



# วารสารวิจัยสุขภาพ โรงพยาบาลและชุมชน

JOURNAL OF HOSPITAL AND COMMUNITY HEALTH RESEARCH

ISSN: 2958-0630 (Online)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2567  
Vol. 2 No. 1 January-April 2024

THAIJO





**Office:** โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 43130  
**Tel:** 042-483186 ต่อ 123  
**Fax:** 042-483187  
**Mobile:** 093-3038406  
**E-mail:** pthjohos@gmail.com  
**Website:** <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo/index>

### วัตถุประสงค์ (Focus)

เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยทางการด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ และใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการกับสาขาวิชาชีพและผู้สนใจ

### ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research article) หมายถึง บทความที่เขียนจากรายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัยของงานวิจัยนั้น ให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความตามโครงสร้าง องค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4
2. บทความวิชาการ (Academic article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง ในสาขาที่รับตีพิมพ์ เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบายวิเคราะห์ ข้อมูลจากเนื้อหา หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้า กระดาษ A4
3. บทความปริทัศน์ (Review article) หมายถึง บทความที่เรียบเรียงโดยมีการวิเคราะห์ วิวิจารณ์เปรียบเทียบวรรณกรรมที่มีการดำเนินการมาถึงปัจจุบัน สังเคราะห์ให้เกิดความรู้ที่แสดงภาพของงานวิจัยในหัวข้อเรื่องที่ศึกษาโดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4
4. บทความพิเศษ (Special article) หมายถึง บทความประเภทที่เกี่ยวกับบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทความสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4
5. รายงานผู้ป่วย (Case report) หมายถึง รายงานอย่างละเอียดเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่แตกต่างจากการรักษาแบบเดิม



## นโยบายการประเมินบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ตีพิมพ์วารสารฯ จะต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็น ทบทวน และตรวจสอบ วิพากษ์วิจารณ์ ความถูกต้อง เหมาะสมทางวิชาการ จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ (Peer-Reviewed) ก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบการปกปิดสองทาง (Double Blinded)

## กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่วารสารฯ (Publication Frequency)

วารสารฯรับตีพิมพ์เฉพาะบทความภาษาไทย โดยวารสารมีกำหนดออกตามเวลาที่กำหนด ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) คือ

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

## ที่ปรึกษาเกียรติยศ (Honorary Advisor)

นพ.ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์ สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 8

## ที่ปรึกษา (Advisor)

นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง

นายแพทย์ปิยะเดช วลีพิทักษ์เดช

นายแหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์

นายแพทย์เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

## กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

### บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ดร.กรภัทร อัจฉวานิชชากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

### รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

นางสุภาพร ปานิเสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ



คณะผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer reviewers)

รองศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ พิมพ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าฯ
รองศาสตราจารย์ ดร. ยุภาพร สมิน้อย	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.เชิดชัย สุนทรภาส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เก่งกาจ วินัยโกศล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. ประยูร วงศ์จันทา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จาวรธรรม ก้าวหน้าไกล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาพร จงวุฒิเวศย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพนโบริ์แมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.เสีขาว เชื้อปรุง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภภัทร นักรู้กำลังพัฒนา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภก. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภฤกษ์ ขุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
นายบัน ยีรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิพงษ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
นายสมพร เจือจันทิก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.หนองคาย
นายสุรชัย กิจติกาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.หนองคาย
ดร.เพชรวรรณ คุณกุลรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.มหาสารคาม
ดร.สุทิน ชนะบุญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.ขอนแก่น
ดร.เชิดพงษ์ มงคลศิลป์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สคร. 7 จ. ขอนแก่น
ดร.สุภัทรา สามัง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.กาฬสินธุ์
พญ.ภรณ์ พรวัฒนา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
นางวัชรภรณ์ ผิวเหลือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สระใคร
พญ.นรินทร์ทิพย์ ฤทธิ์ธูติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.โพนพิสัย
พญ.นารีگان สังขะฤกษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร
นางธมลวรรณ คณานิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.กู่แก้ว จ.อุดรธานี
ภญ.วิภาพร องคนุสรณ์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.โพธิ์ตาก
ภญ.เยาวลักษณ์ บุญจันทร์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.ศรีเชียงใหม่

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

## การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word for Windows) โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย หรือมีความจำเป็นการใช้อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรกก่อน และไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน ยกเว้นการย่อ เพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน และขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ด้านล่าง และขอบขวา 1 นิ้ว และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น เนื้อหาควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน 15 หน้า

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิการศึกษา และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้เฉพาะแผ่น ปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการ ให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความและมีการกำหนดคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณา ตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อ เรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษร ตัวพิมพ์ใหญ่

## รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) เขียนต่อจากชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งทางวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วมเชิงปัญญา เริ่มจากชื่อแรกมากที่สุด ถึงชื่อสุดท้ายน้อยที่สุด พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ E-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) แทรกเป็นตัวเลขเชิงอรรถ ตามลำดับด้านท้ายหน้าแรก

3. บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อน ภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุ



วัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผลการศึกษา โดยใช้ภาษาเหมาะสมไม่ฟุ่มเฟือย คำ เป็นประโยคสมบูรณ์สื่อความหมายได้ชัดเจนและกระชับ อ่านเข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อน เขียนแยกสองภาษาใน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เริ่มบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ โดยมีความยาวไม่เกิน 350 คำ

4. คำสำคัญ (Keywords) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยเลือกคำสำคัญที่ สอดคล้องกับบทความประมาณ 3-5 คำ

#### 5. เนื้อหา (Text)

##### 5.1 สำหรับบทความวิจัย

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาและความสำคัญของปัญหา แนวคิดและทฤษฎี วัตถุประสงค์เหตุผลความจำเป็นของการศึกษา มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทความ และตรงกับ วัตถุประสงค์โดยให้ข้อมูลและอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ควรอ้างอิงเอกสารจากบทความทางวิชาการเป็นหลัก ไม่ควรอ้างอิงข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์ทั่วไป (ที่ไม่ใช่ e Journal) ไม่ควรคัดลอกข้อความเนื้อหาของเอกสารอื่นมาอ้าง ทั้งข้อความ ไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินกว่า 10 ปี นำมาอ้าง (ยกเว้นเป็นทฤษฎีระเบียบ ข้อกฎหมาย หรือ เนื้อหาสำคัญ) และวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2) รูปแบบและวิธีวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง/การพิทักษ์สิทธิ์ อาสาสมัครรวมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ

3) ผลการวิจัย ให้เขียนรายงานผลการศึกษาหรือทดลอง โดยเป็นการบรรยายเนื้อหาจากข้อมูล ทางสถิติที่ค้นพบจากงานวิจัย และ/หรือ ผ่านทางตารางหรือ รูปภาพ หรือ แผนภูมิ ควรเรียงลำดับเนื้อหา สั้นกะทัดรัด

4) วิเคราะห์ผลการวิจัย ส่วนนี้ควรวิเคราะห์สังเคราะห์ อภิปรายข้อมูล ที่ได้มาจากผลการวิจัย ขั้นต้น ร่วมกับมีการอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอื่นไม่ใช้การอธิบายโดยไม่มีหลักการ เพื่อให้ผู้อ่านเห็น ด้วยตามหลักวิชาการโดยอาจเปรียบเทียบผลงานวิจัยที่ผ่านมาของผู้อื่น อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็น การประเมินการ ตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ

5) ควรสรุปสาระสำคัญที่ชัดเจน ผู้เขียนได้แสดงทัศนะทางวิชาการของตนไว้ได้ มีลำดับของ เนื้อหาทั้งส่วนนำเนื้อหาและบทสรุปที่เหมาะสม และอ่านเข้าใจได้ง่ายพร้อมทั้งประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย และ ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป หรือมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อไป

หมายเหตุ : เนื้อหาแล้วไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (หากเกิน 15 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความ เพิ่มเติมหน้าละ 300 บาท)

6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ควรแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยสำเร็จ รวมถึงระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย

7) รายการอ้างอิง ในเนื้อให้เรียงตามลำดับการอ้างอิงก่อนหลัง โดยการอ้างอิงเป็นแบบ Vancouver ในการอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่าง ๆ ให้ใส่ตัวเลขอารบิกเป็นตัวช่วยในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหาโดยเรียงลำดับก่อนหลังตามการอ้าง และไม่ควรรีบใช้บทคัดย่อ (Abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง

#### 8) ตาราง รูป และสมการ

(1) ตาราง ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง

(2) รูป ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่ .....” และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างที่มา ส่วนของรูปภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารยืนยันของเจ้าของสิทธิ์ให้สามารถนำมาใช้ได้ รูปภาพหรือตารางที่ทำการส่งมาควรแยกไฟล์ให้ด้วยและเป็นไฟล์นามสกุล .JPG, .JPEG (Joint Photographic Experts Group) หรือ .TIFF (Tagged Image File Format) ขนาด 300 dpi ขึ้นไป

(3) สมการ ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ขีดขอบขวาของคอลัมน์หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ขึ้น

#### 5.2 บทความวิชาการ, บทความปริทัศน์, บทความพิเศษ

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาที่ไป ภูมิหลังความสำคัญ ขอบเขตของเรื่องที่ต้องการอธิบาย แสดงวัตถุประสงค์ และอาจให้ข้อมูลถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากบทความ โดยสามารถอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยเพื่อเน้นในประเด็นของหัวข้อดังกล่าว ความยาวของบทนำควรอยู่ระหว่าง 10-20 % ของส่วนเนื้อหา

2) เนื้อหาผู้เขียนสามารถเขียนอธิบาย วิธีการ หลักการทฤษฎี วิธีการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลและให้เหตุผล ของประเด็นที่เขียน โดยอาศัยตาราง รูปภาพ แผนภูมิ เพื่อประกอบคำอธิบายและอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยโครงสร้างการเขียนสามารถเรียงลำดับหัวข้อตามความเหมาะสมของผู้เขียนอย่างเป็นลำดับ แต่ละหัวข้อมีความสมบูรณ์ในตนเอง ไม่ยาวไปหรือมากเกินไปจากสัดส่วนของบทความทั้งหมด

3) บทสรุป (Conclusions) เขียนสรุปสิ่งที่ได้อธิบายความ ข้อดีข้อเสีย หรือเสริมส่วนที่ไม่ปรากฏในเนื้อหาหรือย้ำในสิ่งสำคัญของเรื่อง และ แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ หรือ ตัดสินความในประเด็นที่ปรากฏในงานเขียน อย่างไรก็ตามไม่ควรเขียนนอกเรื่องที่ไม่ปรากฏในบทความ

#### 5.3 รายงานผู้ป่วย

1) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (Identification data) เพศ อายุ เชื้อชาติ ภูมิลำเนาเดิม อาชีพ

2) อาการนำ หรือ อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Chief complaint, CC ) ระยะเวลาที่เป็นก่อนมาโรงพยาบาล



3) ปัญหาของผู้ป่วยในครั้งนี (Present illness, PI) วัน เดือน ปี เวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ สาเหตุของอาการนำ ความรุนแรงของอาการ ความถี่ อาการดีขึ้น แย่ลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการผิดปกติร่วม เพื่อวินิจฉัยแยกโรค

4) ประวัติโรคเดิมของผู้ป่วย (Past medical history, PMH) ยาประจำตัว ขนาดที่กินแต่ละวันเป็นระยะเวลานานเท่าไร

5) ประวัติครอบครัวผู้ป่วย (Family history, FH)

6) ประวัติทางสังคม Patient profile (Personal history) เศรษฐฐานะ, ศาสนา, การสูบบุหรี่, ดื่มสุรา

7) การตรวจร่างกายเป็นระบบ(Systematic review and Physical examination)

8) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ภาพรังสี (laboratory investigation, Radiography)

9) การวิเคราะห์ข้อมูล(data analysis) อาจทำเป็นproblem list

10) การวินิจฉัยโรคข้างต้น และการวินิจฉัยแยกโรค(Provisional diagnosis and differential diagnosis)

11) การวางแผนการรักษา (Treatment plan)

12) อภิปรายผล (Discussion)

### เกณฑ์การพิจารณาตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย และบทความฟื้นฟูวิชาการ/บทความปริทัศน์ จะได้รับการพิจารณา ถิ่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างน้อย 2 ท่าน โดยผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อของกันและกัน (double-blinded review)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ได้มาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ทั้งนี้บทความวิจัยที่เกี่ยวกับคน จะได้รับพิจารณาเฉพาะบทความที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น โดยผู้ส่งต้องแนบหลักฐานการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย เมื่อมีข้อปรับแก้ หรือ ข้อเสนอแนะ ผู้นิพนธ์ต้องดำเนินการปรับแก้ภายในระยะเวลา 15 วันนับจากวันที่แจ้งผลประเมินบทความ บทความที่ผ่านการพิจารณาเรียบร้อยแล้วจะได้ลงเผยแพร่ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม



## Copyright Notice

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ข้อความที่ปรากฏในบทความแต่ละเรื่องในวารสารวิชาการเล่มนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่าน ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของบทความแต่ละเรื่องเป็นของผู้เขียนแต่ละท่าน หากมีความผิดพลาดใด ๆ ผู้เขียนแต่ละท่านจะรับผิดชอบบทความของตนเองแต่ผู้เดียว

## Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

## บทบรรณาธิการ

(Editorial)

แนวคิดทฤษฎีที่ได้นำไปใช้และพิสูจน์ผ่านกระบวนการวิจัยแล้วนั้น นับว่าเป็นสิ่งที่ยืนยันได้ว่าจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ที่เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม และการเผยแพร่ผลงานวิชาการก็ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งต่อผลงานทางวิชาการที่จะทำให้ผู้สนใจได้นำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่อื่น ๆ

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 2 ซึ่งฉบับนี้ เป็นฉบับแรกของปี พ.ศ. 2567 ซึ่งในปีที่ผ่านมา ทางวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ได้พัฒนากระบวนการดำเนินงานภายในได้สมบูรณ์แล้ว และจะคว้าวางหน้าและพัฒนาต่อไป ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการเผยแพร่ผลงานวิชาการทางด้านสุขภาพของบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่สนใจ ได้เข้ามาศึกษาและได้นำความรู้ไปพัฒนาต่อยอดในการจัดบริการสุขภาพให้เป็นประโยชน์แก่สาธารณะชนต่อไป และขอขอบคุณผู้แต่งบทความทุกท่าน ที่ได้ส่งบทความเข้ามาเผยแพร่ในวารสารฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชนจะตอบสนองความต้องการของผู้ที่สนใจได้ด้วยดี

ดร. กรภัทร อัจฉานิชกุล

บรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพฯ

# Contents

## บทความวิจัย /Research article

- การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล  
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปีงบประมาณ 2564 – 2566 1-13  
The efficiency of financial management of hospitals Affiliation the Samut Songkhram  
Provincial Public Health Office from 2021 to 2023.  
กรรณิการ์ เงินทอง บช.บ. Kannika Ngernthong, (B.B.A.)
- การศึกษาสถานการณ์การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์  
ในสถานบริการสุขภาพ อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร 14-29  
The Study of the situation of discrimination against people with HIV and AIDS in health  
care facilities at Charoen Sin District, Sakon Nakhon Province.  
ดวงฤดี วรชิน พย.บ. Duangruedee Worachin, (B.N.S)
- ผลการนิเทศทางคลินิกทางการพยาบาลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ของผู้ป่วย 30-40  
โรงพยาบาลสระใคร จังหวัดหนองคาย  
Effect of nursing Clinical Supervision in patient bloodstream infections (Sepsis)  
of sakhrai hospital Nongkhai province.  
ประกายทิพย์ พรหมสูตร พย.ม. Praguytip Phromsoot, (M.N.S)
- การพัฒนาแนวทางการประเมินผลงานวิชาการระดับชำนาญการของข้าราชการ 41-54  
ตำแหน่งประเภทวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย  
Development of guidelines for evaluating academic work at the expert levels of  
civil servants in the academic field of the Nong Khai Provincial Public Health Office.  
วีไลวรรณ เพชรศรีงาม พย.บ Vilaiwan Phedsringam, (B.N.S.)
- การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการสร้างเขตพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า 55-69  
ในพื้นที่ท่องเที่ยวระหว่างชายแดนจังหวัดหนองคาย กับเมืองไซเซตธา  
นครหลวงเวียงจันทน์ (สปป.ลาว)  
The development of an operational model for creating a rabies-free zone  
in the tourist area between the border of Nong Khai Province and Saysettha District,  
Vientiane Capital (Laos PDR).  
ธวัชชัย เหลืองศิริ ส.บ. Tawatchai Luangsiri, (B.P.H.)  
สุรัชชัย กิจดีกาล ส.ม. Surachai Kittikan, (M.P.H)  
ทภณ เตียวศิริชัยสกุล ส.บ. Thapon Tiawsirichaisakul, (B.P.H)

การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล  
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปีงบประมาณ 2564 – 2566  
The efficiency of financial management of hospitals Affiliation the Samut  
Songkhram Provincial Public Health Office from 2021 to 2023.

กรรณิการ์ เงินทอง บธ.บ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม  
สมุทรสงคราม  
จังหวัดสมุทรสงคราม

Kannika Ngernthong, (B.B.A.)  
Samut songkhram Provincial Healthอำเภอเมือง  
Office Mueang Samut Songkhram,  
Samut Songkhram Province.

(Received: 6 January 2024, Revised 3 February 2024, Accepted: 8 February 2024)

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ในปีงบประมาณ 2564 – 2566 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากผลการประเมินประสิทธิภาพ (TPS) ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ที่ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 3 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบประเมิน (Total Performance Score :TPS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง มีดังนี้ 1) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในปี 2565 แต่กลับลดลงในปี 2566 โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 8, 9.5, 8 คะแนน 2) โรงพยาบาลอัมพวา มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นใน ปี 2565 และลดลงในปี 2566 เช่นกัน โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 6.5, 8.5, 8 คะแนน และ 3) โรงพยาบาลนภากาศ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 10.5, 9.5, 8 คะแนน ตามลำดับ และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังด้านตัวชี้วัดกระบวนการ พบว่า โรงพยาบาลอัมพวา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2564-2566 โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 2.5, 3.5, 5 คะแนน ในส่วนของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าเพิ่มขึ้นปี 2565 และลดลงในปี 2566 โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 5, 6.5, 6 คะแนน และโรงพยาบาลนภากาศ ลดลงในปี 2565 และเพิ่มขึ้นในปี 2566 โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 7.5, 4.5, 5.5 คะแนน ในด้านตัวชี้วัดผลลัพธ์ดำเนินงาน พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมีผลการประเมินที่มีแนวโน้มลดลง หากทำการวิเคราะห์แยกแยะเกณฑ์ 20 ข้อ พบว่า โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.3, 58.3, และ 30 ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** ประสิทธิภาพหน่วยบริการ, การบริหารการเงินการคลัง , โรงพยาบาล

**ติดต่อผู้พิมพ์:** กรรณิการ์ เงินทอง **อีเมล:** [generalledgermoph@gmail.com](mailto:generalledgermoph@gmail.com)

## Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate and compare financial performance results among the hospitals affiliated with the Samut Songkhram Provincial Public Health Office from fiscal year 2021 to 2023, using secondary data from the results of the Performance Assessment (TPS) of the Division of Economics and Health Security, as well as from the Ministry of Public Health. The sample group of this study were purposive sampling as 3 hospitals with the instrument of Total Performance Score (TPS) and the descriptive analysis including frequency percentage mean maximum and minimum.

The results showed that the financial performance of each hospital: 1) Somdech Phra Phuttha Lertla Hospital had increased in 2022, but it decreased in 2023 with total scores of 8, 9.5, and 8 points, 2) Ampawa Hospital which increased in 2022 but decreased in 2023 with the total scores as 6.5, 8.5 and 8 points, and Naphalai hospital had constantly decreasing trend with the total scores as 10.5, 9.5 and 8 points, respectively.

In the classification of the process indicator, it was found that Amphawa Hospital had an increasing trend between 2021 to 2023 with scores of 2.5, 3.5, and 5 points and Somdech Phra Phuttha Lertla Hospital had an increasing trend in 2022, but it decreased in 2023 with scores of 5, 6.5, and 6 points. On the other hand, Napalai Hospital had decreased evaluating results in 2022, but it increased in 2023 with scores of 7.5, 4.5, and 5.5 points. Performance indicators found that all hospitals had evaluation results that tended to decrease. If the 20 criteria are analyzed separately, it will be found that the hospital passed the evaluation criteria with an average of 53.3, 58.3, and 30, respectively.

**Keywords:** Health Region, Financial Management, Hospital

**Corresponding author:** Kannika Ngernthong **E-mail:** generalledgermoph@gmail.com

## บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีภาระหนี้สาธารณะสูงจนเกินพีดานทางการคลังของประเทศ เนื่องจากรัฐบาลต้องกู้เงินเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูเศรษฐกิจ และการดูแลด้านสาธารณสุขของประเทศอันเป็นผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ที่มีจำนวนมากถึง 1.5 ล้านล้านบาท บวกกับหนี้ในภาคครัวเรือนของไทยที่เคยอยู่ในระดับสูงมากที่สุดแห่งหนึ่งของโลก และพุ่งสูงขึ้นไปอีกจากวิกฤตด้านเศรษฐกิจจากโรคระบาดใหญ่ โดยปัญหาหนี้สินเป็นประเด็นท้าทายหนึ่งที่จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางการเงินการคลังของระบบสุขภาพของประเทศ<sup>(1)</sup> และระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน กำลังเผชิญกับสถานการณ์ท้าทายรอบด้าน อาทิ เช่น การก้าวเข้าเป็นสังคมสูงวัยที่คาดว่าจะเข้าสู่การเป็นสังคมที่สมบูรณ์อย่างรวดเร็ว และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ประกอบกับการเกิดโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่มีความถี่มากขึ้น โดยเฉพาะโรคโควิด-19 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อประชากรในหลายมิติ อาทิ มิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ ดังนั้น เพื่อให้ประเทศไทยมีความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ดังกล่าวได้ทันทั่วทั้งและมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงได้กำหนดประเด็นในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการวางทิศทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ เพื่อรับมือกับสถานการณ์ความท้าทายที่มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการและการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศ<sup>(2)</sup>

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) 2) ด้านการบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้กรอบ 14 แผนงาน 37 โครงการ และ 59 ตัวชี้วัด ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข โดยประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขและระบบสุขภาพยั่งยืน<sup>(3)</sup> ทั้งนี้ มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ 61 ให้เป็นร้อยละของหน่วยบริการที่ประสิทธิภาพวิกฤตทางการเงินในหมวด 4 ด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนที่ 13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ โครงการที่ 2 โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ และเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานในการสนับสนุนหน่วยบริการ โดยมีเป้าหมายในระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4<sup>(4)</sup> ดังนั้น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีการพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพใน 5 มาตรการ 10 เครื่องมือ<sup>(5)</sup> ซึ่งถ้าหากประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังไม่เพียงพอก็จะทำให้หน่วยบริการประสบภาวะขาดทุนมีหนี้สินค้างจ่ายจำนวนมาก สภาพคล่องทางการเงินต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้เกิดวิกฤตทางการเงินอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน<sup>(6)</sup>

ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัด และการขับเคลื่อนการเงินการคลังด้วย 5 มาตรการ ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศด้าน 4 Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งสามารถวิเคราะห์หาสาเหตุและแก้ปัญหาประเด็นปัญหาการขาดทุนที่เกิดจากงบประมาณในระบบไม่เพียงพอ หรือจากการบริหารจัดการของหน่วยบริการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่มีประสิทธิภาพ<sup>(7)</sup> จึงมีการจัดทำแนวทางประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) ที่สอดคล้องกับ 5 มาตรการ รวมทั้งผลผลิตของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการบูรณาการเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพด้านกระบวนการ ซึ่งผลลัพธ์และการประเมินได้ครบทุกมิติที่มีความสอดคล้องกัน จะทำให้สามารถวิเคราะห์หาสาเหตุที่ถูกต้อง ตรงประเด็น รวมทั้งนำมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้รางวัลสำหรับหน่วยบริการที่มีผลการประเมินประสิทธิภาพในระดับดีมาก (เกรด A ผลคะแนน 8 คะแนนขึ้นไป) และนำไปพัฒนา ปรับปรุงประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการอย่างยั่งยืน รวมทั้งเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนนโยบายการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ทุกระดับ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ได้ใช้มาตรการต่างๆอย่างเต็มรูปแบบ จนทำให้สถานการณ์และความเสี่ยงในด้านการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดมีแนวโน้มดีขึ้น จะเห็นได้จากผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2561 ที่มีหน่วยบริการประสิทธิภาพวิกฤตทางการเงินระดับ 7 เพียงแห่งเดียว คิดเป็นร้อยละ 0.3 และในปีงบประมาณ 2565 ไม่พบหน่วยบริการสุขภาพประสิทธิภาพวิกฤตทางการเงินระดับ 7 อีกเลย อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบหน่วยบริการที่ประสิทธิภาพวิกฤตทางการเงินในระดับระดับ 4-6 ซึ่งต้องมีการติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง<sup>(8)</sup> จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) โรงพยาบาลขึ้น เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้นำเอาข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ ไปใช้ประกอบการวางแผนดำเนินงานในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังในระดับโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับติดตาม ประเมินผล และสามารถจัดบริการให้แก่ประชาชนได้ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร โดยการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิภาพและเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปีงบประมาณ 2564-2566

## วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาเปรียบเทียบจากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary source) จากข้อมูลผลการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ในปีงบประมาณปี 2564 - 2566<sup>(8)</sup>

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่างศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 3 แห่ง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามทุกแห่งประกอบด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป) โรงพยาบาลนภากาศ และโรงพยาบาลอัมพวา (ประเภทโรงพยาบาลชุมชน)

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เป็นแบบบันทึกผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) ตามเกณฑ์การประเมิน 2 ด้าน ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

1) ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) จำนวน 15 ข้อ

2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

(1) การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5% มิติรายได้ ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน

(2) การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5% มิติค่าใช้จ่าย ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน

(3) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ด้วยระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า ยา&เวชภัณฑ์มิใช่ยา  $\leq 90$  วัน หรือ  $\leq 180$  วัน ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน

(4) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ด้วยระยะเวลาแก้วเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)  $\leq 60$  วัน ผ่านเกณฑ์ได้ 0.5 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน

(5) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ด้วยระยะเวลาแก้วเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ  $\leq 60$  วัน ผ่านเกณฑ์ได้ 0.5 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน

(6) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ด้วยระยะเวลาแก้วเฉลี่ยการหมุนเวียนของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา (วัน) (Inventory Management)  $\leq 60$  วัน ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน

(7) การบริหารต้นทุนผู้ป่วยนอก (Unit Cost OP) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน

(8) การบริหารต้นทุนผู้ป่วยใน (Unit Cost IP) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน

- (9) การบริหารค่าใช้จ่ายประเภท ค่าแรงบุคลากร (LC) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ได้ 0.5 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน
- (10) การบริหารค่าใช้จ่ายประเภท ค่ายา (MC) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ได้ 0.5 คะแนน ไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน
- (11) การบริหารค่าใช้จ่ายประเภท ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (MC) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ได้ 0.5 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน
- (12) การบริหารค่าใช้จ่ายประเภท ค่าเวชภัณฑ์มีชีวะและวัสดุการแพทย์ (MC) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ได้ 0.5 คะแนน ไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน
- (13) คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน
- (14) ผลผลิต (Productivity) ที่ยอมรับได้ประเมินจาก อัตราครองเตียง  $\geq 80\%$  ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน
- (15) ผลผลิต (Productivity) ที่ยอมรับได้ ประเมินจาก Sum of Adj RW เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาลหรือ เพิ่มขึ้น 5 % ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน
- (16) ความสามารถในการทำกำไรจากประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) ต้องมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยกลุ่มประเภทโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน
- (17) ความสามารถในการทำกำไรจากอัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) ต้องมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยกลุ่มประเภทโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน
- (18) ความสามารถในการทำกำไรจากผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ต้องมีมูลค่ามากกว่า 0 ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน
- (19) การวัดสภาพคล่องทางการเงิน จากทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) ต้องมีมูลค่ามากกว่า 0 ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน และไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน
- (20) การวัดสภาพคล่องทางการเงิน จากอัตราเงินสด (Cash Ratio) ต้องมีมูลค่ามากกว่า 0 ผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน ไม่ผ่านเกณฑ์ได้ 0 คะแนน

การวัดผลและวิเคราะห์แปรผลของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา โดยวัดผลจากคะแนนตามเกณฑ์การประเมิน จำนวน 20 ข้อ ซึ่งจะมีการให้น้ำหนักคะแนนตามความสำคัญของกระบวนการบริหารการเงินการคลังหน่วยบริการ รวมเป็นคะแนนเต็ม 15 คะแนน แล้วนำมาจัดระดับ เพื่อวัดประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของการวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากข้อมูลทุติยภูมิดังกล่าว นำมาจัดทำแนวทางประเมินประสิทธิภาพ(Total Performance Score :TPS) หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เฉพาะโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปี 2564 และปี 2565 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การจัดทำข้อมูลด้วยการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบบันทึกผลการประเมินผลการประเมินข้อมูลผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) ดังนี้

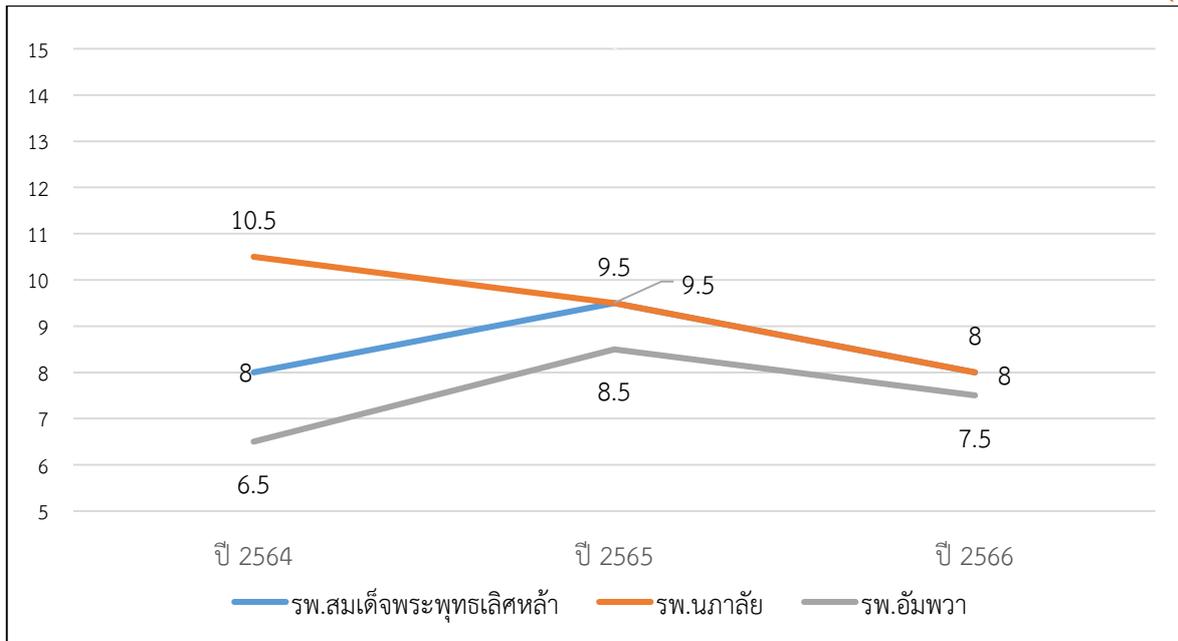
- 1) ตรวจสอบความครบถ้วนของจำนวนหน่วยบริการ ครบทั้ง 3 แห่ง ในแต่ละปี 2564 และปี 2565
- 2) ตรวจสอบผลคะแนนประเมินประสิทธิภาพ ครบทั้ง 3 แห่ง ในแต่ละปี
- 3) ผลคะแนนและการจัดระดับ (Grade) ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
- 4) ทุกหน่วยบริการมีผลการประเมินประสิทธิภาพครบ 20 ข้อตามเกณฑ์
2. นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยคอมพิวเตอร์ การคำนวณค่าสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ คือ Microsoft Excel ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธี Pivot Table ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นรายปี รายโรงพยาบาล และรายเกณฑ์การประเมิน
3. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่างการศึกษา ของโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 3 แห่ง
4. วิเคราะห์ข้อมูลผลการประเมินผลการประเมินข้อมูลผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) เปรียบเทียบ 2 ปี คือ ปี 2564 และปี 2565
5. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลผลการประเมินผลการประเมินข้อมูลผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) เปรียบเทียบ 2 ปี แยกตามเกณฑ์การประเมินจำนวน 20 ข้อ
6. วิเคราะห์ข้อมูลผลการประเมินผลการประเมินข้อมูลผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) เปรียบเทียบ 2 ปี คือ ปี 2564 และปี 2565 รายโรงพยาบาล
7. นำผลการวิเคราะห์มาสรุปผลในเชิงบรรยาย วิเคราะห์ผลโดยใช้ Microsoft Excel สร้างกราฟ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์และสรุปผลให้ชัดเจน

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างเกณฑ์การประเมิน แล้วนำบรรยายเชิงเนื้อหา

#### ผลการศึกษา

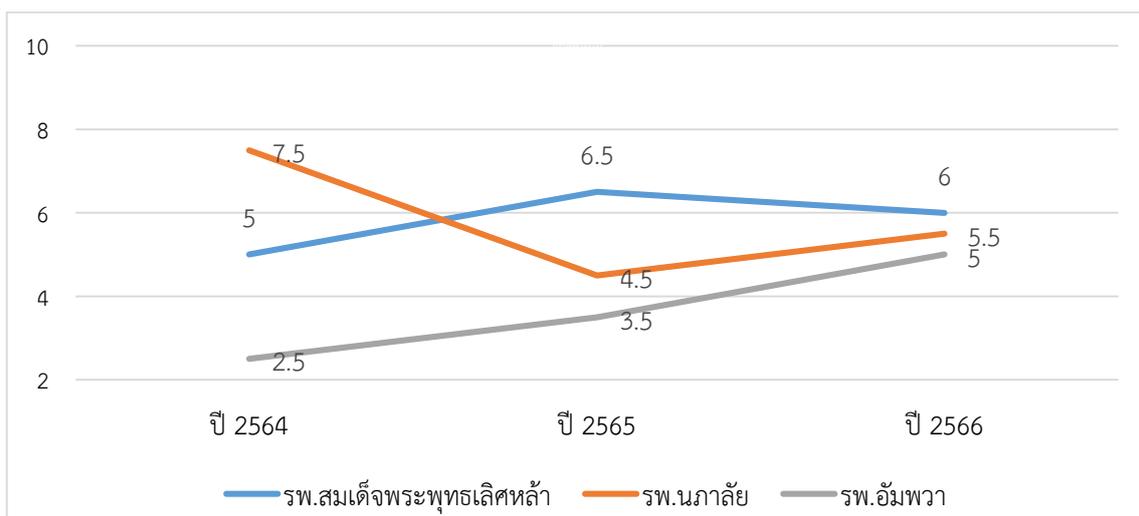
1. ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 ด้วยเครื่องมือ (Total Performance Score :TPS) พบว่า 1. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เพิ่มขึ้นในปี 2565 และลดลงในปี 2566 ผลคะแนนรวม 8, 9.5, 8 คะแนน ตามลำดับ 2. โรงพยาบาลอัมพวา เพิ่มขึ้นในปี 2565 และลดลงในปี 2566 ผลคะแนนรวม 6.5, 8.5, 8 คะแนน ตามลำดับ และ 3. โรงพยาบาลนภาลัย แนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินคะแนนรวม 10.5, 9.5, 8 คะแนน ตามลำดับแสดงผลตามรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปีงบประมาณ 2564 -2566

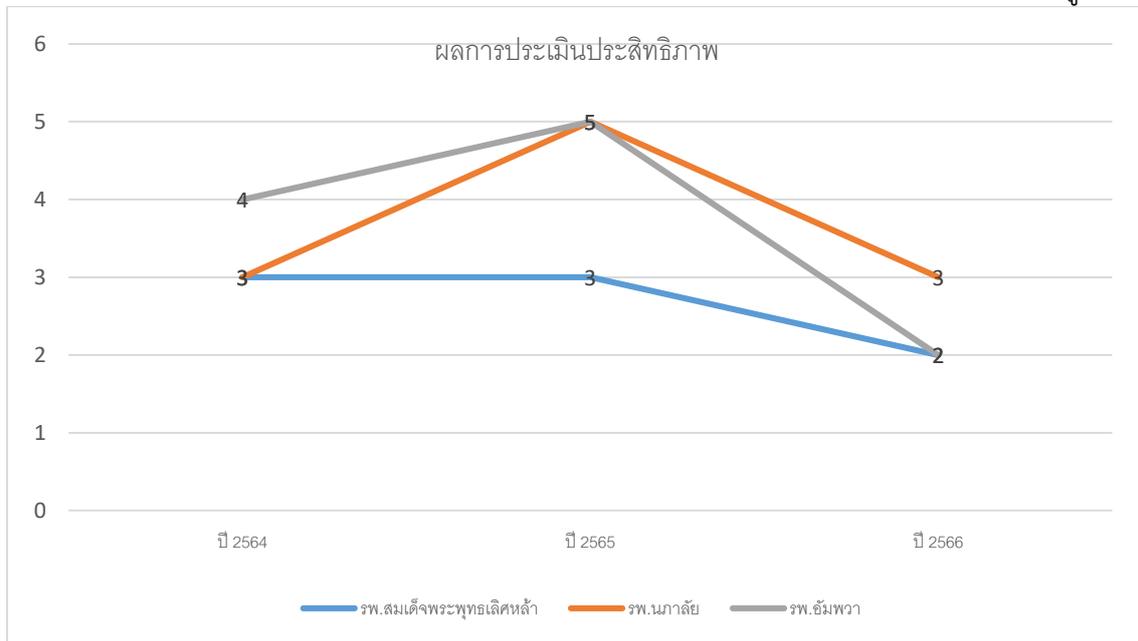
## 2. เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน

1) ด้านตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) พบว่า โรงพยาบาลอัมพวา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลคะแนน 2.5, 3.5, 5 คะแนน ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าผลการประเมินเพิ่มขึ้น ปี 2565 และลดลงในปี 2566 ดังนี้ 5, 6.5, 6 คะแนน ตามลำดับ และโรงพยาบาลนภลัย มีผลการประเมินลดลงในปี 2565 และเพิ่มขึ้นในปี 2566 โดยมีผลรวมคะแนนเท่ากับ 7.5, 4.5, 5.5 คะแนน ตามลำดับ แสดงผลตามรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปีงบประมาณ 2564 -2566 ด้านตัวชี้วัดกระบวนการ

2) ด้านตัวชี้วัดผลลัพธ์ดำเนินงาน โรงพยาบาลทุกแห่งมีผลการประเมินมีแนวโน้มลดลง ดังนี้ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีผลคะแนน 3, 3, 2 คะแนน ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลนภลัย มีผลคะแนน 3, 5, 3 คะแนน และโรงพยาบาลอัมพวา มีผลคะแนน 4, 5, 2 คะแนนตามลำดับ แสดงผลตามรูปภาพที่ 3



รูปภาพที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปีงบประมาณ 2564 -2566 ด้านตัวชี้วัดผลลัพธ์ดำเนินงาน

3. ผลการประเมินทั้ง 2 ด้าน โดยจำแนกรายเกณฑ์ จำนวน 20 ข้อ พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 – 2566 โดยภาพรวมโรงพยาบาลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ซึ่งแต่ละปีจะมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.3, 58.3 และ 30 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 47.2 สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยรวม มากที่สุด คือ ข้อ 19 ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) ต้องมีมูลค่ามากกว่า 0 บาท ค่าเฉลี่ย 100 รองลงมาคือ ข้อ 13 คะแนนตรวจสอบงบประมาณเบื้องต้น และข้อ 20 อัตราเงินสด (Cash Ratio) ต้องมีมูลค่ามากกว่า 0 ค่าเฉลี่ย = 88.9 และค่าเฉลี่ยปานกลาง คือ ข้อ 12 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ต้องมีมูลค่ามากกว่า 0 ค่าเฉลี่ย = 66.7 สำหรับเกณฑ์ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 6 ระยะเวลาเฉลี่ยการหมุนเวียนของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา (วัน) (Inventory Management)  $\leq 60$  วัน และ ข้อ 15 ผลผลิต (Productivity) ที่ยอมรับได้ ประเมินจาก Sum of Adj-RW เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาลหรือ เพิ่มขึ้น 5 % ค่าเฉลี่ย = 11.1 รายละเอียดแสดงผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) ตามเกณฑ์การประเมิน 20 ข้อ

ข้อ	เกณฑ์	ร้อยละที่ผ่านเกณฑ์			
		ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ค่าเฉลี่ย
1	การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5% มิติรายได้	33.3	33.3	66.67	44.4
2	การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5% มิติค่าใช้จ่าย	33.3	66.7	66.67	55.6
3	ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มิใช่ยา $\leq 90$ วัน หรือ $\leq 180$ วัน	33.3	0.0	100.00	44.4
4	ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) $\leq 60$ วัน	66.7	33.3	0.00	33.3
5	ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ $\leq 60$ วัน	33.3	66.7	0.00	33.3
6	ระยะถ่วงเฉลี่ยการหมุนเวียนของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา (วัน) (Inventory Management) $\leq 60$ วัน	33.3	0.0	0.00	11.1
7	การบริหารต้นทุนผู้ป่วยนอก (Unit Cost OP) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล	33.3	33.3	0.00	22.2
8	การบริหารต้นทุนผู้ป่วยใน (Unit Cost IP) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล	33.3	66.7	33.33	44.4
9	ค่าแรงบุคลากร (LC) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล	33.3	33.3	0.00	22.2
10	ค่ายา (MC) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล	66.7	66.7	0.00	44.4
11	ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (MC) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล	66.7	100.0	0.00	55.6

ต่อตารางที่ 1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) ตามเกณฑ์การประเมิน 20 ข้อ

ข้อ	เกณฑ์	ร้อยละที่ผ่านเกณฑ์			ค่าเฉลี่ย
		ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	
12.	ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์ (MC) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล	100.0	100.0	0.00	66.7
13.	คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น	66.7	100.0	100.00	88.9
14.	ผลผลิต (Productivity) ที่ยอมรับได้ประเมินจากอัตราครองเตียง $\geq 80\%$	66.7	33.3	0.00	33.3
15.	ผลผลิต (Productivity) ที่ยอมรับได้ ประเมินจาก Sum of Adj RW เกินค่ากลางกลุ่ม โรงพยาบาล หรือ เพิ่มขึ้น $5\%$	33.3	0.0	0.00	11.1
16.	ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) ต้องมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยกลุ่มประเภทโรงพยาบาล	33.3	66.7	0.00	33.3
17.	อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) ต้องมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยกลุ่มประเภทโรงพยาบาล	33.3	66.7	33.33	44.4
18.	ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ต้องมีมูลค่ามากกว่า 0	100.0	100.0	0.00	66.7
19.	ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) ต้องมีมูลค่ามากกว่า 0	100.0	100.0	100.00	100.0
20.	อัตราเงินสด (Cash Ratio) ต้องมีมูลค่ามากกว่า 0	66.7	100.0	100.00	88.9
ค่าเฉลี่ยจากเกณฑ์ 20 ข้อ		53.3	58.3	30.0	47.2

## วิจารณ์

จากผลการศึกษาและการเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามในปีงบประมาณ 2564 -2566 ตามเกณฑ์การประเมิน 20 ข้อ พบว่า เกณฑ์ที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในจังหวัดสมุทรสงคราม มีผลการประเมินลดลง คือ ข้อ 6 ระยะเวลาเฉลี่ยการหมุนเวียนของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา (วัน) (Inventory Management)  $\leq 60$  วัน ผ่านเกณฑ์ ค่าเฉลี่ย 3 ปี (2564 -2566) 11.1 สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิรุณ คงศรีชาย (2566)<sup>(5)</sup> ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพทางการเงินการคลังต่อภาวะวิกฤติทางการเงินในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษา พบว่า ตัวชี้วัดด้านแผนทางการเงิน การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียน และหนี้สินหมุนเวียน และการบริหารต้นทุนบริการและค่าใช้จ่าย ระหว่าง ปีงบประมาณ 2562 – 2564 ส่วนใหญ่อยู่ระดับที่ต้องพัฒนา ร้อยละ 89.47, 89.47 และ 57.89 ตามลำดับ

ในการเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปีงบประมาณ 2564 - ปี 2566 พบว่า 1) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในปี 2565 แต่กลับลดลงในปี 2566 โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 8, 9.5, 8 คะแนน 2) โรงพยาบาลอัมพวา มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นใน ปี 2565 และลดลงในปี 2566 เช่นกัน โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 6.5, 8.5, 8 คะแนน และ 3) โรงพยาบาลนากาลัย มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 10.5, 9.5, 8 คะแนน ตามลำดับ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา ของประภัสสร เจริญนาม (2561)<sup>(9)</sup> ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในเขตบริการสุขภาพที่ 3-6 ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในเขตบริการสุขภาพที่ 3 -6 อยู่ในระดับดีมาก

และการเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปีงบประมาณ 2564 - ปี 2566 ตามเกณฑ์การประเมิน 20 ข้อ พบว่า เกณฑ์ที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในจังหวัดสมุทรสงคราม มีผลการประเมินลดลงตามเกณฑ์ด้านตัวชี้วัด กระบวนการ (Process Indicators) ข้อ 3 ระยะเวลาชำระเจ้าหน้าที่การค้ายา&เวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่าย  $\leq 90$  วัน หรือ  $\leq 180$  วัน ผลการประเมินร้อยละ 33, 0, 100 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย 44.4 สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิระพร ลาสุติ และยอดชายสุวรรณวงษ์<sup>(10)</sup> ได้ร่วมกันทำการศึกษา เรื่องการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพการบริหาร การเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ผลการศึกษา พบว่า ด้านระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้าประเภทยา เวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 58.34) จะเห็นว่าระบบ การเงินการคลังสุขภาพ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มี ความสำคัญต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ ทั้งในส่วนของ งบประมาณภาครัฐและการเงินจากภาคเอกชน หรือครัวเรือนที่จ่ายเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดการของโรงพยาบาลต่อนโยบายของกองทุนสุขภาพ เหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการ พัฒนานโยบายการคลังสุขภาพในระดับมหภาค แม้ว่างบประมาณภาครัฐที่ให้กับกระทรวงสาธารณสุขจะเติบโต เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่กลับพบว่า หลายหน่วยบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังประสบปัญหาการเงิน<sup>(11)</sup> เนื่องจากรายรับต่ำกว่ารายจ่าย สภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเช่นนี้ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับปรุง หลักเกณฑ์การจัดสรรเงินเพื่อเกลี่ยเงินให้กับสถานพยาบาลเป็นทุกปี และโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเป้าหมายหลัก คือไม่มีวิกฤตทางการเงิน ดังนั้นแนวทางประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) ที่สอดคล้องกับ 5 มาตราการ 10 เครื่องมือ จึงเป็นการบูรณาการเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพด้าน กระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ ประเมินได้ครบทุกมิติที่มีความสอดคล้องกัน ทำให้สามารถวิเคราะห์ หาสาเหตุที่ถูกต้อง ตรงประเด็น รวมทั้งนำมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้รางวัลสำหรับหน่วยบริการที่มีผลการ ประเมินประสิทธิภาพในระดับดีมาก และนำไปพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารการเงินหน่วยบริการ อย่างยั่งยืนต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

ผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) ของโรงพยาบาล 3 แห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ยังไม่อยู่ในระดับดีมาก (Grade A) และระดับดี (Grade B) และพบประเด็นที่คือ โรงพยาบาลนภลัยมีผลการประเมินมีแนวโน้มลดลงชัดเจน นั้นแสดงว่าโรงพยาบาลนภลัยมีประสิทธิภาพลดลง และไม่มีแนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพที่ชัดเจน รวมทั้งการวิเคราะห์แยกรายเกณฑ์ พบว่าปี 2564 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยมีค่าเฉลี่ยจากเกณฑ์ 20 ข้อ คือ 53.3 และเพิ่มขึ้นในปี 2565 ค่าเฉลี่ย 58.3 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพโรงพยาบาล ผู้ศึกษาเห็นควรเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรแต่งตั้งคณะทำงานจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และกำหนดอำนาจหน้าที่ให้เป็นรูปธรรม
2. ควรมีการนำผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) มาวิเคราะห์โดยใช้แนวคิด SWOT Analysis เพื่อจัดทำกลยุทธ์ หรือแผนพัฒนาประสิทธิภาพ ทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว
3. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) ระหว่างจังหวัดหรือเขตสุขภาพที่มีผลการประเมินระดับดีมาก (Grade A) และระดับดี (Grade B)

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

จากการวิเคราะห์แยกรายเกณฑ์การประเมิน 20 ข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น แต่ในภาพมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ส่วนใหญ่เข้าใจว่าการประเมินประสิทธิภาพดังกล่าวจะพัฒนาให้อยู่ในระดับดีมาก (Grade A) หรือระดับดี (Grade B) ซึ่งเป็นการนำข้อมูลบัญชีที่โรงพยาบาลดำเนินการส่งผ่านระบบของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประจำทุกเดือน และไม่ได้เปรียบเทียบในภาพรวม ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพโรงพยาบาล ซึ่งเกณฑ์การประเมินดังกล่าวเกี่ยวข้องกับหน่วยงานในโรงพยาบาล ดังนั้นหากผู้บริหารของโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่เห็นสำคัญของการพัฒนาประสิทธิภาพ จะทำให้ไม่เกิดการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม อย่างยั่งยืน ดังนั้น ผู้ศึกษาเห็นควรเสนอ ดังนี้

1. ควรศึกษาความคิดเห็นและ ความรู้ ความเข้าใจการประเมินประสิทธิภาพโรงพยาบาล สำหรับผู้บริหารและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล
2. ศึกษาการประเมินประสิทธิภาพส่งผลต่อสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาล

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอขอบพระคุณผู้บริหาร และบุคลากรกลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามทุกท่าน และขอขอบคุณทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัย และคุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาแต่บิดา มารดา บुरพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ธรรมนูญว่าระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม. นนทบุรี; 2565.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนปฏิรูปประเทศ-ด้านสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2566] เข้าถึงได้จาก [http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/2021/02/CR\\_07\\_020264-18.46.pdf](http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/2021/02/CR_07_020264-18.46.pdf)
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2566), รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ( ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566.
4. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2566] เข้าถึงได้จาก <https://dhes.moph.go.th/?p=16866>
5. วิรุณ คงศรีชาย. ประสิทธิภาพทางการเงินการคลังต่อภาวะวิกฤตทางการเงินในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2566; 3(1) : 58 – 68.
6. สุธาดา ศิริกิจจารักษ์. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในจังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2560 ; 5(2): 18-34..
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานคณะกรรมการพิจารณาปัญหาสถานะทางการเงินและปรับปรุงระบบการเงินและบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ;2560.
8. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์กลางข้อมูลการเงินการคลัง (FDH) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2567] เข้าถึงได้จาก <https://dhes.moph.go.th/>
9. ประภัสสร เจริญนาม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในเขตบริการสุขภาพที่ 3-6. ดุษฎีนิพนธ์ สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา ;2561
10. จีระพร ลาสุดี และยอดชาย สุวรรณวงษ์. การประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยพัฒนาระบบสุขภาพ 2563;13(1) : 316-341.
11. ชาลี เอี่ยมมา. แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลังในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงทางการเงินในระดับ 7 เขตสุขภาพที่ 1. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(2): 345-357.

การศึกษาสถานการณ์การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์  
ในสถานบริการสุขภาพ อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

The Study of the situation of discrimination against people with HIV and AIDS in  
health care facilities at Charoen Sin District, Sakon Nakhon Province.

ดวงฤดี วรชิติน พย.บ.

โรงพยาบาลเจริญศิลป์ อำเภอเจริญศิลป์  
จังหวัดสกลนคร

Duangruedee Worachin, (B.N.S)

Charoen Sin Hospital, Charoen Sin District.  
Sakon Nakhon Province.

(Received: 16 January 2024, Revised 10 February 2024, Accepted: 14 February 2024)

บทคัดย่อ

ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการบริการที่ไม่เป็นธรรม การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ เขตอำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพ จำนวน 154 ราย ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามทัศนคติต่อการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ 2) แบบสัมภาษณ์ข้อคิดเห็นในการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลใจเมื่อต้องเจาะเลือดให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในระดับมาก (Mean = 49.35) มีความกังวลใจเมื่อต้องทำแผลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 48.05) มีความกังวลใจที่ต้องสัมผัสร่างกาย เสื้อผ้า เหยียง หรือสิ่งของเครื่องใช้ (Mean = 63.64) และรู้สึกไม่สบายใจทุกครั้งที่จะต้องให้บริการ เพราะเชื่อว่าความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ มากขึ้น และมีความรู้สึกไม่เต็มใจต่อการให้บริการอยู่ในระดับน้อยที่สุด (Mean = 79.87) จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแนวความคิดการปฏิบัติกับผู้ป่วยเอดส์ไปในทิศทางเดียวกัน คือ มีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากให้บริการสุขภาพ ทั้งการสัมผัสร่างกายหรือสิ่งของผู้ป่วยเอดส์ การทำแผล และการเจาะเลือด เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังเสนอแนะให้มีระบบ One Stop Service เพื่อเป็นมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไป

**คำสำคัญ:** การเลือกปฏิบัติ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์, ผู้ให้บริการสุขภาพ

**ติดต่อผู้พิมพ์:** ดวงฤดี วรชิติน **อีเมล:** [ddworachin@gmail.com](mailto:ddworachin@gmail.com)

## Abstract

Problems of stigma and discrimination against patients infected with HIV or AIDS Affects receiving unfair services. This cross-sectional descriptive study aimed to survey the situation of stigma and discrimination against people with HIV and AIDS in health care facilities at Charoen Sin District Hospital, Sakon Nakhon Province The sample group consisted of 154 service providers in health care facilities that were obtained through systematic random sampling. The tools used to collect data consisted of 1) a questionnaire on attitudes towards providing services to people living with HIV and AIDS, 2) an interview form with opinions on the treatment of people living with HIV and AIDS. Data were analyzed using descriptive statistics and content analyze.

The results found that the sample group had a high level of anxiety when drawing blood for HIV or AIDS patients (Mean = 49.35), and a moderate level of anxiety dressing wounds (Mean = 48.05) and anxiety about touching the body, clothes, bed, or appliances (Mean = 63.64) and feel uncomfortable every time having to provide services. Because it is believed that the risk of infection is greater, and had the lowest level of unwillingness to provide services (Mean = 79.87)

It can be seen that most of the sample group has the same concept of treating AIDS patients, that is, they are afraid of contracting HIV from providing health services. including touching the body or things of an AIDS patient, dressing wounds, and drawing blood, etc In addition, the sample group also recommended that there be a One Stop Service system as a standard for health service facilities to provide services to this group of patients.

**Keywords:** discrimination, People infected with HIV or AIDS patients, health care provider

**Corresponding author:** Duangruedee Worachin **E-mail:** [ddworachin@gmail.com](mailto:ddworachin@gmail.com)

## บทนำ

โรคเอดส์ ถือเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย โรคเอดส์มิใช่เป็นปัญหาแค่เพียงการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางสังคม การรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมและการละเมิดสิทธิมนุษยชน ทั้งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 37.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 1.5 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตประมาณ 680,000 คน และในปีเดียวกันก็มีการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตอยู่ในประเทศไทยไว้ว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 501,105 คน เป็นเพศชาย จำนวน 283,340 คน เพศหญิง จำนวน 217,765 คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 6,628 คน และผู้เสียชีวิตจากเอดส์อีก 12,115 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ร้อยละ 3 จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ร้อยละ 97<sup>(1)</sup>

และจากสถิติทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตอยู่จำนวน 440,000 คน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 5,500 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มชายรักชาย ร้อยละ 31.5 กลุ่มคู่อภิเษกต่าง (คู่อภิเษกประจำ) ร้อยละ 46.0 กลุ่มฉีดยาเสพติดร้อยละ 3.9 กลุ่มให้บริการทางเพศและลูกค้า ร้อยละ 12.4<sup>(3)</sup> เป็นต้น

และประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติในการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยคำนึงถึงหลักการสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศใน 3 ประเด็น คือ 1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย 2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ 3) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง ร้อยละ 90<sup>(2)</sup> และสืบเนื่องจากประเด็นที่ 3 ในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ภาครัฐได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ฯ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก ที่ได้กำหนดให้ทุกวันที่ 1 มีนาคมของทุกปีเป็นวันรณรงค์สากลเพื่อยุติการเลือกปฏิบัติหรือ Zero Discrimination Day<sup>(3)</sup> เพื่อเป็นการเน้นย้ำให้ประชาชนตระหนักถึงประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน โดยในประเทศไทยมีการดำเนินงานของโครงการในชื่อ “สานพลัง ยุติการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Thailand Partnership for Zero Discrimination)” ดำเนินงานโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่าย เริ่มโครงการเมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2562 ตั้งเป้าประสงค์ในการลดการตีตรา ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีให้เหลือไม่เกินร้อยละ 5.8<sup>(4)</sup>

จากการทบทวนเอกสาร พบว่า หน่วยบริการสุขภาพในประเทศไทยยังคงมีอุปสรรคที่สำคัญในการยุติปัญหาเอดส์ คือ ผู้ปฏิบัติงานยังคงมีการตีตราและเลือกปฏิบัติ (stigmatization and discrimination: S&D) ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งปัญหาดังกล่าว ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อการเข้ารับการรักษา การติดเชื้อเอชไอวี และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อฯ หลีกเลี่ยงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การเสาะแสวงหาการเข้าถึงบริการ การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของตนเอง รวมถึงการคงอยู่ในระบบการรักษาอีกด้วย<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัตินั้น ยังมีผลเสียต่อการเข้าถึงกลุ่มเปราะบาง หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักจะถูกตีตราซ้ำซ้อนเนื่องจากมีสถานะอื่น ๆ เช่น มีความหลากหลายทางเพศหรือใช้สารเสพติด เป็นต้น<sup>(6)</sup> ประกอบกับประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 11 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงเป็นอันดับสองของโลก รองจากทวีปแอฟริกา<sup>(7)</sup> จะเห็นว่า ปัญหาเกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ทั้งการละเมิดสิทธิมนุษยชนและความไม่เท่าเทียมทางเพศ ถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการจัดการแก้ไขปัญหาด้านเอชไอวี/เอดส์ในภูมิภาคนี้และในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพนั้น ก็ยังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกิดความหวาดกลัว การเปิดเผยความลับของสถานะการติดเชื้อเอชไอวีจึงหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการ เกิดความล่าช้าในการได้รับยาต้านไวรัส กลัวสถานบริการ<sup>(8)</sup> และส่งผลกระทบต่อทางสังคมทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้มากขึ้น การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติจึงเป็นหนึ่งในเป้าหมายหนึ่งของยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2573 จากการสำรวจผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทั้งหมด 19 จังหวัดทั่วประเทศ โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การตีตราและเลือกปฏิบัติยังคงเกิดขึ้น<sup>(9)</sup> และจากการสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติจาก

บุคลากรโรงพยาบาลของมูลนิธิแคร์แมท พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลยังมีทัศนคติ ตีตราและเลือกปฏิบัติผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ HIV สูงมาก จาก 83% ในปี 2018 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เหลือ 68% ในปี 2020 แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูง<sup>(10)</sup> จะเห็นว่า ปัญหาด้านทัศนคติที่ทำให้การตีตราและเลือกปฏิบัตินั้น ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในปี 2573 ดังนั้น การติดตามและประเมินผลทั้งในระดับพื้นที่ และระดับเขตจะเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแผนงานและนโยบาย เพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพ<sup>(11)</sup>

สถานบริการสุขภาพในเขตอำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร มีทั้งหมด 7 แห่ง ซึ่งแต่ละหน่วยบริการต่างก็มีผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์เข้ามาใช้บริการจำนวนมาก จากการสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพเขตอำเภอเจริญศิลป์ พบว่า เจ้าหน้าที่บางส่วนมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และยังมีความกลัวที่จะเกิดการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงาน ทั้งจากการสัมผัสร่างกายหรือสิ่งของผู้ป่วยเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การทำแผล และการเจาะเลือดให้กับผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จนทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องใช้วิธีการป้องกันตนเองมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น เช่น การสวมถุงมือสองชั้นขณะให้บริการแก่ผู้ป่วย และให้บริการด้วยความไม่เต็มใจ เป็นต้น ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ จึงสนใจที่ศึกษาการดูแลเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพขึ้น ซึ่งนับเป็นความท้าทายที่จะปรับทัศนคติผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพื่อหาแนวทางในการช่วยลดผลกระทบจากการตีตราลงได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

## วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยทำการศึกษาเฉพาะช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาดังแต่เดือนธันวาคม 2566 ถึงกลางเดือนมกราคม 2567 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพในเขตอำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร มีทั้งหมด 7 แห่ง ดังนี้ 1) โรงพยาบาลเจริญศิลป์ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่า 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงสง่า 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนสร้างไพร 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดนาขาม 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกศิลา 7) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง จำนวน 260 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.9 ทดสอบแบบสองทาง ขนาดอิทธิพล (effect size) ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้<sup>(8)</sup> ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.26 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 147 คน เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ 154 คน และใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยการตอบแบบสอบถาม

สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับการสุ่มคัดเลือกแบบเจาะจง คือ 1) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ เขตอำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร 2) เพศชายและหญิง มีอายุ 20 – 60 ปี 3) มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป 4) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคเอดส์อย่างน้อย 2-5 ราย 5) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา สำหรับเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้คือ อยู่ในระหว่างอบรมหรือลาศึกษาต่อ หรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน และในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ได้มาจากการสุ่มในแต่ละสถานบริการทุกแห่ง ดังนี้

1. แบ่งกลุ่มสถานบริการออกเป็น 3 กลุ่ม

- 1) สถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง
- 2) สถานบริการสุขภาพขนาดกลาง จำนวน 3 แห่ง
- 3) สถานบริการสุขภาพขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง

2. สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากเพื่อเลือกหน่วยบริการกลุ่มละ 1 แห่ง โดยสถานบริการขนาดใหญ่ได้ รพ.เจริญศิลป์ ขนาดกลางได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนสร้างไพร และขนาดเล็กได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกศิลา

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่าง โดยสถานบริการขนาดใหญ่ได้ รพ.เจริญศิลป์ จำนวน 3 คน ขนาดกลางได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนสร้างไพร จำนวน 4 คน และขนาดเล็กได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกศิลา จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 10 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสบการณ์การทำงานในการให้บริการกับผู้ป่วยเอดส์ และจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ให้บริการ

2. แบบสอบถามทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด คือ 50 คะแนน และคะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุด คือ 10 คะแนน คะแนนที่ได้มากหมายถึง ผู้ให้บริการสุขภาพมีการตีตราและเลือกปฏิบัติผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์สูง การแปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของเบสท์<sup>(12)</sup> และแดเนียล<sup>(13)</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง 33.02 - 45.00 คะแนน ระดับปานกลาง 21.01 - 33.01 คะแนน และระดับต่ำ 9.00 - 21.00 คะแนน

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับความคิดเห็นในการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเด็น “ท่านคิดอย่างไรกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์”

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการตีตราและเลือกปฏิบัติผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎี 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน วิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงในผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.98 สำหรับแนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อคำถามปลายเปิด และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย หลังจากนั้นปรับแนวคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลและให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

### ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยใน ผู้วิจัยหลักนำหนังสือจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เจริญศิลป์ เสนอต่อผู้บริหารสถานบริการสุขภาพทั้ง 7 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและใช้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
3. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบสอบถามทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที มีการนัดส่งคืนแบบสอบถามภายใน 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง
4. ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแนวคำถาม เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 9.00 - 11.00 น. โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ โดยระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนาม บันทึกเสียงการสนทนา เมื่อทำการสัมภาษณ์เป็นที่เรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้ถอดเสียงการสัมภาษณ์ และสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ข้อมูลทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
- 3) ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้สร้างข้อสรุปที่ผ่านการตีความ (interpretative) ในประเด็นดังกล่าว ภายหลังจากนั้นจึงตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (trustworthiness)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2023-080 รหัสโครงการ 077-2566 ลงวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ถูกเก็บเป็นความลับ การเก็บข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ให้ลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งในระหว่างเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตลอดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.52 และเพศชาย ร้อยละ 19.48 อายุระหว่าง 18-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 63.64 รองลงมาคืออายุ 41-60 ปี ร้อยละ 36.36 สถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 64.94 รองลงมาคือสถานภาพโสด ร้อยละ 25.97 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 97.40 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 50.65 รองลงมาคือระดับประกาศนียบัตร ร้อยละ 42.8 รายได้เฉลี่ย 15,001 – 30,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 45.45 รองลงมาคือรายได้ 10,000 – 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 30.52 ประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.22 รองลงมาคือ 4-6 ปี ร้อยละ 24.68 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคเอดส์ 6-10 ราย มากที่สุด ร้อยละ 34.42 รองลงมาคือ ประสบการณ์ 1-5 ราย ร้อยละ 27.92 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 154)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	30	19.48
หญิง	124	80.52
2. อายุ (ปี)		
18-40	98	63.64
41-60	56	36.36
3. สถานภาพสมรส		
โสด	40	25.97
คู่	100	64.94
หม้าย	6	3.90
หย่า/แยก	8	5.19

ต่อตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 154)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. การนับถือศาสนา		
พุทธ	150	97.40
คริสต์	1	0.65
อิสลาม	3	1.95
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	66	42.86
ปริญญาตรี	78	50.65
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	10	6.49
5. ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	66	42.86
ปริญญาตรี	78	50.65
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	10	6.49
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	12	7.79
10,000 – 15,000	47	30.52
15,001 – 30,000	70	45.45
30,001 – 50,000	22	14.29
50,001 – 100,000	3	1.95
7. ประสบการณ์ในการทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	30	19.48
1-3 ปี	45	29.22
4-6 ปี	38	24.68
7-10 ปี	32	20.78
มากกว่า 10 ปี	9	5.84
8. จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เคยให้บริการ		
1-5 ราย	43	27.92
6-10 ราย	53	34.42
11-15 ราย	30	19.48
16-20 ราย	18	11.69
มากกว่า 20 ราย	10	6.49

## 2. ทักษะของ ผู้ให้บริการสุขภาพต่อการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษาทักษะของผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เมื่อแยกเป็นรายข้อในข้อดังนี้

1) ข้อที่ทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลใจเมื่อต้องสัมผัสร่างกาย เสื้อผ้า เติง หรือสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ และรู้สึกไม่เต็มใจต่อการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.19 รองลงมา มีความรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 3.90 เป็นต้น

2) ข้อที่ทัศนคติอยู่ในระดับมาก คือ มีท่านกังวลเมื่อต้องเจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.35 รองลงมา ความกังวลใจเมื่อต้องทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 11.69 เป็นต้น

3) ข้อที่ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีความกังวลใจเมื่อต้องทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.94 รองลงมา มีความคิดว่าคนที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เป็นเพราะเขามีพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม/ไม่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง คิดเป็นร้อยละ 50 เป็นต้น

4) ข้อที่ทัศนคติอยู่ในระดับน้อย คือ ท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.53 รองลงมา มีความกังวลใจเมื่อต้องสัมผัสร่างกาย เสื้อผ้า เติง หรือสิ่งของแสดงคิดเป็นร้อยละ 63.64 เป็นต้น

5) ข้อที่ทัศนคติอยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ รู้สึกไม่สะดวกใจที่จะต้องทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.77 รองลงมารู้สึกไม่เต็มใจต่อการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ 79.87 ตามลำดับ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจำแนกระดับทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ (n=154)

ข้อความ	ระดับทัศนคติ				
	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านมีความกังวลใจเมื่อต้องสัมผัสร่างกาย เสื้อผ้า เตียง หรือสิ่งของ เครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	10 (6.49)	98 (63.64)	28 (18.19)	10 (6.49)	8 (5.19)
2. ท่านมีความกังวลใจเมื่อต้องทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	10 (6.49)	24 (15.58)	100 (64.94)	18 (11.69)	2 (1.30)
3. ท่านกังวลเมื่อต้องเจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	8 (5.19)	22 (14.29)	44 (28.57)	76 (49.35)	4 (2.60)
4. ท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	12 (7.80)	104 (67.53)	24 (15.58)	8 (5.19)	6 (3.90)
5. ท่านมองว่าบริการที่ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เป็นการบริการที่ด้อยคุณภาพ	120 (77.92)	14 (9.09)	10 (6.49)	6 (3.90)	4 (2.60)
6. ท่านรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะต้องทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	129 (83.77)	5 (3.25)	10 (6.49)	6 (3.90)	4 (2.60)
7. เหตุผลที่ท่านไม่ชอบให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เพราะทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ มากขึ้น	78 (50.65)	20 (12.99)	43 (27.92)	6 (3.90)	7 (4.54)
8. ท่านรู้สึกไม่เต็มใจต่อการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	123 (79.87)	8 (5.19)	10 (6.49)	5 (3.25)	8 (5.19)
9. ท่านมีความคิดว่าคนที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เป็นเพราะเขามีพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม/ไม่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง	36 (23.38)	28 (18.19)	77 (50.00)	6 (3.90)	7 (4.54)

ต่อตารางที่ 2 การจำแนกระดับทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ (n=154)

ข้อความ	ระดับทัศนคติ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
10. ท่านรู้สึกตำหนิตายยิ่งผู้หญิงที่สามีเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมีบุตร เพราะจะมองว่าเป็นผู้ที่ขาดความรับผิดชอบ	22 (14.29)	44 (28.57)	74 (48.05)	10 (6.49)	4 (2.60)

3. ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการต่อการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้

3.1 ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ พบประเด็นในแง่มุมต่าง ๆ ดังนี้

1) ผู้ให้บริการสุขภาพ ระบุว่า พวกเขาเคยสังเกตเพื่อนร่วมงานแสดงทัศนคติด้านลบที่เป็นการตีตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2) ผู้ให้บริการสุขภาพ มีทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เช่น มีความเห็นว่าเป็น “ผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีความละอายใจในตัวเอง” หรือ “ผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากพวกเขามีพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรมหรือไม่มีความรับผิดชอบ”

3) ผู้ให้บริการสุขภาพ มีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงานประจำ ในโรงพยาบาล ได้แก่ การสัมผัสร่างกายหรือสิ่งของของผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การทำแผล และการเจาะเลือดให้กับผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ให้บริการส่วนมากให้ความเห็นว่า “ถึงเวลาที่จะเจาะเลือดคนไข้เอชไอวี จะต้องระวังตัวมากไม่ให้สัมผัสเลือด และสัมผัสผิวหนังผู้ป่วยให้น้อยที่สุด จึงต้องรีบทำหัตถการต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว” และ โดยส่วนมากเกินร้อยละ 90 ของผู้ให้บริการ เมื่อต้องทำหัตถการกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี จะใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มากเกินความจำเป็น เช่น การสวมถุงมือสองชั้นในเวลาที่เขาต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังความเห็นของผู้รับบริการกลุ่มหนึ่ง ให้ความเห็นว่า “เมื่อต้องเจาะเลือด ดูดเสมหะ หรือเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี จะใส่ถุงมือหลาย ๆ ชั้น ใส่เสื้อคลุมพลาสติกหลาย ๆ ครั้ง บางคนก็ใส่แว่นตา ใส่หมวกทุกครั้ง เมื่อต้องทำหัตถการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้” นอกจากนี้ผู้วิจัย เคยสังเกตเห็นพฤติกรรมเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเดียวกัน เช่น เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือให้บริการที่ด้อยคุณภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ

3.2 ด้านข้อเสนอแนะอื่น มีระบบ One Stop Service มีดังนี้

1) ควรเริ่มต้นการอบรมเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพโดยเริ่มที่บุคลากรในโรงพยาบาลก่อน โดยอาจทำการฝึกอบรมผู้ที่ทำหน้าที่เป็นครูฝึกอบรม (trainer) โดยเลือกตัวแทนของเจ้าหน้าที่ในระดับกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) ตัวแทนของกลุ่มผู้

อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลัก โดยทำการอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพของจังหวัดเป้าหมายหลัก (priority provinces) ก่อนเป็นลำดับแรก นอกเหนือจากการฝึกอบรมแล้ว ควรมีการจัดระบบการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในจังหวัดเป้าหมายหลักเหล่านั้นด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถวัดระดับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ดังกล่าวในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งเป็นการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรมการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในพื้นที่เหล่านั้นด้วย

2) ควรมีคลินิกเฉพาะโรคและมีบุคลากรที่รับผิดชอบงานรายโรค มีระบบ One Stop Service ซึ่งจะมีประโยชน์แก่ผู้รับบริการมากกว่า รวมถึงโรงพยาบาลมีระบบพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และควรมีคนที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์มาทำหน้าที่ในการดูแล รวมถึงในการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ทุกคนควรสื่อสารในแง่บวกกับคนอื่น ๆ และแก่ผู้รับบริการด้วย ซึ่งผู้ที่เข้าอบรมยอมรับจะนำไปปฏิบัติร่วมกัน

3) การชักประวัติผู้ป่วยในที่เปิดเผยและใช้วิธีการที่เปิดเผย เสี่ยงดัง สาเหตุมาจากข้อจำกัดด้านสถานที่ จึงมีการเสนอให้จัดสิ่งแวดลอมให้มีความกันและระยะห่างในการพูดคุย ปรับทัศนคติพฤติกรรมบริการ การพูดคุยซักถาม รมั้ดระวังเรื่องน้ำเสียง คำพูด และเพิ่มทักษะการชักประวัติแก่ผู้คัดกรอง

4) การแสดงสัญลักษณ์ การติดป้ายหน้าห้อง ในกรณีป้ายห้องให้คำปรึกษา ให้คงมีเหมือนเดิม เพราะให้บริการคำปรึกษาหลากหลายโรค จะได้สื่อสารได้กับผู้มารับบริการ และควรมีแฟ้มพิเศษ จะมีโน้ตเพิ่มเติมรายบุคคลใช้ในคลินิก ซึ่งจัดอยู่เป็นสัดส่วนแยกจากจุดอื่นอยู่แล้ว แต่ถ้าต้องไปพบแพทย์ในจุดอื่น ๆ กรณีเข้าห้องตรวจให้ผู้ป่วยถือเฉพาะแบบบันทึกผู้ป่วยนอกเข้าพบแพทย์เท่านั้น

5) การนำส่งตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกต้องเป็นเจ้าหน้าที่ประจำจากคลินิกให้คำปรึกษาเท่านั้น

6) การส่งตรวจ HIV เดิมมีการออก Code ก่อนส่ง ทำให้อาจเกิดปัญหาการระบุตัวบุคคลผิดพลาด และไม่ผ่านมาตรฐานของงานห้องปฏิบัติการจึงให้ปรับเป็นส่งโดยไม่ใช้ Code แต่ให้เขียนชื่อ สกุล HN หรือพิมพ์ใบส่งตรวจจากระบบคอมพิวเตอร์นำส่งห้องปฏิบัติการ แต่การออกผลให้รับผลโดยเจ้าหน้าที่หรือดูในระบบ โดยมีชั้นความลับระบุคนที่ดูผลได้ คือพยาบาลห้องให้คำปรึกษา หัวหน้าทีมผู้ป่วยใน หัวหน้าห้องผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน และแพทย์

7) ความไม่ตระหนัก หรือไม่รู้ มีในเรื่องพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม นอกจากให้แก้ไขในระดับบุคคลในทันที ยังมีการนำสู่การจัดทำแผนอบรมจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พฤติกรรมบริการ ฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนไข้ โดยทีมพัฒนาบุคลากร เป็นหน่วยดำเนินการเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ

8) ควรจัดอบรม การลดความกังวล หรือความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีขณะให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลักและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากความไม่เข้าใจในหลัก UP ที่ถูกต้อง ทีมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลจัดบูรณาการร่วมกับทีมนำทางคลินิก และทีมคลินิกยาต้านไวรัส ARV และทีม HIV/AIDS กำหนดในแผนพัฒนาคุณภาพบริการ

## วิจารณ์

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลใจเมื่อต้องทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในเกณฑ์ที่สูงมากกว่าประเด็นอื่น ๆ เนื่องจากการปฏิบัติงานในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานยอมรับประวัติการเจ็บป่วยของรับบริการทุกคน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์นั้นจะต้องขึ้นทะเบียนประวัติ เพื่อจ่ายยาต้านไวรัส รวมทั้งมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นโรคติดต่อไปยังผู้อื่นได้ ดังนั้นเมื่อให้บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำหัตถการอย่างเช่น การทำแผล ซึ่งการบริการดังกล่าวจะต้องมี โอกาสสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยโดยตรง ย่อมมีความหวาดระแวงที่จะเกิดการพลาดหลังจากการใช้เครื่องมือ ทางการแพทย์ จนทำให้ผู้ปฏิบัติงานติดเชื้อจากผู้ป่วยได้โดยตรง ดังนั้นผู้ให้บริการจึงหวาดระแวง และอาจจะ ทำไปโดยหน้าที่ที่ตนเองไม่เต็มใจในการให้บริการ รวมทั้งการสัมผัสสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยด้วย จึงทำให้ผู้ให้ บริการสุขภาพยังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จนเกิดวิตก ความกังวลในขณะที่ให้บริการ ทำให้มีการ ป้องกันตนเองมากกว่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์ และคณะ(2558)<sup>(14)</sup> ที่พบว่า บุคลากร มีความกังวลมากกว่าจะติดเชื้อเอชไอวี จากการให้บริการเจาะเลือดผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 8.07 จากการทำแผลให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวีร้อยละ 7.49 จากการหยิบจับเสื้อผ้า หรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.92 จนมีการป้องกันตนเองมากกว่าปกติระหว่างการ ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ได้แก่ สวมถุงมือ สองชั้นร้อยละ 53.80 ใช้วิธีการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ เพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้การดูแล ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีซึ่งจะไม่ทำเช่นนี้กับคนไข้ รายอื่น ๆ ร้อยละ 43.92 เคยเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจ ให้บริการหรือให้บริการด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา ร้อยละ 25.1 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยการตีตราและเลือกปฏิบัติ อาจมาจากความกลัวการติดเชื้อฯ ทัศนคติแสดงว่า มีโอกาสเกิดรูปแบบการตีตราและการเลือกปฏิบัติขึ้นในสถานบริการ เช่นเดียวกับการศึกษา ของวันทนิย์ ธารณธนบุลย์ และพชฌม เจริญนาว (2566)<sup>(15)</sup> ที่พบว่า กลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ มีทัศนคติ เชิงลบ ร้อยละ 83.39 โดยคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความรับผิดชอบ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 54.94 ไม่เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ ร้อยละ 51.78 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจาก การให้บริการ การเจาะเลือดและการทำแผล ร้อยละ 50.66 และรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 35.17 ในด้านพฤติกรรม การเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่า มีการป้องกันตนเองในช่วงการให้บริการเกินความจำเป็น ร้อยละ 57.17 และสังเกตเห็นพฤติกรรมเลือก ปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ ร้อยละ 26.91 โดยสังเกตเห็นว่า เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการ ร้อยละ 23.05 และ การศึกษาของคณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (2558)<sup>(16)</sup> ได้ศึกษาเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย พบว่า เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลป้องกันเกินความ จำเป็น ซึ่งเกิดจากการกลัวการติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างจะยิ่งกังวลใจมากขึ้นเมื่อต้อง เจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานมีความกังวล และกลัวมากเป็นพิเศษ เพราะสิ่ง คัดหลั่งอาจกระเด็นเข้าตา เข้าจมูกได้ สอดคล้องกับการศึกษาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ เอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10 ที่พบว่า ผู้ปฏิบัติงานกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ การเจาะเลือดและการทำแผล ร้อยละ 50.66<sup>(17)</sup> แสดงให้เห็นว่าความรู้สึกกลัวและกังวลจากการปฏิบัติหน้าที่ ปกติในการทำงานประจำวัน เป็นสาเหตุที่ส่งผลการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>(18)</sup> ทำให้เกิดความแตกต่างจาก

ผู้ป่วยอื่นทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ<sup>(19)</sup> ซึ่งสัดส่วนของความรู้สึกกังวลสูงขึ้นเมื่อต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นซึ่งก็สมเหตุผล โดยเฉพาะการที่บุคลากรสายวิชาชีพมีความกังวลมากกว่ากลุ่มอื่นสะท้อนว่าหัตถการที่เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ทำมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่า<sup>(19, 20)</sup> และอีกประเด็นที่แสดงถึงการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ชัดเจนคือ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกกำหนดิเตียนผู้หญิงที่สามีเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมีบุตร เพราะจะมองว่าเป็นผู้ที่ขาดความรับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของบุณรณภา นามแก้ว และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2564)<sup>(21)</sup> ที่พบว่า การตีตราจากผู้ให้บริการสุขภาพ คือ มีผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่แนะนำผู้ป่วยเอดส์ว่า “อย่ามีลูกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี ถึงร้อยละ 30 รองลงมาคือ เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 27 และผู้ป่วยหรือคูครอง เคยถูกแนะนำหรือ บังคับให้ยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองหรือคูครอง ร้อยละ 23 เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวความคิดการปฏิบัติกับผู้ป่วยเอดส์ไปในทิศทางเดียวกัน คือ มีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากให้บริการสุขภาพ ทั้งการสัมผัสร่างกายหรือสิ่งของผู้ป่วยเอดส์ การทำแผล และการเจาะเลือด และยังเสนอแนะแนวทางเพื่อลดการเลือกปฏิบัติโดย เสนอให้มีการจัดตั้ง คลินิกเฉพาะโรค และมีบุคลากรที่รับผิดชอบงานรายโรค มีระบบ One Stop Service มีการซักประวัติผู้ป่วยที่มีมานานแล้วและระยะห่างในการพูดคุย และมีการแสดงสัญลักษณ์ การติดป้ายหน้าห้อง ในกรณีป้ายห้องให้คำปรึกษา ให้คงมีเหมือนเดิม เพราะให้บริการคำปรึกษาหลากหลายโรค จะได้สื่อสารได้กับผู้มารับบริการ และในการนำส่งตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกต้องเป็นเจ้าหน้าที่ประจำจากคลินิกให้คำปรึกษาเท่านั้น 5) การส่งตรวจ HIV ให้ปรับเป็นส่งโดยไม่ใช้ Code แต่ให้เขียนชื่อ สกุล HN หรือพิมพ์ไปส่งตรวจจากระบบคอมพิวเตอร์นำส่งห้องปฏิบัติการ แต่การออกผลให้รับผลโดยเจ้าหน้าที่หรือดูในระบบ ในส่วนของพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสมนั้น เสนอแนะให้แก้ไขในระดับบุคคลในทันที ยังมีการนำสู่การจัดทำแผนอบรมจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พฤติกรรมบริการ ฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนไข้ โดยทีมพัฒนาบุคลากร เป็นหน่วยดำเนินการ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ อย่างไรก็ตามการแก้ไขปัญหาทุกอย่างจะต้องเริ่มจากกลุ่มตัวอย่าง ต่อได้รับการฝึกอบรม สร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อลดความกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษา Pearce LA, et al (2020)<sup>(22)</sup> & Shi C, Cleofas JV. (2022)<sup>(23)</sup> ที่พบว่า การให้ความรู้และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ปฏิบัติงานยังเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนถึงใช้เทคนิควิธีการและกระบวนการที่เหมาะสม จึงจะได้ผลในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ

จะเห็นว่าถ้าหากลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลได้ จะช่วยลดปัญหาและอุปสรรคของการเข้าถึงบริการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งบริการดูแลและรักษาที่เหมาะสม หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสบายใจที่จะเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และรับบริการรักษาเอชไอวีมากขึ้น การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีก็ลดน้อยลง และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรผลักดันให้บุคลากรในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพต่อไป เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

2. ควรสร้างวิทยากรระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ในการจัดอบรมหลักสูตรฯ เพื่อลดต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการใช้วิทยากรจากส่วนกลางในกรณีที่สถานบริการมีงบประมาณที่จำกัด

### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารoundต่อไป

การศึกษารoundต่อไป ควรศึกษาการสร้างแนวปฏิบัติหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หรืออาจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษารoundฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางการจัดทำโครงการวิจัยตลอดมา อีกทั้งขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไขที่เป็นประโยชน์

## เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหา เอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์. 2560.
2. Harris J, & Thaiprayoon S. Common factors in HIV/AIDS prevention success: lessons from Thailand. BMC health services research 2022; 22(1): 1487.
3. UNAIDS. Zero Discrimination Day [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://www.unaids.org/en/resources/camp>
4. กรมควบคุมโรค. แนวคิดการณรงค์วันยุติการเลือกปฏิบัติ 1 มีนาคม วันยุติการเลือกปฏิบัติ “สานพลัง ยุติการเลือกปฏิบัติ (Thailand Partnership for Zero Discrimination)”. 2562. กรุงเทพมหานคร
5. Andersson GZ, Reinius M, Eriksson LE, Svedhem V, Esfahani FM, Deuba K, et al. Stigma reduction interventions in people living with HIV to improve health-related quality of life. The lancet. HIV 2020; 7(2): e129–e140.
6. Yuvaraj A, Mahendra VS, Chakrapani V, Yunihastuti E, Santella AJ, Ranauta A, et al. HIV and stigma in the healthcare setting. Oral Diseases 2020; 26(1): 103-111.
7. Abdulai MA, Mevissen FE, Kramer A, Boitelet Z, Asante KP, Owusu-Agyei S, et al. A qualitative analysis of factors influencing healthcare providers' behavior toward persons living with HIV in Ghana. International Journal of Africa Nursing Sciences 2023; 18: 100532.
8. กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ และวีรพล จันธิมา. สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2562. วารสารควบคุมโรค 2565; 48(3): 505-513.
9. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพมีต้นทุนเท่าใด. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. 2562; 7(57).

10. มุลนิธิแคร์แมท. สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ HIV[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.caremat.org>.
11. นาวา ผานะวงศ์. ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2562. วารสารโรคเอดส์ 2562; 31(3): 125-141.
12. Best JW. Research in education. 3 rd ed. Engle Clift. NJ: Prentice-Hall. 1977.
13. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 6 th ed. New York: John Wiley & Sons. 1955.
14. อภิญญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์, ยศภัทร เสาวภาคภูมิกุล, ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช, คณะ Matrix SAIL. สถานการณ์การตีตราและการ เลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://223.27.246.196/aca/attachments/article/58/stigmatize.pdf>
15. วันทนีย์ ธารณธนบุลย์ และพัชฌณ เจริญนาวิ. การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10. วารสารโรคเอดส์ 2566; 35(1): 14-32.
16. คณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ. การตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย [เอกสารประกอบการประชุม]. 2558.
17. Harris J, Thaiprayoon S. Common factors in HIV/AIDS prevention success: lessons from Thailand. BMC Health Services Research 2022; 22(1): 1487.
18. Lalhruaimawii I, Danturulu MV, Rai S, Chandrashekar UK, Radhakrishnan R. Determinants of stigma faced by people living with Human Immunodeficiency Virus: A narrative review from past and present scenario in India. Clinical Epidemiology and Global Health 2022; 1: 101117.
19. Iott BE, Loveluck J, Benton A, Golson L, Kahle E, Lam J, et al. The impact of stigma on HIV testing decisions for gay, bisexual, queer and other men who have sex with men: a qualitative study. BMC Public Health 2022; 22(1): 1-7.
20. ธรรมนูญวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์. การสื่อสารที่ส่งผลกระทบต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: ภาพตัวแทน และความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ. วารสารโรคเอดส์ 2562; 31(3):103-115.
21. บุณรภา นามแก้ว และกิตติพร เนาวสุวรรณ. ประสบการณ์การถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล. ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร 2564: 11(2): 17-31.
22. Pearce LA, Homyra F, Dale LM, Moallef S, Barker B, Norton A, Hayashi K, Nosyk B. Non-disclosure of drug use in outpatient health care settings: Findings from a prospective cohort study in Vancouver, Canada. International Journal of Drug Policy 2020; 84: 102873.
23. Shi C, Cleofas JV. Professional commitment and willingness to care for people living with HIV among undergraduate nursing students: The mediating role of empathy. Nurse Education Today 2022; 119: 105610.

## ผลการนิเทศทางคลินิกทางการพยาบาลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ของผู้ป่วย โรงพยาบาลสระใคร จังหวัดหนองคาย

Effect of nursing Clinical Supervision in patient bloodstream infections (Sepsis)  
of sakhrai hospital Nongkhai province.

ประกายทิพย์ พรหมสูตร พย.ม.  
โรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร  
จังหวัดหนองคาย

Praguytip Phromsoot, (M.N.S)  
Sakhrai hospital, Sakhrai District,  
Nongkhai Province

(Received: 19 January 2024, Revised 20 February 2024, Accepted: 1 March 2024)

### บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะที่มีการติดเชื้อจากอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด หรือจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยตรงจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตสูงขึ้น ซึ่งการนิเทศทางคลินิกทางการพยาบาลจะช่วยป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลการนิเทศทางคลินิกทางการพยาบาลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ของผู้ป่วย โรงพยาบาลสระใคร จังหวัดหนองคาย ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและงานผู้ป่วยใน จำนวน 25 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด จำนวน 16 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิต จำนวน 16 ข้อ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 56 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Dependent T- Test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากการนิเทศทางคลินิกฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิต (Sepsis) ร้อยละ 92.00 และเมื่อเปรียบเทียบผลค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการได้รับการนิเทศทางคลินิก พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนผลการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตอยู่ในเกณฑ์ระดับผ่าน ร้อยละ 100 การนิเทศการพยาบาลจะส่งผลดีต่อการเพิ่มความเข้าใจและพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** การนิเทศทางคลินิก , การพยาบาล, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

**ติดต่อผู้พิมพ์:** ประกายทิพย์ พรหมสูตร **อีเมล:** prakai\_jumja@yahoo.com

## Abstract

Sepsis is a condition in which there is an infection from various organs of the body. The infection could also enter either to the bloodstream or from bloodstream infection directly, which are caused by many possibly risky factors. Regarding to these kinds of bloodstream infection, it may result in a severe risk of death. The population was 25 nurses working at the accident and emergency room and inpatient work and the sample group was purposive random sampling according to specified criteria, totaling 16 cases. Research instruments consisted of the knowledge of sepsis 16 items, and Competency assessment form for professional nurses in caring for patients with bloodstream infections, 56 questions. The data were analyzed by the descriptive statistics and, and dependent t-test.

Results showed that after clinical supervision the sample group had knowledge about severe bloodstream infections (Sepsis) at 92.00%. When comparing the mean knowledge scores before and after receiving clinical supervision, it was found that the mean scores were higher than before receiving. Clinical supervision is statistically significant at the .05 level. The results of the evaluation of professional nurses' competency in caring for patients with bloodstream infections. At the passing level of 100 percent, nursing supervision will have a positive effect on increasing understanding and the nurses who practice them have the knowledge to take better care of patients.

**Keywords:** clinical supervision, nursing care, sepsis

**Corresponding author:** Praguypit Phromsoot **E-mail:** prakai\_jumja@yahoo.com

## บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตทางการแพทย์ที่อันตรายถึงชีวิต โดยมีลักษณะของอาการการอักเสบทั่วร่างกายร่วมกับมีการติดเชื้อที่ทราบชนิด หรือนำสงสัยเป็นการติดเชื้อในร่างกายจะมีการตอบสนองต่อการอักเสบต่อเชื้อจุลชีพในเลือด ปัสสาวะ ปอด ผิวหนัง หรือเนื้อเยื่ออื่น ๆ โดยเฉพาะภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (severe sepsis) จะส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลวและเสียชีวิตภายในเวลารวดเร็ว จึงเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่เป็นอันตรายแก่ชีวิตผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และทั่วโลกพบผู้ป่วยประมาณ 20-30 ล้านรายต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 8 ต่อปี นับว่าเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมากถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยมีผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี โดยพบผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและเสียชีวิต ร้อยละ 34.22<sup>(1)</sup> จะเห็นว่าผู้มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง แม้ว่าปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลของโรค และการรักษาโรคติดเชื้อมีความก้าวหน้ามากขึ้น เช่น มียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง<sup>(2)</sup> และในการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งเป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ทุกแขนงที่ต้องร่วมมือกันพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อลดอัตราการเกิดอวัยวะล้มเหลว ลดอัตราการเสียชีวิต และพยาบาลวิชาชีพก็เป็นบุคลากรสาธารณสุขคนแรกที่จะให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ดังนั้น

พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ในการนิเทศทางคลินิกฯ นั้น เป็นกระบวนการที่สำคัญของผู้บริหารทางการพยาบาล ที่จะพัฒนาความรู้ทักษะและความสามารถของพยาบาลเพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดี และผู้นิเทศทางคลินิกถือว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดในการกระบวนการ เนื่องจากเป็นผู้ให้การสอนงาน และให้คำปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ซึ่งหากผู้นิเทศทางคลินิกมีสมรรถนะไม่เพียงพอก็จะไม่สามารถพัฒนาศักยภาพของผู้รับการนิเทศได้ คุณภาพของงานบริการพยาบาลกับผู้ป่วยจึงไม่สามารถเกิดขึ้นได้เช่นกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุการฉีดยาและข้อร้องเรียนต่าง ๆ ตามมาได้<sup>(3)</sup> ในขณะเดียวกันพยาบาลผู้รับนิเทศก็มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดผลดีจากการนิเทศบรรลุผลสำเร็จ ที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วยจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic) และลดอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้

โรงพยาบาลสระใคร มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี พ.ศ. 2561 – 2564 จำนวน 41, 40 และ 49 ราย ตามลำดับ และพบร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก sepsis ( $\leq 10\%$ ) เท่ากับ 9.76, 5.00 และ 32.65 ตามลำดับ และพบอุบัติการณ์การเสียชีวิตจาก Sepsis ในปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 1 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี และจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล พบว่า กระบวนการพยาบาลในการประเมินอาการผู้ป่วย การติดตาม เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การรายงานแพทย์ ตลอดจนการบันทึกทางการแพทย์ ยังทำได้ไม่ครอบคลุม ส่วนหนึ่งเกิดจากบุคลากรในการปฏิบัติงานมีหลากหลายระดับ และประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การปฏิบัติที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทางทีมบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลสระใคร ได้ประชุมชี้แจงบุคลากรในองค์กรพยาบาลให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ (CPG sepsis) อย่างเคร่งครัด ทำการ reassess ผู้ป่วยทุกครั้งทันทีเมื่อส่งถึงงานผู้ป่วยใน (ward) และประเมินสัญญาณชีพ (vital signs) ตามเกณฑ์คะแนน SOS score และบันทึกตามแบบฟอร์ม sepsis โดยปี 2565 ยังพบร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก sepsis เพียงร้อยละ 15<sup>(4)</sup> เท่านั้น ซึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วและเป็นไปตามเป้าหมายซึ่งเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรมีสมรรถนะสูงที่จะดูแลผู้ป่วยให้ผ่านพ้นวิกฤตไปได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40 และมีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่มีการประเมินสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลก็นับว่าเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญไม่น้อย เพราะจะช่วยกำกับ ดูแล ควบคุมกระบวนการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานเกิดความต่อเนื่อง<sup>(5)</sup> ซึ่งหากไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน (Standing order) หรือปฏิบัติไม่ครบถ้วนแล้ว อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น หรืออาจส่งผลให้ถึงแก่ชีวิตได้ ในการนิเทศทางคลินิกฯ ที่นิยมใช้ก็คือการนิเทศตามรูปแบบของฟร็อคเตอร์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้นิเทศจะใช้หลักการสร้างสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลที่จะช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงาน ได้พัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกฯ ทั้งการนิเทศตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) และการเปิดโอกาสให้ทีมพยาบาลร่วมอภิปรายเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแนวทางฯ ลงสู่การปฏิบัติ<sup>(6)</sup> เพราะสามารถช่วยยกระดับความรู้ทัศนคติและทักษะการปฏิบัติของพยาบาลต่อการบริการผู้ป่วยได้ดีขึ้น และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และยังพบอีกว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มีความรู้และทักษะการนิเทศทางคลินิกสูงขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการนิเทศทางคลินิกทางการพยาบาลกับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งนี้เพื่อที่จะได้นำผลที่ได้จากการนิเทศทางคลินิกไปพัฒนากระบวนการในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การบริการเป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้งจะช่วยให้ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพได้ใช้เป็นแนวทางในการนิเทศที่เหมาะสม ช่วยยกระดับการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ

มุ่งสู่ความเป็นเลิศตามวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร โดยบูรณาการหลักแนวคิดต่าง ๆ ที่มีการปฏิบัติอยู่ในงานประจำเข้ามาในกระบวนการนิเทศ และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาตนเองและผลงานที่มีคุณภาพ ส่งเสริมทักษะเพิ่มสมรรถนะในการทำงานของพยาบาล สร้างขวัญกำลังใจและรวมแก้ปัญหาให้ดีขึ้นตามลำดับ การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลการนิเทศทางคลินิกทางการพยาบาลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ของผู้ป่วย โรงพยาบาลสระใคร จังหวัดหนองคาย

## วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอน ดังนี้ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย จำนวน 25 ราย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง ตามเกณฑ์กำหนด ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพทุกระดับที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และงานพยาบาลผู้ป่วยใน 2) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม 3) ไม่ย้ายหน่วยงานหรือโรงพยาบาล ขณะทำการศึกษา จำนวน 16 ราย ทำการศึกษาในช่วงระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 30 กันยายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 16 สัปดาห์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงาน จำนวน 5 ข้อ

2. แบบวัดความรู้พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตของกัญญณณญญู พรหมเขจร (2563)<sup>(7)</sup> นำมาปรับใช้ในพื้นที่ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย 5 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 16 ข้อ

การแปลผลคะแนน แบ่งคะแนนความรู้ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 10	หมายถึง	มีความรู้ในระดับน้อย
คะแนน 11-12	หมายถึง	มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนน 13 – 16	หมายถึง	มีความรู้ในระดับมาก

เกณฑ์ความคาดหวังหรือการผ่านเกณฑ์ หมายถึง สามารถสอบผ่านการประเมินความรู้ สอบได้คะแนนมากกว่า ร้อยละ 60 โดยแบ่งระดับความสามารถของพยาบาลเป็น 5 ระดับ ได้แก่

1) ขั้นเริ่มต้น (Novice/beginner) หมายถึง สามารถสอบผ่านการประเมินความรู้ สอบได้คะแนน 10-11 คะแนน (60-69%)

2) ขั้นก้าวหน้าขั้นต้น (Advance beginner) หมายถึง สามารถสอบผ่านการประเมินความรู้ สอบได้คะแนน 12 คะแนน (70-79%)

3) ขั้นผู้มีความสามารถ (Competent) หมายถึง สามารถสอบผ่านการประเมินความรู้ สอบได้คะแนน 13-16 คะแนน (80-100%)

4) ขั้นผู้ชำนาญ (Proficient) หมายถึง สามารถสอบผ่านการประเมินความรู้ สอบได้คะแนน 13-16 คะแนน (80-100%)

5) ขั้นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) หมายถึง หมายถึง สามารถสอบผ่านการประเมินความรู้ สอบได้คะแนน 13-16 คะแนน (80-100%)

3. แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ของกัญญ์ณัฏฐ์ พรหมเพชร (2564) ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ครอบคลุมการพยาบาลในระยะการประเมินและค้นหาการติดเชื้อในระยะแรก การดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง การเฝ้าระวังและติดตามอาการ การให้ยา จำนวน 56 ข้อ วิธีการประเมินโดยใช้การสังเกต ตรวจสอบการบันทึก โดยมีเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

ปฏิบัติถูกต้อง	หมายถึง	ปฏิบัติได้ครบถ้วน	ให้	2 คะแนน
ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	หมายถึง	ปฏิบัติไม่ครบถ้วน	ให้	1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติตาม WI	ให้	0 คะแนน

การแปลผลแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ดังนี้

คะแนน 0 – 100	หมายถึง	มีการปฏิบัติตาม WI ไม่ครบถ้วน
คะแนน 101 – 112	หมายถึง	มีการปฏิบัติตาม WI ครบถ้วน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำผลการตรวจสอบ มาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาหรือค่าความเชื่อมั่น CVI ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability coefficient) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบวัดความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิต มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 และแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต เท่ากับ 0.81

### ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

กระบวนการดำเนินการศึกษามี ดังนี้

1. การวางแผน (Plan) การทบทวนอุบัติการณ์ทางคลินิก ระบบนิเทศทางการพยาบาลกับ หัวหน้าปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และงานพยาบาลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสระใคร โดยการกำหนดแผนการนิเทศ จากนั้นประเมินความรู้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงานเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

2. การปฏิบัติ (Action) โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเสริมความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการนิเทศ และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตกับเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคนในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

3. การสังเกตการณ์ (Observation) โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

4. สะท้อนความคิดเห็น (Reflection) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลผลการนิเทศแจ้งผลการประเมินกับพยาบาลวิชาชีพเป็นรายบุคคล จากนั้นแบ่งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ตามแบบของ Benner's Model และนิเทศทางการพยาบาลด้วยวิธี 5W1H ในกลุ่ม Advance Beginner ด้วยการใช้เทคนิคการจากการสังเกต การซักถาม การสอนงาน 5W1H สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่ม Expert จะใช้เทคนิค GROW model จากนั้นทำการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยใช้ข้อสอบชุดเดิม และแจ้งผลการประเมินแก่ผู้ถูกประเมินต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Dependent T- Test เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตก่อนและหลังการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างกล่าวแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการให้การรักษาพยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลแต่อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง และยังได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลตามมาตรฐานงานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 58/2566 ลงวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2566

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 มีอายุ 25-35 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 43.75 รองลงมา มีอายุ 36-40 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 สถานภาพโสดมากที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 68.75 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ในกลุ่ม Expert (8 ปีขึ้นไป) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือกลุ่ม advance beginner (2 -3 ปี) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง (N=16)

ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	12.50
หญิง	14	87.50
อายุ (ปี)		
อายุ 25 – 35 ปี	7	43.75
อายุ 36 – 40 ปี	6	37.50
อายุ 41 – 50 ปี	2	12.50
อายุ 50 ปีขึ้นไป	1	6.25
Min= 25, Max=53, X= 35.62, S.D. = 8.66		
สถานภาพ		
โสด	11	68.75
สมรส	5	31.25
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	16	100.00
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
ประสบการณ์การทำงาน		
Beginner (0-2 ปี)	0	0.00
Advance Beginner (2-3 ปี)	5	31.25
Competent (3 – 5 ปี)	0	0.00
Proficient (> 5 ปี)	3	18.75
Expert (8 ปีขึ้นไป)	8	50.00

## 2. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิต

ก่อนได้รับการนิเทศฯ โดยภาพรวมของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่ม Advance Beginner มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตอยู่ในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่ม Proficient มีความรู้ อยู่ในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่ม Expert มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง

ภายหลังได้รับการนิเทศฯ พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่ม Advance Beginner Proficient และ Expert มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตอยู่ในระดับมากทุกกลุ่ม ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตก่อนและหลังได้รับการนิเทศฯ

คนที่	ก่อนการนิเทศทางคลินิก			หลังการนิเทศทางคลินิก		
	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ
<b>กลุ่ม Advance beginner</b>						
คนที่ 1	12	75.00	ปานกลาง	14	88.00	มาก
คนที่ 2	11	69.00	ปานกลาง	13	81.00	มาก
คนที่ 3	10	63.00	น้อย	12	75.00	ปานกลาง
คนที่ 4	9	56.25	น้อย	16	100.00	มาก
รวม		64.00	น้อย		89.00	มาก
<b>กลุ่ม proficient</b>						
คนที่ 5	9	56.25	น้อย	16	100.00	มาก
คนที่ 6	8	50.00	น้อย	16	100.00	มาก
คนที่ 7	11	75.00	ปานกลาง	13	94.00	มาก
คนที่ 8	13	81.00	มาก	16	100.00	มาก
รวม		67.00	น้อย		94.00	มาก
<b>กลุ่ม Expert</b>						
คนที่ 9	12	75.00	ปานกลาง	15	94.00	มาก
คนที่ 10	11	69.00	ปานกลาง	15	94.00	มาก
คนที่ 11	13	81.00	มาก	16	100.00	มาก
คนที่ 12	12	75.00	ปานกลาง	14	88.00	มาก
คนที่ 13	12	75.00	ปานกลาง	14	88.00	มาก
คนที่ 14	13	81.00	มาก	13	81.00	มาก
คนที่ 15	11	75.00	ปานกลาง	15	94.00	มาก
คนที่ 16	7	43.80	น้อย	16	100.00	มาก
รวม		71.00	ปานกลาง		91.00	มาก

## 3. การเปรียบเทียบความรู้โรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตก่อนและหลังการนิเทศทางคลินิก

ก่อนการนิเทศฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.7

และหลังนิเทศฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.35 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้

โรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตก่อนและหลังนิเทศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่ม advance beginner กลุ่มเดียวเท่านั้นที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตสูงกว่าก่อนได้รับการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้โรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตก่อนและหลังการนิเทศทางคลินิก

ความรู้โรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิต	Mean	S.D	t	p-value
กลุ่ม Advance Beginner				
ก่อนนิเทศ	10.20	1.17		
หลังนิเทศ	14.20	1.60	3.26	0.03*
กลุ่ม Proficient				
ก่อนนิเทศ	10.67	2.05		
หลังนิเทศ	15.00	1.41	1.57	0.25
กลุ่ม Expert				
ก่อนนิเทศ	11.38	1.80	3.86	0.06
หลังนิเทศ	14.63	1.11	5.46	0.00*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

4. การประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ตามพฤติกรรมที่คาดหวัง  
 ภายหลังการได้รับการนิเทศทางคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 มีผลการประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในเลือดอยู่ในระดับผ่าน แสดงผลตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ตามพฤติกรรมที่คาดหวัง (N=16)

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับความคาดหวัง	ระดับประเมินที่ได้	ส่วนต่างค่าคะแนน เมื่อเทียบกับค่าความคาดหวัง	ผลลัพธ์การประเมิน
คนที่ 1	2	5	+3	ผ่าน
คนที่ 2	2	5	+3	ผ่าน
คนที่ 3	2	2	0	ผ่าน
คนที่ 4	2	5	+3	ผ่าน
คนที่ 5	2	5	+3	ผ่าน
คนที่ 6	4	5	+1	ผ่าน
คนที่ 7	4	5	+1	ผ่าน
คนที่ 8	4	5	+1	ผ่าน
คนที่ 9	5	5	0	ผ่าน
คนที่ 10	5	5	0	ผ่าน
คนที่ 11	5	5	0	ผ่าน
คนที่ 12	5	5	0	ผ่าน
คนที่ 13	5	5	0	ผ่าน
คนที่ 14	5	5	0	ผ่าน
คนที่ 15	5	5	0	ผ่าน
คนที่ 16	5	5	0	ผ่าน

## วิจารณ์

การนิเทศทางการพยาบาล เป็นกระบวนการหนึ่งของการบริหารทางพยาบาล โดยการกำกับดูแล การให้บริการทางการพยาบาล ควบคุมการปฏิบัติงานให้เกิดความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษาในการประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิต ก่อนและหลังการนิเทศทางคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ภายหลังการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนการได้รับการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.05 เนื่องจากการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบกับผู้วิจัยได้มีการ ติดตาม ชี้แนะ และให้ความรู้เพิ่มเติม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากขึ้น เกิดความมั่นใจในการนิเทศ ทางพยาบาล และมีการนำมาตราฐานการพยาบาลมาใช้ในการนิเทศทางการพยาบาลร่วมด้วย ส่งผลให้ คะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังการนิเทศสูงขึ้นชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของพูลสุข หิงคานนท์ (2550)<sup>(8)</sup> พบว่า การที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วย ต้องทำหน้าที่จัดการให้เกิดการเรียนรู้ การสอน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน จัดทีมนิเทศงานที่ สามารถให้การสอน แนะนำการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ไปพร้อมกับการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่ถูกต้อง คล้ายคลึงกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ เจริญศรีและคณะ (2566)<sup>(9)</sup> ได้ทำการศึกษารูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า การส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ที่ทันสมัย และพัฒนาทักษะการดูแล ตลอดจนการสนับสนุนให้มีการใช้เครื่องมือในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยให้ได้รับการ วินิจฉัยภาวะติดเชื้อ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และได้รับการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้น จะช่วย ป้องกันการเกิดภาวะช็อกรุนแรงและเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งเสริมให้พยาบาลรับรู้บทบาท ของตนเองอย่างชัดเจนขึ้นโดยมีการทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่เป็น CNPG-Sepsis ของโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของดรุณี แปะทิก<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อการพัฒนาความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสันทราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินความรู้ และประเมินทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสุพัตรา สังขรัช<sup>(11)</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก สำหรับ ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ในด้านการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 97.54 ( $\geq 90\%$ ) ทั้งนี้เนื่องจากขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่ม Expert ถึงร้อยละ 50 ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ แม้ไม่มีข้อมูลหรือสิ่งแสดงใด ๆ ให้ปรากฏเห็นเป็นชัดเจน ประกอบกับการสั่งสม ประสบการณ์มานาน จึงสามารถเชื่อมโยงความคิด และคาดการณ์ต่อไปได้ รวมทั้งมีการตัดสินใจทางคลินิกได้ดี และรวดเร็ว จึงป้องกันและแก้ไขปัญหาก็จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ จากการคาดการณ์ล่วงหน้าได้ จะเห็นว่าการมี ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมานานนั้น จะทำให้เกิดความเชี่ยวชาญ จะเข้าใจสถานการณ์ และมองเห็น ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงสามารถสอนและชี้แนะกับพยาบาลรุ่นน้อง รวมทั้งเป็นแบบอย่างแก่ พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่าในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้ผลการประเมินสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับผ่านทุกเกณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของล่อศรี ประเสริฐสุข (2556)<sup>(12)</sup> ที่พบว่า การที่ผู้รับการนิเทศ มีการปฏิบัติงานและเกิดผลลัพธ์ตามที่กำหนด โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการนิเทศ

ร่วมกับผู้รับการนิเทศ มีการกำหนดปัญหาหรือหัวข้อการนิเทศ การวางแผน ทำการนิเทศและประเมินผล ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์เป็นไปตามที่กำหนดไว้ ถือได้ว่าการปฏิบัติงานที่บรรลุเป้าหมายที่วางเอาไว้ คล้ายคลึงกับ รุ่งอรุณ บุตรศรี, สมพันธ์ ธิญชีระนันท์ และ ปราณี มีหาญพงษ์<sup>(13)</sup> ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนมีการใช้การนิเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นว่าการนิเทศการพยาบาล เป็นกลไกที่สำคัญที่จะช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านคลินิก เพื่อพัฒนาทักษะและความรู้ กระบวนการพยาบาล นำไปสู่การเพิ่มความตระหนักและความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการนิเทศทางการพยาบาล จึงเป็นการดูแลพยาบาลผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการได้ถูกต้องตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยปราศจากความผิดพลาด มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายหรือ แต่ละกลุ่มโรค มีการจัดการความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการ ปรับปรุงพัฒนาผลลัพธ์การดูแลเป็นระยะ เพื่อให้ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลทางคลินิกดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>(14)</sup> การนิเทศทางคลินิก จึงเป็นกระบวนการ ที่มีความสัมพันธ์กันระหว่าง คน งาน และคุณภาพของงานกับการนิเทศ ซึ่งคนจะทำงานได้ดีต้องมีผู้ให้การสนับสนุน ชี้แนะ สอนงาน และคุณภาพของงานจะเกิดขึ้นได้ต้องมาจากคนที่มีคุณภาพด้วยเช่นกัน

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ สามารถนำผลการนิเทศในครั้งนี้ไปปรับใช้ในหน่วยงาน/องค์กรทั้งด้านบริหารจัดการและด้านคลินิก โดยผู้ที่ทำหน้าที่นี้เทศต้องมีความเข้าใจในแนวคิดดังกล่าวข้างต้น เลือกรุ่นมือที่ใช้ในการนิเทศให้เหมาะสมกับประเด็นที่ต้องการนิเทศ ยิ่งผู้นิเทศมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมากเท่าไรก็จะยิ่งทำให้การนิเทศทางคลินิกเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื่อในกระแสเลือดของโรงพยาบาล เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้
3. ควรมีการศึกษาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อผู้รับการนิเทศได้มีส่วนร่วมในการวางแผนในการแก้ปัญหา ได้ฝึกการตัดสินใจ ประกอบกับได้รับการสอนแนะและสะท้อนกลับทั้งข้อดีและข้อเสียจากผู้นิเทศโดยตรง

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยความสะดวกของโรงพยาบาลสระใคร หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่กรุณาให้คำแนะนำ และพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมกับการศึกษาในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. รัชนิวรรณ คุณตระกูล, พิชญพันธ์ จันทระ, พัชรี ยิ้มยิ้ม, สุรีย์พร กุมภาคา, รัชนิ นามจันทรา. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2562; 30(2): 193-209.
2. กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต].2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2567] เข้าถึงได้จาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/kpi\\_template\\_edit%201.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/kpi_template_edit%201.pdf)
3. เสาวลักษณ์ ต้นสักตระกูล. การศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ [อินเทอร์เน็ต].2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2567] เข้าถึงได้จาก <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/4436>
4. Clinical Tracer Highlight การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: Sepsis โรงพยาบาลสระใคร, 2564-2565.(เอกสารวิชาการ)
5. พรนภา วงษ์ธรรม และคณะ. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต; 2562.
6. รัชตวรรณ ศรีตระกูล. เอกสารประกอบการอบรม หลักสูตรอบรมพยาบาล กลยุทธ์การนิเทศทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ.ขอนแก่น : สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2566.
7. กัญญ์ณณัฐ พรหมเขจร. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลหนองคาย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ service plan สาขา sepsis [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2566] เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/03/182107/>
8. พูลสุข หิงคานนท์. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการพยาบาล. เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล. นนทบุรี : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2550.
9. รุ่งทิพย์ เจริญศรี,รุ่งรัตน์ สายทอง,จรรยาศรี มีหนองหว้า และวันชัย เลิศวัฒนวิลา.การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566;29(3):56-74.
10. ดร.ณิ แสงทิต. รายงานการวิจัย ผลการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสันทราย [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2566] เข้าถึงได้จาก [https://chiangmaihealth.go.th/detail\\_academic.php?academic\\_id=7](https://chiangmaihealth.go.th/detail_academic.php?academic_id=7)
11. สุพัตรา สงขรภักษ์. ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก สำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
12. ลออศรี ประเสริฐสุข. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.
13. รุ่งอรุณ บุตรศรี, สมพันธ์ หิญาชีระนันท์ และ ปราณี มีหาญพงษ์. ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบ โกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563; 26(2): 84-96.
14. ھرรรษา เทียนทอง และพุทธชาติ สมณา. การศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลรัฐ.[อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2567] เข้าถึงได้จาก <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/4436>

การพัฒนาแนวทางการประเมินผลงานวิชาการระดับชำนาญการของข้าราชการ  
ตำแหน่งประเภทวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Development of guidelines for evaluating academic work at the expert levels of  
civil servants in the academic field of the Nong Khai Provincial Public Health Office.

วิไลวรรณ เพชรศรีงาม พย.บ  
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Vilaiwan Phedsringam, (B.N.S.)  
Human Resource Management Division  
Nong Khai Provincial Public Health Office

(Received: 29 February 2024, Revised 24 March 2024, Accepted: 26 March 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพัฒนาแนวทางการประเมินผลงานวิชาการ ระดับ  
ชำนาญการของข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ทำการศึกษา  
ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 - กลางเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการระดับ  
ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จำนวน 35 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง  
เครื่องมือที่ใช้วิจัยเป็น แบบสอบถามความคิดเห็น แบบประเมินความเข้าใจ หลักเกณฑ์การประเมินผลงาน  
วิชาการของกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired samples T-test

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางที่พัฒนา มี 5 กิจกรรม 1) การเตรียมความพร้อมบุคลากรเพื่อรับการประเมิน  
2) การดำเนินการพิจารณาตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ กระทรวงฯกำหนด 3) การแจ้งผู้ที่มีคุณสมบัติ/ผู้ที่ผ่าน  
การประเมินบุคคล เพื่อส่งประเมินผลงาน 4) การส่งแบบประเมินผลงานไปยังคณะกรรมการประเมินผลงาน  
เพื่อพิจารณาแต่งตั้งต่อไป 5) จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง ซึ่งภายหลังการพัฒนาแนวทางการประเมินผลงานวิชาการ  
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเข้าใจในหลักเกณฑ์การประเมินผลงานวิชาการสูงกว่าก่อนการพัฒนายังมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

**คำสำคัญ:** การประเมินผลงาน, ประเภทวิชาการ, ระดับชำนาญการ, หลักเกณฑ์การประเมินบุคคล  
**ติดต่อผู้พิมพ์:** วิไลวรรณ เพชรศรีงาม **อีเมล:** [Kongsridang@hotmail.com](mailto:Kongsridang@hotmail.com)

## Abstract

This action research aimed to study develop guidelines for evaluating academic work at the Practitioner Level of civil servants in the academic field of the Nong Khai Provincial Public Health Office. The research was implemented from December, 2023 to mid-February, 2024. The sample group consisted of operational level civil servants under the Nong Khai Provincial Public Health Office, a total of 35 people were obtained from purposive random sampling. Research tools were Opinion questionnaire, understanding assessment, Criteria for evaluating academic work in the academic category of the Ministry of Public Health. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired samples T test.

The result was found that the developed guidelines consisted of activities; 1) Preparing personnel for assessment 2) Carrying out consideration according to the criteria and methods The Ministry specifies. 3) Notify those who have qualifications/ who have passed the personal assessment for submit a work evaluation 4) Sending the performance evaluation form to the performance evaluation committee for further consideration of appointment. 5) Make an appointment order, After developing guidelines for evaluating academic work, it was found that The sample group had higher understanding scores in academic performance evaluation criteria than before the development, at a statistical significance of .05

**Keywords:** Performance evaluation, Academic type, Expert level, Personnel evaluation criteria

**Corresponding author:** Vilaiwan Phedsringam **E-mail:** Kongsridang@hotmail.com

## บทนำ

ปัจจุบันนี้การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Performance Evaluation) หนึ่งในองค์ประกอบหลักของกระบวนการเชิงระบบการบริหารจัดการผลการปฏิบัติงาน (Performance Management Systematic Process) ถือเป็นเครื่องมืออันสำคัญยิ่ง สำหรับการพัฒนาผลิตภาพ (Productivity) ขององค์กรให้มีปริมาณและคุณภาพสูงขึ้น<sup>(1)</sup> ตามที่สำนักงานคณะกรรมการพลเรือนได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการเลื่อนข้าราชการพลเรือนสามัญเพื่อให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ กรณีการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษตามหนังสือ กพ.ที่นร.1006/ว14 ลว.11 ส.ค.2564 และหนังสือ กพ.ที่นร.1006/ว25 ลว.19 ต.ค.2564 โดยสำนักงานคณะกรรมการพลเรือนกำหนดให้ อ.ก.พ.กรมแต่งตั้ง ดำเนินการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลงาน ตามที่คณะกรรมการพลเรือนกำหนดโดยคณะกรรมการประเมินผลงาน อาจกำหนดเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็นเหมาะสม ซึ่ง อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษ ระดับเชี่ยวชาญ โดยคณะกรรมการการประเมินผลงานได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินผลงาน เพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษ ระดับเชี่ยวชาญ รวมถึงการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกบุคคล การพิจารณาคุณภาพของผลงานวิชาการของข้าราชการ การเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการเพื่อแต่งตั้งระดับชำนาญการ ระดับชำนาญการพิเศษนั้น คณะกรรมการประเมินบุคคลและผลงาน

ที่ อ.ก.พ.สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง จะพิจารณาประเมินบุคคลตามองค์ประกอบและน้ำหนักคะแนน ประกอบด้วย ด้านบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการและประวัติทางวินัย

ด้านความรู้ ความสามารถทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานสอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้งและด้านอื่น ๆ ได้แก่ การสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ ทักษะคนดี ความเสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์ กำหนดวิธีการประเมินบุคคล โดยพิจารณาจากเอกสารประกอบการประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์การประเมินบุคคลอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ร่วมด้วยก็ได้ ทั้งนี้ผู้รับการคัดเลือกต้องได้คะแนนเฉลี่ยรวมสูงสุดและไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ตามประกาศ อ.ก.พ.สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข สธ.0208.10/ว123 ลว.11 ม.ค.2565<sup>(2)</sup> ทั้งนี้ การบริหารทรัพยากรบุคคลแต่ละระดับจะต้องสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจในภาคราชการ การประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ (ตำแหน่งประเภททั่วไป) ตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้นจึงมีความสำคัญกับภารกิจภาคราชการ กระบวนการประเมินผลงานวิชาการประเภทวิชาการของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นกระบวนการขั้นตอนของการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้นของข้าราชการ ซึ่งมีขั้นตอนที่ยึดตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) โดยมีการพิจารณาคัดเลือกบุคคลและประเมินผลงานวิชาการ สำหรับข้าราชการระดับ 8 ลงมา<sup>(3)</sup> รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ข้าราชการปฏิบัติงาน เพื่อความเจริญก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ การพิจารณาเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด จะช่วยให้ข้าราชการได้รับทราบทิศทางความก้าวหน้าในสายงานวิชาการ มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพได้ การเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการ เป็นการพัฒนาทักษะทางวิชาการ ความรู้ ความสามารถโดยการใช้มาตรฐานเป็นเกณฑ์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินเพื่อเลื่อนระดับ<sup>(4)</sup> พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับความเข้าใจขั้นตอนการเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการในระดับปานกลางถึงน้อย และมีความต้องการให้ผู้บริหารจัดการจัดสรรและฝึกอบรมในการเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการในเรื่องปัญหาที่ส่งผลต่อการเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการ จะเห็นว่า แนวทางการบริหารจัดการเบื้องต้นในการประเมินผลงานวิชาการตำแหน่งนายแพทย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบปัญหาในการประเมินผลงานวิชาการตำแหน่งนายแพทย์ เพื่อเลื่อนระดับ ทั้งการปฏิบัติงานในสาขาไม่ตรงกับคุณวุฒิและตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานบริหารหรือฝ่ายการเจ้าหน้าที่ไม่มีข้อมูลไม่เข้าใจขั้นตอน และผลงานที่เสนอให้ประเมินไม่สอดคล้องกับคุณวุฒิและตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง ทำให้เกิดความล่าช้า และต้องส่งเรื่องคืนให้จังหวัดดำเนินการใหม่<sup>(5)</sup> ซึ่งการเตรียมความพร้อมของข้าราชการเพื่อการประเมินผลงานประเภทวิชาการ จึงมีความสำคัญกับการดำเนินภารกิจขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดำเนินการให้ข้าราชการได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้นตามเกณฑ์เป็นภารกิจหลักของงานบริหารทรัพยากรบุคคล อันที่จะช่วยให้การเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการที่สูงขึ้นของข้าราชการดำเนินการได้ถูกต้องตามเกณฑ์และรวดเร็วขึ้น

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีข้าราชการที่มีคุณสมบัติครบประเมินผลงานทางวิชาการเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้นจำนวน 192 คน ไม่ได้ขอรับการประเมินเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้นยังไม่ได้ขอรับการประเมิน จะเห็นว่า ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากข้าราชการไม่เข้าใจขั้นตอนแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ทำให้เกิดความล่าช้าในการเลื่อนระดับการไม่ได้รับการประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่สูงขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อความเจริญก้าวหน้าในตำแหน่งวิชาชีพ ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ตลอดจนประสิทธิภาพของการทำงานของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแนวทางการประเมินผลงานวิชาการระดับชำนาญการของข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เพื่อให้ข้าราชการ ได้ใช้เป็นแนวทางและ เกิดความเข้าใจ การประเมินผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับที่สูงขึ้นตามเกณฑ์ และมีแนวทางในการประเมินผล การปฏิบัติงานของตนเอง ทั้งนี้ผู้ส่งผลการประเมินผลงานวิชาการ สามารถตรวจสอบข้อมูลความก้าวหน้าของ การประเมินผลงานวิชาการได้โดยไม่เสียสิทธิประโยชน์ในการแต่งตั้ง จากการส่งผลงานวิชาการเลยระยะเวลาที่ กำหนด

โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวทางการประเมินผลงานวิชาการระดับชำนาญการของ ข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) และแนวคิดการมีส่วนร่วมมาเป็นกรอบแนวคิด แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในการพัฒนาแนวทางการประเมินผลงาน วิชาการระดับชำนาญการของข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 - กลางเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 รวมระยะเวลา ในการศึกษาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ข้าราชการตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ปีพ.ศ. 2566 จำนวน 153 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G\* Power ใช้ t-test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference within group โดยพิจารณา ค่าขนาดอิทธิพล (effect size)=0.5 และกำหนด  $\alpha = .5$  Power =.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 33 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีโอกาสดอนตัวจากงานวิจัยในระหว่างเข้าร่วมวิจัย จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกเพื่อป้องกัน dropout rate = 10% ตามสูตร ดังนี้

$$n = \frac{N}{(1-.0.2)^2}$$

$n$  = กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการที่เพียงพอเมื่อมีการถอนตัวจากการทดลอง

$N$  = กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ

ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง = 33.33 คิดเป็น 33 คน

และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากร่วมกับการใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้เข้าร่วมโครงการ คือ 1) เป็นข้าราชการประเภทวิชาการหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 2) ดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติการ 3) ไม่จำกัดอายุ 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากโครงการคือ 1) ย้ายที่ทำงานออกนอกจังหวัดหนองคายหรือลาออก 2) ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน 3) ผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และ 4) เสียชีวิตในระหว่างดำเนินโครงการวิจัย ได้ผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 35 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา สายงานตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ
- 2) แบบสอบถามความคิดเห็นข้อมูลเกี่ยวกับการขอรับการประเมินเพื่อเลื่อนระดับชำนาญการ มีข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด
- 3) แบบประเมินความเข้าใจการขอรับการประเมินเพื่อเลื่อนระดับชำนาญการ ของข้าราชการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยการขอรับการประเมินเพื่อเลื่อนระดับชำนาญการ จำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งประเมินผลงานวิชาการเพื่อขอเลื่อนระดับ จำนวน 7 ข้อ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลงานที่จะนำมาประเมินเพื่อขอเลื่อนระดับ จำนวน 4 ข้อ ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบประเมินผลงานเพื่อขอเลื่อนระดับจำนวน 7 ข้อ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือความสำเร็จของงาน จำนวน 4 ข้อ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินผลงาน ขอเลื่อนระดับ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จากคะแนนเต็ม 5 หมายถึง มากที่สุด 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด

การแปลผลใช้เกณฑ์พิสัยหารด้วยจำนวนชั้น ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	มีความเข้าใจในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67	หมายถึง	มีความเข้าใจในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00	หมายถึง	มีความเข้าใจในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity) และนำไปหาค่า CVI ได้ค่า = 0.85 และแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นหลักเกณฑ์ที่สำนักงานคณะกรรมการพลเรือนออกกฎและประกาศให้ใช้ จึงไม่ต้องตรวจสอบคุณภาพ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน

### ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ขั้นการวางแผน (Plan) โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลงานวิชาการของข้าราชการตำแหน่งประเภทวิชาการ ศึกษากระบวนการขั้นตอนการประเมินผลงานวิชาการ ที่อาจทำให้เกิดความล่าช้า ส่งกระทบกับระบบงาน เป็นข้อมูลนำเข้าในกระบวนการจัดการความรู้ (KM) และสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเอกสาร การประเมินผลงาน การตรวจสอบคุณสมบัติ ช่องทางการตรวจสอบคุณสมบัติ สิทธิประโยชน์ การทำผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับของข้าราชการในสายงานวิชาการประเภทข้าราชการหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งวางแผนกำหนดวิธี ขั้นตอนสำหรับผู้ที่จะทำการประเมินผลงานทางวิชาการ

#### 2. ขั้นการปฏิบัติ (Do) ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ ความเข้าใจหลักเกณฑ์และกระบวนการประเมินผลงานประเภทวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข สำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคการขอรับการประเมินเพื่อเลื่อนระดับชำนาญการ

2) ให้ความรู้ในเรื่องหลักเกณฑ์ประเมินผลงานวิชาการประเภทวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศของ อ.ก.พ. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการชี้แจง Template แบบฟอร์มของการทำผลงานที่จะประเมิน เพื่อป้องกันความสับสน

3) พัฒนาแนวทางโดยประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองการจัดทำแนวทางตามหลักเกณฑ์เกณฑ์ที่กระทรวงฯ กำหนด เพื่อให้ผลงานออกมาในทิศทางเดียวกัน อย่างเป็นระบบและมีความถูกต้อง

3. ขั้นการตรวจสอบ (Check) หลังจากกำหนดแนวทางการขอรับการประเมิน เพื่อเลื่อนระดับชำนาญการ ทำการสะท้อนผลโดยการทบทวนหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติที่ได้

4. ขั้นการปรับปรุงแก้ไข (Act) และประเมินผลเข้าใจในหลักเกณฑ์และกระบวนการประเมินผลงานประเภทวิชาการ กับกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางการขอรับการประเมินเพื่อเลื่อนระดับชำนาญการโดยการตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังดำเนินการของโครงการ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย อธิบายกระบวนการขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัย

2. ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะการขอรับการประเมินเพื่อเลื่อนระดับชำนาญการ

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความเข้าใจการขอรับการประเมินเพื่อเลื่อนระดับชำนาญการ ของข้าราชการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งก่อนและหลังดำเนินการ

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังจากดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำข้อมูลที่ตรวจสอบแล้วมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญระดับ.05 ซึ่งมีรายละเอียดแยกตามลักษณะของข้อมูล โดย แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการขอรับการประเมินเพื่อเลื่อนระดับชำนาญการและข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติ พรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ และสถิติ paired samples T-test

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 8/2567 ลงวันที่ 30 มกราคม 2567 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการได้อ่านเอกสารชี้แจงการทำวิจัยก่อน ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อการรับบริการตามปกติที่จะได้รับบริการ ข้อมูลที่ตอบในแบบสอบถามจะถูกรักษาไว้เป็นความลับทุกขั้นตอนและจะอภิปรายผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลจะถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 เป็นเพศชายจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 52.14 รองลงมา มีสถานภาพโสด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 48.26 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 รองลงมา ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.14 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.71 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 68.57 รองลงมานักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.14 เป็นต้น แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศชาย		
ชาย	5	14.29
หญิง	30	85.71
2. สถานภาพ		
สมรส	20	57.14
โสด	15	42.86
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	35	100.00

ต่อตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
4. ตำแหน่ง		
พยาบาล	24	68.57
นักวิชาการสาธารณสุข	6	17.14
นักกายภาพ	1	2.86
นักเทคนิคการแพทย์	3	8.57
อื่น ๆ	1	2.86
5. สถานที่ปฏิบัติงาน		
รพ.สต.	2	5.71
รพช.	25	71.43
สสจ.	1	2.86
รพท.	6	17.14
อื่น ๆ	1	2.86

2. ความเข้าใจการประเมินผลงานวิชาการระดับชำนาญการของข้าราชการ ก่อนการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งประเมินผลงานวิชาการเพื่อขอเลื่อนระดับอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.53$ ,  $SD = 0.24$ ) ความเข้าใจเกี่ยวกับผลงานที่จะนำมาประเมินอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.66$ ,  $SD = 0.29$ ) ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบประเมินผลงานอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.52$ ,  $SD = 0.18$ ) ความเข้าใจเกี่ยวกับผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือความสำเร็จของงานอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.67$ ,  $SD = 0.23$ ) ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินผลงานอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.46$ ,  $SD = 0.26$ ) โดยข้อที่มีความเข้าใจต่ำที่สุด ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินผลงาน ( $\bar{X} = 1.46$ ,  $SD = 0.26$ )

หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความเข้าใจเพิ่มขึ้นในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ความเข้าใจการส่งประเมินผลงานวิชาการ ( $\bar{X} = 3.84$ ,  $SD = 0.74$ ) รองลงมา ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินผลงานขอเลื่อนระดับ ( $\bar{X} = 3.77$ ,  $SD = 0.78$ ) ความเข้าใจเกี่ยวกับผลงานที่จะนำมาประเมินเพื่อขอเลื่อนระดับ ( $\bar{X} = 3.70$ ,  $SD = 0.73$ ) ความเข้าใจเกี่ยวกับผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือความสำเร็จของงาน ( $\bar{X} = 3.65$ ,  $SD = 0.71$ ) ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบประเมินผลงานเพื่อขอเลื่อนระดับ ( $\bar{X} = 3.56$ ,  $SD = 0.82$ ) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ระดับความเข้าใจการประเมินผลงานวิชาการระดับชำนาญการของข้าราชการ

รายการในแต่ละด้านของความเข้าใจ ของผู้ประเมินผลงาน	ก่อนพัฒนา(n=35)			หลังพัฒนา(n=35)		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
<b>1. ด้านการส่งประเมินผลงานฯ</b>						
1) ท่านทราบเวลาที่ท่านต้องส่งเอกสารประเมิน เพื่อขอเลื่อนระดับ	1.60	0.65	ต่ำ	3.80	0.93	สูง
2) ท่านเข้าใจช่องทางตรวจสอบคุณสมบัติจะ ครบเลื่อนระดับวันไหน	1.45	0.50	ต่ำ	3.62	0.87	สูง
3) ท่านทราบหน่วยงานที่ท่านต้องส่งเอกสาร ประเมินขอเลื่อนระดับ	1.51	0.51	ต่ำ	3.94	0.72	สูง
4) ท่านทราบว่าต้องส่งเอกสารประเมินเพื่อขอ เลื่อนระดับที่ใคร	1.51	0.50	ต่ำ	3.88	0.75	สูง
5) ท่านทราบคุณสมบัติของผู้ที่จะเข้ารับการ ประเมินเพื่อเลื่อนระดับ	1.51	0.50	ต่ำ	3.91	0.74	สูง
6) ท่านทราบคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง ที่ท่านครองอยู่(Spec)	1.57	0.50	ต่ำ	3.85	0.69	สูง
7) ท่านทราบสิทธิประโยชน์ของการนับ เวลาเพื่อประโยชน์ในการเลื่อนระดับ	1.54	0.56	ต่ำ	3.91	0.81	สูง
<b>รวม</b>	1.53	0.24	ต่ำ	3.84	0.74	สูง
<b>2. ด้านผลงานที่จะนำมาประเมินฯ</b>						
1) ท่านทราบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับผลงานที่จะ นำมาประเมิน	1.74	.050	ต่ำ	3.71	0.75	สูง
2) ท่านทราบแนวทาง(องค์ประกอบ) ของการ เสนอผลงานวิชาการ	1.78	0.51	ต่ำ	3.65	0.76	สูง
3) ท่านทราบแนวทาง(องค์ประกอบ) ของ ข้อเสนอ	1.42	0.50	ต่ำ	3.71	0.78	สูง
4) ท่านเข้าใจหลักเกณฑ์ผลการประเมินของ คณะกรรมการประเมินผลงาน	1.76	0.44	ต่ำ	3.71	0.79	สูง
<b>รวม</b>	1.66	0.29	ต่ำ	3.70	0.73	สูง
<b>3. ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับแบบประเมินผลงานฯ</b>						
1) ท่านทราบแบบฟอร์มที่ท่านต้องส่งประเมิน เพื่อขอเลื่อนระดับ	1.62	0.49	ต่ำ	3.48	0.87	สูง
2) ท่านเข้าใจแบบฟอร์มการประเมินบุคคล และแบบฟอร์มการประเมินผลงาน	1.51	0.51	ต่ำ	3.51	0.82	สูง
3) ท่านทราบจำนวนเอกสารที่ต้องส่งเพื่อ ประเมินขอเลื่อนระดับ	1.48	0.56	ต่ำ	3.48	0.85	สูง
4) ท่านทราบว่าต้องส่งเอกสารประเมินผลงาน เพื่อเลื่อนระดับหลังจากประกาศชี้ตัวแล้ว 180 วัน	1.45	0.53	ต่ำ	3.68	0.96	สูง

## ต่อตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ระดับความเข้าใจการประเมินผลงานวิชาการระดับชำนาญการของข้าราชการ

รายการในแต่ละด้านของความเข้าใจ ของผู้ประเมินผลงาน	ก่อนพัฒนา(n=35)			หลังพัฒนา(n=35)		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
5) ท่านทราบการเขียนรายละเอียดประกอบ การขอประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับ	1.42	0.56	ต่ำ	3.51	0.88	สูง
6) ท่านทราบแบบแสดงรายละเอียด ประกอบการขอประเมินผลงานประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงาน	1.51	0.57	ต่ำ	3.60	0.88	สูง
7) ท่านทราบข้อมูลส่วนบุคคล มีองค์ประกอบ 11 หัวข้อ	1.48	0.52	ต่ำ	3.62	0.87	สูง
<b>รวม</b>	<b>1.50</b>	<b>0.18</b>	<b>ต่ำ</b>	<b>3.56</b>	<b>0.82</b>	<b>สูง</b>
<b>4.ด้านผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือ ความสำเร็จของงาน</b>						
1) ท่านทราบองค์ประกอบของผลงาน มี 11 หัวข้อ	1.80	0.83	ต่ำ	3.60	0.77	สูง
2) ท่านทราบชื่อเรื่องหรือผลงานที่นำเสนอใน เอกสารประเมินแล้วไม่สามารถเปลี่ยนแปลงชื่อ เรื่องได้	1.42	0.50	ต่ำ	3.60	0.91	สูง
3) ท่านทราบระยะเวลาที่เสนอผลงานหรือ ผลงานที่นำมาเสนอจะต้องทันสมัย และไม่ใช่ ผลงานที่ใช้ในการศึกษาต่อ และต้องเป็นผลงานที่ อยู่ระหว่างดำรงตำแหน่งอยู่ หรือต่ำกว่าตำแหน่งที่ ขอประเมิน 1 ระดับ และเป็นผลงานที่ไม่เกิน 5 ปี	1.94	0.33	ต่ำ	3.71	0.75	สูง
4) ท่านเข้าใจผลสำเร็จของงาน ต้องเป็นเชิง ปริมาณ/คุณภาพ	1.54	0.70	ต่ำ	3.68	0.72	สูง
<b>รวม</b>	<b>1.67</b>	<b>0.23</b>	<b>ต่ำ</b>	<b>3.65</b>	<b>0.71</b>	<b>สูง</b>
<b>5.ด้านการประเมินผลงานขอเลื่อนระดับ</b>						
1) ท่านทราบเมื่อท่านเลื่อนระดับชำนาญการ แล้วท่านได้เงินต่างจากระดับปฏิบัติการ	1.28	0.45	ต่ำ	3.83	0.92	สูง
2) ท่านทราบเมื่อท่านได้เลื่อนระดับชำนาญ การแล้วท่านได้รับเงินประจำตำแหน่ง 3,500 บาท (กรณีตำแหน่งที่มีเงินประจำตำแหน่ง)	1.46	0.53	ต่ำ	3.88	0.86	สูง
3) ท่านทราบระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ชำนาญการ 4 ปี สามารถประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ สูงขึ้นได้ กรณีตำแหน่งระดับควบ	1.45	0.50	ต่ำ	3.71	0.75	สูง
4) ท่านทราบเมื่อท่านเลื่อนระดับชำนาญการแล้ว ท่านจะได้รับสิทธิประโยชน์ในการขอเครื่องราชฯ	1.62	0.49	ต่ำ	3.62	0.80	สูง
5) ท่านทราบเมื่อท่านเลื่อนชำนาญการแล้ว เงินเดือนท่านมีฐานในการคำนวณการเลื่อนขั้น เงินเดือนแต่ละรอบต่างจากระดับปฏิบัติการ	1.45	0.50	ต่ำ	3.82	0.85	สูง
<b>รวม</b>	<b>1.46</b>	<b>0.26</b>	<b>ต่ำ</b>	<b>3.77</b>	<b>0.78</b>	<b>สูง</b>

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจการประเมินผลงานวิชาการ พบว่า หลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยความเข้าใจเกี่ยวกับ การส่งประเมินผลงานวิชาการ การประเมินผลงาน ผลงานที่จะนำมาประเมิน ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือความสำเร็จของงาน และแบบประเมินผลงานเพื่อขอเลื่อนระดับ มีค่าเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .00$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้าใจการประเมินผลงานวิชาการของข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการก่อนและหลังการพัฒนา (n=35)

การประเมิน (N=35)	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งประเมินผลงานวิชาการเพื่อขอเลื่อนระดับ	1.53	.24	3.84	0.74	-17.00	.000
ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับผลงานที่จะนำมาประเมินเพื่อขอเลื่อนระดับ	1.66	.29	3.70	0.73	-12.97	.000
ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับแบบประเมินผลงานเพื่อขอเลื่อนระดับ	1.50	.18	3.56	0.82	-13.18	.000
ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือความสำเร็จของงาน	1.67	.23	3.65	0.71	-15.82	.000
ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินผลงาน ขอเลื่อนระดับ	1.46	.26	3.77	0.78	-16.86	.000

4. ผลการพัฒนาแนวทางการประเมินผลงานวิชาการระดับชำนาญการของข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมบุคลากรภายในสังกัดเพื่อรับการประเมินโดยดำเนินการ ดังนี้

1) กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตรวจสอบรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่จะทำการประเมินทุกปี ๆ ละ 1 ครั้ง

2) จัดอบรมเรื่องหลักเกณฑ์/วิธีการ/เงื่อนไขการประเมินให้แก่บุคลากร เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินผลงานตามหนังสือ ที่ สธ.0208.08/ว1377 ลว. 24 มี.ค.2565 และช่องทางการส่งประเมิน คุณสมบัติ/สิทธิประโยชน์ผู้ที่ขอรับการประเมินความรู้ ความเข้าใจ หลักเกณฑ์ของผลงานที่ส่งประเมิน

3) กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ดำเนินการแจ้งรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติครบประเมินให้หน่วยงานในสังกัด ดำเนินการแจ้งผู้ที่มีคุณสมบัติครบประเมินรับทราบ

2. ดำเนินการพิจารณาตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กระทรวงกำหนด โดยระดับชำนาญการให้หน่วยงานพิจารณาจะใช้วิธีการ ย้าย โอน หรือการเลื่อน โดยไม่ต้องเสนอผู้มีอำนาจสั่งบรรจุ ตามมาตรา 57 ให้ความเห็นขอวิธีดำเนินการ

3. ดำเนินการแจ้งผู้ที่มีคุณสมบัติ/ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลส่งประเมินผลงานโดยกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย แจ้งผู้ที่มีคุณสมบัติครบประเมินให้หน่วยงานในสังกัด เพื่อให้แต่ละหน่วยงานดำเนินการแจ้งผู้ที่มีคุณสมบัติครบประเมิน ส่งผลงานภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

4. ประเมินผลงาน โดยคณะกรรมการประเมินผลงานที่ อภพ.สป. แต่งตั้ง กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รับเอกสารและตรวจสอบ ส่งให้คณะกรรมการประเมินผลงานที่ อภพ.สป. แต่งตั้งพิจารณาผลงานตามหลักเกณฑ์ที่ อภพ.สป. และกรรมการกำหนด กรณีผลการพิจารณาผ่านการประเมิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง กรณีปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่ไม่เป็นสาระสำคัญสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย แจ้งส่วนราชการต้นสังกัดให้ผู้ขอประเมินแก้ไขผลงานตามมติคณะกรรมการแก้ไขภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์

กรณีปรับปรุงแก้ไขในส่วนสาระสำคัญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย แจ้งส่วนราชการต้นสังกัดให้ผู้ขอประเมินแก้ไขผลงานตามมติคณะกรรมการ ให้แก้ไขภายในระยะเวลา 6 เดือน ส่งให้คณะกรรมการประเมินผลงานที่ อภพ.สป. แต่งตั้งพิจารณาผลงาน เมื่อผ่านการประเมิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง กรณีไม่ผ่านการประเมิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย แจ้งส่วนราชการต้นสังกัดให้ผู้ขอประเมินทราบและเสนอขอรับการประเมินบุคคลและส่งผลงานเรื่องใหม่

5. จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จัดทำคำสั่งแต่งตั้งเสนอต่อผู้มีอำนาจสั่งบรรจุ ตามมาตรา 57 เพื่อพิจารณาแต่งตั้งเป็นลำดับต่อไป

## วิจารณ์

จากการพัฒนาแนวทางการประเมินผลงานวิชาการระดับชำนาญการของข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยการทำความเข้าใจในแนวทางการประเมินฯ กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกระบวนการที่ต้องทำตามระเบียบการ ที่ยังคงความสอดคล้องกับการประเมินบุคคลที่ทำให้มีความรวดเร็วและเกิดประสิทธิภาพ โดยการประเมินผลงานให้กระทำต่อเมื่อข้าราชการพลเรือนสามัญผู้นั้นได้ผ่านการประเมินบุคคลแล้ว โดยลักษณะของผลงานที่เสนอต้องมีความสอดคล้องกับลักษณะหน้าที่ความรับผิดชอบและคุณภาพของงาน ในแต่ละระดับตามที่กำหนดไว้ในกฎ ก.พ. ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจัดประเภทตำแหน่งและระดับตำแหน่ง ที่ ก.พ. กำหนด จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลงานระดับเชี่ยวชาญไว้ โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง ผลงานวิชาการที่ใช้ประกอบการขอตำแหน่งที่สูงขึ้น คำนิยามความหมายของผลงานวิชาการแต่ละ ประเภท องค์ประกอบ หรือรูปแบบของผลงานวิชาการ ขั้นตอนหรือหลักเกณฑ์การเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ลักษณะการเผยแพร่ผลงานวิชาการแต่ละประเภท หลักเกณฑ์การมีส่วนร่วมในผลงานวิชาการ เกณฑ์ผ่าน การประเมินคุณภาพของผลงานวิชาการ ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการขอตำแหน่งที่สูงขึ้น ไม่ทราบว่าต้องเตรียมตัวอย่างไร ต้องเริ่มจากการทำอะไรก่อน-หลัง และการพัฒนาแนวทางฯ ดังกล่าว ได้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในวิธีการมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกรุณา คุ่มพร้อม (2563)<sup>(6)</sup> ที่พบว่า การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดทำผลงานทางวิชาการให้กับบุคลากรสายสนับสนุน เปิดโอกาสให้บุคลากรสายสนับสนุนเข้าร่วมฟังบรรยายการทำวิจัย สถาบันที่คณะฯ จัด รวมทั้งคณะฯ จัดให้มีเงินงบประมาณสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรไปพัฒนาศักยภาพตนเองและผลการพัฒนาฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในหลักการประเมินผลงานฯ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจการประเมินผลงานวิชาการของข้าราชการ ตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เนื่องจากผู้วิจัยเปิดเวทีให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับกลุ่ม

และการจัดให้ความรู้ในรายประเด็นทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามเรียนรู้เชิงลึกและทำความเข้าใจในแต่ละประเด็น ทำให้สามารถเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร พลโคกก่อ<sup>(7)</sup> ที่พบว่า การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการให้ความรู้และสร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ระดับความเข้าใจและระดับการปฏิบัติหลังดำเนินการเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และการศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการจากการบรรยายด้วยสื่อ การสาธิต และร่วมกันอภิปรายกลุ่ม

จากการพัฒนาแนวทางโดยใช้เทคนิคประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับไปในแนวทางเดียวกันซึ่งเป็นวิธีการกระตุ้นที่ดี ที่จะทำให้เกิดการวิเคราะห์ปัญหาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และหาวิธีการแก้ปัญหาโดยกำหนดกิจกรรมและแนวทางในแต่ละประเด็นร่วมกัน แล้วนำมาสรุปเป็นแนวทางเพื่อนำไปใช้ ผู้วิจัยสะท้อนผลทำให้กลุ่มได้ทบทวนความถูกต้องส่งผลให้เกิดการรับรู้และเข้าใจแนวทางที่ได้จากการพัฒนามากขึ้น การประเมินที่จากผลงานและตัวชี้วัดรายบุคคลที่ถูกถ่ายทอดตัวชี้วัดเป้าหมายขององค์กร ภายใต้ฐานคิดการประเมินระบบเดียวและเน้นพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรเป็นระบบที่มีคุณภาพ<sup>(1)</sup> ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของวิภาวี เสมวงศ์ และคณะ<sup>(9)</sup> ทำการศึกษาเพื่อพัฒนากระบวนการประเมินผลงานวิชาการของข้าราชการกรมอนามัยในสายงานวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการและระดับชำนาญการพิเศษ พบว่า เมื่อที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันเสนอแนะร่วมกันปรับปรุงกระบวนการและร่วมกันพัฒนาทำให้เกิดกระบวนการใหม่ที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ สามารถลดระยะเวลาในกระบวนการประเมินผลงานวิชาการได้ จากขั้นตอนที่มีมากจนทำให้ใช้เวลามากในการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น มีระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการมากส่งผลต่อผู้รับประเมิน การเบิกจ่ายงบประมาณหมวดบุคลากร และการบริหารอัตราตำแหน่งว่าง สามารถพัฒนากระบวนการประเมินผลงานวิชาการของข้าราชการกรมอนามัยในสายงานวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการและระดับชำนาญการพิเศษ (กระบวนการใหม่ ของกลุ่มสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง) ซึ่งเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง ใช้เวลาประมาณ 14 วันทำการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการปรับแก้ของเจ้าของผลงานวิชาการจากผลการศึกษา ผู้บริหารควรพิจารณาปรับใช้กระบวนการประเมินผลงานวิชาการใหม่ ซึ่งทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ลดความผิดพลาดและตรวจสอบข้อมูลความก้าวหน้าของแต่ละขั้นตอน

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดเวทีการสร้างความรู้ความเข้าใจและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการขอประเมินผลงานวิชาการให้กับข้าราชการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มความเข้าใจในกระบวนการ วิธีการและหลักปฏิบัติ
2. ควรทำการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาแนวทางสำหรับข้าราชการประเภทอื่นของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
3. ควรจัดทำโปรแกรมกำกับติดตาม การประเมินผลงานวิชาการ ที่ผู้ได้รับคัดเลือกแต่งตั้งเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น สามารถตรวจสอบข้อมูลความก้าวหน้าทางเว็บไซต์ของหน่วยงานได้
4. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขทุกคน ได้ตรวจสอบข้อมูลและทราบถึงระยะเวลาที่จะส่งผลงาน เพื่อประเมินความก้าวหน้าของตนเองได้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่เสียสละเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ความร่วมมือในการให้ ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง ส่งผลต่อการนำข้อมูลไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพงาน บริหารทรัพยากรบุคคลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. งามอาจ นัยพัฒน์, นิภา ศรีไพโรจน์, ดวงใจ สีเขียว, นพวรรณ ศรีเกต. การพัฒนาระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) โดยใช้ตัวชี้วัด สำคัญรายบุคคล. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2558; 7(14): 182-197.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกรมอนามัยเรื่อง การกำหนดกรอบเส้นทางส่งเสริม ประสบการณ์และผลงาน (Career Chart) ในการเข้าสู่ตำแหน่งประเภทอำนวยการ และวิชาการ. นนทบุรี, 2560.
3. กระทรวงสาธารณสุข.หนังสือประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สธ. 0208.10/ ว123 ลงวันที่ 11 มกราคม 2565.
4. ฉลอง สุขทอง, ศิริทิพย์ ไตรเกษม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการของอาจารย์ ในมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์. วารสารวิทยาการจัดการ 2561; 2(2): 57-67.
5. ธีรภักดิ์ แสงกล้า. แนวทางการบริหารจัดการเบื้องต้นเพื่อการประเมินผลงานวิชาการ ตำแหน่ง นายแพทย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2559; 30(1): 1-5.
6. กรุณา คุ่มพร้อม. ความพร้อมในการผลิตผลงานวิชาการเพื่อขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น ของพนักงาน มหาวิทยาลัยสายสนับสนุน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึง เมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก [https://ns.mahidol.ac.th/division/nshr/doc/download/HR1/support/ex/%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%93%E0%B8%B2\\_%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%B0%E0%B8%AB%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%9924%E0%B8%81%E0%B8%8463\\_Final.pdf](https://ns.mahidol.ac.th/division/nshr/doc/download/HR1/support/ex/%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%93%E0%B8%B2_%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%B0%E0%B8%AB%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%9924%E0%B8%81%E0%B8%8463_Final.pdf)
7. สมปอง พลโคกก่อง. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคลสำหรับบุคลากรที่ ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด กาฬสินธุ์. วารสารอนามัย สิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2563; 5(3): 105-110.
8. วิภาวี เสมวงศ์, อุษณีย์ อาษายุทธ์, พัทธราภรณ์ คงไพบูลย์. การพัฒนากระบวนการประเมินผลงาน วิชาการของข้าราชการกรมอนามัยในสายงานวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการและระดับชำนาญ การพิเศษ. กรมอนามัย; 2652.

การพัฒนาแบบการดำเนินงานการสร้างเขตพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า  
ในพื้นที่ท่องเที่ยวระหว่างชายแดนจังหวัดหนองคาย กับเมืองไซเสดถา นครหลวงเวียงจันทน์  
(สปป.ลาว)

The development of an operational model for creating a rabies-free zone in the tourist area between the border of Nong Khai Province and Saysettha District, Vientiane Capital (Laos PDR).

ธวัชชัย เหลืองศิริ ส.บ.

Tawatchai Luangsiri, (B.P.H.)

สุรัชชัย กิจติกาล ส.ม.

Surachai Kittikan, (M.P.H.)

ทภณ เตียวศิริชัยสกุล ส.บ.

Thapon Tiawsirichaisakul, (B.P.H.)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Nong Khai Provincial Health Office.

อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

Muang District, Nong Khai Provincial.

(Received: 30 October 2023, Revised 20 March 2024, Accepted: 28 March 2024)

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research) โดยการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Micro Implementations) เพื่อเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนท่องเที่ยวในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย และขยายผลไปใช้ในเมืองชายแดนของประเทศเพื่อนบ้าน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบ แนวคิด รูปแบบฯ 2) การพัฒนารูปแบบฯ โดยการปรึกษาหารือเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติในพื้นที่ 3) การนำไปปฏิบัติตามแนวทาง (Deliverer Implementation) โดยการสร้างพื้นที่เขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ชุมชนท่องเที่ยว ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย 4) ขยายผลโดยการนำไปปรับใช้กับเมืองไซเสดถา นครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสำรวจสัตว์เลี้ยง แบบสัมภาษณ์แบบสังเกต และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาเพื่อสร้างพื้นที่เขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนท่องเที่ยว ของเทศบาลเมืองหนองคาย ได้มาจากการแลกเปลี่ยนมุมมอง เพื่อระดมสมองกับผู้นำองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในการหาแนวทางปฏิบัติที่จะใช้เป็นมาตรฐาน ภายใต้พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 รวมทั้งบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยการรณรงค์การฉีดวัคซีนให้กับสัตว์เลี้ยงเป็นประจำทุกปี และบรรจุเป็นแผนพัฒนาฯ 5 ปี เพื่อสร้างความต่อเนื่อง จากนั้นนำรูปแบบฯ ไปปรับใช้กับเขตเมืองไซเสดถา นครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) พบว่า การดำเนินงานเชิงรุกในการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มีข้อจำกัดในด้านงบประมาณสนับสนุน ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลสัตว์เลี้ยง ทำให้ยากต่อการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง และประชาชนในพื้นที่ไม่มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคฯ ขณะเดียวกันก็ยังไม่มีการขับเคลื่อนและบังคับใช้ในทางกฎหมายอย่างเป็นทางการ

**คำสำคัญ :** การพัฒนารูปแบบ, เขตพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า, พื้นที่ท่องเที่ยวระหว่างชายแดน

**ติดต่อผู้พิมพ์ :** ธวัชชัย เหลืองศิริ **อีเมล :** [CDCNk01@gmail.com](mailto:CDCNk01@gmail.com)

## Abstract

This study is mixed methods research for translating policy into practice to provide a framework for creating rabies-free zones in the areas of 5 communities in Nong Khai Municipality and extending the results to use in border cities of neighboring countries, consisting of 4 steps: 1) reviewing related literature to determine the framework, concept, model; 2) Developing the model through consultation to create guidelines in the area; 3) Implementing the guidelines by creating rabies-free zones in tourist community areas in the Nong Khai Municipality. 4) Expand the results by applying them to the city of Sai Settha Vientiane Capital Lao People's Democratic Republic (Lao PDR). The tools used in the study were a pet survey, an interview form, an observation form, and the data were analyzed using basic statistics such as frequency values, percentages, and content analysis.

The results found that development to create rabies-free zones in tourist communities of Nong Khai Municipality. It comes from exchanging perspectives to brainstorm with relevant organization leaders in finding practices. That will be used as standards Under the Rabies 2535 including integrating work with network partners in the area and Campaigning to vaccinate pets annually, included in the 5-year development plan to create continuity. Then, apply the model to the Saisedtha city area. Vientiane Capital Lao People's Democratic Republic (Lao PDR) proactive operations in controlling and preventing rabies. There are limitations in terms of budget support founded that No pet data is stored and makes it difficult to analyze risk areas. The people in the area do not participate in disease prevention the same time, there has not been any concrete legal movement and enforcement.

**Keywords :** Health Development Model, Rabies-free area in Tourism community, Rabies Free Area, Border Cross Tourism Area.

**Corresponding author :** Tawatchai Luangsiri **E-mail :** [CDCNk01@gmail.com](mailto:CDCNk01@gmail.com)

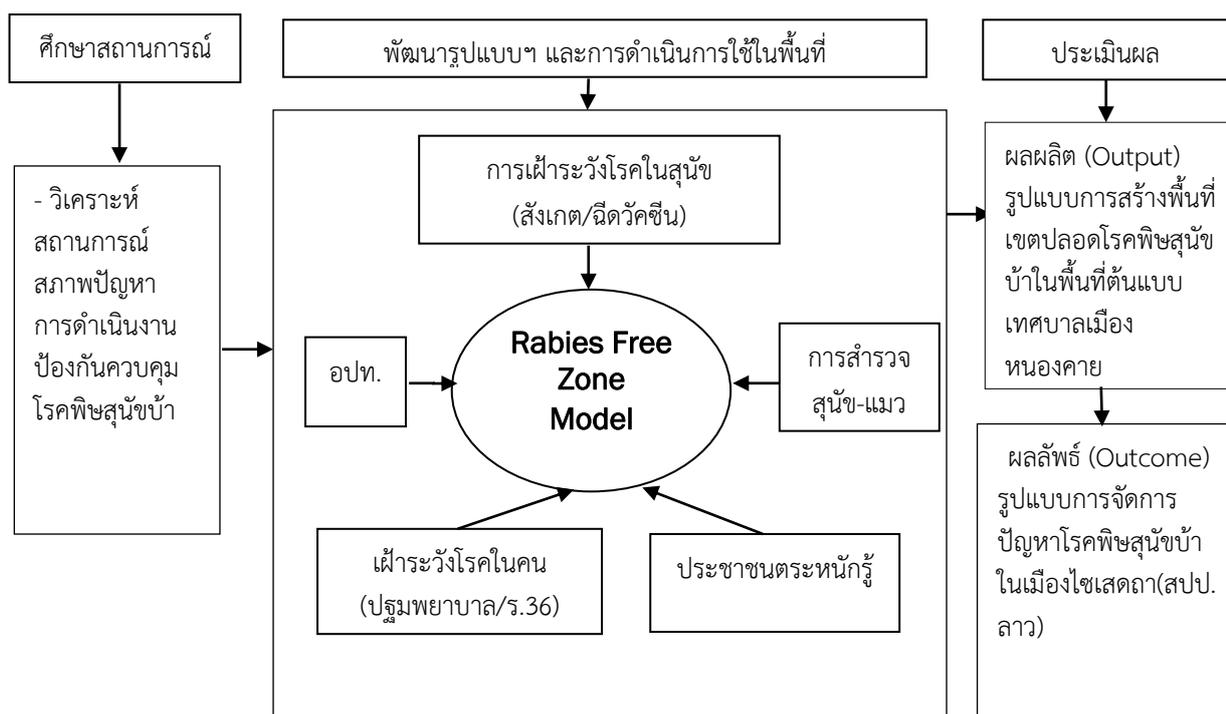
## บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากสัตว์สู่คน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้คน ปัจจุบันโรคพิษสุนัขบ้ายังคงมีการแพร่ระบาดและพบได้ใน 150 ประเทศทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า มีประชากรทั่วโลกได้เสียชีวิตปีละ 59,000 ราย<sup>(1)</sup> โดยผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อและเมื่อโรคได้แสดงอาการแล้วจะเสียชีวิตทุกราย อย่างไรก็ตามโรคนี้อาจป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ทันทีก่อนที่สัตว์ประเภทสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น สุนัข แมว กัด ข่วน หรือเลีย ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) ได้กำหนดเป้าหมายการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากโลกนี้ภายในปี 2573<sup>(2)</sup> และประเทศไทยเป็นหนึ่งในสมาชิกขององค์การอนามัยโลก จึงต้องดำเนินการตามนโยบายของกรมควบคุมโรคและกรมปศุสัตว์ โดยมีการขับเคลื่อนการสร้างพื้นที่เขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies Free Zone) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 โดยการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน ที่ยึดหลักดำเนินการตามโครงการ “สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า” เพื่อให้เป็นไปตามพระปณิธานของ ดร.สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ซึ่งมีเป้าหมายหลักคือ

การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้านี้ให้หมดไปจากประเทศไทย ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และในช่วงนี้เป็นระยะที่สองของโครงการฯ (ระหว่างปี 2564-2568) ภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” หรือ “One World One Health” อันเป็นเป้าประสงค์ที่สำคัญที่จะทำให้ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า

จังหวัดหนองคายเป็นจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ที่มีพื้นที่ติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งมีแม่น้ำโขงเป็นเส้นแบ่งเขตแดน และมีทางผ่านเข้า-ออกระหว่างประเทศในที่สำคัญอยู่หลาย ๆ จุด ในการทำการค้าขายกับประเทศเพื่อนบ้าน ภายในตัวจังหวัดหนองคายเองมีสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญหลายแห่ง และมีเทศกาลที่มีชาวไทยและชาวต่างชาตินิยมมาเยี่ยมเยือนตลอดทั้งปี<sup>(3)</sup> จึงทำให้จังหวัดหนองคายกลายเป็นเมืองหน้าด่านที่สำคัญของประเทศ และจากการเดินทางเข้าออกประเทศทั้งคนไทยเองและชาวต่างชาติ ส่งผลให้พื้นที่ของจังหวัดหนองคาย กลายเป็นพื้นที่ที่มีเสี่ยงต่อการเกิดและมีการแพร่ระบาดของโรคอยู่หลาย ๆ โรค ดังนั้นจังหวัดหนองคายจึงได้ลงนามในบทบันทึกข้อตกลงความร่วมมือด้านสาธารณสุขชายแดนกับนครหลวงเวียงจันทน์ เมื่อ 28 มิถุนายน 2559 ในบันทึกข้อ 3 ที่ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนร่วมกัน โดยได้บรรจุภารกิจให้ทั้งสองฝ่ายต้องมีการรายงานเฝ้าระวังโรคกรณีโรคพิษสุนัขบ้าอย่างเร่งด่วนด้วย

ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีแนวคิดที่จะทำให้ชุมชนท่องเที่ยวภายในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย กลายเป็นเขตปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้อ้างอิงรูปแบบ (Model) ของกรมควบคุมโรค เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาค (Micro Implementations)<sup>(4)</sup> จึงนำเอากระบวนการของกรมควบคุมโรคไปปฏิบัติในการเฝ้าระวังโรคในชุมชนท่องเที่ยว ทั้งนี้ เพื่อนำผลที่ได้ไปขยายผลแล้วนำไปเป็นต้นแบบของพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า จากนั้นนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ของเมืองไชเสดถา นครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และดำเนินการแบบเมืองคู่ขนาน เพื่อที่จะทำให้พื้นที่ทั้งสองเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป จากที่มาและความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการนำรูปแบบการสร้างพื้นที่เขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งใช้รูปแบบในโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ในจังหวัดหนองคาย โดยใช้พื้นที่ของเทศบาลเมืองหนองคาย เป็นรูปแบบในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในท้องถิ่น จากนั้นนำไปปรับใช้กับพื้นที่เมืองไชเสดถา นครหลวงเวียงจันทน์ เพื่อเกิดการดำเนินการให้เป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในทั้งสองพื้นที่ อันส่งผลต่อกระบวนการควบคุมโรคระหว่างประเทศต่อไป โดยการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ใช้เป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้านในชุมชนท่องเที่ยวในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย และขยายผลไปใช้ในเมืองชายแดนของประเทศเพื่อนบ้าน ภายใต้กรอบแนวคิดของการศึกษา ซึ่งแสดงตามภาพ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Mixed Methods Approach : Qualitative and Quantitative Research Design) ในรูปแบบนำ-แบบรอง (Dominant-less dominant design) ทำการศึกษาในพื้นที่ของอำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย โดยเลือกพื้นที่ทำการศึกษากับชุมชนที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญ ๆ 5 แห่ง คือ 1) ชุมชนหายโศก 2) ชุมชนศรีบุญเรือง-โพธิ์ชัย 3) ชุมชนศรีคุณเมือง-ลำดวน 4) ชุมชนศรีสะเกษ-ศรีเมือง-ท่าเสด็จ 5) ชุมชนศรีชมชื่น และเจาะจงเลือกเมืองไซเสดถา นครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) มาเป็นเมืองคู่ดำเนินการ ทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 16 สัปดาห์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) คือเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน

กลุ่มที่ 1 ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 2) หัวหน้างาน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 3) กองวิชาการและแผนงาน 4) อาสาสมัครสาธารณสุข

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในหอการสาธารณสุขเมืองไซเสดถา กำแพงนครหลวงเวียงจันทน์ ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหอการสาธารณสุขเมืองไซเสดถา 2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (หมาว้อ)

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เลี้ยง 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

3) เต็มใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกคือ ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน หรือไม่มีภาระหน้าที่หรือบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ส่วนที่ 2 สัตว์เลี้ยงที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนท่องเที่ยวของจังหวัดหนองคาย ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด ดังนี้ 1) เป็นสุนัขและแมว 2) เป็นสัตว์เลี้ยงที่มีเจ้าของหรือจรจัด 3) สัตว์เลี้ยงอาศัยอยู่ใน 5 ชุมชนท่องเที่ยวภายในอำเภอเมืองหนองคาย

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวน 5 ข้อ และแบบสำรวจสัตว์เลี้ยง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะสำคัญของสัตว์ (สี/ตำหนิ/รูปพรรณ) ที่อยู่ ประวัติการได้รับวัคซีน สถานะสุนัข/แมว (จรจัด/มีเจ้าของ)

2. แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

กลุ่มผู้บริหาร โดยกำหนดประเด็นคำถามที่สำคัญ ดังนี้ 1) โครงการฯ ที่ได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติมีความสำคัญและตรงตามเป้าหมายของหน่วยงาน 2) การปฏิบัติงานของหน่วยงานตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมายของโครงการหรือไม่ อย่างไร 3) การมีส่วนร่วมในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกในการออกแบบหรือกำหนดวิธีปฏิบัติงาน 4) การจัดสรรงบประมาณ บุคลากร ทรัพยากรวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง 5) ข้อเสนอแนะต่อการนำโครงการฯ 6) โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า มีส่วนผลักดันให้การดำเนินงานสำเร็จหรือไม่

กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน มีประเด็นคำถามที่สำคัญ ดังนี้ 1) มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าหรือไม่ 2) แนวทางส่งเสริมหรือแรงจูงใจที่เป็นปัจจัยสำคัญผลักดันให้บุคลากรระดับผู้ปฏิบัติงาน 3) ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้อง

3. แบบสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) โดยกำหนดประเด็นในการสังเกต ดังนี้ 1) ความสนใจที่จะตอบคำถาม 2) การตั้งใจฟังขณะที่มีการบรรยาย และ 3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษาแนวทางของคำถามจากแบบทดสอบของวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวความคิดในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำมาประยุกต์ให้เข้ากับคำถามงานวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งจำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบหลักสำคัญ 2 ประการ คือ ความถูกต้อง (Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าความตรงของเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ 0.85 และนำมาปรับปรุงเนื้อหาของเครื่องมือให้สมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

### ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ขั้นที่ 1 การเตรียมพื้นที่ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ที่มาและรูปแบบการดำเนินการกลุ่มเป้าหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษา

ขั้นที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ โดยการนำกิจกรรม/โครงการที่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคฯ การระดมแนวคิด วิธีการแนวทางเข้าสู่การปฏิบัติตามแนวทาง/แผนงานที่กำหนดไว้ เช่น มีสื่อกลางการประสานงานระดมทรัพยากรต่าง ๆ รวมทั้งงบประมาณวัคซีนในคนและสัตว์ การบูรณาการทีมเฉพาะกิจในการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ โดยนำรูปแบบหรือแนวทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเทศบาลเมืองหนองคาย มาศึกษาและเปรียบเทียบข้อดี-ข้อด้อย กับการดำเนินการเพื่อควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่นสาธารณสุขเมืองไซเสดถา กำแพงนครหลวงเวียงจันทร์ วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินการ

ขั้นที่ 4 การประเมินผลหรือผลลัพธ์ที่ได้รับ พบว่า การดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ของเทศบาลเมืองหนองคาย ได้ดำเนินการตามแผนงานโครงการที่กำหนดไว้อย่างเข้มแข็งต่อเนื่อง รวมทั้งสถานการณ์ปกติที่ไม่มีการระบาดของโรค ในขณะที่ในท้องถิ่นสาธารณสุขเมืองไซเสดถากำแพงนครหลวงเวียงจันทร์ สามารถนำไปดำเนินการได้เพียงบางส่วนเนื่องจากการมีข้อจำกัด

#### การเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล

โดยการสัมภาษณ์กับแบบกลุ่มโดยจะใช้เวลา 45 นาที – 1 ชั่วโมง และกรณีสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลา 30-45 นาที พร้อมกับมีการบันทึกเทประหว่างการสนทนา และจากแบบบันทึกสังเกต จากความสนใจที่จะตอบคำถาม ตั้งใจฟังขณะที่มีการบรรยาย/สนทนา และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจากการสังเกตมาบรรยาย (descriptive) เพื่อนำมาวิเคราะห์ให้ได้รูปแบบ กระบวนการ และขั้นตอนการพัฒนา รวมทั้งปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินงาน โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามหนังสืออนุมัติเลขที่รับรอง COA No.NKPH82/2565 ลงวันที่ 16 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

#### ผลการศึกษา

##### 1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 26.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.5 ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 48.9 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15,000-30,000 บาท ร้อยละ 47.8

2) กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในท้องถิ่นสาธารณสุขเมืองไซเสดถากำแพงนครหลวงเวียงจันทร์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.6 อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปีมากที่สุดร้อยละ 33.7 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 85.5 ระดับการศึกษา อนุปริญญาขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 37.9 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 35.8 แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง	เทศบาลเมืองหนองคาย		ท้องถิ่นสาธารณสุขเมืองไซเสดถากำแพงนครหลวงเวียงจันทร์	
	จังหวัดหนองคาย		จังหวัดหนองคาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มผู้บริหาร	5	17	7	23
กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน	25	83	23	77

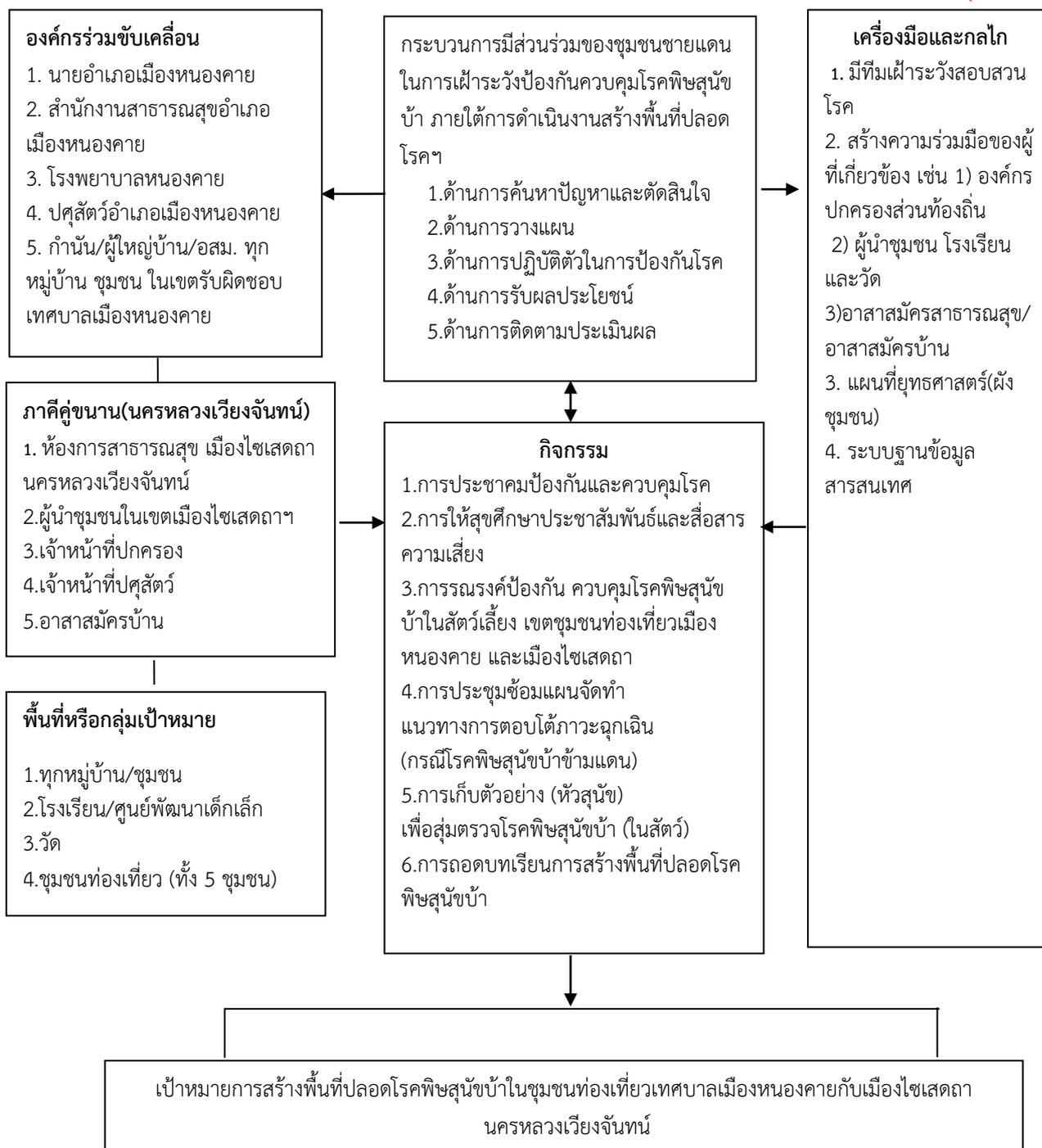
2. สัตว์เลี้ยงประเภทสุนัข/แมว สํารวจเพศ อายุ ลักษณะสำคัญของสัตว์ (สี/ตำหนิ/รูปพรรณ) ที่อยู่ ประวัติการได้รับวัคซีน สถานะสุนัข/แมว (จรจัด/มีเจ้าของ) ผลการสำรวจสัตว์เลี้ยง โดยการดำเนินการ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข/ปศุสัตว์ ร่วมกันค้นหาและสำรวจประชากรสุนัข, แมว จากนั้นดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันในสัตว์ มีการรณรงค์ให้สุกศึกษาประชาสัมพันธ์ทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อทราบความสำคัญของการป้องกันควบคุมโรค ผ่านหอกระจายข่าว เสียงตามสาย สื่อโซเชียลมีเดีย การออกเยี่ยมบ้านแบบเคาะประตูบ้าน ฯลฯ ซึ่งพบว่าในชุมชนทั้ง 5 ในเทศบาลเมืองหนองคาย มีประชากร 7,765 คน การสำรวจสัตว์เลี้ยง มีจำนวนสุนัข 295 ตัว เป็นสุนัขจรจัด 14 ตัว ร้อยละ 4.74 แมว 184 ตัว ไม่มีเจ้าของ 38 ตัว ร้อยละ 20.65 เทศบาลเมืองหนองคาย ได้ดำเนินการฉีดวัคซีนแก่สัตว์เลี้ยงรวมทั้งสิ้น 265 ตัว (ร้อยละ 55.3) ซึ่งยังน้อยกว่าความครอบคลุมที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือ ร้อยละ 80 แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนสุนัขและแมว ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในชุมชนเทศบาลเมืองหนองคาย (ข้อมูล ณ วันที่ 16 เมษายน 2566)

ชุมชน	สุนัข				แมว			
	เพศผู้ (ตัว)	เพศเมีย (ตัว)	จรจัด (ตัว)	ฉีดวัคซีน (ตัว)	เพศผู้ (ตัว)	เพศเมีย (ตัว)	จรจัด (ตัว)	ฉีดวัคซีน (ตัว)
ศรีบุญเรือง-โพธิ์ชัย	25	15	0	25	4	12	0	8
ศรีคุณเมือง-ลำดวน	43	27	4	65	25	31	5	19
ศรีสะเกษ-ศรีเมือง-ท่าเสาดีจ	25	20	0	40	3	8	0	7
ศรีชมชื่น	39	19	0	38	5	5	7	4
หายโศก	40	28	10	39	21	35	26	20
	172	109	14		58	91	38	
รวม		295		207		184		58

ที่มา : สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดหนองคาย

3. การพัฒนารูปแบบฯ การดำเนินงานและการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้เป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่ชุมชนท่องเที่ยวทั้ง 5 ชุมชน โดยดำเนินการในรูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า “สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า” ผนวกกับการปรับใช้เพื่อการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ชุมชนท่องเที่ยวทั้ง 5 ชุมชน แสดงตามแผนภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ชายแดน

4. การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาได้นำดำเนินการเพื่อสร้างพื้นที่เขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่นาร่องของพื้นที่ท่องเที่ยวเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย จึงพบว่า มีผลของการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพอย่างมาก ถึงแม้จะพบปัญหาในด้านสมรรถนะขององค์กรผู้รับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองหนองคาย แต่มีการจัดการแก้ไขปัญหาให้สามารถดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ รวมถึงการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง และมีการทำงานเชิงรุกในการเข้าถึงปัญหา

จากการดำเนินการพบปัญหาอุปสรรคที่พบจากกระบวนการนำโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ไปใช้ในพื้นที่ชุมชนท่องเที่ยวของเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย พบปัญหา 3 ประเด็น ดังนี้

1) ขาดอัตรากำลังบุคลากรในการปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายสัตวแพทย์ หรือนายสัตวบาล ซึ่งเป็นหน้าที่ภารกิจหลักของตำแหน่งนี้ในการดำเนินงานตามความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลรักษาการระบาดของโรค แต่แก้ปัญหาโดยได้มีการให้เจ้าหน้าที่ในกองสาธารณสุขมารับผิดชอบโครงการแทน และมีการทดแทนเจ้าหน้าที่ในตำแหน่งนี้ดังกล่าวจากสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดหนองคาย หรือปศุสัตว์อำเภอเมืองหนองคาย

2) ด้านงบประมาณ พบปัญหาในการจัดสรร หรือจัดการด้านเบี้ยเลี้ยงการปฏิบัติงานของบุคลากรชั้นผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นปัญหาเพียงเล็กน้อยหรืออาจเกี่ยวเนื่องกับอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดของผู้ปฏิบัติงานระดับนี้ ก็อาจเป็นไปได้ หากพิจารณาในแง่ของเพื่อการเป็นขวัญกำลังใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เห็นว่ามีความเหมาะสมที่จะเพิ่มค่าตอบแทนในส่วนนี้ ซึ่งต้องอ้างอิงการเบิกจ่ายให้เป็นตามระเบียบการของทางราชการด้วย ส่วนงบประมาณด้านการดำเนินการโครงการนั้น มีจำนวนพอเพียงที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพได้

3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้รวมทั้งปัจจัยด้านวิชาการหรือเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง พบว่าเจ้าหน้าที่ยังขาดอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการทำงาน เนื่องจากการปฏิบัติงานร่วมกับสัตว์อาจเกิดอันตรายจนเป็นเหตุให้เกิดการบาดเจ็บได้

#### 5. การปรับใช้รูปแบบฯ กับการเมืองไฮเซตถา นครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว

1) ผลการดำเนินการ พบว่าการดำเนินงานเพื่อควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในแผนกสาธารณสุขเมืองไฮเซตถา นครหลวงเวียงจันทน์ มีเงื่อนไขและข้อจำกัดหลายประการ โดยทั้งนี้เมื่อพิจารณาและวิเคราะห์ร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุข พบปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ดังนี้

- งบประมาณดำเนินการเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคฯ มีจำนวนน้อย ไม่สม่าเสมอ เป็นเหตุให้ไม่มีการดำเนินงานเชิงรุก

- การปฏิบัติงานเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นไปในเชิงรับ ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่มีผังการดำเนินงาน/ประสานงาน หรือกระบวนการที่ชัดเจน

- ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น เพื่อเป็นสถิติในการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง พิจารณาดำเนินการของงบประมาณ หรือการจัดการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

- ไม่มีแนวทางวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่รับผิดชอบ และไม่มีการประสานงานการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ากับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

- ไม่มีการดำเนินการเชิงรุกในชุมชนเพื่อการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า เช่น ให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ การจัดรณรงค์ออกหน่วย ฯลฯ

- ภาครัฐ และประชาชนในพื้นที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันโรคฯ รวมทั้งไม่มีการขับเคลื่อนและบังคับใช้กฎหมาย เพื่อการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

2) ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่ได้จากการปรับใช้รูปแบบฯ พบเป็นประเด็น ดังนี้

- รูปแบบหรือแนวทางเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้ผลดีและสามารถนำมาปรับใช้ในเมืองไฮเซตถา นครหลวงเวียงจันทน์ ควรมีลักษณะดังนี้

- งบประมาณเพื่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ของแผนกสาธารณสุขเมืองไฮเซตถา นครหลวงเวียงจันทน์ ควรแยกเป็นงบเฉพาะโรคนี้ ได้รับอย่างเพียงพอ และสม่าเสมอตลอดทั้งปี

- การจัดเก็บข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หรือเข้ามาใช้บริการเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ในแผนกสาธารณสุข ควรแยกการบันทึกไว้ในเอกสารเฉพาะหรือมีแอปพลิเคชันที่รองรับข้อมูลสามารถเรียกดู หรือนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการดำเนินงานได้
- โรคพิษสุนัขบ้า (โรคหมาว้อ) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากสัตว์ที่มีอันตรายร้ายแรงถึงแก่ชีวิตภาครัฐควรส่งเสริมให้ภาคเอกชนหรือประชาชนร่วมรับทราบและมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อควบคุมป้องกันโรคฯ
- หากเป็นไปได้แผนกสาธารณสุข เมืองไซเสดถา นครหลวงควรมีการออกณรงค์หรือดำเนินงานแบบเชิงรุกที่มีความเข้มแข็งและจริงจัง เพื่อการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
- การรองรับชุมชนที่มีการขยายตัวออกไปในอนาคต รัฐบาลหรือผู้มีอำนาจควรรอออกกฎหมายหรือข้อบังคับ เพื่อการขับเคลื่อนควบคุม โกล่เกลี่ยข้อพิพาทหรือแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า

## วิจารณ์

นโยบายสาธารณะเป็นนโยบายที่ภาครัฐเป็นผู้กำหนดว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ การศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติมีความสำคัญในตัวของแต่ละตัวแบบนั้น ๆ กล่าวคือ จำเป็นต้องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสามารถที่จะผลักดันให้กลไกการปฏิบัติงานซึ่งครอบคลุมกิจกรรมปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ทั้งที่อยู่ในระบบราชการหรือเอกชน การทรัพยากร ความพยายามกระตุ้นการปฏิบัติงาน สมรรถนะขององค์กร โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมผ่านแผนงาน โครงการ และกิจกรรมไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย<sup>(4)</sup> จากการศึกษาการสร้างพื้นที่เขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในเขตชุมชนท่องเที่ยว เทศบาลเมืองหนองคาย โดยนำโครงการ “สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า” ไปปฏิบัติในระดับจุลภาคตามทฤษฎีที่กล่าวไว้ว่า นโยบายสาธารณะหรือนโยบายของภาครัฐ เป็นเสมือนกลไกหลักสำคัญในการดำเนินงาน<sup>(5)</sup> ประกอบกับการเป็นโครงการตามพระปณิธานของพระบรมวงศานุวงศ์ ดังนั้นผู้นำองค์กรหรือคณะผู้บริหารได้รับเอาแนวนโยบายการปฏิบัติงานจัดว่าเป็นโครงการที่สำคัญอย่างยิ่ง และจัดทำเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นวาระแห่งชาติเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าส่วนในการออกพื้นที่เพื่อไปปฏิบัติงานสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์แมนและแมคเคลาฟลิน<sup>(6)</sup> ได้กล่าวไว้ในลักษณะของการนำนโยบายไปปฏิบัติคือการยอมรับสภาพในการปฏิบัติ (Cooptation) เป็นการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินงาน หรือโครงการให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม หรือลักษณะของหน่วยงาน รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัด จึงอาจทำให้การนำโครงการไปปฏิบัติ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่มีการวางไว้ตั้งแต่แรก โดยตามบริบทของการดำเนินงานเพื่อการควบคุมโรคฯ ของเทศบาลเมืองหนองคายนั้น จะต้องอาศัยการดำเนินงานซึ่งมีภาคีเครือข่าย มีกิจกรรมและจุดมุ่งหมายที่ดำเนินการและวางไว้ร่วมกัน สอดคล้องกับเสถียร จิรรังสิมันต์<sup>(7)</sup> ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของความเป็นเครือข่ายว่าจะต้องมีการร่วมกันอย่างจุดมุ่งหมาย เพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายนั้น ทั้งนี้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องมีบทบาทที่สำคัญในการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ซึ่งจะต้องมีการวางแผนงบประมาณเพื่อการฉีดวัคซีนให้เพียงพอ ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมกับคู่สัตรูที่ต้องมีการวางแผนงบประมาณการจัดซื้อวัคซีนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รวมถึงงบประมาณอื่น ๆ อีกในการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอิทธิชัย พวงหัตถ์และวิจิตรอง หุ่นสุวรรณ<sup>(8)</sup> พบว่า การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรมีการจัดตั้งงบประมาณ เพื่อซื้อวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และต้องมีแผนงานโครงการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยมีทั้งที่ต้องดำเนินการเองและร่วมกับหน่วยงานคู่สัตรู รวมถึงการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นอีกด้วย จึงจะทำให้การควบคุมป้องกันโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ในการระดมกำลังหรือแสวงหาการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน เพื่อนำมาประกอบการกำหนดทิศทาง

หรือร่วมวางแผนการดำเนินโครงการเทศบาลเมืองหนองคายนั้น ได้มีการดำเนินการแบบภาคีเครือข่ายมานานแล้ว ซึ่งเป็นการสะท้อนด้านการปฏิสัมพันธ์ว่ามีความร่วมมือกันในระดับปฏิบัติที่เหนียวแน่น เป็นการร่วมมือระหว่างเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดของโกวิท พวงงาม<sup>(9)</sup> กล่าวว่า การมีส่วนร่วมจะต้องเป็นกระบวนการของกลุ่มองค์กร ชุมชน มีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ โดยมีความเข้าใจปัญหาของตนที่มีต่อสิ่ง ๆ นั้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ด้วยการที่บุคคลได้รับข้อมูลใหม่ ช่วยเพิ่มอำนาจ ความคิดและโอกาสได้ร่วมวิเคราะห์ และตัดสินใจกำหนดเป้าหมายในกิจกรรมเหล่านั้น

กล่าวโดยสรุปแล้ว การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนท่องเที่ยว เทศบาลเมืองหนองคาย โดยนำโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า พบว่าความสำเร็จของการนำโครงการไปปฏิบัติในระดับจุลภาค ที่มีประสิทธิภาพสูง ทั้งจากการเล็งเห็นความสำคัญเร่งด่วนของตัวโครงการ จากผู้บริหารและปฏิบัติปฏิบัติงานในหน่วยงาน ระดับการมีส่วนร่วมในการออกปฏิบัติปฏิบัติงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงการขอรับสนับสนุนความรู้ทางด้านวิชาการ เพื่อเสริมสร้างการฝึกอบรมความรู้ด้านโรคพิษสุนัขบ้า แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเทศบาลเมืองหนองคาย โดยมีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ส่งผลให้การปฏิบัติงานสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ มีการสร้างความต่อเนื่องของตัวนโยบายที่มีการดำเนินการเป็นกิจวัตรหน้าที่หลักต่อเนื่องประจำปี การทำงานของเทศบาลในเชิงรุก อีกทั้งตัวเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีจิตสาธารณะเพื่อการดำเนินงานเป็นอย่างดี ด้านปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ทางหน่วยงานสามารถแก้ไขให้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดิม

โดยเมื่อนำแนวทางที่ได้จากการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในเทศบาลเมืองหนองคาย ซึ่งสามารถสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนท่องเที่ยว 5 ชุมชน เขตรับผิดชอบเทศบาลเมืองหนองคาย สรุปและชี้แนะแนวทางเพื่อการปฏิบัติแก่ห้องการสาธารณสุข เมืองไชเสดถา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เพื่อนำรูปแบบไปปรับใช้ พบข้อเท็จจริงปัญหาและข้อเสนอแนะ คือ ด้านงบประมาณเพื่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่มีไม่เพียงพอและสม่ำเสมอ ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าหรือบันทึกไว้ในเอกสารเฉพาะ เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการดำเนินงานได้ ภาครัฐควรส่งเสริมให้ภาคเอกชนหรือประชาชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อควบคุมป้องกันโรคฯ ควรมีการออกณรงค์หรือดำเนินงานแบบเชิงรุกที่มีความเข้มแข็งและจริงจัง รัฐบาลหรือผู้มีอำนาจควรออกกฎหมายหรือข้อบังคับเพื่อการขับเคลื่อนควบคุม โกล่เกลี่ยข้อพิพาทหรือแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งนี้สามารถสรุปประเด็นและข้อแตกต่างของการดำเนินการ เพื่อควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่ชุมชนท่องเที่ยว เทศบาลเมืองหนองคาย และเมืองไชเสดถา นครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของการดำเนินการเพื่อควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างพื้นที่

ประเด็น	ชุมชนท่องเที่ยวเทศบาลเมืองหนองคาย	เมืองไชเสดถา นครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว	หมายเหตุ
รูปแบบการดำเนินการ	ใช้เกณฑ์การดำเนินงานสร้างและประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า	ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เน้นหนักไปในเชิงรับมากกว่า เช่น การปฐมพยาบาล รักษาบาดแผล พิจารณาการให้วัคซีน เป็นต้น	
งบประมาณที่ได้รับ	งบประมาณจากส่วนกลาง/จัดทำโครงการเพื่อรองรับการดำเนินโครงการอื่น	รวมอยู่กับงบประมาณเพื่อการควบคุมป้องกันโรคทั้งหมด จำนวนน้อย ไม่สม่ำเสมอ	

## ต่อตารางที่ 3 ความแตกต่างของการดำเนินการเพื่อควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างพื้นที่

ประเด็น	ชุมชนท่องเที่ยวเทศบาลเมือง หนองคาย	เมืองไซเสดถา นครหลวง เวียงจันทน์ สปป.ลาว	หมายเหตุ
การจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลสัตว์เลี้ยง (สุนัข/แมว) - ข้อมูลการขึ้นทะเบียนสัตว์ Rabies1Data (กรมปศุสัตว์) - ฐานข้อมูล excel ของกอง สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองหนองคาย 2. ข้อมูลผู้สัมผัสโรค - 43 แฟ้ม (กระทรวง สาธารณสุข) - ร 36 (กรมควบคุมโรค)	บันทึกข้อมูลลงในเอกสาร การปฏิบัติงานประจำวัน (Routine) ไม่มีการจัดเก็บ หรือรวบรวมข้อมูล เป็นราย เดือน/ปี	
การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังโรคฯ	กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข ที่รับผิดชอบพื้นที่ชุมชนท่องเที่ยว เทศบาลหนองคาย เป็น ผู้ดำเนินการ โดยการประสาน-ส่ง ต่อข้อมูลจากอาสาสมัคร สาธารณสุข-อาสาสมัครปศุสัตว์	ไม่มีแนวทางวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่ รับผิดชอบ	
การบูรณาการกับภาคี เครือข่าย	บูรณาการดำเนินงานร่วมกับ เครือข่ายอื่นๆ ทั้งภาคในและ ภายนอกพื้นที่ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน	ภาครัฐ และประชาชนใน พื้นที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการ รณรงค์ป้องกันโรคฯ จะเน้น ในส่วนเชิงรับป้องกันตนเอง เมื่อถูกสุนัขกัดเท่านั้น	
การฉีดวัคซีนป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์	ดำเนินการเป็นเชิงรุก โดยกอง สาธารณสุข และส่วนปศุสัตว์ ดำเนินการปีละ 1 ครั้งในทุก ชุมชน และกระตุ้นทุกปี โดยมี การบูรณาการร่วมกับภาคี เครือข่ายอื่น ๆ เช่น ปศุสัตว์ จังหวัด ภาคประชาชน เป็นต้น	ดำเนินการในวันสำคัญ 1 ปี 2 ครั้ง คือ 1) วันโรคพิษสุนัขบ้าโลก (28 กันยายน) 2) วันวัคซีนแห่งชาติ (11 พฤศจิกายน)	
กฎหมายข้อบังคับ	อ้างอิงการดำเนินงาน จาก 1) พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 2) พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัข บ้า พ.ศ. 2535 3) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558	ไม่มีการขับเคลื่อนและบังคับ ใช้กฎหมาย เพื่อการควบคุม ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	ทั้งหมดในเมืองไซเสดถา ปัญหาจะเกิดจากสุนัข ของเพื่อนบ้าน หรือใน ละแวกใกล้เคียงมากัด หรือข่วนผู้ประสบเหตุ เท่านั้น ไม่ได้มีปัญหามา นปลาย หรือเกิดข้อพิพาท การโต้เถียงแต่อย่างใด

เมื่อนำมาวิเคราะห์ผล จากตารางแล้วจะพบว่า การดำเนินงานเพื่อสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ท่องเที่ยวเทศบาลเมืองหนองคาย อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย มีผลการดำเนินงานที่สามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าได้อย่างเป็นระบบและสามารถจับต้องได้อย่างเชิงประจักษ์ เนื่องจากเป็นรูปแบบการดำเนินงานจะอยู่ในรูปแบบที่เป็นการทำงานในแนวนโยบายระดับประเทศ เป็นโครงการหลักที่หน่วยงานทุกภาคส่วนพึงดำเนินการ ด้วยความชัดเจนของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายและแผนที่ชัดเจน ช่วยให้ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหรือผู้ได้รับมอบหมายนโยบายสามารถกำหนดภารกิจ กำหนดมาตรฐานของงาน และมีการมอบหมายงานให้หน่วยงานหรือบุคคลที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบได้อย่างถูกต้องและชัดเจน อันจะส่งผลให้นโยบายประสบผลสำเร็จได้<sup>(10)</sup> จะเห็นว่าโครงการดังกล่าวเป็นการการนำเอาโครงการที่เป็นแนวพระปณิธานของพระบรมวงศานุวงศ์มาปฏิบัติ จึงมีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจน ซึ่งจะรวบรวมโครงสร้างแนวทางการทำงานที่จำเป็น ได้แก่ การมีงบประมาณ ทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยี การรวบรวมฐานข้อมูลที่เป็นเหมาะสม รวมทั้งมีการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งสามารถใช้อ้างอิงให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย นับว่าเป็นโครงการดำเนินงานที่ดีและมีคุณค่า

ส่วนการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของห้องการสาธารณสุข เมืองไซเสดถา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) ปัจจุบันการดำเนินการเพื่อควบคุมป้องกันโรคอยู่ในรูปแบบเชิงรับ เมื่อมีผู้ประสบเหตุถูกสุนัขกัด หรือชวนจึงเข้ารับบริการปฐมพยาบาลหรือเข้าฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคเท่านั้น รวมอยู่กังบประมาณที่ใช้เพื่อการควบคุมป้องกันเฉพาะโรคทั้งยังมีจำนวนน้อย ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลยังไม่สม่ำเสมอ และในการบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสโรค จะบันทึกลงในเอกสารการปฏิบัติงานประจำวัน (Routine) ไม่มีการจัดเก็บหรือรวบรวมข้อมูล เป็นรายเดือน/ปี ขณะเดียวกันผู้รับผิดชอบงานไม่ได้มีแผนรองรับชัดเจนในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่รับผิดชอบ ส่วนด้านการมีส่วนร่วมเพื่อการรณรงค์ป้องกันโรคในพื้นที่นั้น ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคร่วมกับภาครัฐแต่อย่างใด ส่วนการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขนั้น ห้องการสาธารณสุขเมืองไซเสดถา ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น จะดำเนินการในวันสำคัญเท่านั้น ซึ่งในหนึ่งปีจะมีเพียง 2 ครั้ง คือ 1) วันโรคพิษสุนัขบ้าโลก (28 กันยายน) และ 2) วันวัคซีนแห่งชาติ (11 พฤศจิกายน) ในส่วนทางด้าน การบังคับใช้กฎหมาย พบว่า ไม่มีการขับเคลื่อนและบังคับใช้กฎหมาย เพื่อการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแต่อย่างใด เนื่องจากที่ผ่านมาไม่มีการเกิดปัญหากรณีข้อพิพาทของประชาชนในเรื่องการโดนสุนัขกัด หรือปัญหาอื่นใด ๆ ที่เป็นผลต่อเนื่องจากการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีเพียงปัญหาเล็กน้อยซึ่งสามารถตกลงกันได้เอง โดยประชาชนด้วยกันไม่มีเจ้าหน้าที่ภาครัฐฯ เป็นตัวกลางในการพิจารณาไกล่เกลี่ย เป็นต้น

จากการดำเนินการเมื่อนำ-ร่องของทั้ง 2 พื้นที่ทั้งของประเทศไทย และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) นั้น เป็นกระบวนการหนึ่งที่เป็นการแสดงความร่วมมือระหว่าง 2 ประเทศในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบกันชนด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนในระดับต่าง ๆ ได้แก่ หมู่บ้านคู่ขนาน (twin village) โรงพยาบาลคู่ขนาน (sister hospital) และเมืองคู่ขนาน (sister city)<sup>(11)</sup> นับว่าเกิดประโยชน์ต่อทั้งสองฝ่ายอย่างมั่นคง

### ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในเขตพื้นที่ท่องเที่ยวเทศบาลเมืองหนองคาย ควรต้องมีการดำเนินการให้ครบอย่างน้อยร้อยละ 80 เพื่อสร้างความมั่นใจของประชาชนและนักท่องเที่ยวให้มากยิ่งขึ้น
2. ควรส่งเสริมให้เจ้าของสัตว์เลี้ยงให้มีความเข้าใจประโยชน์ที่ได้จากการทำหมันของสัตว์เลี้ยง ทั้งลดจำนวนประชากรสัตว์เลี้ยงลง ที่ส่งผลต่อจำนวนสัตว์ที่ไร้เจ้าของลดลงตามไปด้วย
3. การส่งเสริมหรือเพิ่มศักยภาพให้แก่อาสาสมัครปศุสัตว์ ที่เข้าร่วมดำเนินการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า จากการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เช่น การได้รับค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยง หรือเงินพิเศษ ขึ้น
4. ควรส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลของทั้งสองประเทศ เพื่อการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าให้ยั่งยืน เช่น การส่งเสริมหรือเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานโรคพิษสุนัขบ้า ในเมืองไซเสดถา มาศึกษาดูงานแนวทางการดำเนินงานฯ ของเทศบาลเมืองหนองคาย แล้วนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนชาวลาว

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเทศบาลเมืองหนองคาย อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครปศุสัตว์ ประชาชนในพื้นที่ 5 ชุมชนเทศบาลเมืองหนองคาย คณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ห้องสาธารณสุขเมืองไซเสดถา นครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีได้เอ่ยนามทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล จนทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้ศึกษา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลที่ได้จากการศึกษาที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนา รูปแบบการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย และประเทศเพื่อนบ้านต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. World Organization for Animal Health. (2019). Terrestrial Code Online Access. Retrieved from Chapter 8.14 Infection with Rabies Virus: y [Internet]. [Cited 2024 Feb 2]. Available from [http://www.oie.int/en/what-we-do/standards/codes-and-manuals/terrestrial-code-online-access/?id=169&L=0&htmlfile=chapitre\\_rabies.htm](http://www.oie.int/en/what-we-do/standards/codes-and-manuals/terrestrial-code-online-access/?id=169&L=0&htmlfile=chapitre_rabies.htm)
2. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการสร้างและประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬา จังหวัดหนองคาย. ข้อมูลสถิตินักท่องเที่ยว [ออนไลน์]. 2563. [อ้างเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. จาก [http://www.mots.go.th/nongkhai/more\\_news.php?cid=11](http://www.mots.go.th/nongkhai/more_news.php?cid=11)
4. ฐิตพล น้อยจาด. ตัวแบบการนาทฤษฎีนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ. วารสารธุรกิจดิจิทัลและสังคมศาสตร์ 2565; 9(1): 1-16.
5. วรเดช จันทรรต. (2552). ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ: An integrated theory of public policy implementation (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สมาคมนักวิจัยไทย TURA.
6. Berman P. and McLaughlin. (1997). Implementing and sustaining innovations. Santa Monica: The Rand Corporation.
7. เสถียร จิรรังสิมันต์. (2549). บทความความรู้เกี่ยวกับองค์กรเครือข่าย. สำนักส่งเสริมและประสานการมีส่วนร่วมองค์กรเครือข่าย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

8. อภิรมย์ พวงหัตถ์ และ วิรงรอง หุ่นสุวรรณ. (2552). การศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.
9. โกวิทย์ พวงงาม. (2541). การปกครองท้องถิ่นไทย: หลักการและมติใหม่ในอนาคต. กรุงเทพฯ: มูลนิธิส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น.
10. บพิธ รัตนบุรี. (2552). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการให้บริการแบบศูนย์บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ไปปฏิบัติศึกษากรณี สำนักงานเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
11. อรทัย ศรีทองธรรม และ อ้อมทิพย์ พลบุปผา. รูปแบบความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา: ผลลัพธ์จากมาตรการความร่วมมือระหว่างประเทศ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30 (เพิ่มเติมฉบับ 2): S303-S315.