



กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ
เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

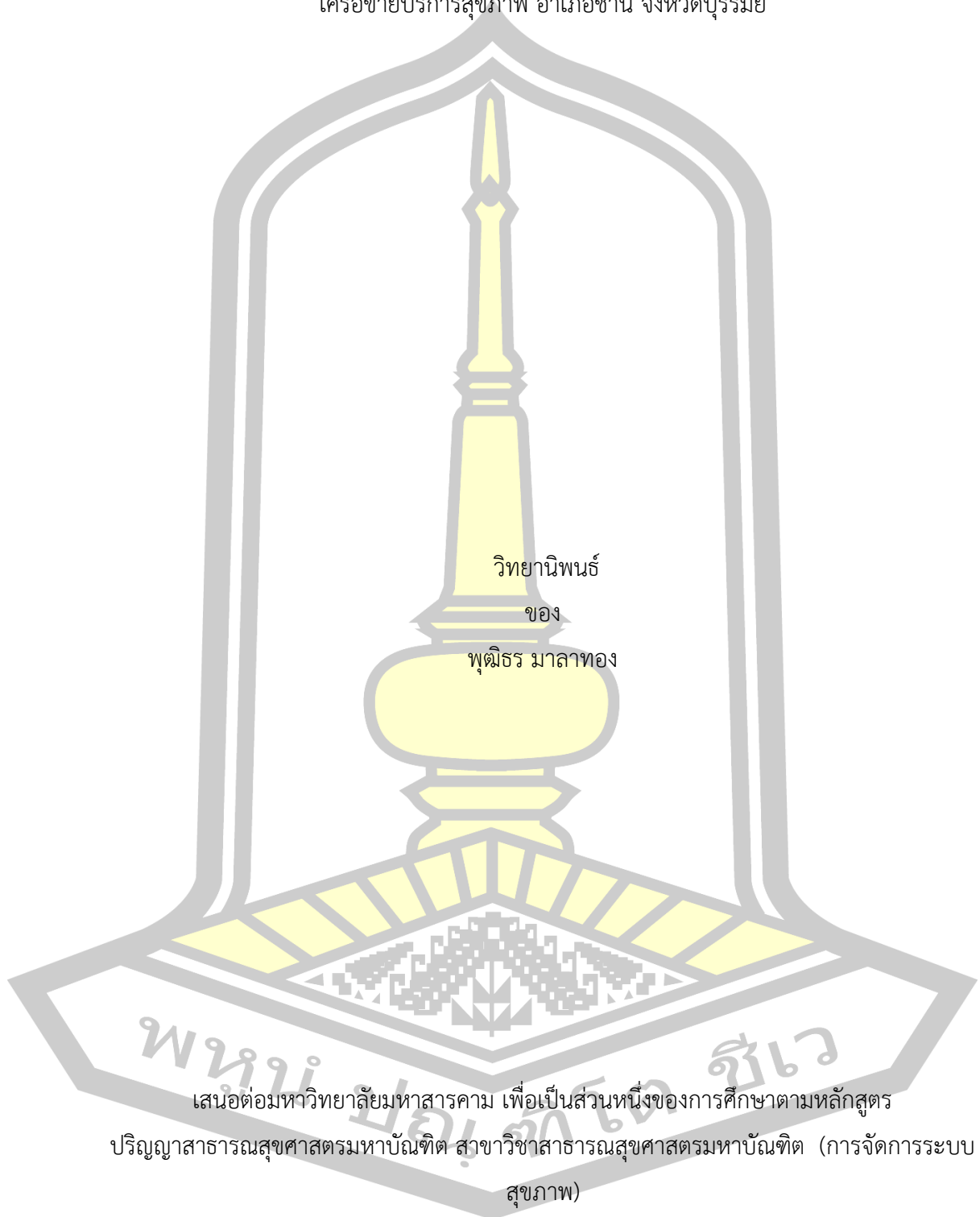
วิทยานิพนธ์
ของ
พญิธร มาลาทอง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

กันยายน 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ
เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์



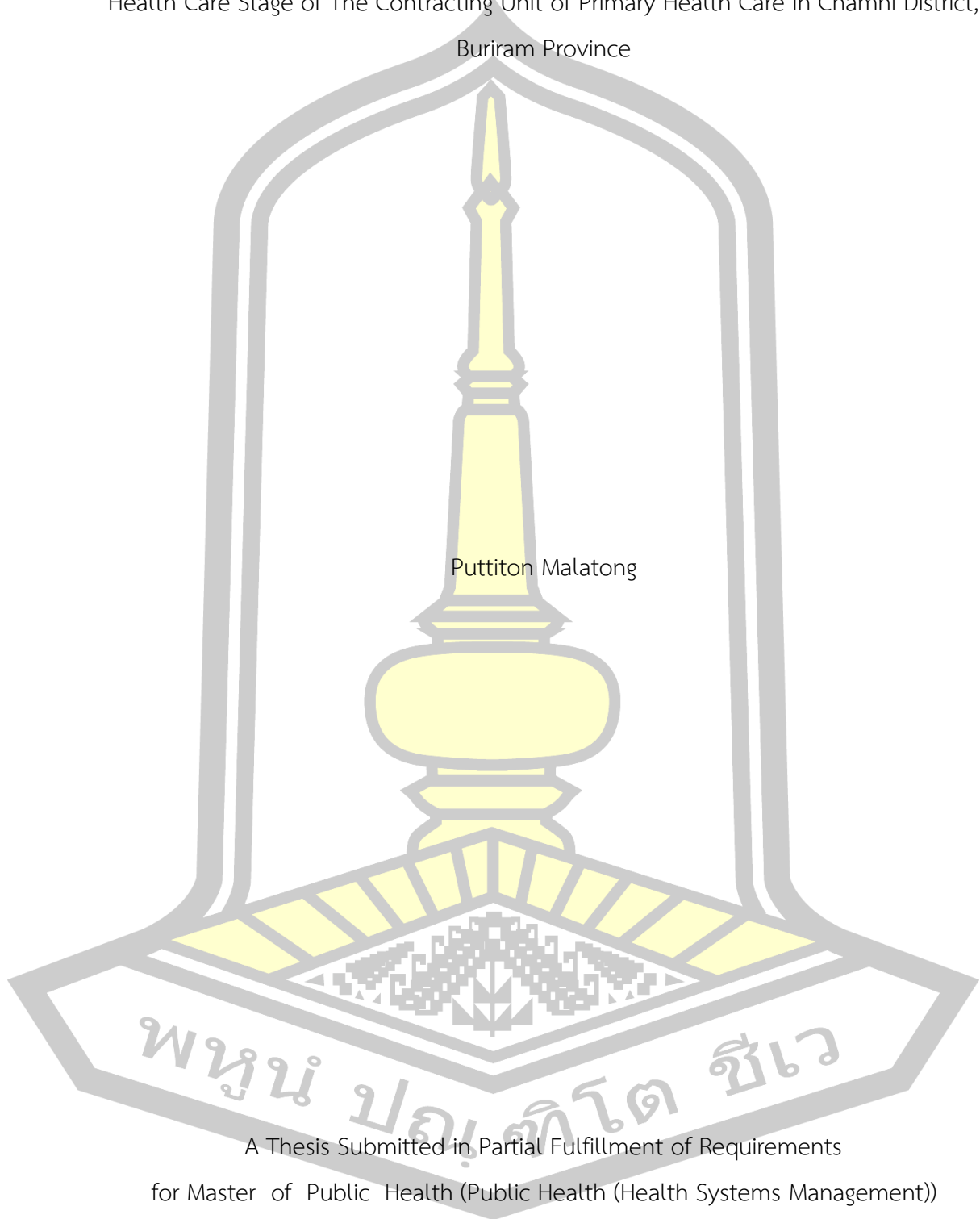
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

กันยายน 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Process of Developing Standards for Expanded Program on Immunization in Primary
Health Care Stage of The Contracting Unit of Primary Health Care in Chamni District,
Buriram Province

Puttiton Malatong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Systems Management))

September 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายพุฒิธร มาลาทอง แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. สมศักดิ์ ศรีภักดี)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. สงัด เชื้อลิ้นฟ้า)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์		
ผู้วิจัย	พุดิธร มาลาทอง		
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ ดร. สมศักดิ์ ศรีภักดี		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2562

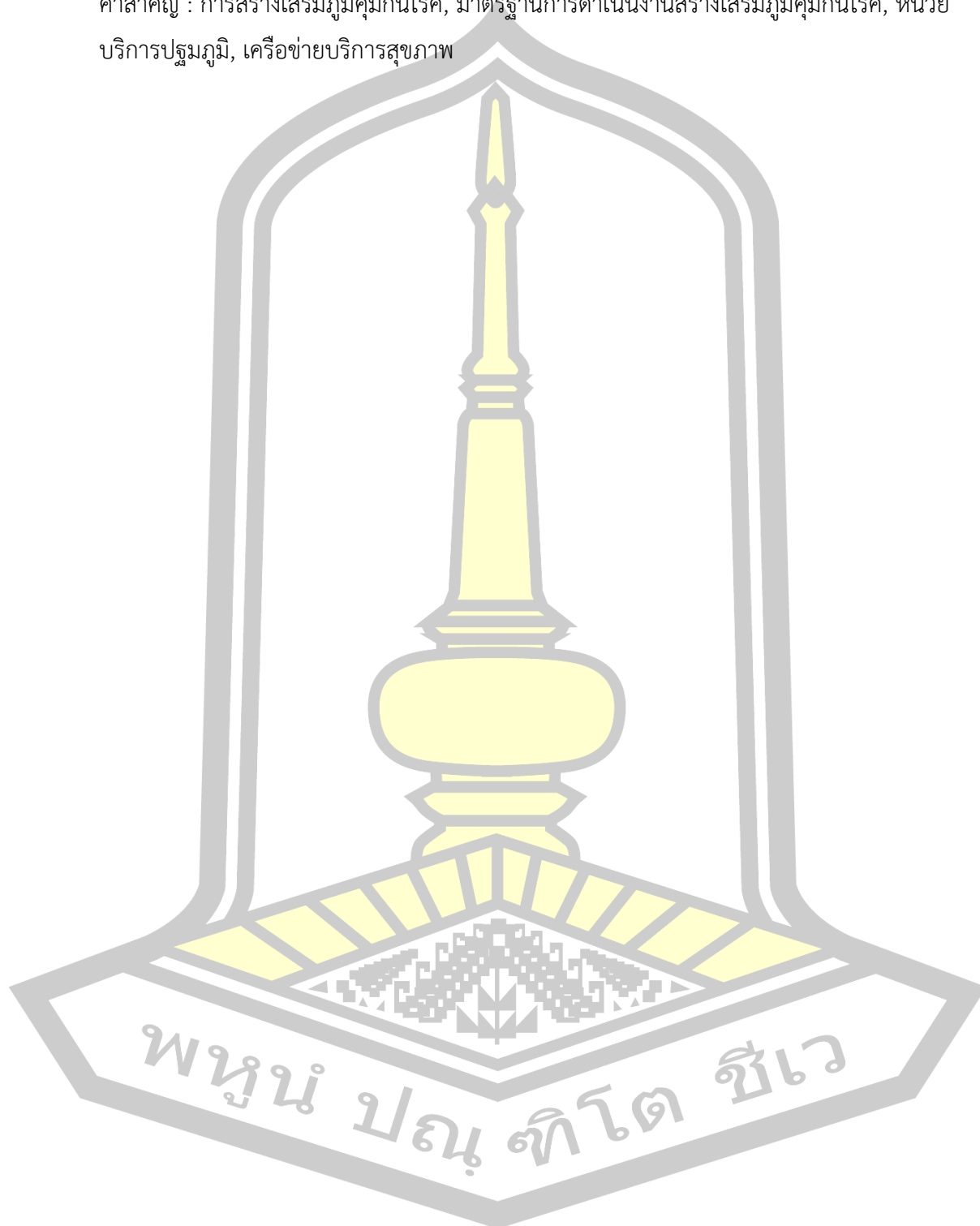
บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูล และสถิติเชิงอนุมาน คือ Paired Sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการครั้งนี้ มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การศึกษาบริบทพื้นที่ 2. การจัดประชุมทำแผนปฏิบัติการ 3. การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 4. การนิเทศติดตาม 5. การประเมินตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ 6. การเปรียบเทียบผล และ 7. สรุปปัญหา อุปสรรคกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำดวนจังหวัดบุรีรัมย์มีการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ ด้านการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และยังส่งผลให้ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ผ่านเกณฑ์ในระดับดีเยี่ยม

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์คือ 1. การอบรมให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ 2. มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมของคณะกรรมการการและ 3. การให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวโดยผู้บริหาร

คำสำคัญ : การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, หน่วย
บริการปฐมภูมิ, เครือข่ายบริการสุขภาพ



TITLE	Process of Developing Standards for Expanded Program on Immunization in Primary Health Care Stage of The Contracting Unit of Primary Health Care in Chamni District, Buriram Province		
AUTHOR	Puttiton Malatong		
ADVISORS	Terdsak Promarak , Ph.D. Somsak Sripugdee , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Systems Management)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

ABSTRACT

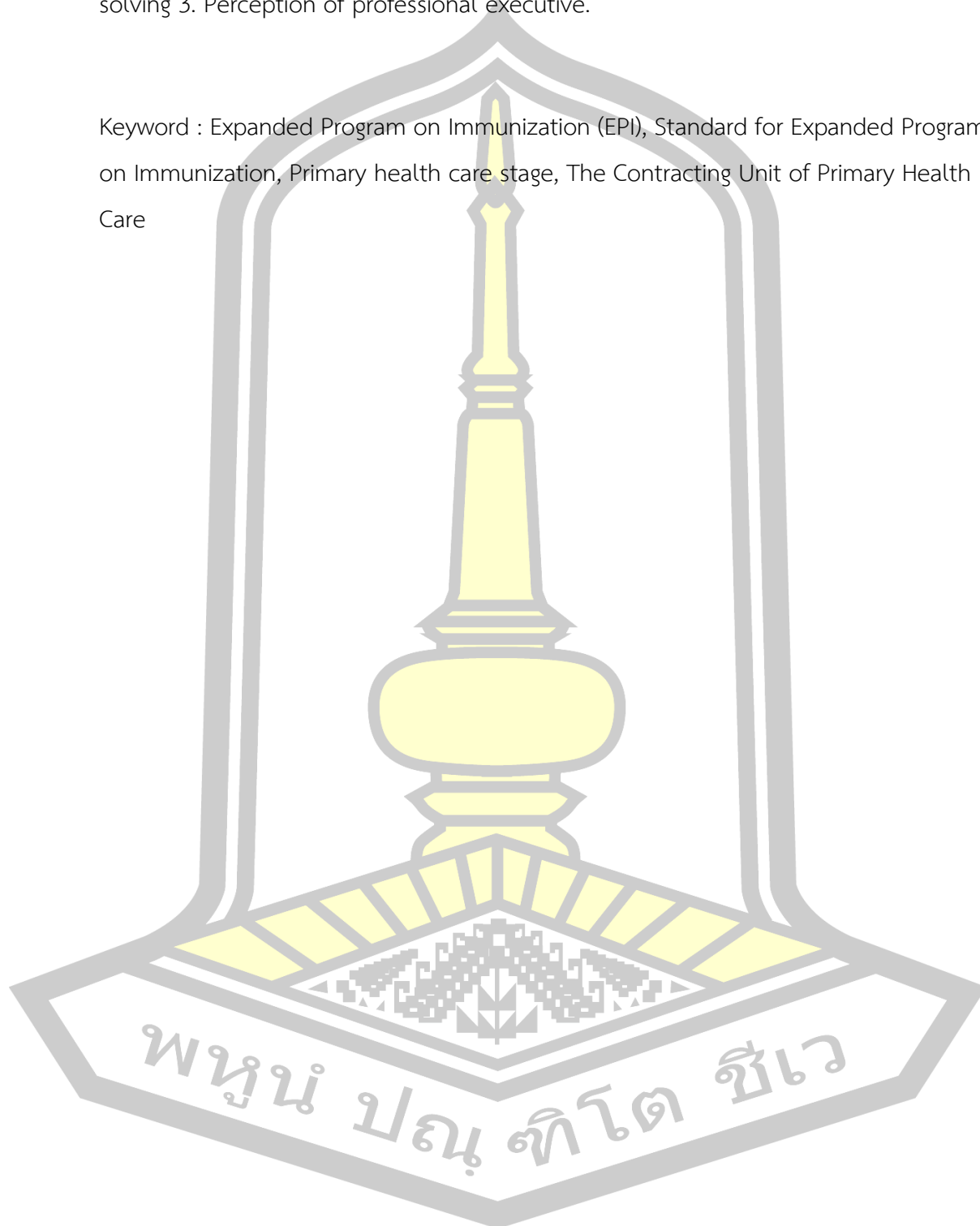
The purpose of this action research is to evaluate the process of developing standard for Expanded Program on Immunization (EPI) in primary health care stage in Chamni district, Buriram Province. We analyze the research by using an action plan include competencies development of four - step process: plan, action, observe and reflect. The data was collected from 40 people through careful review from advisory committee in EPI unit of primary healthcare in Chamni District, Buriram Province. We gathering data by interview and descriptive statistic were utilized to analyze the data.

From the research we identified the process of developing standard for EPI into 7 step which are: 1. study relevant to the area 2. Conduct plan for action research 3. Implementation of action plan 4. Supervision and monitoring 5. Continuous process the EPI in primary health care stage 6. Compare the results with information 7. Evaluate the result and problems which significantly affect employee performance, the assessment results of EPI standard in primary health care stage in Chamni district, Buriram Province were at the outstanding level.

The research findings a conclusions of EPI high performance success were

as follow 1. Knowledge learning from training 2. Strong teamwork and problem solving 3. Perception of professional executive.

Keyword : Expanded Program on Immunization (EPI), Standard for Expanded Program on Immunization, Primary health care stage, The Contracting Unit of Primary Health Care



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.สมศักดิ์ ศรีภักดี กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ตรวจสอบ แก้ไข สร้างขวัญกำลังใจ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นางนิภา สุทธิพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นายแพทย์ศิลา จิรวิกรานต์กุล นายแพทย์ชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขำนิ และนายอธิพันธ์ ศิริธรรมมาร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำแนะนำที่ดีในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขำนิ สาธารณสุขอำเภอขำนิ และคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้พื้นที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เครื่องมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนายสมบูรณ์ มาลาทอง และนางวาสนา มาลาทองซึ่งเป็น บิดา-มารดา พร้อมภรรยาและบุตรอันเป็นที่รักยิ่งของผู้วิจัย ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านเป็นอย่างดี อีกทั้งเพื่อนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 15 (ศูนย์มหาสารคาม) ทุกคน ที่ได้ร่วมทุกข์ร่วมสุข และเป็นกำลังใจให้กันและกัน รวมถึงขอบคุณผู้ที่สนับสนุนให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน จนกระทั่งวิทยานิพนธ์สำเร็จ ซึ่งมีได้เอ่ยนามในที่นี้

ประโยชน์และคุณค่าของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา บุรพจารย์ ที่ให้การศึกษาอบรมสั่งสอนให้มีสติปัญญา และคุณธรรม แก่ผู้วิจัยให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน

พูน ปณ จิตโต ชีเว

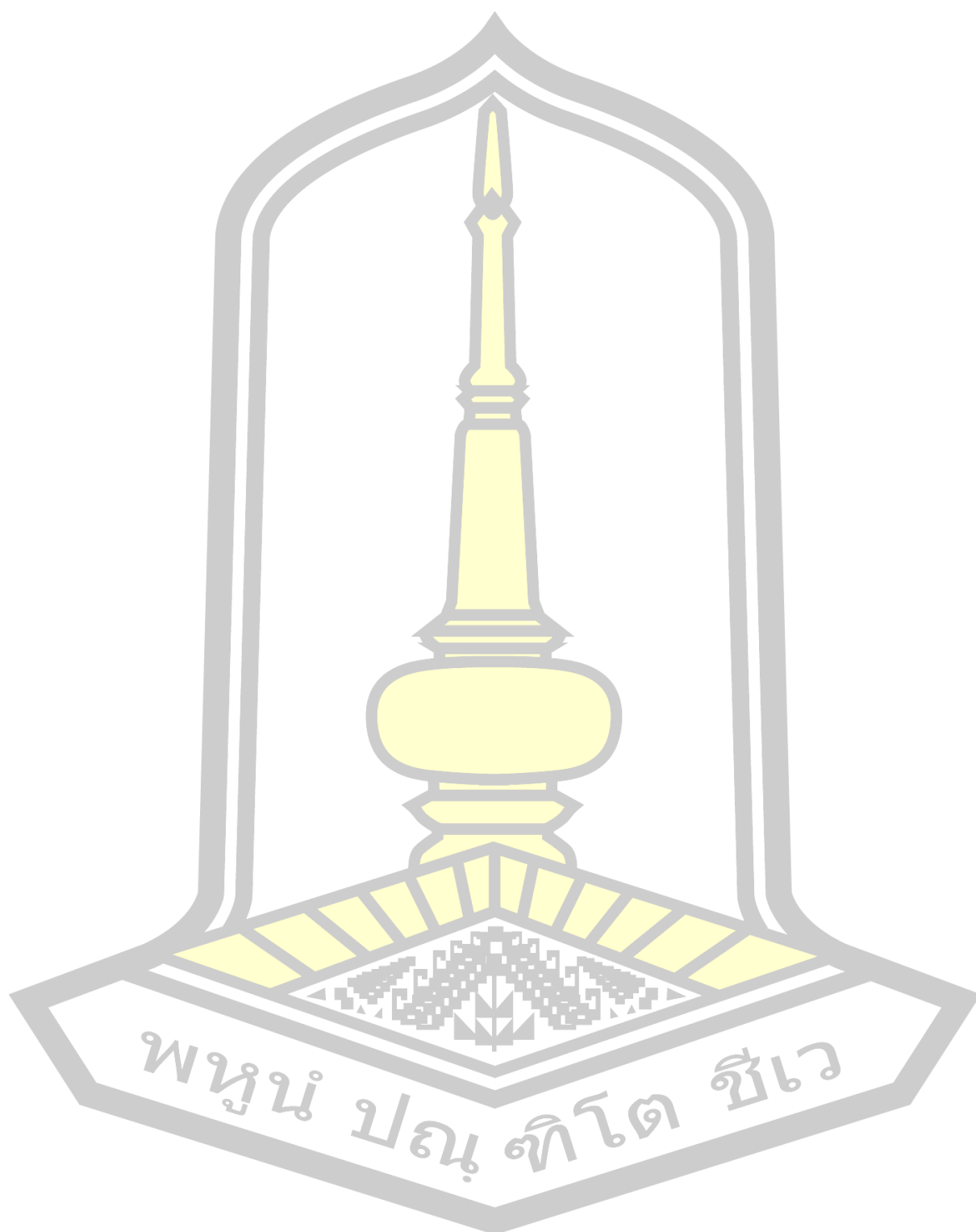
พุดิธร มาลาทอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค.....	7
2.2 มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค.....	19
2.3 ระบบควบคุมคุณภาพของการรักษาวัคซีนด้วยระบบลูกโซ่ความเย็น.....	31
2.4 แนวคิดทฤษฎีการสร้างเครือข่าย.....	32
2.5 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม.....	38
2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	48
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	61

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	62
3.1 รูปแบบการวิจัย	62
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	67
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	68
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	70
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย	74
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	74
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	76
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิจัย.....	76
4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิจัย.....	77
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	77
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	105
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	105
5.2 สรุปผล	106
5.3 อภิปรายผล.....	112
5.4 ข้อเสนอแนะ	113
บรรณานุกรม.....	115
ภาคผนวก.....	128
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	129
ภาคผนวก ข แผนปฏิบัติการตามกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดบุรีรัมย์	131
ภาคผนวก ค เครื่องมือในการวิจัย.....	133

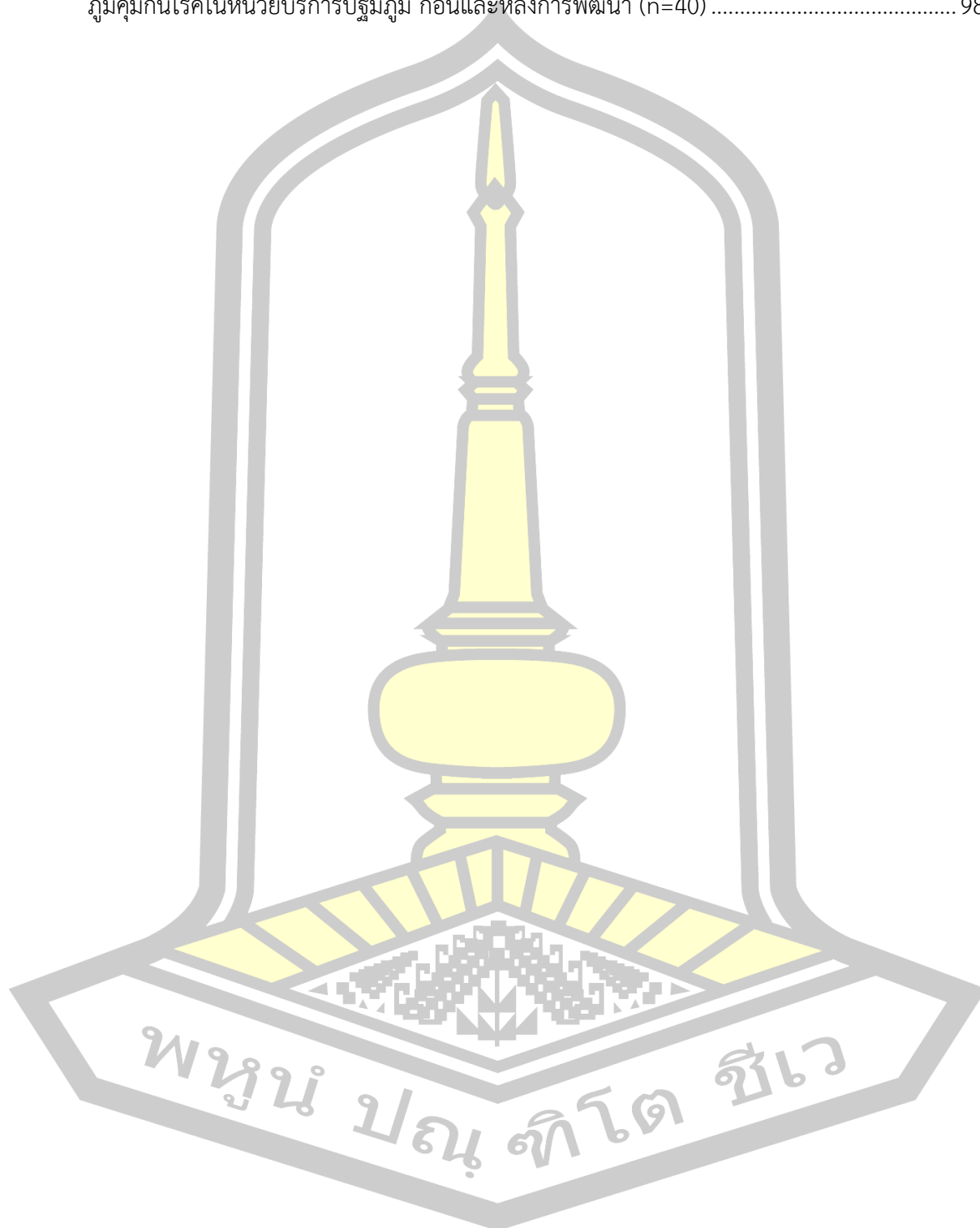
ประวัติผู้เขียน..... 150



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 โปรแกรมการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน.....	10
ตาราง 2 ประชากรที่ศึกษา.....	63
ตาราง 3 ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์.....	86
ตาราง 4 ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยแยกเป็นรายรพ.สต ทั้งก่อนและหลัง.....	87
ตาราง 5 ลักษณะทางประชากรของ คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ (n=40).....	91
ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคก่อนการพัฒนาและ หลังการพัฒนา (n=40)	93
ตาราง 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40).....	94
ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของระดับการบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=40)	95
ตาราง 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วย บริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)	96
ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=40).....	96
ตาราง 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)	97
ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ใน หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=40).....	98

ตาราง 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)	98
---	----



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพที่ 1 การเกิดและตอบสนองของภูมิคุ้มกัน.....	8
ภาพที่ 2 เนื้อหาของมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	19
ภาพที่ 3 ผังการวางวัคซิ่นในตู้เย็น	26
ภาพที่ 4 ผังการขนส่งวัคซิ่น	31
ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	61
ภาพที่ 6 แผนที่แสดงเขตการปกครองอำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์	78
ภาพที่ 7 ภาพประกอบกิจกรรมประชุมชี้แจง.....	80
ภาพที่ 8 ภาพประกอบกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ	82
ภาพที่ 9 ภาพประกอบกิจกรรมอบรมหลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค.....	84
ภาพที่ 10 ภาพประกอบกิจกรรมอบรมหลักสูตรระบบลูกโซ่ความเย็น.....	84
ภาพที่ 11 ภาพประกอบกิจกรรมโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	85
ภาพที่ 12 ภาพประกอบกิจกรรมนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน.....	86
ภาพที่ 13 ภาพประกอบกิจกรรมจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้.....	88
ภาพที่ 14 รูปแบบการจัดการวัคซิ่นด้วยระบบลูกโซ่ความเย็น (เดิม).....	88
ภาพที่ 15 รูปแบบการจัดการวัคซิ่นด้วยระบบลูกโซ่ความเย็น (ใหม่).....	89
ภาพที่ 16 ภาพประกอบกิจกรรมจัดประชุมถอดบทเรียน	90
ภาพที่ 17 แผนผังขั้นตอนการดำเนินงานกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์.....	100
ภาพที่ 18 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์.....	104

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรค และความพิการต้องอาศัยองค์ประกอบร่วมกันหลายประการสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชากรทั่วไปมีสิทธิที่จะพึงจะได้รับบริการขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกัน คือ การป้องกันโรคติดต่อที่สามารถให้ภูมิคุ้มกันโรคได้ องค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนขึ้นในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2517 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้วัคซีนแก่เด็กทั่วโลก และอีก 10 ปีต่อมาใน พ.ศ. 2527 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำ มาตรฐานการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในตอน แรกเริ่มประกอบด้วยวัคซีนป้องกันวัณโรคเชื้อหุ้มสมอง (Bacillus Calmette-Guerin; BCG) วัคซีนป้องกันคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (Diphtheria-Tetanus-Pertussis: DPT) วัคซีนป้องกันโปลิโอ (Oral Polio) และวัคซีนป้องกันโรคหัด (Measles) ความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยทางอิมมูโนวิทยาของโรคได้นำไปสู่การพัฒนาวัคซีนใหม่ ๆ และเพิ่มเข้าไปในรายการวัคซีนที่แนะนำของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อย่างไรก็ตามการนำวัคซีนชนิดต่างๆ เข้ามาร่วมในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศนั้นๆ

ประเทศไทยได้นำวัคซีนมาใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตั้งแต่ พ.ศ. 2493 และใน พ.ศ. 2519 ได้เริ่มมีการวิเคราะห์จำนวนป่วยและตายของโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนว่า ลดลงมากน้อยเพียงใด พบว่ามีเพียงโรคเดียวที่สามารถกวาดล้างไปจากประเทศไทยได้หมดตั้งแต่ พ.ศ. 2505 คือ ไข้ทรพิษ อันเนื่อง จากได้รับการระดมปลูกฝีทั่วถึงเพียงครั้งเดียวก็สามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้ตลอดชีวิต สำหรับโรคติดต่ออื่นๆ เช่น คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และโปลิโอ นั้น ต้องให้บริการกระตุ้นภูมิคุ้มกันหลายครั้ง เนื่องจากเมื่อได้รับภูมิคุ้มกันที่สร้างจากวัคซีนไปในระยะหนึ่งภูมิคุ้มกันในระดับที่สามารถป้องกันโรคได้ จะมีระดับลดลง เมื่อเวลาผ่านไปต้องได้รับการกระตุ้นซ้ำอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น ยังพบปัญหาสาเหตุสำคัญในการให้วัคซีนป้องกันโรค คือ 1) เทคนิคการผลิตวัคซีนที่ผิดวิธีทำให้ไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรค 2) คุณภาพของวัคซีนไม่ดีอันเนื่องจากระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold Chain System) มีการเก็บรักษาวัคซีนต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ตั้งแต่การผลิต ขนส่ง และการจัดการคงคลังซึ่งต้องจัดให้วัคซีนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยเฉพาะอุณหภูมิที่เหมาะสมกับวัคซีนแต่ละชนิด 3) ความครอบคลุมของวัคซีนแต่ละชนิดไม่ ถึงเป้าหมาย ซึ่งควรได้อย่าง

น้อยร้อยละ 90.00 ถึงจะหยุดยั้งการระบาดของโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคในชุมชนได้ ผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมานานกว่า 20 ปี แต่ยังไม่สามารถลดอัตราป่วยและอัตราตายของโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนลงได้ ดังนั้น ใน พ.ศ. 2520 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มอบหมายให้กรมควบคุมโรคติดต่อ จัดทำแผนขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Programme on Immunization: EPI) ขึ้น โดยได้ประมวลปัญหาข้อบกพร่องต่างๆ มาปรับปรุงแก้ไขผลงานให้ดีขึ้น ปัจจุบันการให้บริการวัคซีนภายใต้แผนขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคดำเนินการโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบจัดหาวัคซีนที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย โดยใช้งบประมาณของรัฐและกระจายไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยมีนโยบายด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่สำคัญคือ 1) การให้บริการวัคซีนป้องกันโรคที่มีความจำเป็นให้ครอบคลุมจำนวนโรคให้มากที่สุด ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายสูงสุด 2) ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยการจัดให้มีการให้บริการวัคซีนในทุกระดับของสถานบริการ 3) วัคซีนที่ใช้ต้องมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคสูงและต้องมีความปลอดภัย และ 4) การให้บริการวัคซีนโดยไม่คิดมูลค่า สำหรับสถานบริการภาครัฐ หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพมีวัคซีนพื้นฐานที่อยู่ในแผนขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำนวน 8 ชนิด สำหรับป้องกันโรคติดต่อ จำนวน 12 โรค ได้แก่ วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ตับอักเสบบี ไข้มองอักเสบเจอี ไข้หวัดใหญ่ และ มะเร็งปากมดลูก (สถาบันวัคซีนแห่งชาติ, 2560)

ดังนั้น วัคซีนจึงเป็นเครื่องมือทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันและควบคุมโรค ที่สำคัญทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินที่มีการระบาดของโรค ในระดับพื้นที่ ต่างให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันและควบคุมโรค แต่ก็ยังพบโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนมีการระบาดในหลายพื้นที่ ดังนี้ 1) อุบัติการณ์ของโรคไข้มองอักเสบ Japanese B Encephalitis ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560-29 มิถุนายน 2560 พบผู้ป่วย 9 ราย จาก 6 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.01 ต่อประชากรแสนคน ไม่ผู้ป่วยเสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 10-14 ปี, 1-6 ปี และ 0-11 เดือน คือจังหวัดที่ ฉะเชิงเทรา นครปฐม เพชรบุรี ขอนแก่น เชียงราย เชียงใหม่ 2) อุบัติการณ์ของโรคหัด Measles ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560-6 สิงหาคม 2560 พบผู้ป่วย 2056 ราย จาก 72 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 3.14 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้เสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 15-24 ปี 25-34 ปี และ 0-11 เดือน กระจายทุกภูมิภาคของประเทศไทย สำหรับจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร สูงสุด 5 อันดับแรกคือ สมุทรสาคร นราธิวาส ปัตตานี ยะลา ประจวบคีรีขันธ์ และ 3) อุบัติการณ์ของโรคคางทูม (Mumps) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560-7 สิงหาคม 2560 พบผู้ป่วย 1493 ราย จาก 76 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 2.28 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้เสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 7-9 ปี 10-14 ปี และ 1-6 ปี พบมากในนักเรียน กระจายทุกภูมิภาคของประเทศไทย สำหรับจังหวัดที่มี

อัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 5 อันดับแรกคือ เชียงราย แสน ตราด ปราจีนบุรี ชุมพร น่าน จะพบว่าจากการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนมีการเกิดอุบัติใหม่อุบัติซ้ำหลายจังหวัดในภาคต่างๆ ของประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่ในพื้นที่เกิดโรคมักจะมีผลการดำเนินงานความครอบคลุมการให้วัคซีนต่ำ (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค, 2560)

ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดบุรีรัมย์ ได้กำหนดให้มีการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน ของแต่ละพื้นที่ตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ รวมไปถึงทรัพยากรบุคลากรของแต่ละสถานบริการที่มีเพียงพอและ ด้านของวิชาชีพที่เอื้อต่อการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันอีกด้วย แต่ ก็ยังพบการระบาดของโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น การระบาดของหัด การระบาดของคางทูม และเมื่อมาดูความครอบคลุมการให้วัคซีนของเด็กที่มีอายุ 6 ปี ในปีนั้นๆ ได้รับวัคซีนทุกชนิดตามโปรแกรมการให้วัคซีน ในแต่ละปี ย้อนหลังพบว่า พ.ศ. 2555 มีความครอบคลุมในการบริการวัคซีนตามโปรแกรมงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน ร้อยละ 96.55 พ.ศ. 2556 มีความครอบคลุมร้อยละ 95.98 พ.ศ. 2557 มีความครอบคลุม ร้อยละ 91.33 พ.ศ. 2558 มีความครอบคลุม ร้อยละ 91.19 พ.ศ. 2559 มีความครอบคลุม ร้อยละ 90.38 และพ.ศ. 2560 มีความครอบคลุม ร้อยละ 90.33 เมื่อพิจารณาแยกรายอำเภอ ปรากฏว่า 5 อำเภอที่มีความครอบคลุม ในพ.ศ. 2560 ต่ำที่สุด คือ อำเภอขามเฒ่า อำเภอเฉลิมพระเกียรติ อำเภอโนนสุวรรณ อำเภอปะคำ และอำเภอละหานทราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2560)

สำหรับการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการ ส่วนใหญ่ของจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการระดับอำเภอ ในระดับดี (ร้อยละ 91-95) และดีเยี่ยม (ร้อยละ 96-100) ซึ่งพบว่า หน่วยบริการ ระดับอำเภอขามเฒ่า จังหวัดบุรีรัมย์ ได้รับผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการระดับอำเภอ ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 85-90) และถ้าหากแยกเป็นรายหน่วยบริการจะ ได้ผลการประเมินดังนี้ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานทราย ระดับคะแนนที่ได้ 91 ร้อยละ 87.50 ผ่านเกณฑ์ ระดับพอใช้ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานทราย ระดับคะแนนที่ได้ 89 ร้อยละ 85.58 ผ่านเกณฑ์ ระดับพอใช้ 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองยางระดับคะแนนที่ได้ 89 ร้อยละ 85.58 ผ่านเกณฑ์ ระดับพอใช้ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปล่อง ระดับคะแนนที่ได้ 89 ร้อยละ 85.58 ผ่านเกณฑ์ ระดับพอใช้ 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสนวน ระดับคะแนนที่ได้ 89 ร้อยละ 85.58 ผ่านเกณฑ์ ระดับพอใช้ และ 6) งานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลขามเฒ่า ระดับคะแนนที่ได้ 95 ร้อยละ 91.35 ผลผ่านเกณฑ์ ระดับดี ติดต่อกันหลายปี จากสภาพปัญหาดังกล่าวซึ่งผู้วิจัย ได้วิเคราะห์สาเหตุที่เกิดขึ้นประเด็นปัญหาต่างๆ จึงทำให้มีความสนใจ

ในการศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ต่อไป

1.2 คำถามในการวิจัย

กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ให้ผ่านเกณฑ์ เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษา

1.3.2.1 บริบทของกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.2 กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.3 ผลการพัฒนาระบบการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการการศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ ดังนี้

ขอบเขตด้านประชากร ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในระหว่างเดือน ธันวาคม 2560 – เดือน พฤษภาคม 2561 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย ได้แก่ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิโรค มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แนวคิดทฤษฎีการสร้างเครือข่าย แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 กระบวนการการพัฒนา หมายถึง วิธีการในการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องกันไปจนเกิดการเปลี่ยนแปลง หรือมีการวางแผนกำหนดทิศทางไว้ล่วงหน้า โดยการเปลี่ยนแปลงนี้ต้องเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ตามแนวคิดของ Kemmis, S. and McTaggart, R. (2007) ซึ่ง กระบวนการในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

1.5.2 มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หมายถึง เกณฑ์การประเมิน มาตรฐานการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของสถานบริการระดับต่างๆ เพื่อให้หน่วยงาน เครือข่าย สามารถติดตามประเมินการปฏิบัติงานเครือข่ายบริการในพื้นที่ให้ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ตาม มาตรฐานที่กำหนด เนื้อหาของมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประกอบด้วย 3 มาตรฐาน ได้แก่

1.5.2.1 มาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น หมายถึง การดำเนินงานบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น มีผู้รับผิดชอบ 2 ระดับ คือ ระดับคลังวัคซีน อำเภอ มีเภสัชกรของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รับผิดชอบ และระดับหน่วยบริการ มีหัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบงานของหน่วยบริการ

1.5.2.2 มาตรฐานคุณภาพการให้บริการวัคซีน หมายถึง หน่วยบริการที่ให้วัคซีนแก่ ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีหลายหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งศูนย์ การแพทย์ต่างๆ ซึ่งในกระบวนการให้วัคซีนมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการตามมาตรฐาน

1.5.2.3 มาตรฐานการบันทึกข้อมูล หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลการให้บริการตามกิจกรรมสาธารณสุขเป็นรายบุคคล (Individual Record) ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบ 43 เพิ่มมาตรฐาน และกำหนดให้มีการส่งฐานข้อมูล ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปรวบรวมที่คลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้ข้อมูลงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีความครบถ้วนถูกต้อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5.3 หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ 3 ด้าน คือ ด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์

1.5.4 เครือข่ายบริการสุขภาพ หมายถึง การบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพ และโครงการทางด้านสาธารณสุข ต่างๆ โดยใช้พื้นที่อำเภอขานีเป็นตัวตั้ง ที่มีผลลัพธ์คือ สุขภาพของประชาชนใน อำเภอขานี ที่ประกอบด้วยสถานบริการส่งเสริมสุขภาพ ของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตบริการสุขภาพอำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ และ รวมบริการของโรงพยาบาลขานี ที่รับส่งด้วย

1.5.5 คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง ผู้ที่มีรายชื่อในคำสั่งของคณะพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์

1.5.6 ความรู้ในการปฏิบัติงานบริหารวัคซีน หมายถึง ข้อมูลข้อเท็จจริงในการได้รับ ความรู้ความเข้าใจที่ ถูกต้องเกี่ยวกับนโยบาย หลักการ และวัตถุประสงค์ ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เทคนิคและ วิธีการให้วัคซีน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ซึ่งวัดด้วยแบบทดสอบความรู้ใน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษา เอกสาร แนวคิดทฤษฎี และวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบในการศึกษา และจัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

- 2.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- 2.2 มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- 2.3 ระบบควบคุมคุณภาพของการรักษาวัคซีนด้วยระบบลูกโซ่ความเย็น
- 2.4 แนวคิดทฤษฎีการสร้างเครือข่าย
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม
- 2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

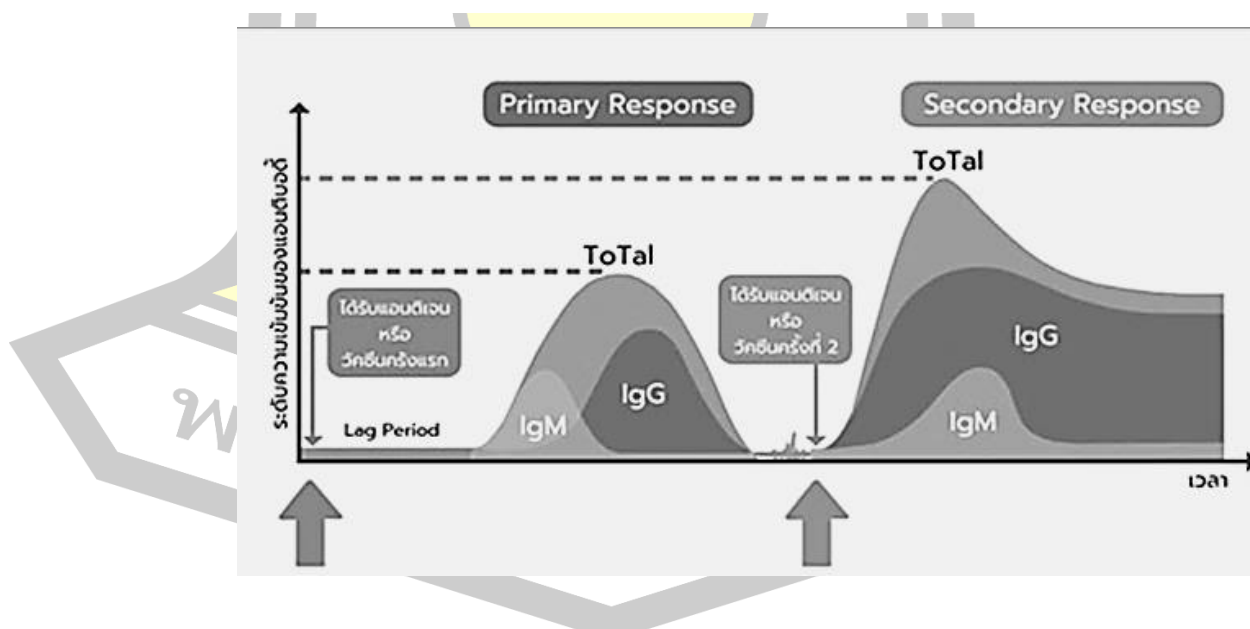
วัคซีน คือ ชีววัตถุหรือแอนติเจนที่ผลิตมาจากเชื้อโรคหรือพิษของเชื้อโรคที่ถูกทำให้ไม่สามารถก่อโรคได้แต่ยังคงกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีหรือภูมิคุ้มกันได้ เพื่อป้องกัน รักษา หรือ ลดความรุนแรงของโรค

การสร้างของภูมิคุ้มกันโรคในร่างกาย เมื่อแบ่งภูมิคุ้มกันโรคตามชนิดของแหล่งที่มา สามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภท คือ

- 1) Active Naturally Acquired Immunity คือ การเกิดภูมิคุ้มกันภายหลังการติดเชื้อตามธรรมชาติ (Natural Infection) เช่น โรคหัด อีสุกอีใส
- 2) Active Artificially Acquired Immunity คือ การเกิดภูมิคุ้มกันภายหลังการให้วัคซีน
- 3) Passive Naturally Acquired Immunity คือ การเกิดภูมิคุ้มกันจากการได้รับภูมิคุ้มกันโดยตรงโดยที่ไม่ได้สร้างเอง เช่น ทารกในครรภ์ได้รับภูมิคุ้มกันผ่านทางรก หรือ ถ่ายทอดผ่านทาง Colostrums ในน้ำนมแม่
- 4) Passive Artificially Acquired Immunity คือ การเกิดภูมิคุ้มกันจากการได้รับแอนติบอดีเช่น ได้รับเซรุ่ม หรือ Gamma Globulin (Immunoglobulin)

การออกฤทธิ์ของวัคซีนกับการสร้างภูมิคุ้มกันโรคในร่างกาย

เป็นการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันแบบ Primary และ Secondary Response เมื่อร่างกายได้รับแอนติเจนหรือวัคซีนครั้งแรก ระบบภูมิคุ้มกันจะต้องสนองโดยสร้างแอนติบอดี เรียกว่า Primary Response ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับแอนติเจนจนกระทั่งเริ่มตรวจพบแอนติบอดีได้ เรียกว่า Lag Period ซึ่งอาจใช้เวลาตั้งแต่ 1-30 วัน หรือนานกว่านี้ ขึ้นอยู่กับปริมาณ ชนิดของ แอนติเจนและทางที่แอนติเจนเข้าสู่ร่างกายหลังผ่าน Lag Period ร่างกายจะสร้างแอนติบอดีเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว โดยส่วนใหญ่เป็น IgM ซึ่งอยู่ได้ระยะหนึ่งแล้วจะลดต่ำลง ในขณะที่เดียวกันร่างกายจะมี กลไกการสร้าง IgG แม้จะสร้างได้ทีหลังแต่จะมีระดับ Antibody ที่สูงกว่าและอยู่ในร่างกายนานกว่า เมื่อร่างกายได้รับแอนติเจนชนิดเดิมอีก Memory Cell ซึ่งจดจำ Antigen ไว้ จะกระตุ้นการ ตอบสนองของร่างกายรวดเร็วกว่าครั้งแรก เรียกว่า Secondary Response แอนติบอดีจะอยู่ได้นาน และมีประสิทธิภาพมากกว่า โดยส่วนใหญ่จะเป็น IgG จึงใช้หลักการนี้ในการให้วัคซีนหลายครั้ง เพื่อให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีที่ก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันโรคได้นานหลายปี จากการที่ร่างกายจดจำ แอนติเจนได้ เพราะฉะนั้น กรณีได้กัมารับวัคซีนล่าช้ากว่ากำหนด ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นใหม่ แต่การ รับวัคซีนใกล้กันเกินไปอาจทำให้เกิดภูมิคุ้มกันในระดับที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นเพราะระดับแอนติบอดีใน ร่างกายที่สูงอยู่จะจับกับแอนติเจน (วัคซีน) ที่ได้รับเข้าไปใหม่ ทำให้แอนติเจนนั้นซึ่งก็คือวัคซีน สูญเสียประสิทธิภาพในการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Neutralization)



ภาพที่ 1 การเกิดและตอบสนองของภูมิคุ้มกัน

ที่มา : สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (2560)

วัคซีนเป็นเวชภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นเพื่อใช้การกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันโรค โดยวัคซีนที่ใช้
อายุในปัจจุบันอาจแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

2.1.1 ท็อกซอยด์ (Toxoid)

ใช้ป้องกันโรคที่เกิดจากพิษ (Toxoid) ของเชื้อแบคทีเรีย ไม่ได้เกิดจากตัวแบคทีเรียโดยตรง ผลิตโดย
นำพิษของแบคทีเรียมาทำให้สิ้นพิษ แต่ยังสามารถกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันได้ เช่น วัคซีนคอตีบ
วัคซีนบาดทะยัก โดยทั่วไปเมื่อฉีดท็อกซอยด์จะมีไข้หรือปฏิกิริยาเฉพาะที่เล็กน้อย แต่ถ้าเคยฉีด
มาแล้วหลายครั้ง หรือร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงอยู่ก่อนแล้ว อาจเกิดปฏิกิริยามากขึ้นทำให้มีอาการบวม
แดง เจ็บบริเวณที่ฉีดและมีไข้ได้

2.1.2 วัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated หรือ Killed Vaccine)

2.1.2.1 วัคซีนที่ทำจากแบคทีเรียไวรัสทั้งตัวที่ทำให้ตายแล้ว (Whole Cell Vaccine
หรือ Whole Virion Vaccine) วัคซีนที่ทำมาจากเชื้อแบคทีเรียมักจะทำให้เกิดปฏิกิริยาบริเวณที่ฉีด
บางครั้งอาจมีไข้ด้วย ชนิดของ วัคซีนในกลุ่มนี้ได้แก่ วัคซีนไอกรน วัคซีนหิวาตกโรค วัคซีนโปลิโอ
ชนิดฉีด วัคซีนพิษสุนัขบ้า วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนไขสันหลังอักเสบเฉียบพลันชนิดน้ำ วัคซีนกลุ่มนี้
มักจะต้องเก็บไว้ในตู้เย็น ห้ามเก็บในตู้แช่แข็งเพราะจะทำให้แอนติเจนเสื่อมคุณภาพ

2.1.2.2 วัคซีนที่ทำจากบางส่วนของแบคทีเรียหรือไวรัสที่เกี่ยวกับการสร้างภูมิคุ้มกัน
(Subunit Vaccine) วัคซีนในกลุ่มนี้ มักมีปฏิกิริยาหลังฉีดน้อย เช่น วัคซีนตับอักเสบบี วัคซีนไข้หวัด
ใหญ่ วัคซีนฮิบ (Haemophilus Influenza Type B) วัคซีนไอกรนชนิดไร้เซลล์ (Acellular
Pertussis Vaccine) วัคซีนไขสันหลังอักเสบชนิดวีไอ (Vi Vaccine) วัคซีนนิวโมคอคคัส

2.1.3 วัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (Live Attenuated Vaccine) ทำจากเชื้อที่ยังมีชีวิต
อยู่แต่ทำให้ฤทธิ์อ่อนลงแล้ว เช่น วัคซีนโปลิโอชนิดกิน วัคซีนรวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน วัคซีนสุกใส
วัคซีนวัณโรค (BCG) วัคซีนไขสันหลังอักเสบชนิดกิน วัคซีนในกลุ่มนี้ เมื่อให้เข้าไปในร่างกายแล้วยังไม่มี
ปฏิกิริยาทันที ตัวอย่าง วัคซีนหัด จะทำให้เกิดอาการไข้ประมาณ วันที่ 5 – 12 หลังฉีด วัคซีนในกลุ่มนี้
จะต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำตลอดเวลา (Cold Chain) เพราะถ้าอุณหภูมิสูงขึ้นเชื้อจะตาย การให้วัคซีน
จะไม่ได้ผล นอกจากนี้ถ้าร่างกายมีภูมิคุ้มกันเดิมอยู่บ้าง เข้า ได้รับอิมมูโนโกลบูลิน อาจขัดขวางการ
ออกฤทธิ์ของวัคซีน การให้วัคซีนกลุ่มนี้ แก่ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือผู้ที่ได้รับยาหรือสารกด
ภูมิคุ้มกันจะต้องระมัดระวัง เพราะอาจมีอันตรายได้

วิธีการบริหารวัคซีน

1) การกิน (Oral Route) ใช้กระตุ้นภูมิคุ้มกันในลำไส้ เช่น วัคซีนโปลิโอ วัคซีน
ไขสันหลังอักเสบชนิดกิน

2) การฉีดเข้าในหนัง (Intradermal หรือ Intracutaneous Route) โดยฉีดเข้าในหนัง
ให้เป็นตุ่มนูนขึ้นควรใช้เข็มขนาด 26G ยาว ½ นิ้ว การฉีดวิธีนี้ทำให้แอนติเจนเข้าไปทางระบบน้ำเหลืองได้

ดี สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์เป็นสื่อได้ดี (Cell-mediated Immune Response) เช่น วัคซีน วัณโรค วัคซีนพิษสุนัขบ้า การฉีดวัคซีนวัณโรคในทารกแรกเกิด ควรฉีดที่ต้นแขนเพื่อให้สามารถตรวจสอบแผลเป็นได้ง่าย ไม่ควรฉีดที่สะโพกเพราะอาจเกิดการติดเชื้อซ้ำได้บ่อย เนื่องจากอยู่ใกล้ผ้าอ้อม ซึ่งอาจเปื้อนอุจจาระ ปัสสาวะได้และตรวจสอบแผลเป็นได้ไม่สะดวกเท่าบริเวณแขน แขนงซึมให้ปลายเข็มหยาชั้นเกือบขนานกับผิวหนัง แล้วค่อยๆ ฉีดเข้าไปในชั้นต้นสุดของผิวหนังหากฉีดลึกเกินไป จะไม่เห็นตุ่มนูนเปลือกผิวหนัง ให้ถอนเข็มออกแล้วฉีดเข้าใหม่ขนาด 0.1 มิลลิลิตร ในบริเวณใกล้เคียงกัน

3) การฉีดเข้าใต้หนัง (Subcutaneous Route)

ควรใช้เข็มขนาด ขนาด 26G ยาว ½ นิ้ว การฉีดให้ตั้งเข็มทำมุม 45 องศากับผิวหนัง มักจะใช้กับวัคซีนที่ไม่ต้องการให้ดูดซึมเร็วเกินไป เพราะอาจเกิดปฏิกิริยารุนแรง เช่น วัคซีนรวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนไขสันหลังอักเสบ วัคซีนสุกใส ในเด็กเล็กควรฉีดบริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าก่อนไปทางด้านนอก ส่วนในเด็กโตและผู้ใหญ่ควรฉีดที่ต้นแขน

4) การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (Intramuscular Route) เป็นการฉีดลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ ควรตั้งเข็มทำมุมฉากกับผิวหนัง ขนาดของเข็มที่ใช้ ขึ้นกับ ขนาดตัวของเด็ก

นโยบายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

- 1) ประชาชนทุกคนมีสิทธิ์ที่จะได้รับการป้องกันจากโรคที่สามารถป้องกันได้ ด้วยวัคซีน
- 2) งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นความจำเป็น ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข
- 3) งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต้องได้รับอย่างทั่วถึงและไม่คิดมูลค่า
- 4) การให้บริการต้องมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ

ตาราง 1 โปรแกรมการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน

อายุ	ได้รับวัคซีนพื้นฐานเพื่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
แรกเกิด	BCG, HB1
1 เดือน	HB2
2 เดือน	DTP-HB1, OPV1
4 เดือน	DTP-HB2, OPV2, IPV1
6 เดือน	DTP-HB3, OPV3

ตาราง 1 (ต่อ)

อายุ	ได้รับวัคซีนพื้นฐานเพื่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
9 เดือน	MMR
1 ปี	LAJE1
1 ปีครึ่ง	DTP4, OPV4,
2 ปีครึ่ง	LAJE2, MMR2
4 ปี	DTP5, OPV5
ป.1	(MR, BCG, dT, HB, IPV, LAJE กรณีไม่ได้รับ/ได้รับไม่
ป.5 (นักเรียนหญิง)	HPV1, HPV2
ป.6	dT

ที่มา : สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (2560)

วัคซีน

วัคซีนป้องกันวัณโรคเชื้อหุ้มสมอง (BCG)

ผลิตจากเชื้อ Mycobacterium Bovis สายพันธุ์ Bacillus Calmette Guerin (BCG) เป็นวัคซีนประเภทเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์

รูปแบบวัคซีนและขนาดที่ใช้

1) ชนิดผงแห้งที่ผลิตโดยสภากาชาดไทย (ขนาดบรรจุขวดละ 10 Doses) ฉีดเข้าชั้นในหนัง ปริมาณ 0.1 มิลลิลิตร

2) ชนิดผงแห้ง ของบริษัท Serum Institute of India (SII) (ขนาดบรรจุขวดละ 20 Doses) ฉีดเข้าชั้นในหนัง ปริมาณ 0.05 มิลลิลิตร ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และครั้งละ 0.1 มิลลิลิตรในเด็กที่อายุ 1 ปีขึ้นไป

ระยะเวลาที่ ให้วัคซีน โดยให้เพียงครั้งเดียว ฉีดให้ทารกแรกเกิดทุกรายก่อนออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ HIV และไม่มีอาการ หากมีบันทึกว่าเคยได้รับมาแล้ว ไม่ต้องให้ซ้ำถึงแม้ว่าจะตรวจไม่พบแผลเป็นบริเวณที่ได้รับวัคซีน (BCG Scar) ในกรณีที่มิได้รับเมื่อแรกเกิด สามารถให้ได้ทันทีทุกช่วงอายุเมื่อพบ

ข้อห้าม การให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์, ในผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน, ในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องจากภาวะโรคต่างๆ ที่ไม่ใช่จากการติดเชื้อ HIV ผู้ที่รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน รวมถึงได้รับรังสีรักษา/เคมีบำบัด และห้ามฉีดที่ผิวหนังที่เป็นแผลติดเชื้อหรือแผลไฟไหม้

การสร้างตัวของภูมิคุ้มกัน ใช้เวลาประมาณ 2 เดือนหลังได้รับวัคซีนป้องกันการเกิดวัณโรคมีประสิทธิภาพป้องกันวัณโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบและวัณโรค ชนิด Military ด้ร้อยละ 52-100 แต่ประสิทธิภาพในการป้องกันวัณโรคปอดยังไม่แน่นอน

การเก็บรักษาวัคซีนก่อนและหลังเปิดใช้

1) ก่อนเปิดใช้ วัคซีนผงแห้ง แช่ในช่องแช่แข็งหรือที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียสได้ ไม่ให้ถูกแสง น้ำยาทำลายละลายเก็บได้ที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส เท่านั้นหากนำไปเก็บไว้ในช่องแช่แข็งอาจแตกได้

2) ขณะใช้ หากพบว่าตัวทำลายแตก สามารถใช้ Sterile Water หรือ Normal Saline ผสมแทนได้ให้อ่านฉลากว่าของบริษัทไหนใช้ตัวทำลายแบบไหน

3) หลังใช้ วัคซีนของสภากาชาดไทย ผสมแล้วควรใช้ให้หมดภายใน 2 ชั่วโมง และของ SII ควรใช้ให้หมดภายใน 6 ชั่วโมง ระหว่างการใช้ต้องเก็บให้พ้นแสงและรักษาอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส

ปฏิกิริยาที่พบ 2-3 สัปดาห์หลังฉีด จะเกิดตุ่มแดงกลายเป็นผื่นนูนเล็กๆและแตกออกในเวลาต่อมา แผลจะเป็นอยู่ประมาณ 3-4 สัปดาห์ก็จะแห้งเป็นรอยแผลเป็น

วัคซีนป้องกันตับอักเสบบี (HBV)

ประเภทวัคซีน เป็นวัคซีนชนิดไวรัสเชื้อตาย (Recombinant DNA Vaccine จากยีสต์)

รูปแบบวัคซีนและขนาดที่ใช้ เป็นวัคซีนแบบน้ำ มีทั้งชนิดเดี่ยว 1 มิลลิลิตร/ขวด ใช้ฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อครั้งละ 0.5 มิลลิลิตรในเด็ก และ 1 มิลลิลิตรในผู้ใหญ่ และชนิดรวมกับวัคซีนอื่นสามารถใช้ทดแทนกันได้ทุกชนิด

ระยะเวลาที่ฉีดวัคซีน มี 3 ครั้ง เมื่อแรกเกิด, ช่วงอายุ 1-2 เดือน และ อายุ 6 เดือน ปัจจุบันตามแผนงาน EPI จะผสมในวัคซีนรวมคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก-ตับอักเสบบี ให้เมื่ออายุ 2, 4 และ 6 เดือน ดังนั้นจะพบว่าเด็กจะได้รับประมาณ 4 ครั้งรวมที่ได้รับเป็นวัคซีนเดี่ยวตอนแรกเกิด สำหรับผู้ที่มารดาเป็นพาหะหรือ HBsAg เป็นบวกให้ฉีดวัคซีนและให้ HBIG ภายใน 12 ชั่วโมง โดยไม่นับการฉีดวัคซีนครั้งนี้ว่าเป็นเข็มที่ 1 ให้นัดมารับตอนทารกอายุ 1 เดือนและเริ่มนับเข็มที่ 1

ข้อห้าม การให้วัคซีนในผู้ที่มีอาการแพ้ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง, ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยีสต์ (*Saccharomyces Cerevisiae*), ผู้ที่มีอาการป่วยปานกลาง-มาก ควรรอ จนกว่าจะหายเป็นปกติเสียก่อน และผู้ที่บริจาคโลหิตควรให้วัคซีนหลังการบริจาคโลหิตอย่างน้อย 28 วัน อาการที่พบหลังได้รับวัคซีน ปวด บวม แดงเฉพาะที่และไข้ไม่รุนแรง

การสร้างตัวของภูมิคุ้มกัน

ในเด็กปกติหลังจากได้รับวัคซีนครบ 3 Doses จะเกิดภูมิคุ้มกันได้ร้อยละ 95 แต่ภูมิคุ้มกันโรคจะสูงในระดับที่ป้องกันโรคได้นั้นเกิดหลังจากได้รับวัคซีนในครั้งที่ 2 และการให้วัคซีนในครั้งที่ 3 เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ภูมิสูงถึงร้อยละ 95 สำหรับ ในเด็กที่มีแม่เป็นพาหะหรือมี HBsAg เป็นบวก ควรให้วัคซีนให้เร็วที่สุดภายใน 12 ชั่วโมง และถ้ามี HBIG (อิมมูโนโกลบูลิน) ก็ควรให้ภายใน 12 ชั่วโมงจะช่วยป้องกันการติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 98 การให้ HBIG (อิมมูโนโกลบูลิน) ในทารกแรกเกิดที่น้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2000 กรัม สามารถรอถึง 7 วันได้ แต่ในทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2000 กรัมควรให้ HBIG (อิมมูโนโกลบูลิน) ภายใน 12 ชั่วโมง และ เมื่อได้รับวัคซีนครบ 3 Doses เด็กทุกรายต้องมาตรวจหา Anti-HBs และ HBsAg ที่อายุ 9-18 เดือน หากพบว่า Anti-HBs น้อยกว่า 10 mIU/ml. (Non Responder) ควรให้ซ้ำอีก 3 Doses และตรวจภูมิคุ้มกันซ้ำอีกหลังจากนั้น 1-2 เดือน ถ้าพบว่ามีน้อยกว่าระดับที่ควรจะเป็น จะไม่พิจารณาฉีดซ้ำอีก กรณีที่ได้รับวัคซีนครบ 3 Doses แต่มีการสัมผัสโรคและเกิดความเสี่ยงสูง โดยทั่วไปจะให้นัดกระตุ้นอีก 1 ครั้ง หรือแนะนำให้ตรวจหา Anti-HBs ก่อน หากพบว่าอยู่ในกลุ่ม Non Responder จะให้ฉีดกระตุ้นอีก 1 ครั้ง และนัดมาตรวจภูมิคุ้มกันซ้ำอีกหลังจากนั้น 1-2 เดือน ถ้าภูมิคุ้มกันขึ้นแสดงว่าเป็นกลุ่มที่ภูมิลดต่ำตามกาลเวลาไม่ใช่ Non Responder แต่ถ้าไม่ขึ้นก็ต้องฉีดให้ครบ 3 ครั้ง แล้วตรวจภูมิคุ้มกันอีกครั้ง

การเก็บรักษาวัคซีนก่อนและหลังเปิดใช้

- 1) ก่อนเปิดใช้ วัคซีนชนิดน้ำ แช่ในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส วัคซีนชนิดนี้เสื่อมสภาพได้เร็วมากเมื่อสัมผัสความเย็นจัด
- 2) หลังใช้ เปิดใช้แล้วเก็บไว้ได้ไม่เกิน 8 ชั่วโมง รักษาอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส

วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และตับอักเสบบี (DTP-HB)

ประเภทวัคซีน เป็นวัคซีนชนิดที่ออกซอยด์ แบททีเรียและไวรัสเชื้อตาย

รูปแบบวัคซีนและขนาดที่ใช้ เป็นวัคซีนแบบน้ำ ขนาดบรรจุ 5 มิลลิลิตร/ขวด ใช้ฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อครั้งละ 0.5 มิลลิลิตร

ระยะเวลาที่ฉีดวัคซีน มี 3 ครั้ง เมื่ออายุ 2 เดือน, 4 เดือน และ 6 เดือน

ข้อห้ามการให้วัคซีน ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 สัปดาห์ หรือในเด็กที่มีอายุมากกว่า 7 ปีและผู้ใหญ่ เด็กที่กำลังเจ็บป่วยหรือกำลังมีไข้สูง สำหรับการได้รับไอกรน ทั้งแบบ Whole Cell (DTwP-HB) และ Acellular (DTaP-HB) ห้ามให้ในผู้ที่มีอาการทางสมองหรือมีโรคทางสมอง เพราะจะไปกระตุ้นอาการให้กำเริบและกระตุ้นอาการชักได้ อาการที่พบหลังได้รับวัคซีน ปวด บวม แดง เฉพาะที่ อาจเกิด Systemic Reaction เช่น ไข้ ชัก ชีพ ตัวอ่อนปวกเปียกไม่ตอบสนอง (HHE)

ปฏิกิริยาแพ้ Anaphylaxis และ Arthus Like Reaction (บวม ปวม แดงลามมาถึงข้อศอก) เกิดจากการได้รับบาดทะยักมากเกินไป

การสร้างตัวของภูมิคุ้มกัน

ภูมิคุ้มกันต่อคอตีบและบาดทะยักจะเกิดขึ้นหลังได้รับวัคซีนเข็มแรก 2 สัปดาห์และเมื่อได้รับครบตามกำหนด ภูมิคุ้มกันต่อคอตีบและบาดทะยักจะอยู่ได้นาน 10 ปี ส่วนประสิทธิภาพในการป้องกันไทรินนั้นมียู้อยู่ร้อยละ 75-90 ส่วนโรคตับอักเสบบีจะเกิดเช่นเดียวกับวัคซีนตับอักเสบบี

การเก็บรักษาวัคซีนก่อนและหลังเปิดใช้

1) ก่อนเปิดใช้ วัคซีนชนิดน้ำ แช่ในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส วัคซีนชนิดนี้เสื่อมสภาพได้เร็วมากเมื่อสัมผัสความเย็นจัดเนื่องจากมีส่วนผสมของ HBV

2) หลังใช้ เปิดใช้แล้วเก็บไว้ได้ไม่เกิน 8 ชั่วโมง รักษาอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส

วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และไทริน (DTP)

ประเภทวัคซีน เป็นวัคซีนชนิดที่ออกซอยด์ และแบคทีเรียเชื้อตาย

รูปแบบวัคซีนและขนาดที่ใช้ เป็นวัคซีนแบบน้ำ ขนาดการฉีดครั้งละ 0.5 มิลลิลิตร เข้าชั้นกล้ามเนื้อ ทั้งเด็กโตและผู้ใหญ่ มีทั้งหมด 5 รูปแบบ คือ

- 1) วัคซีนบาดทะยัก (Tetanus Toxoid)
- 2) วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก มี 2 แบบคือ DT, dT
- 3) วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไทรินชนิดทั้งเซลล์ (DTwP)
- 4) วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไทรินชนิดไร้เซลล์ (DTaP)
- 5) วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไทรินชนิดไร้เซลล์ (Tdap)

ระยะเวลาที่ฉีดวัคซีน

- 1) กรณี DTwP และ DTaP ให้ฉีดกระตุ้น 2 ครั้ง เมื่ออายุ 18 เดือน และ 4 ปี

หากจะใช้ Tdap ใช้แทนเข็มกระตุ้นครั้งที่ 2 หรือในอายุ 4-6 ปีได้

- 2) dT ใช้กระตุ้นทุก 10 ปี ในเด็ก ป.6 ทุกคนและผู้ใหญ่
- 3) การให้ dT ในหญิงตั้งครรภ์

(1) กรณีไม่มีประวัติว่าได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของบาดทะยักมาก่อน ให้ฉีด dT 3 เข็ม โดยให้ฉีดเมื่อมาฝากครรภ์ทันทีถึงช่วง 36 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ระยะห่าง 0, 1, 6 เดือน (เข็มที่ 2 ห่างจากเข็มที่ 1 เป็นเวลา 1 เดือน และเข็มที่ 3 ห่างจากเข็มที่ 2 เป็นเวลา 6 เดือน)

(2) กรณีเคยได้รับมาแล้ว 1 เข็มนานเท่าไรก็ตามให้ฉีดอีก 2 เข็ม โดยเข็มที่จะเริ่มให้ต้องห่างจากเข็มที่เคยฉีดมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ใช้ในกรณีเดียวกับคนที่เคยบอกว่าได้รับแต่จำประวัติไม่ได้ว่าได้มากี่เข็ม ให้ถือว่าได้มา 1 เข็มก็ฉีดเพิ่มให้อีก 2 เข็ม

(3) กรณีเคยได้รับมาแล้ว 2 เข็มนานเท่าไรก็ตาม ให้ฉีดอีก 1 เข็ม โดยเข็มที่จะฉีดให้ต้องห่างจากที่เคยฉีดครั้งล่าสุดอย่างน้อย 6 เดือน

(4) กรณีได้มาแล้ว 3 เข็มนานเกิน 10 ปี ฉีดกระตุ้นให้อีกเพียงเข็มเดียว ถ้าไม่เกิน 10 ปี ไม่ต้องฉีดในครั้งนี้

4) การให้ dT กรณีเก็บตกวัคซีนที่มีส่วนประกอบของบาดทะยักในนักเรียน
ชั้น ป. 1

(1) กรณีเคยได้รับมาครบ 5 ครั้ง ไม่ต้องฉีดให้

(2) กรณีไม่เคยได้มาก่อนเลย ต้องได้รับ 3 ครั้ง (ตอน ป.1 ให้ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน และครั้งที่ 3 ให้ตอนอยู่ ป.2 โดยต้องห่างจากเข็มที่ 2 ใน ป.1 อย่างน้อย 6 เดือน)

(3) กรณีเคยได้มา 1 ครั้ง (ตอน ป.1 ให้ 1 ครั้ง และให้ตอนอยู่ ป.2 โดยต้องห่างจากที่ให้ตอน ป.1 อย่างน้อย 6 เดือน)

(4) กรณีเคยได้มา 2, 3 และ 4 ครั้ง ให้เก็บตกตอน ป.1 เพียงครั้งเดียว

ข้อห้ามการให้วัคซีน ในคนที่เคยมีอาการ Anaphylaxis หลังจากได้รับวัคซีนกลุ่มนี้ และเกิดอาการทางสมองในเด็กที่มีแนวโน้มจะชักหรือมีประวัติชักให้ใช้ DTaP แทน DTwP อาการที่พบหลังได้รับวัคซีนปวด บวม แดงเฉพาะที่ อาจเกิด Systemic Reaction เช่น ไข้ ชัก ชีพ ตัวอ่อน ปวกเปียกไม่ตอบสนอง (HHE) ปฏิกิริยาแพ้ Anaphylaxis และ Arthus Like Reaction (บวม ปวม แดง ลามมาถึงข้อศอก) เกิดจากการได้รับบาดทะยักมากเกินไป

การสร้างตัวของภูมิคุ้มกัน

ภูมิคุ้มกันต่อคอตีบและบาดทะยักจะเกิดขึ้นหลังได้รับวัคซีนเข็มแรก 2 สัปดาห์และเมื่อได้รับครบตามกำหนด ภูมิคุ้มกันต่อคอตีบและบาดทะยักจะอยู่ได้นาน 10 ปี ส่วนประสิทธิภาพในการป้องกันไทรินั้นมีอยู่ร้อยละ 75-90

การเก็บรักษาวัคซีนก่อนและหลังเปิดใช้ :

1) ก่อนเปิดใช้ วัคซีนชนิดน้ำ แช่ในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส

2) หลังใช้ เปิดใช้แล้วเก็บไว้ได้ไม่เกิน 8 ชั่วโมง รักษาอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศา

เซลเซียส

วัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และ หัดเยอรมัน (MMR)

ประเภทวัคซีน เป็นวัคซีนชนิดเชื้ออ่อนฤทธิ์ เชื้อคางทูมสายพันธุ์ Jeryl Lynn

รูปแบบวัคซีนและขนาดที่ใช้ วัคซีนวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และ หัดเยอรมัน (MMR) แบบชนิดผงแห้ง ผสมน้ำยาทำลาย 0.5 มิลลิลิตร ชนิด 1 Dose ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง และวัคซีนป้องกันโรคหัด และ หัดเยอรมัน MR ชนิดผงแห้งขวดละ 10 Doses ผสมน้ำยาทำลาย 5 มิลลิลิตร ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

ระยะเวลาที่ฉีดวัคซีน จำนวน 2 ครั้งในเด็กทุกคน ครั้งแรกเริ่มที่อายุ 9 เดือน และครั้งที่ 2 ในอายุ 2 ปี ครึ่ง

ข้อห้ามการให้วัคซีน ในหญิงตั้งครรภ์เพราะจะเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ เมื่อฉีดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ควรคุมกำเนิดหลังจากนั้นนาน 28 วัน หรือถ้าให้ในหญิงตั้งครรภ์โดยบังเอิญก็ไม่ได้เป็นเหตุผลในการทำแท้ง, คนที่แพ้ Neomycin หรือ Gelatin แบบ Anaphylaxis, เด็กที่ปลูกถ่ายไขกระดูกหรือเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ, เด็กที่ติดเชื้อ HIV ที่มี CD4 น้อยกว่าร้อยละ 15 หรือมี Clinical Stage C, ผู้ที่ได้รับยา Steroid ขนาดสูง (2Mg/Kg/Day) มาแล้วมากกว่า 14 วัน, ผู้ที่ได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด, ผู้ที่แพ้ไข่ขาวแบบรุนแรง และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือบกพร่องอย่างมากจากโรค การรับการรักษาที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ ยกเว้นกลุ่ม B Cell Defect อาการที่พบหลังได้รับวัคซีน อาจมีปฏิกิริยาเฉพาะที่ ผื่นลมพิษ บริเวณที่ฉีด มีไข้ 5 -12 วันหลังฉีด หรือมีเกล็ดเลือดต่ำ

การสร้างตัวของภูมิคุ้มกัน

เข็มที่ 1 สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ 85-95 % ถ้าฉีดเมื่ออายุ 9 เดือน หากฉีดเมื่ออายุ 12 เดือนจะมีภูมิคุ้มกัน 63-95 % เข็มที่ 2 สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันป้องกันโรคได้ 96-99%

การเก็บรักษาวัคซีนก่อนและหลังเปิดใช้ :

1) ก่อนเปิดใช้ เก็บไว้ที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส ให้พ้นแสง น้ำยาทำละลายสามารถเก็บที่อุณหภูมิห้องได้ แต่เมื่อจะนำไปใช้ต้องทำให้ตัวทำละลายมีอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียสโดยการนำมาแช่ตู้เย็นอย่างน้อย 1 วัน

2) เปิดใช้แล้ว เก็บไว้ที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส ให้พ้นแสง ได้ไม่เกิน 6 ชั่วโมง
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV And IPV)

ประเภทวัคซีนมี 2 ชนิดคือชนิด OPV (Oral Poliomyelitis Vaccine) เชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (Bivalent OPV Type 1,3) เตรียมจากเชื้อไวรัสโปลิโออ่อนฤทธิ์ ซีโรทัยป์ 1 และ 3 สายพันธุ์เซบิน ให้โดยการกิน และ IPV (Inactivated Poliomyelitis Vaccine) ชนิดเชื้อตาย (Type 1, 2, 3) โดยการ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

รูปแบบวัคซีนและขนาดที่ใช้

OPV เป็นวัคซีนแบบน้ำ ใช้หยอดทางปาก ปริมาณ 2-3 หยด ขนาดบรรจุ 10 หรือ 20 Doses/ขวด

IPV เป็นวัคซีนแบบน้ำ ใช้ฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อปริมาณ 0.5 มิลลิลิตร ขนาดบรรจุ 1 หรือ 10 Doses/ขวด นอกจากนี้ IPV ยังอยู่ในรูปแบบของวัคซีนรวมอีกด้วย

ระยะเวลาที่ฉีด โดยแบบหยอด Bivalent OPV จำนวน 5 ครั้ง อายุ 2, 4, 6, 18 เดือนและ 4 ปี สามารถให้เพิ่มในช่วงที่มีการรณรงค์ได้ ไม่มีผลเสียใดๆ เมื่อหยอดแล้วเด็กอาจเจียนออกมาภายใน 5-10 นาทีให้หยอดซ้ำได้แต่ถ้าอาเจียนอีกให้รอ Dose ถัดไป สามารถหยอด OPV ในเด็กที่ติดเชื้อ HIV ได้ และ IPV ให้ตอนอายุ 4 เดือน

ข้อห้ามการให้วัคซีน OPV ในคนที่มีภูมิคุ้มกันต่ำจากโรค จากยาและการรักษาต่างๆ หรือเด็กที่มีคนในบ้านมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ให้ใช้ IPV แทน ห้ามหยอดในหญิงตั้งครรภ์และเด็กที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ให้ใช้ IPV แทนได้ และสำหรับ IPV ห้ามให้ในคนที่มีภาวะแพ้รุนแรงต่อยาปฏิชีวนะ Streptomycin, Neomycin และ Polymycin B อาการที่พบหลังได้รับวัคซีน OPV มีผลข้างเคียงน้อยมาก ส่วน IPV อาจมีปฏิกิริยาเฉพาะที่ ปวด บวม แดงหลังฉีดมีไข้

การสร้างตัวของภูมิคุ้มกัน

เมื่อได้รับ OPV 3 Doses จะมีภูมิคุ้มกันต่อทั้ง 3 Type ร้อยละ 99 สร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะที่ที่เยื่อลำคอและลำไส้ ส่วน IPV จะเกิดภูมิคุ้มกันในกระแสเลือด

การเก็บรักษาวัคซีนก่อนและหลังเปิดใช้ :

1) ก่อนเปิดใช้ วัคซีน OPV แช่ในช่องแช่แข็ง หากนำออกมาให้บริการแต่ไม่ได้เปิดใช้งานสามารถนำกลับไปแช่ในช่องแช่แข็งซ้ำได้ 5-10 ครั้ง เมื่อเปิดใช้แล้วเก็บไว้ที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียสได้ไม่เกิน 8 ชั่วโมง

2) IPV เก็บไว้ที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส เปิดใช้แล้วเก็บไว้ที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียสได้ไม่เกิน 8 ชั่วโมงเช่นเดียวกัน

วัคซีนป้องกันโรคไขสมองอักเสบเจอี (Japanese encephalitis vaccine: JE)

ประเภทวัคซีน รูปแบบวัคซีนและขนาดที่ใช้ ปัจจุบันวัคซีนไขสมองอักเสบเจอี มีใช้ทั้งชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์และเชื้อตาย มีรายละเอียด ดังนี้

1) วัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated Vaccine) เพาะเลี้ยงเชื้อในสมองหนู หรือเรียกกันว่า Mouse Brain JE มี 2 สายพันธุ์คือ Nagayama ขนาดบรรจุ 1 มิลลิลิตรต่อขวด ใช้ 0.5 มิลลิลิตร/Dose ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี และใช้ปริมาณ 1 มิลลิลิตร/Dose ในเด็กอายุมากกว่า 3 ปี และสายพันธุ์ Beijing ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมขนาดบรรจุ 0.5 มิลลิลิตรต่อขวด ใช้ 0.25 มิลลิลิตร/Dose ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี และใช้ปริมาณ 0.5 มิลลิลิตร/Dose ในเด็กอายุมากกว่า 3 ปี

2) วัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (Live Attenuated Vaccine) เพาะเลี้ยงใน Cell เพาะเลี้ยงในหนูแฮมเตอร์ มีชื่อการค้าคือ CD JE VAX และอีกชนิดหนึ่งผลิตโดยใช้เทคนิควิศวกรรมพันธุกรรม เป็น Chimeric Vaccine มีชื่อการค้าว่า IMOJEV วัคซีนในกลุ่มนี้ผลิตเป็นผงแห้งและมีน้ำยาทำละลาย ใช้แบบ Single Dose (ปัจจุบันมีการนำวัคซีน JE เชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ที่มีชื่อทางการค้าว่า THAJEV ซึ่งมีขนาดบรรจุ 2 มิลลิลิตร เมื่อผสมแล้วใช้ได้ 4 Doses)

ระยะเวลาที่ฉีด วัคซีนชนิดเชื้อตายให้ 3 ครั้ง ที่อายุ 1 ปี 1 ปี 1 เดือน (เข็มที่ 2 ห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์) และ 2 ปีครึ่ง ส่วนวัคซีนเชื้อเป็นให้ 2 ครั้ง ที่อายุ 1 ปี และ 2 ปีครึ่ง (ให้ห่างกันอย่างน้อย 3-12 เดือน)

ข้อห้ามการให้วัคซีน ในหญิงตั้งครรภ์ ในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำ เจ็บป่วยเฉียบพลัน อาการที่พบหลังได้รับวัคซีนอาจพบปวด บวมเฉพาะที่ หรือผื่นลมพิษได้

การสร้างตัวของภูมิคุ้มกัน

วัคซีนชนิดเชื้อตายจำนวน 2 ครั้งจะมีภูมิคุ้มกันร้อยละ 94 และมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคได้ร้อยละ 80-91 หากได้รับครบ 3 ครั้งจะมีภูมิคุ้มกันร้อยละ 90-100 จะคงอยู่ 3-5 ปี หากไม่ได้อยู่ในพื้นที่เสี่ยงก็ไม่จำเป็นต้องฉีดกระตุ้น และทั้งสองสายพันธุ์เกิดประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน ในส่วนของวัคซีนเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์หลังฉีดครั้งแรกประมาณ 3 เดือนระดับภูมิคุ้มกันจะขึ้นร้อยละ 95 และเมื่อได้ครั้งที่ 2 ระดับภูมิคุ้มกันจะขึ้นร้อยละ 100 การใช้วัคซีนชนิดเชื้อตายมาเป็นชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ ทำให้บางครั้งมีการให้วัคซีนทั้งสองกลุ่มในผู้รับบริการคนเดียวกัน โดยมีหลักการ ดังนี้

1) หากเริ่มเข็มแรกด้วยวัคซีนเชื้อตาย และจะมาฉีดต่อด้วยเชื้อเป็น สามารถทำได้ โดยให้ได้รับเชื้อเป็นอีก 2 ครั้งห่างกัน 3-12 เดือน

2) หากเริ่มด้วยวัคซีนเชื้อเป็น จะมาต่อด้วยวัคซีนเชื้อตายก็สามารถทำได้ โดยฉีดอีก 1 เข็มเท่านั้นโดยต้องห่างจากครั้งแรก 6-12 เดือน

การเก็บรักษาวัคซีนก่อนและหลังเปิดใช้

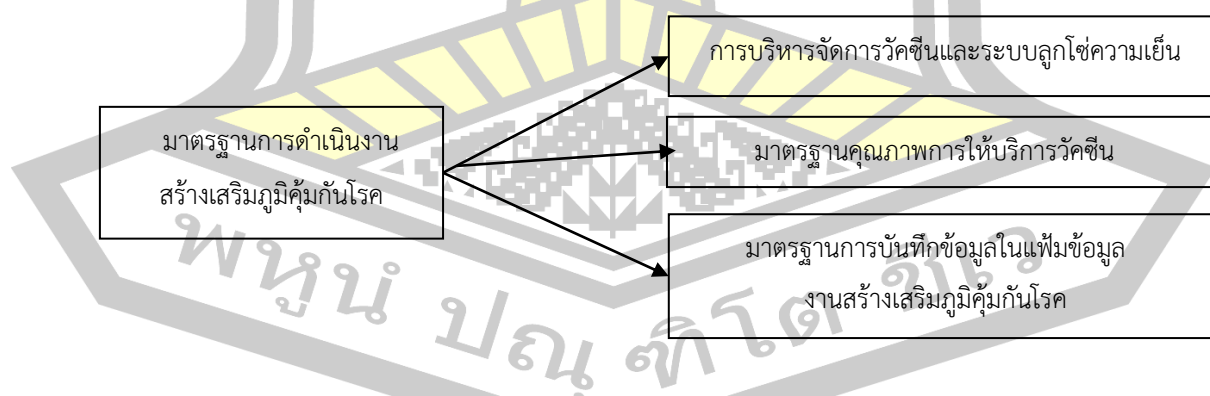
1) เก็บไว้ที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส ให้พ้นแสง ในเชื้อเป็นที่มีน้ำยาทำลายสามารถเก็บที่อุณหภูมิห้องได้

2) เมื่อจะนำไปใช้ต้องทำให้ตัวทำลายมีอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียสโดยการนำมาแช่ตู้เย็นอย่างน้อย 1 วัน เปิดใช้แล้วเก็บไว้ได้ 8 ชั่วโมง

สรุปได้ว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะในการให้บริการ และความเข้าใจที่ถูกต้อง ในเรื่องของ วัคซีนเพื่อการป้องกัน รักษา หรือลดความรุนแรงของโรค วัคซีนจะมีการตอบสนองของร่างกายที่แตกต่างกันตามแต่ละชนิดของวัคซีน การจำแนกวัคซีนตามวิธีการผลิต การให้บริการ และการจัดเก็บ เพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์

2.2 มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ด้วยสภาพการณ์ปัจจุบันภายหลังจากที่มีการปฏิรูประบบสาธารณสุข ทำให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง ขององค์กรและหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค มีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหลายด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณ ระบบการกระจายวัคซีนด้วยระบบใหม่ ระบบการนิเทศ ควบคุมกำกับประเมินผล ความหลากหลายการให้บริการมีมากขึ้นรวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของบุคลากร การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการวัคซีนเป็นอย่างมาก การนิเทศติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ให้คงรักษาระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้สามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดต่อที่มีแนวโน้มลดลงหรือหมดไปแล้วกลับมาระบาดขึ้นใหม่ จนเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศต่อไป จึงจำเป็นต้องมีการสุ่มสำรวจเพื่อเร่งรัดระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนให้ได้ตามเกณฑ์และจัดระบบการนิเทศ ติดตามประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของสถานบริการระดับต่างๆ เพื่อให้หน่วยงานเครือข่ายระดับเขต จังหวัด และอำเภอ สามารถติดตามประเมินการปฏิบัติงานเครือข่ายบริการในพื้นที่ให้ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนดเนื้อหาของมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประกอบด้วย 3 มาตรฐาน ได้แก่ 1) มาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น 2) มาตรฐานคุณภาพการให้บริการวัคซีน และ 3) มาตรฐานการบันทึกข้อมูล ในแฟ้มข้อมูลงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค



ภาพที่ 2 เนื้อหาของมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ที่มา : สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (2560)

2.2.1 มาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น การดำเนินงานบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น มีผู้รับผิดชอบ 2 ระดับ คือ ระดับคลังวัคซีนอำเภอ มีเภสัชกรของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รับผิดชอบ และระดับหน่วยบริการ มีหัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบงานของหน่วยบริการ ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการในโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งศูนย์การแพทย์ต่างๆ เป็นผู้ดำเนินงานบริหารจัดการวัคซีน

2.2.2 มาตรฐานคุณภาพการให้บริการวัคซีนหน่วยบริการที่ให้วัคซีนแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีหลายหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งศูนย์การแพทย์ต่างๆ ซึ่งในกระบวนการให้วัคซีนมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการตามมาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานคุณภาพการให้บริการวัคซีน

- 1) เตรียมกลุ่มเป้าหมายผู้มารับบริการ
- 2) คาดประมาณจำนวนผู้มารับบริการในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- 3) วิธีการให้วัคซีน
- 4) การจัดทำทะเบียนข้อมูลผู้รับบริการ
- 5) การเตรียมการเพื่อป้องกันและลดการเกิด Anaphylaxis หรือมีอาการภายหลังได้รับวัคซีน ที่รุนแรง

- 6) การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ และยาที่จำเป็นในการกักกัน

- 7) การติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับวัคซีนตามเกณฑ์

2.2.3 มาตรฐานการบันทึกข้อมูลในแฟ้มข้อมูลงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดให้สถานบริการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการตามกิจกรรมสาธารณสุขเป็นรายบุคคล (Individual Record) ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน และกำหนดให้มีการส่งฐานข้อมูล ไปรวบรวมที่คลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้ข้อมูลงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีความครบถ้วนถูกต้อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยบริการที่ให้วัคซีนแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องจัดให้มีผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามมาตรฐาน ดังนี้

- 1) รหัสวัคซีนที่ใช้ตรงตามรหัสมาตรฐานที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด

- 2) มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนทุกชนิดเป็นรายบุคคลในแฟ้ม EPI ประกอบด้วย

(1) กลุ่มเด็กแรกเกิดวัคซีนที่ต้องได้รับ BCG และ HB แรกเกิด

(2) กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนวัคซีนที่ต้องได้รับ DTP-HB, DTP, OPV, IPV, MMR และ

JE

(3) กลุ่มเด็กนักเรียน ชั้น ป.1 วัคซีนที่ต้องได้รับ MMR/MR, dT, OPV, IPV, BCG, HB และ LAJE (ขึ้นกับประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต)

(4) กลุ่มเด็กนักเรียนหญิง ชั้น ป.5 วัคซีนที่ต้องได้รับ HPV

(5) กลุ่มเด็กนักเรียน ชั้น ป.6 วัคซีนที่ต้องได้รับ dT

(6) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัคซีนที่ต้องได้รับ dT

3) ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการให้บริการให้ครบถ้วน ถูกต้อง

4) บันทึกวันนัดรับวัคซีนครั้งต่อไป

5) การติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับวัคซีนตามเกณฑ์

2.2.4 การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของสถานบริการระดับต่างๆ เพื่อให้หน่วยงานเครือข่ายระดับเขต จังหวัด และอำเภอ สามารถติดตามประเมินการปฏิบัติงานเครือข่ายบริการในพื้นที่ให้ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนด เนื้อหาของการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประกอบด้วย 3 มาตรฐาน

2.2.4.1 ประเมินมาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น

การดำเนินงานบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น มีผู้รับผิดชอบ 2 ระดับ คือ ระดับคลังวัคซีนอำเภอ มีเภสัชกรของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รับผิดชอบ และระดับหน่วยบริการ มีหัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบงานของหน่วยบริการ ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการในโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งศูนย์การแพทย์ต่างๆ เป็นผู้ดำเนินงานบริหารจัดการวัคซีน ซึ่งมีกิจกรรมที่ดำเนินการตามมาตรฐาน ดังนี้

1) การกำหนดหรือแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานการบริหารจัดการวัคซีนในระดับคลังวัคซีน มีฝ่ายเภสัชกรรมทำหน้าที่รับผิดชอบการบริหารจัดการคลังวัคซีน โดยมอบหมายให้เภสัชกรที่ได้รับการอบรม เรื่อง การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร ในกรณีเภสัชกรไม่เคยผ่านการอบรมดังกล่าว ฝ่ายเภสัชกรรมต้องให้การอบรมหรือให้คำแนะนำ ก่อนมอบหมายให้รับผิดชอบงาน มีการจัดอบรมหรือประชุมชี้แจง ผู้รับผิดชอบงานในระดับเครือข่าย 1 ครั้ง/ปี เพื่อพัฒนาเครือข่าย มีการนิเทศงานผู้รับผิดชอบงานในระดับเครือข่าย 1 ครั้ง/ปี เพื่อพัฒนาเครือข่ายในระดับหน่วยบริการ มีนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ หรือ

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษรโดยเป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรม เรื่อง การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น

2) การมีและใช้ เอกสาร/คู่มือ/หนังสือ/ตำราในการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในระดับคลังวัคซีน และหน่วยบริการ มีคู่มือ ดังนี้

(1) มาตรฐานการดำเนินงาน ด้านคลังและการเก็บรักษาวัคซีน ปี 2556 หรือ คู่มือการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ปี 2554

(2) ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2556

(3) หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปี 2558

3) การเบิกและรับ-จ่ายวัคซีน

ในระดับคลังวัคซีนการเบิกวัคซีน ผ่านระบบ VMI เดือนละครั้ง ตามกำหนดเวลา การตรวจรับวัคซีนที่องค์การเภสัชกรรม (GPO) จัดส่งให้ตามรายการ ดังนี้

(1) รถยนต์มีหลังคา และกล่องโฟมอยู่ในสภาพดี

(2) ส่งถึงตามวันและเวลาที่ระบุไว้หน้ากล่อง

(3) วัคซีนส่งมาในอุณหภูมิตามที่ระบุไว้หน้ากล่อง

(4) ชองน้ำแข็ง (Ice Pack) / Gel Pack ยังละลายไม่หมด

(5) จำนวนวัคซีน เลขที่ผลิตและวันหมดอายุครบถ้วนและตรงตามที่ระบุในใบนำส่งวัคซีน

(6) ไม่มีวัคซีนแตกเสียหาย

(7) เครื่องหมาย VVM ที่อยู่ข้างขวดวัคซีนบางชนิดยังมีสีในสี่เหลี่ยมอ่อนกว่าสีในวงกลมที่อยู่ล้อมรอบ

เมื่อตรวจรับวัคซีนแล้ว ให้นำวัคซีนเข้าสู่เย็นทันที ถ้ามีปัญหาในการตรวจรับวัคซีนต้องรีบแจ้งองค์การเภสัชกรรมตามแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด การจ่ายวัคซีนฝ่ายเภสัชกรรมต้องตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของใบเบิกของหน่วยบริการ (แบบฟอร์ม ว. 3/1) ก่อนจ่ายวัคซีน โดย กรอกข้อมูลในใบเบิก ครบถ้วนทุกช่อง คำนวนจำนวนที่ขอเบิก และอัตราสูญเสียได้ถูกต้อง และความสอดคล้องของปริมาณการเบิกและการใช้วัคซีน โดยพิจารณาจากจำนวนเป้าหมายการเบิกวัคซีนใกล้เคียงกับจำนวนผู้รับบริการ

ในระดับหน่วยบริการ การเบิกวัคซีนต้องจัดทำใบเบิกวัคซีนตามแบบฟอร์ม ว. 3/1 ที่กำหนดให้ โดยกรอกข้อมูลการเบิกวัคซีน และการใช้ในเดือนที่ผ่านมา ครบถ้วนทุกช่อง คำนวน ความต้องการใช้วัคซีนและอัตราการสูญเสียที่เกิดขึ้นจริง ได้ถูกต้อง และส่งใบเบิกให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือฝ่ายเภสัชกรรมก่อนมารับวัคซีนอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เพื่อให้ฝ่ายเภสัชกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของใบเบิกก่อนจ่ายวัคซีน การรับวัคซีนต้องนำกระติก

หรือกล่องโฟมที่ อยู่ในสภาพดี ต้องตรวจสอบจำนวนวัคซีน เลขที่ผลิตและวันหมดอายุครบถ้วนและตรงตามที่ระบุในใบนำส่งหรือใบเบิกวัคซีน ไม่มีวัคซีนแตกเสียหาย

4) การจัดทำทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน

ในระดับคลังวัคซีน ต้องมีการจัดทำทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน โดยจำแนกตามรายชนิดวัคซีน และระบุเลขที่วัคซีน (Lot. No.) และวันหมดอายุให้ครบถ้วนถูกต้อง ตามหลัก First Expire First Out (FEFO) ควรลงบันทึกการจ่ายวัคซีน แยกเป็นรายหน่วยบริการ พร้อมทั้งบันทึกเลขที่วัคซีนทุก Lot. No. และวันหมดอายุ ทุกครั้งที่สิ้นสุดการจ่ายวัคซีนต้องสำรวจ ยอดคงคลังของวัคซีนเป็นปัจจุบัน โดยจำแนกเป็นรายเลขที่วัคซีน (Lot. No.) และวันหมดอายุ ได้ถูกต้อง

ในระดับหน่วยบริการ ต้องมีการจัดทำทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน โดยจำแนกตามรายชนิดวัคซีน และระบุเลขที่วัคซีน (Lot. No.) และวันหมดอายุ ให้ครบถ้วนถูกต้อง ตามหลัก First Expire First Out (FEFO) มีการลงบันทึกการจ่ายวัคซีน โดยระบุเป็นรายเลขที่วัคซีน (Lot. No.) และวันหมดอายุ หลังสิ้นสุดการให้บริการต้องมีการสรุปยอดคงคลังของวัคซีน เป็นปัจจุบัน โดยจำแนกเป็นรายเลขที่วัคซีน (Lot. No.) และวันหมดอายุได้ถูกต้อง

5) การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ระบบลูกโซ่ความเย็น

ในระดับคลังวัคซีน ต้องมีตู้เย็นเก็บวัคซีนโดยเฉพาะอย่างน้อย 1 ตู้ ที่มีลักษณะ ดังนี้

- (1) ตู้เย็นชนิด 2 ประตู ฝาประตูทึบแสง แยกช่องแช่แข็งและช่องอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส
 - (2) ขนาดความจุไม่ต่ำกว่า 18 คิว (หรือมีตู้เย็นชนิด 2 ประตู มากกว่า 1 ตู้ ที่มีความจุรวมกัน ไม่ต่ำกว่า 18 คิว)
 - (3) ตู้เย็นชนิดประตูเดียว ฝาประตูเป็นกระจกโปร่งแสง มีเอกสารรับรองจากผู้ผลิตว่าเป็น Pharmaceutical Refrigerator หรือ มีคุณสมบัติ รักษาอุณหภูมิได้ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส กรณีไฟฟ้าดับสามารถรักษาอุณหภูมิได้ไม่ต่ำกว่า 3 ชั่วโมง
 - (4) โครงสร้างสแตนเลส หรือ อลูมิเนียมแข็ง ฉนวนกันความร้อนมีความหนาไม่ต่ำกว่า 30 มิลลิเมตร และขอบกระจกซีลด้วยยางหนาไม่ต่ำกว่า 5 มิลลิเมตร
- กระติกวัคซีนใบใหญ่ อย่างน้อย 1 ใบ ที่มีลักษณะ ดังนี้

- (1) มีความหนาของฉนวนไม่ต่ำกว่า 30 มิลลิเมตร ปริมาตรความจุภายในไม่ต่ำกว่า 20 ลิตร
- (2) ไม่มีรอยแตกทั้งด้านในและด้านนอก สะอาดฝากระติกปิดล็อกได้สนิท
- (3) รักษาอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส อย่างน้อย 24 ชั่วโมง

ชั่วโมง

กล่องโคมไฟใหญ่ อย่างน้อย 1 ใบ ที่มีลักษณะ ดังนี้

(1) มีความหนาของฉนวนไม่ต่ำกว่า 25 มิลลิเมตร ปริมาตรความจุภายใน
ไม่ต่ำกว่า 20 ลิตร

(2) ไม่มีรอยแตกทั้งด้านในและด้านนอก สะอาด ฝาปิดได้สนิท

(3) รักษาอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส อย่างน้อย
24 ชั่วโมง

กระติกวัคซีนใบเล็ก ที่มีลักษณะ ดังนี้

(1) มีความหนาของฉนวนไม่ต่ำกว่า 30 มิลลิเมตร ปริมาตรความจุที่เก็บ
วัคซีน ประมาณ 1.7 ลิตร

(2) ไม่มีรอยแตกทั้งด้านในและด้านนอก สะอาด ฝากระติกปิดล็อกได้สนิท

(3) สามารถบรรจุของน้ำแข็งได้พอดีครบ 4 ด้าน

(4) รักษาอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส อย่างน้อย 24
ชั่วโมง

จำนวนกระติกที่ต้องสำรองเพื่อทดแทนหน่วยบริการลูกข่ายดังนี้

(1) หน่วยบริการลูกข่ายไม่เกิน 15 แห่งจำนวนกระติกอย่างน้อย 1 ใบ

(2) หน่วยบริการลูกข่ายมากกว่า 15 แห่งจำนวนกระติกอย่างน้อย 2 ใบ

ของน้ำแข็ง (Icepack) หรือ Gel pack พร้อมใช้งาน อย่างน้อย 12 อันเทอร์โมมิเตอร์ที่มีการสอบ
เทียบแล้ว ปีละ 1 ครั้ง อย่างน้อย 1 อัน

ในระดับหน่วยบริการต้องมีตู้เย็นเก็บวัคซีนโดยเฉพาะ จำนวน 1 ตู้ ที่มี
ลักษณะ ดังนี้

(1) ขนาดความจุไม่ต่ำกว่า 5 คิว ฉนวนกันความร้อนหนาไม่น้อยกว่า 30
มิลลิเมตร

(2) ตู้เย็นชนิด 1 หรือ 2 ประตูฝาประตูทึบแสง แยกระหว่างช่องแช่
แข็งและช่องอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส

หมายเหตุ หากนำวัคซีนที่เหลือจากการให้บริการไปเก็บไว้ในตู้เย็นของฝ่าย
เภสัชกรรม ตู้เย็นนั้นต้องเป็นไปตามมาตรฐานฯ โดยมีการต้องแยกเก็บวัคซีนไว้ต่างหาก และจัดเรียง
วัคซีนได้ถูกต้อง

กระติก จำนวน 1 ใบ ที่มีลักษณะ ดังนี้

(1) มีความหนาของฉนวนไม่ต่ำกว่า 30 มิลลิเมตร

(2) ปริมาตรความจุที่เก็บวัคซีน ไม่น้อยกว่า 1.7 ลิตร

(3) ไม่มีรอยแตกทั้งด้านในและด้านนอก สะอาด ฝากระดิกปิดล็อกได้

สนิท

(4) สามารถบรรจุของน้ำแข็งได้พอดีครบ 4 ด้าน

(5) รักษาอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส อย่างน้อย

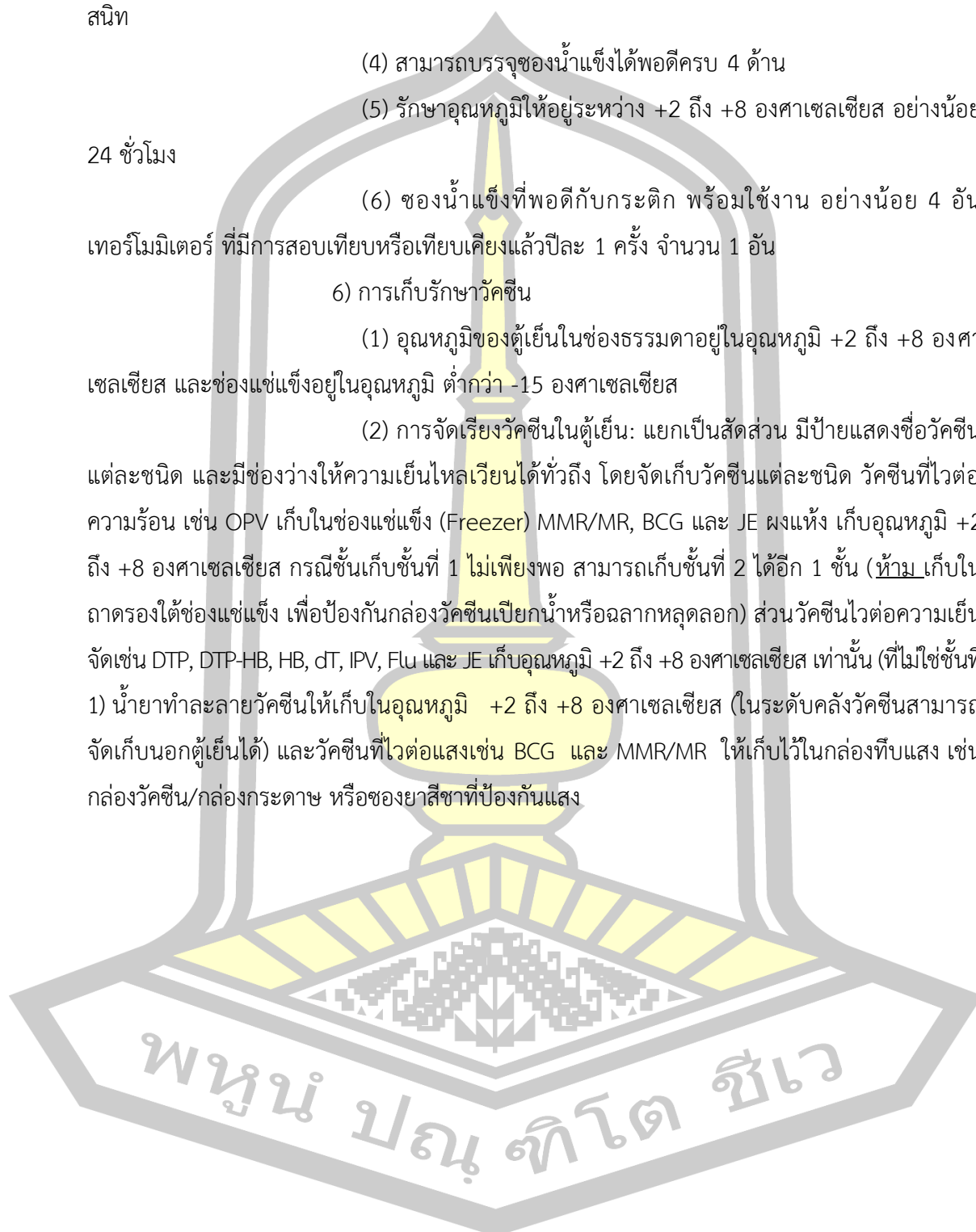
24 ชั่วโมง

(6) ซองน้ำแข็งที่พอดีกับกระดิก พร้อมใช้งาน อย่างน้อย 4 อัน
เทอร์โมมิเตอร์ ที่มีการสอบเทียบหรือเทียบเคียงแล้วปีละ 1 ครั้ง จำนวน 1 อัน

6) การเก็บรักษาวัคซีน

(1) อุณหภูมิของตู้เย็นในช่องธรรมดาอยู่ในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส และช่องแช่แข็งอยู่ในอุณหภูมิ ต่ำกว่า -15 องศาเซลเซียส

(2) การจัดเรียงวัคซีนในตู้เย็น: แยกเป็นสัดส่วน มีป้ายแสดงชื่อวัคซีนแต่ละชนิด และมีช่องว่างให้ความเย็นไหลเวียนได้ทั่วถึง โดยจัดเก็บวัคซีนแต่ละชนิด วัคซีนที่ไวต่อความร้อน เช่น OPV เก็บในช่องแช่แข็ง (Freezer) MMR/MR, BCG และ JE พงแห้ง เก็บอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส กรณีชั้นเก็บชั้นที่ 1 ไม่เพียงพอ สามารถเก็บชั้นที่ 2 ได้อีก 1 ชั้น (ห้าม เก็บในถาดรองใต้ช่องแช่แข็ง เพื่อป้องกันกล่องวัคซีนเปียกน้ำหรือฉลากหลุดลอก) ส่วนวัคซีนไวต่อความเย็นจัดเช่น DTP, DTP-HB, HB, dT, IPV, Flu และ JE เก็บอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส เท่านั้น (ที่ไม่ใช่ชั้นที่ 1) นำยาทำลายวัคซีนให้เก็บในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส (ในระดับคลังวัคซีนสามารถจัดเก็บนอกตู้เย็นได้) และวัคซีนที่ไวต่อแสงเช่น BCG และ MMR/MR ให้เก็บไว้ในกล่องทึบแสง เช่น กล่องวัคซีน/กล่องกระดาก หรือซองยาสีชาที่ป้องกันแสง





ภาพที่ 3 ผังการวางวัคซีนในตู้เย็น
ที่มา : สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (2560)

(3) การเก็บรักษาวัคซีนในขณะที่ให้บริการ ควรให้บริการในที่ร่ม เก็บวัคซีนในกระติกหรือกล่องโฟมที่มีอุณหภูมิอยู่ในช่วง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส วางขวดวัคซีนให้ตั้งตรง ห้ามวางขวดวัคซีนสัมผัสกับ icepack หรือน้ำแข็งโดยตรง ดูดวัคซีนใส่ไซริงค์แล้วให้บริการทันที ห้ามเตรียมไว้เป็นจำนวนมาก ห้ามมีเข็มปักคาขวดวัคซีน ในระหว่างที่รอให้บริการ วัคซีนเชื้อเป็นชนิดผงแห้งที่ผสมน้ำยาละลายแล้ว ต้องเก็บไว้ในตู้เย็น

(4) ปริมาณวัคซีนคงคลังในแต่ละระดับ ในระดับคลังวัคซีนควรมีวัคซีนแต่ละชนิดคงคลังไม่เกิน 2 เดือน หลังจ่ายให้หน่วยบริการ ส่วนระดับหน่วยบริการควรมีวัคซีนแต่ละชนิดคงเหลือไม่เกิน 1 เดือน หลังให้บริการ

7) การควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น

(1) ตรวจสอบอุณหภูมิเช้า (8.30 – 9.30 น.) และเย็น (15.30 – 16.30 น.) อย่างต่อเนื่องทุกวัน และควบคุมให้อยู่ในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส หรือ ในวันหยุดราชการมีระบบแจ้งเตือนตลอดเวลา

(2) บันทึกอุณหภูมิที่ตรวจสอบให้ถูกต้องตามความเป็นจริง และเก็บไว้เพื่อตรวจสอบการทำงานของตู้เย็นไม่น้อยกว่า 6 เดือน

8) การดูแล บำรุงรักษา อุปกรณ์ระบบลูกโซ่ความเย็น

(1) ตู้เย็น ควรทำความสะอาดรอบนอกตู้เย็น และขอบยางฝาตู้เย็นไม่ให้มีเชื้อราเกาะติด วางตู้เย็นตั้งตรงและห่างจากฝาผนังแต่ละด้านไม่ต่ำกว่า 6 นิ้ว ประตูตู้เย็นปิดสนิท ป้องกันไม่ให้ความเย็นออก ตรวจสอบโดยใช้กระดาษ A4 สอดเข้าไป แล้วปิดฝาตู้ หากสามารถดึงกระดาษออกได้ แสดงว่า ขอบยางเสื่อมและอาจทำให้ฝาตู้เย็นปิดไม่สนิท ปลั๊กตู้เย็นมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น มี Breaker เฉพาะของตู้เย็น หรือ ตู้เย็นใช้เต้าเสียบชนิดเดียว (ไม่ใช่ปลั๊กต่อพ่วง) พ้นเทพกาวปิดทับปลั๊กตู้เย็นให้แน่น กรณีตู้เย็นใช้หลายเต้าเสียบ (ไม่ใช่ปลั๊กต่อพ่วง) และใช้เทพกาวปิดทับปลั๊กตู้เย็นวัคซีน สำหรับช่องเสียบปลั๊กที่เหลือสามารถใช้กับตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์อื่นได้ การละลายน้ำแข็งในช่องแช่แข็ง เมื่อเกาะหนาเกิน 5 มิลลิเมตร ต้องใส่ขวดน้ำที่มีฝาปิด (ปริมาณน้ำไม่ต่ำกว่า 3 ใน 4 ของขวด) หรือ Gel Pack ไว้ให้เต็มช่องแช่แข็งหรือฝาประตูตู้เย็น เพื่อเก็บรักษาอุณหภูมิตู้เย็นให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

(2) กระจกหรือกล่องโฟม ต้องล้างให้สะอาด และตากไว้ในที่ร่ม เมื่อแห้งสนิทแล้วให้เก็บไว้ในที่ร่มให้เรียบร้อย หมั่นตรวจสอบรอยแตกร้าว ถ้ามีจะส่งผลต่อการเก็บรักษาอุณหภูมิไม่อยู่ในช่วง +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส ต้องจัดหาใหม่

(3) ช่องน้ำแข็งต้องเก็บในช่องแช่แข็งเพื่อหมุนเวียนออกไปใช้ เมื่อส่งกลับมา ให้ตรวจสอบรอยแตกร้าว ไม่รั่วซึม ปริมาณน้ำในช่องน้ำแข็ง ต้องไม่มากกว่าระดับ ที่กำหนด เพราะน้ำที่แข็งตัวจะขยายออกจนทำให้แตกร้าวได้

(4) เทอร์โมมิเตอร์ ต้องมีแขวนหรือวางไว้ชั้นกลางตู้เย็น บริเวณที่เก็บวัคซีนที่ไวต่อความเย็นจัดมากที่สุด (HB และ DTP-HB) ระวังอย่าให้หลุดหรือหล่นกระแทกพื้นตู้เย็นหรือพื้นห้อง เมื่อเวลาเปิด-ปิด ตู้เย็น ต้องมีการสอบเทียบหรือเทียบเคียงกับเทอร์โมมิเตอร์มาตรฐานแล้ว ปีละ 1 ครั้ง

9) การเตรียมความพร้อมรับมือเหตุฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น

(1) การจัดทำแผนเตรียมความพร้อม (กรณีไฟฟ้าดับหรือตู้เย็นเสีย) มีแผนเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น, ผังควบคุมกำกับการปฏิบัติงานกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ติดไว้ในที่มองเห็นชัด (ควรระบุชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของผู้รับผิดชอบในผังด้วย), ซ้อมเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น โดยการฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ (Table Top Exercise) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

(2) เครื่องปั่นไฟฟ้าสำรอง ในระดับคลังวัคซีนที่มีเครื่องปั่นไฟฟ้าสำรอง ต้องมีการทดสอบการใช้งานเครื่องปั่นไฟ อย่างน้อย 1 ครั้ง/ สัปดาห์ พร้อมทั้งตรวจสอบ ซ่อมบำรุงระบบไฟฟ้าสำรอง อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี กรณีไฟฟ้าดับเครื่องปั่นไฟฟ้าสำรองไม่สามารถใช้งานได้ภายใน 3 ชั่วโมง ให้ย้ายวัคซีนทั้งหมดไปเก็บไว้ในกระจกหรือกล่องโฟมที่มีอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศา

เซลเซียส สำหรับในระดับคลังวัคซีนหรือหน่วยบริการที่ไม่มีเครื่องปั่นไฟฟ้าสำรองให้ดำเนินการตามขั้นตอนแต่ละกรณี กรณีไฟฟ้าดับไม่เกิน 3 ชั่วโมง ให้ปิดประตูตู้เย็นไว้ ห้ามเปิดตู้แช่ขาด ติดต่อบริษัทการไฟฟ้าว่าจะจ่ายกระแสไฟฟ้าได้ภายใน 3 ชั่วโมงหรือไม่ หรือกรณีไฟฟ้าดับเกิน 3 ชั่วโมง ให้รีบดำเนินการย้ายวัคซีนทั้งหมดไปเก็บไว้ในกระติกหรือกล่องโฟม ที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส

(3) กรณีตู้เย็นเก็บวัคซีนเสียให้รีบย้ายวัคซีนทั้งหมดไปเก็บไว้ในตู้เย็นอื่นหรือกระติกหรือกล่องโฟมที่มีอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส แล้วดำเนินการแจ้งซ่อม, จัดหาใหม่ หรือนำวัคซีน ไปฝากไว้ที่สถานบริการใกล้เคียง

2.2.4.2 ประเมินมาตรฐานคุณภาพการให้บริการวัคซีน

หน่วยบริการที่ให้วัคซีนแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีหลายหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งศูนย์การแพทย์ต่างๆ ซึ่งในกระบวนการให้วัคซีนมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการตามมาตรฐาน ดังนี้

1) เตรียมกลุ่มเป้าหมายผู้มารับบริการ มีระบบการนัดกลุ่มเป้าหมายที่มารับวัคซีน (ทั้งในและนอกพื้นที่ที่รับผิดชอบ) เช่น การเตือนผู้ปกครองผ่านทาง หอกระจายข่าว มีรายชื่อให้ อสม. ช่วยนัด มีบัตรนัด เป็นต้น

2) คาดประมาณจำนวนผู้มารับบริการในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

(1) ประมาณการจำนวนเป้าหมายที่นัดหมายมารับวัคซีนโดยใช้แหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่บันทึกข้อมูลการนัดหมายมารับวัคซีน, บัญชีรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่นัดหมายทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่รับผิดชอบ, ทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมาย (แบบ 0119 รบ 1 ก/3) และบัญชีรายชื่อผู้รับบริการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในนักเรียน

(2) คาดประมาณกลุ่มเป้าหมายรายใหม่ที่สามารถรับบริการ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยผู้มารับบริการรายใหม่ 3 เดือนย้อนหลัง

(3) รวบรวมเป็นข้อมูลจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่จะต้องให้บริการ

3) วิธีการให้วัคซีน การให้วัคซีนแต่ละชนิดมีวิธีการให้ถูกต้อง ตามเทคนิค ขนาดวัคซีนต่อโดส ขนาดไซริงค์และเข็มที่ใช้

4) การจัดทำทะเบียนข้อมูลผู้รับบริการ

(1) บันทึกชื่อ นามสกุล อายุ ที่อยู่ ชนิด และ ครั้งที่ได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย

(2) บันทึกเลขที่วัคซีน (Lot. No.) และลำดับขวดวัคซีนของผู้รับบริการในแต่ละราย เพื่อใช้ในการตรวจสอบและติดตามอาการของผู้รับวัคซีนที่ได้ร่วมขวด ร่วม Lot เดียวกับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหลังได้รับวัคซีน

5) การเตรียมการเพื่อกู้ชีพเบื้องต้นแก่ผู้รับวัคซีนกรณีเกิด Anaphylaxis หรือมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง

(1) การเตรียมการเพื่อกู้ชีพเบื้องต้นแก่ผู้รับวัคซีนกรณีเกิด Anaphylaxis หรือมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง เช่น ผู้ฉีดวัคซีนต้องผ่านการอบรมวิธีการกู้ชีพเบื้องต้นอย่างน้อยทุก 3 ปี มีการจัดเตรียมสถานที่ให้ผู้รับวัคซีนนั่งรอภายหลังได้รับวัคซีน แจ้งข้อมูลอาการภายหลังรับวัคซีนที่อาจเกิดขึ้นแก่ ผู้รับวัคซีนหรือผู้ปกครองเด็กที่มารับวัคซีน ต้องให้ผู้รับวัคซีนนั่งรอเพื่อสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที ภายหลังได้รับวัคซีน ต้องมีแผน/ผังช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับวัคซีนกรณีเกิด anaphylaxis หรือมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โดยเฉพาะในส่วนของ การดูแลระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต และต้องมีแผน/ผังกำกับการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ พร้อมทั้งสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ภายใน 15 นาทีหลังเริ่มมีอาการและได้รับการช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น

(2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะ Anaphylaxis หลังได้รับวัคซีน Anaphylaxis เป็นปฏิกิริยารุนแรงที่เกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างรวดเร็วหลังจากได้รับสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการแพ้ อย่างรุนแรง ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนได้รับการรักษา ภาวะ Anaphylaxis ที่เกิดภายหลังการได้รับวัคซีน ระยะเวลาที่เกิดและความรุนแรงแตกต่างกันได้มากยิ่งเกิดเร็วจะรุนแรงมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดอาการหลังจากที่ได้รับวัคซีนในเวลาเป็นนาที แต่บางรายอาจแสดงอาการหลังได้รับวัคซีนไปแล้วหลายชั่วโมง โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการทางผิวหนังร่วมกับอาการทางระบบทางเดินหายใจ หรือมีอาการแสดงผิดปกติของร่างกาย 2 ระบบขึ้นไป ซึ่งได้แก่ 1) ระบบผิวหนัง 2) ระบบทางเดินหายใจ 3) ระบบไหลเวียนโลหิต 4) ระบบทางเดินอาหาร

ก่อนให้วัคซีนควรถามประวัติการแพ้ หากทราบว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนเคยมีประวัติแพ้ส่วนประกอบในวัคซีนหรือวัคซีนและมีอาการผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตภายหลังได้รับวัคซีน ต้องนึกถึงภาวะ Anaphylaxis และให้การรักษารอบอย่างรีบด่วนด้วย Adrenaline สำหรับอาการแพ้ที่แสดงออกทางผิวหนังเพียงอย่างเดียวแบบไม่รุนแรง ได้แก่ อาการคันผิวหนัง ผื่นแดงตามตัว ลมพิษ และเยื่อบุตา ปาก จมูกบวม ไม่ทำให้เกิดอันตราย สามารถรักษาได้ด้วยยา Antihistamine แต่หากมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องพิจารณาถึงการให้ยา Adrenaline ซึ่งเป็นยาหลัก ที่ใช้รักษาภาวะ Anaphylaxis

6) การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ และยาที่จำเป็นในการกู้ชีพ ที่จำเป็น ดังนี้

- (1) Ambu Bag สำหรับเด็ก และผู้ใหญ่
- (2) Oxygen Face Mask สำหรับเด็ก และผู้ใหญ่
- (3) Set IV Fluid สำหรับเด็ก และผู้ใหญ่
- (4) Normal Saline หรือ Ringer's lactate
- (5) Adrenaline (ก่อนฉีดทุกครั้งต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ก่อน)

(6) Endotracheal Tube (ท่อช่วยหายใจ) สำหรับเด็ก และผู้ใหญ่อย่างน้อย

(7) Laryngoscope สำหรับเด็ก และผู้ใหญ่

7) การติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับวัคซีนตามเกณฑ์

(1) มีทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นปัจจุบัน

(2) มีการบันทึกวันที่กลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนทั้งที่ได้รับจากสถานบริการตนเองและสถานบริการอื่น

(3) มีระบบติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มารับวัคซีนตามนัด

2.2.4.3 มาตรฐานการบันทึกข้อมูลในแฟ้มข้อมูลงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดให้สถานบริการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการตามกิจกรรมสาธารณสุขเป็นรายบุคคล (Individual Record) ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน และกำหนดให้มีการส่งฐานข้อมูล ไปรวบรวมที่คลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้ข้อมูลงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีความครบถ้วนถูกต้อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยบริการที่ให้วัคซีนแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องจัดให้มีผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามมาตรฐาน ดังนี้

- 1) การบันทึกข้อมูลในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- 2) รหัสวัคซีนที่ใช้ตรงตามรหัสมาตรฐานที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด
- 3) มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนทุกชนิดเป็นรายบุคคลในแฟ้ม EPI
- 4) ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการให้บริการให้ครบถ้วน ถูกต้อง เช่น Print Out

รายงานมาตรวจสอบ กับทะเบียนให้บริการ หรือตรวจสอบจาก Family Folder เปรียบเทียบกับข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

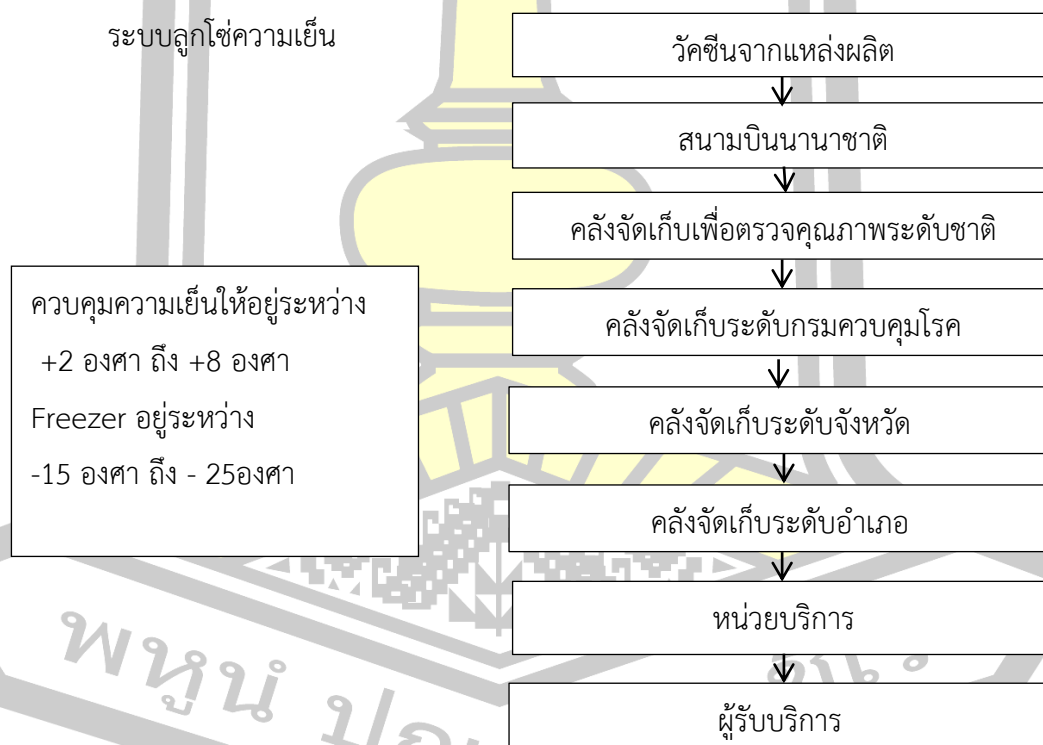
- 5) บันทึกวันนัดรับวัคซีนครั้งต่อไป
- 6) ในกรณีที่ผู้รับวัคซีนไม่มาตามนัด ให้บันทึกเลื่อนนัดเพื่อรับวัคซีนครั้งต่อไป
- 7) เมื่อบันทึกข้อมูลผู้รับบริการวัคซีนครบทุกคนแล้วให้ Print Out รายงาน
- 8) บันทึกรายละเอียดผู้รับวัคซีนในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีนจากสถานบริการอื่น มาลงในคอมพิวเตอร์โดยบันทึกสถานที่รับวัคซีนในช่อง “ที่อื่น”
- 9) การติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับวัคซีนตามเกณฑ์

สรุปได้ว่า การให้บริการวัคซีน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ในเรื่องของวัคซีน ทักษะในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น และลดความสูญเสียวัคซีนโดยไม่จำเป็น ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดความรู้ แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

2.3 ระบบควบคุมคุณภาพของการรักษาวัคซีนด้วยระบบลูกโซ่ความเย็น

ด้วยเหตุที่วัคซีนไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ โดยอุณหภูมิที่สูงขึ้นจะทำความแรง (Potency) วัคซีนลดลงเร็วขึ้น และวัคซีนบางชนิดจะสูญเสียความแรงทันที ถ้าอยู่ในอุณหภูมิที่ทำให้แข็งตัว (Freezing) วัคซีนเสื่อมสภาพ จะทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการป้องกันโรค และอาจทำให้เกิดไข้บริเวณที่ฉีดมีการนำวัคซีนที่เสื่อมสภาพจากความเย็นจัดไปให้บริการ ดังนั้น เพื่อให้วัคซีนคงคุณภาพดี ตั้งแต่ผู้ผลิตจนถึงผู้รับบริการ จึงต้องมีระบบที่จะทำให้วัคซีนอยู่ในอุณหภูมิที่ถูกต้องเหมาะสมตลอดเวลาทั้งในขณะจัดเก็บและขนส่งวัคซีน ซึ่งเรียกว่าระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold Chain System) ระบบนี้จะประกอบไปด้วยการจัดเก็บและการขนส่งที่ต้องเชื่อมต่อกัน



ภาพที่ 4 ผังการขนส่งวัคซีน
ที่มา : สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (2560)

องค์การอนามัยโรคได้กำหนดเกณฑ์ ในการบริหารจัดการคลังวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

- 1) วิธีการปฏิบัติก่อนนำเข้าและการนำเข้าของวัคซีนที่ทำให้มั่นใจในการนำเข้าวัคซีนทุกครั้ง เมื่อมีการรับวัคซีนที่ส่วนคลังในส่วนกลาง
- 2) วัคซีนทุกชนิดถูกจัดเก็บในช่วงอุณหภูมิที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ
- 3) คลังวัคซีนมีความจุเพียงพอตามความต้องการ
- 4) มีอาคาร อุปกรณ์ในระบบลูกโซ่ความเย็น และการขนส่ง ที่ทำให้คลังวัคซีนมีการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) อาคาร อุปกรณ์ และการขนส่งมีการบำรุงรักษาอย่างถูกต้อง
- 6) การบริหารจัดการวัคซีนคงคลังที่มีประสิทธิภาพ
- 7) การส่งวัคซีนถึงคลังในระดับถัดไปอย่างถูกต้อง เพียงพอ และทันเวลา
- 8) การกระจายวัคซีนมีความเสียหายเกิดขึ้นน้อยที่สุด
- 9) มีการดำเนินการตามมาตรฐานวิธีการปฏิบัติงานของคลังวัคซีน
- 10) มีบุคลากรและงบประมาณที่เพียงพอ

สรุปได้ว่า การควบคุมคุณภาพของการรักษาวัคซีนด้วยระบบลูกโซ่ความเย็น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ในเรื่องระบบลูกโซ่ความเย็น เพื่อประกันคุณภาพ ของ วัคซีน ว่า จะสามารถมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค และลดความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดความรู้ แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เพื่อให้สอดคล้องกับ กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

2.4 แนวคิดทฤษฎีการสร้างเครือข่าย

ลักษณะของเครือข่ายที่จะทำงานร่วมกันนั้น จะพิจารณาได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่าจะสนใจ ศึกษาในประเด็นใดบ้าง ประเด็นที่น่าสนใจในงานวิจัยครั้งนี้

2.4.1 ความหมายของเครือข่าย

คำว่า “เครือข่าย” มีความหมายที่หลากหลาย ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กาญจนา แก้วเทพ (2538) ได้อธิบายถึง เครือข่าย หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการประสานงานของบุคคล กลุ่ม หรือองค์กรหลายๆ องค์กรที่ต่างก็มีทรัพยากรของตนเอง มีเป้าหมาย มีวิธีการทำงานและมีกลุ่มเป้าหมายของตนเอง บุคคล หรือกลุ่มคนเหล่านี้ได้เข้ามาประสานงานกันเป็นระยะเวลานานพอสมควร แม้อาจจะไม่มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอก็ตาม แต่ก็มี การวางฐานเอาไว้ เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความต้องการที่จะขอความช่วยเหลือหรือขอความร่วมมือจากกลุ่มอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สามารถติดต่อได้ ในการเข้าร่วมเป็นองค์กรเครือข่ายจะมีบางสิ่งบางอย่างร่วมกัน เช่น เป้าหมายการทำงานร่วมกัน มีผลประโยชน์ร่วมกัน องค์กรเหล่านี้ก็คงความเป็นเอกเทศอยู่ เพราะว่าการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายเป็นการเข้าร่วมเพียงบางส่วนขององค์กรเท่านั้น

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) ได้อธิบายไว้ว่า “เครือข่าย” หมายถึง การที่ปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันใดๆ ได้ตกลงประสานเชื่อมโยงเข้าหากัน ภายใต้วัตถุประสงค์หรือข้อตกลงบางอย่างได้อย่างหนึ่งร่วมกันเป็นระบบ

ชนิษฐา กาญจนรังสสินท์ (2547) ได้อธิบายไว้ว่า “เครือข่าย” คือ กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดรูปแบบหรือโครงสร้าง โดยคนหรือองค์กรสมาชิกยังมีความเป็นอิสระ ในความหมายนี้ในสาระสำคัญคือความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ กิจกรรมที่ทำในเครือข่ายต้องมิลักษณะเท่าเทียมหรือแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน และการเป็นสมาชิกเครือข่ายไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอิสระหรือเป็นตัวของตัวเองของคนหรือองค์กรนั้นๆ

สรุปได้ว่า เครือข่ายเป็นการเชื่อมโยงบุคคล กลุ่ม องค์กร ที่มีแนวคิด เป้าหมาย วิธีการทำงานกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน หรือสนใจมาร่วมกัน เพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและกันเป็นการพัฒนาความรู้ให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น หรือร่วมกันให้เกิดพลัง โดยมีการดำเนินงานภายใต้เป้าหมายและร่วมกันทำให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่าย โดยที่สมาชิกเครือข่ายทุกคนสมัครใจในการสร้างเครือข่ายการทำงานเป็นวิธีการทำงานที่ได้รับความนิยมทั้งในภาคธุรกิจและในการทำงานเชิงพัฒนาสังคม ซึ่งในโลกธุรกิจนั้น แนวความคิดของระบบเครือข่ายได้เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2513 โดยเริ่มจากธุรกิจของการจัดหางานทำและการสรรหาบุคคลที่เหมาะสม สำหรับในทางสังคมวิทยา

2.4.2 การสร้างเครือข่าย

การสร้างเครือข่าย หมายถึง การทำให้มีการติดต่อและการสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ ในทัศนะของ Starkey การสร้างเครือข่ายควรสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์อันที่เพื่อนที่ต่างก็มีความเป็นอิสระ มากกว่าทำให้เกิดการคับคั่งสมาคมแบบฟุ้งเฟ้อ นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายต้องไม่ใช้การสร้างระบบติดต่อเผยแพร่ข่าวสารแบบทางเดียว เช่น การถ่ายทอดข่าวสารทางสื่อสารมวลชน

การส่งนิตยสารจดหมายข่าวให้กับสมาชิกเหล่านี้ไม่ใช่เครือข่ายเครื่องมือของการสื่อสารมวลชนอาจนำมาใช้ในเครือข่ายได้ แต่การใช้เครื่องมือเหล่านี้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเรียกได้ว่าเป็นการสร้างเครือข่าย ดังนั้นเครือข่ายจึงไม่ใช่การส่งจดหมายข่าวไปให้สมาชิกตามรายชื่อเท่านั้น แต่ต้องมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน

2.4.3 ความจำเป็นที่ต้องมีเครือข่าย

เครือข่ายในการพัฒนาจะไม่จำเป็น ถ้าคนหรือองค์กรมีการติดต่อสัมพันธ์กันกับคนหรือองค์กรในสาขาเดียวกัน ทั้งแนวดิ่งและแนวราบอยู่แล้วเป็นอย่างดี (เช่น มีการติดต่อกันระหว่างหน่วยงานวิจัยหน่วยงานพัฒนา หน่วยงานฝึกอบรม หน่วยงานส่งเสริม และหน่วยงานสนับสนุน โครงการพัฒนาชนบท)หรือองค์กรต่าง ๆ ทราบถึงสิ่งที่เป็นจริงเกี่ยวกับนโยบาย ผลการวิจัยและการดำเนินงานในที่ต่าง ๆ ทราบถึงแหล่งวิชาการ แนวทางการพัฒนาทางการบริหาร สังคม เศรษฐกิจต่าง ๆ ของประเทศ รวมทั้งข้อดีข้อเสียของแต่ละแหล่ง และแต่ละแนวทางการพัฒนา มีทรัพยากรที่จะดำเนินงานของตนเองสามารถร่วมมือกับเพื่อนในวงการเดียวกันในหนทางที่องค์กรของตนจะได้รับประโยชน์ หรือทำให้รัฐบาลองค์กร และชุมชน รับฟังข้อเสนอแนะขององค์กรของตนได้อยู่แล้ว

แต่ในความเป็นจริงไม่ใช่เช่นนั้น หน่วยงานพัฒนาไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานพัฒนาเอกชนหรือหน่วยงานพัฒนาของรัฐ ต่างหน่วยต่างทำงานกันไปไม่เคยเกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่ทำงานคล้ายคลึงกัน ยุ่งอยู่กับการแก้ปัญหาวันต่อวัน เพื่อให้หน่วยงานของตนอยู่รอด มีการทำงานซ้ำซ้อนกันในพื้นที่เดียวกัน แต่ละหน่วยงานก็มีการส่งข่าวสารข้อมูลไหลเวียนกันอยู่ภายในหน่วยงานของตน และข้อมูลข่าวสารมีค่อนข้างจำกัด การทำงานใช้กรอบความคิดหรือหลักการเฉพาะที่เคยใช้อย่างใดอย่างหนึ่งพัฒนาในสาขาแคบๆ และเป็นไปตามนโยบายขององค์กร หรือแม้แต่องค์กรชุมชนในหมู่บ้านเดียวกันก็ต่างกลุ่มต่างทำงานของตนไปไม่เคยติดต่อช่วยเหลือกิจการของกันและกัน ไม่เคยให้คำปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน ก็มีอยู่มากมายเมื่อเป็นเช่นนี้ ในยามที่ต้องการเครื่องมือในการพัฒนาซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า เทคโนโลยี การฝึกอบรม แนวความคิดในการวิจัย ข้อเสนอโครงการหรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมการพัฒนา บุคคลหรือองค์กรก็จะใช้สิ่งต่างๆ ที่พอจะหาได้ใกล้มือ และอาจมีการออกแบบใหม่หรือสร้างขึ้นใหม่ถ้าจำเป็นซึ่งต้องเสียเวลาค้นหายาวนาน

เครือข่ายสามารถช่วยแก้ปัญหาข้างต้นได้ ด้วยการเปิดโอกาสให้บุคคลและองค์กรได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งบทเรียนและประสบการณ์กับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกหน่วยงานหรือองค์กรของตน และให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน

2.4.4 รูปแบบของเครือข่าย

เครือข่ายมีรูปแบบมากมาย และมีบางคนพยายามจำแนกโดยใช้คุณลักษณะของสมาชิก พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ กิจกรรมหลัก วัตถุประสงค์ และโครงสร้างของเครือข่าย เป็นเกณฑ์

2.4.4.1 คุณลักษณะของสมาชิก

เครือข่ายอาจจำแนกตามประเภทของสมาชิก เช่น ชาวนา นักวิจัย หรือวิศวกร บางคนรวมคนที่ทำงานในระดับเดียวกันเป็นประเภทเดียวกันหรือนั้นเครือข่ายแนวราบ เช่น เครือข่ายชาวนา (ประกอบด้วยคนที่เป็ชาวนาเท่านั้น) บางคนก็รวมคนที่ทำงานสาขาเดียวกันแต่ต่างระดับกันเข้าด้วยกัน หรือนั้นเครือข่ายแนวตั้ง เช่น ชาวนา นักวิจัยด้านการเกษตร หน่วยงานกำหนดนโยบายการเกษตร และหน่วยงานระหว่างประเทศที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการเกษตร เป็นต้น บางเครือข่ายมีสมาชิกแบบบุคคล แต่บางแห่งก็มีสมาชิกเป็นองค์กรหรือสถาบัน และบางแห่งมีปะปนกัน

2.4.4.2 พื้นที่ทางภูมิศาสตร์

เป็นการจำแนกเป็นเครือข่ายที่ดำเนินงานในพื้นที่หนึ่ง บางแห่งก็เป็นเครือข่ายระดับประเทศ บางแห่งเป็นเครือข่ายระดับภูมิภาค บางเครือข่ายก็เป็นเครือข่ายระดับชุมชนลุ่มน้ำ เช่น เครือข่ายเกษตรกรภาคเหนือ เป็นต้น หรืออาจแบ่งตามเขตที่มีระบบนิเวศทางการเกษตรเหมือนกัน เช่น เครือข่ายข้อมูลข่าวสารในพื้นที่แห้งแล้ง (Arid Lands Information Network)

2.4.4.3 วัตถุประสงค์ของเครือข่าย

เครือข่ายจำนวนมากตั้งขึ้นเพื่อปรับปรุงการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก และการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเป็นวัตถุประสงค์หลักของเครือข่าย บางเครือข่ายตั้งขึ้นเพื่อความร่วมมือในการวิจัยศึกษา ฝึกอบรม หรือตลาด บางเครือข่ายมุ่งเพื่อแลกเปลี่ยนเครื่องมือในการประกอบอาชีพ (เช่น เครือข่ายเครื่องจักรกลทางการเกษตร) บางเครือข่ายมุ่งเป็นกลุ่มพลังกระตุ้นความตระหนักของสังคม และเข้าไปมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายของรัฐ เพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของสมาชิก เครือข่ายหลายแห่งมีวัตถุประสงค์หลายด้าน ทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทั้งร่วมมือกันในการจัดการฝึกอบรมและวิจัย รวมทั้งผลักดันนโยบาย

2.4.4.4 การจัดการเครือข่าย

บางเครือข่ายมีรูปแบบเป็นทางการและรวบอำนาจ โดยมีการส่งข่าวถึงกันผ่านองค์กรแกนที่เป็นศูนย์กลาง เครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง แต่บางแห่งก็รวมเป็นเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการ และกระจายอำนาจ โดยเน้นการติดต่อกันโดยตรงระหว่างสมาชิก เครือข่ายไม่เป็นทางการมักจะเกิดขึ้นจากระดับรากหญ้า หรือในองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจขององค์กรระดับล่าง แต่ก็มีแนวโน้มที่พัฒนาเป็นเครือข่ายที่รวมศูนย์มากขึ้น

2.4.5 ประโยชน์ของเครือข่าย

ประโยชน์เฉพาะหน้าของเครือข่ายเห็นได้จากผลงานที่สมาชิกดำเนินการ ส่วนประโยชน์ระยะยาว จะบังเกิดในรูปของความมีประสิทธิภาพของการวิจัยและพัฒนา การถ่ายทอดวิธีการทำงาน และระบบที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เครือข่ายในการพัฒนามีประโยชน์หลายประการ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ สมาชิกและกิจกรรมของเครือข่าย ซึ่งพอจะรวบรวมได้ดังนี้

2.4.5.1 เครือข่ายช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทักษะ ความรู้ ประสบการณ์เครื่องมือ และสื่อ ผ่านการประชุม การทดลองปฏิบัติการ การประชาสัมพันธ์ และการให้ความร่วมมือกันในการดำเนินโครงการ การแบ่งปันทักษะและประสบการณ์ให้แกกัน เป็นการเสริมความสมบูรณ์ให้กับสมาชิกเครือข่ายทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือองค์กร

2.4.5.2 การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการประสานงานในเครือข่าย ช่วยลดการทำงาน และการใช้ทรัพยากรซ้ำซ้อน ทำให้การพัฒนาสามารถดำเนินไปได้ก้าวหน้า รวดเร็ว และส่งผลต่อสังคมในวงกว้างยิ่งขึ้น

2.4.5.3 เครือข่ายสามารถเชื่อมโยงคนที่อยู่ในระดับต่างกัน มีวิธีการทำงาน การจัดการและมีภูมิหลังต่างกันไปที่ไม่มีโอกาสต่อกัน เข้าด้วยกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น นำไปสู่การทำงานร่วมกัน เพื่อประโยชน์ของทุกฝ่าย

2.4.5.4 เครือข่ายสามารถทำให้คนและองค์กรที่ไม่มีความสัมพันธ์กันได้ทราบว่า ยังมีบุคคลหรือหน่วยงานอื่นอีกมากที่สนใจทำงานในเรื่องเดียวกัน และเผชิญปัญหาเหมือนกัน

2.4.5.5 เครือข่ายสามารถทำให้ความต้องการของประชาชนได้รับการสนองตอบ จากรัฐเครือข่ายช่วยชี้ให้เห็นปัญหาและประเด็นการพัฒนาที่ซับซ้อนและท่วมท้นในหมู่บ้าน

2.4.5.6 เครือข่ายช่วยเชื่อมหน่วยงานวิชาการและแหล่งทุนกับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ

2.4.5.7 เครือข่ายทำให้คนและองค์กรได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ได้รับกำลังใจ การจูงใจ และการยอมรับ ซึ่งมีความสำคัญต่อหน่วยเล็ก ๆ ที่อยู่นอกกระบวนการ

2.4.6 ทฤษฎีเครือข่าย

การสร้างเครือข่ายการทำงานเป็นวิธีการทำงานที่ได้รับความนิยมทั้งในภาคธุรกิจและในการทำงานเชิงพัฒนาสังคม ซึ่งในโลกธุรกิจนั้น แนวความคิดของระบบเครือข่ายได้เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2513 โดยเริ่มจากธุรกิจของการจัดหางานและการสรรหาบุคคลที่เหมาะสม สำหรับในทางสังคมวิทยา เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Network) อย่างหนึ่ง ที่แตกต่างไปจากกลุ่มโดยที่กลุ่มจะมีขอบเขตที่ชัดเจน รู้ว่าใครเป็นสมาชิก มีความเป็นรูปธรรมมองเห็นได้ มีโครงสร้างทางสังคมในระดับหนึ่ง แต่เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่มีขอบเขต การเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายอาจจะมองเห็นหรือมองไม่เห็นเป็นรูปธรรมก็ได้ ซึ่งการเชื่อมโยงระหว่างกันที่จะเห็นเป็นรูปธรรมของเครือข่ายมี 3 ลักษณะ คือ เครือข่ายการแลกเปลี่ยน เครือข่ายการติดต่อสื่อสารและเครือข่ายความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกัน เครือข่ายไม่มีโครงสร้างแน่นอนตายตัว อาจมีการออกแบบโครงสร้างขึ้นมาทำหน้าที่สานความสัมพันธ์ระหว่างคน กลุ่มองค์กรให้ต่อเนื่อง แต่ในเครือข่ายไม่มีใครบังคับให้ใครทำอะไรได้ แต่ละคนหรือกลุ่มองค์กร ต่างก็เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายได้พอๆ กัน ดังนั้นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมของเครือข่ายจึงมีความซับซ้อนกว่ากลุ่มหรือองค์กรมาก แนว

ทางการวิเคราะห์เครือข่ายสามารถนำมาใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสรรพสิ่งต่างๆ ได้ตั้งแต่ระดับครอบครัวจนถึงระดับโลก สรรพสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในการเครือข่ายความสัมพันธ์ เราเรียกว่า จุด (Node) ถ้ามีการเชื่อมโยงระหว่างจุดต่างๆ ความสัมพันธ์ (Relationships) ของจุดเหล่านี้ก็คือเครือข่าย (Network) ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดี จะสามารถทำให้บุคคลในองค์กรมีการเชื่อมโยงประสานงานกันและกันที่ดีขึ้น รวมทั้งสามารถดึงดูดทรัพยากรของแต่ละองค์กรมาประสานเชื่อมโยงกันเพื่อให้เกิดประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในปัจจุบันนี้มีองค์กรจำนวนมากตระหนักว่าเครือข่ายเป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าในการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันขององค์กรที่มีวัตถุประสงค์คล้ายคลึงกัน หรือเกี่ยวข้องกันให้ได้ประโยชน์สูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด

2.4.7 ทฤษฎีและแนวคิดการสร้างเครือข่าย

การสร้างเครือข่ายในการทำงานเชิงพัฒนา มีแนวโน้มที่จะเป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างองค์กรที่ทำงานพ้องพ้องซึ่งกันและกัน มากกว่าที่จะแข่งขันกัน ทฤษฎีและแนวคิดที่อธิบายการสร้างเครือข่ายการทำงาน ได้แก่

2.4.7.1 ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory) อธิบายถึงการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกัน ดังนั้น เหตุผลหลักที่จะทำให้เครือข่ายเกิดขึ้นได้โดยสมัครใจ ก็คือ แต่ละฝ่ายมองเห็นประโยชน์ที่ตนจะได้รับจากการเข้าร่วมเครือข่าย ซึ่งจะนำไปสู่ความเต็มใจที่จะประสานกันหรือเข้าร่วมเป็นเครือข่าย

2.4.7.2 แนวคิดการรวมพลัง (Synergy) เป็นการผนึกกำลังในลักษณะที่มากกว่า $1+1 = 2$ แต่ต้องเป็น $1+1 > 2$ หมายความว่า การรวมพลังกันทำงานนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าหรือเข้มแข็งมากกว่าการที่แต่ละองค์กรจะทำงานโดยโดดเดี่ยว

สรุปจากแนวคิดและความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่า เครือข่าย หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีการประสานงานหรือการเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคล กลุ่ม องค์กร ที่คนได้มีการพบปะกันมาประชุมกันทำสิ่งที่ประนีประนอมต่อกัน มีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารหรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีเป้าหมายหรือความต้องการร่วมกัน มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน การเกิดเครือข่ายมีทั้งที่เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติและเกิดจากการจัดตั้ง ซึ่งการเกิดเครือข่ายเป็นการรวมแก้ปัญหาภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วม มีผลประโยชน์ร่วมกันและเกิดการพึ่งพิงกัน ในการวิจัยครั้งนี้ เครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม องค์กร และบุคคลในพื้นที่เดียวกัน เพื่อทำกิจกรรม การเรียนรู้ร่วมกัน ตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้เกิดเป็นเครือข่ายที่สามารถดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งที่กล่าวมานี้เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำไป

พัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

2.5 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม

2.5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

“การมีส่วนร่วมของชุมชน” ถือว่าเป็นยุทธศาสตร์ของการพัฒนาแนวใหม่เป็นหลักและวิธีการที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการพัฒนาสังคมในทุก ๆ ด้าน เพราะเป็นหลักการที่ช่วยให้ชุมชนสามารถยืนหยัด พึ่งพิงตนเองได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขซึ่งเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการมีส่วนร่วมด้านสาธารณสุขเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกที่จะดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง และเพิ่มขีดความสามารถให้ประชาชนดูแลตนเองได้ทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้หยิบยกความสำคัญของการมีส่วนร่วมขึ้นมาปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทได้อย่างยั่งยืน จากแนวคิดดังกล่าวได้เกิดกระแสการพัฒนาแนวใหม่ขึ้นโดยเน้นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน โดยถือว่าประชาชนเป็นพื้นฐานที่สำคัญ ความสำเร็จของการพัฒนาแนวใหม่จึงขึ้นอยู่กับประชาชนและชุมชนเป็นหลัก และต้องเป็นการพัฒนาที่เริ่มมาจากประชาชนเอง จึงจะสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและความต้องการที่แท้จริง (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากความสำคัญของการมีส่วนร่วมดังกล่าว มีนักวิชาการได้อธิบายและให้ความหมาย ความสำคัญ ลักษณะการมีส่วนร่วมขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม รูปแบบของชุมชนต่อการมีส่วนร่วมและประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ดังนี้

อาร์ไธยืน (Arnstein, Sherry R., 1996) ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วม คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมโดยไม่มีบทบาทอะไรเลย ย่อมไม่ได้ผลการมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพนั้น ผู้เข้าร่วมจะต้องรู้จักใช้อำนาจและสามารถควบคุมกิจกรรมนั้นได้จึงจะทำให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

เบิร์คเลย์ (Berkley, 1975) ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วม คือ การที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้

วิลเลียม เออร์วิล (William Erwin, 1976) ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วม คือ กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วม คือ สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

สหประชาชาติ (United Nation, 1981) ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วม คือ การเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในด้านต่างๆ ได้แก่ ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ

พุทตี (Putti, 1987) ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วม คือ พื้นฐานของกิจกรรมต่างๆ ที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการมีลักษณะกว้าง ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะทำให้การมีส่วนร่วมขยายไปสู่การปฏิบัติงานในระดับล่างขององค์การ

จิราภรณ์ ศรีคำ (2547) ได้อธิบายเรื่องการมีส่วนร่วม ไว้ว่า การที่บุคคลที่มีความสนใจหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องเดียวกันเข้ามาร่วมกัน เพื่อปฏิบัติภารกิจ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การดำเนินงาน การรับทราบผลการดำเนินงาน การติดตามประเมินผล หรือร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตกลงกันไว้

จินตนา สุกจรรย์ (2549) ได้อธิบายเรื่องการมีส่วนร่วม ไว้ว่า กระบวนการดำเนินงานรวมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชนเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชน โดยให้สมาชิกเข้ามาร่วมวางแผน ปฏิบัติและประเมินงาน เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ (2550) ได้อธิบายเรื่องการมีส่วนร่วม ไว้ว่า การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทร่วมในกิจกรรมทุกประการตามกำลังความสามารถของสมาชิกไม่จะเป็นการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สัญญา เคนาภูมิ (2551) ได้อธิบายเรื่องการมีส่วนร่วม ไว้ว่า การที่สมาชิกได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติตามโครงการ ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องมาจากความสมัครใจ พึงพอใจ และได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากชุมชนโดยส่วนรวมร่วมกัน

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) ได้อธิบายเรื่องการมีส่วนร่วม ไว้ว่า การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่จะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผล

โดยสรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาคนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานเพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีความโปร่งใสและให้มีประสิทธิภาพ

2.5.2 กระบวนการมีส่วนร่วม

เมื่อกล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้ว จะต้องนึกถึงกระบวนการที่จะให้ประชาชนได้เข้ามามีบทบาทในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม เพราะอย่างน้อยที่สุดประชาชนจะต้องได้รับรู้ขั้นตอนการดำเนินการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการตัดสินใจ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขั้นตอนในการประเมินผลงาน เพื่อให้รับรู้ถึงความเป็นไปในกิจกรรมสาธารณะต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน มีนักวิชาการที่ได้ทำการวิจัย ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมตามประเด็นสำคัญต่างๆ เช่น

ถวิลวดี บุรีกุล (2543) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมที่นำมาประมวลเป็นระดับไว้ได้อย่างน่าสนใจ โดยถวิลวดี ได้ทำวิจัยเรื่องประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และได้ข้อสรุปถึงกระบวนการมีส่วนร่วม ควรจะมีลำดับขั้นประกอบไปด้วย การให้ข้อมูล การเปิดรับความคิดเห็นของประชาชน การปรึกษาหารือการวางแผนร่วมกัน การร่วมปฏิบัติและการควบคุมติดตามโดยประชาชน โดยเป็นการเริ่มจากการสื่อสารทางเดียว ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแต่เพียงอย่างเดียวไปจนถึงสื่อสารสองทางที่เป็นการปรึกษาหารือ ร่วมคิด ร่วมวางแผน และเมื่อสื่อสารกันเข้าใจตรงกันแล้ว จึงเป็นการร่วมทำ และในที่สุดเป็นการร่วมติดตามควบคุม ซึ่งนับเป็นขั้นตอนของการมีส่วนร่วมสูงสุด อภิญา กังสนารักษ์ (2544) ได้นำเสนอกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจ กำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์วิธีการแนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยาการที่จะใช้ในโครงการ 3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันก็ได้

ประพันธ์ สร้อยเพชร (2547) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงน่าจะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การค้นหาปัญหา และสาเหตุ 2) การวางแผนดำเนินกิจกรรม 3) การลงทุนและการปฏิบัติงาน 4) การติดตามและประเมินผล ในขณะเดียวกัน สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (2548) ได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมที่มีความลึกลงไปอีก ได้แก่ 1)

การตัดสินใจและผลกระทบที่สำคัญ 2) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อบางคนมากกว่าคนอื่น 3) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อผลประโยชน์ของบางคนหรือกลุ่มคนที่มีอยู่เดิม 4) การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีความขัดแย้งอยู่ก่อนแล้ว 5) ความจำเป็นเพื่อให้มีการสนับสนุนต่อผลการตัดสินใจ ส่วนอคิน รพีพัฒน์ (2547) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหาสาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน 4) การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ (2550) ได้ทำวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ได้ใช้หลักการที่อิงไปในแนวทางของนโยบาย และได้พบว่า แท้จริงแล้วกระบวนการมีส่วนร่วมมีลักษณะที่คล้ายกับการกำหนดนโยบาย เพราะท้ายที่สุดของการกำหนดนโยบาย คือ การตัดสินใจและการตัดสินใจนี้เอง จึงเป็นเหตุเบื้องต้นของการกำหนดนโยบาย และเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามาแสดงความคิดเห็นเสมือนหนึ่งเป็นการขัดเกลานโยบายให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชน ตามแนวคิดของ ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ แล้ว กระบวนการมีส่วนร่วมน่าจะเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบการประเมินผล ในขณะที่ เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยที่มีความสอดคล้องกับ ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ แต่ได้เพิ่มบางประเด็นที่เห็นว่า ยังมีข้อบกพร่องและอาจจะเสริมประเด็นดังกล่าวให้มีความชัดเจนขึ้น โดยเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ 2) มีส่วนร่วมในการวางแผน 3) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 5) มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล 6) มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิด กระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การมีส่วนร่วมในการคิด 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล 6) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ สอดคล้องกับแนวคิดของ วรณศิลป์ พิรพันธุ์ (2553) ได้กล่าวถึง กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนของประชาชนประกอบไปด้วย 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การให้ความเห็น 3) การประชุมรับฟังความเห็น 4) การร่วมตัดสินใจ 5) การทำงานร่วมกัน

จากแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ทรรศนะไว้ในเบื้องต้นที่กล่าวมา มีความหลากหลายในประเด็นมากพอสมควร แต่อย่างไรก็ตาม หากนำมาประมวลให้เป็นลักษณะที่เป็นระบบตามแนวคิดของ โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) จะเห็นว่ามีความเป็นระบบในเรื่องของประเด็นสำคัญ โดยเขาได้มีการนำเอากระบวนการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการทั้งหลายมาประมวลเป็นแนวคิดหลัก และได้จำแนก รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานโครงการนั้นได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารการงานและการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้ โดยสรุป กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะมุ่งให้ความสนใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในประเด็น การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

2.5.3 ประเภทการมีส่วนร่วม

เฉลิม บุรีภักดี และคณะ (2545) สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่เท่าเทียมกันกล่าวคือ ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่า มีทรัพยากรหรือความรู้ด้อยกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากการกำหนดนโยบายของรัฐ โดยไม่รู้จักความต้องการของประชาชน ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียงประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนบางเรื่องเท่านั้น

3) การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาด้วยความเท่าเทียมกันทุกฝ่าย จัดเป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงของประชาชนตามแนวความคิดและหลักการพัฒนาชุมชน เมื่อนำมาใช้ในการเรียนรู้จะสนับสนุนและส่งเสริมให้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จักร พิสุทธิ (2547) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคม องค์กรต่างๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิหน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

2) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้ง ค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

จินตนา สุธจามันท์ (2549) ได้แบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine Participation) เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบโครงการ เริ่มตั้งแต่ร่วมศึกษาปัญหาและความต้องการ ร่วมหาวิธีแก้ปัญหา ร่วมวางแผนนโยบายและแผนงาน ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และร่วมปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ และร่วมประเมินผลโครงการ

2) การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง (No Genuine Participation) เป็นการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนโดยเฉพาะเข้าร่วมในการปฏิบัติตามโครงการที่ได้มีการกำหนดไว้แล้ว เช่น การเข้าเป็นสมาชิก หรือการร่วมเสียสละแรงงาน

สิริพัฒน์ ลาภจิตร (2550) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้

1) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรง (Direct Participation) โดยผ่านองค์กรที่จัดตั้งโดยประชาชน (inclusive organization) การรวมกลุ่มเยาวชนต่างๆ

2) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมทางอ้อม (Indirect Participation) โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน (Representative Organization) กรรมการของกลุ่มหรือชุมชน

3) การมีประชาชนมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ (Open Participation) โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน (Non-representative Organization) เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อไรก็ได้ทุกเวลา

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) ได้กล่าวถึงประเภทของการมีส่วนร่วมโดยสามารถจำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมโดยตรง การมีส่วนร่วมในการบริหารเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมโดยตรง เช่น ผู้บริหาร หัวหน้าโครงการ มักจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในรูปของกรรมการที่ปรึกษาที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ เพราะกิจกรรมบางอย่างอาจมีอุปสรรค ไม่สามารถแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงจำเป็นต้องให้บุคคลอื่นเข้ามาร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้ผลการตัดสินใจเป็นที่ยอมรับแก่คนทั่วไปหรือเกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมโดยตรงจึงมีสาระสำคัญอยู่ที่ว่า เป็นการร่วมอย่างเป็นทางการและมักทำเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น คำสั่งแต่งตั้ง หนังสือเชิญประชุม บันทึกการประชุม เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมโดยอ้อม การมีส่วนร่วมโดยอ้อมเป็นเรื่องของการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้บรรลุเป้าหมายอย่างไม่เป็นทางการ โดยไม่ได้ร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการบริหาร แต่เป็นเรื่องของการให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายเท่านั้น เช่น การบริจาคเงิน ทรัพย์สิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน เข้าช่วยสมทบ ไม่ได้เข้าร่วมประชุมแต่ยินดีร่วมมือ เป็นต้น

2.5.4. ลักษณะการมีส่วนร่วม

ลักษณะการมีส่วนร่วมนั้น จะพิจารณาได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่าจะสนใจศึกษาในประเด็นบ้าง ประเด็นที่น่าสนใจในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การเน้นลักษณะการมีส่วนร่วมในประเด็นที่เกิดจากกิจกรรม เช่น การเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในประโยชน์สาธารณะ การเข้าร่วมในการตัดสินใจ การวางแผน และร่วมตรวจสอบในลักษณะองค์กรชุมชน ฯลฯ และการเน้นการศึกษาในลักษณะของการบริหารที่เกิดจากการดำเนินงานในทางนโยบายและในทางปฏิบัติการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐร่วมกับชุมชน ดังมีนักวิชาการได้ให้ความเห็น เช่น อาร์ไต้ย (Arnstein, 1996) เห็นว่า การมีส่วนร่วมจะมีลักษณะมากน้อยเพียงใด ให้พิจารณาว่าผู้นำเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปร่วมในการใช้อำนาจและมีบทบาทในการควบคุมได้เท่าใด ซึ่งเป็นข้อบ่งบอกถึงภาวะผู้นำที่เป็นประชาธิปไตย ว่า มีสูงหรือต่ำ โดย Arnstein ได้สรุปลักษณะการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมเทียม หรือไม่มีส่วนร่วม 2) การมีส่วนร่วมพอเป็นพิธีหรือร่วมเพียงบางส่วน 3) การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง คือ มีอำนาจและบทบาทมาก

ฮันทิทัน และเนลสัน (Huntington & Nelson, 1975) อธิบายว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนจะพิจารณาจาก กิจกรรม และการบริหาร ซึ่งจะต้องมีการศึกษาควบคู่กันไป ในระดับกิจกรรมนั้น จะเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการทำให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด

ส่วนในด้านการบริหารนั้น จะเป็นลักษณะของผู้มีอำนาจหน้าที่ที่จะเปิดทางให้ประชาชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น หรือแสดงออกถึงเข้าร่วมในกิจกรรม โดยมีหลักในการพิจารณาถึงลักษณะการมีส่วนร่วมดังมีรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรม ลักษณะของการมีส่วนร่วมประเภทนี้ให้ดูจากกิจกรรมที่เข้าร่วม เช่น ด้านการเมือง อาจพิจารณาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเลือกตั้ง การลงประชามติ การประท้วง กรณีที่รัฐมีโครงการที่มีผลกระทบต่อประชาชน เป็นต้น ว่า สามารถกระทำได้เพียงใด

2) ระดับการบริหาร โครงสร้างขององค์กรหนึ่งจะต้องมีสายการบังคับบัญชา ดังนั้น การมีส่วนร่วมจะพิจารณาได้จาก

(1) ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอกันในตำแหน่ง ดังนั้น การมีส่วนร่วมในแนวราบจึงเป็นไปอย่างหลวมๆ ไม่จริงจัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีสถานะหรือตำแหน่งเท่ากัน

(2) ในแนวตั้ง เป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา เช่น มีหัวหน้าลูกน้อง มีฝ่าย แผนกต่างๆ ลดหลั่นกันไป เป็นต้น การทำงานจึงมีการตรวจสอบตามลำดับชั้น การแสวงหาผลประโยชน์เพื่อตนเองหรือผู้อื่นจะได้รับการตรวจสอบจากผู้บังคับบัญชา

(3) การมีส่วนร่วมทั้งแนวราบและแนวตั้งนั้น ในบางครั้งจะต้องทำงานร่วมกัน ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานในแผนกอื่น จึงต้องแสดงบทบาทตาสถานภาพของแนวราบและแนวตั้ง

ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม และพรณทิพย์ เพชรมาก (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนไว้ใน เอกสารประกอบการสอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเมืองและชนบท โดยได้ข้อสรุปลักษณะการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่

1) การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การมีส่วนร่วมแบบนี้ ประชาชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2) การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังเป็นช่องทางการกระจายข่าวสารข้อมูลไปยังประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจ และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกการตัดสินใจ

3) การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายวิธีการ เช่น การประชุมระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นเชิงวิชาการ (Technical Meeting)

4) การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังของผู้ที่มีส่วนได้และส่วยของโครงการ การประชาคมและคณะกรรมการจัดประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และมีการแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบอย่างชัดเจน

5) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้นๆ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการเลือกตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการที่มีอำนาจการตัดสินใจ

6) การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงการป้องกันและแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและการป้องกันสิทธิของตนเอง อันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองควรจะได้รับ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้หลักเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้หลายประการ และประชาชนสามารถใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปแบบของปัจเจกหรือในรูปแบบกลุ่ม องค์กร ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

โดยสรุป ลักษณะการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในระดับกิจกรรม ได้แก่ การรับรู้ ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น การประชาพิจารณ์ การลงประชามติ และการมีส่วนร่วมในระดับการบริหาร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การใช้กลไกทางกฎหมาย ในประเด็นการมีส่วนร่วมในระดับการบริหารนี้ ยังจะต้องพิจารณาจาก ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอกันในตำแหน่ง และ ในแนวดิ่งเป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา

2.5.5 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

โคฟแมน (Koufman, 1949) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบทพบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในขณะที่ ประยูร ศรีประสาธน์ (2542) ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วม ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ 2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และ

การเป็นสมาชิกกลุ่ม 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล และมีความสอดคล้องกับ สุธี วรประดิษฐ์ (2553) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน และได้นำเสนอปัจจัยที่มีส่วนในการผลักดันให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยได้สรุป แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ 2) ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ 3) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร แต่ไม่สอดคล้องกับ Leeder (อ้างถึงใน จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ได้สรุปปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ไว้ว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นสอดคล้องกับความเชื่อพื้นฐาน ทศนคติ และค่านิยมของตน มีคุณค่าสอดคล้องกับผลประโยชน์ของตน มีเป้าหมายที่จะส่งเสริมและปกป้องรักษาผลประโยชน์ของตน สอดคล้องกับสิ่งที่ตนได้มาหรือหวังเอาไว้ และบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะไม่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดก็ต่อเมื่อตนเองได้มีประสบการณ์ที่เป็นอคติต่อเรื่องนั้นๆ มาแล้ว และบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ย่อมขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของตนเป็นใหญ่ ขึ้นอยู่กับอุปนิสัยและจารีตประเพณี ขึ้นอยู่กับโอกาสที่จะอำนวยความสะดวกรวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ของบุคคลและกลุ่มบุคคลจะกระทำโดยการบีบบังคับหาได้ไม่ นอกจากนี้ บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุน กระตุ้นยั่วยุและจูงใจให้เกิดขึ้น

ในขณะเดียวกัน ก็มีนักวิชาการกลุ่มหนึ่งที่ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เน้นที่ปัจจัยส่วนบุคคล องค์กรและชุมชน ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่เหมาะสมกับการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ เช่น สิริพัฒน์ ลากิจิตร (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนการบริหารงาน องค์กรบริหารส่วนตำบล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้ข้อสรุปประเด็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การเป็นหน้าที่ของประชาชน อาสาสมัครด้วยใจ มีความรู้ความสามารถ กล้าพูดกล้าแสดงความคิดเห็น เป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน มีทักษะและประสบการณ์ เป็นประโยชน์กับตัวเองและชุมชน 2) ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ชุมชนให้การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม เลือกลให้เป็นตัวแทน ชุมชนมีความสามัคคี และมีกลุ่มต่างๆ ที่สนับสนุนผลักดันการมีส่วนร่วม 3) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ อบต. ดำเนินงานเป็นไปตามกฎระเบียบ เอาใจใส่กระตือรือร้นในการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพประชาชนหมู่บ้าน สอดคล้องกับ เนตรรุ้ง อยู่เจริญ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของครูสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จากการทำวิจัยครั้งนี้ เนตรรุ้ง อยู่เจริญ ได้พบตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ บรรยากาศองค์กร และการติดต่อสื่อสาร 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษา

โดยสรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ 2) ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ชุมชนให้การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม เลือกให้เป็นตัวแทน ชุมชนมีความสามัคคี และมีกลุ่มต่างๆ ที่สนับสนุนผลักดันการมีส่วนร่วม 3) ปัจจัยด้านองค์การ ได้แก่ บรรยากาศองค์กร การติดต่อสื่อสาร ภาวะเบียบ การเอาใจใส่ กระตือรือร้นในการแก้ปัญหา มีประชาพิจารณ์ประชาคม 4) ปัจจัยด้านทัศนคติ ได้แก่ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) มาใช้กับ คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำไปพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยจะเห็นว่า ความเป็นระบบในเรื่องของประเด็นสำคัญ โดยเขาได้มีการนำเอากระบวนการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการทั้งหลายมาประมวลเป็นแนวคิดหลัก และได้จำแนก รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะมุ่งให้ความสนใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในประเด็น การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยที่การเข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ อาจเป็นทั้งรายบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ

2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยมุ่งนำผลการวิจัยมาเพื่อแก้ไขปัญหา หรือนำผลการวิจัยมาพัฒนา หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินงานขององค์กร หน่วยงานหรือชุมชน ปัจจุบันได้นักวิชาการหลายท่านหันมาสนใจการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

2.6.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

คำว่า “Action Research” มีผู้ให้ความหมายทั้งกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์และนักวิจัยส่วนหนึ่งที่นำแนวคิดของกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์ไปประยุกต์ใช้กับงานด้านการศึกษา ซึ่งมีผู้สรุปความหมายไว้ดังต่อไปนี้

สุรางค์ จันทวานิช (2542) ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าดี เหมาะสม ตามความรู้ ความเข้าใจของผู้วิจัย มาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ ประเมินดูความเหมาะสมในความเป็นจริง ควบคุมแนวทางปฏิบัติแล้วนำผลมาปรับปรุงการปฏิบัติการเพื่อนำผลไปทดลองใหม่จนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจนำไปใช้และเผยแพร่ได้

ประวิต เอรารวรรณ์ (2545) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังนี้ เป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าร่วมกันอย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจต่อปัญหาหรือข้อสงสัยที่กำลังเผชิญอยู่ และให้ได้แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติงาน

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า การวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2550) ได้กล่าวถึง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรวบรวมและหรือการแสวงหาข้อเท็จจริง โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบโดยผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการซ้ำหลาย ๆ ครั้งจนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ

2.6.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2537) ได้อธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหาเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ และนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

ประวิต เอรารวรรณ์ (2545) ได้กล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหา และเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานแบบมีออาชีพ โดยการนำกระบวนการวิจัยไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน

2.6.3 รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการ

สุวิมล ว่องวานิช (2552) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดประเภทวิจัยปฏิบัติการดังต่อไปนี้

2.5.6.1 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research)

1) การวิจัยแบบเป็นทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยเคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัย หรือของนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์ มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้ตอบคำถามวิจัยได้ชัดเจน และมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่จำแนกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึดแบบการวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยเชิงวิชาการ มุ่งเน้นการตอบคำถามวิจัยมากกว่าการยึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการเรียนการสอนตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้บางครั้งพบว่าการรายงานผลเพียง 1-2 หน้า

3) รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis, and McTaggart (1990) และ Zuber-Skerrit (1992) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) การวิจัยตามรูปแบบนี้มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก มาช่วยในการทำวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทของผู้วิจัยหลักโดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิด วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่มีนักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานแล้วยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนผลและคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานของตนเอง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานมีโอกาที่จะเรียนรู้กระบวนการวิจัยและมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดในประเด็นปัญหาวิจัยที่มาจากการปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์/อิสระ (Critical/ Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยปฏิบัติการแบบที่ 1 และ 2 คือ นอกจากพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่เป็นอยู่ในองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมีบุคคลภายนอกร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นพี่ปรึกษา การวิจัยเหมือนแบบที่สอง การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติ และนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์ และพันธนาการทางความคิดเดิม

จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงานจากผู้ปฏิบัติถูกครอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) ซึ่งเป็นแบบแรก มาเป็นการทำงานร่วมกัน (Cooperation) ในแบบที่สอง และรูปแบบการทำงานที่สามซึ่งเป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) ซึ่งเป็นแนวทางการวิจัยปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมและยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติมากกว่าแบบอื่น ๆ

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้จำแนกรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการ ไว้ 5 แบบดังนี้

1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่รู้จักกันในชื่อสั้น ๆ ว่า “PAR” เป็นรูปแบบการวิจัยที่เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิดระหว่าง การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) หรือ “PR” กับ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หรือ “AR” เข้าด้วยกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบนี้ถือว่าเป็นแนวทางหรือกลยุทธ์ในการสืบค้นหาความรู้ความจริงทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์แบบใหม่ โดยมีจุดเน้นอยู่ที่การมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน ในฐานะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นจริงในสถานที่ดังกล่าว ผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสร้างสรรค์ขึ้นในรูปของความรู้เชิงปฏิบัติการที่ได้จากการสืบค้นแบบมีส่วนร่วมระหว่างมุมมองของคนใน (Emic View) และคนนอก (Etic View) จะถูกนำไปใช้สำหรับปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันต่วงที

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวิพากษ์ (Critical Action Research) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเน้นหนักไปในด้านการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันในกระบวนการทำวิจัยของบุคคลผู้เป็นสมาชิกของชุมชนหรือสังคมในวงกว้าง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือบุคคลภายในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน มีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) เกี่ยวกับกิจกรรมการวิจัย การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดจนการปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ภายใต้สภาวะการณ์เงื่อนไขที่เป็นอยู่ให้ดียิ่งขึ้น นักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถแสดงทัศนะได้อย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งเป็นอิสระและปราศจากการครอบงำทางความคิดและการกระทำจาก

นักวิจัยที่ เป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชนซึ่งเป็นสถานที่ทำการศึกษาวิจัย ดังนั้นจึงทำให้การวิจัยรูปแบบนี้บางครั้งถูกเรียกว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research)

3) การเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Action Learning) เป็นรูปแบบการแสวงหาความรู้เชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่งภายใต้แนวคิดพื้นฐานสำคัญที่ว่า การเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันระหว่างกลุ่มบุคคลร่วมสาขาวิชาความรู้หรือสาขาอาชีพเดียวกัน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (AR) ที่ไม่จำเป็นต้องเน้นว่าเป็นการวิจัยและสร้างความรู้เชิงทฤษฎีที่เป็นประโยชน์สำหรับนำไปใช้ปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาอย่างทันที่

4) วิทยาศาสตร์เชิงปฏิบัติการ (Action Science) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผสมผสานวิชาความรู้ทางด้านทฤษฎี การวิเคราะห์เชิงจิตวิทยา และพฤติกรรมองค์กรเข้าด้วยกัน โดยมีจุดมุ่งเน้นไปที่การสืบค้นหาความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific Knowledge) ที่สามารถนำไปใช้สำหรับปฏิบัติการปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กร ชุมชน หรือสังคม การมุ่งเน้นดังกล่าวนี้ดำเนินไปพร้อมกับการสร้างทฤษฎีเชิงปฏิบัติการ (Action Theory) ที่บูรณาการผสมผสานขั้นตอนการสร้างและการทดสอบทฤษฎีเชิงปฏิบัติการเข้าไว้ด้วยกันในลักษณะเป็นองค์รวม

5) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิงชุมชน (Community-base Action Research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่งที่มีรากฐานการพัฒนามาจากการร่วมมือระหว่างนักวิชาการที่เป็นผู้ปฏิบัติการระดับ “มืออาชีพ” กับประชาชนทั่วไปในฐานะเป็นผู้เกี่ยวข้องหรือสัมผัสกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างแท้จริง การรวมพลังกายและพลังความคิดร่วมกันระหว่าง “นักวิจัยเชิงวิชาการ” ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะจากภายนอกชุมชนและ “นักวิจัยชาวบ้านหรือนักวิจัยท้องถิ่น” ผู้มีประสบการณ์ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชุมชน นำไปสู่การระดมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้หรือกลยุทธ์ในการพัฒนาอื่นใดที่มีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งมีความสอดคล้องกลมกลืนกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณีความเป็นมา และ วัฏจักรความเป็นไปในชุมชน (Community Life) เป็นผลให้การใช้ความรู้หรือกลยุทธ์ที่สรรค์สร้างขึ้นในกระบวนการปรับปรุงแก้ไข ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้เพราะประชาชนในชุมชนให้การยอมรับและให้ความร่วมมือในการเป็น “กลไกการพัฒนา” อันสำคัญ ในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกหรือที่พึงปรารถนาขึ้นในชุมชนที่พวกเขาเหล่านั้นเป็นสมาชิกอยู่

ประวิต เอรารวรรณ์ (2545) ได้แบ่ง การวิจัยปฏิบัติการออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิธีวิทยาศาสตร์ (Scientific Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่อาศัยกระบวนการวิทยาศาสตร์เป็นวิธีวิจัยหรือวิธีแก้ปัญหา เช่น รูปแบบวิจัย

ปฏิบัติการของ Kurt Lewin ที่มีขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การค้นหาความจริง (Fact Finding) การดำเนินการ (Execution) และการวิเคราะห์ผล (Analysis) เป็นต้น

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (Practical-deliberative Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจและปรับปรุงพัฒนาวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งรูปแบบนี้จะเน้นที่การให้เกิดการวิจัยขึ้นจากค่านิยมในการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้เริ่มโครงการ และบทบาทของผู้วิจัย คือ การกระตุ้น และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเข้าใจและเริ่มทำการปรับปรุงการปฏิบัติงานเช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของ John Elliott (1987 อ้างถึงใน องอาจ นัยวัฒน์, 2548)) จะเน้นวิธีการให้ผู้ปฏิบัติงานส่งสะท้อนการพัฒนาตนเองซึ่งเขาเชื่อว่าการวิจัยปฏิบัติการจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่ดีในสถานการณ์ทางสังคม ส่วนรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการของ David Ebbutt (1983 อ้างถึงใน องอาจ นัยวัฒน์, 2548) ซึ่งเสนอว่าแนวทางที่ดีที่สุดในการคิดเชิงกระบวนการคือลำดับขั้นตอนตามวงจรแห่งความสำเร็จ

3) การวิจัยปฏิบัติการเชิงอิสระ (Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการขององค์กร โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มผู้วิจัยมีอิสระในการเผชิญหน้ากับปัญหา และร่วมมือกันแสวงหาวิธีการที่ดีที่จะแก้ไข แล้วส่งสะท้อนตนเองจากผลการปฏิบัติ เช่น รูปแบบวิจัยปฏิบัติการของมหาวิทยาลัย Deakin หรือการวิจัยปฏิบัติการตามรูปแบบของ Kemmis และคณะปี ค.ศ.1988 ซึ่งมีความคิดว่าการบวนการวิจัยปฏิบัติการมีลักษณะเป็นเกลียว (Spiral) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล

4) กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Process) กระบวนการเชิงวิจัยปฏิบัติการประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจร ต่อเนื่องกันไป (Spiral of Steps) (องอาจ นัยวัฒน์, 2548: 341 อ้างอิงจาก Kurt Lewin, 1946) ซึ่งในแต่ละวงประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการเบื้องต้น (Prestep) ได้แก่ การกำหนดจุดมุ่งหมายโดยทั่วไป ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการลงมือปฏิบัติการ (Action) และขั้นการค้นหาข้อเท็จจริง (Fact Finding) การดำเนินการวิจัยในสามขั้นตอนสุดท้ายถือเป็นกิจกรรมหลักของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Core Activities) นักวิทยาการวิจัยแต่ละบุคคลหรือคณะที่มีความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ทำการประยุกต์แนวคิดของ Kurt Lewin (1946) ไปใช้ในการศึกษาวิจัยและการเรียบเรียงตำรา โดยจำแนกกิจกรรมหลักทั้งสามขั้นตอนในลักษณะแตกต่างกันไปตามแนวคิด ความเชื่อและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีต่อการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ

องอาจ นัยวัฒน์ (2548: 342 ; อ้างอิงมาจาก Kemmis & Mc Taggart, 1988) จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลักคือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหา เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการแก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหา เกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไรและจะต้องปฏิบัติอย่างไร

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติงาน (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นการวางแผนมาดำเนินการ โดยวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันประกอบไปด้วยการปรับปรุงแก้ไขแผน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความคาดหวังและไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงรอบการทํารว้จ้ชงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

กล่าวโดยสรุป จากแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี Kemmis and McTaggart (1990) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ มีลักษณะเป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research : PAR) โดยมีผู้วิจัยได้แสดงบทบาทของที่ปรึกษามาปรับปรุงกระบวนการทำงาน ที่มาจากประสบการณ์จริง เกิดการเรียนรู้วิธีการเพื่อพัฒนาหรือแก้ปัญหาต่างๆ ให้ดีขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สัญญา เคนาภูมิ (2551) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ทศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อระบบการเก็บรักษาวัคซีนในสถานอนามัย : กรณีศึกษา อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม พบว่า ประเด็นที่เจ้าหน้าที่มีความเห็นพ้องกันว่าส่งผลต่อคุณภาพวัคซีน คือ 1) การที่เก็บวัคซีนไว้ที่ฝาตู้ หรือช่องแช่แข็ง 2) การที่มีเข็มดูดวัคซีนปักคาขวดแช่อยู่ในตู้เย็น 3) การมีวัคซีนหมดอายุอยู่ในตู้เย็นเก็บวัคซีน และประเด็นที่เจ้าหน้าที่มีความเห็นพ้องกันว่าไม่น่าส่งผลต่อคุณภาพวัคซีน คือ 1) การวางแผนตู้เย็นที่

ผิดมาตรฐาน 2) การไม่มีผังกำกับดูแลวัคซีนในกรณีไฟฟ้าดับ 3) เทอร์โมมิเตอร์ไม่มีการสอบค่า 4) การปล่อยให้น้ำแข็งจับตัวหนาเกิน 5 มิลลิเมตร ในช่องแช่แข็ง 5) การมี Ice Pack และขวดน้ำที่ครบตามมาตรฐานอยู่ในตู้เย็น ส่วนประเด็นที่เห็นที่เจ้าหน้าที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ซึ่งในส่วนใหญ่คิดว่าไม่มีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพวัคซีน คือ 1) กรณีไม่มีการแยกปลั๊กของตู้เย็นจากอุปกรณ์ไฟฟ้าอื่นๆ และไม่มี Breaker / เทปยึดปลั๊กสายไฟให้ติดกับเต้าเสียบ 2) กรณีไม่มีไฟฟ้าฉุกเฉินเพื่อใช้ในกรณีไฟฟ้าดับ 3) กรณีไม่มีการวางเทอร์โมมิเตอร์ไว้กึ่งกลางตู้เย็น 4) กรณีไม่มีการเก็บวัคซีนตามระบบ FEFO และไม่มีการแยกเก็บวัคซีนเป็นสัดส่วน 5) กรณีมีการเก็บอาหารหรือเครื่องดื่มไว้ในตู้เย็นเก็บวัคซีน

เอมอร ราษฎร์จำเริญสุข และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ระดับคุณภาพงานในคลินิกสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2549 พบว่า โรงพยาบาลและสถานอนามัย ส่วนใหญ่ มีการบริหารจัดการคลินิกพื้นฐานผ่านเกณฑ์ มีตู้เย็นเฉพาะสำหรับวัคซีน มีกระติกเก็บความเย็นและช่องน้ำแข็งอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน มีมาตรการป้องกันการปนเปื้อนเมื่อเปิดขวดวัคซีน แต่พบปัญหาในทางปฏิบัติ เช่นไม่มีการตรวจสอบ Lot Number ของวัคซีน โดยพบว่า ในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 32.00 และในสถานอนามัยคิดเป็นร้อยละ 56.00 ซึ่งหากพบผู้มีอาการข้างเคียงภายหลังการได้รับวัคซีน จะทำให้การตรวจสอบสาเหตุเป็นไปได้ยาก เทอร์โมมิเตอร์ในตู้เย็นวัดอุณหภูมิไม่เที่ยงตรง โดยพบว่า ในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 29.00 และในสถานอนามัยคิดเป็นร้อยละ 19.00 อุณหภูมิตู้เย็นที่จัดเก็บวัคซีนไม่อยู่ในช่วง 2-8 องศาเซลเซียส โดยพบว่า ในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 19.00 และในสถานอนามัยคิดเป็นร้อยละ 21.00 มีการเก็บวัคซีนซึ่งหมดอายุแล้วไว้ปะปนกับวัคซีนที่ใช้งาน โดยพบว่า ในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 25.00 และในสถานอนามัยคิดเป็นร้อยละ 25.00 ในการจัดทำทะเบียนรายงาน พบว่า การจัดทำทะเบียนผู้รับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยพบว่า ในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 95.00 และในสถานอนามัยคิดเป็นร้อยละ 100.00 แต่ความถูกต้องสมบูรณ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์กลับลดลง โดยพบว่า ในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 88.00 และในสถานอนามัยคิดเป็นร้อยละ 89.00 สำหรับในกลุ่มเด็กนักเรียนกลับมีความสมบูรณ์ถูกต้อง ลดลงมาก โดยพบว่า ในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 49.00 และในสถานอนามัยคิดเป็นร้อยละ 60.00 และการจัดทำทะเบียนคุมการใช้วัคซีน ในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 41.00 และในสถานอนามัย คิดเป็นร้อยละ 46.00 ดังนั้น ในระยะต่อไปควรเน้นการพัฒนาเชิงคุณภาพ และรายละเอียดของการทำงาน ในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัด อำเภอ และรายงานบริการ เป็นประจำ เพื่อชี้แจง นิเทศ ติดตามประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

อวยพร พิศเพ็ง (2553) ได้ทำการศึกษาผลการประยุกต์ใช้การจัดการอย่างมีส่วนร่วมร่วมกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ กรณีศึกษา ตำบลเมืองแก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานกองทุน

หลักประกันสุขภาพนั้น แก่นนำสุขภาพต้องมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ การวางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตาม ประเมินผลด้วยตนเอง มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง และมีที่ปรึกษาด้านวิชาการอย่างใกล้ชิด

พิชญา นวลได้ศรี, กรกมล รุกขพันธ์ (2554) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การติดตามอุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นในคลังวัคซีนระดับอำเภอ และตำบล พบว่า อุณหภูมิของตู้เย็นที่อยู่นอกช่วง 2-8 องศาเซลเซียสคิดเป็นร้อยละ 40.00 โดยโรงพยาบาลที่มีอุณหภูมิตู้เย็นต่ำที่สุด คือ 0.2 องศาเซลเซียส และอุณหภูมิสูงที่สุด คือ 14.8 องศาเซลเซียส ในส่วนของสถานีอนามัย อุณหภูมิตู้เย็นต่ำที่สุด คือ -7.1 องศาเซลเซียส และอุณหภูมิสูงที่สุด คือ 26.7 องศาเซลเซียส สำหรับอายุการใช้งานของตู้เย็น ขอบยางประตูตู้เย็นที่ปิดสนิท ขนาดความจุของตู้เย็น (คิว) ระบบละลายน้ำแข็ง และระดับความเย็น มีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การติดตามการขนส่งพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของเส้นทางการขนส่งมีอุณหภูมิ นอกช่วง 2-8 องศาเซลเซียส ส่วนใหญ่พบว่าเส้นทางการขนส่งร้อนเกินไป โดยอุณหภูมิต่ำที่สุด คือ -1.5 องศาเซลเซียส และอุณหภูมิสูงที่สุด คือ 26.7 องศาเซลเซียส สำหรับปริมาณของน้ำแข็ง ปริมาณขวดวัคซีน และระยะเวลาในการขนส่งมีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิที่ใช้ในการขนส่งวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฏพล ศรีระพันธุ์ และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดปัตตานี พบว่า ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนโดยรวมและทุกด้านอยู่ในระดับสูง (Mean=0.89, SD=0.24) มีความสูงสุดด้านความรู้เทคนิควิธีการ (Mean=0.93, SD=0.21) รองลงมาด้านการบริการบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Mean=0.92, SD=0.19) ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร (Mean=0.88, SD=0.22) และด้านการบริหารงบประมาณ (Mean=0.82, SD=0.35) ส่วนการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.30, SD=0.79) มี 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลางคือด้านความรู้เทคนิควิธีการ (Mean=2.66, SD=0.81) ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Mean=2.32, SD=0.73) ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร (Mean=2.31, SD=0.76) แต่ในด้านการบริหารงบประมาณอยู่ในระดับต่ำ (Mean=1.92, SD=0.84) ปัญหางานให้บริการวัคซีน คือ เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 47.57 ขาดความรู้การบริหารงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 44.66 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 41.26 การจัดการความเสี่ยงดังกล่าวจึงควรมีการพัฒนาทั้งระบบอย่างต่อเนื่อง

นุชรินทร์ ทองดี (2555) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์

เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนจำแนกตาม เพศ อาชีพ ระดับการศึกษาและเขต การเลือกตั้ง อีกทั้ง ศึกษาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมือง กาฬสินธุ์ อำเภอมือเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอมือเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ ในระดับปานกลางทั้งโดยรวม ด้านรายได้ ส่วนด้านการตัดสินใจ การดำเนินการ และการติดตาม ประเมินผลอยู่ในระดับมาก ในส่วนด้านผลประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบการมี ส่วนร่วมจำแนกตามเพศและการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการจำแนกตามอาชีพ 3 ด้าน ได้แก่ การดำเนินการ ด้านการได้รับประโยชน์ และการติดตามประเมินผลมีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกันกับด้านการตัดสินใจ โดยในด้านข้อเสนอแนะ พบว่า คณะกรรมการชุมชนเสนอว่า ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาต้นแบบเป็นตัวอย่างของการพัฒนาชุมชน โดยมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง ควบคู่กับการให้ผู้นำชุมชนเข้าอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดในการทำงาน และเติมเต็มความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ มีการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมในการดำเนินงานต่างๆ เกี่ยวกับการวางแผนที่ชัดเจนและทั่วถึงและควรสร้างแรงจูงใจโดยจัดสวัสดิการให้กับคณะกรรมการชุมชนใน รูปแบบของ เงินอุดหนุน ค่าตอบแทนหรือของรางวัล

ปราโมทย์ หามาลา (2555) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนา มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแวงน่าง อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยการศึกษา ได้ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้า ร่วมกับขั้นตอน P - A - O - R ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1990) ซึ่ง กระบวนการในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Planing) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตตรวจสอบผลจากการ ปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ของคณะกรรมการและอนุกรรมการน พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแวงน่าง อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยเครื่องมือที่ใช้ ประกอบไปด้วยแบบสัมภาษณ์ลักษณะทั่วไปของข้อมูลทางประชากร แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบสอบถามความรู้ แบบบันทึกการสังเกต และแบบประเมินมาตรฐาน พร้อมทั้งได้มีการ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ประกอบไปด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุด ต่ำสุด กับ สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีส่วน ร่วมในการพัฒนาในระดับมากที่สุด และมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 รวมทั้งผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแวงน่าง อำเภอมือเมือง จังหวัด มหาสารคามผ่านเกณฑ์ในระดับ ดีมาก โดยมีปัจจัยของความสำเร็จมาจาก ผู้นำชุมชนเข้าใจบทบาท ให้ความสำคัญต่อการพัฒนา และการได้รับรู้ปัญหา ร่วมคิด วางแผน และการตัดสินใจอย่างแท้จริง

ดวงจันทร์ จันทร์เมือง, พงศ์ผกา ภัณฑลักษณ์, มังกร อังสนันท์ (2555) ได้ศึกษา เรื่อง อุนหภูมิลูกโซ่ความเย็นวัคซีนวัคซีนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเขตนครชัยบุรีรินทร์ พบว่าระยะทาง ในการขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลถึงหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 15.96 กิโลเมตร โดยไกลสุด 55 กิโลเมตร ใกล้สุด 4 กิโลเมตร ผลการศึกษาอุนหภูมิที่เหมาะสมในระบบลูกโซ่ความเย็น คือ 2-8 องศาเซลเซียส พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบหน่วยบริการ 97 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 มีการจัดเก็บวัคซีนใน อุนหภูมิที่ไม่เหมาะสม นอกช่วงอุนหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียสภายหลังการพัฒนาระบบ มีหน่วย บริการที่ยังมีการจัดเก็บวัคซีนในอุนหภูมิไม่เหมาะสมลดลงเหลือ 86 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 44.30 และ เมื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบ พบว่าหน่วยบริการซึ่งเคยมีปัญหาอุนหภูมิ ไม่เหมาะสม เปลี่ยนเป็นไม่มีปัญหาจำนวน 28 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.40 ผลการศึกษาอุนหภูมิที่วัคซีนรวม ป้องกันโรคชนิด โรคคอตีบ โรคบาดทะยัก โรคไอกรน และโรคตับอักเสบนิดปี สูญเสียความคงตัวที่ อุนหภูมิต่ำกว่า 0 องศาเซลเซียส พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบ มีหน่วยบริการ 44 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22.70 มีอุนหภูมิในระบบลูกโซ่ความเย็นที่ทำให้วัคซีนรวมป้องกันโรคชนิด โรคคอตีบ โรคบาดทะยัก โรคไอกรน และโรคตับอักเสบนิดปี สูญเสียค่าความคงตัว ภายหลังพัฒนาระบบมีหน่วยบริการที่มี ปัญหาลดลงเหลือ 30 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 15.50 และเมื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบพบว่า หน่วย บริการซึ่งเคยมีปัญหาอุนหภูมิอุนหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นที่ทำให้วัคซีนรวมป้องกันโรคชนิด โรคคอตีบ โรคบาดทะยัก โรคไอกรน และโรคตับอักเสบนิดปี สูญเสียค่าคงตัว เปลี่ยนเป็นไม่มีปัญหา 19 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.84 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.007$) สรุปผลการศึกษาพบว่า ยังมีหน่วยงานที่มีปัญหาระบบลูกโซ่ความเย็นที่มีอุนหภูมิไม่เหมาะสม ซึ่งเสี่ยงต่อการสูญเสียค่าความ คงตัวของวัคซีน จึงต้องมีการพัฒนา และแก้ไขให้ครอบคลุมทุกแห่งต่อไป

โฆษิต อร่ามโสภา และคณะ (2556) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบลูกโซ่ ความเย็นของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คปสอ.พุทไธสง พบว่าระยะทางในการขนส่งวัคซีนจาก โรงพยาบาลถึงหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 8.83 กิโลเมตร โดยมีสถานบริการปฐมภูมิที่ ไกลที่สุด 12 กิโลเมตร และใกล้ที่สุด 5 กิโลเมตร ผลการศึกษาอุนหภูมิที่เหมาะสมในระบบลูกโซ่ความเย็น คือ 2-8 องศาเซลเซียส พบว่าก่อนการพัฒนาระบบลูกโซ่ความเย็น มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 3 แห่ง คิด เป็นร้อยละ 42.86 มีการจัดเก็บวัคซีนในอุนหภูมิที่ไม่เหมาะสม ภายหลังการพัฒนาระบบลูกโซ่ความ เย็นไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิใดที่จัดเก็บวัคซีนไม่เหมาะสม และเมื่อศึกษาอุนหภูมิวัคซีนรวมป้องกัน โรคชนิด โรคคอตีบ โรคบาดทะยัก โรคไอกรน และโรคตับอักเสบนิดปี ที่จะสูญเสียค่าคงตัวหาก อุนหภูมิต่ำกว่า 0 องศาเซลเซียส ซึ่งก่อนพัฒนาระบบลูกโซ่ความเย็นพบหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 มีอุนหภูมิในระบบลูกโซ่ความเย็นที่ทำให้วัคซีนรวมป้องกันโรคชนิด โรคคอตีบ โรคบาดทะยัก โรคไอกรน และโรคตับอักเสบนิดปี เสี่ยงต่อการสูญเสียความคงตัว หลังมีการ พัฒนาระบบลูกโซ่ความเย็นหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีแห่งใดเป็นปัญหา ผลการศึกษาระยะเวลาในการ

เตรียม Ice Pack ให้มีหยดน้ำเกาะจนอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม ในการจัดส่งวัคซีน (Conditioning Time) มีค่าตั้งแต่ 5 นาที 15 นาที และ 30 นาที สำหรับเวลาที่เหมาะสมในการทำ Conditioning Time คือ 5 นาที จึงเป็นที่มาของการจัดมาตรฐานการใช้ Ice Pack ที่ใส่ในกระติกวัคซีนของ คปสอ. พุทไรสง สรุปผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาการบริหารจัดการระบบลูกโซ่ความเย็นให้มีประสิทธิภาพส่งผลให้สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมได้

ธัญวรัตน์ อุณศรีจันทร์ และคณะ (2556) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การประเมินคุณภาพการบริหารจัดการวัคซีนในเขตภาคใต้ตอนล่าง พบว่าหน่วยบริการทุกแห่งมีการกำหนดผู้รับผิดชอบ โดยเฉพาะ การบริหารจัดการวัคซีน และระบบลูกโซ่ความเย็นของโรงพยาบาลอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของเภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งรับผิดชอบในการให้บริการวัคซีน และร้อยละ 73.30 ของพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบการบริหารจัดการวัคซีน, ระบบลูกโซ่ความเย็น และการบริหารจัดการข้อมูล โดยร้อยละ 93.30 ของหน่วยบริการงานทุกระดับได้รับการนิเทศติดตามงานบริหารจัดการวัคซีน ซึ่งร้อยละ 96.70 ของผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการปฐมภูมิเคยผ่านการอบรม EPI และร้อยละ 90.00 ของหน่วยบริการปฐมภูมิมีคู่มือการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นปี 2547 ข้อมูลคะแนนคุณภาพเฉลี่ย คือ 1) โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 89.00 รพ.สต. คิดเป็นร้อยละ 81.20 และ PCU คิดเป็นร้อยละ 75.90 สำหรับคะแนนในส่วนการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น โรงพยาบาลได้คะแนนสูงสุดร้อยละ 87.30 สำหรับการบริหารวัคซีน และการบริหารจัดการข้อมูล รพ.สต.ได้คะแนนสูงสุดเป็นร้อยละ 84.50 สำหรับปัญหาที่พบ คือ 1) ปริมาณการเบิกวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สอดคล้องกับปริมาณใช้จริง 2) ไม่มีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ 3) การบันทึกข้อมูลการให้บริการในฐานะข้อมูลยังไม่ครบถ้วน เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการวัคซีนในเขตภาคใต้ตอนล่างให้มีประสิทธิภาพ

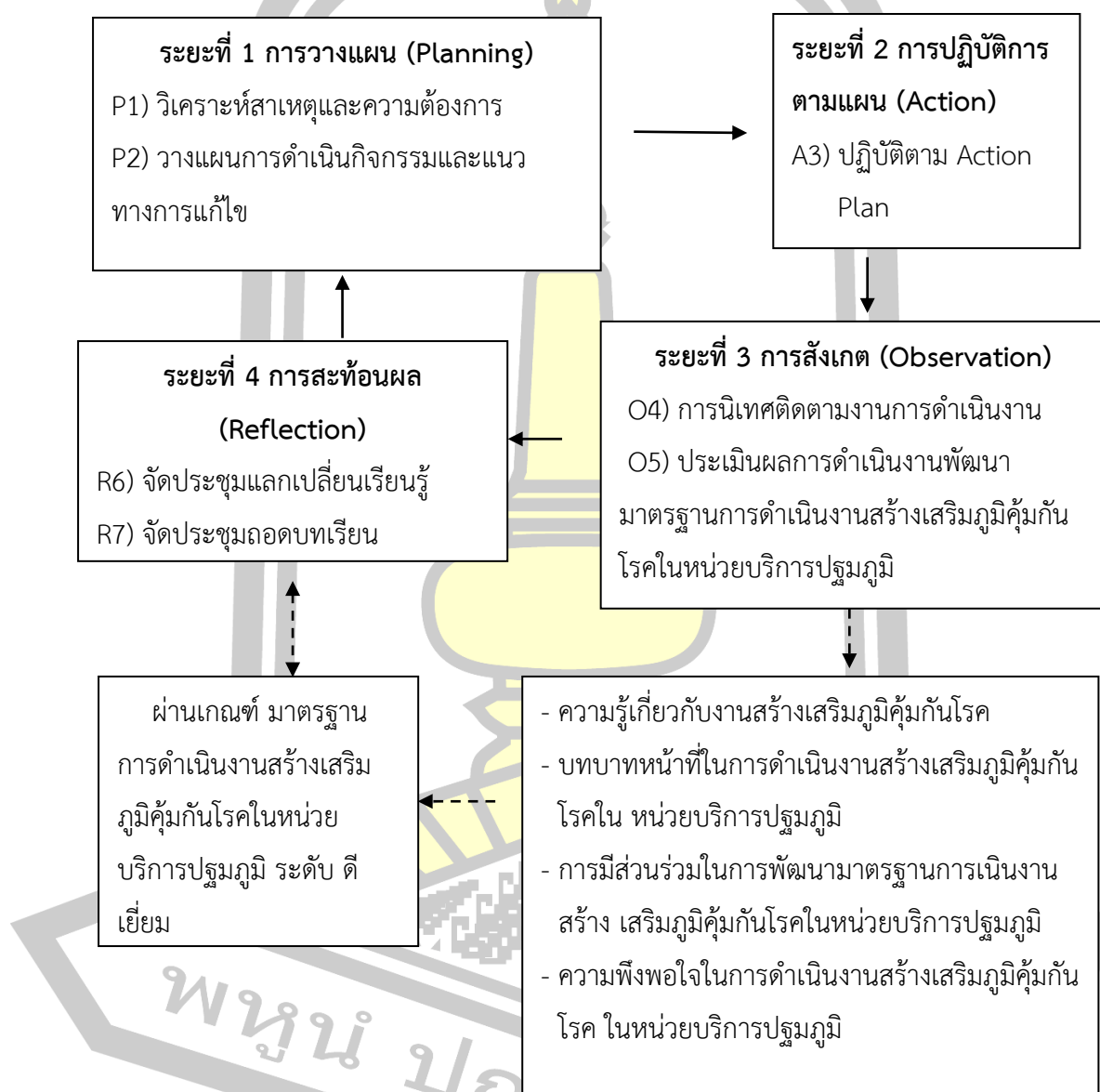
ปริญา ถึงแสง (2558) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาศูนย์จ่ายกลางวัคซีนป้องกันโรคคอตีบบาดทะยัก สำหรับหญิงตั้งครรภ์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาได้ประยุกต์ใช้ แนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1990) ซึ่ง กระบวนการในการดำเนินการ 4 ขั้นตอนประกอบด้วย การวางแผน (Planing) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกต ตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และงานคลังวัคซีนอำเภอ ด้วยเครื่องมือแบบสอบถามและแบบบันทึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม ของกลุ่มสนทนา สถิติที่ใช้ เป็น สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการเปรียบเทียบความรู้ และความเข้าใจในบทบาท เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จได้จากการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นเป็นเสมือนส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานที่เป็นวงจรต่อเนื่อง สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนางานหรือค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานได้ ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้จะเป็นตัวขับเคลื่อนในการพัฒนา และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตั้งแต่ขั้นการวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกต จนถึงขั้นการสะท้อนผล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้เข้าร่วมวิจัยและการถอดบทเรียนที่ได้จากการพัฒนา นำแนวคิดทฤษฎีการสร้างเครือข่ายมาเพื่อเชื่อมโยงการทำงานให้มีการทำกิจกรรมและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และได้นำเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำแผนปฏิบัติการ



2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมตามหลักการที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดเพื่อการวิจัยครั้งนี้โดยเป็นประยุกต์ใช้ P-A-O-R ดังรายละเอียดตามแนวทางต่อไปนี้



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ มีวิธีการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 การสถิติที่ใช้ในการวิจัย
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis, S., and McTaggart (1990) ซึ่ง กระบวนการในการดำเนินการ 4 ขั้นตอนประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยมุ่งเน้นเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

3.2.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษา ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข

คณะกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และคณะกรรมการจากส่วนทางการที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 2 ประชากรที่ศึกษา

ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
1. คณะกรรมการส่วนสาธารณสุขจากเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์	(16)
2. คณะกรรมการ อาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย	(18)
- ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 ตำบลละ 1 คน	6
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ	6
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านป้องกันควบคุมโรค	6
3. คณะกรรมการจากส่วนทางการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย	(6)
- เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	1
- ครูพี่เลี้ยงประจำศูนย์เด็กเล็ก ประจำตำบลแห่งละ 1 คน	5
รวม	40 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษา ของคณะกรรมการพัฒนา
มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้หลักเกณฑ์คัดเข้า คัดออกดังนี้

3.2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และไม่เกิน 70 ปี มีความสามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย
- 2) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา
- 3) เป็นคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์

3.2.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ร้องขอไม่เข้า/ยกเลิก ไม่ว่าเหตุใด /เสียชีวิต
- 2) ย้ายออกนอกพื้นที่ระหว่างทำการวิจัย
- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการการศึกษา

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือประเมินผลการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนปฏิบัติการ กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1) ลักษณะทางประชากร จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งสายงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ฝึกอบรมเกี่ยวกับการมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ทั้งแบบปลายปิด (Close End) และแบบปลายเปิด (Open End) โดยการเติมข้อมูลลงในช่องว่าง เก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว ก่อนจัดกิจกรรมการพัฒนา แผลผลโดยแจกแจงความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบปรนัย ตอบแบบเลือกตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือไม่ใช่ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

3) บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10 ข้อ เป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-End Question) มีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

4) การมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-end Question) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

5) ความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-end Question) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

6) ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด บันทึกผลการดำเนินงานกิจกรรมโดยใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

3.3.3 แบบประเมินการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค (2560) มีระดับการประเมิน เกณฑ์มาตรฐาน การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการระดับอำเภอ มี 4 ระดับ ได้แก่

ระดับเกณฑ์มาตรฐาน		เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับดีเยี่ยม	หมายถึง	ร้อยละ 96 ขึ้นไป
ระดับดี	หมายถึง	ร้อยละ 91-95
ระดับพอใช้	หมายถึง	ร้อยละ 85-90
ไม่ผ่านเกณฑ์	หมายถึง	ต่ำกว่าร้อยละ 85

3.3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารต่างๆ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารต่างๆ มาสร้างแบบสอบถามทั้งหมด ดังที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้น เพื่อให้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.3.4.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อความถาม ตลอดจนความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1) นางนิภา สุทธิพันธ์ | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ |
| 2) นายแพทย์ศิลา จิรวีกรานต์กุล | ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลห้วยราช
อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ |
| 3) นายอติพันธ์ ศิริธรรมาภรณ์ | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานควบคุมโรค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ |

3.3.4.2 การหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence: IOC)

กำหนดให้ตัวแปรการวิจัย หมายถึง ข้อมูลที่ต้องการศึกษา เมื่อข้อความถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ +1 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความ สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ 0 เมื่อข้อความถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ -1 กำหนดให้ค่า IOC มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน ดังนั้นผู้วิจัยกำหนดให้ค่า IOC ที่ยอมรับได้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 จึงถือว่าข้อความถามนั้น ๆ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อความถามคำตอบใดที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะทำการพิจารณาสร้างข้อความถามนั้น ๆ ใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษาผลการหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ 1.0

- 1) ความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้ค่าความสอดคล้องทุกข้อ เท่ากับ 1.0
- 2) บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ค่าความสอดคล้องทุกข้อ เท่ากับ 1.0
- 3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ค่าความสอดคล้องทุกข้อ เท่ากับ 1.0
- 4) ความพึงพอใจในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ค่าความสอดคล้องทุกข้อ เท่ากับ 1.0

3.3.4.3 ตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องสมบูรณ์และเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำนวน, แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ, แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด, 2546)

- 1) ความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.74
- 2) บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.73
- 3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.81
- 4) ความความพึงพอใจในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.69

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

ขั้นเตรียมความพร้อม

- 1) ประชุมกลุ่ม Focus Group เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและศึกษาบริบทของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์
- 2) ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและความต้องการ
- 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางการแก้ไข แบบมีส่วนร่วม และคัดเลือกแผนที่จะนำไปปฏิบัติ

4) เก็บข้อมูลความรู้งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ (Pre-test)

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) หรือกิจกรรมที่ได้คัดเลือกจากชั้นการวางแผน

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

1) การนิเทศติดตามงาน ตามแผนปฏิบัติงาน ในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

2) เก็บข้อมูลความรู้งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ (Post-test)

3) สังเกตการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการกระบวนการพัฒนามาตรฐาน การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ

4) เก็บรวบรวมผลที่ได้จากการจัดกิจกรรม

5) การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และให้การดำเนินการพัฒนากระบวนการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2) จัดประชุมถอดบทเรียน ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนไว้ 2 ระยะ ดังนี้

3.5.1 ขั้นเตรียมการ

3.5.1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ รวบรวมความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา และสาเหตุของเรื่องที่จะศึกษาค้นคว้าวิจัย

3.5.1.2 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของดำเนินงานพัฒนาการดำเนินงานมาตรฐานการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ และคัดเลือกพื้นที่การวิจัย

3.5.1.3 ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.4 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือและหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวม เครื่องมือเพื่อการวิจัย

3.5.1.5 ติดต่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องในอำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นพื้นที่ใน การวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

3.5.1.6 ติดต่อประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขานี เพื่อขออนุญาตใช้ห้อง ประชุม วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องโสตทัศนูปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ พร้อมทั้งวางแผนการ ปฏิบัติงาน

3.5.1.7 เตรียมกลุ่มเป้าหมายก่อนดำเนินการ โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วม วิจัย เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานศึกษา โดยการแนะนำ ตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปได้อย่างมีความเข้าใจและเต็มใจ

3.5.1.8 จัดทำแบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบบันทึกการการจัดกิจกรรม แบบ สัมภาษณ์ แบบสังเกต และแบบบันทึกติดตามงาน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บ รวบรวมข้อมูล

3.5.1.9 วางแผนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

3.5.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำนวน 20 ข้อ คือ โดยกำหนดให้ ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (20 นาที)

2) บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10 ข้อ เป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามเป็นแบบ ปลายปิด (Closed-end Question) มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท Likert มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด (10 นาที)

3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท Likert มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด (20 นาที)

4) ความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท Likert (1967) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (20 นาที)

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 การจัดการกับข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน ของแบบทดสอบแบบสอบถาม และแบบบันทึกการจัดกิจกรรม ได้กำหนดการวัดค่าตัวแปรและการแปลผลดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากร จำนวน 7 ข้อ แสดงรายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำนวน 20 ข้อ คือ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีลักษณะเป็นแบบปรนัย ตอบแบบเลือกตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

ตอบถูก	หมายถึง	ได้คะแนน	1 คะแนน
ตอบผิด	หมายถึง	ได้คะแนน	0 คะแนน

ผลรวมของคะแนนทั้งหมดมีค่าความถี่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยอ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery Bloom ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความรู้	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความรู้สูง	หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน)
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง ร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน)
ระดับความรู้ต่ำ	หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ 59 (0-11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10 ข้อ เป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-end Question) มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท Likert มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนรายข้อดังนี้

กรณีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,7 และ10

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกตามข้อความนั้น ทุกประการ ให้คะแนน 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกตามข้อความนั้น ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่ แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความ นั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความ นั้นเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

กรณีข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ได้แก่ 6,8 และ 9

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกตามข้อความนั้น ทุกประการ ให้คะแนน 1 คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกตามข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่ แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความ นั้น ให้คะแนน 4 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความ นั้นเลย ให้คะแนน 5 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน
โรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็น 3 ระดับชั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best
(1977) ดังนี้

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

3

$$= 1.33$$

ระดับการมีบทบาทหน้าที่	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับบทบาทหน้าที่มาก	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00
ระดับบทบาทหน้าที่ปานกลาง	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67
ระดับบทบาทหน้าที่น้อย	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท Likert มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกตามข้อความนั้น ทุกประการ ให้คะแนน 5 คะแนน
มาก	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกตามข้อความนั้น ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่ แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความ นั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความ นั้นเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็น 3 ระดับขั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

ระดับการมีส่วนร่วม	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท Likert (1967) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกตามข้อความนั้น ทุกประการ ให้คะแนน 5 คะแนน
มาก	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกตามข้อความนั้น ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเฉยๆ หรือไม่ แน่ใจในข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความ นั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความ นั้นเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับความพึงพอใจในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็น 3 ระดับชั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

ระดับความพึงพอใจ

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความพึงพอใจมาก

หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68- 5.00

ระดับความพึงพอใจปานกลาง

หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34- 3.67

ระดับความพึงพอใจน้อย

หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00- 2.33

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด บันทึกผลการดำเนินกิจกรรมโดยใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.7.1 สถิติพรรณนา มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3.7.2 สถิติเชิงอนุมาน มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

กระบวนการวิจัยในครั้งนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคล ซึ่งอาจมีผลสืบเนื่องกับจริยธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว ได้อนุมัติเลขที่การรับรอง PH 051/2561 วันที่

รับรอง 5 มิถุนายน 2561 วันหมดอายุ 4 มิถุนายน 2562 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยพิจารณาด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยจะนำหนังสือไปเชิญกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจและเต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3.8.2 กระบวนการวิจัยและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางด้านร่างกายและจิตใจต่อกลุ่มเป้าหมายสามารถถอนตัวไม่เข้าร่วมจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ จะไม่มีการบังคับ

3.8.3 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม จะให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นโดยเท่าเทียมกัน และมีสิทธิ์ที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดประชุมและดำเนินการประชุมจะไม่มี ความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.8.4 ผู้วิจัยรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน วางตัวเป็นกลาง

3.8.5 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ถ้าหากมีการบันทึกเทปบันทึกภาพหรือจดบันทึกการสังเกตผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.8.6 การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้แบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการจัดกิจกรรม แบบสังเกต และแบบนิเทศติดตามงาน โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1990) เป็นลักษณะของวงจรรอบ 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนการปฏิบัติการ (Planning) การปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ (Action) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) และสะท้อนกลับผลหลังการปฏิบัติ (Reflection) ซึ่ง ผลการวิจัยได้นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัย
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิจัย
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิจัย

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อความหมายของการเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอ ดังนี้

n	แทนค่า	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทนค่า	คะแนนเฉลี่ย (Mean)
SD	แทนค่า	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Max	แทนค่า	ค่าสูงสุดของข้อมูล (Maximum)
Min	แทนค่า	ค่าต่ำสุดของข้อมูล (Minimum)
p – Value	แทนค่า	ความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน

4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัย ตามลำดับขั้นตอนในการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 1) การศึกษาข้อมูลทั่วไปและบริบทของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดบุรีรัมย์
- 2) กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดบุรีรัมย์
- 3) ผลของกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดบุรีรัมย์
- 4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดบุรีรัมย์

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไปและบริบทของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดบุรีรัมย์

1.1 ข้อมูลทั่วไป

จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเส้นรุ้งที่ 14 องศา 15 ลิปดาเหนือ กับ 15 องศา 45 ลิปดาเหนือ เส้นแวงที่ 102 องศา 30 ลิปดา ตะวันออก กับ 103 องศา 45 ลิปดาตะวันออก อยู่เหนือระดับน้ำทะเลปานกลาง 150 - 200 เมตร มีเนื้อที่ประมาณ 10,393.945 ตารางกิโลเมตร หรือ ประมาณ 6,451,178.125 ไร่ ห่างจากกรุงเทพมหานครไปทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทางรถยนต์เป็นระยะทางประมาณ 385 กิโลเมตร ทางรถไฟประมาณ 376 กิโลเมตร มีลักษณะสภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบสูงทางตอนใต้ บริเวณอำเภอลำลูกเกด หาดใหญ่ อำเภอโนนดินแดง และอำเภอบ้านกรวด มีเทือกเขาบรรทัดและเทือกเขาพนมดงรัก กั้นพรมแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศกัมพูชาประชาธิปไตย พื้นที่ลาดจากทิศใต้ลงไปทางทิศเหนือมีลักษณะเป็นลูกคลื่นน้อยๆ เป็นที่ราบขั้นบันไดของเขา และภูมิประเทศที่เกิดจากภูเขาไฟ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง คือ ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดสุรินทร์, ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดสุรินทร์, ทิศตะวันตกติดต่อกับจังหวัดสระแก้วและประเทศกัมพูชาประชาธิปไตยและทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดนครราชสีมา

โดยมีจำนวนสถานบริการทั้งสิ้น 248 แห่ง โดยแยกได้ดังนี้

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1) มีโรงพยาบาลศูนย์ | จำนวน 1 แห่ง |
| 2) มีโรงพยาบาลทั่วไป | จำนวน 1 แห่ง |

- | | |
|----------------------------------|----------------|
| 3) มีโรงพยาบาลชุมชน | จำนวน 21 แห่ง |
| 4) มีศูนย์แพทย์ชุมชน | จำนวน 7 แห่ง |
| 5) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | จำนวน 217 แห่ง |
| 6) มีศูนย์สุขภาพมูลฐาน ชุมชน | จำนวน 1 แห่ง |



ภาพที่ 6 แผนที่แสดงเขตการปกครองอำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ (2555)

สำหรับอำเภอขานีตั้งอยู่ทางตอนกลาง ค่อนไปทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของจังหวัดบุรีรัมย์ เดิมอำเภอขานีอยู่ในเขตการปกครองของอำเภอนางรอง มีเนื้อที่ประมาณ 242.00 ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขตทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอลำปลายมาศ ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอเมืองบุรีรัมย์และอำเภอนางรอง ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอนางรอง และทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอหนองกี่และอำเภอหนองหงส์ โดยทางรถยนต์เป็นระยะทางประมาณ 63 กิโลเมตรจากอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ ลักษณะภูมิประเทศสภาพทั่วไปเป็นที่ราบ ลักษณะของดินเป็นดินร่วนปนทราย ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบร้อนชื้น มี 3 ฤดู คือ ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม - มิถุนายน ฤดูฝนเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - ตุลาคม ฤดูหนาวเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน - กุมภาพันธ์ แผนที่แสดงตามภาพประกอบ

1) ลักษณะทางประชากร สังคมและวัฒนธรรมชุมชน

ปัจจุบันมีบ้านเรือน 8,360 ครัวเรือน (รวมเขตเทศบาล) ประชากรทั้งหมด 36,171 คน ชาย 17,898 คน หญิง 18,273 คน ความหนาแน่นของประชากร 149.47 คน/ตร.กม. ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีเชื้อชาติไทย ภาษาที่ใช้ร้อยละ 90 เป็นภาษาเขมร รองลงมาเป็นภาษาไทยอีสานร้อยละ 10 มีการดำเนินชีวิตที่เรียบง่ายมีความสัมพันธ์กันดี เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือ

กันเกื้อกูลซึ่งกันและกันยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีของบรรพบุรุษ ประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อ่านออกเขียนได้ นับถือศาสนาพุทธ

2) สภาพเศรษฐกิจ

ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 95 ประกอบอาชีพทำนา การปลูกผักสวนครัวเป็นอาชีพเสริม พื้นที่เกษตรประมาณ 94,341 ไร่ อยู่ในเขตชลประทานเพียงร้อยละ 10 คิดเป็น 9,344 ไร่ มีแหล่งน้ำขนาดใหญ่หรือแหล่งน้ำธรรมชาติที่เพียงพอต่อการทำประมง วางจากทำนามีอาชีพเสริมรับจ้างทั่วไป เฉพาะในเขตเทศบาลประชากรจะมีอาชีพหลากหลายทั้งค้าขาย รับราชการ รับจ้าง ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนถึงปานกลาง ประชาชนในเขตอำเภอขานี รายได้เฉลี่ย 56,519 บาท/คน/ปี ส่วนใหญ่มาจากการขายข้าว รับจ้างทั่วไป ประชากรวัยหนุ่มสาวมีการโยกย้ายถิ่นฐานตามฤดูกาลเพื่อไปทำงานในต่างจังหวัด ในเขตชนบทจึงมีกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเด็กอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะฤดูร้อนซึ่งว่างจากการทำนา

3) หน่วยบริการปฐมภูมิงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบไปด้วย 1) รพ.สต.ละลวด 2) รพ.สต.ละซอผกา 3) รพ.สต.เมืองยาง 4) รพ.สต.หนองปล่อง 5) รพ.สต.โคกสนวน และ 6) งานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลขานี

2. กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่ง กระบวนการในการดำเนินการ 4 ขั้นตอนประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติการ (Planning) การปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ (Action) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) และสะท้อนกลับผลหลังการปฏิบัติ (Reflection) มาใช้เพื่อพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ ดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผน (Planning)

1) ประชุมกลุ่ม Focus Group เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและศึกษาบริบทของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์

2) ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและความต้องการ

3) จัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางการแก้ไข แบบมีส่วนร่วม และคัดเลือกแผนที่จะนำไปปฏิบัติ

4) เก็บข้อมูลความรู้งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ (Pre-test)

โดยผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของกระบวนการพัฒนา
มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ และได้ศึกษาและจัดเก็บข้อมูลบริบทพื้นที่และ
ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ ข้อมูลสภาพการณ์กระบวนการพัฒนามาตรฐานการ
ดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี
จังหวัดบุรีรัมย์ โดยได้จัดประชุมคณะกรรมการที่ห้องประชุมโรงพยาบาลขานี อำเภอขานี จังหวัด
บุรีรัมย์ ในวันที่ 15 ธันวาคม 2560 โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 43 คน



ภาพที่ 7 ภาพประกอบกิจกรรมประชุมชี้แจง

ผลที่ได้จากการประชุมชี้แจง ครั้งนี้คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้าง
เสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่ง
ประกอบไปด้วย ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนจาก
ภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนจากส่วน
ราชการส่วนที่เกี่ยวข้อง มีความยินดีที่จะได้ร่วมมือกันในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงาน
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัด
บุรีรัมย์ ทุกคนพร้อมให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่กำลังความสามารถ เพื่อให้การดำเนินงานประสบ
ผลสำเร็จ ซึ่งจะส่งผลให้พี่น้องทุกคนมีสุขภาพแข็งแรงปลอดจากโรคภัยต่าง ๆ

การประชุมเชิงปฏิบัติการโดย วิเคราะห์สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อน
การดำเนินพัฒนามาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการ
สุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) และสัมภาษณ์แบบ

เจาะลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบไปด้วย ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 กลุ่ม ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 1 กลุ่ม และตัวแทนจากภาคประชาชน 1 กลุ่ม

สรุปกิจกรรมตามระยะที่ 1 ได้บริบท ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ และแผนปฏิบัติการ 1 กระบวนการประกอบไปด้วย 3 โครงการ 4 กิจกรรม ดังนี้

1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์

2) โครงการอบรมหลักสูตรการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.1) อบรมหลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2.2) อบรมหลักสูตรระบบลูกโซ่ความเย็น

3) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

ผู้วิจัยได้จัดทำแผนปฏิบัติการ ให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไข ปัญหา เพื่อกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน กำหนดทิศทางการพัฒนาด้วยตนเอง ร่วมคิด กระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานที่มีความสอดคล้องกับความต้องการในการแก้ไขปัญหา เกิดเป็น แผนงานโครงการตามที่ต้องการ เกิดความรู้สึภาคภูมิใจและเป็นเจ้าของผลงานที่เกิดขึ้น และทำให้เกิดความตระหนักในการร่วมแรงร่วมใจกันที่จะทำงานร่วมกันต่อไป

ผลจากการประชุมจัดทำแผน ทำให้มีการกำหนดแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีกิจกรรมที่กลุ่มได้คัดเลือกเพื่อนำมาดำเนินการประกอบไปด้วย 3 โครงการ ดังนี้

1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์

2) โครงการอบรมหลักสูตรการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิและ

3) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ได้กำหนดให้มี 1 กระบวนการ 3 โครงการ 4 กิจกรรม (Planning) หลังจากนั้นได้นำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติจริง (Action) เก็บรวบรวมข้อมูล (Observation) ระหว่างการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการและวิเคราะห์ข้อมูลสิ่งที่ได้จากการปฏิบัติการ ดังนี้

1. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรในแต่ละด้านสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน ใช้ในการประกอบการวางแผนในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยได้จัดประชุมคณะกรรมการที่ห้องประชุม รพ.สต. เมืองยาง อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ในวันที่ 15 ธันวาคม 2560 โดยมีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสิ้น 28 คน



ภาพที่ 8 ภาพประกอบกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.1 ผลการดำเนินงาน คณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำหาน จังหวัดบุรีรัมย์ ทราบถึงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2 การเรียนรู้ คณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำหาน จังหวัดบุรีรัมย์ มีความเป็นกันเองมากขึ้น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น ทราบถึงขอบเขตในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ และทราบถึงแนวทางการประสานงานและการเชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสามารถนำความรู้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่ต่อไป

2. โครงการอบรมหลักสูตรการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีความสำคัญในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในส่วนสาธารณสุข ได้แก่ นักสุขภาพครอบครัว (นสค) ประจำ รพ.สต. ทุกคนและ ในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานส่วนสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครูอนามัยโรงเรียน และครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีเนื้อหาให้เจ้าหน้าที่ผู้เข้ารับการอบรมสามารถรู้หลักการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยโครงการแบ่งเป็น 2 กิจกรรมดังนี้

1) หลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2) หลักสูตรระบบลูกโซ่ความเย็น

กิจกรรมที่ 1 อบรมหลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน ชนิดวัคซีน คุณสมบัติ การตรวจสอบคุณภาพ เทคนิคการให้บริการ และการบันทึกผลตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยได้มีการจัดประชุมในวันที่ 12 มกราคม 2561 โรงพยาบาลลำหาน อำเภอลำหาน จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสิ้น

24 คน

พูน ปณ จิต ชเว



ภาพที่ 9 ภาพประกอบกิจกรรมอบรมหลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ผลการดำเนินงาน ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 2 อบรมหลักสูตรระบบลูกโซ่ความเย็น เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดเก็บ การขนส่งวัคซีน และการเก็บรักษาวัคซีน ตามมาตรฐานระบบลูกโซ่ความเย็น โดยได้มีการจัดประชุมในวันที่ 5 มกราคม 2561 รพ.สต.เมืองยาง อำเภอขามเฒ่า จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสิ้น 28 คน



ภาพที่ 10 ภาพประกอบกิจกรรมอบรมหลักสูตรระบบลูกโซ่ความเย็น

ผลการดำเนินงาน ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานระบบลูกโซ่ความเย็น ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

3. โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นโครงการที่ประยุกต์ใช้หลักสูตรการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ให้ภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้จัดประชุมคณะกรรมการที่ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภออำเภอนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ ในวันที่ 11 มกราคม 2560 โดยมีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสิ้น 38 คน



ภาพที่ 11 ภาพประกอบกิจกรรมโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3.1 ผลการดำเนินงาน ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับทราบแนวทางการดำเนินงานและมีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในพื้นที่ มีช่องทางในการสื่อสาร การแจ้งข้อมูลการติดตามการมารับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย และภาคีเครือข่ายสามารถสื่อสารในพื้นที่ได้ ประชาชนในพื้นที่ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน กรณีมีกิจกรรมรณรงค์การรับวัคซีนในทุกกลุ่มให้ครอบคลุม

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

- 1) การนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน
- 2) การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ

ผู้วิจัยได้จัดทำนิเทศติดตามงาน เพื่อเก็บข้อมูลที่ได้จากการจัดกิจกรรม เช่น กระบวนการจัดกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม ซึ่งผลการศึกษานำเสนอไว้ในผลการดำเนินงานและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการจัดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ในส่วนของขั้นการสังเกต (Observation) ผู้วิจัยจะได้นำเสนอผลที่ได้จากการนิเทศติดตามงาน



ภาพที่ 12 ภาพประกอบกิจกรรมนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน

ผลการประเมินกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคณะกรรมการกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ จัดทำ 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกก่อนการพัฒนา และหลังจากมีกระบวนการพัฒนา พบว่า คะแนนครั้งแรกได้ 89 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.57 ครั้งที่ 2 ได้ 99 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95.19 ส่วนที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ตาราง 3 ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

เนื้อหา	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
1. การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น	31	77.50	38	95.00
2. การให้บริการวัคซีน	49	94.23	51	98.08
3. การบริหารจัดการข้อมูล	10	83.33	10	83.33
โดยรวม	89	85.57	99	95.19

ตาราง 4 ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของ
เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยแยกเป็นรายรพ.สต. ทั้งก่อนและหลัง

หน่วยบริการ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
1. รพ.สต.ละหาด	91	87.50	100	96.15
2. รพ.สต.ละหาด	89	85.58	99	95.19
3. รพ.สต.เมืองยาง	89	85.58	99	95.19
4. รพ.สต.หนองปล่อง	89	85.58	100	96.15
5. รพ.สต.โคกสนวน	89	85.58	99	95.19
6. งานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลลำปาง	95	91.35	102	98.07
ผลการประเมินเฉลี่ย	90.3	86.85	99.83	95.99

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

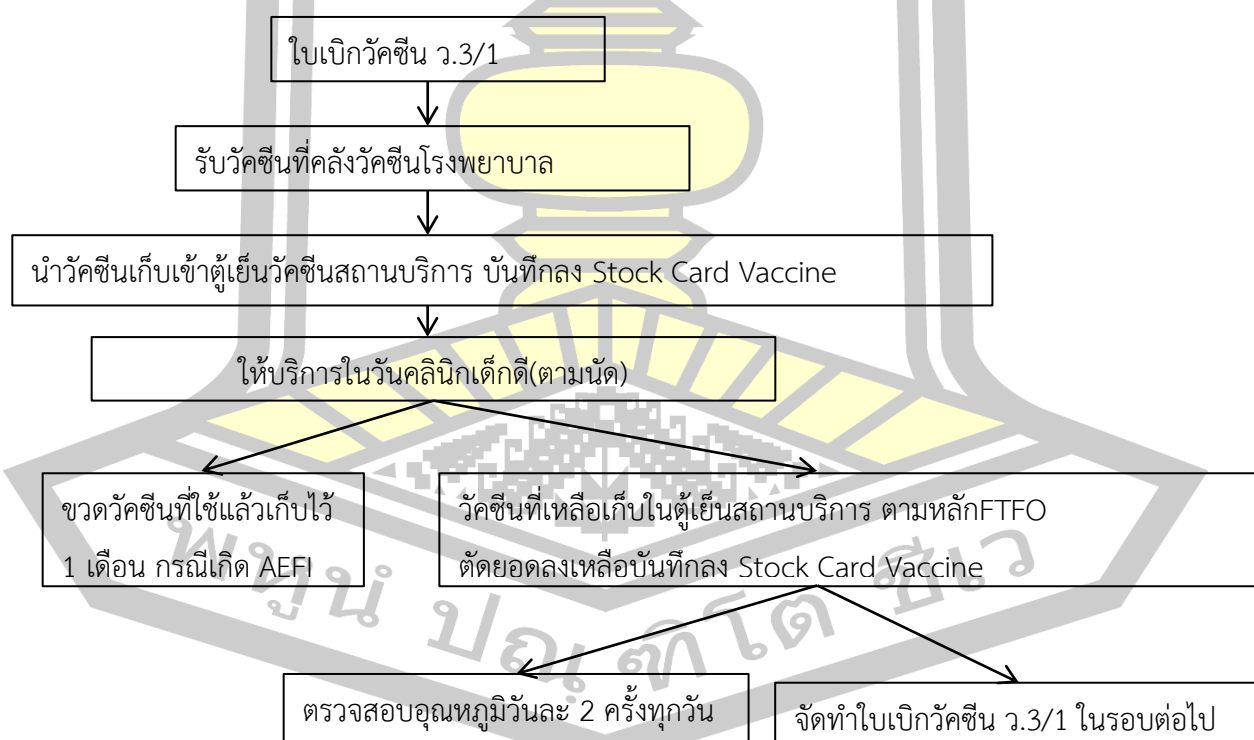
- 1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 2) จัดประชุมถอดบทเรียน ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่ได้จากการกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ ณ รพ.สต.ละหาด อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ ในวันที่ 27 เมษายน 2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการแก้ไข วิเคราะห์แนวทางการแก้ไข ปัจจัยที่สนับสนุน ของการดำเนินงาน สิ่งที่ทำได้ดี ยังไม่ดี อุปสรรคหรือปัจจัยที่ขัดให้ยังทำในบางกิจกรรมได้ไม่ดี ทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และระดับจังหวัด ผู้เข้าร่วมในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 22 คน ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนและส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง วิทยากรที่ร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วยวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

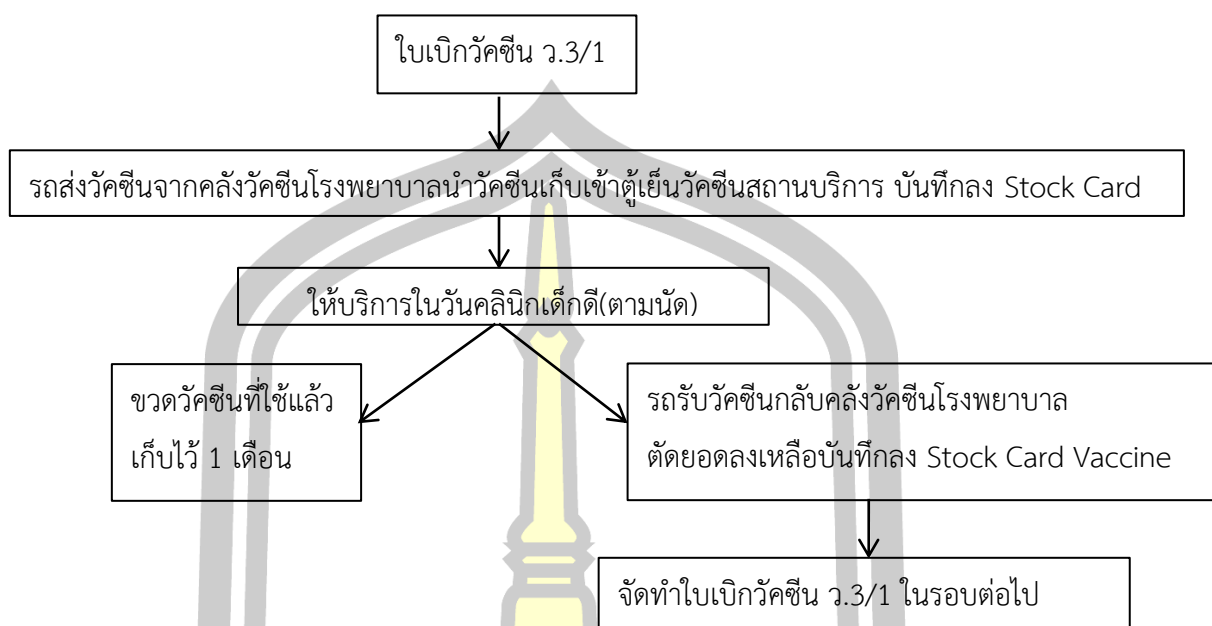


ภาพที่ 13 ภาพประกอบกิจกรรมจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผลที่ได้คือ มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดการวัคซีนด้วยระบบลูกโซ่ความเย็น ซึ่งจากเดิมต้องให้เจ้าหน้าที่ ในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ มารับวัคซีนที่คลังวัคซีน และมีการจัดเก็บวัคซีนที่เหลือจากบริการไว้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ



ภาพที่ 14 รูปแบบการจัดการวัคซีนด้วยระบบลูกโซ่ความเย็น (เดิม)



ภาพที่ 15 รูปแบบการจัดการวัคซีนด้วยระบบลูกโซ่ความเย็น (ใหม่)

จัดประชุมถอดบทเรียนที่ได้จากการกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปาง อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันวิเคราะห์บทเรียน กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ผลสำเร็จที่ทำได้ดี ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงาน สิ่งที่ยังไม่ดี อุปสรรคหรือปัจจัยที่ขัดให้ยังทำในบางกิจกรรมได้ยังไม่ดี และข้อเสนอแนะทางเพื่อการพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดผลสำเร็จของงานในระยะต่อไป ทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และระดับจังหวัด ผู้เข้าร่วมในเวทีการถอดบทเรียนได้แก่ คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40 คน ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนและส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง วิทยากรที่ร่วมในกระบวนการถอดบทเรียนครั้งนี้ ประกอบด้วยวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

โดยใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1990) ซึ่ง ประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติการ (Planning) การปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ (Action) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) และสะท้อนกลับผลหลังการปฏิบัติ (Reflection) ซึ่งได้มา 7 กระบวนการ ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์สาเหตุและความต้องการ
- 2) วางแผนการดำเนินกิจกรรมและแนวทางแก้ไข
- 3) การ

ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 4) การนิเทศติดตามการดำเนินงาน 5) การประเมินตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ 6) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 7) การถอดบทเรียน ซึ่งกิจกรรมถอดบทเรียนดังกล่าว ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วม ได้ร่วมกันถอดบทเรียนครั้งนี้ ได้ค้นพบ รูปแบบในการจัดการวัคซีนด้วยระบบลูกโซ่ความเย็นแบบใหม่



ภาพที่ 16 ภาพประกอบกิจกรรมจัดประชุมถอดบทเรียน

โดยสรุป จะเห็นได้ว่ากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดบุรีรัมย์ อยู่ในช่วงการพัฒนาในรอบที่ 1 ผลที่เกิดขึ้นมีทั้งสิ่งที่ทำได้ดีแล้วและมีสิ่งที่ยังทำได้ไม่ดี สิ่งที่ทำได้ดีแล้ว ได้แก่ มีการประสานการทำงานเป็นเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ยังทำได้ไม่ดี ได้แก่ การทำงานยังไม่มีอย่างต่อเนื่องเท่าที่ควร การสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงานยังมีจำกัด เนื่องจากอยู่ในระยะเริ่มการพัฒนา จะต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ ขาดงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์การดำเนินงานในบางส่วนและยังไม่เกิดการมีส่วนร่วมจากประชาชนเท่าที่ควร สิ่งดีที่จะต้องดำเนินการต่อไปคือ การพัฒนาเครือข่ายให้มีความยั่งยืนให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้เครือข่ายมีความเข้มแข็งและการดำเนินงานประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้นต่อไป

3. ผลของกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดบุรีรัมย์

3.1 ลักษณะทางประชากร พบว่า คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดบุรีรัมย์

ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งสายงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน และการฝึกอบรม รายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.50) มีอายุระหว่าง 21– 30 ปี (ร้อยละ 27.50) อายุเฉลี่ย 40.58 ปี อายุน้อยที่สุด 27 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 75.00) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 65.00) มีตำแหน่งสายงานคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 37.50) ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อยู่ระหว่าง 1– 10 ปี (ร้อยละ 57.50) และเคยผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ร้อยละ 50.00)

ตาราง 5 ลักษณะทางประชากรของ คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ (n=40)

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	27.50
หญิง	29	72.50
อายุ (ปี)		
21 - 30	11	27.50
31 - 40	9	22.50
41 - 50	10	25.00
51 ปีขึ้นไป	10	25.00
$\bar{X} = 40.58, SD=10.37, \text{Min.} = 27, \text{Max.} = 59$		
สถานภาพ		
โสด	10	25.00
คู่	30	75.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	22.50
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	2	5.00
ปริญญาตรี	26	65.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	7.50
ตำแหน่งสายงาน		
แพทย์	1	2.5
เภสัชกร	1	2.5
พยาบาลวิชาชีพ	6	15.00
นักวิชาการสาธารณสุข	5	12.50
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	3	7.50
เจ้าพนักงานท้องถิ่น/ครู	6	15.00
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	18	45.00
ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ปี)		
1 - 10	23	57.50
11 - 20	15	37.50
21 ปีขึ้นไป	2	5.00
$\bar{X} = 9.05$, $SD=5.59$, $Min. = 1$, $Max. = 22$		
การฝึกอบรมเกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค		
เคย	20	50.00
ไม่เคย	20	50.00

3.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับมีความรู้ระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาที่มีความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอยู่ในระดับมีความรู้ระดับสูง พิจารณารายข้อ พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 5 สารแอนติบอดี ซึ่งสร้างโดยเม็ดเลือดขาวจะมีการลำเลียงไปในร่างกายโดยระบบหมุนเวียนเลือด (ร้อยละ 100.00) รองลงมา คือ ข้อ 19 ขวดวัคซีนที่ใช้แล้วสามารถทำลายได้เลย ไม่ต้องจัดเก็บ (ร้อยละ 85.00) ส่วนข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 6 แอนติเจน คือ สารที่เม็ดเลือดขาวสร้างขึ้นเพื่อกำจัดเชื้อโรค (ร้อยละ 45.00) และภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ เซรุ่ม เป็นภูมิคุ้มกันที่ก่อเอง วัคซีน เป็นภูมิคุ้มกันที่รับมา (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือ ข้อ 5 สารแอนติบอดี ซึ่งสร้างโดยเม็ดเลือดขาวจะมีการลำเลียงไปในร่างกายโดยระบบหมุนเวียนเลือด และ ข้อ 10 เด็กที่มีอายุ 9 เดือนขึ้นไป ต้องได้รับการฉีดวัคซีนที่ป้องกันโรค หัด หัดเยอรมัน และคางทูม (ร้อยละ 97.50) ส่วนข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 6 แอนติเจน คือ สารที่เม็ดเลือดขาวสร้างขึ้นเพื่อกำจัดเชื้อโรค (ร้อยละ 47.50)

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=40)

ระดับความรู้เกี่ยวกับ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง	14	30.86	32	90.12
ระดับความรู้ปานกลาง	15	50.62	8	9.88
ระดับความรู้ต่ำ	11	18.52	0	0
$\bar{X}$, SD, Min. – Max.	14.08, 2.90, 7 - 18		16.58, 1.15, 15 - 19	

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ทุกคำถามมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา โดยภาพรวมพบว่า ก่อนการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย 14.08 และหลังพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย 16.58

เมื่อเปรียบเทียบความระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตาราง 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ก่อนและหลังการพัฒนา
($n=40$)

ระดับความรู้	n	$\bar{X}$	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	40	14.08	2.90	2.53	(0.37) – (0.93)	39	6.45	<0.001*
หลังพัฒนา	40	16.58	1.15					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยรวมก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับมาก พิจารณารายข้อ พบว่า ก่อนการพัฒนาข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต้องผ่านการอบรมมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ($\bar{X}=3.90$, $SD=0.30$) รองลงมาคือ ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ($\bar{X}=3.83$, $SD=0.38$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ($\bar{X}=2.83$, $SD=0.96$) และภายหลังการพัฒนา ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้รับการพัฒนาทางวิชาการและวิชาชีพอย่างเหมาะสม ($\bar{X}= 5.00$, $SD=0.00$) รองลงมา คือ ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต้องผ่านการอบรมมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ($\bar{X}=4.98$, $SD=0.16$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสามารถถ่ายทอดความรู้ในการดำเนินงานตาม ($\bar{X}=2.93$, $SD=1.00$)

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของระดับการบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=40)

ระดับการบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	15	3.70	29	72.50
ปานกลาง	25	55.56	11	27.50
น้อย	-	-	-	-
$\bar{x}$, SD, Min. – Max.	3.49, 2.80, 2.80–3.90		3.84, 2.31, 4.20–3.30	

การเปรียบเทียบบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังพัฒนามากกว่าก่อน
การพัฒนา โดยภาพรวมพบว่า ก่อนพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.49 และหลังพัฒนามีค่า
คะแนนเฉลี่ย 3.84 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า มีระดับการบทบาทหน้าที่ในการ
ดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value
<0.001)



ตาราง 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วย
บริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

ระดับบทบาท หน้าที่	n	$\bar{x}$	SD	Mean Def.	95% CI	df	p-value
ก่อนพัฒนา	40	3.49	2.80	0.35	(0.07) –	39	17.98
หลังพัฒนา	40	3.84	2.31		(0.09)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 การมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วย
บริการปฐมภูมิก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนเต็ม 100
คะแนน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

การมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วย
บริการปฐมภูมิ ก่อนการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.00)
การมีส่วนร่วมโดยรวมก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (SD=0.41) และหลังการพัฒนา
พบว่า ส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.00) การมีส่วนร่วมโดยรวมหลังการ
พัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 (SD=0.32)

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้าง
เสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=40)

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ				
มาก	9	22.50	18	45.00
ปานกลาง	30	75.00	22	55.00
น้อย	1	2.50	0	0
$\bar{x}$, SD, Min. – Max.	3.33, 0.41, 2.55–3.80		3.59, 0.32, 2.95–4.00	

การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตาราง 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

ระดับการมีส่วนร่วม	n	$\bar{x}$	SD	Mean Def.	95% CI	df	p-value
ก่อนพัฒนา	40	3.33	0.41	0.26	(0.10) –	39	14.15
หลังพัฒนา	40	3.59	0.32		(0.13)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.5 ความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยรวมก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับมาก

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=40)

ระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	5	12.50	29	72.50
ปานกลาง	25	87.50	11	27.50
น้อย	0	0	0	0
$\bar{x}$, SD, Min. – Max.	3.28, 0.36, 2.55-3.80		3.88, 0.23, 3.35-4.20	

การเปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการ
ปฐมภูมิก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังพัฒนามากกว่าก่อน
การพัฒนา โดยภาพรวมพบว่า ก่อนการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.28 หลังการพัฒนามีค่าคะแนน
เฉลี่ย 3.88 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า มีระดับความพึงพอใจในการดำเนินงาน
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ตาราง 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

ระดับความพึง พอใจ	n	$\bar{x}$	SD	Mean Def.	95% CI	df	p-value
ก่อนพัฒนา	40	3.28	0.36	0.60	(0.08) –	39	26.58
หลังพัฒนา	40	3.88	0.23		(0.11)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการดำเนินงานกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งนี้มี 7 ขั้นตอน ดังนี้

1) การวิเคราะห์สาเหตุและความต้องการ ซึ่งได้ดำเนินการประชุมในรูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการจัดทำวิจัยและวิเคราะห์บริบทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

2) วางแผนการดำเนินกิจกรรมและแนวทางแก้ไข เพื่อกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ ในการพัฒนา ซึ่งเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์, การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ และการแบ่งความรับผิดชอบ

3) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ โดยดำเนินการตามโครงการที่ได้กำหนดขึ้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ เช่น การให้ความรู้ ฝึกทักษะ

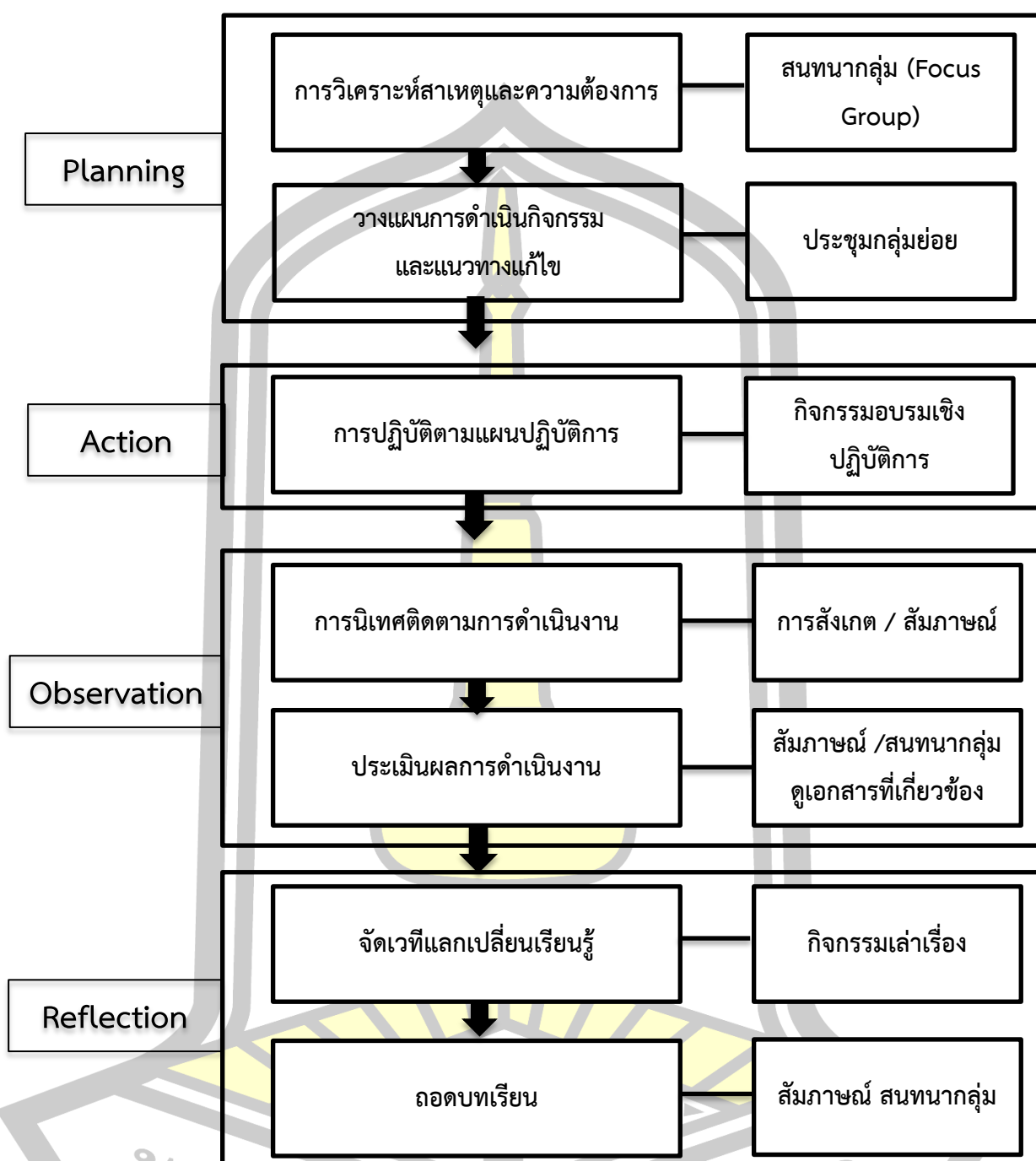
4) การนิเทศติดตามการดำเนินงาน ติดตามผลการดำเนินงาน และให้เสนอแนะในการแก้ไขปัญหา รายละเอียด เพื่อให้ปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน

5) การประเมินตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

6) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการจัดกิจกรรมเล่าเรื่องถึงกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

7) ร่วมถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ภายหลังกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งได้แสดงขั้นตอนการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการตามในลักษณะของแผนผัง ดังภาพที่ 17





ภาพที่ 17 แผนผังขั้นตอนการดำเนินงานกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

จากขั้นตอนกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ สามารถนำไปสู่การพัฒนาเพื่อทำให้เกิดเป็นรูปแบบ (Model) โดยรูปแบบที่ได้ คือ STARTUP MODEL โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การวิเคราะห์สาเหตุและความต้องการ (Situation Analysis: S) หมายถึง การวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหา สาเหตุ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา โดยสอดคล้องกับขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน (Planning) ในขั้นที่ 1 คือการวิเคราะห์สาเหตุและความต้องการ

2) การทำงานเป็นทีม (Teamwork: T) หมายถึง กระบวนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในทิศทางเดียวกัน ซึ่งมีการทำงานเป็นทีมที่ดีทั้งภาคีเครือข่ายและรับทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการพัฒนากระบวนการ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเวลาที่เกิดปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง จึงเป็นการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้กระบวนการที่มีแบบแผนและทบทวนอยู่เรื่อยๆ ตามขั้นตอนกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยสอดคล้องกับขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน (Planning) ในขั้นที่ 2 คือ วางแผนการดำเนินกิจกรรมและแนวทางแก้ไข

3) การประเมินผลการดำเนินงาน (Assessment: A) หมายถึง กระบวนการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้ง 6 หน่วยบริการ โดยสอดคล้องกับขั้นตอนการสังเกต (Observation) ในขั้นที่ 5 คือ การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ

4) การให้ข้อเสนอแนะ ความรู้ และทักษะ (Recommend : R) หมายถึง กระบวนการให้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ในการตัดสินใจ ปรับปรุง และพัฒนา โดยองค์ความรู้ใหม่ในพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยสอดคล้องกับขั้นตอนการการปฏิบัติตามแผน (Action) ในขั้นที่ 3 คือ การปฏิบัติตาม Action Plan

5) การระดมความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ในการถอดบทเรียน (Think Tank : T) หมายถึง กระบวนการสรุปผลการดำเนินงาน โดยมีการจัดประชุม เพื่อสรุป และหาข้อเสนอแนะในการที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนาสิ่งที่ดีให้เกิดความยั่งยืนต่อไปในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ในขั้นที่ 7 คือ จัดประชุมถอดบทเรียน

6) ระบบมาตรฐานเดียวกัน (Uniform Standard System: U) หมายถึง กระบวนการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน โดยมีให้ข้อเสนอแนะในการที่จะแก้ไขปัญหาตามกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนการสังเกต (Observation) ในขั้นที่ 4 คือ ขั้นตอนนิเทศติดตามการดำเนินการ

7) การมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน (Participation: P) หมายถึง ความร่วมมือร่วมใจกันพัฒนาสิ่งที่ทำให้เกิดความยั่งยืนของกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ในขั้นที่ 6 คือ จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์

จากการประชุมถอดบทเรียนที่ได้จากกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขานี อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันวิเคราะห์บทเรียน กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ผลสำเร็จที่ทำได้ดี ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงาน สิ่งที่ทำได้อย่างไม่ดี อุปสรรคหรือปัจจัยที่ขัดให้ยังทำในบางกิจกรรมได้ยังไม่ดี และข้อเสนอแนะทางเพื่อการพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดผลสำเร็จของงานในระยะต่อไป ทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และระดับจังหวัด ซึ่งตัวแทนเครือข่ายได้กล่าวถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ดังนี้

การสร้างเครือข่ายเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ การทำงานในรูปแบบเครือข่ายเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานร่วมกันให้มีประสิทธิภาพเนื่องจากการทำงานแบบเครือข่ายเป็นการทำงานแบบ “ประสานพลัง” มีการรับรู้และมุมมองเหมือนกัน มีการวางแผนเป้าหมายร่วมกันและมีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือในการทำงานมีความเข้มแข็ง ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ดังคำกล่าวในการประชุมดังนี้

“การให้ความสำคัญของการทำงานในรูปแบบเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายที่มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร เช่น เจ้าหน้าที่จากสถานบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน อบต. เทศบาล จะทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพ ทุกคนเข้าใจหน้าที่ของตนเองมากขึ้น”

(ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข: บันทึกรายการประชุม)

“ดิฉันคิดว่าเครือข่ายภาคประชาชนเป็นเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการของกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ แต่การมีเครือข่ายจากกลุ่มต่างๆ มาร่วมกันทำงานจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น”

(ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล: บันทึกรายการประชุม)

“ผมเห็นว่าที่หมู่บ้านผมสามารถพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ เกิดจากความร่วมมือของทุกเครือข่ายที่ร่วมทำงานช่วยกันและมีความจริงจังในการทำงานโดยมีทีมงานที่เข้มแข็งจาก อบต. อสม. โรงเรียนและ ผู้นำชุมชน”

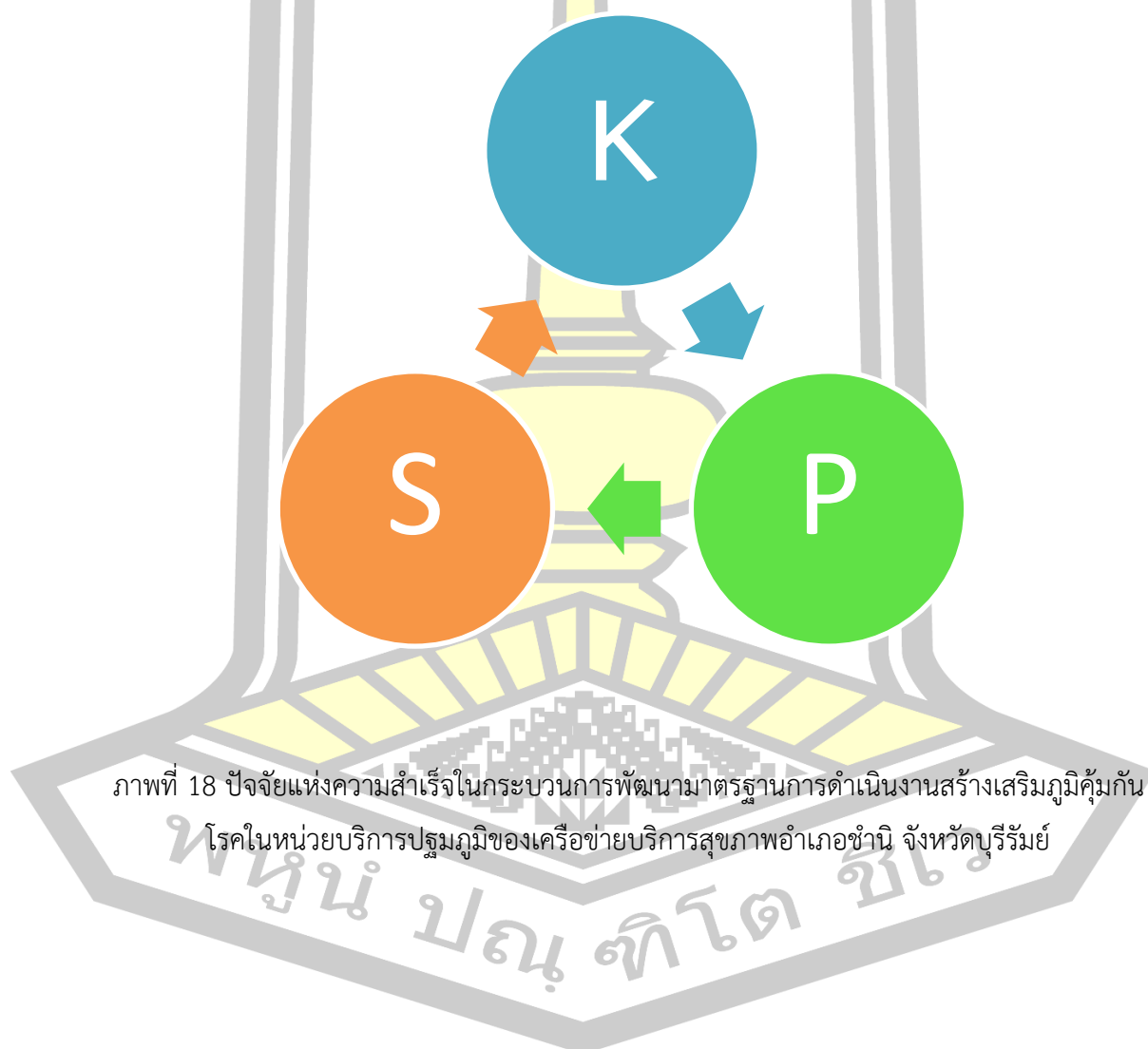
(ตัวแทน อสม: บันทึกรายการประชุม)

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ คือ

- 1) การอบรมให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ (Knowledge learning from training: K) หมายถึง การค้นคว้าหาความรู้อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จะมีองค์ความรู้ใหม่ และการพัฒนาวัคซีนตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับการเกิดของโรคในปัจจุบัน
- 2) มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมของคณะกรรมการที่เข้มแข็ง (Strong Teamwork and Problem Solving: S) หมายถึง กระบวนการทำงานของคณะกรรมการที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในทิศทางเดียวกัน ซึ่งมีการทำงานเป็นทีมตามบทบาทหน้าที่ของตนเองในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง จึงเป็นการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพภายใต้กระบวนการที่มีแบบแผนและทบทวนอยู่เรื่อยๆ ตามขั้นตอนกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

3) การให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวโดยผู้บริหาร(Perception of Professional Executive: P) หมายถึง การให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา ตามกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช้างนิง จังหวัดบุรีรัมย์ ในลำดับต้น เนื่องจากความครอบคลุมการได้รับวัคซีนมีผลต่อการระบาดของโรคได้ดี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช้างนิง จังหวัดบุรีรัมย์



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคไว้ยครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งจัดกิจกรรมการพัฒนา ประกอบด้วย การศึกษาบริบทของพื้นที่ การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ การนิเทศติดตามงาน และการประชุมถอดบทเรียน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา โดยใช้แบบทดสอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 บริบทของกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์

5.1.2 กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์

5.1.3 ผลการพัฒนาระบบการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

5.2 สรุปผล

จากการศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ สามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ทั้งหมด 4 ประเด็น

5.2.1 ผลการศึกษาบริบท และสภาพปัญหา ในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ ปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประกอบไปด้วยสถานบริการปฐมภูมิ ดังนี้หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดบุรีรัมย์สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบไปด้วย 1) รพ.สต.ละหาด 2) รพ.สต.ละหาดผกา 3) รพ.สต.เมืองยาง 4) รพ.สต.หนองปล่อง 5)รพ.สต.โคกสนวน และ 6) งานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลลำดวน สำหรับผลการประเมิน พบว่าหน่วยบริการ ระดับอำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ได้รับผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐาน การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการระดับอำเภอ ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 85.00–90.00) และถ้าหากแยกเป็นรายหน่วยบริการจะได้ผลการประเมินดังนี้ 1) รพ.สต.ละหาด ระดับคะแนนที่ได้ 91 ร้อยละ 87.50 ผ่านเกณฑ์ ระดับพอใช้ 2) รพ.สต.ละหาดผกา ระดับคะแนนที่ได้ 89 ร้อยละ 85.58 ผ่านเกณฑ์ ระดับพอใช้ 3) รพ.สต.เมืองยาง ระดับคะแนนที่ได้ 89 ร้อยละ 85.58 ผ่านเกณฑ์ ระดับพอใช้ 4) รพ.สต.หนองปล่อง ระดับคะแนนที่ได้ 89 ร้อยละ 85.58 ผ่านเกณฑ์ ระดับพอใช้ 5)รพ.สต.โคกสนวน ระดับคะแนนที่ได้ 89 ร้อยละ 85.58 ผ่านเกณฑ์ ระดับพอใช้ และ 6) งานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลลำดวน ระดับคะแนนที่ได้ 95 ร้อยละ 91.35 ผลผ่านเกณฑ์ ระดับดี ติดต่อกันหลายปี

5.2.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) Kemmis and McTaggart (1990) ซึ่ง กระบวนการในการดำเนินการ 4 ขั้นตอนประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติการ (Planning) การปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ (Action) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) และสะท้อนกลับผลหลังการปฏิบัติ

(Reflection) มาใช้เพื่อพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผน (Planning) ได้มีการประชุมกลุ่ม Focus Group เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและศึกษาบริบทของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและความต้องการ จัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางการแก้ไข แบบมีส่วนร่วม และคัดเลือกแผนที่จะนำไปปฏิบัติ และ เก็บข้อมูลความรู้งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ (Pre-test)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการโดย วิเคราะห์สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แผนปฏิบัติการ 1 กระบวนการประกอบไปด้วย 3 โครงการ 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ 2) โครงการอบรมหลักสูตรการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย (1) อบรมหลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (2) อบรมหลักสูตรระบบลูกโซ่ความเย็น และ 3) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action) หรือกิจกรรมที่ได้คัดเลือกจากขั้นการวางแผน ในโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

ผลจากการประชุมจัดทำแผน ทำให้มีการกำหนดแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีกิจกรรมที่กลุ่มได้คัดเลือกเพื่อนำมาดำเนินการประกอบไปด้วย 3 โครงการ 4 กิจกรรม ที่จะนำไปปฏิบัติก่อนและหลัง ดังนี้ 1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ 2) โครงการอบรมหลักสูตรการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิและ 3) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ

1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย

ได้จัดประชุมคณะกรรมการที่ห้องประชุมรพ.สต.เมืองยาง อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ ในวันที่ 15 ธันวาคม 2560 โดยมีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสิ้น 28 คน ผลการดำเนินงาน คณะกรรมการดำเนินงาน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ ทราบถึงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

2) โครงการอบรมหลักสูตรการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในส่วนสาธารณสุข ได้แก่ นักสุขภาพครอบครัว (นศค) ประจำ รพ.สต. ทุกคนและ ในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานส่วนสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครูอนามัยโรงเรียนและครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีเนื้อหาให้เจ้าหน้าที่ผู้เข้ารับการอบรมสามารถรู้หลักการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยโครงการแบ่งเป็น 2 กิจกรรมดังนี้ 1 หลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2.หลักสูตรระบบลูกโซ่ความเย็น

กิจกรรมที่ 1 อบรมหลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยได้มีการจัดประชุมในวันที่ 12 มกราคม 2561 โรงพยาบาลขำนิ อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสิ้น 24 คน ผลการดำเนินงาน ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 2 อบรมหลักสูตรระบบลูกโซ่ความเย็น โดยได้มีการจัดประชุมในวันที่ 5 มกราคม 2561 รพ.สต.เมืองยาง อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสิ้น 28 คน ผลการดำเนินงาน ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานระบบลูกโซ่ความเย็น ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

3) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ให้ภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้จัดประชุมคณะกรรมการที่ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขำนิ อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ ในวันที่ 11 มกราคม 2560 โดยมีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสิ้น 38 คน ผลการดำเนินงาน ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับทราบแนวทางการดำเนินงานและมีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในพื้นที่ มีช่องทางในการสื่อสาร การแจ้งข้อมูลข่าวสารที่มีความผิดปกติในพื้นที่และภาคีเครือข่ายสามารถสื่อสารในพื้นที่ได้ ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

ผู้วิจัยได้จัดทำนิเทศติดตามงาน เพื่อเก็บข้อมูลที่ได้จากการจัดกิจกรรม เช่น กระบวนการจัดกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม ซึ่งผลการศึกษาได้นำเสนอไว้ในผลการดำเนินงานและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการจัดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ในส่วนของขั้นการสังเกต (Observation) ผู้วิจัยได้นำเสนอผลที่ได้จากการนิเทศติดตามงาน

ผลการประเมินกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคณะกรรมการกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ จัดทำ 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกก่อนการพัฒนา และ หลังจากมีกระบวนการพัฒนา พบว่า คะแนนครั้งแรกได้ 89 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.57 ครั้งที่ 2 ได้ 99 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95.19 ส่วนที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

ได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่ได้จากการกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ณ. รพ.สต.ช่องฝาง อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ในวันที่ 27 เมษายน 2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการแก้ไข วิเคราะห์แนวทางการแก้ไข ปัจจัยที่สนับสนุน ของการดำเนินงาน สิ่งที่ทำได้ยังไม่ดี อุปสรรคหรือปัจจัยที่ฉุดให้ยังทำในบางกิจกรรมได้ยังไม่ดี ทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และระดับจังหวัด ผู้เข้าร่วมในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 22 คน ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนและส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง วิทยากรที่ร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วยวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

ผลที่ได้คือมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดการวัคซีนด้วยระบบลูกโซ่ความเย็น ซึ่งจากเดิมต้องให้เจ้าหน้าที่ ในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ มารับวัคซีนที่คลังวัคซีน และมีการจัดเก็บวัคซีนที่เหลือจากบริการไว้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เปลี่ยนแปลงเป็น ก่อนหน้าวันให้บริการ 1 วัน จะมีรถนำส่งวัคซีนตามระบบลูกโซ่ความเย็น จัดส่งให้เรียบร้อย และหลังจากให้บริการวัคซีนในวันที่กำหนดบริการ ภายในช่วงเย็นก็จะมีรถจัดเก็บกลับคืน คลังวัคซีนที่ อำเภอเพื่อลดความเสี่ยงกรณีเหตุฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น และการหมุนเวียนมาใช้ในการฉีดวัคซีน

จัดประชุมถอดบทเรียนที่ได้จากการกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปาง อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันวิเคราะห์บทเรียน กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ผลสำเร็จที่ทำได้ดี ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงาน สิ่งที่ทำได้อย่างไม่ดี อุปสรรคหรือปัจจัยที่ขัดให้ยังทำในบางกิจกรรมได้ยังไม่ดี และข้อเสนอแนะทางเพื่อการพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดผลสำเร็จของงานในระยะต่อไป ทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และระดับจังหวัด ผู้เข้าร่วมในเวทีการถอดบทเรียนได้แก่ คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40 คน ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนและส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง วิทยากรที่ร่วมในกระบวนการถอดบทเรียนครั้งนี้ ประกอบด้วยวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์

5.2.3 ผลการพัฒนาระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาพบว่ากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ มีกระบวนการสำคัญ 7 กระบวนการ ประกอบไปด้วย

1) การวิเคราะห์สาเหตุและความต้องการ (Cause Analysis) มีการคืนข้อมูล ตามความเป็นจริงในแต่ละสถานบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง พร้อมทั้งประชุมกลุ่มในการวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหา และแนวทางการแก้ไข

2) วางแผนการดำเนินกิจกรรมและแนวทางแก้ไข (Activity planning) กำหนดแผนปฏิบัติการ ตามแนวทางที่แก้ไข ให้สอดคล้องกับความต้องการกับเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง

3) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้แผนปฏิบัติการ 1 กระบวนการ ประกอบไปด้วย 3 โครงการ 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำปาง จังหวัดบุรีรัมย์ 2) โครงการอบรมหลักสูตรการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย (1) อบรมหลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (2) อบรมหลักสูตรระบบลูกโซ่ความเย็น และ 3) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ

4) การนิเทศติดตามการดำเนินงาน (Directing follow up) ได้มีการลงติดตามหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อติดตามดูความก้าวหน้าในการดำเนินการแก้ไข และแนะนำในส่วนที่ต้องปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่นการลงบันทึกข้อมูล

5) การประเมินตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Standardized Assessment) หลังจากมีการพัฒนากระบวนการตามแผนปฏิบัติการ ได้มีการวัดผลการดำเนินการของกระบวนการ ได้ผล (Out Put) ตรงตามประเด็นที่วางไว้ และกำหนดแนวทางแก้ไข

6) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Exchange of Knowledge) เรียนรู้จากกระบวนการพัฒนาสรุปปัญหา หาแนวทางแก้ไข ของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ เพื่อหาแนวทางแก้ไขที่ยั่งยืนและมีทิศทางเดียวกัน

7) การถอดบทเรียน (Take the lesson)

ผลการประเมินมาตรฐานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการระดับอำเภอ ในระดับดีเยี่ยม (ร้อยละ 95.19) และถ้าหากแยกเป็นรายหน่วยบริการจะได้ผลการประเมินดังนี้ 1) รพ.สต.ละหวด ระดับคะแนนที่ได้ 100 ร้อยละ 96.15 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีเยี่ยม 2) รพ.สต.ละซ้อผกา ระดับคะแนนที่ได้ 99 ร้อยละ 95.19 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีเยี่ยม 3) รพ.สต.เมืองยาง ระดับคะแนนที่ได้ 99 ร้อยละ 95.19 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีเยี่ยม 4) รพ.สต.หนองปล่อง ระดับคะแนนที่ได้ 100 ร้อยละ 96.15 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีเยี่ยม 5)รพ.สต.โคกสนวน ระดับคะแนนที่ได้ 99 ร้อยละ 95.19 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีเยี่ยม และ 6) งานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลลำสนธิ ระดับคะแนนที่ได้ 102 ร้อยละ 98.07 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีเยี่ยม

5.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

การสร้างเครือข่ายเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ การทำงานในรูปแบบเครือข่ายเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานร่วมกันให้มีประสิทธิภาพเนื่องจากการทำงานแบบเครือข่ายเป็นการทำงานแบบ “ประสานพลัง” มีการรับรู้และมุมมองเหมือนกัน มีการวางแผนร่วมกันและมีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือในการทำงานมีความเข้มแข็ง ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จดังคำกล่าวในการประชุมดังนี้

“หัวใจของวัคซีนคือระบบลูกโซ่ความเย็น เพราะต้องรักษาคุณภาพวัคซีนจากต้นทางที่ผลิตจนถึงปลายทางผู้รับบริการ”

(ตัวแทนผู้บริหารด้านสาธารณสุข: บันทึกรการประชุม)

“การให้ความสำคัญของการทำงานในรูปแบบเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายที่มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร เช่น เจ้าหน้าที่จากสถานบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน อบต. เทศบาล จะทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพ ทุกคนเข้าใจหน้าที่ของตนเองมากขึ้น”

(ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข: บันทึกรการประชุม)

“ดิฉันคิดว่าเครือข่ายภาคประชาชนเป็นเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการของกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ แต่การมีเครือข่ายจากกลุ่มต่างๆ มาร่วมกันทำงานจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น”

(ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล: บันทึกรการประชุม)

“ผมเห็นว่าที่หมู่บ้านผมสามารถพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ เกิดจากความร่วมมือของทุกเครือข่ายที่ร่วมทำงานช่วยกันและมีความจริงจังในการทำงานโดยมีทีมงานที่เข้มแข็งจาก อบต. อสม. โรงเรียนและ ผู้นำชุมชน”

(ตัวแทน อสม: บันทึกรการประชุม)

5.3 อภิปรายผล

5.3.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องเกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยภาพรวมหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.58 มากกว่าก่อนการพัฒนาที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.08 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้โดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

5.3.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยภาพรวมหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 มากกว่าก่อนการพัฒนาที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ

ความคิดเห็นก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความคิดเห็นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.001)

5.3.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยภาพรวมหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 มากกว่าก่อนการพัฒนาที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.001)

5.3.4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยภาพรวมหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.001)

5.3.5 ผลการประเมินกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคณะกรรมการกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ จัดทำ 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกก่อนการพัฒนา และหลังจากมีกระบวนการพัฒนา พบว่า คะแนนครั้งแรกได้ 85 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 81.73 ครั้งที่ 2 ได้ 99 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95.19 ส่วนที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

5.4.1.1 ในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์ จะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพได้นั้นต้องมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนด้านองค์ความรู้ จะทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และมีประสิทธิภาพ

5.4.1.2 การวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดกระบวนการอันนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิคือ การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล โดยเน้นกระบวนการนิเทศติดตามของคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐม

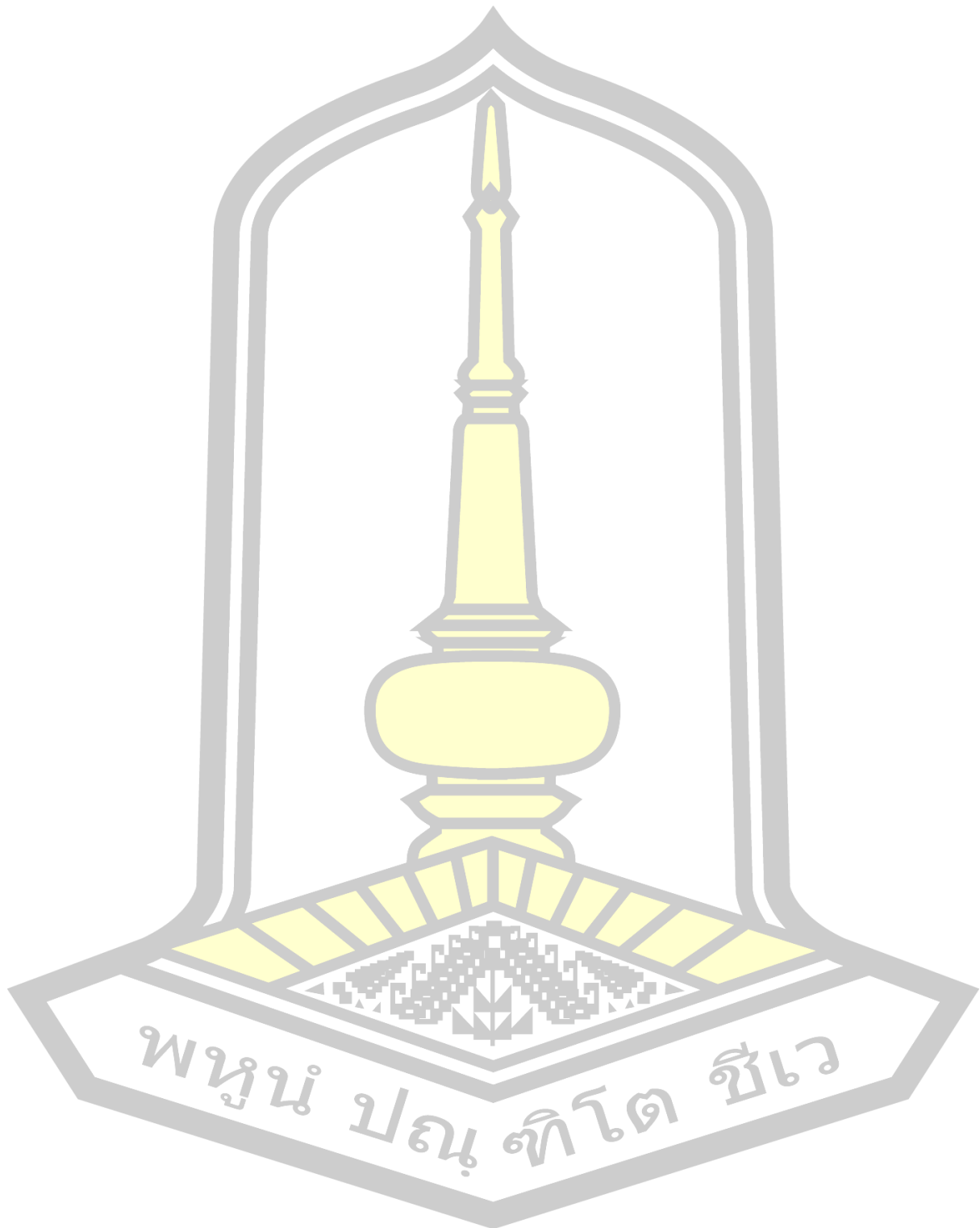
ภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งจะทำให้เกิดแนวคิดในการพัฒนา และ แก้ไขปัญหาพร้อมกันโดยนำไปสู่ความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การ ดำเนินงานดำเนินการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐม ภูมิเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป



บรรณานุกรม



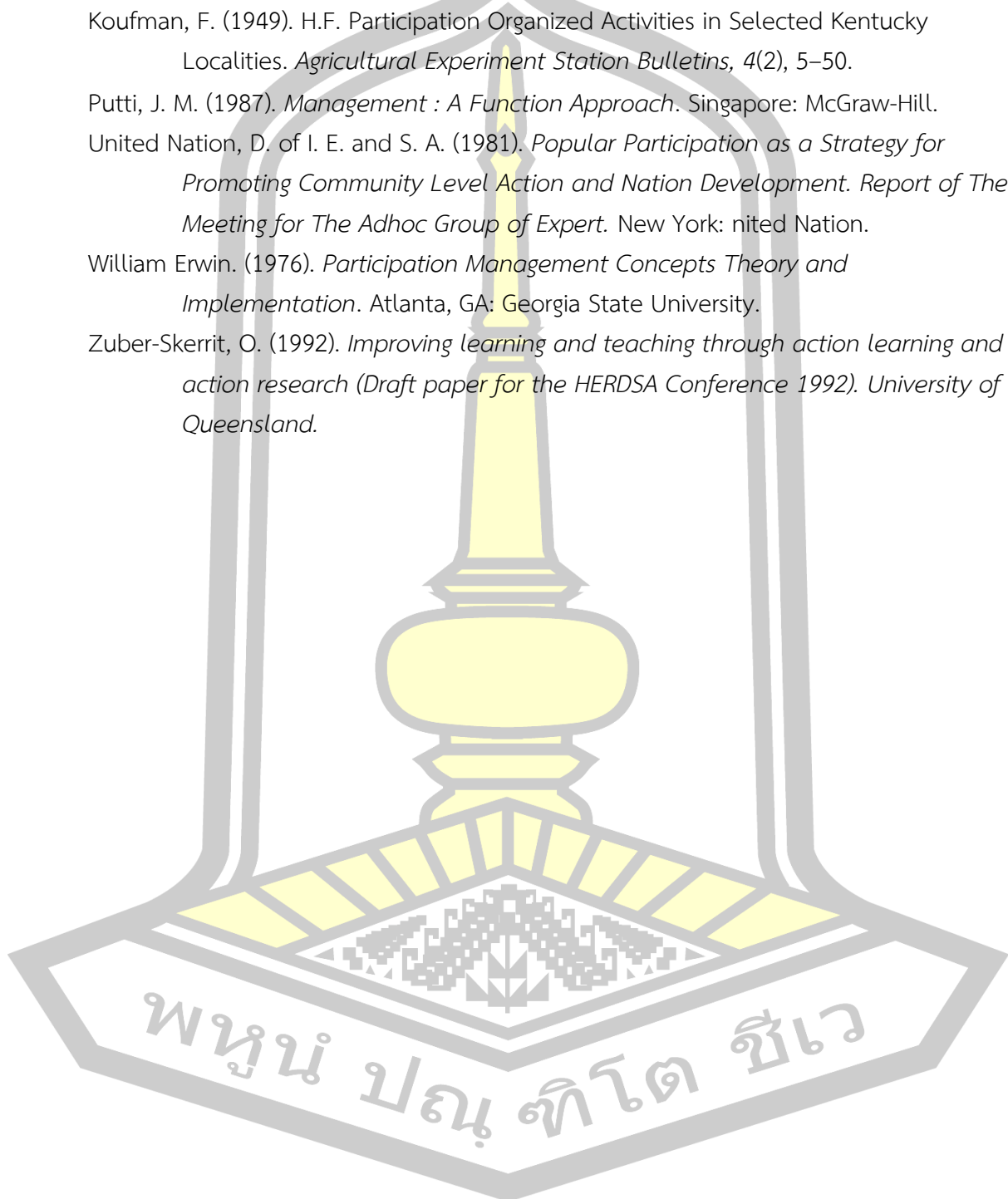
บรรณานุกรม

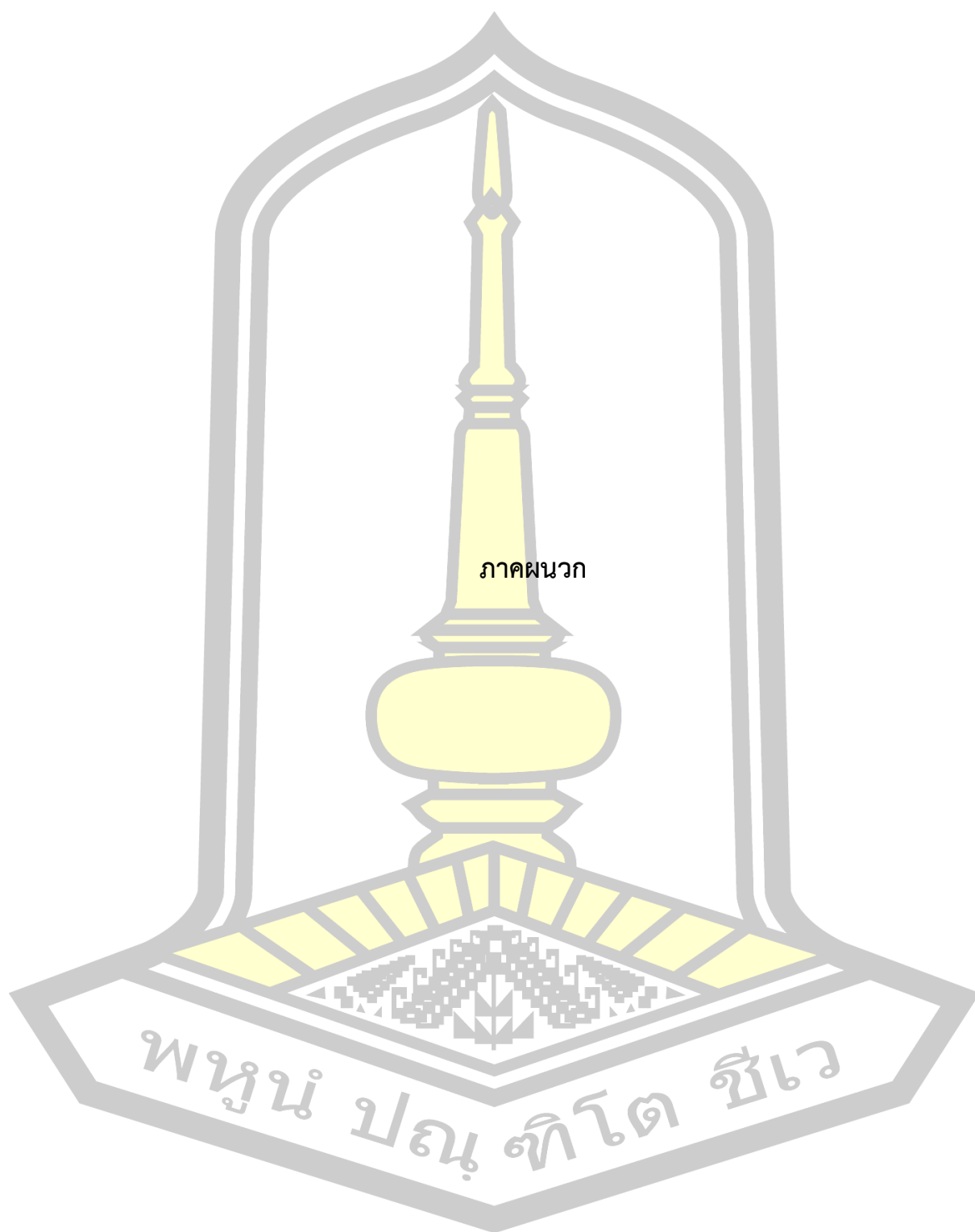
- กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค. (2560). *มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปีงบประมาณ 2560*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2538). *เครื่องมือการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน*. กรุงเทพฯ: สภาคาทอเล็ก แห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). *การจัดการเครือข่าย : กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูป การศึกษา*. กรุงเทพฯ: ชัคเซสมิเดีย.
- ชนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. (2547). *การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี.
- โฆสิต อร่ามโสภา และคณะ. (2556). การพัฒนาคุณภาพระบบลูกโซ่ความยั่งยืนวัคซีนของงานสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรค คปอส.พุทไธสง. *วารสารองค์การเภสัชกรรม*, 39(4), 3-13.
- จักร พิสุทธิ. (2547). การศึกษาทางเลือกชุมชน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 27(4), 18-23.
- จินตนา สุขจันนันท. (2549). *การศึกษาและการพัฒนาชุมชน*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ ศรีคำ. (2547). *การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาการจัดการศึกษาของโรงเรียน วชิรวิทย์ ระดับประถมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เฉลียว บุรีภักดี และคณะ. (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน*. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย.
- ณัทพล ศรีระพันธุ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2554). การจัดการความ เสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี. *วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยอิสลามยะลา*, 6(10), 101-116.
- ดวงจันทร์ จันทรเมือง, พงศ์กาน ภัณฑลักษณ์, มังกร อังสนันท์, ธีรวัช รัตนวรวิเศษ และวิเชียร ชนะชัย. (2555). อุณหภูมิระบบลูกโซ่ความยั่งยืนวัคซีนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเขตนคร ชัยบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 18(3), 37-46.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2543). แนวคิดของการมีส่วนร่วมในระบอบประชาธิปไตย. *จดหมายข่าว สถาบัน พระปกเกล้า*, 2(8), 4-6.
- ทรงวุฒิ เรืองวาฬศิลป์. (2550). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของ โรงเรียนลุ่มแร่วิทยา อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2550). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: องค์ความรู้และการประยุกต์ใช้. *วารสารครุทัศน์*, 19(9), 67-74.
- นุชรินทร์ ทองดี. (2555). *การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การ พัฒนาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์*. รายงานการวิจัย. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

- เนตรรุ้ง อยู่เจริญ. (2553). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษา ของครูสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2546). การวิจัยสำหรับครู. กรุงเทพฯ : ทิพย์วิสุทธิ์: สุวีริยาสาส์น.
- ประพันธ์ สร้อยเพชร. (2547). การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของคณะกรรมการสถานศึกษา ขั้นพื้นฐาน ศูนย์โรงเรียนตำบลแช่ช้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประยูร ศรีประสาธน์. (2542). รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ของคณะกรรมการการศึกษาประจำโรงเรียนประถมศึกษา. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประวิต เอรารวรรณ์. (2545). การวิจัยปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า.
- ปราโมทย์ หามาลา. (2555). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบ สุขภาพ, 6(2), 141–152.
- ปริญญา ถึงแสง. (2558). การพัฒนาศูนย์จ่ายกลางวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก สำหรับหญิง ตั้งครรภ์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พิชญา นวลได้ศรี, กรกมล รุกขพันธ์ และวิรัชศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์. (2554). การประชุมวิชาการเสนอ ผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 23 วันที่ 23-24 ธันวาคม 2554. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม และพรณทิพย์ เพชรมาก. (2551). การบริหารสังคม ศาสตร์แห่งศตวรรษ เพื่อ สังคมไทยและสังคมโลก. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.
- เมตต์ เมตต์การุณจิต. (2553). การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม : ประชาชน องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและราชการ. กรุงเทพฯ: บั๊ค พอยท์.
- ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research). วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 17(2), 11–15.
- วรรณศิลป์ พิศพันธุ์. (2553). กฎบัตรและมาตรฐานระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับการอนุรักษ์ การเมือง. JARS, 7(1), 1–10.
- สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. (2560). หลักสูตรปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค. กรุงเทพฯ: สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2551). ความสำเร็จของวิสาหกิจชุมชนใน 4 จังหวัดชายแดนลุ่มน้ำโขง. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.

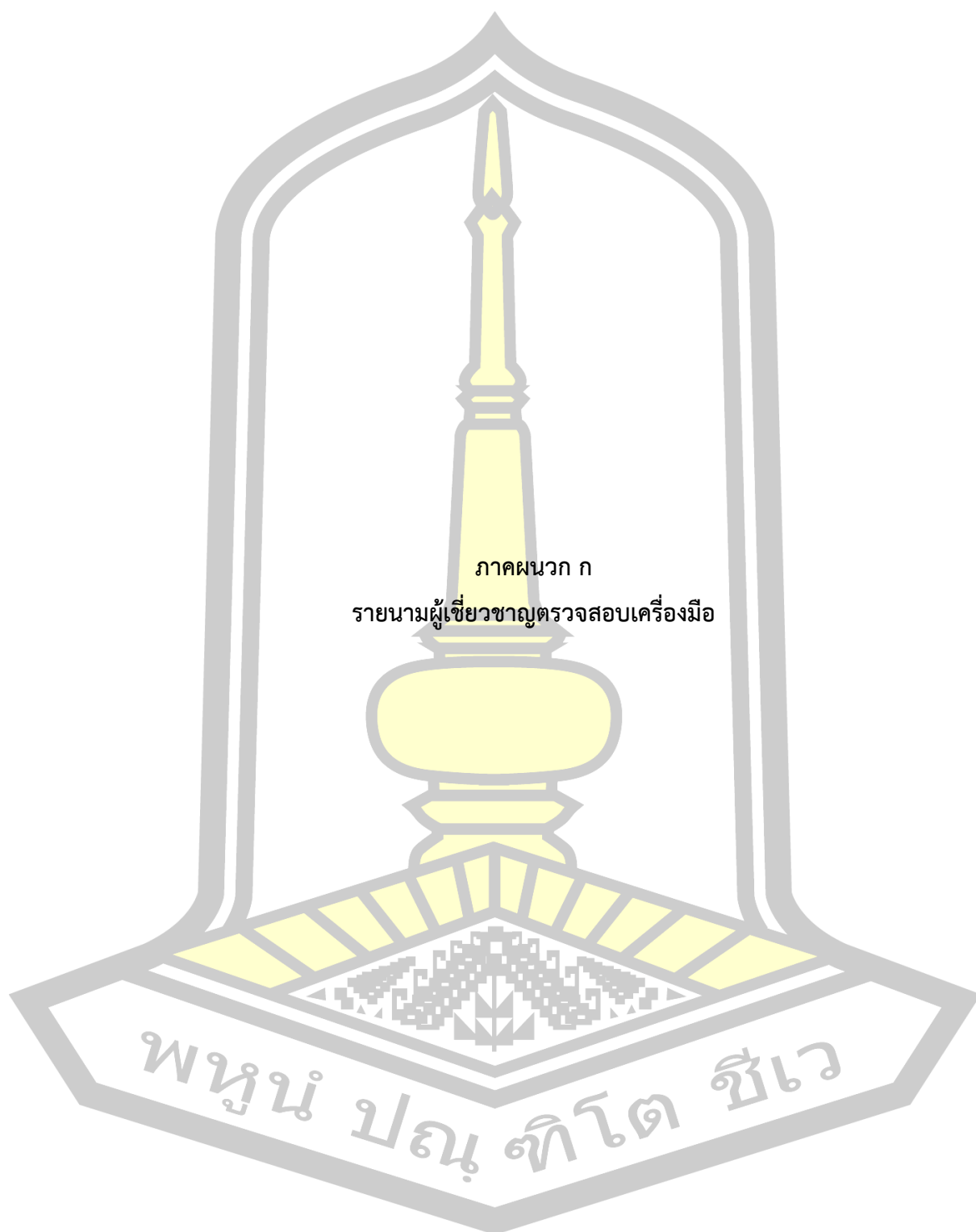
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2560). *สรุปผลการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด ประจำปี 2560*.
บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
- สิริพัฒน์ ลากจิตร. (2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนการบริหารงานองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธี วรประดิษฐ์. (2553). *การมีส่วนร่วมของชุมชนงานสารสนเทศ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดตราด*. ตราด: สำนักงานการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย จังหวัดตราด.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2542). *วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมัทนา กลางคาร และวรวจน์ พรหมสัถยพรด. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*.
มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2552). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- อวยพร พิศเพ็ง. (2553). *ผลของการประยุกต์การจัดการอย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ กรณีศึกษาตำบลเมือง 75 แก่ อำเภอนาทม จังหวัดสวรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เอมอร ราชบุรีจำเริญสุข และคณะ. (2552). *ระดับคุณภาพงานในคลินิกสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2549*. *วารสารควบคุมโรคปีที่ 35 ฉบับที่ 1*, 35(1), 45–57.
- Arnstein, Sherry R. (1996). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 21–224.
- Berkley, G. E. (1975). *The Craft of Public Administration*. Boston: Allyn and Bacon.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bloom, Benjamin S., et al. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Compan.
- Cohen, John M. and Uphoff, N. T. (1980). *Participation's Place in Rural Development : Seeking Clarity Through Specificity World Development*. Rural Development Committee Center for International Studies: Cornell University.
- Huntington, S. & Nelson, S. (1975). *No easy choice: political participation in developing countries*. New York: Harvard University Press.
- Kemmis, S., and McTaggart, R. (1990). *The action research planner*. Geelong: Deakin University Press.

- Kemmis, S. and McTaggart, R. (2007). Participatory Action Research Communicative Action and the Public Sphere. Retrieved April 28, 2012, from <http://www.corwin.com/upm-data/21157> Chapter 10
- Koufman, F. (1949). H.F. Participation Organized Activities in Selected Kentucky Localities. *Agricultural Experiment Station Bulletins*, 4(2), 5–50.
- Putti, J. M. (1987). *Management : A Function Approach*. Singapore: McGraw-Hill.
- United Nation, D. of I. E. and S. A. (1981). *Popular Participation as a Strategy for Promoting Community Level Action and Nation Development. Report of The Meeting for The Adhoc Group of Expert*. New York: nited Nation.
- William Erwin. (1976). *Participation Management Concepts Theory and Implementation*. Atlanta, GA: Georgia State University.
- Zuber-Skerrit, O. (1992). *Improving learning and teaching through action learning and action research (Draft paper for the HERDSA Conference 1992)*. University of Queensland.





ภาคผนวก



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นางนิภา สุทธิพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
2. นายแพทย์ศิลา จิรวิภานต์กุล ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลห้วยราช
3. นายอธิพันธ์ ศิริธรรมาภรณ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานควบคุมโรค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์



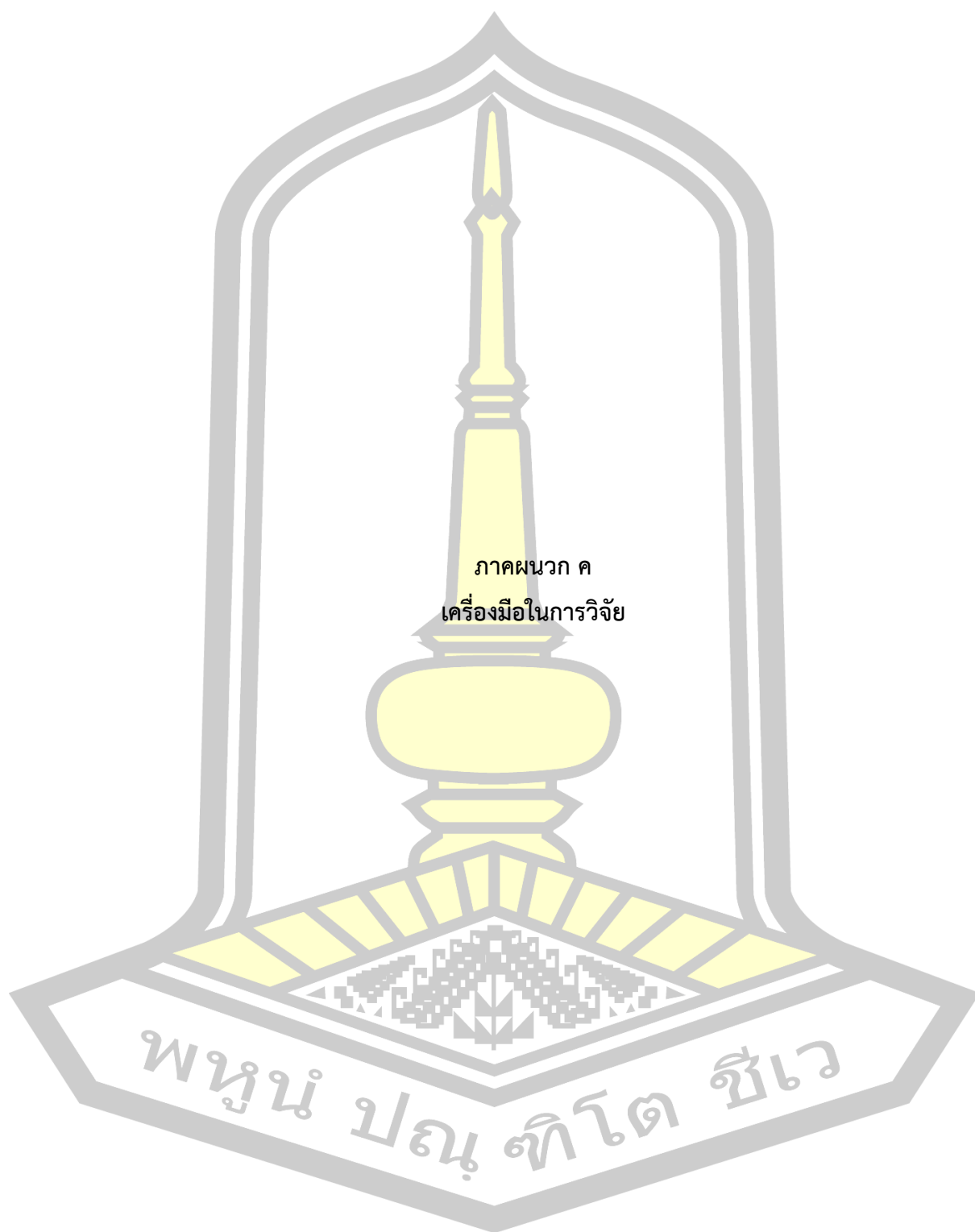


ภาคผนวก ข

แผนปฏิบัติการตามกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบึงฉลือ

**แผนปฏิบัติการวิจัย เรื่อง กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบึงฉลือ**

ขั้นตอน	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้ดำเนินการ
1.เก็บรวบรวมข้อมูล และศึกษาบริบทของ เครือข่ายบริการ สุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบึงฉลือ	1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ใน 2. ศึกษาข้อมูลจากการสัมภาษณ์ คณะกรรมการฯ 3. รวบรวมข้อมูลทั้งหมด และสรุปเป็นภาพรวมของ อำเภอลำสนธิ	1 สัปดาห์	ผู้วิจัย
2. การจัดทำ แผนปฏิบัติการ โดยใช้ เทคนิค AIC	การจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิค AIC ตาม ขั้นตอนหลัก 3 ขั้น และขั้นตอนย่อย 10 ขั้น ใช้ รูปแบบการประชุมกลุ่มใหญ่ และกลุ่มย่อย โดยกลุ่ม ย่อยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1 คณะกรรมการส่วนสาธารณสุข 2 คณะกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุข 3 คณะกรรมการจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง	2 วัน	1. วิทยากร จาก สสจ. บึงฉลือ 2. ผู้วิจัย
3. การนำแผนไป ปฏิบัติ	ปฏิบัติตามแผนงาน กิจกรรมที่วางไว้	3 เดือน	1. ผู้วิจัย
4. การสังเกต	ใช้การสังเกต การเก็บบันทึกข้อมูล และการนิเทศ ติดตามงาน	1 เดือน	1. วิทยากร จาก สสจ. บึงฉลือ 2. ผู้วิจัย
5. การสะท้อนผล	1. จัดประชุมถอดบทเรียน 2. ร่วมกันถอดบทเรียน สะท้อนผลที่ได้จากการ พัฒนา 3. สรุปปัญหาและอุปสรรค	2 วัน	1. วิทยากร 2. ผู้วิจัย



แบบบันทึกกิจกรรมและผลที่ได้จากกระบวนการพัฒนา

มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

1. ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

บริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์

.....

.....

.....

สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

.....

.....

.....

ผลการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

.....

.....

.....

ผลของการทดสอบความรู้ ความคิดเห็น และการมีส่วนร่วม

.....

.....

.....

ผลของกระบวนการวางแผน

.....

.....

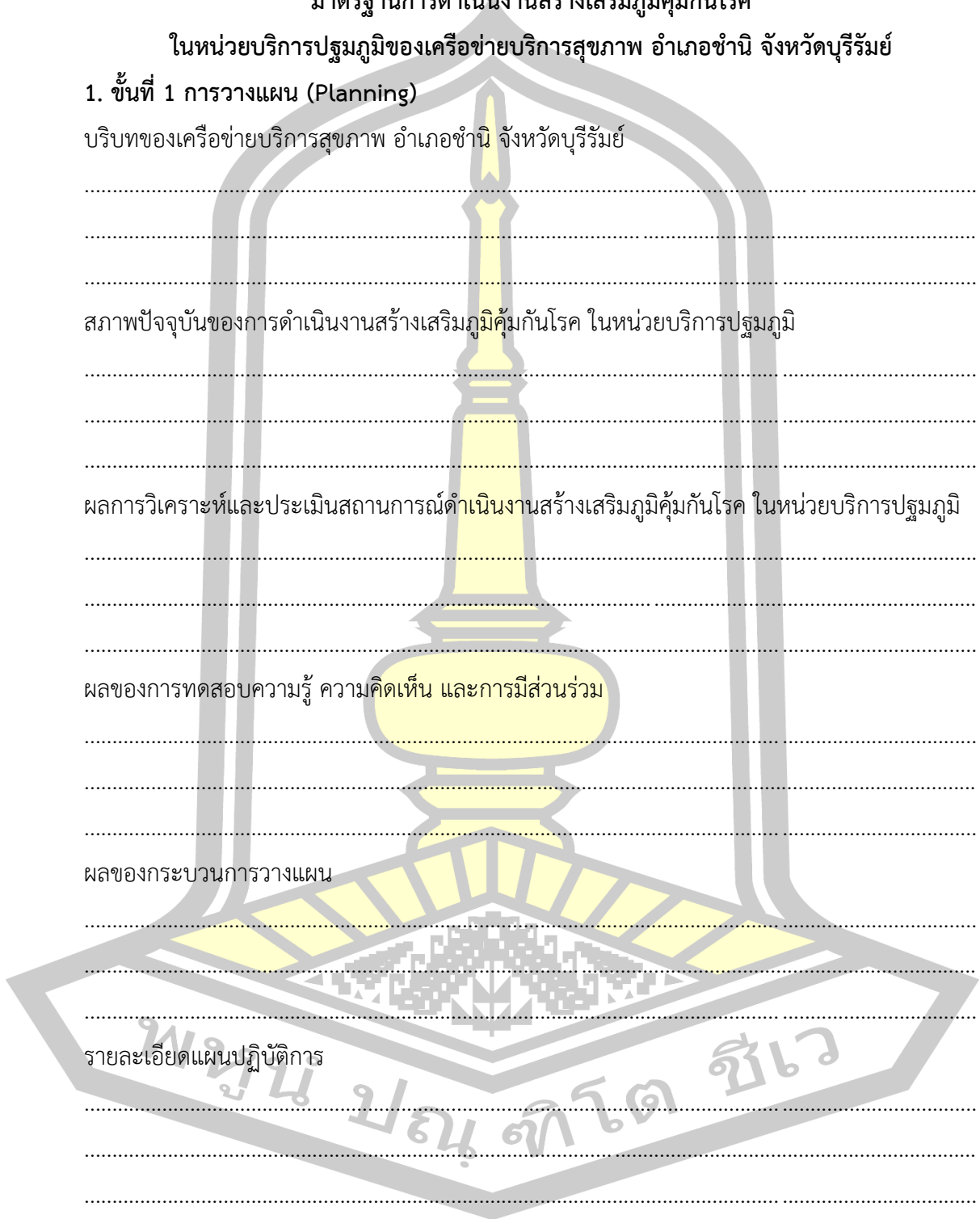
.....

รายละเอียดแผนปฏิบัติการ

.....

.....

.....



2. ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

แผนปฏิบัติการที่นำมาปฏิบัติ ได้แก่

กิจกรรมที่ปฏิบัติ ได้แก่

ผลที่ได้จากการปฏิบัติ

3. ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

- 1.3.1 แบบสังเกตการประชุมเชิงปฏิบัติการ
- 1.3.2 แบบสังเกตการจัดกิจกรรมการซ่อมแผน
- 1.3.3 แบบสังเกตการจัดกิจกรรม
- 1.3.4 แบบสังเกตการจัดเวทีประชุมถอดบทเรียน
- 1.3.5 แบบนิเทศติดตามงาน

4. ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

กิจกรรมการจัดประชุมถอดบทเรียน

บทเรียนที่ได้จากการพัฒนา

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและข้อเสนอแนะในการพัฒนาดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วย
บริการปฐมภูมิ ครั้งต่อไป

แบบสอบถามคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

วันที่สอบถาม..... เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....น.

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์..... ตำแหน่ง.....

คำสัมภาษณ์ :

1. การพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ที่มีบทบาทในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

2. ท่านทราบกระบวนการให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือไม่ หากทราบ ท่านมีวิธีดำเนินการหรือขั้นตอนอย่างไร

.....

.....

.....

.....

3. ท่านเคยติดตามผู้ที่ไม่มารับบริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ไม่มาตามนัด ในชุมชนหรือไม่ หากเคยท่านทำอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

4. เมื่อเกิดการระบาดที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนในชุมชน ใครบ้างที่มีส่วนร่วมในการควบคุมโรคเบื้องต้น และมีกระบวนการอย่างไร

.....

.....

.....

.....

5. การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

6. ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

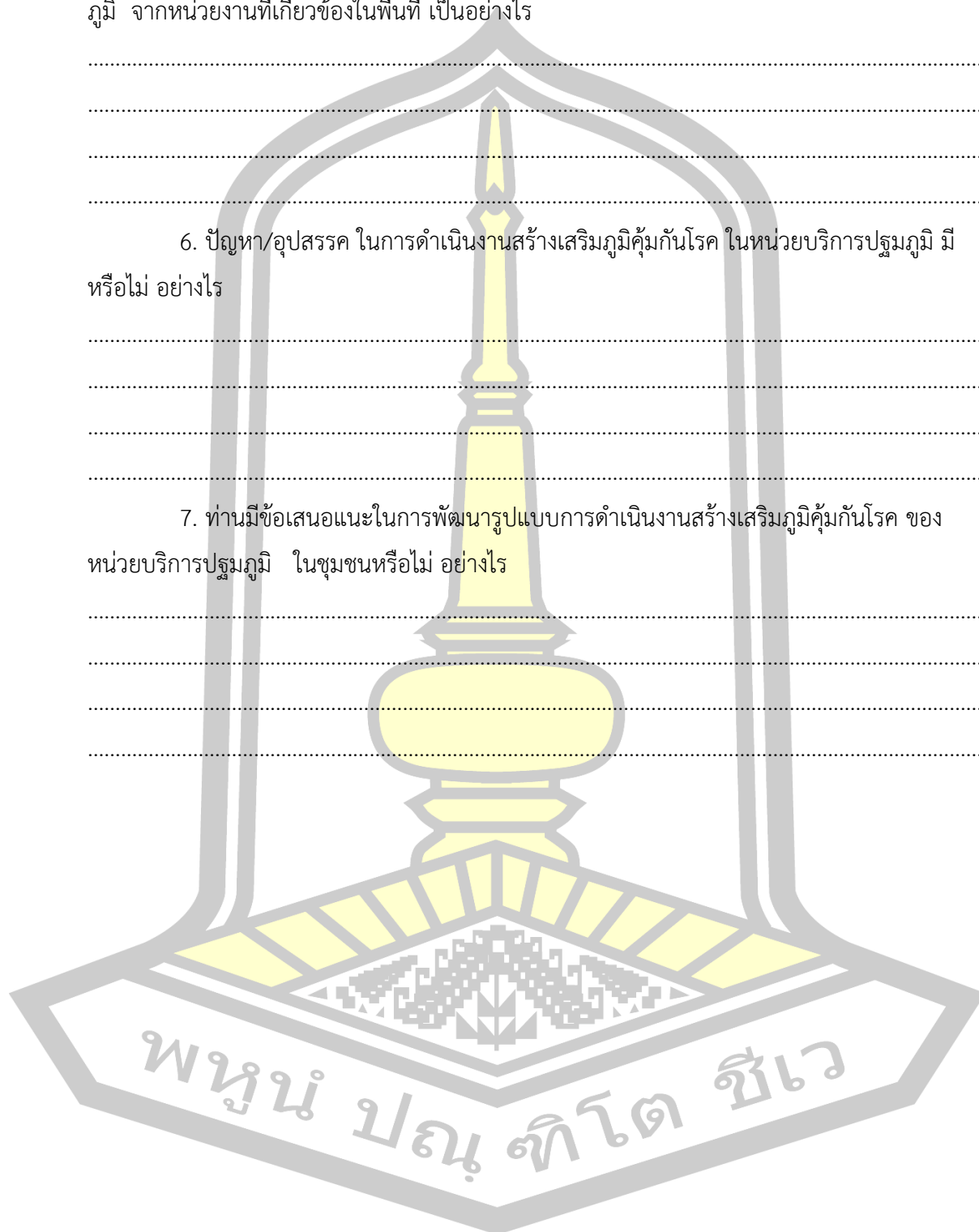
.....

7. ท่านมีข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในชุมชนหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....



ขอขอบพระคุณท่านที่ได้เสียสละเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งนี้

แบบสังเกตการประชุม / การจัดกิจกรรม

กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

1. บรรยากาศในการประชุม/การจัดกิจกรรม เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. กระบวนการประชุม/การจัดกิจกรรม เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. การมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการประชุม เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

สถานที่ ผู้สังเกต/เก็บข้อมูล

แบบนิเทศติดตามงาน

การกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

วันที่นิเทศติดตาม..... เวลา..... น.

1. ความรู้ความเข้าใจขั้นตอนการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

.....

.....

.....

.....

.....

2. ผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

.....

.....

.....

.....

.....

3. สรุปปัญหา และแนวทางการแก้ไข การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ ช่วงเดือน..... ถึง.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. รายละเอียดอื่นๆ.....

.....

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและข้อเสนอแนะ
 ในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

วันที่สัมภาษณ์..... เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....น.

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์..... ตำแหน่ง.....

คำสัมภาษณ์ : ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลทำให้กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์
 ประสบผลสำเร็จ

คำสัมภาษณ์ : ท่านมีข้อเสนอแนะในกระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างไรบ้าง

พญ. ปณ. จิตต์ ชีวะ

ขอขอบพระคุณท่านที่ได้เสียสละเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งนี้



แบบสอบถาม

เรื่อง กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นการศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์ โดย การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ โดยแบบสอบถามมีทั้งสิ้น 5 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร | จำนวน 7 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในกระบวนการพัฒนา
มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ | |

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือมายังกลุ่มตัวอย่างทุกคนในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความคิดเห็นของตนมากที่สุด ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ และไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์เป็นภาพรวม
สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ของนายพุดิธร มาลาทอง

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 0839336630

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ☐ หรือเติมคำลงในช่องว่างในข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	
1. เพศ	☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี)	
3. สถานภาพสมรส	☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 4. ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา ☐ 5.ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. ตำแหน่งสายงาน	☐ 1. แพทย์ ☐ 2. เกษตรกร ☐ 3. พยาบาลวิชาชีพ ☐ 4. นักวิชาการสาธารณสุข ☐ 5. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ☐ 6. เจ้าพนักงานท้องถิ่น/ครู ☐ 7. อาสาสมัครสาธารณสุข
6. ท่านปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค.....ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี)	
7. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย

พูน ปณ ภิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

คำชี้แจง : กรุณาขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ท่านเห็นว่ามีข้อความที่คิดว่าถูกหรือผิด
(ตอบได้ข้อละเพียงคำตอบเดียว)

ข้อที่	ข้อความ	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ลักษณะของภูมิคุ้มกันที่ก่อเอง คือ ภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเอง เกิดขึ้นอย่างช้าๆ แต่ผลของการทำงานยาวนาน		
2	เด็กชายเอเคยเป็นโรคคางทูมมาก่อน แม้จะเล่นคลุกคลีกับเพื่อนที่เป็นโรคคางทูม แต่เด็กชายเอไม่เป็นโรคนี้อีก แสดงว่า เด็กชายเอ มีการสร้างภูมิคุ้มกันแบบภูมิคุ้มกันจำเพาะ และ ภูมิคุ้มกันก่อเอง		
3	การให้ทารกดื่มนมของมารดา ทารกได้รับภูมิคุ้มกันก่อเอง		
4	ใช้เชื้อโรคที่แข็งแรงกระตุ้นการสร้างเซลล์เมมโมรี คือ หลักการทำงานของวัคซีน		
5	สารแอนติบอดี ซึ่งสร้างโดยเม็ดเลือดขาวจะมีการลำเลียงไปในร่างกายโดยระบบหมุนเวียนเลือด		
6	แอนติเจน คือ สารที่เม็ดเลือดขาวสร้างขึ้นเพื่อกำจัดเชื้อโรค		
7	ท็อกซอยด์ คือ พิษซึ่งทำให้อ่อนลงแล้วฉีดเข้าสู่ร่างกายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดี		
8	เซรุ่ม เป็นภูมิคุ้มกันที่ก่อเอง วัคซีน เป็นภูมิคุ้มกันที่รับมา		
9	วัคซีนที่ให้ในเด็กแรกเกิดมีเพียงวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี		
10	เด็กที่มีอายุ 9 เดือนขึ้นไป ต้องได้รับการฉีดวัคซีนที่ป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน และคางทูม		
11	วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ชนิดฉีด ต้องฉีดในเด็ก 1 ปีเท่านั้น		
12	วัคซีนป้องกันวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง เป็นวัคซีนชนิดตาย		
13	วัคซีนคอตีบ ไอกรณ และบาดทะยัก ฉีดเพียงครั้งเดียวสามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้ตลอดชีวิต		
14	เด็กนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ทุกคนต้องได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก		
15	สตรีตั้งครรภ์ทุกคนต้องได้รับวัคซีน คอตีบ และบาดทะยัก เพื่อป้องกันการเกิดบาดทะยักหลังคลอด		

ข้อที่	ข้อความ	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
16	วัคซีนอาจทำให้เกิดการแพ้อย่างรุนแรงได้		
17	อุณหภูมิที่เหมาะสมในการจัดเก็บวัคซีน คือ 1 – 10 องศาเซลเซียส		
18	ควรวางวัคซีน ชนิดเชื้อตาย ไว้ในช่องแช่แข็ง		
19	ขวดวัคซีนที่ใช้แล้วสามารถทำลายได้เลย ไม่ต้องจัดเก็บ		
20	ควรติดตามอาการภายหลังที่ได้รับวัคซีน อย่างน้อย 30 วัน		

ส่วนที่ 3 บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในหน้าข้อความที่เป็นระดับความคิดเห็นตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อที่	หัวข้อประเมิน	บทบาทหน้าที่				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
1.	ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต้องผ่านการอบรมมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
2.	ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสามารถถ่ายทอดความรู้ในการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้แก่ผู้อื่นได้					
3.	จำนวนผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีเพียงพอในการจัดการความสอดคล้องกับมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
4.	ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มี ภาระงานที่ได้รับมอบหมายมีสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนประชากร					
5.	ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จัดการให้บริการเป็นไปตาม มาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ					

ข้อที่	หัวข้อประเมิน	บทบาทหน้าที่				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6.	ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ไม่เคยได้รับชี้แจงในเรื่องมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
7.	ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้รับการพัฒนาทางวิชาการและวิชาชีพอย่างเหมาะสม					
8.	ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้ไม่สามารถพัฒนาตนเองทั้งทางวิชาการและวิชาชีพ					
9.	ไม่ควรมี การกำกับ ติดตาม และตรวจสอบตามมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หน่วยบริการปฐมภูมิ					
10.	ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ					



ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

โรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อที่	การมีส่วนร่วมในการทำงาน	การมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหา						
1.	ท่านได้ร่วมประชุมกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย					
2.	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ค้นหาปัญหาและสาเหตุการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
3.	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
4.	ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและชี้แจงปัญหาต่างๆ ในการดำเนินงาน					
5.	ท่านแนะนำหรือให้คำปรึกษา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน					
การวางแผน						
1.	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
2.	ท่านได้ร่วมประชุม ปรึกษาหารือ จัดระบบการดำเนินงาน					
3.	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดรายละเอียดหรือวิธีการดำเนินการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
4.	ท่านได้ร่วมวางแผนปรับปรุงแก้ไขปัญหาเพื่อติดตามผลการดำเนินการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
5.	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติการของการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ					

ข้อที่	การมีส่วนร่วมในการทำงาน	การมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การดำเนินงาน/กิจกรรมต่างๆ						
1.	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ของการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
2.	ท่านได้เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ของการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
3.	ท่านได้ดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้					
4.	ท่านมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ดีขึ้น					
5.	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานของการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และหากพบปัญหาท่านจะนำปัญหานั้นไปปรับปรุง					
6.	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ของการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ					
การรับประโยชน์						
1.	ท่านได้รับประโยชน์จากการนำแผนการดำเนินงานไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จ					
2.	ท่านได้รับการฝึกอบรมตามความต้องการ เพื่อนำความรู้และทักษะมาใช้ในการสร้างผลงานที่ดี					
3.	ท่านได้รับการถ่ายทอดความรู้ เพื่อนำความรู้มาใช้ในการสร้างผลงานที่ดี					
4.	การทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรในองค์กร					

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านมีความพึงพอใจต่อการกำหนดโครงสร้าง หน่วยบริการปฐมภูมิ					
2.	ท่านมีความพึงพอใจต่อการกำหนดอัตราค่าจ้างขององค์กร					
3.	ท่านมีความพึงพอใจต่อการกำหนดแผนงานขององค์กร					
4.	ท่านมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแผนงานองค์กรให้กับบุคลากร					
5.	ท่านมีความพึงพอใจต่อการมอบหมายงานให้เป็นไปตามความสามารถและระดับตำแหน่ง					
6.	ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีสายงานการบังคับบัญชาและมอบอำนาจขององค์กร					
7.	ท่านมีความพึงพอใจต่อผู้บังคับบัญชาด้านการบริหารงานด้วยความโปร่งใส เสมอภาคและเป็นธรรม					
8.	ท่านมีความพึงพอใจต่อการเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้บังคับบัญชาในการทำงาน					
9.	ท่านมีความพึงพอใจต่อการแบ่งสัดส่วนของสถานที่ทำงาน					
10.	ท่านมีความพึงพอใจต่อความสะอาด เป็นระเบียบ ของที่ทำงาน					
11.	ท่านมีความพึงพอใจต่อความน่าอยู่ของสถานที่ในการทำงาน					
12.	ท่านมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในสำนักงานได้อย่างเพียงพอกับความต้องการในการใช้งาน					

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายพุฒิธร มาลาทอง
วันเกิด	วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2526
สถานที่เกิด	อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 440 / 5 ถนนจรัส ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ 31000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ถนนจรัส ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ 31000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2545 มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 โรงเรียนสุรวิทยาคาร จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2549 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2562 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

พูน ปณ ภัโต ชีเว