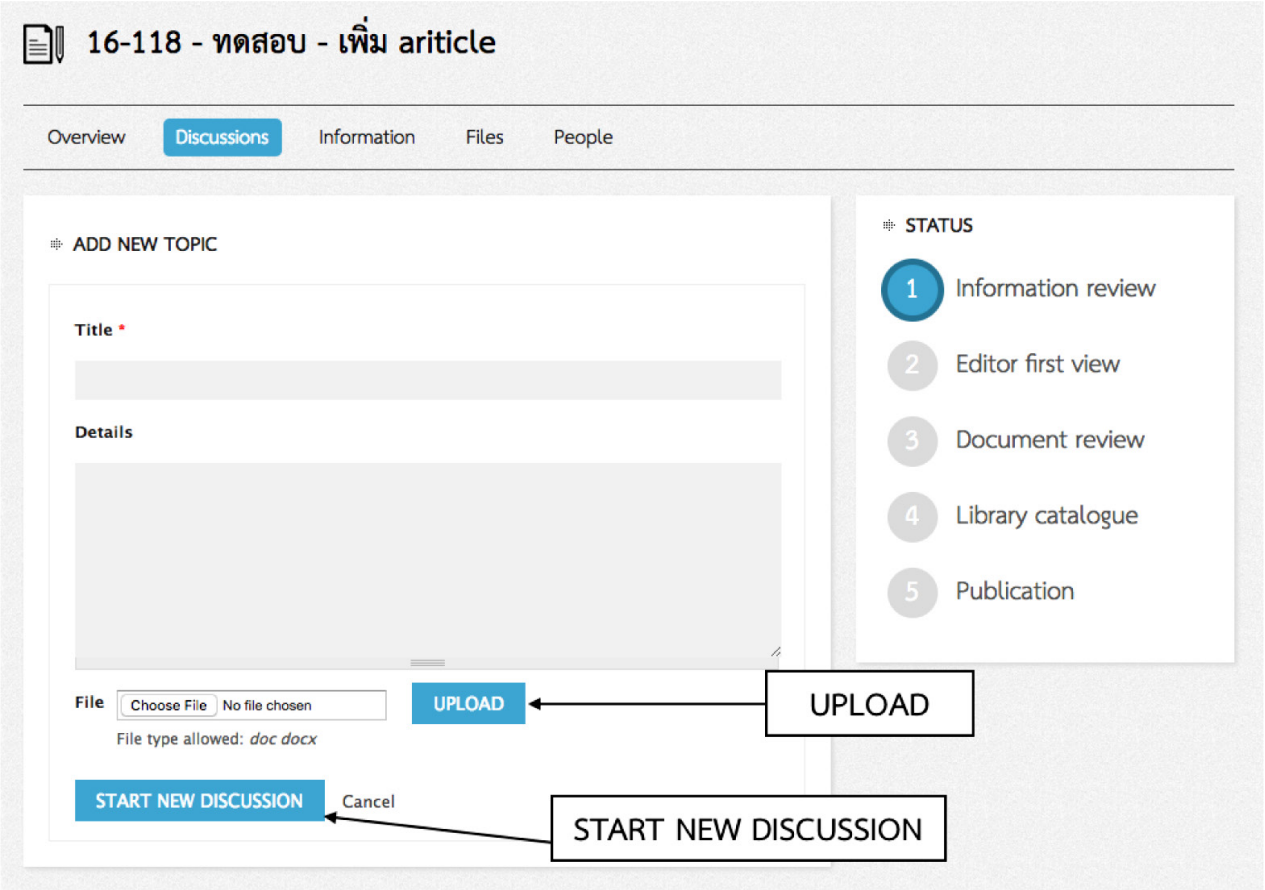
หากการส่งนิพนธ์ต้นฉบับเสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้ว หน้าจอจะปรากฏดังนี้



การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดการวารสารฯนั้น ท่านสามารถกระทำได้ เมื่อท่าน log in เข้าระบบที่ http://ejournal.hsri.or.th/ แล้วไปที่ tab “Discussions” จากนั้น คลิกที่ “+ Start new discussion” ดังภาพด้านล่าง



จากนั้นจะปรากฏหน้าจอ ดังนี้



กรุณากรอกหัวข้อที่ช่อง Title ซึ่งมี * (สีแดง) กำกับไว้ แล้วพิมพ์ข้อความที่ต้องการสื่อสารในช่อง Details หากมีไฟล์ที่ต้องการ upload ก็คลิกที่ Choose File แล้วคลิก UPLOAD

จากนั้น คลิกที่ START NEW DISCUSSION ที่อยู่ด้านล่าง ระบบจึงจะส่งข้อความของท่านไปยังเจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการวารสารฯ

หากการ upload ไฟล์สำเร็จ จะมีข้อความแสดงที่หน้าจอให้ทราบ และปรากฏชื่อไฟล์ใต้ข้อความของท่าน

เมื่อกองบรรณาธิการส่งข้อความถึงท่านจากระบบ e-journal จะมีข้อความไปยังอีเมลที่ท่านใช้ในการสมัครสมาชิกกับทางวารสารฯ และท่านสามารถคลิกที่ลิงค์ในข้อความดังกล่าว เพื่อเข้าสู่ระบบ e-journal และเขียนข้อความตอบกลับได้

หากท่านมีข้อสงสัยหรือพบปัญหาในการใช้ระบบ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ ในเวลาทำการ (08.30-16.30 น.) ของวันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ที่โทร 02-027-9701 ต่อ 9051 หรือ ส่งคำถามของท่านได้ที่ warangkana@hsri.or.th

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม–กันยายน 2566

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Journal of Health Systems Research
Vol. 17 No. 3 July–September 2023

สารบัญ

Contents

บทบรรณาธิการ

การคลังสุขภาพในระบบสุขภาพปฐมภูมิ: ยกระดับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 385
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

Editorial

Financing in Primary Care System: Upgrading Universal Health Coverage
Supasit Pannarunothai

นิพนธ์ต้นฉบับ

การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหมอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย 388
เพ็ญนภา ศรีหริ่ง และคณะ

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 409
อัฐกฤตย์ อุ่นแก้ว และคณะ

ผลของการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐในปฏิบัติการ “สาสุข อุ่นใจ” 429
สายชล คล้อยเอี่ยม และคณะ

การศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของสถานพยาบาลโดยปรับใช้กรอบการประเมิน RE-AIM 442
อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และคณะ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย 455
ภัทรพร คงบุญ และคณะ

บทเรียนการจัดระบบบริการตติยภูมิในภาวะวิกฤติโควิด-19 พื้นที่ 4 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 473
ศิราณี อิ่มน้ำขาว และคณะ

ORIGINAL ARTICLE

Primary Care Services Provision during the Implementation of 3-Healthcare Team Policy in the Northeast of Thailand
Pennapa Sriring, et al.

Cultural Competency of Hospital Pharmacists under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health
Auttakrit Aunkaew, et al.

Evaluation of SASUK OON-CHAI, a Supportive Process for Organizational Health Literacy Improvement for Government Health Care Units
Saichon Kloyiam, et al.

A Health Promotion Program for Improving Weights, Body Mass Indexes, and Body Compositions among Individuals with Non-communicable Diseases in Thailand: RE-AIM Model and Financial Feasibility Study
Utoomporn Wongsin, et al.

Factors Influencing Employment Satisfaction of Caregivers Taking Care of Dependent Person in Thailand
Pattaraporn Khongboon, et al.

Lessons Learned from the Tertiary Health Service Systems during Critical COVID-19 Pandemic in the Northeast of Thailand
Siranee Imnamkhao, et al.

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม–กันยายน 2566

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Journal of Health Systems Research
Vol. 17 No. 3 July–September 2023

สารบัญ

Contents

การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10 *จรูญศรี มีหนองหว้า และคณะ*	490	**Nursing Workforce Management and Competencies for Secondary and Tertiary Care during the COVID-19 Crisis in Health Region 10** *Jaroonsree Meenongwah, et al.*
การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในภาวะที่มีการระบาดของ COVID-19: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา *ศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ*	510	**Development of Essential Nursing Competencies for COVID-19 Pandemic: A Case Study of Songkhla Province** *Siriwan Chukumnird, et al.*
บทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ *วิไล อุดมพิทยาสรรพ์ และคณะ*	531	**Roles of Primary Care Network in Screening and Monitoring the COVID-19 Risk Groups in Three Southern Border Provinces of Thailand** *Wilai Udompittayason, et al.*
รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านในมิติกำลังคนด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 12 ของไทย *วรัญญา จิตรบรรทัด และคณะ*	553	**Telehealth Care Model of Home Isolation in Health Region 12 Thailand: An Extension of Voluntary Health Workforce** *Waranya Jitbantad, et al.*
พฤติกรรมสุขภาพกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในสามกลุ่มวัยของประชากรไทยระหว่างการระบาดของโควิด-19 *คนึงนิจ เยื่อใย และคณะ*	574	**Thai's Health Behaviors and Their Associated Factors among Three Age Groups during COVID-19 Pandemic** *Khanuengnij Yueayai, et al.*
ถอดบทเรียนการจัดการแข่งขันกีฬานานาชาติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 *ปรีชาพล ปิ้งผลพูล และคณะ*	599	**Lessons Learned from the Operations of International Sports Events during COVID-19 Pandemic** *Preechapol Puengpholpool, et al.*

การคลังสุขภาพในระบบสุขภาพปฐมภูมิ: ยกระดับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
Financing in Primary Care System: Upgrading Universal Health Coverage

ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการจัดประเภทระบบสุขภาพของประเทศต่างๆ[1] เนื่องจากถ้ามีระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ดี ประเทศจะสามารถควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวม มีบริการที่มีคุณภาพ ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูง รวมทั้งแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพได้[2,3] การปฏิรูประบบการคลังสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยด้วยนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค และการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ก็อิงความเชื่อทางวิชาการดังกล่าว จากนั้นเกือบสองทศวรรษถัดมา ประเทศไทยก็ได้ตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เพื่อย้ำความสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่ก็มิได้มีมิติทางการคลังสุขภาพแต่อย่างใด ดังนั้นจึงสมควรพิจารณาการคลังสุขภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนการยกระดับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 เป็นต้นไป

ความเชื่อที่ผิดที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพและเชื่อต้นแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิต้นแบบของประเทศสหราชอาณาจักรเมื่อ 20 ปีก่อน คือ ระบบสุขภาพปฐมภูมิหรือเวชปฏิบัติครอบครัวทำสัญญากับระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service, NHS) มีหน้าที่เป็นหมอครอบครัวดูแลสุขภาพประชาชนเป็นด่านแรกก่อนที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาล ได้รับค่าตอบแทนจากรัฐด้วยงบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ทำให้สามารถควบคุมรายจ่ายสุขภาพโดยรวมในขณะนั้นได้ดี เป็นเพียงร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประเทศ (gross domestic product, GDP) และประชาชนมีสถานะสุขภาพที่ดีกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันสถานะสุขภาพโดยรวมของประชาชนอังกฤษยังสูงกว่าอเมริกันชน แต่รายจ่ายสุขภาพโดยรวมของประเทศอังกฤษเพิ่มเป็นร้อยละ 11.9 ของ GDP (สหรัฐอเมริกาจ่ายสูงกว่าที่ร้อยละ 18.8 ของ GDP)[4] การที่อังกฤษมีรายจ่ายสุขภาพของประเทศสูงขึ้นเกือบสองเท่าในระยะยี่สิบปีนี้ ถือเป็นความจงใจทางการเมืองของพรรคแรงงาน (Labour) ซึ่งเป็นผู้ให้กำเนิด NHS เมื่อ 75 ปีก่อน เนื่องจากระบบสุขภาพอังกฤษถูกวิจารณ์หนักว่าไม่ทัดเทียมประเทศเพื่อนบ้านในยุโรป

แล้วรายจ่ายของระบบสุขภาพปฐมภูมิควรเป็นเท่าไรของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด การวิจัยจัดประเภทระบบสุขภาพของโลก[1] มีคำตอบว่า การดูแลผู้ป่วยนอก (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ) มีรายจ่ายเฉลี่ยประมาณร้อยละ 27 (minimum 17 - maximum 47) ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด โดยกลุ่มประเทศที่มีระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 29 และกลุ่มประเทศที่ระบบบริการสุขภาพพึ่งภาคเอกชนเฉลี่ยที่ร้อยละ 39 และข้อมูลของประเทศไทยที่ตีพิมพ์ใน Lancet Global Health[5] ประมาณว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิมีรายจ่ายร้อยละ 38-40 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ข้อมูลเพิ่มเติมของประเทศอังกฤษที่จ่ายเหมารายหัวเป็นหลักให้รายละเอียดอีกส่วนหนึ่งว่า งบประมาณรัฐที่จ่ายเพื่อระบบสุขภาพปฐมภูมิประมาณร้อยละ 8.6 ของงบประมาณรัฐทั้งหมด และถ้ารวมต้นทุนค่ายา (ที่ไม่เข้าเนื้องบเหมาจ่ายรายหัว) ก็จะเป็นรายจ่ายเพิ่มอีกร้อยละ 5.8 ของงบประมาณรัฐทั้งหมด[5]

ความสำเร็จกว่าสองทศวรรษของการบริหารที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดการให้ประชาชนไทย นอก

เหนือจากบุคคลผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และผู้มีสิทธิประกันสังคม เห็นได้ชัดจากอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 2.45 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2547 เป็น 3.44 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2564 (เพิ่มประมาณร้อยละ 2.1 ต่อปี) และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน เฉลี่ย 9.4 ครั้งต่อประชากร 100 คน ในปี 2547 เป็น 12.2 ครั้งต่อประชากร 100 คนในปี 2564 (เพิ่มประมาณร้อยละ 1.8 ต่อปี)[6] แต่รายจ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศไทยปี 2563 ยังอยู่ที่ร้อยละ 4.4 ของ GDP[4] งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่รัฐจัดให้ สปสช. ตั้งแต่เริ่มมีนโยบาย ปี 2545 ที่ได้ 1,204 บาทต่อคน ก็น้อยกว่าที่ควรเป็นเพราะประมาณการณ์การใช้บริการน้อยกว่าที่เป็นจริง[7] ต้องรอถึงปี 2551 จึงได้งบสนับสนุน 2,194 บาทต่อคน (เพิ่มเกือบสองเท่า) ชดเชยการได้งบไม่เพียงพอเป็นเวลา 6 ปี ถึงแม้ปี 2567 การจัดทำงบเบื้องต้นก่อนได้รัฐบาลใหม่ สปสช. จะได้รับงบสนับสนุน 3,989 บาทต่อคน เพิ่มกว่าปีก่อนร้อยละ 4 ซึ่งต้องจ่ายเป็นการเพิ่มเงินเดือนบุคลากร[8] พร้อมกับปัญหาแพทย์ลาออกรุนแรง ก็อาจจะช่วยยกระดับหลักประกันสุขภาพได้ไม่มากนัก เพราะเมื่อเทียบระยะยาว 13 ปีจาก พ.ศ. 2551 ถึงปี 2565 ด้วยค่าดัชนีเศรษฐกิจจากธนาคารแห่งประเทศไทย[9] การเติบโตของ GDP และงบอุดหนุนจากรัฐที่ให้กับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มขึ้น 1.7 เท่า เท่ากัน เท่ากับว่าสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ระบบสุขภาพให้กับประชาชนไทย ไม่ได้รับงบสนับสนุนเพิ่มเติม อาจเป็นภาวะที่คล้ายกับช่วงปี 2545-2551

เมื่อดูการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวภายในว่า สปสช. ดำเนินการซื้อบริการอย่างมียุทธศาสตร์ (strategic purchasing) เช่นไร ในแหล่งข้อมูลรายการเอกสาร รวมประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566[10] พบมีเอกสารให้ดาวน์โหลด 34 รายการ เป็นประกาศการจ่ายค่าใช้จ่ายที่ลงนามภายในเดือนมกราคม 2566 จำนวน 22 รายการ รายการที่ 34 เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ลงนามประกาศ 13 พฤษภาคม 2566 ในจำนวนนี้มีการจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิจำนวนมากเนื่องจากเกี่ยวข้องตั้งแต่บริการควบคุม ป้องกันโรคในชุมชน ทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มโรค และเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างต่อเนื่องเป็นการดูแลระยะกลางระยะยาว จนถึงการดูแลประคับประคองระยะสุดท้าย

ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ถูกคาดหวังในบทบาทอย่างมาก มีเนื้อหานโยบายจากทุกรัฐมนตรีที่ใช้ถ้อยคำวาทกรรมเฉพาะตัวเปลี่ยนไปทุกผู้นำ แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางการคลังสุขภาพที่เห็นชัด ความเห็นจากผู้ปฏิบัติในเขตสุขภาพที่มีทรัพยากรสุขภาพ (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพทุกประเภท) ต่อประชากรน้อยที่สุดของประเทศไทยให้ภาพที่ชัดเจน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) ว่า ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ทำงานได้ครบทุกกิจกรรมที่พึงประสงค์เป็นผู้ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ[11] ดังนั้นการยอมรับว่าคุณภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิมีปัจจัยที่อธิบายด้วยทรัพยากรสุขภาพได้ และเกี่ยวข้องกับการคลังสุขภาพที่ควรปรับให้เพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 4.4 ของ GDP) โดยมีสัดส่วนการคลังจากรัฐที่มากกว่าปัจจุบันจึงจะสามารถยกระดับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ และระดับการสนับสนุนอาจยิ่งต้องมากขึ้นหากให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพปฐมภูมิลดลง

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
บรรณาธิการ

References

1. Reibling N, Ariaans M, Wendt C. Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. Health Policy 2019;123(7):611–20.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly 2005;83(3):457–502.
3. Schäfer WL, Boerma WG, Spreeuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2016;34(1):97–110.
4. World Bank. Current health expenditure (% of GDP) [internet]. 2023 Apr 7 [accessed 2023 Sep 17]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS.
5. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. Lancet Glob Health 2022;10(5):e715–72.
6. National Health Security Office. Annual report fiscal year 2021.
7. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S. Budget for universal health coverage policy: the weakness of 1,202 baht per capita. Journal of Health Science 2002;11(1):121-125 letter to editor.
8. Today. NHSO board approved 2.1 billion baht for 2024 UHC budget to be proposed for the cabinet approval on Dec. 21, 2022 [internet]. 2022 Dec 21 [accessed 2023 Sep 17]. Available from: https://workpointtoday.com/gold-card-2/. (in Thai)
9. Bank of Thailand. EC_EI_027 Thailand's macro economic indicators 1/ [internet]. 2023 Apr 7 [accessed 2023 Sep 19]. Available from: https://app.bot.or.th/BTWS_STAT/statistics/BOTWEBSTAT.aspx?reportID=409&language=ENG.
10. National Health Security Office. Notifications list of National Health Security Board on Expenses on Public Health Services on Budget Year 2023 [internet]. [accessed 2023 Sep 17]. Available from: https://www.nhso.go.th/downloads/217. (in Thai)
11. Sriring P, Sridawruang C, Poosakaew T, Srimuang P, Prommueang R, Promthet P, et al. Primary care services provision during the implementation of 3-healthcare team policy in the northeast of Thailand. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):388-408. (in Thai)

การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหมอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

เพ็ญนภา ศรีหริ่ง[*]
ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง[†]
เตือนใจ ภูสระแก้ว[*]
พิทยา ศรีเมือง[*]
รุจิราลักขณ์ พรหมเมือง[‡]
ไพฑูรย์ พรหมเทศ[§]
รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง[†]
ปณิตา ครองยุทธ[*]
รุจี จารุภาชน์[*]
ผู้รับผิดชอบบทความ: *ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง*

บทคัดย่อ

ประชาชนไทยได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบองค์รวมมาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินสถานการณ์บริการสุขภาพปฐมภูมิและระบุปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ 7 ด้าน ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ การจัดการเทคโนโลยี เครื่องมือและยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนจากศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 468 คน วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และการถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า จากคะแนนเต็ม 3 มีค่าเฉลี่ยของการจัดบริการสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 2.29 คะแนน (SD = 0.39) คะแนนน้อยที่สุด คือ การจัดบริการ (1.73 คะแนน, SD = 0.51) ถัดมาคือ การวางแผนกำลังคน (1.92 คะแนน, SD = 0.68) ซึ่งมีการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 66.0 มีแพทย์ให้บริการนอกเวลาราชการ 10 แห่งใน 76 แห่ง และไม่มีแพทย์เวียนไปให้บริการ 96 แห่ง มีทีม 3 หมอดูแลเชิงรุกในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 52.4 และดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 50.2 แจ้งข่าวผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 78.0 และส่วนใหญ่จัดช่องทางบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และ ผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งอยากให้ปรับปรุงบริการ

[*] *คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
[†] *คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
[‡] *โรงพยาบาลขอนแก่น*
[§] *โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น*

Received 23 November 2022; Revised 20 June 2023; Accepted 31 August 2023
Suggested citation: Sriring P, Sridawruang C, Poosakaew T, Srimuang P, Prommueang R, Promthet P, et al. Primary care services provision during the implementation of 3-healthcare team policy in the northeast of Thailand. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):388-408.
เพ็ญนภา ศรีหริ่ง, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, เตือนใจ ภูสระแก้ว, พิทยา ศรีเมือง, รุจิราลักขณ์ พรหมเมือง, ไพฑูรย์ พรหมเทศ และคณะ. การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหมอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):388-408.

ของทีม 3 หมอ คิดเป็นร้อยละ 73.7 ส่วนบริการที่ได้คะแนน 5 ลำดับสุดท้ายซึ่งควรพัฒนา ได้แก่ การฟื้นฟูสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การส่งเสริมการออกกำลังกาย งานการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านสุขาภิบาล ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่พึงประสงค์ คือ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ (adjusted odds ratio 5.16, 95%CI 1.33-20.12, *p* value = 0.018) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผล คือ เขตสุขภาพ จำนวนประชากร ขนาดและมาตรฐานของหน่วยบริการ จึงควรมุ่งพัฒนาด้านการจัดบริการควบคู่กับการวางแผนเพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เพียงพอในการขึ้นทะเบียน จะช่วยให้สามารถจัดบริการสุขภาพตามที่จำเป็นได้อย่างครบถ้วน เพียงพอ และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ทีมดูแลสุขภาพ, บริการระดับปฐมภูมิ, บริการสุขภาพ, ระบบสุขภาพ, เวชปฏิบัติครอบครัว

Primary Care Services Provision during the Implementation of 3-Healthcare Team Policy in the Northeast of Thailand

Pennapa Sriring[*], Chaweewan Sridawruang[†], Thuanjai Poosakaew[*], Phitthaya Srimuang[*], Ruchiralak Prommueang[‡], Paitoon Promthet[§], Ratdawan Klungklang[†], Panita Krongyuth[*], Rujee Charupash[*]

[*] *Faculty of Public Health and Allied Health Sciences of Praboromarajchanok Institute*

[†] *Faculty of Nursing of Praboromarajchanok Institute*

[‡] *Khon Kaen Hospital*

[§] *Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province*

Corresponding author: *Chaweewan Sridawruang, chaweewan.s@pi.ac.th*

Abstract

This research aimed to evaluate situations of primary care services and to examine influencing factors towards providing desirable primary care in 7 dimensions: service delivery, health workforce, health information systems, accessibility to essential medicines, financing, leadership/governance, and community participation. A total of 468 respondents from the community health centers and subdistrict health promoting hospitals in the Northeast of Thailand responded to the questionnaires based on guidelines for health service systems improvement. The data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation); and inferential statistics (binary logistic regression). The results showed that the overall mean score in providing desirable primary care services was 2.29 (SD = 0.39) from full score 3. Service delivery and health workforce had the lowest scores at 1.73 (SD = 0.51) and 1.92 (SD = 0.68), respectively. Of these respondents, 66.0% reported that their patients were cared for by family doctors, 52.4% was the proactive care service provided by the 3-healthcare teams (family doctor, public health professional and village health volunteer) and 50.2% by village health volunteers. Ten of the 76 primary care providers had doctors working after office hours, 96 primary care providers had no doctors even on the rotating schedule. Village health volunteers were reported to be an active health information sender by 78.0%. Moreover, 73.7% requested for improvement of the 3-healthcare team service. The five lowest-score services needed improvement were rehabilitation, consumer protection of the health products, physical activity promotion, emergency medical service, and sanitation. Influencing factor towards the provision of desirable primary care services was the registered primary care unit (adjusted odds ratio = 5.16, 95%CI 1.33 to 20.12, *p* value = 0.018), while the factors of health region, size of population, size and standard of primary care units were not statistically significant. To improve primary care services, the adequate human resources as the requirement for registered primary care unit according to the Primary Care System Act should be adhered. This would help provide essential primary care services entirely, adequately, and appropriately for Thais.

Keywords: healthcare team, primary care, health service, health systems, family practice

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ[1] และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258 ได้บัญญัติไว้ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม[2] โดยมีการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลก (six building blocks of health system หรือ 6BBs)[3] ต่อมา เมื่อมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ทำให้มีการเชื่อมโยงระบบสุขภาพปฐมภูมิกับหน่วยบริการทุกระดับและชุมชน โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็น “หมอประจำตัว” ร่วมกับทีมผู้ให้บริการขึ้นทะเบียนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (network of primary care unit, NPCU) เพื่อทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยแต่ละหน่วยบริการประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำหน้าที่เชื่อมโยงระบบบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ พัฒนาตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องยั่งยืน และไร้รอยต่อ[4] ในขณะที่ทุกภาคของประเทศไทยมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยซึ่งมีประชากรตามทะเบียนราษฎรจำนวนมากที่สุด[5] โดยแบ่งเป็น เขตสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10 และมีพื้นที่ใหญ่ที่สุด แต่กลับมีอัตราส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากรน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย ต่อมา ในปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เป็นการจัดทีมร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเชื่อมโยงกันทั้งทีมต่อยอด “ทีมหมอครอบครัว” และยกระดับสถานะของอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีบทบาทชัดเจนในระบบสุขภาพเป็นหมอคนที่ 1 ดูแลประชาชนกับทีมบุคลากรการแพทย์ผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหมอคนที่ 2 และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหมอคนที่ 3

การสำรวจตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553[6] พบว่าเกณฑ์การสนับสนุนบริการปฐมภูมิโดยการจัดสรรทรัพยากรของโรงพยาบาลแม่ข่ายแตกต่างกันและเป็นไปตามมติของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย CUP (contracting unit for primary care) board ทั้งในด้านยา เวชภัณฑ์ และเงินงบประมาณ รวมทั้งผลลัพธ์ของการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดทรวงสาธารณสุขยังไม่ผ่านเกณฑ์ โดยมีข้อเสนอให้มีการผลิตและพัฒนาแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังมีรายงานวิจัยในจังหวัดขอนแก่นระบุว่าระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการไม่ชัดเจน และขาดคู่มือการปฏิบัติงาน[7] รถพยาบาลและอัตรากำลังของบุคลากรมีไม่เพียงพอ การปฏิบัติยังไม่ได้มาตรฐาน เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะ ขาดอุปกรณ์เครื่องมือไม่มีความพร้อม ไม่มีศูนย์ประสานข้อมูลการส่งต่อ ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ขั้นตอนวิธีการปฏิบัติในการส่งต่อยังไม่ชัดเจน อีกทั้งบทบาทของภาคีเครือข่ายก็ไม่ชัดเจน[8] ในการนำไปใช้พัฒนาและขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย รวมทั้งเตรียมการโอนภารกิจของบริการปฐมภูมิให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป ยังขาดข้อมูลด้านการจัดบริการสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวมของหน่วยบริการปฐมภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยเฉพาะปัจจัยด้านเขตสุขภาพ จำนวนประชากร ขนาด มาตรฐานของหน่วย

บริการ และการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ที่ผ่านมามีเพียงรายงานผลการวิจัยในมุมมองของผู้รับบริการในจังหวัดนครราชสีมา[9] ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าในด้านการเข้าถึงบริการมีคะแนนน้อยที่สุด[10] แต่สามารถสร้างความประทับใจและความพึงพอใจ เพราะมีสถานที่ไม่แออัด อยู่ใกล้ สะดวกในการเดินทาง บริการรวดเร็ว และมีเครื่องมือที่ทันสมัย ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์และได้รับยาชนิดเดียวกับที่เคยได้รับจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยคาดหวังให้มีแพทย์มาตรวจเป็นประจำ และเปิดบริการช่วงเช้าตรู่และช่วงเวลาเที่ยงวัน แม้ว่าการขับเคลื่อนนโยบายให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เป็นช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เครือข่ายบริการปฐมภูมิและทีมผู้ให้บริการเวชศาสตร์ครอบครัวก็สามารถให้บริการที่มีคุณภาพเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม[11] อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจส่วนใหญ่ทำมานานแล้ว ข้อมูลไม่ทันสมัย และยังขาดข้อมูลสถานการณ์การจัดบริการในช่วงที่ประเทศไทยเริ่มดำเนินนโยบาย 3 หมอ อีกทั้งในปี พ.ศ. 2565 เป็นช่วงที่มีการถ่ายโอนภารกิจด้านบริการปฐมภูมิให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงมีความต้องการข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบริการสุขภาพให้ได้ตามมาตรฐาน จนสามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบตามพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิได้สำเร็จ และเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างยั่งยืน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องทำการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและระบุปัจจัยที่มีผลต่อการบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคสามหมอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional research) ผู้ให้ข้อมูล คือตัวแทนผู้ให้บริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (N) ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 3,797 แห่ง คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย หน่วยบริการละ 1 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n_{adj}) 468 คน จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel และ Cross[12] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%, กำหนดให้ค่า z^2 เท่ากับ 3.841 และ d คือ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับร้อยละ 1.5 ของ 3.92 เท่ากับ 0.0588 แทนค่าในสูตรการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$= \frac{N\sigma^2 z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1) + \sigma^2 z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

แทนค่า n เท่ากับ $\frac{3797x0.3481x3.841}{0.0588^2(3797-1)+(0.3481x3.841)}$

n = $\frac{5076}{13.13+1.34}$ เท่ากับ 350.9 คน

มีการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25 ค่า r = 0.25 แทนค่าหา n_{adj} = n/ (1-r)

เท่ากับ 351 / (1-0.25) จึงได้กลุ่มตัวอย่างหลังปรับค่าแล้ว เท่ากับ 468 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม ซึ่งพัฒนาจากกิจกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการบริการองค์รวมเขตบริการสุขภาพที่ 1[13] แบ่งคำถามออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิชาชีพ หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก และข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนที่ 2 การจัดบริการตามแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ 7 ด้าน

จำนวน 20 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ คือ 1 (ทำไม่ได้) 2 (ทำได้บางครั้ง) และ 3 (ทำได้ทุกครั้ง) ประกอบด้วย บริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของชุมชน และ ส่วนที่ 3 คำถามปลายเปิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ รวมทั้งได้มีการปรับปรุงความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ รวมจำนวน 5 คน คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผล 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และสาธารณสุขอำเภอ 1 คน

การทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยทีมผู้วิจัย และทดลองใช้กับผู้ให้บริการปฐมภูมิที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในเขตสุขภาพที่ 7, 8 และ 9 ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข รวมจำนวน 33 คน ได้ผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือรวมทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.874 โดยมีค่าความเชื่อมั่นในด้านการจัดบริการสุขภาพเท่ากับ 0.734 การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพเท่ากับ 0.892 การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพเท่ากับ 0.737 การจัดการเทคโนโลยีเครื่องมือและยาเท่ากับ 0.881 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่ากับ 0.873 และธรรมาภิบาลเท่ากับ 0.942 ส่วนค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.96

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปถึงกลุ่มตัวอย่าง ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วส่งกลับมายังผู้วิจัย ในระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 31 กรกฎาคม 2565

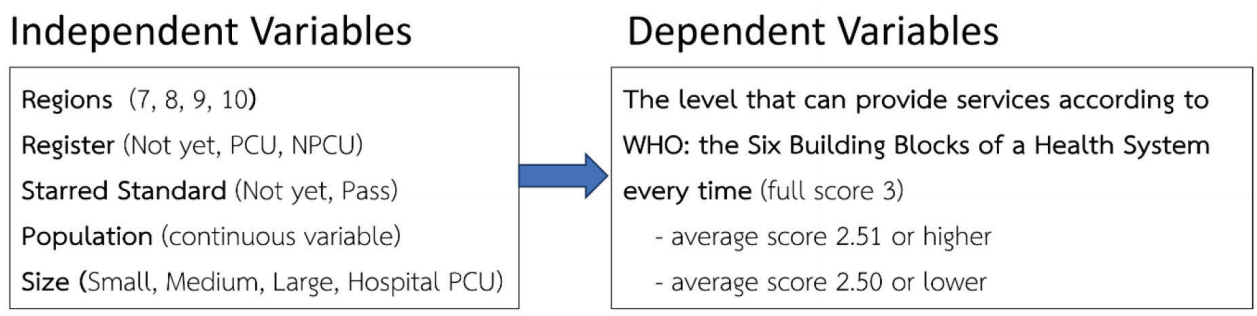
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโดยการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 642038 วันที่ 15 ตุลาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเพศ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่ง เขตสุขภาพ จังหวัด ขนาดของหน่วยบริการ การขึ้นทะเบียนสถานบริการ รวมทั้งการกระจายของคำตอบในแต่ละข้อใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลที่เป็นค่าต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ อายุ และระยะเวลาปฏิบัติราชการ คะแนนของแต่ละระบบบริการแต่ละด้าน มีการแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 2.51-3.00 (ทำได้ทุกครั้ง), 1.51-2.50 (บางครั้ง), 1.00-1.50 (ทำไม่ได้) ส่วนคำตอบของคำถามปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ในการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อตัวแปรตาม คือ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการจัดบริการปฐมภูมิตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งประกอบด้วยการจัดบริการสุขภาพ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ การจัดการเทคโนโลยีเครื่องมือและยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน ได้แก่ ระดับที่จัดบริการได้ทุกครั้ง (คะแนนเฉลี่ย 2.51 ขึ้นไป) และระดับที่จัดบริการได้บางครั้งและไม่สามารถทำได้ (คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.51) ส่วนตัวแปรต้น ได้แก่ เขตสุขภาพ จำนวนประชากร ขนาด มาตรฐานของหน่วยบริการ และการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ (ภาพที่ 1) วิเคราะห์หาค่าอัตราส่วนออดอย่างหยาบ (crude odds ratio, COR) โดยใช้ Chi-square และค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval หรือ 95%CI) และใช้ binary logistic regression วิเคราะห์อัตราส่วนที่ควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (adjusted odds ratio, AOR)



NPCU = network of primary care unit, PCU = primary care unit

Figure 1 A conceptual framework for the health service provision according to World Health Organization's health system six building blocks

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 468 คน มีอายุ 21 ถึง 60 ปี อายุเฉลี่ย 45.01 ปี (SD=10.16) ส่วนใหญ่ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิงคือร้อยละ 63.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 71.4 โดยมี 1 ใน 5 คนที่จบในระดับปริญญาโท (ร้อยละ 25.9) ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งแต่ 1 ปี ถึง 44 ปี ส่วนใหญ่คือ นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 56.8) รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 31.2) รับผิดชอบงานบริหารสาธารณสุขร้อยละ 42.9 รองลงมาคือส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 31.0 ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ร้อยละ 34.4 และ ร้อยละ 34.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ในด้านมาตรฐานของสถานบริการ พบว่า ส่วนใหญ่ผ่านการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (ร้อยละ 84.4) มีส่วนน้อยเพียงร้อยละ 5.2 ที่ยังไม่ผ่านมาตรฐาน ในด้านการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พบว่า มีร้อยละ 61.5 ที่ได้ขึ้นทะเบียน โดยแบ่งเป็น ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) ซึ่งเป็นหน่วยบริการเพียงหน่วยเดียว ร้อยละ 39.1 และเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (network of primary care unit, NPCU) :ร้อยละ 22.4 ซึ่งเป็นหน่วยบริการอย่างน้อยสองหน่วยบริการรวมกัน แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 คือ หน่วยบริการอย่างน้อยสองหน่วยบริการรวมกันเพื่อให้มีคุณสมบัติครบตามเงื่อนไขทุกข้อ ประเภทที่ 2 คือ หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อยสองหน่วยรวมกันเพื่อประโยชน์ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิกับประชาชนอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และใช้ทรัพยากรร่วมกันมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้อาจจัดให้มีบริการ เพิ่มขึ้นตามความเหมาะสมของพื้นที่ก็ได้ (คลินิกหมอครอบครัวที่เป็น cluster เดิม)

Table 1 Characteristics of the respondents

Characteristics	Number and percentage by Health Region				Overall
	Region 7	Region 8	Region 9	Region 10	468
	161 (34.4 %)	162 (34.6 %)	64 (13.7 %)	81 (17.3%)	(100 %)
Gender	100%	100%	100%	100%	
Male	59 (36.7)	59 (36.4)	22 (34.4)	30 (37.0)	170 (36.3)
Female	102 (63.3)	103 (63.6)	42 (65.6)	51 (63.0)	298 (63.7)
Age (yrs)	100%	100%	100%	100%	
21-30	23 (14.3)	22 (13.6)	5 (7.8)	12 (14.8)	62 (13.2)
31-40	31 (19.3)	42 (25.9)	9 (14.1)	18 (22.2)	100 (21.4)
41-50	54 (33.5)	41 (25.3)	26 (40.6)	19 (23.5)	140 (29.9)
51-60	53 (32.9)	57 (35.2)	24 (37.5)	32 (39.5)	166 (35.5)
Education	100%	100%	100%	100%	
Diploma	1 (0.6)	6 (3.7)	4 (6.3)	2 (2.5)	13 (2.7)
Bachelor's degree	110 (68.3)	116 (71.6)	51 (79.7)	57 (70.4)	334 (71.4)
Master's degree	50 (31.1)	40 (24.7)	9 (14.0)	22 (27.1)	121 (25.9)
Profession	100%	100%	100%	100%	
Doctor	-	-	1 (1.6)	1 (1.2)	2 (0.4)
Nurse	43 (26.7)	50 (30.9)	25 (39.0)	28 (34.6)	146 (31.2)
Public health	102 (63.4)	92 (56.8)	30 (46.9)	44 (54.3)	268 (57.3)
Others	16 (9.9)	20 (12.3)	8 (12.5)	8 (9.9)	52 (11.1)
Working period	100%	100%	100%	100%	
<10 yrs	52 (32.3)	54 (33.3)	20 (31.3)	31 (38.3)	157 (33.5)
11-20 yrs	42 (26.1)	43 (26.6)	14 (21.9)	18 (22.2)	117 (25.0)
21-30 yrs	48 (29.8)	41 (25.3)	20 (31.3)	19 (23.5)	128 (27.4)
31 yrs or more	19 (11.8)	24 (14.8)	10 (15.5)	13 (16.0)	66 (14.1)
Responsibility	100%	100%	100%	100%	
Administration	71 (44.1)	63 (38.9)	33 (51.6)	34 (42.0)	201 (42.9)
Promotion	50 (31.0)	56 (34.6)	15 (23.4)	24 (29.6)	145 (31.0)
Clinical practice	27 (16.8)	20 (12.3)	11 (17.2)	15 (18.5)	73 (15.6)
More than one	13 (8.1)	23 (14.2)	5 (7.8)	8 (9.9)	49 (10.5)
Size of unit	100%	100%	100%	100%	
Small	15 (9.3)	30 (18.5)	7 (10.9)	15 (18.5)	67 (14.3)
Medium	108 (67.1)	82 (50.6)	40 (62.5)	54 (66.7)	284 (60.7)
Large	29 (18.0)	41 (25.3)	9 (14.1)	9 (11.1)	88 (18.8)
Hospital primary care unit	9 (5.6)	9 (5.6)	8 (12.5)	3 (3.7)	29 (6.2)

2. การจัดบริการตามองค์ประกอบของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (6BBs plus community)

ในภาพรวมทั้ง 4 เขตสุขภาพ พบว่าจากคะแนนเต็ม 3 ค่าเฉลี่ยโดยรวมของทั้ง 7 ด้าน เท่ากับ 2.29 (SD=0.39) อยู่ในระดับที่สามารถปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การจัดบริการ ค่าเฉลี่ย 1.73 (SD = 0.51) และ การวางแผนกำลังคนผู้ให้บริการค่าเฉลี่ย 1.92 (SD = 0.68) ด้านที่มีคะแนนมากที่สุดมี 2 ด้าน อยู่ในระดับที่สามารถปฏิบัติได้ทุกครั้ง คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน 2.73 (SD = 0.49) และการจัดบริการด้วยหลักธรรมาภิบาล ค่าเฉลี่ย 2.73 (SD = 0.45) และรองลงมาคือการจัดการเทคโนโลยี เครื่องมือและยา ค่าเฉลี่ย 2.72 (SD = 0.46) เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายเขต พบว่า ทุกเขตมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในช่วงเดียวกัน แต่เรียงอันดับจากมากมาหาน้อยคือ เขตสุขภาพที่ 10, 9, 8 และ 7 ตามลำดับดังในภาพที่ 2 และ ส่วนใหญ่ทำได้บางครั้งเป็นจำนวน 11 กิจกรรม และทำได้ทุกครั้งเป็นจำนวน 8 กิจกรรม อย่างไรก็ดีมีเพียง 1 กิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้ คือ เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในระดับจังหวัด โดยการกระจายของคะแนนเฉลี่ยหน่วยบริการในแต่ละเขต แสดงได้ในตารางที่ 2

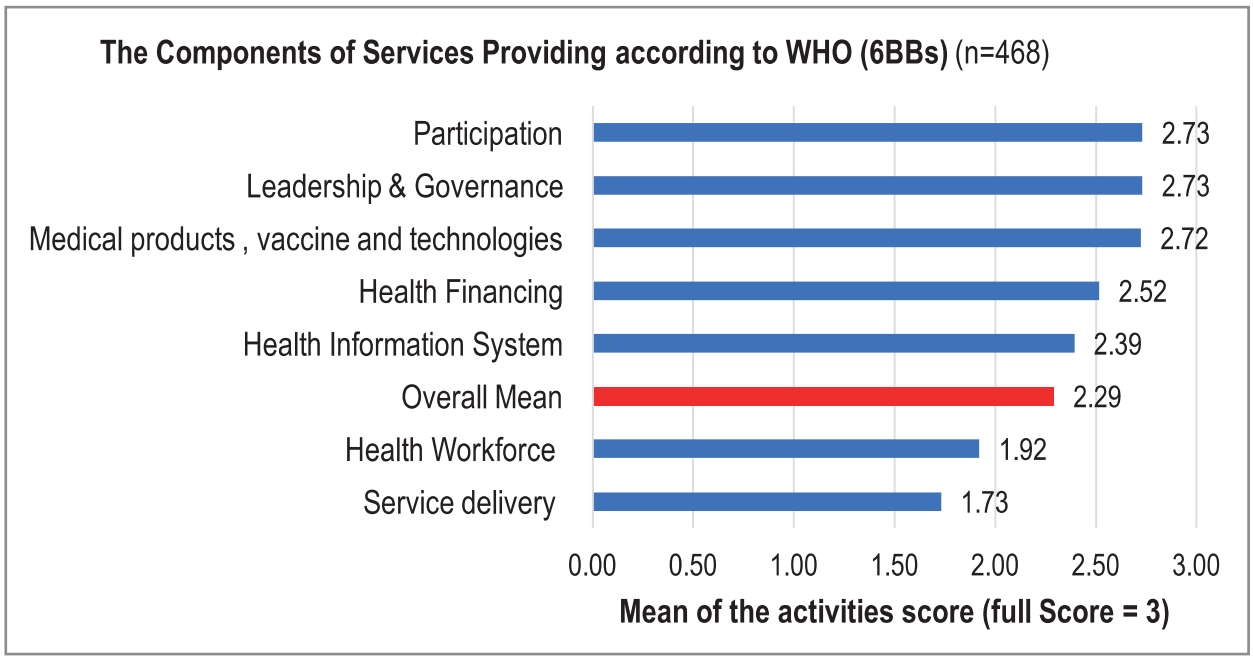


Figure 2 Services provision according to World Health Organization's health system six building blocks

Table 2 Primary care services provision according to World Health Organization's health system six building blocks

System building blocks/activities	Mean (SD) of a full score 3						Results
	n	Health Region				Over-	
	(%)	7	8	9	10	all	
1. Service delivery							
1.1 Providing family medicine and holistic care by the multidisciplinary health team	398 (85.0)	2.11 (0.57)	2.23 (0.73)	2.42 (0.65)	2.48 (0.51)	2.29 (0.65)	sometimes
1.2 Being the family medicine practice learning center at provincial level	165 (35.3)	0.86 (1.03)	0.63 (0.99)	0.32 (0.69)	0.94 (1.09)	0.70 (0.99)	rarely
1.3 Providing proactive home care service in the area of responsibility 12 hours/week or more	396 (84.6)	2.38 (0.64)	2.17 (0.71)	2.08 (0.57)	2.29 (0.78)	2.23 (0.69)	sometimes
2. Health workforce							
2.1 A doctor with the certificate in short course training of family medicine was the leader of multidisciplinary health team	311 (66.5)	1.89 (0.74)	1.88 (0.83)	1.76 (0.88)	2.07 (0.75)	1.90 (0.80)	sometimes
2.2 A family doctor was a leader of the multidisciplinary health team.	327 (69.9)	2.11 (0.81)	1.94 (0.85)	1.92 (0.86)	2.13 (0.78)	2.02 (0.82)	sometimes
2.3 There was at least one family doctor in a primary care unit.	327 (69.9)	1.94 (0.83)	1.79 (0.89)	1.96 (0.89)	1.97 (0.85)	1.90 (0.86)	sometimes
2.4 There was a training of multidisciplinary health team according to MoPH's family medicine curriculum.	346 (73.9)	1.84 (0.73)	2.06 (0.80)	1.88 (0.83)	2.20 (0.76)	2.00 (0.78)	sometimes
2.5 The ratio of new health professional workforce to population in the area was considered for index.	291 (62.2)	1.86 (0.82)	1.79 (0.82)	1.80 (0.87)	1.80 (0.71)	1.81 (0.80)	sometimes
3. Health information system							
3.1 There was the medical record such as family folder and chronic patient folder, vital statistics, data connection, including data verification.	440 (94.0)	2.83 (0.38)	2.62 (0.57)	2.80 (0.50)	2.67 (0.55)	2.71 (0.51)	always
3.2 There was an effective reporting system of family medicine performance.	392 (83.8)	2.28 (0.61)	2.31 (0.67)	2.28 (0.68)	2.23 (0.67)	2.28 (0.65)	sometimes

Table 2 Primary care services provision according to World Health Organization's health system six building blocks (cont.)

System building blocks/activities	Mean (SD) of a full score 3						Results
	n	Health Region				Over-	
	(%)	7	8	9	10	all	
3.3 Applied the geographic information system or GIS to chronic patient	376 (80.3)	2.00 (0.68)	2.31 (0.64)	2.24 (0.72)	2.48 (0.63)	2.26 (0.68)	sometimes
4. Medical products, vaccines, and technologies							
4.1 Procurement of drug, medical supplies, and necessary medical devices according to the standard of service unit appropriately	452 (96.6)	2.65 (0.59)	2.79 (0.46)	2.80 (0.50)	2.74 (0.44)	2.74 (0.50)	always
4.2 Effective supporting system for drug, medical supplies, and necessary medical devices	449 (95.9)	2.67 (0.59)	2.71 (0.50)	2.64 (0.64)	2.74 (0.44)	2.69 (0.53)	always
4.3 Monitoring system for drug, medicinal supplies or necessity medical devices	453 (96.8)	2.70 (0.57)	2.75 (0.52)	2.80 (0.50)	2.77 (0.43)	2.75 (0.51)	always
5. Health financing							
5.1 Budget allocation from local government organization/local or municipality funds	442 (94.4)	2.68 (0.53)	2.60 (0.63)	2.76 (0.52)	2.68 (0.48)	2.66 (0.56)	always
5.2 Consideration of budget allocation for necessary public health activities such as data collection process, mutual fund, and others	401 (85.7)	2.46 (0.56)	2.45 (0.64)	2.36 (0.70)	2.52 (0.63)	2.45 (0.62)	sometimes
6. Leadership & governance							
6.1 There was the monitoring and evaluation system for multidisciplinary health team's performances according to good governance.	422 (90.2)	2.53 (0.56)	2.43 (0.61)	2.44 (0.65)	2.58 (0.56)	2.49 (0.59)	sometimes
6.2 Utilization of limited healthcare resources with good management, transparency, effectiveness and ready to be verified.	448 (95.7)	2.70 (0.52)	2.75 (0.48)	2.76 (0.52)	2.87 (0.34)	2.77 (0.47)	always
6.3 Policy implementation aimed to achieved the outcome according to the goals.	456 (97.4)	2.68 (0.47)	2.67 (0.52)	2.72 (0.54)	2.84 (0.37)	2.72 (0.48	always
7. Participation							
Working with community participation and network in service unit and outside service unit	456 (97.4)	2.68 (0.53)	2.73 (0.49)	2.76 (0.52)	2.77 (0.43)	2.73 (0.49)	always

Cronbach's alpha = 0.998, SD = standard deviation

เมื่อพิจารณาจากทั้งหมด 20 กิจกรรม ในตารางที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่ทำได้ครบทุกกิจกรรม ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 16.41 กิจกรรม (SD=3.85) ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 7 และมากที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 10 เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดนครราชสีมามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 14.71 (SD=4.60) และมากที่สุดคือจังหวัดอำนาจเจริญมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.8 (SD=1.92) ดังแสดงในภาพที่ 3-5

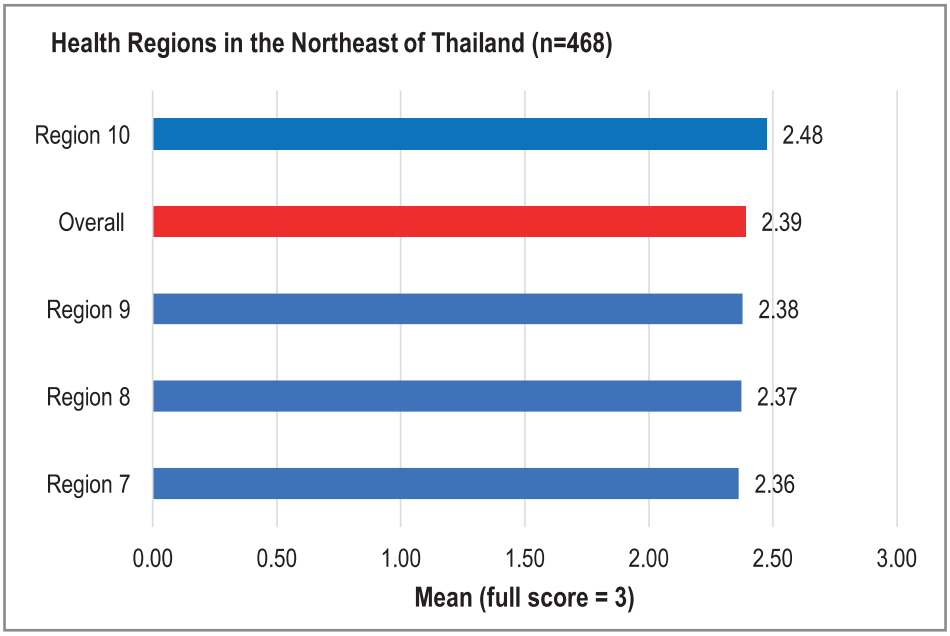


Figure 3 Mean score of primary care services provision according to World Health Organization's health system six building blocks

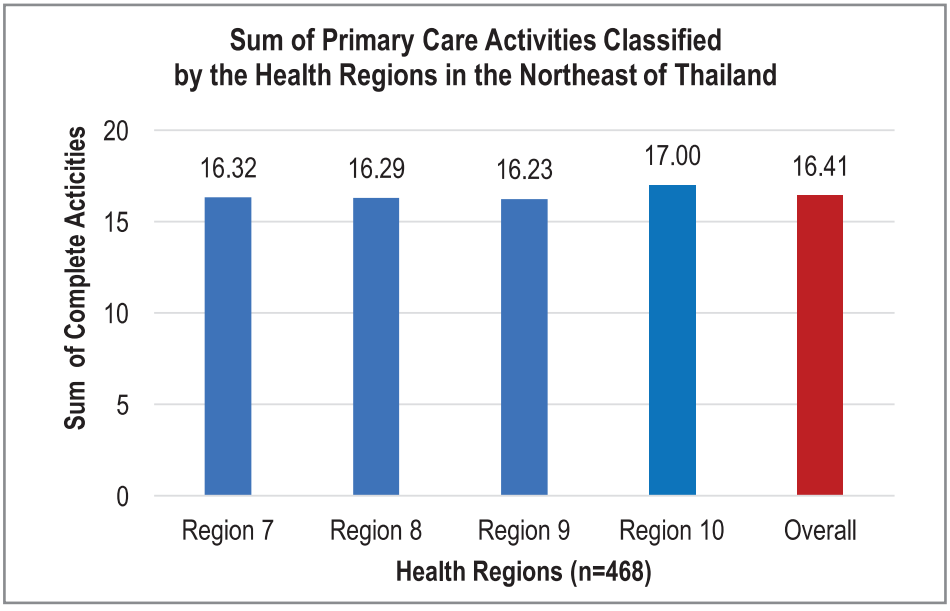


Figure 4 Mean of primary care service activities (as listed in Table 2) according to World Health Organization's health system six building blocks by region

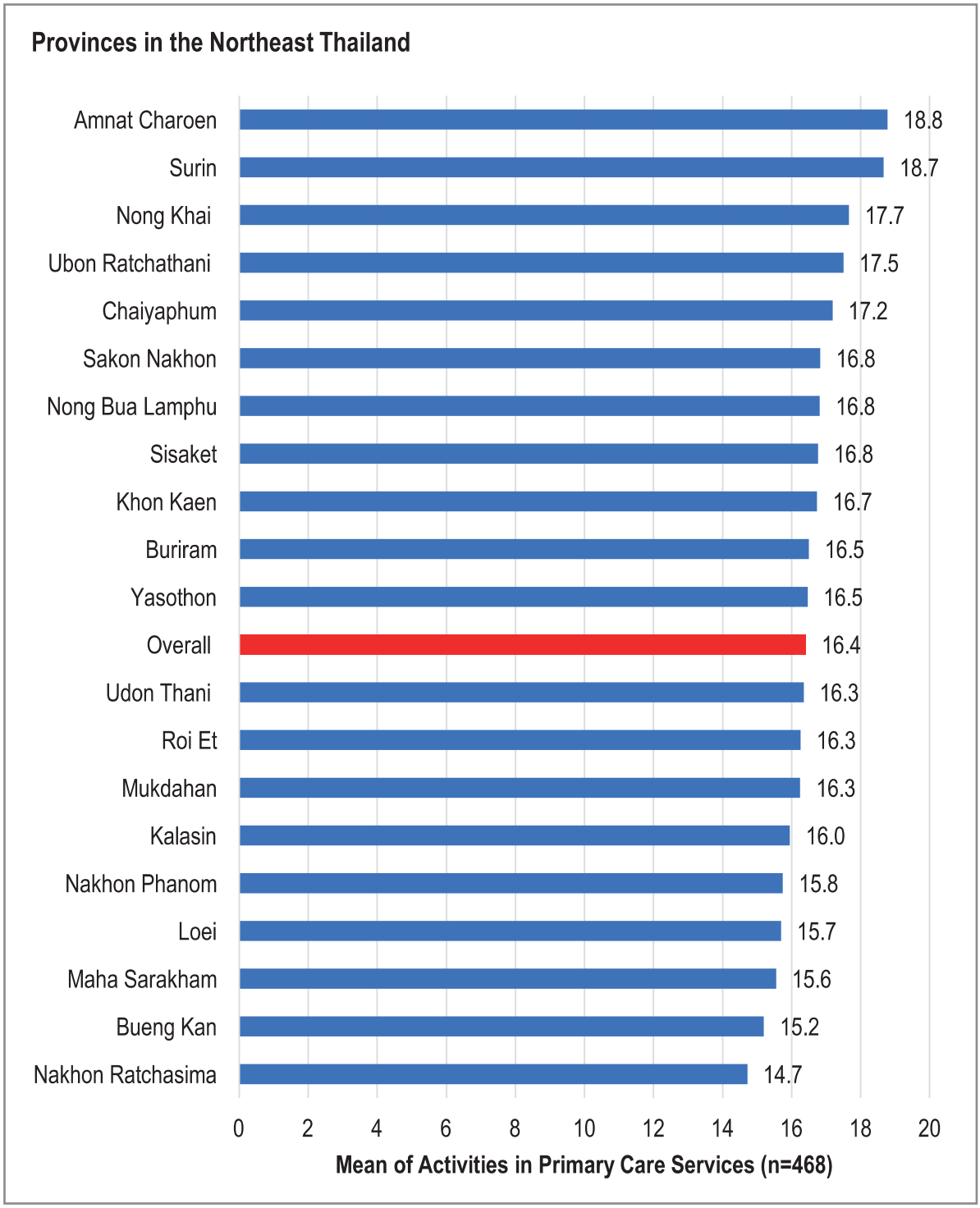


Figure 5 Mean of the 20 primary care services activities (in Table 2) according to World Health Organization's health system six building blocks by province

ในด้านทีมผู้ให้บริการ ทีม 3 หมอประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าวิชาชีพที่ขาดแคลนมากที่สุด 3 อันดับแรก (ภาพที่ 5) คือ แพทย์ ทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 62.4) และแพทย์สาขาอื่นๆ โดยมีหน่วยบริการจำนวน 96 แห่งที่ไม่มีแพทย์เวียนไปให้บริการ และมีหน่วยบริการจำนวน 76 แห่ง ที่ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบริการนอกเวลาราชการ โดยพบว่ามีเพียง 10 แห่งใน 76 แห่ง ที่มีแพทย์ให้บริการนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 13.2) อย่างไรก็ตาม ยังมีเภสัชกร (ร้อยละ 45.5) และบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 41.9) ซึ่งเป็นทีมผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิออกให้บริการในแต่ละช่วงเวลา และหน่วยบริการยังมีช่องทางการเข้าถึงบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 60.4) ผู้พิการ (ร้อยละ 55.8) และผู้ด้อยโอกาส (ร้อยละ 51.2)

นอกจากนี้ มีหน่วยบริการจำนวน 340 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่ รวมถึงศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า มีรูปแบบการดูแลโดยบางสหวิชาชีพแบบไม่ครบทีมร้อยละ 68.4 การดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 66.0 การดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนโดยทีมหมอประจำตัว 3 คนแบบครบทีมร้อยละ 52.4 และการดูแลโดยทุกวิชาชีพพร้อมกันร้อยละ 50.6 รวมทั้งมีการดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในชุมชน ร้อยละ 50.2

ในด้านกิจกรรมการบริการในพื้นที่ซึ่งสามารถดำเนินการได้ครบถ้วนทุกครั้ง คือ การส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 85.9 และ การควบคุมป้องกันโรคร้อยละ 82.9 อย่างไรก็ตาม มีกิจกรรมที่ต้องการปรับปรุงพัฒนามากที่สุด เพราะมีหน่วยบริการที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วน ได้แก่ จัดบริการโดยทีม 3 หมอแบบเชิงรุกในชุมชน (ร้อยละ 73.7) นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมที่ยังทำได้ครบถ้วนเป็นสัดส่วนน้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย คือ การฟื้นฟูสุขภาพ (ร้อยละ 50.3) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ร้อยละ 48.5) การส่งเสริมการออกกำลังกาย (ร้อยละ 46.8) งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 43.2) และการประเมินมาตรฐานด้านสุขาภิบาล (ร้อยละ 41.1)

ในด้านการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและเครือข่าย พบว่า จากจำนวน 390 แห่ง มีผู้ให้บริการออกพื้นที่เชิงรุกตามบ้านร้อยละ 71.6 โดยการใช้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มอย่างชัดเจนมากที่สุดและต่อเนื่องร้อยละ 57.3 และมีการขับเคลื่อนและสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดย พชอ. มีส่วนร่วมน้อยที่สุดร้อยละ 43.5

ในด้านช่องทางการสื่อสารที่ถูกใช้มากที่สุดคือ การแจ้งข่าวโดยผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 78.0) รองลงมาคือ การใช้เสียงตามสาย (ร้อยละ 58.6) และผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) (ร้อยละ 49.6)

ในส่วนข้อมูลคำตอบของคำถามปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เกี่ยวกับระบบการส่งต่อซึ่งมีการปฏิบัติแตกต่างกันและบางหน่วยงานยังขาดการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และผู้ตอบแบบสอบถามไม่อยากให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อย อีกทั้งอยากให้บูรณาการข้อมูลกลางเกี่ยวกับผู้ป่วยในพื้นที่ให้ทีม 3 หมอ เข้าถึงได้เพื่อประโยชน์ในการดูแลและส่งต่อ เช่น ประวัติการรักษายาเดิม และการแพ้ยา

ในกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้เสนอแนะให้เพิ่มสถาบันหลักในจังหวัดของตนเพื่อความสะดวกในการเดินทางไปเข้าร่วมกิจกรรมการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อยากให้ปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตร โดยการเพิ่มการเรียนด้านสาธารณสุข และการดำเนินโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนให้มากขึ้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการได้ครบถ้วน ทุกครั้ง และสม่ำเสมอ

ผลการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการโดยใช้สถิติ binary logistic regression ตัวแปรต้น คือ 1) การ

ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ขึ้นทะเบียนแล้ว/ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน) 2) เขตสุขภาพ (7, 8, 9 และ 10) 3) จำนวนประชากร (ค่าต่อเนื่อง) 4) ขนาด (เล็ก กลาง ใหญ่และศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล) 5) มาตรฐานของหน่วยบริการ (ผ่านเกณฑ์/ยังไม่ผ่าน) ตัวแปรตามคือ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการจัดบริการตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 7 องค์ประกอบ แบ่งเป็นกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ย 2.51 ขึ้นไป และกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.51 พบว่า หน่วยบริการที่มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดบริการตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (6BBs) ได้ครบถ้วนทุกครั้งมากกว่าหน่วยบริการที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าอัตราส่วนออดส์อย่างหยาบ (crude odds ratio หรือ COR) เท่ากับ 5.17 (*p* value = 0.007, 95% ช่วงเชื่อมั่น 1.43 ถึง 18.77) และอัตราส่วนออดส์ที่ควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (adjusted odds ratio หรือ AOR) เท่ากับ 5.16 (*p* value = 0.018, 95% ช่วงเชื่อมั่น 1.33 ถึง 20.12) ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ เขตสุขภาพ ขนาด มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว และจำนวนประชากร ไม่มีผลต่อการจัดบริการ รายละเอียดดังในตารางที่ 3

Table 3 Crude and adjusted odds ratios of variables that associated with the high level of primary care service provision according to World Health Organization's health system six building blocks (cut point 2.51 or higher)

Independent variables	COR	(95% CI of COR)	*p* value	AOR	(95% CI of AOR)	*p* value
Region						0.660
7*	1.00	- -	-	1.00	-	-
8	1.26	(0.48 to 2.07)	0.809	1.65	(0.54 to 5.07)	0.379
9	1.75	(0.58 to 5.32)	0.379	1.94	(0.57 to 6.60)	0.287
10	1.96	(0.69 to 5.59)	0.292	1.97	(0.60 to 6.42)	0.263
Registered as						0.009#
Not registered*	1.00	- -	-	1.00	-	-
PCU	5.17	(1.43 to 18.77)	0.007#	5.16	(1.33 to 20.12)	0.018#
NPCU	1.87	(0.44 to 7.87)	0.505	1.58	(0.38 to 7.39)	0.563
Star certified						
Not certified*	1.00	- -	-	1.00	-	-
Pass	4.50	(0.55 to 36.68)	0.170	1.10	(0.18 to 6.64)	0.915
Population	-	- -	-	1.00	1.00 1.00	0.169
Setting size						0.587
Small*	1.00	- -	-	1.00	-	-
Medium	1.40	(0.46 to 4.24)	0.604	1.23	(0.32 to 4.80)	0.747
Large	1.49	(0.39 to 5.68)	0.739	0.46	(0.05 to 4.40)	0.498
Hospital PCU	n/a	n/a n/a	n/a	<0.01	<0.01 to n/a	0.999

* reference group, # statistically significant difference

AOR = adjusted odds ratio, CI= confidence interval, COR = crude odds ratio, n/a = not applicable, NPCU= network of primary care unit, PCU= primary care unit

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ไม่ถ่ายโอนกับกลุ่มที่ถ่ายโอน หรือมีแผนในการถ่ายโอน พบว่าค่าในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนร้อยละ 100 ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มุกดาหาร สกลนคร มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.94, SD = 0.70 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยกว่ากลุ่มจังหวัดที่ยังไม่มีแผนถ่ายโอน (ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.16, SD = 0.64) ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี บึงกาฬ หนองคาย เลย และสุรินทร์ บุรีรัมย์ และค่าเฉลี่ยรายข้อของกลุ่มจังหวัดที่ถ่ายโอนที่มีคะแนนน้อยกว่าที่ยังไม่ถ่ายโอน (ตารางที่ 2) ได้แก่

ข้อ 1.1 จัดบริการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นรูปธรรมดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ

ข้อ 1.3 จัดบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเชิงรุกในพื้นที่ได้อย่างน้อย 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ข้อ 2.1 มีแพทย์สาขาอื่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม

ข้อ 2.2 มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม

ข้อ 2.4 มีการพัฒนาทีมสหวิชาชีพตามหลักสูตรด้านเวชศาสตร์ครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ 3.1 มีระบบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น แฟ้มครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยเรื้อรังที่ดูแลต่อเนื่อง ข้อมูลสถิติที่สำคัญ ระบบการเชื่อมหรือส่งต่อข้อมูล การบันทึกตรวจสอบข้อมูลสาธารณสุขของพื้นที่ที่รับผิดชอบ

และกลุ่มที่ไม่ถ่ายโอนมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าในทุกข้อ ได้แก่ ด้านการจัดการเทคโนโลยี เครื่องมือและยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ธรรมาภิบาล และ การมีส่วนร่วมของชุมชน

วิจารณ์และข้อยุติ

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่า 45 ปี[14,15] ผลการศึกษาการจัดบริการตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลกและเพิ่มเติมการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2558[13] ผลการศึกษาพบว่า จากคะแนนเต็ม 3 มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.29 (SD = 0.39) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เรียงตามลำดับได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดบริการด้วยหลักธรรมาภิบาล การจัดการเทคโนโลยี เครื่องมือและยา และการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ และน้อยที่สุด คือ การจัดบริการสุขภาพ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ในด้านการจัดบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (1.73 คะแนน, SD = 0.51) เมื่อพิจารณาผลลัพธ์พบว่าส่วนใหญ่มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 66.0) คล้ายกับในพื้นที่ภาคใต้ที่พบว่าแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวดูแลสุขภาพแบบเชื่อมโยงได้ร้อยละ 100 แบบต่อเนื่องร้อยละ 93.88 และดูแลสุขภาพครอบครัวเป็นศูนย์กลางร้อยละ 91.84[16] อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลลัพธ์รายข้อย่อยขององค์ประกอบนี้ พบว่ามีประเด็นแหล่งเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ในระดับจังหวัด เช่น สถาบันหลัก ที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (0.70 คะแนน SD = 0.99) ตรงกับผลรายงานการสำรวจในอดีต[5] แม้ว่าในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมร้อยละ 85 เป็นสัดส่วนที่มากกว่าประเทศอื่นๆ ในเอเชีย[17] แต่ในระดับจังหวัดและในเขตสุขภาพ ยังคงขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตามที่ปรากฏในรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 7, 8, 9, และ 10 ประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ดังนั้น การเพิ่มจำนวนสถาบันฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวใกล้ที่ปฏิบัติงาน จะช่วยให้สามารถจัดบริการได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นมาก ตรงกันข้ามกับในระดับทุติยภูมิกลับมีสัดส่วนลดลง ซึ่งมีความแตกต่างกับในประเทศมัลดีฟส์ที่มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของผู้ป่วย

นอกทั้งในระดับปฐมภูมิและในระดับทุติยภูมิ[17] นอกจากนี้ ยังมีรายงานการวิจัย พบว่าภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนสัมพันธ์กับการบริการสุขภาพปฐมภูมิและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพได้มากขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง[18] ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสุขภาพจำนวนที่เพียงพอ และพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านตามที่สังคมต้องการ เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเตียง[18] และควรดำเนินการควบคู่กับการวางแผนพัฒนาทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (1.92 คะแนน, SD = 0.68) มีความขาดแคลนและต้องการหมอคนที่ 3 คือ กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีไม่เพียงพอซึ่งเป็นปัญหามาอย่างยาวนานแล้ว[5] โดยมีความต้องการเพิ่มอีกประมาณ 6,000 คน[19] จึงทำให้แพทย์ที่มีอยู่ต้องรับภาระงานที่หนัก รวมทั้งกรอบอัตรากำลังที่จำกัด[20] และมีปัญหาการกระจุกกันอยู่ในบางพื้นที่[21] จากรายงานบุคลากรทางการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีอัตราส่วนเท่ากับ 38.2 ต่อประชากรหมื่นคน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ 44.5 ต่อประชากรหมื่นคน โดยมีเพียงประเทศมัลดีฟส์และเกาหลีเหนือเท่านั้นที่มีบุคลากรทางการแพทย์ตามเกณฑ์[22] อย่างไรก็ตาม การมีนโยบายให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ได้ช่วยให้มีความชัดเจนในการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อย่างเป็นระบบจริงจังและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น แม้ว่าอัตรากำลังน้อยแต่สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ความรู้ ความสามารถของทีมบุคลากรเท่าที่มี และมีการเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าการรักษา มีการพัฒนาความรอบรู้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวและชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองได้และพึ่งพาตนเองได้[21] แตกต่างจากการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสหภาพยุโรป ที่มีการเน้นในด้านการวิจัยและวิชาการ[23] นอกจากนี้ ยังมีรายงานปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในชนบท เช่น ความสุขในการทำงานในชุมชนพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย[16] ภูมิหลังของบุคลากร การได้สัมผัสบรรยากาศชนบทตั้งแต่สมัยเรียน หลักสูตรการเรียนการสอน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมในการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี[24,25] แตกต่างจากผลการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของบุคลากรการแพทย์ในชนบท ได้แก่ ความเจริญ ก้าวหน้าของตำแหน่งงาน โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร และทรัพยากรในพื้นที่[26]

ในด้านการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.39 คะแนน (SD = 0.52) ซึ่งเป็นระดับที่ต้องมีการพัฒนา แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีระบบคลังข้อมูลสุขภาพกลาง คือ Health Data Center (HDC) แต่ยังมีจุดอ่อน คือ บุคลากรไม่มีทักษะในการใช้งาน[27] ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์หรือเชื่อมโยงกับโปรแกรมอื่นๆ ได้ ดังนั้นจึงควรร่วมกันพัฒนาโปรแกรมที่ง่ายต่อการใช้งานและไม่ซ้ำซ้อนกัน เอื้อต่อการทำงานของทีม 3 หมอ ทำให้สามารถส่งบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ทำให้ขับเคลื่อนงานด้านการดูแลสุขภาพได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีผลทำให้เกิดช่องว่างและมีอุปสรรคในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน จึงควรประสานการให้บริการแบบไร้รอยต่อ เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วย และเป็นความท้าทายของหมอสาธารณสุขสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหมอคนที่ 2 ที่ต้องประสานเชื่อมโยงระหว่างหมอคนที่ 1 กับหมอคนที่ 3 ให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มการสื่อสารและทำงานแบบไร้รอยต่อ สร้างสัมพันธภาพระหว่างกันอย่างสม่ำเสมอ ยืดหยุ่น และ ลดช่องว่างให้มากที่สุด

ในด้านการจัดการเทคโนโลยีเครื่องมือและยา มี

คะแนนเฉลี่ยที่ระดับมาก คือ เท่ากับ 2.72 คะแนน (SD = 0.46) สะท้อนถึงการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 4 เขตสุขภาพ จนมีความพร้อมและเพียงพอทั้งด้านยาและเวชภัณฑ์ เป็นเพราะนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้มีการสนับสนุนทรัพยากรแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเต็มที่เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้ง นโยบายลดความแออัดของการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจังหวัด[20] ช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านได้โดยไม่ให้ความเกิดแตกต่างกับโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ มีการจ่ายยาชนิดเดียวกันตามกรอบบัญชีรายการยาที่เหมือนกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและไม่ต้องเดินทางไกล อีกทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีแหล่งงบประมาณจากหลายแหล่ง เพื่อการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแหล่งงบประมาณที่สำคัญ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[28] แม้ว่าภายหลังจะมีการโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด แต่ในช่วงเวลาเริ่มต้นก็ยังคงมีการสนับสนุนเช่นเดิม โดยพบว่าร้อยละ 75 ได้รับการสนับสนุนจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัดดีกว่าเดิม มีความยืดหยุ่น คล่องตัวไม่แตกต่างจากเดิม และร้อยละ 63 ยังคงร่วมกันจัดบริการผู้ป่วยอย่างเหมาะสม[29] แต่ระบบการสนับสนุนในอนาคตยังไม่มีความชัดเจนว่าระบบใหม่จะเป็นอย่างไรจึงจะไม่ส่งผลต่อเสียต่อระบบการกระจายยาและเวชภัณฑ์โดยรวม

ในด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 คะแนน (SD = 0.49) โดยมีการสนับสนุนงบประมาณเฉพาะด้านต้นทุนคงที่ (fixed cost) จึงยังมีหน่วยบริการบางแห่งที่ยังขาดสภาพคล่อง ขาดแคลนค่าจ้าง ค่าตอบแทนและค่าใช้สอยอื่นๆ เช่น ค่าสาธารณูปโภค ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงและค่าพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย แม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีแหล่งเงินจากหลายแหล่ง รวมทั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน[27]

ในด้านธรรมาภิบาล รวมทั้งภาวะผู้นำ มีค่าเฉลี่ยมาก คือ เท่ากับ 2.73 คะแนน (SD = 0.45) พบว่ามีการกระจายทรัพยากรอย่างเพียงพอและเหมาะสมต่อความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละหน่วยบริการอย่างเท่าเทียมกัน เป็นไปตามระเบียบของราชการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยในการไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน แต่มีเกณฑ์การกระจายงบประมาณแตกต่างกันและหลากหลายเงื่อนไขในระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553[5] จึงควรมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงที่ชัดเจนมากยิ่งกว่าเดิมเพื่อให้สามารถจัดบริการบูรณาการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไปได้อีกในอนาคต

ในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยมาก คือ เท่ากับ 2.73 คะแนน (SD = 0.49) เพราะมีอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกพื้นที่ของทุกภาคของประเทศไทย เป็นบทบาทหลักสำคัญที่ช่วยกันดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มอย่างชัดเจนและต่อเนื่องมาตั้งแต่ในอดีตก่อนที่จะมีนโยบายให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทในการดูแลสุขภาพ แจ้งข้อมูลด้านสุขภาพในพื้นที่ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ เพราะมีความสะดวก รวดเร็วและประหยัดค่าใช้จ่าย แต่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง เช่น ค่าอินเทอร์เน็ตและค่าโทรศัพท์ ส่วนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเครือข่ายภาคเอกชน กลับมีบทบาทน้อยในการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชน เช่นเดียวกับในภาคใต้ที่พบว่า แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวปฏิบัติงานดูแลสุขภาพร่วมกับชุมชนได้เพียงบางครั้ง[16]

ในด้านปัจจัยมีผลต่อการจัดบริการปฐมภูมิตามระบบบริการที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงปัจจัยเดียว คือ ความสำเร็จของการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการ เนื่องจากหน่วยบริการที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเพราะขาดแคลนแพทย์ ประกอบกับค่าเฉลี่ยในข้อที่ 1.2 (ตารางที่

3) ด้านสถาบันหลักในการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีค่าน้อยที่สุด สะท้อนถึงปัญหาด้านการผลิตแพทย์ที่ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ขึ้นทะเบียน เป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยากที่สุด และเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่องยาวนานของระบบสาธารณสุขไทย[2,5-6] ในขณะที่หมอคนที่ 1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมีเพียงพอในพื้นที่ และ หมอคนที่ 2 ขาดแคลนน้อยกว่า การส่งเสริมให้มีการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น สามารถทำได้โดยการเพิ่มการผลิตแพทย์ให้มีเพียงพอกับอัตราส่วนประชากรในพื้นที่ขาดแคลน โดยการใช้แพทย์ที่เกษียณอายุราชการแล้ว หรือใช้แพทย์ในระบบของเอกชนสำหรับขึ้นทะเบียน ดังเช่นที่ดำเนินการตามระบบในประเทศสหราชอาณาจักรที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งเป็นเอกชนทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิแบบเต็มเวลา[30]

ส่วนการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น คาดว่าการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิตามเงื่อนไขข้อบังคับหลักของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562 จะได้รับผลกระทบมากยิ่งขึ้น เพราะข้อกำหนดการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการต้องมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมพร้อมด้วยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งอยู่ต่างสังกัดกับหมอคนที่ 2 ส่วนปัจจัยที่มีผลกระทบน้อย ได้แก่ เขตสุขภาพ ขนาดของหน่วยบริการ มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว และจำนวนประชากรในพื้นที่ เพราะไม่มีผลต่อการจัดบริการ

จุดเด่นของงานวิจัยนี้คือ การตอบว่าการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายปฐมภูมิแล้วในระบบของสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้ทำนายการทำกิจกรรมบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์ได้นั้น มีความเชื่อมั่นในข้อมูลการขึ้นทะเบียนในเกณฑ์ทุกด้านแต่เกณฑ์ที่สำคัญที่สุด คือด้านการมีบุคคลากรและศักยภาพที่สามารถให้บริการตามขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นปัจจัยที่ยืนยันด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งเป็นมุมมองของหลากหลายสหสาขาวิชาชีพที่มีความคิดเห็นต่อขีดความสามารถของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มครอบคลุมทุกเขตสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีการเพิ่มด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เป็นส่วนหนึ่งของบริการตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมทั้งรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีการเปลี่ยนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดด้วย รวมทั้งการเลือกเกณฑ์การตัดสินโดยใช้จุดตัดที่คะแนนเฉลี่ย 2.51 ขึ้นไป นั้นเป็นเกณฑ์ที่มีความเหมาะสมตามหลักคณิตศาสตร์และหลักการสากล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. ในเขตสุขภาพควรมีการพัฒนาและเพิ่มจำนวนของสถาบันหลักในการผลิตแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวให้ครบทุกจังหวัด เพื่อให้สามารถผลิตแพทย์ได้มากขึ้นและเพียงพอต่อความต้องการที่จะมีหัวหน้าทีมในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการขึ้นทะเบียนในระบบให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเพื่อให้แพทย์มีความสะดวก สามารถฝึกอบรมอยู่ในเขตพื้นที่ใกล้สถานที่ปฏิบัติงานทำให้สามารถผลิตได้จำนวนมากขึ้น และเพียงพอต่อความต้องการขึ้นทะเบียนตามที่กำหนดไว้

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ ควรมีการใช้กลไกที่มีอยู่และขยายบทบาทในการขับเคลื่อนประเด็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้เป็นผลสำเร็จโดยเน้นโรคสำคัญในพื้นที่ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันอย่างมีเป้าหมาย และมีทิศทางชัดเจน

3. กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการลงนามความร่วมมือสนับสนุนด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยลงนามบันทึกความร่วมมือเชิงนโยบายและบูรณาการการปฏิบัติงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

4. หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกลที่ขาดแคลนแพทย์ ควรมีระบบให้คำปรึกษาออนไลน์การให้บริการการ

แพทย์ทางไกล (telemedicine) โดยใช้เครื่องมืออุปกรณ์ดิจิทัลที่จำเป็น มีระบบการจองเวลาในการขอรับคำปรึกษาแพทย์ที่ชัดเจน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการของแพทย์มากยิ่งขึ้น

5. กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกันพัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถประสานเชื่อมโยงข้อมูลกลางด้านสุขภาพ ให้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล ลดความซ้ำซ้อนของงานให้มีความรวดเร็ว มุ่งเน้นให้มีผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยในชุมชนตามแนวทางการปฏิรูปบริการของภาครัฐยุคใหม่

6. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิโดยใช้มาตรฐานเดียวกันทุกขั้นตอน และสำหรับหน่วยบริการทุกระดับ

7. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาหลักสูตรและจัดการฝึกอบรมสำหรับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพและสร้างความรอบรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาต่อไป

1. สำรวจความต้องการในการฝึกอบรมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2. การวิจัยพัฒนาหลักสูตรของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีการเน้นการปฏิบัติการตามบริบทจริงในพื้นที่เพื่อแก้ปัญหาและดูแลสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบ รวมทั้งสามารถวางแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. สำรวจความต้องการ และพัฒนาระบบการกระจายยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังจากที่มีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

4. ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เกณฑ์การปันผลค่าตอบแทนที่ได้รับ หลังจากที่มีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

5. การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศกลาง (digital transformation) และการให้บริการการแพทย์ทางไกล เพื่อแก้ปัญหาแพทย์ขาดแคลน

6. การวิจัยและพัฒนาระบบส่งต่อ (green channel/refer back) ที่มีการลดขั้นตอนและลดความซ้ำซ้อนของระบบงาน พร้อมทั้งพัฒนาคู่มือการส่งต่อ การทดลองใช้งาน และการทดสอบประสิทธิภาพของระบบ

7. ประเมินคุณภาพของระบบการกระจายยาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

References

1. National Health Act B.E. 2550 (A.D. 2007). (Mar 3, 2007). (in Thai)
2. Constitution of The Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017). The Royal Government Gazette Chapter 258. Page 1 No. 134 section 40. (Apr 6, 2017). (in Thai)
3. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [internet]. Geneva: WHO Document Production Services; 2010 [cited 2022 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf.
4. Kijsanayotin B. Pannarunothai S. Seamless primary care and the inconvenient truth about health data standards. Editorial. Journal of Health Systems Research 2021;15(2):131-5. (in Thai)
5. Boonyanuparbpong S, D-aim C. Survey of primary care development data of contracting unit for primary care. Research Report. Nonthaburi: The plan of health promotion program with the universal health insurance system; 2009. (in Thai)
6. Srivanichakorn S, Yana T, Chalordet B. Report on the situation of primary care systems in Thailand, 2010. Nakhon Pathom, Thailand: Office of Community Based Health Care Research and Development; 2012. (in Thai)

7. Khongyuen N. Primary care service system with development standards. Public Health Policy and Laws Journal 2017;3(3):374-87. (in Thai)
8. Paisan K. The referral system development on patient cardiovascular disease of Phon health network, Khon Kaen province. Udonthani Hospital Medical Journal 2017;25(10):11-25. (in Thai)
9. Manathura O. Client perception on the primary care service provided by the Chakarat health service network, Chakarat district, Nakhon Ratchasima. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2012;18(1):17-28. (in Thai)
10. Patchawong M, Promsaka na sakolnakorn P. Evaluation of services in primary care unit network of Udon Thani Hospital by the client. Udonthani Hospital Medical Journal 2020;28(3):295-305. (in Thai)
11. Srivanichakorn S. Potential of the primary care system and family medicine team in Thailand amid the coronavirus outbreak. Editor talk of the COVID-19 pandemic issue, Journal of Primary Care and Family Medicine 2020;3(2):1-8. (in Thai)
12. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. Hoboken, New Jersey:Wiley; 2013.
13. The Committee of Health Service System Development for the Network. Health Region 1 service plan by 6 building blocks plus: fiscal year B. E. 2558. Chiang Mai; 2015. 197 p. (in Thai)
14. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet 2018;391(10126):1205–23.
15. Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Panichkriangkrai W, Pachanee K, Poungkantha W, et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost? In: London School of Hygiene & Tropical Medicine. Good health at low cost' 25 years on what makes a successful health system? London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011.
16. Meesit P. Tumviriyakul H. Role of family physician and happiness in primary care of southern area. Burapha Journal of Medicine 2017;4(1):40-8. (in Thai)
17. World Health Organization. Monitoring progress on universal health coverage and the health-related sustainable development goals in the WHO South-East Asia Region: 2019 update [internet]. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia; 2019 [cited 2022 Nov 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/326828.
18. Sripa P. Direction of family physicians towards Thai health care system. Journal of Health Science 2019;28(1):176-84. (in Thai)
19. Woratanarat T, Woratanarat P, Jirathananuwat A, Lektip C, Tongta S. Performance and roles of family physicians: synthesis of policy recommendations. Research Report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2019. (in Thai)
20. Noree T, Ploypradub C, Ploysongsri W. Lessons learnt from an implementation of 3-healthcare provider team for primary care policy for all Thai in 4 provinces in Thailand. Research Report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)
21. Jungsomjatepaisal P. Thailand's primary health care in global health context. Journal of Health Science 2019;28:152-62.
22. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Decade for health workforce strengthening in the South-East Asia Region 2015–2024; second review of progress, 2018 [internet]. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018 [cited 2022 Nov 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/274310.
23. Zarbailov N, Wilm S, Tandeter H, Carelli F, Brekke M. Strengthening general practice/family medicine in Europe—advice from professionals from 30 Europeancountries. BMC Fam Pract 2017:1880.
24. Verma P, Ford JA, Stuart A, Howe A, Everington S, Steel N. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. BMC Health Serv Res 2016;16:126. DOI: 10.1186/s12913-016-1370-1.
25. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations [internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2022 Nov 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44369.
26. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. Aust J Rural Health 2010;18:102–9.
27. Tamdat D, Chaitiang N. Development of health information system in Phayao province, Thailand. Thai Journal of Public Health and Health Sciences 2022;5(1):78-92. (in Thai)
28. Rutjanathamrong P, Singweratham N, Techakehakij W, Boon-

tiam N, Kaewsing P, Bunpean A, et al. Development of management guideline for the health security funds to allocate budget for the district health promoting hospitals transferred to the local administrative organizations. Research Report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)

29 Sudhipongpracha T, Ramesh M, Choksettakij W, Huripongthanawat P, Kittayasophon U, Satthatham N, et al. Policy analysis and policy design for the transfer of subdistrict health promotion hospitals to provincial administrative organizations (PAOs). Research Report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)

30 Onion DK, Berrington RM. Comparisons of UK general practice and US family practice. ABFP 1999;12(2):162-72.

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อัฐกฤตย์ อุ่นแก้ว[*]
พักตร์วิภา สุวรรณพรหม[†]
ศิริตรี สุทธจิตต์[†]
ผู้รับผิดชอบบทความ: *ศิริตรี สุทธจิตต์*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ของสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาศักยภาพในมิติทางวัฒนธรรมแก่เภสัชกรไทยต่อไป **วิธีการ:** การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรไทย (Thai Pharmacists' Cultural Competency Self-Assessment Scale: TPCCS) สำรวจในกลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศไทย ในรูปแบบประเมินออนไลน์ ช่วงเดือนมีนาคม–สิงหาคม พ.ศ. 2564 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามเขตบริการสุขภาพ และขนาดโรงพยาบาล เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 241 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 31.26) แบบประเมินประกอบด้วยสมรรถนะทางวัฒนธรรม 5 มิติ ได้แก่ 1. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม 2. ทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม 3. ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม 4. ความสามารถในการเผชิญและการจัดการกับประเด็นทางวัฒนธรรม และ 5. ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม รวม 16 ปัจจัย และ 92 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ตามความสามารถในการปฏิบัติ โดยให้เภสัชกรเป็นผู้ประเมินตนเอง **ผลการวิจัย:** สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโดยเฉลี่ยยังอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยอยู่ระหว่าง 2.39–4.24 ในมิติการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมมีบางปัจจัยที่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในมิติความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม **สรุปผล:** สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาให้มากขึ้น โดยเฉพาะในมิติความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ส่วนมิติความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยที่สูง อาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีต่อการพัฒนามิติทางวัฒนธรรมของเภสัชกรต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถนะทางวัฒนธรรม, สมรรถนะ, ข้ามวัฒนธรรม, วัฒนธรรม, เภสัชกรโรงพยาบาล

[*] *โรงพยาบาลขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน*
[†] *ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

Received 21 June 2022; Revised 5 June 2023; Accepted 31 August 2023
Suggested citation: Aunkaew A, Suwannaprom P, Suttajit S. Cultural competency of hospital pharmacists, under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):409-28.
อัฐกฤตย์ อุ่นแก้ว, พักตร์วิภา สุวรรณพรหม, ศิริตรี สุทธจิตต์. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):409-28.

Cultural Competency of Hospital Pharmacists under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

Auttakrit Aunkaew[*], Puckwipa Suwannaprom[†], Siritree Suttajit[†]

[*] *Khunyuam Hospital, Mae Hong Son Province*

[†] *Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University*

Corresponding author: *Siritree Suttajit, siritree.s@cmu.ac.th*

Abstract

Objective: To study the cultural competency among hospital pharmacists, under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand. The findings would serve as an input for cultural competency development plans for Thai pharmacists. **Method:** The researchers used the online Thai Pharmacists' Cultural Competency Self-Assessment Scale (TPCCS) developed by the researchers to perform a cross-sectional survey to hospital pharmacists under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health Thailand. Stratified sampling was carried out based on the health service region and the size of the facility. Between March and August 2021, 241 pharmacists responded to the survey (response rate 31.26%). The TPCCS had 16 factors, 92 questions and 5 cultural competency dimensions: 1. cultural awareness, 2. cultural skills, 3. cultural knowledge, 4. cultural encounter, and 5. cultural desire. On a 5-point Likert scale, pharmacists were asked to rate their ability to practice. **Results:** Thai hospital pharmacists had a moderate level of cultural competency. On the full scale of 5, the mean values for each dimension ranged from 2.39 to 4.24. On average, they had low scores on some cultural awareness dimension. They had the highest score on cultural desire. **Conclusion:** There was a need to improve pharmacists' cultural competency, particularly in terms of cultural awareness. A strong desire for cultural competency may be an excellent foundation for continuing growth.

Keywords: cultural competency, competency, cross-cultural, culture, hospital pharmacist

ภูมิหลังและเหตุผล

วัฒนธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญของสังคมมนุษย์ โดยเป็นตัวกำหนดลักษณะและแบบแผนในการปฏิบัติของคนในสังคม ซึ่งรวมถึงการให้ความหมายและการแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละสังคม[1,2] วัฒนธรรมจึงสามารถส่งผลต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษา การดูแลตนเองเพื่อป้องกัน หรือเพื่อทำให้หายจากโรคภัยต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมการใช้ยาด้วย[3] สังคมไทยมีวัฒนธรรมที่หลากหลาย ทั้งจากความแตกต่างระหว่างภูมิภาคต่างๆ และจากการหลั่งไหลทางด้านวัฒนธรรมของคนกลุ่มต่างๆ ชนชาติต่างๆ[4] ความหลากหลายทางวัฒนธรรมนี้ จึงกลายเป็นความจำเป็นสำหรับคนในยุคปัจจุบันที่จะต้องเรียนรู้ และเข้าใจในความแตกต่าง เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ร่วมกันในสังคมที่มีความซับซ้อนและมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 โดยการขับเคลื่อนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และภาคีเครือข่าย มีเป้าหมายมุ่งเน้นระบบสุขภาพที่เป็นธรรม และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง มุ่งตอบโจทย์ความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งสะท้อนผ่านการมีสุขภาพที่ดี ที่ไม่ใช่เพียงแค่สุขภาวะส่วนบุคคล (individual wellbeing) แต่ครอบคลุมสุขภาวะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (collective wellbeing) ด้วย[5] การให้บริการสุขภาพโดยขาดความเชื่อมโยงในมิติ

ทางวัฒนธรรม อาจทำให้ไม่เกิดการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน[6] ในทางตรงกันข้าม การให้บริการทางสุขภาพและยา ที่จะตอบสนองต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้อย่างมีคุณภาพ ทั่วถึง และเท่าเทียมนั้น จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางสุขภาพที่ใส่ใจมิติทางวัฒนธรรม และสมรรถนะทางวัฒนธรรมนี้จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเภสัชกร เพื่อให้สามารถเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาในสังคมให้ครอบคลุมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ซึ่งมีความซับซ้อนทางวัฒนธรรม ความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้คนในสังคม

สมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural competency) เป็นความสามารถของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เช่น การยอมรับและเคารพในความต่างทางวัฒนธรรม ความเข้าใจในวัฒนธรรมทั้งของตนเองและผู้ป่วย การมีความรู้เกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพของวัฒนธรรมอื่นๆ การที่บุคลากรทางการแพทย์มีสมรรถนะดังกล่าว มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดความแตกต่างทางสุขภาพ (health disparities)[7] ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ทำให้เกิดความล้มเหลวของกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย และนำเสนอสมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการทางการแพทย์ คือ แนวคิดของ Campinha-Bacote ซึ่งครอบคลุมมิติทางปัญญา มิติทางอารมณ์ และมิติทางพฤติกรรม[8-11] ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural awareness) 2. ทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural skill) 3. ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural knowledge) 4. ความสามารถในการเผชิญและการจัดการกับประเด็นทางวัฒนธรรม (cultural encounter) และ 5. ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural desire) ในวิชาชีพเภสัชกรรม การบริบาลเภสัชกรรมได้ให้ความสำคัญต่อการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมเช่นกัน โดย American College of Clinical Pharmacy ของสหรัฐอเมริกา[12] ได้แนะนำกระบวนการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการบริบาลเภสัชกรรมไว้ 7 องค์ประกอบ คือ 1. การประเมินด้านทัศนคติและความรู้ทางด้านวัฒนธรรม (assess cultural attitudes and knowledge) 2. การเรียนรู้และการเข้าใจในความหลากหลายทางวัฒนธรรม (learn about and understand views of diverse cultures) 3. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิผลกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม (effectively communicate with diverse cultures) 4. การปรับแผนการรักษาตามวัฒนธรรมของผู้ป่วย (tailor treatment based on patient's culture) 5. การพัฒนาความสัมพันธ์อันดีในชุมชน (develop strong ties with community 6. การสร้างความเข้าใจในการดูแลระดับสากลและวิชาชีพต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรม (understand national and professional care initiatives on diversity) และ 7. การประเมินความก้าวหน้าสู่สมรรถนะทางวัฒนธรรม (evaluate progress toward cultural competency) เพื่อพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในเภสัชกร เภสัชกรจึงควรพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรรมอย่างต่อเนื่อง

ในต่างประเทศมีการให้ความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมอย่างมาก สังเกตได้จากการประชาสัมพันธ์การฝึกอบรมในรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ โมดูลการฝึกอบรม การเรียนรู้แบบ e-learning และการใช้เครื่องมือช่วยในการเรียนรู้ ในประเทศไทย หลายวิชาชีพได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมเช่นกัน โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรม เช่น กลุ่มวิชาชีพพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาล[13-14] นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาล[15] นักศึกษาแพทย์แผนไทย[16] และกลุ่มอาชีพอื่นที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข[17] ทางวิชาชีพเภสัชกรรมยังพบว่ามีการศึกษาด้านนี้ค่อนข้างน้อย โดยมีงานที่เน้นสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยตรง คือการศึกษาสถานการณ์การบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550[18] งานอื่นที่ใกล้เคียง ได้แก่ การ

ศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะเภสัชกรโรงพยาบาลชลบุรี ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งมีสมรรถนะ “จ่ายยาและให้คำแนะนำด้านยา โดยคำนึงถึงหลักทางศาสนา วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ความรู้ และปัจจัยพื้นฐานต่างๆ” เป็นสมรรถนะย่อยหนึ่งภายใต้สมรรถนะด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร[19] การศึกษาการปรับตัวข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษาต่างชาติระดับบัณฑิตศึกษาที่เรียนในหลักสูตรของคณะเภสัชศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2561[20] และการศึกษาความสัมพันธ์ของสมรรถนะข้ามวัฒนธรรมและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในอุตสาหกรรมยาในปี พ.ศ. 2563[21]

โลกปัจจุบันที่ไร้ขอบเขตทำให้ผู้คนและข่าวสารเชื่อมโยงกันง่ายมากขึ้น ประกอบกับเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและการแสดงออกที่แตกต่างกัน รวมถึงเภสัชกรที่มีโอกาสได้พบเจอผู้คนที่หลากหลายขึ้นจากรูปแบบการให้บริการที่ปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์โลก เช่น tele-health/telepharmacy ดังนั้นสมรรถนะทางวัฒนธรรมจึงยิ่งมีความสำคัญสำหรับการทำงานในยุคปัจจุบัน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาศักยภาพในมิติทางวัฒนธรรม รวมไปถึงการพัฒนาความรู้และทักษะทางด้านสมรรถนะทางวัฒนธรรมแก่เภสัชกรและนักศึกษาเภสัชศาสตร์ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross–sectional descriptive study) โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรไทย[22] (Thai Pharmacists’ Cultural Competency Self-Assessment Scale: TPCCS) ที่นักวิจัยได้พัฒนาขึ้นมา สำรวจสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศไทย ในช่วงเดือนมีนาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2564 ในรูปแบบประเมินออนไลน์ การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาโครงการศึกษาวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 38/2563 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตบริการสุขภาพที่ 1-12 ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 7,628 คน[23] โดยไม่นับรวมผู้ที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ

กลุ่มตัวอย่าง

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 380 คน จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมด้วยสูตรการคำนวณของทาโร ยามาเน[24] โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 ทั้งนี้อัตราการตอบแบบสอบถามกลับของเภสัชกรโรงพยาบาลในการศึกษาก่อนหน้า พบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 30-60 จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อส่งแบบประเมินเพิ่มรวมเป็น 771 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยจัดสรรจำนวนเภสัชกร ตามเขตบริการสุขภาพ (12 เขต) และตามขนาดของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) นำมาคำนวณสัดส่วนจำนวนเภสัชกรตามเขตบริการสุขภาพและขนาดโรงพยาบาลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้คอมพิวเตอร์ทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละขนาดและเขตบริการสุขภาพจนกว่ากลุ่มตัวอย่าง

จะครบ ในกรณีที่ไม่สามารถติดตามแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ ภายหลังการติดตามแล้ว 2 ครั้งตามกำหนด ผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเป้าหมายในแต่ละขนาดและเขตบริการสุขภาพเพิ่มเติม

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรไทย (Thai Pharmacists' Cultural Competency Self-Assessment Scale: TPCCS)[22] ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทเภสัชกรไทย โดยประยุกต์มาจากแนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการสาธารณสุขของ Campinha-Bacote ผสมผสานกระบวนการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการบริบาลเภสัชกรรมของ American College of Clinical Pharmacy ประเทศสหรัฐอเมริกา นำมาทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความตรงเชิงปรากฏ (face validity) จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 7 ท่าน โดยมีรายละเอียดการพัฒนาแบบประเมินในบทความวิจัยของ Aunkaew A และคณะ (2022)[22] ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach alpha) ของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ 0.9383 โดยแบบประเมินประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1: ข้อมูลภูมิหลังของผู้ตอบแบบประเมิน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของเภสัชกร[25-30] จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งทางวิชาการ ลักษณะการปฏิบัติงาน ประเภทของโรงพยาบาล การฝึกอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับทางวัฒนธรรม (เคยหรือไม่เคย) ความสามารถในการสื่อสารภาษาอื่น ช่องทางการรับรู้วัฒนธรรมอื่น และโอกาสในการปฏิสัมพันธ์กับคนต่างวัฒนธรรม คำถามเป็นแบบเลือกตอบ (checklist) และคำถามปลายเปิด

ตอนที่ 2: สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกร แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรไทย (TPCCS)[22] ประกอบด้วยคำถาม 5 มิติ คือ ASKED รวม 16 ปัจจัย และ 92 ข้อคำถาม ดังนี้ A. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural awareness) ประกอบด้วย 7 ปัจจัย 27 ข้อคำถาม (ค่าความเชื่อมั่น 0.9111) S. ทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural skill) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย 24 ข้อคำถาม (ค่าความเชื่อมั่น 0.8972) K. ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural knowledge) ประกอบด้วย 4 ปัจจัย 24 ข้อคำถาม (ค่าความเชื่อมั่น 0.9217) E. ความสามารถในการเผชิญและการจัดการกับประเด็นทางวัฒนธรรม (cultural encounter) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย 12 ข้อคำถาม (ค่าความเชื่อมั่น 0.9032) และ D. ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural desire) ประกอบด้วย 1 ปัจจัย 5 ข้อคำถาม (ค่าความเชื่อมั่น 0.8550) ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แบบมาตราส่วน 5 ระดับ (Likert scale) ตามความสามารถในการปฏิบัติ คือ 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย และ 1=น้อยที่สุด โดยให้เภสัชกรเป็นผู้ประเมินตนเอง (self-assessment)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์การเข้าร่วมวิจัย และเอกสารเพื่อชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ทางไปรษณีย์ ไปยังฝ่ายทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับ link และ QR code โดยขอให้หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมกระจายแบบประเมินแก่เภสัชกรให้มีความหลากหลายของลักษณะงานที่ปฏิบัติให้มากที่สุด

2) เภสัชกรที่เข้าร่วมงานวิจัยอ่านและทำความเข้าใจคำชี้แจง เพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย แต่ขอยกเว้นการเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยให้ถือว่าการตอบแบบประเมินดังกล่าวเป็นการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว หลังจากนั้นประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมผ่าน link หรือ QR code โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อแล้วเสร็จ จึงกดส่งผลการประเมินดังกล่าวมายังผู้วิจัย

3) ระยะเวลาการตอบกลับแบบประเมินจะใช้เวลาทั้งหมด 15 วัน โดยมีการติดตามกรณีที่มีผู้ตอบกลับมาไม่ครบจำนวน ทั้งหมด 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ติดตามทางโทรศัพท์ในระดับโรงพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 3 ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับแบบประเมินหรือเกิดการสูญหายระหว่างการดำเนินการ จะจัดส่งเอกสารชี้แจงใหม่อีก 1 ครั้ง และครั้งที่ 2 ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ได้รับการตอบกลับ จะใช้การติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ในระดับโรงพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 6 พร้อมกับส่งแบบประเมินไปให้อีกรอบทางไปรษณีย์หรือช่องทางอื่นตามที่โรงพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยสะดวก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่และร้อยละสำหรับตัวแปรกลุ่ม และมัธยฐานหรือค่าเฉลี่ยและพิสัยควอไทล์หรือส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ยสำหรับตัวแปรต่อเนื่อง

2) วิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะทางวัฒนธรรม ดังนี้

- ข้อคำถามแต่ละข้อ (items) รายงานด้วยความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ปัจจัย (factors) รายงานด้วย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแต่ละปัจจัยประกอบด้วยข้อคำถามที่มากน้อยต่างกันจึงรายงานเป็นร้อยละของค่าเฉลี่ย (mean score: %respondents) ของการตอบคำถามแต่ละปัจจัยเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 2.5) ระดับปานกลาง (2.5–3.5) และระดับสูง (มากกว่า 3.5)

ผลการศึกษา

ภูมิหลังของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเดือนมีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2564 ในรูปแบบประเมินออนไลน์ มีการตอบแบบประเมินกลับมารวมทั้งหมด 241 ราย จากการส่งแบบสอบถามและติดตามรวม 3 รอบ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 31.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 31-50 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มีภูมิลำเนานอกกรุงเทพมหานคร เกือบครึ่งมีที่ตั้งของสถานที่ทำงานกระจายอยู่ในภาคเหนือ และนับถือศาสนาพุทธ เภสัชกรร้อยละ 61.8 สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรเภสัช-ศาสตรบัณฑิต 5 ปี เภสัชกรเกินครึ่งจบการศึกษาปริญญาตรี ก่อนปี พ.ศ. 2554 และเกือบครึ่งมีการศึกษาต่อในระดับหลังปริญญาตรี (ตารางที่ 1)

ในด้านการทำงาน พบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 46.0) และเกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยหรือกำลังทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่มีตำแหน่งทางวิชาการระดับชำนาญการ อยู่ในรุ่นที่ต้องปฏิบัติชดใช้ทุนในหน่วยงานรัฐ และลักษณะการปฏิบัติงานหลักส่วนใหญ่คืองานบริการและบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างกระจายตัวครบทั้ง 12 เขตบริการ ส่วนใหญ่ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 5 (ร้อยละ 39.8 และ 14.9 ตามลำดับ) ส่วนเขตบริการสุขภาพที่เหลือมีอัตราที่น้อยกว่าร้อยละ 10

ภาษาอื่นที่เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารได้นอกเหนือจากภาษาไทยกลาง ได้แก่ ภาษาอังกฤษ (ร้อยละ 81.7) และภาษาไทยท้องถิ่น (ร้อยละ 49.0) ครึ่งหนึ่งของเภสัชกรใช้ภาษาไทยกลางเป็นภาษาหลักภาษาเดียวในการสื่อสาร (ร้อยละ 53.9) รองลงมาคือ ใช้ภาษาไทยกลางร่วมกับภาษาไทยท้องถิ่น (ร้อยละ 28.2) โอกาสในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างมาจากการปฏิบัติงานและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยอาศัยการเรียนรู้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การอ่าน ดูและสังเกต ฟัง สนทนา ประสบเหตุการณ์ด้วยตนเอง หรือสัมภาษณ์ แต่มีเพียงร้อยละ 7.1 ที่เคยได้รับการพัฒนาอย่างเป็นรูปแบบในลักษณะของการอบรมหรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับวัฒนธรรม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง (n = 241)

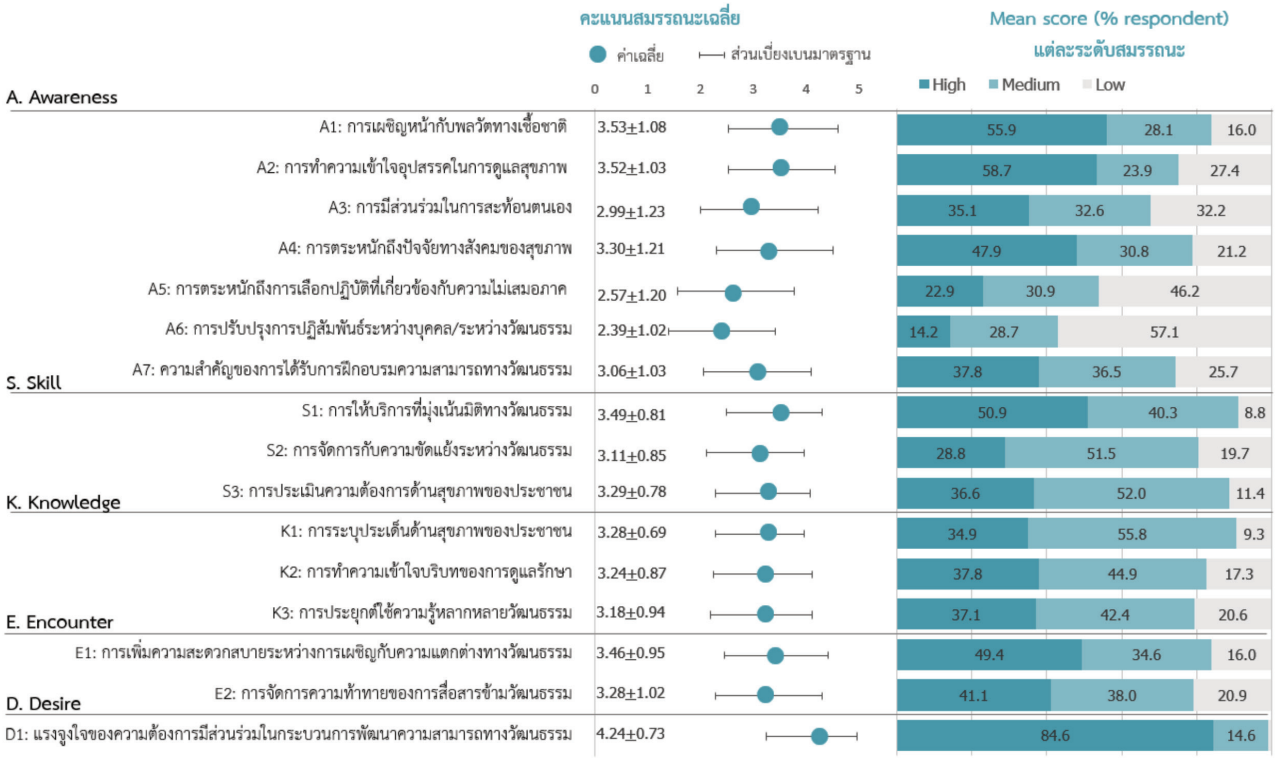
ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	การทำงานเป็นเภสัชกรโรงพยาบาล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศหญิง	190	78.8	**การศึกษาต่อหลังปริญญาตรี**		
อายุ			มี	115	47.7
ต่ำกว่า 31 ปี	47	19.5	ไม่มี	126	52.3
31–40 ปี	112	46.5	**จำนวนปีที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาล**		
41-50 ปี	74	30.7	1 – 5 ปี	39	16.2
มากกว่า 50 ปี	8	3.3	6 - 10 ปี	91	37.8
เชื้อชาติ			11 ปี ขึ้นไป	111	46.0
ไทย	218	90.5	**ระดับของโรงพยาบาลที่เคยทำงาน (ตอบได้ > 1)**		
ไทย - จีน	22	9.1	โรงพยาบาลศูนย์	41	17.0
อื่น ๆ	1	0.4	โรงพยาบาลทั่วไป	41	17.0
สัญชาติ			โรงพยาบาลชุมชน	137	56.8
ไทย	241	100.0	อื่น ๆ	35	14.1
เป็นกลุ่มชาติพันธุ์	22	9.1	**อยู่ในรุ่นที่ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน**	176	73.0
ภูมิลำเนา			**ระดับตำแหน่ง**		
นอกกรุงเทพมหานคร	235	97.5	ปฏิบัติการ	61	25.3
กรุงเทพมหานคร	6	2.5	ชำนาญการ	166	68.9
หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต			ชำนาญการพิเศษ	9	3.7
5 ปี	149	61.8	ไม่ใช่ตำแหน่งข้าราชการ	5	2.1
6 ปี	92	38.2	**ลักษณะการปฏิบัติงานหลัก**		
ศาสนา			งานบริการและบริบาลเภสัชกรรม		
พุทธ	231	95.9	ผู้ป่วยนอก	141	58.5
อิสลาม	6	2.5	ผู้ป่วยใน	41	17.0
คริสต์	2	0.8	งานอื่น ๆ	35	14.5
ไม่นับถือศาสนาใด ๆ	2	0.8	**ภูมิภาค**		
สาขาที่จบ			เหนือ	124	51.5
บริบาลเภสัชกรรม	144	59.8	ตะวันออกเฉียงเหนือ	46	19.1
เภสัชกรรมอุตสาหการ	42	17.4	กลาง	51	21.2
อื่นๆ	55	22.8	ใต้	20	8.3

ตารางที่ 2 ความสามารถทางภาษาและการเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง (n = 241)

ความสามารถทางภาษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	การเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ภาษาอื่นที่สื่อสารได้ นอกจากภาษาไทยกลาง (ตอบได้ > 1)			**เคยอบรม/ประชุมเกี่ยวกับวัฒนธรรม**	17	7.1
ภาษาอังกฤษ	197	81.7	**เคยมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับคนต่างวัฒนธรรม** (ชีวิตประจำวัน+ทำงาน)	210	87.1
ภาษาไทยท้องถิ่น	118	49.0	**วิธีเรียนรู้วัฒนธรรม** (ตอบได้ > 1)		
ภาษาอื่น ๆ	11	4.6	การอ่าน	69	28.6
ภาษาหลักที่ใช้สื่อสาร			การดู/สังเกต	91	37.8
ภาษาไทยกลาง	130	53.9	การฟัง	89	36.9
ภาษาไทยกลาง+ไทยท้องถิ่น	68	28.2	การสนทนา	76	31.5
ภาษาไทยท้องถิ่น	16	6.6	การประสบด้วยตนเอง	66	27.4
ภาษาไทย+ภาษาอังกฤษ	11	4.6	**จำนวนวิธีที่ใช้เรียนรู้วัฒนธรรม**		
ภาษาไทย+ภาษาอื่น ๆ	9	3.7	1 วิธี	10	4.1
ภาษาไทย+อังกฤษ+ท้องถิ่น	6	2.5	2 วิธี	17	7.1
			3 วิธี ขึ้นไป	214	88.8

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง

ในภาพรวมพบว่า เภสัชกรประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของตนในแต่ละปัจจัยแตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยของทั้ง 16 ปัจจัย ระหว่าง 2.39–4.24 (ภาพที่ 1) ค่าเฉลี่ยต่ำสุดเป็นสมรรถนะในมิติ (A) การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural awareness) โดย 3 ปัจจัยที่ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 3.00 คือ ปัจจัยที่ A6 การปรับปรุงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและระหว่างวัฒนธรรม (2.39 ± 1.02), ปัจจัยที่ A5 การตระหนักถึงทางเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความไม่เสมอภาค (2.57 ± 1.20) และ A3 การมีส่วนร่วมในการสะท้อนตนเอง (2.99 ± 1.23) ในขณะที่เภสัชกรส่วนใหญ่ประเมินว่าตนมีสมรรถนะที่สูงในมิติ (D) ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural desire) สูงสุด (4.24 ± 0.73) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและค่า mean score สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อแบ่งระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมแต่ละปัจจัยเป็น 3 ระดับ คือ สูง (ค่าเฉลี่ย mean score > 3.5), ปานกลาง (2.5–3.5) และต่ำ (< 2.5) พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรส่วนใหญ่มีระดับปานกลางขึ้นไป โดยเฉพาะสมรรถนะมิติ (D) แรงจูงใจ, (E) ความสามารถในการเผชิญและจัดการความแตกต่างทางวัฒนธรรม, (S) ทักษะ และ (K) ความรู้ โดยมีมิติ (A) การตระหนักรู้เป็นด้านที่มีสัดส่วนของผู้ประเมินตนเองระดับต่ำมากกว่ามิติอื่นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะปัจจัยความตระหนักรู้ที่ A5 และ A6 (ภาพที่ 1) ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในแต่ละข้อคำถาม

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n=241)

มิติ A. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural awareness)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
A1: การเผชิญหน้ากับพลวัตทางเชื้อชาติ	**3.53**	**1.08**
- การตระหนักถึงการเหยียดเชื้อชาติ	3.62	1.02
- การรับรู้สิทธิพิเศษของคนผิวขาว	4.01	0.95
- การตระหนักการกำหนดคุณค่าของตนเองต่อผู้ป่วย	2.96	0.99
A2: การทำความเข้าใจอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ	**3.52**	**1.03**
- การตระหนักคุณค่าของตนเอง	3.49	0.99
- การรับรู้ทัศนคติและความเชื่อของตนเอง	3.39	1.10
- การตระหนักถึงอุปสรรคของขนบธรรมเนียมประเพณี	3.68	0.99
- การตระหนักถึงอุปสรรคในการใช้บริการด้านสุขภาพของคนกลุ่มน้อย	3.53	1.02
A3: การมีส่วนร่วมในการสะท้อนตนเอง	**2.99**	**1.23**
- การรับรู้อัตลักษณ์ความหลากหลายของตนเอง*	3.14	1.16
- การรับรู้แบบแผนของตนเอง [แบบแผนทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม กลุ่มบุคคล และเพศ]	2.49	1.02
- การตระหนักถึงอคติและความลำเอียงของตนเอง	3.34	1.01
A4: การตระหนักถึงปัจจัยทางสังคมของสุขภาพ	**3.3**	**1.21**
- ความสำคัญของพันธุกรรมในการเอื้อต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ*	2.37	1.03
- การมีส่วนร่วมของวิถีชีวิตต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ	3.29	1.01
- การมีส่วนร่วมของสิ่งแวดล้อมต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ	3.42	1.01
- การมีส่วนร่วมของความยากจนต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ	3.63	1.06
- การมีส่วนร่วมของการศึกษาต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ	3.52	1.05
- การมีส่วนร่วมของการไม่รู้หนังสือต่อความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ	3.59	1.04

มิติ A. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural awareness)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
A5: การตระหนักถึงการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความไม่เสมอภาค	**2.57**	**1.20**
- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอายุ	2.81	1.14
- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการกีดกันทางเพศ	2.22	1.12
- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรักเพศเดียวกัน	2.53	1.14
- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเหยียดสีผิว	2.97	1.24
- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการแบ่งชนชั้น	2.78	1.20
- ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความสามารถ	2.21	1.17
A6: การปรับปรุงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล/ระหว่างวัฒนธรรม	**2.39**	**1.02**
- การปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย*	2.38	1.05
- การปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (ระหว่างกลุ่มงาน)	2.32	0.99
- การปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมชั้น (ภายในกลุ่มงาน)	2.34	0.95
- การปฏิสัมพันธ์กับสตาฟ (ทีมบริหาร)	2.52	1.07
A7: ความสำคัญของการได้รับการฝึกอบรมความสามารถทางวัฒนธรรม*	**3.06**	**1.03**

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

มิติ S. การมีทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural skill)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
S1: การให้บริการที่มุ่งเน้นมิติทางวัฒนธรรม	**3.49**	**0.81**
- การทักทายผู้ป่วยที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม	3.94	0.80
- การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย	3.9	0.74
- การรับรู้เกี่ยวกับการใช้วิธีการรักษาพื้นบ้านและ/หรือวิธีการรักษาอื่น ๆ	3.49	0.91
- การรับรู้เกี่ยวกับการใช้วิธีการรักษาพื้นบ้านและ/หรือผู้ปฏิบัติงานอื่น ๆ	3.45	0.87
- การตรวจร่างกาย	3.55	0.61
- การวางแผนการรักษา	3.53	0.68
- การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	3.67	0.64
- การให้บริการป้องกันทางคลินิก	3.5	0.61
- การดูแลระยะสุดท้าย*	2.98	0.90
- การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย	3.27	0.73
- การทำงานกับล่ามทางการแพทย์*	3.13	0.92
S2: การจัดการกับความขัดแย้งระหว่างวัฒนธรรม	**3.11**	**0.85**
- การจัดการกับปัญหาในการให้ความยินยอม	2.82	0.75
- การจัดการกับปัญหาในการวินิจฉัย/การรักษา	2.83	0.75
- การจัดการกับปัญหาความร่วมมือการใช้ยา*	3.31	0.73
- การให้บริการป้องกันโรค	2.87	0.80
- การขอโทษในความเข้าใจผิดหรือข้อผิดพลาดข้ามวัฒนธรรม*	3.71	0.83
S3: การประเมินความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน	**3.29**	**0.78**
- ประเมินความต้องการของคนพิการ	3.27	0.80
- ประเมินความต้องการของเด็กและวัยรุ่น	3.12	0.78
- ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ	3.58	0.76
- ประเมินความต้องการของผู้ชาย	3.23	0.73
- ประเมินความต้องการของผู้หญิง	3.24	0.74
- ประเมินความต้องการของ LGBTQ	3.41	0.71
- ประเมินความต้องการของคนยากจน	3.29	0.78
- ประเมินความต้องการของชนกลุ่มน้อย	3.12	0.81

มิติ K. การมีองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural knowledge)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
K1: การระบุประเด็นด้านสุขภาพของประชาชน	**3.28**	**0.69**
- ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกัน	3.86	0.68
- ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์	3.07	0.68
- ความรู้เรื่องสุขภาพเด็ก	3.05	0.68
- ความรู้เรื่องสุขภาพวัยรุ่น	3.15	0.66
- ความรู้เรื่องสุขภาพผู้ใหญ่	3.45	0.64
- ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ	3.48	0.66
- ความรู้เรื่องสุขภาพของผู้หญิง	3.4	0.70
- ความรู้เรื่องสุขภาพของผู้ชาย	3.29	0.70
K2: การทำความเข้าใจบริบทของการดูแลรักษา	**3.24**	**0.87**
- ข้อมูลด้านประชากร	3.39	0.69
- ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม	3.25	0.75
- ความเสี่ยงต่อสุขภาพ	3.17	0.82
- ความแตกต่างด้านสุขภาพ	3.19	0.91
- ชาติพันธุ์วิทยา	3.02	0.87
- ประเพณีการรักษาที่แตกต่างกัน	2.89	0.93
- ผลกระทบของการเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ	3.1	0.92
- พรบ.สิทธิพลเมือง*	3.66	0.83
- มาตรฐานทางวัฒนธรรม/ภาษา*	3.51	0.84
K3: การประยุกต์ใช้ความรู้หลากหลายวัฒนธรรม	**3.18**	**0.94**
- ความสามารถในการใช้เครื่องมือที่หลากหลายทางวัฒนธรรม*	3.44	0.77
- ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่หลากหลาย*	3.41	0.82
- ความสามารถระบุความเชื่อแบบตายตัว	3.44	0.80
- ความสามารถในการตระหนักถึงรูปแบบการปรับตัว	3.62	0.78
- ความสามารถในการวิจารณ์งานวิจัยหลากหลายวัฒนธรรม	2.79	0.93
- ความสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างกลุ่มต่าง ๆ	2.79	0.94
- ความสามารถหารือเกี่ยวกับการวิจัยหลากหลายวัฒนธรรม	2.78	1.02

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

มิติ E. ความสามารถในการเผชิญและการจัดการกับประเด็นทางวัฒนธรรม (cultural encounter)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
E1: การเพิ่มความสะดวกสบายระหว่างการเผชิญกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม	**3.46**	**0.95**
- การดูแลผู้ป่วยจากภูมิหลังที่หลากหลาย	3.61	0.83
- การดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถทางภาษาอังกฤษที่จำกัด	3.44	1.03
- ผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	3.33	0.97
E2: การจัดการความท้าทายของการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม	**3.28**	**1.02**
- การระบุความเชื่อที่ซ่อนอยู่ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษา	3.2	0.95
- การทำความเข้าใจกับการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูด	3.5	0.88
- การตีความการแสดงออกของความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน	3.47	0.88
- การให้คำปรึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ	3.5	0.89
- การพูดในทางอ้อมมากกว่าการพูดแบบตรง ๆ*	3.48	0.90
- การแจ้งข่าวร้ายให้กับครอบครัวของผู้ป่วย	2.92	1.08
- การทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญสุขภาพจากภูมิหลังที่หลากหลายทางวัฒนธรรม	3.8	0.91
- การทำงานกับเพื่อนร่วมงานที่แสดงความคิดเห็นที่เสื่อมเสีย	2.79	1.12
- การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แสดงความคิดเห็นที่เสื่อมเสีย	2.87	1.05

มิติ D. ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural desire)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
D1: แรงจูงใจของความต้องการในกระบวนการพัฒนาความสามารถทางวัฒนธรรม	4.24	**0.73**
- การเอาใจใส่และความรัก	4.34	0.68
- การเสียสละ	4.05	0.75
- ความยุติธรรมทางสังคม	4.27	0.74
- ความนอบน้อม & ความเห็นอกเห็นใจ	4.22	0.75
- การเผชิญหน้าต่อความกลัว/สิ่งศักดิ์สิทธิ์	4.31	0.72

[a] Range 1 to 5, [b] Score > 3.5, [c] Score between 2.5 and 3.5, [d] Score < 2.5

* ข้อคำถามที่ถูกตัดออกในขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพของแบบประเมิน TPCCS [22]

วิจารณ์และข้อยุติ

การสำรวจสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบประเมินออนไลน์ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 241 ราย ซึ่งต่ำกว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 380 คน อัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 31.3[31-32] อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบประเมินนี้ ครอบคลุมเภสัชกรโดยมีช่วงอายุการปฏิบัติงานที่กว้าง ครอบคลุมลักษณะการปฏิบัติงานที่หลากหลาย ครอบคลุมโรงพยาบาลระดับต่างๆ และครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ (ตารางที่ 1) รวมถึงมีลักษณะพื้นฐานโดยเฉพาะปัจจัยที่อาจมีผลต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรม คล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (อ้างอิงข้อมูลจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.3) อายุ 31–50 ปี (ร้อยละ 69.1) ครึ่งหนึ่งมีตำแหน่งทางวิชาการในระดับชำนาญการ (ร้อยละ 50.8) ร้อยละ 100 มีสังกัดอยู่นอกกรุงเทพมหานคร และการศึกษาสูงสุดคือจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 83.5) เป็นต้น

การสำรวจพบว่า โดยรวมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยอยู่ระหว่าง 2.39–4.24 ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00 มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ซึ่งล้วนอยู่ในมิติ A. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม สะท้อนให้เห็นว่าเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญถึงมิติการตระหนักรู้ เกี่ยวกับวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลางและบางปัจจัยอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยดังกล่าวคือ การมีส่วนร่วมในการสะท้อนตนเองการตระหนักถึงการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความไม่เสมอภาค และการปรับปรุงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล/ระหว่างวัฒนธรรม ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มีค่าเฉลี่ย 4.24 จัดอยู่ในมิติ D. ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างมีความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีต่อการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในทุกมิติของเภสัชกรต่อไป

สมรรถนะในมิติ A. การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมที่เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่าอยู่ในระดับปานกลางและบางปัจจัยอยู่ในระดับต่ำนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว จันทภาษา[18] ที่ศึกษาสถานการณ์การให้บริบาลเภสัชกรรมอย่างมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 และพบว่าเภสัชกรยังขาดความตระหนักรู้และองค์ความรู้เกี่ยวกับประเด็นวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในการศึกษาของวิชาชีพอื่น เช่น พยาบาล[29] ก็พบว่าแม้ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างจะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่อยู่ในระดับสูง แต่มิติด้านการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมต่ำกว่าสมรรถนะด้านอื่นเช่นกัน

บทบาทการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาลนั้นมีโอกาสให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมในทุกวัน รวมถึงยังมีโอกาสเผชิญกับความหลากหลายของบุคลากรสุขภาพที่ต้องร่วมงานด้วย ในบริบทสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ของเภสัชกรโรงพยาบาลอาจมีส่วนให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในระดับหนึ่ง แต่ในขณะเดียวกันก็ประเมินว่าตนยังไม่สามารถเข้าใจความแตกต่างหลากหลายของวัฒนธรรมอันเป็นวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลได้ทั้งหมด ทั้งนี้สมรรถนะมิติการตระหนักรู้นี้ยังรวมถึงการตรวจสอบความอคติของตนเองต่อวัฒนธรรมอื่นๆ และการสำรวจเชิงลึก (in-depth exploration) ถึงเบื้องหลังวัฒนธรรมตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการหลักที่จะนำไปสู่ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงวัฒนธรรมของตนเอง หากเภสัชกรยังไม่เข้าใจลึกซึ้งในวัฒนธรรมตนเอง ก็มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการบริการที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรมได้

เมื่อสมรรถนะมิติการตระหนักรู้ของเภสัชกรยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง อาจส่งผลให้สมรรถนะมิติอื่นยังมีค่าเฉลี่ยไม่สูงมากนัก (ต่ำกว่า 3.5) ทั้งสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และการเผชิญหน้าและจัดการกับประเด็นทางวัฒนธรรม และมีผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องการพัฒนาตนเอง ค่าเฉลี่ยของระดับความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural desire) จึงอยู่ในระดับสูง ภาพรวมของระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมในมิติต่างๆ ของ

เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างนี้ อาจเทียบได้กับระยะ cultural incapacity ตามแนวคิดของเทอร์ลี่ ครอสและคณะ (1989)[33] ซึ่งเป็นระยะที่ 2 จาก 6 ระยะของการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีมากต่อการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในทุกมิติของเภสัชกรต่อไป

ครอสและคณะ เสนอว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuum) 6 ระยะ คือ 1) ระยะการทำลายวัฒนธรรม (cultural destructiveness) บุคคลคิดว่าวัฒนธรรมของตนเหนือกว่าวัฒนธรรมอื่น แบ่งแยกบุคคลที่มาจากต่างวัฒนธรรม และเหมารวมว่าคนจากพื้นเพวัฒนธรรมเดียวกันจะเหมือนกันหมด, 2) ระยะที่ไม่มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural incapacity) มีความตระหนักว่ามีความหลากหลายของวัฒนธรรม แต่ยังไม่รู้ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไรในการพูดคุยซักถาม หรือให้บริการบุคคลจากต่างวัฒนธรรม มีความรู้สึกว่าตนยังไม่มีความรู้หรือทักษะที่เพียงพอ และอาจแสวงหาการอบรมเพิ่มเติม, 3) ระยะที่ไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรม (cultural blindness) ละเลยความสำคัญของวัฒนธรรม หรือตั้งสมมุติฐานว่าทุกคนเหมือนกันหมด, 4) ระยะก่อนการมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural pre-competence) เริ่มเรียนรู้ความแตกต่างทางวัฒนธรรม เริ่มสอบถามผู้รับบริการถึงพื้นฐานทางวัฒนธรรม และนำประเด็นดังกล่าวไปพิจารณาร่วมในการให้บริการที่เหมาะสม, 5) ระยะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural competency) ประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม และ 6) ระยะของการใช้สมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural proficiency) เห็นว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นส่วนสำคัญของความเป็นตัวตนและการปฏิบัติงานของตน มุ่งมั่นเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้นแบบและพร้อมแบ่งปันความรู้และทักษะของตนแก่ผู้อื่น[33] ระยะของการพัฒนาสมรรถนะทั้ง 6 ระยะนี้ ไม่มีเส้นแบ่งที่ชัดเจน ไม่ได้เป็นการพัฒนาในเชิงเส้นตรง แต่กลับไปมาระหว่างแต่ละระยะได้ และบุคคลอาจมีสมรรถนะอยู่ในหลายระยะพร้อมกันได้ในขณะเดียวกัน

ทั้งนี้ มีประเด็นที่นักวิจัยและผู้ใช้ผลการประเมินสมรรถนะด้านวัฒนธรรมพึงตระหนัก คือ ลักษณะสมรรถนะทางวัฒนธรรมนั้น เป็นลักษณะที่ไม่ได้หยุดนิ่งตายตัว สามารถเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด ความสามารถในประเด็นวัฒนธรรมนี้จึงขึ้นอยู่กับระดับบุคคลมากกว่ากลุ่มหรือองค์กร และการหาความสัมพันธ์ในเชิงกลุ่มหรือองค์กรจึงทำได้ค่อนข้างยากและมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของบุคคล[34] งานวิจัยครั้งนี้ซึ่งประเมินระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมในช่วงเวลาหนึ่งๆ ของกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่ได้สะท้อนว่าเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขาดสมรรถนะทางวัฒนธรรม แต่จากข้อมูลและบริบทที่เกี่ยวข้อง อาจพิจารณาว่าเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะเริ่มต้น และมีแนวโน้มที่จะเกิดการพัฒนาสมรรถนะจนเห็นการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในการประเมินครั้งต่อๆ ไปได้ สิ่งที่สำคัญของการประเมิน คือ ควรให้บุคคลได้ทราบว่าตนมีสมรรถนะอยู่ในระยะใด และมีโอกาสในการพัฒนามิติใดเพิ่มเติมอีกบ้าง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถทางวัฒนธรรม เช่น เพศ (เพศหญิง)[25] อายุ (สูง)[29] ระดับการศึกษา (สูง)[25,30] ประสบการณ์การทำงาน[29] ประสบการณ์การฝึกการอบรมด้านวัฒนธรรม[35] ภาษา (สื่อสารได้หลายภาษา)[26,28] รายได้ (สูง)[29] สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ)[27] ผู้ร่วมงาน (เก่ง อัธยาศัยดี ช่วยเหลือเกื้อกูล)[27-28] และการรับรู้นโยบายเกี่ยวกับวัฒนธรรม ค่านิยมและเจตคติ[29-30] ซึ่งในภาพรวม จากข้อมูลพื้นฐานของเภสัชกรกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1 และ 2) อาจกล่าวได้ว่าส่วนใหญ่มีปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่ดีหลายปัจจัย เช่น จัดว่าเป็นกลุ่มที่มีการศึกษา มีประสบการณ์การทำงานโรงพยาบาลเกินสิบปี สื่อสารได้หลายภาษา และมีโอกาสให้ได้ปฏิสัมพันธ์กับคนต่างวัฒนธรรมในชีวิตประจำวันและการทำงาน ทั้งนี้ จากข้อสังเกตระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล

พบว่ามีโอกาสที่เภสัชกรโรงพยาบาลที่มีปัจจัยด้านต่างๆ แตกต่างกัน จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในแต่ละมิติแตกต่างกันได้ เช่น หากจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามภูมิภาคของภูมิลำเนา และลักษณะการปฏิบัติงานหลัก พบว่าเภสัชกรที่มีภูมิลำเนาในภาคเหนือ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มจะมีสมรรถนะมิติความตระหนักรู้และมิติความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม สูงกว่ากลุ่มอื่น ในขณะที่เภสัชกรที่มีภูมิลำเนาในภาคใต้ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอกเป็นหลัก มีแนวโน้มจะมีสมรรถนะมิติความรู้และมิติทักษะสูงกว่ากลุ่มอื่น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกร ผู้ที่สนใจสามารถใช้ข้อสังเกตนี้เป็นสมมุติฐานสำหรับการศึกษาครั้งต่อไปได้ โดยควรเก็บรวบรวมปัจจัยทางประชากรและปัจจัยที่สนใจเพิ่มเติมด้วยตนเองด้วย เนื่องจากข้อมูลด้านอัตรากำลังเภสัชกรของไทย ยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ และการเข้าถึงข้อมูลพื้นฐานด้านอัตรากำลังเภสัชกรที่กระจายตามหน่วยงานต่างๆ ยังมีข้อจำกัด การพัฒนาให้มีฐานข้อมูลด้านอัตรากำลังเภสัชกรที่ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ของลักษณะทางประชากรและข้อมูลคุณลักษณะอื่นๆ ให้ผู้สนใจเข้าถึงได้ง่าย จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อการวิจัยด้านกำลังคนและการวางแผนพัฒนาอัตรากำลังเภสัชกรได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เภสัชกรมีความชำนาญในสาขาต่างๆ มากขึ้น เช่นเดียวกับระบบยาและบริบทของระบบสุขภาพก็มีความซับซ้อนมากขึ้น การมีข้อมูลด้านสมรรถนะของกำลังคนจึงเป็นทรัพยากรที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อพัฒนาระบบบริการให้ตอบสนองต่อสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว[36,37]

การที่มีเภสัชกรกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 92.9 ไม่เคยอบรมหรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับวัฒนธรรมมาก่อน นอกจากจะสะท้อนถึงทั้งระดับความตระหนักของปัจเจกบุคคลที่อาจไม่สูงมากนัก ยังอาจสะท้อนถึงระบบการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรที่ยังไม่เพียงพอได้ด้วย ทั้งในระดับการผลิตบัณฑิตเภสัชศาสตร์และระบบสนับสนุนการพัฒนาทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในระดับการผลิตบัณฑิตเภสัชศาสตร์ของไทย “สมรรถนะทางวัฒนธรรม” ไม่ถูกระบุโดยตรงในสมรรถนะร่วมของหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต หรือของหลักสูตรเฉพาะสาขาของสภาเภสัชกรรม รวมถึงหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิตของมหาวิทยาลัยต่างๆ หรือในงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แต่ผนวกมากับสมรรถนะอื่นหรือแนวคิดอื่นที่สอดคล้องกัน ได้แก่ 1) สมรรถนะข้ามวัฒนธรรม (cross-cultural competency) หรือสมรรถนะระหว่างวัฒนธรรม (intercultural competency) ซึ่งเป็นหนึ่งสมรรถนะจำเป็นสำหรับการทำงานร่วมกับผู้อื่นตามแนวคิด 21st century skills[35] ที่มักถูกผูกเข้ากับสมรรถนะการสื่อสาร โดยมีหลากรูปแบบ ตั้งแต่การกำหนดเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (program learning outcome, PLO) อย่างชัดเจน เช่น คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[38], กำหนดเป็นวิชาที่ต้องเรียนในกลุ่มวิชาศึกษาทั่วไปหรือวิชาด้านภาษาและวัฒนธรรม (เช่น คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา กำหนดให้นิสิตปี 1 เรียนวิชาสังคมพหุวัฒนธรรมในกลุ่มวิชาศึกษาทั่วไป)[39] และการกำหนดเป็นหนึ่งในหัวข้อของรายวิชาที่เกี่ยวข้องของสถาบันส่วนใหญ่ และ 2) แนวคิดการให้บริการที่คำนึงถึงผู้รับบริการเป็นสำคัญ (patient-centered healthcare) หรือการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized healthcare) เช่น ในเกณฑ์สมรรถนะร่วมของหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต มิติด้านวิชาชีพ คุณธรรม จรรยาบรรณ และมิติด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมเบื้องต้นและการใช้สมุนไพร[40] และหลักสูตรหรือเนื้อหาการเรียนการสอนของคณะเภสัชศาสตร์ต่างๆ

ในระดับการพัฒนาทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (continuing professional development) ก็เช่นเดียวกันกับระดับการผลิตเภสัชกร ที่สมรรถนะทางวัฒนธรรมยังไม่ถูกกล่าวถึงโดยตรง แต่แทรกอยู่กับส่วนอื่น เช่น ความแวดไวทางวัฒนธรรม (cultural sensitivity)[41] ซึ่งสำนัก

ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีประเมินผลพฤติกรรมการปฏิบัติราชการหรือสมรรถนะเพิ่มเติมเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ สำหรับข้าราชการและพนักงานราชการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ราชการบริหารส่วนกลาง) กำหนดความเข้าใจข้อแตกต่างทางวัฒนธรรม[42] (cultural sensitivity) เป็น 1 ใน 16 สมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ภายใต้ยุทธศาสตร์ 20 ปี (people excellence)[43] อย่างไรก็ตาม ในการกำหนดสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ตำแหน่งละสามสมรรถนะ[44] ไม่มีตำแหน่งวิชาชีพใดถูกกำหนดให้ต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมเลย ซึ่งสามสมรรถนะเฉพาะของเภสัชกรถูกกำหนดให้เป็นการมองภาพองค์รวม การดำเนินการเชิงรุก และศิลปะสื่อสารการจูงใจ แสดงให้เห็นว่าสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงประเด็นนี้ แต่ไม่ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการเป็นกรอบให้พัฒนาบุคลากร ในขณะเดียวกัน แม้ในมาตรฐานวิชาชีพของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) จะมีการระบุถึงคำว่า “วัฒนธรรม” แต่เป็นนัยของวัฒนธรรมองค์กรของผู้ให้บริการเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ยังไม่ได้ครอบคลุมถึงสมรรถนะทางวัฒนธรรมระดับบุคคลของเภสัชกร[45] ส่วนการจัดอบรมที่เกี่ยวข้องโดยตรง มีไม่มากนัก โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับเนื้อหาอื่นด้านเภสัชกรรมปฏิบัติ เช่น มีโมดูลในโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรม[46] เรื่อง การสื่อสารข้ามวัฒนธรรมในงานด้านเภสัชกรรมปฏิบัติ โดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี 2564 และการฝึกอบรมโดยหน่วยงานอื่นที่เน้นเรื่องวัฒนธรรมในเชิงประเพณี ชาติพันธุ์ และความต่างวัฒนธรรมในเชิงพื้นที่ และเป็นการฝึกอบรมร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการพัฒนาความสามารถทางวัฒนธรรมในบุคลากรทางการแพทย์[47]

หน่วยงานหลักสองแห่งในประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมกับสุขภาพ โดยมีแหล่งเรียนรู้และจัดอบรมที่เภสัชกรสามารถใช้เพื่อพัฒนาตนเองได้ คือ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร ได้มีการเผยแพร่หนังสือเกี่ยวกับวัฒนธรรมและสุขภาพ เมื่อปี 2550 เรื่องวัฒนธรรมสุขภาพและการเยียวยา เนื้อหาเป็นแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาทางการแพทย์[48] ในช่วงปี 2556–2557 สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระบบบริการสุขภาพ หัวข้อเรื่อง แนวรบสุขภาพ: พรมแดนวัฒนธรรมกับการรุกของทุน[49] และโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการหัวข้อเรื่อง สมรรถนะทางวัฒนธรรมในระบบสุขภาพ: องค์ความรู้สู่การวิจัยเชิงคุณภาพ[47] ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยปรับเปลี่ยนมิติทางวัฒนธรรมในด้านความตระหนักทางวัฒนธรรม แต่การประชุมดังกล่าวเน้นกิจกรรมกลุ่มขนาดเล็ก และไม่ได้มีการจัดกิจกรรมให้มีความต่อเนื่อง ในปี 2565 ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร ได้มีการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการหัวข้อทักษะวัฒนธรรม โดยให้คนที่สนใจร่วมกันตามหาและสร้างความหมายในเรื่องการศึกษาและการเรียนรู้ที่จะอยู่ในโลกของความแตกต่างหลากหลาย โดยการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยน ชวนคิด และร่วมทดลองออกแบบการเรียนรู้หรือการสื่อสารโดยใช้แนวคิดทักษะวัฒนธรรมไปประยุกต์

บทเรียนและตัวอย่างจากต่างประเทศ มีหลายด้านที่ไทยเรียนรู้และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ เช่น Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE) ของสหรัฐอเมริกา กำหนดในปี ค.ศ. 2016 ให้หลักสูตรเภสัชศาสตร์ต้องสอนและประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมทั้งในการบรรยายและการฝึกงาน โดยเป็นเกณฑ์ในการประเมินรับรองสถาบัน[50] การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร[51] การพัฒนาเครื่องมือประเมินที่หลากหลายต่อการใช้งาน[50] การติดตามประเมินสมรรถนะผู้เรียนอย่างสม่ำเสมอ[34,52] เช่น ก่อนและหลังเรียนในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง หรือก่อนออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพ รวมถึงการประเมินผู้สอน[53] การมีแหล่งเรียนรู้ออนไลน์หลากหลายหัวข้อ

และหลายรูปแบบ เช่น โมดูลการฝึกอบรม การเรียนรู้แบบ e-learning และการใช้เครื่องมือช่วยในการเรียนรู้ รวมถึงการฝึกอบรมเกี่ยวกับวัฒนธรรม พบว่าสามารถเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมและช่วยให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ[33]

การผลักดันมิติเชิงวัฒนธรรมระดับบุคคลไปสู่กรอบสมรรถนะและเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพของเภสัชกรรมไทยจะเป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกร ซึ่งจะมีผลต่อเรื่องอื่นๆ ในทางที่ดีขึ้น เช่น การสนับสนุนให้มีการอบรมทางวัฒนธรรม การติดตามประเมินผลการอบรมทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการพัฒนากรอบสมรรถนะและเครื่องมือประเมิน เพื่อใช้ในการติดตามสถานการณ์เป็นระยะๆ การประกาศนโยบายที่ชัดเจนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมสนับสนุนในองค์กร นับได้ว่าเป็นโอกาสที่ดีในการส่งเสริมในทางมิติวัฒนธรรม ทั้งจากค่านิยมในสังคมไทยที่เปิดกว้างในเรื่องต่างๆ มากขึ้น ประกอบกับทิศทางของธรรมนูญสุขภาพฉบับใหม่ที่มุ่งเน้นระบบสุขภาพที่เป็นธรรม และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง มุ่งตอบโจทย์ความมั่นคงของมนุษย์[5] ผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายทั้งระดับโรงพยาบาล องค์กรสภาวิชาชีพเภสัชกรรม และกระทรวงสาธารณสุข จำเป็นที่จะต้องส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของเภสัชกรในมิติทางวัฒนธรรม เช่น การอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับวัฒนธรรม พัฒนาหลักสูตรเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางวัฒนธรรม นำไปสู่การพัฒนาในมิติด้านต่างๆ โดยเฉพาะมิติการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม เพื่อประโยชน์ในการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมมากที่สุดต่อไป

สรุปผลการศึกษา

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉลี่ยยังอยู่ในระดับปานกลาง แม้จะมีความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่สูง แต่มิติการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมมีบางปัจจัยที่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และมีสมรรถนะมิติความรู้ มิติทักษะ และมิติการเผชิญหน้าและการจัดการประเด็นทางวัฒนธรรมที่ยังค่อนข้างต่ำ ดังนั้นการส่งเสริมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เภสัชกรได้พัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในทุกมิติจึงมีความสำคัญและควรเร่งดำเนินการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและผู้บริโภคที่มีความซับซ้อนทางวัฒนธรรม ในสังคมแห่งความหลากหลายเช่นปัจจุบัน

ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. แม้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจะเทียบเคียงได้กับกลุ่มประชากรที่เป็นเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีจำนวนต่ำกว่าที่คำนวณได้ การแปลผลการศึกษาจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง เพราะว่ายังไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรที่ดีได้ ทั้งนี้ อัตราการตอบกลับร้อยละ 31.26 ซึ่งใกล้เคียงเมื่อเทียบกับการสำรวจด้วยแบบสอบถามออนไลน์อื่น[54] เป็นผลจากการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณีที่ไม่สามารถติดตามแบบสอบถาม ในการศึกษาครั้งต่อไป หากใช้แบบประเมินสมรรถนะแบบออนไลน์เพื่อความสะดวกของผู้ประเมิน อาจมีการติดตามที่เพิ่มมากขึ้นในกรณีที่อัตราการตอบกลับยังไม่มากพอ เพิ่มกระบวนการแจ้งเตือนด้วยวิธีต่างๆ ล่วงหน้าก่อนถึงกำหนดเวลาการตอบแบบประเมิน และพิจารณาการให้สิ่งจูงใจในการทำแบบประเมิน เป็นต้น การมีกลุ่มตัวอย่างที่มากเพียงพอ ร่วมกับการมีข้อมูลลักษณะปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่างจะเอื้อให้ผู้สนใจสามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรได้ด้วย

2. สถานการณ์ของสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการศึกษาครั้งนี้เป็นสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ เวลาที่ได้ทำการสำรวจ (เดือนมีนาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2564) ซึ่งในอนาคตระดับของสมรรถนะทางวัฒนธรรมของ

เภสัชกรอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปอภิปรายเปรียบเทียบกับการสำรวจในอนาคตได้

3. เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.5 ทำงานในเขตภาคเหนือ ซึ่งอาจสะท้อนได้ว่าภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่เภสัชกรมีโอกาสได้ทำงานบนความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่ค่อนข้างสูง เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างจึงมีการเข้าถึงและสนใจในประเด็นสมรรถนะทางวัฒนธรรมได้ง่าย และอาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น โอกาสในการติดตามการตอบกลับที่มากกว่าภูมิภาคอื่น ทั้งนี้เพื่อให้งานวิจัยสามารถเป็นตัวแทนประชากรที่ดี งานวิจัยในอนาคตควรมีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมทุกภูมิภาคต่อไป

4. เภสัชกรกลุ่มตัวอย่างไม่ครอบคลุมเภสัชกรโรงพยาบาลในหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน และไม่ครอบคลุมเภสัชกรโรงพยาบาลที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจมีบริบทและมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน การศึกษาเพิ่มเติมในเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดอื่น รวมถึงเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในสาขาอื่นๆ เช่น เภสัชกรร้านยา เภสัชกรอุตสาหการ และผู้แทนยา จะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสถานการณ์ของสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรในภาพรวมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรที่เหมาะสมต่อไป

5. แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกรไทย (Thai Pharmacists' Cultural Competency Self-Assessment Scale: TPCCS) ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว แต่มีจำนวนข้อคำถามที่มาก อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างล้าและกระทบต่อความถูกต้องในการทำแบบประเมินได้ ในระดับสากล ยังมีเครื่องมือประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมหลายเครื่องมือ และบางเครื่องมือมีจำนวนข้อคำถามไม่มาก ผู้สนใจอาจพิจารณาเลือกใช้แบบประเมินอื่นในการศึกษาครั้งต่อไปได้ อย่างไรก็ตามแบบประเมินที่มีจำนวนข้อคำถามน้อยก็มีข้อจำกัดของความครบถ้วนในมิติที่ประเมิน และยังไม่มีแบบประเมินเฉพาะอื่นสำหรับเภสัชกรที่เป็นภาษาไทย การพิจารณาเลือกใช้เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง ควรพิจารณาถึงบริบทของกลุ่มตัวอย่าง และวัตถุประสงค์ของการประเมิน แล้วเลือกให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ นอกจากนี้ การให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง เช่น แบบประเมินออนไลน์ดังในการศึกษานี้ อาจพิจารณาเพิ่มเติมคำชี้แจงและคำอธิบายศัพท์ที่ไม่เป็นที่คุ้นชิน เพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างจะเข้าใจและประเมินสมรรถนะของตนได้อย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่บุคลากรสุขภาพให้ความสนใจมากขึ้นและจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะด้านนี้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากความหลากหลายทางวัฒนธรรมและปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว เภสัชกรยังขาดการเปิดมุมมองในมิติทางวัฒนธรรมทำให้ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่ดีขึ้นได้ การปรับกระบวนวิธีคิดของเภสัชกรให้เปิดใจยอมรับและเข้าใจในความต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ จะสามารถสร้างระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต่างทางวัฒนธรรม อย่างมีคุณภาพ ทั่วถึง และเท่าเทียมได้

2. ผู้รับผิดชอบด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาล สภาเภสัชกรรม องค์กรวิชาชีพเภสัชกรรม และกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำผลการประเมินนี้ไปใช้เพื่อดูสถานการณ์ว่าเภสัชกรมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นอย่างไร มีประเด็นใดที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาส่งเสริมให้ดีขึ้น อาจเริ่มต้นจากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ามิติความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมของเภสัชกรยังอยู่ในระดับต่ำ ควรส่งเสริมและพัฒนามิติด้านความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมดังกล่าวมากขึ้น เพื่อให้เภสัชกรเปิดใจและเปิดมุมมองทางด้านวัฒนธรรม สามารถเข้าใจและยอมรับความ

แตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการให้ได้มากที่สุด การพัฒนาส่งเสริมให้มิติดังกล่าวนี้ให้มีระดับที่ดีขึ้น ย่อมส่งผลให้มิติอื่นๆ มีเกณฑ์ที่ดีขึ้นตามไปด้วย

3. ผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายทั้งระดับโรงพยาบาล สภาเภสัชกรรม องค์กรวิชาชีพ และกระทรวงสาธารณสุข ควรผลักดันมิติเชิงวัฒนธรรมระดับบุคคลไปสู่กรอบสมรรถนะและเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพของเภสัชกรรมไทย ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเภสัชกร ทั้งนี้จะมีส่วนช่วยในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของเภสัชกรในมิติทางวัฒนธรรม เช่น การส่งเสริมให้มีการอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับวัฒนธรรม การสนับสนุนการพัฒนากรอบสมรรถนะและเครื่องมือประเมินเพื่อใช้ในการติดตามสถานการณ์เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาหลักสูตรเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางวัฒนธรรม เช่น โมดูลการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมและ e-learning

4. การพัฒนาหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิตให้มีการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมสุขภาพและสมรรถนะทางวัฒนธรรมให้เพิ่มมากขึ้น จะช่วยให้นักศึกษามีองค์ความรู้ทางด้านมิติวัฒนธรรมที่มากขึ้น เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการให้บริการอย่างมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสิ่งสำคัญคือการเคารพในตัวของผู้ป่วย เคารพในสิ่งที่เขาสนใจ เคารพในความต่างทางวัฒนธรรม และเคารพในความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่ดีขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญและเภสัชกรโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

References

1. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Annals of Internal Medicine. 1978;88(2):251-8.
2. Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: key insights and policy implications. Journal of Health and Social Behavior. 2010;51(1):67-79.
3. Turner BS. Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America by Margaret Lock. Body & Society. 1996;2(3):141-2.
4. Bureau of Social and Health Research. Local knowledge, culture, health and ASEAN society. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2013. (in Thai)
5. The National Health Commission Office. Statute on the National Health System, No. 3, the compass determiningthe future of the countrys health policy-strategy. [Internet]. [accessed 2022 Dec 30]. Available from: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/Thamanoon20Dec2022.pdf. (in Thai)
6. Wassana K. Health paradigms and cultural ecology: domains of holistic health care among ethnic groups. Surin: Surin Rajabhat University Press; 2008. (in Thai)
7. American College of Clinical Pharmacy, O'Connell MB, Korner EJ, Rickles NM, Sias JJ. Cultural competence in health care and its implications for pharmacy: part 1. overview of key concepts in multicultural health care. American College of Clinical Pharmacy. 2007;27(7):1062-79.
8. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of health care services: a model of care. Journal of Transcultural Nursing. 2002;13(3):181-4.
9. Candel-Mora M. Attitudes towards intercultural communicative competence of English for specific purposes students. Procedia Social and Behavioral Sciences. 2015;178:26-31.
10. Hoffman E, Verdooren A. Diversity competence: cultures don't meet, people do. Wallingford: Centre for Agriculture and Biosciences International; 2019.
11. Purnell L. The Purnell Model for cultural competence. Journal of Multicultural Nursing & Health. 2005;11(2):7-15.
12. O'Connell M, Rickles N, Sias J, Korner E. Part 2. Emphasis on pharmacy systems and practice: cultural competency in health care and its implications for pharmacy. American College of Clinical Pharmacy. 2009;29(3):14-34.
13. Phusomta J, Krairiksh M. Cultural competency of professional nurses in hospitals affiliated with centers Ministry of Health Northeast. Journal of Nursing and Health Care.

2019;37(2):113-22. (in Thai)
14. Leekamnerdthai M, Cheevakasemsook A. Cultural competence of professional nurses at Pathumthani Hospital. Journal of Health Science Research of Health Science Research. 2015;9(2):32-8. (in Thai)
15. Jirarode A. Study of cultural competency of lecturers and students in Faculty of Nursing, Thammasat University. Thai Science and Technology Journal. 2015:1006-22. (in Thai)
16. Ruangdej K, Chaosuansreecharoen P, Rodkhem R, Ochaompawon K. Effectiveness of community-based learning on cultural competence among first year Thai traditional medicine students. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2013;22(3):12-25. (in Thai)
17. Chamnan K, Ruengtragul A. The scales development and analysis of teachers' cultural competencies. An Online Journal of Education. 2014;9(2):534-48. (in Thai)
18. Chanthapasa K. The situation analysis of cultural competency of pharmacist on pharmaceutical care services. Bangkok: Ministry of Science and Technology; 2007. (in Thai)
19. Khamkaew S. Development of competency appraisal form for pharmacist at Chonburi Hospital (Master of Public Administration). Chonburi: Burapha University; 2015. (in Thai)
20. Chuwijitra L, Boonsamai W, Tonput P. Factors affecting cross-cultural adaptation of international graduate students in the Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University. Mahidol R2R e-Journal. 2018;5(2):83-94. (in Thai)
21. Srimarut T, Mekhum W. The relationship between cross-cultural competency and employee performance in the organization: a case of Thailand's pharmaceutical industry. Systematic Reviews in Pharmacy. 2020;11(2):595-602. (in Thai)
22. Aunkaew A, Suwannaprom P, Suttajit S. The development of a cultural competency scale for pharmacists. Thai Journal of Pharmaceutical Sciences. 2022;46(6):747-58.
23. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand. Health resources geographic information system. [Internet]. [accessed 2020 Jan 26]. Available from: http://gishealth.moph.go.th/healthmap/gmap.php. (in Thai)
24. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: HarperCollins Publishers; 1973.
25. Hee KD, Eun KS. Cultural competence and factors influencing cultural competence in nursing students. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2013;22(3):159-68.
26. Okoro ON, Odedina FT, Reams RR, Smith WT. Clinical cultural competency and knowledge of health disparities among pharmacy students. American Journal of Pharmaceutical Education. 2012;76(3):1-9.
27. Chanrat P, Champamon A. Factors influencing cross-cultural nursing competency of registered nurses working at Srinagarind Hospital, Khon Kaen University. Journal of Nursing and Health Care. 2018;36(3):23-32. (in Thai)
28. Yuwattana P, Chaonsin K. Relationship between personal factors, work environment, change leadership of head nurses and cross-cultural nursing competency of professional nurses in private hospitals, Bangkok. Journal of the Royal Thai Army Nursing. 2017;18:175-84. (in Thai)
29. Khaengsarikit S. Factors predicting cultural competency of registered nurses. Eastern Asia University Academic Journal Science and Technology. 2015;9(2):99-110. (in Thai)
30. Cholcharoen H, Kongwattananon P, Thongbai W. Factors related to cross-cultural nursing competency of community practitioner nurses in caring for Muslim patients. Faculty of Nursing Journal Burapha University. 2018;26(1):69-78. (in Thai)
31. Rattanamanee N, Phasunon P. Response rate in quantitative research. Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University. 2562;13(3):181-8. (in Thai)
32. Draugalis JR, Coons SJ, Plaza CM. Best practices for survey research reports: a synopsis for authors and reviewers. American Journal of Pharmaceutical Education. 2008;72(1):11.
33. Cross T. Cultural competence continuum. Journal of Child and Youth Care Work. 2012;24:83-5.
34. Echeverri M, Unni E, Harpe SE, Kavookjian J, Alkhateeb F, Ekong G, et al. A multi-school validation of a revised scale for assessing cultural competence in pharmacy students. American Journal of Pharmaceutical Education. 2019;83(3):412-21.
35. Partnership for 21st century learning a network of battelle for kids. Framework for 21st century learning definitions. Ohio: Columbus Office; 2019.
36. Suttajit S, Suwannaprom P, Eakanunkul S. On account of manpower: pharmacy workforce in the complexity of healthcare system. 2nd edition. Chiang Mai: Center for Community Drug System Research and Development, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University; 2018. ISBN 978-616-398-336-7. (in Thai)
37. Srisuphan V, Suwannaprom P, Suttajit S, Plodpai P, Prapaso N, Anuratpanich L, et al. Chapter 11 Health workforce in drug systems. In: Chokwiwat W, Tantivess S, Jamniandamrongkarn S, editors. Thai drug system 2020. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2020. p 506-63. (in Thai)
38. Faculty of Pharmacy, Prince of Songkla University. Bachelor of Pharmacy Program in Pharmaceutical Care, Revised

curriculum 2020. Hat Yai: Faculty of Pharmacy, Prince of Songkla University; 2020. (in Thai)

39. Faculty of Pharmacy, University of Phayao. Bachelor of Pharmacy Program, Doctor of Pharmacy Program in Pharmaceutical Care, Revised curriculum 2019. Phayao: Faculty of Pharmacy, University of Phayao; 2019. (in Thai)
40. Pharmacy Council of Thailand. Pharmacy Council Annoucement No. 18/2012 Professional core competency of Doctor of Pharmacy Program. Nonthaburi: Pharmacy Council of Thailand; 2012. (in Thai)
41. Waree S. Anthropology and cultural competence: Sirindhorn Anthropology Center. [Internet]. [accessed 2020 Jun 2]. Available from: https://www.sac.or.th/portal/th/article/detail/289. (in Thai)
42. Office of the Civil Service Commission. Handbook on the determination of competence in the civil service: a handbook of specific competencies according to the job responsibilities. Nonthaburi: Office of the Civil Service Commission 2010. (in Thai)
43. Pokpermdee P. Twenty-year national strategic plan for public health 2018-2037. Journal of Health Science. 2020;29(1):173-86. (in Thai)
44. Division of Health Economics and Health Security Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Specific competencies according to the job responsibilities (additions) for each position, 3 competencies for bureaucrat and government employees under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (Central administration and central administration with offices located in the region). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
45. Hospital Pharmacy Association (Thailand). Hospital pharmacy professional standards 2012-2018. Bangkok: Hospital Pharmacy Association (Thailand); 2018. (in Thai)
46. Faculty of Pharmacy, Khon Kaen University. Pharmacy workshop module No. 15/2021: effective cross-cultural communication in pharmacy practice 2021. [Internet]. [accessed 2020 Jun 2]. Available from: https://pharm.kku.ac.en/psthai/index.php/newsmanager/pharm_news/ 809. (in Thai)
47. Bureau of Social and Health Research. Cultural competence in health systems: knowledge into qualitative research. Workshop Project Cultural competence in health systems by Health Systems Research Institute (HSRI); 2013 Nov 18-21; Nonthaburi, Thailand. Nonthaburi: Suksala Publishing House; 2013. (in Thai)
48. Muksong C. Culture, health and healing: social concepts and medical anthropology. Nonthaburi: Office of Social and Health Research; 2007. (in Thai)
49. Office of Social and Health Research. Social and Health Workshop "Frontiers of health: cultural borders and the dominance of capital". Nonthaburi: Office of Social and Health Research; 2013. (in Thai)
50. Medina MS, Maerten-Rivera J, Zhao Y, Henson B. A systematic review of assessment tools measuring cultural competence outcomes relevant to pharmacy education. American Journal of Pharmaceutical Education. 2022;86(3):207-16.
51. Patel I, Gadwal T, Shrestha S, Khieri S, Miller MK, Guy JW, et al. Cultural competency education in pharmacy curricula-need and implementation. Indian Journal of Pharmacy Practice. 2020;13(2):97-112.
52. Echeverri M, Brookover C, Kennedy K. Assessing pharmacy students' self-perception of cultural competence. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2013;24(10):64.
53. Mukhalalati B, Shahrour Ma, Rabie S, Awaisu A, Elshami S, Alali F. Cultural awareness and competence of pharmacy educators and learners from the perspective of pharmacy students at Qatar University: a mixed-methods approach. Plos One. 2020;15(12):e0243095.
54. Yingkitwiwat R, Prapaso N, Boonyarit P. Situations of drug system management and opportunities for improvement, a survey of public hospitals and provincial public health offices under the Ministry of Public Health. Thai Journal of Clinical Pharmacy. 2022;28(1)27-41. (in Thai)

ผลของการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐในปฏิบัติการ “สาสุข อุ่นใจ”

สายชล คล้อยเอี่ยม[*]
กมลวรรณ สุขประเสริฐ[*]
ภารุจีร์ เจริญเผ่า[†]
ฐานิตา คุณารักษ์[*]
กันยา เค้นา[*]
ผู้รับผิดชอบบทความ: *สายชล คล้อยเอี่ยม*

บทคัดย่อ

การเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีผลโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ สถาบันการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา ให้คำนิยามแก่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นระดับการดำเนินการขององค์กรในเรื่องนโยบาย การบริการ และระบบบริการที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและการบริการเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้ง่ายขึ้น การเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพอาจยังเป็นเรื่องใหม่ในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มความตระหนักและส่งเสริมสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กรให้กับสถานบริการสุขภาพภาครัฐ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล ก่อน - หลัง โดยเปรียบเทียบสถานะองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มที่ร่วมกิจกรรมการสนับสนุนและส่งเสริมฯ (กลุ่มร่วมเรียนรู้) กับกลุ่มที่เลือกเรียนรู้ด้วยตนเอง (กลุ่มศึกษาเอง) สถิติ Wilcoxon signed rank test ถูกนำมาใช้เปรียบเทียบคะแนนก่อน - หลังภายในองค์กร และ Mann-Whitney U test ถูกนำมาใช้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษา: กลุ่มร่วมเรียนรู้ จำนวน 248 แห่ง และกลุ่มศึกษาเอง จำนวน 207 แห่ง มีการประเมินผลอย่างน้อย 2 ครั้ง ก่อน – หลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [กลุ่มร่วมเรียนรู้ pre-test 95.47%, SD = 5.99, post-test 96.95%, SD = 5.51, p = 0.000; กลุ่มศึกษาเอง pre-test 96.61%, SD=6.77, post-test 97.83%, SD = 4.01, p = 0.002] อย่างไรก็ตาม คะแนนฯ ที่ประเมินครั้งแรกของกลุ่มร่วมเรียนรู้น้อย

[*] *กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย*
[†] *นักวิชาการอิสระ*

Received 23 November 2022; Revised 20 June 2023; Accepted 31 August 2023
Suggested citation: Kloyiam S, Sukprasert K, Charoenphao P, Kunarak T, Kena K. Evaluation of SASUK OON-CHAI, a supportive process for organizational health literacy improvement for government health care units. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):429-41.
สายชล คล้อยเอี่ยม, กมลวรรณ สุขประเสริฐ, ภารุจีร์ เจริญเผ่า, ฐานิตา คุณารักษ์, กันยา เค้นา. ผลของการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ในปฏิบัติการ “สาสุข อุ่นใจ”. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):429-41.

กว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (p = 0.000) แต่คะแนนหลังทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.139) **สรุปผลการศึกษา:** การสนับสนุนและส่งเสริมฯ ช่วยให้หน่วยบริการสุขภาพภาครัฐพัฒนาเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพได้มากขึ้น

คำสำคัญ: องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กร, สาสุข อุ่นใจ, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ

Evaluation of SASUK OON-CHAI, a Supportive Process for Organizational Health Literacy Improvement for Government Health Care Units

Saichon Kloyiam[*], Kamonwan Sukprasert[*], Parujee Charoenphao[†], Thanita Kunarak[*], Kanya Kena[*]

[*] *Division of Health Literacy and Health Communication, Department of Health, Ministry of Public Health*

[†] *Independent Scholar*

Corresponding author: *Saichon Kloyiam, saichon.k@anamai.mail.go.th*

Abstract

Organizational health literacy [OHL] helps health care organizations achieve high-quality, efficient, and meaningful care to service users, called health literate health care organizations [HLO]. OHL is defined by the Institute of Medicine as "the degree to which an organization implements policies, practices, and systems that make it easier for people to navigate, understand, and use information and its services to take care of their health." As OHL was a new term in Thailand, there were needs to raise awareness and promote OHL practices at governmental health care organizations. This study was to evaluate the effect of "SASUK OON-CHAI", a supportive web-based processes for OHL at governmental health care organizations under the Ministry of Public Health. The supportive processes were initiated by the Division of Health Literacy and Health Communication, Department of Health. An evaluative study design was employed to investigate the effects of SASUK OON-CHAI on OHL of governmental health care organizations that registered to participate in interactive online monthly meetings (group 1) and compared with organizations voluntarily chose to self-study the OHL (group 2). The OHL practices were reflected by the staff and service users before and after each health care organization developed and submitted their development plans. The percentages of staff and service users who perceived the OHL practices were compared between the pre-test and post-test using the Wilcoxon signed rank test, and between the two groups using the Mann-Whitney U test. The significance level is .05. Cohen's D was calculated to indicate the effect size. Results: 455 organizations assessed their OHL practices at least twice with a minimum time interval of one month and their OHL practices were used for the evaluation. 248 chose to participate in the interactive online monthly meetings and 207 chose to self-study. There were statistically significant improvements in the OHL practices of both groups with a small effect size [group 1: pre-test 95.47%, SD = 5.99, post-test 96.95%, SD = 5.51, p = 0.000; group 2: pre-test 96.61%, SD = 6.77, post-test 97.83%, SD = 4.01, p = 0.002). At the pre-test, group 1 had a significantly lower percentage of the OHL practices (p = 0.000), but at the post-test, this percentage was not statistically different from that of group 2 (p = 0.139). Conclusion: Either OHL practices by registering in SASUK OON-CHAI and participating monthly online meetings or self-studying the OHL practices helped improve OHL.

Keywords: health literate organization, organizational health literacy, SASUK OON-CHAI, evaluative study design, governmental health care organizations

ภูมิหลังและเหตุผล

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง นอกจากปัจจัยเชิงบุคคลแล้ว ยังจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยเชิงระบบขององค์กรที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของสื่อสุขภาพ ระดับความยากของภาษาที่ใช้ ลักษณะการสื่อสาร ขั้นตอนการบริการ ลักษณะการพูดคุยหรือให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้ามาใช้ข้อมูลข่าวสารหรือบริการขององค์กร การคำนึงถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงระบบขององค์กรข้างต้นและพยายามลดอุปสรรคหรือขจัดออกไป เพื่อให้ผู้ใช้บริการที่มีข้อจำกัดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและบริการขององค์กรได้ดีขึ้น เป็นลักษณะที่โดดเด่นขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate organization, HLO) ที่นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กรหรือปัจจัยเชิงระบบที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลมาประยุกต์ใช้ (organizational health literacy, OHL)[1,2]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กร (organizational health literacy) คือ ระดับความพยายามขององค์กรในการทำให้ประชาชนที่เข้ามาใช้บริการ (to navigate) เข้าใจข้อมูลและการบริการ (to understand) และใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและการบริการ (to use) เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้ง่ายขึ้น และสะดวกขึ้น[1,2] เมื่อองค์กรหนึ่งประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กรเพื่อสร้างแนวปฏิบัติและการบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วทั้งองค์กรแล้ว องค์กรนั้นๆ อาจเรียกได้ว่าเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate organization, HLO)[3]

การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาโรคได้รับอิทธิพลจากระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้รับอิทธิพลจากแนวปฏิบัติขององค์กรด้วย[4] ผู้ใช้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดมักรายงานว่าตนเองมีความลำบากในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและในการปฏิบัติตามขั้นตอนการรับบริการของสถานบริการ[5] การปรับรูปแบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและขั้นตอนการรับบริการให้ง่ายต่อการใช้งานเป็นแนวทางการปรับปรุงแนวปฏิบัติหนึ่งขององค์กรให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมและขับเคลื่อนให้สถานบริการด้านสุขภาพปรับปรุงแนวปฏิบัติ จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ ทีมงาน และกระบวนการพัฒนาที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง Kružliaková และคณะ[4] ศึกษาและพัฒนาทีมงานปรับปรุงแนวปฏิบัติตามแนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยนักวิชาการระดับมหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการองค์กร และเจ้าหน้าที่องค์กร โดยทีมทำงานผ่านกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาแผนปรับปรุงแนวปฏิบัติขององค์กร และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่และมุมมองของผู้ใช้บริการต่อแนวปฏิบัติขององค์กร

การยกระดับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญที่แผนการปฏิรูปประเทศด้านสุขภาพ (ปรับปรุงแก้ไข) ปี พ.ศ. 2564 ให้ความสำคัญและยกเป็นเรื่องที่จำเป็นจะต้องพัฒนา ทั้งนี้ การขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพมีการขับเคลื่อนอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2561 หลังจากประเทศไทยมีแผนการปฏิรูประเทศด้านสาธารณสุข 20 ปี การดำเนินการที่ผ่านมานั้น ยังไม่ได้มีรูปแบบการส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนงานความรอบรู้ด้านสุขภาพจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพใน 4 บริบท คือ โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานประกอบการรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ[6] และได้ประชาสัมพันธ์คู่มือฯ ตลอดจนจัดประชุมชี้แจง ให้คำแนะนำแนวทางการขับเคลื่อนกับภาคี

เครือข่ายที่สนใจ และมอบเกียรติบัตรเพื่อชื่นชมองค์กรที่มีความพยายามปรับปรุงแนวปฏิบัติขององค์กรตนเอง ต่อมาสมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย พัฒนาและจัดทำเกณฑ์การประเมินรับรองและคู่มือการใช้เกณฑ์สำหรับองค์กร 4 ประเภท ได้แก่ โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ชุมชน โรงเรียน และสถานประกอบการ[7] สายชล คล้อยเอี่ยม และคณะพัฒนาตัวชี้วัดและกรอบการกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหน่วยงานภาครัฐ[8] เพื่อเป็นแนวทางการจัดระบบภายในองค์กรที่เกื้อหนุนกัน อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาวิจัยและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงานขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพตามแผนการปฏิรูปประเทศให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พอสรุปได้ว่า องค์ความรู้ เครื่องมือ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพมีหลากหลาย แต่การขับเคลื่อนงานนั้น ยังเป็นความท้าทายสำหรับองค์กรที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์และขาดกระบวนการสนับสนุนการทำงานอย่างเป็นระบบที่ช่วยเพิ่มโอกาสของความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและเกิดผลลัพธ์กับผู้ใช้บริการได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยนี้ต้องการศึกษาผลของการสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพภาครัฐต่อระดับขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงประเมินผลการเข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ในช่วงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

สถานบริการสุขภาพภาครัฐ แบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 28 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 88 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9,777 แห่ง

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มได้มาจากการสมัครเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้ เพื่อทราบขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการสรุปความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญและมีผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย จึงอ้างอิงผลการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรมแนวปฏิบัติสำหรับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่บุคลากรสาธารณสุขของ Coleman และคณะ[9] ที่คะแนนแนวปฏิบัติของผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมการฝึกอบรมร้อยละ 20 โดยกำหนดให้มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มเท่ากับ 0.8 (จากคะแนนเฉลี่ยเต็ม 4 คะแนน เมื่อเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จะเท่ากับ 0.8) ด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.5 อำนาจในการจำแนกเท่ากับ 0.80 (power) และระดับนัยสำคัญที่ 0.05 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอเท่ากับ 7 องค์กรต่อกลุ่ม[10] รวมจำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการสรุปความแตกต่างคือ 14 หน่วยงาน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

สถานบริการสุขภาพภาครัฐที่เข้าร่วมกิจกรรมได้มาจากฐานข้อมูลการเข้าร่วมปฏิบัติการสาสุข อุ่นใจ ของกรมอนามัย เพื่อพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีผลการประเมินสถานะองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพจากทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการในช่วงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565 สถานบริการสุขภาพภาครัฐที่เข้าร่วมกิจกรรมมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะของสถานบริการสุขภาพภาครัฐ

กลุ่มเป้าหมาย (Population)	โปรแกรม/กิจกรรม (Intervention)	บริบท/เงื่อนไข (Context)	ผลลัพธ์ (Outcome)
• แม่และเด็ก • นักเรียน • วัยรุ่น • วัยทำงาน • ผู้สูงอายุ • ผู้ป่วย • ประชากรเฉพาะ/ กลุ่มชายขอบ	• คู่มือ • โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม • การสื่อสาร • การผลิตสื่อ • การปรับสภาพแวดล้อม • การให้คำปรึกษา • การฝึกอบรม • การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่	• ชุมชน • โรงพยาบาล • สถานประกอบการ/ บริษัท • โรงเรียน • ศูนย์สุขภาพชุมชน • วัด • บ้าน • โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง • ศูนย์เด็กเล็ก	• ความรอบรู้ด้านสุขภาพ • พฤติกรรมสุขภาพ • ความรู้ • ความตระหนัก • ทักษะ • อัตราการเข้าถึงบริการ • อัตราการใช้ประโยชน์ • ระดับความพึงพอใจต่อการบริการ • ผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ

- พบว่าเป็นสถานบริการสุขภาพภาคประชาชน
- มีการประเมินผลสถานะองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพียง 1 ครั้งหรือน้อยกว่า

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา

- สถานบริการสุขภาพภาครัฐที่มีตัวแทนเจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ ไม่ถึงร้อยละ 50 ของจำนวนกิจกรรมทั้งหมด
- สถานบริการสุขภาพภาครัฐที่ยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แนวปฏิบัติขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

แบบสำรวจความเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อแนวปฏิบัติขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ มีจำนวน 14 ข้อ ครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก ที่ประยุกต์จากกรอบการพัฒนาตัวชี้วัดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของสายชล คล้อยเอี่ยม และคณะ[8] และผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นภายในรายประเด็น คือ ประเด็นการสนับสนุนและนโยบายจากผู้บริหาร มี 3 คำถาม (เช่น ผู้นำองค์กรประกาศนโยบายและถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่รับรู้และสนับสนุนการจัดบริการและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ใช้บริการ เข้าถึงอย่างสะดวก เข้าใจได้ง่าย สามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม) ค่า Cronbach's alpha = 0.88 กำลังคน มี 5 คำถาม (เช่น องค์กรของท่านกำหนดให้มีทีมงานในการปรับระบบการให้บริการและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ใช้บริการ เข้าถึงอย่างสะดวก เข้าใจได้ง่าย สามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม) ค่า Cronbach's alpha = 0.91 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการ มี 5 คำถาม (เช่น องค์กรของท่านใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อสื่อสารข้อมูลถึงผู้ใช้บริการอย่างรวดเร็วและถูกต้อง) ค่า Cronbach's alpha = 0.92 และการติดตามและประเมินผล มี 1 คำถาม (องค์กรของท่านได้นำความคิดเห็นของผู้ใช้บริการมาปรับปรุงคุณภาพบริการ)

แบบสำรวจความเห็นของผู้ใช้บริการต่อแนวปฏิบัติขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ มีจำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีเนื้อหาเดียวกันกับข้อคำถามสำหรับเจ้าหน้าที่ เพียงแต่ปรับคำบางคำให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วยคำถามคัดกรองระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เบื้องต้น จำนวน 3 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับการบริการขององค์กร จำนวน 10 ข้อ (เช่น เจ้าหน้าที่สอบถามความคิดเห็นและความต้องการของท่านเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงการบริการ, ท่านได้รับข้อมูลความรู้อย่างเพียงพอตรงตามที่ท่านต้องการ)

ตัวเลือกคำตอบและคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 0 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	= 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	= 2 คะแนน
เห็นด้วย	= 3 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 4 คะแนน

คะแนนของหน่วยงานคือค่าเฉลี่ยร้อยละของเจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการที่เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติในแต่ละข้อคำถามไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนข้อคำถาม เช่น 95 คะแนน หมายถึง โดยเฉลี่ย เจ้าหน้าที่ 100 คน และผู้ใช้บริการ 100 คน ที่ตอบแบบสำรวจ จะมีเจ้าหน้าที่ 95 คน และผู้ใช้บริการ 95 คน ที่เห็นด้วยกับแนวปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของข้อคำถาม

โปรแกรมประชุมออนไลน์ที่มีฟังก์ชั่นบันทึกภาพและเสียงระหว่างการประชุม ได้แก่ Microsoft Teams

การสนันสนุนและส่งเสริมการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

การสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการภาครัฐ (supportive processes for organizational health literacy improvement) หรือเรียกว่า ปฏิบัติการ “สาสุขอุ่นใจ” ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ

หนึ่ง การสรรหาคณะทำงานปรับปรุงแนวปฏิบัติ (OHL improvement team) ที่ประยุกต์จากการศึกษาของ Kružliaková และคณะ (2021)[2] ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัย นักวิชาการหรือนักวิจัย เจ้าหน้าที่จากองค์กรที่ต้องการปรับปรุงแนวปฏิบัติ และตัวแทนจากผู้รับบริการ ซึ่งแต่ละฝ่ายทำหน้าที่เสริมกัน เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเป็นผู้ประสานงานและบริหารจัดการหลักในคณะทำงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น การประสานเรื่องการลงพื้นที่ การนัดวัน-เวลาของคณะทำงาน การบริหารจัดการเรื่องการสำรวจข้อมูล การสื่อสารและรับ-ส่งข้อมูลและเอกสารระหว่างคณะผู้วิจัยและคณะทำงาน นักวิชาการหรือนักวิจัยซึ่งมาจากหน่วยงานวิชาการส่วนกลางสังกัดกรมอนามัยหรือนักวิจัยจากหน่วยงานภายนอกทำหน้าที่กำกับ ติดตามกระบวนการเก็บข้อมูล การสำรวจ การกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามหลักวิชาการหรือคู่มือแนวทางการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ การให้การสนับสนุนองค์ความรู้เฉพาะด้านที่องค์กรที่เข้าร่วมต้องการหรือเป็นจุดอ่อนที่ต้องเสริมสร้าง เจ้าหน้าที่จากองค์กรที่ต้องการปรับปรุงแนวปฏิบัติทำหน้าที่ประสานและสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในองค์กรหรือแผนก และกำกับติดตามการเก็บข้อมูลและการสำรวจสถานการณ์ในองค์กรให้สำเร็จลุล่วง และตัวแทนจากผู้รับบริการเป็นผู้ให้คำแนะนำในการเก็บข้อมูลและประสานกับกลุ่มผู้ใช้บริการในกระบวนการเก็บข้อมูลและสำรวจสถานการณ์ อีกทั้งเป็นผู้ให้ข้อมูลสะท้อนกลับในกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมของการวิจัยนี้

สอง การอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการประชุมออนไลน์ (online team roundtable discussion meeting) ตัวแทนคณะทำงานเข้าร่วมประชุมออนไลน์เพื่อเตรียมงานก่อนเริ่มสำรวจสถานการณ์และประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ อภิปรายผลการสำรวจฯ โดยประยุกต์ใช้แนวคิด World Café[11] ในการจัดกระบวนการ มีการประชุมออนไลน์ลักษณะนี้จำนวน 7 ครั้ง ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แต่ละครั้ง คณะทำงานตอบคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ หนึ่ง แนวปฏิบัติอะไรบ้างที่องค์กรหรือแผนกสามารถปรับปรุงได้เพื่อเพิ่มอัตราการใช้บริการและประสบการณ์ที่ดีแก่ผู้รับบริการ สอง ปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้างที่คุณคิดว่าจะเกิดขึ้นหรือที่มีอยู่หากมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติขององค์กรหรือแผนก สาม คณะทำงานฯ เองสามารถทำอะไรได้บ้างเพื่อจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคเหล่านั้น และ สี่ การสนับสนุนหรือความช่วยเหลือที่ต้องการเพื่อช่วยให้คณะทำงานปฏิบัติงานได้ดีขึ้นมีอะไรบ้าง ทั้งนี้ การประชุมแต่ละครั้งมีทั้งการประชุมกลุ่มใหญ่และการประชุม

กลุ่มย่อย จากนั้น นำผลการอภิปรายนำเสนอต่อกลุ่มใหญ่เพื่ออภิปรายในภาพรวมอีกครั้ง การประชุมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 90 นาที โดยดำเนินการทุกวันศุกร์แรกของเดือนธันวาคม 2564 – มิถุนายน 2565

สาม การสื่อสารและเปิดพื้นที่เรียนรู้ให้กับคณะทำงานผ่าน Facebook กลุ่ม ที่ชื่อว่า Thailand Health Literacy ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสาร สอบถาม แลกเปลี่ยนพูดคุย และแบ่งปันข้อมูล เอกสาร รูปภาพ และสื่อเคลื่อนไหวต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของคณะทำงาน และเป็นช่องทางการกำกับ ติดตาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยเผยแพร่จดหมายข่าวทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมออนไลน์ และองค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลการสำรวจสถานการณ์หรือความต้องการการสนับสนุนหรือช่วยเหลือมาเผยแพร่ให้คณะทำงานรับรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในงานได้อย่างต่อเนื่องและตรงจุด

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

ลำดับ	ช่วงเวลา	กิจกรรม	
1	พ.ย. 2564	คณะผู้วิจัยส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมประชุมชี้แจงการเข้าร่วมกิจกรรมถึงสถานบริการสุขภาพภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	
2	พ.ย.2564	คณะผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการวิจัย และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม	
3	พ.ย. 2564	หน่วยบริการด้านสุขภาพภาครัฐลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม โดยเลือกเข้าร่วมกิจกรรมตามความสมัครใจ	
		สถานบริการสุขภาพภาครัฐที่เลือกเข้าร่วมกิจกรรม (กลุ่มร่วมเรียนรู้)	สถานบริการสุขภาพภาครัฐที่เลือกเรียนรู้ด้วยตนเอง (กลุ่มศึกษาเอง)
4	ธ.ค. 2564	สรรหาคณะทำงาน (OHL improvement team) ประกอบด้วย 1. เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัย 1-2 คน 2. นักวิชาการจากหน่วยงานสังกัดกรมอนามัยส่วนกลาง หรือนักวิจัยจากหน่วยงานภายนอกกรมอนามัย 1–2 คน 3. เจ้าหน้าที่งานจากองค์กรหรือแผนกที่ต้องการปรับปรุงแนวปฏิบัติ 1–2 คน (ระดับหัวหน้าฝ่ายขึ้นไป) 4. ตัวแทนผู้ใช้บริการ 1–2 คน	รับคู่มือองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและคู่มือเกณฑ์การประเมิน รับรองและคู่มือการใช้เกณฑ์องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ
5	ธ.ค. 2564	ประชุมออนไลน์ เตรียมงานคณะทำงาน	
6	ม.ค. 2565	สำรวจแนวปฏิบัติขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการ (ก่อนเริ่มพัฒนาองค์กร) โดยใช้ระบบการประเมินผลออนไลน์จากเว็บไซต์สาสุข อุ่นใจ*	
7	ก.พ. 2565	ประชุมออนไลน์ อภิปรายผลสำรวจฯ	
8	ก.พ. 2565	ส่งแผนปรับปรุงแนวปฏิบัติเข้าสู่เว็บไซต์สาสุข อุ่นใจ	
9	มี.ค. 2565	ดำเนินการตามแผน ช่วง 1	
10	มี.ค. 2565	ประชุมออนไลน์ ติดตาม แลกเปลี่ยน-พูดคุย-เรียนรู้ สะท้อนปัญหา อุปสรรค และวิธีการจัดการ	
11	เม.ย. 2565	ประชุมออนไลน์ ติดตาม แลกเปลี่ยน-พูดคุย-เรียนรู้ สะท้อนปัญหา อุปสรรค และวิธีการจัดการ	
12	พ.ค. 2565	ดำเนินการ (ต่อ) ช่วง 2	

* เริ่มต้นใช้คำว่า สาสุข อุ่นใจ, OHL = organizational health literacy

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

คณะวิจัยส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมประชุมชี้แจงการเข้าร่วมกิจกรรมถึงสถานบริการสุขภาพภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หลังจากผู้แทนจากสถานบริการสุขภาพภาครัฐเข้าร่วมประชุมรับฟังการชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมแล้ว ผู้แทนของแต่ละสถานบริการสุขภาพภาครัฐเลือกรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมโดยสมัครใจอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมี 2 ทางเลือก ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดแนวปฏิบัติตามแนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (ร่วมเรียนรู้) หรือศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง (ศึกษาเอง) โดยเลือกจากการขึ้นทะเบียนในเว็บไซต์สาสุข อุ่นใจซึ่งข้อมูลจะถูกบันทึกไว้อัตโนมัติ เพื่อใช้แบ่งกลุ่มข้อมูลสำหรับการศึกษาผล

ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมของการสนับสนุนและส่งเสริมฯ คณะวิจัยและตัวแทนเจ้าหน้าที่จากสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ประชุมออนไลน์เพื่ออภิปรายและแลกเปลี่ยนพูดคุยกันอย่างต่อเนื่อง และในระหว่างการอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการประชุมออนไลน์ เนื้อหา ไฟล์เอกสาร เสียงสนทนา และสื่อเคลื่อนไหวถูกบันทึกเก็บไว้ ไฟล์เสียงถูกนำมาถอดเทปและบันทึกลงในไฟล์ Excel เพื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เมื่อจบการอภิปรายในแต่ละครั้ง ผู้เข้าร่วมตอบแบบประเมินประโยชน์ของการประชุมในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ประโยชน์

ผู้แทนเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสุขภาพภาครัฐที่ร่วมเรียนรู้ และที่ศึกษาเองเปิดระบบการประเมินแนวปฏิบัติตามแนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง ผ่านเว็บไซต์สาสุข อุ่นใจที่เป็นแบบสอบถามออนไลน์ โดยคัดลอกลิงค์ สำหรับเจ้าหน้าที่ ให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้อ่านและตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง และลิงค์สำหรับผู้ใช้บริการ ในกรณีที่คัดกรองแล้วพบว่า ผู้ใช้บริการมีข้อจำกัดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือการอ่าน เจ้าหน้าที่หรือคณะทำงานจะเป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึกคำตอบลงในแบบสำรวจออนไลน์ ข้อมูลผลการสำรวจความคิดเห็นทั้งของเจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการของแต่ละสถานบริการสุขภาพภาครัฐถูกบันทึกอัตโนมัติและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสุขภาพภาครัฐสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยการใช้รหัสผ่าน

คณะวิจัยเข้าถึงข้อมูลผลการสำรวจฯ จากการเข้าสู่ระบบด้วยรหัสผ่านและดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลเปิดของเว็บไซต์สาสุข อุ่นใจ ผ่านเมนู “เรียกดูข้อมูล” ในรูปแบบไฟล์ Excel เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ซึ่งข้อมูลที่ดึงออกมาได้นั้นเป็นคะแนนเฉลี่ยจากการตอบแบบประเมินจากเจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการของแต่ละสถานบริการสุขภาพภาครัฐ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนาถูกนำมาใช้บรรยายลักษณะเชิงประชากรขององค์กร ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย แนวปฏิบัติขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กรภายในและระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างภายในองค์กรด้วย Wilcoxon signed rank test และระหว่างกลุ่มด้วย Mann-Whitney U test โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คณะผู้วิจัยใช้โปรแกรม R 3.1.0 ในการวิเคราะห์ทางสถิติ[12,13] คณะผู้วิจัย ใช้ Cohen’s D[13] เพื่อสะท้อนขนาดของผลของโปรแกรมทดลอง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 515/2565 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลเกิดขึ้นก่อนที่จะได้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ เนื่องจากสถานบริการสุขภาพภาครัฐเข้าร่วมกิจกรรมขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านเว็บไซต์สาสุข อุ่นใจ ที่เป็นการดำเนินการตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณของกรมอนามัยซึ่งเป็นข้อมูล

ทุติยภูมิ ไม่ได้เป็นการเก็บข้อมูลใหม่ ส่วนการเก็บข้อมูลการสนับสนุนและส่งเสริมฯ ของการศึกษานี้ เกิดขึ้นในช่วงการอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการประชุมออนไลน์ประจำเดือน (online team roundtable discussion meeting) หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ แล้ว

ผลการศึกษา

สถานบริการสุขภาพภาครัฐที่ร่วมเรียนรู้มีเจ้าหน้าที่จากสถานบริการจำนวน 5,124 แห่ง เข้าร่วมกิจกรรมออนไลน์กับ สาสุข อุ่นใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของกิจกรรมทั้งหมด แต่มีผลการประเมินสถานะองค์กรไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง จำนวน 248 แห่ง สำหรับกลุ่มศึกษาเองที่มีผลการประเมินสถานะองค์กรไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง มีจำนวน 207 แห่ง ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดจำนวนและร้อยละของสถานบริการสุขภาพภาครัฐจำแนกตามลักษณะการเข้าร่วม เขตสุขภาพ และประเภทองค์กร

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสถานบริการสุขภาพภาครัฐจำแนกตามลักษณะการเข้าร่วม เขตสุขภาพ และประเภทองค์กร

ลักษณะ		ลักษณะการเข้าร่วม			
		ร่วมเรียนรู้		ศึกษาเอง	
		จำนวน (N=248)	ร้อยละ	จำนวน (N=207)	ร้อยละ
เขตสุขภาพ	1	15	6.0	4	1.9
	2	11	4.4	12	5.8
	3	9	3.6	7	3.4
	4	10	4.0	12	5.8
	5	1	0.4	1	0.5
	6	16	6.5	19	9.2
	7	76	30.6	77	37.2
	8	58	23.4	45	21.7
	9	12	4.8	8	3.9
	11	29	11.7	2	1.0
	12	10	4.0	16	7.7
	กรุงเทพฯ	1	0.4	4	1.9
ประเภทองค์กร	รพ.สต.	152	61.3	161	77.8
	รพช.	27	10.9	17	8.2
	สสอ.	21	8.5	19	9.2
	สสจ.	14	5.6	3	1.4

รพช. = โรงพยาบาลชุมชน, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สสจ. = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สสอ. = สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ตารางที่ 4 ความเปลี่ยนแปลงของคะแนนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของสถานบริการสุขภาพภาครัฐที่ร่วมเรียนรู้และศึกษาเอง

		ลักษณะการเข้าร่วม			
		ร่วมเรียนรู้		ศึกษาเอง	
คะแนน HLO*	ครั้งแรก	95.47		96.61	
	Standard deviation	5.99		6.77	
	ครั้งสุดท้าย	96.95		97.83	
	Standard deviation	5.51		4.01	
p-value (ความแตกต่าง ครั้งแรก - ครั้งสุดท้าย) ด้วย Wilcoxon signed rank test		0.000		0.002	
Effect size (Cohen's D)		0.2		0.18	
p-value (ความแตกต่างของระหว่างกลุ่ม (ร่วมเรียนรู้ - ศึกษาเอง) ด้วย Mann-Whitney U test		ครั้งแรก	0.004	ครั้งสุดท้าย	0.139
	การเปลี่ยนแปลงของคะแนน HLO	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	คะแนนเพิ่มขึ้น	128	51.6	103	49.8
	คะแนนคงที่	60	24.2	51	24.6
	คะแนนลดลง	60	24.2	53	25.6
ร้อยละของผู้ที่เคยเรียนรู้เรื่อง HL**/HLO ก่อนการประเมิน		56.7		63.8	

* HLO = health literate organization, ** HL = health literacy

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของคะแนนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มร่วมเรียนรู้ และกลุ่มศึกษาเอง กลุ่มร่วมเรียนรู้มีคะแนนฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากครั้งแรก 95.47 (SD = 5.99) เป็น 96.95 (SD = 5.51) (p = 0.000) กลุ่มศึกษาเองก็มีคะแนนเพิ่มขึ้นจากครั้งแรกเช่นกัน โดยครั้งแรกมีคะแนน 96.61 (SD = 6.77) เป็น 97.83 (SD=4.01) ในการประเมินรอบหลัง (p = 0.002) ทั้งนี้ คะแนนของทั้งสองกลุ่มในการประเมินครั้งแรกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.004) โดยกลุ่มร่วมเรียนรู้มีคะแนนน้อยกว่า เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม คะแนนของทั้งสองกลุ่ม ณ การประเมินรอบหลัง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 1.39) ทั้งนี้ กลุ่มร่วมเรียนรู้มีร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่เคยเรียนรู้เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มศึกษาเอง (ร้อยละ 56.7 เทียบกับร้อยละ 63.8)

สำหรับขนาดของผล (effect size) พบว่า การเพิ่มขึ้นของคะแนนฯ จากครั้งแรกของกลุ่มร่วมเรียนรู้และกลุ่มศึกษาเอง อยู่ในขนาดเล็ก (Cohen's D กลุ่มทดลอง = 0.26, กลุ่มเปรียบเทียบ = 0.18 คำนวณจากขนาดของความแตกต่าง / ค่าเบี่ยงเบนของค่าความแตกต่าง ซึ่งไม่ได้นำเสนอในตาราง)

วิจารณ์

องค์ความรู้ เครื่องมือ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพมีหลากหลาย แต่การขับเคลื่อนงานนั้น ยังเป็นความท้าทายสำหรับองค์กรที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์และขาดกระบวนการสนับสนุนการทำงานอย่างเป็นระบบที่ช่วยเพิ่มโอกาสของความสำเร็จในการปรับปรุงแนวปฏิบัติขององค์กรให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและเกิดผลลัพธ์กับผู้ใช้บริการได้ การศึกษานี้ศึกษาผลของการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพภาครัฐผ่านการประชุมออนไลน์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประจำเดือนกับคณะทำงานของแต่ละสถานบริการสุขภาพและการสื่อสารและเปิดพื้นที่เรียนรู้ให้กับคณะทำงานผ่าน Facebook

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของสถานบริการสุขภาพภาครัฐที่ขึ้นทะเบียนในเว็บไซต์สาสุข อุ่นใจ เพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าจะร่วมเรียนรู้หรือศึกษาเอง อย่างไรก็ตาม ณ การประเมินครั้งแรก กลุ่มร่วมเรียนรู้มีคะแนนองค์กรรอบรู้ฯ น้อยกว่ากลุ่มศึกษาเอง แต่เมื่อเข้าร่วมประชุมออนไลน์ประจำเดือนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Facebook Thailand Health Literacy คะแนนองค์กรรอบรู้ฯ ของกลุ่มร่วมเรียนรู้เพิ่มขึ้นเกือบเท่ากับกลุ่มศึกษาเอง อีกทั้ง ยังมีสัดส่วนสถานบริการสุขภาพที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นกว่าเดิมมากกว่ากลุ่มที่ศึกษาเองด้วย

คะแนนประเมินครั้งแรกของกลุ่มร่วมเรียนรู้ที่น้อยกว่าอาจมีเหตุมาจากสัดส่วนของเจ้าหน้าที่ที่เคยเรียนรู้เรื่อง HL/HLO น้อยกว่า ซึ่งอาจตีความได้ว่า กลุ่มร่วมเรียนรู้อาจมีความคุ้นเคยกับแนวปฏิบัติขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่า การเข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนและส่งเสริมฯ ช่วยให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐที่อาจมีประสบการณ์น้อย สามารถพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพได้ดีกว่าเรียนรู้ด้วยตนเอง

การเพิ่มขึ้นของคะแนนฯ ของทั้งสองกลุ่มอยู่ในขนาดเล็ก อาจเป็นผลมาจากการมีคะแนนฯ สูงตั้งแต่การประเมินครั้งแรก ที่อาจเป็นผลจากมาตรฐานคุณภาพสถานบริการสุขภาพภาครัฐที่มีอย่างหลากหลาย เช่น มาตรฐานงานสุขศึกษา มาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาล ที่ช่วยให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐมีการจัดกระบวนการเพื่อตอบสนองต่อผู้ใช้บริการได้ดีระดับหนึ่ง แต่สำหรับการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ใช้บริการจากมุมมองของผู้ใช้บริการเอง (ระดับความง่ายในการใช้ประโยชน์) ที่อาจใช้เวลามากถึง 2 ปี จึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงทั่วทั้งองค์กร[5,14] จึงทำให้การพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงเวลาเพียง 6 เดือนของการเข้าร่วมกิจกรรมกับกรมอนามัยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การพัฒนาขึ้นเพียงเล็กน้อยนี้อาจมีมูลค่าและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการที่เข้าไม่ถึงข้อมูลและการบริการที่มีคุณภาพอย่างมาก สอดคล้องกับแนวคิดกฎผลตอบแทนลดน้อยถอยลง (law of diminishing return) ที่แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มการดำเนินงานจำนวนมากอาจได้ผลลัพธ์กลับมาน้อยลง เนื่องจากมีพื้นที่ในการดำเนินการหรือพัฒนาน้อยลง แต่สำหรับภาคสาธารณสุขนั้น การทำให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจได้ดีขึ้นเพียงเล็กน้อย อาจทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมาก[15-17]

ข้อค้นพบของการศึกษานี้อาจเป็นข้อค้นพบแรกของการขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการสืบค้นของคณะผู้วิจัย ยังไม่พบการศึกษาผลของการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในลักษณะนี้ต่อสถานะองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้ลักษณะกิจกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ Kružliaková และคณะ[4] ที่นำกิจกรรมลักษณะเดียวกันนี้ไปใช้พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสุขภาพภาครัฐ และพบว่า อัตราการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่มีมากขึ้น เปิดอ่านอีเมล์บ่อยขึ้น และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในวิถีปฏิบัติประจำวันมากขึ้น

จุดแข็งของการศึกษานี้คือ การใช้ข้อมูลจากระบบการสำรวจความคิดเห็นของทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการในเว็บไซต์อย่างน้อยฝ่ายละ 1 คน ที่เปรียบเสมือนการตรวจสอบแนวปฏิบัติของทั้งสองฝั่งและมีข้อมูลอย่างน้อยสองช่วงเวลา ทำให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น อีกทั้ง ยังเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่ง่ายในการประมวลผลและสะท้อนสถานการณ์ให้กับคณะทำงานของหน่วยงานเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงองค์กร อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของการศึกษานี้ คือ การไม่ได้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับกลไกที่องค์ประกอบต่างๆ ของแนวปฏิบัติขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพภาครัฐที่ร่วมกิจกรรม จุดอ่อนต่อมา คือ ลักษณะขององค์กรที่เข้าร่วมกิจกรรมอาจมีความแตกต่างกันมาก และอาจส่งผลต่อระดับความสำเร็จของการปรับปรุงแนวปฏิบัติ เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมและเลือกกลุ่มเป็นความสมัครใจ สถานะขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยกวนจากความแตกต่างของกลุ่มร่วมเรียนรู้และศึกษาเองได้ เช่น ประเภทสถานบริการสุขภาพ จำนวนผู้ใช้บริการ ลักษณะที่ตั้ง ดังนั้น สำหรับการศึกษาในอนาคต จึงควรเพิ่มเติมการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษากลไกขององค์ประกอบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดบริการ และแยกวิเคราะห์ตามประเภทของสถานบริการสุขภาพ เพื่อสะท้อนผลที่แท้จริงของกิจกรรม

ข้อยุติ

การขึ้นทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและประเมินสถานะองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐมีแนวปฏิบัติตามแนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพได้ ซึ่งสถานบริการฯ สามารถเลือกเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ออนไลน์หรือเรียนรู้ด้วยตนเองก็ได้ ทั้งนี้ การสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพริเริ่มขึ้นช่วยให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐที่อาจยังไม่คุ้นเคยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กรสามารถพัฒนาเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ

กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐทั้งหมดขึ้นทะเบียนและประเมินสถานะองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

กรมอนามัยควรจัดกิจกรรมสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีพื้นที่ให้แบ่งปันประสบการณ์ และสอบถามข้อสงสัยได้อย่างต่อเนื่อง

References

1. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. 2018;55:0046958018757848.
2. Brega AG, Hamer MK, Albright K, Brach C, Saliba D, Abbey D, et al. Organizational health literacy: quality improvement measures with expert consensus. HLRP: Health Literacy Research and Practice. 2019;3(2):e127-e46.
3. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten attributes of health literate health care organizations. NAM perspectives. 2012.
4. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health. 2012;12(1):1-13.
5. Kruzliakova N, Porter K, Ray PA, Hedrick V, Brock DJ, Zoellner J. Understanding and advancing organizational health literacy within a public health setting. Health Lit Res Pract. 2021;5(1):e35-e48.
6. Department of Health. Handbooks for developing health literate organizations. Nonthaburi: Department of Health; 2019. (in Thai)
7. Thailand Health Literacy Promotion Association. Criteria and guidelines for health literate organization accreditation.

Bangkok: Thansumrit; 2021.

8. Kloyiam S, Sukprasert K, Charoenpao P, Reungpradub S, Suddaeng S, Roma W. Development of indicators and framework for monitoring and evaluating progress of health literate organizations for public organizations. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2020;43(1):19-32.
9. Coleman CA, Fromer A. A health literacy training intervention for physicians and other health professionals. Fam Med. 2015;47(5):388-92.
10. Dhand N, Khatkar M. Sample size calculator for comparing two independent means. Statulator: an online statistical calculator. 2014.
11. Löhr K, Weinhardt M, Sieber S. The "World Café" as a participatory method for collecting qualitative data. International Journal of Qualitative Methods. 2020;19:1609406920916976.
12. Team RC. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. http://www R-project org/. 2013.
13. Chongsuvivatwong V. epicalc: Epidemiological calculator. R package version. 2012;2(1.0).
14. Brach C. The journey to become a health literate organization: a snapshot of health system improvement. Studies in health technology and informatics. 2017;240:203.
15. Murphy KM, Topel RH. Diminishing returns?: The costs and benefits of improving health. Perspectives in Biology and Medicine. 2003;46(3):S108-28.
16. Perrault EK. The diminishing returns for longer healthcare provider video biographies: a thin slice examination of patient decision-making. Health Communication. 2021;36(5):650-8.
17. Zhang Y, Tang S, Pei S, Yan S, Jiang S, Zheng Z. Health behavior spreading with similar diminishing returns effect. Physica A: Statistical Mechanics and its Applications. 2015;425:18-26.

A Health Promotion Program for Improving Weights, Body Mass Indexes, and Body Compositions among Individuals with Non-communicable Diseases in Thailand: RE-AIM Model and Financial Feasibility Study

Utoomporn Wongsin[*]
Kwanpracha Chiangchaisakulthai[†]
Warisa Suppradist[†]
Numporn Samiphuk[†]
Dichapong Pongpattrachai[‡]
Arnat Wannasri[§,#]
Jiraluck Nontarak[¶]
Tuo-Yu Chen[*]
Corresponding author: *Tuo-Yu Chen*

Abstract

Background: Non-communicable diseases (NCDs) are serious health issues in many countries. This paper aimed to evaluate a wellness center or health promotion program using the reach, effectiveness, adoption, implementation and maintenance (RE-AIM) framework and to investigate financial feasibility of NCDs prevention and promotion program in Thailand. **Methodology:** A retrospective plus interview study was used in this paper. Data were obtained from two wellness centers in public hospitals, Thailand. RE-AIM model was used to evaluate the program. Financial feasibility was performed with the home exercise and fitness center models based on financial and service assumptions. **Results:** A total of 217

[*] *PhD Program in Global Health & Health Security Department, College of Public Health, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan*
[†] *International Health Policy Program (IHPP), Thailand*
[‡] *Thammasat Business School, Thailand*
[§] *National Yang Ming Chiao Tung University (NYCU), Taiwan*
[#] *Nopparat Rajathanee Hospital, Department of Medical Services, Thailand*
[¶] *Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand*

Received 12 July 2022; Revised 22 March 2023; Accepted 11 September 2023
Suggested citation: Wongsin U, Chiangchaisakulthai K, Suppradist W, Samiphuk N, Pongpattrachai D, Wannasri A, et al. A health promotion program for improving weights, body mass indexes, and body compositions among individuals with non-communicable diseases in Thailand: RE-AIM model and financial feasibility study. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):442-54.
อุทุมพร วงษ์ศิลป์, ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ, นำพร สามิภักดิ์, ดิชพงศ์ พงศ์ภัทรชัย, อาณัติ วรรณศรี และคณะ. การศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของสถานพยาบาล โดยปรับใช้กรอบการประเมิน RE-AIM. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):442-54.

participants were included in this study. After attending the prevention and promotion program for more than two months, the participants' body weights and body mass indexes reduced significantly. Regarding the RE-AIM framework, the wellness centers reached target groups and continued providing services in the public hospitals. In terms of a financial feasibility study, the model could break-even in the first year (0.36 year for home exercise, while a fitness center model was 5.44 years with a fee of 4,500 THB per person). For the internal rate of return (IRR), both models showed positive investment. **Discussion:** RE-AIM model indicated that the wellness centers successfully reached its target groups. The findings provided a positive outcome and positive investment by financial feasibility study despite small sample size. Further studies are recommended to involve more hospitals to improve the generalizability of our findings.

Keywords: health promotion program, body mass index, body compositions, RE-AIM, financial feasibility study

การศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของสถานพยาบาลโดยปรับใช้กรอบการประเมิน RE-AIM

อุทุมพร วงษ์ศิลป์[*], ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย[†], วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ[†], นำพร สามิภักดิ์[†], ดิชพงศ์ พงศ์ภัทรชัย[‡], อาณัติ วรรณศรี[§,#], จิราลักษณ์ นนทารักษ์[¶], ตั้ว-ยู เฉิน[*]

[*] *โครงการปริญญาเอกสาขาสุขภาพโลกและความคุ้มครองด้านสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยการแพทย์ไทเป ไต้หวัน*

[†] *สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ประเทศไทย*

[‡] *คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประเทศไทย*

[§] *มหาวิทยาลัยแห่งชาติหยางหมิงเจียวทง ไต้หวัน*

[#] *โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ ประเทศไทย*

[¶] *ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย*

ผู้รับผิดชอบบทความ: *ตั้ว-ยู เฉิน, timtimtim@tmu.edu.tw*

บทคัดย่อ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases, NCDs) นับว่าเป็นปัญหาหลักด้านสุขภาพทั่วโลก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของสถานพยาบาล (wellness center) โดยปรับใช้กรอบการประเมิน RE-AIM (reach, effectiveness, adoption, implementation and maintenance) และศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้วิธีการศึกษาแบบย้อนหลังเสริมด้วยการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้รับ (retrospective plus interview study) การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินนำเสนอในสองรูปแบบการให้บริการอันได้แก่ รูปแบบการออกกำลังกายที่บ้าน (home exercise) และรูปแบบของการใช้ fitness center โดยใช้ข้อสมมติฐานทางการเงินและการจัดบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า การประเมินโปรแกรมโดยใช้โมเดล RE-AIM แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเข้าถึงในทุกกลุ่ม ถึงแม้ว่าตัวอย่างจะน้อยในการศึกษานี้แต่ผลการศึกษาแสดงถึงผลลัพธ์ในเชิงบวก กล่าวคือ จากจำนวนผู้ที่เข้ารับการบริการในโปรแกรมทั้งสิ้น 217 ราย มีผลลัพธ์ในเรื่องการลดน้ำหนักและดัชนีมวลกายที่ดีขึ้น ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเกินกว่าสองเดือน ทั้งนี้จากรูปแบบดังกล่าวสามารถนำมาขยายต่อในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้เมื่อประเมินความเป็นไปได้ทางการเงินของโปรแกรมสองรูปแบบ พบว่า การให้บริการทั้งสองแบบ มีจุดคุ้มทุนในปีแรกของการจัดบริการ โดยรูปแบบ home exercise มีระยะเวลาคืนทุน 0.36 ปี และรูปแบบ fitness center มีระยะเวลาคืนทุน 5.44 ปี สำหรับการคิดอัตราค่าบริการ 4,500 บาทต่อรายสำหรับการรับบริการ 6 เดือน ส่วนผลการวิเคราะห์อัตราคืนทุนภายในโครงการให้ผลบวกซึ่งหมายถึงการลงทุนทั้งสองรูปแบบมีความคุ้มค่า อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในสถานพยาบาลเพียงสองแห่งและยังพบความท้าทายในเรื่องระบบข้อมูล ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลที่มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาข้อค้นพบจากการศึกษานี้

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ, ดัชนีมวลกาย, องค์ประกอบของร่างกาย, RE-AIM, ความเป็นไปได้ทางการเงิน

Background and Rationale

Non-communicable diseases (NCDs) are serious health issues globally. Approximately 71% of all deaths worldwide were attributable to NCDs, and 77% of NCDs deaths happened in low- and middle-income countries.[1] In Thailand, of 75% of all deaths in 2009 were related to NCDs. The Thai population aged 15 years and over living with NCDs increased from 6.9% in 2009 to 8.9% in 2013 with more males living with disability than females. The top three NCDs among the Thai population in 2014 were stroke, diabetes, and ischemic heart disease.[2] Hypertension causing stroke increased from 21.4% to 24.5%, approximately 600,000 persons.[3]

The growing prevalence and incidence of NCDs represent a significant disease burden and have a substantial impact on not only population health and healthcare system but also the country economy and wealth. As Thailand is facing an increasing trend of NCDs, subsequent economic loss from NCDs will significantly rise. Previous research estimated that the cost of NCDs was about THB 280 billion in 2013.[4] In the absence of adequate health policy to combat or impede the NCDs, they would have eventually a far-reaching impact on population health, and their costs would be too much to handle.

In 2011, the Thai cabinet introduced the Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan for 2011-2020 [5] to encourage related ministries to collaborate in managing NCDs. Following this plan, the Ministry of Public Health (MoPH) later introduced the NCD Clinic Plus 2017 program in healthcare facilities across the country. The goal of this program was to encourage healthcare providers to provide high-quality NCD care based on the six elements: 1) formation of commitment to set policies and strategies, 2) information system, 3) service management arrangement, 4) self-care promotion, 5) decision-making support, and 6) connecting services to the communities. The target population was patients with four major NCDs: diabetes, hypertension, cardiovascular disease, and chronic kidney disease. The NCD Clinic Plus 2017 program incorporated annual screening, risk behaviors modifications, and knowledge exhibition. In addition, an intensive individualized plan for people who were at risk of cardiovascular disease was implemented for a month.

However, effectively encouraging patients to change their health behaviors is a critical skill of primary care physicians. The NCD Clinic Plus program was considered a remarkable health promotion policy direction for Thailand, but this intervention targeted only the NCD patients, not people at risk of NCDs. Further, the key performance indicators (KPIs) of the program were focusing on the pre- and post-reporting weights, body mass indexes (BMI), and body compositions of the NCD patients to monitor their improvements. These three indicators were important among patients with chronic conditions because they were associated with several NCDs. The NCD Clinic also established a set of performance indicators to measure the effectiveness of health facilities in achieving a common goal of the

program. Some health facilities chose their own proactive health promotion programs to meet the KPIs, as they believed that failure to address factors such as weight, BMI, and body composition would limit the success of the program in combatting NCDs.

As the health facilities in Thailand had different ways to establish their health promotion programs aiming at improving weight, BMI, and body compositions for individuals at high risk of NCDs, this study aimed to evaluate the wellness center models using RE-AIM (reach, effectiveness, adoption, implementation and maintenance) framework[6,7] and investigated a financial feasibility of NCDs prevention and promotion program. The RE-AIM framework provides a holistic approach to evaluate the translation of scientific advances into practice and public health impact.[8] By using RE-AIM framework, all health promotion program facilitators can gain a deeper understanding of the factors that contribute to the program's success or failure and make informed decisions about program design, dissemination, and implementation.

Methodology

Data

This was a retrospective study that utilized data obtained from two wellness centers located in Taptan Hospital and Banglen Hospital - during the fiscal year 2019. These hospitals were selected through purposive sampling based on two inclusion criteria: the availability of prevention and promotion services, and the presence of data to be used for evaluating and studying financial feasibility of prevention and promotion program. A retrospective study plus interview study was used for the purposes of this study. For quantitative analysis, we collected general information, BMI, body composition, and weight before and after attending the program. Semi-structured interviews to hospital and project administrators were carried out to understand the providers' characteristics, service activities related to NCDs prevention and promotion, and organization structure.

Measures

Demographic information consisted of age, sex, type of participants and chronic conditions.

The body mass index (BMI) was calculated from weight (kg)/height^2 (m^2). BMI is classified as underweight (<18.5 kg/m^2), normal (between 18.50 and 22.9 kg/m^2), overweight between 23.0 and 24.9 kg/m^2, obesity level 1 25.0-29.9 kg/m^2, and obesity level 2 > 30 kg/m^2, respectively.

Body compositions were measured by the bioelectrical impedance analysis. Taptan Hospital participants' body compositions were measured by the Inbody Thailand InBody-270 and Tanita InnerScan Build-Pack. Banglen Hospital participants' body compositions were measured by TANITA RD-953. Each model was a standard automatic body composition machine.

Data analysis

Descriptive statistics of demographic data were analyzed as standard deviation (SD), number (n), and percentage (%) as appropriate. Paired

samples T test was used to analyze weight, BMI, and body composition before and after the programs. All statistical tests were two sided and the significance level was set at $p < 0.05$. Data analysis was performed with SPSS, version 19 (SPSS, Chicago, IL, USA).

Program evaluation

We used the RE-AIM framework and definitions to evaluate the program.[9,10] 1) Reach refers to the number of willing participants in a given program. 2) Effectiveness refers to the results of an intervention on participating individuals. 3) Adoption refers to the number of settings/ sectors involved. 4) Implementation refers to the initiative activities required for successful program. And 5) maintenance is defined as the long-term effects and outcomes of a completed program.

A financial feasibility of NCDs prevention and promotion program

Data on services provision from two hospitals as well as financial assumptions regarding capital investment, utilization rate, revenue and expenditure were required. For a financial feasibility study, steps taken were: 1) created a model of NCDs prevention and promotion program using information from two hospitals. 2) study of financial feasibility using financial indicators included net present value, break-even point, payback period, and return on investment. Assumptions of a financial feasibility study were capital investment, utilization rate, revenue, and expenditure without taxation. This is because there is no tax income in the public sector. Financial feasibility was performed into two models including home exercise and fitness center.

Ethical considerations

In this study, only the hospital's administrative information which contained anonymous individual information was used, therefore, research ethical review was not required.

Results

Data of 217 participants from two wellness centers in public hospitals were analyzed. Their ages were from 14 to 67 years old, with an average age of 43 years old. Most participants were female (71.4%). Most of them were from general populations. Over 50% of the participants had a body mass index (BMI) of at least 25. And 72 participants had hypertension, diabetes and dyslipidemia. A total of 118 participants attended NCD programs for more than two months (Table 1).

Overall, the results showed that weight and BMI of participants changed significantly. Comparing between the 2 hospitals, participants from hospital B had higher weight change (5.77) after attending a program than participants from hospital A (1.89). For BMI, participants from hospital B had higher BMI change (2.4) after attending a program than its counterpart. There was no BMI change among participants from hospital A (Table 2).

Table 1 Demographic characteristics of participants

	Hospital A		Hospital B		Total	
	N=165	%	N=52	%	N=217	%
Sex						
Male	51	30.9	11	21.2	62	28.6
Female	114	69.1	41	78.8	155	71.4
Age (years)						
> 15	1	0.6	0	0	1	0.5
15-59	145	87.9	49	94.2	194	89.4
60 and above	19	11.5	3	5.8	22	10.1
BMI (before attending program)						
< 18.5	2	1.2	0	0	2	0.9
18.5-22.9	45	27.3	1	1.9	46	21.2
23.0-24.9	16	9.7	1	1.9	17	7.8
25.0-29.9	68	41.2	20	38.5	88	40.6
≥ 30	34	20.6	30	57.7	64	29.5
Living with chronic illness						
Hypertension	7	4.2	13	25	20	9.2
Diabetes	6	3.6	2	3.8	8	3.7
Dyslipidemia	44	26.7	0	0	44	20.3
No diseases	108	65.5	37	71.2	145	66.8
Attending program						
Discontinued after 2 months	94	57.0	5	9.6	99	45.6
Continued after 2 months	71	43.0	47	90.4	118	54.4

Table 2 Changes in weight and body mass index (BMI) of participants

Hospital	n	Mean ± SD		Mean difference	Sig.	Mean ± SD		Mean difference	Sig.
		Weight before	Weight after			BMI before	BMI after		
A	71	68.80 ± 15.98	66.91 ± 15.25	1.89	0.000*	26.26 ± 4.75	25.93 ± 5.07	0.32	0.455

For body composition, only hospital A had available data for analysis. Results showed that only body fat mass changed significantly after attending the program (Table 3).

Table 3 Body composition of participants

Body composition	n	Mean ± SD		Mean difference	sig
		Before	After		
Total body water	71	33.62±7.78	33.61±7.71	0.01	0.926
Protein	71	9.05±2.14	9.03±2.11	0.01	0.669
Minerals	71	3.17±0.68	3.17±0.69	0.00	0.985
Body fat mass	71	22.96±9.05	21.17±8.89	1.84	0.000*
Fat free mass	71	45.84±10.59	45.82±10.50	0.02	0.900
Skeletal muscle mass	71	25.26±6.43	25.25±6.36	0.01	0.935
Percent body fat	71	32.92±8.53	30.99±9.22	1.92	0.000*

A financial feasibility of NCDs prevention and promotion program

A financial feasibility was performed in the two models, consisting of home exercise and fitness center using financial and services assumptions. The financial assumptions were capital investment, service utilization rate, revenue and expenditure without tax (Supplementary).

The services assumption was that everyone would receive services one time per month for 6 months. There were 4 main services program including assessment, empowerment, coaching and fitness program.

1. Assessment services including biometric assessment, psychometric assessment, health risk assessment, and medical history assessment of participants.

2. Empowerment services including counseling, goal setting, and motivating patients to continue their program.

3. Coaching including diet coaching using food models, and workshops for participants.

4. Fitness program was planned activities for individuals based on their conditions.

Revenue and expenditure estimations included both the home exercise model and the fitness center model. For the home exercise model, the expenditure increased every year. If the service fees were 2,500 THB per person, it would make revenue lower than expenditure starting from year 5. However, the service fees of 3,500 THB per person made a profit from year 1 to year 10. For the fitness center model, the expenditure also increased every year. If the service fees were 4,000 THB per person, the revenue was less than expenditure (a loss) started from year 8. However, if the service fees were 4,500 THB per person, program would make a profit over the period from

year 1 to year 10.

Moreover, the two models had a break-even point in the first year, suggesting that revenue would equal to expenditure. Besides, there was net profit from two models in the first year. However, it was estimated that expenditure increased every year while revenue remains constant.

In addition, a payback period for home exercise was 0.36 years with a fee of 3,500 THB per person while, a payback period for fitness center model was 5.44 years with a fee of 4,500 THB per person.

For the internal rate of return (IRR), it was 31% from the home exercise model with service fees 2,500 THB per person. IRR was 268% for home exercise (if service fees were 3,500 THB per person) model which encourages people to do more physical exercise at home or at other

Table 4 The wellness center evaluation using RE-AIM model

RE-AIM framework	Wellness center	Notes
Reach (individual)	There were 3 target groups. 1. People at risk of NCDs who attended annual health checks at hospital. 2. People who were willing to attend the program. 3. Patients from NCDs clinics	Target groups covered healthy people and people at risk of NCDs in accordance with the wellness center policy.
Effectiveness (individual)	An average of weight and body mass index (BMI) were reduced significantly after participants attending wellness center program.	Motivation process played a crucial role in behavior change.
Adoption (setting level)	1. A pilot study in 16 public hospitals in 2018 but only 2 public hospitals had enough data to evaluate the program. 2. A total of 217 participants from 2 public hospitals attended the program (using 2019 data)	
Implementation (mainly at setting/sector level)	1. The services provided at the wellness center in hospitals included: assessments (e.g., biometric, psychometrics, health risk, medical history assessments), empowerment (i.e., counseling, goal setting, and motivation), and coaching (i.e., diet and physical activity coaching) 2. Only 118 from 217 participants attended programs for more than two months.	
Maintenance (individual and setting/ sector level)	1. This program continued providing services in hospitals and expanded to other public hospitals. It benefits individuals who would like to continue the program. 2. It was the collaboration between Department of Disease Control, Department of NCDs, and Department of Health, Ministry of Public Health.	Required funding support from government agencies.

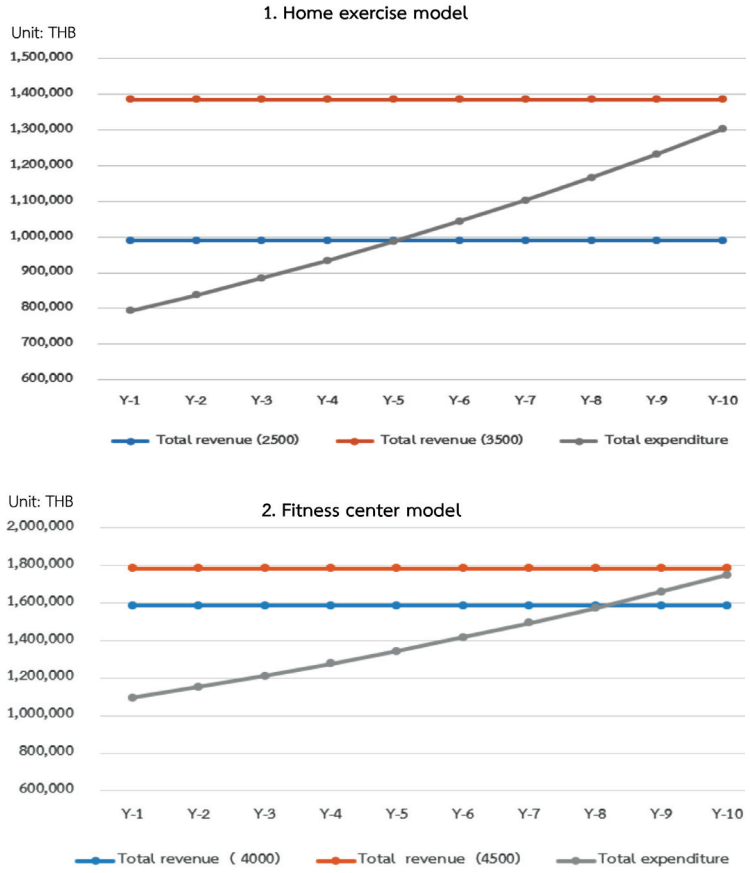


Figure 1 Revenue and expenditure estimation of home exercise and fitness center models

convenient places. On the other hand, the fitness center model with service fees 4,000 and 4,500 THB per person had IRR ≤1% which means a financial feasibility of this model was low. However, if add 4 providers team in the fitness center model with service fees 4,500 THB per person, IRR would become 73% with payback period of 1.22 years.

Discussion

This study evaluated the wellness centers in two public hospitals using RE-AIM model, and studied financial feasibility of NCDs prevention and promotion program.

There were four processes in this program, including assessment, empowerment, coaching and fitness program. Each participant received services once a month for six months. The results showed that the average weight and body mass index (BMI) had reduced significantly after participants attended the prevention and promotion program. Previous studies indicated that lifestyle change intervention, weight reduction could reduce the incidence of persons at high risk of diabetes[11,12] and also improve CVD risk factors.[13]

From participants' perspectives, most of them reported that willingness was the main factor of the key success. One observation was participants from NCD clinics and participants from a screening program of NCDs were not willing to attend the program. As a result, there was no change

in weights and BMI in this group. Therefore, empowerment process should be more promoted to increase participants' motivation and willingness. Body composition analyzer is often employed in research to study obesity.[14] In this study, only body fat mass changed significantly after attending the program. However, there were some recommendations from experts for using that tool reducing error value such as urination before measurement or do not use cosmetics before measurement.

Program evaluation using RE-AIM model demonstrated that the wellness centers successfully reached its target groups needed both healthy people and people who were at risk for non-communicable diseases (NCDs) which contributed to strengthening public health. In addition, the result showed positive outcome in terms of weight and BMI. However, there are some challenges from program that needs to improve including information system, financial sustainability and standard guideline.

A financial feasibility model, including home exercise program and fitness center program, showed positive results, suggesting that both programs made profits. Findings also showed that the programs could be operated by private sector not limited to public sector. For the home exercise program, the results suggested investing this service with a fee of 3,500 THB per person, which would yield an internal return rate (IRR) of 268%, a net present value (NPV) of THB 2,248,170 and a payback period was 0.36 years. To track participants' performances, fitness tracker or fitness watch was recommended to be used during attending program. For fitness center program, the findings suggested investing this service with a fee of 4,500 THB per person, which would yield an IRR of 73%, a net present value (NPV) of THB 9,021,479.48 and a payback period was 1.22 years. One study investigated the business financial feasibility of a fitness center, which provided exercise equipment, yoga class, and sauna, in Thailand showed an NPV of THB 1,298,609, an IRR of 63%, and the payback period was 1.6 years with the initial investment of THB1,799,970[15]. Another study investigated the business financial feasibility of a sports club showed an NPV of THB 44,654,917, an IRR of 31.44%, and the 4-year payback period with an investment of THB 31,670,000.[16] Comparing our results with the two studies, our two fitness models had higher IRR shorter payback periods, and break-even point in the first year of the investment plan.

This study had several limitations. First, the study was a retrospective study. To make a better prediction, future studies are recommended to use a prospective design. Second, there were only two public hospitals, which had a very different number of participants in this study. Third, there was only one hospital that had adequate data on the participants' body composition for change analysis, before and after attending a prevention and promotion program. Fourth, dropout rate was high. Fifth, a financial feasibility model did not consider willingness to pay for membership fee. Lastly, the feasibility study was based on assumptions, some of which were baseless. However, the

result of this study highlighted the usefulness of health promotion program and the benefits of health behavior modification for NCD patients which could be reduced future healthcare expenditure. Also, a financial feasibility model for both models reported positive cash flow for 10 years. Further studies are recommended to involve more hospitals to improve the generalizability of our findings.

Funding: This research received funding from National Health Foundation, Thailand.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author.

Acknowledgments

The authors would like to acknowledge hospital directors and staff from two public hospitals, National Health Foundation, and International Health Policy Program, Thailand.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Non communicable diseases [Internet]. 2022 Sep 16 [cited 2023 Sep 6]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.
2. International Health Policy Program, Thailand. Burden of Disease and injury of the Thai population in Thailand 2014 [Internet]. [cited 2018 Sep 25]. Available from: http://bodthai.net/en/download/burden-of-diseases-and-injuries-of-thai-population-in-2014-english-report-151118-np_final/.
3. Aekplakorn W. Thai National Health Examination Survey, NHES V 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai)
4. Catalyzing multisectoral actions to reduce Noncommunicable diseases (NCDs) risk factors [Internet]. [cited 2023 Sep 6]. Available from: https://www.who.int/thailand/activities/catalyzing-multisectoral-actions-to-reduce-ncds-risk--factors. (in Thai)
5. Ministry of Public Health. Thailand healthy lifestyle strategic plan B.E 2011-2020 [Internet]. [cited 2023 Sep 6]. Available from: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข - View Information (hed.go.th). (in Thai)
6. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. Am J Public Health 1999;89(9):1322–7.
7. Holtrop JS, Rabin BA, Glasgow RE. Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: rationale and methods. BMC Health Serv Res 2018;18(1):177.
8. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, et al. RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. Front Public Health [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 22];7. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00064/full.
9. What is RE-AIM? – RE-AIM [Internet]. [cited 2023 Mar 1]; Available from: https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/.
10. RE-AIM Qualitative Guide – RE-AIM [Internet]. [cited 2023 Mar 1]; Available from: https://re-aim.org/qualitative-guidance-overview/.
11. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002;346(6):393–403.
12. Hamman RF, Wing RR, Edelstein SL, Lachin JM, Bray GA, Delahanty L, et al. Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes. Diabetes Care 2006;29(9):2102–7.
13. Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. Diabetes Care 2011;34(7):1481–6.
14. Kuzmar I, Arroyo JRM, Villanueva MAC, Ortega LVS, Cortissoz GSG, Bandera XPG, et al. Dataset for the estimation of a new body fat measurement method. Data Brief 2021;34:106656.
15. Thanaprakobkul P. Business plan for To Fitness [Internet]. [Thailand]: Bangkok University; [cited 2018 Sep 25]. Available from: Available from: http://dspace.bu.ac.th/jspui/handle/123456789/2674. (in Thai)
16. Samrongthong W. A feasibility study on investment of sport club business in Nakhon Pathom province. Business Administration Program, Silpakorn University; 2016. (in Thai)

Supplementary

Financial and service assumptions

Assumption 1 Capital investment

Table 1 Equipment and building

No.	Home exercise model	Fitness center model
1	Body composition analyzer	Treadmill
2	Fitness trackers or fitness watches	Dumbbells and shelves
3		Fitness air bike
4		Upright bike
5		Recumbent bike
6		Elliptical
7		Machine weights
8		Flat weight bench
9		Bench press
10		Body composition analyzer
11		12 doors lockers (19.4 × 45.8 × 183 cm)
12		Water dispenser
13		40-inch TV
14		Air conditioner
15		Building (area 152.5 sq m.)

Note: Building has a useful life of 25 years, fitness trackers or fitness watches and body composition analyzer have a useful life of 3 years. Other equipment has a useful life of 5 years.

Assumption 2 Service utilization rate

Table 2 Estimation of service utilization

No	Model	Service utilization per day	Service utilization per month	Service utilization per year	Customers per year (persons)	A number of team
1	Home exercise model	9	198	2,376	396	1
2	Fitness center model	9	198	2,376	396	1

Assumption 3 Revenue and Expenditure

Table 3 Revenue

No.	Details	Home exercise model	Fitness center model
1	Number of customers per year (persons)	396	396
2	Service fees per person (THB)	3,500	4,500
3	Total revenue (THB)	1,386,000	1,782,000

Table 4 Human resource

No.	Details	Home exercise model	Fitness center model
1	Assessment and empowerment	1	1
2	Nutritionist	1	1
3	Sports science	1	1

Table 5 Labor cost per year

No.	Details	Home exercise model	Fitness center model
1	Assessment and empowerment	240,000	240,000
2	Nutritionist	240,000	240,000
3	Sports science	240,000	372,000

Noted: Labor costs increase by 6% each year in financial feasibility model.

Table 6 Utilities, maintenance and others

No.	Expenditure	Expenditure rate
1.	Material supplies - Home exercise model - Fitness center model	 2.5% of labor cost 7.5% of labor cost
2.	Utilities - Home exercise model - Fitness center model	 20% of labor cost 20% of labor cost
3.	Maintenance - Home exercise model - Fitness center model	 10% of depreciation 10% of depreciation
4.	Others	3% labor cost
5.	Electricity	Estimated by (Watt * price per watt * 22 days * 12 months)
6.	Water	Estimated by (unit * price per unit * 22 days * 12 months)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย

ภัทรพร คงบุญ[§]
สุวิณี วิวัฒน์วานิช[*]
ชาตินัย หวานวาจา[*]
จิราพร เกศพิชญวัฒนา[*]
ผู้รับผิดชอบบทความ: *ภัทรพร คงบุญ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนผ่านหน่วยบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน หลังการประกาศปรับการจ่ายค่าจ้างผู้ช่วยเหลือดูแล (caregiver) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 โดยเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2565 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้ช่วยเหลือดูแล จำนวน 563 คน ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care, LTC) จาก ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร โดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ **ผลการศึกษา** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือร้อยละ 95.4 และมีอายุระหว่าง 40-59 ปี คือร้อยละ 62.3 มีระยะเวลาการทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล 3-5 ปี ร้อยละ 47.2 ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ร้อยละ 89.6 ด้านการทำสัญญาจ้างพบว่าร้อยละ 31.3 ทำสัญญาจ้างกับหน่วยบริการ, ร้อยละ 30.6 ทำสัญญาจ้างกับ อปท., และร้อยละ 17.6 ไม่ได้ทำสัญญาจ้าง ขณะที่ความถี่ของการได้รับค่าจ้างพบว่า ร้อยละ 25.8 ได้รับค่าจ้างทุกเดือน, ร้อยละ 17.9 ได้รับค่าจ้างทุกๆ 3 เดือน โดยร้อยละ 48.7 เคยประสบกับการจ่ายค่าจ้างล่าช้า รวมถึงไม่ได้รับการจ่ายค่าจ้าง ผู้ช่วยเหลือดูแลได้รับค่าจ้างโดยเฉลี่ย 1,620 บาท (สูงสุด 3,054 บาทต่อเดือน/ต่ำสุด 764 บาทต่อเดือน) และพบว่ามีค่าเดินทางที่ผู้ช่วยเหลือดูแลต้องจ่ายเองเพื่อไปทำงาน 214 บาทต่อเดือน (สูงสุด 356 บาทต่อเดือน/ต่ำสุด 115 บาทต่อเดือน) ระดับความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลพบว่า ร้อยละ 51.6 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 26.3 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานคือคุณภาพชีวิตในการทำงาน (B = 1.433, $p < 0.01$) การสนับสนุนการทำงาน (B = 0.923, $p < 0.01$) และ ค่าจ้างที่ได้รับจากการทำงาน (B = 0.001, $p < 0.01$) ส่งผลทางบวกต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านค่าจ้าง** ควรปรับเพิ่มค่าจ้างของผู้ช่วยเหลือดูแลให้ไม่น้อยกว่าอัตราค่าแรงขั้นต่ำ หรือปรับเพิ่ม

[§] *มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ โรงพยาบาลศิริราช*
[*] *ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

Received 22 July 2022; Revised 2 May 2023; Accepted 4 September 2023

Suggested citation: Khongboon P, Wivatvanit S, Wanwacha C, Kespichayawattana J. Factors influencing employment satisfaction of caregivers taking care of dependent person in Thailand. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):455-72.
ภัทรพร คงบุญ, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, ชาตินัย หวานวาจา, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):455-72.

ค่าจ้างแบบขั้นบันไดตามอายุงานของผู้ช่วยเหลือดูแล กรณีที่ไม่เพิ่มค่าจ้างก็ควรให้ค่าเดินทาง ค่าป่วยการต่างๆ **ด้านปัจจัยสนับสนุนการทำงาน** ควรจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการทำงาน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ให้แก่ผู้ช่วยเหลือดูแลทุกคน, จัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะเพิ่มเติมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ, จัดหาเสื้อทีม บัตรประจำตัวหรือสัญลักษณ์เพื่อแสดงตัวตนให้แก่ผู้ช่วยเหลือดูแลเพื่อสร้างการรับรู้แก่ประชาชนทั่วไป

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว, ความพึงพอใจต่อการจ้างงาน, ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง, ผู้มีภาวะพึ่งพิง

Factors Influencing Employment Satisfaction of Caregivers Taking Care of Dependent Person in Thailand

Pattaraporn Khongboon[§], Suvinee Wivatvanit[*], Chatinai Wanwacha[*], Jiraporn Kespichayawattana[*]

[§] *Prince Mahidol Award Foundation under the Royal Patronage, Siriraj Hospital*

[*] *Chula Unisearch, Chulalongkorn University*

Corresponding author: *Pattaraporn Khongboon, pattaraporn.kb@gmail.com*

Abstract

The **purpose** of this study was to measure the satisfaction of caregivers employed by service units/centers to improve the quality of life of the elderly/local governments to give care to dependent persons in the communities; and to determine the factors that influenced caregivers' satisfaction with the employment after wage adjustment made since 2017. This was a cross-sectional study in January and February 2022. Data were collected using questionnaires from 563 caregivers who worked under the long-term care funds for dependent elderly from the north, the south, the east, the northeast, and Bangkok. Samples were selected using the simple random sampling method. Data were analyzed descriptively and the relationships between variables were tested using multiple regression analysis. The **results** showed that the majority of the samples were female (95.4%), age between 40 and 59 years (62.3%), worked as a caregiver for 3 to 5 years (47.2%), and had completed 70 hours of training (89.6%). Regarding employment contracts, 31.3% contracted through service units, 30.6% contracted through local governments, and 17.6% had no contracts. In terms of frequency of payment, 25.8% were paid monthly and 17.9% paid every three months. This study revealed that 48.7% of caregivers experienced late or no payment at all. In this regard, caregivers earned an average wage of 1,620 baht per month (maximum 3,054/minimum 764), but had to pay for travel to work at 214 baht per month (maximum 356/minimum 115). In terms of satisfaction with employment, 51.6% of caregivers had a high level of satisfaction, followed by 26.3% with the highest level. The factors affecting employment satisfaction were quality of work life (B = 1.433, $p < 0.01$), job support (B = 0.923, $p < 0.01$), and wages (B = 0.001, $p < 0.01$). **Policy recommendations** on wages are: wages should not be lower than the minimum wage, or wages should be increased as step ladder based on experience of the caregivers. If wages cannot be increased, travel expenses, or opportunity losses should be covered. Policies to support the work of caregivers are: equipment such as blood pressure monitors, refresh trainings to improve caregiver knowledge and practices, and caregiver uniforms or team vests, recognition badges, or symbols should be provided to caregivers for public recognition.

Keywords: long-term care, employment satisfaction, caregiver, dependent people

ภูมิหลังและเหตุผล

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ทำให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ[1] ซึ่งผู้สูงอายุนั้น เมื่ออายุมากขึ้นก็มีความเสื่อมถอยของร่างกาย (ageing process)[2] ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จะมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะทุพพลภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรัง[3] ภาระค่าใช้จ่ายที่ประเมินในปี 2559 สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านมีค่าเฉลี่ย 9,667 บาทต่อคนต่อเดือน, ผู้สูงอายุที่ติดเตียง 19,129 บาทต่อคนต่อเดือน[4] ทั้งนี้ความเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5] ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ[6] ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับบริการดูแลแบบต่อเนื่อง นอกเหนือจากนี้ยังมีกลุ่มบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอื่น ได้แก่ ผู้พิการ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยภาวะสมองบกพร่อง โดยจากสำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่า ปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรพิการประมาณ 3.7 ล้านคน หรือร้อยละ 5.5 ของประชากรทั่วประเทศ[7] ซึ่งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จัดเป็นบุคคลกลุ่มเปราะบาง ที่ต้องการการดูแลสนับสนุน การปกป้องเป็นพิเศษ เพราะมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำหรือถูกเพิกเฉย[8]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้เกิดการขับเคลื่อนผลักดันเชิงนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับทราบและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการประชุมเมื่อ 17 พฤษภาคม 2556 กระทั่งผ่านความเห็นชอบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 14 กันยายน 2558 และเริ่มมีงบประมาณสนับสนุนให้ในปีงบประมาณ 2559 เป็นปีแรก จำนวน 600 ล้านบาท (เหมาจ่าย 5,000 บาท ต่อคนต่อปี) โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่[9] มีแนวคิดหลักคือให้ท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนและบริหารจัดการระบบ โดยอาศัยกองทุนตำบลเป็นกลไกในการทำงานร่วมกันของภาคสาธารณสุขและภาคอื่นๆ แต่ด้วยข้อจำกัดของศักยภาพท้องถิ่น จึงต้องอาศัยกลไกโรงพยาบาลในการสนับสนุนและพัฒนาในระยะแรก การดำเนินงานในช่วงปี 2559-2561 พบว่า ความครอบคลุมการจัดบริการด้านสุขภาพทำได้ดีกว่าบริการด้านสังคม มีท้องถิ่นร้อยละ 30 เท่านั้นที่จัดบริการด้านสังคมได้อย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ นอกจากนี้นโยบายยังจำกัดอยู่ที่การดูแลเฉพาะผู้สูงอายุและเฉพาะสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 80 เท่านั้น หรือหากคิดในประเด็นความครอบคลุมกลุ่มผู้มีความจำเป็นต้องได้รับบริการระยะยาวทั้งหมดก็ครอบคลุมได้เพียงร้อยละ 56-64 เท่านั้น[10]

นอกจากนี้ ยังมีบุคคลเปราะบางกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ แฝงอยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลอื่น (สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และอื่นๆ) จึงได้มีการขยายสิทธิเพื่อให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเปราะบางนี้ ดังประกาศกองทุนฯ ฉบับที่ 2 ปี 2562 [11] เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 โดยมีการจัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีทุกสิทธิ ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยแบ่งผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิ ออกเป็น 4 กลุ่ม และประเมินความต้องการบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์[12]

บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและเป็นกำลังสำคัญในพื้นที่นั้นหลักๆ คือ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager, CM) มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการและประสานให้ผู้

สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561[13] และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562[11] โดยการจัดทำแผนดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายบุคคล (care plan) ประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ long-term care (LTC) ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมทั้งเชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพ พหุภาคี อปท.และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม care plan โดย CM 1 คนดูแลผู้ช่วยเหลือดูแล 5-10 คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ 35-40 คน[14] รวมถึงติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

นอกจากนี้บุคลากรสำคัญที่ขาดไม่ได้คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (caregiver, ผู้ช่วยเหลือดูแล) ต้องผ่านการอบรม 70 ชั่วโมงหรือ 420 ชั่วโมง โดยหลักสูตร 70 ชั่วโมงนั้นผู้สมัครต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมาก่อนไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีหนังสือรับรองจากโรงเรียนหรือสถาบันหรือสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่วนใหญ่จะได้ผู้สมัครที่เป็น อสม. มาก่อนหรือเคยเป็นพนักงานดูแลผู้สูงอายุมาก่อน ส่วนหลักสูตร 420 ชั่วโมงนั้น มีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลการอบรม เช่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน (โดยกรมแรงงาน) เมื่ออบรมครบ 420 ชั่วโมง สอบรับประกาศนียบัตรแล้ว สามารถขึ้นทะเบียนและได้รับความคุ้มครองทางด้านแรงงาน (ค่าตอบแทน) ทั้งนี้ ผู้ช่วยเหลือดูแลกลุ่มนี้ทำงานบางเวลาเท่านั้น (part time) โดยหน่วยงานในพื้นที่ที่จ้างผู้ช่วยเหลือดูแลคือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน (จัดตั้งโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) หน่วยบริการหรือสถานบริการ ซึ่งได้งบสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง (ค่าบริการ LTC) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เข้ากองทุนฯ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการ โดยการจ้างเหมาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในลักษณะจิตอาสาตามแผนการดูแล โดยกรณีที่จ้างผู้ช่วยเหลือดูแลผ่านหน่วยบริการหรือสถานบริการจะอิงระเบียบเงินบำรุงกระทรวงสาธารณสุข ในอัตราค่าจ้างเหมาไม่เกิน 1,500 บาทต่อเดือนต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ทั้งนี้ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ให้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ 5-10 คน ยกเว้นในกรณีที่พื้นที่มีผู้มีภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า 5 คน ให้จ้างเหมาไม่เกิน 600 บาทต่อเดือนต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 1 คน โดยให้ผู้จัดการระบบการดูแลเป็นผู้พิจารณาจัดสรรผู้มีภาวะพึ่งพิงให้แก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตามศักยภาพและคละกลุ่มให้เหมาะสม[15] ส่วนกรณีที่จ้างผู้ช่วยเหลือดูแลผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนนั้น สามารถเบิกจ่ายได้ตามมติคณะอนุกรรมการ LTC ที่อนุมัติ โดยอัตราค่าตอบแทนอาจจะเท่ากับระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขหรือมากกว่า โดยฐานข้อมูลกรมอนามัย เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2564 พบว่ามีผู้จัดการระบบการดูแลจำนวน 14,418 คน และผู้ช่วยเหลือดูแลจำนวน 93,001 คน คิดเป็นอัตราส่วน ผู้จัดการระบบการดูแล:ผู้ช่วยเหลือดูแล ≈ 1:6

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในชุมชน ถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานและกิจกรรมด้านการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ โดยกลไกหนึ่งที่ช่วยให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวได้รับการบริการอย่างทั่วถึงและครอบคลุมนั้นคือกลไกการจ่ายค่าจ้างหรือค่าตอบแทนให้กับบุคลากร ซึ่งงานวิจัยของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ รายงานว่าพื้นที่ที่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ดูแลในทุกรูปแบบมีความครอบคลุมการจัดบริการอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอได้ดีกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ดูแลเกือบทุกด้าน[10]

อย่างไรก็ตาม การจ่ายค่าจ้างเหมาผู้ช่วยเหลือดูแล ในพื้นที่ตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้จ่ายค่าจ้างแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุ 1-4 คน ในอัตราค่าจ้างเหมาบุคคล เดือนละไม่เกิน 600 บาท และ ผู้ช่วยเหลือดูแล ที่ดูแลผู้สูงอายุ 5-10 คน ในอัตราค่าจ้างเหมาบุคคล

เดือนละไม่เกิน 1,500 บาทนั้น ได้ดำเนินการจ่ายในอัตรานี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา[15] และปัจจุบันมีผู้ช่วยเหลือดูแลที่ลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูล 3C (ฐานข้อมูลขึ้นทะเบียน care manager, caregiver และจัดทำ care plan พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) เกือบหนึ่งแสนราย แต่การศึกษาวิจัยถึงความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแล (ผ่านหน่วยบริการ สถานบริการ ศูนย์ฯ) มีน้อยมาก ดังนั้นคณะวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจต่อการจ้างงาน ตลอดจน ศึกษา อัตราค่าจ้าง และปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงาน ของผู้ช่วยเหลือดูแลในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความพึงพอใจต่อการจ้างงาน ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน ผ่านหน่วยบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ/อปท.
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางเก็บข้อมูลในพื้นที่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก เดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2565 ส่วน กทม. เก็บข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม[16-18] เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาโดยแบ่งองค์ประกอบเป็นสามส่วนใหญ่ ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง คือข้อมูลประชากร ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น) และข้อมูลการจ้างงาน (กิจกรรมที่ทำในฐานะ ผู้ช่วยเหลือดูแล, ความรู้สึกในการปฏิบัติกิจกรรม ใครเป็นผู้ดูแลการจ้างงาน ผู้ช่วยเหลือดูแล การดูแลการจ้างงาน การกำหนดหน้าที่ในการทำงาน)

ส่วนที่สอง คือมิติด้านบริบท (context satisfaction) หรือปัจจัยภายนอก (extrinsic factors) ประกอบด้วย ค่าจ้าง การดำเนินงาน ปัจจัยสนับสนุนการทำงาน และบริบทภายนอก

ส่วนที่สาม คือมิติด้านความรู้สึก (affective satisfaction) หรือปัจจัยภายใน (intrinsic factors) ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตในการทำงาน

ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ ประกอบไปด้วย (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) การจ้างงาน (3) ค่าจ้าง (4) การดำเนินงาน (5) ปัจจัยสนับสนุนการทำงาน (6) คุณภาพชีวิตในการทำงาน (7) บริบทภายนอก

ตัวแปรตาม คือ ความพึงพอใจต่อการจ้างงาน

นิยามตัวแปร

ความพึงพอใจต่อการจ้างงาน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดในทางที่ดีของผู้ช่วยเหลือดูแลที่มีต่อการว่าจ้างให้ทำงาน และองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการได้รับการตอบสนองความต้องการของ ผู้ช่วยเหลือดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลเกิดความพึงพอใจในการทำงานจนบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน

ข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลของผู้ช่วยเหลือดูแลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม

การจ้างงาน หมายถึงการทำสัญญาว่าจ้างให้ผู้ช่วยเหลือดูแลทำงานหรือบริการแลกค่าจ้างซึ่งทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างกับผู้ช่วยเหลือดูแล สัญญาจ้างงานอาจจัดทำขึ้นอย่างชัดเจนหรือละไว้ในฐานที่เข้าใจกันก็ได้

ค่าจ้าง หมายถึงเงินค่าจ้างในการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลตามสัญญาจ้าง

การดำเนินงาน หมายถึงการดำเนินกิจกรรมในการ

ให้การช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน

ปัจจัยสนับสนุนการทำงาน หมายถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับบริการตามแผนการดูแล

คุณภาพชีวิตการทำงาน หมายถึงสิ่งที่ตอบสนองความผาสุกและความพึงพอใจของผู้ช่วยเหลือดูแล

บริบทภายนอก หมายถึงปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่ที่ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติงานอยู่

ผู้ให้ข้อมูล

ประชากร คือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน (caregiver) จากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long-term care, LTC) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 93,001 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน (caregiver) จากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 563 คน จากภาคเหนือ 102 คน, ภาคตะวันออก 110 คน, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 124 คน, ภาคใต้ 124 คน, ภาคกลาง (กรุงเทพมหานคร) จำนวน 103 คน

เกณฑ์คัดเข้า

- เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติงานดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวในชุมชน จากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปฏิบัติงานในพื้นที่นั้นๆ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- สามารถสื่อสาร พูด เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก

- มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วย หรือมีภารกิจฉุกเฉินทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในวันเวลาที่นัดหมาย

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร Yamane, Taro (1973)[19] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 399 ราย

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่างเป็น 500 ราย และวางแผนสุ่มตัวอย่างพื้นที่ละ 100 ราย การสุ่มพื้นที่ สุ่มอย่างเป็นระบบโดยสุ่มเขตสุขภาพของ สปสช. ที่แบ่งในแต่ละภาค จากนั้นสุ่มจังหวัดของแต่ละเขตสุขภาพมาเรียงแล้วสุ่มเลือกอำเภอของจังหวัดนั้นๆ หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

ภาคเหนือ สุ่มระดับเขตสุขภาพได้เขต 1 สุ่มระดับจังหวัดได้จังหวัดเชียงราย แล้วสุ่มอย่างง่ายในระดับพื้นที่ได้อำเภอเมืองเชียงรายและอำเภอพาน

ภาคตะวันออกมีเขตสุขภาพเขตเดียวคือ เขต 6 สุ่มระดับจังหวัดได้จังหวัดฉะเชิงเทราแล้วสุ่มอย่างง่ายในระดับพื้นที่ได้อำเภอเมือง อำเภอบางน้ำเปรี้ยวและอำเภอบ้านโพธิ์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สุ่มระดับเขตได้เขต 10 สุ่มระดับจังหวัดได้จังหวัดอุบลราชธานี แล้วสุ่มอย่างง่ายในระดับพื้นที่ได้อำเภอเมืองและอำเภอวารินชำราบ

ภาคใต้สุ่มระดับเขตได้เขต 11 สุ่มระดับจังหวัดได้จังหวัดสุราษฎร์ธานีแล้วสุ่มอย่างง่ายในระดับพื้นที่ได้อำเภอเวียงสระ อำเภอบ้านนาเดิม อำเภอบ้านนาสาร และอำเภอเคียนซา

ภาคกลางสุ่มระดับได้เขต 13 กรุงเทพมหานครแล้วสุ่มศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างง่ายได้มา 4 ศูนย์ คือศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง, ศูนย์บริการสาธารณสุข 15 ลาดพร้าว, ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ และศูนย์บริการสาธารณสุข 69 คันนายาว

เครื่องมือ

เครื่องมือคือแบบสอบถาม ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม[16-18] ประกอบด้วย 8 ส่วน 53 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 11 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม คือ เพศ อายุ พื้นที่รับผิดชอบ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล การอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแล การทำสัญญาจ้างงาน รายได้จากการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล รูปแบบการจ่ายค่าจ้างผู้ช่วยเหลือดูแล มีรายได้อื่นนอกจาก

ค่าจ้างผู้ช่วยเหลือดูแลหรือไม่ และรายได้หลัก ส่วนนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การจ้างงาน 10 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานการจ้างงาน คือ กิจกรรมที่ทำในฐานะผู้ช่วยเหลือดูแล (caregiver) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย, ผู้รับผิดชอบในการทำงาน ผู้ช่วยเหลือดูแล, หน่วยงานสังกัดของผู้รับผิดชอบดูแลในการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแล, การดูแลการจ้างงานของผู้รับผิดชอบ, ความชัดเจนในการชี้แจงขั้นตอนการจ้างงานผู้ช่วยเหลือดูแล, ความชัดเจนของผู้จัดการการดูแลในการกำหนดหน้าที่ให้ผู้ช่วยเหลือดูแล, ปัญหาในการจ่ายค่าจ้างผู้ช่วยเหลือดูแล, ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแล ส่วนนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวกับการจ้างงานชองกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่และสัดส่วนร้อยละ

แบบสอบถามส่วนที่ 3-7 เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale)

ส่วนที่ 3 ค่าจ้าง 7 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับค่าจ้างในการทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล

ส่วนที่ 4 การดำเนินงาน 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยในมิติการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแล

ส่วนที่ 5 ปัจจัยสนับสนุนการทำงาน 7 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแล

ส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิตในการทำงาน 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแล

ส่วนที่ 7 บริบทภายนอก 4 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับบริบทภายนอกที่เชื่อมโยงกับการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแล

การแปลผล

ช่วงของค่าเฉลี่ย	การแปลผลระดับความพึงพอใจ
4.50-5.00	พึงพอใจมากที่สุด
3.50-4.49	พึงพอใจในระดับมาก
2.50-3.49	พึงพอใจในระดับปานกลาง
1.51-2.49	พึงพอใจในระดับน้อย
1.00-1.50	พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 8 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ 2 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การทดสอบความตรง (validity) ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณาทดสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมและความสอดคล้องของข้อคำถาม ความชัดเจนของภาษาและความสอดคล้องระหว่างคำถาม วัดค่าความตรงของแบบสอบถาม (index of item objective congruence, IOC) ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.90-1.00 ทุกข้อ

2) การทดสอบความเที่ยง (reliability) ทดสอบแบบสอบถามกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนที่มิใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ จ.สมุทรสาคร ในเดือนธันวาคม 2564 วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ได้แสดงถึงระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยจะมีค่าระหว่าง $0<\alpha<1$ ถ้าค่า α มากกว่า 0.70 ขึ้นไปจะยอมรับ โดยแบบสอบถามชุดนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

การเก็บข้อมูล

พนักงานสัมภาษณ์จำนวน 8 คน ที่มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลมาก่อน (จากโครงการวิจัยอื่นๆ) ร่วมกันเข้าสัมภาษณ์ผู้ช่วยเหลือดูแลในพื้นที่ 4 ภาคและกรุงเทพฯ รวม 563 คน ด้วยแบบสอบถาม ตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้ มีการอบรมพนักงานสัมภาษณ์เพื่อซักซ้อมความเข้าใจ ขั้นตอน วิธีการ การบันทึกข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ ความสอดคล้อง ของข้อมูลจากแบบสอบถามโดยผู้ช่วยนักวิจัย และผู้นิเทศการเก็บข้อมูลภาคสนาม กรณีที่พบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จะส่งกลับให้พนักงานสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบเพิ่มเติมให้ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าต่ำสุด (minimum) ค่าสูงสุด (maximum) ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลแจงนับ และ ใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง และทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้เริ่มดำเนินการในพื้นที่ภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ หลังจากผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รับรองเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เลขที่ COA No. IHRP 2021155 สำหรับพื้นที่กรุงเทพเริ่มดำเนินการ หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ E001q/65_EXP วันที่รับรอง 10 กุมภาพันธ์ 2565 งานวิจัยนี้ไม่ได้เป็นการประเมินใดๆ ไม่มีการเปิดเผยตัวบุคคล ไม่มีการระบุชื่อหรือสถานที่ แต่จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในขณะทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถขอยุติการให้ข้อมูลได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและจะไม่ได้รับผลกระทบแต่ประการใด ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมฯ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัดและจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากถึงร้อยละ 95.4 และเป็นเพศชายเพียงร้อยละ 4.6 หากจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือร้อยละ 62.3 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปคือร้อยละ 32.3 และอายุต่ำกว่า 40 ปีคือร้อยละ 5.4 จำแนกตามระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสูงที่สุด คือร้อยละ 59.9 รองลงมาคือระดับประถมศึกษามีสัดส่วนร้อยละ 20.4 เมื่อพิจารณาด้านรายได้ พบว่า มีเพียงร้อยละ 19.4 ที่มีรายได้หลักจากค่าจ้างของผู้ช่วยเหลือดูแล

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.2 มีระยะเวลาการทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลอยู่ระหว่าง 3-5 ปี รองลงมาคือร้อยละ 31.6 มีระยะเวลาการทำงานอยู่ในช่วง 1-3 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.6 ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง

ด้านการทำสัญญาจ้าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.3 ทำสัญญาจ้างกับหน่วยบริการ ได้แก่โรงพยาบาล รพ.สต. และศูนย์บริการสาธารณสุข, ร้อยละ 30.6 ทำสัญญาจ้างกับเทศบาล/อบต./อปท., และร้อยละ 17.6 ไม่ได้ทำสัญญาจ้าง ในขณะที่ความถี่ของการได้รับค่าจ้างพบว่า ร้อยละ 25.8 ได้รับค่าจ้างทุกเดือน, ร้อยละ 17.9 ได้รับค่าจ้างทุกๆ 3 เดือน และเมื่อพิจารณาปัญหาการค้างจ่ายค่าจ้าง พบว่า ร้อยละ 48.7 เคยประสบกับการจ่ายค่าจ้างล่าช้ารวมถึงไม่ได้รับการจ่ายค่าจ้าง

กิจกรรมที่ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ พูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 79.0 รองลงมาคือ การตรวจวัดความดันโลหิต/น้ำตาลในเลือด ร้อยละ 77.1, ช่วยทำกายภาพบำบัด/นวดไทย ร้อยละ 56, เขียนรายงานการปฏิบัติงาน ร้อยละ 49, และการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การนอนหลับพักผ่อน ร้อยละ 43.9

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 ตอบว่า พอใจในการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 93.6 ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากผู้รับผิดชอบการจ้างงาน, ร้อยละ 92.0 ได้รับการชี้แจงขั้นตอนการทำงานอย่างชัดเจน, ร้อยละ 94.8 ได้รับการกำหนดหน้าที่อย่างชัดเจนง่ายต่อการปฏิบัติ

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
พื้นที่		
กรุงเทพมหานคร	103	18.3
ภาคเหนือ	102	18.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	124	22.0
ภาคตะวันออก	110	19.5
ภาคใต้	124	22.0
รวม	**563**	**100**
เพศ		
ชาย	26	4.6
หญิง	537	95.4
รวม	**563**	**100**
กลุ่มอายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	30	5.4
40-59 ปี	351	62.3
60 ปีขึ้นไป	182	32.3
รวม	**563**	**100**
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	115	20.4
มัธยมศึกษา	337	59.9
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/วิชาชีพชั้นสูง	62	11.0
ปริญญาตรี	47	8.3
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.4
รวม	**563**	**100**
รายได้หลัก		
จากการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล	109	19.4
จากแหล่งอื่น	454	80.6
รวม	**563**	**100**
ระยะเวลาการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล		
6 เดือน-1 ปี	19	3.4
1-3 ปี	178	31.6
3-5 ปี	266	47.2
มากกว่า 5 ปี	100	17.8
รวม	**563**	**100**

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
หลักสูตรที่ผ่านการอบรม		
70 ชั่วโมง	504	89.6
120 ชั่วโมง	9	1.6
420 ชั่วโมง	50	8.9
รวม	**563**	**100**
การทำสัญญาจ้าง		
ทำกับหน่วยบริการ รพ.สต./รพ./ศบส.	176	31.3
ทำกับเทศบาล/อบต./อปท.	172	30.6
ทำกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	116	20.6
ไม่ได้ทำสัญญาจ้าง[¶]	99	17.6
รวม	**563**	**100**
ความถี่การได้รับค่าจ้าง		
ทุก 1 เดือน	145	25.8
ทุก 2 เดือน	5	0.9
ทุก 3 เดือน	101	17.9
ทุก 4 เดือน	5	0.9
ทุก 6 เดือน	32	5.7
ทุก 1 ปี	54	9.6
ไม่ได้รับค่าจ้าง[§]	221	39.3
รวม	**563**	**100**
เคยพบปัญหาการจ่ายค่าจ้าง*		
เคย	274	48.7
ไม่เคย	289	51.3
รวม	**563**	**100**

[¶] ไม่ได้ทำสัญญาจ้าง คือเคยทำสัญญาจ้างแล้วแต่ ณ วันที่เก็บข้อมูล หมดสัญญาจ้างหรือกำลังรอต่อสัญญา และบางส่วนเพิ่งเข้ามาทำงานช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 ปี 2563 และต้นปี 2564 จึงยังไม่ได้ทำสัญญา เนื่องจาก care manager มีภาระงานล้นมือ

[§] ไม่ได้รับค่าจ้าง คือไม่เคยได้รับค่าจ้างเลยตั้งแต่ทำงาน และเคยได้รับก่อนหน้านี้ แต่ ณ วันเก็บข้อมูล ไม่ได้รับค่าจ้างนานกว่า 1 ปี

* ปัญหาการจ่ายค่าจ้างคือ จ่ายค่าจ้างล่าช้ารวมถึงการที่ยังไม่ได้รับค่าจ้าง

รพ. = โรงพยาบาล, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศบส. = ศูนย์บริการสาธารณสุข, อบต. = องค์การบริหารส่วนตำบล, อปท. = องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ค่าจ้างที่ได้รับและค่าเดินทางโดยเฉลี่ยแต่ละพื้นที่

เมื่อพิจารณาด้านค่าจ้างโดยเฉลี่ย พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับค่าจ้างสูงที่สุดเฉลี่ย 3,054 บาทต่อเดือน ภาคตะวันออกได้รับค่าจ้างเฉลี่ย 1,265 บาทต่อเดือน ภาคเหนือและภาคใต้ได้รับค่าจ้างใกล้เคียงกันคือเฉลี่ย 774 บาท และ 764 บาทต่อเดือนตามลำดับ ในขณะที่ กทม. ยังไม่ได้รับค่าจ้าง

เมื่อถามถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ช่วยเหลือดูแลฯ ในการออกไปปฏิบัติหน้าที่ซึ่งเป็นเงินที่ผู้ช่วยเหลือดูแลเป็นผู้จ่าย พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 356 บาทต่อเดือน ภาคตะวันออกเฉลี่ย 215 บาทต่อเดือน ภาคใต้เฉลี่ย 182 บาทต่อเดือน กทม. เฉลี่ย 177 บาทต่อเดือน และภาคเหนือเฉลี่ย 115 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 2 ค่าจ้าง ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน และค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ช่วยเหลือดูแลในแต่ละพื้นที่

พื้นที่	ค่าจ้าง* (บาท/เดือน)	ค่าเดินทาง§ (บาท/เดือน)
กรุงเทพมหานคร¶	0	177
ภาคเหนือ	774	115
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3,054	356
ภาคตะวันออก	1,265	215
ภาคใต้	764	182
รวม	**1,620**	**214**

* ค่าจ้างเฉลี่ย คำนวณเฉพาะคนที่ได้รับค่าจ้างเท่านั้น และไม่รวมผู้ที่เคยได้รับค่าจ้าง แต่ปัจจุบันไม่ได้รับค่าจ้างมากกว่า 1 ปี
§ ค่าเดินทาง คือค่าใช้จ่ายที่ ผู้ช่วยเหลือดูแลต้องรับภาระจ่ายเอง เพื่อเดินทางไปทำงาน
¶ กรุงเทพมหานคร ยังไม่เคยได้รับค่าจ้าง ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2565

ความพึงพอใจในแต่ละมิติจำแนกตามพื้นที่

มิติที่มีคะแนนความพึงพอใจต่ำสุดคือมิติค่าจ้าง (2.95 คะแนน) และมิติที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ มิติด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน (4.50 คะแนน) เมื่อพิจารณาจำแนกตามพื้นที่ พบว่าภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าภาคอื่นๆ ในทุกมิติ ขณะที่ กทม. มีคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมน้อยกว่าพื้นที่อื่นๆ ซึ่งในมิติค่าจ้างมีคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด (คะแนน 1.67) เมื่อพิจารณาในรายมิติพบว่า ทุกพื้นที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงที่สุดในด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน รองลงมาคือด้านการดำเนินงาน และมีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดในด้านค่าจ้าง

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจแต่ละมิติของผู้ช่วยเหลือดูแลจำแนกตามพื้นที่

พื้นที่ / มิติ	ค่าจ้าง	การดำเนินงาน	การสนับสนุนการทำงาน	คุณภาพชีวิตการทำงาน	บริบทภายนอก
กรุงเทพมหานคร	1.67	4.12	3.82	4.45	3.96
ภาคเหนือ	3.46	4.22	4.07	4.55	3.95
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3.19	4.31	4.04	4.56	4.03
ภาคตะวันออก	2.85	4.12	3.97	4.46	3.90
ภาคใต้	3.02	4.18	3.97	4.51	3.90
รวม	**2.95**	**4.19**	**3.98**	**4.50**	**3.95**

ความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ระดับความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแล ส่วนใหญ่ คือร้อยละ 51.6 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือร้อยละ 26.3 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 21.5 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.6 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

เมื่อพิจารณาจำแนกตามพื้นที่พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง คือร้อยละ 73.8 รองลงมาอยู่ในระดับมาก คือร้อยละ 13.1 และอยู่ในระดับมากที่สุด คือร้อยละ 9.8 ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีความพึงพอใจเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ผู้ช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุดและระดับปานกลางตามลำดับ ในขณะที่ภาคตะวันออกผู้ช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คือร้อยละ 55.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คือร้อยละ 25.0 และระดับมากที่สุด คือร้อยละ 18.5

เมื่อพิจารณาจำแนกตามหน่วยงานที่ทำสัญญาจ้าง

ตารางที่ 4 ร้อยละระดับความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจำแนกตามภูมิภาค

	ระดับความพึงพอใจต่อการจ้างงาน				
	น้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)	มากที่สุด n (%)	รวม n (%)
พื้นที่					
กรุงเทพมหานคร	2 (3.3)	45 (73.8)	8 (13.1)	6 (9.8)	61 (100)
ภาคเหนือ	0 (0)	8 (8.0)	51 (51.0)	41 (41.0)	100 (100)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0 (0)	8 (6.8)	74 (63.2)	35 (29.9)	117 (100)
ภาคตะวันออก	1 (1.1)	23 (25.0)	51 (55.4)	17 (18.5)	92 (100)
ภาคใต้	0 (0)	18 (17.1)	61 (58.1)	26 (24.8)	105 (100)
รวม	***3 (0.6)***	***102 (21.5)***	***245 (51.6)***	***125 (26.3)***	***475 (100)***
หน่วยงานที่ทำสัญญาจ้าง					
ทำสัญญาจ้างกับหน่วยบริการฯ	1 (0.8)	40 (30.5)	55 (42.0)	35 (26.7)	131 (100)
ทำสัญญาจ้างกับ อปท.	0 (0)	18 (10.8)	97 (58.1)	52 (31.1)	167 (100)
ทำสัญญาจ้างกับศูนย์พัฒนาฯ	0 (0)	7 (6.1)	73 (63.5)	35 (30.4)	115 (100)
ไม่ได้ทำสัญญาจ้าง	2 (3.2)	37 (59.7)	20 (32.3)	3 (4.8)	62 (100)
รวม	***3 (0.6)***	***102 (21.5)***	***245 (51.6)***	***125 (26.3)***	***475 (100)***

อปท. = องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, * เฉพาะผู้ที่ตอบคำถาม

พบว่า ในกลุ่มผู้ที่ทำสัญญาจ้างกับหน่วยบริการฯ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คือร้อยละ 42.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางคือร้อยละ 30.5 และระดับมากที่สุด คือร้อยละ 26.7 ในกลุ่มผู้ที่ทำสัญญาจ้างกับ อปท. ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก คือร้อยละ 58.1 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด คือร้อยละ 31.1 และในระดับปานกลาง คือร้อยละ 10.8 ในกลุ่มผู้ที่ทำสัญญาจ้างกับศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก คือร้อยละ 63.5 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด คือร้อยละ 30.4

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผลการวิเคราะห์พบว่า มิติด้านปัจจัยภายนอก ได้แก่ ค่าจ้างที่ได้รับจากการทำงานส่งผลทางบวกต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (B = 0.001, $p < 0.01$) และการสนับสนุนการทำงาน ส่งผลทางบวกต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (B = 0.923, $p < 0.01$) เช่นเดียวกันกับมิติด้านความรู้สึก พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานส่งผลทางบวกต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (B = 1.433, $p < 0.01$)

ตารางที่ 5 ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ตัวแปร	Minimum	Maximum	Mean	Standard deviation
อายุเต็มปี	25	81	54.9	9.1
ระยะเวลาในการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (เดือน)	6	72	48.1	17.1
ค่าจ้างที่ได้รับจากการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (บาท/เดือน)	764	3,054	1,620.0	1,560.3
ค่าเดินทางเพื่อไปทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (บาท/เดือน)	115	356	214.0	65.8
การดำเนินงาน	56.6	100	83.8	9.7
การสนับสนุนการทำงาน	40.0	100	79.5	9.7
บริบทภายนอก	55.0	100	78.9	9.8
คุณภาพชีวิตในการทำงาน	60.0	100	89.9	8.9
ความพึงพอใจต่อการจ้างงาน	40.0	100	76.1	13.9

คะแนนการดำเนินงาน การสนับสนุนการทำงาน บริบทภายนอก คุณภาพชีวิตในการทำงาน และ ความพึงพอใจต่อการจ้างงาน ใช้การปรับให้คะแนนเต็มเป็น 100 คะแนน

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ตัวแปร	B	Std. Error
Constant	8.153	7.446
อายุเต็มปี	-0.003	0.065
ระยะเวลาในการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (เดือน)	0.028	0.034
ค่าจ้างที่ได้รับจากการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (บาท/เดือน)	0.001***	0.000
ค่าเดินทางเพื่อไปทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (บาท/เดือน)	-0.004	0.002
การดำเนินงาน	0.293	0.292
การสนับสนุนการทำงาน	0.923***	0.233
บริบทภายนอก	0.023	0.330
คุณภาพชีวิตในการทำงาน	1.433***	0.368
N	475	
F	17.645***	
Df	8	
Adjusted R2	0.219	

*** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้ช่วยเหลือดูแล

กลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาอุปสรรคมากที่สุด ได้แก่ การขาดแคลนอุปกรณ์ เครื่องมือที่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน คือร้อยละ 27.6 รองลงมาคือ การที่ผู้ป่วยและญาติไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย คือร้อยละ 11.0, ญาติไม่ไว้ใจ ไม่ยินยอมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน คือร้อยละ 10.4, และปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่ค่อนข้างสูง/ไม่มีค่าเดินทางในการลงพื้นที่ คือร้อยละ 6.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือร้อยละ 52.8 ต้องการให้เพิ่มเติมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการทำงาน เช่น อุปกรณ์วัดความดันโลหิตหรือชุดทำแผล, ร้อยละ 21.8 ต้องการให้มีการเพิ่มค่าจ้าง/ค่าตอบแทนในการทำงาน, ร้อยละ 16.5 ต้องการให้มีการเพิ่มค่าใช้จ่ายเช่นค่าเดินทาง ค่าโทรศัพท์, ร้อยละ 15.6 ต้องการได้รับการสนับสนุนสิ่งของที่จำเป็นต่อผู้ป่วย เช่น แพมเพิร์ส และร้อยละ 11.9 ต้องการให้มีการสนับสนุนของเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเพิ่มกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย

วิจารณ์

ในภาพรวมทุกพื้นที่ ผู้ช่วยเหลือดูแลกว่าร้อยละ 90 เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่าผู้ช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง[20-22] อันสืบเนื่องจากโครงสร้างประชากรที่มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย[23] ตลอดจนค่านิยมเรื่องความคาดหวังให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลบุพการีเมื่อสูงวัยหรือเจ็บป่วย อีกทั้งมุมมองที่ว่าเพศหญิงเหมาะสมในการทำหน้าที่ผู้ดูแล[24]

ผู้ช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี ซึ่งยังมีกำลังและร่างกายที่พร้อมปฏิบัติหน้าที่ อีกทั้งระยะเวลาทำงานส่วนใหญ่ในภาพรวมทุกภาค เกือบร้อยละ 50 มีระยะเวลาทำงาน 3-5 ปี แสดงให้เห็นว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลมีความผูกพันกับงานและองค์กร ทำให้ระบบการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนดำเนินการมาได้อย่างต่อเนื่อง ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญในการรักษากลุ่มคนเหล่านี้ไว้ เพื่อลดการสูญเสียบุคลากร องค์ความรู้และประสบการณ์ในการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแล หากผู้ช่วยเหลือดูแลลาออกจากงาน

โดยเมื่อพิจารณาตามพื้นที่พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับค่าจ้างสูงที่สุดเฉลี่ย 3,054 บาทต่อเดือน ซึ่งมีจำนวนชั่วโมงการทำงานมากกว่าภาคอื่นๆ ลำดับถัดมาคือภาคตะวันออกได้รับค่าจ้างเฉลี่ย 1,265 บาทต่อเดือน ภาคเหนือและภาคใต้ได้รับค่าจ้างใกล้เคียงกันคือเฉลี่ย 774 บาท และ 764 บาทต่อเดือนตามลำดับ ซึ่งอัตราค่าจ้างที่แตกต่างกันนี้ เนื่องจากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ช่วยเหลือดูแลกว่าร้อยละ 90 จ้างงานผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ ซึ่งอัตราค่าจ้างเป็นไปตามระเบียบของศูนย์ฯ นั้นๆ ขณะที่ภูมิภาคอื่นส่วนใหญ่จ้างงานผ่านหน่วยบริการ ซึ่งอิงระเบียบกระทรวงสาธารณสุขในอัตราจ้างเหมาไม่เกิน 1,500 บาทต่อเดือน[15] และ จ้างงานผ่าน อปท. ที่ดำเนินการและบริหารโดย อปท. ค่าจ้างอิงตามระเบียบ อปท. (ผู้ช่วยเหลือดูแล 50 บาท/ครั้ง/ดูแลไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง) ทั้งนี้ กทม.ยังไม่ได้รับค่าจ้าง (ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2565) สาเหตุมาจากปัญหากฎระเบียบของ กทม. ไม่สอดรับกับระเบียบการใช้เงินโครงการ LTC นอกจากนี้ ปัญหาการได้รับค่าจ้างล่าช้าในพื้นที่อื่นๆ และการไม่ได้ทำสัญญาจ้างงาน ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากภาระงานล้นมือของ CM ที่ไม่สามารถจัดสรรเวลาเขียนโครงการเสนอของบประมาณ ทำฎีกาเบิกเงินค่าจ้างให้ผู้ช่วยเหลือดูแล เป็นต้น

ในส่วนความพึงพอใจต่อค่าจ้างที่ได้รับนั้น ผู้ช่วยเหลือดูแล แต่ละพื้นที่มีความพึงพอใจแตกต่างกันตามอัตราค่าจ้างที่ได้รับ ทว่ามีปรากฏการณ์ที่น่าสนใจคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ค่าจ้างในอัตราเฉลี่ยสูงกว่าภาคอื่นๆ แต่กลับมีระดับความพึงพอใจต่อมิติค่าจ้างน้อยกว่าภาคเหนือที่ได้รับค่าจ้างเฉลี่ยต่ำกว่ามาก ซึ่งมีผลมาจากมุมมองของผู้ช่วยเหลือดูแล ที่เปรียบเทียบค่าจ้างกับภาระงานที่รับผิดชอบ และต้นทุนอื่นๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าวัสดุสิ่งของเยี่ยมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนมีปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้อง เช่น

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต ด้านความรู้สึกมีคุณค่าหรือมีความภาคภูมิใจในหน้าที่

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแล พบว่า *มิติด้านความรู้สึกคือคุณภาพชีวิตในการทำงาน*ส่งผลทางบวกต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือเมื่อผู้ช่วยเหลือดูแลทำหน้าที่อย่างมีความสุข ทำงานเข้ากับเพื่อนๆ ได้ดี มีความภาคภูมิใจในการทำงานมากขึ้น จะส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการจ้างงานมากขึ้นตามไปด้วย ลำดับถัดมาคือ *มิติปัจจัยภายนอกด้านการสนับสนุนการทำงาน*ส่งผลทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อผู้ช่วยเหลือดูแลได้รับการสนับสนุนในการทำงานทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ การให้คำปรึกษา และการเพิ่มพูนทักษะความรู้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ช่วยเหลือดูแลมีความพึงพอใจต่อการจ้างงานมากขึ้น และ*มิติปัจจัยภายนอกด้านค่าจ้าง*ส่งผลทางบวกต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานหลายชิ้น ที่รายงานว่า ค่าจ้างที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจในงานของตนเองมากขึ้น ดังการศึกษาของ Grund C, 2001[25] ตลอดจนความภักดีต่อองค์กร ที่ศึกษาโดย ฐานิฎา เจริญเลิศวิวัฒน์, 2558[26] นอกจากนี้ ค่าจ้างหรือค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น ทั้งทางการเงิน และที่ไม่ใช่ทางการเงิน (งาน, ความภาคภูมิใจ) ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงาน[27]

ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Akanimanee N., 2002[18] ที่ศึกษาความเห็นต่อปัจจัยความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการว่าจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี 2545 มีความเห็นต่อปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในระดับสูงและปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุเห็นว่า ด้านความสำเร็จในงานและด้านความก้าวหน้าในงานเป็นปัจจัยจูงใจความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับสูงสุดและต่ำสุด นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Castle NG, et al, 2006[28] ในเพนซิลวาเนีย พบว่าพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในบ้านพักคนชรา พึงพอใจกับงาน และเพื่อนร่วมงาน แต่มีความพึงพอใจน้อยกับปัจจัยสนับสนุนในด้านโอกาสการเลื่อนตำแหน่ง ผู้บังคับบัญชาและค่าตอบแทน

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้ช่วยเหลือดูแลในแต่ละมิติพบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลทุกพื้นที่ในการศึกษานี้ มีคะแนนความพึงพอใจสูงที่สุดในมิติด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน รองลงมาคือมิติด้านการดำเนินงาน และมีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดในมิติด้านค่าจ้าง สะท้อนให้เห็นว่าค่าจ้างที่ได้รับไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ช่วยเหลือดูแล นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานของ ณปภัช สิงห์เถื่อน และคณะ, 2561[29] ที่ศึกษาแรงจูงใจในการดูแลและความพึงพอใจในงานของผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครจำนวน 36 ราย พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากสุดคือ ความภาคภูมิใจในอาชีพ การอยู่ร่วมกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในขณะนี้ ตามลำดับ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ วันหยุดที่ได้รับ สวัสดิการที่ได้รับ และรายได้ที่ได้รับตามลำดับ

ในด้านปัญหาของการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแล พบว่า อุปสรรคที่กลุ่มตัวอย่างประสบมากที่สุดได้แก่ การขาดแคลนอุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต คิดเป็นร้อยละ 27.6 ซึ่งสอดคล้องกับงานของสายใจ จารุจิตร, 2562[30] ที่รายงานว่าผู้ช่วยเหลือดูแลในชุมชนส่วนใหญ่ขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ยิ่งเมื่อต้องออกเยี่ยมรายบุคคลจะยิ่งประสบปัญหาขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ บางครั้งต้องรอให้ผู้ช่วยเหลือดูแลท่านอื่นใช้งานเสร็จก่อน[31] นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องการที่ญาติและผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแล ทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ หรือบางครั้งญาติและผู้มีภาวะพึ่งพิงคาดหวังต่อผู้ช่วยเหลือดูแลมากเกินไป คิดว่าผู้ช่วยเหลือดูแลต้องทำหน้าที่ทุกอย่าง ส่งผลให้ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติ

หน้าที่เกินกำลัง และเกิดความท้อจนอยากลาออก ส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าภาระงานที่มากเกินไปเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการลาออกจากงาน[32,33]

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. สร้างแรงจูงใจด้วยมาตรการที่เป็นตัวเงิน เช่น

(1) ปรับเพิ่มค่าจ้างตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน เช่น ปรับเพิ่มให้ทุกปีแบบขั้นบันไดตามอายุการทำงาน หรือปรับเพิ่มค่าจ้างตามภาระงานของผู้ช่วยเหลือดูแลที่เพิ่มขึ้น

(2) มีค่าตอบแทนการทำงานล่วงเวลา ค่าเดินทาง ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น

(3) จัดให้มีสวัสดิการต่างๆ เหมือนกับบุคลากรอื่นๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

2. สร้างแรงจูงใจด้วยมาตรการที่ไม่เป็นตัวเงิน ได้แก่ การฝึกอบรมระหว่างการปฏิบัติงาน การส่งเสริมความก้าวหน้า สามารถพัฒนาเป็น ครู ก. ของผู้ช่วยเหลือดูแลในพื้นที่ หรือเป็นผู้ช่วย CM ได้ รวมทั้งการสร้างขวัญกำลังใจให้เป็นผู้ช่วยเหลือดูแล ดีเด่น โดยการมอบโล่เกียรติยศ นอกจากนี้ควรจัดอบรมพัฒนาองค์ความรู้ ฟื้นฟู เพิ่มเติมทักษะให้ผู้ช่วยเหลือดูแลเป็นระยะ หรืออย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี และควรกำหนดเป็นระเบียบหรือข้อปฏิบัติ

3. จัดหาวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานให้แก่ผู้ช่วยเหลือดูแลทุกคน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจค่าน้ำตาลในเลือด เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างราบรื่น

4. จัดตั้งเครือข่ายผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ระหว่างผู้ช่วยเหลือดูแลด้วยกัน อีกทั้งช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ และการได้รับการยอมรับ ระหว่างคนในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลต่อไป

5. จัดหาเสื้อทีม บัตรประจำตัว หรือสัญลักษณ์เพื่อแสดงตัวตนให้ผู้ช่วยเหลือดูแล เพื่อสร้างการรับรู้แก่ประชาชนทั่วไป

ข้อเสนอเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมด้านความพึงพอใจในงานผู้ช่วยเหลือดูแล ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากยิ่งขึ้น

2. ควรวิเคราะห์ สังเคราะห์ความพึงพอใจในงานของ CM และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการ LTC แก่ผู้มีภาวะพึ่งพิง

ข้อจำกัดการศึกษา

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในช่วงเก็บข้อมูล ทำให้ลงพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ได้ ต้องใช้วิธีโทรศัพท์สัมภาษณ์เก็บข้อมูล และการศึกษานี้ศึกษาความพึงพอใจต่อการจ้างงานของ CG มิได้ศึกษาคุณภาพการทำงานหรือความพึงพอใจของผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแล

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของผลการศึกษาเชิงปริมาณจากโครงการ “ศึกษาความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ภายใต้การดูแลระยะยาวบริหารจัดการของ อปท. และหน่วยบริการ” ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และดำเนินการโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

References

1. National Statistical Office. Report on the 2017 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2017.
2. Colón-Emeric CS, Whitson HE, Pavon J, Hoenig H. Functional decline in older adults. Am Fam Physician. 2013;88(6):388-94.
3. Fong JH. Disability incidence and functional decline among

older adults with major chronic diseases. BMC Geriatrics. 2019;19(1):323.
4. Chandoevwit W, Vatragupta Y. Long-term care insurance system: a suitable system for Thailand. Thailand Development Research Institute. Bangkok: Vitoon Binding and Printing (1997); 2017. (in Thai)
5. Srivanichakorn S. Morbidity and mortality situation of non-communicable diseases (diabetes type 2 and cardiovascular diseases) in Thailand during 2010-2014. Disease Control Journal. 2017;43(4):379-90. (in Thai)
6. Prynn JE, Kuper H. Perspectives on disability and non-communicable diseases in low- and middle-income countries, with a focus on stroke and dementia. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(18):3488.
7. National Statistical Office. 2017 disability survey. Bangkok: Text and Journal Publication; 2020. (in Thai)
8. Sriwichiana K, Tonboot S, Pannarunothai S. Knowledge synthesis and situations of public policy driving in an issue of health rights of vulnerable groups. Journal of Social Work. 2017;29(1). (in Thai)
9. National Health Security Office. Manual of long-term health care system for elderly people with long-term care in the national health insurance system, fiscal year 2016. Nonthaburi: National Health Security Office; 2016. (in Thai)
10. Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisal P, Kasemsup V, Aekplakorn W, Leerapan B. Research project for developing long-term care systems for elderly with dependency under the national health insurance system. Bangkok: Decemberry; 2018. (in Thai)
11. National Health Security Board Notification Re: Criteria for Supporting Local Administrative Organizations to Operate and Manage Health Security System at the Local Level (No. 2) B.E. 2019, Thai Government Gazette, Vol 136 (2019, 26 August). (in Thai)
12. National Health Security Office. National Health Security Fund management manual, fiscal year 2019. Nonthaburi: Sahamitr Printing & Publishing; 2018. (in Thai)
13. National Health Security Board Notification Re: Criteria for Supporting Local Administrative Organizations to Operate and Manage Health Security System at the Local Level 2018, Thai Government Gazette, Volume 135, (2018). (in Thai)
14. Hfocus. Department of Health organizes training course for the trainer in order to raise care manager standards in 2016. 2016 [updated 2016 Dec 13; accessed 2021 Apr 12]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2016/12/13141. (in Thai)
15. Office of the Permanent Secretary MoPH. Guidelines for receiving payments, money storage and payment of public health services for long-term care of the dependent elderly and public health service fees from the The Community Health Security or in the area of service units under the Ministry of Public Health. n.p.; 2018. (in Thai)
16. Hackman JR, Oldham GR. Development of the job diagnostic survey. Journal of Applied Psychology. 1975;60(2):159–70.
17. Arvey R, Bouchard Jr T, Segal N, Abraham L. Job satisfaction: environmental and genetic components. Journal of Applied Psychology. 1989;74:187-92.
18. Akanimanee N. Eldercare workers' opinion on job satisfaction in Bangkok Metropolis: Master's Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies. Mahidol University; 2002.
19. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
20. Sharma N, Chakrabarti S, Grover S. Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. World J Psychiatry. 2016;6(1):7-17.
21. Okuma Y, editor. Women's roles as caregivers: family, worker, volunteer. Long-term care for frail older people; 1999; Tokyo: Springer Japan.
22. Sihapark S, Amornrojanavaravutti W, Kam-on N, Srioad P, Srihanoo P, Tupsai T. Problems and needs of long-term care for elderly community dwellers supported by long term care fund in Khon Kaen province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021;15(36). (in Thai)
23. National Statistical Office. Number and proportion of population from registration classified by age group (children, working age, elderly), sex, region and province, 2012 – 2021. 2022. Available from: http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx. (in Thai)
24. Tamdee P. Holistic view of life and women's health: guideline for promoting health service accessibility. J of Soc Sci & Hum. 2021;47(2). (in Thai)
25. Grund C, Sliwka D. The impact of wage increases on job satisfaction - empirical evidence and theoretical implications. Institute for the Study of Labor (IZA), IZA Discussion Papers. 2001.
26. Charoenloetwiwat T. Remuneration, Welfare and Quality of Life, Affecting their Loyalty to Government Official of Department of Disease Control, The Ministry of Public Health [Independent study]: Master of Business Administration Faculty of Business Administration Rajamangala University

of Technology Thanyaburi,; 2015. [In Thai].
27. Prugsasri P. Compensation factors affecting to performance of the employee a case study of employee in Siam Makro Public Co., Ltd. Bangkok and Metropolitan Area [Independent study]: the Master of Science Program in Human Resource Management Graduate College of Management, Sripatum University; 2014. (in Thai)
28. Castle NG, Degenholtz H, Rosen J. Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. BMC Health Services Research. 2006;6:60.
29. Singtuen N, Monkong S, Sirapo-ngam Y. Caregiving activities, motivations for caregiving, and job satisfaction of paid caregivers for bed bound older adults. Thai Journal of Nursing Council. 2018;33(3). (in Thai)
30. Jarujit S, Aramsin R, Prachanno W. Home visit model for bedridden patients based on the problems and needs of caregivers. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2019;30(1).
31. Panunth C, Soontaraviratana B. Long-term care system for elderly dependency: provider perspectives Journal of Health Science. 2021;30. (in Thai)
32. Wang E, Hu H, Liu H, Mao S, Chang R, Jiang W. The influence of intrinsic motivation on pay satisfaction among caregivers in residential home for the elderly in China: The Mediating Role of Job Burnout. 2020;28(6):e121.
33. Castle NG, Engberg J, Anderson R, Men A. Job satisfaction of nurse aides in nursing homes: intent to leave and turnover. The Gerontologist. 2007;47(2):193-204.

บทเรียนการจัดระบบบริการตติยภูมิในภาวะวิกฤติโควิด-19 พื้นที่ 4 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ศิราณี อิ่มน้ำขาว[*]
ภรรวษา จันทศิลป์[†]
ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์[‡]
ทรงสุดา หมื่นไธสง[§]
จงลักษณ์ ทวีแก้ว[#]
ณัฐวุฒิ สุริยะ[*]
วรนาถ พรหมศวร[¶]
ผู้รับผิดชอบบทความ: *ศิราณี อิ่มน้ำขาว*

บทคัดย่อ

การวิจัยผสานวิธีครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา บทเรียนการจัดระบบบริการตติยภูมิในภาวะวิกฤติโควิด-19 พื้นที่ 4 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้กรอบ health-care capacity and utilization และ six building blocks ศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิของจังหวัดขอนแก่น อุดรธานี สุรินทร์และอุบลราชธานี ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ จังหวัด โรงพยาบาล คณะกรรมการโควิด บุคลากรทางการแพทย์ งานสิ่งแวดล้อมและประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระหว่างเดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การอภิปรายกลุ่ม ถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ร้อยละและค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบบทเรียนการจัดระบบบริการตติยภูมิในภาวะวิกฤติโควิด-19 พื้นที่ 4 จังหวัดที่ประสบความสำเร็จ ดังนี้ 1) มีคณะกรรมการ emergency operation center (EOC) ระดับจังหวัด เป็นแกนนำหลักที่สำคัญ 2) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติต้องร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมจัดการ ร่วมรับผิดชอบ 3) ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนหนุนเสริมความร่วมมือในการบริหารจัดการ

[*] *วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
[†] *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*
[‡] *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
[§] *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
[#] *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
[¶] *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*

Received 2 July 2022; Revised 23 May 2023; Accepted 17 August 2023
Suggested citation: Imnamkhao S, Jantasin B, Chaiwong C, Muenthaisong S, Taveekaew C, Suriya N, et al. Lessons learned from the tertiary health service systems during critical COVID-19 pandemic in the northeast of Thailand. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):473-89.
ศิราณี อิ่มน้ำขาว, ภรรวษา จันทศิลป์, ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, ทรงสุดา หมื่นไธสง, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, ณัฐวุฒิ สุริยะ และคณะ. บทเรียนการจัดระบบบริการตติยภูมิในภาวะวิกฤติโควิด-19 พื้นที่ 4 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):473-89.

4) นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อการตัดสินใจของผู้บริหาร 5) ยึดหลักการคัดกรองโควิด-19 ด้วยหลัก รู้เร็ว แยกเร็ว กักเร็วและรักษาเร็ว 6) เตรียมความพร้อมกรอบอัตรากำลังของบุคลากร 7) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้พร้อมในรูปแบบพี่สอนน้อง เพื่อนช่วยเพื่อน เครือข่ายช่วยกัน 8) ใช้หลัก SMART กับการบริหารจัดการ 9) ส่งต่อผู้รับบริการแบบไร้รอยต่อ และ 10) ให้ความรู้ ความเข้าใจต่อแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการ ซึ่งโรงพยาบาลตติยภูมิสามารถนำไปใช้ในการประยุกต์ตามบริบทของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: วิกฤติโควิด-19, ระบบบริการตติยภูมิ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,ประเทศไทย, 6 เสาหลักระบบสุขภาพ

Lessons Learned from the Tertiary Health Service Systems during Critical COVID-19 Pandemic in the Northeast of Thailand

Siranee Imnamkhao[*], Bhanwasa Jantasin[†], Chanyawee Chaiwong[‡], Songsuda Muenthaisong[§], Chonglak Taveekaew[#], Natthawut Suriya[*], Woranart Promsuan[¶]

[*] *Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

[†] *Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University*

[‡] *Boromarajonani College of Nursing Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

[§] *Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

[#] *Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong Ubon Ratchathani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

[¶] *Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

Corresponding Author: *Siranee Imnamkhao, siranee@smnc.ac.th*

Abstract

The objective of this mixed-method research was to study the lessons learned from organizing health service systems at the tertiary level in the northeastern region of Thailand during the critical pandemic of COVID-19. The study focused on the health care capacity and utilization and the six building blocks frameworks, examining the tertiary hospitals in Khon Kaen, Udon Thani, Surin, and Ubon Ratchathani in the northeastern region of Thailand. The data sources included health region administrators, provincial and hospital managers, COVID-19 committees, medical personnel, environmental workers, and stakeholders from the community. The research was conducted from September 2021 to February 2022, using health-care capacity and utilization assessment tools including in-depth interviews, focus group discussions, and lesson learned extraction. Quantitative data were analyzed using percentages and averages, and qualitative data by content analysis.

The research findings plus lessons learned were as follows. 1) The emergency operation center committee's province played a crucial leadership role. 2) Managers and practitioners collaborated, participated, managed, and took responsibility together. 3) Intersectoral networks supported cooperation and resource sharing. 4) Information and communication technology was used for decision-making by managers. 5) The screening principles for COVID-19 of rapid knowing, detecting, isolating, quarantining, and treating were followed. 6) Preparedness of personnel capacity framework. 7) Competency development of personnel through mentorship, peer support, and networking. 8) Employed SMART principle in management and administration. 9) Enforced seamless referral of patients. 10) Provided knowledge and understanding to practitioners and service recipients. These lessons learned could be effectively applied to tertiary hospitals in future contexts.

Keywords: COVID-19 crisis, tertiary health service systems, northeastern region, Thailand, six building blocks

ภูมิหลังและเหตุผล

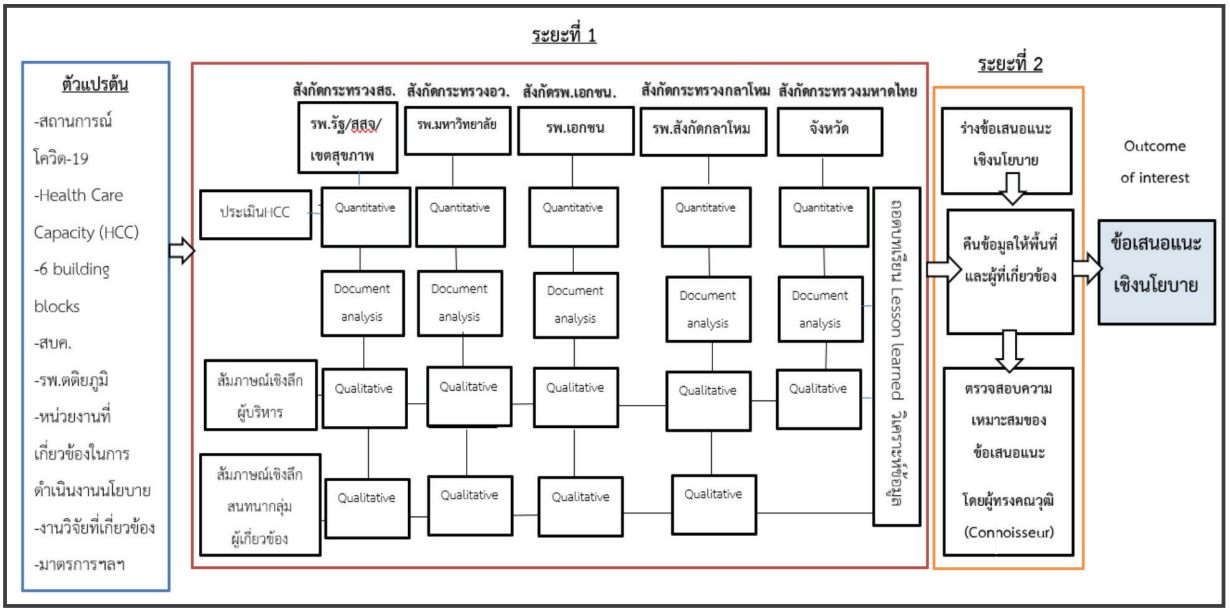
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบเป็นครั้งแรกในประเทศจีน องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโควิด-19 เป็นสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ[1] การแพร่ระบาดของโควิด-19 ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศทั่วโลก ประเทศในทวีปเอเชียมีผู้ป่วยรายใหม่สูงสุดในช่วงเดือนกรกฎาคม 2564 คือ อินเดีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ ปากีสถานและบังคลาเทศ ประเทศไทยพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้น จำนวน 5,916 รายและเสียชีวิตสะสมมากถึง 2,226 ราย เมื่อทำการศึกษาถึงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในไทย พบมีการระบาดในระลอกที่ 3 หลังเดือนเมษายน 2564 เพิ่มขึ้นมากกว่าระลอกที่ 1 และ 2 ที่ผ่านมาเป็นหลายเท่าตัว รายงานของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 วันที่ 4 กรกฎาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นการติดเชื้อในคลัสเตอร์ที่หลากหลาย ทุกช่วงวัย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อสะสมมากขึ้นเป็น 254,204 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนมากถึง 5,916 ราย เสียชีวิตจากหลักร้อยเพิ่มเป็นหลักพัน ในส่วนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบผู้ติดเชื้อรายใหม่และสะสมรวม 7,987 ราย[2] โดยมีการแพร่กระจายเชื้อไปทุกช่วงวัยของอายุและเพิ่มคลัสเตอร์ในแคมป์คนงาน คลัสเตอร์ฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น มากถึงจำนวน 34 รายและครูพี่เลี้ยงจำนวน 8 ราย รวม 42 ราย แนวโน้มความรุนแรงในประเทศไทยจึงถือได้ว่ามีสถานการณ์รุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในด้านระบาดวิทยาของเชื้อไวรัสโคโรนาพบมีการกระจายอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศไทยรวมทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อในระลอก 3 ทำให้ทั่วโลกกำลังเผชิญกับคำถามและการตัดสินใจมากมายที่ต้องการแก้ไข เพื่อเตรียมรับมือและตอบสนองโดยตรงต่อการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในขณะเดียวกันต้องให้การบริการสุขภาพด้านอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 และได้เผยแพร่ตัวชี้วัดในการติดตามศักยภาพของการให้บริการสุขภาพและการนำไปใช้เพื่อตัดสินใจในสถานการณ์ระบาดของโควิด-19[3] เป็นแนวทางปฏิบัติในการติดตามการจัดระบบบริการสุขภาพและแนวทางการตัดสินใจเพื่อใช้ในสถานการณ์โควิด คือ Indicators to monitor health-care capacity and utilization for decision-making on COVID-19 ซึ่งระบบบริการสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 มีความจำเป็นต้องมีการใช้ประโยชน์และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องทุกระยะของการระบาดของโรค การประเมินผลที่ถูกต้องและรวดเร็วของหน่วยงานบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างและกระบวนการบริหาร การจัดการทรัพยากรบุคคล การจัดการทรัพยากรทั่วไปและความต้องการของชุมชน โดยมีเป้าหมายหลักคือการสนับสนุนอย่างรวดเร็วและการประเมินที่แม่นยำ เพื่อให้สถานบริการสุขภาพได้มีการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อโควิด-19 อย่างทันท่วงที เป็นสิ่งที่จะบ่งบอกถึงมาตรฐานการบริการสุขภาพที่สูงสุด[4]

จากผลกระทบของการระบาดของเชื้อ delta ในระลอก 3 ซึ่งพบผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น กระทบต่อระบบบริการสุขภาพที่ต้องแก้ไขปัญหาเร่งด่วนในภาวะวิกฤติที่คนไข้ล้นโรงพยาบาล เตียงในหอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit, ICU) ไม่เพียงพอ ความเหนื่อยล้าและปัญหาการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มของบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการจัดระบบบริการตติยภูมิในภาวะวิกฤติโควิด-19 อย่างเร่งด่วนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลและพื้นที่ที่แตกต่างกัน การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อรองรับการระบาดขั้นวิกฤติของโควิด-19 บทความนี้เป็นการนำเสนอใน

วัตถุประสงค์ที่ 3 บทเรียนการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดระบบบริการตติยภูมิในภาวะวิกฤติโควิด-19 ที่อาจนำไปประยุกต์ใช้เพื่อจัดการกับภาวะวิกฤติโควิด-19 ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการศึกษาแบบผสมผสานวิธี (mixed method designs) โดยใช้กรอบการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed method research) แบบวิจัยพร้อมๆ กัน (convergent parallel design)[5] รายละเอียดดังภาพที่ 1



สสจ. = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, อว. = กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

Figure 1 Research framework

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้กระจายอยู่ในแต่ละเขตสุขภาพที่ 7, 8, 9, 10 ผู้วิจัยจึงเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) ขั้นตอนที่ 1 สุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพทั้ง 4 เขตเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรในแต่ละเขตสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือของแต่ละจังหวัด ทั้ง 4 เขตสุขภาพ เขตละ 2 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 แห่ง และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 แห่ง จากนั้นทำการศึกษาจาก 2 แหล่งคือ การวิเคราะห์เอกสาร และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณระดับผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ ที่ 7, 8, 9, 10 ผู้บริหารระดับจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด ผู้บริหารระดับโรงพยาบาลทั้ง 8 โรงพยาบาล รองผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการด้านการบริหารจัดการในสถานการณ์โควิดและ infection control nurse (ICN) รวมทั้งสิ้นจำนวน 68 คน ในระดับผู้ปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และ infection control ward nurse (ICWN) ของโรงพยาบาล 8 แห่ง และบุคลากรที่รับผิดชอบงานสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 แห่ง โรงพยาบาลค่าย 1 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง รวม 48 คน และในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่จะให้ข้อมูลครอบคลุมวัตถุประสงค์การศึกษาได้และข้อมูลอิ่มตัว ไม่มี

ข้อมูลใหม่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ ที่ 7, 8, 9, 10 ผู้บริหารระดับจังหวัดทั้ง 4 จังหวัดคือ จังหวัดขอนแก่น อุดรธานี สุรินทร์และอุบลราชธานี ผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการโควิด-19 และบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรที่รับผิดชอบงานสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 แห่ง โรงพยาบาลค่าย 1 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง รวมทั้งสิ้น 116 คน และผู้ให้ข้อมูลรองเป็นประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่รับการบริการเกี่ยวกับโควิด-19 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิดังกล่าวจำนวน 40 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2564 ถึงกุมภาพันธ์ 2565 เป็นระยะเวลา 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบประเมินการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ซึ่งนักวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ครอบคลุมการสำรวจ health care capacity ตามกรอบขององค์การอนามัยโลก[3] 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความพร้อมของ รพ. 2) การวินิจฉัยโรคเพื่อการรักษา/ความพร้อมของวัคซีนและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพอื่น ๆ สำหรับโควิด-19 3) อุปกรณ์ชีวการแพทย์สำหรับการจัดการกรณี COVID-19 เครื่องมือสินค้าคงคลัง 4) การดูแลสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในสถานดูแลสุขภาพ 5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (infection prevention and control: IPC) การตอบสนองของสถานดูแลสุขภาพสำหรับโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เจาะลึก ระบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์โควิด 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม 3) แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม และ 4) แบบบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อรองรับสถานการณ์ขั้นวิกฤติของโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยมีกรอบแนวคำถามครอบคลุมประเด็นดังนี้

1. ความคิดเห็นต่อสถานการณ์ของโควิด-19 ในปัจจุบัน ในมุมมองของผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ จังหวัด โรงพยาบาล การบริหารจัดการและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสถานการณ์ในเขตพื้นที่

2. การประเมินการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ โดยจำแนกประเด็น คือ หลักการหรือแนวคิดสำคัญที่ใช้เพื่อการบริหารจัดการฯ นโยบายทิศทางการขับเคลื่อนองค์กรที่เกี่ยวข้องกับบริหารจัดการฯ การเตรียมความพร้อมตามกรอบเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก 5 ด้าน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อเสนอเชิงนโยบายในการบริหารจัดการ ภายใต้คำจำกัดความที่ให้ความชัดเจนของประเด็นหลัก

การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบของการบริหารจัดการตามขีดความสามารถในการให้การดูแลและให้การบริการด้านสุขภาพ (health care capacity) ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด-19 ครอบคลุมกรอบการประเมินขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพและจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 (health care capacity for COVID-19) 5 ด้าน ขององค์การอนามัยโลก

สถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลทั้งในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 4 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดขอนแก่น อุดรธานี สุรินทร์ และอุบลราชธานี ที่แบ่งตามเกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามระบบ ภูมิศาสตร์สารสนเทศ (geographic information system: GIS)

สถานการณ์ภาวะวิกฤติของโควิด-19 หมายถึง สถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่ชื่อว่า COVID-19 ในประเทศไทยที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นในระลอกที่ 3 หลังเดือนเมษายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ thematic analysis ของโคโลซี[6] ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 อ่านข้อความที่ได้จากการถอดเทปการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งบันทึกภาคสนาม เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้

2.2 ดึงคำหรือสกัดคำ (extracting) หรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการศึกษาจากข้อมูลที่ได้

2.3 สร้างความหมาย (formulate meaning) ให้กับประโยคสำคัญที่เกี่ยวกับข้อมูลที่ได้มาจากการดึงคำ

2.4 จัดกลุ่มหัวเรื่อง (cluster of themes) จากความหมายหลังจากทบทวนความหมายที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง คือ 2.4.1) หาความเที่ยงของหัวเรื่องที่จัดไว้ โดยนำกลับไปทบทวนกับความหมายเดิมตามคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง 2.4.2) พิจารณาหัวเรื่องขั้นต้นที่จัดไว้ ซึ่งอาจพบหัวเรื่องที่ขัดแย้งกันในแต่ละกลุ่มและไม่ควรตัดข้อมูลที่ไม่เข้ากับปรากฏการณ์ที่ศึกษาออกไป

2.5 นำสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์มาผสมผสานกัน และสร้างเป็นคำอธิบายในปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียด (exhaustive description)

2.6 นำคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาที่สร้างขึ้นมาอย่างละเอียด และลดรูป (reduce) ให้เป็นโครงสร้างที่สำคัญของปรากฏการณ์ที่ศึกษา (essential structure) ซึ่งโครงสร้างสำคัญที่สร้างขึ้นในขั้นตอนนี้ เปรียบเสมือนข้อความที่อธิบายให้เห็นถึงโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน

2.7 ตรวจสอบความเที่ยงของข้อค้นพบ โดยผู้วิจัยกลับไปหากลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติม และตรวจสอบความเที่ยงของข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งก่อน

จากนั้นสรุปผลการวิเคราะห์ เมื่อผู้วิจัยดำเนินการแล้วได้มีการตรวจสอบความเหมาะสมของผลการวิเคราะห์เนื้อหา การสรุปเป็นรูปแบบ (connoisseurship) โดยผ่านการรับรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

3. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียน 4 ขั้นตอนหลักคือ รวบรวม ทวนสอบ จัดเก็บและเผยแพร่[7]

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval) จาก 4 แห่งคือ 1) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม IRB เลขที่ SNC 022/2564 2) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น IRB เลขที่ BCNKK-33-2021 3) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เลขที่ 070/64 S และ 4) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEF64031 จากนั้นดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

1. ผลการประเมินการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อรองรับสถานการณ์โควิด-19

จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (documentary) และการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ระลอกที่ 3 พบปัญหาสำคัญที่เหมือนกันใน 4 จังหวัดที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาเตียงรับคนไข้หนักไม่เพียงพอ บุคลากรที่มีความชำนาญดูแลคนไข้หนักไม่เพียงพอ เริ่มมีการติดเชื้อในกลุ่มบุคลากรส่งผลให้อัตรากำลังพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไม่เพียงพอ มีความจำเป็นต้องบริหารจัดการสับเปลี่ยนบุคลากรทางการแพทย์และบางส่วนจำเป็นต้องหยุดบริการด้านอื่นๆ ที่สำคัญ การศึกษาความพร้อม

โดยใช้แบบประเมินความพร้อมของโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่าการประเมินความพร้อมของโรงพยาบาลตามตัวชี้วัดในการติดตามความสามารถของการให้บริการสุขภาพและการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการตัดสินใจในสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 นำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องตามกรอบ six building blocks และ health care capacity ขององค์การอนามัยโลก จากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก สามารถสรุปผลการประเมินได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสอดคล้องของการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อรองรับสถานการณ์โควิด-19 ตาม health care capacity for COVID-19 และ six building blocks of health system โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Six building blocks / HCC	ระบบบริการ (Service delivery)	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information)	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และ เทคโนโลยี (Medical products, vaccines and technologies)	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)	ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership /governance)
1. ความพร้อมของโรงพยาบาล						
เขตสุขภาพที่ 7	มากที่สุด	มาก	มาก	มาก	มากที่สุด	มากที่สุด
เขตสุขภาพที่ 8	มากที่สุด	มาก	มากที่สุด	มาก	มากที่สุด	มากที่สุด
เขตสุขภาพที่ 9	มากที่สุด	มาก	มากที่สุด	มาก	มากที่สุด	มากที่สุด
เขตสุขภาพที่ 10	มากที่สุด	มาก	มาก	มาก	มากที่สุด	มากที่สุด
2. การวินิจฉัยโรคเพื่อการรักษา/ความพร้อมของวัคซีนและผลิตภัณฑ์						
เขตสุขภาพที่ 7	มาก	มาก	มาก	มาก	มากที่สุด	มาก
เขตสุขภาพที่ 8	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
เขตสุขภาพที่ 9	มากที่สุด	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
เขตสุขภาพที่ 10	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
3. อุปกรณ์ชีวการแพทย์ฯ						
เขตสุขภาพที่ 7	มาก	มาก	มาก	มาก	มากที่สุด	มากที่สุด
เขตสุขภาพที่ 8	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
เขตสุขภาพที่ 9	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
เขตสุขภาพที่ 10	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
4. การดูแลสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยฯ						
เขตสุขภาพที่ 7	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มาก	มากที่สุด	มากที่สุด
เขตสุขภาพที่ 8	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มาก	มากที่สุด	มากที่สุด
เขตสุขภาพที่ 9	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มาก	มากที่สุด	มากที่สุด
เขตสุขภาพที่ 10	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มาก	มากที่สุด	มากที่สุด
5. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ						
เขตสุขภาพที่ 7	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด
เขตสุขภาพที่ 8	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด
เขตสุขภาพที่ 9	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด
เขตสุขภาพที่ 10	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด

HCC = health care capacity

เมื่อทำการวิเคราะห์เนื้อหา สามารถสรุปผลการวิจัยตามกรอบขององค์การอนามัยโลก ใน 5 ด้านหลัก ได้ดังนี้

1) ความพร้อมของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่โรงพยาบาลตติยภูมิทั้ง 4 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความพร้อม ครอบคลุมด้าน

(1) ระบบความเป็นผู้นำและการจัดการในสถานการณ์ต่างๆ ผู้บริหารนำนโยบายจากส่วนกลางบริหารโดยยึดหลักการ (1.1) การประกาศนโยบายหรือแนวปฏิบัติของจังหวัด อิงหลักการ 2 ประเด็นคือ ประการที่ 1 คือ มีมาตรฐานไม่น้อยกว่าที่ สบค .กำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐาน ประการที่ 2 คำนึงถึงความเป็นอยู่ของประชาชน พยายามให้กระทบน้อยที่สุด โดยการงานอาชีพและเศรษฐกิจต้องมีความสมดุล (1.2) ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม การให้อำนาจในการตัดสินใจและบริหารจัดการในส่วนงานที่รับผิดชอบโดยตรง (1.3) พร้อมสำหรับการสั่งการ ณ ที่ตั้ง โดยเขตสุขภาพที่ 8, 9 มีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบระดับรองผู้ว่าราชการจังหวัดกำกับติดตามแต่ละพื้นที่และชุมชน

(2) ให้ความสำคัญกับการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้เกี่ยวข้อง โดยเขตสุขภาพที่ 8 มีการนำหลักการบริหารจัดการยึด 1S (Staff), 4 M (Man, Money, Material, Management) และ 7S model (Structure, Strategy, Systems, Skills, Styles, Staffs, Shared value) มาใช้

(3) การเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล จุดเด่นที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมคือเขตสุขภาพที่ 8 ดึงเทคโนโลยีมาใช้ในการเสนอตัวเลขผู้ติดเชื้อโดยไม่มีการปกปิดข้อมูลเพราะเชื่อว่าตัวเลขที่เป็นจริงทำให้แก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง

(4) การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ขับเคลื่อนงานหมู่บ้านสีฟ้าโดยชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลค่ายพร้อมสำหรับการทำงานร่วมกับเครือข่ายความร่วมมือ

(5) การบริหารการเงินและความต่อเนื่องทางธุรกิจ โดยเขตสุขภาพที่ 7 มีเครือข่ายที่เข้มแข็งบริจาคผ่านมูลนิธิโรงพยาบาลขอนแก่น มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยา เวชภัณฑ์พร้อมใช้ ด้วยการคำนวณระบบคงคลัง มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องของอุปกรณ์ หรือสิ่งแวดล้อมในการพร้อมรับผู้รับบริการ เขต 8 มีการใช้แผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ (business continuity plan for emergency infectious disease in healthcare facilities: BCP) ในการดำเนินงาน มีการจัดตั้งทีมงานทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องฯ (BCP team) ชัดเจน

(6) ทรัพยากรมนุษย์ มีการกำหนดแผนอัตรากำลัง การพัฒนาสมรรถนะ การพัฒนาคนในการทำงานและให้บริการแก่ผู้รับบริการด้วยการ training on the job พัฒนาอัตรากำลังให้เพียงพอพร้อมให้บริการด้วยการรวมกำลังพลไว้ส่วนกลางและกระจายไปในแต่ละพื้นที่

(7) แผนสำรองฉุกเฉิน มีการเตรียมความพร้อมการบริหารจัดการทรัพยากรในการประมาณการ คาดการณ์และจัดอุปกรณ์ของคงคลังเพื่อสามารถใช้งานได้ในเวลาที่ฉุกเฉิน อุปกรณ์ สำหรับการดูแลรักษาและพยาบาลผู้รับบริการโควิด-19 มีการจัดสำรองไว้ 2 เดือน

(8) ความต่อเนื่องของบริการสนับสนุนที่จำเป็น มีการจัดระบบของการส่งต่อ การส่งกลับ (refer back/out) ในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลจัดให้มีการแยกโซน (zoning) ในโรงพยาบาลและการให้บริการคลินิกนอกเวลาหรือคลินิกเฉพาะทาง (special medical clinic: SMC) เพื่อลดความแออัดของปริมาณผู้รับบริการในโรงพยาบาล จัดระบบการส่งยากลับบ้านหรือการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านทดแทนการมารับยาที่โรงพยาบาล โดยมีรูปแบบการ

มอบหมายให้ โรงพยาบาลแม่โซนจะเป็นหลักในการดูแลและเน้นการดูแลผู้ป่วยสีแดง ส่วนผู้ป่วยสีเหลืองก็จะเป็นหอผู้ป่วย cohort ward ให้การดูแล การดูแลช่วยเหลือกันเสมือนพี่น้องและการแบ่งปันของเครือข่ายช่วยให้งานราบรื่น

(9) การจัดการผู้ป่วย ยึดหลักการรู้เร็ว แยกเร็ว กักเร็วและรักษาเร็ว นำมาใช้ในการแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และมีแนวปฏิบัติการพัฒนาด้านการครองเตียง ระบบการบริหารจัดการเตียง (bed capacity) นอกจากนี้เขตสุขภาพที่ 9 มีการนำเทคโนโลยีมาใช้อย่างเด่นชัด มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นฐานข้อมูลในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และเพื่อการตัดสินใจ ข้อมูลอุบัติการณ์รายใหม่จาก dashboard มาใช้เพื่อการตัดสินใจในพื้นที่ มีการปรับเปลี่ยนนโยบาย ลดแออัด นำระบบ kiosk การขยายด้าน telemedicine เข้าถึงง่าย ลดการรอคอย

(10) การสนับสนุนด้านอาชีวอนามัยสุขภาพจิตและจิตสังคมสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนอัตรากำลังคน และการพัฒนาสมรรถนะและทักษะการดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ และพบรูปแบบของการเชิดชูเกียรติและสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ผ่านกิจกรรมการยกย่องเชิดชูเกียรติทุกเดือน ประชาสัมพันธ์เชิดชูเกียรติบุคคลตัวอย่างต้นแบบ และจัดกิจกรรมอบรมสัมมนาเพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีโอกาสเปิดใจพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีการกำหนดกลยุทธ์การแก้ปัญหาเรื่องภาระงาน ขยายกรอบอัตรากำลังพร้อมกับอัตราค่าตอบแทนที่เป็นธรรมเพื่อลดความเหนื่อยล้า เปิดกรอบจ้างคนทดแทน มีการเพิ่มแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการปฏิบัติหน้าที่ มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพการผลิตผลงานวิชาการงานวิจัย โดยสนับสนุน ส่งเสริมด้านวิทยากรและผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญให้เกิดผลงานด้านวิชาการเพิ่มขึ้น

(11) ระบุและวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว โดยความร่วมมือของเครือข่ายในการตรวจวินิจฉัยในพื้นที่อย่างรวดเร็ว มีการให้ความรู้ในการวินิจฉัย และการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการวินิจฉัยทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็น ATK (antigen test kit), RT-PCR (real-time polymerase chain reaction), X-ray ต้องพร้อม อุปกรณ์วินิจฉัยพร้อม บุคลากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญ

(12) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง โดยมีกระบวนการในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จัด zoning จัดหาอุปกรณ์ป้องกัน

2) การวินิจฉัยโรคเพื่อการรักษา/ความพร้อมของวัคซีนและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพอื่นๆ สำหรับโควิด-19 มีการดึงศักยภาพและประสานความร่วมมือของโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่าย มาช่วยในการรองรับสถานการณ์ที่เกิดความรุนแรงมากขึ้น มีระบบการจองวัคซีนทุกกลุ่มและเร่งในการให้ นอกจากนี้เขตสุขภาพที่ 7 และ 9 มีการให้ความสำคัญกับการนำสมุนไพรมาใช้รักษาและป้องกันโควิด-19

3) กลุ่มเป้าหมาย คือทีมที่รับดูแลให้บริการเมื่อฉุกเฉินและเจ้าหน้าที่จัดการกับเหตุการณ์และปฏิบัติการฉุกเฉินการทำงานของทีมเน้น *ความร่วมมือ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ* มอบหมายงานผู้รับผิดชอบโดยตรงเป็นหลัก โดยอิงหลักกฎหมาย พร้อมการดึงศักยภาพและประสานความร่วมมือของโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่าย มาช่วยในการรองรับสถานการณ์ที่เกิดความรุนแรงมากขึ้น ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนอัตรากำลังคน และการพัฒนาสมรรถนะและทักษะการดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากร

ทางการแพทย์ วางแผนในการจัดอัตรากำลังที่สอดคล้องตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ โดยจัดเป็นทีมสำรองและพร้อมสำหรับการดูแลให้การบริการได้ทันท่วงที มีกระบวนการในการบริหารจัดการอัตรากำลังในการให้การบริการแต่ละหอผู้ป่วยโดยอิงประสบการณ์การทำงานความชำนาญการพร้อมเรียกทีมเสริมได้ทันที

4) การดูแลสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในสถานดูแลสุขภาพโควิด-19 ให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง โดยมีกระบวนการในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จัด zoning ปรับเพิ่มพื้นที่สำหรับการรอคอย เพื่อลดความแออัดที่ตึกผู้ป่วยนอก (outpatient department: OPD) จัดหาอุปกรณ์ป้องกันอย่างเพียงพอ ครอบคลุมชุด PPE (personal protective equipment), PAPR (powered air purifying respirator)

5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีกระบวนการในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2. ผลการถอดบทเรียน

จากการศึกษาบทเรียนการจัดระบบบริการตติยภูมิในภาวะวิกฤติโควิด-19 พื้นที่ 4 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบรูปแบบเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน ประกอบด้วย

1) บริหารจัดการโดยคณะกรรมการ emergency operation center (EOC) เป็นแกนนำหลักที่สำคัญ

2) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติต้องร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมจัดการ ร่วมรับผิดชอบ

3) ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนหนุนเสริมความร่วมมือในการบริหารจัดการ โดยเขตสุขภาพทั้ง 4 เขตให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายฯ ที่มีลักษณะเด่น ดังนี้

เขตสุขภาพที่ 7 มีการดึงศักยภาพและประสานความร่วมมือของโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่าย มาช่วยในการรองรับสถานการณ์ที่เกิดความรุนแรงมากขึ้น

เขตสุขภาพที่ 8 การดึงภาคีเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนมาใช้ในการบริหารจัดการภายใต้การมอบหมายงานของผู้นำระดับจังหวัดในการติดตามกำกับการดำเนินการและนำเทคโนโลยีมาใช้สำหรับการตัดสินใจของผู้บริหาร

เขตสุขภาพที่ 9 ดึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของประชาชนในบริบทชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ภายใต้โครงการที่ดำเนินการโดยประชาชนในพื้นที่ คือ “หมู่บ้านสีฟ้ากับความเข้มแข็งของพลังชุมชน”

เขตสุขภาพที่ 10 มีความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายความร่วมมือที่โดดเด่นและเป็นการต่อยอดวิสัยทัศน์นโยบายของผู้นำเขตสุขภาพ ในการดึงนโยบาย “resource sharing” มาใช้กับการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นความร่วมมือของทั้ง 4 จังหวัดในเขตสุขภาพ ร่วมแบ่งปันทรัพยากรที่เป็นการดำเนินการต่อเนื่อง 4-5 ปี มาจนถึงเมื่อเกิดสถานการณ์โควิด-19 ครอบคลุมการปฏิบัติการบริหารทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ วัคซีน เป็นการแลกเปลี่ยนกันในเขตสุขภาพ ภายใต้การนำนโยบาย คือ “จับมือกันเดิน เดินไปด้วยกัน”

4) นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อการตัดสินใจของผู้บริหาร

5) ยึดหลักการคัดกรองโควิด-19 ยึดหลัก รู้เร็ว แยกเร็ว กักเร็ว รักษาเร็ว

6) เตรียมความพร้อมด้านอัตรากำลังของบุคลากร

7) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ ให้พร้อมในรูปแบบพี่สอนน้อง เพื่อนช่วยเพื่อน เครือข่ายช่วยกัน

8) ใช้หลัก SMARTกับการบริหารจัดการโควิด-19

โดยมีรายละเอียดคือ

S: standard, system, structure, staff mix, safety

M: mindset, management

A: awareness

R: rapid response, respect, resource sharing: sharing human sharing staff

T: time, teamwork, touch

9) การส่งต่อผู้รับบริการแบบไร้รอยต่อ

10) การให้ความรู้ ความเข้าใจต่อแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการ

สามารถสรุปรูปแบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ดังภาพที่ 2

EOC = emergency operation center, HCC = health care capacity, HR = human resource, KSF = key success factor, SMART = S: standard, system, structure, staff mix, safety; M: mindset, management; A: awareness; R: rapid response, respect, resource sharing: sharing human sharing staff; T: time, teamwork, touch

Figure 2 Management model of the tertiary health service system in the Northeast Thailand at the critical epidemic of COVID-19

3. รูปแบบการระดมทรัพยากร

การถอดบทเรียนการจัดระบบบริการตติยภูมิในภาวะวิกฤติโควิด-19 พื้นที่ 4 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถสังเคราะห์และสรุปได้ ดังภาพที่ 3 ดังนี้

DMHTT = distancing-mask-hand washing-test-Thai Chana, รพ. = โรงพยาบาล, สปสช. = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Figure 3 Resource sharing model of the tertiary health service system in the Northeast Thailand at the critical epidemic of COVID-19

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบ health care capacity และ six building blocks ศึกษาแบบผสมผสาน ตั้งแต่การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และถอดบทเรียน

การวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ทั้ง 4 จังหวัด พบว่าเป็นไปตามแนวโน้มในภาพรวมของประเทศ ซึ่งในช่วงการระบาดในระลอกที่ 3 ช่วงเดือนเมษายน 2564 พบว่าการติดเชื้อเป็นสายพันธุ์เดลตา จำนวนผู้ติดเชื้อจะน้อยกว่า แต่พบว่าอัตราความรุนแรงมีมากกว่าสอดคล้องกับข้อมูลส่วนใหญ่ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า มุมมองส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นว่าโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่สร้างความวิตกกังวลในระลอกแรก บางคนเกิดการตื่นกลัวมากในระยะแรกๆ จากนั้นทุกอย่างจะดีขึ้น ปัจจัยสำคัญเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสายพันธุ์ ที่พบว่าสายพันธุ์เดลตาค่อนข้างรุนแรงและเกิดการเสียชีวิตมาก รวมทั้งการติดเชื้อระลอกที่ 3 เป็นการติดเชื้อที่หลากหลายคลัสเตอร์ แต่ละจังหวัดทั้ง

4 จังหวัด ช่วงสงกรานต์ไม่ได้ห้ามประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนา[8] มีการรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อกลับสู่ภูมิลำเนาจากมาตรการและโครงการที่รับประชาชนในพื้นที่กลับมารับการรักษาที่บ้านหรือภูมิลำเนา จึงทำให้ยอดผู้รับบริการสูงมากขึ้น โดยเชื้อเดลตาส่วนใหญ่เกิดในทุกเพศทุกวัย เช่น การติดเชื้อในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีที่พบว่าผู้ติดเชื้อเป็นแคมป์ก่อสร้างและผู้ติดเชื้อเดินทางกลับบ้านและเมื่อช่วงปลายปีผู้คนเดินทางกลับบ้าน ต่อมาในระลอกเดือนมกราคม 2565 เปลี่ยนสายพันธุ์ที่ก่อโรค เป็นสายพันธุ์ “โอไมครอน” ทำให้อัตราการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นแบบก้าวกระโดด แต่เป็นการติดเชื้อแบบไม่รุนแรง และไม่แสดงอาการเป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยเสี่ยงเป็นการติดเชื้อภายในครอบครัว หรืองานบุญ มีการรวมกลุ่มเครือญาติสังสรรค์ แทนการติดเชื้อจากนอกพื้นที่ นอกจากนี้จากการวิเคราะห์และการสัมภาษณ์ผู้บริหารพบว่า เนื่องจากการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการสถานการณ์โควิดต้องควบคู่ไปกับเศรษฐกิจที่ดี จึงมีการเปิดประเทศและเปิดการท่องเที่ยว เช่น จังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดนำร่องการท่องเที่ยว sand box ใน 6 อำเภอ จากการผ่อนคลายมาตรการ การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉพาะในเขตอำเภอเมืองเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับแต่ละอำเภอมีการสังสรรค์กันทำให้มีการระบาดขึ้นมา

การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตติย-ภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อรองรับการระบาดขั้นวิกฤติของโควิด-19 โดยการใช้ระบบบัญชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (incident command system, ICS) และการแต่งตั้งคณะกรรมการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขฯและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (emergency operation center, EOC) เป็นหลักสำคัญ ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ที่กำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐาน ผสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชน การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างชาญฉลาด ปรับระบบบริการโดยลดความแออัด เน้นความปลอดภัย และความเสมอภาคในการเข้าถึงระบบบริการ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเข้าใจคลาดเคลื่อนของบุคลากรและประชาชนในภาวะวิกฤติเพื่อรองรับสถานการณ์โควิด-19

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การระบาดครั้งใหญ่ของโควิด-19 ส่งผลให้เขตบริการสุขภาพตติยภูมิ ทั้ง 4 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดำเนินการเป็นรูปแบบเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน ได้แก่ การบริหารจัดการ ด้วยระบบบัญชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ICS) ในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับโรงพยาบาล เป็นแนวทางในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทำให้เกิดการสั่งการที่ชัดเจนตามผู้บัญชาการในการนำหรือสั่งการ ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพและเอื้อต่อความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานและการปรึกษาหารือ การแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน และการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โควิด-19 (EOC) ของจังหวัดร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล คณะกรรมการประกอบด้วย ผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในแต่ละด้านมาเป็นทีมในการดำเนินงาน ทำให้ได้แนวทางมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์มากขึ้น มีการจัดทำแผนดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ (business continuity plan for emergency infectious disease in healthcare facilities: BCP) มีการประสานความร่วมมือของโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อช่วยการรับส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ นโยบายและมาตรการต่างๆ ควรปฏิบัติได้ง่ายทั้งผู้ปฏิบัติและประชาชนให้มีความทั่วถึงและเท่าเทียม[9]

ผู้บริหารมีภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล และผู้ปฏิบัติต้องร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมจัดการ ร่วมรับผิดชอบเพื่อให้การจัดการภาวะวิกฤติที่มีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุข

มีการประกาศนโยบายในการควบคุมการแพร่ระบาดโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็วและชัดเจน นโยบายของผู้บริหารมีการนำที่ดี การทำงานเป็นทีมที่ดี การสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานเข้าใจไปในแนวทางเดียวกัน และความร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมจัดการ ร่วมรับผิดชอบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพจึงจะเกิดความร่วมมือ สอดคล้องกับการศึกษาหลักธรรมาภิบาลกระบวนการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ซึ่งพบว่าการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ถือได้ว่าเป็นหลักการบริหารจัดการที่ดีเพราะผู้นำมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีคิด และวิธีการบริหารใหม่ทั้งระบบ เน้นให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติต้องร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ร่วมกันจัดการ ร่วมกันรับผิดชอบ การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพจึงจะเกิดความร่วมมือ[10] นำมาซึ่งประสิทธิผลของการป้องกันควบคุมโรคและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการตามสถานการณ์และบริบทของแต่ละพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นำมาซึ่งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายความร่วมมือ และรูปแบบที่เป็นรูปธรรมของเขตสุขภาพที่ 9 ในการใช้ชุมชนเป็นพื้นที่ต้นแบบหมู่บ้านสีฟ้าจนประสบความสำเร็จในระดับการบริหารจัดการระดับชุมชน[11]

นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลตติยภูมิพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้ความสำคัญกับการแบ่งปันทรัพยากร สะท้อนภาพความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายความร่วมมือที่โดดเด่นและเป็นการต่อยอดวิสัยทัศน์นโยบายของผู้นำเขตสุขภาพ เช่น เขตสุขภาพที่ 10 มีนโยบาย “resource sharing” ความร่วมมือของทั้ง 4 จังหวัดในเขตสุขภาพ ร่วมในการแบ่งปันทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง 4-5 ปี จนถึงเมื่อเกิดสถานการณ์โควิด-19 ครอบคลุมการปฏิบัติ การบริหารทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ วัคซีน เป็นการแลกเปลี่ยนกันในเขตสุขภาพ ภายใต้การนำนโยบาย คือ “จับมือกันเดิน เดินไปด้วยกัน” มีพี่เลี้ยงทำหน้าที่พี่สอนน้อง แบ่งปันทรัพยากร ซึ่งหากไม่มีการแบ่งปันทรัพยากร จะต้องใช้ต้นทุนที่ค่อนข้างสูงในการดูแลผู้รับบริการ เช่น การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยใน: หอผู้ป่วยแยกโรคแพร่กระจายเชื้อ ทางอากาศ มีต้นทุนต่อหน่วยผู้รับบริการผู้ป่วยใน ต่อหนึ่งวันนอน เท่ากับ 13,242.41 บาท ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในรายโรคต่อครั้งการนอน อยู่ระหว่าง 33,106.03-198,636.15 บาท หากโรงพยาบาลต่างๆ ไม่มีการแบ่งปันทรัพยากรต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งในด้านค่าแรง ค่าใช้จ่ายจากการจัดซื้อ จัดจ้างต่างๆ ต้องใช้งบประมาณและการจัดสรรทรัพยากรเป็นจำนวนมาก[12]

ด้านการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อการปรับระบบการทำงานส่งผลให้การบริการมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ที่กล่าวถึงการนำระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยนวัตกรรมโปรแกรมข้อมูล COVID-19 Watch out เพื่อติดตาม ค้นหากลุ่มเสี่ยงที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงเข้ามาในจังหวัดอุดรธานี ทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง real time สามารถใช้ในการบริหารจัดการปัญหาในสถานการณ์ฉุกเฉินเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว[13]

การศึกษาครั้งนี้พบว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์การศึกษาและนำสู่การนำไปใช้ประโยชน์ ในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อรองรับการระบาดขั้นวิกฤติของโควิด-19 ใน 10 ประเด็น ดังนี้

1. นโยบายจากส่วนกลางต้องมีความชัดเจน และถ่ายทอดสู่ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างชัดเจนและควรมอบอำนาจให้กับผู้บริหารในแต่ละระดับเพื่อนำสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

2. พิจารณาเพิ่มกรอบบุคลากรทางการแพทย์ในระบบให้มากขึ้นหรือเพิ่มช่องทางการให้โรงพยาบาลเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการผู้ป่วย ลดความเหนื่อยล้า ลดการมีปัญหาสุขภาพ และลดการลาออก

3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) จากส่วนกลาง ที่เชื่อมโยงกับระบบเดิม รองรับเทคโนโลยีในอนาคต ให้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกัน เชื่อมต่อข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย ครอบคลุม

การเก็บข้อมูลฯ การเคลมของ สปสช. และเชื่อมต่อภาคประชาชนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

4. จัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพ เป็นองค์กรนิติบุคคล กำหนดนโยบายการร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (public private partnership: PPP) ทำให้การพัฒนาและให้บริการคล่องตัว สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ และทันการณ์มากขึ้น พร้อมสร้างสมดุลการจัดการกับโรคกับเศรษฐกิจที่ต้องขับเคลื่อนในอนาคต

5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือสถาบันการศึกษา ควรจัดให้มีโปรแกรมการอบรม เพื่อการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาความรู้ ให้เท่าทันโรคและมีทักษะความพร้อมในการให้บริการ

6. พิจารณาเรื่องเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นธรรม เท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำ ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทุกกระทรวง

7. ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดความสับสนและประชาสัมพันธ์เพื่อให้บุคลากรและประชาชนตระหนัก ระมัดระวัง ป้องกันการติดและแพร่กระจายเชื้อผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายเข้าถึงและสะดวก

8. กำหนดแนวทางในการบริหารจัดการวัคซีนให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่ และแต่งตั้งคณะกรรมการกลางในระดับเขตสุขภาพ โดยภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการพิจารณาเกณฑ์การจ่ายเงินชดเชยที่เกิดจากผลของการฉีดวัคซีน และต้องเข้มงวดในเรื่องของกฎระเบียบ

9. ทุกโรงพยาบาลควรมีการจัดทำแผนบริหารจัดการทรัพยากรที่สร้างหรือจัดหาเพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า คุ้มทุน แบบวิถีใหม่

10. จัดระบบการคัดกรองคนที่จะเข้ามาในประเทศอย่างเคร่งครัด และการจัดมาตรฐานบริการสุขภาพ ให้เป็นไปในมาตรฐานเดียวกันให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้เป็นแนวทางเดียวกัน และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการเพิ่มความตระหนักในการดูแลตนเองของประชาชน

ทั้งนี้สามารถสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเป็นภาพที่ 4

Figure 4 Policy recommendation for management of the tertiary health service system in the Northeast Thailand at the critical epidemic of COVID-19

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาหรือวิจัยเพิ่มเติม ดังนี้

1. การจัดทำแผนระยะยาวในการเพิ่มกรอบบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อการบริการประชาชนในพื้นที่ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่น้อยกว่าทุกภูมิภาค

2. การพัฒนาระบบบริการทั้งหมดให้เป็น new normal service ที่สามารถใช้ได้ทั้งสถานการณ์ปกติและช่วงที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่

3. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศให้พร้อมสำหรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาล ควรพัฒนาต่อยอดโปรแกรม watch out เพื่อเฝ้าระวังว่ามีบุคคลเสี่ยงสูงเข้ามาในพื้นที่ และพัฒนาต่อยอดแอปพลิเคชันชื่อ “Epi Scan COVID-19 เพื่อประยุกต์ใช้ในกรณีที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีโดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ที่ปรึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการเสนอแนะข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร ดร.อารี บุตรสอน รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล และได้รับความร่วมมือจากทีมผู้ให้ข้อมูลหลักรองของโรงพยาบาลตติยภูมิทั้ง 8 แห่ง ขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณ และขอขอบคุณ ผศ.ดร.จรวยพร ศรีศศลักษณ์ ที่ได้ช่วยกรุณาให้ข้อแนะนำทุกกระบวนการ ขอบคุณผู้ประสานงานคุณพัชราภรณ์ พัฒนภูติวงศ์ ขอบคุณผู้ช่วยวิจัยและผู้ประสานงานในพื้นที่ สุดท้ายนี้ทีมวิจัยขอขอบคุณเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนีอุดรธานี ขอนแก่น สุรินทร์ สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และสำคัญยิ่งขอขอบคุณผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนการพัฒนาโครงการวิจัยและสนับสนุนการทำงานในครั้งนี้

References

1. World meters. WHO: Novel Coronavirus 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 17]. Available from: https://shorturl.asia/IhWn5.
2. National Communicable Disease Committee. Summary of the meeting of the National Communicable Disease Committee under the Communicable Disease Act; 2021 [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 4]. Available from: https://shorturl.asia/5ygac.
3. World Health Organization. Indicators to monitor healthcare capacity and utilization for decision-making on COVID-19; 2020 [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 17]. Available from: https://shorturl.asia/NT0dC.
4. World Health Organization. Regional Office for the Western, P. Indicators to monitor health-care capacity and utilization for decision-making on COVID-19; 2020 [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 14]. Available from: https://shorturl.asia/w8WBN.
5. Levitt HM, Bamberg M, Creswell JW, Frost DM, Josselson R, Suárez OC. Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. American Psychologist. 2018;73(1):26-46.
6. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views. In R. Valle & M. King, Editor. Textbook of Existential–phenomenological alternatives for psychology New York, NY: Oxford University Press; 1978. p. 48-71.
7. Chakrikaew W. Synthesis of lesson transcription in media and teaching innovation of the Child Development Center small in the cooperation in human resource development in early childhood. Suan Dusit Rajabhat University 2014;73(1):26. (in Thai)
8. Gyaltshen K, Hengudomsub P, Wacharasin C. Psychological impact and its affecting factors among nurses working in COVID-19 designated hospitals in Bhutan. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2021;29(3):102-15. (in Thai)

9. Matichon online. The Ministry of Public Health joins 5 parties to link the database of COVID patients in Bangkok and surrounding provinces seamless treatment online [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 14]. Available from: https://shorturl.asia/UiySO.
10. Saengkaew P, Wongwatanaphong K. Principles of good governance, new government management processes under the COVID-19 situation. Journal of Roi Kaensarn Academi 2021;6(11),303-16. (in Thai)
11. Malahom P. et al. Community power and the surveillance, control and prevention of the COVID-19 outbreak in Thai–Lao PDR border communities; [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 28]. Available from: https://shorturl.asia/zye3t.
12. Thongyaem S. Unit cost of the in-patient service: airborne infection isolation ward, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute in the fiscal year 2015. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute 2019;13(1):1-12. (in Thai)
13. Nawamawat C, Sitthisart W, Lekpetch K, Thienthaworn P. Research for the development of a geographic information system. for health management of the board improve the quality of life at district level. 1st ed. Research Institute of Public Health System; 2019.

การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10

จรูญศรี มีหนองหว้า[*]
สาดี แฮมิลตัน[*]
ปัทมา ผ่องศิริ[*]
สุเพียร โภคทิพย์[†]
เอมอร บุตรอุดม[‡]
พนัชญา ขันติจิตร[*]
อรดี โชคสวัสดิ์[*]
รัตนา บุญพา[*]
เชาวลิต ศรีเสริม[*]
ปัฐมาพร ใจกล้า[§]
วิโรจน์ เซมรัมย์[¶]
ผู้รับผิดชอบบทความ: *สาดี แฮมิลตัน*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่เพิ่มมากขึ้นทำให้บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลต้องมีภาระงานเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ต้องมีการบริหารอัตรากำลังด้านการพยาบาลและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเป็นการใหญ่ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ถอดบทเรียนการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10 และ 2) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาล เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพช่วงตุลาคม 2564 -

[*] *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*
[†] *โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์*
[‡] *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*
[§] *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*
[¶] *สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี*

Received 22 Nov 2022; Revised 17 June 2023; Accepted 29 August 2023
Suggested citation: Meenongwah J, Hamilton S, Phongsiri P, Pokathip S, Butudom A, Khantichitr P, et al. Nursing workforce management and competencies for secondary and tertiary care during the COVID-19 crisis in health region 10. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):490-509.
จรูญศรี มีหนองหว้า, สาดี แฮมิลตัน, ปัทมา ผ่องศิริ, สุเพียร โภคทิพย์, เอมอร บุตรอุดม, พนัชญา ขันติจิตร และคณะ. การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):490-509.

เมษายน 2565 ด้วยการวิเคราะห์เอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม มีผู้ให้ข้อมูลหลัก 240 คน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ผู้ให้ข้อมูลรอง 53 คน ได้แก่ ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 10 ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนกองการพยาบาล นายแพทย์สาธารณสุข กรรมการ emergency operation center (EOC) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และ แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อค้นพบประเด็นที่ 1) การจัดอัตรากำลังพยาบาล โดย 1.1) เกลี่ยอัตรากำลังจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งในรูปแบบจิตอาสา การขอความร่วมมือหรือสั่งการ 1.2) ปรับการขึ้นเวรจาก 8 ชั่วโมงเป็น 12 ชั่วโมง และ 1.3) มอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาระงานน้อยให้ช่วยนิเทศควบคุมกำกับการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโควิด-19 และประเด็นที่ 2) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล โดย 2.1) ออกแบบการเพิ่มความรู้เป็นบทเรียนในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทั้งการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ 2.2) ใช้การสอนทักษะหน้างานเป็นหลัก 2.3) พยาบาลใช้การสืบค้นหาความรู้จากสื่อออนไลน์ด้วยตนเอง และ 2.4) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลได้รับบทบาทสำคัญให้เป็นผู้พัฒนาทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคลากรทุกคน และติดตามการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลผู้ป่วยและเผยแพร่แนวปฏิบัติเรื่องโควิด-19 ทั้งนี้ วิธีให้ความรู้และฝึกอบรมที่ใช้มากคือการฝึกสอนในการถอดและใส่ชุด personal protective equipment/powered air purifying respirator (PPE/PAPR) การช่วยใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโควิด-19 การใช้เครื่องช่วยกระบวนการฟื้นคืนชีพอัตโนมัติ การจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วย acute respiratory distress syndrome (ARDS) และการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น ความสำเร็จในการดำเนินการเกิดจากความร่วมมือของพันธมิตรและผู้มีส่วนได้เสีย สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ กำหนดมาตรการในการจัดอัตรากำลังและสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤต มีระบบและกลไกการจัดอัตรากำลังที่ชัดเจน มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเชิงวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การบริหารจัดการ, กำลังคนด้านการพยาบาล, สมรรถนะของพยาบาล, ภาวะวิกฤต, การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019

Nursing Workforce Management and Competencies for Secondary and Tertiary Care during the COVID-19 Crisis in Health Region 10

Jaroonsree Meenongwah[*], Sadee Hamilton[*], Pattama Phongsiri[*], Supian Pokathip[†], Aimon Butudom[‡], Phanatchaya Khantichitr[*], Oradee Choksawat[*], Rattana Boonpha[*], Chaowalit Srisoem*, Pattamaporn Jaikla[§], Wirote Semrum[¶]

[*] *Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromrachanok Institute, Ministry of Public Health*

[†] *Sunpasithiprasong Hospital*

[‡] *Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromrachanok Institute, Ministry of Public Health*

[§] *Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromrachanok Institute, Ministry of Public Health*

[¶] *Ubon Ratchathani Provincial Health Office*

Corresponding author: *Sadee Hamilton, sadee@bcnsp.ac.th*

Abstract

The increasing number of COVID-19 patients during the pandemic posed a great challenge for health care services. Nurses have a vital role, not only in providing care, but also in managing other health care services, in regard to the varied hospital resources challenges. This qualitative research aimed to synthesize lessons learned from the COVID-19 crisis experiences regarding nursing competencies and workforce management in Health Region 10 of Thailand. Document analysis, in-depth interviews, and focus group discussions were used to collect data from October 2021 to April 2022. The 293 key informants included the Ministry of Public Health (MOPH) inspector of Health Region 10, representatives of the Thailand

Nursing and Midwifery Council, representatives of the Nursing Division of the MOPH, the provincial chief medical officer, a group from the emergency operation center (EOC) committee, hospital directors, heads of nursing departments, physicians, infection control (IC) nurses, and nurses engaged in COVID-19 patient care. The data were analyzed using content analysis. The study revealed that: 1) workforce management in response to the crisis included 1.1) implementation of nursing staff pooled from different units through nurses volunteer co-operation or direct command; 1.2) modifying working hours from 8-hour shifts to 12-hour shifts; and 1.3) assigning head nurses of lower workload units as supervisors to the COVID-19 cohort wards. And 2) strengthening nursing competency focusing on: 2.1 designing educational modules on nursing care for COVID-19 patients with regard to infection control and prevention; 2.2) on-the-job training; 2.3) training self-directed learning skills to nurses to independently online search available COVID-19 knowledge resources; and 2.4) the IC nurses played a major role in infection control competency of the hospital staff, as well as informing the most update COVID-19 practice guidelines. The most common training sessions included the donning (putting on) and doffing (removing) of personal protection equipment (PPE) and the powered air purifying respirators (PAPR), intubation in COVID-19 patients, automatic cardiopulmonary resuscitation (auto-CPR), prone positioning in ARDS (acute respiratory distress syndrome) COVID-19 patients, and mechanical ventilation care. The key success factor for coping the crisis was the collaboration from all partners and stakeholders. The policy recommendations for the present study included setting measures for comprehensive nursing workforce management and essential competency to handle crisis situations, developing the nurse workforce system and mechanisms in order to retain nurses in the system, implementing education and training programs to promote nurses' competency, continuously, and creating working environments conducive to nurses providing direct patient care professionally.

Keywords: management, nursing workforce, competency, crisis, COVID-19

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้แพร่ระบาดไปทั่วโลก สถานการณ์การระบาดทั่วโลกในวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อกว่า 168,775,183 คน และมีแนวโน้มการระบาดเพิ่มขึ้น[1] ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยระหว่างเดือนมกราคม 2563-พฤษภาคม 2564 เกิดการระบาด 3 ระลอก โดยการระบาดที่รุนแรงที่สุดเป็นการระบาดระลอกที่ 3 มียอดผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกวัน ข้อมูลวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 รายงานการติดเชื้อสะสม 141,217 ราย รักษาอยู่ในโรงพยาบาล 46,469 ราย[2-3] สถานการณ์โควิด-19 เขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างเดือนเมษายน ถึง 27 พฤษภาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 946 ราย เสียชีวิต 12 ราย รักษาหาย 713 ราย โดยผู้ป่วยสะสมสูงที่สุด คือจังหวัดศรีสะเกษ 378 คน (25.79/แสนประชากร) รองลงมาคืออุบลราชธานี 346 คน (18.48/แสนประชากร) ยโสธร 136 คน (25.38/แสนประชากร) อำนาจเจริญ 50 คน (13.25/แสนประชากร) และ มุกดาหาร 36 คน (10.23/แสนประชากร)[4]

พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้บริการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่น พยาบาลปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การฉีดวัคซีน การคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยเมื่อติดเชื้อ และการติดตามอาการหลังการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม ลักษณะการทำงานของพยาบาลเป็นการทำงานที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีผลกระทบต่อพยาบาลในระดับตัวบุคคล ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ผลกระทบทางกายที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับรายงานมากที่สุดคือ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา[5-6] นอกจากนี้ การทำงานติดต่อกันหลายชั่วโมงและ

ทำงานภายใต้ชุด PPE (personal protective equipment) เป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางกาย ทำให้ความต้องการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมีมากขึ้น[7] เมื่อพยาบาลมีภาระงานมากขึ้น และต้องปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมของการติดเชื้อ ประกอบกับในบางแห่งบางเวลายังมีการขาดอุปกรณ์ในการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ[6-8] ทำให้มีความเครียดสูงจากการกลัวการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานและกลัวการนำเชื้อไปติดคนในครอบครัว[9-11] ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของ โควิด-19 ยังเป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรงต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยพบว่า มีเหตุการณ์การล่วงละเมิดสิทธิ และการตีตราบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในหลายลักษณะ เช่น การทำร้ายร่างกาย การข่มขู่ด้วยวาจา ความรุนแรงที่เกิดขึ้นนำไปสู่ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และการจัดหาบริการทางการแพทย์ในช่วงวิกฤตของระบบสาธารณสุข[12]

สถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 มีผลกระทบต่อหน่วยบริการสุขภาพในเรื่องของอัตรากำลังและสมรรถนะของพยาบาล ความต้องการอัตรากำลังพยาบาลในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมถึงร้อยละ 245[7] จากการที่ผู้ป่วยโควิด-19 ต้องได้รับการดูแลในห้องความดันลบหรือหอผู้ป่วยแยกโรค โดยพยาบาลอีกกลุ่มหนึ่ง ทำให้อัตรากำลังที่ไม่เพียงพออยู่แล้วยิ่งไม่เพียงพอมากขึ้นไปอีก[7] นอกจากนี้ พยาบาลบางส่วนต้องถูกกักตัวจากการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยอาการอื่นแต่พบภายหลังว่าติดเชื้อโควิด-19 จึงจำเป็นต้องมีการจัดพยาบาลในหน่วยงานอื่นมาทำงานแทนพยาบาลที่ถูกกักตัว[13] โดยที่อาจยังไม่มีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นและเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ให้กับพยาบาลที่มาแทนอย่างเพียงพอ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อทั้งในส่วนของพยาบาลเองและผู้ป่วย ทำให้พยาบาลบางส่วนติดเชื้อจนต้องเข้ารับการรักษาตัวหรือแม้กระทั่งเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่ออัตรากำลังพยาบาลที่เหลืออยู่ที่ต้องรับภาระงานที่หนักขึ้นนอกเหนืองานประจำ[14] และมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ จึงต้องมีการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้พร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เท่าที่จะทำได้ในสถานการณ์ที่เร่งรีบและจำเป็น ข้อพิจารณาให้พยาบาลขึ้นปฏิบัติงานในตึกที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยเฉพาะ คือ ต้องประเมินความสามารถของพยาบาลเพื่อมอบหมายงานการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง และควรมีการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจด้วย[15] เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 อย่างรุนแรง และจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น การบริหารอัตรากำลังพยาบาลตามสมรรถนะหรือความเชี่ยวชาญมีข้อจำกัด ดังเช่นในรัฐนิวยอร์ค ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พยาบาลหลายคนถูกจัดให้ไปปฏิบัติงานทั้งในแผนกใหม่ที่ตั้งขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยเฉพาะพยาบาลในสาขาหรือในแผนกที่ปิดบริการในระหว่างสถานการณ์ระบาด เช่น วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลจิตเวช เพื่อให้มีอัตรากำลังที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 และแผนกที่รับผู้ป่วยโรคอื่นในกรณีปฏิบัติทดแทนอัตรากำลังที่อาจมีการหมุนเวียนไปปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เช่น พยาบาลจากแผนกอายุกรรมสามัญ อาจต้องกระจายไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก การเตรียมพยาบาลให้มีสมรรถนะที่พร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วยและพยาบาล[16-17] ทั้งนี้ แม้ว่าพยาบาลบางแผนก เช่น วิสัญญีพยาบาลจะมีความคุ้นชินและเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบการหายใจ แต่การปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์ที่แตกต่างจากงานประจำ รวมทั้งการทำงานภายใต้ความกดดันและความเครียดสูง ย่อมส่งผลต่อความมั่นใจในการทำงาน การทบทวนทักษะทางการพยาบาลที่จำเป็นก่อนย้ายแผนกหรือกระจายอัตรากำลัง (pre-redeploying) จึงมีความสำคัญ รวมทั้งเมื่อเข้าทำงานในแผนกนั้นๆ ด้วย (in-house training)[18]

ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิของเขตสุขภาพที่ 10 มีรายงานการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เช่น โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งได้ปิดการให้บริการผ่าตัดเพื่อให้พยาบาลในแผนกผ่าตัดมาช่วยปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ โดยได้มีการอบรมให้พยาบาลที่ไม่เคยทำงานในหอผู้ป่วยสามัญให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ และได้มีการปิดหอผู้ป่วยชั่วคราวในระหว่างการสอบสวนโรคเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ที่ติดโควิด-19 มาปฏิบัติงานในช่วงเวลาก่อนหน้านั้น เมื่อมีการสอบสวนโรคแล้ว ได้เปิดดำเนินการใหม่โดยมีการจัดอัตรากำลังในรูปแบบใหม่ โดยให้พยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงกักตัว ส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำสามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ เห็นได้ว่าในภาวะวิกฤตโควิด–19 ซึ่งเป็นภาวะที่ความต้องการกำลังคนทางการพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 มีมากกว่ากำลังคนทางการพยาบาลที่มีในสถานบริการ เป็นความท้าทายสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล ทั้งนี้ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประกอบด้วย 7 ด้าน 48 สมรรถนะย่อย คือ 1) ด้านการคัดกรอง 3 สมรรถนะ 2) ด้านการป้องกันและควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อ 15 สมรรถนะ 3) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว 11 สมรรถนะ 4) ด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ 5 สมรรถนะ 5) ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ 3 สมรรถนะ 6) ด้านทักษะการสื่อสาร การประสานงานและการบริหารจัดการ 7 สมรรถนะ และ 7) ด้านการเรียนรู้ด้วยตนเอง 4 สมรรถนะ[19]

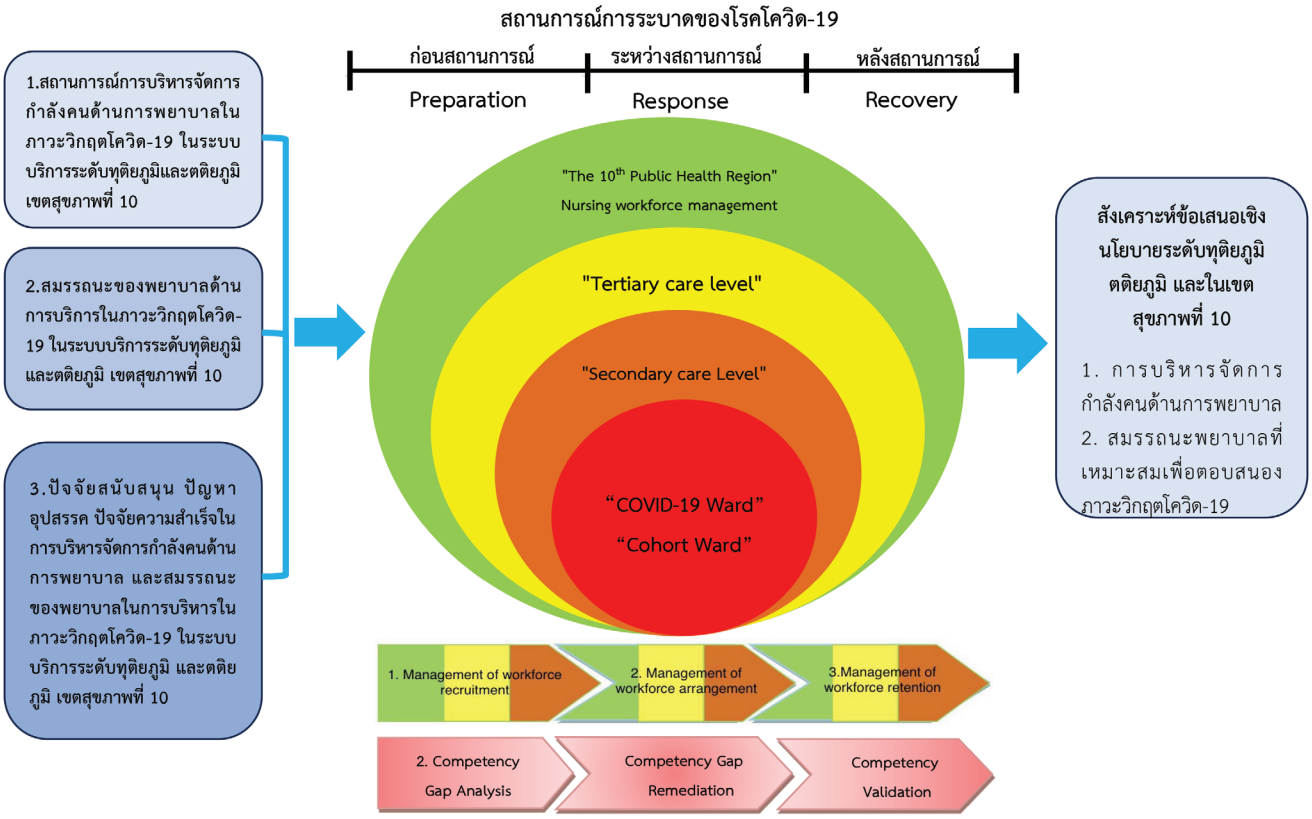
การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ที่ผ่านมา 1 ปีครึ่ง ที่มีการระบาด 3 ระลอกแล้วนั้น ไม่เพียงแต่จะคำนึงถึงการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่เพียงพอและเหมาะสม แต่ยังต้องคำนึงถึงสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤตโควิด-19 ทั้งในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิด้วย ดังนั้น การถอดบทเรียนการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 จึงมีความสำคัญเพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 โดยมีคำถามการวิจัย คือ การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 10 เป็นอย่างไร การเตรียมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในภาวะทั่วไป และภาวะวิกฤตโควิด-19 ที่เร่งด่วนเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ถอดบทเรียนการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10
2. สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 10

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ 4 แนวคิดทฤษฎีมาบูรณาการเป็นกรอบแนวคิด ได้แก่ 1) disaster management 2) crisis management เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 ถือเป็นภัยพิบัติของโรคอุบัติใหม่และมีความจำเป็นที่จะต้องบริหารจัดการกำลังคนทางการพยาบาลในภาวะวิกฤต 3) ecological model เป็นทฤษฎีโมเดลเชิงนิเวศวิทยาสังคมของแมคลีลอยและคณะ[20] ได้อธิบายแนวคิดนี้เกี่ยวกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งแบ่งระดับของสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อบุคคลเป็น 5 ระดับ คือระดับบุคคล (intrapersonal) ระหว่างบุคคล (interpersonal) องค์กร (institutional) ชุมชน (community) และ นโยบายสาธารณะ (public policy) และ 4) แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อถอดบทเรียนการจัดการกำลังคนด้านการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ของเขตสุขภาพที่ 10 โดยมีพื้นที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่ให้บริการสุขภาพอยู่ในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร มุกดาหาร และอำนาจเจริญ จำนวน 20 โรงพยาบาลที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกโรงพยาบาล

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลในภาวะวิกฤตโควิด-19 โดยหาข้อมูลรอบทิศ ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (document analysis) เกี่ยวกับรายงานการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 รายงานการประชุม EOC (emergency operation center) นโยบายการจัดอัตรากำลัง การจัดทีมการพยาบาล และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

2.1 ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดนโยบายการสนับสนุน การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในภาวะวิกฤตโควิด-19 พยาบาลทั้งในระดับเขตและระดับโรงพยาบาลตติยภูมิและทุติยภูมิ

2.2 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ/แพทย์ที่รักษา

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ทำงานร่วมกับพยาบาลในประเด็นความเพียงพอของจำนวนพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลที่จะช่วยทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 มีประสิทธิภาพโรงพยาบาลละ 1 คน

2.3 พยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล เพื่อเรียนรู้การเตรียมความพร้อมและการปรับตัวของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 1 คน

3. การสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อเรียนรู้การเตรียมความพร้อมและการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในหอผู้ป่วย ICU-COVID, cohort ward โรงพยาบาลละ 10 คน

4. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participatory observation method) เป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยเฝ้าสังเกตอยู่วงนอก และไม่เข้าไปร่วมในกิจกรรมที่ทำอยู่ของพยาบาล โดยสังเกตสถานที่และกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้ป่วยโควิด-19

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 293 คน แบ่งเป็น 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 240 คน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และ พยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล และ 2) ผู้ให้ข้อมูลรอง (general informants) จำนวน 53 คน ได้แก่ ผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 10 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กรรมการสภาการพยาบาล กรรมการกองการพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และเขตสุขภาพที่ 10 และแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยโควิด-19

เกณฑ์การเลือกผู้ให้ข้อมูล

1. มีบทบาทในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. มีบทบาทในการให้นโยบายหรือการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลและการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

เกณฑ์การเลือกโรงพยาบาล

1. เป็นโรงพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 10 ที่แตกต่างกันตามระดับการจัดบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (A, S, M1) โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (M2, F1, F2, F3)

2. เป็นโรงพยาบาลที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 10

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 เช่น ข้อมูลสภาพแวดล้อม สถานที่ตั้ง สภาพพื้นที่ ข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาล กฎ ระเบียบและข้อบังคับที่โรงพยาบาลจัดทำไว้ รวมทั้งเอกสารรายงานอื่นๆ จากโรงพยาบาล

2. แนวทางในการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มแบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview) เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งกำหนดเป็นแนวคำถามเริ่มต้นที่สามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สถานการณ์เฉพาะหน้าหรือเพิ่มเติมตามประเด็น (follow-up questions) เน้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ถ่ายทอดประสบการณ์ บทบาทหน้าที่ กระบวนการทำงาน การกำกับติดตามการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน ดังนี้

ขั้นตอนการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนมี 5 ขั้นตอน ประยุกต์มาจาก A Guide to Capturing Lessons Learned[21] ประกอบด้วย 1) เตรียมพร้อมในการถอดบทเรียน (define the project)

คือการเตรียมพร้อมนักวิจัย ให้เข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งพัฒนาทักษะที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล 2) เก็บรวบรวมข้อมูล (collect) เป็นการใช้เทคนิคในการเก็บข้อมูลรวบรวมที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต 3) การตรวจสอบและสังเคราะห์ข้อมูล (verify and synthesize) เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุม และความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นของกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 4) การจัดเก็บ (store) ข้อมูลจากการวิจัย โดยคำนึงถึงความลับของข้อมูล และ 5) เผยแพร่ผลการถอดบทเรียน (disseminate)

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview) ในการเก็บข้อมูลสนทนากลุ่มและการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) มีขั้นตอนในการดำเนินการ คือ 1) การศึกษาเอกสาร ทฤษฎี แนวคิด หลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และลงพื้นที่ศึกษาบริบทของโรงพยาบาลเป็นฐานข้อมูลในการสร้างเครื่องมือ 2) ออกแบบในการสร้างแนวทางเริ่มต้นในการสัมภาษณ์ 3) นำแนวทางเริ่มต้นในการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุง และวิเคราะห์แบบ percent agreement ใช้เกณฑ์ 80% 4) นำแนวทางเริ่มต้นในการสัมภาษณ์ไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 5) นำแนวทางเริ่มต้นในการสัมภาษณ์ทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีลักษณะคล้ายผู้ให้ข้อมูลหลัก 5 คน ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล 1 คน พยาบาล 4 คน และพยาบาล IC 1คน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข และ 6) นำแนวทางเริ่มต้นในการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปใช้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล

การเตรียมนักวิจัย

เตรียมนักวิจัยในฐานะเป็นเครื่องมือวิจัย โดยนักวิจัยหลักและนักวิจัย 4 คน จากจำนวน 11 คน ที่เป็นผู้ผ่านการเรียนและทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งยังมีผลงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่มาอย่างต่อเนื่อง โดยนักวิจัยทุกคนได้รับการฝึกฝนการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพมากกว่า 40 ชั่วโมง จากนักวิจัยหลักก่อนเริ่มเก็บข้อมูล และได้รับการจับคู่สอนงานกับนักวิจัยที่มีประสบการณ์วิจัยเชิงคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสาร (document analysis) เป็นการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากเอกสารและรายงานต่างๆ เกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เขตสุขภาพที่ 10

2. เก็บข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ใช้การสังเกตแบบกึ่งมีโครงสร้าง โดยจดบันทึกภาคสนาม ระหว่างเข้าเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เขตสุขภาพที่ 10 โดยสังเกตจำนวนพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เช่น การกระทำ กิจกรรมหรือพฤติกรรม ความสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมและสภาพสังคม โดยไม่ให้กระทบกับการทำงานของบุคลากรขณะดูแลผู้ป่วย

3. เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นหัวหน้าพยาบาลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนพยาบาลผู้ปฏิบัติใช้การสนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง สำหรับผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ ผู้บริหารและแพทย์ผู้รักษา ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. สำหรับการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายดำเนินการหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล และร่างข้อเสนอเชิงนโยบายแล้วเสร็จ โดยนำเสนอในเวทีการประชุมที่จัดขึ้นแบบออนไลน์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย

ที่เกี่ยวข้อง และพยาบาลผู้ปฏิบัติที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยการจำแนกข้อมูล เช่น พฤติกรรมและบทบาทความสัมพันธ์ โดยใช้แผนที่ความคิด (mind map) และเช็คลิสต์ ใช้นักวิจัยเป็นผู้สังเกต 2 คนในแต่ละครั้ง

2. การถอดบทเรียน ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 จำแนกคำ/หลักการสำคัญ จากข้อมูลสนามและจากแนวคิดการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาล

2) ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์และตีความ (analytic/interpretive knowledge) ทั้งแนวคิด หลักการ และ การปฏิบัติ (technical knowledge)

3) ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ที่ใช้นั้นว่าให้ความรู้อะไรบ้าง และสังเคราะห์องค์ความรู้ โดยอาจรวมกันเป็นหนึ่งเพื่อพัฒนาให้เกิดสิ่งใหม่เป็นความรู้ใหม่ นำไปสู่การได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย

3. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา หลังจากได้ข้อมูลจากการประชุมยกร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย ใช้หลักจำแนกหลักการสำคัญของข้อเสนอเชิงนโยบาย วิเคราะห์และตีความแนวคิด หลักการและการปฏิบัติ จากนั้น พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและความเป็นไปได้ของการนำไปปฏิบัติ

การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบเครื่องมือเชิงคุณภาพ ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) นำไปตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่มีความสอดคล้องหรือขัดแย้งของข้อมูล และเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไปจนกระทั่งข้อมูลที่ได้มามีความอิ่มตัว (saturated data) และใช้การคืนข้อมูล (member checking) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 24/2564 รับรอง 8 กรกฎาคม 2564 – 7 กรกฎาคม 2565 และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 083/2564 รับรอง 10 พฤศจิกายน 2564 – 9 พฤศจิกายน 2565 ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับฟังการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ประโยชน์ สิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษา ทุกคนลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวข้อมูล (informed consent form) โดยได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ในฐานะอาสาสมัครอย่างเข้มงวด

รหัสการให้ข้อมูล

กลุ่มบุคคล

H หมายถึง Head nurse (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล)

HM หมายถึง Head nurse of medicine ward (หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

R หมายถึง Registered nurse (พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19)

D หมายถึง Director (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

ระดับโรงพยาบาล

T หมายถึง Tertiary (โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ)

S หมายถึง Secondary (โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ)

รูปแบบการได้มาซึ่งข้อมูล

F หมายถึง Focus group (สนทนากลุ่ม)

I หมายถึง In-depth interview (สัมภาษณ์เชิงลึก)

ตัวเลขหลังตัวย่อ 1, 2, 3,...หมายถึง ลำดับที่ของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล

ตัวอย่างการให้รหัส

HT1 หมายถึง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลที่ 1

IHMS11 หมายถึง สัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลที่ 11

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คือร้อยละ 88.1 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.1 รองลงมา ได้แก่ อายุระหว่าง 46-50 ปี และ 51-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.0 และ 14.7 ตามลำดับ อายุน้อยที่สุดอยู่ระหว่าง 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบปริญญาตรี คือร้อยละ 79.2 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน คือร้อยละ 62.5 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มการพยาบาล และห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 9.9 และ 8.2 ตามลำดับ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 68.9

ขอนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 การถอดบทเรียนการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10

ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัยนี้ มี 2 ประเด็น คือ

1. การจัดอัตรากำลังพยาบาล ใช้เกลี่ยอัตรากำลังจากหน่วยงานต่างๆ เช่น พยาบาลจาก ICU-อายุรกรรมไปช่วย ICU-COVID ที่เปิดใหม่ หรือ cohort ward หรือหอผู้ป่วยสามัญที่มีผู้ป่วยโควิด-19 ที่พบภายหลังจากมารักษาตัวจากปัญหาสุขภาพอื่น รวมทั้งการไปทำงานที่โรงพยาบาลสนาม โดยมีพยาบาลจากหอผู้ป่วยสามัญมาทดแทนอัตรากำลังที่ไปช่วยหน่วยอื่น ทั้งในรูปแบบจับฉลากมาในช่วงแรกที่สถานการณ์การแพร่ระบาด เนื่องจากการดูแลรักษาช่วงระลอกที่ 3 ยังมีความไม่แน่นอน ต่อมาพยาบาลมาเป็นอัตรากำลังทดแทนแบบจิตอาสา มาโดยการขอความร่วมมือหรือสั่งการ

“มีพยาบาลที่เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและปานกลางจำนวนมาก ได้มีการขออัตรากำลังจากหอผู้ป่วยอื่นเข้าไปช่วย ส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลที่อยู่แผนกไอซียู แผนกอายุรกรรม เนื่องจากต้องมีความรู้เรื่องเครื่องช่วยหายใจ” (HT 1)

“หอผู้ป่วยอื่นต้องจัดอัตรากำลังเข้ามาช่วยเหลือ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจะเลือกส่งพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 3 ปี มีทักษะการทำงาน สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว และผ่านการอบรมการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การสวมชุด PPE การคัดแยกขยะ ความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ” (HT2)

โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิบางโรงพยาบาลได้มีการปรับเวลาของการขึ้นเวรจาก 8 ชั่วโมง เป็น 12 ชั่วโมง เนื่องจากอัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอ และมีการช่วยรับดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่มีปัญหาเตียงไม่พอ หรือมีการขยายหอผู้ป่วยเพื่อรับผู้ป่วยโควิด-19 หรือเปิดหอผู้ป่วยทั่วไปที่เปิดเพิ่มขึ้นจากที่หอผู้ป่วยเดิมต้องรับผู้ป่วยโควิด-19 การจัดขึ้นเวร 12 ชั่วโมงจัดขึ้นในหอผู้ป่วยที่รับดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อาการไม่หนัก หรือจัดขึ้นเวรที่โรงพยาบาลสนาม

“เรามีพยาบาลรอบละ 4 คน ขึ้น day-night, day-night อยู่ 7 วัน พัก 2 วัน เวรละ 2 คน จากนั้นจะมีพยาบาลอีก 4 คน ขึ้นรอบใหม่ ระหว่างที่เขาพัก 2 วันก็จะมีทีมอื่นมาเสริม...คนไข้ที่เรารับไม่ใช่คนไข้วิกฤต หรือกึ่งวิกฤต” (IHMS11)

“ท่าน ผอ. ก็อยากเปิดตึกผู้ป่วยทั่วไปเพิ่ม...เขาก็อยากจะเปิดมินิไอพีดี ก็ต้องหาพยาบาลไปขึ้นเวรเช้า บ่าย ดึก... ลองจัด 12 ชั่วโมงมาก่อน เราก็พิจารณาว่าน้องจะไหวมั้ย คนไข้จะปลอดภัยมั้ยค่ะ...มีข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายว่า ถ้า รพ.ไหน ไม่มีเตียง คนไข้ล้น ก็จะส่งต่อให้ รพ.ใกล้เคียงช่วยดูแล ทางเราก็ต้องรับช่วยค่ะ” (IHMS11)

การเบิกจ่ายค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติงาน 12 ชั่วโมง คิดแบบจ่ายล่วงเวลาคือได้เงิน 800 บาท ตามเกณฑ์ปกติคือขึ้นปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง ได้เงิน 600 บาท เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยต่อชั่วโมงจึงไม่ได้เงินเพิ่มขึ้น

"เบิก 12 ชั่วโมง ไม่มีระเบียบรองรับ พ่อบ้านบอกว่าให้ได้ค่าตอบแทนคิดแบบ OT [over-time] คือ 8 ชั่วโมง 600 บาท พอเป็น 12 ชั่วโมง ก็ได้ 800 บาท...สรุปคือได้เงินเท่าเดิมเหมือนตอนไม่มีโควิด" (IHMS11)

นอกจากนี้มีการใช้ระบบ skill mix staffing บางแห่งให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาระงานน้อยให้ช่วยขึ้นเวรหรือนิเทศควบคุมกำกับการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโควิด-19 เนื่องจากมีการปิดหน่วยที่ไม่รับผู้ป่วยในช่วงของการแพร่ระบาดอย่างหนัก เช่น คลินิกให้คำปรึกษา ห้องผ่าตัด คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

"ในช่วงที่มีการระบาดและมีพยาบาลที่เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและปานกลางจำนวนมาก ได้มีการขอกำลังจากหอผู้ป่วยอื่นเข้าไปช่วย เป็นพยาบาลที่อยู่แผนกไอซียู แผนกอายุรกรรม เนื่องจากต้องมีความรู้เรื่องเครื่องช่วยหายใจ" (HT 1)

"แต่พอมาสถานการณ์คนไข้วอล์กอินมาเริ่มเยอะค่ะ เราจะไม่สามารถที่จะใช้อัตรากำลังร่วมกันได้ทั้งแพทย์แล้วก็พยาบาล เราก็จะมีโชคดีอยู่คือเราจะมีหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช งานให้คำปรึกษาแล้วก็ห้องผ่าตัดนะคะ ที่ห้องผ่าตัดตอนนี้เราก็ไม่ได้เปิด ก็จะเปิดอีอาร์ [ER] นานๆ ครั้ง เราก็เลยวางแผนว่า จะให้หัวหน้างานสองท่านนี้ลงมาช่วยที่ ARI [acute respiratory infection] clinic โดยช่วยกันกับหัวหน้า IC [infection control] กับน้อง ICN [infection control nurse] ทีนี้เราก็มาวางระบบ" (HS10)

2. การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล ในการแพร่ระบาดระลอกที่ 1-2 ได้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการควบคุมการแพร่กระจายของโรคระบาดโควิด-19 และการใส่-ถอดชุด PPE ต่อมาเมื่อมีการระบาดรุนแรงมากขึ้นในระลอกที่ 3 ได้มีการประเมินและพบว่าบุคลากรยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง จึงต้องมีการปรับวิธีการพัฒนาทักษะให้กับพยาบาลและบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาล ใช้การสอนทักษะหน้างานเป็นหลัก มีการสืบค้นหาความรู้จากสื่อออนไลน์ด้วยตนเอง พยาบาล IC ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้พัฒนาทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคลากรทุกคนและติดตามการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลผู้ป่วยและเผยแพร่ให้บุคลากรทราบ ประเด็นที่ใช้มากคือการฝึกสอนในการถอดและใส่ชุด PPE/PAPR การทำความสะอาด PAPR การช่วยใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโควิด-19/auto CPR /การจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วย ARDS และการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจและการอ่านรูปคลื่นของเครื่องช่วยหายใจ (waveform) เป็นต้น

"การพัฒนาศักยภาพของทีมพยาบาล ก็จะมีทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ช่วยในเรื่องของการให้ความรู้" (DS13)

สำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 มีสมรรถนะของพยาบาลที่จำเป็นเร่งด่วนของพยาบาล มี 4 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 สมรรถนะในการประเมินสภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วย สมรรถนะในการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี และสมรรถนะการบริหารจัดการให้การพยาบาลตามบริบท

"พยาบาลต้องไม่ใช้ slip technique เพราะเมื่อเวลาผ่านไปเจ้าหน้าที่บางคนอาจให้ความสำคัญและตระหนักต่อขั้นตอนน้อยลง หรือบางครั้งความเหนื่อยล้าจากการทำงานส่งผลให้ความใส่ใจเรื่องเหล่านี้ลดลง" (FRS6)

"การใช้เครื่อง oxygen hi-flow การตั้งระบบ และการจัดเก็บที่เป็นมาตรฐาน หลายโรงพยาบาลต้องเรียนรู้เองโดยศึกษาจาก Youtube/สื่อต่างๆ เราขาดประสบการณ์การใช้มาเป็นเวลานาน ...จัดสอนโดยมีทีม IC ของ รพ.เป็น Trainer ทักษะในการ monitor C-line, A-line" (FRT1)

"บางครั้งพยาบาลที่มาจากต่างวอร์ด เขาจะไม่ได้ concern กับผู้ป่วยเวลาที่มีการหายใจผิดปกติ และขาดประสบการณ์ในการจัดการสถานการณ์เหล่านั้น" (FRT4)

นอกจากนี้ยังมีสมรรถนะของพยาบาลที่ดูแลในหน่วยพิเศษ เช่น หน่วยไตเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีความจำเป็นต้องรับฟอกไตผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (acute kidney injury, AKI) หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องฟอกไตเป็นประจำ พยาบาลในหน่วยพิเศษต้องพัฒนาสมรรถนะการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเมื่อเข้าไปช่วยฟอกไต ดังข้อมูล

"บอกเราไม่ contact กับคนไข้โควิดแน่นอน เลือกเคสได้ ไม่ทำเยอะแน่นอน แต่ปรากฏว่า... ไม่... ต้องทำทุกคน ต้องมาถามว่าใครเคยอบรม PPE ไหม ต้องมาอบรมอีก ต้องมาซ้อมกันอีก" (FHT1)

นอกจากนี้ สมรรถนะที่ต้องมีเพิ่มคือ การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ติดเชื้อโควิด-19 เช่น หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด และผู้ป่วยเด็ก

สมรรถนะของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ต้องการเร่งด่วนคือ การดูแลผู้ป่วยขณะ refer ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-19 ควรเป็นไปตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเป็นการป้องกันทั้งผู้ปฏิบัติวิชาชีพและผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลที่ refer ผู้ป่วยต้องสามารถประเมินสภาพระหว่างการส่งต่อ มีการสื่อสารและประสานงานที่ชัดเจน รวมทั้งหน่วยงานที่รับ refer ต้องมีการเตรียมการรับผู้ป่วยโควิด-19 และสื่อสารที่ชัดเจนกับพยาบาลที่มา refer กับผู้ป่วยด้วย แต่ยังพบว่าระบบรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลยังมีปัญหาเชิงระบบมาก และขาดการเตรียมการดูแลผู้ที่ส่งต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

"หนูไป refer กับคนไข้แล้วอาการไม่ดี การช่วยระหว่างทางก็ยาก ขอแวะที่โรงพยาบาลที่ใกล้ๆ เขาก็ไม่พร้อมรับ...พอไปต่อจนถึงโรงพยาบาลที่จะรับดูแลคนไข้ปรากฏว่าความพร้อมรับค่อนข้างติดขัด จะเอาคนไข้ไปตรงไหน ทางไหน ทีมรับอยู่ตรงไหน กว่าจะได้คนมาดูแลต่อเกือบชั่วโมง พวกหนูใส่ชุด PPE หลายชั่วโมงมาก ปวดปัสสาวะหนูต้องใส่แพมเพิร์ส" (FRS8)

ความสำเร็จในการดำเนินการเกิดจากหลายภาคส่วน เนื่องจากบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่ไม่ใช่งานของพยาบาลโดยตรง บางกิจกรรมและกระบวนการใช้การประสานงานและร่วมงานกับบุคลากรสาขาอื่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งงานในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ต่างๆ ทั้งนี้ พบว่าตัวชี้วัดความสำเร็จที่ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นตรงกันมาก คือ ไม่มีพยาบาลติดเชื้อโควิด-19 จากการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการอัตรากำลังที่มีความยืดหยุ่นสูง พยาบาลมี skill mix สามารถปฏิบัติการพยาบาลโควิด-19 ได้

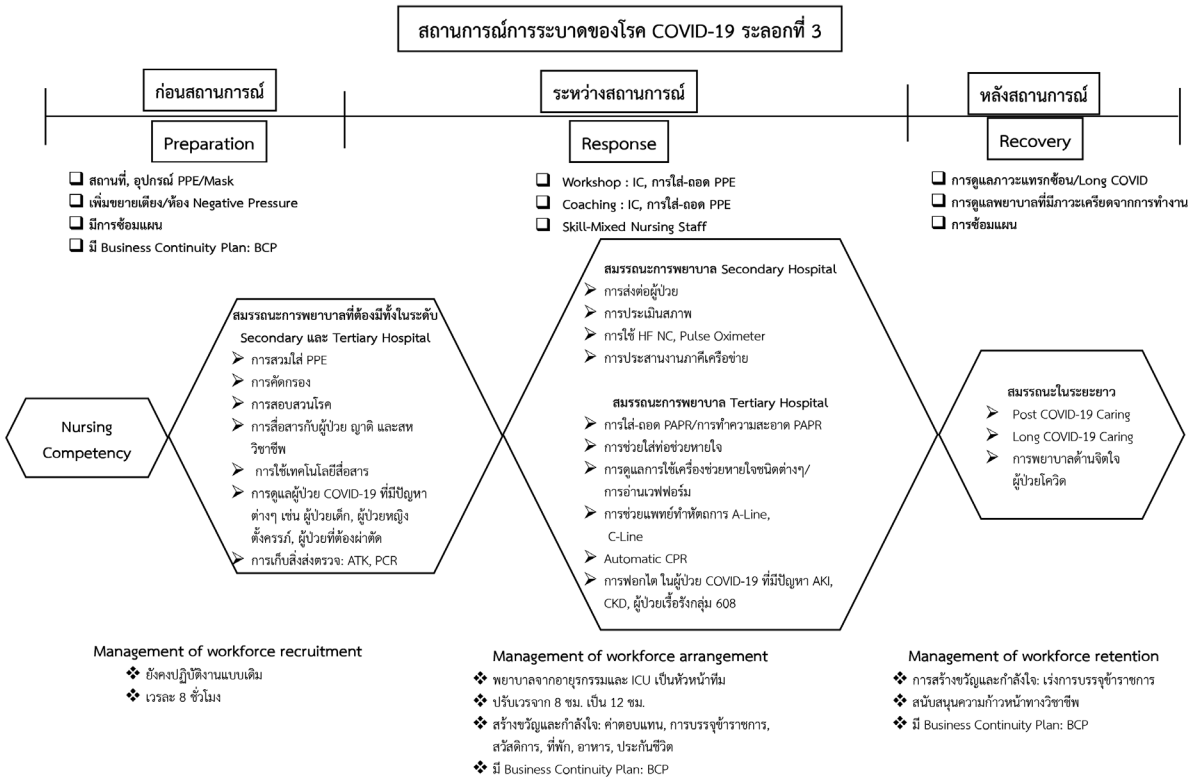
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การให้ความสำคัญจากผู้บริหารระดับสูง และความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารระดับกระทรวง สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่าย ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล องค์กรพยาบาล หน่วยงานภายในของโรงพยาบาล และการช่วยเหลือระหว่างโรงพยาบาล รวมทั้งประชาชนที่พร้อมจะช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการถ่ายทอดนโยบายที่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ขั้นตอนการทำงานลดลง ช่องทางการสื่อสารมีหลายช่องทางและมีประสิทธิภาพ การสร้างขวัญและกำลังใจ รูปแบบของการให้ความรู้ที่เพียงพอ มีความถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสมกับผู้รับสาร การพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลสำหรับบุคลากรทุกระดับ การจัดสวัสดิการ การให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสม และการบรรจุตำแหน่งข้าราชการเพิ่มขึ้น

ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานของพยาบาล พบว่า ด้านการถ่ายทอดและการรับนโยบายซึ่งเปลี่ยนแปลงทุกวัน ทำให้พยาบาลเกิดความสับสนได้ ด้านบุคลากร จำนวนพยาบาลไม่เพียงพอ ต้องทำงานหลายหน้าที่ ขาดทักษะและทัศนคติด้านลบของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ด้านโครงสร้างและอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่าโครงสร้างพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยยังไม่เหมาะสม ทั้งด้านพื้นที่ดำเนินการและประสิทธิภาพของห้องความดันลบ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่มีคุณภาพ ด้านสุขภาพจิตของพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการติดเชื้อโควิด-19 รวมทั้งปัญหาความเครียดจากการถูกกักตัวจากการติดเชื้อโควิด-19 หรือมีความเสี่ยงต่างๆ อันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 โดยพบว่าพยาบาลยังขาดทักษะในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อโควิด-19

สรุปการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10 มีความเหมือนกัน คือ ด้านการจัดอัตรากำลัง ใช้การเกลี่ยพยาบาลให้ช่วยงานกันได้ ส่วนความแตกต่างในการบริหารอัตรากำลังพบว่า การขึ้นเวรที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิสามารถจัดพยาบาลขึ้นเวร 12 ชั่วโมงแทนเวร 8 ชั่วโมงได้ เนื่องจากรับดูแลผู้ป่วยที่อาการไม่หนักมาก และสามารถทำงานร่วมกันได้หลายแผนก ในขณะที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิไม่สามารถจัดเวร 12 ชั่วโมงได้ สำหรับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลมีส่วนที่เหมือนกันคือ รูปแบบการอบรมมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับสถาการณ์ ใช้การสอนทักษะหน้างานเป็นหลัก มีการสืบค้นหาความรู้จากสื่อออนไลน์ เช่น Youtube และการศึกษาด้วยตนเอง โดยพยาบาล IC ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้พัฒนาทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคลากรทุกคน ส่วนความแตกต่างกัน คือ เนื้อหาสาระ หรือประเด็นในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ตามความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิต้องการพัฒนาสมรรถนะการใช้ high-flow nasal cannula ในขณะที่ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิต้องการทักษะการใช้ ventilator ที่มีการทำงานขั้นสูง การใช้อุปกรณ์ที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง และความรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยอย่างเข้มงวดสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ดังภาพที่ 2

วัตถุประสงค์ที่ 2 สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการ



AKI = acute kidney injury, A-line = arterial line, ATK = antigen test kit, BCP = business continuity plan, C-line = central line, CKD = chronic kidney disease, HFNC = high-flow nasal cannula, IC = infection control, PAPR = powered air purifying respirator, PCR = polymerase chain reaction, PPE = personal protective equipment

ภาพที่ 2 การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ระลอกที่ 3 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10

บริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 10

ผลการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย มี 14 ข้อ ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดกรอบอัตรากำลังของพยาบาลให้เพียงพอและกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤตของโรคระบาดให้ชัดเจน

2. กระทรวงสาธารณสุขจัดระบบการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนและรวดเร็ว และมอบอำนาจให้ผู้บริหารทางการพยาบาลร่วมบริหารจัดการกับวิชาชีพอื่นในการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19

3. กระทรวงสาธารณสุขควรปรับอัตรากำลังพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) จากเดิมกำหนดอัตราส่วน ICN:ผู้ป่วย เท่ากับ 1:200 ในสถานการณ์ปกติ ควรปรับให้อัตราส่วนเป็น 1:150 ในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 และควรเพิ่มจำนวนพยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (infection control ward nurse, ICWN) จากเดิมมี ICWN หอผู้ป่วยละ 1 คน ให้เพิ่มขึ้นเป็น 2-3 คน

4. กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลควรจัดให้มีการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤต

5. โรงพยาบาลควรมีการทบทวนระบบและกลไกการจัดอัตรากำลังอย่างสม่ำเสมอ ให้มีความชัดเจน กระชับและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยคำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆ ของพยาบาล เช่น ปัญหาสุขภาพ การถูกกักตัวจากการเจ็บป่วยหรือกักตัวเนื่องจากใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด-19 และโอกาสในการนำเชื้อโควิด-19 ไปสู่บุคคลใกล้ชิด ปัญหาสุขภาพที่เกิดหลังจากหายป่วยจากโรคติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงการปรับชั่วโมงการทำงานจาก 8 ชั่วโมงต่อเวร เป็น 12 ชั่วโมงต่อเวร ในกรณีการดูแลผู้ป่วยที่อาการไม่หนักมาก โดยให้มีการพักระหว่างวงรอบของการขึ้นเวรอย่างเหมาะสม

6. โรงพยาบาลควรกำหนดในแผนให้มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อที่ระบาดง่ายและมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 และระยะที่การแพร่ระบาดลดลงจนกลายเป็นโรคประจำถิ่น รวมถึงการพัฒนาให้พยาบาลที่อยู่หอผู้ป่วยหรือแผนกที่เฉพาะทางให้มี skill mix ที่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยทางอายุกรรมได้

7. โรงพยาบาลควรกำหนดให้มีการซ้อมแผนเพื่อเตรียมรับโรคระบาดใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต มีการสุ่มตรวจสอบการใส่และถอดชุด PPE อย่างสม่ำเสมอ

8. โรงพยาบาลหรือสถาบันการศึกษาด้านสาธารณสุขควรจัดให้มีโปรแกรมการอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล ควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรอื่น รวมถึงเนื้อหาในการอบรมให้เพิ่มระบาดวิทยา และการสอบสวนโรคในการทำงาน เพื่อให้ทันต่อการเกิดความเปลี่ยนแปลงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มีการกลายพันธุ์และมีอาการที่อาจแตกต่างไปจากรูปแบบเดิม หรือเรียนรู้โรคอุบัติใหม่อื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นอีก

9. กรมควบคุมโรคควรสร้างสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 หรือข้อมูลข่าวสารที่น่าสนใจและบุคลากรสามารถเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งสร้างช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพ

10. กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาค่าตอบแทนที่เป็นธรรม โดยเฉพาะพยาบาลที่มีชั่วโมงการทำงานที่มากขึ้นและมีความเสี่ยงสูง โดยครอบคลุมทุกหน่วยงาน และทบทวนระเบียบทางการเงินให้เอื้อต่อการเบิกจ่าย เช่น การปรับชั่วโมงการทำงานของพยาบาลจากการขึ้นปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมงต่อเวร เป็น 12 ชั่วโมงต่อเวร เนื่องจากปัญหาจำนวนพยาบาลที่หมุนเวียนขึ้นเวรลดลง

11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรทบทวนระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่าย โดยให้มีการช่วยเหลือพยาบาลและทีมงานระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย และระบบการรับ-ส่งต่อที่ชัดเจน

12. สถาบันพระบรมราชชนกควรพัฒนาบุคลากรสาขาอื่นให้มีสมรรถนะสามารถทำงานของตนเพื่อช่วยให้พยาบาลได้ทำงานพยาบาลได้เต็มที่ โดยใช้หลักการ skill

mix staffing ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ร่วมกัน เช่น ผู้ช่วยพยาบาล งานธุรการ การเงิน พัสดุ

13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรกำหนดให้ทุกสถานบริการสุขภาพมีแผนการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอื่นให้สามารถทำงานตามหน้าที่ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อต่างๆ

14. กรมสุขภาพจิตควรมีการจัดระบบการดูแลปัญหาด้านจิตใจให้กับพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ปัญหาความเครียดและความวิตกกังวลจากการถูกกักตัว หรือเกิดความเสี่ยงต่างๆ อันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

วิจารณ์และข้อยุติ

ขอนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ชี้ว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาหรือถูกกักตัวจากการติดเชื้อและสัมผัสเสี่ยงสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shoja และคณะ[13] ที่พบว่าพยาบาลมีโอกาสติดเชื้อกับผู้ป่วยสูงกว่าวิชาชีพอื่น และยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิตาลี พบว่า ร้อยละ 25 ของบุคลากรมีอาการทางระบบทางเดินหายใจภายใน 14 วัน และร้อยละ 18 มีอาการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และภาระงานเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 33 เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะปกติ การศึกษาในอิตาลี[22] สะท้อนให้เห็นว่าในช่วงวิกฤตการระบาด พยาบาลมีโอกาสสัมผัสเสี่ยงสูงจำนวนมาก และต้องถูกกักตัวทำให้ขาดอัตรากำลัง การขาดอัตรากำลังของพยาบาลยังเกิดจากการเปิดโรงพยาบาลสนามที่ต้องใช้อัตรากำลังพยาบาลเป็นหลักอีกด้วย

การจัดกำลังคน เนื่องจากโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคที่ติดต่อง่ายและเมื่อติดแล้วอาการเจ็บป่วยรุนแรง ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การเลือกพยาบาลไปทำงานจึงค่อนข้างยากลำบากในระยะแรก ส่วนใหญ่จึงใช้รูปแบบการจับสลาก การขอพยาบาลจิตอาสา และการขอความร่วมมือหรือใช้การสั่งการ โดยหัวหน้าพยาบาลและทีมนำของพยาบาลร่วมพิจารณาจากการกำหนดอัตราส่วน เพื่อบริหารอัตรากำลังตามแนวทางของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[23] แต่ในสถานการณ์การดูแลจริงของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามกรอบที่กำหนด เนื่องจากในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคมีผู้ป่วยจำนวนมาก โรงพยาบาลหลายแห่งต้องมีการปรับแผนการจัดอัตรากำลังเสริมตามข้อกำหนดของกองการพยาบาล[23] ซึ่งการดำเนินการจริงยังมีข้อจำกัดทางด้านบุคลากร การจัดการจึงขึ้นกับขนาดของโรงพยาบาลและภารกิจในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หากโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายในการรับดูแลรักษาผู้ป่วยจะมีการบริหารจัดการอัตรากำลังภายในโรงพยาบาลของตนเอง ส่วนโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิซึ่งมีจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอได้ใช้แผนจัดอัตรากำลังพยาบาลเสริม พยาบาลอาสาสมัคร จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลภายในจังหวัด การเพิ่มอัตรากำลังของพยาบาลขึ้นกับการขยายเปิดหอผู้ป่วยหรือแผนกที่เปิดรับผู้ป่วย โควิด-19 และบริการด้านสุขภาพในช่วงวิกฤตโควิด-19 ทำให้เกิดความต้องการพยาบาลมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย[12] ที่ได้จัดอัตรากำลังเพิ่มในการคัดกรอง และทำการเปิดตึกเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด-19 โดยเฉพาะ นอกจากนี้เขตสุขภาพที่ 10 ยังขาดแคลนอัตรากำลังเนื่องจากการร่วมส่งพยาบาลไปช่วยที่โรงพยาบาลสนามบุษราคัม เนื่องจากในพื้นที่กรุงเทพฯ มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวนมากกว่าและต้องการกำลังคนด้านการพยาบาลจำนวนมากอีกด้วย อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประโยชน์ของการไปช่วยโรงพยาบาลบุษราคัมว่าเป็นประโยชน์สำหรับการเพิ่มสมรรถนะพยาบาล เนื่องจากได้เกิดการเรียนรู้กระบวนการทำงานของพยาบาลทั้งเชิงระบบและวิธีการเสริมสมรรถนะของพยาบาล และสามารถนำมาปรับใช้กับหน่วยงานของตนเองได้เป็นอย่างดี

สำหรับโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหลายแห่งที่อัตรากำลังไม่พอ ได้มีการปรับเวลาของการขึ้นเวรจาก 8 ชั่วโมง เป็น 12 ชั่วโมง ซึ่งทำให้มีพยาบาลหมุนเวียนขึ้นทำงานเพียง

พอ แต่จากการศึกษาของ Zhang และคณะ[24] ในปี พ.ศ. 2564 ที่ศึกษาชั่วโมงการปฏิบัติงานแต่ละเวรของพยาบาลด่านหน้า ที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ของโรงพยาบาล 10 แห่ง ในประเทศจีนที่พบว่าพยาบาลปฏิบัติงานจริง 4-12 ชั่วโมง โดยที่พยาบาลคาดหวังชั่วโมงการทำงานเพียง 4 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 60.55 แต่จากข้อค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าบางโรงพยาบาลมีการปรับการขึ้นเวรเป็นเวร 12 ชั่วโมง ช่วยให้ลดความต้องการจำนวนของพยาบาลที่จะมาดูแลผู้ป่วย จาก 3 เวร ลดลงเหลือ 2 เวร และมีความเป็นไปได้ทั้งในแง่ของการบริหารอัตรากำลังและการบริหารงบประมาณค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยการวิจัยในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าการทำงานแบบ 12 ชั่วโมง ทำให้จำนวนในการส่งต่อข้อมูลคนไข้ระหว่างเวรน้อยลง เพิ่มเวลาพัก ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานมากขึ้น[25] ลดเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปปฏิบัติหน้าที่[26] และมีจุดเน้นในการทำงานที่มากขึ้น จำนวนความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาลไม่แตกต่างจากทำงานแบบ 8 ชั่วโมง แม้จะใช้ในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต[26] ทั้งนี้อาจไม่สามารถวัดเป็นผลโดยตรงจากการจัดชั่วโมงการทำงานแบบ 12 ชั่วโมง แต่ยังเป็นปัจจัยที่จำเป็นต้องนำเข้าสู่การพิจารณา และสนับสนุนให้มีการศึกษาเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนทั้งในแง่ของรูปแบบในการจัดชั่วโมงการทำงาน แบบ 12 ชั่วโมง และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การถอดบทเรียนครั้งนี้ยังพบอีกว่า พยาบาลทำหลายหน้าที่ทั้งงานที่เป็นงานของพยาบาลโดยตรงและไม่ใช่งานของพยาบาล มีการใช้ระบบการผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลแผนกอื่นมาช่วยรับดูแลผู้ป่วย การปิดบางหอผู้ป่วย หรือลดจำนวนการรับผู้ป่วยลง เช่น การลดจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดในรายที่รอได้ บางหน่วยงานมีหัวหน้ามาช่วยขึ้นเวรเมื่อมีพยาบาลถูกกักตัว และขอให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาระงานน้อยให้ช่วยนิเทศควบคุมกำกับการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโควิด-19 นอกจากนี้ในบางหน่วยยังใช้พยาบาลที่เกษียณหรือลาออกไปแล้วมาช่วยทั้งรูปแบบจิตอาสาและการจ้างงาน เช่นเดียวกับหลายประเทศที่มีการขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลและแพทย์ เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกษียณกว่าสองหมื่นคนถูกเรียกมาปฏิบัติงาน ประเทศเยอรมนีให้แพทย์ที่เกษียณแล้วมาปฏิบัติงานและบางส่วนทำหน้าที่ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ จะเห็นได้ว่าการจัดกำลังคนในช่วงของการแพร่ระบาดมีความยืดหยุ่นสูงมาก เพื่อให้เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพประชาชน อาจจำเป็นต้องปรับทีมพยาบาลทั้งจำนวนและสัดส่วนของกำลังคนโดยอาจมีทั้งพยาบาลที่มีและไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลพึงต้องตระหนักถึงคุณภาพการดูแลและให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างปลอดภัย (2P safety goal) ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและพยาบาลเอง[22]

ในด้านการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 จากการถอดบทเรียนครั้งนี้พบว่าช่วงก่อนการระบาดระลอกที่ 3 ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แต่พบว่าบุคลากรยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นและการแพร่กระจายของโรค มีความรุนแรงมากขึ้น จึงใช้การสอนทักษะหน้างานเป็นหลัก โดยใช้แนวปฏิบัติของกรมการแพทย์ การสืบค้นหาความรู้จากสื่อออนไลน์ การเตรียมความพร้อมโดยอบรมเชิงปฏิบัติการ เนื้อหาหรือกิจกรรมที่ใช้ส่วนใหญ่เกี่ยวกับปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 การเน้นย้ำเรื่องหลักสะอาดปราศจากเชื้อ (sterile technique) การทบทวนเรื่องของการติดเชื้อ การสวมใส่และถอดชุดป้องกัน (PPE) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ King et al.[27] ในประเทศอังกฤษพบว่าพยาบาลได้รับการอบรมความรู้และทักษะเรื่องการสวมใส่และการถอดชุด PPE การคัดกรองผู้สงสัยติดเชื้อ การตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโควิด-19 และการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ทั้งนี้เป็นไปตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก[28] มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการทำงานที่กำหนดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร โดยพยาบาล IC ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ให้ความรู้และกำกับ

ติดตามบุคลากรทุกคน

สำหรับสมรรถนะสำคัญที่ต้องพัฒนาเร่งด่วนให้กับพยาบาลในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ได้แก่ 1) การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 2) การประเมินสภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ และระบบที่เกี่ยวข้อง 3) การคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและส่งต่อ (refer) ได้อย่างปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ 4) การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี 5) การบริหารจัดการให้การพยาบาลตามสถานการณ์และข้อจำกัดต่างๆ และ 6) การวางแผนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง (home care) และการดูแลซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีญดา โตประเสริฐ[29] ที่พบว่าสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่ สมรรถนะด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ สมรรถนะด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ สมรรถนะด้านการสื่อสารและประสานงาน สมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

ในส่วนของการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 โดยหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าควรมีอย่างน้อย 6 สมรรถนะ คือ 1) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 2) การคาดการณ์และมองปัญหาอย่างรอบด้านและเรียนรู้สม่ำเสมอ 3) การตัดสินใจโดยใช้ประสบการณ์เป็นฐานในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า 4) การสื่อสารทั้งกับทีมงานและสหสาขาวิชาชีพ 5) การสอนและการถ่ายทอดประสบการณ์ และ 6) ความสามารถในการเลือกอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งแม้สมรรถนะเหล่านี้จะเป็นสมรรถนะที่กำหนดให้มีอยู่แล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่เป็นระบบและรูปแบบที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรพร ศิริมาศศมน สมใจ ณิชาภา และกนกพร[30] ในขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ที่พบว่า การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ยังไม่ชัดเจน เป็นการดำเนินการตามสถานการณ์และไม่ครอบคลุม จึงพัฒนารูปแบบประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล การประเมินความพร้อมการบริหารการพยาบาลและแนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ครอบคลุมระยะก่อน ขณะ และหลังเกิดการระบาดของโควิด-19 และพบว่าเมื่อนำรูปแบบไปใช้แล้ว สามารถนำไปใช้ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับ และใช้กับโรคติดต่ออื่นได้

2. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผลการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติต้องการการสั่งการที่ชัดเจนจากนโยบายที่ถ่ายทอดลงมา เนื่องจากมีการทำงานร่วมกันหลายหน่วยงาน นโยบายควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ และมอบอำนาจให้ผู้บริหารทางการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลสามารถร่วมบริหารวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น เพิ่มกรอบอัตรากำลังของพยาบาลให้เพียงพอ โดยมองถึงอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่อื่นที่ทำงานร่วมกันเพื่อให้สามารถทำงานที่ไม่ใช่งานพยาบาลและกำหนดการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤต โรงพยาบาลควรมีการทบทวนระบบและกลไกการจัดอัตรากำลังอย่างสม่ำเสมอให้มีความชัดเจน กระชับและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยคำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆ ของพยาบาล รวมถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดหลังจากหายป่วยจากโรคติดเชื้อโควิด-19 และมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อที่ระบาดง่ายและมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง National Council of State Boards of Nursing[31] เสนอเป็นนโยบายให้พยาบาลหรืออาสาสมัครด่านหน้าที่มาจากหน่วยงานอื่น ต้องได้รับการปกป้องอย่างเหมาะสม ให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ โดยต้องฝึกอบรมให้เกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และกำหนดให้มีแผนการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอื่นให้สามารถทำงานตามหน้าที่ภายใต้สถานการณ์การแพร่

ระบาดของโรคติดเชื้อต่างๆ ควรจัดให้มีโปรแกรมการอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล ควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรอื่น

เนื้อหาสาระที่ควรเพิ่มเติมให้กับการเรียนการสอนทางการพยาบาล คือ ระบาดวิทยาในการทำงาน เพื่อให้ทันต่อการเกิดความเปลี่ยนแปลงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มีการกลายพันธุ์ และมีอาการที่อาจแตกต่างไปจากเดิม หรือเรียนรู้โรคอุบัติใหม่อื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นอีก นอกจากนี้ควรพัฒนาพยาบาลที่อยู่หน่วยพิเศษอื่น เช่น พยาบาลที่อยู่แผนกเด็ก ฝากครรภ์ แผนกห้องคลอด แผนกไตเทียม ที่จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ที่ติดเชื้อโควิด-19 โดยนันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ[32] ได้เสนอยุทธศาสตร์ว่า การศึกษาของพยาบาลควรคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงหลังการระบาดทั่วโลกของโควิด-19 ที่เป็นปกติในวิถีใหม่ (new normal) ด้วย ควรสร้างสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งสร้างช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาของ Moscou-Jackson, Homme & Day[33] พบว่าพยาบาลที่แม้จะไม่อยู่ในสถานบริการด้านสุขภาพหรือในโรงพยาบาล แต่ต้องการมีส่วนร่วมช่วยรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในฐานะที่เป็นวิชาชีพพยาบาล การจัดอัตรากำลังควรนำประเด็นนี้มาพิจารณาในการสรรหาพยาบาลที่อยู่นอกระบบมาช่วยเป็นอัตรากำลังในการทำงานในสถานการณ์วิกฤตและจัดให้มีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเหล่านั้นด้วย

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งในระยะ 4 เดือนแรก ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ยังคงรุนแรง ผู้ให้ข้อมูลยังไม่พร้อมในการให้ข้อมูล อันเนื่องจากขาดอัตรากำลัง มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร และผู้บริหารบางท่านไม่อยู่ในพื้นที่ และไม่สะดวกในด้านเวลา โรงพยาบาลมีความเข้มงวดในการใช้มาตรการคัดกรองผู้ที่เข้าไปในพื้นที่โรงพยาบาล รวมทั้งการห้ามเดินทางข้ามจังหวัด ทำให้การเก็บข้อมูลล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำองค์ความรู้ไปใช้

ด้านนโยบาย

องค์กรวิชาชีพทางการพยาบาลและด้านสาธารณสุขควรพิจารณาประเด็นการจัดกำลังคนด้านการพยาบาล และสมรรถนะพยาบาลที่เหมาะสมกับสถานการณ์วิกฤตและโรคอุบัติใหม่ที่ติดต่อร้ายแรงโดยคำนึงถึงศักยภาพ ความเพียงพอตามบริบทของโรงพยาบาลในทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินงานด้านการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและรักษามาตรฐานของการพยาบาลให้มีคุณภาพ

ด้านสาธารณะ

ผลการศึกษาสะท้อนว่าบริบทสังคมวัฒนธรรม ความรักในวิชาชีพ จิตสำนึกของความเป็นพยาบาล ความห่วงใยผู้ติดเชื้อที่กลับมารับการรักษายังภูมิลำเนาในสังคมชาวอีสาน การทำงานเป็นแบบพี่น้อง ให้กำลังใจและเสริมพลังกัน มีผลต่อการทำงานของพยาบาล ซึ่งควรส่งเสริมให้เป็นวัฒนธรรมองค์กรและเขตสุขภาพอื่นสามารถนำแนวคิดนี้ไปปรับใช้ได้

ด้านวิชาการ

องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งสะท้อนมุมมองของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและผู้นำระดับต่างๆ ทั้งระดับกระทรวง องค์กรวิชาชีพพยาบาล ผู้บริหารสถานพยาบาล และแพทย์ผู้รักษา องค์ความรู้ที่ได้จึงเป็นตัวอย่างของการทำงานตามสภาพจริงซึ่งเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการอัตรากำลัง และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤต นอกจากนี้หน่วยงานการศึกษาและหน่วยจัดฝึกอบรมสามารถใช้องค์ความรู้นี้ไปปรับปรุงเนื้อหาในหลักสูตรพยาบาลให้ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดอัตรากำลังใน

สถานการณ์วิกฤตของโรคอุบัติใหม่ที่รุนแรง โดยทำการศึกษาในบริบทที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

2. ศึกษาวิจัยโดยการถอดบทเรียนแต่ละภาคของประเทศไทยเพื่อให้เห็นความแตกต่างของวิธีการจัดการกำลังคนตามบริบทพื้นที่

3. ศึกษารูปแบบในการจัดชั่วโมงการทำงาน ระยะเวลาในการพักหรืองดเว้นการทำงานระหว่างเวร ที่มีผลต่อคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้รับบริการและพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านคือ ผู้บริหารด้านการพยาบาลและสาธารณสุข ตัวแทนกองการพยาบาล แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโควิด พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ และพยาบาลปฏิบัติการในหน่วยงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเขตสุขภาพที่ 10 ที่ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่กรุณาสนับสนุนให้ทีมวิจัยได้ทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดเครือข่ายวิจัย และขอขอบคุณหน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้โอกาสทีมวิจัยได้ดำเนินงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อรับมือกับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ในอนาคตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

References

1. World Health Organization (Thailand). Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers [Internet]. [cited 2021 May 31]. Available from: https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19.
2. Department of Medical Service. Practice guidelines for medical personal who contacted the confirmed COVID-19 patients [Internet]. [cited 2021 May 21]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640521210105PM_HCW%20Covid-19_vaccine_ns_21052021.pdf. (in Thai)
3. Department of Disease Control. Practice guideline in surveillance and outbreak investigation in (Coronavirus Disease 2019 [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_010664.pdf. (in Thai)
4. Emergency Operation Center, Department for Disease Control. Situation reports [Internet] [cited 2021 May 21] Available from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/situation.php.
5. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2020;275:48–57. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022.
6. Kaewyasri K, Soontaraviratana B. The Guidelines and impact from coronavirus disease (Covid-19) in Loei province. Academic Journal of Community Public Health 2021;7(1):16-34. (in Thai)
7. Teriakidis A, McNitt J, McAllister M, Sizemore O, Lindemann P. COVID-19 impact on nurse staffing and ICU beds [Internet]. [cited 2021 Jan 1] Available from: https://ehrn.org/articles/covid-19-impact-on-nurse-staffing-and-icu-beds.
8. Moazzami B, Razavi-Khorasani N, Dooghaie MA, Farokhi E, Rezaei N. COVID-19 and telemedicine: immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. J Clin Virol 2020;104345. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104345.
9. Sirois FM, Owens J. Factors associated with psychological distress in dealth-care workers during an infectious disease outbreak: a rapid systematic review of the evidence. Front. Psychiatry 2021;11:589545. Available from: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.589545.
10. Tan B, Chew N, Lee G, Jing M, Goh Y, Yeo L, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. Ann Intern Med 2020;173(4):317–20. Available from: https://doi.org/10.7326/M20-1083.
11. Azoulay E, Cariou A, Bruneel F, Demoule A, Kouatchet A, Reuter D, et al. Symptoms of anxiety, depression, and peritraumatic dissociation in critical care clinicians managing patients with COVID-19. A cross-sectional study. Am J Respir Crit Care Med 2020;202(10):1388–98. Available from: https://doi.org/10.1164/rccm.202006-2568OC.
12. Thai Red Cross Society. International Committee of The Red Cross I(CRC) article: more than 600 abuses happened

with health care personnel since the spread of COVID-19 [Internet]. [cited 2020 May 21]. Available from: https://www.redcross.or.th/news/information/11624/. (in Thai)

13. Shoja E, Aghamohammadi V, Bazyar H, Moghaddam HR, Nasiri K, Dashti M, et al. Covid-19 effects on the workload of Iranian healthcare workers. BMC public health 2020;20(1):1636. Available from: https://doi.org/10.1186/s12889-020-09743-w.
14. Felice C, Di Tanna GL, Zanus G, Grossi U. Impact of COVID-19 outbreak on healthcare workers in Italy: results from a national E-survey. J Community Health 2020;45(4):675–83. Available from: https://doi.org/10.1007/s10900-020-00845-5.
15. Gao X, Jiang L, Hu Y, Li L, Hou L. Nurses' experiences regarding shift patterns in isolation wards during the COVID-19 pandemic in China: a qualitative study. J. Clin. Nurs. 2020;29(21-22):4270–80. Available from: https://doi.org/10.1111/jocn.15464.
16. Esposito CL, Contreras SL, DeGaray C. Nurses unions can help reduce stress, burnout, depression, and compassion fatigue during the COVID-19 pandemic, Part 3. J N Y State Nurses Assoc 2021;48(1):30–51.
17. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA network open 2020;3(3):e203976. Available from: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
18. Montoya L, Jonathan T, Mitchell A, Delaney L, Freeman L, Kelly M, et al. Enhancing nursing capacity to provide patient care in a pandemic. Nursing leadership (Toronto, Ont.) 2020;33(4):35–44. Available from: https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26422.
19. Sungkeaw S, Harnirattisai T, Srisatidnarakul B. Registered Nurses' Competency in Caring for Emerging Infectious Diseases. JTNMC 2020;35(3):69-86. (in Thai)
20. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly 1988;15(4):351-77. doi: 10.1177/109019818801500401.
21. White M, Cohan A. A guide to capturing lessons learned. The Nature Conservancy 2016.
22. Bambi S, Iozzo P, Lucchini A. New issues in nursing management during the COVID-19 pandemic in Italy. AM J CRIT CARE. 2020;29:e1-e2. 10.4037/ajcc2020937.
23. Nursing Division, Ministry of Public Health. 'Nursing division' workforce management planning 'Nurses-supportive team' for COVID-19 patient care'. [cited 2020 May 25]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2020/03/18789. (in Thai)
24. Zhang X, Jiang Z, Yuan X, et al. Nurses reports of actual work hours and preferred work hours per shift among frontline nurses during coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic: a cross-sectional survey. Int J Nurs Stud Adv. 2021;3:100026. doi:10.1016/j.ijnsa.2021.100026.
25. Battle C, Temblett P. 12-hour nursing shifts in critical care: a service evaluation. J Intensive Care Soc 2018;19(3):214–8. doi: 10.1177/1751143717748094.
26. Dwyer T, Jamieson L, Moxham L, Smith K. Evaluation of the 12-hour shift trial in a regional intensive care unit. J Nurs Manag 2007;15:711–20.
27. King R, Ryan T, Senek M, Wood E, Taylor B, Tod A, et al. The impact of COVID-19 on work, training and well-being experiences of nursing associates in England: a cross-sectional survey. Nursing Open. 2022;9:1822–31. Available from: https://doi.org/10.1002/nop2.928.
28. World Health Organization. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance. [cited 2020 Dec 3]. (No. WHO/2019-nCoV/health workforce/2020.1).
29. Toprasert T. Competency of nurse in emerging infectious disease care, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. J Bamrasnaradura Infect Dis Inst 2021;15(1):25-36. Available from: https://doi.org/10.14456/jbidi.2021.1. (in Thai)
30. Sathira-Angkura,T, Leelawongs S, Srisuthisak S, Puttapitukpol S, Yonchoho N, Jamsomboon K. Development of nursing administration model in the COVID-19 outbreak situation of hospitals under the Ministry of Public Health. J. HEALTH Sci 2021;30(2):320-33.
31. National Council of State Boards of Nursing. Policy Brief: U.S. Nursing Leadership Supports Practice/Academic Partnerships to Assist the Nursing Workforce during the COVID-19 Crisis. 2021 [cited 2023 Apr 21]. Available from: https://www.ncsbn.org/papers/policy-brief-us-nursing-leadership-supports-practiceacademic-partnerships-to-assist-the-nursing-workforce-during-the-covid19-crisis.
32. Chinlumprasert N. Vision and leadership of nurses in leveraging the strategic direction of global healthcare. TJN [Internet]. 2021 Jun 14 [cited 2023 Jun 17];70(2):62-71. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/.
33. Moscou-Jackson G, Homme M, Day J. Non-direct care nurses: Professional identity and role in the COVID-19 Pandemic. J Nurs Adm 2022;52(4):211-6. doi: 10.1097/NNA.0000000000001133.

การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในภาวะที่มีการระบาดของ COVID-19: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา

ศิริวรรณ ชูกำเนิด[*]
ศักรินทร์ สุวรรณเวหา[*]
ผาณิต หลีเจริญ[*]
จารุณี วาระหัส[*]
อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง[*]
นัยนันต์ เตชะวณิช[*]
ดารารัตน์ ดำรงกุลชาติ[†]
ผู้รับผิดชอบบทความ: *ศิริวรรณ ชูกำเนิด*

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (emancipatory action research) ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 และพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ กรณีศึกษาจังหวัดสงขลาที่มีองค์ประกอบของการทำงานตามนโยบายการจัดการของรัฐ โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิจำนวน 31 คน พยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการสุขภาพตติยภูมิจำนวน 12 คน รวมพยาบาลวิชาชีพทั้งสิ้นจำนวน 53 คน และแพทย์จำนวน 6 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลด้านผู้ป่วย COVID-19 แบบประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลด้านผู้ป่วย COVID-19 และ แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย (1) แบบสัมภาษณ์เชิงพฤติกรรม (2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และ (3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั่วไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 โดยรวมเพิ่มขึ้นในแต่ละวงรอบของการวิจัย และได้คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทั้งสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ และสมรรถนะเชิงเทคนิค 2) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ แนวทางการปฏิบัติ วิธีการพัฒนาสมรรถนะ และปัจจัยที่ส่งเสริม

[*] *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
[†] *โรงพยาบาลหาดใหญ่*

Received 27 May 2022; Revised 4 May 2023; Accepted 29 August 2023
Suggested citation: Chukumnird S, Suwanwaha S, Leecharoen P, Warahut J, Chuakompeng A, Tejavanija N, et al. Development of essential nursing competencies for COVID-19 pandemic: a case study of Songkhla province. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):510-30.
ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, ผาณิต หลีเจริญ, จารุณี วาระหัส, อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง, นัยนันต์ เตชะวณิช และคณะ. การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในภาวะที่มีการระบาดของ COVID 19: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):510-30.

การพัฒนาสมรรถนะ โดยแนวทางการปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 2) การพัฒนาระบบการติดตาม สนับสนุนและเสริมพลัง 3) การกำหนดแนวทางพัฒนาสมรรถนะตนเอง 4) การดำเนินการตามแผนพัฒนาสมรรถนะ และ 5) การสรุปและรายงานผลการพัฒนา วิธีการพัฒนาสมรรถนะ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การอบรมสัมมนา 2) การเรียนรู้จากการปฏิบัติ 3) การเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ 4) การสอนงานด้วยระบบพี่เลี้ยง 5) การศึกษาด้วยตนเอง และ 6) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะ ประกอบด้วย บทบาทผู้นำทางการพยาบาล นโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ

สรุป: ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ให้มีทักษะและความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 และสามารถใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรเพื่อรองรับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในอนาคตอีกด้วย

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ, สมรรถนะ, พยาบาลวิชาชีพทั่วไป, การพยาบาลผู้ป่วย COVID-19

Development of Essential Nursing Competencies for COVID-19 Pandemic: A Case Study of Songkhla Province

Siriwan Chukumnird[*], Sakkarin Suwanwaha[*], Phanit Leecharoen[*], Jarunee Warahut[*], Apisit Chuakompeng[*], Naiyanan Tejavanija[*], Dararat Dumrongkullachart[†]

[*] *Borommrajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

[†] *Hat Yai Hospital*

Corresponding author: *Siriwan Chukumnird, scsiriwanch@gmail.com*

Abstract

This emancipatory action research with action research aimed to develop essential nursing competencies for COVID-19 and nursing competency development models for primary, secondary, and tertiary health service units through the case study of Songkhla province where strong government management policy existed in collaboration with stakeholders. A total sample of 53 registered nurses (10 from primary, 31 secondary and 12 tertiary health service units) and 6 physicians were recruited. Research instruments consisted of 1) quantitative data collection tools including the questionnaire of essential nursing competencies for emerging infectious disease COVID-19 and the questionnaire of satisfaction on nursing competency development models for COVID-19. 2) Qualitative data collection tools included the behavioral-based interview, the in-depth interview, and the focus group discussion guidelines. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis.

Research results revealed that 1) registered nurses had an overall higher mean score of essential nursing competencies for COVID-19 at each loop of research. Higher mean scores were found on both professional and technical competencies. 2) Nursing competency development model consisted of 3 components including practice guidelines, competency development method, and factors promoting competency development. Practice guidelines consisted of 5 main steps including 1) specification of essential performance competencies; 2) development of monitoring system, support, and empowerment; 3) specification of self-competency development guideline; 4) implementation of the competency development plan; and 5) summarization and report of development result. The competency development method consisted of 6 activities including 1) workshop, 2) on-the-job training, 3) learning from experts, 4) coaching, 5) self-study, and 6) knowledge sharing. Factors promoting competency development included the role of nursing leaders, explicit policy and practice guidelines, and a good attitude towards the profession.

Conclusion: research findings could be used as guidelines for the competency development of nursing staff working in primary, secondary and tertiary health service units to have skill and nursing competency for patients with COVID-19 and emerging diseases in the future.

Keywords: competency development model, competencies, registered nurse, COVID-19 nursing

ภูมิหลังและเหตุผล

การระบาดของโรคติดต่อ COVID-19 นับเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก เนื่องจากมีผลกระทบต่อชีวิตมนุษย์ในทุกๆ ด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจ การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพนับเป็นขั้นตอนสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข เนื่องจากผู้ติดเชื้อหรือผู้มีอาการส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การรับมือกับสถานการณ์โรคติดต่อ COVID-19 จึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพซึ่งย่อมส่งผลต่อความยั่งยืนของการบริการสุขภาพในอนาคต พยาบาลเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับทุกประเทศในการรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ COVID-19 ในฐานะที่เป็นกลุ่มกำลังสำคัญในทีมสุขภาพที่ทำงานในแนวหน้าของการดูแลและมีการติดต่อกับผู้ป่วยมากที่สุด[1] จึงมีบทบาทสำคัญไม่เพียงแต่การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตเพื่อช่วยชีวิตและปกป้องสุขภาพของผู้ติดเชื้อเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงแล้วพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการระบาด การเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดการระบาดซ้ำและผลพวงการฟื้นตัวในระยะยาว[2]

การรับมือกับการระบาดใหญ่ของโรคติดต่อ COVID-19 พยาบาลวิชาชีพทั่วไปจะต้องมีสมรรถนะในหลายๆ ด้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ครอบคลุมทั้งระยะเฝ้าระวัง ระยะแพร่ระบาด ระยะแยกกักตัว ระยะรักษา และระยะฟื้นฟู สมรรถนะหมายถึง ความรู้ ทักษะ ความสามารถและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่จำเป็นในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่[3] สมรรถนะการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในด้านความปลอดภัยและคุณภาพการดูแล แม้ว่าจะมีการพัฒนากรอบสมรรถนะการพยาบาลภาวะภัยพิบัติสากลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเตรียมพยาบาลให้พร้อมรับมือกับภัยพิบัติ[4] อย่างไรก็ตามกรอบสมรรถนะการพยาบาลภาวะภัยพิบัติ โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพทั่วไปมีจำกัด การพัฒนากรอบสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 สำหรับพยาบาลวิชาชีพทั่วไปที่เป็นที่ยอมรับ ภายใต้มาตรฐานการพยาบาลภัยพิบัติสากล เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์การระบาดและการระบาดซ้ำของ COVID-19 เป็นสิ่งเร่งด่วนที่ควรให้ความสำคัญ

การกำหนดกรอบสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพทั่วไป ภายใต้สถานการณ์การระบาดใหญ่ของ COVID-19 ของประเทศไทย ควรคำนึงถึงความสอดคล้องกับบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพทั่วไปที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการแต่ละระดับ รวมถึงบทบาทหน้าที่ในการตอบสนองต่อนโยบายเร่งด่วนตามแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข[5] โดยพบว่าทุกหน่วยบริการต้องปรับบทบาทหน้าที่ และดำเนินการตามหลักการระบาด ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการและการบริการทั่วไป 2) ด้านการบริหารจัดการคลินิกโรคทางเดินหายใจ 3) ด้านการจัดตั้งของผู้ป่วยเฉพาะโรค 4) ด้านระบบการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ 5) ด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน 6) ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากร และ 7) ด้านการทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อสำหรับของผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาล COVID-19 สำหรับพยาบาลวิชาชีพทั่วไปที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพในแต่ละระดับ ได้แก่ ตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ จึงมีความแตกต่างกัน

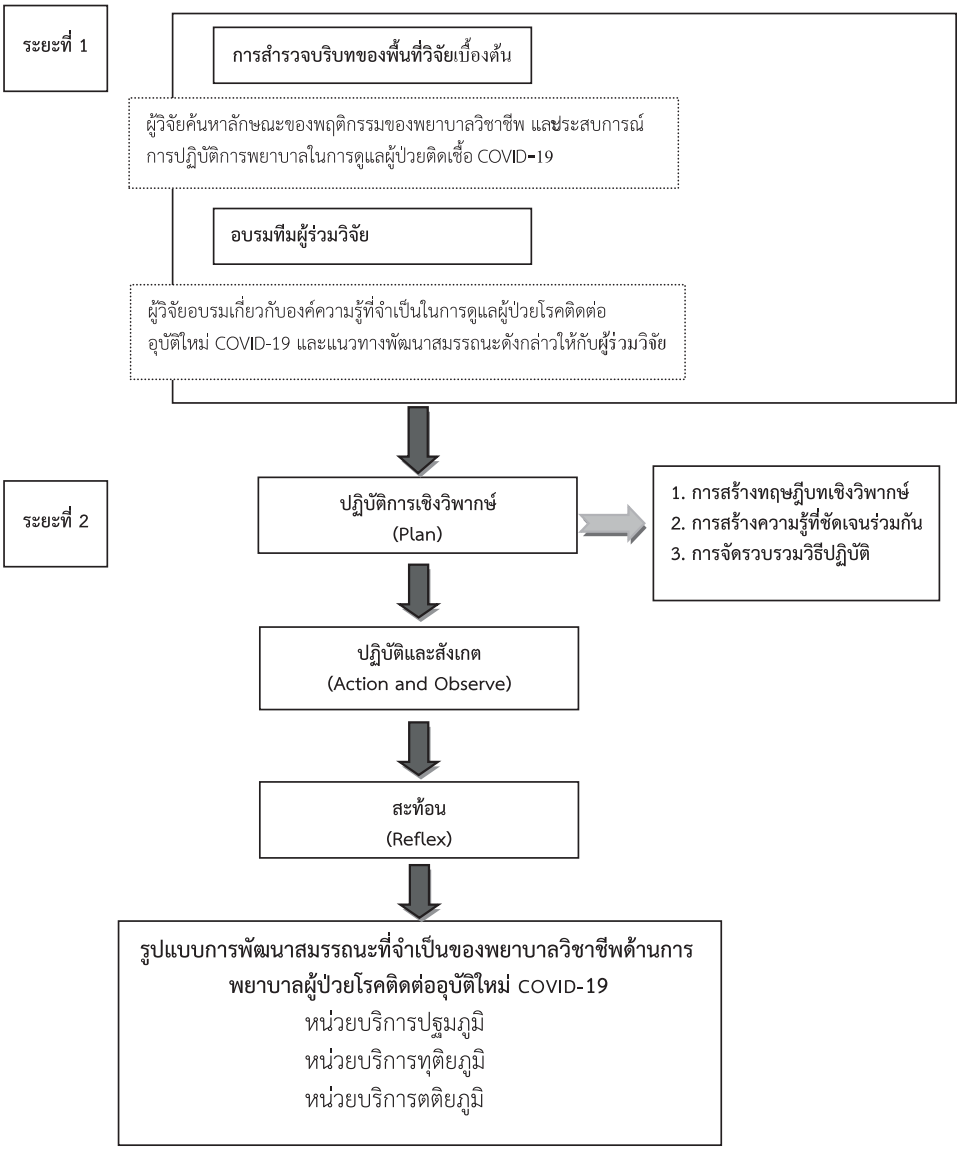
การเตรียมความพร้อมด้านการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ โรคติดต่ออุบัติใหม่ของประเทศไทย ยังค่อนข้างน้อย จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าระบบการศึกษาและการฝึกอบรมทางการพยาบาลในปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบว่าหลักสูตรการศึกษา

พยาบาล มีการจัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติที่ไม่เพียงพอต่อการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติในระดับสากล[6-7] แม้ว่าสภาการพยาบาลประเทศไทยได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทั่วไปในระดับปริญญาตรีที่มีความสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติของสภาพยาบาลสากล หรือ International Council for Nurses (ICN) อย่างไรก็ตาม สมรรถนะที่มีความสอดคล้องมากที่สุด คือระยะการเตรียมความพร้อมรับภาวะภัยพิบัติ ส่วนในระยะอื่น ได้แก่ ระยะการป้องกัน ระยะการรับมือ และระยะการฟื้นฟู พบว่ามีการกำหนดสมรรถนะไว้น้อยมาก[6-7] นอกจากนี้พยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะในการจัดการและการดูแลผู้ประสบภัยในภาวะภัยพิบัติจากโรคอุบัติใหม่ไม่เพียงพอ หรือได้รับการเตรียมความพร้อมแต่ไม่ครอบคลุม ผู้ที่รับการเตรียมความพร้อมส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลส่วนใหญ่จึงรู้สึกไม่พร้อมสำหรับการตอบสนองต่อเหตุการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ[8] การแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้พยาบาลหลายคนตกอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง พบว่าในจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงการระบาด (ระลอกที่ 1-4) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 - 12 มีนาคม 2565 จำนวน 18,428 คนนั้น มีพยาบาลอยู่ด้วยคิดเป็นร้อยละ 6.6[9] นอกจากนี้การพัฒนาความรู้ ความก้าวหน้าทางเวชศาสตร์การแพทย์สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วย COVID-19 มีความซับซ้อนในการดูแล ต้องการทักษะเฉพาะทางที่หลากหลายจากบุคลากรทางสุขภาพ การให้การพยาบาลภายใต้ข้อจำกัดของประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับโรค ยังส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อไปยังสมาชิกในครอบครัว การเกิดตราบาปเกี่ยวกับความเปราะบางในหน้าที่การงานและการจำกัดเสรีภาพส่วนบุคคล ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์[10-13] ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 จึงมีความสำคัญ

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (emancipatory action research) เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 เนื่องจากเป็นการวิจัยที่มุ่งไปที่การวิพากษ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชีพทั่วไป ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติในบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ร่วมกับทีมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ แพทย์ โดยลักษณะเด่นของงานวิจัยลักษณะนี้ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จะเริ่มต้นด้วยการวิพากษ์ถึงการปฏิบัติและผลลัพธ์จากการปฏิบัติของตนทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อเผยให้เห็นถึงเงื่อนไขหรือข้อจำกัดที่ทำให้ปัญหานั้นยังคงอยู่ เป็นการร่วมคิด ร่วมวิพากษ์เพื่อค้นหา เผชิญหน้าและจัดการควบคุมผลของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม (untoward consequences) นอกจากนี้ยังเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้พยาบาลวิชาชีพแต่ละระดับทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดสมรรถนะที่จำเป็นในบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ จึงเป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหารและการพัฒนา เพื่อแก้ปัญหาในเวลาเดียวกัน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 จึงมีความเหมาะสมกับบริบทของการบริหารจัดการของโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพของจังหวัดสงขลา หรือสถานบริการสุขภาพ จังหวัดอื่นๆ ที่มีความสนใจในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (emancipatory action research) ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) สรุปเป็น 3 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (การวางแผน) 2) การปฏิบัติการและการสังเกต และ 3) การสะท้อนผล โดยในขั้นตอน การปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การพัฒนาทฤษฎีบทเชิงวิพากษ์ (2) การสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน และ (3) การจัดรวบรวมวิธีปฏิบัติ ตามแนวคิดของกรันดี (Grundy)[14] การศึกษาครั้งนี้ได้อาศัยแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1988)[15] ประกอบด้วย การวางแผน (planning) การปฏิบัติตามแผน (action) การสังเกตผล (observation) การสะท้อนผล (reflection) ซึ่งผู้วิจัยใช้การปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ในส่วนของการวางแผน แล้วนำการปฏิบัติและการสังเกต และการสะท้อนผล จากแนวทางการวิจัยปฏิบัติการ

มาปรับใช้ร่วมกัน ดังภาพที่ 1

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ในหน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จังหวัดสงขลา ประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 53 คน (ระดับปฐมภูมิจำนวน 10 คน ทุติยภูมิจำนวน 31 คน ตติยภูมิจำนวน 12 คน) และแพทย์จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 59 คน

วิธีการศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ และ 2) ระยะดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ประกอบด้วย การสำรวจบริบทของพื้นที่ทำวิจัยเบื้องต้น เป็นการลงพื้นที่เพื่อศึกษาสนามวิจัย และการอบรมให้ความรู้ เป็นการประเมินความต้องการ หรือความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 รวมถึงการวิเคราะห์สมรรถนะเบื้องต้นของพยาบาลวิชาชีพทั่วไป สมรรถนะที่ต้องเพิ่มตามงานที่จำเป็นตามมาตรฐานสากล และ สมรรถนะที่ต้องเพิ่มตามบริบทของการจัดการในรูปแบบของจังหวัดสงขลา

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ 2) การปฏิบัติการและการสังเกต และ 3) การสะท้อนผล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าว 2 วงรอบ ระยะเวลาระหว่างเดือน มกราคม 2563 - มกราคม 2564 รวมระยะเวลา 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงพฤติกรรม (behavioral event interview) สำหรับพยาบาลวิชาชีพทั่วไป แพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อค้นหาลักษณะของพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่ก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่เรียกว่า สมรรถนะการพยาบาลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 นอกจากนี้ ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเพื่อสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงออกถึงสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพทั่วไป ได้แก่ จุดคัดกรองผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน หอผู้ป่วย ห้องคลอด หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสนาม ในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก แพทย์ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และพยาบาลวิชาชีพ ในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาประเมินความต้องการความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ก่อนจะเริ่มการปฏิบัติการเชิงวิพากษ์

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางการศึกษาของการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ 1) การปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ 2) การปฏิบัติการและการสังเกต และ 3) การสะท้อนผล โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นผู้วิจัยมุ่งเน้นการเก็บรวมรวมข้อมูลจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ COVID-19 ในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะแบบพลวัตร (dynamic) และใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การเปิดวงสุนทรียสนทนา การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลทั้งเชิงวัตถุวิสัย (objective) และอัตวิสัย (subjective) ที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ และที่สำคัญคือ

มาจากฐานการมีส่วนร่วมของพยาบาลทุกระดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้เครื่องมือวิจัย 2 ประเภท ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพและหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือผู้บริหารระดับเหนือขึ้นไป เป็นแบบประเมินพฤติกรรมชี้วัดให้เห็นถึงลักษณะของสมรรถนะที่ต้องการประเมินและสามารถวัดได้จริง กำหนดเป็นมาตรวัดโดยใช้เกณฑ์แบบรูบริค (rubric) และกำหนดเกณฑ์การประเมินไว้ 5 ระดับ ความหมายในแต่ละข้อมีรายการพฤติกรรมซึ่งอธิบายถึงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ คือ ระดับที่ 1 พยาบาลแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการมีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ ระดับที่ 2 พยาบาลแสดงพฤติกรรมที่มีความรู้และสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้เองตามแนวทาง/มาตรฐานการพยาบาลได้ถูกต้อง ระดับที่ 3 พยาบาลแสดงพฤติกรรมที่มีความรู้และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างชำนาญและเป็นแบบอย่างที่ดี ระดับที่ 4 พยาบาลแสดงพฤติกรรมที่มีความรู้และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างชำนาญและเป็นแบบอย่างที่ดี พร้อมทั้งสามารถสอนแนะการพยาบาลให้แก่ผู้อื่นได้ และระดับที่ 5 พยาบาลแสดงพฤติกรรมที่มีความรู้และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างชำนาญเป็นแบบอย่างที่ดี พร้อมทั้งสามารถสอนและพัฒนาแนวปฏิบัติ นวัตกรรม/งานวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) = 0.93 และค่าดัชนีความเที่ยงโดยรวม (inter-rater reliability) มีค่าเท่ากับ 0.87 2) แบบประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลด้านผู้ป่วย COVID-19 ประเมินโดยผู้ร่วมวิจัยทุกคน ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้และปรับปรุง 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงพฤติกรรม 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และ 3) แบบสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา BCNSK4/2564 วันที่ 19/12/2563 - 17/12/2564 และ The Research Ethics Committee of Hatyai Hospital (REC-HY) 40/2564 วันที่ 02/03/2564 - 02/03/2565

ผลการศึกษา

1. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั่วไปในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ประกอบด้วยสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพและสมรรถนะเชิงเทคนิค จำนวน 8 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค 2) ด้านการสื่อสารและการประสานงาน 3) ด้านการคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วย 4) ด้านการจัดการเหตุการณ์ 5) ด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ 6) ด้านกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ 7) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว และ 8) ด้านการเรียนรู้ด้วยตนเอง ครอบคลุมระยะเวลาในการเกิดภาวะภัยพิบัติ โรคติดต่อ COVID-19 ทั้ง 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเฝ้าระวังโรค ได้แก่ สมรรถนะด้านที่ 1) การป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค และ 2) การสื่อสารและการประสานงาน

2. ระยะแพร่ระบาดของโรค ได้แก่ สมรรถนะด้านที่ 3) การคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วยโรคติดต่อ 4) การจัดการเหตุการณ์ และ 5) วุฒิภาวะทางอารมณ์

3. ระยะแยกกักตัว ได้แก่ สมรรถนะด้านที่ 6) กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ 7) การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว และ 8) การเรียนรู้ด้วยตนเอง

4. ระยะหลังฟื้นฟู ได้แก่ สมรรถนะด้านที่ 6) กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ และ 7) การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว

2. สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการพัฒนาอย่างเร่งด่วน

2.1 พยาบาลวิชาชีพทั่วไป หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย 3 สมรรถนะหลัก ได้แก่

1) การป้องกัน การควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค จำนวน 8 สมรรถนะย่อย คือ (1) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (2) การสวมใส่และถอดชุดป้องกัน (personal protective equipment, PPE) (3) การเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (4) การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ (5) การจัดเตรียมโรงพยาบาลสนาม และ hospitel (6) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (7) การบริหารจัดการทรัพยากรด้านบุคคล และอุปกรณ์ป้องกัน และ (8) การจัดการระบบการป้องกันและควบคุมเมื่อเกิดการระบาดในชุมชน

2) การคัดกรอง จำแนกผู้ป่วย จำนวน 4 สมรรถนะย่อย คือ (1) การซักประวัติ และวินิจฉัยแยกโรค (2) ความรู้เกี่ยวกับโรค และระบาดวิทยาของ COVID-19 (3) การประเมินความรุนแรงของโรค (4) การสร้างแนวปฏิบัติในการคัดกรอง จำแนกผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วย

3) การสื่อสาร และการประสานงาน จำนวน 5 สมรรถนะย่อย คือ (1) การจัดการความขัดแย้ง (2) การสื่อสารกับทีมสุขภาพ (3) การสื่อสารกับผู้รับบริการครอบครัวและชุมชน ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (4) การทำงานเป็นทีม และ (5) การประสานงานความร่วมมือกับหน่วยงานและบุคลากรภายนอก

2.2 พยาบาลวิชาชีพทั่วไป หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ประกอบด้วย 3 สมรรถนะหลัก ได้แก่

1) การคัดกรอง จำแนกผู้ป่วย จำนวน 4 สมรรถนะย่อย คือ (1) การซักประวัติ และวินิจฉัยแยกโรค (2) ความรู้เกี่ยวกับโรค และระบาดวิทยาของ COVID-19 (3) การประเมินความรุนแรงของโรค (4) การสร้างแนวปฏิบัติในการคัดกรอง จำแนกผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต

2) ด้านการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค จำนวน 9 สมรรถนะย่อย คือ (1) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (2) การสวมใส่และถอดชุด PPE (3) การเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (4) การตรวจสอบการใช้งานห้อง airborne infection isolation room (AIIR) (5) การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ (6) การจัดเตรียม isolation room และ cohort ward (7) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (8) การบริหารจัดการทรัพยากรด้านบุคคล และอุปกรณ์ป้องกัน และ (9) การจัดการระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

3) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 9 สมรรถนะย่อย คือ (1) การพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ที่มีปัญหาสุขภาพไม่ซับซ้อน (2) การประเมินภาวะวิกฤต ภาวะคุกคามต่อชีวิต (3) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (4) การเก็บ กำกับการนำส่งและการรายงานผลสิ่งส่งตรวจ (5) การสอนและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (6) การสืบค้นและใช้ความรู้เชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 (7) การใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (8) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัว และ (9) การพยาบาลแบบองค์รวม

2.3 พยาบาลวิชาชีพทั่วไป หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ประกอบด้วย 3 สมรรถนะหลัก ได้แก่

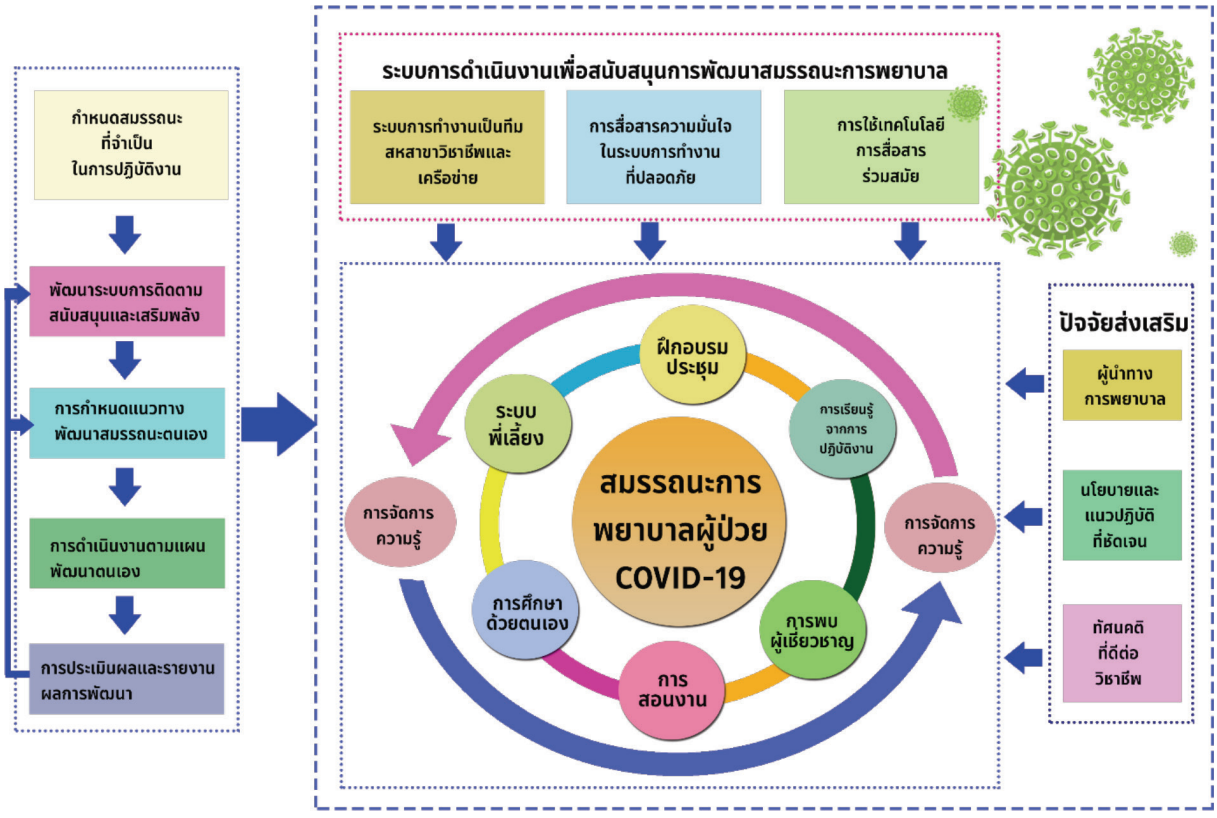
1) การคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วย จำนวน 4 สมรรถนะย่อย ดังนี้ (1) การซักประวัติ การแปลผลสิ่งส่งตรวจ และการวินิจฉัยแยกโรค (2) การมีความรู้ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาของพื้นที่ (3) การค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วย (4) การประเมินผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค

2) ด้านการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค จำนวน 7 สมรรถนะย่อย คือ (1) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (2) การสวมใส่และถอดชุด PPE (3) การเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (4) การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัย (5) การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ (6) การวินิจฉัย การรายงานการระบาดของโรคติดต่อในหอผู้ป่วย และ (7) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 10 สมรรถนะย่อย ได้แก่ (1) การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (2) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว (3) การประเมินภาวะวิกฤต ภาวะคุกคามต่อชีวิต (4) การวิเคราะห์หาสาเหตุและกำหนดประเด็นการแก้ไขปัญหา (5) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (6) การเก็บ กำกับการนำส่งและการรายงานผลสิ่งส่งตรวจ (7) การสอนและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (8) การสืบค้นและใช้ความรู้เชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 (9) การใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง (10) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

3. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ของหน่วยบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) แนวทางการปฏิบัติเพื่อการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ (2) วิธีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ และ (3) ระบบการดำเนินงานและปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะจำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19

แนวทางการปฏิบัติเพื่อการพัฒนาสมรรถนะ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 2) การพัฒนาระบบการติดตาม สนับสนุนและเสริมพลัง 3) การกำหนดแนวทางพัฒนาสมรรถนะตนเอง 4) การดำเนินการตามแผนพัฒนาสมรรถนะ และ 5) การสรุปและรายงานผลการพัฒนา ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 แนวทางการปฏิบัติเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19

การกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. การกำหนดความหมายสมรรถนะการพยาบาล
2. การวิเคราะห์งาน บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย COVID-19
3. กำหนดรูปแบบสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19
4. กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19

การพัฒนาระบบการติดตาม สนับสนุนและเสริมพลัง

การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในภาวะที่มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรง จำเป็นต้องมีระบบหรือกลไกเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะของหน่วยบริการสุขภาพ คือ 1) ระบบการทำงานเป็น

ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย และบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 2) การสื่อสารความมั่นใจในระบบการทำงานที่ปลอดภัย 3) การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารร่วมสมัยในการสนับสนุนและติดตามงาน

การกำหนดแนวทางพัฒนาสมรรถนะตนเอง

1. การประเมินสมรรถนะที่จำเป็นในการพยาบาลที่ต้องพัฒนา (self-assessment of competencies) โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาจากรูปแบบสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19

2. นำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของแต่ละระดับความสามารถ แล้วนำมาพิจารณาร่วมกันเพื่อทำให้ช่องว่างของสมรรถนะการพยาบาลลดน้อยลงหรือหมดไป โดยจัดทำแผนพัฒนาตนเองเป็นรายบุคคล (individual development plan) และจัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่ต้องการพัฒนาอย่างเร่งด่วน ประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมสัมมนา การเรียนรู้จากการปฏิบัติ การเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ การสอนงานด้วยระบบพี่เลี้ยง การศึกษาด้วยตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การดำเนินการตามแผนพัฒนาสมรรถนะ ประกอบด้วยกิจกรรม

1. นำแผนพัฒนารายบุคคลมาดำเนินการให้เป็นไปตามรายละเอียดที่กำหนดไว้

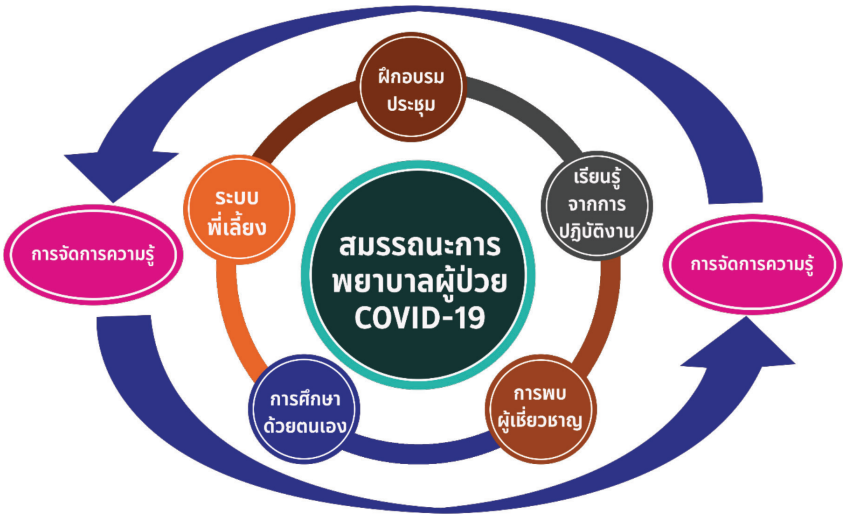
2. ศึกษาปัจจัยส่งเสริม / อุปสรรคการพัฒนา โดยใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์

การสรุปและรายงานผลการพัฒนา

เป็นการสรุปและรายงานผลการพัฒนาว่า การดำเนินการพัฒนาตนเองตามแผนพัฒนารายบุคคลตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการพัฒนา ผลเป็นอย่างไร สามารถบรรลุผลสำเร็จมีระดับสมรรถนะตามที่ตนเองและหน่วยงานต้องการหรือไม่ (ย้อนกลับไปกิจกรรมที่ 3) และมีปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จครั้งนี้ โดยระบุปัญหาและอุปสรรคที่สะท้อนถึงการปฏิบัติงานที่ผ่านมา เพื่อการวางแผนครั้งต่อไป การประเมินผลครั้งนี้จะพิจารณาใน 2 ประเด็น ได้แก่ 1. การประเมินตนเอง สมรรถนะการพยาบาลด้านผู้ป่วย COVID-19 และ 2. คุณภาพของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19

วิธีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

สำหรับวิธีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมสัมมนา การเรียนรู้จากการปฏิบัติ การเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ การสอนงานด้วยระบบพี่เลี้ยง การศึกษาด้วยตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 วิธีการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19

ระบบการดำเนินงานและปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ประกอบด้วย บทบาทผู้นำทางการพยาบาล นโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ดังนี้

1. บทบาทผู้นำทางการพยาบาล พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ มีความรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะวิกฤตในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 สามารถชี้นำ และเข้าร่วมปฏิบัติการการแก้ไขปัญหา มีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริม พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

2. นโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนของจังหวัดสงขลา และกระทรวงสาธารณสุข

2.1 จังหวัดสงขลา มีนโยบายและแผนการเตรียมพร้อมพยาบาลเพื่อรับมือภัยพิบัติ โรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ทุกๆ ปี ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการรับมือกับ COVID-19 โดยเฉพาะโรงพยาบาลของอำเภอที่มีเขตรอยต่อกับประเทศมาเลเซีย

2.2 หน่วยบริการสุขภาพ จังหวัดสงขลา มีระบบหรือกลไกเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล คือ

1) บทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยการจัดระบบให้แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลโรคระบบทางเดินหายใจ เป็นกลุ่มบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญทั้งในการวางแผนพัฒนาระบบการพยาบาล ให้ความรู้และพัฒนาสมรรถนะแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย COVID-19

2) ระบบการพยาบาลเป็นทีม โดยมีการนิเทศงาน จับคู่แบบพี่เลี้ยงระหว่างโรงพยาบาลระดับทุติย-ภูมิกับปฐมภูมิ การจัดทีมพยาบาลทางเลือกในภาวะที่ขาดแคลนพยาบาล

3) การสื่อสารความมั่นใจในระบบการทำงานที่ปลอดภัย ทั้งในด้านความพร้อมของสถานที่ และความพร้อมของอุปกรณ์ป้องกันโดยการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด

4) เทคโนโลยีการสื่อสารที่รวดเร็วและทั่วถึง หน่วยงานมีการใช้โซเชียลมีเดียเพื่อแบ่งปันและรับข้อมูล มีการใช้การสื่อสารทางไกล ได้แก่ การเข้าร่วมการอบรม ประชุมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปผลการดำเนินงาน ที่จัดผ่านระบบออนไลน์ ได้แก่ ZOOM หรือ Google Meet ของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับข้อมูลที่รวดเร็ว ทันสมัยและทั่วถึง

การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินสมรรถนะที่จำเป็นด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 จากการประเมินตนเองและจากการประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้บริหารระดับเหนือขึ้นไป โดยรวมเพิ่มขึ้นในแต่ละวงรอบการวิจัย และคะแนนเพิ่มขึ้นทั้ง 3 สมรรถนะดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 จากการประเมินตนเองและจากการประเมินของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้บริหารระดับเหนือขึ้นไป ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วงรอบการวิจัยจนถึงวงรอบที่ 2 ของหน่วยบริการทุกระดับ

สมรรถนะ	คะแนนเฉลี่ย					
	ก่อนเข้าสู่วงรอบวิจัย		วงรอบที่ 1		วงรอบที่ 2	
	ตนเอง	ผู้บริหาร	ตนเอง	ผู้บริหาร	ตนเอง	ผู้บริหาร
หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (n=10)						
การป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค	2.25 0.65	1.50 0.51	3.40 0.52	3.27 0.53	4.00 0.13	4.19 0.40
การคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วย	2.08 0.62	1.50 0.52	3.02 0.28	3.68 0.48	4.02 0.39	3.96 0.20
การสื่อสาร ประสานงาน และการบริหารจัดการ	2.32 0.67	2.00 0.13	3.80 0.42	4.19 0.25	4.08 0.25	4.20 0.40
รวมเฉลี่ย **SD**	**2.21** **0.65**	**1.67** **0.39**	**3.40** **0.41**	**3.71** **0.42**	**4.03** **0.26**	**4.12** **0.33**
หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (n=31)						
การคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วย	2.10 0.31	1.52 0.58	3.57 0.50	3.19 0.40	4.00 0.19	4.19 0.45
การป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค	1.50 0.50	1.35 0.48	3.58 0.67	3.28 0.49	4.07 0.25	4.03 0.18
การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว	1.88 0.92	1.53 0.52	3.32 0.48	3.00 0.63	3.72 0.46	3.73 0.45
รวมเฉลี่ย **SD**	**1.82** **0.58**	**1.47** **0.53**	**3.49** **0.55**	**3.15** **0.51**	**3.93** **0.30**	**3.98** **0.37**
หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (n=12)						
การคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วย	2.25 0.45	2.00 0.43	2.41 0.51	2.27 0.45	3.30 0.49	3.48 0.48
การป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค	2.30 0.48	2.00 0.23	2.55 0.52	2.36 0.49	3.44 0.51	4.04 0.38
การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว	2.02 0.14	1.50 0.50	2.25 0.43	2.29 0.45	3.46 0.52	3.27 0.44
รวมเฉลี่ย **SD**	**2.18** **0.36**	**1.83** **0.39**	**2.40** **0.49**	**2.30** **0.46**	**3.40** **0.51**	**3.59** **0.43**

ตารางที่ 2 ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ของหน่วยบริการทุกระดับ (n=53)

รายการประมิน	$\bar{x}$	SD	ระดับความเหมาะสม
มาตรฐานด้านประโยชน์			
1. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะช่วยพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ	4.15	0.49	ดี
2. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในภาวะที่มีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่	4.20	0.52	ดี
3. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยบริการในภาวะที่มีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่	4.25	0.55	ดี
มาตรฐานด้านความเป็นไปได้			
4. รูปแบบพัฒนานี้สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.10	0.64	ดี
5. กิจกรรมในการพัฒนาสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง	4.20	0.62	ดี
6. รูปแบบพัฒนานี้ระบุขั้นตอนการนำไปใช้ชัดเจน	4.05	0.51	ดี
มาตรฐานด้านความเหมาะสม			
7. ประเด็นการพัฒนาครอบคลุมสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ COVID-19	4.20	0.62	ดี
8. รูปแบบพัฒนานี้ให้ความสำคัญในความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19	4.25	0.64	ดี
9. รูปแบบพัฒนานี้คำนึงถึงข้อจำกัดในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ	4.20	0.62	ดี
รวมเฉลี่ย	**4.18**	**0.58**	**ดี**

จากตารางที่ 2 เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย พบว่าผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยผู้ร่วมวิจัยทุกคน อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.18, SD 0.58)

วิจารณ์และข้อยุติ

1. การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19

การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ครั้งนี้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละวงรอบของการวิจัย ทั้งมุมมองของตนเองและจากผู้บริหาร และยังคงพฤติกรรมการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ผู้วิจัยออกจากพื้นที่เรียบร้อยแล้ว โดยอาจเป็นผลมาจาก

1.1 การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้วิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (emancipatory action research) สามารถตอบสนองความต้องการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจริงของผู้ร่วมวิจัย[16] โดยหัวใจสำคัญคือกระบวนการสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ที่มีต่อภาพเหตุการณ์ ความซับซ้อนของบริบทที่มีต่อความเป็นจริงของการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะการระบาดของ COVID-19 ซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่ เป็นโรคติดต่อที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ทำให้เกิดการตีความหรือการให้ความหมายต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ที่

สอดคล้องและครอบคลุมการปฏิบัติงานจริงในทุกๆ ด้าน ตามบทบาทหน้าที่ในหน่วยบริการแต่ละระดับที่สอดคล้องกับแผนและนโยบายของจังหวัด รวมถึงวิธีการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลที่แท้จริงที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล และธรรมเนียมการปฏิบัติที่เป็นจริงในสภาพแวดล้อมการทำงานตามการรับรู้และความเข้าใจของแต่ละคน

การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ครั้งนี้ ให้ความสำคัญกับกระบวนการเผชิญหน้ากับปัญหาหรืออุปสรรค ข้อจำกัดการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 รวมทั้งความเครียด ความกังวล ความทุกข์ยากที่พบในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาด นโยบายต่างๆ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศ รวมถึงการส่งเสริมการวิพากษ์วิจารณ์ ผ่านการอภิปรายไตร่ตรองการปฏิบัติงานของตนและทีมสุขภาพอย่างอิสระและมีความเท่าเทียมกัน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน ทำให้สามารถนำผลดังกล่าวไปพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถได้ เนื่องจากเป็นการปลุกจิตสำนึกของผู้ปฏิบัติงานต่อบทบาทความรับผิดชอบและอำนาจการตัดสินใจ[17] ข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญต่อกระบวนการตัดสินใจหรือขั้นตอนการดำเนินการต่างๆ ที่แสดงถึงความเข้าใจอันลึกซึ้งต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กันและเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในสถานการณ์ที่เป็นจริง

1.2 การศึกษารูปแบบสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ครั้งนี้ ครอบคลุมสมรรถนะที่จำเป็นและสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติของสภาพยาบาลสากล หรือ ICN[4] โดยสมรรถนะแต่ละด้านเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเตรียมพร้อมและรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่[4,8,18-27] สมรรถนะที่ต้องรีบพัฒนาอย่างเร่งด่วนคือ ด้านการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค ด้านการคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วย ด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว และด้านการสื่อสารการประสานงาน และการบริหารจัดการ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศที่แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองความรู้และทักษะที่จำเป็น[6-7] และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังรู้สึกไม่พร้อมสำหรับการตอบสนองต่อเหตุการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ[8] เนื่องจากในอดีตนั้น สถานการณ์ฉุกเฉินเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อย พยาบาลส่วนใหญ่จึงไม่มีประสบการณ์จริง ทำให้ขาดประสบการณ์และโอกาสในการพัฒนาความเชี่ยวชาญ[18]

1.3 รูปแบบสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีทั้งความแตกต่างและความคล้ายคลึงกันในสมรรถนะหลักทั้ง 8 ด้าน คือ 1) ด้านการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค 2) ด้านการสื่อสารและการประสานงาน 3) ด้านการคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วย 4) ด้านการจัดการเหตุการณ์ 5) ด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ 6) ด้านกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ 7) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว และ 8) ด้านการเรียนรู้ด้วยตนเอง เนื่องจากการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพนั้น กำหนดโดยสภาการพยาบาล มาตรฐานกำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) และโครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[28] ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1) สมรรถนะพยาบาลด้านการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย และสมรรถนะด้านการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค เป็นสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ที่พยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ จึงควรกำหนดเป็นสมรรถนะที่จำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาในขณะที่เป็นนิสิตหรือนักศึกษาพยาบาล และสอดแทรกอยู่ในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สอดคล้องกับการศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในหน่วย

บริการสุขภาพในช่วงการระบาดของ COVID-19 ประเทศสเปน พบว่าความกลัวเป็นประเด็นหลักในประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความกลัวที่จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความเสี่ยงในการแพร่เชื้อในครอบครัวของนักศึกษา และความกลัวเกิดขึ้นเกิดจากการไม่ได้รับการเตรียมตัวและต้องรับมือและจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก[29] ชี้ให้เห็นว่าสถาบันการศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้แน่ใจว่านักศึกษามีความรู้และทักษะที่เพียงพอในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ควรคำนึงถึงการพัฒนาสมรรถนะทั้ง 2 ด้านคือ ด้านความรู้ ทักษะเชิงวิชาชีพ และสมรรถนะข้ามสายงาน (transversal competencies) เพื่อเตรียมพยาบาลให้พร้อมสำหรับการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้ดียิ่งขึ้น พยาบาลวิชาชีพที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมเชิงลึกด้านความรู้ ความสามารถเชิงวิชาชีพ ความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมงานด้วยและสมรรถนะข้ามสายงาน[24] การศึกษาครั้งนี้พบว่า สมรรถนะข้ามสายงาน ซึ่งเป็นสมรรถนะสำคัญในการพัฒนามนุษย์แบบองค์รวม เป็นสมรรถนะเพื่อใช้ในการทำงานของทุกอาชีพรวมทั้งอาชีพพยาบาล จำนวน 4 สมรรถนะ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการสื่อสาร การประสานงาน และการบริหารจัดการ 2) การจัดการเหตุการณ์ 3) วุฒิภาวะทางอารมณ์ และ 4) ด้านการเรียนรู้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ระบุถึงสมรรถนะที่จำเป็นต้องมีในการประกอบวิชาชีพและการดำรงชีวิตในบริบทที่มีความเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างก้าวกระโดด เช่น การรู้ เข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (digital literacy) ดังนั้นประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งที่ต้องให้ความสนใจมากขึ้นในหลักสูตรการพยาบาลคือการฝึกอบรมความสามารถทางดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับยุคสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ และบริการแอปพลิเคชันต่างๆ ที่กำลังพัฒนาและดำเนินการในสาขาการแพทย์ การพยาบาลและสาธารณสุข

2. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติ 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 2) การพัฒนาระบบการติดตามสนับสนุนและเสริมพลัง 3) การกำหนดแนวทางพัฒนาสมรรถนะตนเอง 4) การดำเนินการตามแผนพัฒนาสมรรถนะ และ 5) การสรุปและรายงานผลการพัฒนา ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การประเมินความสำเร็จของการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ ขึ้นอยู่กับการพัฒนาวัฒนธรรมของการเปลี่ยนแปลงภายในทีมหรือองค์กรที่กำลังดำเนินการพัฒนา สอดคล้องกับ Manley (2000)[30] ที่เสนอแนะว่า เพื่อให้วัฒนธรรมแห่งการเปลี่ยนแปลงมีความต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในพัฒนารูปแบบ โดยหนึ่งในเทคนิคสำคัญเพื่อการสร้างความมั่นใจให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันคือการให้โอกาสในการสนทนากลุ่มโดยเน้นเฉพาะระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับนักวิจัยโครงการ[31] และเพื่อพัฒนากระบวนการที่เปิดกว้างและโปร่งใสสำหรับการตัดสินใจและการดำเนินการ การศึกษาครั้งนี้พยายามทำให้ ผู้นำพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และผู้วิจัยใกล้ชิดกันมากขึ้น เพื่อให้ได้มาซึ่งความเห็นพ้องต้องกันเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการที่จะพัฒนาสมรรถนะการพยาบาล และการเน้นการระดมความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น อภิปรายผ่านประสบการณ์ การไตร่ตรองอย่างมีวิจารณญาณ และความเป็นเจ้าของสำหรับความมุ่งมั่นในระยะยาวต่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล โดยเริ่มต้นจากการระดมความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นผ่านประสบการณ์ที่มีความหลากหลายและมุมมอง ไม่มีการประเมินว่าความคิดของใครถูก ผิด หรือ ดี ไม่ดี ความคิดเห็นจากทุกคนถูกรวบรวมและนำเสนอให้สมาชิกทุกคนทราบ และเพิ่มเติมความคิดเห็นให้สมบูรณ์ พร้อมกับการ

สร้างสรรค์บรรยากาศการยอมรับความคิดเห็น ดังนั้นการแบ่งปันอำนาจ การเสริมสร้างการสื่อสาร และการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นของการเปลี่ยนแปลงที่ประสบความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะ[32] และการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลและคณาจารย์อย่างต่อเนื่องสามารถลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติในการพยาบาล

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ที่พัฒนาขึ้น สามารถพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีการปรับเปลี่ยนโยกย้ายหน้าที่มาปฏิบัติงาน เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยรวม (cohort ward) และโรงพยาบาลสนาม ที่มีระดับสมรรถนะในระดับเริ่มต้น (novice) และมีการพัฒนาไปสู่ระดับผู้ชำนาญ หรือ expert ได้อย่างรวดเร็ว ที่ปรากฏเด่นชัด คือ พฤติกรรมที่มีความรู้และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างชำนาญและเป็นแบบอย่างที่ดีพร้อมทั้งสามารถสอนการพยาบาลให้แก่ผู้อื่นได้ ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันระหว่างสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากต่อความปลอดภัยและคุณภาพการพยาบาล ผลักดันให้พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยมีความตั้งใจและพยายามพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถ จากการเริ่มตั้งคำถามประเมินถึงความสามารถทางคลินิกของตนเอง[33] และระบุแนวทางการพัฒนาตนเอง การประเมินสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่ต้องพัฒนา และการกำหนดแนวทางการพัฒนาสมรรถนะตนเอง โดยทั้ง 2 ขั้นตอนทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการวิเคราะห์ตนเอง (self-analysis) ช่วยให้สามารถประเมินตนเอง ประเมินผู้อื่น และออกแบบการพัฒนาสมรรถนะที่มีความเฉพาะเจาะจงตามบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ โดยการประเมินตนเอง (self-evaluation) และทำความรู้จักกับสิ่งที่คาดหวังจากตัวเองทำให้พยาบาลวิชาชีพมีวิสัยทัศน์ที่สมจริงมากขึ้น เนื่องจากเป็นการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเอง (self-perception of competencies) จากมุมมองนี้ จุดอ่อนหรือปัญหาระหว่างการพัฒนาสมรรถนะจะสามารถระบุได้และพิจารณาว่าควรปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทตำแหน่งหน้าที่ ความรับผิดชอบและองค์ความรู้ทางการพยาบาล กระบวนการจะตามด้วยการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้บริหารระดับต้นเพื่อยืนยันว่าสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับใด วิธีนี้จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีโอกาสพัฒนาตนเอง หากตระหนักถึงระดับการพัฒนาและสิ่งที่ต้องพัฒนาเพื่อสู่การพยาบาลที่เป็นเลิศ ร่วมกับการวางแผนจากผู้บริหารการพยาบาล ซึ่งทำให้หน่วยงานมีความพยายามในการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนและความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วย การพัฒนาสมรรถนะของตนเองเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวันจึงเป็นสิ่งสำคัญ[34] ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า active learning เป็นหลักการสำคัญของวิธีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานมาก่อนและในภาวะฉุกเฉินที่มีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อรองรับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในเชิงบวก พยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่ออำนวยความสะดวกในการเปลี่ยนแปลงจากพยาบาลระดับเริ่มต้น (novice) สู่พยาบาลระดับขั้นเชี่ยวชาญ (expert) ในการดูแลผู้ป่วยให้ราบรื่นยิ่งขึ้น ผู้นำทางการพยาบาลและพยาบาลผู้ร่วมวิจัยจึงต้องร่วมพิจารณากำหนดบทบาทหน้าที่ สมรรถนะและความคาดหวังอย่างชัดเจน โดยที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถจากการเรียนรู้จากการปฏิบัติ จากประสบการณ์มากขึ้นในแง่ของการฝึกปฏิบัติงานจริง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการแต่งตั้งอาจารย์พี่เลี้ยง สอดคล้องกับ Benner (1984)[35] ที่ระบุว่า พยาบาลระดับเริ่มต้น หรือระดับผู้ฝึกฝนหรือเรียนรู้ (advance beginner) ต้องการคำแนะนำจากพยาบาลที่มีความสามารถมากขึ้นเพื่อพัฒนาการรับรู้ในระดับที่สูงขึ้นซึ่งเป็นองค์ประกอบความรู้ที่พัฒนาไปตามกาลเวลาและความ

เชี่ยวชาญ[36-37] กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานในคลินิกมาก่อน ดังนั้นการได้รับการฝึกอบรมความรู้ทักษะและการตัดสินใจในการทำงานที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะที่สูงขึ้นได้อย่างรวดเร็ว[38-39] แม้ว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ระบุว่าการเตรียมความพร้อมของบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถด้านทักษะการปฏิบัติ และได้มีการเรียกร้องให้ต้องมีการฝึกอบรมก่อนการปรับใช้ในทางปฏิบัติมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อต้องเผชิญกับความเร่งด่วนในการตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อความฉุกเฉินด้านสาธารณสุข มีภาระของผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น การปรับใช้บุคลากรทางการพยาบาลจะต้องพร้อมใช้งาน[39]

นอกจากวิธีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแล้ว การสื่อสารแบบเปิดเกี่ยวกับแผนการปรับใช้และการจัดหาการสนับสนุนด้านจิตสังคมยังเป็นประเด็นสำคัญอีกสองประการที่ผู้นำการพยาบาลและผู้ร่วมวิจัยให้ความสำคัญ ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การนำผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมาร่วมงาน ทำให้เพิ่มความสามารถในการรับมือกับเหตุฉุกเฉินและสถานการณ์ภัยพิบัติจากประโยชน์ในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และพยาบาลวิชาชีพซึ่งไม่มีประสบการณ์ในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ และการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้ออุบัติใหม่ และการฝึกอบรมอื่นๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยในการจัดการกับผู้ป่วย COVID-19 การนำรูปแบบการพยาบาลแบบทีมมาใช้ เป็นทีมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาทำงานร่วมกันเพื่อสร้างทีมการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่มีปัญหาสุขภาพและมีความหลากหลายของช่วงวัย การทำงานร่วมกันระหว่างทีมการพยาบาลที่มีความสามารถหลากหลายสาขาและทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกิดการจัดการความรู้ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนคุณภาพการพยาบาล นอกจากนี้ การสื่อสารความมั่นใจในระบบการทำงานที่ปลอดภัย เป็นการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ COVID-19 ที่อาจส่งผลให้มีความเป็นมืออาชีพมากขึ้น เพิ่มความพึงพอใจในงานและความผูกพันกับงาน[40] สภาพแวดล้อมในการทำงานที่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ที่เป็นบวกมากขึ้น[41] และเทคโนโลยีการสื่อสารที่รวดเร็วและทั่วถึง สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในปัจจุบัน ความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ รวมถึงโอกาสในการเรียนรู้ที่ใช้สภาพแวดล้อมออนไลน์ซึ่งนับเป็นเรื่องปกติในการศึกษาต่อไปสำหรับพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่นๆ ในปัจจุบัน[42]

บทสรุป

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั่วไปในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ประกอบด้วยสมรรถนะจำนวน 8 ด้าน ที่ครอบคลุมระยะเวลาในการเกิดภาวะภัยพิบัติ โรคติดต่อ COVID-19 ทั้ง 4 ระยะ คือ 1) ด้านการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค 2) ด้านการสื่อสารและการประสานงาน 3) ด้านการคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วย 4) ด้านการจัดการเหตุการณ์ 5) ด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ 6) ด้านกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ 7) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว และ 8) ด้านการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยสมรรถนะที่พยาบาลวิชาชีพทั่วไปต้องการได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วนในทุกหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) ด้านการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค และ 2) ด้านการคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่า สมรรถนะด้านการสื่อสารและการประสานงาน เป็นสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องการพัฒนา ในขณะที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ปัจจัยสำคัญที่มีผล

ต่อการพัฒนาบุคลากรในภาวะวิกฤติ ได้แก่ 1) สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลทุกระดับ 2) ระบบและกลไกการพัฒนาทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การพัฒนาเครือข่าย และระบบพยาบาลพี่เลี้ยง โดยการมีส่วนร่วมของสถาบันการศึกษา 3) นโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนของจังหวัด และระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะ

1. กรอบสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพทั่วไปที่ปฏิบัติงานในระหว่างการระบาดของ COVID-19 ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ครั้งนี้ อาจใช้เป็นข้อมูลอ้างอิง สำหรับหน่วยงานทางการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรการสอนนักศึกษาพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมให้พยาบาลมีสมรรถนะพยาบาลภัยพิบัติ โรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่มีความสอดคล้องกับหน่วยบริการทุกระดับ ตามข้อเสนอของสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ

2. สถาบันการศึกษาและหน่วยบริการสามารถนำกรอบสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ไปใช้เพื่อเป็นแนวทางร่วมกันในการจัดหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มสมรรถนะการพยาบาลในการรับมือกับภัยพิบัติ โรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ อย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น ระบบคลังหน่วยกิต การสั่งสมหน่วยกิต รวมทั้งสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงเพื่อใช้ในการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 หรือโรคติดต่ออุบัติใหม่ของพยาบาลวิชาชีพทั่วไปต่อไป

3. หน่วยบริการสุขภาพ ควรเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพผู้นำทางการพยาบาล การพัฒนาระบบและกลไกการพัฒนาทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะด้านโรคติดเชื้อ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาลผู้ป่วยระบบหายใจ และการจัดการภัยพิบัติ ให้มีอย่างเพียงพอ เพื่อเป็นหลักในการพัฒนาระบบการดูแล และพัฒนาสมรรถนะแก่ทีมสุขภาพและชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในอนาคต

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ COVID-19 ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคเข้าสู่ระดับการระบาดสูงสุด หรือ pandemic ที่มีความเร่งด่วนในการเพิ่มขีดความสามารถด้านการพยาบาล อาจมีข้อจำกัดความสามารถในการถ่ายทอดผลการศึกษาวิจัยเมื่อสถานการณ์ความรุนแรงของการระบาดลดลง เป็นระดับ endemic อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นความสอดคล้องกับการศึกษาที่ดำเนินการในพื้นที่ระบาดอื่นๆ

2. ข้อจำกัดขององค์ความรู้ของโรคติดต่ออุบัติใหม่ COVID-19 ที่มีการค้นพบข้อมูลใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงนโยบาย แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อของประเทศไทยและทั่วโลกอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัยอาจเปลี่ยนไปตามเวลา เมื่อได้รับความรู้ ประสบการณ์ และเมื่อแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ COVID-19 เปลี่ยนไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความสนับสนุนเอื้อเฟื้อจากบุคคล กลุ่มบุคคล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินการศึกษาครั้งนี้ รศ.ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผศ.ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นางกรรณิกา อังกูล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ และนางสุดาวดี แก้วพิบูลย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนาหม่อม ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลนาหม่อม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี โรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ โรงพยาบาลจะนะ และผู้อำนวยการ

รพ.สต.นาหม่อม รพ.สต.คู รพ.สต.ศรีประชาอุทิศ รพ.สต.ศรีประชาเขต รพ.สต.บ้านใหม่ สนับสนุนการดำเนินการวิจัย คณะผู้ร่วมวิจัย และท่านอื่นๆ ที่มิได้กล่าวถึงในที่นี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกๆ ท่านไว้ ณ ที่นี้ด้วย

References

1. Tzeng HM, Yin CY. Demands for religious care in the Taiwanese health system. Nurs Ethics. 2006 Mar;13(2):163-79. doi: 10.1191/0969733006ne835oa. PMID: 16526150.
2. Davies K. Disaster preparedness and response: more than major incident initiation. Br. J. Nurs. 2005, Sep;14(16):868-71. doi: 10.12968/bjon.2005.14.16.19730.
3. Daily E, Padjen P, Birnbaum MA. Review of competencies developed for disaster healthcare providers: limitations of current processes and applicability. Prehosp. Disaster Med. Sep-Oct;25(5):387-95. doi: 10.1017/s1049023x00008438.
4. International Council for Nurses. Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0; 2019 [cited 2020 Jan]. Available from: URL: https://www.icn.ch/sites/defau lt/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB_final.pdf.
5. World Health Organization Thailand. Joint Intra-Action Review of the Public Health Response to COVID-19 in Thailand 20-24 July 2020. [Internet]. 2020. [cited 2020 Sep]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/iar-covid19-th.pdf.
6. Yensujit K. Disaster nursing competencies development in nursing students. J Nurs and Heal Scien. 2016 Jan;17(1):3-13.
7. Viriya V, Junprasert S. Concepts and essential competencies of nurses for disaster preparedness. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center. 2018 Oct;25(4):403-12.
8. Karnjuš I, Prosen M, Ličen S. Nurses' core disaster-response competencies for combating COVID-19-A cross-sectional study. PLoS One. 2021 Jun 10;16(6):e0252934. doi: 10.1371/journal.pone.0252934. PMID: 34111208; PMCID: PMC8191963.
9. Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Epidemiological characteristic of coronavirus disease 2019 [COVID-19] among healthcare workers during the pandemic, 1 January 2020–12 March 2022). [Internet]. 2022. [cited 2022 Sep]. Available from: https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y65/H65292022-07-172022-07-23.pdf. (in Thai)
10. Chiang HH, Chen MB, Sue IL. Self-state of nurses in caring for SARS survivors. Nurs Ethics. 2007 Jan;14(1):18-26. doi: 10.1177/0969733007071353. PMID: 17334167.
11. Hope K, Massey PD, Osbourn M, Durrheim DN, Kewley CD, Turner C. Senior clinical nurses effectively contribute to the pandemic influenza public health response. Aust J Adv Nurs. 2011;28(3):47-52.
12. Koh Y, Hegney D, Drury V. Nurses' perceptions of risk from emerging respiratory infectious diseases: a Singapore study. Int J Nurs Pract. 2012 Apr;18(2):195-204. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02018.x. PMID: 22435984; PMCID: PMC7165875.
13. Seale H, McLaws ML, Heywood AE, Ward KF, Lowbridge CP, Van D, et al. The community's attitude towards swine flu and pandemic influenza. Med J Aust. 2009 Sep 7;191(5):267-9. doi: 10.5694/j.1326-5377.2009.tb02781.x. PMID: 19740048.
14. Grundy S. Three modes of action research. Curriculum Perspectives. 1982;2(3):23-34.
15. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
16. McCormack B. Practitioner research. In: Hardy S, Titchen A, McCormack B, Manley K, editors. Revealing nursing expertise through practitioner inquiry. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009. p. 31-54.
17. Manley K, McCormack B. Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. Nurs Crit Care. 2003 Jan-Feb;8(1):22-9. doi: 10.1046/j.1478-5153.2003.00003.x. PMID: 12680515.
18. Al Thobaity A, Plummer V, Williams B. What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. Int Emerg Nurs. 2017 Mar;31:64-71. doi: 10.1016/j.ienj.2016.10.003. Epub 2016 Oct 28. PMID: 28029612; PMCID: PMC7118449.
19. González-Gil MT, González-Blázquez C, Parro-Moreno AI, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos A, Otero-García L, et al. Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. Intensive Crit Care Nurs. 2021 Feb;62:102966. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102966. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33172732; PMCID: PMC7598734.
20. Fang Y, Nie Y, Penny M. Transmission dynamics of the COVID-19 outbreak and effectiveness of government interventions: a data-driven analysis. J Med Virol. 2020 Jun;92(6):645-59. doi: 10.1002/jmv.25750. Epub 2020 Mar 16. PMID: 32141624; PMCID: PMC7228381.
21. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. Int J Biol Sci. 2020 Mar 15;16(10):1732-8. doi: 10.7150/ijbs.45120. PMID: 32226291; PMCID: PMC7098037.
22. Lauck SB, Bains VK, Nordby D, Iacoe E, Forman J, Polderman

J, et al. Responding to the COVID-19 pandemic: development of a critical care nursing surge model to meet patient needs and maximise competencies. Aust Crit Care. 2022 Jan;35(1):13-21. doi: 10.1016/j.aucc.2021.02.009. Epub 2021 May 27. PMID: 34052091; PMCID: PMC8157033.

23. Taskiran G, Baykal U. Nurses' disaster preparedness and core competencies in Turkey: a descriptive correlational design. Int Nurs Rev. 2019 Jun;66(2):165-75. doi: 10.1111/inr.12501. Epub 2019 Feb 7. PMID: 30734270.
24. Peiró T, Lorente L, Vera M. The COVID-19 crisis: skills that are paramount to build into nursing programs for future global health crisis. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 8;17(18):6532. doi: 10.3390/ijerph17186532. PMID: 32911727; PMCID: PMC7558921.
25. Vázquez-Calatayud M, Regaira-Martínez E, Rumeu-Casares C, Paloma-Mora B, Esain A, Oroviogoicoechea C. Experiences of frontline nurse managers during the COVID-19: a qualitative study. J Nurs Manag. 2022 Jan;30(1):79-89. doi: 10.1111/jonm.13488. Epub 2021 Oct 24. PMID: 34592013; PMCID: PMC8646738.
26. Sungkeaw S, Harnirattisai T, Srisatidnarakul B. Registered nurses' competency in caring for emerging infectious diseases. JTNMC. 2020;35(3):69-86. (in Thai)
27. Toprasert T. Competency of nurses in emerging infectious disease care, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. Bamras. J. 2021;15(1):25-36. (in Thai)
28. Nursing Division, Ministry of Public Health. Roles and duties of registered nurses; 2018 [cited 2021 Jun] Available from: http://nurse.npru.ac.th/system/20190113191522_a0a9ca0b-2dc8a20555739e94e6ab03dc.pdf.
29. Casafont C, Fabrellas N, Rivera P, Olivé-Ferrer MC, Querol E, Venturas M, et al. Experiences of nursing students as healthcare aid during the COVID-19 pandemic in Spain: a phenomenological research study. Nurse Educ Today. 2021 Feb;97:104711. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104711. Epub 2020 Dec 17. PMID: 33418340; PMCID: PMC7744273.
30. Manley K. Organizational culture and consultant nurse outcomes: part 1--organizational culture. Nurs Crit Care. 2000 Jul-Aug;5(4):179-84. doi: 10.7748/ns2000.05.14.36.34.c2840. PMID: 11235414.
31. Webb C. Action research: philosophy, methods and personal experiences. J Adv Nurs. 1989 May;14(5):403-10. doi: 10.1111/j.1365-2648.1989.tb01548.x.PMID:2738236.
32. Macphee M, Skelton-Green J, Bouthillette F, Suryaprakash N. An empowerment framework for nursing leadership development: supporting evidence. J Adv Nurs. 2012 Jan;68(1):159-69. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05746.x. Epub 2011 Jul 3. PMID: 21722167.
33. Lam SKK, Kwong EWY, Hung MSY, Pang SMC, Chiang VCL. Nurses' preparedness for infectious disease outbreaks: a literature review and narrative synthesis of qualitative evidence. J Clin Nurs. 2018 Apr;27(7-8):e1244-e1255. doi: 10.1111/jocn.14210. Epub 2018 Jan 11. PMID: 29193397.
34. Fukada M. Nursing competency: definition, structure and development. Yonago Acta Med. 2018 Mar 28;61(1):1-7. doi: 10.33160/yam.2018.03.001. PMID: 29599616; PMCID: PMC5871720.
35. Benner P. From novice to expert. Am J Nurs. 1982 Mar;82(3):402-7. PMID: 6917683.
36. Murray M, Sundin D, Cope V. Benner's model and Duchscher's theory: providing the framework for understanding new graduate nurses' transition to practice. Nurse Educ Pract. 2019 Jan;34:199-203. doi: 10.1016/j.nepr.2018.12.003. Epub 2018 Dec 26. PMID: 30599429.
37. Ozdemir NG. The development of nurses' individualized care perceptions and practices: Benner's novice to expert model perspective. Int. J. Caring Sci, 2019;12(2):1279-85.
38. Davis A, Maisano P. Patricia Benner: novice to expert - a concept whose time has come (again). Oklahoma Nurse, 2016;61(3):13-5.
39. Tang CJ, Lin YP, Chan EY. 'From Expert to Novice', Perceptions of general ward nurses on deployment to outbreak intensive care units during the COVID-19 pandemic: a qualitative descriptive study. J Clin Nurs. 2021 Aug 31. doi: 10.1111/jocn.16029. Epub ahead of print. PMID: 34468053.
40. Fan Y, Zheng Q, Liu S, Li Q. Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of care. J Nurs Manag. 2016 Jul;24(5):646-55. doi: 10.1111/jonm.12369. Epub 2016 Apr 4. PMID: 27039839.
41. Spence Laschinger HK, Wilk P, Cho J, Greco P. Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter? J Nurs Manag. 2009 Jul;17(5):636-46. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00907.x. PMID: 19575722.
42. Green JK, Huntington AD. Online professional development for digitally differentiated nurses: an action research perspective. Nurse Educ Pract. 2017 Jan;22:55-62. doi: 10.1016/j.nepr.2016.11.009. Epub 2016 Dec 2. PMID: 27940391.

บทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

วิไล อุดมพิทยาสรรพ์*
ปรียนุช ชัยกองเกียรติ*
ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง*
อัจฉรา มุสิกวัณณ์*
ผุสนีย์ แก้วมณีย์*
เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา*
พิชญ์ชญานิษฐ์ เรืองเริงกุลฤทธิ์*
นุศรา ดาวโรจน์*
อนุชิต คลังมั่น*
คอลิด ครุนันท์*
ผู้รับผิดชอบบทความ: *วิไล อุดมพิทยาสรรพ์*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยใช้รูปแบบความสอดคล้องคู่ขนาน (convergent parallel design) เก็บข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่ สุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตา (quota sampling) จากอำเภอที่มีอัตราการติดเชื้อสูงสุดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล รวม 6 ตำบล ตำบลละ 80 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 30 คน บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 10 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 10 คน ผู้นำศาสนา 10 คน และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ 10 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 481 คน ใช้แบบสอบถามความรู้และบทบาทการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก กำหนดโควตาตำบลละ 45 คน จำนวน 6 ตำบล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล ตามโควตา ได้แก่ ผู้บริหารสาธารณสุข 2 คน บุคลากรสาธารณสุข 12 คน ประธาน อสม.และแกนนำ อสม. 10 คน ผู้บริหารและบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 5 คน ผู้นำศาสนา 5 คน และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ 5 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 270 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เชิงคุณภาพเพื่อหาประเด็นสำคัญ (thematic analysis)

* *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*

Received 25 October 2022; Revised 10 August 2023; Accepted 31 August 2023

Suggested citation: Udompittayason W, Chaikongkiat P, Plianbumroong D, Musigawan A, Kaewmanee P, Kajonkittiya K, et al. Roles of primary care network in screening and monitoring the COVID-19 risk groups in three southern border provinces of Thailand. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):531-52.

วิไล อุดมพิทยาสรรพ์, ปรียนุช ชัยกองเกียรติ, ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, อัจฉรา มุสิกวัณณ์, ผุสนีย์ แก้วมณีย์, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา และคณะ. บทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):531-52.

ผลการศึกษา พบว่า บทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในภาพรวมของเครือข่าย 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (mean = 3.19, SD = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า บทบาทด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.33, SD = 0.56) รองลงมาคือด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และการสื่อสารความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (mean = 3.25, SD = 0.59, mean = 3.22, SD = 0.60)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า บทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น มีการรวมตัวกันของหลายภาคส่วนในพื้นที่มาทำงานร่วมกัน ได้แก่ 1) อสม.มีบทบาทเชิงรุกในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโดยแบ่งโซนรับผิดชอบครัวเรือนกัน รวมทั้งมีบทบาทในการสื่อสารและการใช้มาตรการทางกฎหมาย 2) บุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทในการบริหารจัดการระบบให้สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิต การสื่อสารข้อมูล รวมใจทุกสาขาวิชาชีพให้เป็นหนึ่ง พร้อมๆ กับการทำงานเชิงรุกเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนปัจจัยการดำรงชีพ การทำงานแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนเพื่อรับมือกับโควิด-19 4) กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านมีบทบาทในการสอดส่องดูแลประชาชนให้ปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข ดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ให้ทีมเครือข่ายในการลงพื้นที่เชิงรุก และแบ่งโซนรับผิดชอบครัวเรือนร่วมกับ อสม. 5) ผู้นำศาสนา เป็นผู้ชี้นำชุมชนในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและตามหลักศาสนาอิสลาม เป็นศูนย์กลางในการให้การรับรองแนวทางปฏิบัติทางสุขภาพ และเผยแพร่ความรู้ที่เป็นที่ยอมรับของชุมชน เป็นผู้ปลุกปลอบขวัญและให้กำลังใจประชาชนให้ยอมรับการปฏิบัติตามมาตรการ และบทบาทของจิตอาสาในการจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ นำไปสู่การสานพลังความร่วมมือของเครือข่ายปฐมภูมิในพื้นที่ และเป็นฐานสำคัญและพลังชุมชนในการสร้างความร่วมมือ ตลอดถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการสุขภาพของชุมชนด้านอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: เครือข่ายปฐมภูมิ, การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19

Roles of Primary Care Network in Screening and Monitoring the COVID-19 Risk Groups in Three Southern Border Provinces of Thailand

Wilai Udompittayason, Preeyanuch Chaikongkiat, Doungjai Plianbumroong, Atchara Musigawan, Pootsanee Kaewmanee, Khemmapat Kajonkittiya, Pichayanit Ruangroengkulrit, Nutsara Dowrote, Anuchit Klangman, Kholid Karunan

Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: *Wilai Udompittayason, wilai@bcnyala.ac.th*

Abstract

This study was a convergent parallel design mixed methods study collecting quantitative and qualitative data in Yala, Pattani, and Narathiwat provinces. The study aimed to determine the roles of primary care network in screening and monitoring the COVID-19 risk groups. Purposive sampling and quota sampling were used to recruit samples from two districts with the highest infection rate in each province, 2 subdistricts per district, and a total of 6 subdistricts. The samples were consisted of 80 people per subdistrict, including 10 village health volunteers, 10 local government officials, 10 community leaders, 10 religious leaders, and 10 other people, totaling four hundred eighty-one people for quantitative data collection. A questionnaire on knowledge and practice in screening and prevention in risk groups of COVID-19 was the instrument used. The data collection was from January to December 2021. In parallel 270 people provided qualitative data through either focus group discussions or in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using frequency and percentage, while qualitative data by thematic analysis.

The quantitative results showed that the average scores of primary care network roles for screening and monitoring COVID-19 risk groups were rated as high (mean = 3.19, SD = 0.51). The highest score (mean = 3.33, SD = 0.56) was found for the screening and monitoring of people exposed to COVID-19, followed by the community control of the COVID-19 pandemic and communicating the risk of infection (mean = 3.25, SD = 0.59, mean = 3.22, SD = 0.60 respectively).

Findings from qualitative methods were as follows. 1) Village health volunteers played an important proactive role in screening and monitoring risk groups by zoning households under responsibility, and providing communication on risk of infection. 2) Health professionals had the role of health system management based on cultural beliefs, fostering unity among all professionals, and working proactively to control the spread of COVID-19. 3) Local governments supported people's daily livelihoods and worked with all sectors in the community. 4) Community leaders supervised people to comply with public health measures, took care of safety and shared household responsibility zoning with village health volunteers. 5) Religious leaders directed people based on Islamic principles and practices to implement public health measures to control the spread of COVID-19 at community acceptance level. The outbreak of COVID-19 in the 3 southern border provinces was under control through synergy of cooperation of primary care networks. These collaborations and participations could be important in other areas of community health management.

Keywords: primary care network, screening and monitoring of COVID-19 at-risk groups

ภูมิหลังและเหตุผล

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า มีอัตราการติดเชื้อที่สูงติดอันดับต้นๆ จังหวัดยะลามีผู้ติดเชื้อ 133 ราย เสียชีวิต 2 ราย เป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ รองลงมาคือจังหวัดปัตตานีมีผู้ติดเชื้อ 94 ราย เสียชีวิต 1 ราย เป็นอันดับที่ 7 และจังหวัดนราธิวาส มีผู้ติดเชื้อ 43 ราย เสียชีวิต 2 ราย เป็นอันดับที่ 11 ของประเทศ นั่นคือข้อมูลเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2563[1] สาเหตุของการติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนในช่วงแรก ส่วนใหญ่เกิดจากการเดินทางกลับจากประเทศมาเลเซีย เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อ 35 ราย และเสียชีวิต 1 ราย[2] ซึ่งในบริบทของพื้นที่ เป็นพื้นที่ที่ติดชายแดนมาเลเซีย ที่ประชาชนทั้งสองประเทศไปมาหาสู่กันในการค้าขาย ในการไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน ในการไปประกอบพิธีทางศาสนา ในการไปศึกษาต่อในต่างประเทศ จากการวิจัยของธานี, นิชาภัทร, ณัฏฐ์ศุภณ, จารุวัฒน์, ปกรณ์สิทธ์, และชนลักษณ์[3] ศึกษาระดับปฏิบัติการตามมาตรการสาธารณสุข ในการป้องกันควบคุมโควิด-19 ของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์โควิด-19 จำนวน 7,569 คน ช่วงวันที่ 5-9 เมษายน 2563 ก่อนประกาศล็อกดาวน์ ได้แก่ การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) การไม่ออกนอกบ้านถ้าไม่จำเป็น การไม่ไปชุมนุมกัน การไม่อยู่ในที่แออัด และการรักษาสุขอนามัยในการล้างมือ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในเขตเมืองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขร้อยละ 88.4 ประชาชนในเขตเมืองที่มีรายได้น้อยมีค่าเฉลี่ยปฏิบัติตามร้อยละ 81.8 ประชาชาชนในชนบทค่าเฉลี่ยปฏิบัติตามร้อยละ 85.8 ประชาชาชนในชายแดนภาคใต้ค่าเฉลี่ยปฏิบัติตามน้อยที่สุดร้อยละ 78.8 และในขณะเดียวกันประชาชนในชายแดนภาคใต้มีกิจกรรมการพบปะสังสรรค์กันในช่วงเย็นสูงสุดคือร้อยละ 15 สถานที่ไปคือบ้านคนรู้จัก และสถานที่ทางศาสนาซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการติด

เชื้อในพื้นที่ที่ทำกิจกรรม ต่อมาในการระบาดระลอกใหม่ของโควิด-19 ในปี 2564 พบว่า 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ติดอันดับที่ 10 ของประเทศ ข้อมูลเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2564 จังหวัดยะลามีผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นอันดับ 2 จำนวน 719 ราย ปัตตานีมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นอันดับ 3 จำนวน 547 ราย และจังหวัดนราธิวาสมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นอันดับที่ 8 จำนวน 414 ราย[4]

ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอยู่ในระดับที่ดีมาก เนื่องจากมีระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิกระจายครอบคลุมเต็มพื้นที่ มีระบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ดูแลประชาชนอย่างใกล้ชิด และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำงานเชื่อมโยงกันทุกภาคส่วน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหา[5] บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบบริการสุขภาพด่านแรกที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่แรกอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีการเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชนและระบบบริการทางการแพทย์ในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในขณะเดียวกัน ระบบสุขภาพปฐมภูมิก็เป็นกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการในทุกระดับ[6]

ดังนั้นในช่วงการระบาดของโควิด-19 ระบบบริการปฐมภูมิ จึงมีบทบาทสำคัญที่เป็นกลไกสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและของประเทศไทย ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงของโรคระบาดโควิด-19 ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย รวมถึงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 สูงติดอยู่ใน 10 อันดับแรกของประเทศดังกล่าวแล้ว 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลาและนราธิวาส เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม ทางความคิดและความเชื่อ การศึกษานี้จะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงของโรคระบาดโควิด-19 ในบริบทของพื้นที่และในวัฒนธรรมของชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิ ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการปฐมภูมิ ในการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

นิยามศัพท์

การคัดกรองโควิด-19 หมายถึง การซักประวัติ ตรวจคัดกรอง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสผู้ป่วยโควิด-19 และผู้ที่เดินทางผ่านด่านเข้า/ออกในชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข

เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 หมายถึง การค้นหากลุ่มเสี่ยงและติดตามอาการกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน และผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงในประเทศ และต่างประเทศ ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขตของการวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัด

กรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล รวม 6 ตำบล ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2564

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยใช้รูปแบบความสอดคล้องคู่ขนาน (convergent parallel design) ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2564 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่างเดือนเมษายน-ธันวาคม 2564 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ผู้บริหารและบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส จากอำเภอที่มีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 สูงที่สุดในอันดับที่ 1 และ 2 ของ 3 จังหวัดนี้ จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล รวม 6 ตำบล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารสาธารณสุขและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ผู้บริหารและบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตา (quota sampling) จากอำเภอ ที่มีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 สูงที่สุดในอันดับที่ 1 และ 2 ของ 3 จังหวัดนี้ จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล รวม 6 ตำบล โดยกำหนดโควตา ดังนี้

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละตำบล ตำบลละ 80 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของตัวอย่างตามเกณฑ์คือ มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของระบบบริการปฐมภูมิ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และตามโควตาที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบทบาทหน้าที่หรือมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ หรือ การคัดกรอง หรือ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ ถึงปัจจุบัน ตำบลละ 10 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 60 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 67 คน เกินโควตาร้อยละ 11.66

2. ประธาน อสม.และแกนนำ อสม.ที่เป็นทีมแกนนำหลักที่มีผลการดำเนินงานในการคัดกรอง หรือ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ ถึงปัจจุบัน ตำบลละ 30 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 180 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 183 คน เกินโควตาร้อยละ 1.66

3. ผู้บริหารและบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีผลการดำเนินงานในการคัดกรอง หรือ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ ถึงปัจจุบัน ตามโควตา ตำบลละ 10 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างที่สมัครเข้าร่วมวิจัย จำนวน 63 คน เกินโควตาร้อยละ 5

4. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ที่มีผลการดำเนินงานในการคัดกรอง หรือเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ ถึงปัจจุบัน ตามโควตาตำบลละ 10 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 58 คน น้อยกว่าโควตาร้อยละ 3.33

5. ผู้นำศาสนา ที่มีส่วนร่วมกับเครือข่ายปฐมภูมิใน

การคัดกรอง หรือ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ ถึงปัจจุบัน ตามโควตาตำบลละ 10 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 58 คน น้อยกว่าโควตา ร้อยละ 3.33

6. ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ตามโควตาตำบลละ10 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 60 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 52 คน น้อยกว่าโควตาร้อยละ 3.33

รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย 481 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. สมัครใจในการให้ข้อมูล และสามารถสื่อสารในการให้ข้อมูลได้

2. ที่มีส่วนร่วมกับเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองหรือ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ถึงปัจจุบัน

เกณฑ์คัดออก

1. เป็นผู้ที่ไม่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19

2. ย้ายออกนอกพื้นที่

3. ไม่สะดวกในการเดินทางมาให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ตำบลละ 45 คน รวม 6 ตำบล จำนวน 270 คน ในแต่ละตำบล มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามโควตา คือ ผู้บริหารสาธารณสุข 2 คน บุคลากรสาธารณสุข 12 คน ประธาน อสม. และแกนนำ อสม. 10 คน ผู้บริหารและบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 5 คน ผู้นำศาสนา 5 คน ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแนวคำถามในการสนทนากลุ่มกับผู้บริหาร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา อสม. บุคลากรสาธารณสุข เรื่องบทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก แฟ้มข้อมูลการวิจัย

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และเติมคำในช่องว่าง แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจ และแบบสอบถามบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการดูแลและการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรค ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และด้านการประสานงานและการจัดการข้อมูล ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 4 ระดับ การแปลผล ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

เครื่องมือเชิงปริมาณที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และบทบาทของเครือข่ายในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุข ตามมาตรฐานการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข[7,8] ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับจัดการโรคระบาดโควิด-19 จำนวน 1 คน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยระบบสุขภาพในชุมชน 1 คน นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่า IOC มีค่าเท่ากับ 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะประชากรเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 10 ราย อสม. 10 ราย ผู้บริหารและบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 ราย ผู้นำศาสนา และผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 5 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแนวคำถามในการ focus group discussion บทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิ ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 จำนวน 13 ข้อ เกี่ยวกับบทบาทในการทำงานของเครือข่าย ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาของข้อคำถาม จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับจัดการโรคระบาดโควิด-19 จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญการวิจัยระบบสุขภาพชุมชนจำนวน 1 คน นำมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับกลุ่มประชากรในพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย นำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้คำถามที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยไม่เน้นการถามเรียงตามข้อคำถาม แต่จะเน้นการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าเรื่องราวในการทำงานของตนเองโดยอิสระ และให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้เพิ่มเติมในการสนทนา โดยผู้วิจัยจะคอยนำเข้าประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของทีมงานวิจัยในการลงพื้นที่ภาคสนามในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และ focus group discussion ซึ่งนักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนลงเก็บข้อมูล มีการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมของทีมวิจัยในการเก็บข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในแต่ละครั้ง นักวิจัยจะมีการประชุมเพื่อสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน ในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการสื่อสารภาษาไทย จะมีทีมนักวิจัยที่สามารถพูดภาษามลายูถิ่นในทีมที่ช่วยในการสื่อสาร รวมถึงผู้ช่วยวิจัยและผู้ประสานงานในพื้นที่ที่สามารถสื่อสารภาษามลายูได้

2. การเตรียมความพร้อมของผู้ประสานงานวิจัยและผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ โดยการจัดประชุมชี้แจงผู้ประสานงานในพื้นที่ และผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (แบบสอบถาม) ตำบลละ 1 วัน เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ประสานงานวิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย การดำเนินงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย

3. ลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนทนากลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10-15 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก ตามวันเวลาที่นัดหมาย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา เลขที่ 171/2563 ก่อนลงนามในเอกสารความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ นักวิจัยได้อธิบาย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ทั้งนี้ ผู้ร่วมวิจัยได้เข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อความหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ความรู้และบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จะมีการถอดเทปในการบันทึกการสัมภาษณ์ และ focus group discussion ทุกครั้ง และมีการวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมๆ กับการเก็บรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง เพื่อหาประเด็นสำคัญ โดยมีแนวทาง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบ thematic analysis ใช้กรอบแนวคิดของไมย์และฮิวเบอร์แมน[9] ได้แก่ การลดทอนข้อมูล (data reduction) ข้อมูลดิบที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาถอดเทปเพื่อหาประเด็นสำคัญที่เป็นข้อค้นพบจากงานวิจัย โดยการให้รหัสข้อมูล (coding) นำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่มข้อมูล (categories) เพื่อแยกแยะข้อมูลที่เหมือนกันมารวมกัน กำหนดเป็นชุดของข้อมูลเพื่อนำมากำหนดเป็นประเด็นหลักของการวิจัย (themes) สื่อด้วยชื่อ หรือข้อความที่สอดคล้องกับชุดข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ที่เป็นภาพรวมทั้งหมดของงานวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางในการสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพ (trustworthiness) โดยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของลินคอร์นและกูบา[10] 4 ประการ ได้แก่ (1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลวิจัย (credibility) โดยการสร้างการยอมรับและความไว้วางใจของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ต่อทีมงานวิจัย โดยทีมงานวิจัยมีการติดต่อกับผู้บริหารของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแกนนำหลักสำคัญของเครือข่ายของระบบบริการปฐมภูมิ เป็นผู้ประสานหลักในการทำงานวิจัยของแต่ละพื้นที่ เพื่อสร้างการยอมรับและความไว้วางใจจากกลุ่มตัวอย่างต่อทีมงานนักวิจัย ในการให้ข้อมูลตามความเป็นจริง และนำข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ ของแต่ละพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยได้จัดประชุมคืนข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบข้อมูลร่วมกัน (member checking) (2) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแต่ละพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน (transferability) โดยนักวิจัยจะมีการจดบันทึกภาคสนาม (file note) จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ของแต่ละพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ นำมาตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน (3) ความวางใจได้ (dependability) โดยนอกจากทีมนักวิจัยจะมีการตรวจสอบข้อมูลการวิจัยร่วมกันแล้ว ในด้านความสอดคล้องของผลการวิเคราะห์ข้อมูล จะมีการตรวจสอบจากบุคคลภายนอกที่เป็นที่ปรึกษางานวิจัยในพื้นที่ (4) การตรวจสอบและยืนยันได้ของข้อค้นพบ (confirmability) โดยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยทีมนักวิจัย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันเพื่อยืนยันผลการวิจัย

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลงานวิจัยจะนำเสนอเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจในมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ส่วนที่ 3 บทบาทการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ส่วนที่ 4 ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 481 คน ได้แก่ อสม. 183 คน (ร้อยละ 38.0) บุคลากรสาธารณสุข 67 คน (ร้อยละ 13.9) บุคลากรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 63 คน (ร้อยละ13.1) กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 58 คน (ร้อยละ 12.1) ผู้นำศาสนา 58 คน (ร้อยละ 12.1) และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 52 คน (ร้อยละ 10.8) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36-45 ปี คือ 150 คน (ร้อยละ 31.2) รอง

ลงมา อายุ 46-55 จำนวน 136 คน (ร้อยละ 28.3) เพศหญิง จำนวน 271 คน (ร้อยละ 56.3) เพศชาย 210 คน (ร้อยละ 43.7) สถานภาพคู่ 401 คน (ร้อยละ 83.4) รองลงมา โสด 52 คน (ร้อยละ 10.8) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษา 207 คน (ร้อยละ 43.0) รองลงมา ปริญญาตรี 27 คน (ร้อยละ 31.0)

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิในภาพรวม พบว่า เครือข่ายปฐมภูมิ มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมาย ค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.12, S D= 0.59) รองลงมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 และด้านการสื่อสารความเสี่ยง (mean = 3.04, SD = 0.58, mean = 3.04, SD = 0.63) ส่วนความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อและการติดตามผู้สัมผัสโรค อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.99, SD = 0.57, mean = 2.98, SD = 0.57 ตามลำดับ) น้อยที่สุดคือ ด้านการประสานงาน และด้านการจัดการข้อมูล (mean = 2.91, SD = 0.59) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก (mean = 3.01, SD = 0.53) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ความเข้าใจในมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิจำแนกรายด้านและโดยรวมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (N=481)

ความรู้ความเข้าใจมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	Mean	Standard deviation	ระดับ
ความรู้ความเข้าใจรายด้าน			
การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	3.04	0.58	มาก
การดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ	2.99	0.57	ปานกลาง
การติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน	2.98	0.57	ปานกลาง
การสื่อสารความเสี่ยง	3.04	0.63	มาก
การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย	3.12	0.59	มาก
การประสานงานและการจัดการข้อมูล	2.91	0.59	ปานกลาง
ความรู้ความเข้าใจโดยรวม	**3.01**	**0.53**	**มาก**

ส่วนที่ 3 บทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข ในด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.33, SD = 0.56) รองลงมาคือด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (mean = 3.25, SD = 0.59, mean = 3.21, SD = 0.58) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (mean = 3.19, SD = 0.51) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน บทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิจำแนกรายด้านและโดยรวมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (N = 481)

บทบาทการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	Mean	Standard deviation	ระดับ
บทบาทในการปฏิบัติรายด้าน			
การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19	3.33	0.56	มาก
การดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ	3.21	0.58	มาก
การติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน	3.08	0.63	มาก
การสื่อสารความเสี่ยง	3.22	0.60	มาก
การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย	3.25	0.59	มาก
การประสานงานและการจัดการข้อมูล	3.07	0.58	มาก
บทบาทโดยรวม	**3.19**	**0.51**	**มาก**

บทบาทการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตามบทบาทหน้าที่การทำงานของสมาชิกในเครือข่ายปฐมภูมิ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (ผญบ.) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน มีการเชื่อมประสานกันในการทำงานร่วมกันของทุกพื้นที่ ในการทำหน้าที่ตามบทบาทหลักของตนเองและบทบาทร่วมภายใต้มาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า อสม.มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ค่าเฉลี่ยในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.96, SD = 0.47) และมีบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 สูงที่สุด (mean = 3.34, SD = 0.49) รองลงมาคือด้านการดูแลและป้องกันการติดเชื้อ (mean = 3.21, SD = 0.53) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (mean = 3.17, SD = 0.46) จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเกี่ยวกับบทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า อสม.เป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง มีบทบาทในการเชื่อมประสานการทำงานจากหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน โดย อสม. มีบทบาทหลักที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การทำงานเชิงรุกในการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 2) การเฝ้าระวังป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน และ 3) การสื่อสารความเสี่ยง ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

1.1 การทำงานเชิงรุกในการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19

การทำงานเชิงรุกในการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 เป็นบทบาทหลักที่สำคัญของ อสม. เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ มีความใกล้ชิดครอบครัว และสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีการแบ่งหน้าที่กันในการทำงาน ได้แก่ การแบ่งโซนรับผิดชอบดูแลครัวเรือน และเป็นหูเป็นตาสอดส่องเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง ได้แก่

1.1.1 การแบ่งโซนรับผิดชอบดูแลครัวเรือน อสม. มีการแบ่งโซนรับผิดชอบบ้านตามละแวกบ้านที่ใกล้เคียงกัน

อสม.สามารถเดินทางไปมาหาสู่กันในแต่ละครอบครัวได้สะดวก คนละ 10-15 ครัวเรือน ร่วมกับทีมผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เพื่อเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

อสม. ตามทุกคนที่ไปพื้นที่ที่มีกลุ่มเสี่ยง ช่วงแรกคนที่กลับจากโย (การไปทำพิธีทางศาสนา) ที่ติดโควิด ตอนแรกๆ ไม่รู้ว่าใครติดเชื้อ โยเป็นการทำพิธีทางศาสนาที่มีคนเยอะๆ ด๊ะวะ คนไม่เยอะ คนที่กลับมาจากทำพิธีทางศาสนา ช่วงแรกๆ ก็ไม่รู้ว่าใครติดเชื้อ หรือไม่ติดเชื้อ อสม.ไปตาม เจอ positive อสม.ไปตามเรื่อยๆ ทุกคนที่กลับจากโย หรือดะวๆ ก็จะมารวมตัวกันที่มัสกัส ที่ยะลา ก็อาจติดช่วงที่ไปรวมตัวกันถึงไม่โย หรือด๊ะวะ ก็อาจติดได้ หลังจากนั้นก็จะกระจายไปที่อื่นๆ อีก (สนทนากลุ่ม อสม. primary care unit (PCU)-02-ยะลา 1/4/64)

อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ทำงานคู่กัน จะรับผิดชอบบ้านเป็นโซน แต่ละคนจะรับผิดชอบตามหลังคาเรือน รับผิดชอบโซน ครอบครัว ทำกันมาก่อนหน้านี้อยู่แล้ว ทีมข้างบนก็จะเป็นบุคลากรสาธารณสุขกับปลัด จะทำงานประสานกัน (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-04 ปัตตานี 24/10/64)

1.1.2 เป็นหูเป็นตาสอดส่องเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง

เนื่องจากพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นพื้นที่ติดชายแดนประเทศมาเลเซีย ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชาชนที่ไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้านก็เดินทางกลับบ้าน อสม.ซึ่งอยู่ในชุมชนมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากประเทศเพื่อนบ้านตลอดถึงเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ในประเทศ เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน และแจ้งประสานงานบุคลากรสาธารณสุข ดังข้อมูลต่อไปนี้

ในช่วงโควิดนั้น อสม.จะไปสังเกตการณ์ ถ้าคนที่กลับมาจากมาเลย์ มาจากต่างประเทศ โดยที่เจ้าหน้าที่นั้นไม่รู้ แต่ว่า อสม.เป็นคนในพื้นที่ เขาจะทราบว่าคนพวกนั้นกลับมาจากมาเลย์ เขาก็จะช่วยสอดส่องและมาบอกเจ้าหน้าที่ว่าบ้านหลังนั้น มีคนกลับมาจากมาเลย์นะ เจ้าหน้าที่ก็จะลงไปบ้านหลังนั้น ไปวัดไข้ ไปสอบถามอะไรแบบนี้ อันนี้คือ หน้าที่หลักของ อสม. ระลอกแรกที่มีเคสเยอะ เราก็ไปเป็นเครือข่าย มีผู้ใหญ่บ้านที่ลงไปด้วยกับ อสม. ก็จะช่วยกัน (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข PCU-06-29/10/64 นราธิวาส)

1.2 การเฝ้าระวังป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน

อสม. มีหน้าที่ในการอยู่เวรด่านตรวจร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เพื่อเฝ้าระวังการเดินทางเข้า/ออกชุมชน เพื่อควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อในชุมชน ดังข้อมูลต่อไปนี้

กลัวโรคแพร่ไปหมด ทำอย่างไร ไม่ให้โรคแพร่กระจาย อสม. ตั้งเวร ตั้งด่าน เข้าเวร ทิ้งงานตัวเอง กลัวชาวบ้านติดเชื้อ คนในไม่ให้ออก คนนอกไม่ให้เข้า ประสานผู้ใหญ่บ้าน มีเจ้าหน้าที่มาแจกของให้ มีเสบียง (สนทนากลุ่ม อสม.-PCU-02 ยะลา 1/4/64)

1.3 การสื่อสารความเสี่ยง

อสม.มีหน้าที่ในการสื่อสารให้ความรู้กับประชาชนถึงอันตรายของโควิด-19 และการตรวจคัดกรอง

ให้โต๊ะไปบอกให้มาตรวจ จึงยอมมาตรวจ ให้ข้อมูลว่าโรคนี้อันตราย ไปบอกทุกวัน ไปตามทุกคนให้มาที่มัสยิด (สนทนากลุ่ม อสม.-PCU-02 ยะลา 1/4/64)

2. บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ที่มีบทบาทร่วมกันในการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด-19 และมีบทบาทการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ค่าเฉลี่ยโดยรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก

(mean = 3.37, SD = 0.49, mean = 3.45, SD = 0.58)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่หลัก ได้แก่ 1) การบริหารจัดการระบบสุขภาพ ให้สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตชุมชน 2) สื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ชุมชน 3) รวมใจทุกสาขาวิชาชีพให้เป็นหนึ่ง ทำงานด้วยหัวใจและจิตวิญญาณ 4) การทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันและรับมือกับโควิด-19 5) การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 6) การสื่อสารข้อมูลถึงกันทั้งเครือข่าย 7) ปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

2.1 การบริหารจัดการระบบสุขภาพ ให้สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตชุมชน

ในการบริหารจัดการระบบเป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่ ตั้งแต่ระดับอำเภอ ระดับหน่วยงานในพื้นที่ ระดับตำบล และหมู่บ้าน มีการจัดตั้งเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคระบาดระดับอำเภอ ตำบล มีภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ร่วมเป็นคณะกรรมการ เพื่อกำหนดบทบาทความรับผิดชอบร่วมกันในการทำงานร่วมกันของเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ในขณะเดียวกันการบริหารจัดการในการวางแผนและการดำเนินการพื้นที่จะต้องสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามหลักของศาสนาอิสลาม เช่น การออกพื้นที่เพื่อติดตามและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในเวลากลางคืนที่เป็นช่วงของการถือศีลอด เดือนรอมฎอน ในการจัดตั้งคณะกรรมการในทุกระดับของทุกพื้นที่ใน 3 จังหวัด จะต้องมีผู้นำศาสนาร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อคอยชี้นำและให้ความมั่นใจกับชุมชนในการปฏิบัติตามมาตรการที่สอดคล้องตามหลักศาสนาในทุกพื้นที่ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

หลังจากเริ่มมีการระบาด รพ.เปิด EOC [emergency operation center] มีการบริหารจัดการ มีคำสั่งคณะทำงานแต่ละกล่อง ทีม operation เป็นหัวหน้าทีม operation มีเจ้าหน้าที่ สสอ.แต่ละตำบล แต่ละวันมาสรุปงานร่วมกันที่ สสอ. วางแผนร่วมกันว่าใครจะทำอะไรบ้าง แบ่งหน้าที่กันในแต่ละวัน กลับมาสรุป timeline ของคนที่ positive ตามต่อว่าไปพบใครบ้าง ตามอย่างต่อเนื่องในการสอบสวนโรค ถ้าใคร positive ก็ตามต่อ (สนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุข-PCU-02-ยะลา 1/4/64)

..... เริ่มแรกตอนที่รับรายงาน case โควิด ก็มีการประชุม EOC ในอำเภอมีคำสั่งให้ตั้งคณะทำงาน คณะทำงานในระดับตำบล .....ประชุมจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังโควิด-19 ของทุกหมู่บ้านมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้านเป็นหัวหน้าทีม ทุกพื้นที่เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คลองใหม่เป็นเขตรอยต่อที่มีผู้ติดเชื้อ...ประชุมหารือ ป้องกันป้องปรามไม่ให้คนในพื้นที่เสี่ยงที่มีผู้ป่วยยืนยัน โดยการตั้งด่านสกัดกั้น ถ้ามาจากพื้นที่เสี่ยง ไม่ให้เข้าพื้นที่ มีการสแกน ให้สวมหน้ากาก ในพื้นที่ใช้มาตรการ ร้านค้าต่างๆ ให้ทุกคนปฏิบัติตามมาตรการ (สนทนากลุ่ม ผอ.รพสต.PCU-03 ปัตตานี 8/4/64)

2.2 สื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ชุมชน

การสื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจให้ชุมชนถือเป็นบทบาทหลักสำคัญของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนในพื้นที่ นำไปสู่การยอมรับและการร่วมมือของประชาชนในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เราจะไปร่วมกับ รพ.สต.ค่ะ คือ รพ.สต.เข้าไปเขาอุ่นใจ เขาเป็นเจ้าของพื้นที่ แต่เราไปเพราะเราต้องไปสื่อสารให้คนไข้เข้าใจ เพราะว่าส่วนใหญ่บริบทที่นี่ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจว่าทำไมเขาต้องไป รพ. เพราะอาการเขาไม่ได้หนัก ที่ผ่านมาคือ มันจะเป็นแค่สองคนที่อาการหนัก บางคนที่อยู่มาบอกว่า มานั่งๆ นอนๆ เฉยๆ ก็กลับแล้ว เขาก็เลยไม่สะดวกใจที่จะมาที่โรงพยาบาล เราก็เลยต้องสร้างความเข้าใจตรงนั้น แล้วบางคนก็เหมือนกับว่าตนเองต้องทิ้งงานไปตั้ง 14 วัน ก็ต้องไปอธิบาย ก็ค่อนข้างลำบากที่กว่าที่จะให้เขายอมมาตรวจด้วยความสมัครใจ และพร้อมที่จะมาที่โรงพยาบาล เราเนี่ย ที่ชุมชนเราก็ทำไปเยอะแล้วว่าให้เขามาด้วยความสมัครใจ เหมือนว่าต้องไปคุยตลอดเกือบทุกเคส (สัมภาษณ์นักระบาดวิทยา PCU-02 5/4/64)

2.3 รวมใจทุกสาขาวิชาชีพให้เป็นหนึ่งเดียว ทำงานด้วยหัวใจ และจิตวิญญาณ

ในช่วงแรกของการระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่ยังไม่มีทีมในการทำงานที่ชัดเจน บุคลากรก็ไม่เพียงพอ ระบบงานก็ยังไม่ชัดเจน ทีมทำงานจึงรวมตัวกันเป็นเครือข่าย สร้างความร่วมมือกันในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยมีโรงพยาบาลอำเภอเป็นแกนนำหลัก มีการจัดระบบงานใหม่ในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย ทันตกรรม กายภาพบำบัด บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน รวมถึงทีมงานจากสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. แบ่งโซนกันรับผิดชอบในการสอบสวนโรค ค้นหา ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

หลังจากตรวจพบเชื้อหมู่ 5 และ หมู่ 9 ก่อนหน้านี้ เรายังไม่มีทีมที่ชัดเจน หลังจากนั้นเราประชุมทีมงานที่ฝ่ายเวช ซึ่งเป็นศูนย์ข้อมูลการแจ้งเหตุโควิดอย่างไม่เป็นทางการ หัวหน้ากลุ่มเวชฯ ได้เรียกประชุมทีมอย่างไม่เป็นทางการ ดึงเครือข่าย สสอ. รพ.สต., มาร่วมด้วย เพราะตอนนั้นบุคลากรเริ่มไม่เพียงพอ แบ่งรับผิดชอบแต่ละพื้นที่ แบ่งเป็นโซน ผมรับผิดชอบตำบลตาเนาะปูเต๊ะ ไปร่วมสอบสวนโรค Swab ค้นหา Timeline ที่ชัดเจน หลังลงพื้นที่กลับมาสรุปผลร่วมกันว่าผู้ติดเชื้อไปไหน มาไหนมาบ้าง เพื่อควบคุมโรคได้ทันตอนแรกๆ เจอแรกๆ ทำอะไร ไม่ถูก ตอนแรก ตื่นเต้น ป้องกันตัวอย่างไร .....เราพยายามทำหน้าที่ให้ดีที่สุด อสม. ก็ให้ความร่วมมือกัน ในที่สุดเราก็หยุดโควิด-19 ได้ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-02 ยะลา 1/4/64)

พอระยะ 2 มีคนไข้ Admit เพิ่ม เรียก COVID ward ต้องใส่ชุด PPE พอโควิดมาต้องมาคุยกัน ไม่ได้ทำงานตามสายงาน ต้องมาจัดระบบงานใหม่ ไปหมุนอยู่ COVID ward ใครมีข้อจำกัดจากอายุ โรคประจำตัว ก็ไปอยู่ฝ่ายอุปกรณ์ คนที่ทำได้ไปขึ้นเวร ทันตกรรม ก็สอนให้ทำ ATK [antigen test kit] รับผิดชอบ Swab แพทย์แผนไทย กายภาพ งดเปิดคลินิก ผมจัดหางานให้ใหม่ ให้มาทำคัดกรอง ผมพูดให้ทุกคนทำเพื่อคนแว้ง ไม่สามารถทำตามวิชาชีพของตนเองได้ (สัมภาษณ์ แพทย์ PCU-05 นราธิวาส 23/12/64)

เราเป็นแรงขับเคลื่อนหลักที่สกัด เมื่อมีอุปสรรค ต้องผ่านไปได้ เราเป็นกำลังหลักในการต่อสู้โรค ขาดใครไม่ได้ รวมใจเป็นหนึ่งในการต่อสู้ คิด ทำด้วยหัวใจ และจิตวิญญาณ (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข PCU-01 ยะลา 17/10/64)

2.4 การทำงานเชิงรุกเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดโควิด-19 ในชุมชน

บุคลากรสาธารณสุขเป็นแกนนำที่สำคัญในการทำงานร่วมกับเครือข่ายปฐมภูมิ ในการทำงานเชิงรุกในการควบคุมและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ทั้งการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อโดยการ Swab สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและการประสานงานในการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสผู้ติดเชื้อในชุมชน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เวลาลงพื้นที่จะประสาน อสม.เป็นหลัก ส่งชื่อมาให้ ในเขตรับผิดชอบมีใครบ้าง ส่งชื่อมาให้ เตรียมสถานที่ เตรียมข้อมูล เลข 13 หลัก บัตรประชาชน (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข-PCU-01 ยะลา 1/4/64)

การทำงานร่วมกันของทีมของทุกภาคส่วนในรอบนี้เข้มข้นขึ้น และเหนื่อยมากขึ้น เพราะมีการแพร่ระบาดเร็ว เช่น บทบาทหน้าที่ที่แตกต่างของการรับมือ ป้องกันการติดเชื้อในระลอกแรกกับครั้งนี้ในส่วนของ อสม. คือในระลอกแรกเราจะทำหน้าที่อยู่ที่ด่านคัดกรองร่วมกับทีมอื่นๆ แต่รอบนี้เราต้องลงตามบ้านมากขึ้น ส่วนของกู้ชีพ กู้ภัยนอกจากจะออกรับคนเจ็บป่วยมากขึ้นก็ต้องมีหน้าที่ให้ความรู้ควบคู่กันไปด้วย ส่วนผู้นำศาสนาอันนี้เราขอความร่วมมือให้ความรู้เวลาที่ชาวบ้านมาทำพิธี (สนทนากลุ่ม อสม. กำนัน ผญบ. จิตอาสา PCU-01 ยะลา 17/10/64)

2.5 การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

โดยการดูแลพื้นที่ที่มีการมารวมตัวของประชาชน

ในพื้นที่ให้ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เราก็ประชุมเตรียมความพร้อมก่อนจะเปิดเพื่อการผ่อนคลาย .....ทุกพื้นที่แบ่ง อสม.ร่วมกันดูแลทุกมัสยิด เตรียมอุปกรณ์ เจลล้างมือ มัสยิดต่างๆ ต้องพร้อมก่อน จัดมัสยิดเพื่อป้องกันการควบคุมโรค ก็เป็นไปด้วยดี มีการประชุมกันตลอด 2 เดือน ประชุม 15 ครั้ง เราป้องกันอย่างดีที่สุด ...ตั้งด่านทั้งวัน หลังผ่อนคลายให้ละหมาดได้ นักเรียนไปโรงเรียนได้ ให้คณะกรรมการประเมินการเตรียมความพร้อมของโรงเรียน เป็นที่ปรึกษาให้โรงเรียน เพื่อควบคุมโรค สุดท้ายเราก็ควบคุมโรคได้ดี (สนทนากลุ่ม ผอ.รพ.สต. PCU-03 ปัตตานี 8/4/65)

2.6 การสื่อสารข้อมูลของเครือข่ายผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ในการสื่อสารข้อมูลของเครือข่ายของแต่ละพื้นที่จะมีการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) เป็นหลัก ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

นายก อบต. ให้ความสำคัญเรื่องของสุขภาพมาก่อน ทำงานร่วมกันมาก่อน มีศูนย์ผู้สูงอายุ พอเจอโควิด-19 เป็นโรคใหม่ พยายามติดตามข้อมูลตลอด ผอ.เป็นเลขาฯ ผมมีกลุ่มไลน์ ไว้สื่อสารกันตลอด ข้อมูล Social แรกๆ น่ากลัว ตอนนี้ทุกคนเข้าใจ อีกส่วนหนึ่งเราสื่อสารข้อมูลถึงกัน มีทีมงานที่ทำงานร่วมกันมาก่อน ทีมงานทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน เพื่อป้องปรามสกัดกั้นการแพร่เชื้อ (สนทนากลุ่ม ผอ.รพ.สต. PCU-03 ปัตตานี 8/4/65)

2.7 ปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์

ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ทั้งในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องมีการปรับระบบบริการใหม่เพื่อรองรับสถานการณ์ในการคัดกรอง และเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 พร้อมๆ กับการปรับระบบบริการในการรองรับการจัดระบบบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย ได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง มีการจัดส่งยาที่บ้าน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

พอระยะ 2 มีคนไข้ admit เพิ่ม เรียก COVID ward ต้องใส่ชุด PPE พอโควิดมาต้องมาคุยกัน ไม่ได้ทำงานตามสายงาน ต้องมาจัดระบบงานใหม่ ไปหมุนอยู่ COVID ward ใครมีข้อจำกัดจากอายุ โรคประจำตัว ก็ไปอยู่ฝ่ายอุปกรณ์ คนที่ทำได้ไปขึ้นเวร ทันตกรรม ก็สอนให้ทำ ATK รับผิดชอบ Swab แพทย์แผนไทย กายภาพ งดเปิดคลินิก ผมจัดหางานให้ใหม่ ให้มาทำคัดกรอง ผมพูดให้ทุกคนทำเพื่อคนแว้ง ไม่สามารถทำตามวิชาชีพของตนเองได้ (สัมภาษณ์ แพทย์ PCU-05 นราธิวาส /23/12/64)

ส่วนของโรคเรื้อรัง... ถ้าผู้ป่วยที่มาเองได้ที่ รพ.สต. ก็จะมารับยาเหมือนเดิม ก็จะคัดกรองว่ามีอาการ ARI ไหม ส่วนคนไข้ที่ไม่สามารถมาเอง หรือว่าผู้สูงอายุ เราก็จะประสานกับ อสม. ให้นำยาไปส่งที่บ้าน ในส่วนที่ต้องรับยาที่โรงพยาบาล ก็ทางโรงพยาบาลก็จะส่งมาที่ รพ.สต. ให้ อสม. นำส่งที่บ้านผู้ป่วย (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข PCU-04 ปัตตานี 24/10/64)

3. บทบาทของบุคลากรส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นองค์กรที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่ ที่คอยสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า บุคลากรส่วนท้องถิ่น มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้านการใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.12, SD = 0.69) รองลงมาคือด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง (mean = 3.06, SD = 0.64) น้อยที่สุดคือด้านการประสานงาน และด้านการจัดการข้อมูล (mean = 2.86, SD = 0.69) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.00, SD = 0.63) ด้านบทบาทการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด-19 พบว่า มีบทบาทด้านการสื่อสารความเสี่ยงสูงที่สุด (mean = 3.31, SD = 0.68) รองลงมาคือด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย (mean = 3.24, SD = 0.64) ใน

ภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (mean = 3.17, SD = 0.60)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า บุคลากรส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการทำงานร่วมกับเครือข่ายในระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่นผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ชุดคุ้มครองรักษาความปลอดภัยในหมู่บ้าน (ชรบ.) ผู้นำศาสนา โดยมีบทบาทที่สำคัญคือ 1) สนับสนุนงบประมาณและปัจจัยดำรงชีพ 2) จัดทำแผนงานบูรณาการทุกภาคส่วนให้เข้าใจและเข้าถึงการปฏิบัติงานในพื้นที่ ดังนี้

3.1 การสนับสนุนงบประมาณและปัจจัยในการดำรงชีพ ในสถานการณ์โควิด-19

การสนับสนุนปัจจัยการดำรงชีพของประชาชนในพื้นที่ นับเป็นบทบาทสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่

ผู้ช่วยกองสาธารณสุข ทำการเบิกจ่ายถุงยังชีพ ค่าวัสดุ ค่าอาหาร ค่าวัสดุ ทำซุ้มฉีดฆ่าเชื้อ แมส สเปรย์ฉีดฆ่าเชื้อ ใช้งบเกือบเป็นล้านปี 63 ปี 63 ระเบียบกรมยังไม่มาการเบิกจ่ายล่าช้า .....หลังจากนั้นทำงานคล่องตัวมากขึ้น (สนทนากลุ่ม PCU-04 ปัตตานี 24/10/64)

ในส่วนของเทศบาลก็มีปัจจัยในการช่วยเหลือหลายๆ อย่าง อย่างการจัดสถานที่กักตัวผู้ป่วย (กลุ่มเสี่ยงสีเขียว) มีการจัดสถานที่เอาไว้ แรกๆ ไม่ลงตัว สถานที่ไม่เพียงพอในตอนแรก ได้จัดหาที่ที่สะดวกต่อทางราชการ นำชาวบ้านที่อยู่ ม.4 15 หลังคาเรือน มาจัดพื้นที่เสี่ยงสูง ต่อมาได้ประสานกับหน่วยงานต่างๆ ที่วิทยาลัยการอาชีพ ที่เป็นหอพักของนักศึกษา จนมาปัจจุบันก็ส่งกลับคืนไปแล้ว ตอนนี้ยังไม่มีสถานที่ถ้าหากผู้ป่วยสงสัยว่าติดจะให้กักตัวที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งที่ปฏิบัติ ในส่วนของงบประมาณ สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) งบประมาณของเทศบาลส่วนหนึ่งมาช่วยเหลือจุนเจือกัน ส่วนผู้ป่วยที่ติดแล้วไม่ได้ไปไหน มีการมอบถุงยังชีพให้ครอบครัว ในส่วนของประชาชนทั้งหมดที่ดูแลมีปัญหาทำงานไม่ได้ต่างๆ ก็เสนอให้มีหนังสือร้องเรียนมาว่าต้องการอะไร ชุดที่แล้วได้ช่วยเหลือ 2 พันกว่าคน 2 พันหลังคาเรือน ได้จัดซื้อถุงยังชีพให้กับชาวบ้าน หมดงบประมาณเป็นล้าน (สนทนากลุ่ม เทศบาล-PCU-06 นราธิวาส 30/10/64)

3.2 บูรณาการการทำงานทุกภาคส่วนให้เข้าใจและเข้าถึงการปฏิบัติงานของเครือข่ายปฐมภูมิในพื้นที่

ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 การทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อรับมือกับโควิด-19 ทำให้เกิดพลังของความสามัคคีในการปฏิบัติงานในพื้นที่ร่วมกัน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เริ่มตั้งแต่ระดับจังหวัด ลงมาที่ อบจ. และอำเภอครับ โดย รพ.เป็นศูนย์กลางในการทำงานร่วมกัน แต่ล่าสุดยังไม่ได้มีการประชุมทำงานร่วมกันเพื่อรับมือระลอกใหม่ครับ (สนทนากลุ่ม อบต-PCU-02 ยะลา 5/4/64)

แผนทั้งหมดจะมาจากอำเภอให้มาสอดคล้องกับเทศบาล ไม่ทำตามอำเภอใจ จะมีการประชุมในทีมตลอด จะมีการประชุมหัวหน้าส่วนที่เกี่ยวข้อง ทีม EOC ส่วนใหญ่เข้าร่วมประชุม มีนายก สาธารณสุขอำเภอเข้าร่วมด้วย ก็จะมีการวางนโยบายว่าอาทิตย์นี้ทำอะไรไปบ้าง ในเรื่องของการฉีดวัคซีนเข็ม 1-2 ทางอำเภอมีการประชาสัมพันธ์ออกพื้นที่เชิงรุกร่วมกัน สสอ.จะมีการวางกำหนดการวางผัง และ รพ.สต.ก็จะทำงานร่วมเชิงรุก กับทาง อปท. (องค์กรปกครองส่วนถิ่น) ทางเรามีหน้าที่สนับสนุนเรื่องสถานที่ งบประมาณ อาหารกลางวัน ในส่วนที่ทำได้มีการส่งเสริมสนับสนุนทุกด้าน (สนทนากลุ่ม เทศบาล-PCU-06 นราธิวาส 30/10/64)

ได้ประสานและการสนับสนุนทุกภาคส่วน ประชุมเดือนละ 1 ครั้ง มีงานอะไรทุกภาคส่วนช่วยกัน มีการบูรณาการในแนวราบ ไม่มีสายบังคับบัญชา ให้ตอบโจทย์ให้เร็วที่สุด นายอำเภอก็ลงมา เข้าใจ เข้าถึง และ พัฒนา (สนทนากลุ่ม เทศบาล-PCU-06 นราธิวาส 30/10/64)

4. บทบาทของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด-19 ด้านการใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 3.12, SD = 0.47) รองลงมาคือ ด้านการติดตามและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน (mean = 3.16, SD = 0.57) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก (mean = 3.12, SD = 0.47) บทบาทการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 พบว่า ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (mean = 3.39, SD = 0.50) รองลงมาคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อ (mean = 3.14, SD = 0.63) และด้านการประสานงานและการจัดการข้อมูล (mean = 3.35, SD = 0.50) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (mean = 3.30, SD = 0.44) ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีบทบาทในการทำงานร่วมกับเครือข่ายในระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรส่วนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา โดยมีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสอดส่องดูแลประชาชนทุกครัวเรือนให้ปฏิบัติตามมาตรการและแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข 2) ดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ให้แก่ทีมเครือข่ายในการลงพื้นที่เชิงรุก 3) แบ่งโซนรับผิดชอบครัวเรือนร่วมกับ อสม. ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

4.1 การสอดส่องดูแลประชาชนทุกครัวเรือนให้ปฏิบัติตามมาตรการและแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

การสอดส่องดูแลทุกข์สุขของประชาชนเป็นหน้าที่หลักของฝ่ายปกครองทั้งในยามปกติและเมื่อมีสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่จะต้องบูรณาการร่วมกันกับเครือข่ายปฐมภูมิ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ผมสั่งผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่เวลาชาวบ้านจะทำธุรกรรม ต้องมีใบรับรองวัคซีนทุกครั้ง ก่อนถึงจะทำธุรกรรมให้ ขอเลขบ้าน แม้กระทั่งการแจ้งตายก็ต้องมีใบวัคซีน บัตรหมดอายุ ก็ต้องมีใบวัคซีน ผมทำแบบนี้ได้ผล เวลาผ่านด่าน ก็ต้องมีใบวัคซีน (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (ผญบ.) PCU-06 นราธิวาส 29/10/64)

ฉีดวัคซีน ชาวบ้านก็จะไม่รู้สึกกดดันเหมือนที่ปิดด่าน สาสุขของอย่างเดียวเขาก็ไม่มาฉีด พอทางปกครองตั้งเงื่อนไขแบบนี้ เขาก็ทยอยมามากขึ้น เราจะ walk in เข้ามามากกว่าที่เราเดินไปหา พอมันเยอะทำให้เจ้าหน้าที่ล้า มันต้องไปด้วยกัน

ถ้าสาสุขเราเดินหน้าอย่างเดียวก็ไม่ไหว ต้องเดินไปด้วยกัน แต่กว่าจะมาตรการนี้มาก็เป็นปี คือ อยากได้มาถ้ามาแรกๆ ก็คงจะทำงานแป๊ปเดียวน่าจะได้ ไม่ยืดเยื้อ กว่าจะได้มามันช้าไปหน่อย (สนทนากลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข PCU-04 ปัตตานี 24/10/64)

การกักตัวที่บ้าน โต๊ะอิหม่าม ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) อสม.จัดเวรลาดตระเวนที่บ้าน ถ้าเขาต้องการความช่วยเหลือ ถ้าเขาออกนอกบ้าน ทีมงานดูแล เราจะช่วยตลอด หมู่ 4 เราได้รับความชมเชย เรามีทีมงานเข้มแข็งมาเข้าเวร (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนากำนัน ผญบ. PCU-06 นราธิวาส 29/10/64)

4.2 ดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ให้แก่ทีมเครือข่ายในการลงพื้นที่เชิงรุก

ก่อนการลงพื้นที่ทุกครั้งของทีมงานบุคลากรสาธารณสุขนั้น กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านจะมีการประชุมชี้แจง เพื่อทำความเข้าใจต่อประชาชนในพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจและให้การยอมรับในการตรวจคัดกรองโควิด-19 ในขณะเดียวกัน อสม.ก็จะประสานกับครอบครัวในเขตรับผิดชอบของตนเอง ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

รพ.สต.เราจะทำงานเชิงรุก และตั้งรับ การลงเชิงรุกต้องแจ้ง ผู้ใหญ่บ้าน ก่อน บางพื้นที่ข้อมูลยังเข้าไม่ถึง บางพื้นที่ยังไม่เข้าใจ เข้าใจผิดว่า จนท. ได้ค่าหัวคิวในการตรวจ เราจะต้องแจ้งผู้ใหญ่บ้านให้ทราบก่อนในการลงพื้นที่ เราทำงานเราต้องเข้าใจตรงกัน ในเชิงระบาดเราก็ลงไปทันที ในการตั้งรับที่ รพ.สต.ใครที่พร้อมที่มาตรวจมาได้ทุก

เมื่อ บางคนเข้าใจว่าเราไปตรวจ เราได้ค่าหัว เวลาประสานเราจะประสาน อสม. ก่อน เพื่อให้ไปประสานงานต่อ สำคัญให้ประชาชนเข้าใจก่อน (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-01 ยะลา 17/10/64)

4.3 แบ่งโซนรับผิดชอบครัวเรือนร่วมกับ อสม.

ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและ อสม.มีการแบ่งโซนรับผิดชอบบ้านตามละแวกบ้านที่ใกล้เคียงกัน คนละ 10-15 ครัวเรือน เพื่อให้ความรู้ และเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ทำงานคู่กัน จะรับผิดชอบบ้านเป็นโซน ผู้ช่วย อสม. แต่ละคนจะรับผิดชอบตามหลังคาเรือน รับผิดชอบโซน ครอบครัว ทำกันมาก่อนหน้านี้อยู่แล้ว ทีมข้างบนก็จะเป็นบุคลากรสาธารณสุขกับปลัด จะทำงานประสานกัน (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-04 ปัตตานี 24/10/64)

วิธีแก้ไข เราต้องให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง แต่เราใช้วิธีแทรกซึมนะ ไม่ใช่แบบตั้งใจไปให้ความรู้ แบบแทรกซึมคือ ก็ค่อยๆ ไปคุยทุกวัน ตอนเช้าแถวๆ ร้านน้ำชา แต่ร้านน้ำชาส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ในกรณีผู้หญิงเราก็ใช้ให้ อสม. ไปคุยที่บ้าน แต่ในร้านน้ำชาก็อาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อ เราก็ทำให้เค้าดู เช่นใส่แมสล้างมือ อะไรแบบนี้ (สนทนากลุ่ม อสม. กำนัน ผญบ. จิตอาสา PCU-01 ยะลา 17/10/64)

5. บทบาทของผู้นำศาสนา ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19

บทบาทของผู้นำศาสนา ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้นำศาสนา มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 2.90, SD = 0.56) รองลงมามีค่าเฉลี่ยเท่ากัน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ด้านการติดตามและควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน และด้านการสื่อสาร (mean = 2.75, SD = 0.54, mean = 2.75, SD = 0.57, mean = 2.75, SD = 0.61) น้อยที่สุดคือด้านการประสานงาน และด้านการจัดการข้อมูล (mean = 2.67, SD = 0.53) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.75, SD = 0.48) ในขณะเดียวกัน พบว่าผู้นำศาสนา มีบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในภาพรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.96, SD = 0.50)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้นำศาสนาเป็นบุคคลสำคัญในชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณที่ได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ที่มีวิถีการดำเนินชีวิตที่ยึดโยงกับความเชื่อและหลักปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด ดังนั้นในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้นำศาสนาในทุกพื้นที่ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับเครือข่าย ได้แก่ 1) เป็นผู้ชี้นำชุมชนในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขเพื่อป้องการแพร่ระบาดของโควิด-19 ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม 2) เป็นศูนย์กลางในการให้การรับรองแนวทางปฏิบัติทางสุขภาพ และเผยแพร่ความรู้ที่เป็นที่ยอมรับของชุมชน 3) เป็นผู้ปลุกปลอบขวัญและให้กำลังใจประชาชนให้ยอมรับการปฏิบัติตามมาตรการ 4) บทบาทของจิตอาสาในการจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 โดยไม่มีค่าตอบแทน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

5.1 เป็นผู้ชี้นำชุมชนในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขเพื่อป้องการแพร่ระบาดของโควิด-19 ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม

วิถีการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติต่างๆ ของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามต้องสอดคล้องกับศาสนา รวมถึงการดูแลสุขภาพก็ต้องสอดคล้องกัน ดังนั้นผู้นำศาสนาจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ชี้นำชุมชนในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตตามหลักศาสนาอิสลาม ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ความเชื่อชีวิตเป็นเรื่องของอัลเล๊าะกำหนดไว้ ..เมื่อป่วยก็รักษา ....แต่เรื่องวัคซีนก็ยังปฏิเสธ กระบวนการเปลี่ยนความคิด ความเชื่อในชุมชน ยังไม่ถึงคนที่ไปให้ข้อมูล ยังเข้าไม่ถึงชุมชน คนที่จะไปให้ข้อมูล เขาฟังจากนักวิชาการทางศาสนาที่เป็นที่ยอมรับ ศรัทธาเชื่อถือ วิถีชีวิตของคนที่นี่ฝากไว้หลักของศาสนาอิสลาม โต๊ะครู ทำอะไรต้องได้บุญ....ต้องดึงผู้รู้ทางศาสนามาช่วยเรื่องเหล่านี้....เอาผู้นำทางศาสนามาช่วยเป็นผู้มีความรู้...บูรณาการหลักศาสนากับการแพทย์ให้สอดคล้องกัน เขาจะตามสุนัสนาบีเขาจะได้บุญ... (สัมภาษณ์ สาธารณสุขอำเภอ PCU-04 ปัตตานี 24/10/64)

.....ก็มีหลายมุมมอง บางคนก็คิดว่าวัคซีนเป็นตัวยาที่ไม่สะอาดในเรื่องหลักการศาสนาไม่ Halal เขาคิดไปเอง เขาไม่ได้วิจัย ความคิดของชาวบ้านก็ประมาณนั้น (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-06 นราธิวาส 29/10/64)

5.2 เป็นศูนย์กลางในการให้การรับรองแนวทางปฏิบัติทางสุขภาพ และเผยแพร่ความรู้ที่เป็นที่ยอมรับของชุมชน

ผู้นำศาสนามีบทบาทหลักที่สำคัญในการรับรองแนวทางปฏิบัติต่างๆ ของประชาชนที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม มีการเผยแพร่ศาสนา ความรู้และข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในชุมชนที่มัสยิด เนื่องจากมัสยิดเป็นศูนย์รวมของประชาชนผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในการปฏิบัติศาสนกิจร่วมกัน โดยการละหมาดวันละ 5 เวลา และละหมาดใหญ่ทุกวันศุกร์ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

การยอมรับมาตรวจ ก่อนนี้เขาดูข่าวแต่เขาไม่เชื่อว่าจะเกิดกับเขาว่าเขาติดเชื้อ พอเราไปอธิบายเรื่องโรค ผู้ใหญ่บ้านพูดด้านกฎหมาย อบต.พูดในสิ่งสนับสนุน ผู้นำศาสนาจะพูดในวันศุกร์ การละหมาด 5 เวลาจะพูดตลอด ใช้ความศรัทธา ความเชื่อเดิมที่มีต่อกัน ใช้หลักคำสอนเรื่องศาสนา มายึดโยงกับโรคโควิด ทุกคนมีพื้นฐานอยู่แล้ว เว้นระยะห่าง การล้างมือ การกักตัว คนในห้ามออก คนนอกห้ามเข้า บางคนไม่ร่วมมือ แต่พอเราบอกเขาก็จะร่วมมือ ต้องพูดตามหลักคำสอนศาสนา ต้องพูดโดยผู้นำศาสนา โดยโต๊ะอิหม่าม โต๊ะครู (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-01-ยะลา)

ให้ความรู้ ประกาศเสียงตามสายในมัสยิด เป็นศูนย์ข้อมูลในพื้นที่ เดิมชาวบ้านหวาดกลัว ผู้นำศาสนาไปเยี่ยมถึงบ้าน ร่วมกับผู้ใหญ่บ้าน มีคณะกรรมการมัสยิดทำงานในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน ประธานจะเป็นผู้ใหญ่บ้าน มีคณะกรรมการมัสยิดร่วมด้วย 8 คน เราทำงานร่วมกัน มีโต๊ะอิหม่ามจะเป็นหลักในเรื่องศาสนา (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-01-ยะลา)

5.3 เป็นผู้ปลุกปลอบขวัญและให้กำลังใจประชาชนให้ยอมรับการปฏิบัติตามมาตรการ

ผู้นำศาสนามีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ในการส่งเสริมกำลังใจ ทำความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่เพื่อให้ปฏิบัติตามมาตรการในการตรวจคัดกรองโควิด-19 เพื่อรับการตรวจรักษา และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ผมไปทำงานวันหยุด มีเสียงโทรศัพท์ดังเข้ามา ...รู้ข่าวแล้วยัง คนเขาตูมไปร่วมดะวะ ที่มาเลเซียด้วย ...เย็นวันนั้นได้ไปหาคนที่ไปมาเล..แต่ยังไม่มีอาการ พยายามให้เขาอยู่บ้าน...รพ.มา ได้ประสานกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ไม่ให้เขาออกจากบ้าน พรุ่งนี้ โรงพยาบาลจะมารับ ผู้นำศาสนามาช่วยพูด จนเขายอมไป (สนทนากลุ่ม PCU-03 ปัตตานี 8/4/64)

5.4 บทบาทเป็นจิตอาสาในการจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19

โดยไม่มีค่าตอบแทน ในการจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 เนื่องจากเป็นโรคติดต่ออันตราย ในช่วงแรกผู้นำศาสนา และญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการจัดการศพตามหลักศาสนาและประเพณี ผู้นำศาสนาได้มีบทบาทสำคัญในการเป็นจิตอาสาในการช่วยจัดการศพผู้เสียชีวิต เพื่อช่วยเยียวยาจิตใจของญาติในการจัดการศพตามความเชื่อ และรับศพมาฝังที่โกโบร์ใกล้บ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพของสถาน

บริการ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ทุกครั้งที่มีคนเสียชีวิต ผมก็แจ้งโต๊ะอิหม่าม ที่บ้านผมคนที่เสียชีวิต ผู้ใหญ่บ้านจะเป็นคนไปรับศพ ผมไปรับศพกับแบอัง (จิตอาสา) แจ้งโต๊ะอิหม่ามในพื้นที่ ส่ง ไลน์ ไปติดต่อ รพ โกลก แต่ก่อน รพ.โกลก ไม่ยอมให้นำศพกลับมาฝังที่กูโบร์บ้านเรา เขาให้ฝังที่กูโบร์กลางของอำเภอ ผมเห็นใจชาวบ้าน ผมไปคุยกับอำเภอ คุยกับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก แกก็เข้าใจปัญหาของชาวบ้าน ปัญหาทางจิตใจ รพ.กำชับมาเลยว่าต้องมีผู้ใหญ่บ้าน ชุดรักษาคุ้มครองความปลอดภายในหมู่บ้าน (ชรบ.) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ป้องกันไม่ให้ชาวบ้านเข้ามา ตอนแรกชาวบ้านก็ไม่เข้าใจ ได้ทำความเข้าใจกับชาวบ้านว่าโรคนี้เป็นโรคติดต่อต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ชาวบ้านก็เข้าใจ นี่แหละปัญหาทุกปัญหาเราต้องคุยกัน เพื่อทำความเข้าใจ ก่อนละหมาดวันศุกร์ที่เป็นวันละหมาดใหญ่ คนมารวมตัวเป็นร้อย ดีกว่าร้านกาแฟ ทำเป็นกิจวัตร ผู้ใหญ่บ้านคุยกับชาวบ้านก่อนก่ออ่านอุตเบาะ (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-04 นราธิวาส 29/10/64)

สิ่งที่ดี ต้องขอขอบคุณกำนัน ผู้ใหญ่ นำศพกลับมาฝังที่โกโบร์ที่บ้าน เป็นการเยียวยาจิตใจที่ดีที่สุดการเสียชีวิตเราก็เสียใจอยู่แล้ว ได้กลับมาฝังที่บ้านเราก็ดีใจ ผู้ใหญ่บ้านไปเซ็นรับรอง รับประกันว่าญาติพี่น้องไม่เปิดศพ เจ้าหน้าที่ไว้ใจ อยากให้โควิดไปเร็วๆ เรากลัวโควิดเดือนรอมฎอน (สนทนากลุ่ม ผู้นำศาสนา กำนัน ผญบ. PCU-06 นราธิวาส 29/10/64)

วิจารณ์และข้อยุติ

จากผลการวิจัย พบว่า เครือข่ายปฐมภูมิมีการบูรณาการทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 โดยมีบุคลากรสาธารณสุข และ อสม.เป็นแกนนำหลักสำคัญ ร่วมกับองค์กรและบุคลากรในพื้นที่ ร่วมเป็นกำลังเสริม ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ รวมทั้งจิตอาสาในชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้เรื่องโควิด-19 ให้ทีมงานเครือข่าย และการปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 แต่จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้ความเข้าใจในมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยโดยรวมในระดับมาก ในขณะที่ความรู้ความเข้าใจในมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิ ได้แก่ อสม. ผู้นำศาสนา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโควิด-19 และการปฏิบัติตามมาตรการในช่วงแรกของการแพร่ระบาดของโควิด-19 สอดคล้องกับงานวิจัยของของธานี และคณะ[3] ที่ศึกษาระดับปฏิบัติการตามมาตรการสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโควิด-19 ของครัวเรือนไทย จำนวน 7,569 คน ช่วงวันที่ 5-9 เมษายน 2563 ก่อนประกาศล็อกดาวน์ ได้แก่การปฏิบัติตามแนวทางสาธารณสุข ในประเด็น การเว้นระยะห่างทางสังคม การไม่ออกนอกบ้านถ้าไม่จำเป็น การไม่ไปชุมนุมกัน การไม่อยู่ในที่แออัด และการรักษาสุขอนามัยในการล้างมือ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชาชนในชายแดนภาคใต้มีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติตามร้อยละ 78.8 และประชาชนในชายแดนภาคใต้ มีกิจกรรมการพบปะสังสรรค์กันในช่วงเย็นสูงสุดร้อยละ 15 สถานที่ คือบ้านคนรู้จัก และสถานที่ทางศาสนา ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อในพื้นที่

ในด้านบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่าย พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 3.19, SD = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (mean = 3.33, SD = 0.56) เนื่องจาก นโยบายของประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิค-19 ในข้อกำหนดออกตามความ

ในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) 3 เมษายน 2563 โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข[7] ได้กำหนดมาตรการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการควบคุมป้องกันโควิด-19 ประกอบด้วยมาตรการสำคัญ 6 ด้าน (6 C) ได้แก่ 1) การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่าน สถานพยาบาล และชุมชน (capture) 2) การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ (case management and infection control) 3) การติดตามผู้สัมผัสโรค (contact tracing) 4) การสื่อสารความเสี่ยง (communication) 5) การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย (community intervention and law enforcement) 6) การประสานงานและจัดการข้อมูล (coordinating and joint information center) ซึ่งมาตรการและแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขของไทยดังกล่าว สอดคล้องกับมาตรการขององค์การอนามัยโลกในการกำหนดแนวทางในป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 ตลอดถึงการกำหนดบทบาทและแนวทางให้หน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นด่านหน้า ในการคัดกรองเพื่อการวินิจฉัยและควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19[11,12]

จากนโยบายและมาตรการดังกล่าวข้างต้น นำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายจากทุกภาคส่วนอย่างชัดเจน ลงสู่การปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ในทุกพื้นที่ ตามบทบาทหน้าที่หลักของตนเองและบทบาทร่วมกันของเครือข่าย โดยมีผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นแกนนำหลักในการทำงานที่เชื่อมประสานเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ ประกอบด้วย 5 เสาหลัก เสาหลักที่ 1 ได้แก่ อสม.จะมีบทบาทเป็นด่านหน้าในการทำงานเชิงรุกในการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของกิติพร, นภชา, นวรัตน์และกชกร[13] ศึกษาความสำเร็จในการดำเนินการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของไทย อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.68 SD = 0.34 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความสำเร็จในการควบคุมโควิด-19 เชิงรุกของ อสม. มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ในขณะที่เสาหลักที่ 2 ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทเป็นเหมือนแม่ทัพใหญ่ของระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะต้องวางแผนงานและบริหารจัดการท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องเป็นระลอก พร้อมๆ กับการเปลี่ยนแปลงนโยบายและมาตรการต่างๆ ในการรับมือ และการสื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจของเครือข่ายปฐมภูมิและประชาชนในพื้นที่ ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาระบบสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งเชิงรับและเชิงรุกในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่มีการระบาดเพิ่มขึ้นติด 10 อันดับแรกของประเทศ(4) เพื่อเร่งค้นหาและติดตามกลุ่มเสี่ยง การส่งต่อ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายปฐมภูมิในคัดกรองและเฝ้าระวังโควิด-19 เสาหลักที่ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีพ การจัดอาคารสถานที่ในการกักตัว เสาหลักที่ 4 ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีบทบาทหลักในการบังคับใช้กฎหมาย ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับ อสม. เสาหลักที่ 5 ผู้นำศาสนาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการชี้นำให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติกับประชาชนที่มัสยิดอย่างต่อเนื่องทุกวันศุกร์ ทำให้เกิดการยอมรับของประชาชนในพื้นที่ในการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ที่ทำให้เกิดความร่วมมือและยอมรับของประชาชนในพื้นที่ในการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อในชุมชน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระบบบริการปฐมภูมิดังกล่าวทำให้เกิดพลังสามัคคี ความร่วมมือจากทุกสาขาวิชาชีพ จากทุกภาคส่วนในพื้นที่ เพื่อต่อสู้และยับยั้งการระบาดของโควิด-19 และเป็นแนวทางในการสร้างการ

มีส่วนร่วมทำงานในด้านอื่นๆ ในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัดควรส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาความรู้ ความสามารถและการบริหารจัดการของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เป็นแกนนำหลักในการถ่ายทอดความรู้ให้กับเครือข่ายปฐมภูมิในการรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 การติดตามอาการและดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลังติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงการรับมือกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ในพื้นที่

2. กระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัดควรมีการกำหนดนโยบายในการให้ผู้นำศาสนา โต๊ะครู โต๊ะอิหม่ามของทุกมัสยิด ในทุกพื้นที่ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้เป็นแกนนำหลักในชุมชนร่วมกับทีมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในทุกมิติ ทั้งการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติหรือมาตรการตามบริบทของพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อควบคุมป้องกันการระบาดของโควิด-19 และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของพื้นที่ที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามแนวปฏิบัติตามของหลักศาสนาอิสลาม รวมถึงการเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจแก่ประชาชนในทุกมัสยิด

3. สมาคมหรือองค์กรวิชาชีพต่างๆ ควรมีการสร้างขวัญกำลังใจให้กับทีมงานสหสาขาวิชาชีพและทีมงานเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ที่ร่วมทำงานในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ด้วยความเสียสละทุ่มเทในเขตพื้นที่ชายแดน โดยไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย เช่น การให้เกียรติบัตรเพื่อยกย่องชมเชย การเยี่ยมเยียนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

4. หน่วยบริการปฐมภูมิในระดับจังหวัดและพื้นที่ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชน เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและความตระหนักรู้แก่ประชาชน ในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพตนเอง และการป้องกันโรค ตั้งแต่ระดับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

5. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ในการจัดการสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน เช่น การดูแลและติดตามอาการกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลังติดเชื้อโควิด-19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แนวปฏิบัติของชุมชนในการป้องกันการระบาดของโควิด-19 หรือโรคระบาดอื่นๆ จากเขตชายแดนหรือในประเด็นอื่นๆ ด้านสุขภาพตามบริบทปัญหาของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณการวิจัยในครั้งนี้ เครือข่ายปฐมภูมิจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ 3 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา กู้ชีพกู้ภัย และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานของเครือข่ายปฐมภูมิ ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

References

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The coronavirus disease 2019 situation, 12 July 2020 [cited 2021 Mar]. Available from: https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=province. (in Thai)
2. Causes of COVID-19 infection in the southern border provinces. [cited 2021 Mar 20]. Available from: https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG2003291649589. (in Thai)
3. Chiwat T, Mai-Ngam N, Dumchuen N, Amesbutr J, Thana P, Chisrilak C. Behavioral economics on life journey and

collective action of Thai household under COVID-19 situation. Health Systems Research Insitute; 2021 [cited 2021 Jul 20]. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5233?show=full. (in Thai)

4. The Royal Thai Government. The coronavirus disease 2019 situation, 11 October 2022 [cited 2022 Sep]. Available from: https://www.thaigov.go.th/news/contents/index/1176. (in Thai)
5. The Royal Thai Government. Primary care system helps Thai people control COVID-19 15 May 2020, 11 October [cited 2022 Sep]. Available from: https://www.thaigov.go.th/news/contents/index/1176. (in Thai)
6. Chuengsatiansup K, Kata P. Primary care services: Philosophy to practices in new dimension [cited 2021 Mar]. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4872/hs1458.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (in Thai)
7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guideline of health workers to response in the event of coronavirus disease 2019 outbreak [cited 2021 Mar]. Available from: http: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G42_1.pdf. (in Thai)
8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Public health practice guidelines for the management of COVID-19 pandemic under the section 9 of the emergency decree B.E 2548 (No 1), 3 April 2020 [cited 2021 Mar], Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf. (in Thai)
9. Mile MB, Huberman AM. An expanded sourcebook: Qualitative data analysis. 2nd ed. California: Sage; 1994.
10. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquriry. California: Sage; 1985.
11. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed. [cited 2021 Mar]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331510/WHO-2019-nCov-HCWadvice-2020.2-eng.pdf.
12. World Health Organization. Role of primary care in the COVID-19 response. [cited 2021 Mar]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
13. Nawsuwan K, Singweratham N, Theppakson P. Composition and indicators for successful implementation of novel coronavirus (COVID-19) in the community of village health volunteers (VHVs) in Thailand. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2020 [cited 2021 Mar];7(2):a-e. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/242083/164646. (in Thai)

รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านในมิติกำลังคนด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 12 ของไทย

วรัญญา จิตรบรรทัด[*]
ภัทรธิดา ฟองงาม[*]
ขัตติยา เสมอภพ[†]
ไมซาเร๊าะ ขุนรักษ์ หมานระเด็น[‡]
ฮัสสัน จิตรบรรทัด[§]
ผู้รับผิดชอบบทความ: *วรัญญา จิตรบรรทัด*

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ส่งผลให้อัตรากำลังด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ติดเชื้อ ก่อให้เกิดรูปแบบการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้านขึ้น และมีกลุ่มจิตอาสาด้านสุขภาพช่วยดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลทางไกล การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์บทบาทและกระบวนการดำเนินงานของกำลังคนด้านสุขภาพ ตามรูปแบบดูแลทางไกลภายใต้ระบบแยกกักตัวที่บ้าน 2) วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน และ 3) สังเคราะห์รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในมิติกำลังคนด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างจำนวน 60 คน และการสนทนากลุ่ม จำนวน 20 คน (ครั้งละ 10 คน) ในรูปแบบออนไลน์กับจิตอาสา จำนวน 30 คน และผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการดูแลทางไกลจำนวน 50 คน มีการตรวจสอบข้อมูลทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ โดยการตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย และด้านวิธีรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความและการสร้างข้อสรุป

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านดำเนินการโดย 1) สร้างกำลังคน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และประชาชนที่มีจิตอาสาที่ช่วยดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยจิตอาสาได้มาจากการอาสาของประชาชน การเชิญชวนของเจ้าหน้าที่ ผู้ที่เคยเป็นโควิด-19 และผู้ที่มีญาติเป็นโควิด-19 ในชุมชน 2) ทำความเข้าใจในเป้าหมายร่วมกัน โดยการประชุมกลุ่มเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการทำงานให้แก่จิตอาสาทุกคน 3) จัดอบรมให้ความรู้ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยผ่านกระบวนการสร้างและพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน เริ่ม

[*] *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
[†] *โรงพยาบาลสตูล*
[‡] *นักวิชาการอิสระ*
[§] *โรงเรียนวัดสามัคยาราม จังหวัดนครศรีธรรมราช*

Received 2 September 2022; Revised 28 June 2023; Accepted 25 August 2023
Suggested citation: Jitbantad W, Fong-ngam P, Samerpop K, Manraden MK, Jitbantad H. Telehealth care model of home isolation in health region 12 Thailand: an extension of voluntary health workforce. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):553-73.
วรัญญา จิตรบรรทัด, ภัทรธิดา ฟองงาม, ขัตติยา เสมอภพ, ไมซาเร๊าะ ขุนรักษ์ หมานระเด็น, ฮัสสัน จิตรบรรทัด. รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านในมิติกำลังคนด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 12 ของไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):553-73.

ตั้งแต่การปรับทัศนคติพร้อมที่จะเป็นผู้ให้ การใช้ภาษาในการสื่อสาร การให้ความรู้ในการป้องกัน การดูแลและการฟื้นฟู การประเมินอาการผู้ป่วยแบบทางไกล การใช้เทคโนโลยีและระบบฐานข้อมูลในการประเมินผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) ให้คำปรึกษาในระหว่างดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นแรงเสริมของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยการประชุมแบบออนไลน์ ทีมดำเนินงานมี 4 ทีม คือ 1) ทีมกลาง ทำหน้าที่ออกแบบระบบฐานข้อมูล เพื่อจ่ายเคสและติดตามอาการโดยประสานกับทีมติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง วิกฤติ ฉุกเฉิน รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น 2) ทีมติดตามอาการผู้ป่วย เมื่อได้รับเคสจากทีมกลางทำหน้าที่ในการโทรประเมินอาการ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามอาการ และลงบันทึกในระบบฐานข้อมูล ประสานแพทย์และเภสัชกรถ้าพบผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง 3) ทีมชุมชน ทำหน้าที่ประสานระหว่างทีมติดตามอาการและผู้ป่วยโควิด-19 เช่น การนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา อาหาร ไปให้ผู้ป่วยในชุมชน และ 4) ทีมอาสาจัดการศพผู้เสียชีวิต ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ คือ ทัศนคติ ความคิด ความเชื่อที่มีต่อการทำงานจิตอาสาที่สื่อถึงความสบายใจ ความอิ่มเอม และการสร้างบุญ กระบวนการพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่ทีมจิตอาสา ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ การเข้าถึงระบบฐานข้อมูล การสื่อสารและเครื่องมือ และสัญญาณอินเทอร์เน็ต

คำสำคัญ: การดูแลทางไกล, ระบบแยกกักตัวที่บ้าน, กำลังคนด้านสุขภาพ

Telehealth Care Model of Home Isolation in Health Region 12 Thailand: An Extension of Voluntary Health Workforce

Waranya Jitbantad[*], Pattaratida Fong-ngam[*], Khattiya Samerpop[†], Maisaroh Khunrak Manraden[‡], Hassan Jitbantad[§]

[*] *Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

[†] *Satun Hospital*

[‡] *Independent scholar*

[§] *Wat Samakyaram School Nakhon Si Thammarat Province*

Corresponding author: *Waranya Jitbantad, waranya@bcnnakhon.ac.th*

Abstract

The COVID-19 pandemic situation has affected health workforce in the public health system, health personnel could not provide care to all infected people. The situations led to home isolation equipped with volunteer health workforce in a telehealth care model. The objectives of this qualitative research were: 1) to analyze the roles and operating procedures of health workforce; 2) to analyze success factors, problems and obstacles in the implementation of home isolation telehealth care model; and 3) to synthesize the home isolation telehealth care model in terms of health workforce in Health Region 12 of Thailand. Data were collected through semi-structured in-depth interviews and online group discussions with 30 volunteers and 50 home isolated patients. Data were triangulation verified at every step of data source check, investigator, and methodology. Content analysis was carried out till interpretation, and conclusions reached.

The results revealed that 1) the home isolation telehealth care model was staffed by the combined workforces of health workers and volunteers who helped take care of COVID-19 patients. The volunteers were recruited from lay people, people who had contracted COVID-19 and their relatives. 2) The combined workforces built up shared common goals through group meetings to clarify the objectives and goals of the voluntary work. 3) Training sessions began with forming volunteers' care attitude ready to be giver to others; followed by the use of language in good communication; knowledge on COVID-19 prevention, care and rehabilitation; tele-patient assessment using information technology and patient database systems to achieve continuity of care. And 4) online patient consultations were operated to reinforce confidence of the combined health workforce. The roles and operating procedures were con-

fined to 4 teams: 1) The central team designed patient database system to assign patients with COVID-19 to patient care team. The databases coordinated and kept track of patients' symptoms whether they faced severe symptoms, crises, or emergency conditions that required necessary medical equipment support. 2) Patient monitoring team took responsibilities of the assigned patients, making phone calls to assess symptom changes, providing advice, encouraging mental support. This team recorded patient progress in the database. If severe symptoms of COVID-19 were detected, the team needed to notify doctor or pharmacist for appropriate action. 3) The community team was responsible for delivering the actions of the monitoring team to COVID-19 patients, such as providing medical equipment, medicines and food to their homes. And 4) the funeral volunteer team provided necessary ritual ceremony if the patient died. The key factors for success of home isolation telehealth care model included attitude, mindset, and belief in volunteer work, which conveyed peace of mind, complacent feeling and fulfilling in merit making. Problems and obstacles included difficulties of access to the database, communication and tools and the Internet system.

Keywords: Internet, home isolation, health workforce

ภูมิหลังและเหตุผล

ตั้งแต่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ[1] เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่แพร่กระจายไปทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก

สำหรับประเทศไทย การระบาดระลอกแรกเกิดขึ้นในเดือนมีนาคมและเมษายน 2563 สายพันธุ์ที่ระบาดเป็นสายพันธุ์ S หรืออู่ฮั่นดั้งเดิม กลางเดือนธันวาคม 2563 เกิดการระบาดระลอก 2 สายพันธุ์ที่ระบาดเป็นสายพันธุ์ G หรือ GH ในปลายเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 มีการระบาดระลอก 3 สายพันธุ์ที่แพร่ระบาดเป็นสายพันธุ์แอลฟา (อังกฤษ) ขณะที่การระบาดด้วยสายพันธุ์อังกฤษมีทีท่าจะดีขึ้นคือเริ่มจะลดลง ก็เกิดการระบาดระลอก 4 ซ้อนขึ้นมา โดยสายพันธุ์ที่แพร่ระบาดเป็นสายพันธุ์เดลตา (อินเดีย) การระบาดครั้งนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม 2564 แล้วจึงค่อยๆ ลดจำนวนลงอย่างช้าๆ และเข้าสู่การระบาดระลอก 5 กระทรวงสาธารณสุขของไทยยืนยันการพบผู้ติดเชื้อโอมิครอนในไทยรายแรกเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2564 และอีกหนึ่งสัปดาห์ต่อมา พบรายงานผู้ติดเชื้อโอมิครอนเพิ่มเป็นหลักสิบ[2] วิกฤติการแพร่ระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่ระลอก 4 ที่ผ่านมา ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขมีการปรับตัวเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น มีการเตรียมหอผู้ป่วยรวม (cohort ward) และห้องแยกโรค (isolation room) เพิ่มมากขึ้นในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมด้านอาคารสถานที่โดยไม่จำเป็นต้องลงทุนเพิ่ม เพียงแต่ปรับเปลี่ยนระบบการทำงานและควบคุมระบบการไหลเวียนของอากาศ อีกทั้งมีการเพิ่มโรงพยาบาลสนาม (field hospital) เป็นโรงพยาบาลชั่วคราว เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[3] ส่งผลให้บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะที่ทำงานด่านหน้าต้องทำงานอย่างหนักตามความต้องการของผู้รับบริการที่มีการติดเชื้อและป่วยหนักจำนวนมาก ในขณะที่มีทรัพยากรในการให้บริการและอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้ออย่างจำกัด ประกอบกับภาวะเสี่ยงที่บุคลากรสุขภาพและครอบครัวอาจติดเชื้อได้มาก การทำงานในสภาวะเช่นนี้อย่างยาวนานต่อเนื่อง แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบผู้ติดเชื้อที่ตกค้างไม่สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้นับหมื่นคน[4] โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ในภาวะวิกฤติก่อให้เกิดจิตอาสาหลายกลุ่มในการช่วยดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ระบบปฏิบัติการไทยแคร์ (Thai.care) เป็นกลุ่มหนึ่งที่ระดมเครือข่ายจิตอาสาทั่ว

ประเทศ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ที่ตกค้างจากระบบบริการให้ได้รับการดูแลในรูปแบบการดูแลทางไกลผ่านการโทรศัพท์และวิดีโอคอล ให้ผู้ป่วยโควิด-19 เข้ามาลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูล เพื่อให้จิตอาสาได้ประเมินและติดตามอาการ จนผู้ป่วยได้เตียง หรือรักษาตัวเองแบบแยกกักตัวที่บ้านได้ครบ 14 วัน[4]

การระบาดระลอก 5 ในภาคใต้ พบผู้ป่วยตกค้างและต้องรักษาตัวอยู่ที่บ้านเป็นจำนวนมาก จากการวิเคราะห์ในระบบปฏิบัติการไทยแคร์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากจังหวัดสตูล ตรัง สงขลา ปัตตานี และนราธิวาส ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 12 แต่ด้วยความแตกต่างของสภาพพื้นที่ วัฒนธรรม ภาษาและวิถีชีวิต ทำให้การเข้าถึงการดูแลน้อยกว่าที่ควร ก่อให้เกิดแนวคิดในการนำระบบปฏิบัติการไทยแคร์ มาปรับตามบริบทของเขตสุขภาพที่ 12 ที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 การดูแลผู้ป่วยครั้งนี้จึงเป็นการใช้ระบบจิตอาสาโดยการพัฒนาเครือข่าย ผ่านระบบการดูแลทางไกล เนื่องจากผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่บ้าน การประเมินภาวะสุขภาพจึงต้องผ่านวิดีโอคอล ติดตามอาการผ่านโทรศัพท์และไลน์ รวมทั้งการจัดส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์และยาทางไปรษณีย์ ผ่านเครือข่ายชุมชน จากการดำเนินงานของจิตอาสาพบว่า การพัฒนาจิตอาสาเข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน ช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางสุขภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยโควิด-19 เข้าถึงการดูแลได้อย่างรวดเร็วขึ้น รวมทั้งลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องดูแลตัวเองด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน

จากความสำเร็จของการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านของเขตสุขภาพที่ 12 ผ่านกระบวนการพัฒนากำลังคนในรูปแบบจิตอาสา ทีมวิจัยเห็นว่า ถ้าได้นำบทเรียนการดูแลทางไกลโดยจิตอาสาจากระบบปฏิบัติการไทยแคร์ในเขตสุขภาพที่ 12 ในช่วงการระบาดในช่วงที่ผ่านมา มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยการแยกกักตัวที่บ้าน และดึงพลังของจิตอาสาของกำลังคนทั้งในทีมสหวิชาชีพ และจิตอาสาจากภาคประชาชนมาใช้ การดูแลผู้ป่วยจะมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์บทบาทและกระบวนการดำเนินงานของกำลังคนด้านสุขภาพ ภายใต้การดูแลทางไกลในระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 12
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานภายใต้การดูแลทางไกลในระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 12
3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในมิติกำลังคนด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 12

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology research) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 30 คน และเป็นผู้ป่วยโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 12 ที่ได้รับการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้านและได้รับการดูแลทางไกลโดยจิตอาสาในเครือข่ายระบบปฏิบัติการไทยแคร์ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ทางโทรศัพท์ และการประชุมในรูปแบบออนไลน์ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานกับผู้ดูแลระบบฐานข้อมูลโดยการประชุมออนไลน์ เพื่อชี้แจงกระบวนการวิจัย ขออนุญาตและขอใช้ข้อมูลในระบบปฏิบัติการไทยแคร์
2. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มาจากเขตสุขภาพที่ 12 มีชื่อในระบบฐานข้อมูล และจิตอาสาที่ดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยโทรศัพท์ชี้แจงกระบวนการวิจัย และส่งเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามและส่งกลับมาที่ผู้วิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เป็นกลุ่มประชากรที่ตอบกลับการ

ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ศึกษาบริบทพื้นที่ทั้ง 7 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12 โดยเก็บข้อมูลแบบ secondary data พื้นฐานของพื้นที่ โดยการสอบถามผู้ป่วยโควิด-19 และจิตอาสาในชุมชน เพื่อแสดงให้เห็นถึง input ที่อาจจะแตกต่าง แล้วมาส่งผลถึง outcome ที่อาจจะแตกต่างในผู้ป่วยแต่ละรายได้

4. เก็บข้อมูลโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology research) ในการถอดบทเรียน สะท้อนคิด สัมภาษณ์ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยโควิด-19 และจิตอาสา เก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างผ่านโทรศัพท์/ไลน์ การสนทนากลุ่มแบบออนไลน์ และการศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบไทยแคร์ เพื่ออธิบายผลการดูแลในภาพรวม

5. สังเคราะห์รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในมิติกำลังคนด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 12 โดยการสังเคราะห์ข้อมูลทั้งจากผู้ป่วยโควิด-19 และจิตอาสา เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความหลากหลายและอิ่มตัวของข้อมูล ใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย และด้านวิธีรวบรวมข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยจัดระเบียบข้อมูล และจับสาระสำคัญเป็นกลุ่มๆ ตามหัวข้อ ตามประเด็นคำถาม และเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ เข้าด้วยกัน กำหนดรหัสของข้อมูล (coding) วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยที่นำไปสู่ประเด็นหลักที่ต้องการ และตีความสร้างข้อสรุป (conclusion interpreting) ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ ตามมุมมองของคนในชุมชน

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช โครงการวิจัยที่ E-01/2565 รับรองวันที่ 26 เมษายน 2565

ผลการศึกษา

เขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ สงขลา พัทลุง ตรัง สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีการนำระบบการดูแลทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาตัวอยู่ที่บ้าน โดยนำรูปแบบการดูแลของระบบปฏิบัติการไทยแคร์ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในช่วงวิกฤติของกรุงเทพฯ และปริมณฑลมาใช้ โดยแบ่งจิตอาสาออกเป็น 4 ทีมตามบทบาทหน้าที่ ได้แก่

1. ทีมกลาง เป็นทีมจิตอาสาจากส่วนกลาง หรือ กทม. ทำหน้าที่ออกแบบและดูแลระบบฐานข้อมูล เพื่อจ่ายเคสและติดตามอาการโดยประสานกับทีมติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง วิกฤติฉุกเฉิน รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

2. ทีมติดตามอาการผู้ป่วย เป็นจิตอาสาที่ผ่านการอบรมในการประเมินดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทำหน้าที่ในการรับเคสจากทีมกลาง และโทรเพื่อประเมินอาการ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามอาการ และลงบันทึกในระบบฐานข้อมูล ประสานแพทย์และเภสัชกรถ้าพบผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง

3. ทีมชุมชน เป็นจิตอาสาในชุมชนที่สามารถไปหาผู้ป่วยโควิด-19ที่พักรักษาอยู่ที่บ้านได้ ทำหน้าที่ประสานระหว่างทีมติดตามอาการและผู้ป่วยโควิด-19 ในการนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา อาหาร ไปให้ผู้ป่วยในชุมชน

4. ทีมอาสาจัดการศพผู้เสียชีวิต เป็นจิตอาสาในชุมชนมีทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล มูลนิธิ ผู้นำทางศาสนา ทำหน้าที่ในการจัดการศพที่เสียชีวิตด้วยโควิด-19 ตามหลักการทางศาสนาและหลักระบาดวิทยา

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่ศึกษาทั้งหมด 50 คน ชาย 22 คน หญิง 28 อายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 74 ปี อายุเฉลี่ย 28.25 ปี เป็นกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว 22 คน สีเหลือง 25 คน และสีแดง 3 คน โรค

ประจำตัวที่พบคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ไทรอยด์ ไตวายเรื้อรัง และลมชัก และกลุ่มจิตอาสา จำนวน 30 คน ชาย 5 คน หญิง 25 คน อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 58 ปี อายุเฉลี่ย 35 ปี เป็นแพทย์ 2 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 10 คน จิตอาสาสาธารณสุข 4 คน และประชาชนทั่วไป 12 คน ซึ่งทำงานร่วมกับทีมส่วนกลางและทีมชุมชน โดยจิตอาสามาจากสตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ สงขลา

1. รูปแบบในการดำเนินงาน มีดังนี้

1) สร้างกำลังคนในรูปแบบจิตอาสา ที่จะช่วยดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน เริ่มด้วยทีมกลาง เป็นทีมที่มีประสบการณ์ในการเป็นจิตอาสาในปฏิบัติการไทยแคร์ช่วยดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบทางไกลในช่วงวิกฤติการระบาดในกรุงเทพฯ และปริมณฑล จนสถานการณ์คลี่คลายทำให้เห็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทางไกลที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในภาคใต้ที่มีการแพร่ระบาดจนทำให้โรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามไม่สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นได้ รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่อยากให้รักษาตัวที่บ้าน ประกอบกับทีมกลางเห็นว่าสามารถนำระบบมาใช้ในภาคใต้ได้ จึงได้มีการเชิญชวนคนที่รู้จักมาเป็นจิตอาสา โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านเฟซบุ๊ก กลุ่มไลน์ จนได้จิตอาสาทีมติดตามอาการผู้ป่วยในภาคใต้ มีการจัดอบรมในรูปแบบออนไลน์เพื่อให้สามารถประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาตัวอยู่ที่บ้านได้ ทีมชุมชนได้มาจากการมีมาตรการกักตัวผู้ป่วยโควิด-19 โดยเฉพาะในช่วงการระบาดที่รุนแรง ในแต่ละชุมชนจะมีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ทางทีมติดตามอาการจึงได้ประสานเพื่อขอความร่วมมือเป็นทีมชุมชน ในการนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาไปให้ผู้ป่วยที่กักตัวอยู่ที่บ้าน ในส่วนของทีมอาสาจัดการศพผู้เสียชีวิตนั้น เกิดมาจากการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติ ทั้งนี้ในเขตสุขภาพที่ 12 นั้นประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีพิธีกรรมในการจัดศพตั้งแต่เสียชีวิตและฝังศพใน 24 ชั่วโมง ทั้งนี้ต้องปรับให้สอดคล้องกับการป้องกันการแพร่เชื้อ ก่อให้เกิดจิตอาสากลุ่มนี้มาเพื่อช่วยเยียวยาจิตใจและให้ญาติมั่นใจได้ว่าการจัดการศพผู้เสียชีวิตเป็นไปตามบัญญัติของศาสนาอิสลาม

“อยากทำงานอาสาช่วยเหลือคนในชุมชน และช่วยดูแลชุมชน อยากได้ระบบที่มีการดำเนินการบนพื้นฐานของความรู้ รู้จักประสานคนในชุมชน เป็นคนคิดบวก และมีความสามารถในการคลี่คลายสถานการณ์ที่มีปัญหาให้เป็นในแง่บวก สามารถสร้างความเข้าใจของคนในชุมชนได้”

(จิตอาสาหญิง อายุ 35 ปี)

“จิตอาสาดูแลคนไข้ตรงนี้คือบันทึกข้อมูลหรือว่ากรอกข้อมูลผู้ป่วยในระบบค่ะ ต่อมาเมื่อได้รับข้อมูลจากพี่หญิง ดิฉันจะโทรหาหรือติดต่อไปยังผู้ป่วยแต่ละเคสค่ะ เพื่อสอบถามอาการเป็นอย่างไรค่ะ ได้รับยารึยัง กักตัวกี่วันแล้วค่ะ ประมาณนี้ค่ะ และติดตามอาการของผู้ป่วยจนกว่าจะหายปกติค่ะ ส่วนใหญ่จะคอยให้กำลังใจให้กับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ อย่างน้อย ๆ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกว่าตัวเองถูกทอดทิ้งค่ะ และผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจตรงนี้ค่ะ”

(จิตอาสาหญิง อายุ 25 ปี)

“เหตุการณ์น่าจะเริ่มจากมีเคสเสียชีวิตเคสแรกในจังหวัดสตูล ซึ่งเป็นมุสลิม ทางโรงพยาบาลจึงได้ปรึกษากับชมรมมุสลิมโรงพยาบาลสตูลในการจัดการมายัต เคสแรกได้จิตอาสาเป็นอาจารย์..... ซึ่งเป็นที่ปรึกษาชมรมมุสลิมที่เข้าไปทำการตะยัมมุม (แทนการอาบน้ำด้วยน้ำ) ให้คนไข้ที่เสียชีวิต เพราะอาจารย์มีความรู้ พร้อมทั้งสอนเจ้าหน้าที่ไปด้วย ส่วนเจ้าหน้าที่ เช่น พยาบาล มีส่วนร่วมในการเข้าไปช่วย และสอนอาจารย์...ใส่ชุด PPE ส่วนญาติรอรับคนไข้เพื่อนำมายัตลงหลุม โดยเจ้าหน้าที่จะสอนญาติใส่ชุด PPE เช่นกัน”

(จิตอาสาหญิง อายุ 37 ปี)

2) ทำความเข้าใจในเป้าหมายร่วมกัน โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการทำงาน ผ่านการประชุม

ออนไลน์ทาง Zoom meeting จากทีมส่วนกลางในปฏิบัติการไทยแคร์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน มองภาพไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งวัตถุประสงค์หลักคือ การเป็นจิตอาสาที่ช่วยดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาตัวอยู่ที่บ้านผ่านโทรศัพท์มือถือ จนผู้ป่วยหาย หรือเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล

"ประทับใจมากในการที่เขาโทรมาเยี่ยม เพราะมันเหนือความคาดหมายของเรา เรานึกว่าเราจะโดนรักษาอยู่เฉพาะกลุ่ม แต่เราก็ได้รับการดูแลที่ประทับใจมากจากใครก็ไม่รู้ที่เขาเป็นจิตอาสาแล้วมาโทรหาเราด้วยน้ำเสียงห่วงใย อีกทั้งยังส่งพวกยาพวกอุปกรณ์ที่จะวัดไข้ วัดความดัน วัดออกซิเจนมาให้เราอีก"

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 50 ปี)

"ระบบที่เขาโทรเยี่ยมก็เหมือนมาเติมเต็มการดูแลที่ทำให้เรารู้สึกว่าเราก็ได้รับการดูแลแล้วเขาก็จะรู้นะว่าเขาจะโทรเยี่ยมเรากี่วัน พอหายปุ๊บเขาก็โทรมาว่าเราออกจากบ้านได้แล้ว แนะนำให้เราปฏิบัติตัว ซึ่งดูแลตั้งแต่เราเริ่มเป็นจนเราหาย รู้สึกดีมาก ประทับใจมาก เพราะเขาพูดจาดี ให้กำลังใจ ให้ความรู้จนเรารู้สึกว่าเหมือนมีหมอส่วนตัวมาดูแลเรา"

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 32 ปี)

3) จัดอบรมให้ความรู้ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ได้แก่

3.1) ความรู้เรื่องโควิด-19 ทั้งการประเมินอาการ การแยกกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว สีเหลือง สีแดง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา สมุนไพร การดูแลเบื้องต้น คำแนะนำในการประเมินและสังเกตอาการตนเองของผู้ป่วย โดยแพทย์เภสัชกร และพยาบาลในทีม รวมทั้งความรู้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย เทคนิคการสื่อสาร กระบวนการสร้างความไว้วางใจ การเลือกใช้คำพูด และการใช้ใจสื่อให้เห็นถึงการดูแลด้วยความห่วงใย

3.2) การใช้เทคโนโลยีในการส่งต่อข้อมูลแพลตฟอร์มไทยแคร์ ทั้งในส่วนของการลงทะเบียน การส่งต่อผู้ป่วย และการเปลี่ยนสีตามอาการที่เป็นปัจจุบัน

3.3) การขอคำปรึกษาจากแพทย์ผ่านระบบ Line Official ในกรณีที่ไม่มั่นใจ หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยน ซึ่งจะมีทีมแพทย์คอยรับคำปรึกษาและติดตามอาการ

3.4) การกรอกข้อมูลในระบบเพื่อเบิกยา โดยทีมส่วนกลางที่เบิกและจัดส่งยาให้กับผู้ป่วย ซึ่งยาที่ใช้มียาฟาวิพิราเวียร์ และเดกซาเมทาโซน

"ด้วยความที่โควิดเป็นโรคใหม่ เรายังไม่มีความรู้ แต่ด้วยบทบาทของการเป็น อสม. เราก็มีหน้าที่ในการดูแลคนในชุมชน ทั้งนี้ ทาง รพ.สต.[โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล] หรือองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องก็ไม่ได้มาให้ความรู้อบรม แม้กระทั่งอุปกรณ์ เครื่องมือที่จะเซฟตัวเองจากการทำงานก็ไม่มี เราก็หาความรู้เอามาจากอินเทอร์เน็ตบ้าง จากเฟซบุ๊กบ้าง จากข่าวในทีวีบ้าง ว่าโควิดมันเป็นแบบนี้ ดูแลแบบนี้ ถ้าบ้านไหนเสี่ยงเราก็ไม่เข้าไป เพราะว่าเราไม่มีอุปกรณ์ป้องกันตัวใดๆ เลย จนเข้ามาเจอกับไทยแคร์ที่มีเพื่อนชวนเข้ามาทำ การที่ได้เข้ามาในไทยแคร์ทำให้ได้มีโอกาสเข้าประชุมกับทีม ซึ่งจะเป็นทีมคุณหมอ ทีมพยาบาล และก็ทีมจิตอาสาที่มาช่วยกันให้ความรู้ทุกอาทิตย์ การที่มีการให้ความรู้แบบนั้นทำให้เรารู้ว่าเราจะดูแลผู้ป่วยหรือคนที่เสี่ยงจะเป็นโควิดอย่างไร ทำให้เรามีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และเอาความรู้ที่ได้เนี่ยไปบอก อสม.คนอื่น บอกทีมแล้วก็จะได้ดูแลคนเป็นโควิดได้อย่างถูกต้องและป้องกันตัวเองได้"

(จิตอาสาชาย อายุ 45 ปี)

4) ติดตามการดำเนินงานของจิตอาสา โดยการประชุมผ่าน Zoom meeting สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่ออัปเดตข้อมูลข่าวสาร ทั้งความรู้ ปัญหา อุปสรรคในการเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งการปรับระบบแพลตฟอร์มให้สะดวกต่อการดำเนินงานของจิตอาสา และการสร้างกำลังใจของทีมจิตอาสา

"ตอนที่เราเป็นจิตอาสา โควิดเป็นโรคใหม่ จะว่าไปเราไม่รู้เรื่องโควิดเลย ก็พยายามศึกษาเองด้วยการอ่านจาก summary งานวิจัย หรือคุณหมอ หรือนักวิชาการโพสต์ในเฟซ แล้วเราก็อ่านสะสมความรู้มา และพอมาเป็นจิตอาสาในไทยแคร์ก็จะมีการอบรมเพิ่มเติมความรู้ให้

กับจิตอาสา โดยมีหัวหน้าทีมคือพี่... จะมีการประชุมกลุ่มจิตอาสาผ่านทาง Meet หรือ Zoom ทุกสัปดาห์ ทุกวันอาทิตย์ และจะเชิญหมอเข้ามาเพื่ออัปเดตข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การมี interact กันของยา การใช้ยา และการแยกสีผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อจะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที"

(จิตอาสาหญิง อายุ 43 ปี)

2. บทบาทของทีมจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

ตามรูปแบบการดูแลทางไกล ด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านในเขตสุขภาพที่ 12 แบ่งเป็น 4 ทีมหลักได้แก่ ทีมกลาง ทีมจิตอาสา ทีมชุมชน และทีมอาสาจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19

1) ทีมกลางคือ ทีมปฏิบัติการไทยแคร์จากส่วนกลางที่ดูแลระบบจิตอาสา ระบบฐานข้อมูล และจัดการข้อมูลทั้งของจิตอาสาและของผู้ป่วยดังนี้

1.1) ระเบียบและข้อตกลงของจิตอาสา จิตอาสาลงทะเบียนใน Google form โดยมีรายละเอียดตามที่กำหนด หรือส่งเป็น Excel กรณีสมัครเป็นทีม และให้ระบุข้อความการรักษาความลับของผู้ป่วย และป้องกันการฟ้องร้องการทำงาน เนื่องจากไม่ใช่ลักษณะการจ้างงาน เขาได้รับสิทธิในฐานะจิตอาสาและมีสิทธิ์ลาออกได้ทุกเมื่อ

1.2) การระบุตัวตนของจิตอาสา จิตอาสาจะได้รับการกำหนดหมายเลขประจำตัวเป็น ตัวอักษร (ประเภทจิตอาสา) ตามด้วยหมายเลขทีม 2 หลัก และหมายเลขลำดับ 3 หลัก เช่น A (หัวหน้าทีม)-01 (ทีมที่เท่าไร)-001 (ลูกทีม)

1.3) ในแพลตฟอร์ม Thai.care จะมีช่องสำหรับใส่หมายเลขของอาสาดูแลผู้ป่วย (case worker) สำหรับผู้แจ้งขอความช่วยเหลือแต่ละคน แต่เป็นส่วนที่จะเห็นได้เฉพาะคณะทำงาน โดยหัวหน้าทีม (case manager) จะเป็นผู้กำหนด ทั้งนี้ในระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยมีการระบุชื่อ-นามสกุล จังหวัด เบอร์ติดต่อ เพื่อให้จิตอาสาสามารถโทรติดต่อผู้ป่วยได้

"ในบทบาทของการเป็นจิตอาสาได้ทำหน้าที่ประสานงาน โดย 1. เป็นผู้ประสานงานกับทีมอาสาพยาบาล และทีมอาสาดูแล 2. เป็นผู้จ่ายเคสผู้ป่วยที่ลงทะเบียนโดยการประเมินเบื้องต้นว่าผู้ป่วยเคสนี้เป็นสีเขียว เหลือง แดง แล้วเราจะส่งต่อให้ทีมไหนดูแล เป็นเหมือนเป็น case manager"

(จิตอาสาหญิง อายุ 42 ปี)

2) ทีมจิตอาสา ในเขตสุขภาพที่ 12 จิตอาสามาจากการระดมจิตอาสา 3 ส่วน จากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข จิตอาสาสาธารณสุข และบุคคลทั่วไปจำนวน 44 คน ซึ่งทำงานร่วมกับทีมกลาง และทีมชุมชน เมื่อมีผู้ป่วยโควิด-19 ลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์ จิตอาสาก็บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบขอความช่วยเหลือ เป็นข้อมูลที่จำเป็นในการติดต่อกลับ จิตอาสามีหน้าที่ในการรับผู้ป่วยประเมินอาการ ซักประวัติ อาการและอาการแสดง การรักษาเบื้องต้น ความต้องการในการช่วยเหลือ แนะนำการดูแลขณะกักตัว การดูแลตนเองเบื้องต้น การแยกจากบุคคลในครัวเรือน การใช้ห้องน้ำแยกเด็ดขาดจากสมาชิกในครัวเรือน ค้นหาความต้องการการช่วยเหลือ พร้อมให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ รวมถึงให้คำแนะนำในการใช้ยาให้เหมาะสมกับอาการ อาการแทรกซ้อน และอาการที่ต้องเฝ้าระวังแก่ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ติดตามอาการของผู้ป่วยจนกว่าจะหายปกติ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้รู้สึกว่าตัวเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง และเสมือนเป็นเพื่อนช่วยเยี่ยมเพื่อลดความเหงาและวิตกกังวล ช่วยประสานงานขอความช่วยเหลือ และสิ่งที่ขาดแคลนระหว่างผู้ป่วยกับอาสาฝ่ายสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของระบบไทยแคร์ เพื่อส่งต่อความช่วยเหลือ สิ่งของที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย นำข้อมูลผู้ป่วยลงระบบบันทึกอาการประจำวัน เพื่อใช้สื่อสารการทำงานในทีม

"พอเข้าไปเป็นจิตอาสาเรามีบทบาทก็คือ เป็นพยาบาลที่ได้รับมอบหมายเป็นเคสๆ ได้รับ assign มาจากหัวหน้าทีมก็คือดา เราก็ติดต่อเคสไป ซักประวัติ ขอข้อมูลคนไข้ว่าเขามีปัญหาอะไร พอเราได้ข้อมูลเราก็มาสรุปข้อมูลอีกครั้งว่าเป็นเคสสีอะไร เพื่อที่จะได้ตัดสินใจให้การดูแลได้ จะมีแบ่งเป็นแดง เหลือง เขียว ถ้าสีแดงก็จะต้องรีบส่ง

ปรึกษาคุณหมอ เพื่อจะให้ได้รับการดูแลที่ทันท่วงที โดยอาจจะมีการส่งยาให้ ส่งอุปกรณ์ให้ หรืออุปกรณ์อย่างอื่นที่สามารถช่วยได้ เช่น ถังออกซิเจน หน้าที่เราก็คือ ช่วยในการคัดกรอง ประเมินอาการ และประสานกับทีมหมอ ถ้ากรณีที่เป็นสีมากกว่าเหลือง โดยประสานทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์, ไลน์แอด โดยในทีมจะมีลีดเดอร์ ซึ่งเรามีอะไรก็สามารถปรึกษาได้ตลอดเวลา ขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลาในไลน์กลุ่ม และจะมีการตอบกลับมา คนไข้ได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม”

(จิตอาสาหญิง อายุ 43 ปี)

“เขาจะโทรมาสอบถามทุกวันว่าวันนี้อาการเป็นยังไง เขาจะให้พี่วัดความดัน วัดไข้ วัดออกซิเจนค่ะ สอบถามอาการทุกวันค่ะ ดีนะคะ คือว่าเราไม่ได้ไปหาหมอ ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล แต่ว่าเขายังสนใจเรา เราสามารถบอกเขาได้หมดค่ะ เครียด กลัว กังวล ปรึกษาเขาได้”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 32 ปี)

“เขาเป็นจิตอาสา เขาจะโทรมาถามทุกวัน ถามในเรื่องของการกินยาลืมไหม หรือว่ากินยาอะไรอยู่ด้วยหรือป่าว เพิ่งรู้ว่ากินฟาวิกับฟ้าทะลายโจรรวมกันไม่ได้ ดีที่เขาบอก ทำให้เรากินยาได้ถูก ไม่เป็นอันตรายกับตับ เรื่องการถูกประเมินอาการ พอเราไม่มีอุปกรณ์ เราก็บอกเขาไป สักวันสองวันก็จะมีอุปกรณ์มาที่เรา ให้เราได้ประเมินอาการตัวเอง”

(ผู้ป่วยโควิด-19 ชาย อายุ 35 ปี)

“ทีมที่โทรมาเยี่ยมเราไม่รู้จักกับเขามาก่อนเลยว่าเขาเป็นใคร แต่เขาบอกว่าเป็นจิตอาสาก็โทรมาถามอาการของทุกคนที่อยู่ในบ้าน เขาก็ถามว่าในบ้านมีใครบ้าง ตอนนั้นเราก็อยู่กัน 4 คน ก็มีทั้งผู้สูงอายุ 1 คน คือโต๊ะ[ยาย] และมีพวกเราที่บ้านใกล้ๆ กันก็มาอยู่ด้วยกัน เพราะเราต้องแยกตัวจากที่บ้านด้วย โดยทีมที่โทรมานี้เขาจะโทรมาทุกวัน โทรมาสอบถามอาการ โทรมาย้ำเรื่องการกินยา ในการโทรมา 1 ครั้งก็จะเยี่ยมหมดทั้งบ้านเพราะเหมือนโต๊ะ[ยาย] ใช้โทรศัพท์ไม่เป็น เราก็ตอบให้แล้ว เขาก็ให้โทรวิดีโอคอล เพื่อดูหน้าของแต่ละคนว่าเป็นยังไง เหนื่อยมั้ย ค่าความดันเป็นยังไง ค่าออกซิเจนเป็นยังไง มีอยู่ครั้งแรกๆ เราไม่มีอุปกรณ์ เขาก็ส่งมาให้ก็มี อสม. นำมาให้อีกทีนึง”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 27 ปี)

“โทรมาเยี่ยมแบบนี้เรารู้สึกสบายใจกว่าการมี รพ.สต.หรือ อสม. มาเยี่ยม เพราะเป็นเหมือนช่วยรักษาความลับให้เรา บ้านไหนเป็นโควิดก็มีคนรังเกียจ ยิ่งมีเจ้าหน้าที่มาวนเวียนบ่อยๆ คนข้างบ้านก็ยิ่งกลัว แต่พอมีการโทรเยี่ยม เหมือนไม่มีใครมาระแวงเรา แต่เราได้รับการดูแลที่ดี”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 33 ปี)

“เราก็รู้สึกดีใจที่เขาโทรมาหา เพราะช่วงนั้นคนเป็นเยอะ การดูแลไม่ทั่วถึง ไม่ได้ไปโรงพยาบาล แต่พอมีคนโทรมาสอบถาม เราก็ดีใจว่าเราไม่ได้ถูกทอดทิ้ง มีคนมาดูแลเราเหมือนกัน”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 32 ปี)

“วิธีการโทรเยี่ยม วิดีโอคอล ก็ทำให้เราเนี่ยลดความเสี่ยงที่จะสัมผัสโรค และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงขึ้น การใช้โทรศัพท์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ใหม่สำหรับผม ซึ่งมันมีข้อดีมากก็คือ เหมือนคนที่อยู่ในชุมชนเนี่ย ก็จะไม่รู้ว่าคนไหนติดโควิดบ้าง เพราะไม่มีเจ้าหน้าที่ไปป้วนเปี้ยนหน้าบ้านก็จะลดการบูลลี่ผู้ป่วยลง เขาก็สามารถใช้ชีวิตโดยที่ไม่โดนบูลลี่ ไม่โดนรังเกียจจากคนในชุมชนที่อยู่ใกล้เคียง ผมรู้สึกโอเคกับระบบการเยี่ยมทางโทรศัพท์มาก”

(จิตอาสาชาย อายุ 45 ปี)

3) ทีมชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน เครือข่ายการดูแลในชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในการกักตัวได้ครบตามจำนวนวันที่กำหนด โดยเฉพาะในส่วนของอาหาร ยารักษาโรคตามอาการ การจัดหาของใช้ที่จำเป็น จากการสอบถามในเขตสุขภาพที่ 12 พบว่า เจ้าภาพในการดูแลบริหารจัดการในชุมชนจะมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. และจิตอาสาอื่นๆ ตามบริบทของชุมชน

เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพิทักษ์ชุมชน ทั้งนอกจากจะช่วยเรื่องอาหารและยาแล้ว ยังเป็นกลุ่มที่ประสานความเข้าใจระหว่างกันของคนในชุมชนได้ดี

"บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโควิดสำหรับตามรูปแบบทางไกล เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในหมู่บ้านชุมชนก็จะแจ้งผ่านระบบไลน์ หลังจากนั้นก็สอนวิธีการโดยการให้ตรวจ ATK [antigen test kit] และส่งผลการตรวจ ATK ผ่านช่องทางไลน์ เริ่มจากแนะนำการดูแลเบื้องต้น การแยกจากบุคคลในครัวเรือน แนะนำการสวมแมสก์ ตลอดจนการแยกกินนอน การใช้ห้องน้ำแยกเด็ดขาดจากสมาชิกในครัวเรือน"

(จิตอาสาหญิง อายุ 28 ปี)

"เราเป็นอาสาในชุมชนที่สามารถประสานกับทีมจิตอาสา และหน่วยอื่นๆ ให้ช่วยคุย ทำความเข้าใจกับญาติ และคนในสังคม คือเน้นการให้กำลังใจและไม่โทษกันว่าเป็นความผิดของใคร"

(จิตอาสาชาย อายุ 52 ปี)

4) ทีมอาสาจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 12 มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งเมื่อมีศพของผู้เสียชีวิต เรียกว่า มัยยิต (หรือภาษาชาวบ้านเรียกง่ายๆ ว่า "มายัต") จะมีการจัดการศพภายใน 24 ชั่วโมง มีการอาบน้ำให้มัยยิต และร่วมละหมาดเพื่อขอดุอาอ์ (ขอพร) ให้กับมัยยิตก่อนนำไปฝังที่สุสาน (กุโบร์) ในหมู่บ้าน เมื่อมีผู้เสียชีวิตในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินการกับมัยยิตได้เหมือนปกติ เจ้าหน้าที่สุขภาพที่เป็นมุสลิมในโรงพยาบาลจึงได้ประสานกับคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดในการหาแนวทางในการจัดการกับมัยยิตของผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 ที่นับถือศาสนาอิสลาม ที่อยู่บนพื้นฐานข้อจำกัดในสถานการณ์โรคระบาด โดยมีการควบคุมจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด

"เมื่อเรารู้ว่ามีผู้เสียชีวิตในบัญชี เราก็จะประสานกับญาติเพื่อที่จะให้ญาติได้เตรียมตัว หรือในบางครอบครัวญาติอาจต้องการละหมาดมายัตด้วย เราก็จะหาชุด PPE ให้เพื่อความสะดวกแก่ญาติ"

(จิตอาสาชาย อายุ 47 ปี)

"เมื่อเราทราบจากกลุ่มไลน์ ว่ามีผู้เสียชีวิตเราก็จะเตรียมตัวสืบหาบ้านคนเสียชีวิตในพื้นที่ของเราโดยการประสานไปยังญาติว่าทางโรงพยาบาลจะมาส่งศพและอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ญาติสงสัยเกี่ยวกับการจัดการศพ ในขั้นตอนนี้ ญาติก็จะมีคำถามและมีความกังวลในการจัดการ การที่เราเป็นคนในพื้นที่เหมือนกับญาติก็จะช่วยให้เขามีความอุ่นใจและสามารถตอบในส่วนที่เขากังวลได้"

(จิตอาสาหญิง อายุ 28 ปี)

"มีบางกรณีที่ญาติต้องการและสามารถทำให้ได้ เช่น ในกลุ่มของชาวเลที่ไม่สามารถส่งผ่านทะเลได้ก็จะจัดการฝังศพในพื้นที่บนฝั่ง ซึ่งญาติก็ไม่สามารถเห็นในขั้นตอนของการจัดการศพ เราก็จะถ่ายคลิปหรือถ่ายรูปส่งไปให้ญาติเพื่อที่จะได้ทราบว่าเราได้ดำเนินการตามความต้องการของญาติแล้ว ซึ่งในกรณีนี้ผู้เสียชีวิตเป็นชาวเลที่เป็นในระดับผู้นำก็ส่งผลต่อความรู้สึกของญาติและคนในชุมชนก็พยายามประสานทำความเข้าใจเพื่อดูแลหัวใจของทุกฝ่าย"

(จิตอาสาหญิง อายุ 28 ปี)

"ในช่วงหลังเมื่อมีกลุ่มจิตอาสาท่าแพมาช่วยทุกอย่างจะง่ายและสะดวกขึ้น เจ้าหน้าที่ก็ทำงานน้อยลง เพราะกลุ่มอาสาท่าแพจะจัดการให้ทั้งหมดตั้งแต่ไปรับโลงมา เข้าไปตะยัมมุม ละหมาดให้มัยยิต พามัยยิต ลงหลุม โดยที่เขารู้วิธีจัดการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และสามารถใส่และถอดชุด PPE ได้อย่างถูกวิธี"

(จิตอาสาชาย อายุ 25 ปี)

3. ปัจจัยความสำเร็จ

1) ทัศนคติ ความคิด ความเชื่อที่มีต่อการทำงานจิตอาสา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานจิตอาสา มีความคิดอยากช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ในภาวะวิกฤตของประเทศ ผู้ป่วยมีจำนวนมาก เตียงที่โรงพยาบาลเต็ม ไม่สามารถขอเตียงเพื่อเข้ารักษาตัวที่

โรงพยาบาลได้ และมีความคิดว่าการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เป็นเรื่องใหม่ การทำงานจิตอาสาในการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านเป็นโอกาสที่ดีที่ช่วยพัฒนาความรู้ ความสามารถ และสร้างประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอุบัติใหม่ด้วยเช่นกัน

“เรารู้สึกดี รู้สึกประทับใจที่ได้ช่วยเหลือ เราไม่ได้หวังอะไร”

(จิตอาสาหญิง อายุ 22 ปี)

“รู้สึกภูมิใจในตัวเอง อย่างน้อยก็ได้ช่วยคนไข้ที่ไม่รู้จะพึ่งพาใคร ได้แบ่งเบาภาระโรงพยาบาลสนามที่มีจำนวนคนไข้เยอะหรือไม่สามารถรับคนไข้เข้ามาเพิ่มได้”

(จิตอาสาหญิง อายุ 22 ปี)

“ในส่วนของการหากำลังคนที่จะมาเป็นทีมอาสาในช่วงที่วิกฤตหาไม่ยาก เพราะทุกคนมีใจอยากช่วย ไม่เชิงว่าง แต่พอเห็นวิกฤตปุ๊บ คนที่มีใจอยากช่วยก็จะรวมตัวกัน แต่พอเรื่องเบาลง จิตอาสาที่อยู่กันในช่วงแรกก็จะกลับไปทำงานหน้างานหลักของเขาก่อน จิตอาสาจึงมักจะไม่มาในช่วงเวลาปกติ แต่จะมาในช่วงวิกฤต ซึ่งเป็นธรรมชาติของจิตอาสา ความเป็นจิตอาสาเราไม่มีตัวเงินหรือการเอื้อผลประโยชน์ใดๆ เราอยากหาการช่วยเหลือแต่มันก็ยังไม่มีการช่วยเหลือที่ชัดเจน นอกจากคำขอบคุณ การให้กำลังใจเหมือนเป็นการเสริมแรงมากกว่า เพราะสิ่งที่เราทำเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยเหลือสังคมในการให้ความรู้ ให้การดูแล เป็นการขายความสุขของจิตอาสาโดยที่ไม่ต้องการด้านตัวเงิน”

(จิตอาสาหญิง อายุ 42 ปี)

“ชวนเป็นคนที่มีจิตอาสาอันดับแรก เพราะทำแบบไม่หวังอะไรตอบแทน ไม่จำเป็นต้องเป็นคนเก่ง แต่เรียนรู้ได้ มีความสนใจที่จะเป็นจิตอาสา”

(จิตอาสาหญิง อายุ 22 ปี)

“เหนื่อยไหม ถ้าทำอาสาไม่เหนื่อยนะ เพราะสโลแกนก็คือ ทำอาสาแล้วต้องสนุก โทรหาคนไข้ก็เสียตังค์ด้วยนะ แต่เรารู้สึกสนุกที่ได้ช่วยเขา รู้สึกมีความสุข การช่วยคนทำให้รู้สึกเป็นความสุข มันรู้สึกอิ่มเอมใจและอยากให้ทุกคนมีความรู้สึกแบบนี้ มันมีความสุขอยู่ในเกณฑ์ของมัน แล้วในการพัฒนาที่อยากให้มันยั่งยืนหรือดีกว่าเดิม เราอยากพัฒนาตรงจุดนี้จริงๆ มันเป็นเหมือนการรวมศูนย์ความดี การรวมตัวของคนที่มีจิตใจดีเพื่อให้เกิดขึ้นมาสิ่งที่ใครๆจะพัฒนาต่อไป”

(จิตอาสาหญิง อายุ 47 ปี)

“ผู้ที่เป็นจิตอาสา ต้องมีความรู้ความเข้าใจชุมชน ใจเย็น รู้จักประสานคนในชุมชน เป็นคนคิดบวก และมีความสามารถในการคลี่คลายสถานการณ์ที่มีปัญหาให้เป็นในแง่บวก สามารถสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชนได้ ผมคิดว่าผมทำได้”

(จิตอาสาชาย อายุ 33 ปี)

2) ความรู้ความสามารถเฉพาะของวิชาชีพเฉพาะเป็นปัจจัยสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างมักชักชวนเพื่อนหรือคนรู้จักที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นมาร่วมทีมจิตอาสา เนื่องจากผู้ที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จะมีบทบาทสำคัญในดูแลผู้ป่วยโดยตรง และมีความรู้พร้อมสำหรับช่วยเตรียมอาสาคนอื่นๆ ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์มาก่อนให้สามารถดูแลผู้ป่วยทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในขั้นตอนการซักประวัติ การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยหรือกลุ่มสีเขียว

“จิตอาสาส่วนหนึ่งเราได้จากทีมเพื่อนๆ พยาบาลและมีทีมคุณหมอก็จะชักชวนเพื่อนหมอด้วยกัน มีหมอตั้งต้นก็คือหมอชาย แล้วก็ชวนเพื่อนๆ ที่เป็นหมอด้วยกัน ในช่วงนั้นใช้หมอประมาณ 10 คน และเราก็มีทีมพยาบาลที่ชักชวนกันมาในกลุ่มเพื่อน ใช้เวลาวันละนิดวันละหน่อยในการช่วยดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าระบบตอนหลังก็ผลัดเปลี่ยนกันมาแนะนำทีมจิตอาสาให้ทุกคนรู้จักและเข้าใจโรคมากขึ้น”

(จิตอาสาหญิง อายุ 42 ปี)

3) กระบวนการในการพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่ทีมจิตอาสา การติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคใหม่ มีการศึกษาน้อย ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลรักษา

ผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมายหลักของทีมอาสา คือการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยระหว่างรอเตียงของโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด ทางทีมอาสาได้มีกระบวนการในการพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่ทีมจิตอาสา โดยมีทั้งการทำความเข้าใจในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบกักตัวที่บ้าน ตั้งแต่การเข้าสู่ระบบการดูแลจนถึงการลงข้อมูลในระบบต่างๆ เพื่อให้ทีมจิตอาสาทุกคนมีความมั่นใจในการทำงาน และมีการประชุมพัฒนาความรู้ใหม่ๆ ภายในทีมทุกสัปดาห์ พร้อมทั้งการยกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ เพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

“เราก็มีกระบวนการสร้างและทำความเข้าใจและพัฒนาจิตอาสาโดยที่ไม่ได้แจกเฉพาะ checklist แต่เราให้เขามีความเข้าใจจริงๆ ในการดูแลผู้ป่วย ให้เขามีสติในการดูแลตนเองก็เกิดประโยชน์แล้ว บางทีเราไม่ได้ทำการรักษาเหมือนที่โรงพยาบาล แต่ดึงสติให้เขากลับมา และให้ข้อมูลในการดูแลตนเองเบื้องต้น ทั้งทีมจิตอาสา ทีมพยาบาล ทีมหมอ เพื่อให้เขาสามารถดูแลตนเองได้ เขาก็สามารถดูแลตนเองได้ดี”

(จิตอาสาหญิง อายุ 42 ปี)

4) ด้านการดูแลผู้ป่วยที่รวดเร็วและสามารถเข้าถึงได้ง่าย ประสานงานได้ตลอดเวลาผ่านเครือข่ายในชุมชน และช่องทางต่างๆ ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่ประชาชนถนัด และออกแบบให้เข้าถึงได้ง่าย ในประเด็นนี้ ไทยแคร์ช่วยให้การดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ช่วยแก้ปัญหาความกังวลของผู้ป่วยขณะที่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาจากรัฐได้ การติดตามอาการผู้ป่วยโดยใช้ทีมอาสา พยาบาล และแพทย์ที่มีความรู้ในการติดต่อผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ช่วยดูแลผู้ป่วยได้ทันท่วงที ในขณะเดียวกัน ด้วยความสามารถของอาสาบางกลุ่มก็สามารถประสานกับโรงพยาบาลของรัฐได้รวดเร็วขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้ตามบริบทของแต่ละบุคคล

“ระบบการโทรทางไกลเนี่ยมันมีข้อดีมาก ไม่ว่าจะเป็นลดการเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เราจะต้องไปพบหมอ ลดระยะเวลาในการเดินทาง การเข้าถึงระบบสุขภาพทำให้เราเจอหมอได้ง่ายขึ้นและคุยปรึกษาได้แบบเห็นหน้าโดยที่เรายังอยู่คนละที่ ซึ่งระบบนี้ทำให้ช่วยลดการรอที่โรงพยาบาลได้ จุดเด่นอีกอย่างก็คือ ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่ต้องรอว่าเจ้าหน้าที่กำลังติดงานอยู่นะ หรือว่าผู้ป่วยกำลังติดอันนี้อยู่นะ เราไปหาหมอไม่ได้นะ เรามีภาระตรงนี้อยู่นะ แต่พอเราใช้การโทรในการดูแลผู้ป่วยเนี่ย มันทำให้ง่ายในการเข้าถึงระบบสุขภาพ”

(จิตอาสาชาย อายุ 45 ปี)

5) ด้านการสร้างจิตอาสาให้มีส่วนร่วม โดยใช้การมีส่วนร่วมบูรณาการความรู้ตามความถนัดของแต่ละบุคคล

“ประสบการณ์ที่ผ่านมารู้สึกว่า ปัญหาในการดูแลประชาชนมักมาจากการสื่อสารของผู้นำที่อาจไม่มีความรู้ และเป็นระบบสั่งการ ในขณะที่ครั้งนี้ เป็นระบบของการสร้างการมีส่วนร่วมของคนทุกกลุ่ม ตามความถนัดของแต่ละคน เลยช่วยให้การทำงานง่ายขึ้น”

(จิตอาสาชาย อายุ 35 ปี)

4. ปัญหาและอุปสรรค

1) เข้าถึงระบบฐานข้อมูลได้ยาก การเข้าถึงระบบไทยแคร์ของผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถเข้าถึงระบบออนไลน์ได้อย่างทั่วถึง ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสายตา ผู้ป่วยขาดอุปกรณ์การสื่อสาร ผู้ป่วยไม่มี caregiver ดูแล และผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร ส่วนอุปสรรคของจิตอาสาก็เช่นกัน บางท่านอยากช่วย แต่การเข้าถึงข้อมูลต้องใช้ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ หรือ social media ด้วย

“ตอนนี้ที่พี่ทำอยู่ เราจะเป็นคนที่ลงทะเบียนให้กับผู้ป่วย ทีมจิตอาสาก็โทรเยี่ยมโดยที่เขายังไม่เคยลงทะเบียนด้วยตัวเองเลย เนื่องจากบางทีเขาอาจจะทำไม่เป็น internet ยังเข้าไม่ถึง อะไรประมาณนี้ อันนี้ก็เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงเหมือนกัน”

(จิตอาสาชาย อายุ 30 ปี)

2) ปัญหาการติดต่อสื่อสารและเครื่องมือสื่อสาร เนื่องจากเป็นการดูแลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ บางครั้งไม่

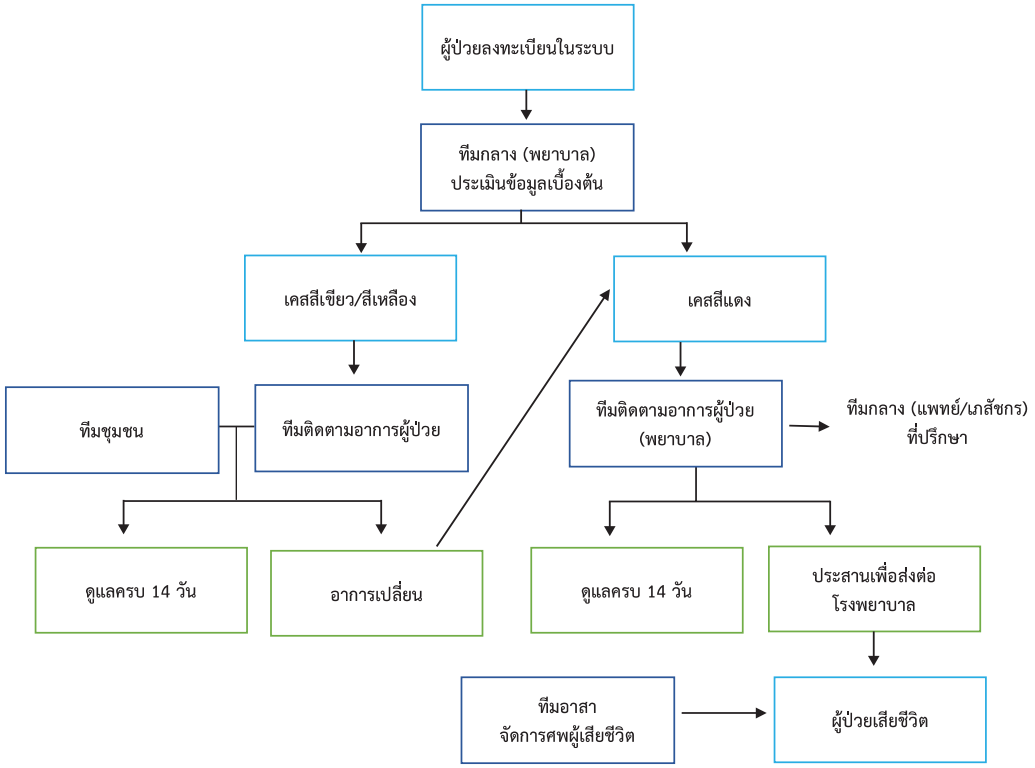
สามารถโทรติดตามไถ่ถามอาการได้ การเข้าถึงแอปพลิเคชันอาจมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือ และผู้ที่ไม่มีสมาร์ตโฟนหรือมีฐานะไม่ดี ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ ทำให้มีข้อจำกัดในการสื่อสาร

"อุปสรรคในการดูแลแบบทางไกลก็คือปัญหาในการใช้เครื่องมือสื่อสาร หรือว่าใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เพราะถ้าเป็นวัยรุ่นเนี่ยไม่มีปัญหาเลย เขาโทรได้ เขาเล่นเฟซ เล่นไลน์เข้าไปดูพอได้ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุเนี่ย ถ้าเขาทำไม่เป็นเราก็ต้องมีวิธีการจัดการใหม่เพื่อให้เขาสามารถเข้าถึงระบบการดูแลของเรา"

(จิตอาสาชาย อายุ 45 ปี)

5. สังเคราะห์บทเรียน

การดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านในมุมของกำลังคนด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 12 มีรูปแบบ ดังนี้



ภาพที่ 1 กระบวนการดำเนินงานของทีมจิตอาสา

1) ระบบบริการ : จากความหลากหลายในด้านความสามารถของจิตอาสา การกำหนดโครงสร้างและบทบาทตามขอบเขตความรับผิดชอบของสมาชิกในทีมหรือจิตอาสาจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินงานที่ทำให้เข้าใจหน้าที่ของตนเองในทีม จึงต้องกำหนดให้มีโครงสร้างและบทบาทการดำเนินงาน มีระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน เน้นคนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ ไม่ใช่โรคหรือตัวเงินเป็นหลัก ทั้งนี้ ต้องเข้ากับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่ มีเครือข่ายในการจัดการและให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย รวมทั้งมีระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อเพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดี

ระบบบริการเริ่มจากการประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนรับทราบวัตถุประสงค์และบทบาทของทีมจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เมื่อพบเคสในชุมชนจากการตรวจ ATK หรือ PCR (polymerase chain reaction) แล้วพบว่าติดเชื้อโควิด-19 ต้องการที่จะรักษาด้วยวิธีแยกกักตัวที่บ้านหรืออยู่ระหว่างรอเตียงในโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ อสม.

ประจำบ้าน หรือจิตอาสาในชุมชนประสานมา ทีมจิตอาสาจะให้ผู้ป่วยลงทะเบียนในฐานข้อมูล จากนั้นจะมีการแยกสีและจ่ายเคสด้วยระบบจากส่วนกลาง เมื่อจิตอาสาได้รับเคสให้ดูแล ก็จะเข้าระบบเพื่อศึกษาประวัติเบื้องต้น และโทรสอบถามอาการ ให้คำแนะนำ และให้ยากรณีที่จำเป็น ระหว่างกักตัวเพื่อรักษา ผู้ป่วยโควิด-19 จะได้รับการดูแลจาก 3 กลุ่มหลัก คือ 1) เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. 2) อสม. 3) จิตอาสาในชุมชนที่เน้นการช่วยเหลือด้านอาหาร ที่พัก การจัดสรรคนดูแลในระหว่างการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่อาการหนักก็จะรายงานแพทย์ในทีมจิตอาสาก่อนที่จะส่งต่อไปโรงพยาบาล ถ้ามีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโควิด-19 จะมีทีมจิตอาสาในการจัดการศพของผู้เสียชีวิตให้ถูกต้องตามหลักศาสนา และหลักการปลอดเชื้อ

“ตอนนั้นรู้สึกแย่มาก คิดว่าตัวเองจะตายแล้ว กังวล เพราะเป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ และมีไข้แบบทรมานมาก สั่งเสียทุกอย่างกับญาติๆ เพราะเราดูข่าว แต่มีอาสาสมัครจากไทยแคร์โทรหา บอกว่าพร้อมจะให้ความช่วยเหลือและหาที่กักตัวให้ ร่วมกับพี่สาวที่เป็นอาสาสมัครชุมชน เลยได้ที่กักตัวมาเป็นศูนย์ตาดีกาในชุมชน ตอนนั้นชาวบ้านที่อยู่ใกล้รู้สึกกลัว อาสาสมัครในไทยแคร์ที่เป็นผู้ที่มีความรู้ในชุมชนก็พูดคุยทำความเข้าใจกับชาวบ้าน เลยได้ที่กักตัวมา ไทยแคร์ส่งคนมาดูแล ให้คำแนะนำ และพยาบาลติดตามอาการ สอบถามข้อมูล”

(ผู้ป่วยโควิด-19 ชาย อายุ 47 ปี)

“เมื่อแจ้งข้อมูลต่างๆ แก่เครือข่ายแล้ว ได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทันใจ มีการเทคแคร์อย่างดีเยี่ยม รวมถึงการจัดยาที่มีครบทุกอาการ อุปกรณ์การวัดค่าต่างๆ ครบถ้วน เหมือนมาดูแลด้วยตนเอง”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง 32 ปี)

“บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโควิดสำหรับตามรูปแบบทางไกล เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในหมู่บ้านชุมชนก็จะแจ้งผ่านระบบไลน์ หลังจากนั้นก็สอนวิธีการโดยการให้ตรวจ ATK และส่งผลการตรวจ ATK ผ่านช่องทางไลน์ เริ่มจากแนะนำการดูแลเบื้องต้น การแยกจากบุคคลในครัวเรือน แนะนำการสวมแมสก์ ตลอดจนการแยกกินนอน การใช้ห้องน้ำแยกเด็ดขาดจากสมาชิกในครัวเรือน”

(จิตอาสาหญิง อายุ 28 ปี)

2) กำลังคนด้านสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเสมอไป จากการสอบถามผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยระบบทางไกล พบว่าผู้ป่วยไม่ได้สนใจว่าจิตอาสาเป็นหมอ เป็นพยาบาล หรือเป็นคนทั่วไป เพราะไม่มีความแตกต่างของการดูแล ใส่ใจและให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วย การสร้างและพัฒนาจิตอาสาในด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานถือเป็นหัวใจหลักของการดำเนินงาน จากความหลากหลายของจิตอาสาในด้านการรับรู้ การเรียนรู้ ความรู้ และทักษะผู้นำจึงต้องจัดอบรมเพื่อพัฒนาจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะนั้นไปใช้ในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่วางไว้ ความรู้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนากำลังคนให้มีความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ การพัฒนานี้ไม่ใช่การอบรมครั้งเดียว แต่เป็นการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนและสม่ำเสมอจนมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง เทคนิคการสื่อสารและอุปกรณ์ในการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเชื่อมโยงให้การดูแลสัมฤทธิ์ผล รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ โดยเฉพาะในโรคที่มีความกลัวหรือโดนรังเกียจจากคนในสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีความท้อแท้และสิ้นหวังในการรักษา รวมถึงการเตรียมรับมือในการจัดการความตาย การให้ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขามาถ่ายทอดความรู้หรือทักษะปฏิบัติแก่จิตอาสา จะสร้างความเข้าใจ ความมั่นใจของจิตอาสา เช่น การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลผู้ป่วย การติดตามอาการผู้ป่วยควรเป็นแพทย์หรือพยาบาล การใช้ยาที่เหมาะสมควรเป็นเภสัชกร และเปิดโอกาสให้จิตอาสาทดลองปฏิบัติ ในช่วงแรกของการปฏิบัติงานอาจมีพี่เลี้ยงที่คอยให้คำปรึกษา โดยอาจจะเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือมีการถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อแบ่งปันประสบการณ์ในการดำเนินงาน ระบบพี่เลี้ยงหรือการมีที่ปรึกษาเป็นสิ่ง

สำคัญในการสร้างความมั่นใจแก่ทีมจิตอาสา เปรียบเสมือนที่พึ่งพิงเมื่อเจอปัญหาหรือคำถามที่ไม่สามารถตอบได้

"ในช่วงเวลาที่มีวิกฤตทางด้านสุขภาพ จิตอาสาจากทุกภาคส่วน จากประชาชนที่ไม่ใช่พยาบาล หรือเป็นพยาบาลที่ปลดระวางแล้ว หรือไม่ได้อยู่ในวิชาชีพแล้ว หรือเป็นประชาชนทั่วไปเขาก็สามารถมาช่วยแก้ปัญหาวิกฤตสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดได้ เพราะทุกคนเนี่ยก็มีความเป็นจิตอาสาที่อยากจะช่วยเหลือบุคคลอื่น แต่ทั้งนี้จะต้องผ่านระบบการให้ความรู้หรือการเทรนอย่างเป็นระบบก่อน เพื่อให้เขามีความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นเบื้องต้นได้"

(จิตอาสาหญิง อายุ 43 ปี)

"พอเราเป็นโควิดเหมือนเราคิดไม่ออกว่าจะทำอะไร จะทำยังไง มันมึนไปหมด พอมีจิตอาสาโทรมา เค้าจะถามความเป็นอยู่ ความรู้สึก และให้คำแนะนำต่างๆ ซึ่งมันดีมาก เค้าบอกว่าเค้าเป็นจิตอาสาจากอีกจังหวัดหนึ่งเลย แต่เขามาช่วยดูแลเรา โทรมาทุกวัน ทำให้รู้สึกอบอุ่นเหมือนมีที่ปรึกษา ไม่เคว้งคว้าง"

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 53 ปี)

"ผมไม่รู้ว่าเขาเป็นใคร เป็นหมอมั้ย เป็นพยาบาลมั้ย ผมรู้แค่ว่าเขาเป็นจิตอาสา เขาบอกผมได้ว่าต้องดูแลตัวเองยังไง เป็นกำลังใจในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผมขอบคุณเขามากๆ เขาทำให้ผมรู้สึกว่ามีคนเป็นห่วงและดูแลผมทั้งที่ไม่รู้จักกันมาก่อน"

(ผู้ป่วยโควิด-19 ชาย อายุ 48 ปี)

3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านมี 3 ส่วน คือ 1) งบประมาณที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโดยตรง โดยงบประมาณจาก สปสช. ตามสิทธิ์ที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ยาและอุปกรณ์ที่จำเป็น ค่าอาหาร ค่าตรวจ ค่าเอกซเรย์ ซึ่งให้เฉพาะผู้ป่วยและอาจล่าช้าถ้าตรงกับวันหยุดราชการ 2) งบประมาณที่อำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่ถูกกักตัว งบส่วนนี้ได้มาจากกองทุนต่างๆ ในชุมชน ที่กำหนดสิทธิ์จากชุมชนหรือการปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การให้ถุงยังชีพ และ 3) เงินบริจาคต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนการดูแลการรักษา ทั้งยาและอุปกรณ์ต่างๆ ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือจิตอาสาในชุมชนที่จำเป็นต้องใช้ แต่อาจไม่อยู่ในหมวดการจ่ายของภาครัฐ งบประมาณทั้ง 3 ส่วนนี้ทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมในการให้บริการประชาชน

"ระบบการโทรทางไกลเนี่ยมันมีข้อดีมาก ไม่ว่าจะเป็นลดการเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เราจะต้องไปพบหมอ ลดระยะเวลาในการเดินทาง การเข้าถึงระบบสุขภาพทำให้เราเจอหมอได้ง่ายขึ้นและคุยปรึกษาได้แบบเห็นหน้าโดยที่เรายังอยู่คนละที่ ซึ่งระบบนี้ทำให้ช่วยลดการรอที่โรงพยาบาลได้ จุดเด่นอีกอย่างก็คือ ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่ต้องรอว่าเจ้าหน้าที่กำลังติดงานอยู่นะ หรือว่าผู้ป่วยกำลังติดอันนี้อยู่นะ เราไปหาหมอไม่ได้นะ เรามีภาระตรงนี้อยู่นะ แต่พอเราใช้การโทรในการดูแลผู้ป่วยเนี่ย มันทำให้ง่ายในการเข้าถึงระบบสุขภาพ"

(จิตอาสาชาย อายุ 45 ปี)

"สำหรับเรื่องอาหารการกินหรือเรื่องข้าวจะมีผู้ใหญ่บ้านมาส่งให้ทุกมื้อเลย เขาจะมาดูแลทุกวัน เจ้าหน้าที่เหมือนเป็นจิตอาสาจากไทยแคร์นะถ้าจำไม่ผิด เป็นผู้หญิงโทรมาถาม พอถามว่าเขาเป็นพยาบาลไหมหรือเป็นใคร เขาบอกว่าเขาเป็นจิตอาสา เขาจะโทรมาถามทุกวันในเรื่องของการกินยาลืมไหม หรือว่าเรื่องการถูกประเมินอาการ พอเราไม่มีอุปกรณ์เราก็บอกเขา ประมาณสักวันสองวันก็จะมีอุปกรณ์มาที่เรา ให้เราได้ประเมินอาการตัวเอง โดยมี อสม.เอามาให้ ตอนป่วยมีการดูแลเราอยู่ 3 ส่วนด้วยกัน ส่วนที่ 1 ก็คือ ผู้ใหญ่และทีมในชุมชนที่เขาจะมาส่งอาหารให้ทุกมื้อเลย อยากกินอะไรก็บอก เขาจะมีศูนย์ในการดูแลอาหารให้กับผู้ป่วยโควิดและผู้กักตัวที่บ้านเพื่อไม่ให้ออกไปไหน ส่วนที่ 2 คือจาก อสม.ที่ รพ.สต.ทีม อสม.เนี่ยเขาจะเดินมาเยี่ยมบางทีก็มาถามว่าเป็นยังไงบ้าง เป็นไข้ไหม มาสอบถามอาการ แต่ก็ถามอยู่ห่างๆ เพราะเขากลัวติด และส่วนที่ 3 คือทีมอาสาที่โทรมาเยี่ยม รู้สึกเหมือนได้รับการดูแลที่ใกล้ชิด ดีกว่าไปโรงพยาบาลนะ ไม่ต้องเดินทาง ไม่ต้องรอคิว เหมือนมีหมอประจำตัวเลย"

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 29 ปี)

4) สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยระบบแยกตัวที่บ้านเป็นการดูแลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ไกลกัน ซึ่งเป็นไปตามการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค การใช้สื่อ องค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่ช่วยสนับสนุนการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดูแลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านมีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคโนโลยีโทรศัพท์มาช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมจิตอาสา การใช้วิดีโอคอลในการประเมินผู้ป่วยแบบทางไกล การใช้ Google form ในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยรายวัน จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่มีผลต่อความรวดเร็วของการสื่อสาร พบว่า มีผลกระทบทั้งในด้านที่ดีและไม่ดี เช่น ความรวดเร็ว ความน่าเชื่อถือ อาจก่อให้เกิดข่าวลือข่าวลวงได้ง่าย และพบช่องว่างในด้านทักษะการใช้ เทคโนโลยีทางการสื่อสารในผู้สูงอายุ ระบบอินเทอร์เน็ตที่ไม่ครอบคลุม อุปกรณ์ไม่รองรับระบบการทำงาน จำเป็นต้องใช้จิตอาสาในชุมชน และระบบการจัดการในชุมชนที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงองค์ความรู้ที่จำเป็น

“ระบบที่เขาโทรเยี่ยมก็เหมือนมาเติมเต็มการดูแลที่ทำให้เรารู้สึกว่าเราก็ได้รับการดูแลแล้วเขาก็จะรู้นะว่าเขาจะโทรเยี่ยมเรากี่วัน พอหายปุ๊บเขาก็โทรมาว่าเราออกจากบ้านได้แล้ว แนะนำให้เราปฏิบัติตัว ซึ่งดูแลตั้งแต่เราเริ่มเป็นจนเราหาย รู้สึกดีมาก ประทับใจมาก เพราะเขาพูดจาดี ให้กำลังใจ ให้ความรู้จนเรารู้สึกว่าเหมือนมีหมอส่วนตัวมาดูแลเรา”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 32 ปี)

“โทรมาเยี่ยมแบบนี้เรารู้สึกสบายใจกว่าการมี รพ.สต. หรือ อสม. มาเยี่ยม เพราะเป็นเหมือนช่วยรักษาความลับให้เรา บ้านไหนเป็นโควิดก็มีคนรังเกียจ ยิ่งมีเจ้าหน้าที่มาวนเวียนบ่อยๆ คนข้างบ้านก็ยิ่งกลัว แต่พอมีการโทรเยี่ยม เหมือนไม่มีใครมาระแวงเรา แต่เราได้รับการดูแลที่ดี”

(ผู้ป่วยโควิด-19 หญิง อายุ 33 ปี)

5) ระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญในครั้งนี้ ได้แก่ ฐานข้อมูลจาก Thai.care ที่ครอบคลุมการดำเนินการทั้งในส่วนของการลงทะเบียนผู้ป่วย การลงทะเบียนของจิตอาสา การประมวลความรุนแรงของผู้ป่วยเบื้องต้นให้สามารถนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจ อาการและการให้การดูแลตั้งแต่เริ่มจนเสร็จสิ้นกระบวนการ และผลลัพธ์ของการดูแล เพื่ออำนวยความสะดวกด้านข้อมูลให้จิตอาสาในการดูแลด้วยระบบทางไกล

“ระบบฐานข้อมูลดีตรงที่จิตอาสาสามารถติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่อง มีระบบบันทึกที่เราสามารถประเมินว่าอาการเค้าดีขึ้นหรือแย่ลง”

(จิตอาสาหญิง อายุ 25 ปี)

“เวลาที่เราประเมินแล้วตัดสินใจไม่ได้ว่าเราต้องดูแลอย่างไรจะมีทีมหมอที่เราสามารถขอคำปรึกษาได้ผ่านไลน์ เราก็พิมพ์เล่าอาการให้หมอฟัง หมอจะบอกว่าประเมินอะไรเพิ่ม หรืออาการแบบนี้ต้องได้ยาอะไร ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่ายและรวดเร็วมาก”

(จิตอาสาชาย อายุ 30 ปี)

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีผู้นำ/ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ผู้นำมีความสำคัญในการบูรณาการทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อมผสานกันในการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ในกระบวนการทำงานจิตอาสาล้วนมีความหลากหลาย การมีผู้นำหรือผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนจะสามารถสร้างแนวคิดร่วมในการทำงานไม่ให้ไขว้เขว หันเหไปจากวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษามีความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าให้สมาชิกหรือจิตอาสาในทีมรู้สึกมั่นใจในการดำเนินงาน ประสานเครือข่ายสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่นในชุมชน เครือข่ายในการดำเนินงานเป็นหัวใจของการสร้างความเท่าเทียมและทั่วถึงในการดูแล การประสานการทำงานร่วมกับเครือข่ายเดิมในชุมชนจะทำให้การดำเนินงานราบรื่น เข้มแข็ง และยั่งยืน

“การดูแลด้วยระบบปฏิบัติการไทยแคร์มีความ

เหมือนการดูแลแบบ CI [community isolation] และ HI [home isolation] ของระบบอื่นๆ ในด้านการดูแลแบบทางไกล และมีความต่างจากระบบอื่นในด้านการรับจิตอาสา ซึ่งไม่จำเพาะว่าต้องเป็นแพทย์ พยาบาล แต่เป็นการรับสมัครผู้มีจิตอาสาที่พร้อมจะพัฒนาตนเองด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้อื่น ซึ่งถือว่าเป็นจุดเด่นของระบบและเป็นการเป็นจิตอาสาโดยแท้จริงซึ่งไม่มีค่าตอบแทนเป็นจุดแข็งในการคัดเลือกจิตอาสาที่เข้ามาในระบบ สำหรับจุดอ่อนของระบบอยู่ที่การประชาสัมพันธ์"

(จิตอาสาชาย อายุ 37 ปี)

วิจารณ์และข้อยุติ

1. บทบาทและกระบวนการดำเนินงานของกำลังคนด้านสุขภาพ ภายใต้การดูแลทางไกลในระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 12

1.1 ด้านบทบาท กระบวนการดำเนินงาน และกำลังคน

1.1.1 ด้านการสร้างและพัฒนากำลังคนทางด้านสุขภาพ ที่ไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นการสร้างกำลังคนในรูปแบบจิตอาสาที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน โดยทำความเข้าใจในเป้าหมายร่วมกัน มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการทำงานให้แก่จิตอาสาทุกคนให้เข้าใจตรงกัน จัดอบรมให้ความรู้ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนในทางเดียวกัน และติดตามการดำเนินงานของจิตอาสาเป็นที่ปรึกษาและคอยสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งองค์ประกอบของทีมในการดำเนินงานนั้นมี 4 ทีม คือ 1) ทีมกลาง ทำหน้าที่ออกแบบระบบฐานข้อมูลเพื่อจ่ายเคสและติดตามอาการโดยประสานกับทีมติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง วิกฤติ ฉุกเฉิน และคอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษาสนับสนุนทั้งในด้านความรู้ อุปกรณ์ที่จำเป็น และคำแนะนำต่างๆ 2) ทีมติดตามอาการผู้ป่วย เป็นจิตอาสาที่ผ่านการอบรมให้ความรู้ เพิ่มทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทำหน้าที่ในการโทรเยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วย ให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วย รวมทั้งให้กำลังใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจต้องประสานกับทีมกลางในกรณีที่เกินความสามารถในการดูแล หรือเกิดข้อสงสัยในการดูแล และอาจจะต้องประสานกับทีมชุมชนถ้าเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ในชุมชน เช่น เรื่องอาหาร เรื่องครอบครัว เมื่อได้รับเคสจากทีมกลางทำหน้าที่ในการโทรประเมินอาการ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามอาการ และลงบันทึกในระบบฐานข้อมูล ประสานแพทย์และเภสัชกรถ้าพบผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง 3) ทีมชุมชน เป็นจิตอาสาในชุมชนที่ส่วนใหญ่มาจากการจัดสรรและบริหารโดยการปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. มีหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกในการจัดการชีวิตประจำวันในช่วงแยกกักตัวที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการจัดการอาจจะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของผู้นำชุมชนและเครือข่ายทางสังคมของชุม ทำหน้าที่ประสานระหว่างทีมติดตามอาการและผู้ป่วยโควิด-19 เช่น การนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา อาหาร ไปให้ผู้ป่วยในชุมชน และ 4) ทีมอาสาจัดการศพผู้เสียชีวิต เป็นทีมจิตอาสาเฉพาะกิจจัดการศพผู้เสียชีวิตด้วยโควิด-19 ตามแนวทางของศาสนาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

สอดคล้องกับการรวมพลังภาคี สช. (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) สสส. (สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ) พอช. (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน) สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ) Thai PBS. (2022)[5] ตั้งวงถอดบทเรียน "ดอก ผล พลเมืองตื่นรู้สู้ภัยโควิด-19" ได้ว่าในช่วงวิกฤตมีคน ชุมชน และองค์กรที่มีศักยภาพได้มาทำงานจิตอาสาในหลายระดับ ทั้งระดับประชาชน บุคลากรทางการแพทย์ และภาคประชาสังคม โดยมีหลายภาคส่วนได้ลงพื้นที่ในลักษณะพี่เลี้ยง บูรณาการทรัพยากร องค์ความรู้ และเครือข่ายที่มีอยู่หนุนเสริมการทำงานของชุมชน เพื่อให้แกนนำหรือผู้นำชุมชนสามารถให้ความช่วยเหลือคนในชุมชนได้ ซึ่งความเข้มแข็งของประชาชนเป็นส่วนสำคัญในการพลิกวิกฤติในครั้งนี้ จากการถอดเรียนจะเห็นได้ว่า ผู้มี

บทบาทสำคัญให้สถานการณ์ โควิด-19 คือกลุ่มจิตอาสา อาสาสมัคร ซึ่งสอดคล้องกับ Phrakhrusiriphurinithat et al.[6] ที่ได้ศึกษาเรื่อง สังคมไทยป่วยด้วยโควิดแก้ไขด้วยสามจิตกับหนึ่งทัศน์ พบว่า การแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโควิด-19 ควรแก้ไขที่ต้นเหตุ คือ จิต เริ่มที่จิตสำนึก จิตสาธารณะ และจิตอาสา ในขณะที่ Pimontipa Malahom et al.[7] ได้ศึกษาเกี่ยวกับพลังชุมชนกับการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ชายแดนไทย - ลาว พบว่า พลังชุมชนกับการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 เกิดจากความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันร่วมด้วยภายใต้กฎเกณฑ์หรือระเบียบสุขภาพระหว่างประเทศเป็นแกนนำขับเคลื่อนร่วมกับประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว หลากหลายช่องทาง เช่น ทางโทรศัพท์มือถือ มีการประชาสัมพันธ์ในชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ การทำงานค้นเชิงรุกที่จุดผ่อนปรนและชุมชนที่เป็นรอยต่อกับตำบลอื่นที่เป็นพื้นที่ตามแนวชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยอาศัยพลังอำนาจชุมชนในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงประชาชนแรงงานในพื้นที่ที่เดินทางมาจากต่างประเทศจังหวัดในเขตปริมณฑลและจังหวัดเสี่ยงสูงตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้การมีส่วนร่วมในชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันการระบาดโรคโควิด-19 มีการจัดตั้งไลน์กลุ่มระหว่างกลุ่มในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อติดต่อสื่อสารระหว่างคนในชุมชนและกลุ่มเป้าหมายที่ดูแล มีการป้องกันการสร้างความแตกตื่นให้กับประชาชนในวงกว้าง นับเป็นปัจจัยความสำเร็จสู่ความยั่งยืนและก่อให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชน และยังมีข้อค้นพบที่น่าสนใจจาก Thintewan Puttala[8] และ Waranya Jitbantad et al.[9] ที่พบว่า รูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าเป็นกระบวนการที่เหมาะสมในสถานการณ์ที่เร่งด่วน ซึ่งช่วยให้สถานการณ์ตึงเครียดในชุมชนได้ผ่านพ้นไป นับเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนในหมู่บ้านเรียนรู้ในการแก้ปัญหาตามศักยภาพของชุมชน

1.1.2 ด้านเทคโนโลยี การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยใช้รูปแบบการดูแลทางไกล อาศัยโทรศัพท์ในการประเมินและติดตามอาการ ผ่านการลงละเบียนและรายงานความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วยในแพลตฟอร์ม ตรงกับการศึกษาของ Elham Monaghesh และ Alireza Hajizadeh[10] ที่ได้ศึกษาบทบาทของการดูแลทางไกล ในช่วงการระบาดของโควิด-19 โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามหลักฐานปัจจุบัน เพื่อระบุบทบาทของบริการสุขภาพทางไกลในการป้องกัน วินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคในช่วงการระบาดของโควิด-19 พบว่า การดูแลทางไกล มีความเหมาะสมในการลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายของโควิด-19 ในการดูแลผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ตรงกับการศึกษาของ Tarneem Darwish[11] ที่ได้ศึกษาการบูรณาการเทคโนโลยีด้านสุขภาพขั้นสูงเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพเพื่อต่อสู้กับโรคระบาดทั่วโลก: ความท้าทายในปัจจุบันและโอกาสในอนาคต ซึ่งพบว่า รูปแบบการดูแลทางไกลสามารถเป็นเครื่องมือใหม่ในการปรับปรุงระบบการรักษาพยาบาล และช่วยให้สามารถให้บริการด้านการรักษาพยาบาลได้มากขึ้นในช่วงวิกฤตทั่วโลก เช่น การระบาดของโควิด-19 เป็นเครื่องมือหลักในการรับมือกับโรคระบาดที่ช่วยลดภาระให้กับแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงระบบการรักษาพยาบาล

2. ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานภายใต้การดูแลทางไกลในระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 12

2.1 ปัจจัยความสำเร็จ

2.1.1 ทัศนคติ ความคิด ความเชื่อที่มีต่อการทำงานจิตอาสา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานจิตอาสา มีความคิดอยากช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล และใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ในภาวะวิกฤตของประเทศ

2.1.2 ความรู้ความสามารถเฉพาะของวิชาชีพเฉพาะ เป็นปัจจัยสำคัญเนื่องจากผู้ที่มีความรู้ในการดูแล

ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีบทบาทสำคัญในดูแลผู้ป่วยโดยตรง และมีความรู้พร้อมสำหรับช่วยเตรียมอาสาคนอื่นๆ ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์มาก่อนให้สามารถดูแลผู้ป่วยทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.3 กระบวนการในการพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่ทีมจิตอาสา โดยมีการทำความเข้าใจในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบกักตัวที่บ้าน เพื่อให้ทีมจิตอาสาทุกคนมีความมั่นใจในการทำงาน

2.2 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

2.2.1 เข้าถึงระบบฐานข้อมูลได้ยาก การเข้าถึงระบบไทยแคร์ของผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถเข้าถึงระบบออนไลน์ได้อย่างทั่วถึง ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสายตา ผู้ป่วยขาดอุปกรณ์การสื่อสาร ผู้ป่วยไม่มี caregiver ดูแล และผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร ส่วนอุปสรรคของจิตอาสาก็เช่นกัน บางท่านอยากช่วย แต่การเข้าถึงข้อมูลต้องใช้ความสามารถในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร

2.2.2 ปัญหาการติดต่อสื่อสารและเครื่องมือสื่อสาร เนื่องจากเป็นการดูแลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ บางครั้งไม่สามารถโทรติดตามไถ่ถามอาการได้ การเข้าถึงแอปพลิเคชันอาจมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือ และผู้ที่ไม่มีสมาร์ตโฟนหรือมีฐานะไม่ดี ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ ทำให้มีข้อจำกัดในการสื่อสาร

3. รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้าน ในมิติกำลังคนด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 12

3.1 พัฒนาจิตอาสาด้านความรู้ การให้คำปรึกษา เจตคติ การสื่อสาร และการใช้ระบบฐานข้อมูล

3.2 การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับเข้าระบบภายหลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยด้วยการทำ PCR-test หรือ rapid antigen test ให้ผลบวกแล้วลงทะเบียนเข้าสู่ระบบการแยกกักตัวที่บ้าน พยาบาลทีมกลางต้องประเมินและระบุว่าเป็นผู้ป่วยเคสสีเขียว สีเหลือง หรือสีแดง ตามความรุนแรงตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และส่งข้อมูลเคสให้กับทีมติดตามอาการ

3.3 ทีมติดตามอาการ โทรเยี่ยม และวิดีโอคอลเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการวัดอุณหภูมิร่างกาย นับอัตราการหายใจ จับชีพจร วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ทั้งขณะพักและออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านทุกวัน หากค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 94% หรือหอบเหนื่อยหายใจลำบาก ทีมติดตามอาการจะขอคำปรึกษาจากทีมแพทย์และเภสัชกร เพื่อส่งยาไปให้ผู้ป่วย

3.4 ทีมติดตามอาการประสานทีมชุมชน เมื่อพบว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ เช่น ไม่มีอุปกรณ์ในการประเมินอาการ จำเป็นต้องได้รับยาในการรักษา มีความวิตกกังวล มีความจำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาล

3.5 ทีมติดตามอาการและทีมชุมชนประเมินความพร้อมในการกักตัวที่บ้าน และแนะนำการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต เช่น การซื้อของใช้ อาหาร รวมทั้งประเมินความสามารถในการใช้โทรศัพท์ วิดีโอคอล ไลน์

3.6 ทีมติดตามอาการบันทึกข้อมูลการดูแลลงในระบบฐานข้อมูลทุกครั้งที่โทรเยี่ยม และดูแลจนครบ 14 วัน

3.7 ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการเปลี่ยนเป็นสีแดง ทีมติดตามอาการจะประสานทีมแพทย์เพื่อขอคำปรึกษา และประสานทีมชุมชนในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และถ้ามีการเสียชีวิตทีมชุมชนจะประสานทีมดูแลศพผู้เสียชีวิต ทั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยที่ผ่านระบบการดูแลทางไกลเสียชีวิต

รูปแบบการดูแลทางไกลด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านนี้สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทางไกลด้วยการแยกกักตัวที่บ้านทั้งของกระทรวงสาธารณสุขของไทยและต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Panisa Boonyaratkalin[12] Heo, H. et al.[13] Supiya W. & Pimlada L.[14] แต่ต่างกันตรงการพัฒนาความรู้ความสามารถของจิตอาสาที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์มาช่วยแบ่งเบาภาระงานในยามวิกฤติ กำลังคนด้านสุขภาพ จึงไม่ได้มีเพียงเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเท่านั้น แต่มาจากประชาชนที่มีจิตอาสาโดยผ่านกระบวนการสร้างและพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน มี

การติดตาม ให้คำปรึกษา ในระหว่างดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นแรงเสริมของกำลังคนด้านสุขภาพ และจากการศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุ เด็กที่อายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น เป็นใบ้ หูหนวก และผู้ที่ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ หรือไม่มีอินเทอร์เน็ตในการสื่อสาร อาจไม่เหมาะสมกับรูปแบบการดูแลในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ด้านนโยบาย เขตสุขภาพ/โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำผลการวิจัยมากำหนดนโยบาย/แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านโดยใช้รูปแบบการดูแลทางไกล สร้างและพัฒนาจิตอาสาภาคประชาชน ที่นอกเหนือจาก อสม. เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทั้งนี้การส่งเสริมให้จิตอาสาหรือคนในชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านแล้วจะสามารถลดภาระงานของบุคลากรทางสุขภาพ เพราะเมื่อติดเชื้อโควิด-19 จิตอาสาสามารถดูแลตนเองและคนรอบข้างได้

2) ด้านสาธารณะ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการผลิตแพลตฟอร์ม แอปพลิเคชัน บนโทรศัพท์มือถือที่สามารถทำให้ผู้ป่วยโควิด-19 ดูแลตนเองด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านได้

3) ด้านชุมชนและพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ภาคเอกชน และเครือข่ายจิตอาสาภาคประชาชนสามารถนำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยระบบแยกกักตัวที่บ้านโดยใช้รูปแบบการดูแลทางไกล โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติในการเพิ่มกำลังคนในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน โดยการร่วมมือของจิตอาสาในชุมชน และรูปแบบการพัฒนาจิตอาสาสู่การเป็นกำลังคนด้านสุขภาพ และสร้างภาคีเครือข่ายและความร่วมมือในการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ต่อไป

4) ด้านวิชาการ นักวิชาการสามารถนำองค์ความรู้จากงานวิจัยไปต่อยอด ในการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติหรือการทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดการเรียนการสอนทางด้านสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1) ควรทำวิจัยเพื่อพัฒนาดิจิทัลแพลตฟอร์มในการดูแลผู้ป่วยที่โรคอุบัติใหม่และ/หรือโรคเรื้อรัง เพื่อลดภาระงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และเพิ่มความเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

2) ควรพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับยุคปกติวิถีใหม่ เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชัน การเข้าถึงสื่อที่ตรงกับยุคสมัย เช่น ติ๊กต็อก เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงชุดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง

3) ควรทำวิจัยเพื่อพัฒนา ระบบการดูแลทางไกล (telehealth) ในการจัดการควบคุม ดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และผู้ป่วยโควิด-19 รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

4) ควรศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบกระบวนการพัฒนาความรู้ความสามารถให้แก่ทีมจิตอาสา

5) เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพ ดังนั้นการทำวิจัยในเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบผลในการดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ จากการดูแลในระบบ HI และ CI โดยอาสาสมัครที่ไม่ใช่วิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้ทุนการสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอบคุณนายแพทย์วิรุฬ ลิ้มสวาท ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ที่เป็นจุดเริ่มต้นในการดึงจิตอาสาภาคประชาชน และกรุณาเป็นที่ปรึกษางานวิจัยฉบับนี้ รวมทั้งขอบคุณจิตอาสาทุกท่านที่ทำให้เห็นถึงความร่วมมือร่วมใจในการประสานพลังในยามวิกฤติ

References

1. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). In: World Health Organization/Newroom. Geneva (COVID-19) [Internet]. 2020 January. [cited 2022 Mar 7]. Available from: https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov).
2. Phuworawan Y. Mutation of COVID-19. Chulalongkorn Hospital, Thai Red Cross Society [Internet]. 2022. [cited 2022 Jun 4]. Available from: https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/Mutation of COVID-19/.
3. Department of Medical Services. Guidelines for establishing cohort ward, isolation room, field hospital to support the epidemic situation. Corona virus disease 2019. [Internet] 2020. [cited 2022 Jun 4]. Available from: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=108. (in Thai)
4. Thai.care. Find a bed safely with Thai Care. Available from: https://www.thai.care.
5. Thai PBS. "Dok Phol: Citizens Aware of the Danger of COVID-19". online public forum, social power after COVID-19 [Internet]. 2022. [cited 2022 Jun 10]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=NKrMA5xu4lk. (in Thai)
6. Phrakhrusiriphurinithat, Boon-on S, Choenram T. Solving Thai society sick of COVID-19 through three minds and one vision. The Journal of Research and Academics. (2022);5(3):249-62. (in Thai)
7. Malahom P, Sawangkaew P, Poomchan W. Community power and surveillance, control and prevention of the spread of COVID-19. in Thai-Lao border communities [Internet]. 2022. [cited 2022 Aug 3]. Available from: https://www.sac.or.th. (in Thai)
8. Puttala TT. A model of high-risk family and community care in the situation of coronavirus disease 2019 by community participatory process. Journal of Health Innovation Research and Development. 2021;2(2):11-22.
9. Jitbantad W, Rueangphut P, Songlead D, Yok-in J, Rueangphut R, Thaicharoen W, et al. Policy recommendation for primary care management among COVID-19 in the public health region 11. Final report. Health Systems Research Institute (HSRI); 2021. Report No. hs2752.
10. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. BMC Public Health. 2020;20:1-9. PMCID: PMC7395209.
11. Darwish T, Korouri S, Pasini M, Cortez MV, IsHak WW. Integration of advanced health technology within the healthcare system to fight the global pandemic: current challenges and future opportunities. Innov Clin Neurosci 2021;18(1-3):31-4. PMCID: PMC8195559.
12. Boonyaratkalin P. Telenursing for caring patients infected with coronavirua 2019 who entered to home isolation system: nurse's role. Journal of The Police Nurses (JOPN) 2022;14(2):399–408. (in Thai)
13. Heo H, Lee K, Jung E, Lee H. Developing the first telenursing service for COVID-19 patients: the experience of South Korea. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021;18(13):6885. Available from: https://doi.org/10.3390/ijerph18136885.
14. Supiya W, Pimlada L. Home isolation: guidance for patients with COVID-19 infection. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022;16(2):597-611. (in Thai)

พฤติกรรมสุขภาพกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในสามกลุ่มวัยของประชากรไทยระหว่างการระบาดของโควิด-19

คนึงนิจ เยื่อใย[*]
โศภิต นาสืบ[†]
อรทัย วลีวงศ์[†]
ผู้รับผิดชอบบทความ: *คนึงนิจ เยื่อใย*

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: มาตรการป้องกันและควบคุมโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อประชาชน ทำให้มีภาวะเครียด มีพฤติกรรมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มากขึ้น มีกิจกรรมทางกายลดน้อยลงหรือมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพตามหลักการของ health belief model การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 และเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด **ระเบียบวิธีศึกษา:** การศึกษาภาคตัดขวางจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,731 คน ที่เป็นตัวแทนของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จากการสุ่มแบบชั้นภูมิหลายขั้นตอนตามเขตสุขภาพ 13 เขต และตามสัดส่วนของประชากรสามกลุ่มอายุ (กลุ่มวัยรุ่น 15-24 ปี กลุ่มวัยทำงาน 25-59 ปี และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป) จำแนกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามกลุ่มช่วงอายุเป็นร้อยละ และวิเคราะห์ความเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพเชิงลบ (พฤติกรรมที่ส่งผลให้สุขภาพแย่ลง) ด้วย ordinal logistic regression **ผลการศึกษา:** ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชากรไทยร้อยละ 33.3 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.3 สูบบุหรี่ ร้อยละ 73.5 มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ร้อยละ 6.8 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 70 รับประทานผักและผลไม้เพียงบางมื้อต่อวัน ร้อยละ 77.0 ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และร้อยละ 57.7 รับประทานอาหารจานด่วน เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนดีขึ้นในภาพรวม 3 พฤติกรรม คือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลลดลง รับประทานอาหารจานด่วนลดลง ส่วนพฤติกรรมที่แย่ลง 5 พฤติกรรม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง การมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานผักและการรับประทานผลไม้ โดยกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปีมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงลบมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงของการมีพฤติกรรม

[*] *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*
[†] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

Received 9 August 2022; Revised 23 May 2023; Accepted 25 August 2023
Suggested citation: Yueayai K, Nasueb S, Waleewong O. Thai's health behaviors and their associated factors among three age groups during COVID-19 pandemic. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):574-98.
คนึงนิจ เยื่อใย, โศภิต นาสืบ, อรทัย วลีวงศ์. พฤติกรรมสุขภาพกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในสามกลุ่มวัยของประชากรไทยระหว่างการระบาดของโควิด-19. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):574-98.

สุขภาพเชิงลบต่างๆ โดยใช้กลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้น และการมีกิจกรรมทางกายลดลงน้อยกว่ากลุ่มวัยรุ่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารจานด่วนในกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้ กลุ่มผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมการรับประทานผักและผลไม้ลดลงมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นอีกด้วย กลุ่มวัยรุ่นรายงานพฤติกรรมสุขภาพไปในเชิงลบเทียบระหว่างช่วงระบาดและก่อนการระบาดของโควิด-19 คิดเป็นสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ ใน 4 พฤติกรรม ได้แก่ การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้น การมีกิจกรรมทางกายลดลง การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเพิ่มขึ้น และการรับประทานอาหารจานด่วนเพิ่มขึ้น **สรุปผลการศึกษา:** ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเชิงลบในกลุ่มวัยรุ่นมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุมีความเสี่ยงของการรับประทานอาหารจานด่วนเพิ่มขึ้นมากกว่าวัยรุ่น รัฐควรมีมาตรการที่เฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มวัยรุ่นเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและโอกาสการสร้างสุขภาพใหม่ ตลอดจนมาตรการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

คำสำคัญ: สุขภาพ, พฤติกรรม, พฤติกรรมเสี่ยง, ความเสี่ยงทางสุขภาพ, โควิด-19

Thai's Health Behaviors and Their Associated Factors among Three Age Groups during COVID-19 Pandemic

Khanuengnij Yueayai*, Sopit Nasueb†, Orratai Waleewong†

* *Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima, Department of Disease Control, Ministry of Public Health*

† *International Health Policy Program, Ministry of Public Health*

Corresponding author: *Khanuengnij Yueayai, jbhoutan@gmail.com*

Abstract

Background and Rationale: COVID-19 control measures impacted on stress, alcohol, and tobacco consumption, including physical inactivity and sedentary lifestyle among populations. As age is a factor in the health belief model that affected individual beliefs throughout life-course, this study aimed to explore health-related behaviors by age groups during the COVID-19 pandemic, compared to the pre-pandemic. **Methodology:** A cross-sectional study was done among 7,731 Thai people aged 15 years and older, through multistage sampling of the total 13 health regions and proportionate to population size of selected provinces by three age groups (adolescent: 15-24 years, working age group: 25-59 years, and elderly: 60 years and older). Face-to-face interview captured changes in health-related behaviors (increase, no change, and decrease) then analyzed by ordinal logistic regression. **Results:** During the COVID-19 pandemic 33.3% of Thai people were current drinker, 18.3% were current smoker, 73.5% had sedentary behavior, 6.8% were physical inactive, more than 70% had vegetable and fruit in some meal/day, 77.0% had sugar drink, and 57.7% ate fast-food. Compared to pre-pandemic, 3 out of 8 behaviors were going in positive direction - alcohol consumption (27.0%), sugar drink (11.1%), and fast-food eating (12.7%) - whereas tobacco consumption, sedentary life, physical activity, and eating vegetable and fruit were going in the opposite direction. Negative directions happened among age group 15-24 years the most, followed by the 60 years and older. Taking the 15-24 years as the reference group, the working age and the elderly had less sedentary and physical inactivity, the working age ate fast-food more frequently and the elderly even more than among adolescent group. Also, elderly group had higher risk of eating less vegetable and fruit compared to adolescent group. The 15-24 years had

the most 4 highest negative health behavior changes compared to pre-pandemic including sedentary life, less physical activity, more sugar-drink ($p < 0.01$), and more fast-food. **Conclusion:** During the COVID-19 pandemic, the adolescent had most negative health-related behaviors, whereas the working age and the older persons had higher risk of having fast-food than the adolescent. Government should further develop interventions specific to age groups. New interventions should create enabling healthy environments to adolescent and the vulnerable groups during the pandemic.

Keywords: health, behavior, risk behavior, health risk, COVID-19

ภูมิหลังและเหตุผล

การระบาดของโควิด-19 และมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคของรัฐทั้งมาตรการทางด้านสาธารณสุขและมาตรการทางด้านสังคม เช่น การจำกัดการเดินทาง การปิดร้านค้า-สถานบริการ-สถานที่สาธารณะ รวมถึงย้ายการทำงานและการเรียนไปที่บ้าน ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของบุคคล[1] ทั้งในเชิงกายภาพ เช่น มาตรการดังกล่าวส่งผลให้มีกิจกรรมทางกายลดลง และมีตัวเลือกในการรับประทานอาหารน้อยลง ทำให้มีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น[2-3] และสภาพจิตใจ เช่น ผลจากการกักตัวหรือแยกกักส่งผลต่อสภาวะอารมณ์ความรู้สึกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับสภาพจิตใจอยู่แต่เดิม[4-6] อีกทั้งยังส่งผลต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับประชากรทั่วโลก[7] เช่นเดียวกันกับประเทศไทยที่มีการแพร่ระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 และมีการใช้มาตรการการปิดประเทศ ปิดเมือง การกักตัว การปิดหรือลดระยะเวลาการเปิดให้บริการของร้านอาหาร ห้างสรรพสินค้า สวนสาธารณะ รวมไปถึงการปิดโรงเรียนและสถานที่ทำงาน มีการเปลี่ยนรูปแบบของการทำงานเป็นการทำงานจากที่บ้าน มาตรการเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประชาชนไทย ทั้งพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วย ทำให้ประชาชนไทยมีภาวะเครียดเพิ่มสูงขึ้น โดยหลังการระบาดของโควิด-19 ในระลอกสองสงบลงผลการสำรวจความเครียดของประชากรไทยอยู่ที่ร้อยละ 3 แต่เมื่อมีการสำรวจในขณะที่มีการระบาดในระลอกที่สามพบความเครียดของประชากรไทยสูงขึ้นถึงร้อยละ 9.5[8-10] และมีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่สูงขึ้น[11] นอกจากนี้มาตรการป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าว ยังส่งผลต่อการจำกัดการทำกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ทำให้มีแนวโน้มของการไม่มีกิจกรรมทางกายและการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้น โดยก่อนการระบาดของ โควิด-19 ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 74.6 แต่เมื่อเกิดการระบาดของโควิด-19 ระลอกที่สาม สัดส่วนผู้มีกิจกรรมทางกายเพียงพอลดลงเหลือร้อยละ 56.3 อีกทั้งผลการสำรวจการใช้อินเทอร์เน็ตในช่วงปีของการระบาดของโควิด-19 ระลอกแรกพบว่า ร้อยละ78.3 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น โดยส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการระบาดของโควิด-19[12-13]

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลอันหมายถึงปัจจัยของบุคคลๆ หนึ่งอันรวมถึงความเชื่อ ความคาดหวัง แรงบันดาลใจ การรับรู้ บุคลิกภาพและอารมณ์ที่ส่งผลต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาวะ[14] ย่อมมีความแตกต่างกันตามกลุ่มวัย (แบ่งตาม United Nations เป็นกลุ่มอายุ 0-14 ปี 15-24 ปี 25-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป)[15] เนื่องจากอายุเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงทุกปี อันส่งผลต่อความเชื่อส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การกำหนดการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม

สุขภาพที่คาดว่าจะปฏิบัติ (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหล่านั้น (perceived barriers) และ การรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) ที่จะเกิดผลต่อการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้ (cue to action) ตามหลักการของ Health Belief Model (HBM)[16] อีกทั้งผลกระทบของการระบาดของโควิด-19 ยังส่งผลต่อกลุ่มวัยต่างๆ อย่างแตกต่างกันอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นโอกาสในการเกิดอาการหรือภาวะแทรกซ้อนของโควิด-19 ที่รุนแรง ซึ่งพบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยทำงานและเด็ก[17] รวมไปถึงความเครียดและความวิตกกังวลที่พบในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ในประเทศออสเตรียที่วัดโดยเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลาย (Perceived Stress Scale 10, Patient Health Questionnaire 9, Generalized Anxiety Disorder 7 scale) ก็พบในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ[18] ในขณะที่มีการศึกษาที่พบว่าอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการยินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่มากขึ้น สวนทางกับพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโควิด-19 ที่น้อยลงตามอายุที่มากขึ้น[19] ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีการรับรู้ในโอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) มากกว่ากลุ่มอายุที่น้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อและมีอาการรุนแรงได้มากกว่ากลุ่มอายุอื่น[20]

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ให้ทำการสำรวจการปรับตัว ทัศนคติ และความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชากรไทยในช่วงการระบาดของโควิด-19 โดยในการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าความเสี่ยงด้านสุขภาพในช่วงการระบาดของโควิด-19 ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายลดลง การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น การรับประทานอาหารจานด่วนและขนมขบเคี้ยว การดื่มสุรามากขึ้น พฤติกรรมเสพติด (พฤติกรรมที่ไม่ได้เกิดจากการใช้ยาเสพติดแต่เสพเพราะทำให้เกิดความสุข) การได้รับแสงแดดไม่เพียงพอ การแยกตัวออกจากสังคม (social isolation) และสุขภาพจิตที่แย่ลง[21-24] การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อพรรณนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ดูความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเทียบกับช่วงก่อนที่จะมีการระบาดของโควิด-19 รวมไปถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกลุ่มอายุว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในเชิงลบมากน้อยเพียงใด

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษาและข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยใช้ข้อมูลการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,731 คน ที่เป็นตัวแทนของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งหมดรวม 54,285,663 คน จาก 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ อ้างอิงฐานข้อมูลระบบสถิติทางการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี 2563 (เขตสุขภาพที่ 1-12 คำนวณจากระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มร้อยละ 5 ปรับค่าด้วยผลกระทบจากการออกแบบวิจัย (design effect) 1.2 และอัตราความร่วมมือ (response rate) ร้อยละ 80 ได้เขตละ 562 ตัวอย่าง ส่วนเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร มีความซับซ้อนของประชากรสูงกว่า จึงคำนวณจากระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มร้อยละ 4 ปรับค่าด้วยผลกระทบจากการออกแบบวิจัย (design effect) 1.2 และอัตราความร่วมมือ (response rate) ร้อยละ 80 ได้ 879 ตัวอย่าง เมื่อรวมทั้ง 13 เขตสุขภาพแล้ว

ได้จำนวนรวมทั้งสิ้น 7,623 ตัวอย่าง ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบชั้นภูมิหลายขั้น (stratified multi-stage sampling) ขั้นแรกทำการสุ่มจังหวัดตัวอย่าง เขตละ 2 จังหวัด (ยกเว้นเขต 13 กรุงเทพมหานคร) โดยจังหวัดแรกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นจังหวัดที่เป็นที่ตั้งสำนักงานเขตสุขภาพ ส่วนจังหวัดที่ 2 ใช้การสุ่มเชิงระบบจากการบวกค่าความถี่สะสม (cumulative systematic sampling) จากนั้นคำนวณสัดส่วนตัวอย่างแต่ละจังหวัด โดยอ้างอิงจากข้อมูลประชากรจริง เพื่อให้การสุ่มกระจายไปยังจังหวัดที่มีประชากรขนาดแตกต่างกัน แต่ละจังหวัดทำการสุ่มพื้นที่ตัวอย่าง จำแนกเป็นในเขตและนอกเขตเทศบาล (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นชั้นใน ชั้นกลาง ชั้นนอก) จากนั้นคำนวณสัดส่วนตัวอย่างที่จะเก็บในแต่ละพื้นที่ตามข้อมูลประชากรจริง โดยควบคุมตัวแปรด้านเพศและอายุ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจภาคสนาม (field survey) สัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face to face interview) โดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ (1) ปัจจัยระดับบุคคลและครัวเรือน ทั้งหมด 17 ข้อคำถาม ประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิตจำนวน 9 ข้อ การประเมินคุณภาพชีวิตจำนวน 5 ข้อ ความวิตกกังวล/ความเครียดในสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ที่ผ่านมาจำนวน 3 ข้อ (2) สถานะสุขภาพและความเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งหมด 14 ข้อคำถาม ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวันในสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ที่ผ่านมาจำนวน 6 ข้อ การได้รับสื่อและเข้าถึงกิจกรรมการตลาดของสินค้าอุปโภคและบริโภคในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 8 ข้อ (3) พฤติกรรมทางสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งหมด 5 ข้อคำถาม (4) สถานการณ์ปัจจัยแวดล้อมและการได้รับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ทั้งหมด 49 ข้อคำถาม ประกอบด้วยการสูบบุหรี่จำนวน 12 ข้อ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 15 ข้อ การบริโภคอาหารจำนวน 12 ข้อ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายจำนวน 10 ข้อ (5) การรับรู้และทัศนคติต่อประเด็นและผลจากนโยบายรัฐ ทั้งหมด 11 ข้อคำถาม ระยะเวลาที่สอบถามตั้งแต่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2563 จนถึงวันที่มีการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการสนับสนุนให้มีการฉีดวัคซีนโควิด-19 แล้ว โดยมียอดการฉีดวัคซีนเข็มที่สองแล้วกว่า 6.5 ล้านราย และเข็มที่ 3 แล้วกว่า 5 แสนราย[25] ผู้ทำการเก็บข้อมูลภาคสนามได้รับการอบรมทำความเข้าใจรายละเอียดในการทำงานรวมถึงมีการซักซ้อมและทดลองสัมภาษณ์และตรวจสอบการทำงานด้วยระบบ check in เพื่อแจ้งสถานะพื้นที่การทำงาน ทั้งเริ่มงานและจบงานในแต่ละวัน พร้อมรูปถ่ายสถานที่และการสัมภาษณ์ ตามเวลาที่กำหนดไว้ในแผนงาน

ตัวแปรในการศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ

1. พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ (1) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (2) การสูบบุหรี่ (3) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (physical inactivity) โดยใช้ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก คือ การมีกิจกรรมทางกายความแรงระดับปานกลางน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือ มีกิจกรรมทางกายความแรงระดับสูงหรือความแรงในทั้งสองระดับรวมกันน้อยกว่า 75 นาทีต่อสัปดาห์ (metabolic equivalent - minute: MET-minute ต่อสัปดาห์น้อยกว่า 600)[26] ใช้ข้อคำถามทั้งหมดจาก global physical activity questionnaire (GPAQ)[27] แปลเป็นภาษาไทยโดยมีหมวดของคำถามที่นำมาคำนวณกิจกรรมทางกายคือคำถามในหมวดของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน กิจกรรมที่เกิดจากการเดินทางไปมา และกิจกรรมการออกกำลังกายและคำนวณออกมาเป็น MET-minute ต่อสัปดาห์ (4) การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ได้แก่ กิจกรรมใดๆ ที่ใช้พลังงานไม่เกิน 1.5 MET เช่น ทุกกิจกรรมที่ทำขณะนั่งหรือนอน การนั่งทำงานบนโต๊ะ

ขับรถ หรือดูโทรทัศน์ รวมถึง การใช้เวลาอยู่กับหน้าจอ (screen time) เช่น คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ตโฟน[28] โดยประเมินผลจากคำถามในหมวดของการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของ GPAQ ออกมาเป็นนาทีต่อวันที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (5) การบริโภคผักในแต่ละวัน เป็นการเก็บข้อมูลจากการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างว่าในช่วง 30 วันก่อนการสัมภาษณ์ว่ามีการรับประทานผักอย่างไรบ้าง แบ่งเป็น มีผักเป็นส่วนประกอบครบ 3 มื้อ หรือ 2 มื้อ หรือ 1 มื้อ หรือรับประทานบ้างบางวัน หรือ แทบไม่มีผักเป็นส่วนประกอบเลย (6) การบริโภคผลไม้ในแต่ละวัน ซึ่งมีการเก็บข้อมูลลักษณะเดียวกับการบริโภคผักในแต่ละวัน (7) การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เป็นการเก็บข้อมูลจากการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างว่าในช่วง 30 วันก่อนการสัมภาษณ์มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลแบบขวด (เช่น น้ำอัดลม ชาเขียว น้ำผลไม้ เครื่องดื่มชูกำลัง) อย่างไรบ้าง แบ่งเป็น ดื่มทุกวัน หรือ ดื่ม 5-6 วัน/ สัปดาห์ หรือ ดื่ม 3-4 วัน/ สัปดาห์ หรือ ดื่ม 1-2 วัน/ สัปดาห์ หรือ ดื่ม 1-3 วัน/เดือน หรือ ไม่ดื่มเลย และ (8) การรับประทานอาหารจานด่วน ซึ่งเก็บข้อมูลในลักษณะเดียวกันกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล

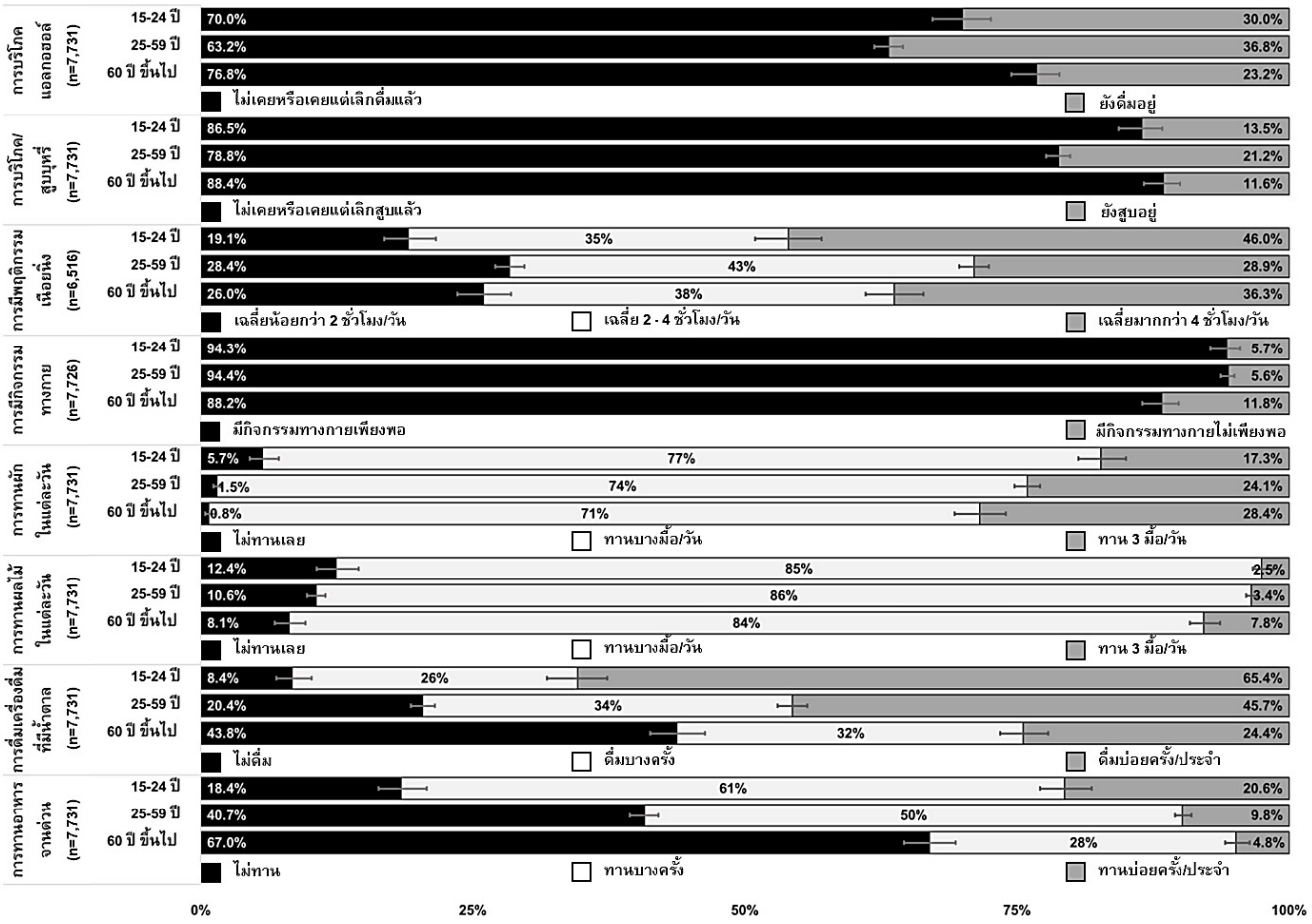
2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงข้างต้น เทียบกับช่วงก่อนการระบาดของโควิด-19 (ก่อนวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2563) โดยข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์วัดจากความถี่ในการบริโภค และการสูบบุหรี่วัดจากจำนวนมวนที่สูบต่อวันที่กลุ่มตัวอย่างได้ระบุเป็นความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และจำนวนมวนที่สูบทั้งก่อนและในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 (ภายใน 30 วันก่อนการสัมภาษณ์) จากนั้นประมวลผลว่า ความถี่ของการดื่มสุรา และจำนวนมวนของการสูบบุหรี่ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 นั้น ลดลง (1 คะแนน) เท่าเดิม (2 คะแนน) หรือ มากขึ้น (3 คะแนน) ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง การบริโภคผักในแต่ละวัน การบริโภคผลไม้ในแต่ละวัน การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และการรับประทานอาหารจานด่วน วัดจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างจากการประเมินตนเอง (self-assessment) คือ พฤติกรรมดังกล่าวในช่วงภายใน 30 วันก่อนการสัมภาษณ์เปรียบเทียบกับในช่วงระยะเวลาก่อนการระบาดโควิด-19 (ก่อนมีนาคม พ.ศ. 2563) ท่านคิดว่า มีพฤติกรรมเหล่านั้น ลดลง หรือ เท่าเดิม หรือ มากขึ้น โดยหลังจากนั้นพิจารณาผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากเท่าเดิม เท่ากับ 2 คะแนน หากลดลงสำหรับการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และการรับประทานอาหารจานด่วน รวมถึงการเพิ่มขึ้น สำหรับการบริโภคผักในแต่ละวัน การบริโภคผลไม้ในแต่ละวัน แสดงถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ลดลงเท่ากับ 1 คะแนน ในส่วนของการเพิ่มขึ้นของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และการรับประทานอาหารจานด่วน และการลดลงของการบริโภคผักในแต่ละวัน การบริโภคผลไม้ในแต่ละวัน แสดงถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้นเท่ากับ 3 คะแนน ในกลุ่มตัวอย่างที่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ทั้งเพิ่มขึ้น และลดลง) จะมีการสัมภาษณ์ในประเด็นที่คาดว่าอาจเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว โดยกลุ่มตัวอย่างจะให้คะแนน ตั้งแต่1-10 คะแนน ซึ่งแสดงระดับอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ซึ่งเป็นคะแนนที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยในการศึกษานี้จะนับว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลก็ต่อเมื่อปัจจัยนั้นได้คะแนนจากกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป

ตัวแปรต้นที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ กลุ่มอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ช่วงวัย คือ วัยรุ่น (อายุ 15–24 ปี) วัย

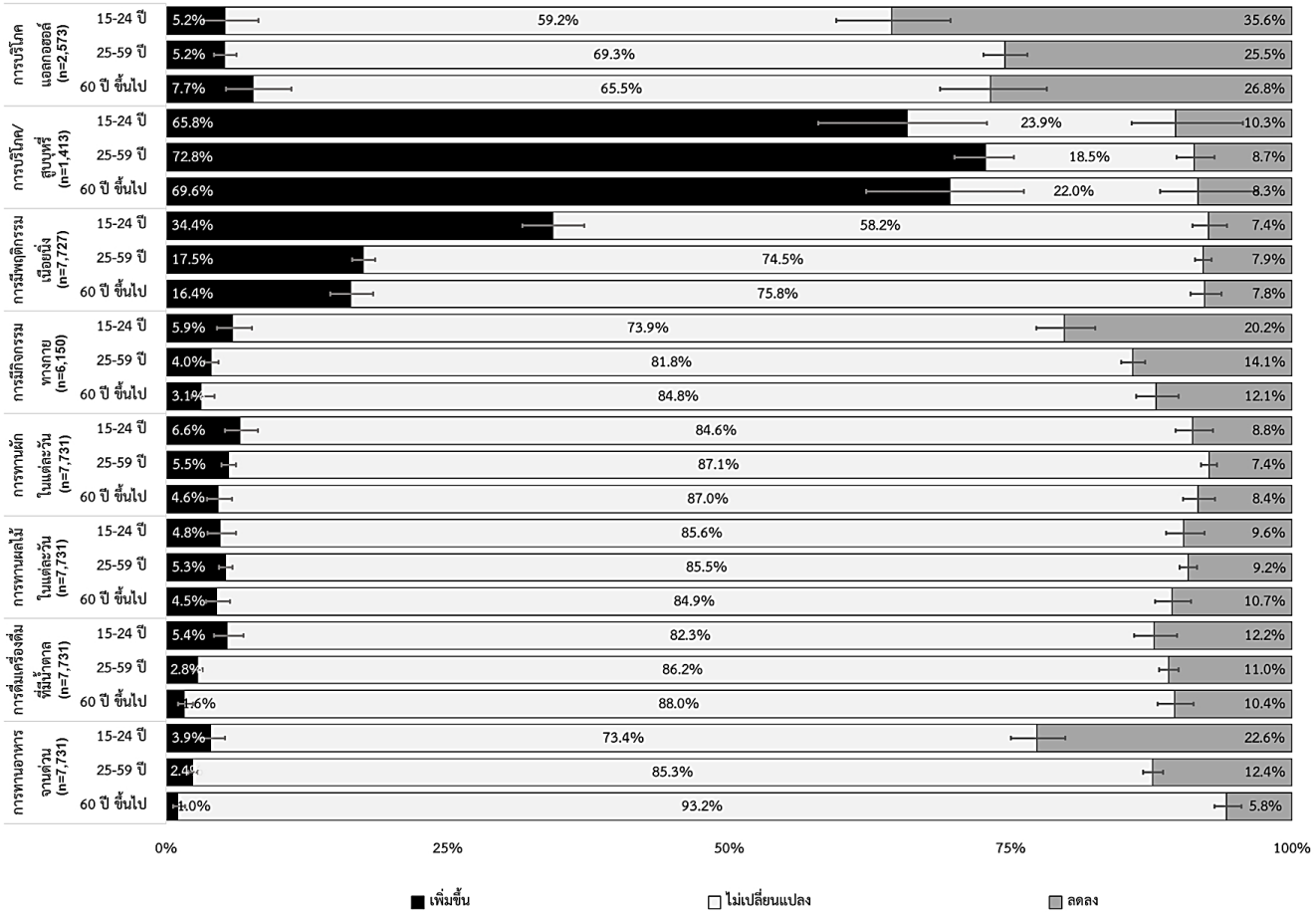
ทำงาน (อายุ 25-59 ปี) และผู้สูงวัย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์เพื่อหาความเสี่ยงของกลุ่มอายุต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงมากขึ้นแบบหลายตัวแปร ได้เพิ่มตัวแปรเพื่อปรับค่าความเสี่ยง (multivariable analysis) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่ในเขตเมือง/นอกเมือง การศึกษา อาชีพ รายได้ รายได้ครัวเรือน การเปลี่ยนแปลงของรายได้ครัวเรือนในช่วงการระบาด ลักษณะครอบครัวเดี่ยว/ขยาย รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพอื่นๆ อีกเจ็ดพฤติกรรมในการศึกษานี้ เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวพบว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการศึกษาจากการศึกษาก่อนหน้า[29-33] โดยใช้กลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มอ้างอิง

รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเชิงพรรณนาของข้อมูลพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพทั้ง 8 พฤติกรรมจำแนกตาม 3 กลุ่มวัย ได้แก่ ร้อยละของการมีพฤติกรรมเสี่ยงในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 (ภาพที่ 1) และการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเทียบกับก่อนช่วงการระบาดของโควิด-19 (ภาพที่ 2) จากนั้นเปรียบเทียบภาพความแตกต่างของสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (3 ระดับ: ลดลง เท่าเดิม มากขึ้น) ในแต่ละพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและจำแนกตามสามกลุ่มวัย โดยใช้ Chi-square test พิจารณานัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ alpha = 0.05 (ตารางที่ 2) ในแต่ละกลุ่มวัย หากพบว่าภาพรวมมีความแตกต่าง



ภาพที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ของประชากรไทยในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 (เก็บข้อมูลพฤติกรรมระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2564) จำแนกกลุ่มวัย (n=7,731)



ภาพที่ 2 สัดส่วนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด จำแนกตามกลุ่มวัย (n=7,731)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะวิเคราะห์เปรียบเทียบต่อว่า สัดส่วนการเปลี่ยนแปลงใดมีความแตกต่างจากสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ โดยใช้ Bonferroni adjusted พิจารณานัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ adjusted alpha = 0.0056 (ตารางที่ 2) นักวิจัยวิเคราะห์หาความเสี่ยงของกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มสูงอายุ เทียบกับกลุ่มวัยรุ่น (กลุ่มอ้างอิง) ต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงมากขึ้นด้วย ordinal logistic regression ทั้งในแบบตัวแปรเดียวและหลายตัวแปร โดยแสดงค่าความเสี่ยงในรูปของ odds ratios ค่า 95% confidence interval และ ค่า *p* (ตารางที่ 3)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าสัดส่วน (ร้อยละ) ของปัจจัยที่ได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป และการจัดอันดับตามสัดส่วนจากมากไปน้อย (อันดับ 1 คือมีสัดส่วนมากที่สุด) (ตารางที่ 4)

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เอกสารรับรองเลขที่ IHRP No. 132-2563 รับรองวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของการสำรวจ 7,731 คน อายุระหว่าง 15–90 ปี (ค่าเฉลี่ยอายุ 43.8 ปี) โดยเป็นกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15-24 ปี) จำนวน 1,144 คน (ร้อยละ 14.8) กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) จำนวน 5,141 คน (ร้อยละ 66.5) และกลุ่มสูงวัย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,446 คน (ร้อยละ 18.7) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.3) มากกว่าเพศชาย และร้อยละ 61.7 แต่งงานแล้ว กว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.6) จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือต่ำกว่า มีเพียงร้อยละ 13.0 ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 63.1) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 77.4) อาศัยอยู่กับครอบครัวขยาย (ร้อยละ 54.8) และมีรายได้ครัวเรือนไม่เกิน 50,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 96.9) โดยครัวเรือนร้อยละ 82.7 มีรายได้ลดลงในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 (ตารางที่ 1) ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 และการเปลี่ยนแปลงตามกลุ่มวัยมีดังนี้

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 (เดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564) ประชากรไทยร้อยละ 33.3 (2,573/7,731) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มสุราส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงความถี่ของการบริโภค สำหรับการรายงานว่ามีสัดส่วนที่ดื่มลดลงมากกว่าสัดส่วนที่ดื่มเพิ่มขึ้นกว่า 5 เท่า (ร้อยละ 27.0 เทียบกับ ร้อยละ 5.5) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัย กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน (ร้อยละ 36.8) รองลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 30.0) และกลุ่มผู้สูงอายุ (ร้อยละ 23.2) ตามลำดับ (ภาพที่ 1) โดยกลุ่มที่มีสัดส่วนการดื่มลดลง

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรไทยที่ศึกษาจากการสำรวจในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2564 จำแนกตามกลุ่มวัย และลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม (n=7,731)

ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม	กลุ่มอายุ					
	15-24 ปี (n=1,144)		25-59 ปี (n=5,141)		60 ปี ขึ้นไป (n=1,446)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			(2 unidentified)			
ชาย	546	47.7	2413	47.0	652	45.1
หญิง	598	52.3	2726	53.1	794	54.9
สถานะสมรส	(3 missing)		(10 missing)		(3 missing)	
โสด	1054	92.4	1055	20.6	73	5.1
แต่งงานแล้ว	86	7.5	3640	70.9	1032	71.5
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	1	0.1	436	8.5	338	23.4
เขตที่อยู่อาศัย						
ในเขตเทศบาล	331	28.9	1286	25.0	347	24.0
นอกเขตเทศบาล	693	60.6	3253	63.3	931	64.4
กรุงเทพมหานคร	120	10.5	602	11.7	168	11.6

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรไทยที่ศึกษาจากการสำรวจในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2564 จำแนกตามกลุ่มวัย และลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม (n=7,731) (ต่อ)

ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม	กลุ่มอายุ					
	15-24 ปี (n=1,144)		25-59 ปี (n=5,141)		60 ปี ขึ้นไป (n=1,446)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	(9 missing)		(63 missing)		(22 missing)	
มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือต่ำกว่า	439	38.7	2729	53.7	1231	86.5
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 หรือเทียบเท่า	515	45.4	1615	31.8	121	8.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	181	16.0	734	14.5	72	5.1
การจ้างงาน						
ข้าราชการ/พนักงานราชการ	23	2.0	261	5.1	17	1.2
รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป	418	36.5	4580	89.1	988	68.3
ไม่ได้ทำงาน	703	61.5	300	5.8	441	30.5
รูปแบบครอบครัว						
อาศัยอยู่คนเดียว	91	8.00	309	6.0	96	6.6
ครอบครัวเดี่ยว	55	4.8	2294	44.6	729	50.4
ครอบครัวขยาย	998	87.2	2538	49.4	621	43.0
รายได้ส่วนบุคคล	(12 missing)		(50 missing)		(14 missing)	
น้อยที่สุด (1st Quintile)	628	55.5	616	12.1	624	43.6
น้อย (2nd Quintile)	123	10.9	897	17.6	312	21.8
ปานกลาง (3rd Quintile)	183	16.2	1353	26.6	267	18.7
มาก (4th Quintile)	158	14.0	1288	25.3	130	9.1
มากที่สุด (5th Quintile)	40	3.5	937	18.4	99	6.9
รายได้ครัวเรือน	(1 missing)		(12 missing)		(2 missing)	
ไม่เกิน 20,000 บาท	451	39.5	2293	44.7	808	56.0
20,000 - 50,000 บาท	653	57.1	2669	52.0	605	41.9
50,000 - 75,000 บาท	19	1.7	119	2.3	21	1.5
75,000 - 100,000 บาท	15	1.3	26	0.5	8	0.6
มากกว่า 100,000 บาท	5	0.4	22	0.4	2	0.1
การเปลี่ยนแปลงของรายได้ครัวเรือน	(7 missing)		(28 missing)		(7 missing)	
ลดลงมากกว่าครึ่งของรายได้ก่อนการระบาด	500	44.0	3180	62.2	901	62.6
ลดลงไม่เกินครึ่งของรายได้ก่อนการระบาด	343	30.2	1149	22.5	289	20.1
ไม่เปลี่ยนแปลง	272	23.9	712	14.0	239	16.6
เพิ่มขึ้น	22	1.9	72	1.4	10	0.7

ตารางที่ 2 สัดส่วนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยเปรียบเทียบระหว่างก่อนการระบาดและช่วงระบาดของโควิด-19 จำแนกตามกลุ่มอายุ (n=7,731)

พฤติกรรมสุขภาพ	การเปลี่ยนแปลง	15-24 ปี				25-59 ปี				60 ปี ขึ้นไป				*Overall*
			จำนวน	ร้อยละ	*p*-value[b]		จำนวน	ร้อยละ	*p*-value[b]		จำนวน	ร้อยละ	*p*-value[b]	*p*-value
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=2,573)	ลดลง (695, 27.0)	n=343	122	35.6	0.0001[*c]	n=1,894	483	25.5	0.0040 [*d]	n=336	90	26.8	0.9203	0.001*
	เท่าเดิม (1736, 67.5)		203	59.2	0.0004[*d]		1,313	69.3	0.0008 [*c]		220	65.5	0.4026	
	เพิ่มขึ้น (142, 5.5)		18	5.3	0.8134		98	5.2	0.2009		26	7.7	0.0560	
การสูบบุหรี่ (n=1,413)	ลดลง (276, 19.5)	n=155	37	23.9		n=1,090	202	18.5		n=168	37	22.1		0.398
	เท่าเดิม (1012, 71.6)		102	65.8			793	72.8			117	69.7		
	เพิ่มขึ้น (125, 8.9)		16	10.3			95	8.7			14	8.3		
การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (n=7,727)	ลดลง (604, 7.8)	n=1,144	85	7.4	0.5975	n=5,138	407	7.9	0.0040 [*d]	n=1,445	112	7.8	0.9180	<0.001*
	เท่าเดิม (5592, 72.4)		666	58.2	<0.0001[*d]		3,830	74.5	0.0008 [*c]		1,096	75.9	0.0010 [*c]	
	เพิ่มขึ้น (1531, 19.8)		393	34.4	<0.0001[*c]		901	17.5	0.2009		237	16.4	0.0003 [*d]	
การมีกิจกรรมทางกาย (n=6,150)	ลดลง (901, 14.7)	n=900	182	20.2	<0.0001[*c]	n=4,099	580	14.2	0.0040 [*d]	n=1,151	139	12.1	0.0062	<0.001*
	เท่าเดิม (4996, 81.2)		665	73.9	<0.0001[*d]		3,355	81.9	0.0008 [*c]		976	84.8	0.0006 [*c]	
	เพิ่มขึ้น (253, 4.1)		53	5.9	0.0037[*c]		164	4.0	0.2009		36	3.1	0.0618	
การรับประทานผักในแต่ละวัน (n=7,731)	ลดลง (602, 7.8)	n=1,144	101	8.8		n=5,141	380	7.4		n=1,446	121	8.4		0.084
	เท่าเดิม (6702, 86.7)		968	84.6			4,476	87.1			1,258	87		
	เพิ่มขึ้น (427, 5.5)		75	6.6			285	5.5			67	4.6		
การรับประทานผลไม้ในแต่ละวัน (n=7,731)	ลดลง (739, 9.6)	n=1,144	110	9.6		n=5,141	475	9.2		n=1,446	154	10.7		0.417
	เท่าเดิม (6601, 85.4)		979	85.6			4,395	85.5			1,227	84.9		
	เพิ่มขึ้น (391, 5.1)		55	4.8			271	5.3			65	4.5		
การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล (n=7,731)	ลดลง (855, 11.0)	n=1,144	140	12.2	0.1685	n=5,141	564	11.0	0.7256	n=1,446	151	10.4	0.4071	<0.001*
	เท่าเดิม (6648, 86.0)		942	82.3	0.0001[*d]		4,434	86.3	0.3602		1,272	88	0.0164	
	เพิ่มขึ้น (228, 3.0)		62	5.4	<0.0001[*c]		143	2.8	0.2198		23	1.6	0.0007 [*d]	
การรับประทานอาหารจานด่วน (n=7,731)	ลดลง (979, 12.8)	n=1,144	259	22.6	<0.0001[*c]	n=5,141	636	12.4	0.2766	n=1,446	84	5.8	<0.000 [*d]	<0.001*
	เท่าเดิม (6570, 84.8)		840	73.4	<0.0001[*d]		4,383	85.3	0.3431		1,347	93.2	<0.000 [*c]	
	เพิ่มขึ้น (182, 2.4)		45	3.9	0.0001[*c]		122	2.4	0.8768		15	1.0	0.0002 [*d]	

[a] : Overall p-value from Chi-Square test

[b] : Bonferroni-adjusted *p*-values for overall p value less than 0.05

* Statistically significant at alpha level 0.05

[*c] : Statistically significant at adjusted alpha level 0.005556 (observed value > expected value)

[*d] : Statistically significant at adjusted alpha level 0.005556 (observed value < expected value)

มากที่สุดคือกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 35.6) สูงกว่าการลดลงของกลุ่มอายุอื่นๆ (ระหว่างร้อยละ 25.5-26.8) (ตารางที่ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มมากขึ้น (ตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ให้คะแนนปัจจัยเหล่านี้ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปจาก 10 คะแนน) สูงสุดสามอันดับแรกในทุกกลุ่มอายุ คือ การมีความเครียดและความกังวลสูงขึ้น การมีเวลาว่างมากขึ้น และ มีงานสังสรรค์มากขึ้น [เนื่องจากช่วงเวลาการเก็บข้อมูลมีการผ่อนคลายมาตรการพื้นที่ส่วนใหญ่ในประเทศเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด (รวมตัวได้ไม่เกิน 50 คน) หรือพื้นที่ควบคุม (รวมตัวได้ไม่เกิน 100 คน) สามารถมีการรวมตัวซึ่งมีโอกาสที่สามารถทำกิจกรรมที่พบปะกันได้มากขึ้น[34]] ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มลดลงสูงสุดอันดับแรกในทุกกลุ่มอายุคือ ต้องการลดความเสี่ยง/ความรุนแรงในการติดเชื้อโควิด-19 และอันดับสองในทุกกลุ่มคือ รายได้ลดลง/ต้องประหยัดเงิน ส่วนปัจจัยอันดับสามในกลุ่มวัยรุ่น คือ มีงานสังสรรค์ลดลง ขณะที่ปัจจัยอันดับสามในกลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงวัย คือ ต้องการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น (ตารางที่ 4)

การสูบบุหรี่

ผลการสำรวจพบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชากรไทยร้อยละ 18.3 (1,413/7,731) ยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่ โดยในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนในการสูบต่อวัน แต่พบว่ามีสัดส่วนที่สูบลดลงมากกว่าสัดส่วนที่สูบเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า (ร้อยละ 19.5 เทียบกับ ร้อยละ 8.9) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัย พบว่านักสูบส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน (ร้อยละ 21.2) รองลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 13.5) และกลุ่มสูงวัย (ร้อยละ 11.6) ตามลำดับ (ภาพที่ 1) โดยในกลุ่มผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 นั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.6 สูบในปริมาณเท่าเดิม และสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ของแต่ละกลุ่มอายุแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.398) (ตารางที่ 2) ปัจจัยของการสูบบุหรี่มากขึ้นสูงสุดสามอันดับแรกในทุกกลุ่ม คือ การมีเวลาว่างมากขึ้น การมีความเครียดและความกังวลสูงขึ้น และ มีการกักตุนหรือซื้อยาสูบสำรองไว้ที่บ้านมาก แต่ในกลุ่มสูงวัยนั้นมีปัจจัยอันดับสามถึงสองปัจจัยคือการกักตุนหรือซื้อยาสูบสำรองไว้ที่บ้านมากและการที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการเลิก/ลดบุหรี่ได้ ส่วนปัจจัยของการบริโภคลดลงสูงสุดอันดับแรกในทุกกลุ่มอายุ คือ ต้องการลดความเสี่ยง/ความรุนแรงในการติดเชื้อโควิด-19 ส่วนปัจจัยอันดับที่ 2 และ 3 ในกลุ่มวัยรุ่น คือ การทำเพื่อสมาชิกในครอบครัว และยาสูบมีราคาแพงขึ้น ในขณะที่ปัจจัยอันดับที่ 2 และ 3 ในกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มสูงวัย คือ ต้องการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น และทำเพื่อสมาชิกในครอบครัว (ตารางที่ 4)

การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง

ผลการสำรวจพบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชากรไทยส่วนใหญ่คือร้อยละ 40.5 (2,641/6,516) มีพฤติกรรมเนือยนิ่งเฉลี่ย 2-4 ชั่วโมงต่อวัน รองลงมาคือร้อยละ 33.0 (2,150/6,516) เนือยนิ่งเฉลี่ยมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ในขณะที่ร้อยละ 26.5 (1,725/6,516) เนือยนิ่งเฉลี่ยน้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ไม่เปลี่ยนแปลงร้อยละ 72.4 สัดส่วนที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าสัดส่วนที่พฤติกรรมเนือยนิ่งลดลงกว่า 2.5 เท่า (ร้อยละ 19.8 เทียบกับร้อยละ 7.8) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัยที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่งเฉลี่ยมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน พบว่า เป็นกลุ่มวัยรุ่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมาคือกลุ่มสูงวัย (ร้อยละ 36.3) และกลุ่มวัยทำงาน (ร้อยละ 29.0) ตามลำดับ (ภาพที่ 1)

อีกทั้งร้อยละของการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมเนือยนิ่งของทุกกลุ่มอายุมีสัดส่วนที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มวัยรุ่นมีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากที่สุด

ตารางที่ 3 ความเสี่ยงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเชิงลบของประชากรไทยช่วงการระบาดของโควิด-19 ตามกลุ่มอายุ วิเคราะห์โดย univariate และ multivariate ordinal logistic regression (n=7,731)

พฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลในเชิงลบ	กลุ่มเปรียบเทียบ	Univariate analysis				Multivariate analysis			
	(15-24 ปี เป็นกลุ่มอ้างอิง)	n	Odds ratios	95% CI	*p*-value	n	Odds ratios	95% CI	*p*-value
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น	25-59 ปี	2,573	1.51	1.19, 1.92	0.001*	2,114	1.19	0.85, 1.67	0.311
	60 ปี ขึ้นไป		1.56	1.14, 2.14	0.006*		1.09	0.70, 1.68	0.713
การสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น	25-59 ปี	1,413	1.19	0.82, 1.72	0.356	1,149	0.93	0.57, 1.52	0.777
	60 ปี ขึ้นไป		1.01	0.62, 1.62	0.977		0.75	0.40, 1.41	0.371
การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้น	25-59 ปี	7,727	0.46	0.41, 0.53	<0.001*	7,502	0.61	0.50, 0.74	<0.001*
	60 ปี ขึ้นไป		0.44	0.38, 0.53	<0.001*		0.50	0.40, 0.63	<0.001*
การมีกิจกรรมทางกายลดลง	25-59 ปี	6,150	0.76	0.64, 0.91	0.003*	5,040	0.69	0.52, 0.91	0.009*
	60 ปี ขึ้นไป		0.70	0.56, 0.88	0.002*		0.53	0.38, 0.73	<0.001*
การรับประทานผักลดลง	25-59 ปี	7,731	0.96	0.80, 1.16	0.704	6,314	1.22	0.92, 1.62	0.168
	60 ปี ขึ้นไป		1.12	0.89, 1.41	0.326		1.43	1.03, 1.98	0.034*
การรับประทานผลไม้ลดลง	25-59 ปี	7,731	0.94	0.78, 1.13	0.501	6,314	1.10	0.84, 1.45	0.476
	60 ปี ขึ้นไป		1.10	0.89, 1.37	0.371		1.28	0.93, 1.75	0.131
การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมากขึ้น	25-59 ปี	7,731	0.91	0.75, 1.10	0.319	6,314	0.76	0.58, 1.01	0.060
	60 ปี ขึ้นไป		0.87	0.69, 1.09	0.223		0.73	0.53, 1.00	0.050
การรับประทานอาหารจานด่วนมากขึ้น	25-59 ปี	7,731	1.84	1.56, 2.17	<0.001*	6,314	1.65	1.28, 2.14	<0.001*
	60 ปี ขึ้นไป		2.90	2.33, 3.60	<0.001*		2.55	1.87, 3.48	<0.001*

Multivariate analysis ทำการ adjusted โดย เพศ สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่ในเขตเมือง/นอกเมือง การศึกษา อาชีพ รายได้ รายได้ครัวเรือน การเปลี่ยนแปลงของรายได้ครัวเรือนในช่วงการระบาดของโควิด-19 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว/ขยาย และพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ในการศึกษานี้ (ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภค/สูบบุหรี่ พฤติกรรมเนือยนิ่ง การมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานผักและผลไม้ การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และการรับประทานอาหารจานด่วน)

* Statistically significant at alpha level 0.05

คือร้อยละ 34.4 เทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ คือระหว่างร้อยละ 16.4-17.5 (ตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาถึงผลของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วยแล้ว กลุ่มวัยทำงานมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้นในอัตราส่วนออดส์ที่น้อยกว่ากลุ่มวัยรุ่นคิดเป็น 0.61 เท่า (95%CI 0.50, 0.74) และกลุ่มสูงวัยเป็น 0.50 เท่า (95%CI 0.40, 0.60) เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยรุ่น (ตารางที่ 3)

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

ผลการสำรวจพบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชากรไทยร้อยละ 6.8 (522/7,726) เป็นผู้มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (ค่า MET-minute ต่อสัปดาห์น้อยกว่า 600) อีกทั้งยังพบว่า มีสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายลดลงมากกว่าสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นกว่า 3.6 เท่า (ร้อยละ 14.7 เทียบกับ ร้อยละ 4.1) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่า กลุ่มสูงวัยเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอสูงสุด (ร้อยละ 11.8) รองลงมาเป็น กลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 5.7) และกลุ่มวัยทำงาน (ร้อยละ 5.6) ตามลำดับ (ภาพที่ 1) นอกจากนี้ พบว่าสัดส่วนกิจกรรมทางกายในกลุ่มวัยรุ่นลดลงมากกว่ากลุ่มช่วงวัยอื่นๆ (ตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาถึงผลของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วยแล้ว การลดลงของกิจกรรมทางกายแปรผกผันกับกลุ่มอายุที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเสี่ยงมีกิจกรรมทางกายลดลงในกลุ่มวัยทำงานคิดเป็น 0.69 เท่า (95%CI 0.52, 0.91) และความเสี่ยงของกลุ่มสูงวัย เป็น 0.53 เท่า (95%CI 0.38, 0.73) เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยรุ่น (ตารางที่ 3)

ปัจจัยของการมีกิจกรรมทางกายมากขึ้นสูงสุดสองอันดับแรกในกลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มวัยทำงาน คือ การมีเวลาว่างมากขึ้น และ ต้องการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น ส่วนปัจจัยอันดับสาม ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน คือ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และมีความเครียดและความกังวลสูงขึ้น ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มสูงวัย ปัจจัยสามอันดับแรกได้แก่ ต้องการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน และการมีเวลาว่างมากขึ้น ส่วนปัจจัยของการมีกิจกรรมทางกายลดลดสูงสุดสองอันดับแรกในทุกกลุ่มอายุคือ มีความกังวลในการติดเชื้อโควิด-19 และการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะ/สถานที่ออกกำลังกายได้ยากขึ้น ในขณะที่ปัจจัยอันดับสามในกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มสูงอายุ ได้แก่ การไม่มีอุปกรณ์/เครื่องแต่งกายในการออกกำลังกาย รายได้ลดลง/ต้องประหยัดเงิน และ การมีสุขภาพโดยรวมที่แย่ลง ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

การรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ

ผลการสำรวจพบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชากรไทยส่วนใหญ่คือกว่าร้อยละ 70.0 รับประทานผักและผลไม้เพียงบางมื้อต่อวัน โดยสัดส่วนของการรับประทานผักผลไม้ครบ 3 มื้อ แปรผันตามกลุ่มอายุที่มากขึ้น (ภาพที่ 1) ซึ่งพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการรับประทานผักและผลไม้ในแต่ละวัน (รับประทานผักร้อยละ 86.7 และผลไม้ร้อยละ 85.4) โดยรับประทานผักและผลไม้ลดลงเฉลี่ยร้อยละ 8.7 และรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.3

เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่า กลุ่มรับประทานผักลดลงมากที่สุดคือ กลุ่มวัยรุ่น ในขณะที่การรับประทานผลไม้ลดลงมากที่สุดในกลุ่มสูงวัย (ภาพที่ 2) สัดส่วนการเปลี่ยนแปลงการรับประทานผัก (p-value = 0.084) และการรับประทานผลไม้ (p-value = 0.417) ของแต่ละกลุ่มอายุแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) แต่เมื่อพิจารณาถึงผลของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วยแล้ว ความเสี่ยงของการรับประทานผักลดลงในกลุ่มสูงวัยคิดเป็น 1.43 เท่า (95%CI 1.03, 1.98) เมื่อเทียบกับกลุ่ม

วัยรุ่น (ตารางที่ 3)

การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำ

ผลการสำรวจพบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชากรไทยส่วนใหญ่คือร้อยละ 44.6 (3,448/7,731) มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง รองลงมา คือร้อยละ 32.4 (2,505/7,731) ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นบางครั้ง และร้อยละ 23.0 (1,778/7,731) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล อีกทั้งยังพบว่า ร้อยละ 86.5 ของกลุ่มตัวอย่างยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำ และมีสัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำลดลงมากกว่าสัดส่วนการดื่มเครื่องที่มีน้ำตาลเป็นประจำเพิ่มขึ้นกว่า 3.7 เท่า (ร้อยละ 11.7 เทียบกับ ร้อยละ 3.0) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า สัดส่วนผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง สูงสุดในกลุ่มวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 65.4 รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงาน (ร้อยละ 45.7) และกลุ่มสูงวัย (ร้อยละ 24.4) ตามลำดับ (ภาพที่ 1) โดยกลุ่มที่ดื่มเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ กลุ่มวัยรุ่น (ภาพที่ 2) สัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 5.4) สูงกว่าสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของกลุ่มอายุอื่นๆ (ร้อยละ 1.6-2.8) (ตารางที่ 2) แต่เมื่อพิจารณาถึงผลของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วยแล้ว การเปลี่ยนแปลงการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในแต่ละกลุ่มวัยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 815 คน มีประสบการณ์ในการซื้อเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทางออนไลน์ โดยมีปัจจัยสนับสนุนในการซื้อดังกล่าวสูงสุดสามอันดับในแต่ละกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงานคือ บริการส่งสินค้าถึงบ้านโดยไม่เสียค่าจัดส่ง บริการจัดส่งสินค้าด่วนภายใน 1-2 ชั่วโมง และการมีโปรโมชั่นลดราคาสินค้า ในขณะที่ปัจจัยที่มีผลสูงสุดสามอันดับแรกในกลุ่มสูงวัย คือ มีการให้ของแถมเมื่อซื้อสินค้า การมีโปรโมชั่นลดราคาสินค้า และบริการส่งสินค้าถึงบ้านโดยไม่เสียค่าจัดส่ง (ตารางที่ 5)

การรับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำ

ผลการสำรวจพบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ประชากรไทยส่วนใหญ่คือร้อยละ 47.2 (3,649/7,731) มีการรับประทานอาหารจานด่วนบางครั้ง รองลงมาคือร้อยละ 42.4 (3,274/7,731) ไม่รับประทานอาหารจานด่วน และร้อยละ 10.5 (808/7,731) รับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง อีกทั้งยังพบว่าร้อยละ 85.0 ของกลุ่มตัวอย่างยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหารจานด่วน และมีสัดส่วนการรับประทานอาหารจานด่วนลดลงมากกว่าสัดส่วนการรับประทานอาหารจานด่วนเพิ่มขึ้น 5.3 เท่า (ร้อยละ 12.7 เทียบกับ ร้อยละ 2.4) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่า กลุ่มวัยรุ่นรับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำสูงสุดร้อยละ 20.6 รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 9.8 และกลุ่มสูงวัย ร้อยละ 4.8 ตามลำดับ และยังพบว่า สัดส่วนของการรับประทานอาหารจานด่วนเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 3.9) สูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ (ร้อยละ 1.0-2.4) และสัดส่วนของการรับประทานอาหารจานด่วนลดลงในกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 22.6) ก็สูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ (ตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาถึงผลของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วยแล้ว ความเสี่ยงการรับประทานอาหารจานด่วนเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยทำงานคิดเป็น 1.6 เท่า (95%CI 1.28, 2.14) และความเสี่ยงของกลุ่มสูงวัย เป็น 2.5 เท่า (95%CI 1.87,3.48) เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยรุ่น (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 986 คน มีประสบการณ์ในการซื้ออาหารจานด่วนออนไลน์ โดยมีปัจจัยสนับสนุนในการซื้อดังกล่าวสูงสุดสามอันดับในทุกกลุ่มอายุ คือ บริการส่งสินค้าถึงบ้านโดยไม่เสียค่าจัดส่ง บริการจัดส่งสินค้าด่วนภายใน 1-2 ชั่วโมง และการมีโปรโมชั่นลดราคาสินค้า (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ร้อยละของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยจำแนกตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและกลุ่มวัย (n=7,731)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	อายุ 15-24 ปี (n=1,144)			อายุ 25-59 ปี (n=5,141)			อายุ 60 ปีขึ้นไป (n=1,446)		
	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์									
กลุ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น: response rate 90.14% (128/142)	n=15			n=88			n=25		
การหาซื้อทางช่องทางออนไลน์หรือดิลิเวอรีง่ายขึ้น	2	13.3	5	10	11.4	5	1	4.00	5
มีความเครียดและความกังวลสูงขึ้น	11	73.3	1	77	87.5	2	24	96.00	1
มีเวลาว่างมากขึ้น	11	73.3	1	79	89.8	1	23	92.00	2
มีงานสังสรรค์/งานเลี้ยง/ปาร์ตี้มากขึ้น	7	46.7	3	48	54.6	3	11	44.00	3
มีการกักตุนหรือซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำรองไว้ที่บ้านมาก	4	26.7	4	20	22.7	4	6	24.00	4
กลุ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง/เลิกได้: response rate 99.05% (941/950)	n=160			n=652			n=129		
ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แพงขึ้น	86	53.8	9	335	51.4	10	55	42.64	9
การหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านค้ายากขึ้น	83	51.9	10	334	51.2	11	53	41.09	12
การห้ามจำหน่ายในร้านอาหาร ภัตตาคาร โรงแรม	82	51.3	11	329	50.5	12	55	42.64	9
การปิดบริการของสถานบันเทิง	99	61.9	5	341	52.3	8	54	41.86	11
ต้องการลดความเสี่ยง/ความรุนแรงในการติดเชื้อโควิด-19	128	80.0	1	535	82.1	1	105	81.40	1
มีสุขภาพโดยรวมที่แย่ลง	88	55.0	7	345	52.9	7	69	53.49	6
ต้องการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น	104	65.0	4	450	69.0	3	85	65.89	3
เพื่อสมาชิกในครอบครัว	88	55.0	7	408	62.6	5	73	56.59	4
มีงานสังสรรค์/งานเลี้ยง/ปาร์ตี้ลดลง	106	66.3	3	441	67.6	4	71	55.04	5
รายได้ลดลง/ต้องประหยัดเงิน	109	68.1	2	481	73.8	2	97	75.19	2
ลด/ป้องกันผลกระทบที่จะเกิดกับตัวเอง เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรง	89	55.6	6	350	53.7	6	57	44.19	7
ลด/ป้องกันผลกระทบที่จะเกิดกับผู้อื่น	77	48.1	12	339	52.0	9	56	43.41	8
การบริโภคยาสูบ									
กลุ่มบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น: response rate 96.00% (120/125)	n=16			n=91			n=13		
การหาซื้อยาสูบง่ายในช่องทางออนไลน์ง่ายขึ้น	6	37.5	4	20	22.0	5	2	15.4	5
มีความเครียดและความกังวลสูงขึ้น	14	87.5	2	83	91.2	1	13	100.0	1
มีเวลาว่างมากขึ้น	15	93.8	1	80	87.9	2	10	76.9	2
มีการกักตุนหรือซื้อยาสูบสำรองไว้ที่บ้านมาก	7	43.8	3	29	31.9	3	5	38.5	3
ไม่สามารถเข้าถึงการบริการเลิก/ลดบุหรี่	5	31.3	5	26	28.6	4	5	38.5	3
กลุ่มบริโภคยาสูบลดลง/เลิกได้: response rate 96.23% (281/292)	n=36			n=205			n=40		
ราคายาสูบที่แพงขึ้น	25	69.4	3	135	65.9	5	23	57.5	6
การหาซื้อยาสูบจากร้านค้ายากขึ้น	19	52.8	7	112	54.6	7	20	50.0	7
ต้องการลดความเสี่ยง/ความรุนแรงในการติดเชื้อโควิด-19	26	72.2	1	159	77.6	1	29	72.5	1
มีสุขภาพโดยรวมที่แย่ลง	20	55.6	6	133	64.9	6	27	67.5	4
ต้องการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น	23	63.9	5	156	76.1	2	29	72.5	1
เพื่อสมาชิกในครอบครัว	26	72.2	1	149	72.7	3	28	70.0	3
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	24	66.7	4	144	70.2	4	24	60.0	5
แรงสนับสนุนจากเพื่อน	17	47.2	8	100	48.8	8	15	37.5	8

ตารางที่ 4 ร้อยละของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยจำแนกตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและกลุ่มวัย (n=7,731) (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	อายุ 15-24 ปี (n=1,144)			อายุ 25-59 ปี (n=5,141)			อายุ 60 ปีขึ้นไป (n=1,446)		
	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ
การมีกิจกรรมทางกาย									
กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น: response rate 99.21% (251/253)	n=53			n=162			n=36		
การทำงานที่บ้าน (work from home) มากขึ้น	20	37.74	6	62	38.3	6	14	38.9	9
การเข้าถึงสื่อออนไลน์ที่สอนการออกกำลังกายที่บ้านมากขึ้น	23	43.40	5	57	35.2	8	15	41.7	8
การหาซื้ออุปกรณ์และเครื่องแต่งกายในการออกกำลังกายได้ง่ายขึ้น	16	30.19	10	43	26.5	10	14	38.9	9
มีเวลาว่างมากขึ้น	35	66.04	1	103	63.6	1	20	55.6	3
การเข้าถึงพื้นที่สาธารณะ/สถานที่ออกกำลังกายง่ายขึ้น	19	35.85	7	55	34.0	9	18	50.0	6
มีสุขภาพโดยรวมที่แย่ลง	18	33.96	9	60	37.0	7	19	52.8	4
มีความเครียดและความกังวลสูงขึ้น	19	35.85	7	80	49.4	3	19	52.8	4
ต้องการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น	31	58.49	2	97	59.9	2	22	61.1	1
ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	29	54.72	3	76	46.9	4	18	50.0	6
ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน	25	47.17	4	65	40.1	5	21	58.3	2
กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายลดลง: response rate 99.45% (896/901)	n=182			n=577			n=137		
รายได้ลดลง/ต้องประหยัดเงิน	76	41.76	4	293	50.8	3	64	46.7	4
การที่ต้องทำงานมากขึ้น	62	34.07	6	260	45.1	4	43	31.4	6
การทำงานที่บ้าน (work from home) มากขึ้น	75	41.21	5	178	30.9	7	30	21.9	9
การเข้าถึงพื้นที่สาธารณะ/สถานที่ออกกำลังกายได้ยากขึ้น	147	80.77	2	374	64.8	2	77	56.2	2
มีความกังวลในการติดเชื้อโควิด-19	172	94.51	1	543	94.1	1	131	95.6	1
การไม่มีอุปกรณ์/เครื่องแต่งกายในการออกกำลังกาย	94	51.65	3	256	44.4	5	51	37.2	5
มีสุขภาพโดยรวมที่แย่ลง	37	20.33	9	185	32.1	6	68	49.6	3
ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	43	23.63	7	147	25.5	8	39	28.5	7
ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน	42	23.08	8	132	22.9	9	34	24.8	8

* จำนวนผู้ที่ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรม คือ ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ให้คะแนนปัจจัยดังกล่าวตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและอาหารจานด่วนออนไลน์ จำแนกตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกลุ่มวัย (n=7,731)

ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อสินค้าออนไลน์	อายุ 15-24 ปี (n=1,144)			อายุ 25-59 ปี (n=5,141)			อายุ 60 ปี ขึ้นไป (n=1,446)		
	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ
ปัจจัยการซื้อเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลออนไลน์									
ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด (n= 815)	n=275			n=524			n=16		
ส่งสินค้าถึงบ้านฟรีไม่เสียค่าจัดส่ง	255	92.7	1	498	95.0	1	15	93.8	2
จัดส่งสินค้าด่วน (ใน 1-2 ชั่วโมง)	247	89.8	2	464	88.6	2	14	87.5	4
รองรับการจ่ายโดยใช้บัตรเครดิต	181	65.8	6	351	67.0	7	13	81.5	7
ราคาสินค้าถูกกว่าช่องทางอื่น ๆ	211	76.7	4	423	80.7	4	14	87.5	4
มีโปรโมชั่นลดราคาสินค้า	222	80.7	3	452	86.3	3	15	93.8	2
มีการให้ของแถมเมื่อซื้อสินค้า	191	69.5	5	403	76.9	5	16	100.0	1
มีการชิงรางวัล/ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ	158	57.5	8	329	62.8	8	12	75.0	8
มีการสะสมแต้มสำหรับสมาชิก	178	64.7	7	361	68.9	6	11	68.8	9
มีเมนูสุขภาพ เช่น เมนูน้ำตาลต่ำ	146	53.1	9	322	61.5	9	14	87.5	4
อื่น ๆ	4	1.5	10	14	2.7	10	0	0.0	-

ตอบแบบสอบถามที่บริโภคมากขึ้น (22.81% (52/228)) และบริโภคลดลง (12.63% (108/885))	มีพฤติกรรมเพิ่มขึ้น			มีพฤติกรรมลดลง			มีพฤติกรรมเพิ่มขึ้น			มีพฤติกรรมลดลง			มีพฤติกรรมเพิ่มขึ้น			มีพฤติกรรมลดลง		
	n=20			n=51			n=31			n=56			n=1			n=1		
	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ
ส่งสินค้าถึงบ้านฟรีไม่เสียค่าจัดส่ง	18	90.0	1	39	76.5	2	30	96.8	1	46	82.1	1	1			1		
จัดส่งสินค้าด่วน (ใน 1-2 ชั่วโมง)	15	75.0	4	40	78.4	1	23	74.2	3	40	71.4	2	1			1		
รองรับการจ่ายโดยใช้บัตรเครดิต	12	60.0	6	36	70.6	3	16	51.6	7	32	57.1	5	1			1		
ราคาสินค้าถูกกว่าช่องทางอื่น ๆ	14	70.0	5	35	68.6	4	25	80.7	2	40	71.4	2	1			0		
มีโปรโมชั่นลดราคาสินค้า	16	80.0	2	34	66.7	5	23	74.2	3	37	66.17	4	1			0		
มีการให้ของแถมเมื่อซื้อสินค้า	16	80.0	2	31	60.8	6	18	58.1	6	32	57.1	5	1			1		
มีการชิงรางวัล/ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ	11	55.0	7	27	52.9	8	15	48.4	9	28	50.0	7	1			0		
มีการสะสมแต้มสำหรับสมาชิก	11	55.0	7	25	49.0	9	16	51.6	7	25	44.6	8	1			0		
มีเมนูสุขภาพ เช่น เมนูน้ำตาลต่ำ	10	50.0	9	28	54.9	7	22	71.0	5	23	41.1	9	1			0		
อื่น ๆ	0	0.00	-	0	0.00	-	0	0.00	-	0	0.00	-	0			0		

ปัจจัยที่ทำให้เลือกซื้ออาหารจานด่วนออนไลน์									
ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด (n= 986)	n=317			n=648			n=21		
ส่งสินค้าถึงบ้านฟรีไม่เสียค่าจัดส่ง	292	92.1	1	601	92.8	1	21	100.0	1
จัดส่งสินค้าด่วน (ใน 1-2 ชั่วโมง)	288	90.9	2	576	88.9	2	19	90.5	2
รองรับการจ่ายโดยใช้บัตรเครดิต	210	66.3	6	440	67.9	6	12	57.1	8
ราคาสินค้าถูกกว่าช่องทางอื่น ๆ	248	78.2	4	534	82.4	4	17	81.0	3
มีโปรโมชั่นลดราคาสินค้า	270	85.2	3	563	86.9	3	17	81.0	3
มีการให้ของแถมเมื่อซื้อสินค้า	235	74.1	5	485	74.9	5	16	76.2	5
มีการชิงรางวัล/ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ	184	58.0	8	395	61.0	8	13	61.9	7
มีการสะสมแต้มสำหรับสมาชิก	198	62.5	7	416	64.2	7	15	71.4	6
มีเมนูสุขภาพ เช่น เมนูน้ำตาลต่ำ	166	52.4	9	354	54.6	9	11	52.4	9
อื่น ๆ	6	1.9	10	17	2.6	10	0	0.00	-

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและอาหารจานด่วนออนไลน์ จำแนกตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกลุ่มวัย (n=7,731) (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อสินค้าออนไลน์	อายุ 15-24 ปี (n=1,144)						อายุ 25-59 ปี (n=5,141)						อายุ 60 ปี ขึ้นไป (n=1,446)					
	จำนวน*		ร้อยละ		อันดับ		จำนวน*		ร้อยละ		อันดับ		จำนวน*		ร้อยละ		อันดับ	
ผู้ตอบแบบสอบถามที่บริโภคมากขึ้น (33.52% (61/182)) และบริโภคลดลง (18.69% (183/979))	มีพฤติกรรมเพิ่มขึ้น		มีพฤติกรรมลดลง				มีพฤติกรรมเพิ่มขึ้น		มีพฤติกรรมลดลง				มีพฤติกรรมเพิ่มขึ้น		มีพฤติกรรมลดลง			
	n=20		n=51				n=31		n=56				n=1		n=1			
	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ	จำนวน*	ร้อยละ	อันดับ
ส่งสินค้าถึงบ้านฟรีไม่เสียค่าจัดส่ง	23	95.8	1	67	90.5	2	37	100.0	1	91	87.5	1				5	100.0	1
จัดส่งสินค้าด่วน (ใน 1-2 ชั่วโมง)	21	87.5	2	68	91.9	1	29	78.4	5	90	86.5	2				4	80.0	2
รองรับการจ่ายโดยใช้บัตรเครดิต	17	70.8	5	51	68.9	5	25	676	6	52	50.0	6				2	40.0	5
ราคาสินค้าถูกกว่าช่องทางอื่น ๆ	19	79.2	4	54	73.0	4	31	83.8	3	82	78.9	3				3	60.0	3
มีโปรโมชั่นลดราคาสินค้า	20	83.3	3	60	81.1	3	34	91.9	2	76	73.1	4				3	60.0	3
มีการให้ของแถมเมื่อซื้อสินค้า	16	66.7	6	48	64.9	6	30	81.1	4	59	56.7	5				1	20.0	7
มีการชิงรางวัล/ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ	12	50.0	7	39	52.7	7	20	54.1	9	47	45.2	7				1	20.0	7
มีการสะสมแต้มสำหรับสมาชิก	10	41.7	8	35	47.3	9	22	59.5	7	45	43.3	8				2	40.0	5
มีเมนูสุขภาพ เช่น เมนูน้ำตาลต่ำ	8	33.3	9	36	48.7	8	22	59.5	7	31	29.8	9				1	20.0	7
อื่น ๆ	1	4.2	10	0	0.00	10	1	2.7	10	1	1.0	10				0	0.0	-

* จำนวนผู้ที่ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรม คือ ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ให้คะแนนปัจจัยดังกล่าวตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

วิจารณ์และข้อยุติ

การระบาดของโควิด-19 และมาตรการต่างๆ ของรัฐทั้งทางด้านสาธารณสุขและมาตรการทางสังคมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน สำหรับพฤติกรรมสุขภาพเชิงลบ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นจากปัจจัยของการมีเวลาว่างมากขึ้นตามผลการสำรวจที่พบว่าทุกกลุ่มวัยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นตอบว่าการมีเวลาว่างมากขึ้นเป็นปัจจัยอันดับ 1 หรือ 2 จากปัจจัยทั้งหมดที่ให้เลือกในการสอบถาม (ตารางที่ 4) และความเครียดและความกังวลสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิตที่พบว่าการระบาดของโควิด-19 ทำให้ประชากรไทยมีความเครียดและความกังวลเพิ่มสูงขึ้น[8-10] ในขณะที่ปัจจัยสองอันดับแรกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในทุกกลุ่มอายุคือ ต้องการลดความเสี่ยง/ความรุนแรงในการติดเชื้อโควิด-19 และ รายได้ลดลง/ต้องประหยัดเงิน แต่ปัจจัยอันดับสามในกลุ่มวัยรุ่นกลับเป็นการมีงานสังสรรค์ลดลง ในขณะที่ปัจจัยอันดับสามในกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มสูงวัย คือ ต้องการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับปัจจัยของการสูบบุหรี่ลดลงสูงสุดอันดับแรกของทุกกลุ่มอายุคือ ต้องการลดความเสี่ยง/ความรุนแรงในการติดเชื้อโควิด-19 แต่ปัจจัยอันดับถัดมาที่แตกต่างกัน ในกลุ่มวัยรุ่นกลับเป็นการที่ราคายาสูบแพงขึ้น ในขณะกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มสูงวัย คือ ต้องการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ต่อการเกิดความเสี่ยงของตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค (perceived susceptibility และ perceived severity) ในแต่ละกลุ่มวัยนั้นแตกต่างกันตามแนวคิดของ health beliefs model[16] อายุที่มากขึ้นทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น[35] และความตระหนักที่เกิดจากการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวส่งผลต่อการลดปริมาณและความตั้งใจในการดื่มสุรา[36] นอกจากนี้อายุที่มากขึ้นยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่[37]

มากกว่าร้อยละ 6 ของประชากรไทยเป็นผู้มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (ค่า MET-minute ต่อสัปดาห์น้อยกว่า 600) ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ด้วยข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันจากมาตรการป้องกันควบคุมโรค สอดคล้องกับรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อที่พบว่าการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยลดลงในช่วงเวลาดังกล่าว[12] โดยกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายลดลงมากที่สุดคือกลุ่มวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาในระดับโลกที่พบว่า เด็กและวัยรุ่นมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากถึง 3 ใน 4 ส่วน[38] ในขณะที่สัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในผู้ใหญ่อยู่ที่ 1 ใน 4 ส่วน[39] โดยกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายลดลงมากที่สุดคือกลุ่มวัยรุ่น และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการมีกิจกรรมทางกายลดลงสูงกว่ากลุ่มวัยทำงานและกลุ่มสูงวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ซึ่งมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายส่วนใหญ่สอดคล้องกับกิจกรรมที่เกิดขึ้นในสถานศึกษาที่ปิดทำการในช่วงการระบาด ในขณะที่การส่งเสริมกิจกรรมทางกายของวัยทำงานและผู้สูงอายุเป็นการเพิ่มการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังจากกิจวัตรหรืองานที่ทำประจำวัน[40] เมื่อต้องปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคโดยการหยุดเรียน หรือเรียนทางออนไลน์ ทำให้กิจกรรมหลักที่มีการขยับร่างกายและออกกำลังของกลุ่มวัยรุ่นถูกจำกัดตามไปด้วย อีกทั้งผลกระทบของมาตรการป้องกันและควบคุมโรคยังทำให้ประชากรไทยใช้เวลาอยู่กับหน้าจอคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์เคลื่อนที่เพิ่มมากขึ้น[13] มากกว่าร้อยละ 73 ของประชากรไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งโดยใช้เวลาอยู่กับหน้าจออย่างน้อย 2 ชั่วโมงต่อวัน จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากที่สุดคือกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการที่กลุ่มอายุนี้มีกิจกรรมทางกายลดลงมากที่สุดจากการหยุดเรียนและเพิ่มเวลาของการอยู่กับหน้าจอจากการเรียนทางออนไลน์[41]

การรับประทานผักและผลไม้ของประชากรไทยในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ที่กว่าร้อยละ 70 รับประทานผักและผลไม้เพียงบางมื้อต่อวันเท่านั้น ประชากรน้อยกว่า 1 ใน 4 ที่รับประทานผักและผลไม้ครบทั้งสามมื้อต่อวัน ซึ่งจากข้อมูลรายงานการกินผักและผลไม้ของประชากรไทยพบว่ามีประชากรไทยเพียงร้อยละ 38.7 เท่านั้นที่รับประทานผักและผลไม้ได้ตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้รับประทานอย่างน้อยวันละ 400 กรัม[42] แม้ว่าประชากรไทยส่วนใหญ่จะรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณเท่าๆ เดิมเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนที่จะมีการระบาดของโควิด-19 แต่พฤติกรรมที่น่ากังวลคือการรับประทานผักและผลไม้ลดลง ส่วนหนึ่งจากผลกระทบของการระบาดของโควิด-19 ที่ทำให้ประชากรไทยเข้าถึงผักและผลไม้ได้ลดลงซึ่งมีสาเหตุทั้งเนื่องจากความต้องการในการบริโภคลดลงเพราะรายได้ลดลงและรวมถึงกระบวนการขนส่งที่ล่าช้าทำให้ผักและผลไม้มีการเน่าเสีย[43] เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว สูงวัยมีความเสี่ยงที่จะรับประทานผักลดลงสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นซึ่งกลุ่มสูงวัย เป็นกลุ่มที่มีทางเลือกในการบริโภคผักที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ คือ ร้อยละ 75 ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รับประทานผักในบ้านเท่านั้นไม่มีการรับประทานนอกบ้านซึ่งกว่าร้อยละ 40 เป็นการจัดหาจากผู้ดูแลหรือบุคคลอื่น และกว่าร้อยละ 62 ของประชากรกลุ่มนี้ไม่เคยซื้อผักเลย ในขณะที่กลุ่มอายุ 15-59 ปี มีตัวเลือกในการรับประทานผักทั้งในและนอกบ้านสูงกว่าร้อยละ 55 และกว่าครึ่งของประชากรในกลุ่มนี้ซื้อผักด้วยตนเอง[42] เมื่อเกิดการระบาดของโควิด-19 ช่องทางในการเข้าถึงผักที่น้อยกว่าและจำกัดด้วยการพึ่งพาผู้อื่นของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จึงอาจส่งผลให้กลุ่มอายุนี้มีความเสี่ยงในการรับประทานผักลดลง

ร้อยละ 44.6 ของประชากรไทยดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำหรือบ่อยครั้งในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 โดยกลุ่มที่มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำหรือบ่อยครั้งมากที่สุดคือกลุ่มวัยรุ่นซึ่ง

ส่วนใหญ่ดื่มในปริมาณเท่ากับก่อนที่จะมีการระบาดของโควิด-19 รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มสูงวัย โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้เหตุผลว่าการซื้อเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทางออนไลน์เนื่องจากมีบริการส่งถึงบ้านโดยไม่มีค่าจัดส่งนั้นเป็นเหตุผลอันดับหนึ่งของกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน และเป็นเหตุผลอันดับสองของกลุ่มสูงวัย ซึ่งสอดคล้องไปกับสถานการณ์ในช่วงโควิด-19 ที่การเดินทางออกนอกบ้านมีความลำบากมากขึ้น อีกทั้งผลกระทบจากโควิดที่ทำให้การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเพิ่มมากขึ้นนี้เป็นภาวะที่พบในต่างประเทศเช่นเดียวกัน[44] นอกจากนี้ผลการสำรวจจากภาคธุรกิจในช่วงที่มีการควบคุมเวลาการเปิด-ปิดร้านค้ายังพบว่า ร้านกาแฟคือประเภทของร้านที่ได้รับความนิยมสูงสุดในการสั่งอาหารและเครื่องดื่มออนไลน์ที่มีบริการส่งถึงบ้าน และร้านชาไข่มุกได้รับความนิยมเป็นอันดับที่ 8[45]

ร้อยละ 47.2 ของประชากรไทยมีการรับประทานอาหารจานด่วนเป็นบางครั้ง และร้อยละ 10.5 มีการรับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง โดยกลุ่มที่รับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำหรือบ่อยครั้งสูงสุดคือกลุ่มวัยรุ่น ส่วนใหญ่รับประทานในปริมาณเท่ากับก่อนที่จะมีการระบาดของโควิด-19 มีเพียงร้อยละ 2.4 ที่รับประทานเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจคือการรับประทานอาหารจานด่วนลดลงของกลุ่มวัยรุ่นมีสัดส่วนที่สูงกว่าการลดลงในกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มสูงวัยมาก ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์เป็นความเสี่ยงต่อการรับประทานอาหารจานด่วนเพิ่มขึ้น กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มสูงวัย จึงมีความเสี่ยงที่จะรับประทานอาหารจานด่วนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ข้อจำกัดจากมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ทำให้คนสั่งอาหารออนไลน์มากขึ้นเป็นร้อยละ 85 โดยที่กว่าร้อยละ 61 เป็นอาหารจานด่วนซึ่งเป็นสัดส่วนของอาหารที่สั่งสูงสุดในทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุ 19-38 ปี มีการใช้บริการสูงสุดร้อยละ 51.1 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 39-54 ปี กลุ่มอายุ 55-73 ปี และกลุ่มอายุน้อยกว่า 19 ปี ตามลำดับ[46] และผลการสำรวจจากภาคธุรกิจช่วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564 พบว่า ร้านอาหารจานด่วนได้รับความนิยมเป็นอันดับที่ 7 โดยผู้สั่งอาหารออนไลน์ร้อยละ 59.6 เป็นกลุ่มอายุ 25-39 ปี ร้อยละ 22.8 เป็นกลุ่มอายุ 20-24 ปี และร้อยละ 6.2 เป็นกลุ่มอายุ 0-19 ปี[45] หากพิจารณาจากผลการสำรวจทั้งสองจะเห็นว่ากลุ่มที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปมีการรับประทานอาหารจานด่วนเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มอายุอื่น นอกจากนี้กลุ่มอายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น[47] ผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ยังส่งผลต่อการลดลงของรายได้จึงมีส่วนให้การรับประทานอาหารจานด่วนลดลง เห็นได้จากจำนวนเงินที่ใช้ในการสั่งอาหารทางออนไลน์ในแต่ละกลุ่มวัย คือ กลุ่มอายุ 39-54 ปี ส่วนใหญ่ใช้จ่าย 501–1,000 บาท รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 55-73 ปี ส่วนใหญ่ใช้จ่าย 301–500 บาท ขณะที่กลุ่มอายุต่ำกว่า 38 ปี ส่วนใหญ่อยู่ที่ 101–300 บาท[46]

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงมีข้อจำกัดในส่วนของอคติของข้อมูล (information bias และ recall bias) เนื่องจากข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองใน 30 วันที่ผ่านมาเทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้าเป็นเวลาค่อนข้างนานดังนั้นจึงอาจมีอคติดังกล่าวเกิดขึ้นได้ อีกทั้งรูปแบบของการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้การวิเคราะห์แบบ ordinal logistic regression ที่สามารถวิเคราะห์ความเสี่ยงออกมาตามลักษณะการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของความเสี่ยงได้ แต่จากการจัดกลุ่มตัวแปรตามระดับความเสี่ยงที่จัดเป็นความเสี่ยงลดลง ความเสี่ยงเท่าเดิม และความเสี่ยงมากขึ้น ซึ่งในแต่ละพฤติกรรมการตีความความเสี่ยงที่ลดลงและเพิ่มขึ้นในทิศทางที่ต่างกัน อาทิ ความเสี่ยงของการมีสุขภาพที่แย่ลงจะมากขึ้นเมื่อมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากขึ้น

แต่ความเสี่ยงจะลดลงเมื่อมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น จึงอาจทำให้การแปรผลมีความซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังในการแปลผล เช่น ความเสี่ยงของการมีกิจกรรมทางกายลดลงต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิง หมายถึงการมีโอกาสที่จะมีกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

บทสรุป

ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในส่วนที่เกิดการเปลี่ยนแปลงพบว่าวัยรุ่นเป็นกลุ่มอายุที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น รับประทานผักลดลง และดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมากที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายลดลงมากที่สุด และรับประทานอาหารจานด่วนเพิ่มขึ้นมากที่สุดอีกด้วย ในขณะที่วัยทำงานคือกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่มากที่สุด และพบว่ามีการสูบเพิ่มขึ้นสูงสุด และมีการรับประทานอาหารจานด่วนมากที่สุด ส่วนกลุ่มสูงวัยนั้นมีการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากที่สุด และแม้ว่ากลุ่มสูงวัยจะมีการรับประทานผลไม้เพียงพอมากที่สุด แต่สัดส่วนของการรับประทานผักและผลไม้ลดลงก็สูงที่สุดเช่นเดียวกัน ปัจจัยที่เพิ่มขึ้นของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในทุกกลุ่มวัยคือการมีความเครียดสูงขึ้นและมีเวลาว่างเพื่อการสังสรรค์เพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยของการมีกิจกรรมทางกายที่ลดลงในทุกกลุ่มอายุคือความกังวลต่อการติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยที่สนับสนุนให้ทุกกลุ่มอายุซื้อเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและอาหารจานด่วนทางออนไลน์คือการมีบริการส่งถึงบ้านโดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของกลุ่มอายุ พบว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นแล้วกลุ่มวัยทำงานและสูงวัยมีความเสี่ยงต่อการรับประทานอาหารจานด่วนเพิ่มขึ้นมากกว่า แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเนือยนิ่งและการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอน้อยกว่า

ข้อค้นพบส่วนหนึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนานโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ กระแสความต้องการลดความเสี่ยงและการดูแลรักษาสุขภาพ ต้องการลดค่าใช้จ่ายเป็นโอกาสสำหรับการใช้มาตรการการคัดกรองเชิงรุกและบำบัดรักษาผู้ที่ต้องการเลิกยาสูบและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการเพิ่มการเข้าถึงการให้คำปรึกษาการลด ละ เลิกยาสูบและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่องทางโทรศัพท์และทางออนไลน์ในกลุ่มประชาชนทั่วไป การที่ประชาชนใช้เวลากับสื่อออนไลน์มากขึ้นและการมีเวลาว่างมากขึ้นก็มีผลต่อนโยบายในหลายประเด็นเช่นกัน กล่าวคือ หน่วยงานทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมสร้างสรรค์ทั้งทางกายภาพและในช่องทางออนไลน์ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดการดื่มและสูบจากเหตุผลความว่าง รัฐควรพัฒนามาตรการที่สร้างความเท่าทันทางสุขภาพผ่านการใช้สื่อออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างความเท่าทันสื่อโฆษณากิจกรรมการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและการควบคุมการทำกิจกรรมการตลาดของผลิตภัณฑ์เหล่านี้ รัฐควรพัฒนามาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มประชากรย่อยตามวัยมากขึ้น จากการศึกษานี้ประชากรกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งเชิงลบและเชิงบวกสูง ซึ่งสะท้อนความอ่อนไหวของกลุ่มประชากร มาตรการที่เป็นไปได้ในกลุ่มนี้ เป็นได้ทั้งมาตรการสร้างเสริมสุขภาพระดับประเทศและมาตรการระดับสถาบัน เช่น นโยบายของสถานศึกษาที่เน้นจัดการปัจจัยเสี่ยงและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของกลุ่มนักเรียนนักศึกษา สำหรับในระดับบุคคล ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้รับประทานผักผลไม้ไม่น้อยกว่า 400 กรัม (5 กำมือ) ต่อวันเพื่อคงสุขภาวะที่ดีไว้ ทั้งนี้อาจปรับเปลี่ยนชนิดผักและผลไม้ที่รับประทานตามที่สามารถจัดหาได้ นอกจากนี้ในทุกกลุ่มวัย ควรมีกิจกรรมที่มีความเหนื่อย

ในระดับปานกลาง (moderate-vigorous intensity) เช่น การเต้นแอโรบิก การออกกำลังแบบมีแรงต้าน (weight training) การขัดถูพื้น การล้างรถ เช็ดทำความสะอาดหน้าต่าง ทำกับข้าว ล้างจาน ดูดฝุ่น หรือการเดินแกว่งแขนออกกำลังกาย ในระยะเวลา 150-300 นาทีต่อสัปดาห์ (ยกเว้น อายุ 15-17 ปี ควรมีกิจกรรมดังกล่าวอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน)

ในการศึกษาครั้งต่อไปหากสามารถทำการศึกษาไปข้างหน้า (prospective study) ถึงผลกระทบทางสุขภาพที่จะเกิดจากมาตรการในการป้องกันโรคได้จะทำให้ลดอคติที่อาจจะเกิดขึ้นในการศึกษาได้

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ ที่ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล และบุคลากรในสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศที่ให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ต้นจนจบการศึกษาในครั้งนี้

References

1. Haleem A, Javaid M, Vaishya R. Effects of COVID-19 pandemic in daily life. Curr Med Res Pract. 2020;10(2):78-9.
2. Mattioli AV, Ballerini Puviani M, Nasi M, Farinetti A. COVID-19 pandemic: the effects of quarantine on cardiovascular risk. Eur J Clin Nutr. 2020 Jun;74(6):852-5.
3. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. BMJ. 2020 Apr 27;369:m1557.
4. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. QJM. 2020 May 1;113(5):311-2.
5. Kontoangelos K, Economou M, Papageorgiou C. Mental health effects of COVID-19 pandemia: a review of clinical and psychological traits. Psychiatry Investig. 2020 Jun;17(6):491-505.
6. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. Brain Behav Immun. 2020 Oct;89:531-42.
7. Knell G, Robertson MC, Dooley EE, Burford K, Mendez KS. Health behavior changes during COVID-19 pandemic and subsequent "Stay-at-Home" orders. Int J Environ Res Public Health. 2020 Aug 28;17(17):6268.
8. Photijak S. The stress rate, stress correlated with the severity of COVID-19 pandemic [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public health, Thailand; 2021 [cited 2021 Jan 29]. Available from: https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2412. (in Thai)
9. Sawangsri W, Hasitawech N, Yamma C, Rattanatrai N, Jueng-siragulwit D. Perceived stress and depression and their associated factors among COVID-19 patients. J. Ment. Health. Thai. 2021;29(2):114-24.
10. UNICEF Thailand. Thailand indicated COVID-19 continuously affects Thai children and adolescent mental health [Internet]. Bangkok: UNICEF and Department of Mental Health, Ministry of Public health; 2021 [cited 2022 Jan 29] Available from: https://www.unicef.org/thailand/th/pressreleases/%E0%B8%A2%E0%B8%B9%E0%B8%99%E0%B8% B4%E0%B9%80%E0%B8%8B%E0%B8%9F%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B9%89%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%94-19.
11. Sidor A, Rzymski P. Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: experience from Poland. Nutrients. 2020 Jun 3;12(6):1657.
12. Division of Physical Activity and Health, Department of Health. Report of COVID-19 effect on physical activity consideration [Internet]. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2021 [cited 2021 Jan 29] Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1189020211018043402.pdf. (in Thai)
13. Electronic Transactions Development Agency, Ministry of Digital Economy and Society. Report of Thai internet user's behavior 2020 [Internet]. Bangkok: Electronic Transactions Development Agency, Ministry of Digital Economy and Society; 2020 [cited 2021 Jan 29] Available from: https://www.etda.or.th/th/UsefulResource/ publications/Thailand-Internet-User-Behavior-2020.aspx. (in Thai)
14. Gochman, D S. Health behavior research: definitions and diversity. In D. S. Gochman (ed.), Handbook of health behavior research, Vol. I. Personal and social determinants. New York: Plenum Press, 1997.

15. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: the 2017 revision, key findings and advance tables. Working paper no. ESA/P/WP/248 ed. 2017.
16. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83.
17. Davies NG, Klepac P, Liu Y, Prem K, Jit M, Eggo RM, et al. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. Nat Med. 2020 Aug;26(8):1205-11.
18. Pieh C, Budimir S, Probst T. The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. J Psychosom Res. 2020 Sep;136:110186.
19. Mercadante AR, Law AV. Will they, or won't they? Examining patients' vaccine intention for flu and COVID-19 using the health belief model. Res Social Adm Pharm. 2021 Sep;17(9):1596-605.
20. Wong MCS, Wong ELY, Huang J, Cheung AWL, Law K, Chong MKC, et al. Acceptance of the COVID-19 vaccine based on the health belief model: a population-based survey in Hong Kong. Vaccine. 2021 Feb 12;39(7):1148-56.
21. Lippi G, Henry BM, Bovo C, Sanchis-Gomar F. Health risks and potential remedies during prolonged lockdowns for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Diagnosis (Berl). 2020 May 26;7(2):85-90.
22. Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Effects of COVID-19 home confinement on eating behaviour and physical activity: results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. Nutrients. 2020 May 28;12(6):1583.
23. Zhang SX, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. Psychiatry Res. 2020 Jun;288:112958.
24. Freiberg A, Schubert M, Romero Starke K, Hegewald J, Seidler A. A rapid review on the influence of COVID-19 lockdown and quarantine measures on modifiable cardiovascular risk factors in the general population. Int J Environ Res Public Health. 2021 Aug 13;18(16):8567.
25. COVID-19 Information Center. Summary of COVID-19 vaccine data between 2021 February 28 to 2022 August 27 [Internet]. Bangkok: COVI19 Pandemic Situation Management Center; 2021 [cited 2023 May 15] Available from: https://web.facebook.com/photo/?fbid=395194125432251&set=a.106455480972785. (in Thai)
26. World Health Organization. Physical activity [Internet]. Geneva: WHO headquarters in Geneva; 2022 [cited 2022 Jan 30]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity.
27. Armstrong T, Bull F. Development of the world health organization global physical activity questionnaire (GPAQ). J. Public Health. 2006 Apr;14:66-70.
28. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020 Dec;54(24):1451-62.
29. Bonevski B, Regan T, Paul C, Baker AL, Bisquera A. Associations between alcohol, smoking, socioeconomic status and comorbidities: evidence from the 45 and Up Study. Drug Alcohol Rev. 2014 Mar;33(2):169-76.
30. Park JH, Moon JH, Kim HJ, Kong MH, Oh YH. Sedentary lifestyle: overview of updated evidence of potential health risks. Korean J Fam Med. 2020 Nov;41(6):365-73.
31. Huang R, Ho SY, Wang MP, Lo WS, Lam TH. Sociodemographic risk factors of alcohol drinking in Hong Kong adolescents. J Epidemiol Community Health. 2016 Apr;70(4):374-9.
32. Malik VS, Willett WC, Hu FB. Global obesity: trends, risk factors and policy implications. Nat Rev Endocrinol. 2013 Jan;9(1):13-27.
33. Park S, Pan L, Sherry B, Blanck HM. Consumption of sugar-sweetened beverages among US adults in 6 states: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2011. Prev Chronic Dis. 2014 Apr 24;11:E65.
34. PPTV online. Declared of an adapted legislation for 8 control measure for COVID-19 started Sep 1 to reopen schools, department stores, and restaurants [Internet]. Bangkok: Bangkok Media and Broadcasting; 2021 [cited 2023 May 15] Available from: https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%87/155134. (in Thai)
35. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO Headquarters in Geneva; 2022 [cited 2022 Mar 11] Available from: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicablediseases#:~:text=People%20at%20risk%20of% 20NCDs,of%2030%20and%2069%20years.
36. Jongenelis MI, Pratt IS, Slevin T, Chikritzhs T, Liang W, Pettigrew S. The effect of chronic disease warning statements on alcohol-related health beliefs and consumption intentions

among at-risk drinkers. Health Educ Res. 2018 Oct 1;33(5):351-60.

37. Kaufman AR, Dwyer LA, Land SR, Klein WMP, Park ER. Smoking-related health beliefs and smoking behavior in the National Lung Screening Trial. Addict Behav. 2018 Sep;84:27-32.
38. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 16 million participants. Lancet Child Adolesc Health. 2020 Jan;4(1):23-35.
39. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 19 million participants. Lancet Glob Health. 2018 Oct;6(10):e1077-e1086.
40. Hongchayangkul K, Sutheerawut P, Keawthong Y. Physical activity, guideline for Thai people [Internet]. Songkla: Institute of Health Systems Management. Prince of Songkla University; 2018 [cited 2022 Jan 29] Available from: https://www.pathailand.com/upload/forum/padoc_PA19.pdf. (in Thai)
41. Thailand Physical Activity Knowledge Development Centre, Institute of Population and Social Research, Mahidol University. Encourage of Thai population physical activity after COVID-19 [Internet]. Bangkok: Institute of Population and Social Research, Mahidol University; 2018 [cited 2022 Mar 11]. Available from: https://resourcecenter.thaihealth.or.th/files/66/30.0.pdf. (in Thai)
42. Chamrusritthirong A, Gray R, Pattarawanit A, Poonkert S, Thepsuwan S, Thongcharoenchupong N, et al. Report of Thai vegetable and fruit consumption monitoring version 2. 2019 [Internet]. Bangkok: Institute of Population and Social Research, Mahidol University; 2020 [cited 2022 Mar 11] Available from: https://ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/502-FVEB2.pdf. (in Thail)
43. Commissioner's Office 1, The Secretariat of The Senate. Report of result of effect of COVID-19 on Thai economic consideration and suggestion for agricultural driving [Internet], Bangkok: The Secretariat of The Senate; 2020 [cited 2022 Mar 11]. Available from: https://www.senate.go.th/document/mSubject/Ext85/85843_0001.pdf. (in Thai)
44. Zupo R, Castellana F, Sardone R, Sila A, Giagulli VA, Triggiani V, et al. Preliminary trajectories in dietary behaviors during the COVID-19 pandemic: a public health call to action to face obesity. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 27;17(19):7073.
45. Chankisean T. Consumption behavior during the first wave of COVID-19 during May-June 2020 [Internet]. Bangkok: The Standard; 2021 [cited 2022 Mar 11]. Available from: https://thestandard.co/line-man-consumer-behavior/. (in Thai)
46. Electronic Transactions Development Agency, Ministry of Digital Economy and Society. Y-generation ordered foods through online the most and over 40% due to COVID-19 [Internet]. Bangkok: Electronic Transactions Development Agency, Ministry of Digital Economy and Society; 2021 [cited 2022 Mar 11]. Available from: https://www.etda.or.th/th/https/www-etda-or-th/th/newsevents/pr-news/Online-Food-Delivery-Survey-2020.aspx. (in Thai)
47. Soonthornchawakan N. Age and income inequality in Thailand. Executive Journal [Internet]. 2018 Jun. 26 [cited 2023 May 17];38(1):56-72. Available from: https://so01.tci-thaijo.org/index.php/executivejournal/article/view/103262.

ถอดบทเรียนการจัดการแข่งขันกีฬานานาชาติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

ปรีชาพล ปิ้งผลพูล[*]
ไอรินลดา วิศิษฏ์พรกุล[*]
ณัฐทิชา หงษ์สามสิบหก[*]
อนุวัฒน์ รัสมะโน[*]
ปัทมาภรณ์ เครือหงษ์[*]
จริยา ดาหนองเป็ด[*]
นันนภัส กันตพัตชญานนท์[*]
ธีรพล ใจกล้า[*]
สุภนุช ทรงเจริญ[*]
จักรกฤษณ์ ปานแก้ว[*]
จันทร์จิรา เสนาพรม[*]
ผู้รับผิดชอบบทความ: *ไอรินลดา วิศิษฏ์พรกุล*

บทคัดย่อ

การถอดบทเรียนครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานด้วยวิธีการทบทวนเอกสารและศึกษาประสบการณ์ดำเนินงานจากเรื่องเล่าของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนที่เต็มใจให้ข้อมูล จำนวน 50 คน ผ่านการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และการสนทนากลุ่มผ่านจอภาพด้วยแบบสอบถามปลายเปิด เก็บข้อมูลเดือนกันยายน 2564 ผลการศึกษาพบว่าการจัดการแข่งขันกีฬานานาชาติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ใช้วิธีการกักกันแบบไม่มีผู้เข้าชม เรียก “สถานที่กักกันรูปแบบเฉพาะองค์กร ประเภท ข” เป็นการเปิดโอกาสให้นักกีฬาได้รับสิทธิเข้าร่วมแข่งขันโอลิมปิกเกมส์ 2020 และพาราลิมปิกเกมส์ 2020 ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น โดยหน่วยงานจัดการแข่งขันต้องขออนุญาตจัดตั้งและดำเนินการตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด พร้อมจัดทำแนวปฏิบัติในทุกส่วนงาน รวมถึงการฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้องตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค การแข่งขันกีฬาด้วยวิธีการกักกันเป็นเรื่องใหม่สำหรับทุกหน่วยงานจึงทำให้พบปัญหาอุปสรรคในหลายขั้นตอน ความสำเร็จที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้มีมูลค่าเป็นตัวเงินที่หมุนเวียนในระบบเศรษฐกิจ แต่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับจากนานาประเทศในศักยภาพของประเทศไทยที่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ ทั้งนี้เพื่อให้การแข่งขันกีฬาเกิดประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนสังคมและเศรษฐกิจ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรคร่วมกันกรณีมีผู้เข้าชม ทั้งมาตรการส่วนบุคคลและอาคารสถานที่ ควรมีร้านคู่สัญญานอกสถานที่กักกันที่ผ่านมาตรฐานการป้องกันควบคุมโรค เช่น ร้านอาหาร ร้านขายของใช้ประจำวัน ร้านขายสินค้าที่ระลึก เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้กักกันได้ลดความตึงเครียดและกระจายรายได้สู่ชุมชน

คำสำคัญ: การกักกัน, โควิด-19, กีฬานานาชาติ, การจัดการแข่งขันกีฬา

[*] *กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*

Received 27 May 2022; Revised 4 May 2023; Accepted 29 August 2023

Suggested citation: Puengpholpool P, Wisitphonkul I, Hongsamsibhok N, Ratsamano A, Khruahong P, Danongped C, et al. Lessons learned from the operations of international sports events during COVID-19 pandemic. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):599-618.

ปรีชาพล ปิ้งผลพูล, ไอรินลดา วิศิษฏ์พรกุล, ณัฐทิชา หงษ์สามสิบหก, อนุวัฒน์ รัสมะโน, ปัทมาภรณ์ เครือหงษ์, จริยา ดาหนองเป็ด, และคณะ. ถอดบทเรียนการจัดการแข่งขันกีฬานานาชาติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):599-618.

Lessons Learned from the Operations of International Sports Events during COVID-19 Pandemic

Preechapol Puengpholpool, Irinlada Wisitphonkul, Natticha Hongsamsibhok, Anuwat Ratsamano, Patthamaporn Khruahong, Chariya Danongped, Nannaphat Kantaphatchayanon, Theerapon Jaikla, Supanuch Shongcharoen, Jakkit Pankaew, Junjira Sanaprom

Division of Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

Corresponding author: *Irinlada Wisitphonkul, wisitpornkul@gmail.com*

Abstract

This lesson learned study aimed to review documents and experiences gained from story-telling of 50 executives and practitioners involving with international sports events during COVID-19 pandemic. Key informants were from government and private organizations who agreed to participate in phone and video conference interviews or discussions with an open-ended questionnaire conducted in September 2021. According to research findings, the operations of international sports events with no audiences during the COVID-19 pandemic used quarantine measures called "organizational quarantine type B" provided an opportunity for athletes to be eligible to participate in the Tokyo 2020 Olympic and Paralympic Games. All the authorities involved expressed concerns on challenges of the management of sports events under quarantine. Even though the accomplishments did not have direct economic worth, Thailand had shown the potential of controlling the COVID-19 pandemic internationally. The sports events during COVID-19 with appropriate preventive measures had proved that they promoted social and economic mobility. Combined with other quarantine facilities, the contracted souvenir shops, restaurants and other recreation facilities with disease prevention and control standards, could help decrease stress and distribute profits to the community.

Keywords: organizational quarantine, COVID-19, international sports, sports event management

ภูมิหลังและเหตุผล

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 จากประเทศจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ได้ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประกาศให้การระบาดของโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic)[1] หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ในหลายประเทศต่างตื่นตัวและดำเนินงานตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอย่างเต็มกำลังความสามารถ เพื่อสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรค ประเทศไทยดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ด้วยการจำกัดการเดินทาง งดการรวมกลุ่ม การปรับวิถีการดำรงชีวิตแบบใหม่ ควบคู่ไปกับความพยายามรักษาและฟื้นฟูศักยภาพทางเศรษฐกิจและธุรกิจ รวมถึงมาตรการกักกัน (quarantine) ที่นำมาใช้เพื่อป้องกันและสกัดกั้นการนำเชื้อเข้าสู่ประเทศไทย[2]

ระยะแรก รัฐบาลมีนโยบายให้ใช้มาตรการกักกันสำหรับผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ และผู้เดินทางข้ามจังหวัด โดยไม่สามารถออกจากห้องพักได้จนกว่าจะครบกำหนดวันกักกัน ต่อมามีการผ่อนคลายมาตรการให้ผู้เข้ารับการกักกันสามารถทำกิจกรรมร่วมกันได้ตามวัตถุประสงค์ของการกักกัน[3-8] ส่งผลให้หน่วยงานด้านกีฬามองเห็นความจำเป็นและโอกาสในการแข่งขัน

กีฬานานาชาติโดยประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ วัตถุประสงค์หลักเพื่อเปิดโอกาสให้นักกีฬาได้รับสิทธิ (qualified) เข้าร่วมการแข่งขันโอลิมปิกเกมส์ 2020 และพาราลิมปิกเกมส์ 2020 ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับนักกีฬา สร้างแรงบันดาลใจให้กับเยาวชน รวมถึงสร้างความมั่นใจ ความเชื่อมั่น สร้างการยอมรับให้กับนานาชาติ ในศักยภาพของการจัดการแข่งขันกีฬาของประเทศไทยที่มีความปลอดภัย มีมาตรฐานระดับโลกและเป็นต้นแบบในการแข่งขันกีฬาภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมาประเทศไทยเริ่มต้นด้วยการเป็นเจ้าภาพจัดการแข่งขันแบดมินตันนานาชาติ BWF (Badminton World Federation) World Tour 2020 มีผู้เข้าร่วมทั้งนักกีฬาและเจ้าหน้าที่รวมทั้งสิ้น 854 คน จาก 22 ประเทศ พบผู้ป่วยโควิด-19 ยืนยันได้เพียง 4 ราย ด้วยมาตรการที่เข้มข้นจึงสามารถควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรคได้[9] ความสำเร็จดังกล่าวจึงตามมาด้วยการแข่งขันกีฬานานาชาติอีกหลายรายการ โดยใช้หลักการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (bubble and seal) ตามข้อกำหนดของสถานที่กักกันซึ่งทางราชการกำหนดรูปแบบเฉพาะองค์กร (organizational quarantine, OQ) ภายใต้มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโควิด-19 อย่างเคร่งครัดจากทุกภาคส่วนที่เข้าร่วมกิจกรรม

การแข่งขันกีฬานานาชาติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ด้วยรูปแบบการกักกัน นับเป็นเรื่องใหม่สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยจึงได้ถอดบทเรียนเพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานสถานที่กักกันด้วยการทบทวนเอกสาร และประสบการณ์จากเรื่องเล่าของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เข้าร่วมกิจกรรมในประเด็นที่มาและเป้าหมาย กระบวนการและผลลัพธ์ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาสามารถปรับใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ควบคู่กับการขับเคลื่อนสังคมและเศรษฐกิจหากเกิดโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

ระเบียบวิธีศึกษา

การถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติ (after action review, AAR) ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เก็บข้อมูลเดือนกันยายน 2564 โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้กำหนดวันและเวลา

กลุ่มเป้าหมาย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้มีประสบการณ์ดำเนินงานและเต็มใจให้ข้อมูล ประกอบด้วยผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 50 คน ดังนี้

ผู้บริหาร จำนวน 12 คน ประกอบด้วย 1) ด้านกีฬา ได้แก่ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย สหพันธ์กีฬา สมาพันธ์กีฬา สมาคมกีฬา และสโมสรกีฬา จำนวน 10 คน และ 2) ผู้ตรวจประเมินสถานที่กักกัน (OQ) กรมควบคุมโรค จำนวน 2 คน

ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 38 คน ประกอบด้วย 1) ด้านการเดินทาง จำนวน 2 คน 2) ด้านที่พัก จำนวน 2 คน 3) ด้านกีฬา ได้แก่ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย สหพันธ์กีฬา สมาพันธ์กีฬา และสมาคมกีฬา จำนวน 11 คน 4) โรงพยาบาลคู่สัญญา จำนวน 4 คน 5) ด้านการป้องกัน ควบคุมโรค ได้แก่ กรมแพทย์ทหารอากาศ กรมควบคุมโรค และการบินไทย จำนวน 19 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การทบทวนข้อมูลจากเอกสาร (document review)[3-8] และเรื่องเล่า (story telling) จากประสบการณ์ความรู้สึกของกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผ่านโทรศัพท์ (enumeration by telephone) และการสนทนากลุ่มผ่านจอภาพ (video conference) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามปลายเปิด (open ended questions) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ที่มาและเป้าหมายการดำเนินงาน สำหรับผู้บริหาร หมายถึง เหตุผลและเป้าหมายการจัดแข่งขันกีฬา

สำหรับผู้ปฏิบัติงาน หมายถึง เหตุผลและความคาดหวังหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 กระบวนการและผลลัพธ์จากการดำเนินงาน หมายถึง กิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด รวมถึงประสบการณ์หรือความประทับใจที่ได้รับจากการดำเนินงาน

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นแล้วไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือขัดขวางการปฏิบัติงาน และสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลดีหรือส่งเสริมการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน หมายถึง แนวทางในการพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุปด้วยการบรรยายประกอบแผนภาพและตาราง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 กระบวนการดำเนินงาน จากการทบทวนเอกสาร[3-8] พบว่า สถานที่กักกันมีหลายประเภทและมีชื่อเรียกแตกต่างกัน เช่น สถานที่กักกันโรคแห่งรัฐ (state quarantine, SQ) สำหรับผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ และสถานที่กักกันโรคระดับจังหวัด (local quarantine, LQ) สำหรับผู้เดินทางข้ามจังหวัดในพื้นที่ต่างจังหวัด ซึ่งรัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด เมื่อผ่านไประยะหนึ่งมีผู้ต้องการความสะดวกสบายและเต็มใจจ่ายเงิน จึงเกิดเป็นสถานที่กักกันทางเลือก (alternative state quarantine, ASQ; alternative local quarantine, ALQ) ขณะเดียวกันมีผู้ต้องการเดินทางมารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย จึงกลายเป็นรูปแบบสถานที่กักกันในโรงพยาบาล (hospital quarantine, HQ) และโรงพยาบาลทางเลือก (alternative hospital quarantine, AHQ) รวมถึงกลุ่มคนที่เข้ามาเป็นการเฉพาะของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งหน่วยงานนั้นต้องเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการและค่าใช้จ่ายทั้งหมด เรียกว่าสถานที่กักกันรูปแบบเฉพาะองค์กร (organizational quarantine, OQ) มี 3 ประเภท คือ 1) ประเภท ก กักกันแบบพักเดี่ยว ไม่มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรม เช่น การกักตัวพนักงานก่อนเข้าทำงาน 2) ประเภท ข กักกันในที่พักหรืออาคารถาวร นอนรวมกลุ่มหรือพักเดี่ยว ทำกิจกรรมร่วมกันได้ เช่น การแข่งขันกีฬาแบบไม่มีผู้เข้าชม และ 3) ประเภท ค กักกันในที่จัดตั้งชั่วคราว นอนรวมกลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกันได้ เช่น แคมป์ก่อสร้าง[3-8]

การดำเนินงานสถานที่กักกันมีการปรับปรุงเป็นระยะเพื่อให้สอดรับกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และนโยบายผ่อนปรนเพื่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ไม่มีข้อกำหนดตายตัว เนื่องจากมีวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กิจกรรมต่างกัน โดยเฉพาะการแข่งขันกีฬานานาชาติแบบไม่มีผู้เข้าชม สำหรับการศึกษาครั้งนี้เรียก OQ การแข่งขันกีฬาแต่ละประเภทมีกิจกรรมและความต้องการต่างกัน หน่วยงานสาธารณสุขยอมรับว่าไม่มีความรู้และความเข้าใจในธรรมชาติของกีฬาเพียงพอ จึงเปิดโอกาสให้หน่วยงานผู้จัดการแข่งขันกีฬา รวมถึงหน่วยงานด้านที่พัก ด้านการเดินทาง และโรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมกันจัดทำแนวทางการปฏิบัติ (standard operating procedure, SOP) โดยยึดมาตรการสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่าง การตรวจคัดกรองอาการตนเองและรายงานไปยังแพลตฟอร์ม การตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR (real-time polymerize chain reaction) การแยกผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และการทำความสะอาดฆ่าเชื้อ SOP มี 5 ด้าน คือ 1) การเดินทาง 2) การดำรงชีวิตประจำวันของนักกีฬาและผู้ปฏิบัติงาน 3) การฝึกซ้อมและการแข่งขัน 4) การสนับสนุนด้านการแพทย์และการดูแลโรคระบาด 5) การสอบสวนโรคเพื่อควบคุมและป้องกันการระบาดในการแข่งขันและชุมชนโดยรอบ ใช้ SOP ประกอบการขอจัดตั้ง OQ เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีความรู้ ความเข้าใจ นำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง และช่วยลดความขัดแย้ง

ที่อาจเกิดขึ้น ในส่วนของการบริหารจัดการจะสอดแทรกใน SOP นอกจากนี้ยังต้องมีศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ (command center) ทั้งในและนอก OQ และมีผู้บัญชาการเหตุการณ์ (incident commander, IC) ใน OQ เป็นผู้บริหารสมาคม สมาพันธ์ หรือสโมสรกีฬา นอก OQ เป็นผู้บริหารหน่วยงานการกีฬาภาครัฐ เช่น กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย พร้อมมีกลไกการประสานงานทั้งในและนอก OQ ที่พร้อมรับสถานการณ์และแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการแข่งขัน และต้องกำหนดผู้รับผิดชอบภารกิจ 6 ด้าน ประกอบด้วยภารกิจหลัก คือ 1) อำนวยการและธุรการ เช่น การลงทะเบียน การฝึกซ้อม การแข่งขัน การเดินทาง การดำรงชีวิตประจำวัน การออกหนังสือรับรองการกักกัน 2) การรักษาความปลอดภัย ตั้งแต่สนามบิน ที่พัก สนามฝึกซ้อม สนามแข่งขัน และการส่งตัวไปโรงพยาบาล 3) การดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อด้านการแพทย์ ได้แก่ การดูแลรักษาเยียวยาจิตใจ การดูแลรักษาในภาวะฉุกเฉิน โรคเจ็บป่วยทั่วไปและโรคเรื้อรัง การส่งต่อ การคัดกรองโรคโควิด-19 และภารกิจสนับสนุน 4) การควบคุมและป้องกันโรค 5) การอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลภายในและภายนอกอาคารที่พัก สนามฝึกซ้อม สนามแข่งขัน เช่น การจัดการน้ำเสีย ขยะ แมลง และการสุขาภิบาลอาหาร และ 6) การดูแลสุขภาพจิตและโรคจิตเวช โดยโรงพยาบาลคู่สัญญาต้องจัดให้มีทีมจิตเวชพร้อมให้บริการผู้กักกันโดยไม่จำเป็นต้องปฏิบัติหน้าที่อยู่ใน OQ

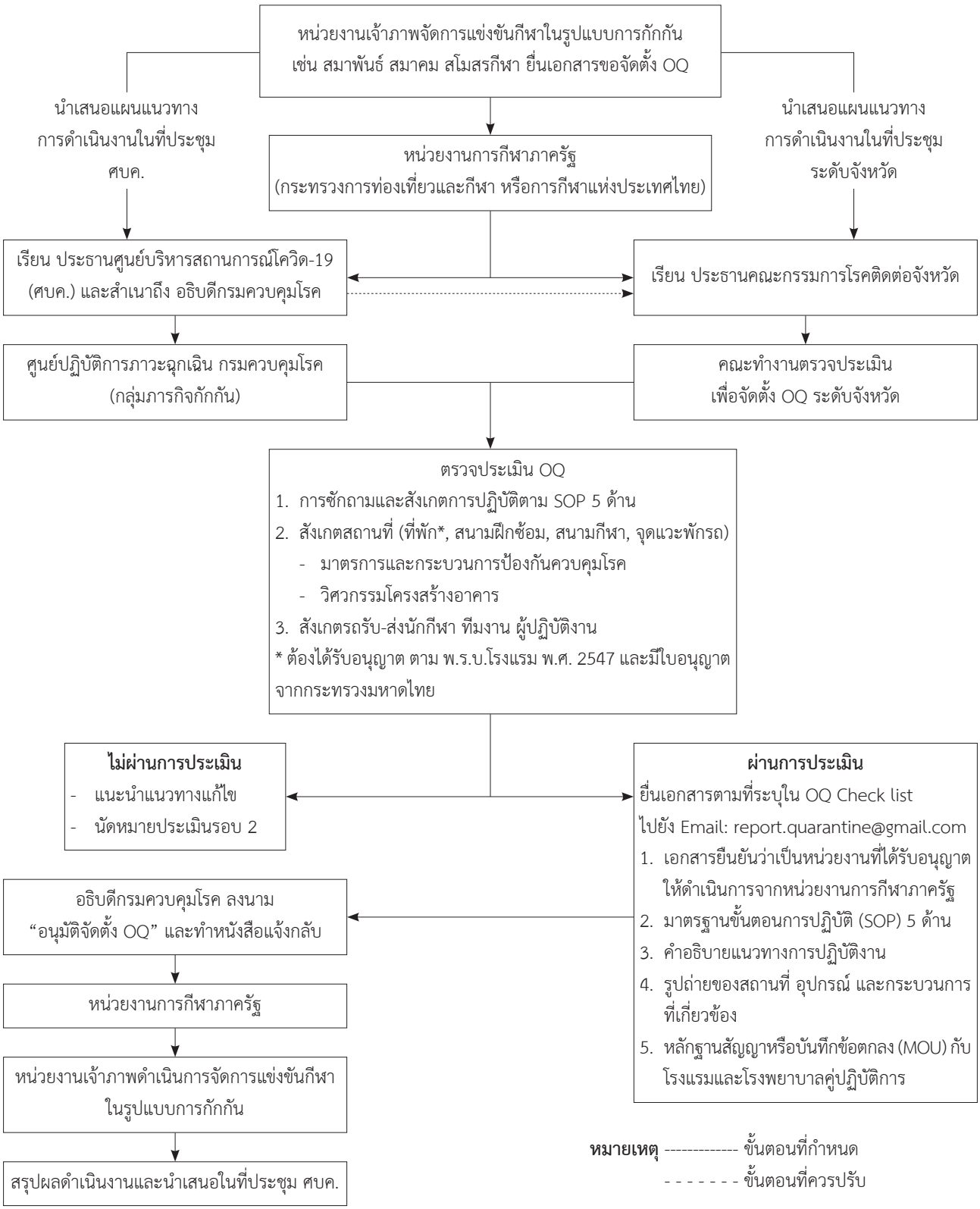
การขอจัดตั้ง OQ พบว่า มีการดำเนินการตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด แต่ไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในแต่ละกิจกรรม มีเพียงกำหนดให้หน่วยงานเจ้าภาพจัดการแข่งขันกีฬาต้องยื่นเรื่องขอรับการประเมินก่อนจัดตั้งอย่างน้อย 14 วันทำการ และพบว่าบางกิจกรรมมีความซ้ำซ้อนซึ่งหน่วยงานด้านกีฬาเสนอให้มีการปรับเพื่อความสะดวกรวดเร็ว หลังได้รับอนุมัติจัดตั้ง OQ แล้วต้องดำเนินการตาม SOP และตามวันเวลาที่ยื่นขอไว้ (อย่างน้อย 14 วัน) หลังจบการแข่งขันต้องสรุปและรายงานผลการดำเนินงานให้ที่ประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) รับทราบ (ภาพที่ 1)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดำเนินงาน จากเรื่องเล่าของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน นำเสนอเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1) ที่มาและเป้าหมายการดำเนินงาน สำหรับผู้บริหาร คือ ต้องการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและเปิดโอกาสให้นักกีฬาได้รับสิทธิเข้าร่วมการแข่งขันโอลิมปิกเกมส์ 2020 และพาราลิมปิกเกมส์ 2020 ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น สำหรับผู้ปฏิบัติงานมีเหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต่างมีความคาดหวังเหมือนกัน คือ ทุกคนที่เข้าร่วมกักกันกลับบ้านด้วยความปลอดภัยไม่ติดเชื้อโควิด-19 (ตารางที่ 1)

2) กระบวนการและผลลัพธ์จากการดำเนินงาน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต้องศึกษาและทำความเข้าใจรูปแบบการกักกัน OQ และ SOP ที่จัดทำขึ้นสำหรับการแข่งขันกีฬาแต่ละประเภท ผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติงาน คือ ความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการเป็นเจ้าภาพจัดการแข่งขันกีฬา ได้เครือข่าย ได้มิตรภาพที่ดี ความรู้และประสบการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงานสามารถนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ (ตารางที่ 2)

3) ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน ผู้บริหารหน่วยงานด้านกีฬาและผู้ตรวจประเมิน มีความคิดเห็นตรงกันว่า ปัญหาอุปสรรคคือความไม่เข้าใจในธรรมชาติของแต่ละส่วนงาน สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการเดินทาง ที่พักและกีฬา มองว่ามาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคที่ต่างกันระหว่างกรมควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลคู่สัญญา คือปัญหาอุปสรรค ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคมองว่านักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานไม่เข้าใจในมาตรการป้องกันและควบคุมโรค คือปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ส่วนปัจจัยความสำเร็จ



MOU = memorandum of understanding, OQ = organizational quarantine, SOP = standard operating procedure,
พ.ร.บ. = พระราชบัญญัติ, ศบค. = ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19

ภาพที่ 1 กระบวนการขอจัดตั้งและดำเนินการ organizational quarantine (OQ)

ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นตรงกัน คือ ความร่วมมือของแต่ละหน่วยงาน นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน (ตารางที่ 3)

4) ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายให้ข้อเสนอแนะต่อการแข่งขันกีฬานานาชาติในรูปแบบการกักกัน จำแนกได้เป็น 4 ด้าน คือ 1) ก่อนการแข่งขัน 2) ระหว่างการแข่งขัน 3) หลังการแข่งขัน และ 4) การแข่งขันครั้งต่อไป (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ที่มาและเป้าหมายการดำเนินงานจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	ที่มา	เป้าหมาย
ผู้บริหาร		
ด้านกีฬา (n=10)	1) การคัดเลือกตัวแทนนักกีฬาเข้าร่วมโอลิมปิกและพาราลิมปิกเกมส์ ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น (n=9) 2) การแข่งขันกีฬาทั่วโลกหยุดชะงักตั้งแต่ปี 2563 ส่งผลกระทบต่อศักยภาพนักกีฬา อุตสาหกรรมกีฬาซบเซา และไม่มีผู้สนับสนุน (sponsor) (n=8) 3) ทวีปยุโรป อเมริกาเหนือ และอเมริกาใต้ เริ่มจัดการแข่งขันกีฬา เมื่ออัตราการฉีดวัคซีนของประชาชนเป็นที่ยอมรับได้ทางสาธารณสุข (n=6) 4) การประสบความสำเร็จในการจัดแข่งขันแบดมินตันนานาชาติ BWF World Tour 2020 (n=3)	1) การแข่งขันกีฬาที่ประสบความสำเร็จ สร้างชื่อเสียงให้ประเทศ และปลอดภัยจากโควิด-19 (n=10)
ผู้ตรวจประเมินสถานที่กักกัน (n=2)	1) นโยบายผ่อนคลายเพื่อผลประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ จึงนำแนวทางการดำเนินงานสถานที่กักกัน (SQ) มาปรับใช้สำหรับการแข่งขันกีฬานานาชาติ (OQ) (n=2)	1) การป้องกัน ควบคุมโรคไม่ให้เกิดการติดเชื้อ หากเกิดการติดเชื้อสามารถควบคุมไม่ให้เชื้อแพร่กระจายสู่ภายนอกได้ (n=2)
ผู้ปฏิบัติงาน		
ด้านการเดินทาง (n=2)	1) มีประสบการณ์การดำเนินงานสถานที่กักกัน (SQ) และโครงสร้างภายในรถบางส่วนมีความพร้อม (n=2)	1) การให้บริการบรรลุวัตถุประสงค์ของผู้ว่าจ้าง และมีความปลอดภัยตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรค (n=2)
ด้านที่พัก (n=2)	1) ที่ตั้งใกล้สนามแข่งขัน ใกล้สนามบินนานาชาติ และมีสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงานเจ้าภาพจัดการแข่งขัน (n=2)	1) การให้บริการที่ประทับใจ ผู้เข้าพักมีความสุข และปลอดภัย (n=2)
ด้านกีฬา (n=11)	1) เป็นภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานต้นสังกัดโดยตรง (n=11)	1) ตั้งใจปฏิบัติหน้าที่เต็มความสามารถ เพื่อให้การแข่งขันกีฬาผ่านไปด้วยความปลอดภัย ไม่ติดเชื้อโควิด-19 (n=11)
โรงพยาบาลคู่สัญญา (n=4)	1) เคยปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานเจ้าภาพจัดการแข่งขัน และมีประสบการณ์ดำเนินงานสถานที่กักกัน (SQ, ASQ) (n=4)	1) การป้องกัน ควบคุมโรคไม่ให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 (n=4)
ด้านการป้องกันควบคุมโรค (n=19)	1) ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งที่เป็นภารกิจโดยตรง ได้แก่ กรมควบคุมโรค (n=10) และเป็นภารกิจพิเศษ ได้แก่ กรมแพทย์ทหารอากาศ (n=3) และการบินไทย (n=6) 2) มีความรู้หรือประสบการณ์การป้องกันการติดเชื้อ (n=3) ผ่านการอบรมด้านการป้องกันการติดเชื้อ (n=6)	1) การป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 (n=19) หากมีการติดเชื้อสามารถควบคุมไม่ให้มีการแพร่กระจาย (n=8)

ASQ = alterative state quarantine, BWF = Badminton World Federation, OQ = organizational quarantine, SQ = state quarantine

ตารางที่ 2 กระบวนการและผลลัพธ์จากการดำเนินงานจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการ	ผลลัพธ์
ผู้บริหาร		
ด้านกีฬา (n=10)	1) ขออนุญาตจัดตั้งและจัดการแข่งขันกีฬาในรูปแบบ OQ ไปยัง ศบค. และกรมควบคุมโรค (n=8) 2) ขออนุญาตจัดตั้งและจัดการแข่งขันกีฬาในรูปแบบ OQ ไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด (n=8) 3) ขอรับการตรวจประเมินจากกรมควบคุมโรค (n=7) 4) รับการตรวจประเมินในสถานที่จริง (n=8) 5) การปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ตรวจประเมิน (n=8) 6) การจัดทำ SOP ของแต่ละส่วนงานระหว่างการกักกัน (n=7) 7) หาสถานที่กักกันและโรงพยาบาลคู่สัญญา (n=6)	1) การสร้างความสุขให้กับคนไทย (n=10) 2) ได้ประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจการป้องกัน ควบคุมโรคสำหรับการดำเนินงานสถานที่กักกัน (n=10) 3) ความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในภารกิจที่สำคัญและยิ่งใหญ่ (n=10) 4) ได้เครือข่าย ได้มิตรภาพที่ดี (n=10) 5) มีความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันดูแลตนเองและคนรู้จัก (n=9) 6) ความร่วมมือ และการทำงานแบบบูรณาการของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (n=8) 7) แสดงถึงศักยภาพของประเทศไทยในการแข่งขันกีฬานานาชาติอย่างปลอดภัย สร้างความเชื่อมั่น สร้างการยอมรับให้กับสังคมโลก (n=6) 8) เรียนรู้การบริหารจัดการอย่างแท้จริง (n=6) 9) การมีส่วนช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจให้กับโรงแรม พนักงานและรถขนส่ง (n=5)
ผู้ตรวจประเมินสถานที่กักกัน (n=2)	1) ทำความเข้าใจ OQ และวัตถุประสงค์การจัดการแข่งขันกีฬา (n=2) 2) ศึกษาธรรมชาติของกีฬาประเภทนั้นๆ และศึกษาว่ากิจกรรมที่จะเกิดขึ้น จะมีอะไรบ้าง (n=2) 3) วางแผนกำลังคนผู้ปฏิบัติงานภายในและนอก OQ (n=2) 4) การประชุมร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานทั้งหมด (n=2)	1) ความภาคภูมิใจกับการเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การแข่งขันกีฬารูปแบบ OQ ประสบความสำเร็จ (n=2) 2) ได้องค์ความรู้ใหม่โดยเฉพาะด้านกีฬา (n=2) 3) ได้เครือข่าย ได้มิตรภาพที่ดี (n=2)
ผู้ปฏิบัติงาน		
ด้านการเดินทาง (n=2)	1) ศึกษาขอบเขตการดำเนินงาน และวัตถุประสงค์ของผู้ว่าจ้าง (n=2) 2) ศึกษาทำความเข้าใจ SOP ด้านการเดินทาง (n=2) 3) เตรียมโครงสร้างภายในรถ เช่น ผนังกั้นระหว่างพนักงานขับรถกับผู้กักตัว เบาะนั่งหุ้มพลาสติกและทำเครื่องหมายเว้นระยะห่าง (n=2) 4) เตรียมอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยในรถ เช่น เจลแอลกอฮอล์และถุงแดงใส่ขยะติดเชื้อ (n=2) 5) สร้างความรู้ความเข้าใจกับพนักงานขับรถและพนักงานติดรถ เช่น การใส่ถอดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) การทำความสะอาดรถ และการจัดการขยะติดเชื้อ (n=2) 6) สำรวจเส้นทางการเดินรถ และสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง (n=2)	ได้ประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน แม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 จะยุติลงโดยเฉพาะ 3 เรื่องนี้ ได้แก่ 1) การปฏิบัติตนของผู้ประกอบอาชีพพนักงานขับรถอย่างถูกต้อง ปลอดภัยต่อตนเอง ผู้รับบริการ เพื่อนร่วมอาชีพ และคนในครอบครัว (n=2) 2) วิธีการทำความสะอาดภายในรถ เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคฟุ้งกระจาย (n=2) 3) การปรับเปลี่ยนระบบปรับอากาศภายในรถยนต์ทั้งหมดของบริษัท แยกกันระหว่างพนักงานขับรถกับผู้รับบริการ (n=2)

ตารางที่ 2 กระบวนการและผลลัพธ์จากการดำเนินงานจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการ	ผลลัพธ์
ด้านที่พัก (n=2)	1) หาข้อมูลเกี่ยวกับ OQ และ bubble ทำความเข้าใจ SOP การแข่งขันกีฬาและที่พัก จากหลากหลายช่องทาง (n=2) 2) เตรียมความพร้อมพนักงานที่ปฏิบัติงานใน OQ เช่น การสร้างความรู้ความเข้าใจ การรับวัคซีน (n=2) 3) เตรียมสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ (n=2) 4) รับความรู้จากโรงพยาบาลคู่สัญญา เช่น การใส่ถอด PPE การทำความสะอาด และการป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น (n=2) 5) รับการตรวจประเมินจากกรมควบคุมโรคและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ (n=2)	1) สร้างชื่อเสียงและความเชื่อมั่นให้ที่พัก ส่งผลให้ได้รับการพัฒนาเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (hospitel) เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 (n=2) 2) ประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับจากการปฏิบัติงานนำมาซึ่งความภาคภูมิใจในชีวิต (n=2)
ด้านกีฬา (n=11)	1) การศึกษาทำความเข้าใจ SOP และบทบาทหน้าที่ตนเองเมื่อปฏิบัติงานใน OQ (n=11) 2) รับความรู้จากหน่วยงานกรมควบคุมโรค และโรงพยาบาลคู่สัญญา (n=11) 3) การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (n=5)	1) ความภาคภูมิใจกับการเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ (n=11) 2) การได้เครือข่าย ได้มิตรภาพที่ดี (n=11) 3) การเรียนรู้ด้านการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ (n=5)
โรงพยาบาลคู่สัญญา (n=4)	1) ศึกษาทำความเข้าใจ SOP ด้านการแพทย์และการส่งต่อ (n=4) 2) เตรียมกำลังคน เลือกจากความสมัครใจและมีประสบการณ์ แบ่งเป็น 2 ทีม คือ ทีมปฏิบัติงานในและนอก OQ (n=2) 3) จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ (n=2)	1) ความรู้สึกภูมิใจกับการเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ (n=4) 2) การได้องค์ความรู้ใหม่ (n=4) 3) การได้เครือข่าย ได้มิตรภาพที่ดี (n=4)
ด้านการป้องกันควบคุมโรค (n=19)	ก่อนเปิด OQ 1) ทำความเข้าใจ SOP ของทุกส่วนงาน (n=19) 2) ทบทวนความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อ (n=19) 3) ศึกษาบริบทของสถานที่จัดตั้ง OQ (n=19) 4) ศึกษาประกาศจากสถานทูตของประเทศต่างๆ ที่จะเข้าร่วมแข่งขันกีฬา (n=16) 5) ทบทวนนโยบาย มาตรการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (n=10) 6) ติดต่อประสานงานกับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (n=5) ระหว่างปฏิบัติงานใน OQ 1) ประชุมทีมปฏิบัติงานในและนอก OQ ผ่านระบบออนไลน์ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานประจำวัน ปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ต้องการสนับสนุนหรือต้องได้รับการช่วยเหลือจากภายนอก (n=19) 2) จัดทำผลการปฏิบัติงานประจำวันใน OQ และรายงานให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ (n=6) 3) วางแผนการปฏิบัติงานและแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ (n=5)	1) ความภาคภูมิใจกับการเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ (n=19) 2) การเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ (n=19) 3) การได้เครือข่าย ได้มิตรภาพที่ดี (n=19) 4) การสร้างภาพลักษณ์ใหม่ให้กับอาชีพแอร์โฮสเตสและสจ๊วต (n=6)

OQ = organizational quarantine, PPE = personal protective equipment, SOP = standard operating procedure

ตารางที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	ปัญหา อุปสรรค	ปัจจัยความสำเร็จ
ผู้บริหาร		
ด้านกีฬา (n=10)	1) ไม่มีทีมตรวจประเมินจากกรมควบคุมโรคเข้าร่วมตั้งแต่เริ่มต้น ส่งผลต่อการบริหารจัดการ โดยเฉพาะการจัดเตรียมสถานที่ตามมาตรการป้องกัน ควบคุมโรค (n=8) 2) เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคขาดความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติของกีฬา (n=7) 3) นักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานไม่เข้าใจมาตรการป้องกัน ควบคุมโรค ทำให้เกิดการต่อต้านและไม่ปฏิบัติตาม (n=7) 4) การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงาน เช่น เมื่อ ศบค. อนุมัติให้จัดตั้ง OQ ควรมีหนังสือแจ้งไปยังจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อ เพื่อลดขั้นตอน ลดความซ้ำซ้อน (n=6) 5) มาตรการที่เข้มงวด ไม่ยืดหยุ่น ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานใน OQ มากเกินความจำเป็น (n=5) 6) เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคใน OQ บางท่าน ขาดจิตวิทยาในการสื่อสาร เน้นแต่การป้องกันควบคุมโรค (n=5) 7) งบประมาณจัดการแข่งขันแบบ OQ มากกว่าเดิมหลายเท่าตัว ส่งผลให้สมาคมกีฬาขนาดเล็กไม่สามารถจัดการแข่งขันได้ (n=5) 8) อุปกรณ์ เครื่องมือใน OQ ชำรุด ไม่สามารถแก้ไขได้ (n=3)	1) ความร่วมมือและการเห็นความสำคัญจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (n=10) 2) การมีเป้าหมายเดียวกัน (n=10) 3) ความตั้งใจ ความใส่ใจ และความรับผิดชอบของผู้จัดการแข่งขันและผู้บริหาร (n=8) 4) ความรู้ ความเข้าใจ ความชัดเจนในหลักการและการปฏิบัติตนของทุกคน (n=7) 5) การเคารพและยอมรับในบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนงาน (n=5) 6) การมีเครือข่ายและจุดประสานงานที่ชัดเจน (n=5)
ผู้ตรวจประเมินสถานที่กักกัน (n=2)	1) แต่ละหน่วยงานไม่ทำความเข้าใจ SOP (n=2) 2) การไม่เข้าใจในธรรมชาติของแต่ละส่วนงาน ต้องใช้เวลาเปิดใจ ปรับความรู้สึก ปรับตัว ยอมรับ (n=1) 3) เมื่อ ศบค. อนุมัติให้จัดตั้ง OQ จึงเสมือนคำสั่งที่ต้องปฏิบัติตาม แม้หลายอย่างยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานการป้องกันควบคุมโรคกลายเป็นปัญหาสำหรับทีมปฏิบัติงานควบคุมโรคใน OQ (n=1)	1) ทุกหน่วยงานต้องมีความเข้าใจและให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตาม SOP (n=2)
ผู้ปฏิบัติงาน		
ด้านการเดินทาง (n=2)	1) ไม่มีรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน จากผู้จัดการแข่งขัน (n=2) 2) มาตรการที่ต่างกันของกรมควบคุมโรคกับสาธารณสุขจังหวัด ส่งผลต่อการบริหารจัดการวัสดุ อุปกรณ์ เช่น PPE เป็นต้น (n=2) 3) นักกีฬาและผู้ประสานงาน (liaison officer) ไม่ทราบไม่เข้าใจเงื่อนไขการใช้รถ (n=2)	1) ความอดทนของทุกภาคส่วน ยอมปรับเปลี่ยนทุกเรื่อง เพื่อให้การดำเนินงานผ่านไปด้วยดี (n=2) 2) ความมุ่งมั่นของทุกภาคส่วน เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายเดียวกัน คือ ภาพลักษณ์ของประเทศ (n=2) 3) ความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนนั่นคือการทำหน้าที่ของตนเองอย่างดีที่สุด (n=2)

ตารางที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	ปัญหา อุปสรรค	ปัจจัยความสำเร็จ
	4) การต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้การรับนักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานในวันเดินทางจากสนามบินเข้าที่พักมีความล่าช้า (n=1) 5) ที่พักบางแห่งกำหนดจุดทิ้งขยะติดเชื้อที่นำลงมาจากรถไม่เหมาะสม (n=1) 6) อาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของพนักงานขับรถ (n=1) 7) ที่พักไม่มีสถานที่พักคอยสำหรับพนักงานขับรถนอก OQ ส่งผลให้ไม่ได้รับความสะดวกในหลายเรื่องโดยเฉพาะการเข้าห้องสุขา (n=1)	
ด้านที่พัก (n=2)	1) ขาดความรู้ ความเข้าใจในการเป็นผู้ให้บริการด้านที่พักในรูปแบบ OQ (n=2) 2) โรงพยาบาลคู่สัญญามีมาตรฐานแตกต่างกับกรมควบคุมโรค (n=2) 3) วางแผนกำลังคนในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ โดยเฉพาะพนักงานทำความสะอาด (n=2) 4) ผู้กักกันไม่ให้ความสนใจป้ายสื่อข้อความควรปฏิบัติและข้อห้าม (do and don't) (n=2) 5) การตรวจประเมินที่พักมีระยะเวลากระชั้นชิด ส่งผลต่อการแก้ไขปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (n=1) 6) วัสดุ อุปกรณ์ วัตถุดิบที่ใช้ใน OQ ไม่เพียงพอ ต้องรอรอบรอเวลา เนื่องจากการนำเข้าสิ่งของจากภายนอกต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ควบคุมโรค เช่น การขออนุญาตการลงทะเบียน การทำความสะอาดฆ่าเชื้อ (n=1) 7) ความกังวลใจกรณีพนักงานปรุงประกอบอาหารที่อยู่นอก OQ เดินทางไปกลับทุกวัน กลัวติดเชื้อมาจากภายนอก กลัวออกนอกเส้นทาง (n=1)	1) เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด (n=2)
ด้านกีฬา (n=11)	1) หน่วยงานด้านสาธารณสุขขาดความเข้าใจในธรรมชาติของกีฬา (n=11) 2) การเขียน SOP ส่วนใหญ่ใช้การคัดลอก ไม่ได้ทำด้วยความรู้ความเข้าใจ ส่งผลให้เกิดปัญหาเมื่อปฏิบัติงานจริง (n=8) 3) นักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานใน OQ ไม่เข้าใจมาตรการป้องกันควบคุมโรค จึงไม่ปฏิบัติตาม เพราะบางประเทศผ่อนคลายมาตรการแล้ว (n=8) 4) ที่พักบางแห่งไม่เข้าใจหลักการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (bubble & seal) ทำให้ละเลยการปฏิบัติตามมาตรการ (n=8)	1) ความภาคภูมิใจกับการเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ (n=11) 2) การได้เครือข่าย ได้มิตรภาพที่ดี (n=11) 3) การเรียนรู้ด้านการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ (n=5)

ตารางที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	ปัญหา อุปสรรค	ปัจจัยความสำเร็จ
	5) อาหารเย็นชืด บางมื้ออาหารบูด เนื่องจากใน OQ มีผู้ปฏิบัติงานหลายฝ่าย ไม่มีเฉพาะนักกีฬา เวลาในการรับประทานอาหารจึงต่างกัน แต่ที่พักต้องส่งอาหารตามเวลา (n=8) 6) ป้ายสื่อความต่างๆ ไม่ได้รับความสนใจจากนักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานใน OQ (n=7) 7) โรงพยาบาลคู่สัญญาไม่มีแผนบริหารความเสี่ยง เช่น วัสดุอุปกรณ์ชำรุดไม่มีทดแทน หรือผลตรวจโควิด-19 (RT-PCR) ออกไม่ตรงเวลาส่งผลให้นักกีฬาไม่สามารถลงแข่งขันได้ (n=6) 8) ไม่มีการระบุชัดเจนว่าใครคือผู้ตัดสินใจอย่างเป็นทางการ กรณีพบนักกีฬาติดเชื้อโควิด-19 ลงแข่งได้หรือไม่ เนื่องจากมีเดิมพันเป็นชื่อเสียงของประเทศ เงินรายได้ของนักกีฬา การจัดอันดับโลก รวมทั้งมีผลต่อการแพ้ชนะในรายการนั้นๆ (n=5) 9) วัฒนธรรมการรับประทานอาหารต่างกัน บางมื้ออาหารไม่ถูกใจ ส่งผลให้มีปัญหาอื่นตามมา เช่น ต้องการสั่งอาหารจากภายนอก ระยะแรกไม่สามารถสั่งได้ ต่อมามีการผ่อนปรนแต่ต้องปฏิบัติตามมาตรการนำเข้าของจากภายนอก เป็นการเพิ่มภาระให้ผู้จัดการแข่งขันและโรงแรม โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะ หากไม่คัดแยก ขยะที่ออกจากห้องพักต้องถูกกำจัดแบบขยะติดเชื้อทั้งหมด ซึ่งราคาสูงกว่าการกำจัดขยะทั่วไป (n=5) 10) ขั้นตอนที่ยุ่งยากในการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานราชการกับเอกชน (n=5) 11) การหาข้อมูลว่าปัจจุบันประเทศไหนได้รับอนุญาตให้เข้าไทยได้บ้างค่อนข้างยาก (n=5) 12) ระยะเวลาดำเนินการกระชั้นชิด เช่น หลังได้รับอนุมัติงบประมาณ มีเวลาเขียน SOP แต่ละด้าน 4 วัน ก่อนนำเสนอ ศบค. (n=5) 13) ทีมตรวจประเมินกับทีมควบคุมโรคใน OQ มีมาตรฐานต่างกัน (n=3)	
โรงพยาบาลคู่สัญญา (n=4)	1) รถรับส่งนักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานไม่มีการประสานงาน เช่น ไม่แจ้งว่ารถจะมาถึงแล้ว พยาบาลจึงยังไม่ได้ใส่ PPE (n=4) 2) นักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานใน OQ ไม่เข้าใจมาตรการป้องกันควบคุมโรค (n=4) 3) ระบบสารสนเทศเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลโควิด-19 (COSTE platform) ไม่เสถียร ไม่พร้อมใช้งาน โทรศัพท์บางรุ่นไม่สามารถลงโปรแกรมได้ (n=4) 4) แต่ละสายการบิน แต่ละประเทศมีมาตรการ ข้อกำหนดแตกต่างกัน ส่งผลต่อการบริหารจัดการ (n=3)	1) การนำองค์ความรู้และประสบการณ์มาปรับใช้กับการปฏิบัติงาน (n=4) 2) ความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (n=4) 3) การสื่อสาร การประสานงานที่ชัดเจน (n=2) 4) การวางแผน การคาดคะเน ความต้องการของแต่ละฝ่าย (n=2)

ตารางที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	ปัญหา อุปสรรค	ปัจจัยความสำเร็จ
	5) กรณีที่พักเป็นสถานที่กักกันประเภทอื่นอยู่ก่อน ส่งผลต่อการจัดการเรื่องพื้นที่ (n=2) 6) นักกีฬาและเจ้าหน้าที่ลงข้อมูลคัดกรองรายวันไม่ครบ ทำให้เสียกำลังคน เสียเวลาโทรศัพท์สอบถาม (n=2) 7) รายชื่อนักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานใน OQ ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงตามที่รับแจ้ง ส่งผลต่อการเตรียมอุปกรณ์การตรวจหาเชื้อโควิด-19 (n=2) 8) ขั้นตอนการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขใน OQ บางอย่างไม่ชัดเจน เช่น พบผลบวกใครโทรศัพท์แจ้งผู้ป่วย ใครสอบสวนโรค (n=2) 9) ไม่มีแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนกับโรงพยาบาลคู่สัญญานอก OQ เช่น การส่งตัวนักกีฬาไปรับการรักษาต้องมีการควบคุมการเดินทาง (seal route) เมื่อถึงโรงพยาบาลต้องมีพื้นที่รักษาเฉพาะ (bubble) ไม่ปะปนกับผู้ป่วยอื่น (n=2) 10) พนักงานโรงแรมส่งอาหารตามเวลา แต่ด้วยภารกิจหน้าที่จึงรับประทานตามเวลาไม่ได้ บางมื้ออาหารบูดเสีย (n=2)	
ด้านการป้องกันควบคุมโรค (n=19)	1) นักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานไม่เข้าใจในมาตรการป้องกันควบคุมโรค (n=19) 2) การอนุมัติให้ดำเนินการ OQ แม้หน่วยงานผู้จัดจะไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (n=16) 3) ความกระชั้นชิดของระยะเวลาในการได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อม (n=16) 4) ผู้ปฏิบัติงานใน OQ จากหน่วยงานต่างๆ ไม่ได้เข้าร่วมการตรวจประเมินส่งผลต่อการปฏิบัติงานใน OQ เช่น ไม่ทราบว่าตนเองมีหน้าที่อะไรตาม SOP มีประเด็นใดบ้างที่ทีมตรวจประเมินอนุโลมให้ปฏิบัติได้ หรือประเด็นใดต้องปรับปรุง (n=16) 5) ระบบสารสนเทศเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลโควิด-19 (COSTE platform) ไม่เสถียร ขาดความสมบูรณ์ในการใช้งาน (n=16) 6) อาหารส่งไม่ตรงเวลา อาหารวนเวียนซ้ำกันหลายวัน ก่อนเข้า OQ มีการแจ้งประวัติการแพ้อาหารแต่ยังคงได้รับอาหารที่แพ้ (n=15) 7) ป้ายสื่อความมีเฉพาะภาษาอังกฤษ นักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานใน OQ บางประเทศไม่เข้าใจ (n=12)	1) ความร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (n=16) 2) การเรียนรู้ ทำความเข้าใจในธรรมชาติของกีฬา และนำมาปรับใช้กับมาตรการป้องกัน ควบคุมโรค (n=16) 3) ความอดทนของผู้ปฏิบัติงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (n=12) 4) ความตั้งใจ และการเตรียมความพร้อมของผู้จัดการแข่งขัน (n=10) 5) การสื่อความ สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการป้องกัน ควบคุมโรค (n=10)

COSTE = COVID-19 surveillance tracking and evaluation, OQ = organizational quarantine, PPE = personal protective equipment, RT-PCR = real-time polymerize chain reaction, SOP = standard operating procedure

ตารางที่ 4 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน			
	ก่อนการแข่งขัน	ระหว่างการแข่งขัน	หลังการแข่งขัน	การแข่งขันครั้งต่อไป
ผู้บริหาร				
ด้านกีฬา (n=10)	1) ควรมีกรมควบคุมโรคร่วมประชุมเตรียมการตั้งแต่เริ่มต้น (n=8) 2) การกำหนดจำนวนผู้ปฏิบัติงานใน OQ เท่าที่จำเป็น เพื่อความคุ้มค่าของงบประมาณ (n=5) 3) กรมควบคุมโรคควรมีการพิจารณาคุณสมบัติผู้ปฏิบัติงานใน OQ ต้องมีจิตวิทยา มีวุฒิภาวะ มีภาวะผู้นำ มีศาสตร์และศิลป์ (n=4) 4) liaison ต้องสื่อสารภาษาทีมกีฬาประเทศที่รับผิดชอบได้ เนื่องจากบางประเทศไม่สื่อสารภาษาอังกฤษ (n=3) 5) ควรประสานหรือให้หน่วยงานระดับจังหวัดเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (n=2)	1) การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนของนักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานใน OQ ควรมีการอธิบายเหตุผล เพื่อสร้างความเข้าใจและส่งผลต่อการปฏิบัติตน (n=7) 2) การตักเตือนนักกีฬาประเภททีม ควรผ่านผู้จัดการทีม เนื่องจากนักกีฬาจะเชื่อฟังและปฏิบัติตาม (n=3) 3) การสอบสวนโรคกรณีพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ใน OQ ทีมกรมควบคุมโรคควรกระจายงาน เพื่อลดเวลาการปฏิบัติงาน (n=2)	1) ควรจัดทำช่องทางเผยแพร่องค์ความรู้ และประสบการณ์ดำเนินงาน OQ เพื่อให้สมาคมกีฬา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้ศึกษาหาข้อมูลได้โดยมีผู้ดูแลระบบ (admin) จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่พิจารณาเนื้อหาร่วมกัน (n=6) 2) กรมควบคุมโรคควรจัดทำรายชื่อผู้ให้บริการด้านที่พักและการเดินทาง ที่ผ่านมาตรฐาน OQ (n=5)	1) ควรมี SOP กลาง สำหรับกีฬาประเภทเดี่ยวและทีมโดยการกีฬาแห่งประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ พร้อมเชิญกรมควบคุมโรค สมาคมกีฬาประเภทต่างๆ ร่วมจัดทำ (n=5) 2) แต่ละสมาคมกีฬาควรจัดหาผู้สนับสนุน งบประมาณ (sponsor) สำหรับการจัดแข่งขันกีฬาในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (n=3) 3) กรมควบคุมโรคควรมีการจัดอบรมหลักสูตรผู้ตรวจสอบมาตรฐาน OQ หรือถ่ายทอดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อลดภาระให้ส่วนกลาง (n=2)
ผู้ตรวจประเมินสถานที่กักกัน (n=2)	1) แต่ละหน่วยงานควรมีการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะเปิด OQ และมีแผนสำรองเมื่อเกิดปัญหาจะแก้ไขได้ทันท่วงที (n=2)		1) ควรให้ความสำคัญกับการถอดบทเรียนการดำเนินงานแบบเป็นส่วนหนึ่งในเนื้องานเนื่องจากเกิดการเรียนรู้ได้มากกว่าการประเมินผล (n=1)	1) ผู้จัดการแข่งขันควรมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน หากเสนอเงื่อนไขที่ต้องการผ่อนคลาย เช่น ถ้ามีผู้เข้าชมจะให้นั่งตรงไหน หรือถ้าสถานการณ์โควิด-19 แย่ลงจะจัดการแข่งขันรูปแบบใด (n=2) 2) ไม่ควรผลักภาระให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ OQ โดยตรง เนื่องจากต้องรับผิดชอบสถานที่กักกันสำหรับผู้เดินทางข้ามจังหวัดในพื้นที่ (LQ) เจ้าหน้าที่มีน้อย ภาระงานล้นมือ แต่ช่วยประสานงานนอก OQ ได้ (n=1)
ผู้ปฏิบัติงาน				

ตารางที่ 4 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน			
	ก่อนการแข่งขัน	ระหว่างการแข่งขัน	หลังการแข่งขัน	การแข่งขันครั้งต่อไป
ด้านการเดินทาง (n=2)	1) แผนการปฏิบัติงานควรระบุวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน และมีแผนสำรอง กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้ (n=2)	1) การประชุมประจำวันระหว่างทีมในและนอก OQ ควรมีผู้แทนด้านการเดินทางเข้าร่วมประชุมด้วย เพื่อการรับรู้ถึงกิจกรรมในวันต่อไป ซึ่งมีผลต่อการบริหารจัดการ (n=1) 2) ผู้จัดการแข่งขันควรแจ้งตารางงานไม่เกิน 21.00 น. ของทุกวัน (n=1) 3) ผู้จัดการแข่งขันควรกำหนดเจ้าหน้าที่ประสานงานกับผู้ให้บริการด้านการเดินทาง ไม่ควรให้นักกีฬา หรือ liaison ติดต่อเอง (n=1)		1) ควรจัดสถานที่พักคอยสำหรับพนักงานขับรถและพนักงานติดรถ และควรระบุไว้ใน SOP (n=1)
ด้านที่พัก (n=2)	1) การให้ความรู้มาตรการป้องกันโรค หรือแนวทางการดำเนินงานของที่พัก ควรดำเนินการตั้งแต่เริ่มต้น (n=2) 2) การตรวจประเมินที่พักควรมีระยะเวลาก่อนเปิด OQ อย่างน้อย 30 วัน เพื่อการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของทีมประเมิน (n=2)	1) ควรมีนักจิตวิทยาร่วมปฏิบัติงานใน OQ กรณีระยะเวลาดำเนินงานยาวนานเป็นเดือน (n=2)		1) โรงพยาบาลคู่สัญญาควรมีมาตรฐานเดียวกับกรมควบคุมโรค (n=2) 2) ควรมีการจัดอบรมผู้ดูแลรับผิดชอบประสานงานเรื่องโควิด (covid manager) ของที่พัก และมีใบรับรองให้ (กลุ่มเป้าหมายยินดีจ่ายค่าลงทะเบียน) (n=2)
ด้านกีฬา (n=11)	1) ทุกหน่วยงานควรมีแผนสำรอง ทั้งในเรื่องกำลังคนและเครื่องมืออุปกรณ์ (n=7) 2) การทำ SOP ของแต่ละส่วนงานต้องทำด้วยความรู้ความเข้าใจ และควรนำไปสื่อความให้กับผู้ปฏิบัติงาน (n=6) 3) ควรกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานที่ชัดเจน ในแต่ละขั้นตอน และทุกอย่างต้องพร้อมก่อนเปิด OQ (n=5)	1) ควรให้สมาคมกีฬาผู้จัดการแข่งขัน ร่วมเป็นทีมควบคุมโรค เนื่องจากเข้าใจธรรมชาติของกีฬาแต่ละประเภท (n=7) 2) ทีมควบคุมโรคใน OQ ควรเป็นทีมหรือบุคคลเดียวกับทีมตรวจประเมิน (n=6) 3) ควรมีนักจิตวิทยาร่วมปฏิบัติงานใน OQ กรณีระยะเวลาดำเนินงานยาวนาน (n=5)	1) ควรมีการถอดบทเรียนทุกครั้งและนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแก้ไขการดำเนินงานครั้งต่อไป (n=4) 2) ควรมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้น (n=4)	1) ควรคำนึงถึงการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับประเทศและความคุ้มทุนในการแข่งขันกีฬา เช่น การให้สั่งสินค้าที่ระลึกออนไลน์ การลดต้นทุนในการจัดแข่งขันกีฬารูปแบบ OQ (n=6) 2) ควรจัดทำ SOP กลางโดยการกีฬาแห่งประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ พร้อมเชิญกรมควบคุมโรคและสมาคมกีฬามาร่วมจัดทำ (n=4)

ตารางที่ 4 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน			
	ก่อนการแข่งขัน	ระหว่างการแข่งขัน	หลังการแข่งขัน	การแข่งขันครั้งต่อไป
	4) กรมควบคุมโรคควรพิจารณาคุณสมบัติผู้ปฏิบัติงานใน OQ ต้องมีจิตวิทยา มีวุฒิภาวะ มีภาวะผู้นำ มีศาสตร์และศิลป์ (n=4) 5) ควรจัดทำรายการ (check list) และกรอบเวลา สำหรับหน่วยงานขอจัดตั้ง OQ ใช้ในการตรวจสอบขั้นตอนการดำเนินงาน (n=4) 6) ควรมีการอบรมผู้ให้บริการด้านที่พักอย่างละเอียด ชัดเจน โดยเฉพาะผู้ดูแลรับผิดชอบประสานงานเรื่องโควิด (covid manager) (n=3)	4) ผู้จัดการแข่งขันต้องให้ความสำคัญกับทุกฝ่ายที่ปฏิบัติงานใน OQ ไม่ใช่เฉพาะกับนักกีฬา (n=3)	3) ควรจัดทำคลิปวิดีโอหน่วยงานต้นแบบการดำเนินงาน OQ ที่ผ่านมาตรฐานกรมควบคุมโรค ทั้งด้านที่พัก การเดินทาง เพื่อสื่อความให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจมากขึ้น (n=4)	3) กรมควบคุมโรค ควรถ่ายทอดความรู้ให้กับหน่วยงานระดับจังหวัดทั้งด้านสาธารณสุขและด้านกีฬา เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่แทนได้ (n=3) 4) กีฬาบางประเภท เช่น ฟุตบอล ไม่เหมาะกับการกักกันตัวตลอดการแข่งขัน ควรกักกันให้ครบ ตามวันที่กำหนดแล้วออกมาแข่งโดยไม่ต้องตรวจหาเชื้อ หรือปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่เข้มงวด (n=1)
โรงพยาบาลคู่สัญญา (n=4)	1) ผู้จัดการแข่งขันควรมีทีมตรวจสอบข้อมูล จำนวน รายชื่อนักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานทุกคน เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้ฐานข้อมูลเดียวกัน และเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ให้เพียงพอ (n=2) 2) ควรมีประวัติการเจ็บป่วยโรคประจำตัว และยาที่รับประทานเป็นประจำของทุกคนที่อยู่ใน OQ (n=2)	1) ควรพัฒนาระบบติดตามอาการผู้กักกันตัว (COSTE platform) ให้พร้อมใช้งาน และหาวิธีการให้ผู้กักตัวเข้ามากรอกข้อมูลคัดกรองอาการตนเองทุกวัน (n=3) 2) หน่วยงานป้องกัน ควบคุมโรคใน OQ ควรแบ่งหน้าที่รับผิดชอบกันอย่างชัดเจน (n=2) 3) ที่พักควรมีไมโครเวฟให้ทุกห้อง (n=2)		1) รถที่ใช้รับส่งนักกีฬาและผู้ปฏิบัติงานใน OQ ควรติดตั้งระบบติดตาม (GPS) เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูลการเดินทาง และมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินการในขั้นตอนต่อไป (n=2)
ด้านการป้องกันควบคุมโรค (n=19)	1) ผู้ปฏิบัติงานทั้งในและนอก OQ ควรอ่านทำความเข้าใจ SOP ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเองก่อนปฏิบัติงาน (n=13)	1) การสร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานใน OQ ซึ่งไม่ใช่เพียงทำหน้าที่ควบคุมกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรการป้องกัน ควบคุมโรค แต่ต้องถูกกักกันและต้องปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง และต้องรับแรงปะทะจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (n=13)	1) ควรถอดบทเรียนการดำเนินงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนร่วมกัน (n=3)	1) การสื่อสาร ให้ความรู้แนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐาน OQ ควรจัดทำเป็นคลิปวิดีโอในแต่ละส่วน เช่น ที่พัก การเดินทาง ปัจจุบันมีเพียงหนังสือให้อ่าน (n=6)

ตารางที่ 4 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานจำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน			
	ก่อนการแข่งขัน	ระหว่างการแข่งขัน	หลังการแข่งขัน	การแข่งขันครั้งต่อไป
	2) หน่วยงานต้นสังกัดทุกภาคส่วนควรแจ้งล่วงหน้าก่อนมอบหมายเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติงาน เพื่อจะได้มีเวลาในการสร้างสัมพันธภาพ การทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่แต่ละฝ่าย และการปรับแก้ SOP เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเปิด OQ (n=11) 3) ทุกหน่วยงานควรมีแผนสำรองเรื่องกำลังคน และเครื่องมืออุปกรณ์ (n=9) 4) การมอบหมายผู้ประสานงานของทีมกีฬาและผู้จัดการแข่งขัน ควรเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับและสามารถจัดการควบคุมคนของตนเองได้ (n=5)	2) ควรพัฒนาระบบติดตามอาการผู้กักกันตัว (COSTE platform) ให้มีความเสถียรพร้อมใช้งาน (n=8) 3) ควรมีทีมสุขภาพจิตร่วมปฏิบัติงานในทุก OQ (n=8) 4) ควรทำป้ายสื่อความแต่ละภาษาตามประเทศที่เข้าร่วม OQ (n=6) 5) ที่พักควรวางแผนการจัดเตรียมอาหาร ทั้งเรื่องเวลาในการเสิร์ฟ และข้อมูลการแพ้อาหาร (n=5)		2) ควรนำมาตรการข้อกำหนดในการป้องกัน ควบคุมโรค บรรจุไว้ในกติกาการแข่งขัน รวมถึงมีบทลงโทษกรณีฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตาม (n=5) 3) ควรมีสวัสดิการสำหรับผู้ปฏิบัติงานใน OQ เช่น ประกันชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุ (n=4) 4) ควรมีร้านอาหารนอก OQ ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานการป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อเป็นทางเลือก ลดความเครียดของผู้ถูกกักกันตัว กระจายรายได้ กระตุ้นเศรษฐกิจ (n=4)

COSTE = COVID-19 surveillance tracking and evaluation, GPS = global positioning system, LQ = local quarantine, OQ = organizational quarantine, SOP = standard operating procedure

วิจารณ์และข้อยุติ

การจัดการแข่งขันกีฬานานาชาติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ประเทศไทยได้ดำเนินการในรูปแบบสถานที่กักกัน เรียกว่า “สถานที่กักกันรูปแบบเฉพาะองค์กร (organizational quarantine, OQ) ประเภท ข” โดยใช้หลักการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (bubble and seal)[3-8] ซึ่งต่างประเทศใช้หลักการเดียวกับประเทศไทยและเรียกว่าฟองสบู่ (bubble) ได้แก่ โอลิมปิกเกมส์ 2563 ประเทศญี่ปุ่น[10] การป้องกันตัวโดยไม่ใช้อาวุธชิงแชมป์โลก 2563 ประเทศฮังการี[11] ฟุตบอลชิงแชมป์โลก 2564 ประเทศกาตาร์[12] และคริกเก็ตนานาชาติ 2563 ประเทศอังกฤษ[13] สำหรับมาตรการที่ใช้ระหว่างการกักกันเน้นการสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่าง การตรวจคัดกรองอาการตนเองและรายงานไปยังแพลตฟอร์ม การตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR (real-time polymerize chain reaction) การแยกผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และการทำความสะอาดฆ่าเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอร์จ ที แซมปัส และอาบีเย แอล อิบีเล[14] ที่พบว่าผู้ประกอบวิชาชีพกีฬาให้มุมมองเกี่ยวกับการกลับไปเล่นกีฬาในช่วงแรกของการระบาดใหญ่ของโควิด-19 คือการปฏิบัติตามสุขอนามัยและการเว้นระยะห่าง

ทางกายภาพ การสวมหน้ากากอนามัย การคัดกรองอาการประจำวันอย่างเข้มงวด การตรวจหาเชื้อ การแยกผู้ป่วยและติดตามผู้สัมผัสด้วยเทคโนโลยี การจัดพื้นที่ทางเดินและสิ่งอำนวยความสะดวกให้มีการเว้นระยะห่างและทำความสะอาดฆ่าเชื้อ และสอดคล้องกับการแข่งขันกีฬานานาชาติหลายรายการ[10-13] แต่โอลิมปิกเกมส์ 2563 ประเทศญี่ปุ่นเพิ่มมาตรการสื่อสารความเสี่ยง[10] สำหรับฟุตบอลชิงแชมป์โลก 2564 ประเทศกาตาร์ จะมีระบบแจ้งเตือนให้ผู้กักตัวรายงานอาการตนเองในแพลตฟอร์มทุกวัน[12] ซึ่งนำมาปรับใช้กับประเทศไทยได้ เพราะปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลสะท้อนมาคือการที่ผู้กักตัวไม่รายงานผลการคัดกรองอาการประจำวัน เจ้าหน้าที่ต้องเสียเวลาโทรตาม การแข่งขันกีฬานานาชาติในรูปแบบการกักกันนั้น ประเทศไทยไม่อนุญาตให้มีผู้เข้าชมเช่นเดียวกับการแข่งขันคริกเก็ตนานาชาติ 2563 ประเทศอังกฤษ[13] สำหรับโอลิมปิกเกมส์ 2563 ประเทศญี่ปุ่น[10] อนุญาตให้มีผู้เข้าชมแต่จำกัดจำนวนและต้องมีผลตรวจ RT-PCR เป็นลบ ปัญหาที่พบคือความกดดันที่เกิดจากการถูกกักตัว และต้องปฏิบัติตามมาตรการอย่างเข้มงวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในฮังการี[11] ที่พบว่านักกีฬาที่เข้าร่วมแข่งขันการป้องกันตัวโดยไม่ใช้อาวุธชิงแชมป์โลก 2563 ด้วยวิธีการกักกันมีความเครียดในระดับที่สูงขึ้นแต่ไม่มีปัญหาในการนอนหลับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์แปรปรวนที่เกิดจากความกลัวการระบาดของโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ปฏิบัติงานเสนอให้มีทีมจิตเวชเข้าร่วมปฏิบัติงานในสถานที่กักกัน หรือต้องการให้ผ่อนปรนมาตรการบางอย่าง เช่น การสั่งอาหาร การให้ซื้อของที่ระลึก เพื่อลดความตึงเครียดและกระจายรายได้สู่ชุมชน

การแข่งขันกีฬานานาชาติในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ความสำเร็จที่เกิดขึ้นคือความภาคภูมิใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่สามารถจัดกิจกรรมได้อย่างปลอดภัย ไม่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของมาตรการและความร่วมแรงร่วมใจของทุกภาคส่วนในการพร้อมใจกันฝ่าวิกฤต แม้ไม่ใช่หน่วยงานด้านสาธารณสุข ความสำเร็จที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้สะท้อนถึงมูลค่าทางเศรษฐกิจที่หมุนเวียนในประเทศเนื่องจากข้อจำกัดของมาตรการ ผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินเกิดขึ้นเพียงผู้ประกอบการบางกลุ่ม เช่น สายการบิน ที่พัก การเดินทาง จึงเป็นบทเรียนให้ผู้เกี่ยวข้องได้พิจารณาร่วมกันถึงมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่ต้องควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนสังคมและเศรษฐกิจโดยเฉพาะอุตสาหกรรมการกีฬา

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. กรมควบคุมโรคควรจัดทำหลักสูตรมาตรฐานการดำเนินงานสถานที่กักกัน (OQ) ในแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องพร้อมขึ้นทะเบียนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ

2. หน่วยงานด้านกีฬาและกรมควบคุมโรคควรทำคลิปวิดีโอเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติเมื่ออยู่ใน OQ หลากหลายภาษา เช่น อังกฤษ ญี่ปุ่น จีน เพื่อให้ผู้เข้ารับการกักกันได้ศึกษาทำความเข้าใจ

3. กรมควบคุมโรคควรมีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน

4. ควรมีทีมจิตเวชร่วมปฏิบัติงานในสถานที่กักกัน (OQ)

5. ควรมีร้านคู่สัญญานอก OQ ที่ผ่านมาตรฐานการป้องกันควบคุมโรคร่วมให้บริการ เช่น ร้านอาหาร ร้านขายของที่ระลึก ผลิตภัณฑ์ชุมชน เป็นการเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจและกระจายรายได้ให้ชุมชน

6. หลังปิด OQ ทุกหน่วยงานทั้งในและนอก OQ ควรร่วมกันถอดบทเรียนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1. ศึกษารูปแบบการกักกันสำหรับกีฬา เช่น ประเภท

เดี่ยว ประเภททีม กีฬาในร่ม กีฬากลางแจ้ง

2. ศึกษาการแข่งขันกีฬาในรูปแบบการกักกันของแต่ละประเทศ

3. ศึกษาต้นทุนการแข่งขันกีฬาในรูปแบบการกักกันเปรียบเทียบกับการแข่งขันกีฬาในภาวะปกติ

4. ศึกษากระบวนการดำเนินงานแต่ละส่วนงานทั้งในและนอก OQ ตั้งแต่ก่อนดำเนินการจนสิ้นสุด

5. ศึกษาผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจของผู้เข้ารับการกักกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนทุนการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจากกรมควบคุมโรค กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย กรมแพทย์ทหารอากาศ การบินไทย สหพันธ์วอลเลย์บอลนานาชาติ สมาพันธ์วอลเลย์บอลเอเชีย สมาคมวอลเลย์บอลแห่งประเทศไทย สมาคมกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สโมสรฟุตบอลบีจี ปทุม ยูไนเต็ด โรงแรมโนโวเทล เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี โรงแรมไมด้า จังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลปิยะเวท โรงพยาบาลพริ้นซ์ สุวรรณภูมิ บริษัท หงส์ทองทรานสปอร์ต จำกัด และบริษัท เฟิสท์ทรานสปอร์ต จำกัด ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Aug 13]. Available from: https://www.who.Int/europe/ emergencies/situations/covid-19.
2. Secretariat of the Prime Minister of Royal Thai Government. Summary of the meeting of the Executive Committee on the Epidemic of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) No. 1/2020 [internet]. Thai Government cabinet meeting; 2020 March 17; Meeting room 501 of headquarters building 1 of Royal Thai Government; 2020. 17. [cited 2021 Aug 13]. Available from: https://www.thaigov. go.th/news/contents/details/27410. (in Thai)
3. Ministry of Public Health (TH). Guidelines for the management of integrated state quarantine areas at the provincial level (Local Quarantine). Ver.1.09. [internet]. 2020 [cited 2021 May 15]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_quarantine/g_quarantine_local190663.pdf. (in Thai)
4. Ministry of Public Health (TH). Guidelines for the management of integrated state quarantine areas (State Quarantine). Ver.1.09. [internet]. 2020 [cited 2021 May 15]. Available from: https://ddc. moph.go.th/viralpneumonia/file/g_quarantine/g_quarantine_state190663.pdf. (in Thai)
5. Department of Disease Control (TH), Division of Disease Control in Emergencies. Guidelines for the management of integrated state quarantine areas (State Quarantine). Revised edition Ver.2. [internet]. 2020 [cited 2021 May 15]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_quarantine/g_quarantine_state210763n.pdf. (in Thai)
6. Department of Disease Control (TH). Guidelines for operating an organization quarantine. [internet]; 2020 [cited 2021 May 15]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_quarantine/g_quarantine_state090863.pdf. (in Thai)
7. Department of Disease Control (TH), Division of Disease Control in Emergencies. Guidelines for operating an organization quarantine. 1st ed. Bangkok: The Printing Service of the War Veterans Organization of Thailand; 2021. (in Thai)
8. Department of Disease Control (TH). Guideline for disease control in Quarantine facilities Version 4. 1st ed. Bangkok: The Printing Service of the War Veterans Organization of Thailand; 2021. (in Thai)
9. Ministry of Tourism and Sports (TH). The lesson learned for BWF World Tour 2020 management [internet]; 2020 [cited 2021 May 15]. Available from: https://www.mots.go.th/download/ManualSportsActivitiesCovid19period/BWFWorldTour2020.pdf. (in Thai)
10. Ludvigsen JL, Parnell D. Redesigning the Games? The 2020 Olympic Games, Playbooks and new sports event risk management tools. Managing Sport and Leisure. 2021;28(2): 1-13.
11. Gentile A, Trivic T, Bianco A, Lakicevic N, Figlioli F, Roklicer R, et al. Living in the “bubble”: athletes’ psychological profile during the sambo world championship. Frontiers in psychology, 2021;12(657652):1-7.

12. Massey A, Lindsay S, Seow D, Gordon J, Lowe DJ. Bubble concept for sporting tournaments during the COVID-19 pandemic: Football Club World Cup. BMJ Open Sport & Exercise Medicine 2021;7(2):1-5.
13. Mansingh A, Gulston O, Singh PM, Dowlat IK, Best VR, Bennett DK. Tale of two bubbles: a narrative review of biosecure bubbles in cricket. Journal of Postgraduate Medicine, Education and Research 2021;55(2):79-82.
14. George T, Chiampas Abiye L, Ibiebele A. Sports practitioner's perspective on the return to play during the early months of the COVID-19 pandemic: lessons learned and next steps. Sports Medicine 2021;51(1):89–96.