



สารบัญ	หน้าที่	Contents
	Page	
<b>บทบรรณาธิการ</b>		<b>Editorial</b>
เขียนโครงร่างวิจัยอย่างไรให้กรรมการพิจารณา ด้านจริยธรรม (อนุมัติ) ให้ผ่าน <i>ศุภชัย ฤกษ์งาม</i>	1	How to Write a Research Proposal to Be Approved by Ethics Committee <i>Supachai Rerkngam</i>
<b>มุมสถิติ</b>		<b>Statistics Corner</b>
ตัวอย่างที่ได้จากการเลือกแบบบังเอิญ ควรวิเคราะห์อย่างไร <i>อรุณ จีรวัดน์กุล</i>	3	How to Analyze a Convenience Sample <i>Aroon Chirawatkul</i>
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ</b>		<b>Original Article</b>
ความชุกและการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำและทัณฑสถาน เขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ 2560 <i>รุจิรา ตระกูลพั้ว และคณะ</i>	5	Prevalence and Disability Adjusted Life Years (DALYs) among Tuberculosis <i>Rujira Targoolpua, et al.</i>
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการ ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพัทลุง <i>หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด และคณะ</i>	15	Factors Associated with Child Development among Children Aged under 5 Years in Phatthalung Province <i>Nuengruetai Kue-iad, et al.</i>
ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วย การแพทย์พื้นบ้าน: กรณีศึกษาในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง <i>ศิริรัตน์ ศรีรักษา</i> <i>กุสุมาลัย น้อยผา</i>	26	Factors Affecting Self-Care of Postpartum Women with Folk Medicine: a Case Study in Paphayom District, Phatthalung Province <i>Sirirat Sriraksa</i> <i>Kusumarn Noipha</i>



สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยการแพทย์แผนไทย 4 ภาค จันทิда กมาลาสน์หิรัญ และคณะ	36	A Study on the Elderly's Behavior on Self-Health Care with Thai Traditional Medicine in Four Re- gions of Thailand <i>Chuntida Kamalashiran, et al.</i>
โครงการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของพลทหารใน ค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี: การศึกษานำร่อง นุจรี พาณิชยเจริญรัตน์ และคณะ	48	A Promotion of Smoking Cessation of Privates in Fort Ingkhayutthaborihan, Pattani Province: a Pilot Study <i>Nutcharee Panicharoenrat, et al.</i>
การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐาน วิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความ รอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนของจังหวัดปทุมธานี นายิกา ใจดี และคณะ	62	Development of an Environmental Management Model based on Community Way of Life For Enhancing Community Excellence of Sustainable Environmental Literacy in Pathumthan Province <i>Nayiga Jaidee, et al.</i>
มหิดลโมเดล: รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างบูรณาการ สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และคณะ	75	Mahidol Model: Integrative, Area-based, Prevention and Alleviation of Teenage Pregnancy <i>Suwanna Ruangkanchanasetr, et al.</i>
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ถาวร สายสวรรค์	91	Development of Care Model for Type 2 Diabetic Patients by Multidisciplinary Team with Family Medicine Principles <i>Thaworn Saisawan</i>
ผลลัพธ์ในการใช้บริการทันตกรรมของประชาชน ในเขตอำเภอคลองไทรลาด จังหวัดสุโขทัย นภา สุวรรณนพรัตน์	99	Outcomes of Dental Services Utilization of People in Kongkraitas District, Sukhothai Province <i>Napa Suwonnoparat</i>



สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัย ในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม <i>อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ และคณะ</i>	107	Development of Occupational Health Nursing Model in Environmental Pollution Risk Areas <i>Armarapas Atthachaiwat, et al.</i>
การพัฒนา รูปแบบองค์กรสร้างสุขของโรงพยาบาล ชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี <i>ทวีศักดิ์ วัดอุดม, บุษบงก์ วิเศษพลชัย</i>	122	Development of Happy Organization Model of Community Hospital, Phetchaburi Province <i>Taweesak Watudom, Bussabong Wisetpholchai</i>
พัฒนาระบบรายงานตัวชี้วัดอัตราการกลับเข้ารักษา ซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน <i>ปิยนุช บุญทอง และคณะ</i>	131	Development of Hospital Performance Indicator Report System for 28-day Unplanned Re-admission <i>Piyanuch Boonkong, et al.</i>
พัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา <i>สันติ ทวยมีฤทธิ</i>	142	Development of Health Data Center, Nakhon Ratchasima Province <i>Sunti Tuaymeetit</i>
การบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ในบริบทสุขภาพโลก <i>ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล</i>	152	Thailand's Primary Health Care in Global Health Context <i>Pattarapol Jungsomjatepaisal</i>
<b>บทความพิเศษ</b>		<b>Review Article</b>
มาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ <i>จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ บุญชนัญญา พงษ์ปรีชา</i>	163	Measures of Tobacco-Free Home Promotion <i>Chakkraphan Phetphum Boonchanuttha Pongpreecha</i>
<b>บทความพิเศษ</b>		<b>Special Article</b>
แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580 <i>พงศธร พอกเพิ่มดี</i>	173	Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (B.E. 2561-2580) <i>Pongsadhorn Pokpermddee</i>



## วารสารวิชาการสาธารณสุข

วารสารวิชาการสาธารณสุข จัดทำขึ้นโดยสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยตีพิมพ์ติดต่อกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เพื่อเป็นช่องทางสำหรับการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานทางวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านระบบสุขภาพกับภาคีองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. เพื่อเสริมสร้างคุณภาพงานวิจัยของสำนักวิชาการสาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพทุกระดับ
4. เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
5. เพื่อประชาสัมพันธ์ผลงานของสำนักวิชาการ-สาธารณสุข

### รูปแบบของวารสาร

1. รูปลักษณ์วารสารวิชาการทั่วไป แต่สอดแทรกรูปภาพบ้างในส่วนที่ไม่ใช่เนื้อหาวิชาการโดยตรง
2. จัดทำปีละ 6 ฉบับเป็นราย 2 เดือน โดยมีกำหนดออกคือปลายเดือนกุมภาพันธ์ เมษายน มิถุนายน สิงหาคม ตุลาคม และธันวาคม
3. มีขนาดเล่ม 21.0 x 28.7 ซม. ความหนา 200 หน้า โดยเผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

วารสารวิชาการสาธารณสุขเปิดรับบทความจากนักวิชาการสาขาต่างๆ ในทุกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งนี้ การเตรียมต้นฉบับจะเป็นไปตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ และต้นฉบับที่ต้องการเผยแพร่ต้องไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน

ต้นฉบับที่สำนักวิชาการฯ ได้รับจะผ่านกระบวนการคัดกรองและส่งไปยัง reviewers 2 คนเพื่อประเมินคุณภาพและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ซึ่งจะรวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประสานกับเจ้าของบทความเพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบบทความและแนวทางการส่งบทความได้ที่ <https://digitaljournals.moph.go.th/tdj/index.php/JHS>

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่าง ๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่า สำนักวิชาการสาธารณสุขและคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วย

Unless otherwise stated, the views and opinions expressed in Journal of Health Science are those of authors of the papers, and do not represent those of the Journal of Health Science and the management team.



## คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษา	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์)
	อธิบดีกรมทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
	หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข	

### บรรณาธิการ

บรรณาธิการ	รองบรรณาธิการ	รองบรรณาธิการ
นพ.วิวัฒน์ ใจนพพิทยากร	นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ	ดร.กฤษดา แสงวงศ์
มหาวิทยาลัยมหิดล	สำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักวิชาการสาธารณสุข

### กองบรรณาธิการ

ดร.จूरรัตน์ กิจสมพร กลุ่มวิจัย สถาบันพระบรมราชชนก	ดร.จุฬาร กระเทศ สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ศ.ดร.พญ.ทิพวรรณ เลียบสี่ตระกูล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ดร.ธีรพร สติรังกูร สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ภก.บรรเจิด เตชาศิลปชัยกุล สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ดร.บุษรารวม ศรีวรรณนะ สำนักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ศ.ดร.นพ.ภูดิท เตชาติวัฒน์ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ภูษิต ประคองสาย สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	ดร.รัชณี จันทร์เกษ สำนักงานข้อมูลและประเมินผล กรม- การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ศ.ดร.นพ.วิชัย เอกพลากกร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล- รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤษ์ สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยรังสิต	นพ.ศุภชัย อุภษงาม มูลนิธิป้องกันโรคเอดส์	ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความ- เป็นธรรมทางสุขภาพ พิษณุโลก	นพ.สมบัติ แทนประเสริฐสุข สำนักงานผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
นพ.สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์ สำนักงานผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย	ดร.สลักจิต ชูติพงษ์วิเวท สมาคมเทคนิคการแพทย์ แห่งประเทศไทย	รศ.ดร.สุคนธา คงศีล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ศ.ดร.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	นพ.อรุณสิทธิ์ ศรีสุปัติ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี- ทางการแพทย์ กรมการแพทย์	รศ.อรุณ จิรวัดณ์กุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	

### ฝ่ายจัดการวารสาร สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พญ.สุริยาพร ตั้งศรีสกุล	ดร.จุฬาร กระเทศ	นางสุมาลี ศักดิ์ผิวเผด	นางมยุรี จึงศิริ
ดร.เบญจทิรา รัชตพันธนากร	นางสาววิภาดา เชื้อผักชี	นางสาวลัลลน์ลิน เรืองลือ	นางสาววรวิญญ์ อินทร์จันทร์

## คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารวิชาการสาธารณสุขพิมพ์เผยแพร่บทความทาง การแพทย์และสาธารณสุข โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

### 1. ประเภทบทความ

วารสารวิชาการสาธารณสุขเปิดรับบทความทางวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

#### นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คำย่อ ปริญา สถานที่ทำงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

#### บทความพินิจ (review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ลักษณะของบทความประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คำย่อปริญา สถานที่ทำงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการสืบค้น ข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

#### บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นหรือประสบการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป ลักษณะของบทความประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คำย่อปริญา สถานที่ทำงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ เนื้อหา ข้อคิดเห็นที่น่าสนใจ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

#### รายงานผู้ป่วย (case report)

เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วนบางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (case description) หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรงแบบที่พบไม่บ่อย โครงสร้างบทความผู้ป่วยประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คำย่อปริญา สถานที่ทำงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ รายละเอียดที่พรรณนาผู้ป่วย วิเคราะห์ หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

#### ปกิณกะ (miscellany)

เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่าย หรือไม่เข้าข่ายบทความต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเวชกรรม เวชกรรมทันยุค บทปริทัศน์ รายงานผลศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence)

เป็นการติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์ สนับสนุนหรือโต้แย้ง

วารสารวิชาการสาธารณสุขได้เผยแพร่คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิง และการส่งต้นฉบับ ในวารสารฉบับที่ 1 ของทุกปี และยังเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสาร: <https://digitaljournals.moph.go.th/tdj/index.php/JHS>

## 2. การเตรียมต้นฉบับ

คำแนะนำต่อไปนี้ ใช้สำหรับการเตรียมบทความทางวิชาการที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ แต่หลายหัวข้อก็ใช้สำหรับบทความประเภทอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบจากบทความแต่ละประเภทในวารสารฉบับที่พิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว

### ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กระชับ และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

### ชื่อผู้นิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมคำย่อปริญญาหรือคุณวุฒิ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่ได้รับปริญญาจากสถาบันต่างประเทศ ก็ไม่ต้องใช้ภาษาไทยสำหรับปริญญา นั้น

ระบุหน่วยงานหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

ระบุชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์สำนักงานและโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้นิพนธ์ ที่ใช้ติดต่อ

### บทคัดย่อ (Abstract)

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงการสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

### คำสำคัญ หรือคำหลัก (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาคำความ โดยใช้

Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

### บทนำ (Introduction)

เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนท้ายของบทนำ

### วิธีการศึกษา (Methods หรือ Material and Methods)

ระบุรูปแบบแผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment กลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิงถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์ และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ ให้ชัดเจน และกระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือนั้น วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

### ผลการศึกษา (Results)

แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษา อย่างชัดเจน ดูง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

## วิจารณ์ (Discussion)

แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาวัดตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

## ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

บทความเรื่องหนึ่ง ๆ ไม่ควรมีตารางหรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1 - 5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นที่มีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่าย หรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกเป็นไฟล์ต่างหากร่วมด้วย

## กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือ ให้จัดทำเป็นย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค บางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

## เอกสารอ้างอิง (References)

เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขในวงเล็บวงบน ใกล้เคียงบรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่อง ส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

## 3. แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการสาธารณสุข ปรับปรุงจากระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) มีหลักเกณฑ์

## ดังนี้

### A. การอ้างอิงบทความจากวารสาร

#### รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; ปีที่ (Volume) และเล่มที่ (Issue number) ของวารสาร:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น

1. Sexson SB, Lehne JT. Factor affecting hip fracture mortality. J Orthop Trauma 1987;1(4):298-305.
2. สถาพร เปาอินทร์. ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ใน 2 ปีแรกหลังผ่าตัดกระดูกต้นขาหักบริเวณส่วนคอทั้งในกลุ่มที่ใช้ซีเมนต์และกลุ่มที่ไม่ใช้ซีเมนต์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2554;20(4): 548-55.
3. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361(16):1529-38.
4. วิชรี สายสงเคราะห์, วิมล เพชรกาญจนางค์, ชลลดา มีทรัพย์, ศุภลักษณ์ ยะแสง, วันวิสา โกลาหล, ภาณุวัฒน์ ผุดผ่อง, และคณะ. การพัฒนาวิธีและประเมินชุดทดสอบโรคติดต่อกันจากสัตว์สู่คน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560; 26(3):621-32.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

#### คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1) ชื่อผู้แต่ง อาจจะมีหมายถึง ผู้เขียน ผู้แปล ผู้รวบรวม บรรณาธิการ หรือหน่วยงาน

- ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใด ๆ คั่น

- ชื่อผู้แต่งเป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทย ให้



เขียนแบบภาษาไทยโดยการเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม แต่ถ้าเป็นบทความภาษาอังกฤษ ก็ใช้แบบเดียวกับเอกสารที่ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ

- ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma - “,”) คั่นระหว่างแต่ละคนและหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (full stop หรือ dot - “.”) กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma - “,”) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ”

## 2) ชื่อบทความ

- บทความเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อบทความใช้อักษรตัวใหญ่เฉพาะตัวแรก นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นคำเฉพาะ เช่น ชื่อคน ชื่อหน่วยงาน หรือชื่อสถานที่ เมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (full stop - .)

- บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย

## 3) ชื่อวารสาร

- ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้ยึดตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Titles of Publications.

- สำหรับวารสารภาษาไทยยังไม่มีชื่อย่ออย่างเป็นทางการ ให้ใช้ชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก เช่น วารสาร-วิชาการสาธารณสุข พุทธชินราชเวชสาร จดหมายเหตุทางการแพทย์ จุฬาลงกรณ์เวชสาร เชียงใหม่เวชสาร สารศิริราช ฯลฯ

4) ใช้ปี พ.ศ. สำหรับวารสารภาษาไทย หรือ ค.ศ. สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ และปีที่พิมพ์ หรือ volume และฉบับที่ (number/issue) ไม่ต้องใส่เดือนหรือวันที่พิมพ์

5) เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัวเลขซ้ำออก

สำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น

หน้า 10-18 ใช้ 10-8.

หน้า S104-S111 ใช้ S104-11.

หน้า 198-201 ใช้ 198-201.

หน้า 104S-111S ใช้ 104S-11S.

**B. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ**

## 1. การอ้างอิงทั้งหมด

รูปแบบพื้นฐาน:

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น

1. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5<sup>th</sup> ed. New York: Garland Publishing; 2001.

2. รั้งสรรค์ ปัญญาธัญญะ. โรคติดต่อของระบบประสาท กลางในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว การพิมพ์; 2536.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1) ชื่อผู้แต่ง อาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกันกับชื่อผู้แต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร

2) ชื่อหนังสือ ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือ

3) ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้

4) เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมือง

ให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์

5) สำนักพิมพ์ ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (semicolon - ;)

6) ปีพิมพ์ (Year) ให้ใส่เฉพาะตัวเลข ปี พ.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทย หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มัทภาพ หรือ full stop (.)

## 2. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน:

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน หรือ In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor(s). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/P. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น

1. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CL, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.
2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรปัญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424–78.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

## C. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น

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

## D. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น

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

## E. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ ให้เขียนรายการอ้างอิง ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง เช่น

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995. 111 p.
2. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543. 80 หน้า.

#### F. เอกสารที่เป็นกฎหมาย

รูปแบบพื้นฐาน

- กรณีที่เป็นพระราชบัญญัติให้ระบุงบของพระราชบัญญัตินั้น. ระบุรายละเอียดของแหล่งเผยแพร่ ซึ่งก็คือสารราชกิจจานุเบกษา ตามตัวอย่าง

- กรณีที่เป็นกฎกระทรวงให้ใส่ชื่อกระทรวงที่ออกกฎนั้น และระบุงบของกฎหมายที่ออก. ระบุรายละเอียดของแหล่งเผยแพร่ ซึ่งก็คือสารราชกิจจานุเบกษา ตามตัวอย่าง

1. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 120, ตอนที่ 130 ก (ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2546).

2. กระทรวงศึกษาธิการ. กฎกระทรวง กำหนดประเภทของสถานศึกษาและการดำเนินการของสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนที่ 81 ก (ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2561).

#### G. สิทธิบัตร (Patent)

ให้เขียนรูปแบบตามตัวอย่าง

1. Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R@D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

#### H. บทความในหนังสือพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

ตัวอย่าง เช่น

1. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution; study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).
2. ซี 12. ตุลาการศาล ปค, เขารอบ. ไทยรัฐ. 2543 พ.ย. 20; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: 12 (คอลัมน์ 2).

#### I. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ หรือกำลังรอตีพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน: ใช้รูปแบบการอ้างอิงตามประเภทของเอกสารดังกล่าวข้างต้น (เช่น บทความในวารสารหรือหนังสือ) และระบุว่า In press หรือ รอตีพิมพ์ เช่น

1. Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

อาจใช้คำว่า “forthcoming” ถ้าไม่แน่ใจว่าเอกสารนั้น ๆ จะได้รับการตีพิมพ์หรือไม่

#### J. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

1) วารสารอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (volume):[หน้า]. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง เช่น

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier—Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [สืบค้นเมื่อ/cited 2011 Jun

15];363:1687-9. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM1010466>

2. งาม รังสินธ์, ปิยทัศน์ ทัศนวิวัฒน์. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.tima.or.th/index.php/component/attachments/downloads/24>

## 2) หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; วันที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง เช่น

1. Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: [http://www.cmwf.org/usr\\_doc/Merlis\\_risingoopspending\\_887.pdf](http://www.cmwf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf)
2. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>
3. Wikipedia. Genertion Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Generation\\_Y](http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y)
4. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ-

มหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. แหล่งข้อมูล: <http://liblog.dpu.ac.th/analyre-source/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

## 4. การส่งต้นฉบับ

ขอให้ส่งบทความ online โดยส่งที่ <https://digitaljournals.moph.go.th> ทั้งนี้ไฟล์ของบทความให้ใช้โปรแกรม Word เท่านั้น และกรณีที่มีภาพประกอบ ขอให้ส่งเป็นไฟล์ภาพแยกต่างหาก โดยใช้โปรแกรมไฟล์ภาพ เช่นประเภท jpg

ขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข

อาคาร 2 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 02 5901718-9, 02 5918566

โทรสาร 02 5901718-9

เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับไว้ จะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบว่า ให้แก้ไขก่อนตีพิมพ์ รับผิดชอบโดยไม่แก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ ทางสำนักวิชาการฯ จะไม่ส่งคืนให้เจ้าของบทความ

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์สามารถ download ได้จาก website ของสำนักวิชาการสาธารณสุข

## 5. กำหนดการพิมพ์บทความ

สำนักวิชาการสาธารณสุขจะดำเนินการตีพิมพ์บทความตามลำดับที่ได้รับ โดยมีการใช้เวลาทบทวนจาก reviewers ทั้ง 2 ท่าน ทั้งนี้ หากบทความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข กำหนดการตีพิมพ์อาจจะเร็วหรือช้าขึ้นกับระยะเวลาที่เจ้าของบทความใช้ในการปรับปรุงแก้ไขบทความ

## Instruction to Authors

Journal of Health Science is published by Health Technical Office, Ministry of Public Health, Thailand. The Journal has been published regularly since 1992. The publication is managed by an editorial team appointed by the Ministry of Public Health. The team is comprised of outstanding technical experts within the Ministry as well as those from various leading medical and health institutions. In addition, several multidisciplinary experts are invited to support the Journal in the capacity of reviewers who carefully reviewed the quality of submitted manuscripts before being accepted for publication. Six issues of the Journal are produced each year: (1) January-February, (2) March-April, (3) May-June, (4) July-August, (5) September-October, and (6) November-December.

The Journal of Health Science welcomes all kinds of health-related articles. These included:

1. Original article
  2. Review article
  3. Special article
  4. Case report
  5. Miscellany
  6. Letters to the editor,
- Etc.

Each article must not be published elsewhere; and the contents of the article should not exceed 10 pages.

### Preparation of Manuscript

A manuscript should be prepared as follow:

1. The structure of original article should be in the following order:

- Title
- Author name(s), with abbreviation of academic qualification (such as B.Sc., M.D., or Ph.D.)
- Author address(es)
- Key words, 1-5 key words in alphabetic order
- Introduction
- Material and Methods
- Results
- Discussion
- Acknowledgement
- References

2. The Health Science Journal uses a citation method that follows the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Publication (Vancouver Style). Abbreviations should be based on the U.S. National Library of Index Medicus (see examples below).

3. A manuscript can be submitted online at: <https://digitaljournals.moph.go.th>. It should be submitted in Word format.

For more information, contact the Journal Management Team at the following address:

---

Health Technical Office  
The 6th floor, Building number 2  
Office of the Permanent Secretary  
Ministry of Public Health  
Tiwanont Road, Muang District,  
Nonthaburi Province 11000.  
Tel: 0-2591-1718; 0-2590-1719  
Fax 0-25918566

### Submission of the Manuscript

Authors are advised to submit the manuscript online through the website: <https://digitaljournals.moph.go.th>. More information about the Journal and the submission process is available at <http://healthtechnical.go.th>.

All submission will be acknowledged by the Editor. Those unaccepted will also be notified. The Editor reserves right to edit all manuscripts for proper publication according to the format of the Journal.

### Sample Reference List

Reference should be written in Vancouver style. If the reference has less than 6 authors, all author's name should be listed. However, if there are more than six authors, only six names are required, and the rest of them are to be replaced by "et al.". The list below demonstrates some examples based on the Vancouver system.

1. Parkin MD, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73(8):1006-12.
2. Getzen TE. Health economics: fundamentals and flow of funds. New York: John Wiley & Sons; 1997.
3. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers; 1996.
4. Millares M, editor. Applied drug information: strategies for information management. Vancouver: Applied Therapeutics, Inc; 1998.
5. Bennett G, Horuk R. Iodination of chemokines for use in receptor binding analysis. In: Horuk R, editor. Chemokine receptors. New York: Academic Press; 1997. p. 134-48.
6. Smith P, Golladay K, Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No.: HHSIGOE 169200860.
7. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
8. Jones DL. The role of physical activity on the need for revision total knee arthroplasty in individuals with osteoarthritis of the knee [dissertation]. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh; 2001. 436 p.
9. Guan M, Chen Y. Aberrant expression of DeltaNp73 in benign and malignant tumours of the prostate: correlation with Gleason score. *J Clin Pathol* [Internet]. 2005 [cited 2007 Jan 9];58:1175-9. Available from: <http://jcp.bmj.com/cgi/content/full/58/11/1175>
10. Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 [cited 2006 Nov 2]. 34 p. Available from: [http://www.cmwf.org/usr\\_doc/Collins\\_squeezedrisinghlthcare-costs\\_953.pdf](http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlthcare-costs_953.pdf)

## เขียนโครงร่างวิจัยอย่างไรให้กรรมการพิจารณาผ่าน จริยธรรม (อนุมัติ) ให้ผ่าน...

“เขียนโครงร่างวิจัยอย่างไรให้กรรมการพิจารณา  
ผ่านจริยธรรม (อนุมัติ) ให้ผ่าน...”

ประโยคนี้นี้เชื่อว่าเป็นคำถามของนักวิชาการส่วนใหญ่  
ที่มีความคิดอยากทำวิจัย แต่ได้ยินมาว่าต้องมีการยื่น  
โครง (ร่าง) การวิจัยให้คณะกรรมการด้านจริยธรรม  
พิจารณาอนุมัติก่อนจึงจะทำได้ คณะกรรมการที่สำคัญ คือ  
คณะกรรมการทบทวนโครงร่างวิจัยประจำสถาบันที่  
นักวิจัยสังกัด รวมทั้งคณะกรรมการฯ ประจำสถาบันที่  
ผู้วิจัยร่วมสังกัดด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ก็มักจะมีคำรำลือว่า  
เป็นกระบวนการที่ล่าช้า ใช้เวลามาก ไม่ค่อยผ่านง่าย ๆ ให้  
แก่แล้วแก้อีก

เพื่อให้คำถามดังกล่าวมีคำตอบ ต้องทำความเข้าใจ  
ไปที่ละประเด็น...

### 1. ทำไมต้องมีกรรมการพิจารณาโครงร่างวิจัยก่อน ลงมือทำกิจกรรมวิจัย?

ในอดีตที่ผ่านมา มีการทำวิจัยกับมนุษย์ในลักษณะ  
ต่างๆ โดยไม่ต้องมีใครพิจารณาตรวจสอบโครงร่างวิจัย  
โดยเฉพาะการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพด้านต่างๆ ซึ่งมักจะ  
กระทำต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการ หรือแม้แต่ผู้ร่วมงาน ใน  
หลายการวิจัยประชากรศึกษาถูกละเมิดสิทธิ หรือมีผล-  
กระทบถึงความปลอดภัยในลักษณะต่างๆ โดยผู้ถูก  
กระทำไม่รู้ว่าเป็นการวิจัย เข้าใจว่าเป็นการให้บริการปกติ  
บ่อยครั้งผู้วิจัยไม่ได้ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดกับ  
ประชากรศึกษา สุดท้ายเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นก็จะส่ง

ผลกระทบต่อองค์กรที่ผู้วิจัยสังกัด จึงทำให้ต้องมีคณะ-  
กรรมการขององค์กรต้นสังกัดของนักวิจัยพิจารณาตรวจสอบ  
โครงร่างวิจัยในแง่มุมต่างๆ ก่อนลงมือศึกษาวิจัย  
เก็บข้อมูล

### 2. กรรมการพิจารณาอะไร?

สาระสำคัญที่กรรมการฯ พิจารณา คือ ความมีคุณค่า  
ทางวิชาการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการวิจัยเสร็จสิ้น และ  
ความเหมาะสมทางด้านจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์  
โดยทั้งสองประเด็นนี้มีความสัมพันธ์กัน

แม้ชื่อกรรมการจริยธรรมการวิจัยจะบอกให้รู้ว่าเป็น  
กรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย แต่ในทางปฏิบัติ  
ต้องพิจารณาหาข้อสรุปให้ได้ก่อนว่า โครงการวิจัยที่เสนอ  
ให้พิจารณานั้นมีคุณค่าทางด้านวิชาการเพียงไร เพราะหลัก  
สำคัญที่กำหนดไว้ระบุว่า “โครงการวิจัยที่ไม่มีคุณภาพ  
วิชาการ ถือว่าไม่ต้องด้วยจริยธรรม” “the scientifically  
unsound research is unethical”

### 3. เขียนโครงร่างวิจัยอย่างไร?

จากประเด็นสำคัญที่กรรมการฯ พิจารณา ผู้วิจัยจึง  
ต้องเขียนโครงร่างวิจัยให้สามารถแสดงคุณค่าทางวิชาการ  
ได้ และเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ  
มนุษย์

การจะทำให้กรรมการฯ สามารถประเมินคุณค่าทาง  
วิชาการได้นั้น โครงร่างวิจัยต้องมีความถูกต้องตามหลัก

วิชาการ มีความเป็นเหตุเป็นผล มีหลักฐานอ้างอิงในส่วนที่เป็นข้อมูลสำคัญ มีรายละเอียดชัดเจนในขั้นตอนต่าง ๆ จนเชื่อได้ว่าผลที่จะเกิดขึ้นหลังเสร็จสิ้นการวิจัยจะเป็นข้อความรู้ใหม่ ใช้ได้ในวงกว้าง และ/หรือ นำไปสู่การแก้ปัญหาสำคัญที่เป็นที่มาของคำถามวิจัยได้อย่างมีคุณภาพ

และเพื่อให้บรรลุประเด็น “เขียนโครงร่างวิจัยอย่างไรให้ผ่าน” ก็ต้องกลับไปทบทวนคำจำกัดความของคำว่า “วิจัย” ที่กล่าวไว้ว่า “การวิจัยเป็นกิจกรรมทางวิชาการชนิดหนึ่งที่มีการกำหนดระเบียบ แบบ แผน วัตถุประสงค์ เพื่อค้นหาคำตอบที่เป็นความรู้ใหม่ที่สามารถเผยแพร่ได้หรือนำไปสู่การแก้ปัญหาสำคัญได้ในวงกว้าง”

ดังนั้นก่อนจะทำวิจัย นักวิชาการจะต้องมีการกำหนดระเบียบ แบบ และแผน วัตถุประสงค์อย่างชัดเจน เพื่อมุ่งสู่การค้นหาคำตอบที่เป็นความรู้ใหม่ที่จะนำไปแก้ปัญหาสำคัญได้ ซึ่งก็ต้องเริ่มตั้งแต่ปัญหาที่สนใจมีความสำคัญอย่างไร... แค่นั้น.. ข้อความรู้อะไรที่ยังไม่มี ทำให้ไม่เข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้หรือทำให้ไม่สามารถออกแบบแก้ปัญหาได้ จะต้องรวบรวมข้อมูลอะไรจึงจะตอบคำถามที่เป็นช่องว่างนั้น จะออกแบบวิธีการศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลอย่างไร ใช้ระเบียบวิธีวิจัยอะไร วางแผนการทำงานเพื่อให้ได้ข้อมูลแต่ละช่วงเวลาอย่างไรบ้าง ทุกอย่างต้องมีคำอธิบายเหตุผลที่มาอย่างชัดเจน ขั้นตอนการปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้น แต่ละกิจกรรมวิจัยต้องชัดเจนไม่แตกต่างจากพิมพ์เขียวที่ใช้ในการก่อสร้างอาคารบ้านเรือนหรือสิ่งก่อสร้างต่างๆ เพื่อให้ผู้ที่พิจารณาสามารถ

เข้าใจได้ว่าผู้วิจัยจะทำอะไร อย่างไร จะเกิดอะไรขึ้นบ้าง มีอันตรายหรือความเสี่ยงอะไร ผู้วิจัยมีการเตรียมการ มีมาตรการป้องกันปัญหาอะไรบ้าง แต่ละกิจกรรมขั้นตอนการดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานอย่างไร

#### 4. คำว่ารายละเอียด คืออย่างไร?

เนื่องจากโครงร่างวิจัยเป็นระเบียบ แบบ และแผนของการดำเนินงานวิจัย ดังนั้นเนื้อหาในส่วนต่างๆ ต้องคำนึงถึงผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับปฏิบัติ รวมทั้งผู้พิจารณาโครงร่างวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในกระบวนการคิดวางแผนการวิจัยสามารถเข้าใจรายละเอียดเหล่านั้นอย่างชัดเจน ตรงตามความคิดของผู้วิจัยที่ออกแบบกิจกรรมต่างๆ เพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด และได้ผลงานที่มีคุณภาพ โปร่งใส ได้รับการยอมรับ

ดังนั้น เพื่อตอบประเด็นให้ผู้เกี่ยวข้องที่อ่านโครงร่างวิจัย โดยเฉพาะกรรมการฯ เข้าใจตรงตามความคิดของผู้วิจัยที่ออกแบบกิจกรรมต่างๆ ทำให้กรรมการฯ (อนุมัติ) ให้ผ่าน ผู้วิจัยจึงต้องพยายามเขียนโครงร่างวิจัยให้ตรงตามความคิดของผู้วิจัยทั้งหมดทุกหัวข้อทุกรายการ หรือถ้าจะระบุให้ชัดเจน คือ “ผู้วิจัยต้องถ่ายทอดความคิดที่เกี่ยวกับการวิจัยทั้งหมดทุกส่วนออกมาเป็นตัวอักษรลงไปในเอกสารโครงร่างวิจัยให้หมดทุกความคิด ไม่มีการละไว้ในฐานที่ (ผู้วิจัย) เข้าใจอยู่ฝ่ายเดียว”

นพ. ศุภชัย ฤกษ์งาม  
บรรณาธิการ



## ตัวอย่างที่ได้จากการเลือกแบบบังเอิญ ควรวิเคราะห์อย่างไร

อรุณ จิรวัดณ์กุล วท.บ. (อาชีวอนามัย), วท.ม. (ชีวสถิติ), M.Sc. (Clinical Epidemiology)

ปัจจุบันยังมีบทความวิจัยที่ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ โดยมีทั้งที่ระบุว่าใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ และไม่ระบุวิธีการเลือกตัวอย่าง แต่พิจารณาจากขั้นตอนการเก็บข้อมูลแล้วน่าจะเป็นวิธีการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ ซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างแบบไม่สุ่ม (non-random sample) แต่ในการวิเคราะห์ผู้วิจัยใช้วิธีการทดสอบสมมุติฐาน (เช่น t-test หรือ chi-square test) ซึ่งใช้กับวิธีการเลือกตัวอย่างแบบสุ่ม สรุปผลการศึกษาจากตัวอย่างไปเป็นข้อสรุปของประชากร ทำให้ข้อสรุปที่ได้คลาดเคลื่อนจากจริง

วิธีการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญมีการใช้ในงานวิจัยในกรณีที่ต้องการข้อมูลเร่งด่วนเรื่องความคิดเห็นในประเด็นที่กำหนด เช่น ต้องการความเห็นเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นข้อมูลประกอบการประชุมที่ต้องทำให้เสร็จภายใน 3 วัน ถ้าใช้การเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญสามารถทำได้เร็ว ทำได้เสร็จตามเวลาที่กำหนด และเสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินการต่ำ แต่การเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญก็มาพร้อมกับข้อเสียเพราะตัวอย่างที่ได้ไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร และเกิดอคติในการเลือกตัวอย่าง (selection bias)

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญซึ่งเป็นตัวอย่างแบบไม่สุ่ม ที่เป็นพบในรายงานวิจัยส่วนใหญ่ ใช้สถิติในการทดสอบสมมุติฐานที่ใช้กับตัวอย่างแบบสุ่มที่แต่ละหน่วยภายในตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่เหมาะสมเพราะ

- ตัวอย่างได้มาแบบไม่สุ่มจึงไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของใช้สถิติอนุมาน ทำให้ไม่สามารถใช้สถิติในการทดสอบสมมุติฐาน หรือการประมาณค่าที่ใช้กับตัวอย่างแบบสุ่มได้

- ข้อมูลที่ได้มีแนวโน้มที่แต่ละหน่วยภายในตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน เช่น เลือกตัวอย่างแบบบังเอิญเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก 50 ราย ที่เก็บข้อมูลหนึ่งวัน ถ้าในวันดังกล่าวเป็นวันนัดผู้ป่วยบางกลุ่ม (คลินิกเฉพาะทาง) ข้อมูลของแต่ละหน่วยตัวอย่างที่ได้จะไม่เป็นอิสระต่อกัน ซึ่งถ้าเป็นตัวอย่างแบบสุ่มจะต้องใช้สถิติวิเคราะห์แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

- การเกิดอคติในการเลือกตัวอย่าง ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนเชิงระบบ (systematic error) ซึ่งไม่สามารถใช้วิธีการทางสถิติไปแก้ไข ทำให้ผลการวิเคราะห์เพื่อสรุปผลในประชากรผิดพลาด (extrapolation)

จะเห็นได้ว่าถ้านักวิจัยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ แล้วใช้วิธีการทางสถิติที่ใช้กับตัวอย่างที่ได้มาอย่างสุ่ม จะทำให้ได้ข้อสรุปผลวิจัยที่ผิดพลาด

ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ควรที่จะเปลี่ยนวิธีการเลือกตัวอย่างให้เป็นแบบสุ่ม เช่น ในการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ถ้ากำหนดให้มีการสุ่มแบบง่ายตามลำดับที่ของผู้ป่วยมารับบริการในแต่ละวันตลอดสัปดาห์ ก็จะทำให้ได้ข้อสรุปที่สามารถใช้วิธีการทางสถิติอนุมาน ขยาย

ผลไปสู่ประชากรเป้าหมายได้ (generalization) ถูกต้อง หรือถ้าใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ไปตามห้องตรวจก็จะช่วยให้การสรุปผลได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น และยังสามารถวิเคราะห์เพื่อทราบความเห็นในแต่ละห้องตรวจได้อีกด้วย

กรณีที่ไม่สามารถใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มได้ จำเป็นต้องใช้การเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ ควรทำการศึกษาและวิเคราะห์ดังนี้

- เนื่องจากวิธีการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญสามารถเก็บข้อมูลได้เร็ว และค่าใช้จ่ายต่ำ จึงควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างหลายๆ ตัวอย่าง เช่น กำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษา 100 ราย ให้เก็บทีละ 100 รายในแต่ละตัวอย่าง ในช่วงเวลาการศึกษาที่กำหนดถ้าสามารถเก็บได้หลายตัวอย่าง จะสามารถวิเคราะห์ความแตกต่างของผลสรุป (จากตัววัดผลหลัก) ระหว่างตัวอย่างได้ ซึ่งจะช่วยให้การสรุปผลการศึกษา มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

- ถ้าเพิ่มขนาดตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้น เช่น แผนการศึกษา กำหนดขนาดตัวอย่าง 100 ราย ถ้าเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 300 ราย ให้แบ่งวิเคราะห์ข้อมูลแยกเป็น 2 ครั้ง เพื่อจะช่วยให้การเปรียบเทียบผลสรุปครั้งแรกกับครั้งหลัง

- ในกรณีที่เพิ่มจำนวนตัวอย่าง หรือขนาดตัวอย่างไม่ได้ ควรวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญเพื่อดูความต่างระหว่างตัวอย่างที่ได้กับประชากรเป้าหมาย เช่น สัดส่วนของกลุ่มอายุ และเพศ ของตัวอย่างแตกต่างจากประชากรหรือไม่ จะช่วยนักวิจัยพิจารณาว่าจะสามารถขยายผลจากตัวอย่างไปสู่ประชากรอย่างไร และควรเขียนข้อจำกัด และโอกาสเกิดอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ ที่อาจมีผลต่อผลการศึกษานี้ ลงในส่วนอภิปรายผลด้วย

- กำหนดประชากรเป้าหมายให้มีความเฉพาะ เช่น ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเพียงห้องตรวจเดียว และผลสรุปที่ได้เฉพาะผู้ที่มารับบริการห้องตรวจนั้น ก็จะเพิ่มความถูกต้องในการขยายผลไปสู่ประชากรเป้าหมายมากขึ้น

สรุป

ตัวอย่างที่ได้จากวิธีการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ ไม่ควรวิเคราะห์ด้วยสถิติเช่นเดียวกับตัวอย่างที่ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบสุ่ม เพราะจะทำให้ได้ข้อสรุปที่ผิดพลาด วิธีการวิเคราะห์ที่น่าเสนออาจช่วยให้ผลสรุปถูกต้องเพิ่มขึ้น

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ความชุกและการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำและทัณฑสถาน เขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ 2560

รุจิรา ตระกูลพั้ว พย.บ., วท.ม.\*

รุ่งเรือง กิจผาติ พ.บ.\*\*

อมรชัย ไตรคุณากรวงศ์ วท.บ., วท.ม., ปร.ด.\*

อนรรตน์ สงค์อินทร์ พย.บ.\*

\* สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค

\*\* สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	25 ก.ย. 2561
วันแก้ไข:	9 เม.ย. 2562
วันตอบรับ:	20 เม.ย. 2562

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกวัณโรค และประเมินการสูญเสียปีสุขภาวะของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ และทัณฑสถานในเขตกรุงเทพมหานคร รูปแบบการศึกษาย้อนหลัง (retrospective cohort study) ในผู้ต้องขัง จำนวน 222 คน ที่เข้ารับการรักษาวัณโรคและคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในปี พ.ศ. 2560 ในทัณฑสถานกรุงเทพมหานคร 7 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของผู้ป่วยวัณโรค 6.81 ต่อ 1,000 ประชากร จากผู้ได้รับการคัดกรองทั้งหมด โดยเป็นวัณโรคดื้อยา ร้อยละ 0.90 เป็นผู้ป่วยเพศชายมากเป็น 21.20 เท่าของเพศหญิง และร้อยละ 70.27 ของผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 25-44 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 54.95 รักษาหาย ร้อยละ 25.68 อยู่ในระหว่างการรักษา และร้อยละ 15.32 อยู่ในระหว่างการรักษาจนถึงวันสุดท้ายก่อนพ้นโทษ หรือโอนออก ในขณะที่ร้อยละ 4.05 ไม่เข้ากระบวนการรักษา ค่าการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในภาพรวมทุกเรือนจำ เท่ากับ 36.79 DALYs หรือ 112.90 DALYs ต่อ 100,000 ประชากร ภาระโรคที่เกิดจากวัณโรคในเรือนจำเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงปีที่ผ่านมา สำหรับค่าการสูญเสียปีสุขภาวะของผู้ป่วยบ่งบอกถึงความเร่งด่วนในการแก้ปัญหาวัณโรคในเรือนจำเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ในการคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Unite to End TB) เรือนจำควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเร่งรัดการค้นหาและเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะประชากรเสี่ยงกลุ่มผู้ต้องขังและบุคลากรในเรือนจำ

**คำสำคัญ:** ความชุก; การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs); วัณโรค; เรือนจำ

## บทนำ

หนึ่งในสามของประชากรทั่วโลกติดเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ซึ่งเป็นสาเหตุของวัณโรค ในปี 2016 พบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกมีจำนวนมากถึง 6.3 ล้านคน

เพิ่มขึ้นจากปี 2015 ถึง 1 ล้านคน<sup>(1)</sup> แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรคถึง 1.5 ล้านคน มากกว่าโรคติดเชื้อประเภทอื่น ๆ ในหลาย ๆ ประเทศอัตราป่วย และอัตราตายมีสาเหตุหลักจากวัณโรค และเป็นหนึ่งในสิบของสาเหตุ

การตายในปี 2015 ทั่วโลก<sup>(2)</sup> วัณโรคเป็นโรคประจำถิ่นในหลายๆ ประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในแถบแอฟริกา และทวีปเอเชีย เช่น กัมพูชา มีอัตราชุก 374.9 ถึง 509.3 ต่อ 100,000 ประชากร<sup>(3)</sup> มีรายงานการวิจัยอัตราชุกผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ พบว่ามีค่าสูงกว่าในประชากรทั่วไปถึง 40 เท่า และผู้ต้องขังมีอัตราตายสูงขึ้น<sup>(4,5)</sup> ในปัจจุบันประชากรผู้ต้องขังทั่วโลกมีประมาณมากกว่า 9 ล้านคน เกือบครึ่งของประชากรเหล่านี้อยู่ในประเทศด้อยพัฒนา และมีอัตราชุกของวัณโรคมากกว่า 3,000 คนต่อแสนประชากร<sup>(5)</sup> รวมถึงประเทศกำลังพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นในประเทศมาเลเซียและฟิลิปปินส์<sup>(6)</sup> ในประเทศไทยพบอัตราชุกของวัณโรคในเรือนจำมากกว่าในส่วนอื่นๆ ของประเทศเกือบ 6 เท่า<sup>(7)</sup> เนื่องจากสภาพแวดล้อมในเรือนจำที่มีพื้นที่แออัด มีการระบายอากาศไม่เพียงพอ อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงภาวะทุพโภชนาการ ปัจจัยเหล่านี้มีโอกาสนำไปสู่ให้ผู้ต้องขังมีความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย และผู้ต้องขังภายในเรือนจำมีกิจกรรมระหว่างวันจึงมีโอกาที่จะไปสัมผัสกับแหล่งโรคภายในแดนเดียวกันซึ่งมีผู้ต้องขังอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมาก เนื่องจากผู้ต้องขังไม่ได้อยู่ในระบบปิดมีการเข้าออก หากไม่ทราบว่าเป็นตนเองป่วยก็อาจแพร่เชื้อไปสู่ญาติ เจ้าหน้าที่หรือบุคคลอื่นในสังคม

ประเทศไทยได้ดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ จำนวน 165,000 คน ด้วยวิธีการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT strategy) พบรายงานในเรือนจำและทัณฑสถาน 27 แห่ง จาก 136 แห่งทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2547-2548 โดยครอบคลุมเรือนจำและทัณฑสถานกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 12 เรือนจำ ภาคกลาง 9 เรือนจำ ภาคเหนือ 3 เรือนจำ ภาคใต้ 2 เรือนจำ และภาคอีสาน 1 เรือนจำ พบว่า ผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคมีจำนวน 71,594 คน ผู้ต้องขังเข้าเกณฑ์สงสัยป่วยเป็นวัณโรคตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกมีจำนวนทั้งสิ้น 22,132 คน คิดเป็นร้อยละ 30.90 ยังพบว่าอัตราชุกของผู้ต้องขังที่ได้

รับการตรวจคัดกรองวัณโรคทั้ง 27 เรือนจำในประเทศไทยภายใต้มาตรฐานการคัดกรองจากองค์การอนามัยโรคเท่ากับ 363.3 ต่อ 100,000 ประชากร<sup>(8)</sup> ในปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 มีจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานในเขตกรุงเทพมหานครได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคจำนวน 228, 318 และ 265 คน ตามลำดับ<sup>(9)</sup>

การประมาณภาระโรค (burden of disease) ทางด้านสุขภาพที่รู้จักกันแพร่หลาย คือ ดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (disability adjusted life year: DALYs) และดัชนีสถานะสุขภาพของจำนวนปีที่ปรับคุณภาพชีวิต (quality-adjusted life year: QALY) เป็นดัชนีบ่งชี้ถึงลำดับความสำคัญของการวิจัยและพัฒนาสุขภาพอาศัยความหนักเบาของโรค<sup>(10,11)</sup> การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) คือการวัดสถานะการสูญเสียทางด้านสุขภาพของประชากรเป้าหมาย หรือช่องว่างสุขภาพ (health gap) โดยแสดงถึงจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร (years life lost: YLL) รวมกับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability: YLD)<sup>(10)</sup> ในทางกลับกัน QALYs แสดงถึงการปราศจากโรค รวมไปถึงการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข มีสมรรถภาพดี<sup>(11)</sup> ได้มาจากผลคูณของค่าอรรถประโยชน์ (utility score: U) กับจำนวนปีที่มีชีวิตยืนยาวขึ้น (life year-gained: LYG)<sup>(12)</sup> การวัดสุขภาพที่สมบูรณ์มีหลักการทั่วไปโดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักของการมีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพสมบูรณ์เป็น 1 และการตายจะมีค่าน้ำหนักเป็นศูนย์ หรือในทางกลับกันการมีสุขภาพสมบูรณ์จะมีค่าน้ำหนักความพิการเป็น 0 และการตายจะมีค่าน้ำหนักความพิการเป็น 1 ดังนั้น ใน 1 ปีที่สุขภาพสมบูรณ์จะมีค่าของปีสุขภาวะเป็น 1 ปี และไม่มีการสูญเสียปีสุขภาวะหรือปีที่พิการเป็น 0 ขณะที่หากถึงแก่ความตายก็จะมีค่าปีสุขภาวะเป็น 0 ปี หรือคิดเป็นความสูญเสียปีสุขภาวะ 1 ปี และหากมีความพิการหรือเจ็บป่วยที่ไม่ถึงแก่ความตายก็จะมีค่าน้ำหนักสุขภาพลดลง ขณะที่น้ำหนักความพิการ

เพิ่มขึ้นตามระดับของภาวะพิการหรือเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น<sup>(13)</sup>

มีรายงานการสูญเสียปีสุขภาวะจากวัณโรคทั่วโลกในปี 2014 สูงถึง 34.2 ล้าน DALYs<sup>(14)</sup> นอกจากนี้ยังมีการใช้ DALYs เปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองกับพื้นที่นอกเมือง หรือระหว่างเพศชายกับเพศหญิง<sup>(15)</sup> ในประเทศจีนมีการรายงานค่า DALYs ของผู้ป่วยวัณโรคในช่วงปี 1990 ถึง 2015 สูงถึง 20.68 ล้านปี<sup>(16)</sup> ในการศึกษาค่า DALYs ของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำในประเทศฟิลิปปินส์พบว่าในแต่ละปีมีค่าสูงกว่าครึ่งล้านปีแห่งการสูญเสียปีสุขภาวะ ข้อมูลการสูญเสียปีสุขภาวะโดยรวมของประชากรไทยล่าสุดใน พ.ศ. 2557 คิดเป็น 14.90 ล้าน DALYs<sup>(17)</sup> โดยความสูญเสียปีสุขภาวะของเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.40 เท่า นั่นคือเพศชายมีการสูญเสียประมาณ 8.60 ล้าน DALYs และเพศหญิงมีการสูญเสียประมาณ 6.30 ล้าน DALYs การสูญเสียปีสุขภาวะของวัณโรคของเพศชายอยู่ในลำดับที่ 12 คิดเป็นร้อยละ 2.00 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดสำหรับเพศหญิงวัณโรคไม่ได้จัดอยู่ใน 20 ลำดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2557<sup>(17)</sup> จะเห็นได้ว่าค่า DALYs สามารถใช้เป็นดัชนีบ่งบอกถึงภาวะความสูญเสีย ซึ่งจำนวน DALYs ที่สูงมากกว่าโรคอื่น ๆ ใช้บอกถึงภาระโรคที่มีความเร่งด่วนในการดำเนินการควบคุมโรค หรือเป็นข้อมูลสนับสนุนในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียมากได้

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ภายใต้การสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลก ด้านวัณโรค ปี พ.ศ. 2560 ได้ดำเนินโครงการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในเรือนจำและทัณฑสถานทั้ง 7 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ทัณฑสถานหญิงกลาง เรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร เรือนจำกลางคลองเปรม/ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ทัณฑสถานหญิงธนบุรี เรือนจำพิเศษมีนบุรี ทัณฑสถานบ่อบัดพิเศษกลาง และเรือนจำพิเศษธนบุรี การดำเนินงานในเชิงรุกรุ่นประกอบด้วยการจัดประชุมชี้แจงและเตรียมการคัดกรองร่วมกับเรือนจำทั้ง 7 แห่ง

และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยเรือนจำและทัณฑสถาน ทั้ง 7 แห่ง รายงานยอดผู้ต้องขังเพื่อประมาณการงบประมาณ และประสานขอการสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักวัณโรค โดยผู้ต้องขังทุกรายที่ไม่ติดภารกิจภายนอกเรือนจำหรือทัณฑสถาน เช่น การพบญาติ หรือเดินทางไปศาล จะถูกคัดกรองเพื่อทำการเอ็กซเรย์ปอดทุกคน และผลการดำเนินการในภาพรวมพบว่ามีจำนวนผู้ต้องขังที่เข้ารับการเอ็กซเรย์ปอดคิดเป็น ร้อยละ 96.91<sup>(18)</sup> จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ปัญหาด้านความชุกของการป่วยด้วยวัณโรค มีความสำคัญมากในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งส่งผลต่อการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของผู้ป่วยวัณโรค ดังนั้นผู้วิจัยและทีมในฐานะผู้รับผิดชอบในการป้องกันควบคุมวัณโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จึงสนใจในการศึกษาความชุกและการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2560 ภาพรวมการศึกษาครั้งนี้สามารถทำให้ทราบภาระโรคและระดับความรุนแรงของวัณโรคในเรือนจำและทัณฑสถานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการวางแผนและประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมวัณโรคในเรือนจำต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบ retrospective cohort study โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิของผู้ต้องขังที่เข้ารับการเอ็กซเรย์ปอด และคัดกรองวัณโรคเชิงรุกตามแนวทางการค้นหาวัณโรคอย่างเข้มข้นในเรือนจำ ในโครงการกองทุนโลก ด้านวัณโรคและแนวทางของ National Tuberculosis Program (NTP) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2560 จากเรือนจำกรุงเทพมหานคร 7 แห่ง ประกอบด้วย เรือนจำกลางคลองเปรม เรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร เรือนจำพิเศษธนบุรี เรือนจำพิเศษมีนบุรี ทัณฑสถานหญิงกลาง ทัณฑสถานบ่อบัดพิเศษกลาง ทัณฑสถานหญิงธนบุรี และติดตามผลการ

รักษาจนถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล TB 03 (TB Register) แบบบันทึกข้อมูล TB 07 ฐานข้อมูลเรือนจำในระบบโปรแกรม TBCM Online รายละเอียดข้อมูลทั่วไปรายบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลความชุกด้วยจำนวนและร้อยละ โดยจำนวนผู้ป่วยวัณโรคจากการคัดกรอง x 1,000

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ต้องขังที่เข้ารับการรักษาวัณโรคทุกราย}}{\text{จำนวนค่าการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) จากสูตร}}$$

$$DALYs = YLL + YLD$$

$$YLL = N \times L$$

โดย N คือ จำนวนตายรายอายุ

L คือ อายุคาดเฉลี่ยรายอายุ

$$YLD = I \times DW \times L$$

โดย I คือ จำนวนอุบัติการณ์ (incidence) ในช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง

DW คือ น้ำหนักของภาวะบกพร่องของสุขภาพทางวัณโรค (disability weight) จากองค์การอนามัยโลก<sup>(19)</sup>

L คือ ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่กับภาวะบกพร่องของสุขภาพทางวัณโรค มีหน่วยเป็นปี (age-specific life expectancy)

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการรับรองจริยธรรมงานวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค รหัสโครงการ FWA00013622

**ผลการศึกษา**

ผู้ต้องขังทั้ง 7 เรือนจำได้รับการเอ็กซเรย์ปอดและคัดกรองวัณโรคเชิงรุกตามแนวทางของ National Tuberculosis Program (NTP) จำนวน 32,587 คน โดยเป็นเพศชาย จำนวน 26,346 คน (ร้อยละ 80.85) เพศหญิง จำนวน 6,241 คน (ร้อยละ 19.15) สัญชาติไทย จำนวน 30,619 คน (ร้อยละ 93.96) ต่างชาติ จำนวน 1,968

คน (ร้อยละ 6.04) พบผู้ต้องขังป่วยเป็นวัณโรค จำนวน 222 คน เป็นสัญชาติไทย จำนวน 219 คน (ร้อยละ 98.65) ต่างชาติ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.35) โดยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.90) จากเรือนจำพิเศษธนบุรี และเรือนจำพิเศษมีนบุรี (ตารางที่ 1)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคหรือวัณโรคดื้อยาในเพศชายมากเป็น 21.22 เท่าของเพศหญิง กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ 25-34 ปี รองลงมา คือ 35-44 ปี ร้อยละ 35.59 และ 34.68 ตามลำดับ เรือนจำที่พบผู้ป่วยวัณโรคหรือวัณโรคดื้อยา 3 ลำดับแรกคือ เรือนจำพิเศษธนบุรี ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง และเรือนจำพิเศษมีนบุรี เป็นร้อยละ 27.48, 26.13 และ 17.12 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 54.95 ของผู้ป่วยรักษาหาย และร้อยละ 25.68 อยู่ในระหว่างการรักษา ในขณะที่ร้อยละ 15.32 อยู่ในระหว่างการรักษาจนถึงวันสุดท้ายก่อนพ้นโทษหรือโอนออก โดยร้อยละ 4.05 ไม่เข้ากระบวนการรักษา (ตารางที่ 2)

ความชุกของผู้ป่วยวัณโรคหรือวัณโรคดื้อยาต่อประชากร 1,000 คน ในทัณฑสถานทั้ง 7 แห่ง เรียงตามลำดับได้ดังนี้ คือ เรือนจำพิเศษธนบุรี ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง เรือนจำพิเศษมีนบุรี เรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร เรือนจำกลางคลองเปรม ทัณฑสถานหญิงธนบุรี และทัณฑสถานหญิงกลาง เป็น 10.92, 8.63, 7.32, 5.78, 5.78, 2.81 และ 1.56 ตามลำดับ รวมทุกเรือนจำ/ทัณฑสถาน มีความชุกผู้ป่วยวัณโรค 6.81 (ภาพที่ 1)

ในขณะที่การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำทั้ง 7 แห่งมีค่าเท่ากับ 36.79 DALYs โดยเรียงลำดับ ดังนี้ ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง เรือนจำพิเศษธนบุรี เรือนจำพิเศษมีนบุรี เรือนจำกลางคลองเปรม เรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร ทัณฑสถานหญิงกลาง และทัณฑสถานหญิงธนบุรี เป็น 10.48, 9.00, 6.39, 5.56, 3.83, 1.16 และ 0.37 ตามลำดับ (ภาพที่ 2)

ความชุกและการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำและทัณฑสถาน เขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังที่ได้รับการเอ็กซเรย์ปอด (n = 32,587 คน)

ข้อมูลทั่วไป	รวม		ไทย		ต่างชาติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	26,346	80.85	24,722	80.74	1,624	82.52
หญิง	6,241	19.15	5,897	19.26	344	17.48
<b>เรือนจำ/ทัณฑสถาน</b>						
เรือนจำกลางคลองเปรม	5,540	17.00	4,886	15.96	654	33.23
เรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร	3,980	12.21	3,665	11.97	315	16.01
เรือนจำพิเศษธนบุรี	5,587	17.15	5,498	17.95	89	4.52
เรือนจำพิเศษมีนบุรี	5,190	15.93	5,094	16.64	96	4.88
ทัณฑสถานหญิงกลาง	4,501	13.81	4,182	13.66	319	16.21
ทัณฑสถานหญิงธนบุรี	1,067	3.27	1,054	3.44	13	0.66
ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง	6,722	20.63	6,240	20.38	482	24.49
<b>ประเภทของวัณโรค</b>						
วัณโรค	220	99.10	217	99.09	3	100.00
วัณโรคดื้อยา	2	0.90	2	0.91	-	-

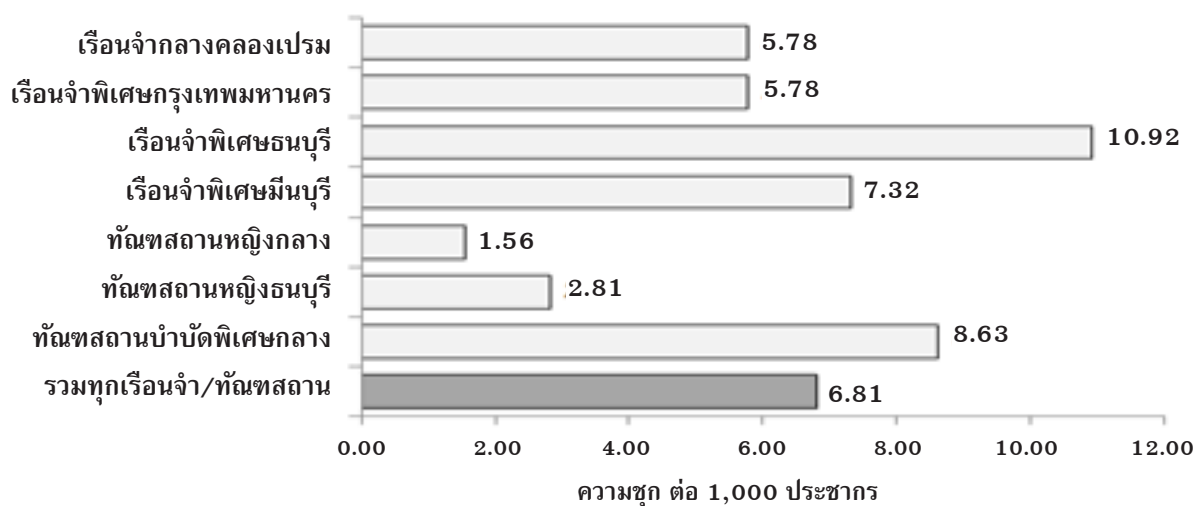
ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรค (n=222 คน)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	212	95.50
	หญิง	10	4.50
อายุ (ปี)	<25	20	9.01
	25-34	79	35.59
	35-44	77	34.68
	45-54	32	14.41
	≥55	14	6.31
	Mean±SD	36.72±10.35	
	<b>เรือนจำ/ทัณฑสถาน</b>		
	เรือนจำกลางคลองเปรม	32	14.41
	เรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร	23	10.36
	เรือนจำพิเศษธนบุรี	61	27.48
	เรือนจำพิเศษมีนบุรี	38	17.12
	ทัณฑสถานหญิงกลาง	7	3.15
	ทัณฑสถานหญิงธนบุรี	3	1.35
	ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง	58	26.13

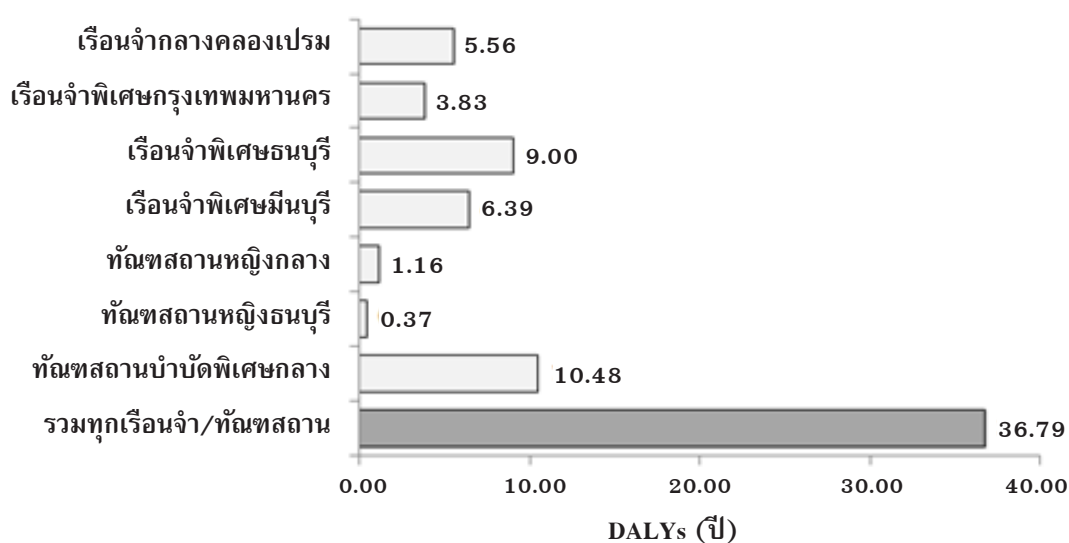
ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรค (n=222 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลการรักษา		
รักษาหาย	122	54.95
อยู่ระหว่างการรักษา	57	25.68
อยู่ระหว่างการรักษา (จนถึงวันสุดท้ายก่อนพ้นโทษ หรือโอนออก)	34	15.32
ไม่เข้ากระบวนการรักษา (พ้นโทษก่อนทราบผล)	9	4.05

ภาพที่ 1 ความชุกต่อ 1,000 ประชากรของผู้ต้องขัง 7 ทัณฑสถานที่ป่วยเป็นวัณโรคหรือวัณโรคดื้อยา



ภาพที่ 2 จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับสภาวะที่บกพร่อง (DALYs) ทางวัณโรคของผู้ต้องขัง 7 ทัณฑสถาน





## วิจารณ์

จากผู้ต้องขังที่ได้รับการเอ็กซ์เรย์ปอดซึ่งเป็นวัณโรค และวัณโรคดื้อยาในปี พ.ศ. 2560 มีความชุกเท่ากับ 6.81 ต่อ 1,000 ประชากร เป็น 2.90 เท่าของความชุกผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 2.36 ต่อ 1,000 ประชากร แสดงให้เห็นถึงภาระโรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่เรือนจำกรุงเทพมหานคร มีค่าสูงกว่าในส่วนอื่นของประเทศไทย นอกจากนี้ความชุกของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำและทัณฑสถานทั้ง 7 แห่ง (ไม่รวมทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์) ยังเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 เท่ากับ 4.70, 4.70 และ 2.9 ต่อ 1,000 ประชากร ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกมีผลทำให้ตรวจพบผู้ป่วยได้เร็วขึ้นและอาจช่วยในการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำเพื่อให้เข้าสู่ระบบการรายงานและเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทให้ครอบคลุมได้ถึงเป้าหมายที่ร้อยละ 90.00 จากการศึกษาที่พบอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 54.95 และอยู่ในระหว่างการรักษา ร้อยละ 25.68 ในขณะที่ร้อยละ 15.32 มีสถานะอยู่ในระหว่างการรักษาจนถึงวันสุดท้ายก่อนการพ้นโทษหรือโอนออกจากเรือนจำเดิม แม้ว่าความครอบคลุมของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจะมีค่าเพียง ร้อยละ 54.95 หากผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการรักษาภายในเรือนจำอีกร้อยละ 25.68 ได้รับการรักษาจนหาย และผู้ป่วยที่พ้นโทษหรือโอนออกจากเรือนจำเดิมอีกร้อยละ 15.32 ได้รับการติดตามผลการรักษาต่อเนื่องจนหาย จะสามารถทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำมีอัตราความสำเร็จในการรักษา ครอบคลุมได้ถึง ร้อยละ 95.95 ตามเป้าหมายในการควบคุมวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ตามตารางที่ 2

จากค่าดัชนีการสูญเสียสุขภาพ (DALYs) ของวัณโรคในเรือนจำพื้นที่กรุงเทพมหานคร 7 แห่งเท่ากับ 36.79 DALYs หรือ 112.90 DALYs ต่อ 100,000 ประชากร เมื่อเทียบกับ DALYs ของวัณโรคระดับประเทศในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 242,548 DALYs หรือ 372.44

DALYs ต่อ 100,000 ประชากร<sup>(17)</sup> แม้ว่าประชากรภายในเรือนจำมีจำนวนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรในระดับประเทศเมื่อปี พ.ศ. 2557 เป็นจำนวนมาก แต่พบว่าสัดส่วน DALYs ของวัณโรคในเรือนจำเมื่อเทียบกับระดับประเทศมีความแตกต่างกันไม่มาก (ร้อยละ 23.26 และ 76.74 ตามลำดับ) ดังนั้นความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาวัณโรคในเรือนจำจึงไม่มีความแตกต่างจากในระดับประเทศหรืออาจมากกว่า จะเห็นได้ว่า DALYs ของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำทั้ง 7 แห่ง มีความแตกต่างกันแสดงให้เห็นถึงภาระโรคของแต่ละทัณฑสถานที่ต้องดูแลและรับผิดชอบแตกต่างกัน ช่วยให้สามารถจัดลำดับความเร่งด่วนในการดำเนินการแก้ปัญหาในแต่ละเรือนจำ นอกจากนี้ยังทำให้ประจักษ์ถึงประโยชน์ในเชิงนโยบายโดยเป็นดัชนีในการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการค้นหาวัณโรคเชิงรุกในเรือนจำทั้ง 7 แห่ง ทั้งนี้ ค่า DALYs อาจสามารถนำไปขยายผลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการกำหนดความคุ้มค่าทางทรัพยากร ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในเรือนจำ และจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ ได้แก่ เรือนจำพิเศษธนบุรี รองลงมาคือ ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง และเรือนจำพิเศษมีนบุรี ซึ่งทั้ง 3 เรือนจำเป็นผู้ต้องขังผู้ชายซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย ตามภาพที่ 1 และ 2

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ความชุกของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงเวลาที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาวัณโรคในเรือนจำและทัณฑสถานที่หน่วยงานที่รับผิดชอบควรตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในผู้ต้องขังเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ภาระโรคที่เพิ่มขึ้นจากค่าการสูญเสียสุขภาพของผู้ป่วยสามารถบ่งบอกถึงความเร่งด่วนในการแก้ปัญหาวัณโรคในเรือนจำ โดยเฉพาะอันดับต้น ๆ คือ เรือนจำพิเศษธนบุรี รองลงมาคือ ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง เรือน-

จำพิเศษมีนบุรี ตามลำดับ

2. เรือนจำและทัณฑสถาน ผู้ต้องขังชาย ควรมีความเข้มข้นในการคัดกรองมากกว่าเรือนจำและทัณฑสถาน-ผู้ต้องขังหญิง

3. มาตรฐานการป้องกันและดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ ต้องมีการติดตามประเมินให้ได้ตามมาตรฐาน ทั้งในส่วนการค้นหา รักษาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ-วัณโรค รวมถึงลักษณะสิ่งแวดล้อม โครงสร้างของเรือนจำ รวมถึงการป้องกันส่วนบุคคล การสวมใส่หน้ากากอนามัย การแยกกักในช่วงที่อยู่ในระยะแพร่โรค

4. สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซึ่งพ้นโทษและผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาเนื่องจากพ้นโทษก่อนทราบผล มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการติดตามผู้ป่วยให้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนต่อไป การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Unite To End TB) ให้เข้าสู่เป้าหมาย ร้อยละ 90.00 ในการเร่งรัดการค้นหาและรายงานเข้าสู่ระบบ รวมถึงการเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยทุกประเภท โดยเฉพาะประชากรเสี่ยงกลุ่มผู้ต้องขังและบุคลากรในเรือนจำ ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาเป็นการศึกษาเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสภาพปัญหาบางส่วน จึงเสนอให้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลในพื้นที่อื่นเพื่อขยายผลและประกอบการตัดสินใจในการกำหนดความคุ้มค่าทางทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการรักษาวัณโรคในเรือนจำต่อไป

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคเรือนจำและทัณฑสถานทั้ง 7 แห่ง โรงพยาบาลกรมราชทัณฑ์ กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์คณะกรรมการจริยธรรมกรมควบคุมโรค ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ คณะ-

สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

#### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Houben RMGJ, Dodd PJ. The global burden of latent tuberculosis infection: a re-estimation using mathematical modelling. PLoS Med 2016;13(10):1-13.
3. Castañeda-Hernández DM, Rodriguez-Morales AJ. Epidemiological burden of tuberculosis in developing countries. Current topics in public health [Internet]. IntechOpen, 2013 May 15 [cited 2018 Dec 12];DOI: 10.5772/53363. Available from: <https://www.intechopen.com/books/current-topics-in-public-health/epidemiological-burden-of-tuberculosis-in-developing-countries>
4. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeff o-mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. HIV and related infections in prisoners 1 global burden of HIV, viral hepatitis and tuberculosis in prisoners and detainees. Lancet 2016;388(10049):1089-102.
5. Dara M, Grzemska M, Kimerling ME, Reyes H, Zagorskiy A. Guidelines for control of tuberculosis in prisons. Washington DC: United States Agency for International Development (USAID); 2009.
6. Al-Darraj HAA, Kamarulzaman A, Altice FL. Latent tuberculosis infection in a Malaysian prison: implications for a comprehensive integrated control program in prisons. BMC Public Health 2014;14(22):1-9.
7. Nateniyom S, Jittimane S, Ngamtrairai N, Jittimane S, Boonpendetch R, Moongkhetklang V, et al. Implementation of directly observed treatment, short-course (DOTS) in prisons at provincial levels, Thailand. Int J Tuberc Lung Dis 2004;8(7):848-54.

## ความชุกและการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำและทัณฑสถาน เขตกรุงเทพมหานคร

8. Jittimane S, Ngamtrairai N, White M, Jittimane S. A prevalence survey for smear-positive tuberculosis in Thai prisons. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007;11(5):556-61.
9. กรมราชทัณฑ์. รายงานสถิติผู้ต้องขังกรมราชทัณฑ์. นนทบุรี: กรมราชทัณฑ์; 2561.
10. Lajoie J. Understanding the measurement of global burden of disease. Winnipeg, Manitoba: National Collaborating Centre for Infectious Diseases; 2015.
11. Singchongchai P. QALYs: an economic health indicator of life quality. *AL-NUR* 2013;8(14):1-8.
12. Weinstein MC, Torrance G, McGuire A. QALYs: the basics. *Value in Health* 2009;12(1):S5-S9.
13. World Health Organization. National burden of disease studies: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2001.
14. World Health Organization. Global tuberculosis report. Geneva: World Health Organization; 2014.
15. Marlow MA, Maciel ELN, Sales CMM, Gomes T, Snyder RE, Daumas RP, et al. Tuberculosis DALY-gap: spatial and quantitative comparison of disease burden across urban slum and non-slum census tracts. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2015;92(4):622-34.
16. Zhu S, Xia L, Yu S, Saobing C, Juying Z. The burden and challenges of tuberculosis in China: findings from the global burden of disease study 2015. *Sci Rep* 2017; 7(14601):1-7.
17. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การสูญเสียปีสุขภาวะ disability-adjusted life years: DALYs รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: เดอะกราฟิกโซลูชันส์; 2557.
18. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. สรุปผลการดำเนินโครงการค้นหาวัณโรคเชิงรุกในเรือนจำ ภายใต้การสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลก ด้านวัณโรค พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง; 2560.
19. World Health Organization. Global burden of disease 2004 update: disability weights for diseases and conditions. Geneva: World Health Organization; 2004.
20. ศรีประพา เนตรนิยม. การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561
21. ชัยเวช นุชประยูร. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องวัณโรค. กรุงเทพมหานคร; 17 มีนาคม 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000150/tb/Tuberculosis%2C%20BMA170560.pdf>
22. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ 2561. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
23. เจวตสรร นามวาท, สุธาสินี คำหลวง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ศศิธันว์ มาแอกเคียน, วิชญญา ปิณฑะดิษ, และคณะ. ความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย: การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้. รายงานการวิจัย กรมควบคุมโรค, HITAP. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560.
24. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ภาระโรค: ปีสุขภาวะที่สูญเสียและอายุคาดเฉลี่ย ของการมีสุขภาพของประชากรไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2559;25(2): 342-50.
25. ณัฐพัชร์ มรรคา, ชนิษฐา กู้ศรีสกุล, จักรวีดา อมรวิสัยสรเดช, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. ภาระโรคระดับเขตสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2552. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2559;25(2):162-72.

**Abstract: Prevalence and Disability Adjusted Life Years (DALYs) among Tuberculosis**

**Rujira Targoolpua B.N.S.\*; Rungrueng Kitphati M.D.\*\*; Amornchai Trikunakornwong, Ph.D.\*;  
Anurat Songin, B.N.S.\***

*\* Institute for Urban Disease Prevention and Control, Department of Disease Control; \*\* Health Technical Office, Ministry of Public Health, Thailand  
Journal of Health Science 2020;29:5-14.*

This study aimed to determine the prevalence and estimated disability of adjusted life years (DALYs) of tuberculosis (TB) patients in Bangkok prisons. The 222 TB patients from 7 Bangkok prisons who got proactive chest x-ray screening in 2017 were studied by retrospective cohort method using secondary data. The results showed that the prevalence of tuberculosis was 6.81 per 1,000 population from all screening prisoners. The 0.90% of the patients had multidrug-resistant tuberculosis. There were 21.2 times more male than female; and 70.27% of patients in the 25-44 year age range. The 54.95% of patients were improved and 25.68% were still under treatment. The 15.32% of patients were undergoing treatment until the last day before discharge or transfer whereas 4.05% of cases did not receive treatment. The burden of disease due to TB in all prisons was 36.79 DALYs (112.90 DALYs per 100,000). The burden of TB in prisons had increased over the past year; and the DALYs indicated urgency in addressing tuberculosis in prisons in order to prevent the spreading. Proactive screening according to intensive tuberculosis guidelines for TB (Unite to End TB) in prisons should be continued and accelerated in detection including increase the success rate of treatment, particularly in the vulnerable populations: the inmates and prison officers.

**Keywords:** prevalence; disability of adjusted life years (DALYs); tuberculosis; prison

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการ ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพัทลุง

หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)\*

จิรพงษ์ แสงทอง วท.ม. (การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ)\*\*

ปัญญาวัฒน์ ไชยเมล์ Ph.D. (Public Health)\*\*\*

สมเกียรติยศ วรเดช Ph.D. (Public Health)\*\*\*

\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

\*\* กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

\*\*\* สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

วันรับ: 8 ม.ค. 2562

วันแก้ไข: 26 เม.ย. 2562

วันตอบรับ: 9 พ.ค. 2562

**บทคัดย่อ** การศึกษาการติดตามชนิดย้อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดพัทลุง ประชากรที่ทำการศึกษาคือ เด็กที่คลอดระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 และได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลพัฒนาการโดยบุคลากรสาธารณสุขจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 1,182 คน ตัวแปรตาม คือ ระดับพัฒนาการโดยพิจารณาจาก (1) พัฒนาการปกติ (2) พัฒนาการสงสัยล่าช้า และ (3) พัฒนาการล่าช้า วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยสถิติถดถอย-โลจิสติกพหุตัวแปร ผลการศึกษาพบว่า ผลการตรวจฮีมาโตคริต ผลการตรวจธาลัสซีเมีย และสถานภาพการสมรสของมารดาที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตผิดปกติมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตปกติ (OR = 0.43, 95% CI: 0.21 ถึง 0.89) ส่วนมารดาที่มีผลการตรวจธาลัสซีเมียผิดปกติมีความเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 6 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีผลการตรวจธาลัสซีเมียปกติ (OR = 5.60, 95% CI: 2.32 ถึง 13.52) และมารดาที่มีสถานภาพโสด/ม่าย/หย่า/แยก มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า เมื่อเทียบกับมารดาที่สถานภาพคู่ (OR = 0.29, 95% CI: 0.14 ถึง 0.60) จากผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในกระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะการตรวจธาลัสซีเมียและการตรวจฮีมาโตคริต เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นได้อย่างทันท่วงที และมีคุณภาพในการให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กสูงสุด ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดปัญหาการมีพัฒนาการล่าช้าและการเรียนรู้ในเด็กวัยเรียน ต่อไป

**คำสำคัญ:** พัฒนาการเด็ก; พัฒนาการสงสัยล่าช้า; พัฒนาการล่าช้า; เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

## บทนำ

เด็กเป็นวัยที่สำคัญที่สุดในการสร้างรากฐานชีวิตจิตใจของมนุษย์ ส่งผลต่อการเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประเทศชาติสู่ความก้าวหน้าในอนาคต<sup>(1)</sup> จากการใช้ศาสตร์ต่างๆ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสมองและพัฒนาการของเด็กแต่ละช่วงวัย พบว่า โอกาสแห่งการเรียนรู้และอัตราการเรียนรู้สูงสุดอยู่ในช่วงวัยเด็ก<sup>(2)</sup> ในอดีตที่ผ่านมาการดูแลเด็กมักให้ความสำคัญกับการเจริญเติบโตด้วยวิธีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง และปล่อยให้พัฒนาการเกิดขึ้นตามวัย ต่อมาจากองค์ความรู้และวิทยาการใหม่ๆ ส่งผลให้มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ทั้งในกลุ่มเด็กปกติและเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ<sup>(3)</sup> สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กมีทั้งด้านพันธุกรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับเขาว์ปัญญาโดยรวมประมาณร้อยละ 50.00<sup>(4)</sup> และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก<sup>(1)</sup> เช่น ในกรณีที่เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้า รวมถึงพัฒนาการทางภาษา สติปัญญา การเคลื่อนไหว และสังคม<sup>(5)</sup> ปัจจุบันประเทศไทยต้องแบกรับภาระจัดสรรงบประมาณในการดูแลช่วยเหลือ และส่งเสริมให้เด็กที่มีความผิดปกติ และประคับประคองให้เด็กและครอบครัวเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>(6)</sup> อย่างไรก็ตามหากเด็กได้รับการวินิจฉัยและช่วยเหลือที่เหมาะสม ในระยะเริ่มต้นจะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการได้ตามปกติ ลดภาระของครอบครัวและสังคมได้

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการผิดปกติสูงถึงร้อยละ 15.00 – 20.00<sup>(7)</sup> สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550 และ 2553 พบว่า เด็กปฐมวัยมีแนวโน้มพัฒนาการไม่สมวัยเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 28.30, 28.00, 32.33 และ 29.71 ตามลำดับ)<sup>(8)</sup> ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 ศูนย์อนามัยที่ 3 ได้ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย พบว่า เด็กปฐมวัยไทยประมาณ 1 ใน 4 มีพัฒนาการสงสัย

ล่าช้า (ร้อยละ 27.20) โดยมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุดประมาณ 1 ใน 5 (ร้อยละ 19.70)<sup>(9)</sup> ซึ่งพัฒนาการด้านภาษามีความสัมพันธ์กับความสามารถทางสติปัญญา<sup>(10)</sup> นอกจากนี้จากรายงานการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 42 เดือน ในเขตบริการสุขภาพที่ 12 ภาคใต้ตอนล่าง พบว่า เด็กประมาณ 1 ใน 3 มีพัฒนาการไม่สมวัย (ร้อยละ 30.80) ซึ่งสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ<sup>(11)</sup>

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กและสตรี โดยเน้นการสร้างเด็กฉลาดทางปัญญาและอารมณ์ ด้วยการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสมจากพ่อแม่และผู้ปกครอง ผ่านกระบวนการกิน กอด เล่น เล่า โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในกรณีที่พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และพัฒนาการล่าช้า เด็กเหล่านั้นจะได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขอย่างเร่งด่วน<sup>(12)</sup> จากการสำรวจระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient: IQ) ของเด็กไทยในระดับประเทศ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โดยเฉลี่ยเด็กไทยมีค่าคะแนนระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 98.59)<sup>(13)</sup> จากสถานการณ์ในปัจจุบันเด็กไทยมีพัฒนาการไม่เป็นไปตามศักยภาพที่ควรจะเป็น ทำให้ประเทศไทยอาจสูญเสียโอกาสในการพัฒนาประเทศชาติในอนาคต จากปัญหาดังกล่าวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง โดยโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงได้เร่งรัดและดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ ซึ่งมีความครอบคลุมของการคัดกรองสูงถึงร้อยละ 94.50<sup>(14)</sup>

จากปัญหาดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดพัทลุง เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม จังหวัดพัทลุง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาการเด็กภายใต้ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ นอกจากนี้ยังมีขนาดจำนวนประชากรขนาดใหญ่ ส่งผลให้การศึกษาที่มีความถูกต้องแม่นยำสูง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน

การเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้า หรือพัฒนาการที่ผิดปกติในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเพื่อเป็นการกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ต่อไป

### วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการติดตามชนิดย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากชุดฐานข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม จังหวัดพัทลุง ประชากรที่ศึกษา คือ เด็กที่คลอดระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2553 และได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็ก โดยบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้การควบคุมกำกับโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2558 จำนวน 1,182 คน และทำการติดตามจนเด็กอายุครบ 5 ปี การศึกษาครั้งนี้ทำการคัดเด็กออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ในกรณีที่เด็กไม่มีผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการและไม่มีกรบันทึกในระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากชุดฐานข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม จังหวัดพัทลุง นำข้อมูลประมวลผลและส่งออกเพื่อการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม MySQL Version 5.1.69 และ MS-Excel โดยมีแฟ้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1) แฟ้ม PERSON (ข้อมูลเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ สมรส และระดับการศึกษา)
- 2) แฟ้ม NEWBORN (ข้อมูลวิธีการคลอด น้ำหนัก ทารกแรกคลอด ภาวะการขาดออกซิเจน การได้รับวิตามินเค และอาหารของทารกที่รับประทาน)
- 3) แฟ้ม ANC (ข้อมูลลำดับการตั้งครรภ์ และผลการตรวจครรภ์)
- 4) แฟ้ม PRENATAL (ข้อมูลการตรวจระดับฮีมาโตคริต และผลการตรวจธาลัสซีเมีย)
- 5) แฟ้ม NUTRITION (ข้อมูลระดับพัฒนาการเด็ก)

นิยามตัวแปรในการศึกษา

- การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ หมายถึง การได้รับบริการการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงตามชุดสิทธิประโยชน์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ
- ผลการตรวจธาลัสซีเมีย หมายถึง ผลจากการตรวจ Hemoglobin typing ที่วินิจฉัยว่าเป็นพาหะและเป็นโรคธาลัสซีเมีย
- ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หมายถึง ภาวะที่ทารกมีค่าคะแนนแอปการ์ (APGAR score) ที่ 1 นานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7
- การกินนมแม่อย่างเดียว หมายถึง การที่ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือนแรก
- ผลการตรวจขณะรับบริการฝากครรภ์ผิดปกติ หมายถึง ความผิดปกติทางสูติกรรม เช่น การมีเลือดออกระหว่างการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ทารกตายในครรภ์ ผลตรวจเลือกผิดปกติ เช่น VDRL ให้ผล Reactive Anti HIV ให้ผลบวกหรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคทางด้านเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา จากวัตถุประสงค์การวิจัยดังกล่าว ตัวแปรตาม คือ ระดับพัฒนาการเด็ก ซึ่งกำหนดให้มีสเกลการวัดเป็นแบบแฉกนับ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) พัฒนาการปกติ คือ ผลการประเมินที่เด็กสามารถปฏิบัติตามแบบคัดกรองในแต่ละช่วงวัยของเด็กได้ผ่านทุกข้อ
- 2) พัฒนาการสงสัยล่าช้า คือ ผลการประเมินที่เด็กไม่สามารถปฏิบัติตามแบบคัดกรองในแต่ละช่วงวัยของเด็กได้ข้อใดข้อหนึ่งหรือทำไม่ได้ทุกข้อ
- 3) พัฒนาการล่าช้า คือ เด็กกลุ่มที่มีผลการประเมินพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยมีการติดตามและประเมินผลซ้ำภายใน 1 เดือน

สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) กำหนดตัวแปรตามเป็นชนิดแฉงนับ (dichotomous outcome) โดยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กำหนดให้เป็นกลุ่มอ้างอิง (reference group) และกลุ่มที่ทำการศึกษาคือ กลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และพัฒนาการล่าช้า วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและทำการวิเคราะห์อย่างหยาบเบื้องต้นที่ละเอียด (crude analysis) และพิจารณาปัจจัยเข้าสมการโดยพิจารณาจากตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 และนำตัวแปรวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (multiple logistic regression analysis) นำตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี backward elimination และตัวแปรใดที่ให้ค่า p-value มากกว่า 0.05 ให้นำออกจากสมการ นำเสนอด้วยค่า Odds ratio (OR) ค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95 percent confident interval; 95%CI) การแปลผลค่า OR โดยพิจารณาจากการมีค่า OR มากกว่า 1 ในกรณีปัจจัยเหล่านั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้า และในกรณีปัจจัยที่มีค่า OR น้อยกว่า 1 เป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการมีพัฒนาการสมวัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ (เลขที่ E062/2559 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559)

### ผลการศึกษา

ลักษณะทางประชากรของมารดาบิดาและทารกพบว่า มารดาและบิดามีอายุเฉลี่ย 27.51 ปี (S.D.=6.49) และ 30.53 ปี (S.D.=7.19) ตามลำดับ สำหรับการศึกษามารดา พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า (ร้อยละ 70.72) มารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ค้าขาย/รับจ้าง (ร้อยละ 78.66) การดูแลขณะตั้งครรภ์ พบว่า มารดาส่วนใหญ่

ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ 91.37) มารดาส่วนใหญ่คลอดบุตรด้วยวิธีการคลอดปกติ (ร้อยละ 83.93) ประมาณ 1 ใน 5 มีผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 18.65) และผลการตรวจธาตุซีเซียมผิดปกติ (ร้อยละ 2.12) ประมาณ 3 ใน 4 มีการคลอดในลำดับที่ 1 (ร้อยละ 37.56) และลำดับที่ 2 (ร้อยละ 37.56) ส่วนข้อมูลของเด็กทารก พบว่า ประมาณ 1 ใน 2 เป็นทารกเพศชาย (ร้อยละ 50.76) มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 7.58 และมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 3,078 กรัม (SD=435) มีภาวะขาดออกซิเจนร้อยละ 1.35 ประมาณ 1 ใน 5 ไม่ได้รับวิตามินเค (ร้อยละ 18.44) เด็กทารกส่วนใหญ่กินนมแม่เพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 99.03)

สำหรับการวิเคราะห์อย่างหยาบต่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ผลการตรวจขณะฝากครรภ์ ผลการตรวจฮีมาโตคริต ผลการตรวจธาตุซีเซียม และสถานภาพการสมรสของมารดา มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่มีผลการตรวจขณะฝากครรภ์ผิดปกติมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีผลการตรวจขณะฝากครรภ์ปกติ ซึ่งมีพัฒนาการสมวัย (OR=0.36, 95%CI: 0.17 ถึง 0.78) ส่วนมารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตผิดปกติมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตปกติ (OR=0.42, 95%CI: 0.21 ถึง 0.83) สำหรับมารดาที่มีผลการตรวจธาตุซีเซียมผิดปกติมีความเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้า ประมาณ 8 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีผลการตรวจธาตุซีเซียมปกติ (OR=8.22, 95%CI: 3.51 ถึง 19.27) และมารดาที่มีสถานภาพโสด/ม่าย/หย่า/แยก มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีสถานภาพคู่ (OR=0.39, 95%CI: 0.23 ถึง 0.69) อย่างไรก็ตาม อายุของมารดาและบิดา ระดับการศึกษาของมารดา อาชีพของมารดา การรับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ วิธีการคลอด ลำดับที่ของครรภ์ เพศของทารก



**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพัทลุง**

น้ำหนักแรกคลอดของทารก ภาวะขาดออกซิเจน (Asphyxia) การได้รับวิตามินเค และการกินนมแม่ไม่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปรสำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ผลการตรวจฮีมาโตคริต ผลการตรวจธาตุซีเซียม และสถานภาพการสมรสของมารดามีความ

**ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี**

ปัจจัย	จำนวน	OR	95%CI	p-value
อายุของมารดา (n=1,181)				0.113
มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	993	Ref.		
น้อยกว่า 20 ปี	188	0.63	0.35 - 1.12	
อายุของบิดา (n=938)				0.785
มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	868	Ref.		
น้อยกว่า 20 ปี	70	0.89	0.40 - 2.01	
ระดับการศึกษาของมารดา (n=1,161)				0.234
มัธยมศึกษาและต่ำกว่า	815	Ref.		
อนุปริญญาขึ้นไป	224	0.69	0.41 - 1.16	
ไม่ระบุ	122	0.69	0.37 - 1.29	
อาชีพของมารดา (n=1,181)				0.944
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	35	Ref.		
เกษตรกร/ค้าขาย/รับจ้าง	929	0.95	0.33 - 2.73	
แม่บ้าน, ไม่มีงานทำ	217	0.87	0.28 - 2.71	
การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (n=1,182)				0.748
ครบตามเกณฑ์	102	Ref.		
ไม่ครบตามเกณฑ์	1,080	1.12	0.57 - 2.21	
วิธีการคลอด (n=1,182)				0.104
ปกติ	992	Ref.		
ผิปกติ	190	0.62	0.35 - 1.10	
ผลการตรวจขณะฝากครรภ์ (n=1,182)				0.026
ปกติ	440	Ref.		
ผิปกติ	173	0.36	0.17 - 0.78	
ไม่ทราบ	569	1.00	0.68 - 1.47	
ผลการตรวจฮีมาโตคริต (n=488)				0.013
ปกติ	397	Ref.		
ผิปกติ (< 33%)	91	0.42	0.21 - 0.83	
ผลการตรวจธาตุซีเซียม (n=1,182)				<0.001
ปกติ	450	Ref.		
ผิปกติ	25	8.22	3.51 - 19.27	
ไม่ทราบ	707	0.21	0.14 - 0.33	

Factors Associated with Child Development among Children Aged under 5 Years in Phatthalung Province

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	OR	95%CI	p-value
ลำดับที่ของครรภ์ (n=1,182)				0.194
ครรภ์ที่ 1	444	Ref.		
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	738	1.30	0.88 - 1.92	
เพศ (n=1,182)				0.930
ชาย	600	Ref.		
หญิง	582	1.02	0.70 - 1.47	
น้ำหนักแรกคลอดของทารก (n=1,068)				0.147
ปกติ (2,500 กรัม)	987	Ref.		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 2,500 กรัม)	81	0.50	0.20 - 1.27	
ภาวะขาดออกซิเจน (Asphyxia) (n=1,182)				0.565
ปกติ	1,166	Ref.		
ผิดปกติ	16	0.55	0.07 - 4.20	
การได้รับวิตามินเค (n=1,182)				0.730
ได้รับ	964	Ref.		
ไม่ได้รับ	218	0.92	0.57 - 1.49	
การกินนมแม่ (n=1,031)				0.885
นมแม่อย่างเดียว	1,021	Ref.		
นมแม่และน้ำ/นมผสม	10	0.86	0.11 - 6.84	
สถานภาพการสมรส (n=1,182)				<0.001
คู่	782	Ref.		
โสด/ม่าย/หย่า/แยก	250	0.39	0.23 - 0.69	
ไม่ทราบ	150	0.13	0.04 - 0.40	

สัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตผิดปกติมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเมื่อเทียบกับมารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตปกติ (OR=0.43, 95%CI: 0.21 ถึง 0.89) ส่วนมารดาที่มีผลการตรวจธาลัสซีเมียผิดปกติมีความเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 6 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีผลการตรวจธาลัสซีเมียปกติ (OR=5.60, 95%CI: 2.32 ถึง 13.52) และมารดาที่มีสถานภาพโสด/ม่าย/หย่า/แยก มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเมื่อเทียบกับมารดาที่สถานภาพคู่ (OR=0.29, 95%CI: 0.14 ถึง 0.60) ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาระดับทุติยภูมิของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (hospital-based secondary data) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ซึ่งมีกระบวนการบันทึกข้อมูลที่ต้องและความแม่นยำสูง เนื่องจากระบบการบันทึกข้อมูลทางสุขภาพเป็นการบันทึกโดยบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมในการบันทึกและการตรวจสอบข้อมูลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ การศึกษาครั้งนี้ให้ผลการศึกษาที่มีความแม่นยำสูง (precision) เนื่องจากมีหน่วยในการวิเคราะห์ (unit of analysis) จำนวนมาก และให้ค่าร้อยละของช่วงความเชื่อมั่น (95

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพัทลุง

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ห้พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ปัจจัย	OR Crude	OR Adjusted	95% CI	p-value
ผลการตรวจฮีมาโตคริต				0.023
ปกติ	Ref.	Ref.		
ผิดปกติ (<33%)	0.42	0.43	0.21 - 0.89	
ผลการตรวจธาลัสซีเมีย				0.001
ปกติ	Ref.	Ref.		
ผิดปกติ	8.22	5.60	2.32 - 13.52	
ไม่ทราบ	0.21	1.08	0.38 - 3.12	
สถานภาพการสมรส				<0.001
คู่	Ref.	Ref.		
โสด/ม่าย/หย่า/แยก	0.39	0.29	0.14 - 0.60	
ไม่ทราบ	0.13	0.07	0.01 - 0.52	
ระดับการศึกษาของมารดา				0.149
มัธยมศึกษาและต่ำกว่า	Ref.	Ref.		
อนุปริญญาขึ้นไป	0.69	0.50	0.24 - 1.02	
ไม่ทราบ	0.69	0.77	0.36 - 1.64	
ลำดับที่ของครรภ์				0.958
ครรภ์ที่ 1	Ref.	Ref.		
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	1.30	0.99	0.59 - 1.66	

percent confident interval) ที่แคบมาก อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ คือ ไม่สามารถศึกษาตัวแปรบางตัวที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาการของเด็กได้ เนื่องจากไม่ได้ถูกวางแผนในการเก็บข้อมูลล่วงหน้า

โดยสรุปจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดพัทลุง พบว่า ผลการตรวจฮีมาโตคริต ผลการตรวจธาลัสซีเมีย และสถานภาพการสมรสของมารดามีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตผิดปกติและมารดาที่มีสถานภาพโสด/ม่าย/หย่า/แยก มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากขึ้น ในส่วนของมารดาที่มีผลการตรวจธาลัสซีเมียผิดปกติมีโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะมีการล่าช้า

เมื่อพิจารณาผลการตรวจฮีมาโตคริต พบว่า ผลการตรวจฮีมาโตคริตมีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตผิดปกติมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากขึ้น อาจเนื่องมาจากกระบวนการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่นำมาใช้ในประเทศไทย<sup>(15)</sup> โดยพัฒนาระบบฝากครรภ์คุณภาพและคลินิกเด็กดีคุณภาพ ซึ่งให้บริการหญิงตั้งครรภ์เป็นจำนวน 5 ครั้งตามเกณฑ์ และการฝากครรภ์ครั้งแรกควรทำในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยในการให้บริการครั้งแรกจะใช้แบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (classifying form) เพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ หนึ่งในกระบวนการคัดกรองดังกล่าว เป็นการ

ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีผลการตรวจฮีมาโตคริตครั้งแรกผิดปกติหรือมีภาวะโลหิตจาง จะมีการจัดการระบบส่งต่อพบแพทย์ให้การรักษาเพิ่มเติม มีการตรวจฮีมาโตคริตซ้ำเพื่อติดตามผลการรักษา นอกเหนือจากการให้บริการแบบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพในกลุ่มมารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตปกติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มมารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตครั้งแรกผิดปกติ จะได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ การได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวจากการให้สุขศึกษาและการได้รับยาเสริมธาตุเหล็กมากขึ้น เพื่อดูแลทารกในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตครั้งแรกผิดปกติมีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ามารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตปกติ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้นำผลการตรวจฮีมาโตคริตซ้ำในครั้งถัดไปมาพิจารณาจึงไม่สามารถทราบผลการตรวจฮีมาโตคริตหลังจากที่มารดาที่มีผลการตรวจฮีมาโตคริตครั้งแรกผิดปกติได้รับการรักษาเพิ่มเติมได้ เนื่องจากระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้มมีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Zemel SB, et al.<sup>(16)</sup> โดยศึกษาผลกระทบของพัฒนาการล่าช้า ภาวะโภชนาการ และความรุนแรงของโรค การเจริญเติบโตในเด็กที่ป่วยด้วยโรค Sick Cell ซึ่งเป็นการศึกษาแบบระยะยาว (longitudinal Study) ในกลุ่มตัวอย่าง 148 คน พบว่า ผลการตรวจฮีมาโตคริตมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการล่าช้าของเด็ก ( $p=0.01$ ) แต่สัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับการศึกษานี้

สำหรับผลการตรวจธาตุซีมีเยมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่มีผลการตรวจธาตุซีมีเยผิดปกติมีความเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้า อาจเนื่องจากธาตุซีมีเยเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหน่วยพันธุกรรมหรือยีนในการสร้างเม็ดเลือดแดง<sup>(17)</sup> ทำให้เม็ดเลือดแดงเปราะแตกง่าย ซึ่งเป็นได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย อาจเกิดจากบิดาหรือมารดาที่มียีนแฝงของโรคเลือดจางธาตุซีมีเย

ผู้ที่มียีนแฝงอาจมีร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี เหมือนบุคคลทั่วไปไม่สามารถสังเกตได้จากภายนอก ต้องพิจารณาจากผลการตรวจเลือด ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์และสามีต้องได้รับการตรวจคัดกรองพาหะธาตุซีมีเยตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีผลการตรวจธาตุซีมีเยผิดปกติ<sup>(18)</sup> มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคธาตุซีมีเย จะมีภาวะซีดส่งผลต่อการพัฒนาทางด้านการเจริญเติบโต สถิติปัญญา และพฤติกรรมของเด็กในระยะยาว ทำให้เด็กมีความผิดปกติของพัฒนาการ การศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของสุนัย-อนามัยที่ 5 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>(19)</sup> พบว่า ผลการตรวจธาตุซีมีเยที่ผิดปกติทำให้เด็กเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าเมื่อเติบโตขึ้น และการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิดา ไชยชนะ และพนมพร พุ่มจันทร์<sup>(20)</sup> ซึ่งศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาตุซีมีเยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กรณีศึกษาผู้ป่วยชมรมโรคโลหิตจางธาตุซีมีเยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาตุซีมีเยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 8 ราย พบว่าโรคโลหิตจางธาตุซีมีเยส่งผลกระทบต่อในด้านร่างกาย คือพัฒนาการทางร่างกายของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามวัย

นอกจากนี้ สถานภาพการสมรสของมารดาที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่มีสถานภาพโสด/ม่าย/หย่า/แยก มีโอกาสที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากมารดาที่มีสถานภาพโสด/ม่าย/หย่า/แยก จะเลี้ยงดูเอาใจใส่ลูกมากกว่าปกติ เพื่อเติมเต็มสถานภาพของครอบครัวให้ลูกได้รับความอบอุ่น ไม่รู้สึกถึงความไม่พร้อมของครอบครัว ส่งเสริมให้ลูกเจริญเติบโตโดยมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะเรียนรู้สิ่งต่างๆ เพื่อการมีพัฒนาการที่สมวัยตามช่วงวัยของเด็ก และอีกเหตุผลที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่จังหวัดพัทลุง วัฒนธรรมในการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวที่มีมารดาสถานภาพโสด/ม่าย/หย่า/แยก จะมีผู้ดูแลเด็กเป็นผู้-

ปกครอง (ปู่ ย่า ตา ยาย) ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กร่วมอยู่ด้วย สามารถให้การเลี้ยงดูเด็กให้เจริญเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพ ประกอบกับมีเวลาในการเอาใจใส่ดูแลเด็กเสริมสร้างพัฒนาการของเด็กโดยใช้กระบวนการตามวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในจังหวัดพัทลุง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Walker SP. et al.<sup>(21)</sup> ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของพัฒนาการเด็กในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การเลี้ยงดู วิถีชีวิตตามบริบท เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการสมวัยของเด็ก แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ แตกต่างกับการศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพรักษ์ และคณะ<sup>(3)</sup> ที่ศึกษาพัฒนาการของเด็กปฐมวัยด้านการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง และการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่เป้าหมายที่ศึกษา 8 ตำบลใน 4 จังหวัด เขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5 ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี ในกลุ่มเด็กปฐมวัยอายุแรกเกิดถึง 5 ปี จำนวน 1,600 คน พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยของเด็ก ( $p=0.05$ ) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เอกปรัชญา, ศรีนยา พงศ์พันธุ์ และโสภาวดี แส่นศิริวงศ์<sup>(22)</sup> ที่ศึกษาพัฒนาการของเด็กอายุ 1-3 ปี ในจังหวัดแพร่ โดยใช้แบบประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็ก DSI ของกรมสุขภาพจิต พบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการสมวัยของเด็ก ( $p=0.05$ )

จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้บริหารองค์กรควรให้ความสำคัญในงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และวัยเด็ก เช่น คลินิกฝากครรภ์ คลินิกเด็กดี เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของการเจริญเติบโต ที่จะส่งผลกระทบต่อเนื่องในระยะยาว สำหรับแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความสำคัญในกระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะการตรวจธาตุซีซีเมีย การตรวจฮีมาโตคริต เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นได้อย่างทันทั่วทั้ง ที่มีผลกระทบต่อเด็กน้อยที่สุด มีคุณภาพในการให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กสูงสุด และการให้ความสำคัญของการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล

มาตรฐาน 43 เพิ่ม ให้ครอบคลุมเพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าให้มีพัฒนาการที่สมวัย ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ชุดข้อมูลจากฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐาน 43 เพิ่ม จังหวัดพัทลุง และการสนับสนุนอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือ ตลอดจนการบันทึกข้อมูลเป็นนอย่างดีจากบุคลากรในสังกัดฯ

### เอกสารอ้างอิง

1. สุธรรม นันทมงคลชัย, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, ดวงพร แก้วศิริ. ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ 4 จังหวัดของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2547;2(1):3-10.
2. ศศิธรา พิชัยชาญณรงค์. แนวทางการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ; 2556.
3. สกาวรัตน์ เทพรักษ์, ภัสสร มุกดาเกษม, จรรยา สีนุช, จารุณี จตุพรเพิ่ม. การศึกษาปัจจัยด้านการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 4 และ 5. ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 4 กรมอนามัย; 2557.
4. Plomin R, Craig L. Human behavioural genetics of cognitive abilities and disabilities. Bioessays 1997;19(12): 1117-24.
5. อาริรัตน์ ขำอยู่, มณีรัตน์ ภาคอุป, จินตนา วัชรสินธุ์, นุจรี เนตรทิพย์, วรณี เดียววิเศษ. พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กรมการพัฒนาชุมชน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2545;10(3):1-12.
6. กาญจนา คุณรังสีสมบูรณ์. คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กพัฒนาการล่าช้า. เชียงใหม่: สถาบันพัฒนาการเด็กราช-นครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2554.
7. World Health Organization. Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income coun-

- tries: a review. Child and adolescent health and development. Telaviv: Ankara Country Office and CEECIS Regional Office; 2012.
8. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี 2553. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
  9. พนิต โล่เสถียรกิจ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
  10. ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กไทย ประจำปีงบประมาณ 2557. ชลบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย; 2557.
  11. สำนักตรวจและประเมินผลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์พัฒนาการเด็กไทย ประจำปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพมหานคร: ทีเอสอินเตอร์พรีนซ์; 2558.
  12. ชลน่าน ศรีแก้ว. นโยบายยกระดับคุณภาพสตรีและเด็ก กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 28 ส.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: [https://www.moph.go.th/document/581015moph\\_policy\\_hm.pdf](https://www.moph.go.th/document/581015moph_policy_hm.pdf)
  13. กรมสุขภาพจิต. รายงานการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย 2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2555.
  14. คณะทำงานประเมินคุณภาพระบบข้อมูล 43 แฟ้ม เขตสุขภาพที่ 12. ผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 28 ส.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: [http://203.157.229.33/archives/Files/general\\_doc/saroop2\\_2559.pdf](http://203.157.229.33/archives/Files/general_doc/saroop2_2559.pdf)
  15. ภิเศก ลุ่มพิกานนท์, ณรงค์ วินัยกุล, โฉมพิลาศ จงสมชัย. คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2555.
  16. Zemel SB, Kawcak AD, Ohene-Frempong K, Schall IJ, Stallings AV. Effects of delayed pubertal development, nutritional status, and disease severity on longitudinal patterns of growth failure in children with sickle cell disease. *Pediatric Research* 2007;61(5 Pt 1):607-13.
  17. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. Thalassemia in pregnancy: problem and solving. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2555;29(2):133-50.
  18. จุรีรัตน์ ลลิตอุไร. ภัยเงียบจากการขาดธาตุเหล็กที่ผู้ปกครองควรรู้ใจ. R&D Newsletter GPO 2559;23(1):2-3.
  19. ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2558 ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา. นครราชสีมา: อินดี้-อาร์ต; 2558.
  20. สุทธิดา ไชยชนะ, พนมพร พุ่มจันทร์. ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กรณีศึกษาผู้ป่วย ชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารบัณฑิตศึกษา 2558;9(3):58-70.
  21. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Child development: risk factor for adverse outcome in developing countries. *Lancet* 2007;369(9556):145-57.
  22. กาญจนา เอกปัทมาชัย, ศรีนยา พงศ์พันธุ์, โสภาวดี แสนศิริวงศ์. ภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กอายุ 1-3 ปี จังหวัดแพร่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2552;18(1):71-6.

**Abstract: Factors Associated with Child Development among Children Aged under 5 Years in Phatthalung Province**

**Nuengruetai Kue-iad, B.Sc. (Public Health)\*; Jirapong Sangthong, M.Sc. (Management of Information Technology)\*\*; Bhunyabhadh Chaimay, Ph.D.(Public Health)\*\*\*; Somkiattityos Woradet, Ph.D. (Public Health)\*\*\***

*\* Klongkud Primary Care Unit, Muang District, Satun Province; \*\* Public Health Strategic and Developmental Department, Phatthalung Provincial Health Office, Phatthalung Province; \*\*\* Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Thailand*

*Journal of Health Science 2020;29:115-25.*

This retrospective cohort study was to investigate factors associated with child development among children aged under 5 years in Phatthalung province. The population of the study were children born between 1 January and 31 December 2010. Totally, 1,182 children were followed-up and their development was recorded until 31 December 2515. The outcome of this study was child development classified into 3 groups as (1) normal, (2) suspected-developmental delay and (3) developmental delay. Multiple logistic regression analysis was performed to investigate factors associated with child development among children. Results revealed that hematocrit, thalassemia, and marital status were statistically significantly associated with child development among children. Mothers who had an abnormality hematocrit were more likely to have a normal child development, compared to those who had normal hematocrit (OR=0.43, 95%CI: 0.21 to 0.89). In addition, mothers who had an abnormality of thalassemia were more 6 times likely to have a developmental delayed, compared to those who had normality of thalassemia (OR=5.60, 95%CI: 2.32 to 13.52). As well, mothers who were single/divorced/separated were more likely to have a normal child development, compared to those who were married (OR=0.29, 95%CI: 0.14 to 0.60). Results suggested that health professional should pay high attention on laboratory investigation, particularly on the results of hematocrit and thalassemia diagnosis in order to provide intensive care in cases with abnormality findings. In addition, a quality of maternal and child health care services should be provided in order to reduce child developmental delayed and learning disability in the further.

**Keywords:** child development; suspected delayed-development; delayed development; children under 5 years

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน: กรณีศึกษาในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

ศิริรัตน์ ศรีรักษา ภ.ม.

กฤษฎา น้อยผา ปร.ด.

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

วันรับ: 24 ม.ก. 2562

วันแก้ไข: 18 ต.ค. 2562

วันตอบรับ: 26 ต.ค. 2562

**บทคัดย่อ** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (analytical cross-sectional research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน: กรณีศึกษาในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงหลังคลอด จำนวน 106 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดเท่ากับ 0.8 ความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้าน เท่ากับ 0.7 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เท่ากับ 0.8 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (multiple logistic regression) ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 77.4 ได้รับคำแนะนำเมื่อมาฝากครรภ์ ร้อยละ 85.8 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.7 ได้รับคำแนะนำหลังคลอด ร้อยละ 84.9 เคยคิดอยู่ไฟหลังคลอด ร้อยละ 63.2 เลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 65.1 ไม่ทำหมัน ร้อยละ 69.8 พฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม ร้อยละ 50.0 และไม่เหมาะสม ร้อยละ 50.0 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ การทำหมัน (OR=0.22, p=0.005, 95%CI: 0.08-0.64) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว (OR=3.86, p=0.006, 95%CI: 1.46-10.19) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข (OR=9.60, p=0.001, 95%CI: 2.45-37.69) ดังนั้นหน่วยงานทางสาธารณสุขควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมทั้งตัวของหญิงหลังคลอด สามีและญาติ และคลินิกให้คำปรึกษา ความรู้ ความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้านให้กับหญิงหลังคลอดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของหญิงหลังคลอดต่อไป

**คำสำคัญ:** หญิงหลังคลอด, การแพทย์พื้นบ้าน, แรงสนับสนุนทางสังคม

## บทนำ

การดูแลตนเองในระยะหลังคลอดเป็นความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการอย่างหนึ่ง เนื่องจากหญิงหลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ

อารมณ์ และสังคม<sup>(1,2)</sup> หญิงหลังคลอดต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและเลี้ยงดูทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการดูแลตนเองในระยะหลังคลอดจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญ



และต้องมีการกระทำที่ถูกต้องจึงจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งการดูแลตนเองนี้เป็นรากฐานของการพึ่งพาตนเอง เป็นสิ่งที่มีการปฏิบัติภายใต้อิทธิพลของสังคม วัฒนธรรม และประสบการณ์<sup>(3-5)</sup>

การแพทย์พื้นบ้านถือได้ว่าเป็นภูมิปัญญาอย่างหนึ่งของคนไทยที่ได้ยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมาหลายยุคหลายสมัย โดยเฉพาะในสังคมชนบทในการดูแลหญิงหลังคลอด ซึ่งมีหลากหลายวิธี การอยู่กรรม (การอยู่ไฟ) การอาบน้ำสมุนไพร ร่วมพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น การฝังรก การรับขวัญเด็ก การปราบผีรายผีป่า รวมถึงการใช้สมุนไพรหลายชนิดทั้งสมุนไพรเดี่ยวและสมุนไพรตำรับเพื่อทำความสะอาดร่างกายขณะอยู่ไฟ ชับน้ำควาปลา ช่วยให้มีตลูกเข้าอู่ บำรุงน้ำนม บำรุงเลือด<sup>(6)</sup> และถือได้ว่าเป็นลักษณะเด่นของการแพทย์พื้นบ้านที่มีลักษณะการดูแลเป็นแบบองค์รวมที่มีได้แยกบุคคลออกจากครอบครัว<sup>(7,8)</sup> นอกจากนี้ในกิจกรรมการดูแลหญิงหลังคลอดแบบการแพทย์พื้นบ้านจะมีผลดีต่อสุขภาพมารดาแล้ว ยังทำให้เกิดสายสัมพันธ์ความแน่นแฟ้นในระดับครอบครัวและชุมชน<sup>(9,10)</sup> แต่อย่างไรก็ตามการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดแบบพื้นบ้านของคนไทยนั้นมีแนวโน้มที่จะสูญหายไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิงหลังคลอดบางส่วนไม่ได้ดูแลตนเองด้วยการแพทย์พื้นบ้าน<sup>(11)</sup> ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด ทศนคติต่อการดูแลตนเองหลังคลอด การยอมรับบทบาทการเป็นมารดา การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข และความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้าน<sup>(12,13)</sup> ซึ่งจะมีความแตกต่างตามลักษณะของวิถีชีวิตและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่

จังหวัดพัทลุงถือได้ว่าเป็นจังหวัดที่มีความอุดมสมบูรณ์และมีวัฒนธรรมพื้นบ้านที่สืบเนื่องกันมาอย่างยาวนาน ซึ่งในอำเภอป่าพะยอมมีหมอพื้นบ้านมากกว่า 36 คน ในจำนวนนี้เป็นหมอพื้นบ้านด้านการนวด ร้อยละ

50.0 รองลงมาด้านพิธีกรรม ร้อยละ 19.5 ด้านสมุนไพร ร้อยละ 13.9 ด้านกระดูกหัก ร้อยละ 5.6 ด้านการรักษาพิษ ร้อยละ 5.6 ด้านผดุงครรภ์ ร้อยละ 2.8 อายุโดยเฉลี่ย 66 ปี มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี<sup>(14)</sup> ประกอบกับการลงพื้นที่บริบาลมารดาหลังคลอดด้วยการผดุงครรภ์แผนไทย พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ไฟหลังคลอด โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ ทั้งนี้เนื่องจากมารดาเหล่านั้นไม่ทราบวิธีการที่ชัดเจนว่าในการปฏิบัติตนว่าต้องทำอะไร อย่างไร เพราะเหตุใดจึงต้องทำอย่างนั้น จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้านในชุมชนอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด ความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และจากบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองหลังคลอด เช่น อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การพักอาศัยร่วมกับสามี ลำดับการตั้งครรภ์ และลักษณะของครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับการแพทย์แผนไทย ได้นำไปสนับสนุนการส่งเสริม และป้องกันในด้านการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในเชิงนโยบายเพื่อให้สถานพยาบาลของรัฐมีการส่งเสริมนโยบายเรื่องการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional) เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน: กรณีศึกษาในอำเภอ ป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงมีนาคม 2560

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ หญิงหลังคลอดในระยะ 1-3 เดือนแรกหลังคลอด ในชุมชนอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 106 คน เก็บรวบรวม

ข้อมูลเดือนมีนาคม 2560 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Lemeshow S และ Hosmer DW<sup>(15)</sup> จำนวน 106 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงหลังคลอด จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การพักอาศัยร่วมกับสามี สถานที่ฝากครรภ์ การได้รับคำแนะนำเมื่อมาฝากครรภ์ อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ การได้รับคำแนะนำหลังคลอด การบริบาลหญิงหลังคลอด นมที่ใช้สำหรับเลี้ยงดูบุตร และการทำหมัน

2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงหลังคลอด จำนวน 26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น ใช่ และไม่ใช่

3) ความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้าน จำนวน 15 ข้อ

4) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว จำนวน 15 ข้อ

5) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 14 ข้อ

6) การดูแลตนเองของหญิงหลังคลอด จำนวน 42 ข้อ

ในส่วนที่ 3-6 ลักษณะคำถามเป็น rating 5 ระดับ แบ่งคะแนนโดยใช้เกณฑ์การประเมินของเบทส์<sup>(16)</sup> โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยระดับของการวัด “เหมาะสม” มีคะแนนระหว่าง 155-210 “ไม่เหมาะสม” มีคะแนนระหว่าง 42-154

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาได้ ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.8 และทดสอบความเชื่อมั่นกับหญิงหลังคลอด 30 ราย จากอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงหลังคลอดเท่ากับ 0.81 ความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้านเท่ากับ 0.79 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวเท่ากับ 0.85 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขเท่ากับ 0.90 และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดเท่ากับ 0.80

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงหลังคลอด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงหลังคลอด โดยใช้สถิติการถดถอยแบบลอจิสติก (multiple logistic regression)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ E 001/2560 วันที่ 15 มีนาคม 2560

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา พบว่า หญิงหลังคลอดส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 77.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 31.1 ส่วนมากเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 43.3 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 68.9 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 59.4 มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 52.8 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-6 คน ร้อยละ 30.3 พักอาศัยอยู่ร่วมกับสามีเป็นประจำ ร้อยละ 82.1 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 77.4 ได้รับคำแนะนำเมื่อมาฝากครรภ์ ร้อยละ 85.8 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.7 ได้รับคำแนะนำหลังคลอด ร้อยละ 84.9 เคยคิดอยู่ไฟหลังคลอด ร้อยละ 63.2 เลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 65.1 และทำหมันแล้ว ร้อยละ 30.0

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน: กรณีศึกษาในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน: กรณีศึกษาในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง: ผลการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (univariate analysis)

ปัจจัย	การดูแลตนเอง				OR	95%CI	p-value
	เหมาะสม (n =53)		ไม่เหมาะสม (n =53)				
	จำนวน	%	จำนวน	%			
<b>อายุ (ปี)</b>							
<20	11	20.8	5	9.4	1.00		
20-35	36	67.9	39	73.6	0.41	0.13-1.32	0.139
≥35	6	11.3	9	17.0	0.30	0.06-1.32	0.113
<b>ระดับการศึกษา</b>							
ประถมศึกษา	3	5.7	1	1.9	1.00		
มัธยมศึกษาศึกษาตอนต้น	10	18.8	15	28.3	4.50	0.40-49.62	0.219
มัธยมศึกษาศึกษาตอนปลาย	17	32.1	16	30.2	2.82	0.26-30.02	0.389
อนุปริญญา/เทียบเท่า	14	26.4	3	5.6	0.64	0.04-8.52	0.738
ปริญญาตรีขึ้นไป	9	17.0	18	34.0	6.00	0.54-66.17	0.143
<b>อาชีพ</b>							
แม่บ้าน	21	39.6	24	45.3	1.00		
ค้าขาย	7	13.2	10	18.9	0.80	0.25-2.47	0.699
รับจ้าง	5	9.4	3	5.7	1.90	0.41-8.94	0.414
เกษตรกรรม	11	20.8	7	13.2	1.80	0.59-5.47	0.303
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	13.2	4	7.5	2.00	0.51-7.80	0.318
อื่นๆ (นักเรียน นักศึกษา พนักงานมหาวิทยาลัย)	2	3.8	5	9.4	0.46	0.80-2.60	0.378
<b>รายได้ของครอบครัว</b>							
ไม่เพียงพอ	6	11.3	13	24.5	Ref.		
เพียงพอ	40	75.5	33	62.3	2.63	0.90-7.67	0.077
มีเพียงพอและเหลือเก็บ	7	13.2	7	13.2	2.17	0.52-9.02	0.288
<b>ลักษณะของครอบครัว</b>							
ครอบครัวเดี่ยว	21	39.6	28	52.8	Ref.		
ครอบครัวขยาย	32	60.4	25	47.2	1.71	0.79-3.69	0.174
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)</b>							
1-4	15	28.3	19	35.8	Ref.		
≥5	38	71.7	34	64.2	1.42	0.62-3.21	0.406
<b>การพักอาศัยร่วมกับสามี</b>							
แยกกันอยู่กับสามี	1	1.9	3	5.7	Ref.		
อยู่ด้วยกันเป็นบางช่วงเวลา	9	17.0	6	11.3	4.50	0.37-54.16	0.236
อยู่ด้วยกันเป็นประจำ	43	81.1	44	83.0	2.93	0.29-29.30	0.360

Factors Affecting Self-Care of Postpartum Women with Folk Medicine: a Case Study in Phatthalung Province

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน: กรณีศึกษาในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง: ผลการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (univariate analysis) (ต่อ)

ปัจจัย	การดูแลตนเอง				OR	95%CI	p-value
	เหมาะสม (n =53)		ไม่เหมาะสม (n =53)				
	จำนวน	%	จำนวน	%			
สถานที่ฝากครรภ์							
คลินิก และสถานพยาบาลอื่นๆ	8	15.1	14	26.4	Ref.		
โรงพยาบาลและสถานอนามัย	45	84.9	39	73.6	2.02	0.77-5.31	0.155
การได้รับคำแนะนำเมื่อมาฝากครรภ์							
ไม่ได้รับ	9	17.0	6	11.3	Ref.		
ได้รับ	44	83.1	47	88.7	0.62	0.21-1.90	0.406
อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์							
มี	5	9.4	8	15.1	Ref.		
ไม่มี	48	90.6	45	84.9	1.71	0.52-5.60	0.378
การได้รับคำแนะนำหลังคลอด							
ไม่ได้รับ	6	11.3	10	18.9	Ref.		
ได้รับ	47	88.7	43	81.1	1.82	0.61-5.44	0.282
ก่อนเข้าร่วมโครงการบริหารหลังคลอด							
เคยคิดที่จะอยู่ไฟ							
ไม่เคยคิด	19	35.8	20	37.7	Ref.		
เคยคิด	34	64.2	33	62.3	1.08	0.49-2.39	0.840
นมที่ใช้สำหรับเลี้ยงบุตร							
นมผง	2	3.8	2	3.8	Ref.		
นมผสม (นมแม่และนมผง)	13	24.5	20	37.7	0.65	0.08-5.21	0.685
นมแม่	38	71.7	31	58.5	1.23	0.16-9.21	0.843
การทำหมัน							
ทำแล้ว	12	22.6	20	37.7	Ref.		
ไม่ได้ทำ	41	77.4	33	62.3	0.48	0.21-1.13	0.093
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด							
ต่ำ	1	1.8	3	5.6	Ref.		
ปานกลาง	18	34.0	16	30.2	3.38	0.32-35.79	0.313
สูง	34	64.2	34	64.2	3.00	0.30-30.30	0.352
ความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้าน							
น้อย	12	22.6	9	17.0	Ref.		
มาก	41	77.4	44	83.0	0.70	0.27-1.83	0.466

**ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน: กรณีศึกษาในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง**

**ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน: กรณีศึกษาในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง: ผลการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (univariate analysis) (ต่อ)**

ปัจจัย	การดูแลตนเอง				OR	95%CI	p-value
	เหมาะสม (n =53)		ไม่เหมาะสม (n =53)				
	จำนวน	%	จำนวน	%			
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว</b>							
น้อย	14	26.4	31	58.5	Ref.		
มาก	39	73.6	22	41.5	1.37	0.55-2.19	0.001
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข</b>							
น้อย	33	62.3	50	94.3	Ref.		
มาก	20	37.7	3	5.7	2.31	1.02-3.60	<0.001

**2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน**

ผลการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (univariate analysis) (ตารางที่ 1)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน โดยพบว่า หญิงหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมาก จะมีการดูแลตนเองหลังคลอดดีกว่าหญิงหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวน้อย 1.37 เท่า (95%CI: 0.55-2.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน โดยพบว่า หญิงหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขมาก จะมีการดูแลตนเองหลังคลอด ดีกว่าหญิงหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขน้อย 2.31 เท่า (95%CI: 1.02-3.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิง-

หลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ลำดับการตั้งครรภ์ ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การพักอาศัยร่วมกับสามีในระหว่างตั้งครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ การได้รับคำแนะนำเมื่อมาฝากครรภ์ อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ การได้รับคำแนะนำหลังคลอด การคิดที่จะอยู่ไฟก่อนเข้าร่วมโครงการ นมที่ใช้เลี้ยงดูบุตร การทำหมัน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด และความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้าน

ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปร (multivariable analysis) (ตารางที่ 2)

การทำหมัน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน โดยพบว่า หญิงหลังคลอดที่ทำหมันแล้ว จะมีการดูแลตนเองหลังคลอดดีกว่าหญิงหลังคลอดที่ไม่ได้ทำหมัน 0.22 เท่า (95%CI: 0.08-0.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.005)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน โดยพบว่า หญิงหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมาก จะมีการ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน: กรณีศึกษาในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง: ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปร (multiple logistic regression analysis)

ปัจจัย	การดูแลตนเอง		Crude OR	Adjusted OR	95%CI Adjusted OR	p-value
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม				
การทำหมัน						
ทำแล้ว	12	20	Ref.	Ref.		
ไม่ได้ทำ	41	33	0.48	0.22	0.08–0.64	0.005
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว						
น้อย	14	31	Ref.	Ref.		
มาก	39	22	1.37	3.86	1.46–10.19	0.006
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข						
น้อย	33	50	Ref.	Ref.		
มาก	20	3	2.31	9.60	2.45–37.69	0.001

ดูแลตนเองหลังคลอด ดีกว่าหญิงหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวน้อย 3.86 เท่า (95%CI: 1.46–10.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.006)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน โดยพบว่า หญิงหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขมาก จะมีการดูแลตนเองหลังคลอดดีกว่าหญิงหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขน้อย 9.60 เท่า (95%CI: 2.45–37.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001)

### วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า การทำหมัน แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน

การทำหมันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน (OR=0.22; 95%CI: 0.08–0.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p=0.005) ทั้งนี้เนื่องจากหญิงหลังคลอดที่ทำหมันแล้วส่วนใหญ่ จะมีเหตุผลในการทำหมัน เช่น การมีลูกเพียงพอแล้ว ประมาณ 2–5 คน หญิงหลังคลอดที่มีอายุมาก ปัญหาสุขภาพ เป็นต้น โดยหญิงหลังคลอดที่ผ่านการมีบุตรหลายคน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเนื่องจากมีประสบการณ์เรียนรู้ในการเผชิญปัญหาต่างๆ นอกจากนี้หญิงหลังคลอดที่มีอายุน้อยมักมีสุขภาพแข็งแรง จึงไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ในขณะที่หญิงหลังคลอดที่มีอายุมากขึ้น จะให้ความสนใจกับการดูแลตนเองมากขึ้น

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน (OR=3.86; 95%CI: 1.46–10.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.006) ทั้งนี้เนื่องจากหญิงหลังคลอดใน อำเภอป่าพะยอม มีการพักอาศัยอยู่กับครอบครัว โดยมีลักษณะของครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 52.8) อธิบายได้ว่าครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ เนื่องจากสถาบันครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และประกอบกับการพักอาศัยร่วมกับสามีอยู่ด้วยกันเป็นประจำ (ร้อยละ

ละ 82.0) อธิบายได้ว่า การที่สามีอยู่ด้วยกันเป็นประจำ ทำให้มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน แสดงถึงความผูกพันทางใจ โดยความคาดหวังของหญิงหลังคลอด คือความต้องการความรักเห็นอกเห็นใจ และการยอมรับ ซึ่งหญิงหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนจากทางสังคมทั้งจากญาติและสามีที่ดีนั้น จะทำให้หญิงหลังคลอดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของอรรณวมะโนธรรม<sup>(17)</sup> พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพภายหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว จะช่วยให้หญิงหลังคลอดสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ ทำให้หญิงหลังคลอดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี และมีความผาสุกในชีวิต<sup>(18)</sup> คล้ายคลึงการศึกษาของมาลัย สาราญจิตต์<sup>(19)</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ( $OR = 9.60$ ;  $95\%CI: 2.45 - 37.69$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลมารดาหลังคลอดเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก ในปัจจุบันการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็กเป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขที่จะให้การช่วยเหลือและดูแลสุขภาพช่วงหลังคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุขมีการติดตามเยี่ยมหลังคลอดทั้งที่บ้านและในสถานบริการ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพ ช่วยเหลือ ตลอดจนให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์แก่มารดาหลังคลอดอย่างเหมาะสม เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการแก้ไขปัญหสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่อาจจะเกิดขึ้น<sup>(20)</sup> ดังนั้นการที่หญิงหลังคลอดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขจึงทำให้หญิงหลังคลอดมีการปฏิบัติตนในระยะหลังคลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของอรรณวมะโน

ธรรม<sup>(17)</sup> พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญในการสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือ ให้ความรู้ และคำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ แก่หญิงหลังคลอดในการดูแลตนเองทางด้านการสุขภาพอนามัยเพื่อที่จะช่วยให้หญิงหลังคลอดสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง คล้ายคลึงการศึกษาของจินตนา ศรีสุพัตพงษ์<sup>(12)</sup> ที่พบว่า หญิงหลังคลอดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) นอกจากนี้การศึกษาของจุไรรัตน์ มีทิพย์กิจ<sup>(13)</sup> พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด การศึกษาของจุเดือน สาราญวงษ์<sup>(21)</sup> พบว่า หญิงหลังคลอดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปรับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลและสถานอนามัย ซึ่งการไปฝากครรภ์นั้นจะได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวทั้งขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอดในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนั้นการศึกษาของสัมฤทธิ์ ชวัญโพน<sup>(22)</sup> พบว่า หญิงหลังคลอดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีเช่นกัน

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า การทำหมัน แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอด ดังนั้น โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสอนสุขศึกษา โดยเน้นการสอนแบบมีส่วนร่วมทั้งตัวของหญิงหลังคลอด สามีและญาติ และควรมีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา เพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้องรวมทั้งความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้านให้กับหญิงหลังคลอด เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของหญิงหลังคลอดต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ กองทุนมหาวิทยาลัยทักษิณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ซึ่งผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.ตัม บุญรอด ที่ให้คำปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือ รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านจนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- Orem DE. Nursing concepts of practice. 4<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 1991.
- Pender, N. J. Health promotion in nursing practice (1st ed.). New York: Appleton Century Croft; 1982.
- อภิรัช อินทรานุกร ณ อยุธยา. ความรู้เบื้องต้นการพยาบาล ผดุงครรภ์ เล่ม 2 (ระยะคลอด และหลังคลอด). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
- พรรณณี รัตนปทุมวรรณ. การส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอด อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. การพยาบาลมารดาหลังคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 4. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์; 2548.
- สมหญิง พุ่มทอง, ลลิตา วีระเสถียร, วรพรรณ สิทธิถาวร, อภิชาติ รุ่งเมฆรัตน์, อรลักษ์ณา แพร่ตกุล. การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยในจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2553;4:281-95.
- กันทิมา สิทธิธัญกิจ, พรทิพย์ เต็มวิเศษ. คู่มือการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย; 2547.
- ยุพา อภิโกมลกร. การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดแบบพื้นบ้านภาคเหนือ: กรณีศึกษาที่บ้านหัวเสือ ตำบลหัวเสือ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2551;6:148-57.
- พรทิพย์ เต็มวิเศษ. การส่งเสริมการดูแลหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย; 2551.
- มณฑิรา เขียวยิ่ง. อยู่กรรมหลังคลอด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2542; 22:41-6.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.
- จินตนา ศรีสุพัตพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดในเขตจังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
- จุไรรัตน์ มีทิพย์กิจ. พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2547.
- ฮาพิชา โตะเกอ, ชารีนา อาดำ, พาติละห์ สะอิ, สารีปะ เจ๊ะสะ, วิทวัส หมดดี และกฤษมาลัย น้อยผา. การสำรวจข้อมูลหมอพื้นบ้าน อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. ในการประชุมวิชาการระดับชาติด้านศิลปศาสตร์ ครั้งที่ 3 ประจำปี 2561; วันที่ 29 ถึง 30 มีนาคม 2561; มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย, จังหวัดสงขลา. สงขลา: 2561. หน้า 155-60.
- Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK, World Health Organization. Adequacy of sample size in health studies. New York: John Wiley & Sons; 1990.
- Best JW, Kahn JV. Research in education. Englewood Cliff: New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
- อรรธรณ มโนธรรม. พฤติกรรมสุขภาพภายหลังคลอดของสตรีชาวลาวในเขตชุมชนชนบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. พยาบาลสาร 2557;41:35-47.
- Murray SS, Mckinney ES. Foundations of maternal-newborn and women's health nursing. 6<sup>th</sup> ed. Maryland: Saunders; 2014.
- มาลัย สำราญจิตต์. การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม:มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- ปนัดดา เพชรคำ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการการรับบริการดูแลหลังคลอดเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอดของมารดาหลังคลอดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร [วิทยานิพนธ์



- ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น; 2545.
21. ดุจเดือน สำราญวงศ์. การศึกษาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง  
ของหญิงหลังคลอด [รายงานการศึกษาอิสระปริญญา-  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย-  
ขอนแก่น; 2544.
- สัมฤทธิ์ ชวัญโพน. พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดา  
หลังคลอด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา-  
บัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2539.

**Abstract: Factors Affecting Self-Care of Postpartum Women with Folk Medicine: a Case Study in Paphayom District, Phatthalung Province**

Sirirat Sriraksa, M.Pharm.\*; Kusumarn Noipha, Ph.D.

Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University, Thailand

Journal of Health Science 2020;29:26-35.

This study was a cross-sectional study design with the aim to explore the factors related to self-care behavior with folk medicine among women during the postpartum period: a case study in Paphayom district, Phatthalung Province. Altogether 106 postpartum women were recruited. The questionnaires have assessed the reliability and validity by using Cronbach's alpha coefficient and 3 experts, respectively. Cronbach's alpha coefficient score of knowledge self-care behavior during the postpartum period, belief in folk medicine, social support from family, and social support from public health personnel were 0.8, 0.7, 0.8 and 0.85, respectively. The results were analyzed by descriptive statistics with mean, SD, min and max, and multiple logistic regression. It was found that most women reported having antenatal care in the hospital (77.4%), receiving health care from health personnel during pregnancy (85.8%). In addition, they did not have adverse effects during pregnancy (87.7%), they received information at postpartum period (84.9%) they used to think of "Ue Fai" (63.2%), exclusive breastfeeding (65.1%), and non-sterilization (69.8%). Moreover, half of them had appropriate behavior during the postpartum period. The study indicated the factors of self-care behavior with folk medicine significantly associated with sterilization ( $OR_{adj}=0.22$ ,  $p=0.005$ , 95%CI: 0.08-0.64), social support from family ( $OR_{adj}=3.86$ ,  $p=0.006$ , 95%CI: 1.46-10.19), and social support from public health personnel ( $OR_{adj}=3.86$ ,  $p=0.001$ , 95%CI: 1.46-10.19). Therefore, health education program should be participated by women during the postpartum period and people close to them such as their husbands and their relatives. Furthermore, a consultation clinic should be established to provide knowledge on self-care behavior during the postpartum period with folk medicine in order to achieve appropriate behavior during the postpartum period.

**Keywords:** postpartum women, folk medicine, social support

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยการแพทย์แผนไทย 4 ภาค

จันธิดา กมาลาสน์ศิริ วท.ม.

กุสุมา ศรียากุล วท.ด.

สมบุรณ์ เกียรตินันท์ พ.บ.

ปาริณกุล ตั้งสุขฤทัย ป.ด.

ปรีชญา เพชรเกตุ ป.ด.

วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันรับ: 2 ต.ค. 2560

วันแก้ไข: 1 ต.ค. 2562

วันตอบรับ: 11 ต.ค. 2562

**บทคัดย่อ** การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความสำคัญมากที่จะช่วยให้เข้าใจอย่างลึกซึ้ง ในพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์สำหรับเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้โดยลดการพึ่งพิง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค และศึกษาสถานการณ์และการนำพฤติกรรมด้านการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการดูแลสุขภาพ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 1 ปี เป็นการศึกษาแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย โดยเชื่อมโยงผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีการสำรวจ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกและทำกลุ่ม โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง คือ จังหวัดเลย จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดเชียงราย และจังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดละ 50 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้จำนวน ร้อยละ ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหา จากการสำรวจข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้สูงอายุ 4 ภาค พบเป็นเพศหญิง จังหวัดเลยมีช่วงอายุที่มากที่สุด พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป กินผักผลไม้ตามฤดูกาล กินปลาเป็นหลัก และเมื่อเจ็บป่วยนึกถึงสมุนไพร เพราะสมุนไพรเป็นทั้งอาหารและยา เช่น กลัวยน้ำหว่า มะระขี้นก บริบท ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อแต่ละภาคมีความแตกต่างกัน และแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (อ.8) ของแต่ละภาคที่แตกต่างกันได้ คือ อ. อาหาร ส่วน อ. อื่นๆ มีความเหมือนกัน การศึกษาครั้งนี้ยืนยันพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยมีความสำคัญยังคงอยู่กับวิถีชีวิตของชุมชน ถ้าผู้สูงอายุแข็งแรงมีคุณภาพชีวิตดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม สามารถพึ่งตนเองภายใต้กรอบแนวคิด ความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ในชุมชนนั้นๆ

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ; พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 8 อ.; การแพทย์แผนไทย

## บทนำ

ผู้สูงอายุหรืออาจเรียกว่า คนแก่ คนชรา ผู้สูงวัย หรือ ราษฎรอาวุโส (older person หรือ elderly person หรือ senior citizen) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่กำลังทวีจำนวน

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ประชากรผู้สูงอายุของโลกมีจำนวนกว่า 962 ล้านคน ปีพ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้น 2 เท่า จากปี 1987 และคาดการณ์ในปี 2593 จะมีประชากรผู้สูงอายุ 2,100 ล้านคน หรือ 2 ใน 3 ของประชากรโลก

อายุ 60 ปีขึ้นไปจะอาศัยอยู่ในภูมิภาคที่กำลังพัฒนา<sup>(1)</sup> ร้อยละ 79.0 ของประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่าพัฒนาแล้ว<sup>(2)</sup> จากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทั่วโลก องค์การสหประชาชาติได้กำหนดไว้ว่าประเทศใดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.0 หรือ 65.0 ปี ร้อยละ 7.0 ของประชากรทั้งประเทศให้ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2548 เพราะตอนนั้นประเทศไทยมีประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.4 และยังคงคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์<sup>(3)</sup> จากสถานการณ์ดังกล่าวรัฐบาลกำหนดหลักการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุปี 2554 ได้กำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุต้องมีสวัสดิการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม การเข้าถึงสวัสดิการของรัฐทั้งการรักษา การเข้ามามีบทบาทในสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาจากการเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติตามวัยที่เพิ่มขึ้น กลุ่มโรคที่ผู้สูงอายุป่วยมาก 3 อันดับแรก คือ กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็น กระดูกและข้อ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจปัญหาสุขภาพคนไทย ปี 2557 ปัญหาสุขภาพอันดับต้นของสังคมในขณะนี้คือ โรคจากพฤติกรรมทางสุขภาพ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<sup>(4)</sup> ส่วนสาเหตุการตายของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดลมอักเสบและปอดอักเสบ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มพิการมากขึ้น จากร้อยละ 5.8 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 15.3 ในปี 2550 โดยความพิการที่พบมาก คือ สายตาเลือนรางทั้งสองข้าง หูตึงสองข้าง อัมพฤกษ์รวมทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากการขาดการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย จากปัญหาสุขภาพ การมีรายได้ลดลง หรือไม่มีรายได้ และมีปัญหาสุขภาพจิต เพราะเป็นวัยแห่งการพลัดพรากสูญเสีย ดังนั้นจึงเป็นวัยที่ต้องมีการดูแลเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ พฤติกรรมเสี่ยง

เป็นกระบวนการปฏิบัติที่นำไปสู่การคงไว้ซึ่งสุขภาพ ป้องกันไม่ให้เกิดการเสื่อมถอยของสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender AJ และคณะ<sup>(5)</sup> เป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีสุขภาพปกติและผู้มีความเจ็บป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม คงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพในส่วนที่ดีอยู่แล้ว ให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งแพนเดอร์ได้กล่าวไว้ว่า “การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและมีแนวโน้มที่บุคคลไม่ปฏิบัติตามต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญที่จูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ปัจจัยด้านความคิด ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์” พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender AJ และคณะ<sup>(5)</sup> ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณและการจัดการความเครียด พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เป็นภาระให้กับครอบครัวและสังคม

การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่ใช้ดูแลสุขภาพของบรรพบุรุษมาเป็นเวลานาน เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเน้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิด การเจ็บป่วย ดังระบุในทฤษฎีการแพทย์แผนไทยใน คัมภีร์เวชศึกษาที่กล่าวถึงพฤติกรรมก่อโรค 8 ประการ (มูลเหตุของโรค 8 ประการ) ได้แก่อาหาร อิริยาบถ อากาศ (ร้อน-เย็น) อดนอน อดข้าว อดน้ำ กลั่นอุจจาระ กลั่นปัสสาวะ ทำงานเกินกำลัง ความเศร้าโศกเสียใจ ความโกรธ (โทสะ)<sup>(6)</sup> แต่ด้วยภาษาที่ใช้ในศาสตร์การแพทย์-

แผนไทยบางคำเป็นคำเฉพาะที่ยกมาจากคัมภีร์ ทำให้ที่ม สหวิชาชีพและประชาชนไม่เข้าใจความหมายได้อย่าง ถ่องแท้ ยากต่อการทำความเข้าใจที่จะนำสู่การปฏิบัติได้ อย่างถูกต้อง กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทาง- เลือกได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุข- ภาพโดยการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาบูรณาการ กับสหวิชาชีพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยได้นำมูลเหตุ ก่อโรค 8 ประการจากคัมภีร์แพทย์แผนไทย มาอธิบาย เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายและระบุเป็นกิจกรรมที่สามารถวัด และประเมินผล โดยให้ชื่อว่าพฤติกรรม 8 อ. ประกอบด้วย<sup>(7)</sup>

- อ. อิริยาบถ การปรับเพื่อความสมดุลโครงสร้างของ ร่างกาย
- อ. อาหารสะอาด ปลอดภัย มีคุณภาพ
- อ. อากาศ ไม่เบียดเบียนธรรมชาติหรือทำลายสิ่ง- แวดล้อม
- อ. อาโรคนยา รู้จักเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ ไม่อด อาหาร อดน้ำ อดนอน
- อ. อาจิม ใสใจดูแลสุขภาพ ไม่กลั่นแอกจาระ ปัสสาวะ
- อ. อุเบกขา รู้จักควบคุมอารมณ์ ไม่เศร้าโศกเสียใจ จนเกินไป มีความภูมิใจในตัวเอง
- อ. อุตมปัญญา รู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร คิดและแก้ ปัญหาเป็น
- อ. อาชีพ ทำงานสุจริต ไม่ทำงานมากจนเกินไป

การศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้เพื่อสำรวจพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ด้วยพฤติกรรม 8 ประการ ตามแนวทางการแพทย์แผนไทย ศึกษาสถานการณ์และ การนำพฤติกรรมด้านการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการ ดูแลสุขภาพโดยมุ่งหวังเพื่อรวบรวมพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บริบททางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละภาค เหตุผล ของการมีพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทาง ในการนำไปปรับแนวทางการปฏิบัติโดยนำหลักพฤติ- กรรม 8 ประการด้วยการแพทย์แผนไทยมาส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุได้ตระหนักมีความเชื่อและมีพฤติกรรมด้าน

สุขภาพที่เหมาะสมเพื่อเป้าหมายที่สำคัญคือพฤติกรรม การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพคงไว้ซึ่งการมี สุขภาพที่ดีต่อไป

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน (mixed meth- od research) แบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory sequential design) ตามแนวคิดของ Creswell JW<sup>(8)</sup> โดย เชื่อมโยงของผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (in- tegration)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ในจังหวัดที่ได้จากรายงานการ สำรวจของสำนักงานการแพทย์พื้นบ้าน กรมการแพทย์แผน- ไทยและการแพทย์ทางเลือก รายงานสถิติจำนวนผู้สูงอายุ มากที่สุดในแต่ละภาค ได้แก่ จังหวัดที่เป็นพื้นที่การวิจัย จังหวัดเลย สุพรรณบุรี เชียงราย และนครศรีธรรมราช<sup>(9)</sup> และใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ Krejcie RV และ Morgan DW<sup>(10)</sup> โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 1) ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
- 2) พูดภาษาไทยและเขียนภาษาไทยได้
- 3) มีภูมิลำเนาและอยู่ในจังหวัดที่ศึกษาอย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป
- 4) ยินดีที่จะให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะ- อนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ เลขที่ 079/2556ระยะเวลาที่ดำเนินการ วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2557- มกราคม 2558 แบ่งเป็น 2 ระยะได้แก่

ระยะที่ 1 สำรวจพฤติกรรมสุขภาพด้านการแพทย์ แผนไทยของผู้สูงอายุ 4 ภาค โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบ มีโครงสร้าง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูล พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1) สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เกี่ยวกับบริบท แนวคิด ความเชื่อ เหตุผลของการนำพฤติกรรมด้านการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการดูแลสุขภาพ จนได้ข้อมูลที่อึดอัด

2) สันทนาการกลุ่มย่อย (focus group) โดยคัดเลือกตัวแทนผู้สูงอายุที่มีเกณฑ์ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การใช้การแพทย์แผนไทย สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตัวเอง ครอบครัวและชุมชนเป็นเวลา 10 ปีขึ้นไป (2) ผู้นำชุมชนหรือเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์เป็นผู้นำชุมชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ และ (3) เป็นปราชญ์ชาวบ้านที่ได้รับการยอมรับจากชุมชน จังหวัดละ 10 คน โดยมีแนวคำถามดังนี้ ด้านบริบท ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อในการดำรงชีวิต แนวคิดการดูแลสุขภาพ และเหตุผลในการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการดูแลสุขภาพ

การตรวจสอบข้อมูลและการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธี member checking โดยตรวจสอบระหว่างบุคคล ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่พื้นที่เป้าหมายแล้วนำมาวิเคราะห์ว่าใกล้เคียงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่ การเก็บข้อมูลในแต่ละจังหวัดได้มีการทวนสรุปผลและใช้วิธีสะท้อนความคิดเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลผลการศึกษา โดยไม่ใช่อคติและไม่ใส่ความคิดเห็นของผู้วิจัยเข้าไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติจำนวนและร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งเป็นข้อมูลบริบท แนวคิด ความเชื่อ เหตุผลของการนำพฤติกรรมด้านการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 4 ภาค ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุใน 4 จังหวัดใน 4 ภาค ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดเลย ภาคกลางจังหวัดสุพรรณบุรี ภาคเหนือ จังหวัดเชียงราย และภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าภาคเหนือมีเพศชายที่ตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด ร้อยละ 56.0 ส่วนเพศหญิงพบในภาคใต้มากที่สุดร้อยละ 45.0 และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุ 60-65 ปี มากที่สุดในภาคเหนือ ช่วงอายุ 66-70 ปี ร้อยละ 76.0 พบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.0 ช่วงอายุ 71-75 ปี พบมากที่สุดในภาคใต้ ร้อยละ 40.0 และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุ 81-90 ปี พบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 22.0 (ตารางที่ 1)

ผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาคส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ร้อยละ 78.5 นิยมรับประทานอาหารประเภทผักผลไม้ ร้อยละ 66.0 รูปแบบอาหารที่ชอบรับประทานเป็นประเภทตุ๋น ร้อยละ 74.5 ผู้สูงอายุยังนิยมรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน ร้อยละ 86.0 มีพฤติกรรมการดื่มน้ำมากกว่า 6 แก้วต่อวัน ร้อยละ 73.5 ส่วนอิริยาบถที่ปฏิบัติระหว่างวันส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเดิน ร้อยละ 71.0 ชอบอากาศหนาวเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.0 และผู้สูงอายุมักมีอาการงอแงง่ายหายเร็ว ร้อยละ 69.0 (ตารางที่ 2)

### ส่วนที่ 2: สถานการณ์และการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ด้านมิติการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและสมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกายของผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาค

#### 1) ด้านมิติการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะนึกถึงสมุนไพรเป็นอันดับแรก เช่น สมุนไพรที่เป็นอาหารและยา หากอาการไม่ดีขึ้นจึงไปหาหมอพื้น-

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 4 ภาค

รายการ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้	
	จังหวัดเลย		จังหวัดสุพรรณบุรี		จังหวัดเชียงราย		จังหวัดนครศรีธรรมราช	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>เพศ</b>								
ชาย	20	(40.0)	9	(18.0)	28	(56.0)	5	(10.0)
หญิง	30	(60.0)	41	(82.0)	22	(44.0)	45	(90.0)
<b>อายุ (ปี)</b>								
60-65	6	(12.0)	11	(22.0)	38	(76.0)	3	(6.0)
66-70	16	(32.0)	10	(20.0)	5	(10.0)	9	(18.0)
71-75	5	(10.0)	11	(22.0)	4	(8.0)	20	(40.0)
76-80	11	(22.0)	14	(28.0)	2	(4.0)	15	(30.0)
81-90	11	(22.0)	3	(6.0)	1	(2.0)	3	(6.0)
91-100	1	(2.0)	1	(2.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
<b>สถานภาพ</b>								
โสด	0	(0.0)	4	(8.0)	6	(12.0)	2	(4.0)
สมรส	37	(74.0)	35	(70.0)	36	(72.0)	35	(70.0)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	13	(26.0)	11	(22.0)	8	(16.0)	13	(26.0)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาค

หมวดหมู่	การจำแนก	ร้อยละ
พฤติกรรมมารับประทาน	รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	78.5
	รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ	21.5
ประเภทอาหารที่ชอบรับประทาน	ผัก ผลไม้	66.0
	เนื้อสัตว์	5.0
	เนื้อปลา	29.0
รูปแบบอาหารที่ชอบรับประทาน	ต้ม ตุ่น แกง	74.5
	ปิ้ง ย่าง	11.0
	ผัด ทอด	7.5
	ลาบ ก้อย หลู้ ซ้ำ	3.5
	ตำ ยำ	3.5
รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน	เผ็ด	86.0
	รสเปรี้ยว	5.0
	รสขม	2.0
	รสหวาน	7.0

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย 4 ภาค

ตารางที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาค (ต่อ)

หมวดหมู่	การจำแนก	ร้อยละ
พฤติกรรมการดื่มน้ำ	ดื่มน้ำน้อยกว่า 3 แก้วต่อวัน	3.0
	ดื่มน้ำ 3-5 แก้วต่อวัน	23.5
	มากกว่า 6 แก้วต่อวัน	73.5
อิริยาบถที่ปฏิบัติระหว่างวัน	นั่งขัดสมาธิ	4
	นั่งพับเพียบ	4
	นั่งห้อยขาบนเก้าอี้	8
	ยืน	8
	เดิน	71
	นอน	5
	อากาศหรือฤดูที่ชอบ	ร้อน
ฝน		17.0
หนาว		51.0
พฤติกรรมด้านอารมณ์	โกรธง่าย	3
	โกรธง่ายหายเร็ว	69
	โกรธง่ายหายช้า	2
	อารมณ์ดี	25

บ้าน เนื่องจากศรัทธาและมีความมั่นใจเรื่องความปลอดภัยเพราะมีการใช้มาตั้งแต่บรรพบุรุษ หากมีอาการแทรกซ้อนจะไปรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งเข้าถึงบริการได้สะดวก

2) สมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกายของผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์การใช้สมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกายของผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาค ผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาค พบว่ามีการใช้สมุนไพรที่เป็นยาบำรุงกำลังที่เหมือนและแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ประสบการณ์ และการได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษตามบริบทของจังหวัดนั้น ๆ (ตารางที่ 3)

ตอนที่ 2 การศึกษาจากการทำ Focus group ในด้านบริบท ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อในการดำรงชีวิต แนวคิดการดูแลสุขภาพ และเหตุผลในการนำการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพของตัวแทนจังหวัดของแต่ละ

ภาค

1) บริบท ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อในการดำรงชีวิต

ผลจากสนทนากลุ่มเกี่ยวกับบริบท ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาคมีความแตกต่างกัน ทั้งบริบท สภาพแวดล้อม อากาศ โดยส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าประเพณีและทางวัฒนธรรมสอดคล้องกับสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย

อำเภอด่านซ้าย มีภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสลับซับซ้อน มีที่ระหว่างหุบเขาสำหรับการเพาะปลูกได้ เช่น ข้าวโพด ถั่วลิสง ถั่วแดง ฝ้าย มันสำปะหลัง จำพวกไม้ยืนต้น เช่น มะม่วง ลำไย มะขาม เป็นต้น ประเพณีที่สำคัญคือ ฮีต-สิบสองคลองสิบสี่ เป็นประเพณีที่ผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือเชื่อว่า จะทำให้คนในชุมชนมีความสุข มี

ตารางที่ 3 รายชื่อสมุนไพรที่ใช้เป็นยาบำรุงร่างกายของผู้สูงอายุ 4 ภาค

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดเลย	ภาคกลาง จังหวัดสุพรรณบุรี	ภาคเหนือ จังหวัดเชียงราย	ภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
กล้วยน้ำว้า บอระเพ็ด เห่าหมู กระชายดำ ชลู่ ไบมะรุ้ม กรูงเขมา (ใบหมาน้อย) ข้าวเย็นเหนือ มะขามป้อม มะพอก ย่านางแดง อ้อยแดง มะระขี้เทย	กล้วยน้ำว้า ใบเตย ว่านกาบหอย มะระขี้เทย ขมิ้นชัน ดอกอัญชัน ผักบุ้งแดง	กล้วยน้ำว้า บอระเพ็ด เห่าหมู กระชายดำ ชลู่ ไบมะรุ้ม ข้าวเย็นเหนือ กรูงเขมา (ใบหมาน้อย) มะขามป้อม	มะพอก ย่านางแดง อ้อยแดง มะระขี้เทย กล้วยน้ำว้า บอระเพ็ด หญ้าหนวดแมว หญ้าขี้ฉား ลูกยอ ฟ้าทะลายโจร กำลังราชสีห์ ลูกใต้ใบ หญ้าดอกขาว บัวบก มะระขี้เทย งาบตผสมน้ำผึ้ง

ความอุดมสมบูรณ์มีความมั่งคั่ง นอกจากนี้ยังมีประเพณีการเล่นผีตาโขนในบุญหลวง งานสมโภชและงานนมัสการพระธาตุศรีสองรักซึ่งเป็นงานใหญ่ของชุมชน 1 ปีมีเพียงครั้งเดียว ประเพณีดังกล่าวมีการสืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษลูกหลานจะอยู่ที่ใดก็ตามจะกลับมาร่วมประเพณี เพื่อก่อให้เกิดความรักความอบอุ่นภายในครอบครัวและชุมชน เพราะมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ไม่ทราบสาเหตุ มักเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ภูตผีกระทำ ผีตายโหง หรือการไม่เคารพผีบรรพบุรุษ และผีป่า ซึ่งเป็นวิถีความเชื่อให้ลูกหลานมีความเคารพต่อบรรพบุรุษ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์คู่บ้านคู่เมืองโดยส่วนมากผู้สูงอายุจะมีวิถีการดำรงชีวิตประจำวัน ตื่นนอนแต่เช้า เพื่อมาเตรียมอาหารใส่บาตร และรับประทานอาหารเช้าพร้อมกันแล้วจึงออกไปประกอบอาชีพ เช่น ทำสวน บางคนไปถวายเพลที่วัด พร้อมกับชักชวนเพื่อนบ้านให้ไปทำบุญด้วยกันเพื่อให้จิตใจสงบ มีความสุขจากการแบ่งปัน หลังจากนั้นกลับมานอนพักผ่อน ประมาณ 1 ชั่วโมง หรือบางคนมีงานอดิเรก เช่น จักรสาน และเลี้ยงหลาน ช่วงเวลาเย็นทำอาหารไว้ให้ลูกหลานรับประทานร่วมกัน

**1.2 ภาคกลาง:** อำเภอบางปลาหมอจังหวัดสุพรรณบุรี  
อำเภอบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นที่ราบลุ่ม ดินดี มีคูคลองจำนวนมากเหมาะแก่การทำเกษตรกรรม

ในระหว่างช่วงเดือนสิงหาคม - ธันวาคม ของทุกปีจะมีน้ำท่วมขัง มีประเพณีที่สำคัญคือ ชักพระเล่นเพลง ตักบาตรกลางน้ำ เป็นประเพณีที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการดำรงชีวิตตามวิถีธรรมชาติชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ผู้สูงอายุตื่นนอนแต่เช้า ตี 5 ถึง 6 โมงเช้า เพื่อมาทำอาหาร ใส่บาตรเตรียมตัวเลี้ยงหลานหรือออกไปทำสวนครัวหรือพุดคุยกับเพื่อนบ้าน หลังจากนั้นก็รับประทานอาหารเช้าและนอนพักผ่อนประมาณ 1 ชั่วโมง ช่วงเย็นเตรียมตัวทำอาหารเย็น รับประทานอาหารเช้าและสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะรับประทานยาหอมบำรุงหัวใจเพื่อให้สดชื่นมีกำลัง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะไปโรงพยาบาล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อว่าการทำตัวเองให้มีคุณค่าต่อตัวเองลูกหลานจะทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งและมีความสุขกับการได้ดูแลลูกหลาน เพื่อเล่าประสบการณ์ชีวิตต่างๆ อย่างภาคภูมิใจ

**1.3 ภาคเหนือ:** อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย  
อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงรายเป็นที่ราบริมแม่น้ำงาวและพื้นที่ลาดเชิงเขา มีการเพาะปลูกพืชไร่การเกษตรที่เป็นพืชเศรษฐกิจ เช่น ข้าวโพด ยาสูบ ส้มโอ ลำไย มีพิธีบวงสรวงเจ้าหลวงเวียงแก่น มีความเชื่อให้ลูกหลานได้เคารพสิ่งศักดิ์สิทธิ์คู่บ้านคู่เมือง ให้ปกป้องรักษาให้ประสบความสำเร็จในชีวิต และพิธีเลี้ยงปางแปด เชื่อว่าเป็นการ



เคารพบูชาบรรพบุรุษ ให้ลูกหลานมาทำพิธีร่วมกันเพื่อส่งเสริมจิตใจ เพื่อให้มีความเจริญรุ่งเรืองในชีวิตหน้าทีการทำงาน ผู้สูงอายุมองมีความเชื่อว่าจะต้องเคารพบูชาผีบรรพบุรุษ ผีเจ้านาย เจ้าหลวงแพร์ เจ้าหลวงน่าน หากลูกหลานประพฤติผิดจารีตประเพณีเชื่อว่าจะทำให้คนในครอบครัวไม่เจริญรุ่งเรืองและอาจเจ็บป่วยได้ วิถีชีวิตประจำวันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะตื่นนอนตั้งแต่เช้าเพื่อเตรียมอาหาร เตรียมผูกปิ่นโตใส่บาตรและรับประทานอาหารพร้อมหน้าพร้อมกันแล้วออกไปประกอบอาชีพ เช่น ทำสวน ปลูกผักสวนครัว จักรสาน เช่น ทำสวิง ที่ตัดปลา ไม้กวาด แก้อ้อหวาย บางคนออกไปหาผักป่า เห็ดป่าตามฤดูกาล หาปลาในคูคลอง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ทำร่วมกันคือไปเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อผ่อนคลายพูดคุยแลกเปลี่ยนแก้เหงา ฝึกเขียน ฝึกอ่านและสร้างอาชีพในวัยผู้สูงอายุ หลังจากนั้นก็รับประทานอาหารเที่ยง และประกอบอาชีพต่อเนื่อง ช่วงเย็นผู้สูงอายุจะมาออกกำลังกายร่วมกัน เช่น เดินแอโรบิก โยคะ หรือปั่นจักรยาน และเตรียมอาหารเย็นเพื่อรับประทานร่วมกัน และเตรียมสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน

**1.4 ภาคใต้:** อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยทั่วไปเป็นพื้นที่ราบลุ่มริมฝั่งทะเล มีพื้นที่การเกษตร ใช้ในการทำนา นาทุ้ง และการประมง มีประเพณีที่สำคัญคือ บุญเดือน 10 เริ่มตั้งแต่แรม 1 ค่ำ ถึง แรม 15 ค่ำเดือน 10 “เชื่อว่าเป็นการทำบุญให้บรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้วและเป็นช่วงที่ประตูรกเปิดเพื่อให้ผู้ล่วงลับมาขอส่วนบุญจากลูกหลานเป็นบุญใหญ่ที่ทุกคนมาร่วมกัน” และผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตประจำวันเตรียมอาหารกินเองภายในครัวเรือน เมื่อมีเทศกาลหรืองานบุญจึงมาร่วมกัน

**2) แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (อ.8)**

แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองที่สอดคล้องกับหลักพฤติกรรม ผลจากการทำ focus group แนวคิดในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 4 ภาค พบว่าผู้สูงอายุมี

แนวคิดในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสอดคล้องกันกับหลักพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (อ.8) มี 7 อ. ได้แก่ อ. อโรคยา อ. อริยาบถ อ. อาจิณ อ. อุเบกขา อ. อุดมปัญญา อ. อาชีพ และ อ. อากาศ และมีแนวคิดในการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันกับหลักพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (อ.8 ทั้ง 4 ภาค) คือ อ. อาหาร โดยมีรายละเอียดดังนี้

ก. แนวคิดในการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความสอดคล้องกันกับหลักพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (อ.8) 7 อ. ได้แก่ อ. อโรคยา อ. อริยาบถ อ. อาจิณ อ. อุเบกขา อ. อุดมปัญญา อ. อาชีพ และ อ. อากาศ

**1) อ. อโรคยา**

จากการทำ Focus group พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาค มีการเลือกกินอาหารที่ปลอดภัย โดยปลูกผักกินเอง เพื่อลดการใช้สารเคมี การออกกำลังกาย ทำงานอดิเรกเพื่อสร้างรายได้เสริมให้กับครอบครัว นอกจากนี้กินผักธรรมชาติตามฤดูกาล มีวิธีการดูแลตนเองโดยพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่อดข้าว อดน้ำ ไม่นิยมดื่มชา กาแฟ ส่วนดื่มน้ำพบว่า จังหวัดเลยนิยมดื่มน้ำฝน และน้ำบ่อ จังหวัดสุพรรณบุรีดื่มน้ำกรอง และช้อน้ำดื่มจากโรงงาน จังหวัดเชียงรายดื่มน้ำบ่อ และช้อน้ำถัง และจังหวัดนครศรีธรรมราชนิยมดื่มน้ำฝน น้ำบ่อ และกรอง เป็นต้น

**2) อ. อริยาบถ**

จากการทำ Focus group พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาค มีการสร้างสมดุลโครงสร้างร่างกายตนเองโดยการเดินออกกำลังกายตอนเช้า ปั่นจักรยาน และเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายของชุมชน โดยแต่ละพื้นที่มีการปรับประยุกต์ทำการออกกำลังกายให้เหมาะกับวัย เช่น จังหวัดเลย มีการล่าเหยี่ยว จังหวัดสุพรรณบุรี มีการล่ากระบอง จังหวัดเชียงราย มีการฟ้อนเล็บ และจังหวัดนครศรีธรรมราช มีการรำโนรา และยึดกล่อมเนื้อโดยใช้ผ้าขาวม้า นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ทำออกกำลังกาย

จากภาครัฐเข้าไปส่งเสริม เช่น เต็มแสบโรบิก

### 3) อ. อาจิม

จากการทำ Focus group พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาค มีการปฏิบัติตนโดยไม่กลั่นแกล้งจะช่วยให้ร่างกายเกิดความสมดุลไม่เจ็บป่วย โดยมีการขับถ่ายเสมอกินผักพื้นบ้านที่มีกากใยสูง เช่น ถั่วเขียว ถั่วขาว ชี้เหล็ก มะละกอ และสะเอาร่วมกับดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 แก้ว และเลือกดื่มน้ำต้มสมุนไพรใกล้ตัว โดยจังหวัดเลยดื่มน้ำต้มใบย่านางแดง เนื่องจากมีความเชื่อว่าถอนพิษเบื่อเมา จังหวัดสุพรรณบุรีดื่มน้ำใบมะขามและน้ำใบชุมเห็ดเทศ เชื่อว่าช่วยระบายขับถ่ายอุจจาระได้สะดวก จังหวัดเชียงราย ดื่มน้ำฝางต้ม บำรุงโลหิต แก้อ่อนใน และจังหวัดนครศรีธรรมราชดื่มน้ำใบบัวบก เชื่อว่าแก้ร้อนในกระหายน้ำ แก้อักเสบภายในได้

### 4) อ. อุเบกขา

จากการทำ Focus group ผู้สูงอายุ 4 ภาค พบว่าเป็นคนโกรธง่ายหายเร็ว มีวิธีควบคุมอารมณ์ตัวเองโดยทำสมาธิ สวดมนต์ไปวัดเพื่อให้สบายใจ บางคนมีวิธีผ่อนคลายอารมณ์แบบอื่นๆ เช่น ฟังวิทยุ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก เช่น จักรสานไม้ไผ่ และได้รับการปลูกฝังจากบรรพบุรุษเชื่อว่า อารมณ์ดีอายุยืนยาว

### 5) อ. อุดมปัญญา

จากการทำ Focus group ผู้สูงอายุ 4 ภาค พบว่าผู้สูงอายุ 4 ภาค มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านปัจจัย 4 อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค เนื่องจากได้รับการถ่ายทอดวิธีปฏิบัติจากบรรพบุรุษที่สืบทอดต่อๆ กันมา ปัจจุบันได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต โรงพยาบาล เป็นต้น

### 6) อ. อาชีพ

จากการทำ Focus group ผู้สูงอายุ 4 ภาค พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวเหมาะสมตามวัย มีวินัยในการดำรงชีวิต ไม่มีการประกอบอาชีพหลัก ผู้ชายที่ไปวัดก็อาสาเป็นมัคทายกของวัด ส่วนผู้หญิงทำหน้าที่เตรียมอาหารและรับส่งลูกหลานไปโรงเรียน มีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่แข็งแรง

มีศักยภาพในการทำงาน ก็ทำงานอดิเรก เช่น ทำเครื่องจักรสานจากไม้ไผ่ เย็บปักถักร้อย เป็นต้น และใช้เวลาว่างปลูกผักทุกต้นที่กิน กินผักทุกต้นที่ปลูก เพื่อนำมาประกอบอาหารในบ้าน ถ้าเหลือก็ขายเพื่อสร้างรายได้

### 7) อ. อากาศ

จากการทำ Focus group ผู้สูงอายุ 4 ภาค พบว่าผู้สูงอายุ 4 ภาคตั้งถิ่นฐานใกล้แหล่งน้ำ นิยมปลูกต้นไม้ใหญ่เพื่อป้องกันแสงแดด เป็นที่อยู่อาศัย และสามารถกินผลกินใบเป็นอาหารได้ ซึ่งบริบทจะแตกต่างกันแต่ละภาค เช่น จังหวัดเลย มักนิยมปลูกไม้เลื้อย เช่น ย่านางแดงเพื่อให้ร่มเงา วางแคร่ไม้ไผ่ และแขวนเปล เพื่อพักผ่อนหรือเป็นที่พุดคุยแลกเปลี่ยนกัน จังหวัดสุพรรณบุรีผูกเปลใต้ต้นบ้านเพื่อพักผ่อนตอนกลางวัน จังหวัดเชียงรายนิยมปลูกต้นไม้รอบบริเวณและชานบ้านเพื่อป้องกันแสงแดดโดยตรง และใช้เป็นที่พบปะสื่อสารกับเพื่อนบ้าน และจังหวัดนครศรีธรรมราช มีการปลูกต้นไม้รอบๆ บ้าน เพื่อเป็นที่พักผ่อนในตอนกลางวัน

ข. แนวคิดในการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกับหลักพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (อ. 8) ทั้ง 4 ภาค คือ

#### 2.1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุนิยมทานข้าวเหนียวซึ่งมีความเชื่อว่ากินแล้วอึดนาน พกพาไปมาสะดวก สามารถกินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ถ้วย จาน เก็บได้นานทั้งวัน ไม่บูด ถ้าเหลือนำกลับมาทิ้งใหม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตการทำงานหนัก ใช้แรงงาน เกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ ส่วนกับข้าวที่นิยมเป็นอาหารรสจัด เช่น น้ำพริกปลาร้า แจ่วบอง ส้มตำ ลาบ ก้อย ปิ้งย่าง หมก อ่อมและส้มตำซึ่งอาหารที่ปรุงส่วนใหญ่มีปลาร้าเป็นเครื่องปรุงรส เพราะจะทำให้อาหารมีรสชาติและอร่อยเข้มข้นโดยปกติการปรุงอาหารจะไม่น้ำมันพืช น้ำมันหมูหรือกะทิ ในการปรุงอาหาร ถ้าเป็นอาหารประเภท ต้ม แกง จะปรุง

แบบมีน้ำแกงน้อย เนื่องจากใช้ข้าวเหนียวจิ้มแกง โดยปกติจะปลูกผักพื้นบ้านกินเองได้แก่ ผักแพรว แมงลัก ผักชีลาว มะระขี้นก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผักพื้นบ้านที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ตามฤดูกาล เช่น ผักพาย ผักแขยง ผักติ้ว ดอกกระเจียว สะเดา ขี้เหล็ก มะกอก ผักเม็ก ผักกระโดน ซึ่งผักเหล่านี้มักนิยมนำมาทานกับน้ำพริกเห็ดที่ออกตามฤดูกาล เช่น เห็ดปลวก เห็ดระโงก เห็ดไค เห็ดน้ำหมาก คนอีสานเชื่อว่าการรับประทานผักพื้นบ้านที่ปลูกเองหรือที่ออกตามฤดูกาลเป็นผักที่ปลอดภัยมีประโยชน์ต่อร่างกายทำให้ร่างกายแข็งแรงและมีอายุยืน ปัจจุบันจะเห็นว่าผักริมรั้วไม่ค่อยมีคนปลูกแต่มีรถขายผักมาบริการถึงหน้าบ้านทำให้สะดวกมากขึ้นและคนรุ่นหลังก็ไม่นิยมปลูกผักส่วนใหญ่จะซื้อจากตลาดเนื่องจากอาศัยความสะดวก ผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่นิยมทานของหวานหรือผลไม้หลังรับประทานอาหาร แต่จะรับประทานผลไม้ เช่น มะม่วงสุก แดงโมกิ้นกับข้าวเหนียว เพราะมีความเชื่อว่าถ้ารับประทานผลไม้หรือขนมหวานหลังอาหารจะทำให้ท้องอืด ร่างกายไม่แข็งแรงและเจ็บป่วยได้ง่าย นอกจากนี้ในประเพณีต่างๆ บุญเดือน 10 บุญผะเหวดจะมีทำขนมหวานเช่น ข้าวเม่า ข้าวเกรียบ (ข้าวเกรียบว่าว) ข้าวจี ข้าวหลาม เป็นต้น

## 2.2 ภาคกลาง: อำเภอบางปลาหม้อ จังหวัดสุพรรณบุรี

คนภาคกลางนิยมรับประทานข้าวสวยเป็นหลัก ทานได้กับอาหารหลากหลายชนิด นิยมเป็นอาหารหลากหลายรส เช่น น้ำพริกขิงขมิ้น ต้มยำกุ้ง แกงเขียวหวาน แกงส้ม ต้มกะทิ เป็นต้น อาหารที่ปรุงส่วนใหญ่มีน้ำตาลและกะทิเป็นเครื่องปรุงรส เพราะมีความเชื่อว่าจะเพิ่มความเข้มข้นให้อาหารมีรสชาติและอร่อย ถ้าเป็นอาหารประเภท ต้มแกง จะปรุงแบบมีน้ำแกงพอประมาณ เนื่องจากใช้รับประทานกับข้าวสวยหรือราดข้าว และผักพื้นบ้านที่ปลูกเอง ได้แก่ เครื่องเทศต่างๆ และ มะเขือ แคขาว พักทอง พัก ถั่วพักยาว เป็นต้น และผักที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น สายบัว สะเดา ขี้เหล็ก มะขาม ดอกโสน เป็นต้น ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าในปัจจุบันน่าเป็นห่วงเนื่องจากมี

ตลาดนัดมาเปิดขายถึงหน้าบ้านสะดวกสบายทำให้ทราบที่มาของผักผลไม้ว่ามีความปลอดภัยจากสารปนเปื้อนหรือสารฆ่าแมลงหรือไม่ อาจส่งผลให้ลูกหลานอาจมีร่างกายที่ไม่แข็งแรงต่อไปในอนาคต ส่วนเรื่องขนมหวานภาคกลาง ชอบกินของหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง เม็ดขนุน ขนมใส่กะทิ เช่น ตะโก้ ขนมถ้วย หม้อแกง ลอดช่องแตงไทย บวดซีกกล้วย บวดพักทอง บวดมัน กล้วยเชื่อม มะตูมเชื่อม ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตคนภาคกลางที่เป็นอยู่ช้านาน

## 2.3 ภาคเหนือ: อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ภาคเหนือนิยมกินข้าวเหนียวเป็นหลัก และมีความเชื่อว่าเมื่อกินข้าวเหนียวจะทำให้อึดมันทนทำงานหนักได้ อาหารที่นิยมกินกับข้าวเหนียวได้แก่ น้ำพริกอ่อน น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกข่า น้ำพริกน้ำปู ใส่อั่ว ลาบหมู แกงผักกาด-จอบ แกงผักขี้เสียด แกงหน่อไม้ แกงแคปลา แกงโสะ ยำหน่อไม้ใส่น้ำปู เนื้อแดดเดียว ตำผักเทือก เป็นต้น รสชาติอาหารส่วนใหญ่เป็นรสชาติดกลางๆ ไม่เผ็ดมาก ไม่นิยมใส่กะทิ ไม่ชอบอาหารรสมัน ส่วนผักพื้นบ้านที่ปลูกเอง ได้แก่ ผักเหือด ผักฮาก ผักก้านตรง ผัก ชะอม ยอดผักทอง มะระขี้นก ผักขี้หูด ถั่วแปบ เป็นต้น และผักที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น ผักกูด ผักหนาม ขี้เหล็ก สะเดาดิน ผักมันปู ผักมันปลา ดอกจิว และกินเห็ดป่าที่เกิดตามธรรมชาติ เช่น เห็ดเผาะ เห็ดด่าน เห็ดแดง เห็ดเหลือง เห็ดฝอยลม ผู้สูงอายุเชื่อว่าบ้านเราเป็นถิ่นที่มีความอุดมสมบูรณ์ทางอาหารสามารถเลือกทานได้ทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นผักพื้นบ้านที่ปลูกเองหรือผักที่ขึ้นเองตามฤดูกาล และเชื่อว่าอาหารจากธรรมชาติจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ส่วนขนมหวานผู้สูงอายุไม่ชอบรับประทานของหวานหลังอาหาร จะรับประทานเฉพาะช่วงเทศกาล ขึ้นบ้านใหม่ ปอยหลวง เข้าพรรษา ออกพรรษา ข้าวต้มมัด ขนมเทียน ขนมปาด ข้าวเกรียบ ข้าวเกรียบว่าว มักกินผลไม้ตามฤดูกาล เช่น ส้มโอ ส้มเขียวหวาน ลำไย ลิ้นจี่ สตอเบอร์รี่

## 2.4 ภาคใต้: อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

อาหารหลักของคนภาคใต้ คือข้าวสวย กินได้กับอาหารหลากหลายชนิด เช่น น้ำพริกกะปิ แกงไตปลา แกง

เหลียง หมูหวาน กุ้งหวาน แกงลูกหนูน แกงยอดมะพร้าว ผัดสะตอ ผัดเหลียง เป็นต้น รสชาติที่นิยมเป็นอาหารรสเผ็ดเค็ม ผู้สูงอายุเชื่อว่าเครื่องแกงของคนใต้ประกอบด้วย ขมิ้นชันเป็นองค์ประกอบหลัก ทำให้มีกลิ่นหอม รสชาติเข้มข้น ดับกลิ่นคาว และสามารถแก้ท้องอืด ผักพื้นบ้านที่ปลูกเอง ได้แก่ ใบเหลียง สะตอ ขมิ้นชัน ลูกเนียง เป็นต้น และผักที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น ผักกูด สายบัว สะเตาะ ชีเหลียง ยอดมะพร้าว ยอดหมู ยอดมะม่วงหิมพานต์ นิยมนำมาเป็นผักเหนาะกินกับน้ำพริก แกงไตปลา หรือประเภทอาหารที่มีรสจัด ขนมหวานที่นิยมกินตามวัฒนธรรม และเทศกาลบุญเดือน 10 เช่น ขนมก้อและขนมโค ขนมต้อซ้อ ขนมลา ซึ่งขนมลาเป็นขนมขึ้นชื่อของภาคใต้ เชื่อว่าใครมาภาคใต้แล้วไม่ได้ชิม แสดงว่าไม่ถึง เพราะเป็นขนมโบราณดั้งเดิมที่ไม่มีขายทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้ได้ผลเป็นที่ยืนยันว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยยังคงอยู่คู่กับวิถีชีวิตของชุมชน โดยผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม สามารถพึ่งตนเองภายใต้กรอบแนวคิด ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ในชุมชนนั้น ๆ

### วิจารณ์

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย 4 ภาค พบว่ามีการหลักพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (อ.8) ที่สอดคล้องกับนโยบายของกรมพัฒนาการแพทย์และการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข โดยมีแนวคิดในการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความสอดคล้องกันกับหลักพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (อ.8)<sup>(7)</sup>

### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากยิ่งขึ้น และควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการ

ส่งเสริม และป้องกัน สุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และควรมีการศึกษาสาธุนไพร่ที่ใช้ในการบำรุงสุขภาพเชิงลึกต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยการสนับสนุนทุนจากมหาธรรมศาสตร์ และขอขอบคุณผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุทุกภาคที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลทำนี่ยังขอขอบคุณผู้บริหารวิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จ

### เอกสารอ้างอิง

1. Population Division Department of Economic and Social Affairs 2017. World population ageing. New York: United Nations; 2017.
2. Department of Economic and Social Affairs Population Division. A concise report changing population age structures and sustainable development. New York: United Nations; 2017.
3. ชุมพูนท พรหมพิทักษ์. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิชาการสำนักเลขาธิการวุฒิสภา; 2556.
4. วิชัย เอกพลากร, กษิษฐา ไทยกล้า, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, หทัยชนก พรอดเจริญ: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2557.
5. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey: Pearson Education Inc; 2006.
6. ธวัชชัย กมลธรรม, ปราโมทย์ เสถียรรัตน์, กันทิมา สิทธิธัญกิจ. ตำราการแพทย์แผนไทยสำหรับแพทย์. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
7. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. จาก 8 อ. สุขภาวะที่ยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.

8. Creswell JW. A concise introduction to mixed methods research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications 2015. สมบูรณ์). นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2556.
9. กองการแพทย์พื้นบ้าน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. การศึกษาองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (รายงานฉบับ 10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.

**Abstract: A Study on the Elderly's Behavior on Self-Health Care with Thai Traditional Medicine in Four Regions of Thailand**

Chuntida Kamalashiran, M.Sc.; Kusuma Sriyakul, Ph.D.; Somboon Kietinun, M.D.; Parunkul Tung-sukruthai, Ph.D.; Praty Phetkate, Ph.D.

*Chulabhorn International College of Medicine, Thammasat University, Thailand*

*Journal of Health Science 2019;28:36-47.*

The study of health care behavior for elderly people is important for profound understanding in elderly people behavior. These information will be beneficial for national policy to promote health care of themselves without reliance to the others. The objective of this study was to assess health behavior of elderly people in four regions of Thailand. This one-year study was approved by the ethics committee of Thammasat University No. 2 (Faculty of Medicine). It was conducted by using mixed method approach; combined quantity and quality results via survey, in depth interview, and focus group discussion with structure interview. The study samples were enrolled through purposive sampling method. The study sites included Loei province, Suphan Buri province, Chiang-raai province and Nakhon Si Thammarat with 50 participants of each area. Data analysis was performed by using percentage and content analysis. Results showed that the main gender of four regions elderly people was female; and the widest age span was observed in Loei province. The general self-care behaviors included the consumption of seasonal vegetables, fruits and fish. The results from in-depth interview and focus group discussion showed that participants used herbs for relieving illness- such as cultivated banana, bitter melon and others - because they could be both food and medicine. Tradition, culture and belief context were different depended on the region. Concept of self-care followed the Thai traditional medicine and alternative medicine with regard to health care promotion (8 principles for living) which were quite similar except the veiration of food items. The results of this study demonstrated that the health care behaviors for elderly people by Thai traditional medicine were integrated with community lifestyle. Elderly people with good physical health, and good quality of life in physical, mental and environmental aspects would become more self-reliance under the conceptual, belief, tradition and culture of each community.

**Keywords:** elderly; 8 principles for living; Thai traditional medicine

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# โครงการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของพลทหาร ในค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี: การศึกษานำร่อง

นุจรี พาณิชย์เจริญรัตน์ วท.ม. (วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก)\* \*\*\*\*

เสมอจิต พิธพรชัยกุล วท.ม. (วิทยาการระบาด)\*\*

สุกัญญา เขียววิวัฒน์ ปร.ด. (ระบาดวิทยา)\* \*\*\*\*

ปาอีชะ เจะหลง พท.บ.\*\*\*\*\*

\* ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\* หน่วยวิจัยเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\* สถานวิจัยโรคที่พบบ่อยในช่องปากและวิทยาการระบาด คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\*\* หน่วยวิจัยทันตแพทยศาสตร์เชิงประจักษ์เพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\*\*\* โรงพยาบาลค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี

วันรับ:	13 ก.ค. 2562
วันแก้ไข:	22 ต.ค. 2562
วันตอบรับ:	8 พ.ย. 2562

**บทคัดย่อ** งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการนำร่องส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของพลทหารในค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี ระหว่างวันที่ 5 มกราคม ถึง 16 มีนาคม 2562 กลุ่มตัวอย่าง คือ พลทหารหน่วยเสนารักษ์ โรงพยาบาลค่ายอิงคยุทธบริหาร จำนวน 29 คน ซึ่งมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ วิธีดำเนินการมีการจัดโปรแกรมสุขศึกษา 3 ครั้ง นัดชุดหินปูนและกวดจุดสะท้อนเท้า เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 3 ครั้ง ก่อนดำเนินงานวิจัย หลังดำเนินงานวิจัย (สัปดาห์ที่ 6) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Repeated measure ANOVA ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเริ่มงานวิจัย หลังดำเนินงานวิจัย และระยะติดตามผล พลทหารสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 10.7, 9.2 และ 8.0 มวน ได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เฉลี่ย 4.6, 6.6 และ 6.1 ได้คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่เฉลี่ย 35.9, 38.3 และ 37.5 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มที่จะเลิกสูบบุหรี่จำนวน 10 คน สรุปผลการศึกษาเมื่อจบโครงการ พลทหารลดจำนวนบุหรี่ได้ร้อยละ 25.2 มีแนวโน้มที่จะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 34.5 ของผู้เข้าร่วมโครงการ ได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กิจกรรมหลักและกิจกรรมเสริมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้คือ การสอนแปรงฟัน โดยให้แปรงฟันแทนการสูบบุหรี่ การดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับบุหรี่ กิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการชุดหินปูน

**คำสำคัญ:** การส่งเสริมการเลิกบุหรี่; พลทหาร; การศึกษานำร่อง

## บทนำ

พลทหารในพื้นที่ภาคใต้ สังกัดค่ายทหารบกของประเทศไทย เป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลาย สุขภาพร่างกายแข็งแรง แต่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก และสูบบุหรี่จัด โดยมีงานวิจัยที่ศึกษาในพลทหารแรกเข้าผลัด 2 ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งเกณฑ์ทหาร 2 ปี ในค่ายเสนาณรงค์ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่ามีพฤติกรรมสูบบุหรี่ทุกวันร้อยละ 93.5 เฉลี่ยวันละ 11.8 มวน และสูบบุหรี่ทุกวันละ 40 มวน<sup>(1)</sup> นอกจากนี้ยังมีรายงานที่ศึกษาในพลทหารสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีพฤติกรรมสูบบุหรี่ทุกวันร้อยละ 49.3<sup>(2)</sup>

พลทหารยังมีอายุไม่มากจึงยังไม่พบปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามการสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว เพราะบุหรี่ประกอบด้วยสารพิษ ได้แก่ นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ แอมโมเนีย ไซยาไนด์ ฟอรัมาลดีไฮด์ สารปรุแต่งกลิ่นรส และสารก่อมะเร็งอีกมากกว่า 60 ชนิด ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ โรคมะเร็งที่สามารถเกิดได้ทุกจุดที่มีการสัมผัสกับควันบุหรี่ ตั้งแต่ช่องปาก จมูก ทางเดินหายใจจนถึงปอด โรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง<sup>(3)</sup> ถ้าหากสามารถเลิกบุหรี่ได้ก่อนจะมีอาการแสดงของโรคดังกล่าว ก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพของพลทหารและครอบครัวได้ เนื่องจากจะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 นาทีแรก<sup>(4)</sup> และลดความเสี่ยงในการเป็นโรคในอนาคตได้

มีรายงานผลการศึกษาจากงานวิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของทหารเกณฑ์ในค่ายวิภาวดีรังสิต จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าหลังการทดลองพลทหารมีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่ร้อยละ 32.1<sup>(5)</sup> แต่เนื่องจากการจัดทำงานวิจัยโดยบุคลากรจากภายนอกหน่วยงานทหาร ซึ่งมีระยะเวลาผ่านมา 10 ปี ไม่มีรายงานว่ามีการทำงานวิจัยต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยมีผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นบุคคลภายในหน่วยงาน เพื่อพัฒนาให้

เป็นงานวิจัยที่ใช้ได้จริงในพื้นที่และมีความยั่งยืน สามารถทำเป็นงานวิจัยที่ส่งเสริมการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนำร่องส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของพลทหารในค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี โดยเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่จำนวนพลทหารที่มีแนวโน้มจะเลิกสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และกิจกรรมที่คิดว่ามีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้ ก่อนและหลังดำเนินงานวิจัย

## วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองขั้นต้นกลุ่มเดียว (pre-experimental research) ศึกษาในพลทหารสังกัดหน่วยเสนารักษ์ โรงพยาบาลค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2562

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรในงานวิจัยนี้ คือพลทหารที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ซึ่งอยู่ในหน่วยเสนารักษ์ โรงพยาบาลค่ายอิงคยุทธบริหารจำนวน 41 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบอัตราส่วนผู้ที่เลิกบุหรี่ได้หรือมีแนวโน้มเลิกบุหรี่ จากสูตร<sup>(6)</sup>

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 p(1-p)}{(p-p_0)^2}$$

แทนค่า  $p$  จากงานวิจัยต้นแบบที่มีกลุ่มตัวอย่างเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 46.0<sup>(7)</sup> และแทนค่า  $p_0$  จากการตั้งเป้าหมายให้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีแนวโน้มเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 20.0 กำหนดค่า  $\alpha = 0.05$  และ  $\beta = 0.1$  ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง<sup>(8,9)</sup> กำหนดเกณฑ์ตัดเข้า คือ สามารถให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาในการดำเนินโครงการ 10 สัปดาห์ มีโทรศัพท์มือถือและสามารถติดต่อทางไลน์ (Line) ได้ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 29 คน ลงนามใบยินยอมซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย-

ในคนของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รหัสโครงการ EC6202-08-P-HR)

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา<sup>(1,7)</sup>

เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (จำนวน 12 ข้อ) มีค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือเท่ากับ 0.74

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ (จำนวน 12 ข้อ) มีค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือเท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และกิจกรรมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้ จำนวน 5 ข้อ

### วิธีดำเนินการวิจัย มีดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการวางแผน

1) ประสานงานกับแผนกทันตกรรม หน่วยเสนารักษ์ และแผนกแพทย์แผนไทย รพ.ค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี เพื่อร่วมกันวางแผน ชี้แจงและขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย

2) ประชุม/ประสานงานกับทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องซึ่งอาสาสมัครเป็นผู้ช่วยในงานวิจัย เพื่อตรวจสอบรายชื่อ เกณฑ์คัดเข้า และขอความยินยอมจากพลทหารที่จะเข้าร่วมงานวิจัย

#### 2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์

ต้นสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 (ความรู้เกี่ยวกับโทษ/พิษภัยของบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่)

1) ผู้ดำเนินงานวิจัยแนะนำตัว และทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ โดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มละ 5 คน เพื่อช่วยเหลือ แจงข้อมูล ให้คำปรึกษา และกระตุ้นให้เลิกบุหรี่โดยการประกวดแนวคิดนวัตกรรมใหม่ที่ส่งเสริมให้พลทหารสามารถเลิกบุหรี่ได้ โดยมีรางวัลให้แก่กลุ่มผู้ชนะ 1 กลุ่ม

2) เก็บข้อมูลของพลทหารที่เข้าร่วมงานวิจัยด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรม

การสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

3) แจกสมุดบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ยาสีฟัน และแปรงสีฟัน พร้อมชี้แจงวิธีการบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันเป็นเวลา 10 สัปดาห์ และแจ้งวิธีการใช้ไลน์เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ความรู้ กระตุ้น และเตือนความจำอาทิตย์ละ 1 ครั้ง โดยมีรางวัลให้แก่ผู้ใช้สมุดบันทึกยอดเยี่ยม 1 รางวัล

4) ให้ความรู้ และดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ และการเลิกบุหรี่

5) อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับสาเหตุของการสูบบุหรี่ ตั้งเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ และรับมือกับอาการเลิกบุหรี่

6) สรุปประเด็นการเรียนรู้ พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

นัดชุดหินปูนและนัดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นรายบุคคล ต้นสัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2 (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่)

1) แจงเตือนการใช้สมุดบันทึก

2) ทบทวนเทคนิคการเลิกบุหรี่ และวิธีระงับอาการอยากสูบบุหรี่

3) สาธิตวิธีการเลิกบุหรี่โดยใช้ การแปรงฟัน และ สอนแปรงฟันด้วยวิธีที่ถูกต้อง

4) สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองด้วยการคุยเป็นรายกลุ่ม และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลือกแนวทางในการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม ปฏิบัติได้จริง

5) สรุปประเด็นการเรียนรู้ พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

นัดชุดหินปูนและนัดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นรายบุคคล ต้นสัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 3 (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่)

1) แจงเตือนการใช้สมุดบันทึก

2) ฝึกทักษะในการรับมือกับสถานการณ์จำลองเมื่อมีอาการอยากบุหรี่ และกำหนดวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการอยากบุหรี่

3) สรุปประเด็นการเรียนรู้ พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

นัดชุดหินปูนและนัดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นรายบุคคล



3. ขั้นตอนการประเมินผล ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 6

1) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินงานวิจัยโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการดำเนินงาน ยกเว้นข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พร้อมเพิ่มการสอบถามส่วนที่ 6 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

2) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการเลิกบุหรี่ในแต่ละกลุ่ม พร้อมเสนอข้อปรับปรุงในการดำเนินงานวิจัย

สัปดาห์ที่ 10

1) เก็บรวบรวมสมุดบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวัน

2) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินงานวิจัยโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับแบบสอบถามสัปดาห์ที่ 6

3) มอบรางวัลให้แก่กลุ่มที่ชนะการประกวดแนวคิดนวัตกรรมเลิกบุหรี่ และมอบรางวัลให้แก่บุคคลที่ใช้สมุดบันทึกยอดเยี่ยม

กิจกรรมหลัก คือ กิจกรรมจากโปรแกรมสุขศึกษา 6 กิจกรรม ได้แก่ สอนแปรงฟัน โดยให้แปรงฟันแทนการสูบบุหรี่ การดูแลลิปี่ดีโอเกี่ยวกับบุหรี่ กิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้รางวัลแก่ผู้มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ การใช้ไลน์ให้ความรู้/แจ้งเตือน และสมุดบันทึกการสูบบุหรี่ กิจกรรมเสริม คือ กิจกรรมที่ให้เข้าร่วมตามความสมัครใจ 2 กิจกรรม ได้แก่ การขุดหินปูนและการกดจุดสะท้อนเท้า

การคิดคะแนนกิจกรรมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ คิดจากการเรียงลำดับกิจกรรมอันดับที่ 1 ถึง 8 โดยกิจกรรมที่ได้อันดับ 1 จะให้น้ำหนักคะแนนสูงสุด (8 คะแนน) และลดลงตามอันดับ แล้วนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน กิจกรรมที่ได้คะแนนรวมมากที่สุดจะเป็นกิจกรรมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และกิจกรรมในงานวิจัยที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาค่าความชุก ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนเริ่มงานวิจัย

พลทหารจำนวน 29 คนที่เข้าร่วมงานวิจัยมีอายุเฉลี่ย  $22.7 \pm 1.6$  ปี (มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 20.4 – 27.6 ปี) นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 72.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ร้อยละ 55.1 มีอาชีพทำธุรกิจส่วนตัว/ธุรกิจในครัวเรือน (อาชีพก่อนเกณฑ์ทหาร) ร้อยละ 48.3 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.9 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกอายุเฉลี่ย  $14.6 \pm 3.5$  ปี (มีอายุน้อยสุดในการเริ่มสูบบุหรี่ อายุเพียง 10 ปี) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่  $7.8 \pm 2.9$  ปี นอกจากนี้ยังสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 89.7 เฉลี่ยวันละ  $10.7 \pm 5.7$  มวน (สูบบุหรี่มากที่สุด 20 มวนต่อวัน) เป็นบุหรี่ปริมาณ ร้อยละ 93.1 พลทหารมีเหตุผลในการเริ่มต้นสูบบุหรี่ 2 อันดับแรก คือ ออยากลอง ร้อยละ 51.7 และผ่อนคลายความเครียด ร้อยละ 31.0 เคยพยายามเลิกบุหรี่ในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 82.8 เฉลี่ยประมาณ 2 ครั้ง มีวิธีการเลิกบุหรี่ 2 อันดับแรก คือ เลิกด้วยตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ และหักดิบ/หยุดสูบทันที มีระดับการเสพติดนิโคตินปานกลางและสูง ร้อยละ 65.5 และไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่จริงจัง ร้อยละ 27.6

ผลของงานวิจัยนำร่องส่งเสริมการเลิกบุหรี่

จากการศึกษา พบว่าภายหลังจากดำเนินงานวิจัย (สัปดาห์ที่ 6) พลทหารสูบบุหรี่เฉลี่ย 9.2 มวนต่อวัน และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10) พลทหารสูบบุหรี่เฉลี่ย 8.0 มวนต่อวัน (ตารางที่ 1)

หลังดำเนินงานวิจัย พลทหารที่มีแนวโน้มจะเลิกสูบบุหรี่ หรือสามารถลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันได้โดยเฉลี่ย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินงานวิจัย (n=29)

ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่	ก่อนดำเนินงานวิจัย		หลังดำเนินงานวิจัย		ระยะติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ปัจจุบัน						
สูบเป็นประจำทุกวัน	26	89.7	27	93.1	23	79.3
สูบเป็นครั้งคราว	3	10.3	2	6.9	6	20.7
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวนต่อวัน)						
<10	8	27.6	10	34.5	13	44.8
10-20	21	72.4	19	65.5	16	55.2
Mean±SD	10.7±5.7		9.2 ± 3.7		8.0 ± 4.3	
Min - Max	1 - 20		3 - 20		1 - 20	

หมายเหตุ: ทดสอบ repeated measure ANOVA ได้ค่า p-value>0.05

ร้อยละ 20 มีจำนวน 7 คน สูบบุหรี่เฉลี่ย 9.4 มวนต่อวัน และระยะติดตามผล พลทหารมีแนวโน้มจะเลิกสูบบุหรี่จำนวน 10 คน สูบบุหรี่เฉลี่ย 6.6 มวน (ตารางที่ 2) หลังดำเนินงานวิจัยและระยะติดตามผล พลทหารให้เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากมีจิตใจไม่เข้มแข็งพอ คิดเป็นร้อยละ 72.4 และ 58.6 ตามลำดับ

ก่อนดำเนินงานวิจัย พลทหารมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เฉลี่ย 4.6 คะแนน หลังดำเนินงานวิจัย มีความรู้เกี่ยวกับ

บุหรี่เฉลี่ย 6.6 คะแนน และระยะติดตามผล มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เฉลี่ย 6.1 คะแนน (ตารางที่ 3)

ก่อนดำเนินงานวิจัย พลทหารมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่เฉลี่ย 35.9 คะแนน หลังดำเนินงานวิจัย มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่เฉลี่ย 38.3 คะแนน และระยะติดตามผล มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่เฉลี่ย 37.5 คะแนน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่มีแนวโน้มจะเลิกบุหรี่ หรือสามารถลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันได้โดยเฉลี่ย ร้อยละ 20.0 เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินงานวิจัย

ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่	ก่อนดำเนินงานวิจัย		หลังดำเนินงานวิจัย		ระยะติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ปัจจุบัน						
สูบเป็นประจำทุกวัน	7	100.0	7	100.0	8	80.0
สูบเป็นครั้งคราว	0	0.0	0	0.0	2	20.0
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวนต่อวัน)						
<10	0	0.0	2	28.6	6	60.0
10-20	7	100.0	5	71.4	4	40.0
Mean±SD	16.4 ± 4.5		9.4 ± 3.4		6.6 ± 4.3	
Min - Max	10 - 20		4 - 15		3 - 15	

หมายเหตุ: ทดสอบ repeated measure ANOVA ได้ค่า p-value>0.05

โครงการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของพลทหารในค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี: การศึกษานำร่อง

หลังดำเนินงานวิจัย (สัปดาห์ที่ 6) พลทหารให้ลำดับกิจกรรมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้ โดยกิจกรรมที่ได้คะแนนมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ กิจกรรมสอนแปรงฟัน โดยให้แปรงฟันแทนการสูบบุหรี่ ได้ 209 คะแนน และกิจกรรมการดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับบุหรี่ ได้ 172 คะแนน และกิจกรรมที่ได้คะแนนน้อยสุด 2 อันดับแรก คือ การกตจุดสะท้อนเท้าเพื่อเลิกบุหรี่ ได้ 66 คะแนน และการชูดหินปูน ได้ 101 คะแนน (ตารางที่ 5)

ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10) พลทหารให้ลำดับกิจกรรมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้ โดยกิจกรรมที่ได้คะแนนมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ กิจกรรมสอนแปรงฟัน โดยให้แปรงฟันแทนการสูบบุหรี่ ได้ 211 คะแนน และกิจกรรมการดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับบุหรี่ ได้ 172 คะแนน

และกิจกรรมที่ได้คะแนนน้อยสุด 2 อันดับแรก คือ การกตจุดสะท้อนเท้าเพื่อเลิกบุหรี่ ได้ 106 คะแนน และการใช้สมุดบันทึกการสูบบุหรี่ ได้ 130 คะแนน (ตารางที่ 5)

**วิจารณ์**

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนำร่องส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของพลทหารในค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี ผู้วิจัยแบ่งการวิจารณ์ผลออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่**

พลทหารในงานวิจัยเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก มีอายุเฉลี่ยเพียง 14.6 ปี ใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ศึกษาในจังหวัดพะเยา พบว่าวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยาเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก

ตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินงานวิจัย (n=29)

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	ก่อนดำเนินงานวิจัย		หลังดำเนินงานวิจัย		ระยะติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 - 6 คะแนน)	22	75.9	14	48.3	16	55.2
ระดับปานกลาง (7 - 9 คะแนน)	7	24.1	13	44.8	12	41.4
ระดับสูง (10 - 12 คะแนน)	0	0	2	6.9	1	3.4
Mean±SD	4.6±2.1		6.6±2.2		6.1±2.0	
Min - Max	1 - 8		3 - 11		3 - 10	

หมายเหตุ: ทดสอบ Repeated measure ANOVA ได้ค่า p-value>0.05

ตารางที่ 4 การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินงานวิจัย (n=29)

การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการเลิกบุหรี่	ก่อนดำเนินงานวิจัย		หลังดำเนินงานวิจัย		ระยะติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (12 - 34 คะแนน)	17	58.6	12	41.4	12	41.4
ระดับปานกลาง (35 - 47 คะแนน)	9	31.0	12	41.4	12	41.4
ระดับสูง (48 - 60 คะแนน)	3	10.3	5	17.2	5	17.2
Mean±SD	35.9±8.9		38.3±9.1		37.5±9.9	
Min - Max	23 - 60		27 - 57		21 - 60	

หมายเหตุ: ทดสอบ Repeated measure ANOVA ได้ค่า p-value>0.05

ตารางที่ 5 ลำดับและคะแนนกิจกรรมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้หลังดำเนินงานวิจัย (n=29)

กิจกรรมหลัก	หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	คะแนนรวม	ลำดับ	คะแนนรวม	ลำดับ
กิจกรรมหลัก				
สอนแปรงฟัน โดยให้แปรงฟันแทนการสูบบุหรี่	209	1	211	1
การดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับบุหรี่	172	2	172	2
กิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์	165	3	159	3
การใช้ไลน์ให้ความรู้และเตือน	160	4	145	5
การให้รางวัลแก่ผู้มีความตั้งใจเลิกบุหรี่	158	5	152	4
สมุดบันทึกการสูบบุหรี่	143	6	130	7
กิจกรรมเสริม				
การชูดหินปูน	101	7	145	5
การกดจุดสะท้อนเท้า	66	8	106	8

แรกโดยมีอายุเฉลี่ย 14.0 ปี<sup>(10)</sup> เนื่องจากปัจจุบันสามารถเข้าถึงการสูบบุหรี่ได้ง่าย และพื้นที่จังหวัดภาคใต้ที่ติดกับชายแดนมาเลเซีย มีการนำเข้าบุหรี่แบบเสียภาษีและไม่เสียภาษีจากมาเลเซีย ทำให้บุหรี่มีราคาถูกเมื่อเทียบกับบุหรี่ไทย จากการศึกษาพบว่าคนในพื้นที่จังหวัดปัตตานีสูบบุหรี่เฉลี่ยภาษีสูงสุดถึงร้อยละ 50.8 เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ในภาคใต้<sup>(11)</sup> นอกจากนี้ก็ยังมีการผลิตใบจากและยาเส้นในพื้นที่ซึ่งมีราคาประมาณ 3 – 10 บาท เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง จึงทำให้พลทหารในพื้นที่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อย และอายุเฉลี่ยในการเริ่มสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2554 ซึ่งในขณะนั้นผู้สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 18.1 ปี

พลทหารในงานวิจัยสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 10.7 มวน เมื่อเทียบกับการสำรวจสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2554 พบว่าประชากรชายในจังหวัดปัตตานีมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 57.5 สูงสุดเป็นลำดับ 1 ของประเทศไทย และสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 12.1 มวน เป็นลำดับที่ 11 นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัดปัตตานีมีอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านเป็นลำดับ 1 ของประเทศไทย สูงถึงร้อยละ 66.5<sup>(12)</sup> เนื่องจาก

พลทหารในโครงการไม่ได้มาจากพื้นที่จังหวัดปัตตานีทุกคน ดังนั้นจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันจึงน้อยกว่าผลสำรวจ แต่อย่างไรก็ตามประชากรชายในจังหวัดปัตตานีมีอัตราการสูบบุหรี่และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในระดับสูง ดังนั้นจึงพบว่าพลทหารในค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จัดและสูบบุหรี่เป็นจำนวนมากเช่นกัน อนึ่งผลสำรวจสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยนี้เป็นการสำรวจเมื่อ 8 ปีที่แล้ว ดังนั้นสถานการณ์การสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรชายในจังหวัดปัตตานีอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

เหตุผลในการเริ่มสูบบุหรี่ของพลทหารที่สูงสุดอันดับแรก คือ อยากลอง สอดคล้องกับการเริ่มต้นสูบบุหรี่ในอายุน้อย ประกอบกับเป็นพื้นที่ที่สามารถหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายและราคาถูก ทำให้การตัดสินใจเริ่มสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้นง่ายขึ้น การแก้ไขปัญหามูลนิธิการสูบบุหรี่ของพลทหารที่มีอายุน้อยจึงทำได้ยาก เนื่องจากได้สูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานหลายปี จนมีอาการติดนิโคตินในระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 65.5 นอกจากนี้ก็ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.9 ไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่จริงจัง ร้อยละ 27.6 ทำให้ไม่มีเหตุผลหรือแรงจูงใจที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด และยังไม่เห็นถึงผลกระทบของปัญหาสุขภาพ

และโรคเรื้อรังอันเกิดจากการสูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามถ้าหากมีการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มพลทหาร จนทำให้มีความรู้ ความตระหนักถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ อาจส่งผลให้มีการเปลี่ยนทัศนคติ และเลิกบุหรี่ก่อนที่จะส่งผลกระทบต่อตัวเองและครอบครัวข้างได้

หลังดำเนินงานวิจัย 6 สัปดาห์ พบว่าพลทหารลดจำนวนบุหรี่ต่อวันได้จำนวน 1.5 มวน คิดเป็นร้อยละ 14.0 เมื่อเทียบกับจำนวนบุหรี่ที่สูบก่อนเริ่มงานวิจัย โดยมีกลุ่มที่มีแนวโน้มเลิกบุหรี่ หรือลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันได้โดยเฉลี่ยร้อยละ 20.0 เป็นจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 24.1 ซึ่งกลุ่มพลทหารที่มีแนวโน้มเลิกบุหรี่สามารถลดจำนวนบุหรี่ต่อวันได้จำนวน 7.0 มวน คิดเป็นร้อยละ 46.7 เมื่อเทียบกับจำนวนบุหรี่ที่สูบก่อนเริ่มงานวิจัย

ในระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 10 พบว่าพลทหารลดจำนวนบุหรี่ต่อวันได้จำนวน 2.7 มวน คิดเป็นร้อยละ 25.2 เมื่อเทียบกับจำนวนบุหรี่ที่สูบก่อนเริ่มงานวิจัย โดยมีกลุ่มที่มีแนวโน้มเลิกบุหรี่ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 ซึ่งกลุ่มพลทหารที่มีแนวโน้มเลิกบุหรี่สามารถลดจำนวนบุหรี่ต่อวันได้จำนวน 9.8 มวน คิดเป็นร้อยละ 59.8 เมื่อเทียบกับจำนวนบุหรี่ที่สูบก่อนเริ่มงานวิจัย เป็นที่น่าสังเกตว่าคนที่แนวโน้มจะเลิกบุหรี่ ส่วนมากเป็นคนที่สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 10 - 20 มวน ซึ่งเมื่อได้ลองสอบถามเป็นรายบุคคล กลุ่มนี้ให้คำตอบว่า “สามารถลดจำนวนบุหรี่ได้ครึ่งหนึ่งจากจำนวนที่สูบต่อวัน แต่ให้เลิกบุหรี่ทันทียังทำไม่ได้” สอดคล้องกับการให้เหตุผลที่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ เนื่องจากจิตใจยังไม่เข้มแข็งพอ ร้อยละ 58.6 ในระยะติดตามผล นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีแนวโน้มจะเลิกบุหรี่ เป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจอยากเลิกบุหรี่อยู่แล้ว และเป็นกลุ่มที่สามารถเจรจาต่อรองได้ ยกตัวอย่างเช่น ขณะดำเนินงานวิจัยมีการคุยเป็นรายบุคคล หลังจบโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม และหลังชุดหินปูน โดยผู้วิจัยได้นำแนวข้อร้องให้ลดจำนวนบุหรี่เพื่อสุขภาพระยะยาว โดยมีบางคนบอกว่า “ถ้าหมอซื้อยาสี่พันมาแจกผมรับปากว่าจะสูบบุหรี่ให้น้อยลง” ซึ่งกลุ่มนี้มักจะรับปาก

และทำได้ โดยที่ผู้วิจัยมักตอบกลับและย้ำว่า “รับปากแล้วนะ ต้องทำให้ได้นะ” ในขณะที่พลทหารในงานวิจัยอีก 22 คนที่เหลือ ถ้าหากสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวน จะรู้สึกว่าสูบบุหรี่ต่อวันไม่เยอะ การเจรจาต่อรองให้ลดจำนวนบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่จะยากขึ้น มักรับปากแต่ทำไม่ได้ เป็นต้น

## ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

หลังดำเนินงานวิจัย 6 สัปดาห์ พบว่าพลทหารมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 4.6 คะแนน เป็น 6.6 คะแนน ในระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 10 พบว่าพลทหารมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 4.6 คะแนน เป็น 6.1 คะแนน และคนที่มีความรู้ในระดับต่ำลดเหลือ 16 คนจาก 22 คน เมื่อเทียบกับก่อนเริ่มงานวิจัย ทั้งนี้เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มและการให้ความรู้ทางไลน์ ทำให้พลทหารได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยของการสูบบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ และวิธีการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงอาการไม่ตื่นตระหนก ไม่ตกใจกลัว หรือเกิดความรู้สึกอยากเลิกบุหรี่ เมื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ ซึ่งคาดการณ์ว่าพลทหารมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคภัยที่เกิดจากบุหรี่ในระดับหนึ่ง เนื่องจากปัจจุบันมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ในสื่อหลากหลายช่องทาง มีการเตือนและใส่รูปภาพโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่บนบรรจุภัณฑ์ซองบุหรี่และยาเส้นที่ผลิตในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก การให้ความรู้อาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุน้อย ยังไม่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ ดังนั้นจึงควรทำกิจกรรมอื่นเพื่อช่วยปรับพฤติกรรมนอกเหนือจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มทดลองมีจำนวน 26 คน พบว่าได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรีก่อนการทดลอง หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 6) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10) เท่ากับ 5.9, 8.9 และ 9.4 คะแนนตามลำดับ<sup>(7)</sup> มากกว่าคะแนนของพลทหารในงาน

วิจัยนี้ เนื่องจากการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในจังหวัดอ่างทอง มีการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เข้มข้น ใช้อุปกรณ์ และใช้เวลามากกว่า โดยใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง นอกจากนี้ก็ยังมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดย อสม. เพื่อกระตุ้นให้เห็นผลดีของการเลิกบุหรี่แตกต่างจากงานวิจัยนี้ ซึ่งจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง และใช้ไลน์ในการให้ความรู้ กระตุ้นให้เลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยต้องคำนึงถึงบริบท ภาระงานในโรงพยาบาลค่าย วัยของพลทหาร และมีการปรับเปลี่ยนให้ใช้เวลาเหมาะสมทุกครั้งที่จัดโปรแกรมสุขศึกษา

### ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่

หลังดำเนินงานวิจัย 6 สัปดาห์ พบว่าพลทหารมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 35.9 คะแนน เป็น 38.3 คะแนน ในระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 10 มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 35.9 คะแนน เป็น 37.5 คะแนน และคนที่มีความรู้ในระดับต่ำลดเหลือ 12 คน จาก 17 คน เมื่อเทียบกับก่อนเริ่มงานวิจัย ถึงแม้จะมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับงานวิจัยโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในจังหวัดอ่างทอง และโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยประยุกต์แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของทหารเกณฑ์ในค่ายวิภาวดีรังสิต จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งงานวิจัยทั้งสองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่หลังดำเนินโครงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากขั้นตอนการจัดโปรแกรมสุขศึกษาของ 2 งานวิจัยนี้ มีการสอดแทรกประสบการณ์และวิธีการเลิกบุหรี่จากบุคคลต้นแบบที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยเป็นบุคคลที่เป็นที่ยอมรับมีอิทธิพล เชื่อถือได้ และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด<sup>(5,7)</sup> แตกต่างจากการดำเนินงานวิจัยนี้ที่ไม่มีการนำเสนอบุคคล

ต้นแบบ แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญของการนำเสนอบุคคลต้นแบบที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จนอกเหนือไปจากการให้ความรู้ และกระตุ้นด้วยผู้วิจัยเองซึ่งไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ย่อมไม่เข้าใจความยากลำบากของการเริ่มต้นเลิกบุหรี่ พลทหารอาจไม่คล้อยตามหรือไม่มีแรงจูงใจที่มากพอในการเลิกบุหรี่เท่ากับเมื่อได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์สูบบุหรี่ซึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้

### ส่วนที่ 4 กิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยคิดว่ามีโอกาสมากทำให้เลิกบุหรี่

แบ่งเป็น 8 กิจกรรม โดยมีกิจกรรมหลักจากโปรแกรมสุขศึกษาที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคน 6 กิจกรรม คือ สอนแปรงฟัน โดยให้แปรงฟันแทนการสูบบุหรี่ การดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับบุหรี่ กิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้รางวัลแก่ผู้มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ การใช้ไลน์ให้ความรู้/แจ้งเตือน และสมุดบันทึกการสูบบุหรี่ ส่วนกิจกรรมเสริม เป็นกิจกรรมที่ให้เข้าร่วมตามความสมัครใจ 2 กิจกรรม คือ การขุดหินปูน และการกดจุดสะท้อนเท้า พบว่ากิจกรรมหลักที่พลทหารคิดว่ามีโอกาสมากทำให้เลิกบุหรี่ได้มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ สอนแปรงฟัน โดยให้แปรงฟันแทนการสูบบุหรี่ และการดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับบุหรี่ โดยกิจกรรมหลักที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้น้อยที่สุด คือ สมุดบันทึกการสูบบุหรี่ และการใช้ไลน์ให้ความรู้/แจ้งเตือน

#### 1. กิจกรรมสอนแปรงฟัน โดยให้แปรงฟันแทนการสูบบุหรี่

ผู้ที่ติดบุหรี่ นอกจากจะเกิดจากติดนิโคตินแล้ว ยังเกิดจากการติดความเคยชินในการใช้มือและปากเพื่อสูบบุหรี่ ดังนั้นการแปรงฟันเป็นหนึ่งในทางเลือกที่ใช้แทนการสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหารเสร็จ เพื่อหันเหความสนใจจากการสูบบุหรี่ และรสชาติเผ็ดซ่าจากยาสีฟันจะช่วยให้ลดอาการอยากสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้ยังได้ทำความสะอาดช่องปาก ช่วยป้องกันโรคฟันผุและโรคปริทันต์<sup>(13)</sup> เนื่องจากพลทหารในงานวิจัยส่วนมากมีปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน จึงได้สอดแทรกวิธีแปรงฟันที่ถูกต้องลง

โนโปรแกรมสุขศึกษา การทำความสะอาดสุขภาพช่องปาก และฟันจัดเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลอนามัยในร่างกาย ซึ่งเป็นหลักการของ common risk factor approach หรือ การส่งเสริมสุขภาพร่างกายโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวนน้อยที่มีผลต่อการเกิดโรคจำนวนมาก<sup>(14)</sup>

## 2. การดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับบุหรี่

คลิปวิดีโอจัดเป็นสื่อที่ใช้ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ผ่านทางช่องทางกรมมองเห็น และการได้ยิน จึงเป็นสื่อที่ทำให้ผู้รับสารเข้าใจได้ง่าย สะดวก และมองเห็นภาพชัดเจน<sup>(15)</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำคลิปวิดีโอเกี่ยวกับ บุหรี่ ซึ่งมีการนำเสนอโทษของบุหรี่โดยใช้รูปภาพที่น่ากลัว หรือมีการแสดงเป็นละครสั้น จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนักได้มากกว่าการให้ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ด้วยการบรรยายเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงทำให้การดูคลิปวิดีโอที่เกี่ยวกับบุหรี่เป็นกิจกรรมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้เป็นลำดับ 2 ในงานวิจัยนี้

## 3. กิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

เป็นกิจกรรมที่ทำให้มีการแบ่งกลุ่มตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์ของการดำเนินงานวิจัย เพื่อให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในขณะจัดโปรแกรมสุขศึกษา และให้คำปรึกษา ช่วยเหลือกันเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เนื่องจากพบว่า การสูบบุหรี่ในบริบทของพลทหาร เกิดจากการเห็นเพื่อนสูบบุหรี่ตาม บางคนก่อนเกณฑ์ทหารไม่ได้สูบบุหรี่ แต่เข้ามาเกณฑ์ทหารกลับมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ตามเพื่อน ดังนั้นการเลิกบุหรี่ ถ้าหากมีเพื่อนรอบข้างเลิกบุหรี่ด้วย ก็จะง่ายกว่าการเลิกสูบบุหรี่เพียงลำพัง แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าในบริบทของค่ายทหาร ไม่ได้มีเพียงพลทหารเท่านั้นที่สูบบุหรี่ ยังมีทหารกลุ่มประทวนและนายทหารชั้นสัญญาบัตรชายที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ไม่แตกต่างจากพลทหาร เมื่อคนส่วนมากและคนที่มีชั้นยศสูงกว่าสามารถสูบบุหรี่ได้อย่างปกติ มีร้านค้าขายบุหรี่จำนวนมากในค่ายทหาร โดยไม่มีนโยบายและการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เลิกบุหรี่ จึงเป็นการยากที่จะดำเนินการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในพลทหาร การดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพียงกลุ่มเล็ก ๆ อาจไม่ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม ถ้าหากภาพรวมเกือบทั้งหมดสามารถชักจูงให้มีการสูบบุหรี่ได้อย่างง่ายดาย

## 4. การให้รางวัลแก่ผู้มีความตั้งใจเลิกบุหรี่

งานวิจัยนี้มีการประกวดรายกลุ่ม และรายบุคคล โดยการประกวดรายกลุ่ม จะมีการอัดคลิปกิจกรรมที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ ส่วนรายบุคคล มีการประกวดการใช้สมุดบันทึกจำนวนบุหรี่อย่างสม่ำเสมอ เมื่อจบงานวิจัย พบว่ามีกลุ่มที่อัดคลิปวิดีโอส่งมาเพียง 1 กลุ่ม และไม่มีใครสนใจใช้สมุดบันทึกบุหรี่เพื่อรางวัลแต่อย่างใด แสดงให้เห็นว่าการใช้รางวัลแก่ผู้ที่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่อาจไม่ใช่สิ่งที่ช่วยกระตุ้นหรือเป็นแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มพลทหารในงานวิจัยนี้ โดยการให้รางวัลที่ได้ผลมักเป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจจริงในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรืออาจจะเป็นผู้ที่ดูแลสุขภาพเป็นปกติอยู่แล้ว

## 5. การใช้ไลน์ให้ความรู้/แจ้งเตือน

ปัจจุบันเป็นยุคที่มีการใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน และโซเชียล มีเดียเป็นวงกว้าง โดยที่ไลน์เป็นแอปพลิเคชันที่มีในโทรศัพท์เกือบทุกคน สามารถส่งข้อความ เสียง รูปภาพ และคลิปวิดีโอได้อย่างสะดวกรวดเร็ว จึงใช้ไลน์เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร มีการแจ้งเตือนให้ใช้สมุดบันทึกบุหรี่ กระตุ้นให้เลิกบุหรี่ แจ้งเตือนการนัดชุดหินปูน กัดจุดสะท้อนเท้า รวมไปถึงการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การใช้ไลน์มีประโยชน์ ทำให้ได้รับข่าวสารสะดวกและรวดเร็ว แต่อาจจะไม่ใช้กิจกรรมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้ เนื่องจากจะไม่มีโอกาสทราบได้ว่าผู้ที่ได้รับสารปลายทางได้อ่านข้อความจริงหรือไม่ และไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร เห็นเพียงข้อความ แต่ไม่ทราบว่าผู้ส่งสารหรือผู้รับสารมีความคิด หรือรู้สึกอย่างไรในขณะนั้น การส่งข้อความที่ดีและมากจนเกินไป อาจทำให้ผู้รับสารรู้สึกรำคาญได้ ดังนั้นการกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ทางไลน์จึงไม่ใช่ทางเลือกที่ดีมากนัก ควรใช้บุคคลในพื้นที่ที่มีความเข้าใจ อันดีในการปรับพฤติกรรมเลิกบุหรี่ของบริบทนั้นเป็นผู้กระตุ้น

## 6. สมุดบันทึกการสูบบุหรี่

มีส่วนของเนื้อหาความรู้สอดแทรกระหว่างตารางที่ใช้บันทึกการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นคู่มือและสื่อในการประกอบโปรแกรมสุขศึกษา โดยมีการออกแบบให้สมุดสามารถเขียนบันทึกการสูบบุหรี่แบบไดอารี่ และใช้เป็นสมุดนัดเพื่อขุดหินปูนและกวดจุดสะท้อนเท้าได้ การบันทึกการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ช่วยเตือนถึงจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ซึ่งถ้าหากผู้สูบบุหรี่มีเป้าหมายในการเลิกบุหรี่อย่างชัดเจน จะถือเป็นการกระตุ้นอย่างหนึ่งเมื่อได้เห็นความคืบหน้าในการลดจำนวนบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตาม การบันทึกการสูบบุหรี่อาจไม่ใช่วิธีที่เหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่ทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุน้อย เนื่องจากมีความยุ่งยากในการใช้งาน ต้องบันทึกทุกวัน กลายเป็นภาระมากกว่าเป็นการกระตุ้น จึงทำให้เป็นกิจกรรมหลักที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้น้อยที่สุด

## 7. การขุดหินปูน

เป็นกิจกรรมเสริมที่จัดทำขึ้นเพื่อมีจุดประสงค์ในการตรวจฟัน ทำความสะอาดสุขภาพช่องปาก แจ้งผลการตรวจฟันและเพื่อกระตุ้นให้พลทหารเลิกบุหรี่ในระหว่างการขุดหินปูน พลทหารบางคนมีคราบสีฟัน ก็จะอธิบายให้พลทหารทราบถึงสาเหตุของการเกิดคราบสีฟันซึ่งมาจากคราบบุหรี่และให้ดูในกระจกไปพร้อมกัน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ทำให้มีระยะเวลาในการพูดคุยเป็นรายบุคคลถึง 30 นาทีขึ้นไป ทำให้สามารถใช้กิจกรรมนี้ในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจผู้ร่วมงานวิจัยแต่ละคนได้มากขึ้น ช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมงานวิจัยได้เป็นอย่างดี โดยจะไม่ถามและกระตุ้นเฉพาะเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ แต่จะถามถึงเรื่องราวทั่วไปในชีวิตประจำวันด้วย เพื่อไม่ให้กดดันผู้เข้าร่วมงานวิจัยมากเกินไป เนื่องจาก การขุดหินปูนเป็นกิจกรรมเสริม มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 15 คน ทำให้บางคนที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ได้ลงคะแนนให้ หรือลงคะแนนในลำดับท้าย จึงทำให้กิจกรรมขุดหินปูนได้คะแนนน้อย แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าในระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10) กิจกรรมขุดหินปูนได้คะแนนในลำดับที่ 5 มากกว่าการใช้สมุดบันทึกการสูบบุหรี่ซึ่งเป็น

กิจกรรมหลัก แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน น่าจะมีโอกาสที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้มากกว่ากิจกรรมที่ดำเนินโดยผู้เข้าร่วมงานวิจัยเพียงลำพัง นอกจากนี้การขุดหินปูนก็ทำให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ประโยชน์ 2 ต่อ ได้รับการรักษาทางทันตกรรม และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทันตสุขภาพ รวมไปถึงความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ด้วย

## 8. การกวดจุดสะท้อนเท้า

เป็นกิจกรรมเสริมที่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 13 คน จึงทำให้ได้คะแนนน้อยที่สุดเป็นลำดับที่ 8 เมื่อมีการสอบถามรายบุคคลเฉพาะผู้เข้าร่วมกิจกรรมกวดจุดสะท้อนเท้า ส่วนมากมักตอบว่าไม่รู้สึกระไร ไม่ช่วยทำให้อาการอยากสูบบุหรี่ลดลง โดยมีเพียงแค่ 1 คนบอกว่า “รู้สึกอยากสูบบุหรี่ลดลง สูบบุหรี่แล้วไม่ร่อยเหมือนเดิม” ซึ่งสอดคล้องกับการทำโครงการกวดจุดสะท้อนเท้าเพื่อเลิกบุหรี่ของ สสส. พบว่าการกวดจุดสะท้อนเท้าทำให้สูบบุหรี่แล้วรู้สึกเหม็น รสชาติขม แต่อย่างไรก็ตามด้วยระยะเวลาในการนัดและข้อจำกัดในการทำงานของพลทหาร ทำให้ไม่สามารถนัดพลทหารเพื่อกวดจุดสะท้อนเท้าเป็นระยะเวลา 10 วันต่อเนื่องกัน (การกวดจุดสะท้อนเท้าและติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 10 วัน ทำให้เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 30.3)<sup>(16)</sup> โดยสามารถนัดได้แค่อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง จึงทำให้ไม่เห็นผลในการลดและเลิกบุหรี่จากกิจกรรมกวดจุดสะท้อนเท้าในงานวิจัยนี้อย่างชัดเจน

## สรุป

เมื่อจบงานวิจัย พลทหารสูบบุหรี่ลดลงเฉลี่ย 2.7 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 25.2 เมื่อเทียบกับก่อนเริ่มงานวิจัย มีแนวโน้มที่จะเลิกสูบบุหรี่ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 ของผู้เข้าร่วมงานวิจัย โดยได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนเริ่มงานวิจัย กิจกรรมหลักในงานวิจัยที่พลทหารคิดว่ามีโอกาสทำให้เลิกบุหรี่ได้ 3 ลำดับแรก คือ การสอนแปรงฟัน โดยให้แปรงฟันแทนการสูบบุหรี่ การดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับ



บุหรี กิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยกิจกรรมเสริมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรีได้ คือ การชุดหินปูน

#### ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ

1. กิจกรรมที่ควรมีในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป คือ กิจกรรมการสอนแปรงฟัน โดยให้แปรงฟันแทนการสูบบุหรี การดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับบุหรี กิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการชุดหินปูน เนื่องจากเป็นกิจกรรมหลักและกิจกรรมเสริมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรีได้ นอกจากนี้ก็ยังเป็นกิจกรรมที่ไม่รบกวนเวลาของพลทหารมากจนเกินไป เพราะเป็นส่วนหนึ่งในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาและการรักษาทางทันตกรรม

2. กิจกรรมที่ควรตัดออกในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป คือ การให้รางวัลแก่ผู้มีความตั้งใจเลิกบุหรี การใช้ไลน์ให้ความรู้/แจ้งเตือน การใช้สมุดบันทึกการสูบบุหรี และการกดจุดสะท้อนเท้า เนื่องจากเป็นกิจกรรมหลักและกิจกรรมเสริมที่มีโอกาสทำให้เลิกบุหรีได้น้อย การให้รางวัลไม่ใช่แรงจูงใจสำหรับการทำโครงการเลิกบุหรีในผู้ที่ไม่มีควมตั้งใจจะเลิกบุหรี ส่วนการใช้ไลน์และการใช้สมุดบันทึกนั้นเป็นการรบกวนเวลาส่วนตัวของพลทหาร

3. การจัดโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มพลทหารไม่ควรใช้ระยะเวลาเกิน 1 ชั่วโมง เนื่องจากถ้าใช้ระยะเวลานานจะทำให้พลทหารไม่มีสมาธิ และไม่ให้ความสนใจ ควรทำกิจกรรมโดยสรุปเป็นประเด็นสั้น ๆ และเข้าใจง่าย

4. ปรับปรุงสมุดบันทึกบุหรี ให้เป็นเพียงคู่มือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรีและสมุทรรักษาทางทันตกรรมเท่านั้น เนื่องจากการมีคู่มือระหว่างการจัดโปรแกรมสุขศึกษาทำให้สามารถอ่านเองได้ หากฟังความรู้เกี่ยวกับบุหรีไม่ทัน

5. การกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อเลิกบุหรี ควรแยกเป็นอีกงานวิจัย และควรทำในกลุ่มผู้สูบบุหรีที่มีความตั้งใจในการเลิกบุหรีและสามารถนัดกดจุดได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 10 วัน เพื่อให้เห็นผลที่ชัดเจน

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี ที่อนุญาตให้ใช้สถานที่และสนับสนุนให้ทำการนำร่องส่งเสริมการเลิกบุหรีในพลทหาร ขอขอบคุณแผนกทันตกรรม หน่วยเสนารักษ์ แผนกแพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่ทุกคน และพลทหารสังกัดหน่วยเสนารักษ์ โรงพยาบาลค่ายอิงคยุทธบริหาร ที่ให้ความช่วยเหลือ ติดต่อประสานงานและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการดำเนินงานวิจัย นอกจากนี้ก็ขอขอบคุณคณะทันตแพทยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนแก้ไขปัญหามุมชนภาคใต้

#### เอกสารอ้างอิง

1. นุจรี พาณิชย์เจริญรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก สภาวะช่องปาก กับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของพลทหารแรกเข้าในค่ายเสนาณรงค์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
2. Sutthavong S, Ukritchon S, Rangsin R. Oral health survey of the military personnel deployed to the southernmost provinces of Thailand. J Med Assoc Thai 2014;97:60-7.
3. ประกิต วาทีสาธกกิจ. 50 คำถามสำหรับผู้สูบและไม่สูบบุหรี. นนทบุรี: นนทพิมพ์พริ้นติ้ง; 2555.
4. สมเกียรติ วงษ์ทิม. ร่างกายของคุณจะเป็นอย่างไรหลังจากเลิกสูบบุหรี [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 27 เม.ย. 62]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/December-2016/quit-smoking-benefits>
5. ปิยะมาศ สวนกุล, นิรัตน์ อิมามิ, มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ขวัญใจ อำนวยสัตย์ชื้อ. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลิกสูบบุหรีของทหารเกณฑ์ในค่ายวิภาวดีรังสิต จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารสุขศึกษา 2552; 32:33-47.
6. จรณิต แก้วกั้งवाल, ประตาป สิงหตีวานนท์. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิติสุทธิธรรม, ชัยนต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก.

- กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554. หน้า 107-43.
7. ปรัชพร กลีบประทุม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
  8. ประไพพิมพ์ สุธีวสินนท์, ประสพชัย พสุนนท์. กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ 2559;29:31-48.
  9. มนต์ชัย เทียนทอง. การวิจัยเชิงทดลอง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 พ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://home.dsd.go.th/kamphaengphet/km/information/RESECARCH/>
  10. ชลดา ไชยกุลวัฒนา, ประกายดาว สุทธิ, วิชาญย์ ใจมาลัย. พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;27:57-67.
  11. มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, กรกนก ลัธ-ธันท์, ศรัณญา เบญจกุล, ททัยชนก พรรคเจริญ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เสี่ยงภายในภาคใต้ของไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2556;29:82-95.
  12. กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย ปี 2554 จำแนกตามพื้นที่ในความรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2555.
  13. ปริญญา จิตอร่าม. แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยทันตสุขภาพเพื่อลด-ละ-เลิก บุหรี่. วารสารทันตภิบาล 2558;26:84-90.
  14. Sheiham A, Watt R. The commn risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol 2000;28:399-406.
  15. Berlo D. The process of communication; an introduction to theory and practice. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1960.
  16. ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ทางเลือกเพื่อลด ละ เลิกบุหรี่. กรุงเทพมหานคร: โคคูแอนด์โค; 2560.

**Abstract: A Promotion of Smoking Cessation of Privates in Fort Ingkhayutthaborihan, Pattani Province: a Pilot Study**

Nutcharee Panicharoenrat, M.Sc. (Oral Health Sciences)\* \*\*\*\*\*; Samerchit Pithpornchaiyakul, M.Sc. (Epidemiology)\* \*\*; Sukanya Tianviwat, Ph.D. (Epidemiology)\* \*\*\*\* \*\*\*\*\*; Paesah Cheklong, B.TM.\*\*\*\*\*

\* Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University; \*\* Improvement of Oral Health Care Research Unit, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University; \*\*\* Common Oral Diseases and Epidemiology Research Center, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University; \*\*\*\* Evidence-Based Dentistry for Oral Health Care and Promotion Research Unit, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University; \*\*\*\*\* Fort Ingkhayutthaborihan Hospital, Pattani Province, Thailand  
*Journal of Health Science 2020;29:48-61.*

This research aimed to study a promotion of smoking cessation of privates in Fort Ingkhayutthaborihan, Pattani Province during 5 January – 16 March 2019. The samples comprised of 29 medical privates in Fort Ingkhayutthaborihan hospital that were current smokers. The study was composed of 3 times of health education program, teeth cleaning and foot reflexology. Data were collected by questionnaire interviewing in 3 phases: pre intervention phase, post intervention phase on the 6<sup>th</sup> week and follow up phase on the 10<sup>th</sup> week. Data analysis was performed by using descriptive statistics and repeated measure ANOVA. The results showed that privates smoked an average of 10.7, 9.2 and 8.0 cigarettes/day, had the knowledge mean scores about cigarette 4.6, 6.6 and 6.1 points, had the perceived self-efficacy mean scores to quit smoking 35.9, 38.3 และ 37.5 points in pre intervention phase, post intervention phase and follow up phase respectively. Ten privates from this study tended to quit smoking. In summary, privates decreased the number of cigarettes 25.2% and tended to quit smoking 34.5% of total samples. They increased the knowledge score about cigarette and the perceived self-efficacy score to quit smoking without statistical significance after completing this pilot study. Main and additional activities that had the opportunity to quit smoking were teeth brushing training instead of smoking, watching clip VDO about cigarette, group activity for sharing their experiences and teeth cleaning.

**Keywords:** promotion of smoking cessation; privates; pilot study

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิต- ชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนของจังหวัดปทุมธานี

นายิกา ใจดี พย.บ. (การพยาบาล), วท.ม. (บริหารสาธารณสุข)\*

กาญจนวรรณ บัวจันทร์, ส.ม. (การจัดการบริการสาธารณสุข)\*

ยอดชาย สุวรรณวงศ์, ค.ด. (การศึกษานอกระบบโรงเรียน)\*\*

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

\*\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

วันรับ: 26 ก.ย. 2562

วันแก้ไข: 18 พ.ย. 2562

วันตอบรับ: 26 พ.ย. 2562

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน และพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนของจังหวัดปทุมธานี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ และผู้รับผิดชอบด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน คือ (1) ระบบฐานข้อมูลชุมชน (2) สื่อและแหล่งเรียนรู้ของชุมชน (3) กิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน (4) องค์การภาคีเครือข่ายด้านสิ่งแวดล้อม และ (5) ต้นแบบการปฏิบัติที่ดีด้านสิ่งแวดล้อม และรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน มี 5 องค์ประกอบ คือ (1) แนวคิด: จิตสำนึกความรับผิดชอบต่อ ภูมิปัญญาชุมชน (2) หลักการ: สร้างจิตสำนึก ส่งเสริมการเรียนรู้ สร้างการมีส่วนร่วม (3) เป้าหมาย: ความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน (4) กระบวนการ: สร้างกระแสสังคม ปลุกจิตสำนึก พัฒนาแหล่งเรียนรู้ จัดเวทีสาธารณะ ดำเนินการแบบมีส่วนร่วม ส่งเสริมต้นแบบที่ดี และ (5) การประเมินผล: การพึ่งพาตนเอง องค์ความรู้ของชุมชน เครือข่ายด้านสิ่งแวดล้อม โดยรูปแบบมีประโยชน์ต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชน ระดับมาก (Mean=3.54, SD=0.574) และมีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้จริงในจังหวัดปทุมธานี ระดับมาก (Mean=3.41, SD=0.875) โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อรูปแบบ 2 ปัจจัย คือ การมีแกนนำอาสาสมัครจิตอาสาด้านสิ่งแวดล้อม และการมีเทคโนโลยีของชุมชน

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ; การจัดการสิ่งแวดล้อม; วิถีชีวิตชุมชน; ความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

## บทนำ

วิกฤตการณ์ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กำลังขยายตัวและกลายเป็นปัญหาที่กระทบต่อนานา

ประเทศทั่วโลกในปัจจุบัน<sup>(1)</sup> ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน นานาประเทศที่กำลังเผชิญกับปัญหาสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็น ผลจากการมุ่งพัฒนาเศรษฐกิจโดยอาศัยฐานทรัพยากร-

ธรรมชาติเป็นปัจจัยพื้นฐานในการผลิตเพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันให้ทัดเทียมกับนานาประเทศ ทำให้ทรัพยากรธรรมชาติของประเทศร่อยหรอและคุณภาพสิ่งแวดล้อมทรุดโทรมลงอย่างต่อเนื่อง<sup>(2)</sup> อีกทั้งปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ซึ่งจากรายงานข้อมูลโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมเพิ่มสูงขึ้น โดยพบสถานการณ์โรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในผู้ป่วย 10,312 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 17.12 ต่อประชากรแสนราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2559 ที่พบผู้ป่วย 8,689 ราย อัตราป่วย 14.47 ต่อประชากรแสนราย<sup>(3)</sup>

ในปี 2559 จังหวัดปทุมธานีมีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในเขตเทศบาลประมาณ 587.7 ตันต่อวัน ในขณะที่สามารถเก็บขนได้ประมาณ 485 ตันต่อวัน จึงทำให้มีปริมาณขยะมูลฝอยที่ตกค้างประมาณ 102.7 ตันต่อวัน ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหากลิ่นเหม็น ปัญหาน้ำเสีย ปัญหาสุขภาพ และก่อให้เกิดทัศนียภาพที่ไม่สวยงาม<sup>(4)</sup> และจากรายงานของกระทรวงอุตสาหกรรม โดยศูนย์รับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการประกอบกิจการโรงงาน ระบุว่าในช่วงระยะเวลา 10 เดือนระหว่างเดือนตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560 จังหวัดปทุมธานี มีกรณีการร้องเรียนและเหตุภาวะฉุกเฉินจากโรงงานอุตสาหกรรม สูงที่สุด รวมจำนวนการร้องเรียนทั้งสิ้น 427 เรื่อง โดยปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการที่โรงงานบางแห่งลักลอบไม่ปฏิบัติตามกฎหมายหรือไม่ดำเนินการป้องกันด้านสิ่งแวดล้อม โดยเป็นเรื่องกลิ่นเหม็น เสียงดัง ฝุ่นละอองและเขม่าควัน น้ำเสียประกอบกิจการโดยไม่ได้รับอนุญาต กากของเสียอันตรายและสิ่งปฏิกูล และเหมืองแร่<sup>(5)</sup> และกรมควบคุมมลพิษสรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2561 จากผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศ พบว่า จังหวัดปทุมธานี เป็นหนึ่งใน 41 จังหวัดที่พบฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 อยู่ในระดับสูง โดยพบสูงที่สุดในตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง โดยมีปริมาณฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5

ไมครอน (PM 2.5) มีค่า 91 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) อยู่ในเกณฑ์มีผลกระทบต่อสุขภาพ<sup>(6)</sup>

จังหวัดปทุมธานีได้กำหนดแนวทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศและสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับแผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2560–2564 โดยจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดปทุมธานี 4 ปี (พ.ศ. 2561–2564) ซึ่งกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้ได้รับการสงวนรักษาไว้ใช้ประโยชน์อย่างยาวนาน คงความอุดมสมบูรณ์โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะและน้ำเสีย โดยนำยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมระดับชุมชนอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ<sup>(7)</sup> อย่างไรก็ตาม แม้หน่วยงานทุกภาคส่วนจะพยายามแก้ไขปัญหาด้านมลพิษทางอากาศและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง แต่จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านมลพิษทางอากาศและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันยังมิได้ลดน้อยลงตามเป้าหมาย เนื่องจากเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยน และจะต้องมีกระบวนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันต้องส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการเสริมสร้างพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างรู้คุณค่า พร้อมกับการสร้างวัฒนธรรมของชุมชน โดยกระบวนการดังกล่าวจำเป็นต้องเร่งสร้างให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และต้องมีต้นแบบของชุมชนที่ประสบความสำเร็จในด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อเป็นแบบอย่างในการเรียนรู้และเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้กับชุมชนต่าง ๆ ได้นำไปปฏิบัติได้ ซึ่งกระบวนการในการพัฒนาเพื่อเป็นชุมชนต้นแบบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน เป็นหนึ่งในองค์ความรู้ที่สำคัญในการสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง และเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนให้สังคมไทยสามารถดำรงไว้ซึ่งทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมของชาติ และลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหามลพิษทางอากาศและสิ่งแวดล้อม

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการ

จัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนของจังหวัดปทุมธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน<sup>(8)</sup> และนำเสนอผลการวิจัยให้กับองค์กรและหน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนหน่วยงานเกี่ยวข้องใช้เป็นข้อมูลเชิงวิชาการสำหรับพิจารณาการกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ที่มีลักษณะความเป็นเขตเมือง อีกทั้งเป็นองค์ความรู้ทางเลือก สำหรับส่งเสริมชุมชนต้นแบบและแหล่งเรียนรู้ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนของสังคมไทยต่อไป

### วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2562 ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบของชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ

1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในเชิงวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม จากสถาบันการศึกษาหรือองค์กรภาครัฐ จำนวน 5 คน

2) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ปราชญ์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือผู้นำที่มีบทบาทด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนต้นแบบของจังหวัดปทุมธานี จำนวน 7 คน โดยเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลแบบวิเคราะห์เนื้อหา สรุปผลการศึกษาและนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาเป็นเครื่องมือในการศึกษาระยะที่ 2

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน เป็นการวิจัยเชิงปริมาณสร้างร่างรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิต

ชุมชนฯ (ร่างที่ 1) โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยระยะที่ 1 จำแนกตามองค์ประกอบของรูปแบบโครงสร้างทางความคิด (Semantic Model) และสร้างเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความหมาย แนวคิด หลักการ เป้าหมาย กระบวนการ การประเมินผล และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนของปราชญ์ชุมชน อสม. ผู้นำชุมชน และเยาวชน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.40 และกำหนดค่า Z เท่ากับ 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ( $\alpha=0.05$ ) และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.0 รวมกลุ่มตัวอย่าง 406 คน เลือกด้วยวิธีแบบสุ่มหลายขั้นตอน จากทุกอำเภอในจังหวัดปทุมธานี และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีความคิดเห็นระดับมากที่สุดมาสรุปเป็นร่างรูปแบบฯ (ร่างที่ 2) จากนั้นตรวจสอบความเหมาะสมเชิงโครงสร้างของรูปแบบฯ โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ใช้แบบสอบถามรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสรุปเป็นรูปแบบฯ (ร่างที่ 3) และนำรูปแบบไปทดสอบใช้ในการศึกษาระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ทดสอบใช้รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ในขั้นตอนนี้เลือกพื้นที่ศึกษาชุมชนเมือง 1 แห่ง และชนบท 1 แห่ง ทดลองใช้รูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตแบบมีส่วนร่วม<sup>(9)</sup> ในชุมชนทั้ง 2 แห่งอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือที่ใช้ คือ (1) คู่มือแนะนำการใช้รูปแบบฯ (2) แบบสังเกต และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา หลังครบระยะเวลาทดสอบใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยตรวจสอบความเหมาะสมด้านประโยชน์ และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ มาใช้จริง และเงื่อนไขในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในชุมชนปทุมธานี รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามสุ่มอย่างง่ายเลือกจากผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนทดสอบใช้รูปแบบฯ จำนวน 50 คน/ชุมชน ได้แก่ ปราชญ์ชุมชน อสม. ผู้นำชุมชน ประชาชน และเยาวชน และวิเคราะห์ข้อมูล

## การพัฒนาารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม

ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างชุมชนเมือง และชนบทด้วยค่าสถิติ t-test และรวบรวมข้อมูลเงื่อนไขการใช้รูปแบบฯ ด้วยการสนทนากลุ่ม<sup>(10)</sup> จากตัวแทนของผู้ทรงวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนทดลองใช้รูปแบบฯ จำนวน 17 คน โดยเลือกแบบเจาะจง และวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนของจังหวัดปทุมธานี (ฉบับสมบูรณ์)

### ผลการศึกษา

1. องค์ประกอบของชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

ชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน คือ ชุมชนมีจิตสำนึกความรับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม มีความรู้ และทักษะสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลรักษาฟื้นฟู อนุรักษ์ ใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมภายใต้บริบทสังคม

วัฒนธรรมของชุมชนได้ มีองค์ความรู้และมีต้นแบบ (Best Practice) ทั้งที่เป็นบุคคล และเป็นสถานที่แหล่งเรียนรู้ และขยายผลถ่ายทอดความรู้ไปสู่ชุมชนอื่น ๆ ได้ มีองค์ประกอบ 5 ด้าน (ดังภาพที่ 1)

1) ด้านระบบฐานข้อมูลชุมชน โดยชุมชนรับรู้ร่วมกัน ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวิเคราะห์ชุมชนเพื่อตัดสินใจในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน

2) ด้านสื่อ และศูนย์กลางการเรียนรู้ของชุมชน โดยสื่อและแหล่งเรียนรู้ของชุมชน เป็นเครื่องมือสำหรับสร้างกระบวนการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมให้กับสมาชิกในชุมชน และสื่อสารข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ และความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมของสมาชิกในชุมชน ทั้งสื่อบุคคล และสื่อประเภทวัสดุ อุปกรณ์ เทคนิควิธีการหรือรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมตามบริบทชุมชน

3) ด้านกิจกรรมของชุมชนด้านสิ่งแวดล้อม ชุมชนจะต้องขับเคลื่อนให้มีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นเสมือนการทำให้เรื่องสิ่งแวดล้อมอยู่ในกระแสการพูดคุยของสมาชิกในชุมชนและเหมือนอยู่ในชีวิตประจำวันของคนในชุมชน

4) ด้านองค์รภาคีเครือข่ายด้านสิ่งแวดล้อม ชุมชน

ภาพที่ 1 องค์ประกอบชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน



มีองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือดำเนินภารกิจเกี่ยวกับด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งที่เป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม มีส่วนร่วมในการเสริมจุดแข็งหรือเพิ่มโอกาสให้ชุมชนดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมภายใต้บริบทของชุมชนเอง

5) ด้านต้นแบบการปฏิบัติที่ดีด้านสิ่งแวดล้อม อาจเป็นบุคคล ครอบครัว และกลุ่มหรือชมรมที่อาศัยอยู่ในชุมชน และได้รับการยอมรับหรือได้รับการยกย่องว่าเป็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีของการอนุรักษ์ การฟื้นฟู การใช้ประโยชน์ การพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสิ่งแวดล้อมของชุมชน

2. รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน หมายถึง โครงสร้างทางความคิดที่อธิบายให้เข้าใจถึงแนวคิด หลักการ เป้าหมาย กระบวนการ การประเมินผล และองค์ประกอบของวิธีการหรือแนวทางที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการส่งเสริมศักยภาพของชุมชน ให้มีความรู้ ความตระหนักรับผิดชอบสามารถพึ่งพาตนเองและเชื่อมโยงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย เพื่อการดูแลรักษาอนุรักษ์ ฟื้นฟู และใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมในชุมชนได้อย่างเหมาะสมไปกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน โดยมีของโครงสร้างรูปแบบดังนี้

1) แนวคิดของรูปแบบ (conceptual) คือ ความเชื่อพื้นฐานของรูปแบบฯ พบว่า ชุมชนในจังหวัดปทุมธานีมีความเชื่อ 2 เรื่อง คือ การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมเป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชน และการใช้ภูมิปัญญาชุมชนเป็นแนวทางการเรียนรู้เพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

2) หลักการของรูปแบบ (principles) คือ แนวทางในการปฏิบัติของรูปแบบฯ พบว่า ชุมชนในจังหวัดปทุมธานีเห็นว่าต้องดำเนินการตามแนวทางหลัก 3 ด้าน คือ (1) การสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อด้านสิ่ง-

แวดล้อมให้กับชุมชน (mindset) (2) การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมให้กับชุมชน (community learning) และ 3) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participatory) ในการจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชนเสมือนทุกคนเป็นเจ้าของทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในชุมชน และเข้ามามีบทบาทในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชน

3) เป้าหมายของรูปแบบ (goals) คือ ผลลัพธ์หรือความคาดหวังของรูปแบบฯ จะส่งผลใน 2 ด้าน คือ (1) คนมีความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม (environment literacy) และเป็นต้นแบบด้านสิ่งแวดล้อม (role model) และ (2) ชุมชนสามารถพัฒนาแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม และเป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบ (best practice)

4) กระบวนการเรียนรู้ของรูปแบบ (processes) คือ ขั้นตอนของรูปแบบในการเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน มี 6 ขั้นตอน คือ

4.1 สร้างกระแสสังคมด้านสิ่งแวดล้อม (Social trend) เป็นขั้นตอนการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ร่วมของคนในชุมชนและทำให้ชุมชนให้ความสนใจและนำมาเป็นประเด็นของการสนทนาระหว่างสมาชิกในชุมชน โดยทำอย่างต่อเนื่องให้เป็นเสมือนส่วนหนึ่งของวิถีชุมชน

4.2 การปลูกและปลุกจิตสำนึกด้านสิ่งแวดล้อม (Community Awareness) เป็นขั้นตอนในการสร้างความตระหนักต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแล อนุรักษ์และรักษาสิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยมุ่ง “ปลุกจิตสำนึก” ในกลุ่มเด็กและเยาวชน และมุ่ง “ปลุกจิตสำนึก” ในกลุ่มผู้ใหญ่

4.3 พัฒนาแหล่งเรียนรู้และกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนด้านสิ่งแวดล้อม (resource and community learning) เป็นขั้นตอนในการสร้างองค์ความรู้ให้กับสมาชิกในชุมชน สามารถเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ ที่มีความเชื่อมโยงกับภูมิปัญญาของชุมชน ซึ่งแหล่งเรียนรู้อาจเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้เฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมหรือเชื่อมโยงเกี่ยวกับองค์ความรู้ด้านอื่นๆ ของชุมชนที่ชุมชนนิยม และเข้าถึงได้ง่าย

4.4 การจัดเวทีสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน



(public meeting) เป็นการสนทนาหารือในประเด็นเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่สมาชิกในชุมชนสนใจ โดยเน้นการให้ข้อมูล การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยข้อมูลจากการจัดเวทีสาธารณะจะนำไปประกอบการพิจารณาหรือการตัดสินใจในการดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน

4.5 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน (community participation) เป็นขั้นตอนที่ผู้นำชุมชน หรือองค์กรชุมชนที่มีบทบาทในการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมที่เป็นอิสระ ในการร่วมคิด เสนอแนะความต้องการ ร่วมวิเคราะห์บนพื้นฐานวิถีบริบทชุมชนและตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมที่สุดกับชุมชน ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผิดชอบกับประโยชน์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4.6 ส่งเสริมต้นแบบด้านสิ่งแวดล้อม (best practice) เป็นขั้นตอนของการค้นหา สนับสนุนและนำเสนอผลลัพธ์ที่ดีด้านสิ่งแวดล้อมของบุคคล ครอบครัวยุวมุม ที่ประสบความสำเร็จหรือมีผลงานการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมในด้านต่างๆ แล้วสรุปออกมาเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในด้านใดด้านหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมของชุมชน และนำเสนอต่อชุมชนเพื่อเป็นแบบอย่างหรือแนวทางในการนำไปปฏิบัติ

5. การประเมินผลของรูปแบบ (evaluation) จะต้องสะท้อนความสำเร็จของการเป็นชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ได้จาก 3 ด้าน คือ

5.1 ชุมชนสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก (self-reliance/sustainable community) สามารถร่วมกันจัดการกับปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องจนเป็นวิถีชีวิตของชุมชน

5.2 ความรอบรู้/องค์ความรู้ (community literacy) คนมีความรู้ ทักษะในการดูแลสิ่งแวดล้อม สำหรับใช้ดูแลอนุรักษ์ พัฒนาและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและ

สามารถถ่ายทอดได้

5.3 เครือข่ายด้านสิ่งแวดล้อม (environment network) โดยชุมชนมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน องค์กรชุมชน โรงเรียน สถาบันการศึกษา และประชาชนในชุมชนเป็นเครือข่ายในการติดตาม ตรวจสอบ เฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชน

โดยรูปแบบฯ มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน ในระดับมาก (Mean=4.13, SD=0.711) และมีความเหมาะสมเชิงโครงสร้างของรูปแบบการในระดับมาก (Mean=3.85, SD=0.512) (ตารางที่ 1)

3. ผลการทดสอบใช้รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน มีประโยชน์ต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมระดับมาก (Mean=3.54, SD=0.574) และมีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ เสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมในระดับ มาก (Mean=3.41, SD=0.875) (ตารางที่ 2) โดยชุมชนเมืองและชุมชนชนบท มีความคิดเห็นไม่ต่างกัน (ตารางที่ 3) และปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลเชิงโอกาสและอุปสรรคของรูปแบบฯ คือ

1) ปัจจัยด้านอาสาสมัครด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน คือ ชุมชนที่มีสมาชิกในชุมชนมีความเป็นจิตอาสา หรือเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคมที่มีความสนใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของชุมชน จะเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนให้ชุมชนเกิดกระแสและความตระหนักรับผิดชอบด้านสิ่งแวดล้อมได้ง่ายขึ้น

2) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การที่ชุมชนมีศักยภาพด้านเทคโนโลยี จะส่งเสริมให้ชุมชนสามารถเรียนรู้ สื่อสาร และเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านวิชาการ หรือองค์ความรู้ที่ทันต่อยุคสมัยเกี่ยวกับด้านสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนของประชาชน และความเหมาะสมเชิงโครงสร้างของรูปแบบฯ ของผู้เชี่ยวชาญ

โครงสร้างรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชน จังหวัดปทุมธานี	ความสอดคล้องกับวิถีชุมชน			ความเหมาะสมเชิงโครงสร้าง		
	Mean	SD	ความหมาย	Mean	SD	ความหมาย
<b>ด้านแนวคิด/ความเชื่อ</b>						
- การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมเป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชน	4.27	0.761	มากที่สุด	4.12	0.121	มากที่สุด
- ภูมิปัญญาท้องถิ่นคือกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน	4.09	0.656	มากที่สุด	3.65	0.147	มากที่สุด
<b>ด้านหลักการ/แนวทางการปฏิบัติฯ</b>						
- การสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบด้านสิ่งแวดล้อมให้กับชุมชน	4.41	0.967	มากที่สุด	3.55	0.201	มากที่สุด
- การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมให้กับชุมชน	4.00	0.874	มากที่สุด	4.21	0.224	มากที่สุด
- การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	4.31	0.851	มากที่สุด	3.71	0.214	มากที่สุด
<b>ด้านเป้าหมาย/ความคาดหวัง</b>						
- สมาชิกของชุมชนมีความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมเกิดแหล่งเรียนรู้ต้นแบบ	4.20	0.789	มากที่สุด	3.87	0.151	มากที่สุด
- ชุมชนสามารถพัฒนาและแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง	3.98	0.365	มากที่สุด	3.87	0.441	มากที่สุด
<b>ด้านกระบวนการ/วิธีการขั้นตอน</b>						
- สร้างกระแสสังคมด้านสิ่งแวดล้อมให้เป็นประเด็นพูดคุยของชุมชนอย่างต่อเนื่อง	4.11	0.582	มากที่สุด	4.00	0.420	มากที่สุด
- การปลูกและปลูกจิตสำนึกด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างความตระหนักด้านสิ่งแวดล้อมให้สมาชิกในชุมชน	4.27	0.714	มากที่สุด	4.14	0.511	มากที่สุด
<b>ด้านกระบวนการ/วิธีการขั้นตอน</b>						
- พัฒนาแหล่งเรียนรู้และกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนด้านสิ่งแวดล้อม	3.97	0.455	มากที่สุด	3.77	0.451	มากที่สุด
- การจัดเวทีสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน	3.99	0.745	มากที่สุด	3.98	0.141	มากที่สุด
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน	4.32	0.652	มากที่สุด	4.01	0.347	มากที่สุด
- ส่งเสริมต้นแบบด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน	4.01	0.525	มากที่สุด	3.45	0.254	มากที่สุด
<b>ด้านการประเมินผล</b>						
- ชุมชนพึ่งพาตนเองสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมของชุมชนได้	4.03	0.741	มากที่สุด	3.87	0.312	มากที่สุด
- ความรอบรู้/องค์ความรู้คนมีความรู้ ทักษะในการดูแลสิ่งแวดล้อมและชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน	4.10	0.654	มากที่สุด	3.41	0.341	มากที่สุด
- ชุมชนมีเครือข่ายด้านสิ่งแวดล้อมในการติดตาม ตรวจสอบ เฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชน	3.93	0.957	มากที่สุด	4.01	0.312	มากที่สุด
<b>ด้านองค์ประกอบ/ปัจจัยที่จำเป็น</b>						
- มีแกนนำอาสาสมัครจิตอาสาที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน	3.99	0.518	มากที่สุด	3.53	0.317	มากที่สุด
- มีเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับชุมชนในการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมให้กับคนในชุมชน	3.97	0.841	มากที่สุด	4.21	0.212	มากที่สุด
<b>สรุป</b>	<b>4.13</b>	<b>0.711</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>3.85</b>	<b>0.512</b>	<b>มากที่สุด</b>

**การพัฒนาารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม**

**ตารางที่ 2 ประโยชน์ของรูปแบบและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้จริงสำหรับเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนในจังหวัดพุมธานี**

รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน	ประโยชน์ของรูปแบบฯ (N=100)			ความเป็นไปได้ในการใช้จริง (N=100)		
	Mean	SD	ความหมาย	Mean	SD	ความหมาย
<b>ด้านแนวคิดของรูปแบบฯ</b>						
- การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมเป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชน	4.34	0.476	มากที่สุด	3.98	0.676	มาก
- ภูมิปัญญาท้องถิ่นช่วยให้เกิดการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน	3.92	0.497	มาก	3.83	0.501	มาก
<b>ด้านหลักการของรูปแบบฯ</b>						
- สร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบด้านสิ่งแวดล้อมให้กับชุมชน	4.41	0.636	มากที่สุด	4.18	0.362	มาก
- ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมให้กับชุมชน	4.04	0.494	มาก	3.67	0.541	มาก
- สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	3.27	0.393	มาก	3.01	0.512	ปานกลาง
<b>ด้านเป้าหมายของรูปแบบฯ</b>						
- สมาชิกของชุมชนมีความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมเกิดแหล่งเรียนรู้ต้นแบบ	3.75	0.469	มาก	3.87	0.512	มาก
- ชุมชนสามารถพัฒนาและแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง	3.85	0.530	มาก	2.99	0.479	ปานกลาง
<b>ด้านกระบวนการของรูปแบบฯ</b>						
- สร้างกระแสสังคมด้านสิ่งแวดล้อมให้เป็นประเด็นพูดคุยของชุมชนอย่างต่อเนื่อง	3.46	0.469	มาก	3.14	0.615	ปานกลาง
- การปลูกและปลูกจิตสำนึกด้านสิ่งแวดล้อมให้เกิดความตระหนักด้านสิ่งแวดล้อม	3.66	0.542	มาก	3.58	0.490	มาก
- พัฒนาแหล่งเรียนรู้และกระบวนการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน	3.93	0.424	มาก	3.54	0.633	มาก
- การจัดเวทีสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน	3.84	0.686	มาก	3.52	0.584	มาก
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน	3.87	0.686	มาก	2.97	0.473	ปานกลาง
- สนับสนุนและส่งเสริมต้นแบบด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน	3.99	0.518	มาก	3.41	0.522	มาก
<b>ด้านการประเมินผล</b>						
- ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสิ่งแวดล้อมได้	3.86	0.531	มาก	3.76	0.447	มาก
- สมาชิกของชุมชนมีความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม	3.84	0.596	มาก	3.23	0.572	ปานกลาง
- มีเครือข่ายสนับสนุนชุมชนในด้านสิ่งแวดล้อม	4.10	0.359	มาก	4.01	0.522	มาก
<b>ด้านองค์ประกอบ/ปัจจัยสนับสนุน</b>						
- มีแกนนำอาสาสมัครจิตอาสาที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน	3.74	0.560	มาก	3.11	0.984	ปานกลาง
- มีเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับชุมชนในการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมให้กับคนในชุมชน	3.48	0.522	มาก	3.42	0.629	มาก
<b>รวม</b>	<b>3.54</b>	<b>0.574</b>	<b>มาก</b>	<b>3.41</b>	<b>0.875</b>	<b>มาก</b>

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้เสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ระหว่างชุมชนเขตเมืองและชุมชนเขตชนบท ในจังหวัดปทุมธานี

ชุมชน	จำนวน (N)	Mean	SD	T	p-value
เขตเมือง	50	3.58	0.629	4.471	0.058*
เขตชนบท	50	3.99	0.531		
รวม	100	3.74	0.541		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า สื่อและศูนย์กลางการเรียนรู้ของชุมชน เป็นองค์ประกอบสำคัญของการเป็นชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับกิจกรรมด้านกระบวนการของรูปแบบทั้งในแง่ของประโยชน์และการนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการในการพัฒนาการเรียนรู้ตามแนวคิดของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากสื่อและศูนย์กลางการเรียนรู้เป็นเครื่องมือในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับชุมชนมีความรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร และความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชนซึ่งสอดคล้องกับศักดิ์ศรี สืบสิงห์ และคณะ<sup>(11)</sup> ที่กล่าวไว้ว่าการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมศึกษาและการอนุรักษ์ป่าไม้จนได้รูปแบบที่ดีและใช้ประโยชน์ในอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและการอนุรักษ์ป่าไม้ได้

ด้านการใช้ภูมิปัญญาชุมชนเป็นแนวทางการเรียนรู้เพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน เป็นหนึ่งในแนวคิดสำคัญที่เป็นความเชื่อพื้นฐานของการพัฒนารูปแบบฯ เนื่องจากการดูแล อนุรักษ์ สิ่งแวดล้อมของชุมชนให้คงอยู่ และเกิดประโยชน์ต่อทุกคนในชุมชนจะต้องสอดคล้องกลมกลืนไปกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และบริบทของชุมชน และถ่ายทอดภูมิปัญญาของชุมชนจากรุ่นสู่รุ่น จะนำไปสู่การจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชนอย่างยั่งยืนซึ่งเป็นแนวคิดที่มีทิศทางเดียวกันกับสราวุธ คาน และสมกุลถาวรกิจ<sup>(12)</sup> กล่าวคือ หลักการและแนวคิดการอนุรักษ์

สิ่งแวดล้อมของชุมชนจะต้องอยู่บนพื้นฐานกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและวิทยาการด้านสิ่งแวดล้อมที่ผสมผสานเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต ภูมิปัญญาและสภาพแวดล้อมของชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน การฟื้นฟูและการสงวนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมและหายากและสอดคล้องกับพระใบฎีกา-สุพจน์ ตปสีโล<sup>(13)</sup> ที่กล่าวว่าแหล่งความรู้ชุมชน และแหล่งภูมิปัญญาชุมชนเป็นกลไกสำคัญทางสังคมที่นำมาใช้พัฒนาชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างความยั่งยืนอย่างแท้จริง

การสร้างกระแสสังคมด้านสิ่งแวดล้อม เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน กระตุ้นให้ชุมชนเกิดความสนใจเรื่องสิ่งแวดล้อมโดยต้องทำอย่างต่อเนื่องให้เป็นเสมือนส่วนหนึ่งของวิถีชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผ่องศรี สิทธิราช<sup>(14)</sup> ที่กล่าวว่าประชาชนโดยทั่วไปมีความรู้พื้นฐานเรื่องทรัพยากรธรรมชาติ มักให้ความสำคัญกับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในชีวิตประจำวัน และเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การรับรู้และความตระหนักในปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ปรากฏในท้องถิ่น

ปัจจัยด้านเทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสนับสนุนโดยชุมชนที่มีศักยภาพด้านเทคโนโลยี จะส่งเสริมให้ชุมชนสามารถเรียนรู้ สื่อสาร และเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านวิชาการหรือ

องค์ความรู้ที่ทันต่อยุคสมัยเกี่ยวกับด้านสิ่งแวดล้อม และนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับภูมิปัญญาและบริบทของชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับบัญญัติ โยธะกา<sup>(15)</sup> พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันของสมาชิกชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมของสมาชิกชุมชนที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชนไม่ว่าจะเป็นชุมชนเมืองหรือชุมชนชนบทของจังหวัดปทุมธานี จำเป็นต้องพัฒนาบนพื้นฐานเดียวกัน คือ การสร้างความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ชุมชนด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้กับภูมิปัญญาของชุมชนนั้นๆ และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้ชุมชนสนใจและเกิดความตระหนัก ซึ่งอาจเป็นเพราะจังหวัดปทุมธานีมีขยายตัวของสังคมเมืองเพิ่มและทำให้เกิดลักษณะของวัฒนธรรมร่วมดังที่กนกวรรณ พวงประยงค์<sup>(16)</sup> ได้กล่าวว่าปัจจุบันสังคมชนบทไทยได้เข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่สังคม ชนบทยุคใหม่ที่รับเอาความทันสมัยของระบบการผลิตการตลาดการค้า การบริโภค เทคโนโลยี การสื่อสาร แนวคิดการพัฒนาและนโยบายจากภาครัฐเข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้การใช้ชีวิตในสังคมชนบทไทยสมัยใหม่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับสังคมเมือง แต่อาจมีความแตกต่างกันในบางประเด็น เช่น มิติทางวัฒนธรรมหรือประเพณีท้องถิ่น

### สรุป

รูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน คือ โครงสร้างทางความคิดที่อธิบายให้เข้าใจถึงแนวคิด หลักการ เป้าหมาย กระบวนการ การประเมินผล และองค์ประกอบของแนวทางการส่งเสริมความตระหนักรับผิดชอบและศักยภาพของชุมชนด้านสิ่งแวดล้อม สามารถพึ่งพาตนเองโดยดูแลรักษา และใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลกลมกลืนไปกับวิถี

ชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน โดยใช้ภูมิปัญญาและทุนทางสังคมควบคุมการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ควรคำนึงถึงเมื่อนำรูปแบบไปใช้ปฏิบัติต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมีบทบาทและส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชน (ดังภาพที่ 2)

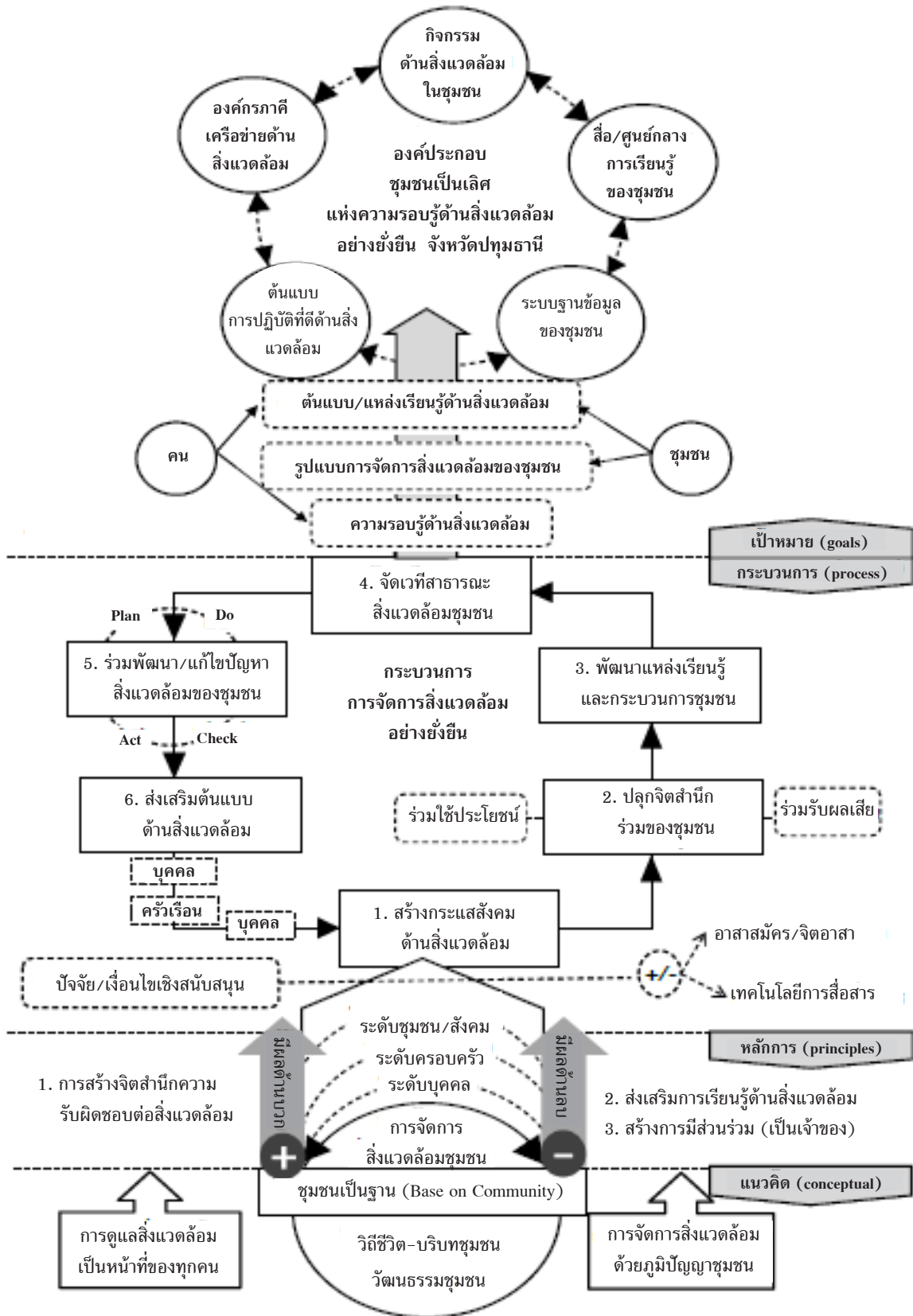
### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และคณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ตลอดจนนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาสับสนุนและให้คำแนะนำด้านวิชาการที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาเครื่องมือการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณอาสาสมัครในโครงการวิจัยทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. จิรากรณ์ คชเสนี. มนุษย์กับสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
2. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. แผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2560 – 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ม.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.onep.go.th/>
3. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560. นนทบุรี: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม; 2560.
4. สถิติจังหวัดปทุมธานี. วิเคราะห์สถานการณ์จังหวัดปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 พ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล:<http://osthailand.nic.go.th/>
5. สมชาย หาญหิรัญ. 10 เดือน จ.ปทุมธานีร้องเรียนปัญหาโรงงานมากที่สุด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 พ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: [www.voicetv.co.th/read/515245](http://www.voicetv.co.th/read/515245)

ภาพที่ 2 ผังโครงสร้างทางความคิดของรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน



## การพัฒนาารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมบนฐานวิถีชีวิตชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนเป็นเลิศแห่งความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม

6. กรมควบคุมมลพิษ. ฝุ่นพิษทั่วกรุง ปทุมธานี ฝุ่นสะสมมาก สมุทรปราการอากาศดีสุด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 พ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://mgronline.com/onlinesection/detail/9620000010755>
7. พินิจ บุญเลิศ. แผนงานบูรณาการส่งเสริมการพัฒนาจังหวัด และกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ จังหวัดปทุมธานี. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 พ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: [www.pathumthani.go.th/index.php?vsig1\\_0=](http://www.pathumthani.go.th/index.php?vsig1_0=)
8. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2007.
9. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
10. อภา ยังประดิษฐ์. การรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยใช้การสนทนากลุ่ม. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 พ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: [http://rlc.nrct.go.th/ewt\\_dl.php?nid=678](http://rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=678)
11. ศักดิ์ศรี สืบสิงห์, นิธินาถ อุดมสันต์, สุภิมล บุญพอก. การพัฒนารูปแบบการอนุรักษ์ป่าไม้ กรณีศึกษา: ป่าดงหันทันบ้านท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี 2561;29:77-86.
12. สรายุทธ คาน, สมกุล ถาวรกิจ. รูปแบบการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของชุมชนกรณีศึกษา:ชุดโครงการวิจัยและพัฒนาการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น เครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ. วารสารสารสนเทศ 2560;2:169-81.
13. พระใบฎีกาสุพจน์ ตปสีโล. การพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน: การเชื่อมโยงชุมชนเศรษฐกิจ พอเพียง และหมู่บ้านรักษาศีล 5 ในจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ บุรีรัมย์ และสุรินทร์. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2560;1:116-28.
14. ผ่องศรี ลิทธิราช. การมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนในการจัดการสิ่งแวดล้อม:กรณีบ้านใหม่หมอกจ้าม ตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
15. บัญหัด โยธะกา. การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมของสมาชิกชุมชนในเขตเทศบาลเมืองท่าใหม่ อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี [วิทยาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2556.
16. กนกวรา พวงประยงค์. สังคมชนบทไทยสมัยใหม่กับปัจจัยกำหนดวิถีการดำเนินชีวิต. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2561;2:34-64.

**Abstract: Development of an Environmental Management Model based on Community Way of Life For Enhancing Community Excellence of Sustainable Environmental Literacy in Pathumthani Province**

Nayiga Jaidee, B.N.S. (Nursing), M.S. (Public Health Administration)\*; Karnjanawan Buachan, M.P.H. (Health Management)\*; Yodchai Suwannawong, Ph.D. (Non-Formal Education)\*\*

\* Pathumthani Provincial Public Health Office; \*\* Saraburi Provincial Public Health Office, Thailand  
*Journal of Health Science 2020;29:62-74.*

The aims of this mixed-method research were to study the components of community excellence of sustainable environmental literacy and develop an environmental management model based on community way of life for enhancing community excellence of sustainable environmental literacy in Pathumthani Province. It was conducted during March to August 2019. The samples consisted of experts and the individuals working in community environmental work in Pathumthani Province, selected by the purposive sampling technique. Semi-structured interview and questionnaire schedule was constructed and used as tool for data collection; and the data were analyzed by using descriptive statistics and content Analysis. It was found that the components of community excellence of sustainable environmental literacy were (1) community data base, (2) the media and learning center, (3) regular community environment activities, 4) environment network, and (5) environment management model. The environmental management model based on community way of life for enhancing community excellence of sustainable environmental literacy in Pathumthani Province consisted of 5 complements: (1) concepts: mindset and local wisdom; (2) principles: promotion of awareness, learning and participation; (3) goals: environment literacy, environment sustainability; (4) process: social trend, community awareness, resource and community learning, public meeting, community participation, and best practice; and (5) evaluation: self-reliance/ sustainable community, community literacy, and environment network. The model was considered highly appropriate in promoting community excellence of sustainable environmental literacy in Pathumthani Province (Mean=3.54, SD=0.574); and the model could be applied to the context of the society in the province (Mean=3.41, SD=0.875). There were 2 factors that could positively affect environmental management model based on community way of life: (1) existing environmental volunteer in community, and (2) availability of technologies to supporting community learning.

**Keywords:** development model; environmental management; community way of life: sustainable environmental literacy



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# มอดัลโมเดล: รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างบูรณาการ

สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ พ.บ.\*

ธีรณรงค์ สกลศรี ปร.ด.\*\*

เอมพร รตินทร ปร.ด.\*\*\*\*

เบญจา ชูโต วท.ม.\*\*\*\*\*

กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ ปร.ด.\*\*\*\*\*

บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์ พ.บ.\*\*\*\*\*

ภัทรวัลย์ ตรึงจิตร ปร.ด.\*\*\*\*\*

สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ พ.บ.\*\*\*\*\*

จิราภรณ์ อรุณาการ พ.บ.\*

พัชรินทร์ เสรี ปร.ด.\*\*\*

อาภา ภัคิญาญู ปร.ด.\*\*\*\*\*

อมรา สุนทรธาดา ปร.ด.\*\*

สุวัฒน์ ศรีสรณ์ตร์ ปร.ด.\*\*\*\*\*

สุภิญญา อินอิว พ.บ.\*\*\*\*\*

สุพร อภินันทเวช พ.บ.\*\*\*\*\*

ฤดี ปุ่บงากระดี ปร.ด.\*\*\*\*

\* คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*\* สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*\* กองแผน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*\* คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ:	17 ต.ค. 2562
วันแก้ไข:	20 ธ.ค. 2562
วันตอบรับ:	27 ธ.ค. 2562

**บทคัดย่อ** มอดัลโมเดล เป็นการนำงานวิจัยของ 7 คณะ/สถาบัน ของมหิดลมาสร้างรูปแบบการปฏิบัติจริงในพื้นที่เทศบาลตำบลศาลายา เพื่อให้เกิดการบูรณาการเชื่อมโยงเสริมพลังซึ่งกันและกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนี้ (1) ฐานครอบครัว ได้นำผลงานวิจัย เรื่องการสื่อสารและความสัมพันธ์ในครอบครัว มาทำการศึกษาแบบ RCT ใน 168 ครอบครัวที่มีลูกอายุ 10-18 ปี 179 คน ครอบครัวในกลุ่มศึกษาได้รับคู่มือครั้งละเล่มทุก 2 สัปดาห์รวม 5 เล่ม เพื่อแนะนำและบันทึกกิจกรรมร่วมกับลูกวัยรุ่น พบว่า กลุ่มศึกษามีความสัมพันธ์ที่ดีและสื่อสารกับลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $p < 0.004$ ) มีความตระหนักในพฤติกรรมของลูกและมีการดูแลที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญ (2) ฐานชุมชน พัฒนากลุ่มอาสาสมัคร 79 คน ใน 11 ชุมชนจัดตั้งเป็น 'ศูนย์พัฒนาครอบครัวชุมชน' 4 ศูนย์ เพื่อเฝ้าระวังและให้การดูแลปกป้อง เสริมพลังวัยรุ่นในชุมชน สำรวจพื้นที่ดีและเสี่ยงในชุมชน รวมทั้งทำโครงการเพื่อพัฒนาวัยรุ่นในชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลตำบลศาลายาในการจัดกิจกรรมเพื่อความยั่งยืน (3) ฐานโรงเรียน พัฒนาคณินิกรวัยรุ่นในโรงเรียน ตามระบบเดิมของกระทรวงศึกษาธิการ คือ ระบบคัดกรองระบบการดูแลช่วยเหลือเน้นในทุกสาระวิชา และระบบส่งต่อ เพื่อให้ครูและนักเรียนมีความรู้เรื่องเพศศึกษา นักเรียนมีความนับถือตนเอง และทักษะชีวิตในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ สร้างระบบส่งต่อภายนอกกับ

โรงพยาบาลพุทธมณฑล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ (4) ฐานโรงพยาบาลอบรมให้อาสาสมัครสาวสวยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสาวัน ดำเนินการเชิงรุกในการเยี่ยมบ้านเรื่องการคุมกำเนิดแก่กลุ่มเสี่ยง ชักชวนให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์เร็วขึ้นรวมถึงการเยี่ยมบ้านหลังคลอด พร้อมกับพัฒนาคลินิกแม่วัยรุ่นในโรงพยาบาลพุทธมณฑล ให้ดูแลวัยรุ่นตั้งครรถ้อย่างเป็นองค์รวมทั้งกาย จิต และเศรษฐกิจสังคม รวมทั้งจัดสวัสดิการค่าเลี้ยงดูลูกของแม่วัยรุ่นแบบมีเงื่อนไข กล่าวคือ ต้องฝากครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง คุมกำเนิดกึ่งถาวร เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพาลูกมาตรวจสุขภาพครบตามกำหนดนัด โดยร่วมมือกับร้านสะดวกซื้อในชุมชน มอบบัตรเติมเงินส่วนบุคคล เดือนละ 700 บาท (เดือนที่ 1-3) และ 1,000 บาท (เดือนที่ 4 ขึ้นไป) กำหนดรายการสินค้าที่จำเป็นเฉพาะอุปกรณ์ที่ใช้เกี่ยวกับเด็ก พบว่า แม่วัยรุ่นในโครงการมีการฝากครรภ์คุณภาพ คลอดครบกำหนด เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผังยาคุมกำเนิดกึ่งถาวร และพาลูกไปตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนครบตามนัดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยสรุปโมเดลสามารถเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำงานเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น; บูรณาการในพื้นที่

## บทนำ

การเข้าสู่ภาวะหนุ่มสาวทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์<sup>(1)</sup> ในขณะที่วัยรุ่นยังขาดความพร้อมทั้งด้านร่างกายจิตใจ เศรษฐกิจ วุฒิภาวะ ฯลฯ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นปัจจัยบั่นทอนคุณภาพประชากรไทย ดังที่กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติได้ให้ข้อสรุปที่สำคัญว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัจจัยคุกคามคุณภาพประชากรในระยะยาว โดยขณะที่อัตราเกิดของประชากรโดยรวมลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 แต่กลับมีอัตราการคลอดในกลุ่มแม่วัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เกิดปรากฏการณ์ “เกิดน้อยแต่ด้อยคุณภาพ”<sup>(2)</sup> ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นภารกิจที่สำคัญเพื่อให้การเกิดน้อยนี้มีคุณภาพที่ดีขึ้นให้ได้

จากรายงานอัตราการคลอดในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีการคลอดทั้งหมด 748,067 ราย เป็นผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี 125,371 ราย (ร้อยละ 16.8 ของจำนวนคลอดทุกอายุ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.8 ในปี พ.ศ. 2547)<sup>(3,4)</sup> เมื่อคิดจากอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 1,000 คนในชุมชนเท่ากับ 51.2 ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 2 ในอาเซียน

และสูงเป็น 13 เท่าของสิงคโปร์ (4 ต่อ 1,000)<sup>(5)</sup> นอกจากนี้การคลอดซ้ำในแม่วัยรุ่นไทย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.0 เป็น 12.2 ในปี พ.ศ. 2553<sup>(6)</sup>

กระทรวงสาธารณสุขพบว่าร้อยละ 18.0 ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีมีการตั้งครรภ์แล้ว<sup>(7)</sup> ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะแก้ปัญหาโดยการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง ผลสำรวจการทำแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 พบว่า ร้อยละ 24.7 ของผู้ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า 24 ปี และมีสถานภาพเป็นนักเรียน นักศึกษา<sup>(8,9)</sup> และ พ.ศ. 2556 กรมอนามัยพบว่า สัดส่วนการทำแท้งในกลุ่มอายุ 15-19 ปีมีถึงร้อยละ 28.1 ของผู้ป่วยที่ทำแท้งในสถานพยาบาล<sup>(10,11)</sup>

วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักมีภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าแม่วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี มีการคลอดก่อนกำหนด และมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการคลอดสูงกว่าแม่ที่มีอายุเกิน 20 ปี<sup>(12,13)</sup> เนื่องจากวัยรุ่นไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์ทั้งทางร่างกายรวมทั้งด้านจิตใจและสังคม สภาวะทางอารมณ์ไม่มั่นคง นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการเรียน ครอบครัวและสังคม จึงเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย พบว่าแม่วัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงทั้งก่อนคลอด (ร้อยละ 42.0) และหลังคลอด

(ร้อยละ 14.8-53.0)<sup>(14)</sup>

ผลกระทบทางด้านลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น ได้แก่ เกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 18.0 หรือเสียชีวิตหลังคลอด นอกจากนี้ การขาดทักษะในการเลี้ยงดูส่งผลให้มีการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ พัฒนาการล่าช้า และไม่ได้รับวัคซีนครบถ้วน<sup>(15-17)</sup> พ่อแม่วัยรุ่นที่แต่งงานหรืออยู่ด้วยกันมักมีปัญหาและลงเอยด้วยการหย่าร้าง มีแม่เลี้ยงเดี่ยวอายุต่ำกว่า 15 ปีเพิ่มขึ้น และที่สำคัญคือขาดโอกาสทางการศึกษา การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2556 พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-18 ปีร้อยละ 32.0 ต้องออกจากการศึกษา อนึ่งข้อมูลจากสำนักเลขาธิการสภาการศึกษาพบว่า อัตราการออกจากโรงเรียนกลางคันด้วยเหตุผลในในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา ระหว่างปีการศึกษา 2548-2555 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.8 เป็น 2.7 กลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มจากร้อยละ 5.1 เป็น 6.2 และกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลายเพิ่มจากร้อยละ 4.2 เป็น 6.5<sup>(18)</sup> การตั้งครรภ์จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นต้องหยุดเรียน ไม่มีวิชาชีพต้องประกอบอาชีพแรงงานที่มีรายได้ต่ำและไม่สามารถเลี้ยงดูตนเองและลูกให้มีคุณภาพส่งผลให้มารดาที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่เดิม กลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ใช้สารเสพติด ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสี่ยงในการทารุณกรรมลูกได้<sup>(19)</sup>

คณะผู้วิจัยจาก 7 คณะ/สถาบันของมหาวิทยาลัยมหิตลได้ตระหนักถึงปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นว่าเป็นปัญหาวิกฤตหนึ่งของชาติ จึงร่วมกันระดมสรรพกำลังนำผลการวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จมาสู่การปฏิบัติและดำเนินการในพื้นที่เดียวกันเพื่อให้เป็น area-based ต้นแบบ ในการเสริมพลังเชื่อมโยงและบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้จากทุกฐานของงานวิจัย ได้แก่

**ฐานครอบครัว** โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม จากงานวิจัย Family Matter<sup>(20-22)</sup>

**ฐานชุมชน** โดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ซึ่งทำงานสนับสนุนศูนย์พัฒนาครอบครัวระดับจังหวัด ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

**ฐานโรงเรียน** โดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อพัฒนาคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียนในการดูแลวัยรุ่นในโรงเรียน<sup>(1,23)</sup>

**ฐานโรงพยาบาล** โดยคณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาต้นแบบ “มหิตลโมเดล” ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่เทศบาลตำบลศาลายาอย่างบูรณาการ เชื่อมโยงระหว่าง (1) ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงของลูกวัยรุ่น (2) ชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะทำงานศูนย์พัฒนาครอบครัวชุมชน (ศพคช.) ในเขตเทศบาลตำบลศาลายา (3) โรงเรียน เพื่อเสริมพลังระบบดูแลช่วยเหลือให้นักเรียนให้สามารถคัดกรองและติดตามกำกับพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศของนักเรียน ให้ความรู้เพศวิถีศึกษาแก่นักเรียนแกนนำ และนักเรียนทั่วไปผ่านกระบวนการให้ความรู้ การอบรมและค่ายแกนนำเยาวชน และสร้างความเข้าใจและเสริมสร้างทัศนคติของครูแกนนำให้เข้าใจในเรื่องบทบาททางเพศ แนวปฏิบัติต่อกันระหว่างหญิงชาย และการสอนเพศวิถีศึกษารอบด้าน รวมถึงกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ และ (4) โรงพยาบาล เพื่อพัฒนาคลินิกแม่วัยรุ่น ณ โรงพยาบาลพุทธมณฑล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านศาลาวน

## วิธีการศึกษา

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย เดือนธันวาคม 2557 - กันยายน 2560

### 1. ฐานครอบครัว (Family-based)

1) สำรวจข้อมูลทั่วไปของครัวเรือนในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบ 168 ครัวเรือนที่มีวัยรุ่นอายุ 10-18 ปี ที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่จำนวน 179 คน

2) ดำเนินกิจกรรมแทรกแซง โดยแบ่งกลุ่มชุมชนเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (simple randomized con-

trolled trial) กลุ่มศึกษาจะได้รับการแจกคู่มือครึ่งละเล่ม ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ คู่มือ 5 เล่ม มีดังนี้

ก. ภาพรวมของโครงการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครอง สะท้อนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อวัยรุ่นด้วยตนเอง

ข. เน้นที่ความเข้าใจวัยรุ่น และการสื่อสารในครอบครัว

ค. เน้นการจัดการกับการใช้แอลกอฮอล์ และยาเสพติดอื่นๆ ของวัยรุ่น

ง. เน้นการทำความเข้าใจพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น และการป้องกัน

จ. การจัดการเกี่ยวกับอิทธิพลของเพื่อนและสื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมวัยรุ่น

3) หลังจากนั้นอีก 1 ปี ให้ทั้ง 2 กลุ่มทำแบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารในครอบครัว ความตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยงของลูกและพฤติกรรมการควบคุมดูแลลูก

## 2. ฐานชุมชน (Community-based)

1) รับสมัครและคัดเลือกอาสาสมัครในพื้นที่มาเป็นคณะทำงาน ศพคช. จำนวน 78 คน จาก 11 ชุมชน

2) การพัฒนาคณะทำงาน ศพคช.

2.1 ประชุมหัวหน้าชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย จำนวน 11 คน

2.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 หัวข้อ ๆ ละ 2 วัน แก่คณะทำงาน 78 คน คือ (ก) เรื่องต้นทุนชีวิต (ข) เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศชายหญิงในวัยรุ่น และ (ค) ทักษะการเป็นพี่เลี้ยงที่ปรึกษา

2.3 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน 2 วัน

## 3. ฐานโรงเรียน (School-based)

3.1 กลุ่มเป้าหมาย

1) ครูที่ปรึกษาโรงเรียนรัตนโกสินทร์สมโภชบวร-นิเวศศาลายา (ในพระสังฆราชูปถัมภ์) (รร.รสบศ.) จำนวน 78 คน

2) นักเรียนแกนนำเยาวชน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 2 (ม. 1 และ 2) จำนวน 100 คน เพื่อเป็นนักเรียนแกนนำ

3) นักเรียนระดับชั้น ม. 1 ทุกคน จำนวน 305 คน

4) นักเรียนระดับชั้น ม. 5 จำนวน 8 คน เพื่อเป็นพี่เลี้ยง

3.2 สถานที่ทำการวิจัย รร. รสบศ.

3.3 กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย สอดแทรกกิจกรรมเข้าไปในงานประจำตามระบบคัดกรอง ระบบดูแลช่วยเหลือและระบบส่งต่อของโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)

3.4 แผนการดำเนินงาน

กิจกรรมสำหรับครู

ปีที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) พัฒนาทักษะครูแกนนำในการสอนเพศศึกษาแก่เยาวชนเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการสอนเพศศึกษา ปรับทัศนคติเชิงบวกในการพูดคุย และเทคนิคการให้คำปรึกษาแก่นักเรียน

2) อบรมสัมมนาเพิ่มศักยภาพครูในการวางแผนการดำเนินการอย่างยั่งยืน ให้มีแผนปฏิบัติการระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน เสนอต่อผู้บริหารจำนวน 8 โครงการ ใน 6 สาระการเรียนรู้

3) การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนทุกคน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น (อนุสิทธิบัตร ว 2135)

ปีที่ 2 จัดกิจกรรมร่วมกับนักเรียนใน 6 สาระวิชา ดังนี้

1) รักปลอดภัย ไว้วางใจเรียน (อบรมเชิงปฏิบัติการการผลิตสื่อภาพยนตร์สั้น) โดยกลุ่มสาระภาษาไทย

2) รักขีวิตใส ... ใส่ใจวัยรุ่น โดย กลุ่มสาระภาษาอังกฤษ

3) พัฒนาศักยภาพในการให้คำปรึกษา และวัยเรียนวัยใส รักอย่างไรไม่ให้ตั้งครมโดยกลุ่มสาระคณิตศาสตร์

4) ปลอดภัยไว้ครม (อบรมค่ายเพศศึกษา) และกิจกรรมสร้างสรรค์ วัยรุ่นไทยไม่ท้องก่อนวัยอันควร โดย

กลุ่มสาระวิทยาศาสตร์

5) รักใสใส หัวใจสีขาว โดยกลุ่มสาระระบบดูแลช่วยเหลือ

6) พัฒนาแกนนำ ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (จัดอบรมแบบเสียงตามสาย) โดยกลุ่มสาระการงาน/สุขศึกษาและพลศึกษา

กิจกรรมสำหรับนักเรียน

ปีที่ 1 และ 2

1) การอบรมและพัฒนาแกนนำนักเรียน ม.1 และ ม.2 ให้เป็นเยาวชนต้นแบบ เพื่อเป็นที่ปรึกษาแก่เพื่อนนักเรียน

2) กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่นักเรียน โดยพยาบาลและนักจิตวิทยา ในการนี้แกนนำเยาวชนร่วมจัดบอร์ดให้ความรู้เรื่อง เพศศึกษา

3) การอบรมเรื่องเพศศึกษาในนักเรียน ม.1 ทุกคน เพื่อเพิ่มพูนทักษะความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาสำหรับใช้ในการดูแลตนเอง

4) การอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาแก่นักเรียน ม. 5 เพื่อเป็นพี่เลี้ยงโดยเสริมเทคนิคและวิธีการให้คำปรึกษา  
ปีที่ 3

ขยายผลให้ครูและนักเรียนเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมร่วมกับเทศบาลตำบลศาลายา (ฐานชุมชน) และผู้ปกครอง (ฐานครอบครัว) ดังนี้

1) การประกวดการออกแบบกิจกรรมรณรงค์เรื่องเพศศึกษาของนักเรียน

2) ประชุมสภาแกนนำเยาวชน ชุมชน และนักเรียนรร. รสบศ. ร่วมกับ เทศบาลตำบลศาลายา เพื่อดำเนินการจัดกิจกรรม‘ถนนเด็กเดิน’

3) โรงเรียนร่วมกับโรงพยาบาลพุทธมณฑล ดำเนินการวางระบบการส่งต่อและคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียน ตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 ซึ่งกำหนดให้พยาบาลมาบริการรับปรึกษาในโรงเรียน เดือนละ 1 ครั้ง

4) ประชุมเครือข่ายผู้ปกครอง (โรงเรียนพ่อแม่)

5) การจัดอบรมเรื่องเพศคุ้ยไต้ในครอบครัว (ครู ก) เพื่อให้ผู้ปกครองมีเทคนิคในการพูดคุยกับลูก ๆ โดย

วิทยาการจาก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

6) โครงการจัดตั้ง โรงเรียนพ่อแม่ ณ ศาลายา เซ็นเตอร์ เทศบาลตำบลศาลายา เพื่อแนะนำการเลี้ยงดูบุตรด้วยวินัยเชิงบวก และสอนการใช้ Application Teen’s Mind เพื่อเป็นคู่มือให้ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่น

#### 4. ฐานโรงพยาบาล (Hospital-based)

4.1 สัมภาษณ์กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลพุทธมณฑล และ รพ.สต.บ้านศาลาวน เพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการ

4.2 ฝึกอบรมและการศึกษาดูงานการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ และแม่วัยรุ่นให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงาน 25 คน ผ่านคู่มือ ‘การดูแลแม่วัยรุ่นแบบองค์รวม’ จัดทำโดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี<sup>(24)</sup>

4.3 จัดตั้งและดำเนินงานคลินิกวัยรุ่นและแม่วัยรุ่นใน โรงพยาบาลพุทธมณฑล และ รพ.สต.บ้านศาลาวน โดย

1) ปรับพื้นที่ในการให้บริการใหม่ เพื่อให้มีพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น

2) แยกคลินิกแม่วัยรุ่นจากคลินิกฝากครรภ์ทั่วไปให้บริการทุกวันอังคารช่วงบ่าย

3) เตรียมแบบบันทึกข้อมูลและขั้นตอนการบริการฝากครรภ์และการส่งต่อ

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิตล หมายเลข MU-CIRM 2014/053.2104

### ผลการศึกษา

#### 1. ฐานครอบครัว

สถานการณ์การปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับลูกในครัวเรือน โดยภาพรวมพบว่าผู้ปกครองในกลุ่มศึกษามีปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารกับลูกในครัวเรือนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.004$ ) (ตารางที่ 1)

ผู้ปกครองในกลุ่มศึกษามีความตระหนักในเรื่องของพฤติกรรมของลูก/หลานเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.832$ ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 สถานการณ์ปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารกับลูกในครัวเรือน (Relationship)

ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับลูกในครัวเรือน	กลุ่มศึกษา (%) (n = 119)	กลุ่มควบคุม (%) (n = 59)	ผล	t-test	p-value
1. คุณกับลูก/หลานมักจะนั่งคุยและปรึกษากันถึงปัญหาของเขา	47.8	26.3	↑	3.397	0.004
2. แสดงการสนับสนุนเมื่อลูก/หลานพูดในสิ่งที่ต้องการทำเมื่อเขาโตขึ้น	51.3	31.6	↑		
3. พูดคุยกับลูก/หลาน เสมอๆ เกี่ยวกับค่านิยมและความเชื่อที่ครอบครัวยึดถืออยู่	46.9	28.9	↑		
4. พูดคุยกับลูก/หลาน ในเรื่องการคบเพื่อนและแนวทางที่จะอดกลั้น และทนต่อความกดดันต่างๆ จากเพื่อน	42.0	26.3	↑		
5. คุณกับลูก/หลาน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว	38.9	18.4	↑		
6. จัดสรรเวลาอยู่กับลูก/หลาน หรือหาเวลาอยู่กับ ลูก/หลาน	32.7	15.8	↑		
7. พูดคุยกับลูก/หลานในเรื่อง เกี่ยวกับการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และยาเสพติด	47.3	29.7	↑		
8. พูดคุยกับลูก/หลาน เรื่องเกี่ยวกับการมีแฟน	52.2	44.7	↑		
9. พูดคุยกับลูก/หลาน เรื่องการมีเพศสัมพันธ์	52.2	52.6	↑		

ตารางที่ 2 ความตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยงของลูก (Awareness)

ความตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยงของลูก	กลุ่มศึกษา (%) (n = 119)	กลุ่มควบคุม (%) (n = 59)	ผล	t-test	p-value
1. สูบบุหรี่วันละ 1 มวนหรือมากกว่าทุกวัน	17.7	13.2	↑	0.217	0.832
2. สูบกัญชา	2.7	0.0	↑		
3. ลองดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 หรือ 2 แก้ว	11.5	13.2	↓		
4. ดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 หรือ 2 แก้ว เป็นประจำ	8.8	10.5	↓		
5. เสพยาเสพติดประเภทอื่นๆ อาทิ ยาบ้า ยาไอซ์ ฯลฯ	4.4	7.9	↓		
6. มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน	11.5	7.9	↑		

พ่อแม่ในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลลูกตนเอง เช่น ทราบว่าลูก/หลานมีพฤติกรรมเป็นแบบไหน และทราบที่อยู่ของลูก/หลานมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.815$ ) (ตารางที่ 3)

## 2. ฐานชุมชน

1) ในปี 2 อาสาสมัคร 78 คน รวมกลุ่มเป็นศพศ. 4 กลุ่ม ทำการสำรวจชุมชน (community survey and mapping) เพื่อหาพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่ดีของชุมชน

ตนเอง

2) ในปี 3 ศพศ. ทั้ง 4 กลุ่ม ได้เขียนโครงการเสนอขอและได้รับอนุมัติงบประมาณจากสภาเทศบาลตำบลศาลาया 4 โครงการ ดังนี้

- โครงการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของชุมชนสหพร โดยชุมชนสหพร
- โครงการชุมชนร่วมใจ วัยรุ่นปลอดภัย อุ่นใจทุกครอบครัว โดยชุมชนริมคลองมหาสวัสดิ์ ชุมชน

## มหิตลโมเดล: รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างบูรณาการ

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลควบคุมลูก (Supervision)

พฤติกรรมการดูแลควบคุมลูก	กลุ่มศึกษา (%) (n = 119)	กลุ่มควบคุม (%) (n = 59)	ผล	t-test p-value
1. ทราบว่าลูกอยู่ที่ใดหลังเลิกเรียนหรือตอนที่เขาไม่อยู่บ้าน	23.9	18.4	↑	-0.238 0.815
2. ทราบสถานที่ที่ลูกชอบอยู่หรือชอบไป	23.0	18.4	↑	
3. ทราบกิจกรรมที่ลูกทำหลังเลิกเรียนหรือเมื่อเขาอยู่นอกบ้าน	18.8	18.4	↓	
4. ทราบว่าลูกอยู่กับใครหลังเลิกเรียนหรือเมื่อเขาอยู่นอกบ้าน	25.2	13.2	↑	
5. ให้อิสระแก่ลูกในการที่จะไปที่ใดที่เขาพอใจที่จะไป	28.8	23.7	↑	
6. ตั้งเวลาหรือบังคับในเรื่องการออกจากบ้านยามวิกาล	41.6	47.4	↓	
7. รู้จักเพื่อนโดยส่วนใหญ่ของลูก	22.3	26.3	↓	
8. เชื่อในสิ่งที่ลูกบอกเกี่ยวกับสถานที่ที่เขาอยู่ ในสิ่งที่เขาทำ	19.6	18.4	↑	
9. ตรวจสอบรายการทีวี หนังสือ คลิปวิดีโอ หรือเว็บไซต์ที่ลูกชอบดู	24.8	55.3	↓	

### สาลวัน และชุมชนโพธิ์ทอง

- โครงการชุมชนรถไฟ คุณหลวง ตลาดเก่า รวมใจ เฝ้าระวัง โดยชุมชนหน้าสถานีรถไฟ ชุมชนตลาดเก่าศาลายา ชุมชนคุณหลวง และชุมชนรวมใจริมทางรถไฟ
- โครงการวัยใสปลอดภัย ครอบครัวสุขใจ โดยชุมชนซอย ส.พุนทรัพย์ ชุมชนศาลายานิเวศน์ และชุมชนหน้าพุทธมณฑล

### 3. ฐานโรงเรียน

จากระบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน ม.1 ในปี 2558 ซึ่งได้ผ่านกระบวนการต่างๆ ของระบบดูแลช่วยเหลือของโรงเรียนดังกล่าวข้างต้นเป็นเวลา 1 ปี และได้คัดกรองซ้ำ เมื่อเป็นนักเรียน ม.2 ในปี พ.ศ.2559 โดยแยกเป็นปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงในตารางที่ 4 พบว่านักเรียนกลุ่มดังกล่าวมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านครอบครัวได้แก่ อยู่กับพ่อหรือแม่คนเดียว ความสัมพันธ์ในบ้านของพ่อแม่ไม่ดี พ่อแม่หย่าร้าง คบเพื่อนที่มีปัญหามากขึ้น มีความนับถือตนเองในครอบครัวลดลง แต่ปัจจัยที่ดีขึ้นคือ เศรษฐฐานะทางบ้าน พ่อแม่ใช้บุหรี่ยี่สิบลด มีที่ปรึกษาเวลาทุกข์ใจเพิ่มขึ้น และความนับถือตนเองในโรงเรียนดีขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการฝึกอบรมครูให้เข้าใจ

ธรรมชาตินักเรียนวัยรุ่นและมีวินัยเชิงบวกมากขึ้น สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการทะเลาะวิวาท ภาวะซึมเศร้า การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ลดลง แต่พฤติกรรมเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการขับขี่รถยนต์ สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ อ้วน และมีปัญหาการเรียนมากขึ้น อาจเป็นไปได้จากปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้น อายุที่เข้าสู่ความเป็นวัยรุ่นมากขึ้น และ intervention ที่ให้ในระยะเวลา 1 ปี สิ้นเกินไป ไม่สามารถเอาชนะปัจจัยเสี่ยงได้

### 4. ฐานโรงพยาบาล

4.1 โรงพยาบาลพุทธมณฑลได้มีการจัดตั้งคลินิกแม่วัยรุ่น โดยใช้ชื่อว่า “คลินิกรักใส่ฯ” และเริ่มเปิดให้บริการฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคม 2558 ตั้งแต่ 13:00 น. เป็นต้นไป พบว่า มีวัยรุ่นมาฝากครรภ์ จำนวน 197 ราย (จากแม่ทุกอายุ 1,275 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.5) ในจำนวนนี้เป็นแม่วัยรุ่นที่มีทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลศาลายา ซึ่งเรียกว่า ‘กลุ่มมหิตลโมเดล’ 14 ราย พบว่า ฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์, คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และการคุมกำเนิดหลังคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 50.0 เทียบกับ 22.8, 0.0 เทียบกับ 9.4, 100.0 เทียบกับ 95.3 ตามลำดับ) หลังคลอดมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 2 ปี น้อยกว่า (0)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน ม. 1 (ปี พ.ศ. 2558) และเมื่อเป็นนักเรียน ม. 2 (ปี พ.ศ. 2559)

ปัจจัยเสี่ยง (%)	ปีการศึกษา		ผล	พฤติกรรมเสี่ยง	ปีการศึกษา		ผล
	2558	2559			2558	2559	
1. อยู่กับพ่อหรือแม่คนเดียว	16.9	24.5		1. ไม่สวมหมวกนิรภัย	46.1	50.0	
2. เศรษฐฐานะต่ำ (<3,000 บาท/เดือน)	15.7	7.6	↓	2. ทะเลาะวิวาท	28.1	17.8	↓
3. พ่อแม่ใช้บุหรี่	31.9	27.1	↓	3. ซึมเศร้า	23.4	13.6	↓
4. ความสัมพันธ์ในบ้านไม่ดี	2.9	8.1		4. สูบบุหรี่	13.0	12.7	↓
5. พ่อแม่หย่าร้าง	21.9	29.2		5. ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	33.6	30.5	↓
6. คบเพื่อนที่มีปัญหา	15.1	47.4		6. สารเสพติดอื่น ๆ	1.1	3.4	
7. ไม่มีที่ปรึกษาเวลาทุกข์ใจ	17.8	8.5	↓	7. มีเพศสัมพันธ์	7.9	19.1	
8. ไม่ร่วมกิจกรรมทางศาสนา นาน ๆ ครั้ง	73.6	70.3	↓	8. ปัญหาการเรียน	31.1	55.5	
9. ความนับถือตนเองต่ำ							
● ในครอบครัว	36.7	38.9					
● ในโรงเรียน	61.9	54.2	↓				

และทุกรายพาลูกมาตรวจสุขภาพตามนัดทุกครั้ง (เทียบกับกลุ่มควบคุม ร้อยละ 10.2 และ 80.2 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

4.2 รพ.สต. บ้านศาลวันรับผิดชอบในการเยี่ยมบ้าน ดูแลแม่วัยรุ่นและอาสาสมัครสาวสาว (อสส.)

1) รพ.สต. บ้านศาลวันจัดให้มีคลินิกฝากครรภ์ทั่วไป ให้บริการเข้าวันอังคาร และคลินิกแม่วัยรุ่นให้บริการบ่ายวันอังคาร ซึ่งจะเน้นให้บริการด้านคำปรึกษา แนะนำ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัว การคุมกำเนิด การเรียนหรือการทำงาน การดูแลแม่และลูกที่บ้านอีกด้วย

2) ในส่วนของ home care ดูแลแม่และลูกที่บ้าน ของโครงการ อสส. โดยให้ รพ.สต. เสนอชื่อผู้หญิงที่มีจิตอาสาจากชุมชน ๆ ละ 1-3 คน เพื่อรับการอบรมให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลแม่วัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด การเลี้ยงทารก การให้นมแม่ และการคุมกำเนิด พร้อมมอบเครื่องมือที่จำเป็น อาทิ กระจ่างใส่คู่มือและอุปกรณ์ตรวจสอบพัฒนาการของเด็ก และเสื้อทึมให้กับ

อสส. ทุกคน บทบาทในการเยี่ยมบ้านเชิงรุกมีดังนี้

- กรณีที่สังเกตเห็นว่าวัยรุ่นในชุมชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ จะมีเทคนิคในการแนะนำวัยรุ่นและพ่อแม่
- กรณีทราบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์แล้ว จะแนะนำให้มีการคุมกำเนิด
- กรณีที่ตั้งครรภ์แล้วจะให้คำปรึกษา หากต้องการยุติการตั้งครรภ์ก็จะแนะนำให้พบแพทย์ หรือหากต้องการมีลูกก็จะแนะนำให้ไปฝากครรภ์โดยเร็วภายใน 3 เดือน
- เมื่อแม่วัยรุ่นคลอดแล้ว อสส.จะไปเยี่ยมที่บ้านเป็นระยะ เพื่อเตือนให้ไปตรวจหลังคลอดและคุมกำเนิดด้วยวิธีฝังยาคุม รวมทั้งสอบถามเรื่องการดูแลลูกและสังเกตความผิดปกติต่างๆ พร้อมทั้งแจ้งโครงการในการออกสิทธิประโยชน์และรับบัตรเติมเงินส่วนบุคคล



## มติดลโมเดล: รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างบูรณาการ

ตารางที่ 5 ข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดของแม่วัยรุ่น

ข้อมูล	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มมติดลโมเดล
• จำนวนวัยรุ่นตั้งครรภ์	197 ราย	14 ราย
• ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	22.8 %	50.0 %
• ฝากครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง	100.0 %	100.0 %
• คลอดก่อนกำหนด	9.4 %	0.0 %
• ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	7.1 %	0.0 %
• คลอดแล้ว	106 ราย	14 ราย
• คุมกำเนิดหลังคลอด	95.3 %	100.0 %
- ผังยาคุม	61.3 %	92.9 %
- กินยา	8.5 %	-
- ฉีดยา	21.7 %	7.1 %
- ใส่ห่วง	1.9 %	-
• พาลูกมาตรวจสุขภาพ	80.2 %	10.00 %
• ตั้งครรภ์ซ้ำ	10.2 %	0.0 %

3) แม่วัยรุ่นที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลตำบลศาลายาและปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนดไว้ จะได้รับบัตรเติมเงินส่วนบุคคลที่ร้านสะดวกซื้อเป็นเงินสนับสนุนการเลี้ยงดูลูก โดยเดือนที่ 1- 3 ได้รับการเติมเงิน 700 บาท/เดือน หลังจากเดือนที่ 4 เป็นต้นไปจะเติมเงิน 1,000 บาท/เดือน ซึ่งจำกัดสินค้าที่แม่วัยรุ่นมีสิทธิที่ซื้อได้คือ ผ้าอ้อมสำหรับเด็ก น้ำยาซักผ้าเด็ก นมสำหรับแม่ และถุงเก็บนํ้านม เป็นต้น เมื่อสิ้นสุดโครงการใช้เงินไปทั้งสิ้น 173,400 บาท โดยสินค้าที่แม่วัยรุ่นนิยมซื้อมากที่สุด 3 ลำดับคือ ผ้าอ้อมสำหรับเด็ก นมจืดสำหรับแม่วัยรุ่น และถุงเก็บนํ้านม

### วิจารณ์

แม้ว่าคณะต่างๆ ในมหาวิทยาลัยมหิดลจะได้มีงานวิจัยและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแม่วัยรุ่นในพื้นที่ด้วย setting ที่แตกต่างกัน แต่กระนั้นก็ตามสถิติการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นของไทยยังคงสูงขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นอันดับต้นๆ ของอาเซียน ด้วยเหตุที่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาเชิงซ้อนอันเนื่องมาจากครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ

สังคม กระแสสื่อโซเชียลและโลกาภิวัตน์ จึงเกิดแนวคิดว่าการแก้ปัญหาควรจะเป็นเชิงบูรณาการของทุกภาคส่วน ดังกล่าว มหาวิทยาลัยมหิดลจึงมีนโยบายให้นางานวิจัยของทุกคณะ/สถาบันมาบูรณาการลงสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่เดียวกัน เพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน เป็นที่มาของการสร้างมติดลโมเดล เพื่อเป็นต้นแบบของการนำผลงานวิจัยของ 7 คณะ/สถาบันมาทำงานร่วมกัน โดยมีแผนงานเดียวกัน เป้าหมายเดียวกัน ในพื้นที่เดียวกัน คือ เทศบาลตำบลศาลายา ในเวลาเดียวกันนั้นก็เกิดพัฒนาการในเรื่องนี้ ได้แก่ มีการทำงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในเขตพื้นที่ 19 จังหวัด<sup>(25)</sup> โดยใช้รูปแบบ 9 ภารกิจที่มีรูปแบบมาจากประเทศอังกฤษ ซึ่งประสบความสำเร็จ สามารถลดอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นลงได้ครึ่งหนึ่งในเวลา 10 ปี<sup>(26)</sup> และคณะกรรมการสาธารณสุขของรัฐสภาได้ผลักดัน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ.2559 พร้อม ๆ กับที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันนโยบาย ‘อำเภออนามัยเจริญพันธุ์’ ลงสู่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง<sup>(27)</sup> ซึ่งมีเครือข่ายประกอบด้วย องค์การปกครอง-

ส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และครอบครัว คล้ายคลึงกับมทิดลโมเดล และกำหนดให้การตั้งครรภในวัยรุ่นเป็นประเด็นสำคัญหนึ่งในการดำเนินการของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (คชอ.)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบเครือข่ายการทำงานกับรูปแบบอื่นๆ พบว่า มทิดลโมเดลมีความสอดคล้องกับ 9 ภารกิจของ สสส. แต่มีจุดเด่นที่สามารถระบุผู้รับผิดชอบในท้องถิ่นได้ชัดเจนว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบงานนั้นๆ และเชื่อมรับกับ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 หากแต่เป็นระดับพื้นที่ที่เล็กลงมาเป็นตำบล หากเปรียบเทียบรูปแบบต่าง ๆ ตามเขตพื้นที่รับผิดชอบจากเล็กไปใหญ่ จะเป็นดังนี้

ระดับตำบล - มทิดลโมเดล

ระดับอำเภอ - อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ และคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ

ระดับจังหวัด - ภารกิจของ สสส. และคณะ-

อนุกรรมการ ฯ ระดับจังหวัด

ระดับชาติ - พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น

มทิดลโมเดลเป็นการนำผลการวิจัยมาทดลองปฏิบัติในชุมชน (reverse R2R = Research to Routine) ดังนั้นระเบียบวิธีวิจัยอาจจะไม่ชัดเจนแน่นอน มีเฉพาะฐานครรภที่ เป็น RCT นอกนั้นเป็น before and after observational research ซึ่งอาจจะเห็นผลเฉพาะกระบวนการ และผลลัพธ์บางส่วน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจจะต้องใช้ระยะเวลายาวนาน และเป็นผลที่สืบเนื่องเกี่ยวพันกัน อันจะกระทบให้ผลลัพธ์ของการศึกษาอีกฐานหนึ่งไม่ชัดเจนได้

ในฐานะครอบครัว สถาบันวิจัยประชากรและสังคมพบว่า แบบฝึกหัด ‘ครอบครัวสำคัญ’ สามารถปรับเปลี่ยนให้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ดีขึ้น พ่อแม่เข้าใจลูกวัยรุ่น

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบมทิดลโมเดล กับ 9 ภารกิจของ สสส. และ พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น ปี 2559

มทิดลโมเดล	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ <sup>(24)</sup>	พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น ฯ พ.ศ. 2559
ฐานครอบครัว (เทศบาล)	1. พัฒนากลไกการประสานงาน 2. พ่อแม่มีทักษะคุยกับลูกเรื่องเพศ 3. การสอนเรื่องทักษะชีวิตและวิถีเพศศึกษารอบด้าน	คณะอนุกรรมการระดับจังหวัด มาตรา 9 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มาตรา 8 กระทรวงแรงงาน (กรณี โรงงาน) มาตรา 6 กระทรวงศึกษาธิการ มาตรา 8 กระทรวงแรงงาน (กรณี โรงงาน)
ฐานโรงเรียน (โรงเรียน)	4. วิเคราะห์ออกแบบทำงานเจาะกลุ่มวัยรุ่น 5. รณรงค์สื่อสารเรื่องเพศ การคุมกำเนิด	
ฐานโรงพยาบาล (โรงพยาบาลและ รพ.สต.)	6. บริการสุขภาพที่เป็นมิตร 7. ระบบบริการที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน	มาตรา 7 กระทรวงสาธารณสุข มาตรา 6-10 กระทรวงอื่น ๆ
ฐานชุมชน (เทศบาล)	8. พื้นที่สร้างสรรค์สำหรับวัยรุ่น	มาตรา 10 กระทรวงมหาดไทย มาตรา 8 กระทรวงแรงงาน (กรณี โรงงาน)
ส่วนกลาง (เทศบาล, โรงเรียน, โรงพยาบาล)	9. พัฒนาระบบข้อมูล/ ติดตามผล/ พัฒนาศักยภาพ	คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น (ระดับชาติ)

มากขึ้น มีวินัยเชิงบวกลดจากการควบคุมดูแลเข้มงวดมาเป็นความไว้วางใจ ซึ่งดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังไม่มากและนานพอที่จะทำให้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลงหรือคงที่ได้ พ่อแม่ในกลุ่มศึกษาอยากให้มีการขยายผลต่อเนื่อง แต่ก็ไม่มีเวลาที่จะเข้ารับการอบรมเนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจ ได้เสนอแนะให้จัดการเรียนเฉพาะวันอาทิตย์ (โรงเรียนพ่อแม่) หรือผ่านโทรศัพท์มือถือ คณะผู้วิจัยจึงได้ปรับคู่มือ 5 เล่ม เป็น application ผ่าน mobile phone สำหรับพ่อแม่ในการสื่อสารกับลูกวัยรุ่น โดยเฉพาะเรื่องเพศศึกษา ชื่อ Teen's Mind (ลิขสิทธิ์เลขที่ ว1.8173) และได้ส่งมอบให้ สสส.ดูแลต่อไปเพื่อความยั่งยืน

สำหรับฐานชุมชนนั้น สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัวได้นำแนวคิด 'ศูนย์พัฒนาครอบครัว (ศพค.)' ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ซึ่งมีจังหวัดละ 1 แห่ง มาปรับให้เล็กลงเป็น ศพค.ชุมชน (ศพคช.) เพื่อให้เกิดการกระจายทั่วถึง ซึ่งจะเพิ่มความสนิทสนม ความใกล้ชิด และมีความเป็นเจ้าของมากขึ้น โดยได้พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครของคนในชุมชนรวมวัยรุ่น ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการของวัยรุ่น เพศวิถี และเทคนิคการให้คำปรึกษา เพื่อเป็นพี่เลี้ยงในการให้การดูแล และคำปรึกษาแก่วัยรุ่นในชุมชนของตน ซึ่ง 11 ชุมชนของเทศบาลตำบลศาลายาได้รวมกลุ่มกันเป็น 4 ศพคช. ดำเนินการสำรวจพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่ดีในชุมชนของตนเอง และทำงบประมาณขอรับการสนับสนุนในการพัฒนาชุมชนของตน เพื่อให้วัยรุ่นมีศักยภาพ มีพื้นที่ในการแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งโครงการเหล่านี้เพิ่งเริ่มกระบวนการยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ข้อดีของฐานนี้ คือ ภารกิจตรงกับงานชุมชนสัมพันธ์ของเทศบาลสามารถส่งต่อเข้าเป็นงานประจำของเทศบาล เพื่อความยั่งยืนของโครงการ สอดคล้องกับมาตรา 10 ของพ.ร.บ.ฯ ซึ่งกระทรวงมหาดไทยต้องให้ อปท. ดำเนินการให้วัยรุ่นอายุ 10-19 ปีในความดูแลได้รับสิทธิตามมาตรา 5 คือ สิทธิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิในการสามารถตัดสินใจ

เลือกใช้บริการต่างๆ ได้แก่ บริการทางสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โดยรักษาความลับและไม่เลือกปฏิบัติ รวมทั้งต้องได้รับสิทธิการศึกษาต่อเนื่องอย่างเหมาะสมในกรณีที่ตั้งครรภ์อีกด้วย

สำหรับฐานโรงเรียนนั้น คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ได้นำประสบการณ์งานวิจัยเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง<sup>(1)</sup> และอนามัยโรงเรียน<sup>(23)</sup> ที่ทำมาต่อเนื่องยาวนานตั้งแต่ พ.ศ.2544 มาพัฒนาเป็นคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียน โดยเสริมพลังระบบดูแลช่วยเหลือของ สพฐ. กระทรวงศึกษาธิการ กล่าวคือ

1. พัฒนาระบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงด้วยคอมพิวเตอร์ (Local Area Network, LAN) ของโรงเรียนครอบคลุมนักเรียนทุกคน โดยครูคอมพิวเตอร์เป็นผู้ดูแลเทคนิค มีการรักษาความลับของนักเรียนโดยจัดลำดับขั้นของการเข้าถึงข้อมูล สามารถจัดทำรายงานเป็นรายบุคคล รายชั้น รายระดับ และภาพรวมของโรงเรียน

#### 2. ระบบดูแลช่วยเหลือ

2.1 ครูประจำชั้น หรือครูที่ปรึกษารับรู้และเก็บข้อมูลนักเรียนเป็นรายบุคคลในระเบียบสนทนา เพื่อเป็นข้อมูลติดตามในเรื่องการจัดกิจกรรมชั่วโมง home room และเยี่ยมบ้าน อันจะนำมาพัฒนาแก่นักเรียนเป็นรายบุคคลตามบริบทของนักเรียนและครอบครัวนั้น ๆ

2.2 ครูแนะแนว สามารถรับรู้ปัญหาของนักเรียนเป็นระดับชั้น และระดับโรงเรียนเพื่อนำมาวางแผนกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงในภาพรวมได้

2.3 กระจายกิจกรรมรณรงค์นี้ไปในทุกสาระวิชาเพื่อให้เพศศึกษาเป็นชีวิตประจำวัน ไม่กระจุกอยู่เฉพาะสาระวิชาสุขศึกษา

3. ระบบส่งต่อได้พัฒนาเครือข่ายเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลพุทธมณฑล เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลจิตวิทยาในโรงเรียนมาให้คำปรึกษาในภาพรวม และรายบุคคลที่ครูที่ปรึกษาได้แก้ไขเบื้องต้นร่วมกับผู้ปกครองแล้วต้องการปรึกษาต่อ บุคลากรทางสาธารณสุขจะมาให้บริการคำปรึกษาที่โรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับโครงการ OHOS (One Hospital One School) ของกรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จของการขยายผล ‘400 โรงเรียน - 400 โรงพยาบาล’ ของจังหวัดนครราชสีมา ตาม 9 ภารกิจของ สสส. จนครอบคลุมทั้งจังหวัด

คลินิกวัยรุ่นในโรงเรียนนี้ได้รับคำชื่นชมจากผู้บริหาร สสส. ที่มาเยี่ยมชมและได้รับเชิญให้ไปนำเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงในการประชุมของกระทรวงศึกษาธิการ และอดีตเป็นวีดิทัศน์เพื่อเผยแพร่ในรายการ ‘เสียงแห่งอนาคต’ ([https://youtu.be/QycEPW11\\_Q4](https://youtu.be/QycEPW11_Q4)) ให้โรงเรียนในสังกัด สสส. ทั่วประเทศ

สำหรับการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงนั้นสำรวจเมื่อแรกเข้า ม.1 และติดตามต่อเนื่องขณะขึ้นชั้นเป็น ม.2 เปรียบเทียบกับการสำรวจระดับชาติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในนักเรียนชั้น ม.2 ทั่วประเทศ ที่ดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2549-2555 ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับต่ำคือ ร้อยละ 1.5-5.1 (หญิง) และ 2.9-5.3 (ชาย) จึงดไปในปี 2555<sup>(8)</sup> และ YRBS ของ CDC ปี 2560 (2017)<sup>(28)</sup> ซึ่งพบนักเรียนเกรด 9 และ 10 มีอัตราการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับร้อยละ 17.2 (หญิง) และ 34.4 (ชาย) และ 23.3 (หญิง) และ 38 (ชาย) ตามลำดับ พบว่า พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของมทิดลโมเดลสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเมื่อ 4 ปีก่อน นอกจากนี้ยังไม่ลดลงและกลับเพิ่มสูงขึ้น อาจเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงทางครอบครัวยังเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าความนับถือตนเองของนักเรียนในโรงเรียนดีขึ้นเล็กน้อย ทั้งนี้อาจจะเป็นผลจากการฝึกอบรมครูทั้งโรงเรียนให้เข้าใจพัฒนาการของวัยรุ่น มีวินัยเชิงบวก ไม่ดูต่ำว่ากล่าวนักเรียนรุนแรง ทำให้เกิดความนับถือตนเอง ดังนั้น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการเข้าถึงการใช้ถุงยางอนามัยจึงยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ

โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดและสะดวกที่สุดในการรณรงค์ เนื่องจากวัยรุ่นต้องมาโรงเรียนเป็นภาคบังคับ รวมทั้งเพื่อนมีอิทธิพลสำคัญต่อการเหนี่ยวนำพฤติกรรมต่าง ๆ จากข้อมูลการสุ่มตัวอย่างแม่วัยรุ่นจากกองทุนช่วยเหลือการเลี้ยงดูบุตรแม่วัยรุ่นของกระทรวง-

การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ณ เดือนธันวาคม 2561 ใน 11,012 คน พบว่าร้อยละ 42.0 เป็นนักเรียน/นักศึกษา และอีกร้อยละ 40.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งคาดว่าจะเป็นผู้ที่ต้องออกจากโรงเรียน โดยจบประถมศึกษา มัธยมต้น และมัธยมปลายร้อยละ 17.2, 60.7 และ 13.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ร้อยละ 69.4 ระบุว่าไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้น การรณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นควรจะต้องเริ่มตั้งแต่ระดับประถมตอนปลาย เพื่อให้มีผลป้องกันในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พร้อมกับรณรงค์และบังคับใช้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มาตรา 6 อย่างเคร่งครัด ให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตชั่วคราวต้องได้รับการศึกษาต่ออย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักเรียนกลุ่มนี้ให้มีความสามารถในการเลี้ยงดูตนเองในระยะยาว พร้อมทั้งสร้างผลผลิตให้ส่วน-รวม เลี้ยงดูลูกให้มีคุณภาพ รวมทั้งต้องเลี้ยงดูพ่อแม่ซึ่งจะเป็นผู้สูงวัยในเวลาต่อมา ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มประชากรนี้จะสะท้อนศักยภาพของประชากรไทยทั้งประเทศในภาพรวม

สำหรับฐานโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลพุทธมณฑลได้รูปแบบ best practice คลินิกแม่วัยรุ่นจากโรงพยาบาลศิริราชมาพัฒนาเป็นคลินิกรักใส ๆ เพิ่มขึ้นในการฝากท้องแม่วัยรุ่น ซึ่งต้องการการเอาใจใส่ดูแล และเวลามากกว่าการฝากครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ ผลการดำเนินการนี้เป็นการเสริมพลังให้กับนโยบาย ‘อำเภออนามัยเจริญพันธุ์’ ของกระทรวงสาธารณสุขจึงทำให้ประสบความสำเร็จด้วยดี ร่วมกับการดำเนินการเยี่ยมบ้านเชิงรุกของ สสส.และมาตรการสวัสดิการการเงินช่วยเหลือการเลี้ยงดูบุตรที่วางแผนมาก่อน แต่ดำเนินการพร้อมกับเงินสวัสดิการของ พม. และมีจุดเด่นที่รับประกันความสำเร็จ เพราะเป็นสวัสดิการมุ่งเป้า แม่วัยรุ่นในมทิดลโมเดลต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขจึงจะได้รับการสนับสนุน รวมทั้งกำหนดรายการที่ใช้จ่ายได้ว่าจะเป็นเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการเลี้ยงดูบุตรจริงๆ ทำให้กลุ่มมทิดลโมเดลมีการฝากครรภ์คุณภาพเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอด

และพาลูกไปตรวจสุขภาพตามนัดร้อยละ 100.0 และจากการประเมินโดยการสัมภาษณ์ แม่วัยรุ่นและครอบครัวที่ได้รับบริการจากคลินิกแม่วัยรุ่น พบว่า แม่วัยรุ่นและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการจากคลินิก โดยเฉพาะความสนใจ ใส่ใจ และการให้คำแนะนำของบุคลากร

เปรียบเทียบกับข้อมูลจากการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ.2555-2561 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีแนวโน้มต่ำลงอย่างต่อเนื่องจาก 53.4 ในปี 2555 เป็น 39.6 ต่อ 1,000 ในปี 2560 สาเหตุหนึ่งอาจจะเกิดจากนโยบายที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุน 2 ประการ คือ (1) การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยด้วยยา ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 3,657 เป็น 15,119 ราย ในปี พ.ศ. 2559 และ 2561 ตามลำดับ และ (2) การบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในวัยรุ่นที่มีผู้ใช้บริการสูงขึ้นจาก 10,440 เป็น 38,046 ราย ในปี 2558 และ ปี 2561 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของมหิตลโมเดลนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการเชื่อมโยงข้อมูลกับฐานทะเบียนราษฎร โรงพยาบาล และ รพ.สต. มีการติดตามผลอย่างเข้มงวด และได้รับความร่วมมือในการลงทะเบียนและระบุนายการสินค้าที่ขายและซื้อจริง เนื่องจากเป็นกลุ่มคนเพียง 14 คน ในพื้นที่เล็กที่เต็มใจเข้าร่วมโครงการ หากขยายผลในพื้นที่ใหญ่ขึ้นและให้ครอบคลุมทั้งประเทศจะต้องอาศัยฐานข้อมูล big data รวมทั้งระบบเบิกจ่ายและการติดตามที่มีประสิทธิภาพ

#### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

1. มหิตลโมเดลสามารถใช้เป็นรูปแบบหนึ่งของเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในระดับตำบล ตามมาตรา 10 ของ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ต้องทำงานร่วมกับ อปท. ส่งเสริมให้มีโรงเรียนพ่อแม่ และ ศพคช. ครอบคลุมทุกตำบล

3. สนับสนุนเครือข่าย OHOS ให้ครอบคลุมทุกโรงเรียน และเริ่มรณรงค์ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาตอนปลาย รวมทั้งให้นักเรียนและสภาเด็กและเยาวชนมีบทบาทหลักในการรณรงค์

4. เสนอให้มีการเข้าถึงถุงยางอนามัยในวัยรุ่นทั่วไป เพื่อให้มีการป้องกันทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

5. เสนอให้จ่ายค่าตอบแทนเป็นโบนัสพิเศษเป็นรายหัวสำหรับโรงเรียนในระบบปกติ (ที่ไม่ใช่การศึกษานอกโรงเรียน - กศน.) ที่รับนักเรียนที่ตั้งครรภ์เข้าเรียนต่อเนื่องในโรงเรียนเดิม

6. เสนอให้ปรับสวัสดิการเงินช่วยเหลือการเลี้ยงดูบุตรของ พ.ม.เป็นแบบมุ่งเป้า โดยให้ได้รับสิทธิเฉพาะในกรณีที่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และเกิน 3 ครั้ง เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอด พาลูกไปรับการตรวจสุขภาพและวัคซีนครบถ้วน

7. ต้องมีการกำกับดูแล ติดตามประสิทธิภาพของ พ.ร.บ.การป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 โดยส่งต่อจากคณะกรรมการระดับชาติ สู่อนุกรรมการระดับจังหวัด คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ระดับตำบลอย่างทั่วถึง รวมทั้งต้องมีการติดตามตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรมและการเชื่อมโยงของข้อมูลระหว่างกระทรวงเป็น big data

8. สนับสนุนส่งเสริมให้ทุกกระทรวงมีกฎหมายที่ปฏิบัติได้และเอื้อต่อสิทธิเด็กตามมาตรา 5 ของ พ.ร.บ.ฯ 2559 อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการใช้งบประมาณของ อปท. ในการดำเนินการเรื่องนี้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหิตลที่อนุมัติงบประมาณแผ่นดิน 3 ปี ในการทำงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิตลในขณะนั้นที่มอบนโยบายการทำงานวิจัย cluster เพื่อตอบโจทย์ของ

ประเทศ และขอบคุณเครือข่ายที่ก่อเกิดมทิดลโมเดล ได้แก่ ผู้อำนวยการ คณะครู และนักเรียนโรงเรียนรัตนโกสินทร์สมโภชบวรนิเวศศาลายา (ในพระสังฆราชูปถัมภ์) ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธมณฑล ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านศาลวันวิญญู ผู้ปกครองและผู้นำชุมชนต่าง ๆ นายกเทศมนตรี และคณะเจ้าหน้าที่เทศบาล ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล นครปฐม รวมทั้งบริษัทซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) บริษัทไทยสมาร์ตการ์ด จำกัด และหน่วยงานเอ็กตรา-เฮลท์แอนด์เวลเนส ที่ให้ความร่วมมือ ร่วมใจ เข้าร่วมงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ท้าทายนี้

### เอกสารอ้างอิง

- Ruangkanchanasetr S, Plitponkarpim A, Hetrakul P, Kongsakon R. Youth risk behavior – Bangkok, Thailand. *J Adolesc Health* 2005;36(3):277–35.
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย. แม่วัยใส ความท้าทาย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: แอดวานส์ปรีนติ้ง; 2556.
- สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
- สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น และเยาวชน ปี 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: [http://www.rh.anamai.moph.go.th/download/all\\_file/index/CRH2558\\_New update.pdf](http://www.rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/CRH2558_New update.pdf)
- United Nations. Update for the MDG database: adolescent birth rate 2012. Department of Economic and Social Affairs, Population Division [Internet]. [cited 2013 Nov 25]. Available from: <http://unstats.un.org/pop/DB/Fert/A/MDG2012>
- กรมอนามัย. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: [http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=Pformatted.php&cat\\_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ac5&id=4f7d-8042fb0a064b25f29a48f6ccd23f](http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=Pformatted.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ac5&id=4f7d-8042fb0a064b25f29a48f6ccd23f)
- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถิติการคลอดของแม่ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2556. นนทบุรี: สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2556.
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554–2559. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค; 2560.
- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน. นนทบุรี: สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2553.
- Srinil S. Factors associated with severe complications in unsafe abortion. *J Med Assoc Thai* 2011;94(4):408–14.
- Bureau of Reproductive Health. Abortion surveillance in Thailand report 2013. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health, Department of Health; 2013.
- Areemit R, Thinkhamrop J, Kosuwon P, Kiatchoosakun P, Sutra S, Thepsuthamrat K. Adolescent pregnancy: Thailand's national agenda. *J Med Assoc Thai* 2012;95 (suppl 7):S134–42.
- สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, ระบาดวิทยา การตายและการเจ็บป่วยของวัยรุ่นไทย. ใน: รสวันต์ อาริมิตร, สุภิญญา อิน-อิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริโชค หงษ์สงวนศรี, สมจิตร์ จารุรัตน์ศิริกุล, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2559. หน้า 21–36.
- Field T. Prenatal depression risk factors, developmental effect and intervention: a review. *J Pregnancy Child Health* 2017;4(1).pii:301. doi:10.4172/2376-127X.1000301

15. East PL, Matthews KL, Felice ME. Qualities of adolescent mothers, parenting. *J Adolescent Health* 1994;15: 163-8.
16. Bunnag R. Effectiveness of life skills program for preventive sexual risk behaviors of secondary school students Nakhonpathom province [M.S. dissertation, Health Education and Behavioral Sciences]. Nakhonpathom: Mahidol University; 2012.
17. Tassanapitikul T, Ruangkanhasetr S, Chokprachakhat M. The study of development and growth in newborn: comparison between teenage mother and adult mother. *Thai Journal of Pediatrics* 2011;50:192-9.
18. Office of the Basic Education Commission Ministry of Education. Situation of dropping out of school 2009 [Internet]. [cited 2015 Aug 30]. Available from: [https://www.msociety.go.th/article\\_attach/9872/14246.pdf](https://www.msociety.go.th/article_attach/9872/14246.pdf)
19. UNICEF. The state of world's children 2009- Executive summary. New York: UNICEF; 2009.
20. Chamratrithirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al., Inter-generational transmission of religious beliefs and practices and the reduction of adolescent delinquency in urban Thailand. *J Adolesc* 2013;36(1):79-89.
21. Chamratrithirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al. Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Soc Sci Med* 2010;71(10):1855-63.
22. Chamratrithirong A, Rhucharoenpornpanich O, Chaipheth N, Rosati MJ, Zimmerman R, Miller B, et al. Beginning The Thai family matters project: An areal analysis of bad neighborhoods and adolescents' problematic behaviours in Thailand. *Warasan Prachakon Lae Sangkhom* 2009;18(1):141-58.
23. สุชาติพิทย์ เอ็มเปรมศิลป์. School health. ใน: สุวรรณเรื่องกาญจนเศรษฐ์, เปรมฤดี ภูมิถาวร, อัญชลี ลีมรังสิกุล, ปองทอง ปุราณธิ, มนัสวี ก่อวุฒิกุลรังษี, รัมภ์ลดา เสือภูมิ-กานต์, บรรณาธิการ. *Ambulatory Pediatrics* 4. กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพร์ซ; 2559. หน้า 27-37.
24. สุพร อภินันท์เวช, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, จิราภรณ์ อรุณาการ, ภัทรวลัย ตีลังจิตร์. การดูแลแม่วัยรุ่นแบบองค์รวม. โครงการมหิดลโมเดล: ป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (กลุ่ม Hospital Based) มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: ฮาซัน (2494); 2558.
25. ศิริพร จิรวัฒน์กุล, คณะที่มิวิจัย. การบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด: ผลการวิจัยระยะที่ 2. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2561;27(6):1023-34.
26. Teenage Pregnancy Independent Advisory Group. Teenage pregnancy: past success - future challenge. 2010. TPIAG-Final-Report [Internet]. [cited 2014 Dec 25]. Available from; <http://aera.ioe.uk/id/eprint/2558>.
27. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. *อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://anamai.moph.go.th/main.php?filename=drh>*
28. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance, United States, 2017. *MMWR Surveill Summ* 2018;64(8):1-114.

**Abstract: Mahidol Model: Integrative, Area-based, Prevention and Alleviation of Teenage Pregnancy**

Suwanna Ruangchanasetr, M.D., M.Sc. (Clin Epid)\*; Jiraporn Arunakul, M.D.\*; Teeranong Sakulsri, Ph.D.\*\*; Patcharin Seree, Ph.D.\*\*\*; Ameporn Ratinthorn, Ph.D.\*\*\*\*; Apa Puckpinyo, Ph.D.\*\*\*\*\*; Benja Chooto, M.Sc.\*\*\*\*\*; Amara Soonthondhara, Ph.D.\*\*; Kanittha Chamroonsawasdi, Ph.D.\*\*\*\*\*; Suwat Srisorrachatr, Ph.D.\*\*\*\*\*; Boonying Manaboriboon, M.D.\*\*\*\*\*; Supinya In-iv\*\*\*\*\* MD.; Pattarawalai Talungchit, M.D., Ph.D. (Epid)\*\*\*\*\*; Suporn Apinunthavech, M.D.\*\*\*\*\*; Sureelak Sutchritpongsa, M.D.\*\*\*\*\*; Rudee Pungbangkadee, Ph.D.\*\*\*\*

\* Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; \*\* Institute of Population and Social Research, \*\*\* National Institute of Development of Children and Family, \*\*\*\* Faculty of Nursing, \*\*\*\*\* ASEAN Institute for Health Development, \*\*\*\*\* Division of Planning, \*\*\*\*\* Faculty of Public Health; \*\*\*\*\* Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand

*Journal of Health Science 2020;29:75-90.*

Mahidol Model is an integrative model developed by Mahidol University. It was implemented in Municipality of Salaya, Nakhon Prathom province. The model aimed to prevent and alleviate teenage pregnancy problem in the same area consisted of the following setting-based: (1) Family-based interventions: from the research “Thai family matter”, a randomized-controlled family study from 168 households with children under 18 years old were recruited randomly. The intervention included the provision of 5 education guided-books given to the study group. During the given time, parents would follow and record the exercise activities with their teenagers. It was found that the study group had better relationship and communication than the control ( $p=0.004$ ). Although their awareness in their teenagers’ risk behavior and supervision were better, however these were not statistical significant. (2) Community-based interventions: 79 community volunteers including teenagers were recruited to set up “community teen center”. They were trained to be facilitators to perform community mapping and surveillance, empower teenagers to participate in positive activities, and provided health information. Their activities were granted by the local municipality for sustainabilities. (3) School-based activities: teen clinic in school was set up and integrated into the existing system of school, i.e. student screening, supervision and referral system. We facilitated the teachers to use the computer-based youth risk behavior survey. The whole school activity-based comprehensive sexuality education (CSE) both students and teachers were empowered. Networking with local health personnels was set up to manage teen problems at school instead of visiting the hospital. (4) Hospital-based activities: teenage pregnancy clinics were set up in local community health center and hospital. Existing local health volunteers were empowered regarding CSE, birth control method and detection of teenage pregnancy to urge early antenatal care (ANC). The teenage pregnancy clinic provided comprehensive ANC including psychosocial evaluation and education regarding breast feeding and long-acting reversible contraception (LARC) to prevent repeated pregnancy. Postpartum home care both mothers and children were actively provided and supported by conditioned welfare. Prepaid limited essential item vouchers were given to teenage mothers who had early ANC, breast-fed, LARC, and complied to well baby clinic (WBC) schedule. The result showed that, with the Mahidol-Model, teenage mothers had more early ANC, lower prematurity birth rate, 100% LARC and 100% WBC visits. Thus, Mahidol Model is a promising model to empower existing local personnel from various sectors to work together with the same plan and same goal. However, some obstacles are suggested for further improvement.

**Keywords:** teenage pregnancy; area-based integration



## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ถาวร สายสวรรค์ พ.บ.

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

วันรับ: 7 ม.ค. 2562

วันแก้ไข: 25 ก.พ. 2562

วันตอบรับ: 13 มี.ค. 2562

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท โดยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในทดลองได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบบันทึกน้ำตาลในเลือด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ผลการศึกษาพบว่า (1) ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ (2) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**คำสำคัญ:** รูปแบบการดูแลผู้ป่วย; โรคเบาหวานชนิดที่ 2; หลักเวชศาสตร์ครอบครัว

## บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลต่อเนื่อง สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2558 สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 415 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 8.90 คิดเป็นจำนวนมากถึง

4.80 ล้านคน<sup>(1)</sup> เทียบกับปี 2552 ซึ่งพบเพียง ร้อยละ 6.90 หรือมีคนเป็นโรคเบาหวานเพียง 3.30 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 99.00 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด<sup>(2)</sup>

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดชัยนาท จากการรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ปี 2556–2560 พบอัตราป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นดังนี้ 1,053.06 1,072.93, 1,202.20, 4,403.52 และ 5,531.07 ต่อแสนประชากร ส่วนมากพบในเพศหญิง ร้อยละ 67.97 ช่วงอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 46.32 รองลงมา

70 – 79 ปี ร้อยละ 28.31<sup>(3)</sup>

จากผลการดำเนินงานรักษาพยาบาลและคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเขาท่าพระ พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่และผู้มีภาวะเสี่ยงสูงจำนวนมาก และปัจจุบันแม้ว่าการรักษาโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะดีขึ้น กล่าวคือ มีแพทย์ออกให้บริการตรวจรักษาถึงในระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ระบบการติดตามดูแลฟื้นฟู การให้ความรู้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม ภายหลังการรักษา ก็ยังมีระบบที่ไม่ดีเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าวมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น<sup>(4)</sup>

ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในด้านการรักษา และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและสามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

### วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ ในเขตตำบลเขาท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท

#### ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลเขาท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาท่าพระ อำเภอเมือง

จังหวัดชัยนาท ในระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2561 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการหาความสัมพันธ์ของ Cohen J<sup>(5)</sup> โดยกำหนดค่า power analysis เท่ากับ 0.80 และ effect size เท่ากับ 0.20 โดยใช้ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้ค่าประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 ราย และกลุ่มควบคุม 32 ราย

คัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ (inclusion criteria) ได้แก่

1. อายุระหว่าง 40 - 60 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน และมีผลการตรวจค่าน้ำตาลสะสมในเลือดสูงกว่า 7%
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ซึ่งคัดกรองโดยการสนทนาเพื่อประเมินการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินยอมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ผู้พิการ และทุพพลภาพ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพ 2) ประเมิน/ค้นหาปัญหาสุขภาพเฉพาะราย โดยใช้ Family Folder 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยมีการสาธิตและการฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล

และ 4) กระตุ้นเตือน ติดตาม เยี่ยมบ้าน เป็นรายบุคคล เพื่อกระตุ้นเตือน ทบทวนความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ทุก 4 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง การดำเนินการในแต่ละกิจกรรม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาท่าพระอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ที่ได้รับการฝึกอบรมและชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวจากผู้วิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 25 ข้อ คำถามแต่ละข้อมีให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ บ่อยครั้งมาก บ่อยครั้ง ปานกลาง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 เท่ากับ 0.73 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาคronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.87

#### ขั้นตอนการศึกษา

ระยะที่ 1 การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์

ครอบครัว มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาสภาพการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. พัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

2.1 ประชุมเจ้าหน้าที่ เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์โดยนำผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการศึกษางานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้ประกอบการอภิปรายร่วมกัน เพื่อนำไปพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.2 พัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาท่าพระ ร่วมกันระดมสมองในการพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ แล้วนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาพิจารณาร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 2 การทดลองและการประเมินผล

ก่อนเริ่มการทดลอง ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2561 เป็นเวลา 6 เดือน โดยสัปดาห์ที่ 1 นัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาท่าพระ ส่วนสัปดาห์ที่ 4, 8, 12, 16, 20 และ 24 ติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ละสัปดาห์ดำเนินการตั้งแต่เวลา 09.00-11.00 น. ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ทำกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลองและระหว่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นกลุ่มทดลองด้วยกันเอง ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน/ค้นหาปัญหาสุขภาพเฉพาะราย โดยใช้ Family Folder และทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยมีการสาธิตและการฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 4, 8, 12, 16, 20 และ 24 เยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนและทบทวนความรู้ในการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและวิธีการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มควบคุม ได้รับดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาท่าพระ หลังสิ้นสุดการทดลอง ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

การวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท หมายเลข HP 6003 วันที่ 15 สิงหาคม 2560 ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2561

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง โดยมีกลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.13 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 59.36 มีอายุอยู่ในช่วง

มากกว่า 60 ปีมากที่สุด ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 65.63 สถานภาพสมรสคู่ กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 65.63 กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 68.75 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 62.50 กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 65.63 อาชีพส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 56.25 กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 53.13 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากที่สุด อยู่ในช่วง 5 - 10 ปี กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 59.37 กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 65.62 ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ส่วนใหญ่ มากกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 53.13 กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 56.25 โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่พบส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 30.56 กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 33.33

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 1)

3. ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 2)

4. ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 3)

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน		Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง		8.59	0.65	9.35	<0.01**
หลังการทดลอง		13.82	0.48		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง		8.62	0.62	2.16	0.53
หลังการทดลอง		9.01	0.54		
ก่อนการทดลอง					
	กลุ่มทดลอง	8.59	0.65	2.06	0.62
	กลุ่มควบคุม	8.62	0.62		
หลังการทดลอง					
	กลุ่มทดลอง	13.82	0.48	11.46	<0.01**
	กลุ่มควบคุม	9.01	0.54		

หมายเหตุ: \* p<0.01

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง		3.04	0.53	15.39	<0.01**
หลังการทดลอง		4.53	0.44		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง		3.06	0.57	2.11	0.91
หลังการทดลอง		3.13	0.49		
ก่อนการทดลอง					
	กลุ่มทดลอง	3.04	0.53	2.01	0.86
	กลุ่มควบคุม	3.06	0.57		
หลังการทดลอง					
	กลุ่มทดลอง	4.53	0.44	14.16	<0.01**
	กลุ่มควบคุม	3.13	0.49		

หมายเหตุ: \* p<0.01

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยค่าน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	7.92	0.52	11.09	0.01**
หลังการทดลอง	5.83	0.41		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	7.89	0.57	2.03	0.85
หลังการทดลอง	7.74	0.49		
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	7.92	0.52	1.94	0.97
กลุ่มควบคุม	7.89	0.57		
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	5.83	0.41	10.09	0.01**
กลุ่มควบคุม	7.74	0.49		

หมายเหตุ: \* p<0.01

### วิจารณ์

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าวเกิดจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kolb DA<sup>(6)</sup> ที่ว่าผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) จากประสบการณ์เดิมที่ผู้เรียนมี (2) จากการสะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับ (3) จากผู้เรียนทำความเข้าใจกับสิ่งที่เรียนมา และ (4) จากการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแก้ปัญหาจริง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงความรู้ของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับฟังการบรรยายที่ถ่ายทอดในเวลาที่กำหนด และได้เห็นภาพจริงพร้อมกับการลงมือปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom<sup>(7)</sup> ที่ว่า ความรู้เป็นความสามารถในการจดจำประสบการณ์ต่าง ๆ และระลึกเรื่องราวต่าง ๆ ออกมาได้ถูกต้อง แม่นยำ และสอดคล้องกับประชุมพร กวีกรณ์ และประเสริฐ

ประสมรักษ์<sup>(8)</sup> ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ 2 ภายหลังจากการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราพรพรณ แก้วสังข์ และจุฬารัตน์ โสตะ<sup>(9)</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

3. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่าก่อนการทดลอง และ

น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับที่ จำเนียร พรประยูทธ ชัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริทากุล<sup>(10)</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการชี้แนะผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ผลการศึกษาของพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### สรุป

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น รวมทั้งมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูความต่อเนื่องของการปฏิบัติในทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี และควรมีการฝึกอบรมบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด-ชัยนาท ทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ-ตำบลเขาท่าพระทุกท่าน และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูล ช่วยให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเกิดประโยชน์อย่างยิ่ง

### เอกสารอ้างอิง

1. ศิริลักษณ์ ฤงทอง. การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสาร-พยาบาลทหารบก 2560;18(Suppl 2):17-24.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อ 12 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://bps.ops.moph.go.th/ill/ill.html>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. รายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง. ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท; 2560.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาท่าพระ. ผลการดำเนินงานรักษาพยาบาลและคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน. ชัยนาท: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาท่าพระ; 2560.
5. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.
6. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall Inc; 1984.
7. Bloom BS. Human characteristic and school learning. New York: McGraw-Hill; 1979.
8. ประชุมพร กวีกรณ์, ประเสริฐ ประสมรักษ์. การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสิงหนาท. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559;4(3):307-24.
9. อัจฉราพรรณ แก้วสังข์, จุฬารัตน์ โสตะ. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำเมย ตำบลห้วยคำ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557;7(2):334-46.

10. จำเนียร พรประยุทธ, ชัญญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, สมสมัย รัตน- สะสม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
กร์ทากุล. ผลของโปรแกรมการชี้แนะผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2560;25(4):60-9.  
2 ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยน้ำตาล

**Abstract: Development of Care Model for Type 2 Diabetic Patients by Multidisciplinary Team with Family Medicine Principles**

**Thaworn Saisawan, M.D.**

*Jainadnarendra Hospital, Chainat Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2020;29:91-8.*

This study was a quasi-experimental research with an objective to compare the knowledge of type 2 diabetic patients on diabetes, the self-care behaviors and HbA1c before and after applying a care model by multidisciplinary team with family medicine principles. The samples were selected by the purposive sampling technique to include the patients with type 2 diabetes mellitus attending Khao Tha Phra health promotion hospital, Muang district, Chainat province. They were divided into two groups: the control (32 patients) who received routine diabetic care and the experimental group (32 patients) who received medical services based on the care model with family medicine principles, provided by a multidisciplinary team. Data were collected using the questionnaire to assess knowledge of diabetes, the self-care behaviors and the HbA1c record. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test. The results of this study showed that (1) the experimental group's mean score of the knowledge of diabetes and the self-care behaviors were significantly higher than before the program; and significantly higher than those of the control group ( $p < 0.01$ ); (2) the experimental group's mean score of the HbA1c was significantly lower than before the program; and significantly lower than that of the control group ( $p < 0.01$ ).

**Keywords:** care model; type 2 diabetes mellitus; family medicine principles



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ผลลัพธ์ในการใช้บริการทันตกรรมของประชาชน ในเขตอำเภอคลองไทรลาด จังหวัดสุโขทัย

นภา สุวรรณนพรัตน์ ท.บ.

แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลคลองไทรลาด อำเภอคลองไทรลาด จังหวัดสุโขทัย

วันรับ: 18 ก.พ. 2562  
วันแก้ไข: 10 เม.ย. 2562  
วันตอบรับ: 22 เม.ย. 2562

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนในเขตอำเภอคลองไทรลาด จังหวัดสุโขทัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนกระตุ้นให้ประชาชนมารับบริการทันตกรรมตามสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเองอย่างเหมาะสม โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลคลองไทรลาด ด้วยรหัส ICD-10 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2561 ในปีงบประมาณ 2559 – 2561 พบว่า ในขณะที่มีประชาชนมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลคลองไทรลาดใกล้เคียงกัน แต่ประชาชนที่มารับบริการทางทันตกรรมทั้งในเขตและนอกเขตโรงพยาบาลคลองไทรลาดเพิ่มมากขึ้นเป็น 13,861 คน 16,651 คน และ 18,892 คน ตามลำดับ โดยผู้มารับบริการทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุน้อยกว่า 15 ปี มีภูมิลำเนาและเข้ารับบริการในเขตโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประจำสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้พบว่าผู้มารับบริการทันตกรรมส่วนหนึ่งไปใช้บริการทันตกรรมนอกเขตโรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปรีกรัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเรือ ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มารับบริการทันตกรรมในการตรวจฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน โดยในแต่ละปีมีประชาชนมารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นทุกปีในทุกชนิดของบริการทันตกรรม นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์อัตราการใช้บริการทันตกรรมต่อประชากร 100 คน และความถี่ของการมารับบริการทันตกรรมของประชาชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีในการใช้บริการทันตกรรม การตรวจฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน การประชาสัมพันธ์โดยอาศัยความร่วมมือกับเครือข่ายสาธารณสุขและชุมชนมีความสำคัญในการช่วยกระตุ้นให้ประชาชนรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลของตนเอง รวมถึงการเข้าใช้บริการทันตกรรมและบริการสุขภาพอื่น ๆ ตามสิทธิการรักษาพยาบาล นอกจากจะช่วยให้ประชาชนได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างรวดเร็วอีกด้วย

**คำสำคัญ:** บริการทันตกรรม, สิทธิการรักษาพยาบาล, ปัญหาสุขภาพช่องปาก

## บทนำ

ในปัจจุบันมีผู้มารับบริการที่หน่วยบริการของรัฐเพิ่มมากขึ้นทุกปีทั้งการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รวมถึงการมารับบริการด้านทันตกรรม ปัญหาสุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อการเกิดโรคอื่น ๆ โดยปัญหา

สุขภาพที่สำคัญและพบได้บ่อย เช่น โรคฟันผุ โรคปริทันต์<sup>(1,2)</sup> ถ้าเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยจะส่งผลต่อการรับประทาน การนอนหลับ พัฒนาการ และการเจริญเติบโตของเด็ก<sup>(3-5)</sup> ส่วนปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ใหญ่ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร การนอนหลับและอีก

หลายปัญหาตามมาเช่นเดียวกัน ในปี 2560 มีการสำรวจ สภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีฟันผุระยะเริ่มต้น มากกว่าร้อยละ 30.0 เด็กอายุ 12 ปี และ 15 ปี<sup>(6)</sup> มีความชุกของโรคฟันผุ มากกว่าร้อยละ 50.0 ส่วนวัยทำงาน อายุ 35-44 ปี มี ฟันในปากเฉลี่ย 28.4 ซี่ และมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนออก (decayed, missing, and filled teeth - DMFT) 6.6 ซี่/คน นอกจากนี้การสำรวจในผู้สูงอายุ 2 ช่วงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ อายุ 60-74 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุที่มีในช่องปาก 18.6 ซี่/คน โดยมีผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 56.1 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ร้อยละ 40.2 ส่วนผู้สูงอายुर้อยละ 39.4 มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ และฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ผู้สูงอายุ อายุ 80-85 ปี ซึ่งมีการสูญเสียฟันผุเพิ่มขึ้น พบว่า มีค่าเฉลี่ยฟันผุที่มีในช่องปาก 10 ซี่/คน โดยมีผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 22.4 และมีฟันหลัง สบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 12.1 เท่านั้น<sup>(7)</sup> ในปี 2561 มีรายงานข้อมูลตัวชี้วัดจากฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ของเขตสุขภาพที่ 2<sup>(8)</sup> พบ ว่า ร้อยละ 81.98 เด็กอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

ประชาชนคนไทยมีสิทธิการรักษาพยาบาลทั้งหมด 5 กลุ่มใหญ่ ประกอบด้วย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น และสิทธิ หน่วยงานของรัฐอื่น ๆ<sup>(9)</sup> ซึ่งส่วนใหญ่ประชาชนที่มารับ บริการที่โรงพยาบาลของรัฐจะใช้สิทธิการรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ประมาณ 48.7 ล้านคน) สิทธิประกันสังคม (ประมาณ 11.6 ล้านคน) และสิทธิ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (ประมาณ 4.6 ล้าน คน) ตามลำดับ โดยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกิดขึ้นจากการมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ สุขภาพที่เหมาะสมอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ทั้งการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การ

รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพเท่าที่จำเป็นต่อ สุขภาพและการดำรงชีวิต ซึ่งการใช้บริการทางทันตกรรม ด้วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะครอบคลุมการ ให้บริการทั้งการอุดฟัน การถอนฟัน การขูดหินปูน การ ให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ การรักษา โพลีประสาทฟันน้ำนม การเคลือบหลุมร่องฟัน การผ่า ฟันคุด การใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ และการทำฟันปลอมฐานพลาสติก<sup>(10)</sup> ส่วนสิทธิสวัสดิการ ข้าราชการครอบคลุมการให้บริการด้านทันตกรรมเหมือน กับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยกเว้น การเคลือบ ฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน อย่างไรก็ตามสิทธิ ประกันสังคมครอบคลุมการให้บริการด้านทันตกรรมน้อย กว่าสิทธิอื่น ๆ โดยครอบคลุมการให้บริการการตรวจฟัน การถอนฟัน การผ่าฟันคุด การอุดฟัน การขูดหินปูน และ การทำฟันปลอมฐานพลาสติก<sup>(11)</sup> อย่างไรก็ตามข้อมูลการ เข้าถึงบริการทันตกรรมโดยวิเคราะห์จำแนกตามสิทธิการ รักษาพยาบาล นอกจากจะช่วยสะท้อนปัญหาสภาวะ สุขภาพช่องปากและการรักษาทางทันตกรรมแล้ว ยังช่วย สะท้อนการรับรู้สิทธิและการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล ของตนเองอีกด้วย ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษา ผลลัพธ์ในการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนในเขต อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพช่อง ปากของประชาชน รวมถึงการวางแผนประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อให้ประชาชนรับรู้สิทธิ การรักษาพยาบาลของตนเอง และเข้ามาใช้บริการทาง ด้านทันตกรรมและการรักษาอื่น ๆ ตามสิทธิการรักษา พยาบาลของตนเองเพิ่มขึ้นอีกด้วย

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ จากโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลกงไกรลาศ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2561 ด้วยรหัส ICD-10 โดยมี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มารับบริการทางด้านทันต- กรรมที่โรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัด-

## ผลลัพธ์ในการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนในเขตอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

สุโขทัย เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 15 ธันวาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลแยกรายปี รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลแยกรายประเด็น ดังนี้ คือ (1) จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานที่รับบริการทั้งในเขตและนอกเขต (2) ชนิดของบริการทันตกรรม ประกอบด้วย การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การเคลือบฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน การรักษารากฟัน การใส่ฟันปลอม การตรวจฟัน และอื่น ๆ และ (3) สิทธิการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม และสรุปผล

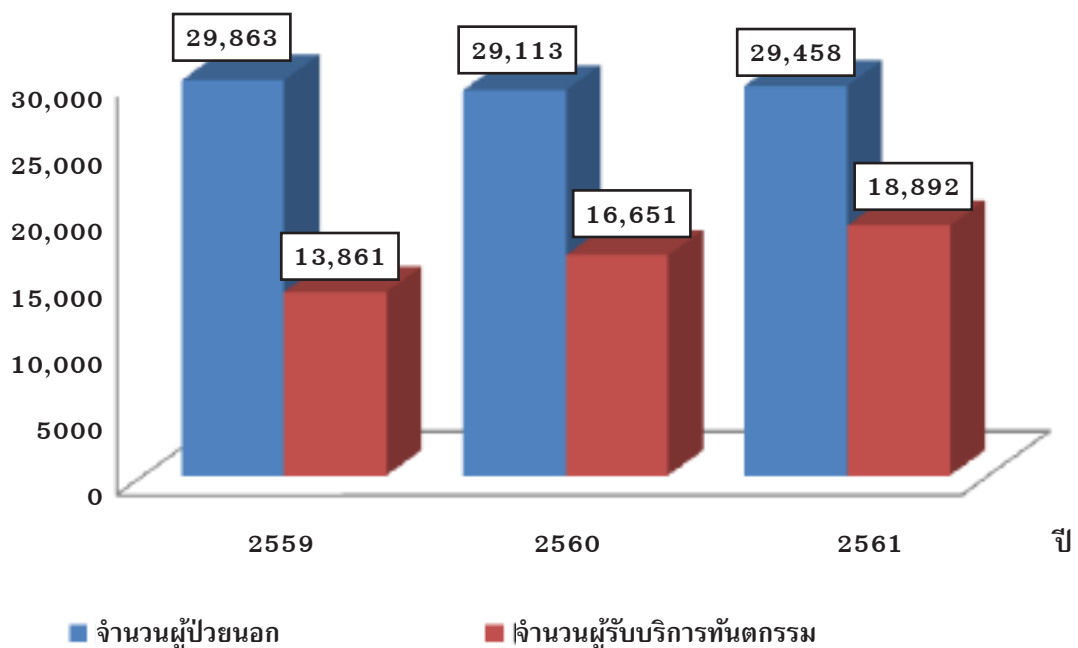
### ผลการศึกษา

สถานการณ์การให้บริการทันตกรรมของประชาชนในเขตอำเภอองไกรลาศ

จากการทบทวนข้อมูลในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลองไกรลาศ พบว่า ในปีงบประมาณ 2559 - 2561 มีประชาชนมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกใน

โรงพยาบาลองไกรลาศใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามมีประชาชนมารับบริการทางทันตกรรมทั้งในเขตและนอกเขตโรงพยาบาลองไกรลาศเพิ่มมากขึ้นเป็น 13,861 คน 16,651 คน และ 18,892 คน ตามลำดับ (ภาพที่ 1) ผู้มารับบริการทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในอัตรา 16.6, 19.9, 24.0 คนต่อประชากร 100 คน โดยมีความถี่ของการมารับบริการทันตกรรมไม่แตกต่างกันในเพศหญิงและเพศชายเฉลี่ย 1.3 ครั้ง/คน/ปี (ตารางที่ 1) ผู้มารับบริการทันตกรรมส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี, อายุ 46 - 60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี ตามลำดับ มีภูมิลำเนาและเข้ารับบริการในเขตโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าผู้มารับบริการทันตกรรมส่วนหนึ่งไปใช้บริการทันตกรรมนอกเขตโรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปรีกรัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรโน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเรือง (ตารางที่ 2)

ภาพที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการโรงพยาบาลองไกรลาศ



Outcomes of Dental Services Utilization of People in Kongkrais District, Sukhothai Province

ตารางที่ 1 การรับบริการทันตกรรมของประชาชนที่โรงพยาบาลกงไกรลาส จำแนกตามรายเพศ

เพศ	ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
	อัตราต่อประชากร	ความถี่	อัตราต่อประชากร	ความถี่	อัตราต่อประชากร	ความถี่
	100 คน	(ครั้ง/คน/ปี)	100 คน	(ครั้ง/คน/ปี)	100 คน	(ครั้ง/คน/ปี)
ชาย	11.3	1.2	14.4	1.2	18.1	1.2
หญิง	16.6	1.3	19.9	1.3	24.0	1.2
รวม	27.9	1.3	34.3	1.3	42.1	1.2

ตารางที่ 2 ความถี่ของการมารับบริการทันตกรรมของประชาชนจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล (ครั้ง/คน/ปี)

ประเด็น	ปี 2559				ปี 2560				ปี 2561			
	ชรก.	ปส.	สปสช.	รวม	ชรก.	ปส.	สปสช.	รวม	ชรก.	ปส.	สปสช.	รวม
<b>1. ช่วงอายุ (ปี)</b>												
ต่ำกว่า 15	242	0	5926	6168	254	0	6799	7053	258	0	6727	6985
(%)	3.9	0.0	96.1	100.0	3.6	0.0	96.4	100.0	3.7	0.0	96.3	100.0
15 – 30	158	22	2391	2571	91	12	2908	3011	87	24	3511	3622
(%)	6.1	0.9	93.0	100.0	3.0	0.4	96.6	100.0	2.4	0.7	96.9	100.0
31 – 45	386	53	1585	2024	486	27	2539	3052	512	28	2740	3280
(%)	19.1	2.6	78.3	100.0	15.9	0.9	83.2	100.0	15.6	0.9	83.5	100.0
46 – 60	908	3	2962	3873	1378	12	2987	4377	1196	13	3863	5072
(%)	23.4	0.1	76.5	100.0	31.5	0.3	68.2	100.0	23.6	0.3	76.1	100.0
มากกว่า 60	738	0	2463	3201	954	0	2852	3806	1147	0	2854	4001
(%)	23.1	0.0	76.9	100.0	25.1	0.0	74.9	100.0	28.7	0.0	71.3	100.0
<b>2. สถานที่รับบริการ</b>												
<b>ในเขต</b>												
โรงพยาบาล- กงไกรลาส (%)	1523	32	9228	10783	2067	19	10789	12875	2108	23	11891	14022
หน่วยบริการปฐม- -ภูมิ (PCU) (%)	667	18	2399	3084	698	13	3259	3970	634	15	3451	4100
	21.6	0.6	77.8	100.0	17.6	0.3	82.1	100.0	15.5	0.4	84.1	100.0
<b>นอกเขต</b>												
ตำบลบ้านใหม่ สุขเกษม (%)	72	25	643	740	85	10	821	916	93	20	895	1008
	9.7	3.4	86.9	100.0	9.3	1.1	89.6	100.0	9.2	2.0	88.8	100.0
ตำบลปรีกรัก (%)	51	0	358	409	100	4	558	662	116	2	783	901
	12.5	0.0	87.5	100.0	15.1	0.6	84.3	100.0	12.9	0.2	86.9	100.0
ตำบลไกรโน (%)	106	3	1135	1244	171	5	1264	1440	195	5	1273	1473
	8.5	0.3	91.2	100.0	11.9	0.3	87.8	100.0	13.3	0.3	86.4	100.0
ตำบลน้ำเรือ (%)	13	0	1564	1577	42	0	1394	1436	54	0	1402	1456
	0.8	0.0	99.2	100.0	2.9	0.0	97.1	100.0	3.7	0.0	96.3	100.0

หมายเหตุ: ชรก. = ข้าราชการ ปส. = ประกันสังคม สปสช. = หลักประกันสุขภาพฯ

## ผลลัพธ์ในการให้บริการทันตกรรมของประชาชนในเขตอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

ชนิดของการให้บริการทันตกรรมของประชาชนในเขตอำเภอองไกรลาศ ในแต่ละปีมีประชาชนมารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นทุกปีในทุกชนิดของบริการทันตกรรม (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มารับบริการทันตกรรมในการตรวจฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน ตามลำดับ โดย 100 คน พบว่า ประชาชนมาใช้บริการทันตกรรมในการ

ตารางที่ 3 การให้บริการทันตกรรมของประชาชนที่โรงพยาบาลองไกรลาศ จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาลและชนิดของบริการทันตกรรม

ชนิด	ปี 2559				ปี 2560				ปี 2561			
	รวม	ชรก.	ปส.	สปสช.	รวม	ชรก.	ปส.	สปสช.	รวม	ชรก.	ปส.	สปสช.
การถอนฟัน	455	146	9	300	1928	166	4	1758	2189	197	7	1985
(%)	100.0	32.1	2.0	65.9	100.0	8.6	0.2	91.2	100.0	9.0	0.3	90.7
การอุดฟัน	1043	268	7	768	1229	314	3	912	1432	413	6	1013
(%)	100.0	25.7	0.7	73.6	100.0	25.6	0.2	74.2	100.0	28.9	0.4	70.7
การขูดหินปูน	1013	264	12	737	1089	254	7	828	1267	286	10	971
(%)	100.0	26.1	1.2	72.7	100.0	23.3	0.6	76.1	100.0	22.6	0.8	76.6
การเคลือบฟลูออไรด์	566	10	0	556	687	20	0	667	742	25	0	717
(%)	100.0	1.8	0.0	98.2	100.0	2.9	0.0	97.1	100.0	3.4	0.0	96.6
การเคลือบหลุมร่องฟัน	747	6	1	740	757	2	0	755	826	4	0	824
(%)	100.0	0.8	0.1	99.1	100.0	0.3	0.0	99.7	100.0	0.4	0.0	99.6
การรักษารากฟัน	92	44	2	46	148	58	0	90	179	53	0	126
(%)	100.0	47.8	2.2	50	100.0	39.2	0.0	60.8	100.0	29.6	0.0	70.4
การใส่ฟันปลอม	856	121	3	732	1314	279	1	1034	1391	282	1	1108
(%)	100.0	14.1	0.4	85.5	100.0	21.2	0.1	78.7	100.0	20.3	0.1	79.6
การตรวจฟัน	4203	373	16	3814	4695	488	24	4183	4740	503	28	4209
(%)	100.0	8.9	0.4	90.7	100.0	10.4	0.5	89.1	100.0	10.6	0.6	88.8
อื่นๆ	4886	479	13	4394	4804	562	19	4223	6126	671	39	5416
(%)	100.0	9.8	0.3	89.9	100.0	11.7	0.4	87.9	100.0	11.0	0.6	88.4

หมายเหตุ: ชรก. = ข้าราชการ ปส. = ประกันสังคม สปสช. = หลักประกันสุขภาพฯ

ตารางที่ 4 อัตราของการรับบริการทันตกรรมของประชาชนที่โรงพยาบาลองไกรลาศ (ต่อประชากร 100 คน) และความถี่ของการรับบริการทันตกรรม (ครั้ง/คน/ปี)

ชนิด	ปี 2559								ปี 2560								ปี 2561							
	อัตรา				ความถี่				อัตรา				ความถี่				อัตรา				ความถี่			
	(/ประชากร 100 คน)				(ครั้ง/คน/ปี)				(/ประชากร 100 คน)				(ครั้ง/คน/ปี)				(/ประชากร 100 คน)				(ครั้ง/คน/ปี)			
	รวม	ชรก.	ปส.	สปสช.	รวม	ชรก.	ปส.	สปสช.	รวม	ชรก.	ปส.	สปสช.	รวม	ชรก.	ปส.	สปสช.	รวม	ชรก.	ปส.	สปสช.	รวม	ชรก.	ปส.	สปสช.
ถอนฟัน	0.9	0.3	0.0	0.6	5.3	1.4	1.1	7.1	3.9	0.3	0.0	3.6	1.2	1.3	1.0	1.2	4.9	0.5	0.0	4.4	1.2	1.2	1.6	1.2
อุดฟัน	2.1	0.5	0.0	1.6	1.2	1.3	1.3	1.1	2.5	0.6	0.0	1.9	1.2	1.3	1.0	1.2	3.2	0.9	0.0	2.3	1.1	1.0	1.2	1.1
ขูดหินปูน	2.0	0.5	0.0	1.5	1.1	1.1	1.0	1.1	2.2	0.5	0.0	1.7	1.1	1.2	1.0	1.1	2.8	0.6	0.0	2.2	1.0	1.1	1.0	1.1
เคลือบฟลูออไรด์	1.1	0.0	0.0	1.1	1.1	1.0	0.0	1.1	1.4	0.0	0.0	1.4	1.1	1.2	0.0	1.1	1.7	0.1	0.0	1.6	1.1	1.1	0.0	1.0
เคลือบหลุมร่องฟัน	1.5	0.0	0.0	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	4.1	0.0	0.0	4.1	1.1	1.0	0.0	1.1	1.8	0.0	0.0	1.8	1.0	1.0	0.0	1.0
รักษารากฟัน	0.2	0.1	0.0	0.1	1.3	1.4	1.0	1.2	0.3	0.1	0.0	0.2	1.2	1.2	0.0	1.2	0.4	0.1	0.0	0.3	1.1	1.1	0.0	1.1
ใส่ฟันปลอม	1.7	0.2	0.0	1.5	1.2	1.3	1.3	1.2	2.7	0.6	0.0	2.1	1.2	1.2	1.0	1.2	3.1	0.6	0.0	2.5	1.3	1.3	2.0	1.2
ตรวจฟัน	8.5	0.8	0.0	7.7	1.6	2.3	1.8	1.2	9.7	1.0	0.1	8.6	1.6	2.1	1.1	1.5	10.6	1.1	0.1	9.4	1.6	2.0	1.1	1.5
อื่นๆ	9.8	1.5	0.0	8.8	1.2	0.7	0.4	1.4	9.9	1.2	0.0	8.7	0.9	0.6	0.8	0.9	13.7	1.5	0.1	12.1	0.9	0.7	1.4	1.0

หมายเหตุ: ชรก. = ข้าราชการ ปส. = ประกันสังคม สปสช. = หลักประกันสุขภาพฯ

ตรวจฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน เช่นเดียวกับความถี่ของการมารับบริการทันตกรรม โดยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี (ตารางที่ 4)

### วิจารณ์

จากการทบทวนข้อมูลในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลกงไกรลาศ พบว่า ในปีงบประมาณ 2559 – 2561 มีประชาชนมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลกงไกรลาศใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามมีประชาชนมารับบริการทางทันตกรรมทั้งในเขตและนอกเขตโรงพยาบาลกงไกรลาศเพิ่มมากขึ้นเป็น 13,861 คน 16,651 คน และ 18,892 คน ตามลำดับ ผู้มารับบริการทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในอัตรา 16.6, 19.9, 24.0 คนต่อประชากร 100 คน โดยมีความถี่ของการมารับบริการทันตกรรมไม่แตกต่างกันในเพศหญิงและเพศชายเฉลี่ย 1.3 ครั้ง/คน/ปี ผู้มารับบริการทันตกรรมส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี อายุ 46–60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี ตามลำดับ มีภูมิลาเนาและเข้ารับบริการในเขตโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าผู้มารับบริการทันตกรรมส่วนหนึ่งไปใช้บริการทันตกรรมนอกเขตโรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปรักกรัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรโน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเรือง ซึ่งผู้มารับบริการส่วนใหญ่มารับบริการทันตกรรมในการตรวจฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูนตามลำดับ โดยในแต่ละปีมีประชาชนมารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นทุกปีในทุกชนิดของบริการทันตกรรม นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์อัตราการใช้บริการทันตกรรมต่อประชากร 100 คน พบว่า ประชาชนมาใช้บริการทันตกรรมในการตรวจฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน เช่นเดียวกับความถี่ของการมารับบริการทันตกรรม โดยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี

จากการทบทวนวรรณกรรมสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ โดยพบว่า ในขณะที่มีผู้มารับบริการทันตกรรมเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยประชาชนส่วนใหญ่ไปใช้บริการด้านทันตกรรมในคลินิกเอกชนเป็นหลัก<sup>(12)</sup> แต่เข้ามาใช้บริการด้านทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐน้อยมาก<sup>(13)</sup> โดยประชาชนส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก เนื่องจากมีความครอบคลุมในการรักษาพยาบาลที่จำเป็นสำหรับประชาชน<sup>(10)</sup> ส่วนใหญ่ประชาชนมารับบริการ การตรวจฟัน การถอนฟัน การขูดหินปูน และการอุดฟัน<sup>(14)</sup> อย่างไรก็ตามพบว่าประชาชนสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการเข้าใช้บริการทันตกรรมในสถานพยาบาลของภาครัฐยังน้อย เนื่องจากมีกำลังจ่ายมากสามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลเอกชนหรือคลินิกเอกชนได้<sup>(15)</sup> รวมถึงมีทางเลือกในการรักษาพยาบาลได้หลายโรงพยาบาล นอกจากนี้พบว่าประชาชนที่ใช้สิทธิประกันสังคมเข้ารับบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลภาครัฐน้อยที่สุด การเพิ่มขอบเขตในการรักษาพยาบาลของประชาชนที่มีสิทธิประกันสังคมจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

### สรุป

การทบทวนข้อมูลในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลกงไกรลาศ ในปีงบประมาณ 2559 – 2561 พบว่า ในขณะที่มีประชาชนมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลกงไกรลาศใกล้เคียงกัน แต่ประชาชนที่มารับบริการทางทันตกรรมทั้งในเขตและนอกเขตโรงพยาบาลกงไกรลาศเพิ่มมากขึ้นเป็น 13,861 คน 16,651 คน และ 18,892 คน ตามลำดับ โดยผู้มารับบริการทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุน้อยกว่า 15 ปี<sup>(16)</sup> มีภูมิลาเนาและเข้ารับบริการในเขตโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้พบว่าผู้มารับบริการทันตกรรมส่วนหนึ่งไปใช้บริการทันตกรรมนอกเขตโรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปรักกรัก โรงพยาบาล-

ส่งเสริมสุขภาพตำบลไกรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลน้ำเรื้อง ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มารับบริการทันตกรรมในการตรวจฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน โดยในแต่ละปีมีประชาชนมารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นทุกปีในทุกชนิดของบริการทันตกรรม นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์หัตถการให้บริการทันตกรรมต่อประชากร 100 คน และความถี่ของการมารับบริการทันตกรรมของประชาชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีในการให้บริการทันตกรรม การตรวจฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน การประชาสัมพันธ์โดยอาศัยความร่วมมือกับเครือข่ายสาธารณสุขและชุมชนมีความสำคัญในการช่วยกระตุ้นให้ประชาชนรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลของตนเอง รวมถึงการเข้าใช้บริการทันตกรรมและบริการสุขภาพอื่นๆ ตามสิทธิ นอกจากนี้จะช่วยให้ประชาชนได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างรวดเร็วอีกด้วย

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากในเชิงลึกของประชาชน จะช่วยให้วิเคราะห์ปัญหาได้ชัดเจน ละเอียดครบถ้วน ทำให้การวางแผนในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนได้ถูกทางและชัดเจนยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติการ

ควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เครือข่ายสาธารณสุข และชุมชน เพื่อช่วยประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ประชาชนในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง รวมถึงการรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลของตนเอง และเข้ารับบริการทางทันตกรรมเพิ่มมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. เมธินี คุปพิทยานันท์, สุพรรณิ ศรีวิริยกุล. โรคในช่องปากที่พบบ่อย. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ประตูลู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
2. ยศวิมล คุมาสุข. โรคปริทันต์อักเสบ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล : <http://www.dt.mahidol.ac.th/th/periodontitis/>

3. โอนมา รัตนะเจริญธรรม, สุนิณ พัวศิริ, ปริญญา ทานะเวช, วรสุดา พลเดชะ, วรุต ชลธิทิกุล. ความชุกและปัจจัยของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยอายุ 6-36 เดือน ที่คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559;19(2):125-34.
4. ณัฐรุธ แก้วสุทธา, ธนาธิฐ บุญอินทร์, คงวุฒิ เหลืองเรืองรอง, ชวรงค์ มาไพศาลสิน, จริญญา ฉายวิริยะ. ความชุกและปัจจัยทางกายภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในผู้ป่วยเด็กคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ 2556; 6(2):35-47.
5. สวรรัตน์ เรืองฤทธิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง. การใช้บริการสุขภาพช่องปากเด็กไทยอายุ 5-14 ปี จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2556 และ 2558. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2560;22(2):58-69.
6. วิลาวลัย วีระอาชากุล, วิบูลย์ วีระอาชากุล. สภาวะสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2554;26(4):309-16.
7. จิราพร ชีตติ, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, นพวรรณ โพนนุกุล, พงศธร จินตกานนท์, พัชรวรรณ สุขุมาลินท์. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ): 2660.
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวง ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต] [สืบค้นเมื่อ 2 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page\\_kpi.php?flag\\_kpi\\_level=1&flag\\_kpi\\_year=2018](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2018)
9. นิภาพรณ สุขสิริ, พันธิตา ระลึก, กฤษ ลิ้มทองอิน, กฤษณา โกสีหเดช, บำรุง ชลเดช, กัญญา รัตนะ, และคณะ. หลักประกันสุขภาพ 10 เรื่องควรรู้. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.

10. นิภาพรรณ สุขศิริ, พัฒนิตา ระลึก. 10 เรื่องควรรู้ สิทธิประกันสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สปสช; 2556. <http://164.115.25.41/expertcenter/wp-content/uploads/2018/conference/HPFT/Report/1.present-hpt3.pdf>
11. วราวัชร ขจรรัตนวิชย์. ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่เหมาะสมในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2563): ความเห็นจากประชาชนจังหวัดขอนแก่น. วารสารมหาวิทยาลัยรัตนนคร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2558;23(3):16-34.
12. วรมน อัครสุด. การใช้บริการทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2558. วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข 2561;23(1): 26-37.
13. ลักขณา กิตติวิโรตม. การพัฒนารูปแบบระบบบริการทันตกรรมที่พึงประสงค์ในคลินิกหมอครอบครัวของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล:
14. วริศา พานิชเกรียงไกร, อังคณา สมันตวิชัย, กัญญา ดิษยาธิคม, สุปล ติมพัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ติมพัฒนานนท์. การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย: ผลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(2):170-81.
15. เพ็ญแข ลาภยั้ง, วีระศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในเด็กไทยอายุ 5-14 ปี: การวิเคราะห์การสำรวจระดับชาติแบบภาคตัดขวาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2557;8(2):187-96.
16. เพ็ญแข ลาภยั้ง, วีระศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในทศวรรษแรกของระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556;22(6):1080-90.

**Abstract: Outcomes of Dental Services Utilization of People in Kongkrais District, Sukhothai Province**

**Napa Suwonnoparat, D.D.S.**

*Dentistry Department, Kongkrais hospital, Kongkrais District, Sukhothai Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2020;29:99-106.*

This study aimed to investigate results of the use of public dental service of people at Kongkrais in Sukhothai in order to use the collected data to encourage people to use public dental services based on their medical rights. The secondary data was analyzed by HosXP of Kongkrais hospital, using ICD-10 code on 1 October 2015 to 30 September 2018. It was found that an increase of people using services at Out-Patient Department at Kongkrais hospital was similar. However, increases of people using dental services inside and outside Kongkrais hospital were 13,861, 16,651 and 18,892 respectively. A majority of the dental service users was females, aged lower than 15 years old. They received services at hospitals in their hometowns, using their health insurance rights. In addition, some of the dental service users used the outside hospitals consisting of Ban Mai Sook Kasem Tambon Health Promoting Hospital, Prak Rak Tambon Health Promoting Hospital, Krai Nai Tambon Health Promoting Hospital and Nam Ruang Tambon Health Promoting Hospital. A majority of service users received dental examination, fillings and scaling. There is an increase of service users in dental services every year. Furthermore, when analyzing the service using rate of dental services in 100 people and the frequency of dental services in the use of dental services, dental examination, fillings and scaling every year. Public relations should apply cooperation with public health networks. The communities are important to help encourage people to recognize their own medical rights and dental service use and other health services based on their medical rights. This not only helps people to access appropriate medical services, but also enables people to have rapid transfer.

**Keywords:** oral services; treatment rights; dental health problem



## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# การพัฒนารูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัย ในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม

อัมรภัสร์ อรรถชัยวัจน์ วท.ม. (เภสัชวิทยา)\*

ยุรีพรรณ วณิชโยบล พย.ม. (การพยาบาลอาชีวอนามัย)\*

ไศภิชญ์ สุวรรณเกษาวงษ์ พย.ม. (บริหารการพยาบาล)\*

ธีรพร สติธอังกูร ส.ด. (บริหารสาธารณสุข)\*\*

ศิริมา ลีละวงศ์ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข)\*

\* กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

\*\* สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	9 ธ.ค. 2562
วันแก้ไข:	28 ธ.ค. 2562
วันตอบรับ:	2 ม.ค. 2563

**บทคัดย่อ** การวิจัยและพัฒนาวิธีปฏิบัติประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัยเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมจังหวัดฉะเชิงเทราโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี วิธีดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (3) ทดลองและปรับปรุงรูปแบบ และ (4) ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวนทั้งหมด 23 คน และประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมจำนวน 382 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม และคู่มือการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ (1) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ค่า KR-20 เท่ากับ 0.83 (2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ (3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบฯ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.72 และ 0.87 ตามลำดับ (4) แบบทดสอบความรู้ของประชาชน ค่า KR-20 เท่ากับ 0.85 (5) แบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.92 และ (6) แบบบันทึกจำนวนประชาชนที่เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยกำหนดคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ (2) กระบวนการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมด้วยกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (3) แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม และ (4) แผนการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มต่างๆ ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบฯด้านผู้ให้บริการ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบฯมีค่าเท่ากับ (mean±SD=7.13±0.69) และ (mean±SD=8.26±0.92) ตามลำดับ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบฯ โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก (mean±SD=3.89±0.55) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean±SD=4.12±0.78) ด้านประชาชน พบว่า

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ มีค่าเท่ากับ (mean±SD=6.08±1.80) และ (mean±SD=8.07±1.47) ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจของประชาชนพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean±SD= 4.08±0.83) ด้านคุณภาพบริการพยาบาล พบว่า ประชาชนเข้าถึงบริการ ร้อยละ 100 มีประชาชนปกติร้อยละ 67 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 31 และได้รับการดูแลต่อเนืองร้อยละ 2

**คำสำคัญ:** รูปแบบ; การพยาบาลอาชีวอนามัย; มลพิษสิ่งแวดล้อม

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กน้อยจนถึงเสียชีวิตที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อมได้แก่ มลพิษทางอากาศ น้ำ ดิน ของเสียและสารเคมีอันตรายที่มีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลกให้ความสำคัญโดยองค์การอนามัยโลก ประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรประมาณ 4.2 ล้านในแต่ละปีจากมลพิษทางอากาศที่มีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก (ฝุ่นพีเอ็ม 2.5) โอโซน (O<sub>3</sub>) ไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO<sub>2</sub>) และซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO<sub>2</sub>)<sup>(1)</sup> และจากการวิจัยพบว่าเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลายชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็งปอด และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก ในประเทศไทยปัญหามลพิษโดยเฉพาะที่เกิดจากอุตสาหกรรม เป็นปัญหาที่กระจายอยู่ในทุกพื้นที่และสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยพบว่าสาเหตุการตายและเจ็บป่วยของคนไทยในช่วงปี พ.ศ. 2552-2556 ในอันดับต้นๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคปอด<sup>(2)</sup> ซึ่งเป็นโรคที่มีปัจจัยจากการสัมผัสมลพิษ โดยมลพิษทางอากาศทำให้คนไทยตายก่อนวัยอันควรพบว่าเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากประมาณ 30,000 คน ในปี พ.ศ. 2533 และเป็น 50,000 คน ในปี พ.ศ. 2556 จากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาปี พ.ศ. 2553-2557 พบว่ามีอัตราป่วยพิษจากโลหะหนักอยู่ระหว่าง 0.008 - 0.33 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ 0.05 และในปี พ.ศ. 2559 เท่ากับ 0.06<sup>(2,3)</sup> ซึ่งข้อมูลปัญหาโรคจากสิ่งแวดล้อมมีน้อย แต่ผู้เชี่ยวชาญยอมรับว่าขนาดปัญหามากกว่าข้อมูลที่รายงาน และยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังในประเทศไทย<sup>(4)</sup> กระทรวงสาธารณสุข

เห็นความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว กำหนดเป็นนโยบายคุ้มครองสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (Hot Zone) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ในแผนยุทธศาสตร์การคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง ซึ่งอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ปี พ.ศ. 2560-2579<sup>(5)</sup> และกำหนดให้พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญมีบทบาทหน้าที่ดูแลประชาชนทุกกลุ่มอายุทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในโรงพยาบาลที่บ้าน ที่โรงเรียน สถานที่ทำงานและชุมชน<sup>(6)</sup> อยู่ในโครงสร้างการทำงานที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และเตรียมความพร้อมผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัย เพื่อให้บริการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัย<sup>(7)</sup> พร้อมกับเป็นพี่เลี้ยงดูแลเป็นเครือข่ายจังหวัดให้พยาบาลในชุมชนดูแลสุขภาพของประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าพยาบาลอาชีวอนามัยจะเน้นการดูแลสุขภาพ และความปลอดภัยของคนทำงาน แต่มีการปฏิบัติในงานพิษวิทยาและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม หรือการดูแลประชาชนด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมได้ในระดับน้อยที่สุด<sup>(8)</sup> ประกอบกับการวินิจฉัยโรคมีความยากแตกต่างจากโรคอื่นๆ อาจไม่มีอาการแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน ใช้ระยะเวลาในการก่อให้เกิดโรค ส่งผลให้ประชาชนในกลุ่มนี้ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการได้น้อย ซึ่งมาตรการหรือกลวิธีที่สำคัญของการดูแลสุขภาพของประชาชนให้ปลอดภัยจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในเขตพื้นที่อุตสาหกรรมคือการป้องกันปัจจัยหรือภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนใน

พื้นที่ดังกล่าว ต้องมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบหรือรูปแบบที่ชัดเจน และมีการประสานงานกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในชุมชนและสถานบริการสุขภาพเพื่อค้นหาพื้นที่เสียงมลพิษสิ่งแวดล้อม เฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้ประชาชนเป็นโรคได้ พร้อมทั้งการให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ

การพยาบาลอาชีวอนามัย เป็นการพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลปกป้องคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพ และประชากรในชุมชน ที่เกี่ยวกับการทำงานและอันตรายจากสิ่งแวดล้อม<sup>(9,10)</sup> รวมถึงปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม<sup>(7)</sup> การบริการพยาบาลอาชีวอนามัยให้ประชาชนปลอดภัยจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นงานพิษวิทยาและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมของพยาบาลอาชีวอนามัย ที่กำหนดในมาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัย<sup>(7)</sup> ต้องดำเนินงานตั้งแต่ยังเป็นพื้นที่เสียงมลพิษสิ่งแวดล้อมซึ่งก็คือชุมชนที่อยู่รอบแหล่งปล่อยสารอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม จึงต้องอาศัยการทำงานประสานความร่วมมือระหว่าง พยาบาลอาชีวอนามัยหรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมการบริการพยาบาลอาชีวอนามัย ซึ่งมีโครงสร้างการทำงานในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป<sup>(4)</sup> ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก เป็นผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ประสานและเป็นผู้จัดการสุขภาพ ร่วมกับพยาบาลในชุมชนที่เป็นด่านหน้าที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในเขตที่รับผิดชอบดูแลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้ที่ไม่เจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงโรคและผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ทั้งเรื้อรังและเฉียบพลัน<sup>(11)</sup> โดยการทำงานดังกล่าวต้องมีการดำเนินงานทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน มีการประสานงานระหว่างพยาบาลในระดับต่าง ๆ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและติดตามสุขภาพของประชาชนให้เข้าถึงบริการ การดำเนินงานดังกล่าวต้องอาศัยระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชากรในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) ของ Powell SK และ Tahan HA<sup>(12)</sup> ซึ่งเป็นกระบวนการ

ดูแลผู้ป่วยไปสู่การดูแลเชิงจัดการ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนได้แก่ การคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินปัญหาทางสุขภาพ การพัฒนาแผนและประสานงาน การดำเนินการตามแผน การประเมินและติดตามผล และการเฝ้ากำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลที่เน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยต้องอาศัยทรัพยากรบุคลากรด้านสาธารณสุข แหล่งประโยชน์ในชุมชน เครือข่ายในการจัดการระบบการทำงานแบบบูรณาการ<sup>(13)</sup> โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (nurse case manager) เป็นผู้ชำนาญทางคลินิก เป็นผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ประสานงานและเป็นผู้จัดการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของทีมพยาบาล ผู้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรมีความรู้ และทักษะสำคัญเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมาย<sup>(14,15)</sup> ซึ่งเมื่อนำไปใช้ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล และลดการทำงานที่แยกส่วน เกิดบริการที่สะดวกรวดเร็ว พบว่า ให้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดค่าใช้จ่าย ลดวันนอนโรงพยาบาล ผู้ให้บริการและผู้รับบริการพึงพอใจ และทำให้ผู้รับบริการในชุมชนเข้าถึงบริการและส่งเสริมให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น<sup>(13,16-18)</sup>

ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการพยาบาลของกองการพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ในการพัฒนามาตรฐาน แนวทางหรือรูปแบบการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน และสนับสนุน ติดตาม กำกับให้เกิดคุณภาพการพยาบาล พร้อมทั้งส่งเสริมบริการพยาบาลให้ประชาชนเข้าถึงทุกที่ และเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสียงมลพิษสิ่งแวดล้อมในจังหวัดฉะเชิงเทราก่อนที่จะขยายต่อไป เนื่องจากจังหวัดฉะเชิงเทราเป็นจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมหนาแน่นในระดับต้น ๆ เป็นอุตสาหกรรมดั้งเดิมและอุตสาหกรรมใหม่มีจำนวนโรงงานอุตสาหกรรม รวม 2,010 แห่ง มีปัญหามลพิษจากอุตสาหกรรม ทางอากาศ น้ำเสีย และการลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรม ตลอดจนจากอุบัติเหตุของภาค

อุตสาหกรรม เป็นหนึ่งในจังหวัดที่รัฐบาลมุ่งพัฒนา  
ระเบียนเศรษฐกิจภาคตะวันออก ภาคอุตสาหกรรม และ  
เป็นพื้นที่เป้าหมายของการพัฒนาเมืองอุตสาหกรรมเชิง  
นิเวศ<sup>(19)</sup> แต่จากข้อมูลการศึกษาพบว่า การพยาบาล  
อาชีวอนามัยในการดูแลสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่ง-  
แวดล้อมยังไม่มี การดำเนินงานที่ชัดเจน ส่วนใหญ่ให้  
บริการพยาบาลอาชีวอนามัยแต่คนทำงานในโรงงาน  
อุตสาหกรรม การดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เชิงรุก  
เป็นการดูแลคนไข้โรคเรื้อรังปกติ ไม่เฉพาะเจาะจงใน  
ประชาชนที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมทำให้ประชาชนกลุ่มนี้  
ไม่สามารถเข้าถึงบริการ พยาบาลในชุมชนต้องการความ  
รู้เพิ่มในเรื่องการดูแลสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ  
พบว่าสาเหตุการตายสูงสุดคือเนื้องอกร้ายที่หลอดคอ  
หลอดลมใหญ่และปอด<sup>(20)</sup> ประกอบกับเป็นจังหวัดที่ถูก  
กำหนดเป็นพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (hot zone) ซึ่ง  
อยู่ในยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ปี  
2560-2579<sup>(5)</sup> มีเป้าหมายให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยง  
มลพิษสิ่งแวดล้อมได้รับความคุ้มครองสุขภาพอย่างเป็น  
ธรรม มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน โดยรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนา  
ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case man-  
agement)<sup>(12)</sup> เพื่อช่วยให้ประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่รอบ  
อุตสาหกรรม ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมเป็น  
กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และการเข้าถึงการดูแล  
สุขภาพค่อนข้างน้อยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและมีความ  
รู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการ  
พยาบาลอาชีวอนามัยในประชาชนเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษ  
อุตสาหกรรม และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบใน  
ประชาชนเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษอุตสาหกรรมจังหวัด  
ฉะเชิงเทรา

### วิธีการศึกษา

เป็นวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัย  
ในประชาชนเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษอุตสาหกรรมจังหวัด  
ฉะเชิงเทรา และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบใน

ประชาชน โดยพิจารณาในด้านต่าง ๆ คือ

- ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับ  
การพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม  
ความพึงพอใจและความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อ  
การปฏิบัติตามรูปแบบฯ

- ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของประชาชน  
ต่อรูปแบบฯ และความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

- ด้านคุณภาพบริการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การ  
ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพ จำนวนทั้งหมด 23 คน คัดเลือก  
แบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (purposive sampling) คือ

- พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์  
รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมและผ่านการ  
อบรมการพยาบาลอาชีวอนามัยอย่างใดอย่างหนึ่ง (ระยะ  
สั้น 60 ชั่วโมง หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการ  
พยาบาลอาชีวอนามัย 4 เดือน หรือจบหลักสูตรบัณฑิต  
ศึกษาสาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย) รวม 2 คน ทำ  
หน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

- พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนรับ  
ผิดชอบงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวม 10 คน

- พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบล 11 แห่ง ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล  
ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย รวม 11 คน

- มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี

- สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดของงานวิจัย

- ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

2. ประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทราทั้งหมด 11 อำเภอ  
คัดเลือกแบบเจาะจง อำเภอละ 1 หมู่บ้านเป็น 11 หมู่บ้าน  
โดยมีคุณสมบัติเป็นประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยใน  
ชุมชนโดยรอบอุตสาหกรรม หรือมีปัญหามลพิษสิ่ง-  
แวดล้อม เป็นผู้มีความสามารถให้ข้อมูลได้ และสมัคร-  
ใจเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นประชาชนทั้งหมด 8,554 คน  
แล้วคำนวณจำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างจากสูตร<sup>(21)</sup>

$$n = \frac{N}{1+Ne^2} = \frac{8554=382}{1+(8554 \times 0.05^2)}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 382 คนและคิดเป็น สัดส่วนตามจำนวนประชากรได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอ ได้แก่ (1) อำเภอเมือง 37 คน (2) อำเภอบางคล้า 36 คน (3) อำเภอบางน้ำเปรี้ยว 27 คน (4) อำเภอบางปะกง 38 คน (5) อำเภอบ้านโพธิ์ 32 คน (6) อำเภอพนมสารคาม 42 คน (7) อำเภอราชสาส์น 18 คน (8) อำเภอสนามชัยเขต 48 คน (9) อำเภอแปลงยาว 42 คน (10) อำเภอท่าตะเกียบ 44 คน และ (11) อำเภอคลองเขื่อน 18 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Powell SK และ Tahan HA<sup>(12)</sup> และคู่มือการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม<sup>(22,23)</sup>

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบถูกและผิดจำนวน 10 ข้อ ทดสอบความเที่ยงของแบบวัดความรู้ฯ โดยใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลและของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถามมีจำนวน 5 ข้อและ 10 ข้อตามลำดับ เป็นแบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 และ 0.92 ตามลำดับ

2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบฯ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพของประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในเขตพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมีจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

2.4 แบบบันทึกจำนวนประชากรที่เข้าถึงบริการ และได้รับการดูแลต่อเนื่อง เป็นแบบบันทึกจำนวนประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพและจำนวนประชากรที่ได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลอาชีวอนามัย 2 คนและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพยาบาลอาชีวอนามัย 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา (content validity) และผู้วิจัยนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และได้นำไปทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำไปปรับแก้ไขให้เหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะคือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบการพยาบาล อาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (3) ทดลองและปรับปรุงรูปแบบ และ (4) ประเมินผลการดำเนินงานระหว่างเดือน มกราคม 2562 – ตุลาคม 2562

#### ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย

1.1 รวบรวมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์อุตสาหกรรมในจังหวัดฉะเชิงเทรา ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ปัญหาสุขภาพและการบริการพยาบาลอาชีวอนามัยให้กับประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม

1.2 ประชุมสนทนากลุ่ม (focus group) กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 คน และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องคือนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน โดยใช้แนว

คำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่า

- ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมและปัญหาสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมขนส่ง อุตสาหกรรมอาหารที่เป็นพื้นที่เสี่ยง ได้แก่ โรงเผาถ่าน โรงสีข้าว โรงงานโม-หิน โรงงานสับปรด โรงงานก๋วยเตี๋ยว โรงงานรีไซเคิลยาง โดยปัญหาที่รับรู้จากประชาชนได้จากข้อร้องเรียนในเรื่องของกลิ่น เสียง ฝุ่นละอองสาเหตุการตายสูงสุดคือเนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด

- กระบวนการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน พบว่าพยาบาลในชุมชนจะตั้งรับในสถานบริการ การให้บริการพยาบาลเชิงรุกจะตามเยี่ยมบ้านเฉพาะผู้ที่ป่วย ไม่เฉพาะเจาะจงในประชาชนที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม มีการบริการพยาบาลอาชีวอนามัยในอุตสาหกรรมบางแห่งไม่ครอบคลุมถึงชุมชนโดยรอบที่มีผลกระทบ ยังไม่มีแนวทางการจัดบริการพยาบาลอาชีวอนามัยและแผนการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยง(ชุมชนรอบ ๆ อุตสาหกรรม) ดังกล่าวทำให้ไม่เห็นผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มนี้

- ด้านบุคลากรพยาบาลพบว่า พยาบาลมีความรู้ที่แตกต่างกันยังขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม ทีมผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำผลการวิเคราะห์ของระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบฯ

2.1 ประชุมระดมสมองพยาบาลอาชีวอนามัยเป็นตัวแทนผู้ปฏิบัติในแต่ละภาคจำนวน 15 คน กำหนดแนวทางการจัดบริการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมโดยประยุกต์ จากมาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัยด้านพิษวิทยาและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม<sup>(7)</sup>

2.2 ทีมผู้วิจัยบูรณาการเนื้อหาจากแนวทางฯโดยประยุกต์การจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell SK และ Tahan HA<sup>(12)</sup> จัดทำกระบวนการดูแลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 6 ขั้นตอน พร้อมทั้งกำหนดพยาบาลผู้จัดการรายกรณี คุณสมบัติกับบทบาทหน้าที่ และแผนการ

ดูแลสุขภาพตามกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และสร้างคู่มือ เครื่องมือและแบบประเมินจากการทบทวนวรรณกรรม และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและรูปแบบฯโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ผลการพัฒนาองค์ประกอบของรูปแบบฯ ประกอบด้วย (1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยกำหนดคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ (2) กระบวนการดูแลด้วยการจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอน (3) แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม และ (4) แผนการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มปกติ เสี่ยง หรือป่วย

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และปรับปรุง โดย

3.1 ประชุมชี้แจงรูปแบบฯ เครื่องมือ การดำเนินงานตามรูปแบบ พร้อมกับกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชนด้วยการจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอนคือ คัดเลือกชุมชน ประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ ให้บริการพยาบาลเบื้องต้น เฝ้าระวังภาวะสุขภาพ และดูแลต่อเนื่อง ประสานงานการดูแล ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอาชีวอนามัยที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการติดตามกำกับให้มีการดูแลสุขภาพประชาชนตามที่กำหนด เป็นที่ปรึกษา และ ผู้จัดการสุขภาพ

3.2 อบรมให้ความรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพหรือองค์ความรู้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างในเรื่องการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม

3.3 นำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้และติดตามการดำเนินงาน เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ปัญหาอุปสรรคของทีมผู้ให้บริการและนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ผลการนำไปทดลองใช้ โดยการประชุมสนทนากลุ่มพบว่าหลังอบรมสามารถให้บริการอาชีวอนามัยได้ตามรูปแบบฯแต่ที่พบคือขาดการนิเทศ ติดตามกำกับและให้คำปรึกษาจากพยาบาลอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลศูนย์พยาบาลบางส่วนไม่มั่นใจในการประเมินภาวะสุขภาพ

และจำแนกกลุ่มประชากรเป็นกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยปรับปรุงโดยเสริมความรู้และทำความเข้าใจในประเด็นการจำแนกกลุ่มประชากรให้ชัดเจน กำหนดช่วงเวลาของการลงพื้นที่ติดตามและกำหนด ช่องทางในการติดต่อสื่อสารและขอคำแนะนำทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น Line, Facebook เป็นต้นจากพยาบาลอาชีวอนามัย

ระยะที่ 4 ประเมินผลการนำรูปแบบฯไปใช้ ดำเนินการโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในการติดตามผลลัพธ์ของการนำรูปแบบฯไปใช้ ใน 3 ด้านคือ

4.1 ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม ความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ

4.2 ด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของประชาชนต่อรูปแบบฯ และความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

4.3 ด้านคุณภาพบริการพยาบาล ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การได้รับการดูแลต่อเนื่อง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ในการประมวล โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

- ผลของการประเมินความรู้ ใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired Sample t-test

- ผลของความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ ใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### จริยธรรมทางการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการวิจัยที่ PH\_CCO\_REC 007/2562 วันที่รับรอง 8 มกราคม 2562

## ผลการศึกษา

ได้ผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. มีรูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ

1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ที่อบรมเฉพาะทางหรือปริญญาโทด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ทำหน้าที่ เป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ผู้จัดการสุขภาพ และผู้นิเทศ

2) กระบวนการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมด้วยกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนได้แก่คัดเลือกชุมชน ประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ ให้บริการพยาบาลเบื้องต้น การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพและดูแลต่อเนื่อง ประสานการดูแล ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

3) แนวทางการจัดบริการพยาบาลอาชีวอนามัยในประชาชนพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การจัดบริการพยาบาลในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์ขณะเกิดเหตุอุบัติเหตุภัยสารเคมีและปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม

4) แผนการดูแลประชาชนในแต่ละกลุ่มในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมได้แก่กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย

2. ผลลัพธ์การศึกษาของการนำรูปแบบฯไปใช้ในการดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้ผลลัพธ์ใน 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านผู้ให้บริการในการศึกษาครั้งนี้ วัดระดับความรู้ ความพึงพอใจ และความคิดเห็นของพยาบาลต่อการปฏิบัติตามรูปแบบฯ มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า พยาบาลทั้งหมดเป็นหญิง 23 คน ส่วนมากมีอายุระหว่าง 21-31 ปี คิดเป็นร้อยละ 39 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 83 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาชีวอนามัย 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 78 และผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลอาชีวอนามัย(หลักสูตร 60 ชั่วโมง หรือ หลักสูตร 4 เดือน หรือปริญญาโทการพยาบาล-อาชีวอนามัย) รวม จำนวน 10คน คิดเป็นร้อยละ 43 ส่วน

ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาล อาชีวอนามัยเป็นพยาบาลในชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด

2.1.2 ระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ มีค่าเท่ากับ  $7.13 \pm 0.69$  และ  $8.26 \pm 0.92$  ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

2.1.3 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบฯ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 3.89 \pm 0.55$ ) และอยู่ในระดับมากทุกด้านมีรายละเอียดคือ พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่ารูปแบบฯ มีความชัดเจนเข้าใจง่าย อยู่ในระดับมาก ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 3.87 \pm 0.54$ ) สามารถนำไปปฏิบัติได้ตามสภาพจริงอยู่ในระดับ มาก ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 3.91 \pm 0.59$ ) มีความเหมาะสมกับหน่วยงานอยู่ในระดับ มาก ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 3.82 \pm 0.49$ ) สามารถใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 3.95 \pm 0.56$ ) ผลที่ได้ตอบสนองเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่กำหนดระดับมาก ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 3.91 \pm 0.59$ )

2.1.4 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 4.12 \pm 0.78$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดคือ รูปแบบนี้ทำให้ท่านมีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 4.87 \pm 1.45$ ) ด้านที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ รูปแบบนี้ทำให้ท่านสามารถแสดงผลปฏิบัติงานที่ชัดเจน ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 3.91 \pm 0.59$ )

2.2 ด้านผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้วัดระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความพึงพอใจ ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง 226 คน คิดเป็นร้อยละ 65 จำนวนมากมีอายุระหว่าง 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 53 ส่วนใหญ่สถานะภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 79 จำนวนมากอาชีพเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 32 รายละเอียดการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 49 รองลงมาคือมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 36

2.2.2 ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของประชากรกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ มีค่าเท่ากับ ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 6.08 \pm 1.80$ ) และ ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 8.07 \pm 1.47$ ) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของประชากรก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2.3 ความพึงพอใจของประชาชนในการใช้รูปแบบฯ พบว่า ประชาชนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดคือ รูปแบบนี้ทำให้ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพของท่านโดยพยาบาล ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 4.26 \pm 0.8$ ) ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ รูปแบบนี้ท่านได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล การติดตามเยี่ยม เป็นต้น ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 3.91 \pm 0.89$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n=23)

ความรู้ของพยาบาล	Mean	SD	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	7.13	0.69	6.653	<0.001
หลังใช้รูปแบบ	8.26	0.92		

p<0.05



## การพัฒนารูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของประชาชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n=382)

ความรู้ของประชาชน	Mean	SD	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	6.08	1.80	11.36	.000
หลังใช้รูปแบบ	8.07	1.47		

p<0.05

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของประชาชนหลังการใช้รูปแบบฯ (n=382)

ด้าน	Mean	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านได้รับการตรวจร่างกาย/ประเมินภาวะสุขภาพ	3.95	0.91	มาก
2. ท่านได้รับข้อมูล/ความรู้ด้านการดูแลตนเอง/การปฏิบัติตนจากพยาบาล	4.08	0.72	มาก
3. ท่านรู้สึกว่ายามีความรู้ ความเข้าใจ และมีความชำนาญในการดูแลสุขภาพของท่าน	4.15	0.72	มาก
4. พยาบาลทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจในการป้องกันตนเองเมื่อเกิดมลพิษสิ่งแวดล้อมในชุมชนของท่าน	4.12	0.83	มาก
5. ท่านได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล การติดตามเยี่ยม เป็นต้น	3.91	0.89	มาก
6. ท่านสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย	4.07	0.78	มาก
7. ท่านได้รับความรู้จากพยาบาลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย	4.05	0.94	มาก
8. พยาบาลให้ความรู้แก่ท่านมีวิธีการป้องกันตนเองให้พ้นจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	4.09	0.77	มาก
9. พยาบาลทำให้ท่านสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนของท่าน	4.08	0.95	มาก
10. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพของท่านโดยพยาบาล	4.26	0.80	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.07	0.83	มาก

### ด้านคุณภาพบริการพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ประชากรทั้งหมดในกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการ ร้อยละ 100 (n=382) ซึ่งพบว่ามีประชากรปกติร้อยละ 67 ประชากรกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 31 และได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยส่งต่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากการป่วยร้อยละ 2

### วิจารณ์

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แยกตามประเด็น ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมในจังหวัดฉะเชิงเทรา ทำให้ได้รูปแบบการให้บริการพยาบาลเชิงรุกแก่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยมีพยาบาลอาชีวอนามัยเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกคือ มีความรู้เฉพาะทางด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยที่สามารถวิเคราะห์การเกิดโรคสัมพันธ์กับมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นผู้จัดการสุขภาพของประชาชนร่วมกับพยาบาลในชุมชนที่มีหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยทำหน้าที่วางแผนการดูแลสุขภาพของประชาชนของทีมพยาบาล ประสานการดูแลแก่ทีม

พยาบาลและทีมหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และยังทำหน้าทีนี้เทศ ติดตาม กำกับ ให้พยาบาลในทีมดำเนินงานตามแผนการดูแลสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยมีเครื่องมือการดำเนินงานได้แก่การพยาบาลประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยใช้กระบวนการดูแลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แนวทางการจัดบริการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมและแผนการดูแลประชาชนทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ซึ่งรูปแบบดังกล่าวจะทำให้มีการจัดบริการพยาบาลอาชีวอนามัยแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบกับมลพิษสิ่งแวดล้อมในจังหวัดจะเชิงเทราต่อเนื่องทั้งในชุมชนและในสถานบริการสุขภาพ ทำให้ประชาชนในกลุ่มนี้ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงได้เข้าถึงบริการ โดยได้รับการคัดกรองสุขภาพ และได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อพบว่าเสี่ยงมีการเฝ้าระวังติดตามสุขภาพ และป่วยก็รักษาเบื้องต้นและส่งต่อการดูแลพร้อมติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมพบว่ายังไม่มีการดำเนินงานที่ชัดเจน หรือให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมลพิษสิ่งแวดล้อม และยังเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของพยาบาลอาชีวอนามัยสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลงานพิษวิทยาและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม<sup>(7)</sup> นอกจากนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งพยาบาลผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่ที่เป็นผู้รับบริการ พร้อมกับมีความรู้เพิ่มขึ้นในพยาบาลและประชาชนผู้รับบริการ และทำให้มีการนิเทศติดตามจากพยาบาลอาชีวอนามัยที่เป็นพยาบาลในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Setiawan A และคณะ<sup>(18)</sup> ที่พบว่าการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในชุมชนเพิ่มการเข้าถึงในเด็กป่วยและทำให้ แม่เด็กพึงพอใจ และในการศึกษาของวิภาดา ดวงพิทักษ์<sup>(17)</sup> และฐิติพร บุณณอม<sup>(24)</sup> ที่พบว่าการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคในโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้รับบริการและผู้บริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ

แบบฯ ลดค่าใช้จ่าย มีผลลัพธ์ที่ดีต่อการรักษา และทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน

2. ผลการศึกษาของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการดูแลประชาชน ได้ผลลัพธ์ใน 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านผู้ให้บริการ ผลการวัดความรู้ของพยาบาลพบว่า พยาบาลมีความรู้หลังการใช้รูปแบบฯ มากกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากก่อนใช้รูปแบบมีการให้ความรู้แก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างในเรื่องแนวทางการจัดบริการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่มลพิษสิ่งแวดล้อม และกระบวนการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมด้วยกระบวนการจัดการรายกรณี พร้อมทั้งประชุมกลุ่มทำความเข้าใจและร่วมปรับเนื้อหาให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ และเมื่อลงนำไปปฏิบัติทำให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากขึ้นจึงส่งผลให้มีความรู้หลังการนำรูปแบบไปใช้มีความรู้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของธมนพัทธ์ สิมากร<sup>(15)</sup> ในเรื่องการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้พบว่าผู้เข้าอบรมมีความรู้ความสามารถและทัศนคติหลังการทดลองใช้สูงกว่าก่อนการทดลองใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผลของความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบพบว่าอยู่ในระดับมาก ตั้งแต่มีความชัดเจนเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้ตามสภาพจริง มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน สามารถใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานและผลที่ได้ตอบสนองเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่กำหนด และความพึงพอใจต่อรูปแบบฯโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดคือ รูปแบบนี้ทำให้ท่านมีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน (mean±SD= 4.87±1.45) เนื่องจากรูปแบบที่กำหนดประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี<sup>(12)</sup> และทำให้ได้ 4 องค์ประกอบคือ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่กำหนดขึ้นมาให้ทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ผู้จัดการสุขภาพและผู้นิเทศ กระบวนการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมด้วยกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

แนวทางการจัดบริการพยาบาลอาชีวอนามัยฯ และแผนการดูแลประชาชนในแต่ละกลุ่มฯ ทำให้พยาบาลมีเครื่องมือในการดำเนินงานที่ชัดเจนในพื้นที่ และการกำหนดพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะทำให้การดำเนินงานเป็นระบบมากขึ้นเนื่องจากมีผู้รับผิดชอบติดตามให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามแนวทางที่กำหนดพร้อมกันกับเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ ส่งผลให้พยาบาลพึงพอใจต่อรูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของสุธิดา รั้วมัน<sup>(25)</sup> ที่พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่ารูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย เป้าหมายและการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีมาตรฐานการปฏิบัติ มีกระบวนการในการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ด้านผลลัพธ์ผู้รับบริการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการ และมีความพึงพอใจต่อบริการ เมื่อประเมินรูปแบบพบว่า มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ และรัตน จ่างภา<sup>(26)</sup> ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ใน โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคามพบว่า รูปแบบฯ มีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และมีแผนการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ทีมที่ให้บริการพึงพอใจ

2.2 ด้านผู้ใช้บริการ พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังการใช้รูปแบบมากกว่าก่อนใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และมีความพึงพอใจในภาพรวมมากที่สุด และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพของท่านโดยพยาบาลมากที่สุด เนื่องจากการพัฒนารูปแบบนี้มีการวางเป้าหมายในเรื่องประชาชนกลุ่มตัวอย่างต้องมีความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองในมลพิษสิ่งแวดล้อม พยาบาลที่ให้บริการพยาบาลจึงต้องให้ความรู้แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย และในกระบวนการดูแลประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมด้วยกระบวนการจัดการรายกรณีจะมีขั้นตอนตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ ปฏิบัติการ

พยาบาล การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพและดูแลต่อเนื่อง ประสานการดูแล และติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลเชิงรุกและมีการดูแลต่อเนื่องโดยเป็นทีมพยาบาลทั้งพยาบาลผู้รับผิดชอบและพยาบาลอาชีวอนามัยที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จึงทำให้ประชาชนรู้สึกพึงพอใจโดยเฉพาะการให้การดูแลโดยพยาบาลระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาดา ดวงพิทักษ์<sup>(17)</sup> และรัตน จ่างภา<sup>(26)</sup> ที่พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ดูแลมีความพึงพอใจ

2.3 ด้านคุณภาพบริการพยาบาล ศึกษาการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ประชากรทั้งหมดในกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการ ร้อยละ 100 (n=382) ซึ่งพบว่ามีการส่งต่อเนื่องจากป่วยร้อยละ 67 ประชากรกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 31 และได้รับการส่งต่อเนื่องจากป่วยร้อยละ 2 เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้มีการดูแลประชาชนได้ทั่วถึง ค้นพบผู้ที่ต้องติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ และผู้ที่ป่วยได้รับการรักษาและติดตามการดูแลต่อเนื่องตามแผนการดูแลในแต่ละกลุ่ม สอดคล้องผลของการวิจัยของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนของ Setiawan A และคณะ<sup>(18)</sup> พบว่าการดูแลเด็กป่วยในชุมชนทำให้เด็กป่วยเข้าถึงบริการ และรอดชีวิต และของศักดิ์ชรินทร์ นรสา<sup>(13)</sup> ที่กล่าวว่าจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลที่เน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข แหล่งประโยชน์ในชุมชน เครือข่ายในการจัดการระบบการทำงานแบบบูรณาการ พยาบาลในบทบาทของผู้จัดการรายกรณีเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญสามารถสนับสนุนการเข้าถึงการบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชน

### สรุป

รูปแบบการบริการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมโดยใช้การจัดการรายกรณี เป็นการแสดงการทำงานของทีมพยาบาลในการให้บริการอาชีวอนามัยซึ่งเป็นการพยาบาลเฉพาะทางโดยกำหนดให้

พยาบาลที่ผ่านการอบรมที่เรียกว่าพยาบาลอาชีวอนามัยที่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์เป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เป็นผู้นิเทศ และผู้จัดการสุขภาพทำงานร่วมกับพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมีเครื่องมือในการดำเนินงานได้แก่การกระบวนการดูแลประชาชนด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัย และแผนการดูแล ซึ่งพยาบาลอาชีวอนามัยที่ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะติดตามกำกับและประเมินผลเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาและดูแลต่อเนื่อง

#### ข้อเสนอแนะ

##### ก. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

- ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายหรือให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพที่มีผลจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
- ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในชุมชนในเรื่องการบริการพยาบาลอาชีวอนามัยให้ครอบคลุมทุกระดับเพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง
- ควรกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

##### ข. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- ควรศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ ในทีมสหสาขาและสุขภาพในชุมชนที่เกี่ยวข้องเช่น นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครชุมชน
- ควรศึกษาเพื่อประเมินผลในระยะยาว เกี่ยวกับการใช้รูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม
- ควรขยายผลการศึกษาในจังหวัดอื่นที่มีบริบทมลพิษสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างออกไป
- ควรศึกษาผลลัพธ์ในกลุ่มประชากรที่เฉพาะขึ้นเช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น

- ควรศึกษาบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้ชัดเจนในรูปแบบการพยาบาลอาชีวอนามัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม

#### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ambient air pollution: Health impacts [ internet ]. Switzerland ;2019 [ cited 2019 Oct 28]. Available from: <https://www.who.int/airpollution/ambient/health-impacts/en/>
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.การสาธารณสุขไทย 2554-2558. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2560: เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.
4. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนุสสรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 17 พฤศจิกายน 2560 [สืบค้นเมื่อ 28 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล:<https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf>
6. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องนโยบายสภาการพยาบาลเกี่ยวกับกำลังคนในทีมการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 28 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003(1).pdf)
7. สำนักการพยาบาล.มาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัย. นนทบุรี: เทพเพ็ญวานิชย์; 2557.
8. ยุรีพรรณ วณิชโยบล, สุรินทร์ กลัมพากร, เพลินพิศ สุวรรณอำไพ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาล-

- อาชีวอนามัยในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป สังกัดสำนักงาน- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารกองการพยาบาล 2559; 43(2):83-99.
9. The American Association of Occupational Health Nurses, What is Occupational & Environmental Health Nurse [internet]. Chicago. [cited 2019 Oct 10]. Available from: [aaohn.org/page/professional-and-environmental-health-nursing](http://aaohn.org/page/professional-and-environmental-health-nursing).
10. Rogers B. Occupational and environmental health nursing: concepts and practice. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2003.
11. กัลยา โสณทอง. บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร; 2559 [สืบค้นเมื่อ 6 ส.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: [myblogcomnurse.blogspot.com/2016/01/blog-post.html](http://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/01/blog-post.html)
12. Powell SK, Tahan HA. Case management: a practical guide for education and practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010
13. ศักดิ์ธีรจันทร์ นรสาร. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน. วารสารพยาบาล-ศาสตร์และสุขภาพ 2017; 40(2): 138-45.
14. Case Management Society of America. Standards of practice for case management, 2016 revision [Internet]. America ; 2017 [cited 2019 Oct 10]. Available from: <http://www.cmsa.org>
15. ธมนพัทธ์ ลิมากร. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2553. 330 หน้า.
16. บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง. ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552. 149 หน้า.
17. วิภาดา ดวงพิทักษ์. การพัฒนาแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก โรงพยาบาลมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555. 126 หน้า
18. Setiawan A, Dignam D, Waters C, Dawson A. Improving access to child health care in Indonesia through community case management. Matern Child Health J 2016;20(11):2254-60.
19. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. แผนปฏิบัติการตามแผนแม่บทการพัฒนาเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ จังหวัดฉะเชิงเทรา [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [สืบค้นเมื่อ 28 พ.ค. 2562] แหล่งข้อมูล: [ecocenter.diw.go.th/image/11province/chachoengsao](http://ecocenter.diw.go.th/image/11province/chachoengsao)
20. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด ฉะเชิงเทรา (Occupational & Environmental Health Profile). [อินเทอร์เน็ต]. ฉะเชิงเทรา. [สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: [http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/OEHP/2562/Full\\_OEHP/EEC/8.OEHP\\_chachoengsao.pdf](http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/OEHP/2562/Full_OEHP/EEC/8.OEHP_chachoengsao.pdf)
21. มารยาท โยทองยศ, ปราณีย์ สวัสดิสิรพร. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม; 2014 [สืบค้นเมื่อ 28 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.fsh.mi.th/km/wpcontent/uploads/2014/04/resch.pdf>
22. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับประชาชนที่อาศัยรอบพื้นที่คัดแยกและรีไซเคิลขยะ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
23. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาหมอกควันสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2559.

24. จีติพร ถนอมบุญ. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลของโอเร่  
มร่วมกับการใช้การจัดการรายกรณีในการป้องกันการเกิดซ้ำ  
ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน  
[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ-  
มหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554. 191 หน้า.
25. สุธิดา รวิม่น. การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วย  
มะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด [วิทยานิพนธ์  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร:  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2553. 119 หน้า.
26. รัตนา จำภา. การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีใน  
ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในโรงพยาบาล  
พัยคณภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม [รายงานการศึกษาระ  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น; 2554. 107 หน้า.

**Abstract: Development of Occupational Health Nursing Model in Environmental Pollution Risk Areas**

Armarapas Atthachaiwat, M.S (Pharmacology)\*; Yureephan Vanichayobol, M.N.S. (Occupation Health Nursing)\*; Sophis Suwankesawong, M.N.S. (Nursing Administration)\*; Teeraporn Sathira-angkura, Dr.P.H.(Public Health Administration)\*\*; Sirima Leelawong, M.S (Master of Public Health)\*

\* Nursing Division, Ministry of Public Health; \*\* Health Technical Office, Ministry of Public Health, Thailand

*Journal of Health Science 2019;28:107-21.*

This research and development aimed to develop and evaluate the outcomes of implementing the occupational health nursing model in environmental pollution risk areas, Chachoengsao province by applying the concept of case management. The study consisted of 4 phases: (1) situation analysis, (2) development of the occupational health nursing model, (3) tryout and modification, and (4) outcomes evaluation. A sample of 23 registered nurses and 382 people in environmental pollution risk areas was recruited using purposive sampling technique. The research instruments were checked for the content validity by 5 experts and composed of the occupational health care model in the environmental pollution risk area and a manual to educate people on health care from environmental pollution. The data collection tools consisted of: (1) knowledge test of registered nurses (KR-20=0.83), (2) satisfaction questionnaire of registered nurses towards the model (alpha coefficient=0.72), (3) opinion questionnaire of registered nurses towards the model (alpha coefficient=0.87) (4) knowledge test of people (KR-20=0.85), (5) satisfaction questionnaire of people (alpha coefficient=0.92), and (6) a record form on the number of people having access to services and receiving continuous care. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and paired t-test. It was found that the developed occupational health nursing model in environmental pollution risk areas are consists of (1) setting qualifications and roles of the nurse case manager, (2) case management process, (3) guidelines for occupational health services in environmental pollution areas, and (4) care plans for different groups of people. The results revealed statistically different of the mean scores on the nurses' knowledge before and after using the developed model (mean±SD=7.13±0.69 and mean±SD=8.26±0.92, respectively), yielding significant level of 0.05. The opinions and satisfaction of the registered nurses towards the developed model were at a high level (mean±SD=3.89±0.55 and mean±SD=4.12±0.78, respectively). There was also statistically different on the average score of the people's knowledge before and after using the model (mean±SD=6.08±1.80 and mean±SD=8.07±1.47, respectively) yielding significant level of 0.05. The people's satisfaction was at the high level (mean±SD=4.08±0.83). For the quality aspect, all the people had access to the services 100%, with 67% were normal, 31% were risk groups and 2% received continuous care.

**Keywords:** model development; occupational health nursing; environmental pollution

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# การพัฒนารูปแบบองค์กรสร้างสุขของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดเพชรบุรี

ทวีศักดิ์ วัตอุดม ส.บ., ศศ.ม.\*

บุษบงก์ วิเศษพลชัย พย.บ., ส.ม., พย.ม., ปร.ด.\*\*

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

\*\* สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันรับ: 18 พ.ย. 2562

วันแก้ไข: 27 ธ.ค. 2562

วันตอบรับ: 3 ม.ค. 2563

**บทคัดย่อ** การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบองค์กรสร้างสุขโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรทั้งสิ้น 169 คน จาก 3 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลชะอำ โรงพยาบาลบ้านลาด และโรงพยาบาลบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามวัดความสุขด้วยตนเอง (happinometer) ของโครงการจับตาสถานการณ์ความสุขของคนทำงานในประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.869 และแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า (1) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อ 3 มิติคือมิติผ่อนคลาย มิติสุขภาพการเงินดี และมิติการงานดี (2) แม้จะมีการจัดโครงการเดิมอยู่แล้วแต่โครงการเหล่านั้นไม่ได้สร้างขึ้นบนการวิเคราะห์ปัญหาและสะท้อนความต้องการที่แท้จริงของบุคลากร และ (3) การถอดบทเรียนการพัฒนารูปแบบองค์กรสร้างสุขพบว่าต้องเริ่มจากการค้นหาปัญหาที่แท้จริงที่องค์กรเผชิญอยู่ก่อน เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจความต้องการที่บุคลากรในองค์กรต้องการ ซึ่งในกรณีนี้เครื่องมือการวัดความสุขด้วยตนเอง และการสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทำความเข้าใจองค์กรได้ดี นอกจากนี้ การออกแบบต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมองค์กร และการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร รวมทั้งต้องมีทีมนำทำหน้าที่ขับเคลื่อน

**คำสำคัญ:** รูปแบบองค์กรสร้างสุข; เครื่องมือการวัดความสุขด้วยตนเอง; โรงพยาบาลชุมชน

## บทนำ

ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดค่านิยมหลัก (core value) ของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” มี 1 ใน 4 ยุทธศาสตร์หลักคือ ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ซึ่งมีเป้าหมายที่จะให้กำลังคนด้านสุขภาพเป็นคนดี มีคุณค่า

มีความพึงพอใจในการทำงาน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข<sup>(1)</sup> จากงานวิจัยที่ศึกษาการลาออกของพยาบาลวิชาชีพในระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2553 พบว่ามีการลาออกของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 95 แห่ง ถึงร้อยละ 40.84 โดยในจำนวนนี้เป็นการลาออกภายในปีแรกของการทำงานร้อยละ 48.68<sup>(2)</sup> นอกจากนี้



ในการศึกษาเรื่องความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จังหวัดสกลนคร พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการปฏิบัติงานในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(3)</sup> ขณะที่วิชาชีพอื่น ๆ ในระบบสุขภาพก็ประสบปัญหาไม่แตกต่างกัน การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของแพทย์ในระบบราชการของโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำบุคคลากรทางการแพทย์ลาออกคือความเครียดจากการถูกฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ด้วยอัตราที่สูงขึ้น<sup>(4)</sup> ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงพยายามจัดทำนโยบายและผลักดันมาตรการในการแก้ปัญหาและบริหารจัดการกำลังคนมาอย่างต่อเนื่อง<sup>(5)</sup> แต่ปัญหายังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยมา การพยายามคงอัตรากำลังของบุคคลากร รวมทั้งสร้างขวัญและกำลังใจให้บุคคลากรด้วยการสร้างสุขภาวะในองค์กรจึงกลายเป็นอีกยุทธศาสตร์ทางเลือกที่ถูกนำมาใช้ สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด 7 โรงพยาบาล จากเอกสารกำหนดการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติรอบที่ 1 ประจำปี 2562 ผลจากการวิเคราะห์เครื่องมือการวัดความสุขด้วยตนเอง (happinometer) ภาพรวมจังหวัดเพชรบุรี ปี 2560 พบว่าคะแนนสูงสุดคือมิติจิตวิญญาณดีร้อยละ 79.80 และคะแนนต่ำสุดคือมิติสุขภาพการเงินดี ร้อยละ 53.84 ขณะที่ข้ออื่น ๆ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60.00 ซึ่งเมื่อพิจารณาโดยละเอียดลงไปในแต่ละด้านก็จะเห็นว่าแม้แต่จะข้อจะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60.00 แต่ผ่านในระดับไม่สูงนัก สะท้อนว่าการสร้างสุขขององค์กรยังมีปัญหาอยู่ ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งก็ขาดรูปแบบการสร้างสุขขององค์กรที่ชัดเจน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาารูปแบบองค์กรสร้างสุขของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี เพื่อให้เกิดสุขภาวะในที่ทำงานโดยใช้แนวคิดองค์กรสร้างสุข (happy workplace)<sup>(6)</sup> โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อพัฒนาารูปแบบองค์กรสร้างสุขโดยการมีส่วนร่วมของบุคคลากรในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยวิจัยและพัฒนา (research and development) ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method research) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในรูปแบบ สอบถาม การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ขอบเขตการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาารูปแบบองค์กรสร้างสุขของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี เฉพาะ 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลชะอำ โรงพยาบาลบ้านแหลมและโรงพยาบาลบ้านลาด

### ขั้นตอนในการดำเนินงาน

งานวิจัยนี้แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ขั้นตอน โดยเริ่มดำเนินการหลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ในวันที่ 26 เมษายน 2562 รหัสโครงการเลขที่ PBEC No.004/2562 ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการ แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากผลการวิเคราะห์เครื่องมือการวัดความสุขด้วยตนเองในภาพรวมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และของ 3 โรงพยาบาลในพื้นที่วิจัย ในปี พ.ศ. 2560 และ ปี พ.ศ. 2562 เพื่อรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลและเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความสุข รวมทั้งรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานสร้างสุขที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 จัดประชุมเพื่อชี้แจงให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งเข้าใจขั้นตอนของโครงการวิจัย และคัดเลือกหน่วยงานที่จะเข้าร่วม 3 หน่วยงาน โดยให้โรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกร่วมกับความสมัครใจของหน่วยงาน

ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นในหน่วยงานทั้ง 3 แห่ง เพื่อประเมินความสุขและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นความสุขในการทำงาน ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

และแนวทางการดำเนินการสร้างสุขที่เคยดำเนินการเดิม

2. ขั้นตอนการ แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 จัดอบรมที่มนำขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุขในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกมาโรงพยาบาลละ 5 คน ในประเด็นบทบาทนักสร้างสุขและการออกแบบองค์กรสร้างสุขเพื่อให้เป็นทีมนำในการร่วมกันออกแบบโครงการสร้างสุขและการนำไปปฏิบัติ

ระยะที่ 2 ทีมนำขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุขนำรูปแบบองค์กรสร้างสุขที่ได้พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ

3. ขั้นสรุปผลการดำเนินโครงการโดยใช้การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ และการถอดบทเรียนการดำเนินโครงการสร้างสุขในประเด็นบทบาทของนักสร้างสุข กระบวนการออกแบบการพัฒนาองค์กร จุดแข็ง จุดอ่อนและข้อเสนอแนะ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือแบบสอบถามตรวจสอบเครื่องมือการวัดความสุขด้วยตนเอง (happinometer) ของโครงการจิตตาสถานการณ์ความสุขของคนทำงานในประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.869<sup>(7)</sup> และแบบสนทนากลุ่ม ในประเด็นความสุขในการทำงาน ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและแนวทางการดำเนินการสร้างสุขที่เคยดำเนินการเดิม โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหา

#### ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีผลการศึกษาที่สรุปในแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของการสร้างสุขขององค์กรเพื่อนำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาต่อในขั้นตอนที่ 2

ระยะที่ 1 การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลและเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความสุข รวมทั้งรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานสร้างสุขที่ผ่านมาของสำนักงาน-

สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี พบว่าค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวมของปี พ.ศ. 2562 ลดลงจากปี พ.ศ. 2560 และเมื่อพิจารณารายมิติพบว่าค่าเฉลี่ยความสุขลดลงทุกมิติ ยกเว้นมิติใฝ่รู้ดีที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าปี พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลชะอำพบว่าค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวมของปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ทุกมิติ โรงพยาบาลบ้านลาดพบว่าค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวมของปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 เกือบทุกมิติ ยกเว้นมิติสุขภาพกายดีและมิติสุขภาพการเงินดีและโรงพยาบาลบ้านแหลม พบว่าค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวมของปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ค่าเฉลี่ยความสุขเพิ่มขึ้นทุกมิติ ยกเว้นมิติสุขภาพกายดีที่ลดลง ขณะที่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานสร้างสุข ที่ผ่านมาแม้ว่าทั้ง 3 โรงพยาบาลจะมีการดำเนินงานสร้างสุขอยู่บ้างแล้ว แต่เป็นการดำเนินงานโดยมิได้ออกแบบผ่านแนวคิดองค์กรสร้างสุขหรือใช้ประโยชน์จากผลการวิเคราะห์การประเมินความสุขด้วยตนเอง หรือข้อมูลจากการกระบวนกรกลุ่มหรือการสัมภาษณ์คนในองค์กร ทำให้การออกแบบการพัฒนาองค์กรสร้างสุขที่ผ่านมายังไม่อาจตอบโจทย์ปัญหาแท้จริงที่โรงพยาบาลเผชิญอยู่

ระยะที่ 2 แต่ละโรงพยาบาลเลือกหน่วยงาน 3 หน่วยงานเพื่อเข้าร่วมในโครงการ แบ่งเป็นโรงพยาบาลชะอำ คือ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานบริหารและกลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งสิ้น 63 คน โรงพยาบาลบ้านลาด คือ กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค และกลุ่มงานการจัดการงานจ่ายกลาง งานโภชนาการและงานสนาม รวมทั้งสิ้น 52 คน โรงพยาบาลบ้านแหลม คือ กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน รวมทั้งสิ้น 39 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ

1) เป็นหน่วยงานด้านหน้าที่ต้องทำงานประสานกับผู้รับบริการและชุมชน ทำให้ต้องการทักษะในการประสานงาน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้คนทั้งในและนอกองค์กร

การสร้างความสุขในการทำงานจึงน่าจะมีผลต่อการจัดการ  
อารมณ์ของผู้ให้บริการและพัฒนาคุณภาพการบริการของ  
ผู้รับบริการให้ดีขึ้น

2) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสานงานกับทุกแผนก  
ในโรงพยาบาลและเป็นหน่วยงานสำคัญในการผลักดัน  
ความสำเร็จการสร้างความสุขในการทำงาน จึงน่าจะมีผล  
ต่อการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร

3) เป็นหน่วยงานที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของ  
องค์กรที่ไม่ค่อยมีคนมองเห็น จึงเชิญให้เข้าร่วมโครงการ  
เพื่อให้มีโอกาสในการสร้างความสุข

ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นใน 3 หน่วยงาน  
เพื่อประเมินความสุขและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยผลการ  
วิเคราะห์เครื่องมือการวัดความสุขด้วยตนเอง ในแต่ละ  
โรงพยาบาลมีผลดังนี้ โรงพยาบาลชะอำ จากผู้ตอบแบบ  
สำรวจ จำนวน 63 คน พบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยความสุขที่  
มากที่สุดคือมิติดีน้ำใจดี ร้อยละ 72.44 และน้อยที่สุดคือ  
มิติสุขภาพการเงินร้อยละ 52.49 โรงพยาบาลบ้านลาด  
จากผู้ตอบแบบสำรวจ จำนวน 52 คน พบว่า ผลคะแนน  
เฉลี่ยความสุขที่มากที่สุดคือมิติดีน้ำใจดี ร้อยละ 78.69  
และน้อยที่สุดคือมิติสุขภาพการเงินร้อยละ 51.83 โรง-  
พยาบาลบ้านแหลม จากผู้ตอบแบบสำรวจ จำนวน 39  
คน พบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยความสุขที่มากที่สุดคือมิติมี  
น้ำใจดี ร้อยละ 74.88 และน้อยที่สุดคือมิติสุขภาพการ  
เงินร้อยละ 57.32 นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของผล  
การวิเคราะห์เครื่องมือการวัดความสุขด้วยตนเองในภาพ  
รวมของทั้ง 3 โรงพยาบาล โดยเมื่อมีการเก็บข้อมูลแบบ  
เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ค่าเฉลี่ยความสุขในทุกมิติลดลงและ  
มีมิติที่ไม่ผ่านเกณฑ์เฉลี่ยร้อยละ 60.00 เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดง  
ให้เห็นความสำคัญของการใส่ใจในรายละเอียดในระดับ  
หน่วยงาน

ขณะที่การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การ  
วิเคราะห์เนื้อหาที่มีข้อค้นพบสำคัญ คือ ในมิติสุขภาพกาย  
ดี บุคลากรรู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดี เพราะไม่มีเวลาดูแล  
ตนเอง มิติผ่อนคลายดีบุคลากรู้สึกว่าการมาทำงานทุก  
วันมีความเครียดสูงและสัมพันธ์ภาพในองค์กรที่ดีเป็นพื้น

ฐานของความผูกพันต่อองค์กร มิติสุขภาพการเงินดี  
บุคลากรู้สึกว่าตนเองมีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย รู้สึกว่า  
ปัญหาหนี้สินเป็นภาระหนัก สำหรับในส่วนของกรณี  
โครงการสร้างสุขที่ผ่านมาบุคลากรู้สึกว่า แม้องค์กรมีการ  
จัดกิจกรรมสร้างสุขให้ แต่ไม่ได้เหมาะกับทุกคนและไม่  
เหมาะกับปัญหา

2. ขั้นตอนการ เป็นขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบ  
องค์กรสร้างสุขและทดลองนำรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นไป  
ทดลองใช้

ระยะที่ 1 จัดอบรมทีมนำขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุขใน  
แต่ละโรงพยาบาล แห่งละ 5 คน ซึ่งสมัครใจเข้ามาทำงาน  
โดยทีมของแต่ละโรงพยาบาลมีความหลากหลายของ  
วิชาชีพมาทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาารูปแบบองค์กรสร้าง  
สุขที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรตนเอง โดยใช้แนวคิด  
องค์กรสร้างสุข แนวคิดนักสร้างสุข และแนวคิดความ  
ผูกพันต่อองค์กร ใช้ข้อมูลเบื้องต้นจากการดำเนินงาน  
ระยะที่ 1 ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณมา  
ออกแบบโครงการสร้างสุขของแต่ละโรงพยาบาล ผลการ  
วิจัยพบประเด็นสำคัญคือ

1) ทีมนำขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุขแสดงความคิดเห็น  
ว่าการเข้าใจองค์กรเป็นพื้นฐานแรกในการออกแบบ  
องค์กรสร้างสุข เครื่องมือการวัดความสุขด้วยตนเองเป็น  
เครื่องมือที่มีประโยชน์ อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์บอก  
ได้เพียงตัวเลขในภาพรวมเท่านั้น ไม่สามารถทำให้เห็น  
รายละเอียดจากความรู้สึกของคนในองค์กรจริงๆ ได้ การ  
มีเครื่องมือเชิงคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ

2) การส่งเสริมให้คนเห็นคุณค่าของตนจากงานที่ทำ  
เป็นสิ่งสำคัญ

3) การสื่อสารในองค์กรที่ดีเป็นหัวใจของการลด  
ความขัดแย้งและการสร้างสุขขององค์กร

4) การพัฒนาความสัมพันธ์ของคนต่างฝ่ายต้องสร้าง  
ผ่านการสร้างวัฒนธรรมองค์กรใส่ใจกันและละเอียดอ่อน  
ต่อมิติความเป็นมนุษย์

5) ขณะที่ปัญหาบางเรื่องอาจสามารถจัดการได้ใน  
ระดับองค์กรเองด้วยการออกแบบกิจกรรมต่างๆ แต่อีก

หลายปัญหาที่ต้องการการจัดการเชิงโครงสร้าง

ระยะที่ 2 ทีมนำขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุขนำรูปแบบองค์กรสร้างสุขที่ได้พัฒนาขึ้นไปดำเนินการหลังกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการได้มีการออกแบบโครงการร่วมกันของทีมนำขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุขทั้ง 3 ทีมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน แล้วจึงนำโครงการที่ออกแบบขึ้นไประดมความคิดเห็นร่วมกันขององค์กรจากนั้นจึงสรุปออกมาเป็นโครงการสร้างสุขขององค์กร ดังนี้ โรงพยาบาลชะอำ คือรูปแบบการตั้งวงคุย โดยใช้เวลาช่วงบ่ายของวันศุกร์ มาชวนฝ่ายที่มีประเด็นต้องการแก้ไขมาตั้งวงคุยกัน เพื่อแก้ปัญหากิจกรรมนี้ออกแบบผ่านข้อมูลเชิงปริมาณคือมิติผ่อนคลาย ที่มีคะแนนร้อยละ 59.26 และมิติการงานดี คะแนนร้อยละ 55.71 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60.00 ทั้ง 2 มิติ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ในประเด็นความเครียดเรื่องงานเพราะเพื่อนร่วมงานต่างหน่วยงานทำงานไม่ประสานกัน โรงพยาบาลบ้านลาด คือ รูปแบบพัฒนาการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์โดยเป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารออกแบบผ่านข้อมูลเชิงปริมาณมิติผ่อนคลายมีคะแนนร้อยละ 60.11 ซึ่งผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60.00 ในระดับต่ำ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ในประเด็นเครียดที่สุดเรื่องงาน เพราะแต่ละฝ่ายไม่เข้าใจระบบการทำงานร่วมกันและกัน จึงอยากให้มีการฝึกการสื่อสารให้พูดกันรู้เรื่องมากขึ้น โรงพยาบาลบ้านแหลม คือ รูปแบบคืนความสุขให้คนทำงานเป็นรูปแบบที่ชวนให้เห็นคุณค่าของงานและการพัฒนาสัมพันธภาพในองค์กรออกแบบผ่านข้อมูลเชิงปริมาณมิติผ่อนคลาย คะแนนร้อยละ 56.68 และมิติการงานดี คะแนนร้อยละ 60.49 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 และผ่านในระดับต่ำ และข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นรู้สึกว่าการมาทำงานทุกวันมีความเครียดสูง รู้สึกว่าระบบงานทำให้แยกขาดจากกันจนบางส่วนมีปัญหาความสัมพันธ์ โดยผลการประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าพึงพอใจมากร้อยละ 94.00

3. ขึ้นสรุปผลการดำเนินโครงการ การเก็บข้อมูลหลังการดำเนินงานไปแล้ว 1 เดือน

1) ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากเครื่อง

มือการวัดความสุขด้วยตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหน่วยงาน ในแต่ละโรงพยาบาล หลังการดำเนินโครงการสร้างสุขของแต่ละโรงพยาบาลผ่านไป 1 เดือนพบว่า โรงพยาบาลชะอำ มีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความสุขในทุกมิติ โดยมิติผ่อนคลายดีเพิ่มขึ้นจนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60.00 ขณะที่มิติการงานดี แม้เพิ่มขึ้นแต่ก็ยังคงไม่ผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลบ้านลาดมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความสุขในทุกมิติ โดยมิติผ่อนคลายดี มิติจิตวิญญาณดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดีเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลบ้านแหลมพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความสุขในทุกมิติ โดยมิติผ่อนคลายดีเพิ่มขึ้นแต่ยังคงไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60.00 ขณะที่มิติการงานดีเพิ่มขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า โรงพยาบาลชะอำ รูปแบบองค์กรสร้างสุขช่วยทำให้การประสานงานดีขึ้น เพื่อนร่วมงานต่างหน่วยงานประสานงานดีขึ้น และต้องการให้โรงพยาบาลสร้างระบบเพื่อรับมือปัญหาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลบ้านลาด รูปแบบองค์กรสร้างสุขช่วยทำให้เข้าใจตนเอง เข้าใจคนอื่นมากขึ้น ลดความเครียดได้ และอยากให้มีการจัดกิจกรรมต่อเนืองโรงพยาบาลบ้านแหลม รูปแบบองค์กรสร้างสุขช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดและได้สร้างสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน และต้องการให้ออกแบบระบบที่มีความเท่าเทียมมีการฟังกันมากขึ้น

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินกระบวนการพัฒนาองค์กรสร้างสุขกับทีมนำขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุข และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็นหลักประกอบด้วย

(1) การเริ่มต้นการออกแบบการพัฒนาองค์กรสร้างสุขที่ต้องเริ่มจากการค้นหาปัญหาที่แท้จริงที่องค์กรเผชิญอยู่ก่อน เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจความต้องการที่บุคลากรในองค์กรซึ่งต้องการการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เน้นการออกแบบการพัฒนาองค์กรสร้างสุขด้วยทรัพยากรต้นทุนเดิมที่องค์กรมี และต้องมีเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการที่ชัดเจนทำให้การออกแบบประสบ

ความสำเร็จ

(2) การออกแบบการพัฒนาองค์กรสร้างสุข ต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของการสร้างสุข ความสำคัญอันดับแรก คือ การออกแบบกิจกรรมที่จะส่งผลกระทบต่อ การบริการผู้ป่วย การออกแบบทุกครั้งต้องเป็นความเห็นชอบร่วมกันของทุกฝ่ายในองค์กร ต้องมีทีมนำทำหน้าที่ขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุข

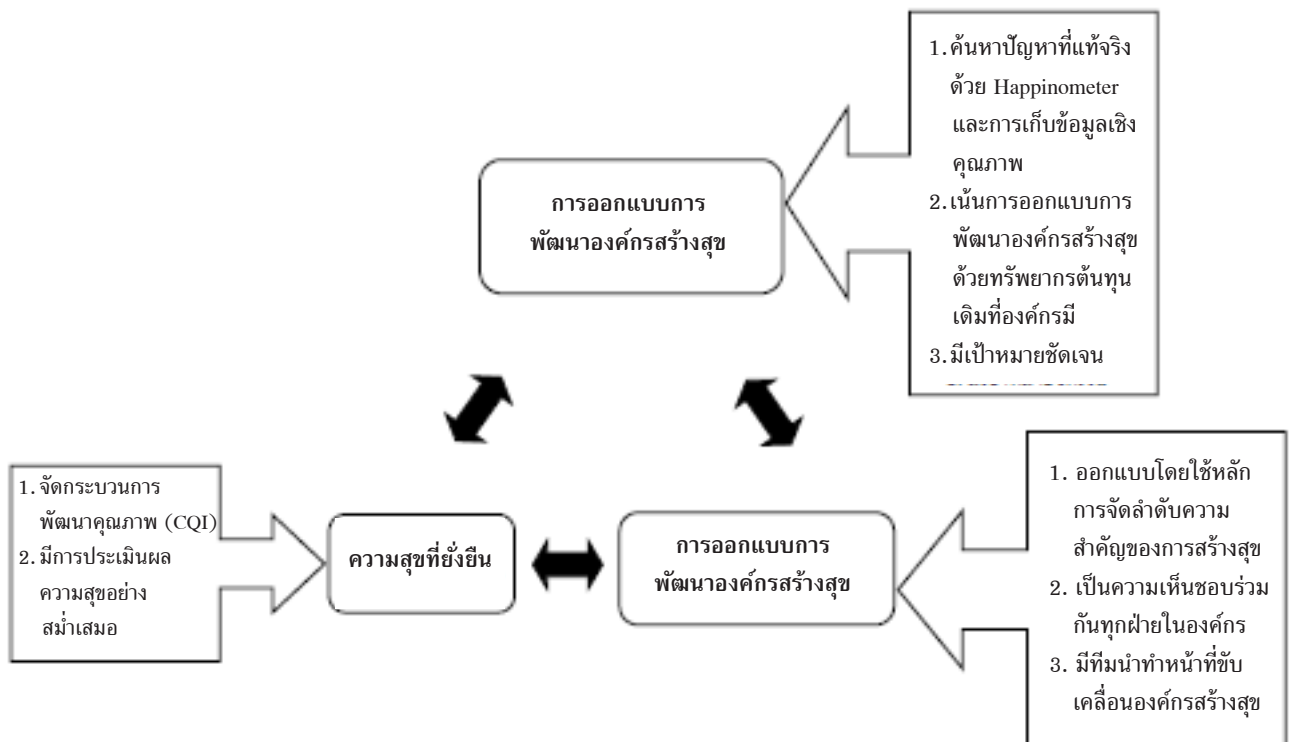
(3) มีการสร้างความยั่งยืน ผ่านการจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (continuous quality improvement: CQI) อย่างต่อเนื่องด้วยการประเมินผลความสุขขององค์กรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สรุปลงเป็นแผนภูมิ การพัฒนาารูปแบบองค์กรสร้างสุข ดังภาพที่ 1

วิจารณ์

การพัฒนาารูปแบบองค์กรสร้างสุขของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ที่ผ่านมาแต่ละโรงพยาบาลจะมีโครงการสร้างสุของค์กรอยู่แล้ว แต่ก็พบว่าไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับมิติความสุขต่างๆ ทำให้ไม่

สามารถสร้างความสุขให้แก่บุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งเกิดผลกระทบทางอ้อมต่อผู้รับบริการจากการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ไม่ราบรื่น การพัฒนาารูปแบบองค์กรสร้างสุขสามารถทำได้โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรและทีมนำขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุขที่เป็นบุคลากรของในแต่ละโรงพยาบาลเอง ทำให้การขับเคลื่อนการสร้างสุของค์กรสามารถเกิดขึ้นได้จริง เมื่อประเมินผลด้วยเครื่องมือการวัดความสุขด้วยตนเอง เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและใช้การสนทนากลุ่มเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ก็สามารถออกแบบการพัฒนาองค์กรสร้างสุขที่บรรลุวัตถุประสงค์ได้ โดยการให้ความสำคัญกับการสร้างสุของค์กรด้วยการใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพในการออกแบบการพัฒนาการสร้างสุของค์กร<sup>(7-13)</sup> จึงมีความสำคัญ สอดคล้องกับการวิจัยของ ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ<sup>(6)</sup> ที่ศึกษาเรื่องถอดบทเรียนการเข้าร่วมโครงการพัฒนาดัชนีสุขภาพภาวะภาครัฐ โดยวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ว่าการใช้การ

ภาพที่ 1 แผนภูมิการพัฒนาารูปแบบองค์กรสร้างสุข



ประเมินความสุขมีประโยชน์ทำให้ออกแบบการสร้างสุข  
โรงพยาบาลได้ แต่แนวทางการสร้างสุขภาวะของแต่ละ  
โรงพยาบาลอาจแตกต่างกันตามบริบทของโรงพยาบาล  
การให้ความสำคัญกับการมีทีมงาน ทำหน้าที่ขับเคลื่อน  
องค์กรสร้างสุข ขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างสุขและ  
สร้างความยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของก้านทอง  
บุหระ<sup>(14)</sup> ศึกษาเรื่ององค์กรแห่งความสุข: แนวคิด  
กระบวนการและการะบบทบาทของนักบริหารทรัพยากรมนุษย์  
ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จขององค์กรแห่งความสุข  
ควรต้องเริ่มต้นจากพนักงานก่อนเป็นอันดับแรก โดย  
องค์กรจะต้องเป็นผู้สร้างสภาพแวดล้อมที่รายรอบให้อื้อ  
ต่อความสุข ก่อนขยายอิทธิพลของความสุขในวงกว้าง  
ออกไป สิ่งที่สำคัญที่สุดคือความร่วมมือของทุกคนที่จะ  
สร้างองค์กรแห่งความสุขร่วมกัน และกระบวนการพัฒนา  
องค์กรสร้างสุขจะนำไปสู่การผูกพันกับองค์กรที่จะส่งผล  
โดยตรงต่อการบริการที่ดีขึ้นอันจะเกิดประโยชน์แก่ผู้รับ-  
บริการโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ  
พูนันท์<sup>(15)</sup> ที่ศึกษาเรื่องความผูกพันต่อองค์กร: กรณีศึกษา  
องค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอสัตหีบ จังหวัด  
ชลบุรี พบว่าความรู้สึกว่าตนมีความสำคัญต่อองค์กร  
สัมพันธ์กับที่ดีในองค์กร จะสร้างความผูกพันต่อองค์กร  
และสร้างความสุขที่ยั่งยืน เช่นเดียวกับการศึกษาของ  
มะลิวัลย์ เหมืองทอง<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาเรื่อง ความผูกพันต่อ  
องค์กรของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหาร  
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บุคลากรที่มีความ  
ผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมในระดับสูงจะใช้ความรู้ความ  
สามารถ และทุ่มเทอย่างเต็มที่เพื่อความสำเร็จขององค์กร

ข้อสรุปจากการพัฒนารูปแบบองค์กรสร้างสุขครั้งนี้  
จึงแสดงให้เห็นว่ารูปแบบองค์กรสร้างสุขควรออกแบบ  
ผ่านข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และต้องเกิดจาก  
การมีส่วนร่วมของคนในองค์กรร่วมกับการมีทีมงานขับ-  
เคลื่อนองค์กรสร้างสุขในองค์กร เพื่อขับเคลื่อนการสร้าง  
สุขขององค์กรจะทำให้การดำเนินงานสร้างสุขยั่งยืน รวมทั้ง  
ต้องมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วย

การประเมินผลความสุขของค์กรอย่างสม่ำเสมอ  
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการพัฒนารูปแบบองค์กรสร้างสุขในหลาก  
หลายพื้นที่ เพื่อให้เกิดความหลากหลายในการประยุกต์  
ใช้ได้ทั่วประเทศ เช่น การเปรียบเทียบพื้นที่ที่ประสบ  
ความสำเร็จกับพื้นที่ที่ไม่ประสบความสำเร็จ
- 2) ส่งเสริมให้มีการพัฒนารูปแบบองค์กรสร้างสุขไป  
ปรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ
- 3) การพัฒนาครั้งนี้ใช้เวลาเพียง 6 เดือนจึงทำให้การ  
ประเมินกระบวนการสร้างสุขที่ยั่งยืนและการพัฒนาอย่าง  
ต่อเนื่องยังไม่ชัดเจนและยังไม่ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล  
ดังนั้น การพัฒนารูปแบบองค์กรสร้างสุขในครั้งต่อไปอาจ  
ต้องออกแบบใหม่ให้มีระยะเวลายาวนานขึ้นและครอบ-  
คลุมทั้งโรงพยาบาล เพื่อสามารถเข้าใจกระบวนการสร้าง  
สุขที่ยั่งยืนและพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้ชัดเจนขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง  
สาธารณสุข. ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบ  
สุขภาพยั่งยืน จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม  
และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: กอง  
ยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. วิจิตร ศรีสุพรรณ, กฤษดา แสงดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายใน  
การแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย.  
วารสารสภาการพยาบาล 2555;27(1):5-12.
3. จิราภรณ์ ภู่มบุรณ. ความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาล  
วิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จังหวัดสกลนคร  
[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหา-  
วิทยาลัยบูรพา; 2556. 125 หน้า.
4. ดิเรก เลิศหัตถศิลป์. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัย  
ที่เกี่ยวข้องของจิตแพทย์ในประเทศไทย. วารสารสมาคม-  
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554;56(4):437-48.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง  
สาธารณสุข. รายงานผลการประเมินยุทธศาสตร์ความเป็น

- เลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
6. ดวงเนตร ธรรมกุล, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อัจฉรา ประเสริฐสิน. การพัฒนาต้น้องค์กรสุขภาวะ. วารสารวิจัยทาง-วิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554;5(2):1-10.
7. ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประเสริฐ, พงดา บุญยติระณะ, วรรณภา อารีย์. คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง Happinometer. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
8. บุษบงก์ วิเศษพลชัย. คู่มือนักสร้างสุขกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัด-กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
9. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ชาติชาย มุกสง, ประชาธิป กะทา, นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ, และคณะ. องค์กรไม่ใช่เครื่องจักร: การบริหารจัดการ กระบวนทัศน์ใหม่. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
10. George JM, Jones GR, Sharbrough WC. Understanding and managing organizational behavior. Reading, MA: Addison-Wesley; 1996.
11. Maslow AH. Motivation and personality. New York: Harper & Brothers; 1954.
12. Robinson D. Employee engagement, Opinion Paper OP11, Institute for Employment Studies. 2007.
13. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, ดวงเนตร ธรรมกุล, อัจฉรา ประเสริฐสิน, จริญญา ชื่นศิริมงคล, ศิริพร ครุทกาศ. ปัจจัยพัฒนาองค์กรแห่งความสุข (ภาครัฐ): การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558;9(1):36-48.
14. ก้านทอง บุหว่า. องค์กรแห่งความสุข: แนวคิด กระบวนการ และบทบาทของนักบริหารทรัพยากรมนุษย์. วารสารวิทย-บริการ 2560;28(3):98-113.
15. เบญจมาศ พูนันท์. ความผูกพันต่อองค์กร: กรณีศึกษา องค์กรบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี [สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550. 96 หน้า.
16. มะลิวัลย์ เหมืองทอง. ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร องค์กรบริหารส่วนตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2551. 112 หน้า.

**Abstract: Development of Happy Organization Model of Community Hospital, Phetchaburi Province**

**Taweesak Watudom, B.P.H., M.A.\*; Bussabong Wisetpholchai, B.N.S., B.P.H., M.N.S., Ph.D.\*\***

*Phetchaburi Provincial Public Health Office; Health Technical Office, Ministry of Public Health, Thailand  
Journal of Health Science 2020;29:122-30.*

The purposes of this study was to develop a happy organization model for community hospitals in Phetchaburi province. It adopted mixed methods research, combines of qualitative and quantitative research methods. The subjects participating in this study were 169 healthcare providers from 3 community hospitals in Phetchaburi province: Cha Am Hospital, Ban Laem Hospital and Ban Lad Hospital. The instrument used to collect the data was the happinometer developed in the Institute for Population and Social Research, Mahidol University, with a reliability 0.869. Data were also collected from focus group discussions of the participants. The statistics used to analyze the data were frequency, percentage and content analysis. The findings revealed as follows: (1) the lowest dimension of happy organization was comprised of 3 items: happy relaxation, happy money and happy work-life; (2) eventhough there were some existing projects for happy organization, those projects were not built on problem analysis and real need of the employees; and (3) the happy organization model has to start from finding the real problems in order to understand the needs of the people within the organization, and the appropriate instruments were happinometer and group discussion. Moreover, the model had to be based on organizational culture, the participation of every individual in the organization, and having a lead team to act as the driving force.

**Keywords:** happy organization model; happinometer; community hospital



## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# การพัฒนาระบบรายงานตัวชั่วคราวอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน

ปิยนุช บุญทอง พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)

อุไรวรรณ ศรีตามา ส.ม. (ชีวสถิติ)

อภิญญา คำพะโคตร ศษ.ม. (เทคโนโลยีทางการศึกษา)

อัศวพล ยงดี ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

วันรับ:	22 ก.พ. 2561
วันแก้ไข:	1 ต.ค. 2562
วันตอบรับ:	11 ต.ค. 2562

**บทคัดย่อ** ตัวชั่วคราวอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนเป็นตัวชั่วคราวที่สะท้อนระบบการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ระบบรายงานตัวชั่วคราวพบปัญหาได้แก่ การรายงานข้อมูลซ้ำ ร้อยละ 16.67 ไม่รายงานความเสี่ยงในระบบร้อยละ 53.33 ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องการรายงานตัวชั่วคราว อันจะนำไปสู่การพัฒนาข้อมูลที่น่าเชื่อถือและตรวจสอบได้มีระบบการรายงานที่ครบถ้วน สามารถรับรู้ถึงสถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันของหน่วยงาน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบรายงานและศึกษาผลของการพัฒนาระบบรายงานตัวชั่วคราว ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 1 มกราคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 ผู้ให้ข้อมูลหลักตามคุณสมบัติที่กำหนด คือผู้มีประสบการณ์ในการรับใหม่ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 40 คน และพยาบาลสารสนเทศ 2 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอนประกอบด้วย ขั้นวางแผน ขั้นการปฏิบัติ และ ขั้นการประเมินผลและสะท้อนการปฏิบัติ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาคือ ความถี่และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ระบบรายงานตัวชั่วคราว unplanned re-admission rate ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ พยาบาลเจ้าของไข้ แบบฟอร์มแรกรับ โปรแกรมสารสนเทศ กลุ่มการพยาบาล menu หน่วยงาน หัวข้อ คงพยาบาล+Risk กระบวนการ ได้แก่ (1)พยาบาลรับใหม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (2) ลงบันทึกในแบบฟอร์มแรกรับ (3) ลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ (4) เลือกรหัสความเสี่ยง Q06 (unplanned re-admission rate) (5) ผู้รับผิดชอบตัวชั่วคราวและพยาบาลผู้จัดการความเสี่ยงตรวจสอบ ทบทวนรวบรวมและสรุปรายงานทุกเดือน และ (6) หัวหน้างานนิเทศกำกับตามมาตรฐานการรับใหม่ ผลลัพธ์ได้แก่ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการรายงานตัวชั่วคราว ส่วนผลการพัฒนาระบบพบว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมได้แก่ มีการเข้าถึงรายละเอียดของข้อมูลตัวชั่วคราวครบถ้วนร้อยละ 100.0 จากการประเมินของผู้ใช้งานโปรแกรมพบว่าโปรแกรมช่วยทำให้รายงานความเสี่ยง Q06 รวดเร็วขึ้นร้อยละ 90.0 โปรแกรมใช้งานง่ายร้อยละ 87.5 โปรแกรมช่วยอำนวยความสะดวกในการรวบรวมรายงานตัวชั่วคราว unplanned re-admission rate ร้อยละ 87.5 ความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 87.5 และเมนูการใช้งานมีความเหมาะสมร้อยละ 82.5 ตามลำดับ ผลจากการติดตามตัวชั่วคราวทำให้หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานทราบถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการทบทวนและแก้ไขปัญหาทันทีโดยมีการกำหนดมาตรการการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และมีการรายงานและติดตามตัวชั่วคราวในการประชุมประจำเดือนกลุ่มการพยาบาลทุกเดือน

**คำสำคัญ:** การพัฒนาระบบ; ตัวชั่วคราวในโรงพยาบาล; อัตราการกลับมารักษาซ้ำ

## บทนำ

สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดข้อมูลสำคัญทางการพยาบาล ด้านข้อมูลคุณภาพการพยาบาล มาตั้งแต่ปี 2543 จนถึงปัจจุบันหน่วยบริการต้องรายงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลจำนวน 22 ตัวชี้วัดต่อสำนักการพยาบาลปีละหนึ่งครั้ง<sup>(1)</sup> ซึ่งการรายงานตัวชี้วัดจากข้อมูล 43 แฟ้มของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดพบข้อจำกัดคือไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียดของข้อมูลได้ครบถ้วนและไม่สามารถดูข้อมูลได้ทันทีซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบคือการจัดการปัญหาที่ล่าช้าไม่บรรลุตามเกณฑ์โดยเฉพาะตัวชี้วัดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-admission rate) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนระบบการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบมีอัตราสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือมากกว่าร้อยละ 5.0<sup>(1)</sup> จากการวิเคราะห์ระบบรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate พบว่า ได้ข้อมูลนำเข้าจากรายงานข้อมูลผู้ป่วยใน HMS Report ในแฟ้มผู้ป่วยในนับจำนวนผู้ป่วยเฉพาะในโรงพยาบาลเดียวกัน ด้วย HN เดียวกันกลับมารักษาซ้ำในช่วงเวลาที่กำหนดด้วยโรคหลักเดิมตั้งข้อมูลที่พบในระหว่างปี 2556 ถึง 2558 พบร้อยละ 12.0, 11.9 และ 13.5 ตามลำดับ โรคที่พบมากที่สุดได้แก่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งเม็ดเลือดขาว และโรคไต<sup>(2)</sup> จากการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำจำนวน 30 เวชระเบียนพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และมารับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์และพบปัญหาได้แก่ การรายงานข้อมูลซ้ำ ร้อยละ 16.7 ไม่รายงานความเสี่ยงในระบบร้อยละ 53.3 สอดคล้องกับการศึกษาของพงศธร คำบ่อเศร้า ซึ่งวิเคราะห์ว่าการรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate นั้นอาจเป็นสถิติที่สูงกว่าความเป็นจริงได้ เนื่องจากการรวมผู้ป่วยที่นัดมารับการรักษา และผู้ป่วยเก่าอาจกลับมาด้วยปัญหาใหม่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเดิมที่เคยมารับการรักษา และสถิติอาจต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากมีผู้ป่วยบางส่วนที่เคยอยู่โรงพยาบาลอาจไม่กลับ

มารับการรักษาในโรงพยาบาลเดิม<sup>(3)</sup> ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate ในระบบรายงานแบบเดิมส่วนหนึ่งอาจเป็นข้อมูลที่นำเข้ามาในลักษณะข้างต้น เนื่องจากขาดขั้นตอนการทบทวนเวชระเบียนซ้ำเพื่อหาสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำก่อนรายงาน

ดังนั้นเพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงข้อมูลที่นำเชื่อถือ ตรวจสอบได้ มีระบบการรายงานที่ครบถ้วน สามารถรับรู้ถึงสถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันของหน่วยงาน จึงได้มีการพัฒนาระบบรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate ผ่านโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบรายงานและศึกษาผลของการพัฒนาระบบรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate

## วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน<sup>(4)</sup> ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์เพื่อศึกษาจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสพัฒนา และภาวะคุกคามของระบบตามการรับรู้ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และวางแผนแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการแก้ไขปัญหามาตามแผนและพัฒนาระบบการรายงานตัวชี้วัด

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2

การวิจัยนี้ได้คำนึงถึงจริยธรรมในการเปิดเผยข้อมูลของผู้ที่เกี่ยวข้อง สิทธิผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่รวมทั้งผลกระทบต่อโรงพยาบาลสกลนคร ผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ EC 3/2558 มีรายละเอียดวิธีการศึกษาดังนี้

**การวิจัยขั้นตอนที่ 1** ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้

1.1 สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร เป็นสถานที่ศึกษา เนื่องจากเป็นโรง-

พยาบาลที่มีผู้มารับบริการมากที่สุด ในจังหวัดสกลนคร เป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมที่จะพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการ ซึ่งมีความต้องการพัฒนาให้มีความเข้มแข็งเป็นรูปธรรม

### 1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง จากนั้นเลือกเชิงทฤษฎีไปยังกลุ่มต่างๆ โดยเริ่มแบบเปิดกว้าง เมื่อมีข้อมูลชี้ไปในทิศทางใดก็หาผู้ให้ข้อมูลเฉพาะในประเด็นนั้นๆ ต่อไปโดยใช้วิธีบอกต่อ (snow ball) <sup>(5)</sup> จากกระบวนการทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้จึงมีผู้ให้ข้อมูลหลักที่ทำให้ข้อมูลอ้อมตัวทั้งหมด 15 คน ประกอบด้วย

1) กลุ่มพยาบาล ได้แก่ พยาบาลผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีประสบการณ์ในการรับใหม่ผู้ป่วยที่กลับมา รักษาซ้ำประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 11 คน

2) กลุ่มผู้พัฒนาโปรแกรม ได้แก่ ทีมพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย พยาบาลสารสนเทศ 2 คน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 1 คน และเจ้าพนักงานเวชสถิติ 1 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 4 คน

### 1.3 วิธีการเก็บข้อมูล

ในระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2558 ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูล โดยการสังเกต และบันทึกภาคสนาม ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้สังเกตบริบทของสถานที่ศึกษา ผู้ให้ข้อมูล และทำบันทึกภาคสนามทุกครั้งที่ได้เข้าพื้นที่สถานที่ศึกษา ตลอดระยะเวลาของการเก็บข้อมูล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูลได้ชัดเจนขึ้น

2) ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตและบันทึกการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 15 คน ครั้งที่ 1 ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลโรงพยาบาลสกลนคร 11 คน และครั้งที่ 2 มีผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ กลุ่มผู้พัฒนาโปรแกรม 4 คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาจุดเด่น จุดด้อย โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis) <sup>(6)</sup> ของระบบการรายงาน

ตัวชีวิตทั้งนี้ผู้วิจัยได้บันทึกเทปในระหว่างการสนทนากลุ่ม ทุกครั้ง และถอดเทปในทุกคำของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขข้อมูล และมีการตรวจสอบอ่านทวนซ้ำหลังการถอดเทปทุกครั้ง

### 1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) <sup>(5)</sup> แบบมีกรอบ โดยวิเคราะห์ตามกรอบของ SWOT พร้อมกับการเก็บข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1) การทำความเข้าใจข้อมูล โดยผู้วิจัยอ่านข้อความ บันทึกภาคสนาม ข้อความจากการถอดเทป จากการถอดความ คำต่อคำของการประชุมกลุ่ม และข้อความในเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

2) การจัดระบบข้อมูล และแยกหมวดหมู่ของข้อมูล โดยผู้วิจัยเริ่มจากการให้ดัชนีข้อมูลเชิงคุณภาพในชั้นที่ 1 แล้วจัดกลุ่มดัชนีสร้างเป็นประเด็นย่อย จากนั้นรวมกลุ่มประเด็นย่อยขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก และเอาดัชนีมาลงตาราง Matrix เพื่อดูการกระจาย และความหนาแน่นของดัชนี เพื่อสร้างสมมติฐานชั่วคราว และหาหลักฐานมาอธิบายเพิ่มเติม

3) ให้รหัสการอ้างอิงที่เป็นหลักฐานถึงดัชนีต่างๆ

4) การสรุปความ ผู้วิจัยสรุปความข้อมูลตามกรอบของ SWOT และนำประเด็นที่ได้จากการสรุปความไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าผู้วิจัยไม่ได้สรุปความผิดไปจากความเป็นจริงที่ปรากฏจากข้อมูล

### 1.5 ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย

ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย ได้จากการใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) <sup>(7)</sup> คณะผู้วิจัยทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจและมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนั้นในระหว่างการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยทุกคนมีการประชุมปรึกษากันเป็นระยะ เพื่อตรวจสอบซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านของความคิด วิธีการและการตีความ

### การวิจัยขั้นตอนที่ 2

ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับกลุ่มเป้าหมายในการ

พัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง โดยการประชุมกลุ่มเพื่อร่างระบบการรายงานตัวซ้ำวัด นำยกร่างที่ได้มาดำเนินการพัฒนาโดยการทดลองปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ และประชุมกลุ่ม เพื่อปรับปรุงแก้ไข จนได้ระบบที่เหมาะสม กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการรับใหม่ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 40 คน และทีมพัฒนาโปรแกรมจำนวน 4 คนรวมผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยระยะนี้จำนวน 44 คน

วิธีการเก็บข้อมูล รวบรวมจากการสังเกตและบันทึกการประชุมกลุ่ม 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในการจัดทำข้อสรุป

### การวิจัยขั้นตอนที่ 3

ในระหว่างวันที่ 1 – 30 กันยายน 2559 เป็นการประเมินผลระบบโดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### การประเมินผลเชิงปริมาณ

##### 3.1.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมายทั้งหมด 542 คน โดยการเลือกอย่างเจาะจงกลุ่มพยาบาล มีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการรับใหม่ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึง สิงหาคม 2559 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน

##### 3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วย

1) แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบสอบถามชนิดให้ตอบเอง แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อความคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ (1) โปรแกรมช่วยทำให้รายงานความเสี่ยง Q06 รวดเร็วขึ้น (2) โปรแกรมใช้งานง่าย (3) โปรแกรมช่วยอำนวยความสะดวกในการรวบรวมรายงานตัวซ้ำวัด unplanned re-admission rate (4) เมนูการใช้งานมีความเหมาะสม และ (5) ความพึงพอใจโดยรวม เป็นแบบ Likert scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับ

น้อยที่สุด นำข้อมูลที่ได้มาจำแนกตามระดับความพึงพอใจ จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความพึงพอใจสูง (มากกว่าร้อยละ 80.0) ระดับความพึงพอใจปานกลาง (ร้อยละ 60.0 ถึง 79.9) และระดับความพึงพอใจต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 59.9)

2) แบบรายงานตัวซ้ำวัดเป็นแบบบันทึกรายงานตัวซ้ำวัด บันทึกรายงานเดือนละ 1 ครั้งมีรายละเอียดประกอบสถิติ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวนวันที่กลับมารักษาซ้ำ โรค สาเหตุ เป็นต้น ซึ่งแบบรายงานนี้ทำการบันทึกโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบตัวซ้ำวัดเดือนละ 1 ครั้ง และส่งแบบรายงานผลให้กับผู้วิจัยในโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาลทุกเดือน

3) แบบบันทึกการสังเกต เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนขั้นตอนการรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรายงานตัวซ้ำวัดทำการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเช่น การซักประวัติ แรกรับหัวข้อการกลับมารักษาซ้ำ บันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในแบบประเมินสมรรถนะแรกรับ บันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยง เป็นต้น

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง ความสอดคล้องเชิงเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญประเมินพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนในรายข้อคำถาม นำคะแนนที่ได้มาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale) เท่ากับ 1.0 และได้้นำแบบประเมินความพึงพอใจและแบบบันทึกการสังเกตไปทดสอบใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจข้อความ และความถูกต้องเห็นพ้องในการสังเกต แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความพึงพอใจโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบบันทึกการสังเกตก่อนทดลองใช้จริงร่วมกันของพยาบาลสารสนเทศ 2 คน นำข้อมูลทั้ง 30 ชุดมา

หาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (inter-rater reliability) ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตได้เท่ากับ 0.92

3.2 การประเมินผลเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อระบบรายงานตัวชีวิตแบบใหม่ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการรายงานข้อมูลตัวชีวิตในระบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสังเกต และบันทึกการสะท้อนการปฏิบัติ

### 3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ

นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยสังเขปดังนี้

1.1 สภาพปัญหาของระบบการรายงานตัวชีวิต จากการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนากระบวนการรายงานตัวชีวิต unplanned re-admission rate โดยทำ SWOT ได้แก่

ก. จุดแข็ง บุคลากรมีความรู้และทักษะด้านการพัฒนาสารสนเทศมีผู้รับผิดชอบตัวชีวิตมีฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบHMS มีโปรแกรม RM NSO

ข. จุดอ่อน ไม่มีระบบการทบทวนสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ไม่มีการสะท้อนข้อมูลและรายงานข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ค. โอกาส การรายงานข้อมูลสำคัญสำนักการพยาบาล 80 รายการ 1 ครั้ง/ปี การรายงานข้อมูลเพิ่มมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 เพิ่ม รายการ 1 ครั้ง/เดือน

ง. ภาวะคุกคาม การรายงานตัวชีวิต unplanned re-admission rate จากหลายแหล่งข้อมูล

สำหรับปัจจัยที่เป็นผลกระทบที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบการรายงานตัวชีวิต unplanned re-admission rate มีดังนี้

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียด

ของข้อมูลในฐานข้อมูล 43 แฟ้มได้ครบถ้วนและไม่สามารถดูข้อมูลฐานข้อมูลสำคัญของสำนักการพยาบาล และโปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิกโรงพยาบาลสกลนคร ได้ทันที ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบคือการจัดการปัญหาซ้ำ

ด้านกระบวนการ พบว่า วางแผนดำเนินการออกแบบระบบสารสนเทศให้มีความไวในการรายงานจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือมีระบบการทบทวนสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และมีการสะท้อนข้อมูลและรายงานข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ด้านผลลัพธ์ พบว่า ตัวชีวิตอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-admission rate) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนระบบการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ในระหว่างปี 2556 ถึง 2558 พบร้อยละ 12.0, 11.9 และ 13.5 ตามลำดับ เป็นอัตราสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือมากกว่า ร้อยละ 5.0

ผลจากการวิเคราะห์นำไปสู่การวางแผนดำเนินการออกแบบระบบสารสนเทศให้มีความไวในการรายงานจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือมีระบบการทบทวนสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ มีการสะท้อนข้อมูลและรายงานข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.2 การออกแบบระบบสารสนเทศ เพื่อการรายงานตัวชีวิตโดยการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถทำการเชื่อมต่อข้อมูลจากฐานข้อมูล HMS โรงพยาบาลสกลนครกับฐานข้อมูลระบบบริหารความเสี่ยง โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลผ่านทาง Web Application กลุ่มการพยาบาล ชื่อโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล <http://webintranet/itc/SKH/RM> จัดทำคู่มือการรายงานความเสี่ยง unplanned re-admission rate (รหัสความเสี่ยง Q06) จัดประชุมชี้แจงการบันทึกและรายงานความเสี่ยง Q06 ทดลองใช้โปรแกรม ตรวจสอบผลการใช้งานปรับโปรแกรมหลังทดลองใช้ ปรับปรุงคู่มือปฐมนิเทศพยาบาลและเอกสารการบันทึกการพยาบาลที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับระบบ

การรายงาน และปรับแบบฟอร์มการนิเทศการบันทึกและ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในสำหรับหัวหน้าตึก/งาน

1.3 ระบบการรายงานตัวซ้ำ unplanned re-admission rate ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วย

ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ พยาบาลเจ้าของไข้แบบ ฟอร์มแรกรับ ซึ่งเป็นเครื่องมือเตือนให้รายงานความเสี่ยง เข้าระบบ และโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล menu หน่วยงาน หัวข้อ คงพยาบาล+Risk

กระบวนการ (Process) ได้แก่ (1) พยาบาลรับใหม่ พบอุบัติการณ์ Q06 (2) ลงบันทึกในแบบฟอร์มแรกรับ (3) ลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ (4) เลือกรหัสความเสี่ยง Q06 (unplanned re-admission rate) (5) ผู้รับผิดชอบ ตัวซ้ำและพยาบาลผู้จัดการความเสี่ยงตรวจสอบ ทบทวน รวบรวมและสรุปรายงานทุกเดือน และ (6) หัวหน้างานนิเทศ กำกับตามมาตรฐานการรับใหม่

ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ ประสิทธิภาพการเข้าถึง ข้อมูลในโปรแกรมการรายงานตัวซ้ำ

1.4 ข้อคิดเห็นต่อระบบการรายงานตัวซ้ำแบบใหม่ จากข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า

1.4.1 ระบบการรายงานตัวซ้ำแบบใหม่เอื้อต่อการ บริหารจัดการบริการพยาบาล ทำให้หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานทราบถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการทบทวนและแก้ไขปัญหานั้นๆโดยมีการกำหนด มาตรการการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละ ราย

1.4.2 ผลจากการติดตามตัวซ้ำได้มีการนำเสนอ รายงานตัวซ้ำในโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล รายงานและติดตามตัวซ้ำในการประชุมประจำเดือน กลุ่มการพยาบาลมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทั้งในด้านการ บริหารและการบริการพยาบาลทุกเดือน

## 2. ผลการวิจัยจากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า

2.1 ประสิทธิภาพของโปรแกรมมีการเข้าถึงรายละเอียดของข้อมูลตัวซ้ำครบถ้วนร้อยละ 100.0

2.2 ผลการประเมินของผู้ใช้งานโปรแกรม จำแนก

ตามระดับความพึงพอใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี ระดับความพึงพอใจในระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80.0) ในทุกด้าน ได้แก่ โปรแกรมช่วยให้รายงานความเสี่ยง Q06 รวดเร็วขึ้น ร้อยละ 90.0 รองลงมา โปรแกรมใช้งาน ง่าย ร้อยละ 87.5 โปรแกรมช่วยอำนวยความสะดวกในการ รวบรวมรายงานตัวซ้ำ unplanned re-admission rate ร้อยละ 87.5 ความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 87.5 และ เมื่อนำมาใช้มีความเหมาะสมร้อยละ 82.5 ตามลำดับ

## วิจารณ์

จากข้อค้นพบในการวิจัยพบว่ามีประเด็นที่สำคัญต่อ การพัฒนาระบบรายงานตัวซ้ำ unplanned re-admission rate มี 3 ด้านดังนี้

### 1) ด้านปัจจัยนำเข้า

จากการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เข้าจำนวน 30 เวชระเบียน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลับเข้า รับการรักษาซ้ำเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และมารับ การรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการตีค่าของพงศธร คำบ่อศรี<sup>(3)</sup> ที่พบว่า วิเคราะห์การรายงานตัวซ้ำ unplanned re-admission rate นั้นอาจเป็นสถิติที่สูงกว่าความเป็นจริงได้ เนื่องจากการรวมผู้ป่วยที่นัดมารับการรักษา และผู้ป่วยเก่าอาจกลับมาด้วยปัญหาใหม่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเดิมที่เคยมารับ การรักษา และสถิติอาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากมี ผู้ป่วยบางส่วนที่เคยอยู่โรงพยาบาลอาจไม่กลับมารับการ รักษาในโรงพยาบาลเดิม<sup>(3)</sup> และ Benbassat J และ Taragin M พบว่าตัวซ้ำอัตราตาย อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กันและเป็น ตัวซ้ำที่สะท้อนคุณภาพบริการ แต่จากการวิเคราะห์ด้วย แบบจำลองมอนติคาโลพบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำ เป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพที่มีความไวต่ำสุดเนื่องจากขั้นตอน ในการรวบรวมข้อมูลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน<sup>(8)</sup> แสดงว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลตัวซ้ำอัตราการกลับมารักษาซ้ำควรมีการระบุแหล่งที่มาของข้อมูลคือเวช ระเบียน และควรระบุขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้

เหมือนกันทุกแห่ง ได้แก่ เก็บรวบรวมข้อมูลจากขั้นตอนการรับใหม่ผู้ป่วยโดยการซักประวัติเป็นขั้นตอนที่สามารถประเมินการกลับมารักษาซ้ำที่ไวที่สุด มีระบบการบันทึกในแบบฟอร์มรับใหม่ที่ระบุได้ว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำตามคำจัดความของตัวชี้วัด แต่ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นนั้น ควรใช้ระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคเรื้อรังหรือใช้ระบบการสื่อสารผ่านเครือข่าย LTC เซต 8 จะทำให้ได้ข้อมูลตัวชี้วัดที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ

สำหรับกรณีวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนากระบวนการโดยทำ SWOT พบ จุดอ่อนคือ ไม่มีระบบการทบทวนสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ไม่มีการสะท้อนข้อมูลและรายงานข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาวะคุกคามการรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate จากหลายแหล่งข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของ อูไรวรรณ ตันทวาริยะ และทินกร จุลแก้วพัฒนา<sup>(9)</sup> ที่พัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดพังงา ทำการวิเคราะห์ปัญหา ก่อนพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่ผ่านไปตามแนวคิด POSDCORB Model พบปัญหาและอุปสรรคหลายประการดังนี้ ด้านโปรแกรม (software) ขาดการบริหารจัดการในภาพรวม จึงทำให้มีโปรแกรมฐานข้อมูลหลายโปรแกรม และแต่ละโปรแกรมไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ทำให้ฐานข้อมูลไม่สามารถนำมารวมเป็นคลังข้อมูลให้มีความเป็นเอกภาพ ข้อมูลจากฐานไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ได้ ข้อมูลขาดความน่าเชื่อถือและที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นเพื่อการเบิกจ่ายเงินเป็นหลักไม่สามารถนำมารวมเป็นคลังข้อมูลขนาดใหญ่เพื่อใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขด้านการบริหารจัดการ (management) ขาดการบูรณาการในการทำงานมีความซ้ำซ้อนไม่สามารถแลกเปลี่ยนเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(9)</sup> แสดงว่าการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่มีหลายโปรแกรมนั้นต้องมีการจัดการเชื่อมโยงโปรแกรม ทำให้ฐานข้อมูลแต่ละโปรแกรมนำมารวมเป็นคลังข้อมูลให้มีความเป็นเอกภาพ สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ได้

## 2) ด้านกระบวนการดำเนินงาน

จากขั้นตอนการพัฒนากระบวนการดำเนินงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate จนเกิดระบบใหม่ที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ พยาบาลเจ้าของไข้ แบบฟอร์มแรกรับ ซึ่งเป็นเครื่องมือเตือนให้รายงานความเสี่ยงเข้าระบบ โปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล ใน menu หน่วยงาน หัวข้อ คงพยาบาล+Risk กระบวนการ ได้แก่ พยาบาลรับใหม่พบอุบัติการณ์ Q06 ลงบันทึกในแบบฟอร์มแรกรับ ลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ เลือกรหัสความเสี่ยง Q06 (unplanned re-admission rate) ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดและพยาบาลผู้จัดการความเสี่ยง ตรวจสอบ ทบทวน รวบรวมและสรุปรายงานทุกเดือน หัวหน้างาน นิเทศ กำกับตามมาตรฐานการรับใหม่ ผลลัพธ์ได้แก่ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการรายงานตัวชี้วัด และผลกระทบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำได้รับการทบทวน การดูแลเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ สอดคล้องกับ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มาตรฐานที่ I-4.1, I-4.2, II-1.2, II-2.1 การปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน<sup>(10)</sup> จากกระบวนการในขั้นตอนการพัฒนากระบวนการพบว่ากระบวนการสำคัญคือจัดระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ข้อมูลเชิงพลวัต มีระบบการตรวจสอบข้อมูลก่อนรายงานผลและนำไปใช้ประโยชน์ แสดงว่าการพัฒนาระบบการรายงานตัวชี้วัดผ่านโปรแกรมที่สามารถทำการเชื่อมต่อข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลสกลนครที่เกี่ยวข้องผ่าน web application กลุ่มการพยาบาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรายงานตัวชี้วัดได้ สอดคล้องกับณปรีชญ์ วงษ์เกษม และคณะ ซึ่งศึกษาการพัฒนากระบวนการดำเนินงานตัวชี้วัดสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยใช้หลักการของ Application Program Interface ในการเชื่อมต่อและจัดการกับฐานข้อมูลของโปรแกรม JHCIS ซึ่งเป็นโปรแกรมสนับสนุนการทำงานของ รพ.สต. ให้ทำงานร่วมกับภาษา PHP HTML และ JavaScript ส่งผลให้ระยะเวลาในการรวบรวม

เอกสาร สืบค้นข้อมูล และจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานลดลงเหลือประมาณ 2.29 วันทำการ<sup>(11)</sup> และการศึกษาของอุไรวรรณ ต้นทอริยะ และทินกร จุลแก้ว พัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดพังงาได้มีการพัฒนาเว็บไซต์ [www.iphdc.net](http://www.iphdc.net) เพื่อให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดที่ไม่สามารถประมวลผลจากหลักฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โดยเป็นความคิดเห็นร่วมกันระหว่างหน่วยปฏิบัติการ หลังจากบันทึกข้อมูลเสร็จสิ้นโปรแกรมจะทำการประมวลผลให้ตามที่ต้องการผ่านเว็บไซต์สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง data center ระดับจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขเขตและกระทรวงด้วยข้อมูลที่มีความสอดคล้องกัน<sup>(9)</sup> แสดงว่าการสร้างระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อระบบรายงานตัวชี้วัดนี้สามารถเปลี่ยนรูปแบบการรวบรวมข้อมูลจากระบบรวบรวมด้วยตนเอง (manual) เป็นประเภทกึ่งอัตโนมัติ (semi-automatic) ซึ่งผู้ใช้สามารถบันทึกและประมวลผลรายงานผ่านช่องเดียวคือ ผ่านโปรแกรมกลุ่มการพยาบาล จึงช่วยลดขั้นตอนและระยะเวลาในการทำงานได้

### 3) ด้านการประเมินผล

พบว่าด้านประสิทธิภาพของโปรแกรมมีการเข้าถึงรายละเอียดของข้อมูลตัวชี้วัดครบถ้วนร้อยละ 100.0 ด้านผลการประเมินของผู้ใช้งานโปรแกรมพบว่าโปรแกรมช่วยให้รายงานความเสี่ยง Q06 รวดเร็วขึ้น ร้อยละ 90.0 โปรแกรมใช้งานง่าย ร้อยละ 87.5 โปรแกรมช่วยอำนวยความสะดวกในการรวบรวมรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate ร้อยละ 87.5 ความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 87.5 และเมนูการใช้งานมีความเหมาะสมร้อยละ 82.5 ตามลำดับ ผลจากการติดตามตัวชี้วัดมีการนำเสนอรายงานตัวชี้วัดในโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล รายงานและติดตามตัวชี้วัดในการประชุมประจำเดือนกลุ่มการพยาบาลมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทั้งในด้านการบริหารและการบริการพยาบาลทุกเดือนสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ ต้นทอริยะ และทินกร จุลแก้ว ซึ่งพบว่าผลการพัฒนาโปรแกรมทำให้

มีการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลกลางในระดับจังหวัดและลดความซ้ำซ้อนในการรายงานของสถานบริการลดภาระงานให้เจ้าหน้าที่ ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น<sup>(9)</sup> แสดงว่าการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรายงานตัวชี้วัดร่วมกับกระบวนการในด้านการบริหารจัดการที่ดีเพื่อให้การดำเนินงานมีความสะดวกและรวดเร็วส่งผลให้ระบบการรายงานตัวชี้วัดมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

### สรุป

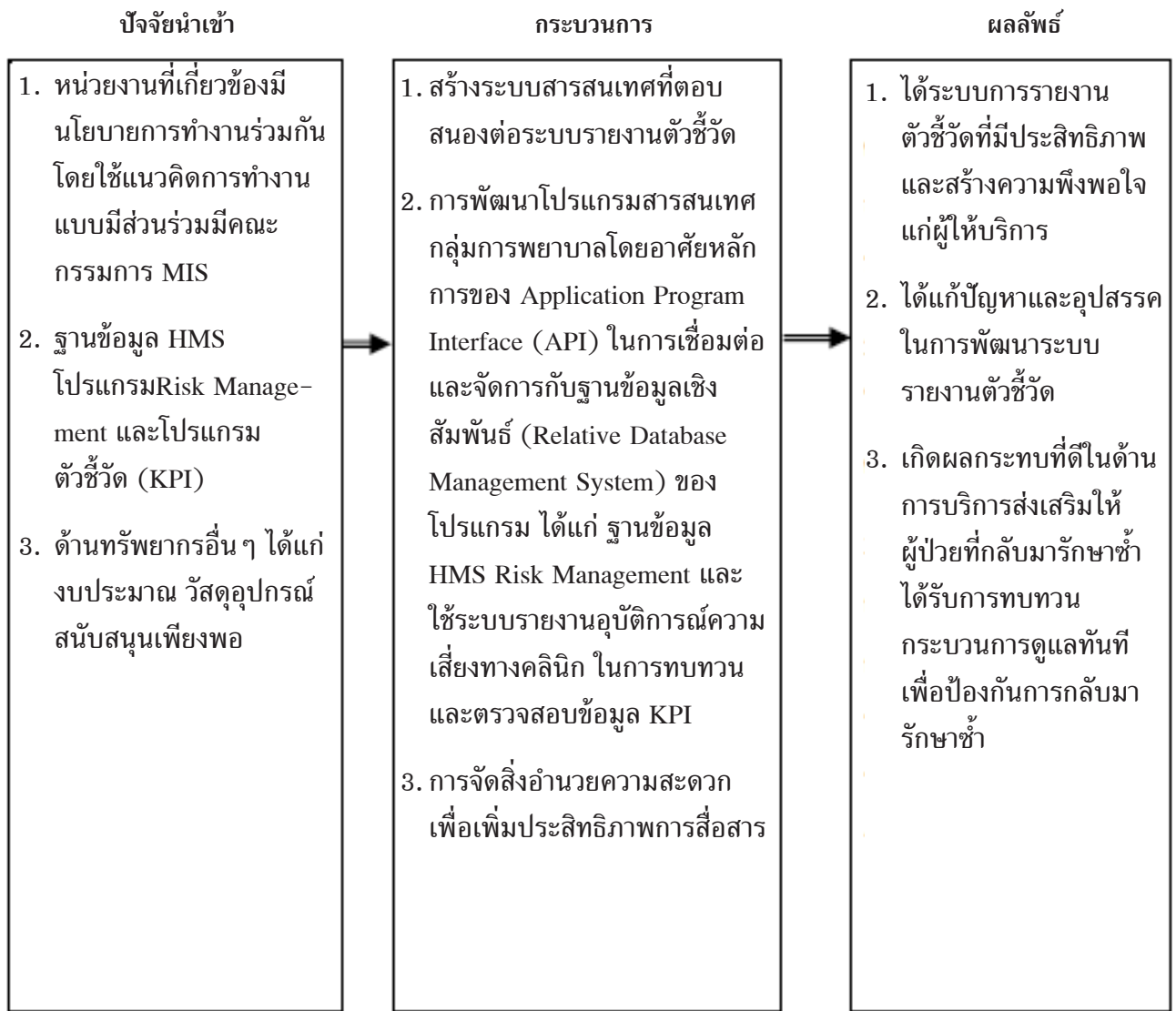
ระบบการรายงานตัวชี้วัดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ของโรงพยาบาลสกลนครได้พัฒนาจากแนวคิดเชิงระบบ และการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้ผลการวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่งได้มาจากวิธีการวิเคราะห์ SWOT ที่เน้นการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ที่มีผลต่อการแก้ปัญหาใช้กลยุทธ์นำจุดแข็งปิดจุดอ่อน เพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาระบบการรายงานตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสกลนครดังแสดงในภาพที่ 1

### การถอดบทเรียนจากการวิจัยและพัฒนา

1. บทเรียนที่ได้รับ การนำเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศมาใช้ทำให้ผู้บริหารสามารถใช้ประโยชน์จากระบบฐานข้อมูลในการกำกับการดำเนินงานด้านการบริการได้อย่างสะดวกน่าเชื่อถือ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจในเชิงนโยบายด้านการจัดบริการได้ ผู้ปฏิบัติงาน มีช่องทางการรายงานความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่สะดวก เป็นการสื่อสาร 2 ทางระหว่างผู้ส่งและรับความเสี่ยงสามารถบริหารจัดการความเสี่ยงได้ทันที และมีการส่งรายงานตัวชี้วัดจากแหล่งข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้ มีการทบทวนข้อมูลทั้งจากเวชระเบียนและขณะผู้ป่วยรับการรักษาทำให้ข้อมูลที่ได้ตรงกับความเป็นจริง ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานการวางแผนจำหน่ายเมื่อต้องเข้ารับการรักษาซ้ำได้รับการทบทวนเพื่อป้องกัน



ภาพที่ 1 ระบบการรายงานตัวชีวิตต่อตราการกลับเข้รรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ของโรงพยาบาล สกลนคร



การเกิดซ้ำทันที

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จความมุ่งมั่นของทีมงานในการใช้ความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในการปรับปรุงโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาลร่วมกับโปรแกรมความเสี่ยงเพื่อจัดการระบบรายงานตัวชีวิต จึงทำให้โปรแกรมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานและความร่วมมือของทีมหวิชาชีพในการจัดบริการให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมภายใต้แนวทางการบริหารจัดการ

ความเสี่ยงทางคลินิก

3. การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กร ผู้บริหารองค์กรพยาบาลสนับสนุนและผลักดันให้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศและการจัดการความเสี่ยงในการติดตามตัวชีวิตในงานการพยาบาล หัวหน้างานนิเทศกำกับกับการบันทึกรายงานความเสี่ยงตามมาตรฐานการรับใหม่ และพยาบาลผู้จัดการความเสี่ยงทบทวนและวิเคราะห์ความเสี่ยงก่อนรายงานตัวชีวิต

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ได้แก่

1) ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล ควรนำระบบการรายงานไปใช้ติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญของสำนักการพยาบาลและตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อประเมินคุณภาพบริการพยาบาล และขยายผลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานเวชระเบียน งานเวชกรรมสังคม เป็นต้น ทำให้ทุกหน่วยบริการสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา น่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย

2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลนำรูปแบบที่ได้ไปปรับปรุงคู่มือปฐมนิเทศกลุ่มการพยาบาล ประเด็นมาตรฐานการรับใหม่ การบันทึกและวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และปรับแบบฟอร์มการบันทึกการประเมินสมรรถนะแรกรับ (research to routine)

3) ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดและพยาบาลผู้จัดการความเสี่ยงนำข้อมูลที่ได้จากการรายงานไปตรวจสอบความถูกต้องและทบทวนซ้ำในโปรแกรมความเสี่ยงก่อนวิเคราะห์และรายงานต่อคณะกรรมการบริหารการพยาบาล

### 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาพัฒนาต่อยอดจากงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่

1) วิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสารสนเทศ “โปรแกรมระบบรายงานตัวชี้วัดประเภทอัตโนมัติ (automatic)”

2) วิจัยและพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยใน

3) วิจัยกึ่งทดลองศึกษาประสิทธิผลการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว และ อ.ดร.รุ่งรังษี วิบูลชัย ผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษางานวิจัย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและพยาบาล

โรงพยาบาลสกลนคร ที่ได้ร่วมกันพัฒนาระบบรายงานตัวชี้วัดในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: องค์การ-สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
2. งานสารสนเทศการพยาบาล. รายงานสถิติ HMS Report โรงพยาบาลสกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2559.
3. พงศธร คำบ่อเศร้า. การพัฒนาการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลหนองหาน[อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: โรงพยาบาลหนองหาน; 2554 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uVpx5F\\_5vBMJ:pai-pongsathorn.blogspot.com/2012/08/blog-post\\_10.html+&cd=24&hl=th&ct=clnk&gl=th#.WW8I0NSLQrg](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uVpx5F_5vBMJ:pai-pongsathorn.blogspot.com/2012/08/blog-post_10.html+&cd=24&hl=th&ct=clnk&gl=th#.WW8I0NSLQrg)
4. Kemmis SB, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
5. ศิริพร จิรวัดน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ทอพอเซ็ท; 2548.
6. สุพงศ์ นิมกุลรัตน์. การใช้ SWOT วางแผนกลยุทธ์ในองค์กร. วารสารศูนย์เครื่องมือวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2550;15(1):81-6.
7. Dey I. Qualitative data analysis: a user- friendly guide for social scientists. London: Routledge; 1993.
8. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care advantages and limitations. Arch Intern Med 2000;160(8):1074-81.
9. อุไรวรรณ ตันทวาริยะ, ทินกร จุลแก้ว. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559;25(2):315-23
10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระ-เกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2558.
11. ณปรัชญ์ วงษ์เกษม, วิภาวี ธรรมภรณ์พิลาศ, หลุ่ย โลหะ-ศิริวัฒน์, ธีระ วรณารัตน์. การพัฒนาระบบรายงานตัวชี้วัดสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัย-ระบบสาธารณสุข 2557;8(3):281-91.

**Abstract: Development of Hospital Performance Indicator Report System for 28-day Unplanned Re-admission**

Piyanuch Boonkong, M.N.S. (Community Nursing); Uraiwan Sridama, M.P.H. (Biostatistics); Apinya Kumphakote, M.Ed. (Educational Technology); Ukaphol Yongdee, B.P.H. (Public Health)

*Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2019;28:131-41.*

A hospital performance indicator for 28-day unplanned re-admission rates is a measure that reflects the patient care system while being treated in a hospital. The analysis of system metrics on unplanned re-admission indicated duplication of reports up to 16.67% of the cases and no report on the risk in the system in 53.33%. Therefore, there is a need to address the problem of hospital reporting performance indicator in order to obtain reliability of data for monitoring the situation, particularly the readmission of patients within 28 days. This action research aimed to develop the reporting system and to study the outcomes of such improvement with regard to unplanned re-admission rate. The study was conducted from January 2015 to September 2016. The key informants include 40 registered nurses and two information nurses. The research had three stages included: planning, acting and evaluation & reflecting. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics with frequency and percentage. The study findings were as follows: (A) the system metrics report unplanned re-admission rate included inputs with the nursing admission form as a warning to report of risks, nurse information database program, health agency menu, still nursing topics & risk. The Process stage including (1) nurses receiving patient readmission, (2) recording in the first form, (3) incident reporting, (4) selecting Q06 (risk code for unplanned re-admission), (5) monthly review and compilation, and (6) supervisors getting the new results. Eventually, the outcomes including application performance reporting metrics were obtained. (B) The development of the effectiveness of the program included the complete access (100.0%) to detailed information indicators. From the evaluation of the program, it was found that the program helped defining the risk report Q06 faster (90.0%), feasible (87.5%), facilitated the collection of metrics reports on unplanned re-admission rate (87.5%), gaining high satisfaction (87.5%), and suitable (82.5%). These indicators helped the head nurses appraise the quality of patient care leading to the review and correct the problem promptly. The discharge planning measures were appropriate to each patient and leading to the reporting and monitoring of the indicators regularly in the monthly meetings of the hospital.

**Keywords:** development of system; hospital performance indicator; unplanned re-admission

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

## การพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

สันติ ทวยมีฤทธิ์ ปร.ด. (รัฐประศาสนศาสตร์)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วันรับ: 22 เม.ย. 2562

วันแก้ไข: 5 ก.ค. 2562

วันตอบรับ: 17 ก.ค. 2562

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษารายละเอียดสถานการณ์และแนวทางการแก้ไขปัญหาข้อมูลด้านสุขภาพ (2) ออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (3) ประเมินผลการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเครื่องมือ 3 ประเภท ได้แก่ แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการจำแนก แยกแยะ จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่เป็นข้อค้นพบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติ F-test การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2017-18 ผลการวิจัย พบว่า (1) คลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา มีฐานข้อมูลหลายโปรแกรม มีการส่งต่อข้อมูลหลายช่องทาง เกิดปัญหาต่อความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และทันเวลาของข้อมูล ฐานข้อมูลด้านสุขภาพไม่ครบถ้วนในการสืบค้นเพื่อการปฏิบัติงาน ขาดข้อมูลที่รวดเร็วในการตัดสินใจและ การประเมินผล แนวทางการแก้ไข พัฒนาคลังข้อมูลให้เป็นรูปแบบฐานข้อมูลเดี่ยว ส่งต่อข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นแหล่งข้อมูลสืบค้น กำหนดเป้าหมาย การบันทึกผลการปฏิบัติงานแบบ Real Time เพื่อให้ข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน พัฒนาระบบ Monitoring Cockpit พัฒนาคอมพิวเตอร์ ความเร็วอินเทอร์เน็ต ให้เพียงพอทันสมัย (2) การออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ โดยพัฒนาคลังข้อมูลให้เป็นรูปแบบฐานข้อมูลเดี่ยว เรียกว่า “health report program” ประกอบด้วยโครงสร้างคลังข้อมูล 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และคลังข้อมูลกลุ่มอื่นๆ เป็นการพัฒนาระบบงานบนเว็บ กำหนดเป้าหมายการทำงาน รายบุคคล ตำบล อำเภอ ตาม 6 กลุ่มวัย สามารถตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ผลการปฏิบัติงาน ได้แบบ real time ผ่านคลังข้อมูลและระบบ Monitoring Cockpit (3) การประเมินผลการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า โดยภาพรวมของหน่วยบริการ มีความพึงพอใจการพัฒนาคลังข้อมูลสุขภาพระดับสูง ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ระดับสูง มีประโยชน์ในการวางแผนการทำงาน การควบคุม กำกับ ประเมินผล ได้อย่างมีประสิทธิภาพระดับสูง ข้อเสนอแนะ สามารถนำคลังข้อมูลด้านสุขภาพไปพัฒนาต่อเนื่องและขยายผลใช้ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งอื่น

**คำสำคัญ:** ระบบข้อมูลข่าวสาร; การพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ

## บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) องค์การเภสัชกรรม (อภ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อให้ได้ข้อมูล

สุขภาพที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว และทันสมัย เพื่อให้สามารถมองเห็นสถานการณ์สุขภาพของประชาชนไทยในปัจจุบัน (พ.ศ.2559) รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพจากทุกระดับ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน<sup>(1)</sup> จำนวน 16 แผนงาน 48 โครงการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของยุทธศาสตร์ 20 ปี และกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0 สร้างเศรษฐกิจใหม่ จึงได้นำมาใช้ในการกำหนดนโยบายการดำเนินงานของหน่วยงาน โดยมุ่งให้ความสำคัญกับข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการดำเนินงานข้อมูลด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาที่ผ่านมาสามารถสรุปปัญหาได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ (1) เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ประชากรมีจำนวนมาก กลุ่มเป้าหมายหลากหลาย และมีสถานบริการสาธารณสุขจำนวนมาก (2) ระบบการจัดการข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ยังประสบปัญหาความครอบคลุมข้อมูลที่ต้องใช้ในการให้บริการสุขภาพใน 4 มิติ ระบบควบคุมกำกับประเมินผลยังขาดประสิทธิภาพ การเข้าถึงข้อมูลรายบุคคลของหน่วยบริการยังมีข้อจำกัด การแสดงรายละเอียดกลุ่มเป้าหมายในแต่ละประเด็นยังมีข้อจำกัด และ (3) ภาระงานการบันทึกข้อมูลจำนวนมากของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ การส่งต่อข้อมูลหลากหลายช่องทางผู้บริหารขาดข้อมูลที่รวดเร็วในการตัดสินใจและการประเมินผลด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน

แนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นสามารถทำได้โดยการพัฒนาคลังข้อมูล หรือเรียกว่า data warehouse ได้แก่ที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งและหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน เข้าเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ขององค์กร โดยข้อมูลในคลังข้อมูลอาจได้มาจากฐานข้อมูลของระบบปฏิบัติการในองค์กร ลักษณะของคลังข้อมูลสามารถสรุปลักษณะเด่น คือ (1) การแบ่งโครงสร้างตามเนื้อหา คลังข้อมูลถูกออกแบบมาให้มีโครงสร้างตาม

เนื้อหาหลัก (2) การรวมเป็นหนึ่งเดียว โดยข้อมูลที่รวบรวมมาจากหลายฐานข้อมูลจะถูกทำให้อยู่ในรูปแบบข้อมูลมาตรฐานเดียวกัน (3) ความสัมพันธ์กับเวลา โดยข้อมูลที่จัดเก็บในคลังข้อมูลต้องกำหนดช่วงเวลาเอาไว้ (4) ความเสถียรของข้อมูล โดยข้อมูลที่ถูกบันทึกไว้ในคลังข้อมูลจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงค่าหรือปรับปรุงข้อมูลเดิมที่มีอยู่แล้ว<sup>(2)</sup>

จากปัญหาการดำเนินงานข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยการนำคลังข้อมูลเข้ามาช่วยในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และการแก้ไขปัญหาข้อมูลด้านสุขภาพ การออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา อันจะเป็นการสนองตอบแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) และกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0 สร้างเศรษฐกิจใหม่ เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไปในอนาคต

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารายละเอียดสถานการณ์ และแนวทางแก้ไขปัญหาข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ออกแบบ พัฒนา และประเมินผล การพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

## วิธีการศึกษา

### 1. ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษารายละเอียดสถานการณ์ และแนวทางการแก้ไขปัญหาของข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา โดยการจัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพระดับจังหวัด การสำรวจรายละเอียดสถานการณ์ก่อนการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา จัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สรุปข้อค้นพบ ข้อคิดเห็นพัฒนาเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการออกแบบและ

พัฒนาค้างข้อมูลด้านสุขภาพ โดยนำข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 มาออกแบบและพัฒนาค้างข้อมูลด้านสุขภาพ โดยโปรแกรม MySQL ด้วยภาษา PHP (PHP hypertext preprocessor) ที่ประกอบไปด้วยโครงสร้างข้อมูลมาตรฐาน พัฒนาคู่มือการใช้งานคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อแนะนำผู้เกี่ยวข้องในการใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพ และประกาศนโยบาย

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาค้างข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการติดตามการดำเนินงานและการใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพหลังจากการใช้งานในระยะ 3 เดือน สรุปประเมินผลการใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ปรับปรุง พัฒนาค้างข้อมูลด้านสุขภาพ และสรุปผลการวิจัย

## 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์ข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 1 สามารถจำแนกได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานภายนอก ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive หรือ judgmental sampling) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นอย่างดี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในระยะที่ 1 จำนวน 46 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของแต่ละกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 13 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 สามารถจำแนกได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานภายนอก เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร ของ Yamane T<sup>(3)</sup> โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% ดังนั้น ขนาด

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 242 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของแต่ละกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 13 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 3 สามารถจำแนกได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานภายนอก จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นอย่างดี ปฏิบัติงานตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 5 โซน และกำหนดให้หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น 6 โซน ทั้งนี้ ในแต่ละโซน กำหนดสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 4 คน แบ่งเป็นโรงพยาบาล จำนวน 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน และหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้นเป็น 22 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของแต่ละกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาทุกกลุ่มงาน จำนวน 13 คน

## 3. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว แบ่งออกเป็น 3 ระยะการวิจัย ได้แก่ (1) ระยะการวิจัยที่ 1 คือ แบบสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ (2) ระยะการวิจัยที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ โปรแกรม MySQL<sup>(4)</sup> ซึ่งนำมาใช้ในการออกแบบและพัฒนาค้างข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา และแบบสอบถาม เพื่อศึกษาความพึงพอใจและความต้องการ (3) ระยะการวิจัยที่ 3 คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประเมินผลการนำคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมาไปสู่การปฏิบัติ

## 4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยประเภทแบบสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) โดยการสร้างคำถาม จัดรูปแบบและ

โครงสร้างของแบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสนทนาและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยการสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสอบถามแล้วตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามดังกล่าวเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข และทดสอบความเชื่อมั่น ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สำนักงาน-สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ซึ่งผลการวิเคราะห์ ได้ค่า Reliability coefficients ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.7879

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยนำข้อมูลที่มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำแนก และจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคลังข้อมูล แนวคิดเกี่ยวกับการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมและทฤษฎีการประเมินผล มาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกัน และนำเสนอเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป จะวิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิจัย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ F-test และนำเสนอเชิงพรรณนา

#### 6. การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2017-18 ระหว่างวันที่ 11 เมษายน 2560 ถึง 11 เมษายน 2561

#### ผลการศึกษา

##### 1. รายละเอียดสถานการณ์ และแนวทางแก้ไข ปัญหาข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

สถานการณ์การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ หน่วยงานระดับพื้นที่ส่วนใหญ่ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับจังหวัด สภาพปัญหา คือ การจัดเก็บข้อมูลหลายระบบในหลายหน่วยงาน หน่วยบริการส่วนใหญ่ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับจังหวัดหลายช่องทาง และฐานข้อมูลด้านสุขภาพไม่ครบถ้วนในการสืบค้นเพื่อการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ซ้ำซ้อน และไม่ทันเวลา ผู้บริหารขาดข้อมูลที่รวดเร็วในการตัดสินใจและการประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินงานด้านสุขภาพ แนวทางการแก้ไข ควรกำหนดเป็นนโยบาย การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพให้อยู่ในระบบเดียวกัน หน่วยบริการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับจังหวัดในรูปแบบฐานข้อมูลเดียวกัน และออกแบบและพัฒนาฐานข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้ ความต้องการใช้งานข้อมูลด้านสุขภาพ คือ ต้องการให้สร้างระบบสารสนเทศที่สามารถสนับสนุนงานประจำได้ เป็นแหล่งข้อมูลสืบค้น กำหนดเป้าหมาย การบันทึกผลการปฏิบัติงานแบบ real time เพื่อให้ข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน พัฒนาระบบ monitoring cockpit พร้อมให้บริการข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติ ผู้บริหาร และผู้ใช้ข้อมูลภายนอกได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม

สถานการณ์ข้อมูลด้านบุคลากร พบว่า เกิดจากภาระงานของบุคลากรเนื่องจากการจัดเก็บข้อมูลและรายงานจำนวนมาก ขาดเทคโนโลยีในการจัดเก็บข้อมูลที่เพียงพอเหมาะสม สภาพปัญหา ได้แก่ บุคลากรมีภาระงานจำนวนมาก และผู้รับผิดชอบเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศน้อย

แนวทางการแก้ปัญหาการใช้ข้อมูลด้านบุคลากร โดยการ พัฒนาให้บุคลากรมีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ ทั้งในกระบวนการใช้ฐานข้อมูลต่างๆ ให้เกิด ประสิทธิภาพ

สถานการณ์ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้เน้นการ พัฒนาให้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่ สำคัญในการกระจายองค์ความรู้และข่าวสารสู่พื้นที่อย่าง กว้างขวาง สภาพปัญหา ได้แก่ คอมพิวเตอร์ ไม่ทันสมัย และเพียงพอ ความไม่เสถียรของระบบอินเทอร์เน็ต แนวทางการแก้ปัญหา คือ พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ให้ ทันสมัยและเพียงพอ กับความต้องการตามเกณฑ์ขั้นต่ำ ของผู้ใช้ กำหนดให้มีการซ่อมบำรุงคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ พร้อมใช้งาน

## 2. การออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

การออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการพัฒนาคลังข้อมูลให้เป็น รูปแบบฐานข้อมูลเดี่ยว เรียกว่า “Health Report Program” ซึ่งมีโครงสร้างคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูล 6 กลุ่ม ดังนี้

- 1) กลุ่มแม่และเด็ก
- 2) กลุ่มวัยรุ่น
- 3) กลุ่มวัยทำงาน
- 4) กลุ่มผู้สูงอายุ
- 5) กลุ่มผู้พิการ
- 6) กลุ่มอื่นๆ

คุณลักษณะเฉพาะของคลังข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นการ พัฒนาระบบงานบนเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา มีระบบการป้องกันความปลอดภัย ของข้อมูล ใช้ฐานข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ (health data center) (43 แฟ้ม) บันทึกข้อมูลจาก HosXP, HosXP หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit) สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการภายในจังหวัด สามารถกำหนด เป้าหมายในการทำงานตามกลุ่มวัย ควบคุมกำกับ การดำเนินงาน และผู้บริหารสามารถใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพ

ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานได้ ประโยชน์ของ การดำเนินงานคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา คือ สามารถแสดงรายละเอียดกลุ่มเป้าหมายในแต่ละ กลุ่มวัย ติดตามกลุ่มวัยในการปฏิบัติงาน แสดงผลการ ดำเนินงานด้วยระบบ Monitoring Cockpit ติดตามผล สำเร็จของงานได้แม่นยำ ในระดับอำเภอ ตำบล หน่วย- บริการ และระดับรายบุคคล ลดภาระงาน และค่าใช้จ่าย ในการทำงาน

ผู้เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.21) มีอายุระหว่าง 26–30 ปี (ร้อยละ 35.54) ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ (ร้อยละ 42.56) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 50.00) จบ การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 79.34) ความ พึงพอใจโดยรวม อยู่ที่ระดับพึงพอใจมาก (Mean=3.79, SD=0.694) เช่น การแบ่งโครงสร้างของเนื้อหาชัดเจน รูปภาพ (icon) สื่อความหมายการเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละ เพจเหมาะสม เป็นต้น และความต้องการต่อประเด็นด้าน ต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีความต้องการระดับ มากที่สุด เช่น มีสีสันสวยงาม เหมาะสม รูปภาพ สื่อความ หมายชัดเจน ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลมาวางแผนการ ดำเนินงาน และควบคุม กำกับ ประเมิน เป็นต้น และ ความ ต้องการระดับมาก เช่น มีช่วงเวลาจัดเก็บข้อมูลที่ชัดเจน เผื่อระวังการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข วัดความสำเร็จของงานตามตัวชี้วัด (KPI) ประมวลผล รวดเร็ว เป็นต้น ทั้งนี้ ความต้องการโดยภาพรวม ระดับ อยู่ที่ที่มีความต้องการมากที่สุด (Mean=4.24, SD=0.646)

สมมติฐานการวิจัย ด้านความพึงใจ พบว่า อายุ ตำแหน่ง การศึกษาสูงสุด และสถานภาพมีความพึงพอใจ ต่อคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา เป็นไปตาม สมมติฐาน ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง การศึกษาสูงสุด และ สถานภาพ ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจโดยภาพรวมไม่ แตกต่างกัน ส่วนในด้านความต้องการ พบว่า อายุ ตำแหน่ง การศึกษาสูงสุด และสถานภาพ มีความต้องการ ต่อคลังข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นไปตามสมมติฐาน ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง การศึกษาสูงสุด และสถานภาพ ส่งผลต่อ



ระดับความต้องการโดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน

### 3. การประเมินผลการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

บริบทของพื้นที่ พบว่า (1) ลักษณะการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารคอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะยังไม่เพียงพอ บุคลากรหลายคนเลือกที่จะนำคอมพิวเตอร์แบบพกพา (note book) มาใช้ในการดำเนินงาน ขณะเดียวกันยังพบปัญหาเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ตช้าและไม่เสถียร (2) ความพร้อมของบุคลากรในการใช้งานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโดยตรง แต่บุคลากรผู้รับผิดชอบบางส่วนไม่ได้สำเร็จการศึกษาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโดยตรง และ (3) งบประมาณสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร หน่วยบริการสาธารณสุขต่างๆ เป็นผู้จัดหางบประมาณในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์เอง

ปัจจัยนำเข้า หน่วยบริการสาธารณสุขต่างๆ นำข้อมูลจากคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถนำมาใช้ในวางแผน รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นรายบุคคลได้อย่างต่อเนื่อง และผู้บริหารทุกระดับสามารถควบคุม กำกับ ประเมินผล การดำเนินงานของหน่วยบริการได้แบบ real-time

กระบวนการ คลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา สามารถนำมาประยุกต์ใช้งานได้จริง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เข้าถึงผู้รับบริการได้อย่างทันทีทั่วทั้งพื้นที่ สามารถใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ผู้ใช้งานต้องสมัครสมาชิกก่อนเพื่อระบุตัวตนในการเข้าถึงข้อมูล

ผลลัพธ์ บุคลากรและผู้บริหารด้านสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลจากคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานตามกลุ่มวัยในระดับบุคคล เช่น การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นต้น สามารถกำกับ ติดตามการดำเนินงานได้ทันที (Real time) สามารถแสดงรายละเอียดกลุ่มเป้าหมายเพื่อการให้

บริการสุขภาพได้ถูกต้องและครอบคลุม ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผ่านเว็บไซต์ ผู้บริหารสามารถตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้องและรวดเร็ว

มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

1) ควรเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกับโปรแกรมการบริหารทรัพยากรสุขภาพ

2) ควรเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกับโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง (Thai COC) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) และสุขภาพจิต และการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน in home SSS เพื่อให้ได้ข้อมูลเดียวกัน ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกและส่งต่อข้อมูล

## วิจารณ์

การจัดเก็บข้อมูลในหลายระบบ หน่วยบริการส่วนใหญ่ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับจังหวัดหลายช่องทางและขาดฐานข้อมูลด้านสุขภาพในการสืบค้น สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>(5)</sup> ที่ว่า เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพในคลังข้อมูลสุขภาพ ต้องมีความคล่องตัวในการใช้งาน (improved flexibility) ควรรวบรวมข้อมูลไว้ที่เดียวกัน และมีการควบคุมอยู่ที่ส่วนกลางจะช่วยให้มีความคล่องตัวในการใช้งานมากกว่าระบบไฟล์ข้อมูล

ผลการวิจัยในประเด็นความพึงพอใจ พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง เช่น การแบ่งโครงสร้างของเนื้อหาชัดเจน รูปภาพ สื่อความหมายการเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละเพจชัดเจนเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ<sup>(6)</sup> ที่ว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข กล่าวคือบุคลากรสามารถนำข้อมูลที่ได้จากคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา มาใช้ในการวางแผนการให้บริการผู้ป่วย โดยผู้สูงอายุเป็นอีกกลุ่มวัยที่คลังข้อมูลด้านสุข-

ภาพฯ จัดเก็บเพิ่มข้อมูล หากนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัคร เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้สูงอายุ อาจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจต่อ การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้

ผลการวิจัยในประเด็น ลักษณะการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะยังไม่เพียงพอ บุคลากรหลายคนเลือกที่จะนำคอมพิวเตอร์แบบพกพาไปใช้ในการดำเนินงาน ขณะเดียวกันยังพบปัญหาเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ตช้าและไม่เสถียร สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam DL และ Shinkfield AJ<sup>(7)</sup> ที่กล่าวว่า บริบทของพื้นที่เป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ สิทธิที่มีและปัญหา ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมในการประเมิน กล่าวคือ ลักษณะการดำเนินงานดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า วัสดุอุปกรณ์สำนักงานที่เกี่ยวกับการนำคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ยังไม่พอเพียง ทันสมัย เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นสถานบริการสุขภาพควรมีคอมพิวเตอร์สำหรับใช้งานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโดยตรง จัดหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่มีความเร็วและเสถียรเพียงพอในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยในประเด็น การวางแผนการให้บริการผู้ป่วย หน่วยบริการสาธารณสุขต่างๆ นำข้อมูลจากคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน โดยการวางแผนการให้บริการผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถวางแผนได้ในระดับบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam DL และ Shinkfield AJ<sup>(7)</sup> ที่กล่าวว่า ปัจจัยนำเข้าเป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน การเลือกกลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อความต้องการ กล่าวคือคลังข้อมูลด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา สามารถช่วยให้หน่วยบริการสาธารณสุขวางแผนการ

ดำเนินงานได้ดียิ่งขึ้น สามารถกำกับติดตามการดำเนินงานของบุคลากร ติดตามการรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ ผู้บริหารสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว

ผลการวิจัยในประเด็น การวางแผนการดำเนินงานตามกลุ่มวัยในระดับบุคคล เช่น การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นต้น สามารถกำกับ ติดตามการดำเนินงานได้ทันที สามารถแสดงรายละเอียดกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มวัย เพื่อการให้บริการสุขภาพได้แม่นยำ และปรับการทำงานได้ทันที ลดการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อน ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผ่านเว็บไซต์ เนื่องจากพัฒนาระบบงานบนเว็บไซต์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของระวีวรรณ เต็มศิริกุล และคณะ<sup>(8)</sup> ที่ว่า การพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพระดับจังหวัดแบบบูรณาการ จังหวัดบุรีรัมย์เป็นสารสนเทศที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ ช่วยลดเวลาและความซ้ำซ้อนของการจัดทำรายงาน สามารถเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยบริการ กล่าวคือ คลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา สามารถลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล ช่วยให้บุคลากรสามารถวางแผนการดำเนินงานได้ง่ายขึ้น ตัดสินใจได้ง่ายขึ้น

### สรุป

หน่วยบริการส่วนใหญ่ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับจังหวัดหลายช่องทาง แนวทางการแก้ไขปัญหาคือ หน่วยบริการควรส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับจังหวัดในรูปแบบช่องทางฐานข้อมูลเดียวกัน บุคลากรมีภาระงานจำนวนมาก แนวทางการแก้ไขปัญหาคือ สามารถทำได้โดยการพัฒนาให้บุคลากรมีศักยภาพในการบริหารจัดการเวลา คอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอกับความต้องการ การซ่อมบำรุงรักษาไม่ต่อเนื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาคือ จัดหาคอมพิวเตอร์ให้ทันสมัย เพียงพอกับความต้องการของผู้ใช้ กำหนดให้มีการซ่อมบำรุงคอมพิวเตอร์เพื่อให้พร้อมใช้งานอย่างเป็นระบบสม่ำเสมอ

ดำเนินการพัฒนาคลังข้อมูลให้เป็นรูปแบบฐานข้อมูลเดี่ยว เรียกว่า “Health Report Program” ซึ่งมีโครงสร้างคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ได้แก่ แม่

และเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และอื่น ๆ ผู้เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ที่ระดับมาก เช่น แบ่งโครงสร้างของเนื้อหาชัดเจน รูปภาพสื่อความหมายการเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละเพจชัดเจนเหมาะสม และความต้องการต่อประเด็นด้านต่างๆ ในระดับมากที่สุด เช่น มีสีสันสวยงาม เหมาะสม รูปภาพสื่อความหมายชัดเจน พบว่า อายุ ตำแหน่ง สำเร็จการศึกษาสูงสุด และสถานภาพ ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจและความต้องการโดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน สัญญาณอินเทอร์เน็ตเข้าไม่เสถียร ขาดงบประมาณสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ชัดเจน คลังข้อมูลด้านสุขภาพสามารถนำมาใช้ในวางแผนการให้บริการผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและครอบคลุม ผู้บริหารสามารถ ควบคุม กำกับ ประเมินผล การดำเนินงานด้านสุขภาพได้ทันที ข้อเสนอแนะ ควรเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกับโปรแกรมการบริหารทรัพยากรสุขภาพ การส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง (Thai COC) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) การเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน in home SSS เพื่อให้ได้ข้อมูลเดียวกัน ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกและส่งต่อข้อมูล

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการวิจัยพบว่า ผู้ปฏิบัติและผู้บริหารหน่วยบริการมีความพึงพอใจในการพัฒนาคลังข้อมูลสุขภาพในระดับสูง ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ทันเวลาในระดับสูง คลังข้อมูลมีประโยชน์ในการวางแผนการทำงาน การควบคุม กำกับ ประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

1.1 การพัฒนาคลังข้อมูลสุขภาพและการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ควรถือเป็นนโยบายสำคัญระดับจังหวัด เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพ ประเมินผล การดำเนินงานด้านสุขภาพ

##### 1.2 หน่วยงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล

ต้องใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพในรูปแบบฐานข้อมูลเดี่ยวส่งข้อมูลฐานเดียวกัน ในการสืบค้น กำหนดเป้าหมาย การรายงาน การลงผลการปฏิบัติงาน แบบ Real Time จะส่งผลให้ลดความซ้ำซ้อน ลดภาระ เพิ่มประสิทธิภาพตรวจสอบข้อมูล การประเมินผล การตัดสินใจของผู้บริหาร

##### 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ใช้เป็นแหล่งข้อมูลและแนวทางในการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ในระดับจังหวัด เนื่องจากมีข้อมูลการพัฒนาคลังข้อมูล ตั้งแต่ การศึกษาสถานการณ์ปัญหาแนวทางแก้ไขปัญหาข้อมูลสุขภาพ การออกแบบและพัฒนากล้องข้อมูลสุขภาพ การประเมินผลการพัฒนาคลังข้อมูลเพื่อการพัฒนาต่อยอด ต่อไป

2.2 ใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานทุกระดับ

##### 3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การพัฒนาคลังข้อมูล ที่เชื่อมโยงข้อมูลด้านบริหารทรัพยากรสุขภาพ เพื่อให้ครอบคลุม ครบวงจร อันจะเป็นข้อมูลประกอบการบริหารทรัพยากรสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ต่อไป

3.2 การวิจัยเพื่อประเมินความพึงพอใจ การใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพในทุก ๆ ด้าน เพื่อนำผลข้อคิดเห็นที่ได้มาพัฒนาต่อยอดคลังข้อมูลด้านสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอ

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์วิฑูรย์ บณพิบูลย์ ดร.กวดล พลศรีประดิษฐ์ และนายปกรณ์ ริมประณาม ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการพิจารณาและให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือการวิจัยอันเป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลการวิจัยอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยอย่างยิ่ง และสร้างความประทับใจให้กับผู้วิจัยโดยการมอบมิตรภาพอันดีให้แก่กัน

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2560 [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: [http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180315154733\\_1\\_.pdf](http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180315154733_1_.pdf)
2. ศรีไพโร คักดีรุ่งพงศากุล, เจษฎาพร ยุทธนวิบูลย์ชัย. ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีการจัดการความรู้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดดูเคชั่น; 2549.
3. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd edition. New York: Harper and Row Publication; 1973.
4. อีซี่ บร๊านเซส. MySQL มีความสำคัญอย่างไรกับเซิร์ฟเวอร์ [อินเทอร์เน็ต]. ภูเก็ต; 2560 [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://th.easyhostdomain.com/dedicated-servers/mysql.html>
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข Version 2.2 (กันยายน 2559) ینگบประมาณ 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: เอสพี ก้อปปีปริน; 2559.
6. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาสัตย์เชื้อ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม, จิณณ์ลีธา ณรงค์ศักดิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารการพยาบาล 2557;29(3):104-15.
7. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation theory, models & applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.
8. ระวีวรรณ เต็มศิริกุล, ประเสริฐ เก็มประโคน, อนันต์ กนกศิลป์, กิตติ โล่สุวรรณรักษ์. การพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพระดับจังหวัดแบบบูรณาการ จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2558.

**Abstract: Development of Health Data Center, Nakhon Ratchasima Province**

**Sunti Tuaymeetit, Ph.D. (Public Administration)**

*Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office, Nakhon Ratchasima Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2020;29:142-51.*

The objectives of this study were to assess the situation, problems and solutions of health information, for design and development, along with evaluating the development of health data center of Nakhon Ratchasima Province. This action research divides the research into 3 phases such as: (1) Study the details situation and guidelines solutions to health information. (2) Design and develop health data center (3) Evaluate health data center development. The objective aims to study the situation, problems and solutions of health information, for design and development, along with evaluating the development of health data center of Nakhon Ratchasima Province. Collected data from 3 types, including group discussions, questionnaires and in-depth interviews. The research sample group is responsible for information technology of external agencies and workgroup in Nakhon Ratchasima Health Provincial Office. Qualitative data analysis is conducted by classification and classification of findings. For quantitative data analysis, we computed the percentage, mean, standard deviation and F-test. This research has been considered and approved by the Human Ethics Research Committee of Nakhon Ratchasima Health Provincial Office, code KHE 2017-18. The finding revealed that (1) most service units forward information to many provincial agencies, causing the lack of a central searchable health database, there is a problem of completeness, accuracy, timeliness of information. The problem solving is the service units must forward information to the provincial level in the same format, and defined a policy allowing the district level to have a single database for searching purpose. Therefore, the information is accurate, complete, up-to-date at all times, (2) the design and development of health data center by developing the health data center into a single database format called the "Health Report Program", consists of six groups, including mother and child group, youth group, working age group, elderly group, disabled group and other group is a web development system, set individual workplace goals, sub-districts, according to the 6 age groups. Health data and performance can be monitored in real time via the health data center and the monitoring cockpit system, and (3) the evaluation of the development of health data center found that the overall picture of the service unit. The satisfaction of the development of the health data center is at a high level. The information is accurate, complete, current, and has a high level of benefit in planning, controlling, directing and evaluating with high efficiency. Suggestions can be used to develop health data centers continuously and expand the results in other provincial health offices.

**Keywords:** health information system; health data center

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# การบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ในบริบทสุขภาพโลก

ภัทรพล จิ่งสมเจตไพศาล พ.บ., วว. (ศัลยศาสตร์ออร์ปิดิกส์)

สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ: 15 ม.ค. 2562

วันแก้ไข: 18 พ.ย. 2562

วันตอบรับ: 26 พ.ย. 2562

**บทคัดย่อ** งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยในบริบทสุขภาพโลก โดยการเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลจากข้อมูลเผยแพร่สาธารณะขององค์การอนามัยโลก องค์การระดับนานาชาติ หน่วยงานภาครัฐ และฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย (ThaiJO) เพื่อคัดเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิใน 3 ประเด็นสำคัญได้แก่ 1) บริการสุขภาพ 2) กำลังคน และ 3) การจัดการงบประมาณ จากนั้นนำมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลของทุกประเทศ ผลการศึกษาพบว่าระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมีส่วนคล้ายกับประเทศส่วนใหญ่ในเขต SEAR มีการให้บริการสุขภาพหลากหลายตามชุดบริการสุขภาพที่จำเป็น การบูรณาการบริการสุขภาพแผนปัจจุบันและการแพทย์แผนดั้งเดิม การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การพัฒนาบริการสุขภาพในชุมชน และการใช้ประโยชน์จากศักยภาพของเทคโนโลยีสมัยใหม่ อย่างไรก็ตาม หลายประเทศยังคงมีผู้ใช้บริการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทั้งนี้ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิยังประสบปัญหาในเรื่องของกำลังคนและการจัดการงบประมาณ โดยทุกประเทศขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ และในพื้นที่ซึ่งมีแพทย์ไม่เพียงพอจำเป็นต้องทดแทนด้วยบุคลากรอื่น ๆ ที่ผ่านการอบรมเพิ่มเติม งบประมาณของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิใช้หลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยการเหมาจ่ายเป็นรายหัวให้กับสถานบริการโดยตรง ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนในภูมิภาคลดลงแต่ยังคงอยู่ในระดับที่มากกว่าค่ากลางของระดับโลก จากผลการศึกษาดังกล่าวระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยต้องมีการพัฒนาที่ตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป โดยควรเน้นการสร้างความตระหนักในสุขภาพของประชาชนให้มีความใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น รวมถึงการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าในการติดตามและให้การดูแลสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้น

**คำสำคัญ:** สุขภาพปฐมภูมิ; สุขภาพโลก; หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## บทนำ

การทำงานขององค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกต่าง ๆ ทั่วโลกมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ทั้งสุขภาพกาย ใจ และสังคมสุขภาวะ รวมทั้งการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพโดยเน้นการพัฒนา

ความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care, PHC) ทั้งนี้เพราะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวกที่สุด โดยบริการสุขภาพที่จัดให้ประชาชนเป็นบริการที่มีการบูรณาการบริการสุขภาพที่จำเป็นทั้งการส่งเสริม-

สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล รวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดและสิ้นเปลืองทรัพยากรน้อยที่สุดที่จะสามารถผลักดันให้ทั่วโลกประสบความสำเร็จในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC)<sup>(1)</sup> เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable development goals, SDG) ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) ข้อที่ 3 คือ การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี<sup>(2)</sup>

ถึงแม้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยจะถือได้ว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ความเปลี่ยนแปลงสำคัญของปัญหาสุขภาพของประชาชนซึ่งเกิดจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความก้าวหน้าของเทคโนโลยี การเข้ามามีบทบาทด้านสุขภาพของภาคส่วนอื่นนอกเหนือจากภาครัฐ<sup>(3)</sup> รวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องมีการพัฒนาเชิงรุกให้สามารถตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพและประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาการเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปัญหาสุขภาพจากแรงงานและผู้อพยพข้ามพรมแดน เป็นต้น ทั้งนี้ การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์จากประเทศที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินับว่าเป็นประโยชน์อย่างมากในการนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น

องค์การอนามัยโลกได้มีการติดตามความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศสมาชิกมาโดยตลอด โดยในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติเรื่องระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Global Conference on Primary Health Care) ในปี พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำและเผยแพร่สรุปกรณีศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจาก 18 ประเทศ<sup>(4)</sup> ได้แก่ ออสเตรเลีย บราซิล แคนาดา จีน อียิปต์ เอลซาวาดอร์ เอสโทเนีย ฟินแลนด์

การ์น่า อิหร่าน จาไมกา คาซัคสถาน ชามัวร์ ศรีลังกา ซูรินามิ ตุรกี เวียดนาม และไทย ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ลักษณะของงานบริการสุขภาพที่จัดบริการประชาชน และความท้าทายใหม่ๆ ที่แต่ละประเทศได้ประสบและต้องก้าวผ่านไปให้ได้

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลกรณีศึกษาจาก 18 ประเทศดังกล่าว เป็นข้อมูลที่มีความหลากหลายทั้งในแง่ของบริบทของประเทศ (context) การพัฒนาระบบสุขภาพ (health systems development) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcomes) ที่แต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน การวิเคราะห์ข้อมูลจากกรณีศึกษาดังกล่าวมาประยุกต์ใช้อาจยังไม่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย การศึกษาจากประสบการณ์ของประเทศที่มีบริบทใกล้เคียงประเทศไทยมากกว่า คือในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก (WHO South-East Asia Region, SEAR) ซึ่งประกอบด้วยประเทศไทยและประเทศอื่นๆ อีก 10 ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ ภูฏาน เกาหลีเหนือ อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟส์ เมียนมาร์ เนปาล ศรีลังกา และติมอร์เลสเต น่าจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถช่วยยกระดับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยให้สามารถเป็นผู้นำในระดับภูมิภาคต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน และวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ ในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยในบริบทสุขภาพระดับโลกและภูมิภาค

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research designs) โดยรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลที่เผยแพร่สาธารณะที่น่าเชื่อถือแบบเจาะจง (purposive

selection) มีแหล่งการสืบค้นข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก องค์การระดับนานาชาติ หน่วยงานภาครัฐ และจากฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย (Thai Journals Online, ThaiJO) คัดเลือกข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งในประเทศไทย และประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เอกสาร (documentary analysis) จากข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้ จากนั้นจัดกลุ่มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเปรียบเทียบประสบการณ์จากกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในประเด็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และประสบการณ์การดำเนินการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิใน 3 ประเด็นสำคัญได้แก่ (1) บริการสุขภาพ (2) กำลังคน และ (3) การจัดการงบประมาณ

### ผลการศึกษา

1. ลักษณะโดยภาพรวมของกลุ่มประเทศ SEAR ประเทศในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR) มีความแตกต่างในคุณลักษณะของประเทศทั้งด้านทางด้านเศรษฐกิจ ประชากร ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ รวมถึงดัชนีความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ-

ถ้วนหน้า (UHC service coverage index) โดยค่าใช้จ่ายสุขภาพรายหัว (health expenditure per capita) ของกลุ่มประเทศ SEAR อยู่ในช่วง 34.2 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ ในบังคลาเทศ ไปจนถึง 1,047.8 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ ในมัลดีฟส์ โดยประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพอยู่ที่ 221.9 ดอลลาร์สหรัฐ ในส่วนของดัชนีความครอบคลุมของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ประเทศไทยมีดัชนีการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดร้อยละ 85.0 ในขณะที่ บังคลาเทศ เมียนมาร์ และติมอร์เลสเต มีดัชนีการเข้าถึงเพียงร้อยละ 50.0 – 54.0 รายละเอียดตามตารางที่ 1

### 2. การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของกลุ่มประเทศ SEAR

ในช่วงแรกของการมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลใหญ่ แม้ว่าปัญหาสุขภาพนั้นสามารถจัดการได้ที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มว่าประชาชนจะเข้ารับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมากขึ้นตั้งตัวอย่างจากประเทศมัลดีฟส์ ศรีลังกา และประเทศไทย ในภาพที่ 1<sup>(2,6)</sup>

ในส่วนของบริการสุขภาพที่แต่ละประเทศได้จัดบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น สามารถจัดเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดระดับชาติ ด้านเศรษฐกิจ การศึกษาและสุขภาพ ของประเทศในภูมิภาค SEAR<sup>(5)</sup>

	BGD	BTN	PRK	IND	IDN	MDV	MMR	NPL	LKA	THA	TLS
Economic Indicators											
GDP (current US\$) (billions)	274	2.5	-	2726.3	1042.2	5.3	71.2	28.8	88.9	505	2.6
GDP growth (annual %)	7.9	2.3	-	7	5.2	6.1	6.2	6.3	3.2	4.1	2.8
Population, total (millions)	161.4	0.8	25.5	1352.6	267.7	0.5	53.7	28.1	21.7	69.4	1.3
Population growth (annual %) (2000-2018)	1.3	1.4	0.6	1.4	1.3	3.4	0.8	0.9	0.8	0.5	2
Poverty headcount ratio at \$1.90 a day (2011 PPP) (% of population)	14.8	1.5	-	21.2	5.7	7.3	6.2	15	0.8	0	30.7
Education Indicators											
Adult Literacy rate (Male %, ages 15 and older, 2010-2019)	77	75	-	82	97	97	80	79	93	95	72



## การบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยในบริบทสุขภาพโลก

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดระดับชาติ ด้านเศรษฐกิจ การศึกษาและสุขภาพ ของประเทศในภูมิภาค SEAR<sup>(5)</sup> (continued)

	BGD	BTN	PRK	IND	IDN	MDV	MMR	NPL	LKA	THA	TLS
Health Systems Indicators											
Current health expenditure (% of GDP)	2.4	3.5	-	3.7	3.1	10.6	5.1	6.3	3.9	3.7	4
Out-of-pocket expenditure (% of CHE)	71.9	20.1	-	64.6	37.3	19.1	74	55.4	50.1	12.1	8.9
Health expenditure per capita (current US\$)	34.2	91.3	-	62.7	111.6	1047.8	62.1	45.5	153.1	221.9	79.9
Physicians per 1000 people	0.5	0.4	3.7	0.8	0.4	1	0.9	0.7	1	0.8	0.7
Health Outcome Indicators											
Life expectancy at birth, total (years), 2017	72	71	72	69	71	78	67	70	77	77	69
Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births), 2018	30	30	18	37	25	9	46	32	7	9	46
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	210	86	77	170	313	68(2)	178(2)	258(2)	31	20(2)	557
Fertility rate, total (births per woman)	2.1	2	1.9	2.2	2.3	1.9	2.2	2	2.2	1.5	4.1
Skilled Birth Attendance (% of total)	50	89	100	81	93	100	60	58	100	99	57
Health Outcome Indicators											
Immunization, measles (% of children ages 12-23 months)	97	97	98	90	75	99	93	91	99	96	77
Immunization, DTP3 (% of children ages 12-23 months)	98	97	97	89	79	99	91	91	99	97	83
UHC Indicators											
UHC services coverage index (% Coverage), 2019	54	73	77	61	65	68	54	59	66	85	50
Catastrophic expenditure on health (% of people spent more than 10% of their household's total expenditure on health care)	24.7	1.8	-	-	2.7	10.3	14.4	10.7	5.4	2.2	2.9
Improvishment (% people pushed into poverty because of OOP)	7	0.6	-	-	0.2	0	0.6	1.7	0.7	0	1

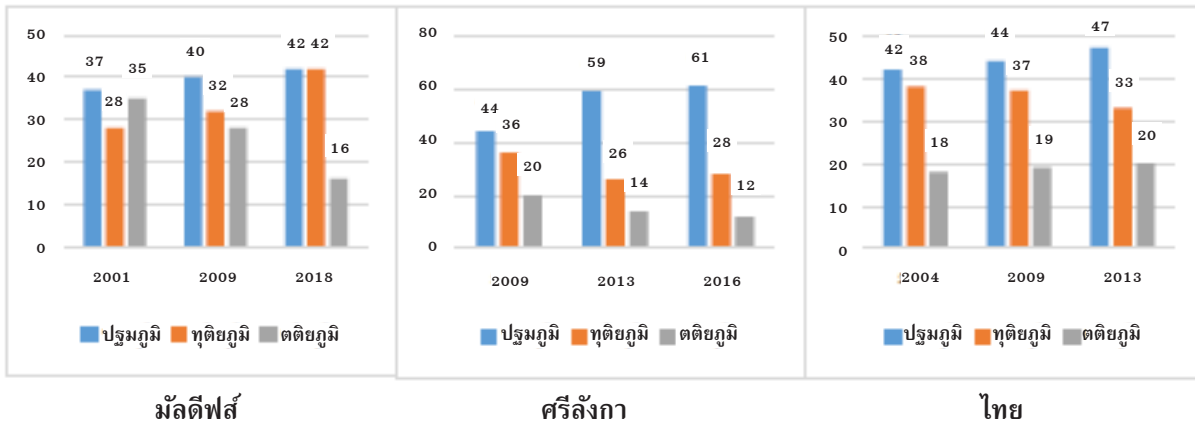
หมายเหตุ BGD = บังกลาเทศ, BTN = ภูฏาน, PRK = เกาหลีเหนือ, IND = อินเดีย, IDN = อินโดนีเซีย, MDV = มัลดีฟส์, MMR = เมียนมาร์, NPL = เนปาล, LKA = ศรีลังกา, THA = ประเทศไทย, TLS = ตีมอร์เลสเต

2.1 ชุดบริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential health service package) หรือชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ โดยในส่วนของประเทศไทย ถือเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ร่วมกับการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพด้วยการใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล (provider payment method) ด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และระบบกลุ่ม

วินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related groups – DRGs)<sup>(7)</sup> ครอบคลุมบริการทั้งส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ตรวจรักษาฟื้นฟู ทั้งในและนอกสถานพยาบาล รวมถึงบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

สำหรับประเทศอื่น ๆ ในกลุ่มประเทศ SEAR นั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีการพัฒนาชุดบริการสุขภาพที่จำเป็นตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยในศรีลังกาและ

ภาพที่ 1 สัดส่วนและจำนวนของการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วยนอกตามระดับของสถานพยาบาลในประเทศมัลดีฟส์ ศรีลังกา และไทย<sup>(2,6)</sup>



อินเดีย นั้น ชุดบริการสุขภาพที่จำเป็นจะให้บริการกับประชาชนครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ตรวจรักษา และฟื้นฟู เช่นเดียวกัน โดยในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิในศรีลังกาจะมุ่งเน้นการให้บริการพื้นฐานสำหรับการป้องกันและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases, NCDs) เป็นหลัก<sup>(7,8)</sup> ในขณะที่อินเดียมีการพัฒนาศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ (Primary health centers) ให้กลายเป็น ศูนย์สุขภาพและสุขภาวะ (health and wellness centers)<sup>(7)</sup> สำหรับเนปาล ทิมอร์เลสเต และบังคลาเทศ เพิ่งเริ่มใช้ชุดบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยในเนปาลนั้น ชุดบริการสุขภาพพื้นฐานได้กำหนดให้บังคับใช้ภายใต้บริบทของกระบวนการในระบอบสหพันธรัฐ ในขณะที่ทิมอร์เลสเตจำกัดการใช้บริการสุขภาพพื้นฐานในระดับการบริการสุขภาพปฐมภูมิเท่านั้น<sup>(7)</sup>

2.2 การบูรณาการบริการสุขภาพแผนปัจจุบันและการแพทย์แผนดั้งเดิม (Traditional medicine) โดยประเทศไทยได้มีการให้บริการทั้งในแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมไปถึงการวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยยาสมุนไพร การรักษาด้วยหัตถบำบัด กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของการแพทย์แผนไทยในทุกรูปแบบ อีกทั้งยังนำเทคโนโลยีดิจิทัลแอปพลิเคชันเข้ามาช่วยในการติดตามบริการสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยแบบตามเวลาจริง (Real-time) ในขณะที่เกาหลีเหนือมีการ

ยอมรับการแพทย์แผนดั้งเดิมอย่างเป็นทางการและกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ สำหรับอินเดีย มีศูนย์สุขภาพและสุขภาวะถึง 12,500 แห่งที่สามารถให้การบริการสุขภาพด้วยระบบการแพทย์แผนดั้งเดิมได้<sup>(7)</sup>

2.3 การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) มัลดีฟส์มีการวางแผนเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจนและอบรมบุคลากรสุขภาพชุมชน (Community health workers) ให้สามารถติดตามและให้บริการแก่ผู้ป่วยตามชุดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Package of Essential Non-Communicable Disease, PEN) ของ WHO ในขณะที่ภูฏานได้เริ่มดำเนินการใช้ชุดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (PEN) ในพื้นที่นำร่องสองเขต ในปี 2561 โดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีการให้คำปรึกษาและดูแลให้คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันโทรศัพท์เคลื่อนที่<sup>(7)</sup>

2.4 การพัฒนาบริการสุขภาพในชุมชน โดยในเนปาลได้มีการอบรมอาสาสมัครสตรีในชุมชนให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมสุขภาพเพื่อให้บริการในชุมชนได้ ในขณะที่ทิมอร์เลสเตให้บริการปฐมภูมิในเขตชุมชนและเขตเทศบาลอย่างครอบคลุมภายใต้โครงการ “Saude na Familia” ซึ่งเป็นการเข้าถึงทีมบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์ผ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ ในบังคลาเทศได้มีการอบรมอาสาสมัครสุขภาพจากคนในชุมชนท้องถิ่นกว่า 9,000 คน เพื่อถ่ายทอดความรู้ให้กับชุมชน รวมถึงการเยี่ยมบ้านสำหรับงานอนามัยแม่และเด็ก การสร้างภูมิคุ้มกัน และการป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่เขตนาร์อง<sup>(7)</sup>

2.5 การใช้ประโยชน์จากศักยภาพของเทคโนโลยีสมัยใหม่ ฎฎานและเกาหลีเหนือ ได้ใช้การแพทย์ทางไกล (telemedicine) เพื่อเชื่อมโยงผู้ให้บริการจากสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ถึงกันได้ ในขณะที่อินเดียมีการรายงาน ติดตาม และประเมินการบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านทางแอปพลิเคชันกว่า 30 แอปพลิเคชัน อีกทั้งยังมีการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ เช่น BeHealthy BeMobile และ mDiabetes ในพม่าใช้แท็บเล็ตเคลื่อนที่เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของกำลังคนด้านสุขภาพและให้ข้อสนับสนุนการตัดสินใจ โดยเริ่มจากการเล็งเป้าหมายที่โรคติดต่อ สำหรับศรีลังกาและเมือง คอกส์บาร์ชาร์ของบังคลาเทศ มีการทดลองใช้แอปพลิเคชัน MedMon ขององค์การอนามัยโลกเพื่อติดตามราคา ยา และความสามารถในการเข้าถึงยา โดยมีราคาที่เหมาะสมและทันเวลา<sup>(7)</sup>

2.6 การเปลี่ยนแปลงบทบาทของโรงพยาบาลในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยในฎฎานได้ขยายการบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้ครอบคลุมการป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู โดยเพิ่มความสามารถของบุคลากรผ่านทาง การอบรมความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติม การปรึกษาหรือเข้าพบผู้เชี่ยวชาญ การสนับสนุนการทำงาน และการลงเยี่ยมพื้นที่จากโรงพยาบาลที่เป็นที่เสี่ยง โดยแพทย์จากโรงพยาบาลที่เสี่ยงจะติดตามและดูแลการให้บริการให้ได้มาตรฐาน ส่วนในศรีลังกา ให้บริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช โดยมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้กับบุคลากรในหน่วยงานระดับทุติยภูมิเพื่อให้สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้ ในขณะที่ติมูจิตเวชชุมชนในบริการสุขภาพปฐมภูมิให้บริการเกี่ยวกับการติดตามการรักษาของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีแนวทางปฏิบัติที่ระบุขอบเขตของความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละระดับอย่างชัดเจนเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะ

ได้รับการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีบริการรพพยาบาลที่สามารถเข้าไปให้การดูแลฉุกเฉินในพื้นที่ชุมชนได้<sup>(7)</sup>

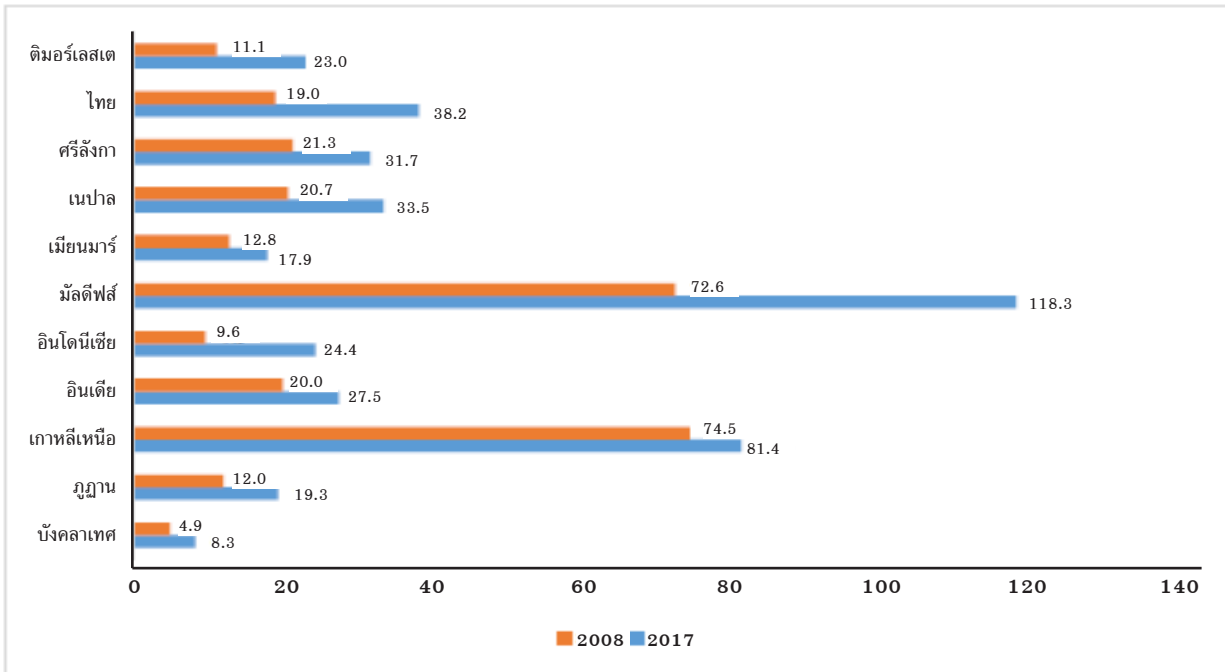
### 3. กำลังคนด้านสุขภาพ

ในระดับภูมิภาค กลุ่มประเทศ SEAR มีค่าเฉลี่ยจำนวนแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์รวมกัน เพิ่มขึ้นจาก 21.5 ต่อประชากรหมื่นคน ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 27.1 ต่อประชากรหมื่นคน ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งอยู่เหนือเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่ระดับ 22.8 ที่กำหนดไว้เมื่อปี พ.ศ. 2549 แต่หากเทียบกับเกณฑ์ใหม่ที่กำหนดขึ้นในปี พ.ศ. 2559 ที่ระดับ 44.5 ต่อประชากรหมื่นคน พบว่ามีเพียงมัลดีฟส์และเกาหลีเหนือเท่านั้นที่มีระดับบุคลากรตามเกณฑ์ รายละเอียดดังภาพที่ 2<sup>(9)</sup> โดยประเทศไทยมีสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรหมื่นคนอยู่ที่ 0.8 ฎฎานและอินโดนีเซียมีสัดส่วนน้อยที่สุดที่ 0.4 และเกาหลีเหนือมีสัดส่วนมากที่สุดที่ 3.7<sup>(5)</sup>

จากข้อมูลข้างต้น อาจสรุปในทำนองเดียวกันได้ว่าใน ส่วนของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินั้นมีความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เช่นเดียวกัน โดยในพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์ บุคลากรทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งใช้เวลาในการศึกษาเพียง 2-4 ปี จะทำงานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลทางคลินิกได้เช่นเดียวกับแพทย์<sup>(10)</sup> ดังตัวอย่างในฎฎานและอินเดีย โดยในฎฎาน ผู้ช่วยด้านสุขภาพ (Health assistant) ซึ่งผ่านการอบรม 2 ปี จะเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic health unit) ในขณะที่อินเดีย บุคลากรหลักจะเป็นพยาบาล ผดุงครรภ์ หรือผู้ปฏิบัติวิชาชีพแพทย์อายุรเวทที่ผ่านการอบรมเพิ่มเติมหกเดือน โดยบุคลากรเหล่านี้สามารถจ่ายยาได้แต่ไม่สามารถออกไปสั่งยาได้<sup>(9)</sup>

หลายประเทศในกลุ่มประเทศ SEAR ได้เริ่มมีการบรรจุแพทย์ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยในเกาหลีเหนือและติมูจอร์เลสเต ได้บรรจุแพทย์รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีหน้าที่ในการป้องกัน การส่งเสริม และการรักษา แต่ให้ความสำคัญไปในส่วนของ

ภาพที่ 2 สถานการณ์บุคลากรด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR) ระหว่างปี พ.ศ. 2551 และ 2560 (ค.ศ. 2008 และ 2017)<sup>(9)</sup>



การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ โดยในเกาหลีเหนือ จะเรียกแพทย์กลุ่มนี้ว่า “หมอประจำบ้าน (Household doctor)” ในขณะที่ มัลดีฟส์ อินโดนีเซีย ศรีลังกา และ ไทย ได้เริ่มให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family doctor) หรือแพทย์ปฐมภูมิ (Primary care physician) ปฏิบัติงานบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนารูปแบบการให้บริการปฐมภูมิและทีมเวชปฏิบัติครอบครัว (family practice team)<sup>(9)</sup>

การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพทำให้หลาย ๆ ประเทศพัฒนากลยุทธ์เพื่อการคงอยู่ในชนบทของบุคลากรสุขภาพ (rural retention of health workforces) โดยกลยุทธ์ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการให้ทุนการศึกษาเพื่อให้กลับมาใช้ทุนในถิ่นเกิดหรือชนบทโดยกำหนดระยะเวลาการใช้ทุน การเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับพื้นที่ยากลำบาก และการหมุนเวียนเพื่อปฏิบัติงานทางคลินิกในสถานบริการสุขภาพในเขตชนบท เป็นต้น<sup>(9)</sup> โดยในประเทศไทยมีการเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพสำหรับแพทย์ที่ทำหน้าที่ในเขตชนบท และปรับปรุง

โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ เวชภัณฑ์ และการจัดระบบส่งต่อและให้คำปรึกษา<sup>(11,12)</sup> ในขณะที่อินเดียมีการจัดตั้งวิทยาลัยแพทย์โดยความร่วมมือกับโรงพยาบาลในท้องถิ่นเพื่อให้มีการคงอยู่ของแพทย์ในพื้นที่นั้น<sup>(13)</sup>

#### 4. การจัดการงบประมาณ

งบประมาณในการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยใช้หลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติที่บริหาร โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเงินด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวและตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (ซึ่งรวมเงินเดือนของบุคลากรสุขภาพ) คำนวณจากต้นทุน และอัตราการใช้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงค่าแรง ยา วัสดุและค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์งบประมาณทั้งหมดถูกคำนวณจากอัตราเหมาจ่ายรายหัว คูณด้วยจำนวนสมาชิกของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>(14)</sup> ในส่วนของประเทศอื่น ๆ ในกลุ่มประเทศ SEAR นั้น อินโดนีเซียได้รับการจัดสรรจาก National health insurance โดยจ่ายในอัตราเหมาจ่ายราย

หัวเช่นเดียวกัน<sup>(7)</sup> สำหรับอินเดียกำลังปรับให้เป็นแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ในขณะที่มัลดีฟส์ได้รับงบประมาณจากภาครัฐซึ่งบางส่วนมาจากเงินบริจาคจากภายนอก<sup>(7)</sup>

### วิจารณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก (SEAR) เบื้องต้นอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคนี้ เห็นได้จากความครอบคลุมการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สูงถึงร้อยละ 85.0 ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนโดยรัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในลักษณะเหมาจ่ายให้กับสถานบริการสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้ ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมาเป็นระยะเวลายาวนานถึง 40 ปี<sup>(14,15)</sup> ความเชื่อมั่นในบริการสุขภาพของภาครัฐได้ถูกสร้างขึ้นอย่างเข้มแข็งจากการพัฒนาความพร้อมของบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพและทักษะที่หลากหลายของบุคลากรในงานสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงการเสริมพลังให้กับชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในขณะที่ SEAR ได้คาดการณ์ไว้ว่าประเทศในเขตภูมิภาคนี้มีเพียงไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่จะบรรลุความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ถึงร้อยละ 80.0 ของบริการสุขภาพที่จำเป็น ภายในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030)<sup>(2)</sup>

บริการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมีแนวโน้มคล้ายคลึงกับในประเทศอื่นๆ ของ SEAR โดยครอบคลุมหรือพยายามให้ครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน คัดกรอง ตรวจรักษา ฟันฟู ทั้งในและนอกสถานพยาบาล ตามหลักพื้นฐานความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน ตามระดับอายุ และตามภาวะสุขภาพ โดยหลายประเทศมุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากมีอัตราความชุกเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งมักมีโรคประจำตัวในกลุ่มนี้เพิ่มตามมาด้วย ทั้งนี้ สังเกตได้ว่าประเทศใน

ภูมิภาคนี้ใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะประเทศอินเดียที่มีการใช้แอปพลิเคชันในการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ และระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งน่าจะทำให้การให้บริการมีความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้นโดยมีค่าใช้จ่ายไม่มาก

ทุกประเทศในภูมิภาค SEAR รวมถึงประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ ทั้งการขาดแคลนโดยรวม การกระจุกแต่ไม่กระจาย รวมถึงปัญหาการคงไว้ของบุคลากรในระบบสุขภาพภาครัฐและการทำงานในชนบท โดยในภาพรวมจะพบว่าสัดส่วนของแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ เภสัชกร และทันตแพทย์ กำลังเป็นไปในทางที่ดีขึ้นในทุกประเทศ แต่สัดส่วนของบุคลากรสุขภาพต่อประชากร อาจยังไม่สามารถสะท้อนความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพ-ปฐมภูมิ<sup>(9)</sup> การอบรมอาสาสมัครหรือบุคลากรอื่นๆ เพื่อทำหน้าที่บางอย่างแทนแพทย์ในสถานบริการสุขภาพ-ปฐมภูมิจึงเป็นทางออกของแทบทุกประเทศในภูมิภาคนี้ ในขณะเดียวกันมีการเร่งผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างเร่งด่วนและหากกลยุทธ์จูงใจให้แพทย์คงอยู่ในระบบภาครัฐและในพื้นที่ชนบทให้ยาวนานขึ้น รวมถึงการปรับปรุงประสิทธิภาพของบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับ เพื่อให้บริการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพเพียงพอในการดูแลประชาชนตามความต้องการบริการที่เปลี่ยนแปลงไป

งบประมาณของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิส่วนใหญ่ได้รับจากภาครัฐในรูปแบบของหลักประกันสุขภาพตามจำนวนของผู้รับบริการและระดับของการบริการจำเป็นสำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบ ทำให้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพของประชากรลดลงในประเทศที่มีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพในระดับสูง โดยงบประมาณจากภาครัฐดังกล่าวมีที่มาจากภาษีของประชาชนในประเทศเป็นหลัก<sup>(16)</sup> อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของงบประมาณด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับ GDP ของบางประเทศ

ยังคงน้อยอยู่<sup>(5)</sup> จึงมีข้อเสนอให้รัฐบาลเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพมากขึ้น หรือมีการจัดการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพจากภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ที่ประชาชนมีรายได้มากพอที่จะสามารถซื้อประกันสุขภาพได้<sup>(17)</sup>

### ข้อเสนอแนะ

กว่า 40 ปีที่ผ่านมาของการมีระบบบริการสุขภาพ-ปฐมภูมิและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้ว่าจะมีความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงมีประชากรที่เข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพและต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ประกอบกับความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามสังคมและโครงสร้างประชากรของประเทศ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงยังคงต้องการการพัฒนาให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิควรเน้นการบริการเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยสร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับประชาชน โดยเฉพาะในการป้องกันโรคตั้งแต่วัยเยาว์น้อยๆ เพื่อไม่ให้ส่งผลถึงสุขภาพในวัยผู้สูงอายุทำให้เกิดความคุ้มค่าทั้งในด้านการบริการสุขภาพและด้านงบประมาณ โดยใช้กลยุทธ์ที่เห็นชัดเจน เช่น มาตรการภาษีสุขภาพ เป็นต้น

2. รัฐบาลควรสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนหรือองค์กรอิสระในการสนับสนุนงบประมาณให้กับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยอาจเป็นลักษณะของความรับผิดชอบต่อสังคม (corporate social responsibility) เพื่อเพิ่มโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเปราะบางและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

3. ควรมีการเพิ่มคุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในส่วนของบุคลากรและทรัพยากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การอบรมความรู้ที่จำเป็นให้กับบุคลากรที่ทำหน้าที่ทดแทนแพทย์และมีแพทย์เป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคลากรเหล่านั้น การจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น เช่น

ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ระบบสาธารณสุขโรคต่างๆ ให้พร้อมใช้อย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอ เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการให้บริการที่ด้อยคุณภาพ

4. พัฒนาแนวทางการใช้เทคโนโลยีให้เป็นประโยชน์ให้มากขึ้น เช่น การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ (big data) เพื่อการส่งต่อการบริการอย่างไร้รอยต่อระหว่างระบบบริการสุขภาพและระหว่างพื้นที่ หรือการสร้างความเท่าเทียมของบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกลด้วยการใช้บริการสุขภาพทางไกล (telemedicine) เป็นต้น

5. เร่งผลิตบุคลากรด้านสุขภาพและสร้างกลยุทธ์ที่จะสนับสนุนให้บุคลากรด้านสุขภาพอยู่ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ที่ใกล้ชิดประชาชน

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากเอกสารเผยแพร่สาธารณะ และการเข้าถึงข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐของประเทศอื่นๆ ใน SEAR บางประเทศมีข้อจำกัดในเรื่องของภาษา เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ ทำให้ขาดความละเอียดชัดเจนของข้อมูลบางส่วน

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Primary health care at forty: reflections from South-East Asia. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018.
2. World Health Organization. Monitoring progress on universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals in the WHO South-East Asia Region: 2019 update. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2019.
3. กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
4. World Health Organization. Progressing primary health care: a series of country case studies. Geneva: World

- Health Organization; 2019.
5. World Bank. World Bank development indicators [Internet]. [cited 2018 Jan 27]. Available from: <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>
  6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2554-2558. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
  7. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Strengthening frontline services for universal health coverage by 2030. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2019.
  8. Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine. Sri Lanka essential health service package 2019 [Internet]. [cited 2018 Jan 27]. Available from: [http://www.health.gov.lk/moh\\_final/english/public/elfinder/files/publications/2019/SLESP-2019.pdf](http://www.health.gov.lk/moh_final/english/public/elfinder/files/publications/2019/SLESP-2019.pdf)
  9. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Decade for health workforce strengthening in the South-East Asia Region 2015-2024; second review of progress, 2018. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018.
  10. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Mid-level health workers: a review of the evidence. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018.
  11. Pagaiya N, Kongkam L, Sriratana S. Rural retention of doctors graduating from the rural medical education project to increase rural doctors in Thailand: a cohort study. Hum Resour Health [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 27];13:10. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0001-y>
  12. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Hum Resour Health [Internet]. 2003 [cited 2018 Jan 27];1(1):12. Available from: <http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-1-12>
  13. Rajya Sabha Council of States. Medical college in every district [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 27]. Available from: [http://164.100.47.5/official\\_debate\\_hindi/Floor/243/F18.07.2017.pdf](http://164.100.47.5/official_debate_hindi/Floor/243/F18.07.2017.pdf)
  14. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet 2018;391(10126):1205-23.
  15. Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Panichkriangkrai W, Pachanee K, Pongkantha W, et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost? In: London School of Hygiene & Tropical Medicine. Good health at low cost' 25 years on what makes a successful health system? London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011.
  16. World Health Organization. Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Thailand. Geneva: World Health Organization; 2017.
  17. Zodpey S, Farooqui HH. Universal Health Coverage in India: progress achieved & the way forward. Indian J Med Res 2018;147(4):327-9.

**Abstract: Thailand's Primary Health Care in Global Health Context**

**Pattarapol Jungsomjatepaisal, M.D., Dip.Thai Board in Orthopedic Surgery**

*Health Technical Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand*

*Journal of Health Science 2019;28:152-62.*

This study aimed to illustrate the overall picture of the Thailand's primary healthcare in global health context by comparing to the situation in other Southeast Asia Region (SEAR) countries. A qualitative research design was employed. All data were collected from the specific reliable public information sources including World Health Organization (WHO), national level enterprises, government agencies, and Thai Journals Online (ThaiJO) database. The selected data were related to primary healthcare of Thailand and WHO SEAR countries, including the following topics: (1) health services, (2) manpower, and (3) budget management. Documentary analysis along with comparative process were performed to analyzed data from all countries. The results of the study revealed that the primary health care of Thailand was resembling to most countries in the SEAR. There were various health services compliance to essential health service package, integration of modern and traditional medicine, continuing care for non-communicable diseases, community health services, and utilization of new technology. However, there were less clients in primary health care level, compared to the secondary and tertiary hospitals in many countries. This was due to the lack of man power and budget management of the primary health care. All SEAR countries encountered with health workers shortage. In the region that was lack of physicians, other health professionals were trained to perform physicians' tasks. The primary health care as well as the universal health coverage had been financed by the government based on direct expenditure per capita. This led to the reduction of out-of-pocket payment in the region, but it was still higher than the median figure at the global level. The results suggest that the primary health care in Thailand needs to step forwards to respond to the transformation of health problems due to the economic and the social change. Making people realize and understand how to take care of their health should be the main focus. Utilization of advanced technology in monitoring and caring of people's health should also be promoted.

**Keywords:** primary health care; global health; universal health coverage



## บทความพิเศษ

## Review article

## มาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)\*

บุญชนัญญา พงษ์ปรีชา ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)\*\*

\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*\* หน่วยปฏิบัติการวิจัยและวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันรับ:	8 ธ.ค. 2560
วันแก้ไข:	14 ส.ค. 2562
วันตอบรับ:	21 ส.ค. 2562

**บทคัดย่อ** องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญอย่างมากกับการส่งเสริมให้บ้านปลอดบุหรี่ เพราะนอกจากจะช่วยลดโอกาสการได้รับควันบุหรี่มือสองของสมาชิกในบ้านได้แล้ว ยังทำให้สมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่สามารถลดจำนวนมวนบุหรี่และเลิกบุหรี่ได้เป็นผลสำเร็จ นอกจากนี้ยังสามารถปกป้องเยาวชนในบ้านไม่ให้ทดลองสูบบุหรี่ได้อีกด้วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทบทวนมาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ที่มีประสิทธิผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยหรือบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องที่ตีพิมพ์เผยแพร่ไว้ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า มาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ หมายถึง ความพยายามทำให้สมาชิกในบ้านเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ หรือไม่สูบบุหรี่ในบริเวณที่กำหนดร่วมกันเพื่อปกป้องสมาชิกคนอื่นๆ ในบ้านไม่ให้ได้รับสัมผัสควันบุหรี่ โดยมาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ส่วนใหญ่มีลักษณะผสมผสานมากกว่า 1 กิจกรรม ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า การแจกสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง การติดตามผลและการให้การสนับสนุนทางโทรศัพท์ และการตรวจวัดการได้รับนิโคตินและสะท้อนข้อมูลกลับให้สมาชิกในบ้านร่วมรับรู้ พื้นที่ที่ดำเนินมาตรการบ้านปลอดบุหรี่ส่วนใหญ่ดำเนินการที่โรงเรียน ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล และคลินิกเด็กดี และประเมินผลมาตรการบ้านปลอดบุหรี่ด้วยการวัดผลทางตรงจากระดับนิโคตินในร่างกายของสมาชิกในบ้าน และการวัดผลทางอ้อมจากการรายงานผลด้วยตนเองเกี่ยวกับโอกาสการได้รับสัมผัสควันบุหรี่ของสมาชิกในบ้าน

**คำสำคัญ:** มาตรการ; บ้านปลอดบุหรี่; ควันบุหรี่มือสอง

## บทนำ

ปัจจุบันนี้เป็นที่ยอมรับแล้วว่าการได้รับควันบุหรี่มือสองทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ไม่แตกต่างจากผู้สูบบุหรี่เอง และยังไม่มียาที่ยืนยันถึงระดับความปลอดภัยของการได้รับควันบุหรี่มือสอง<sup>(1)</sup> การได้รับควันบุหรี่มือสองก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับสัมผัสทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยระยะสั้นจะทำให้เกิดอาการระคายเคืองตา ปวดศีรษะ ไอ เจ็บคอ วิงเวียนศีรษะและคลื่นไส้อาเจียน และระยะยาวจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการ

เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.0–30.0 และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.0–30.0<sup>(2)</sup> รวมถึงมีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยเป็นสาเหตุทำให้คลอดก่อนกำหนด (preterm delivery) ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ (low birth weight) และเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเสียชีวิตโดยเฉียบพลันของทารกแรกเกิด (sudden infant death syndrome) นอกจากนี้ เด็กที่สัมผัสกับควันบุหรี่มือสองยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอาการผิ-

ปกติในระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจสั้น ไอ หอบหืด มีเสมหะ และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในหู และในระยะยาวจะทำให้ปอดพัฒนาช้ากว่าเด็กที่ไม่ได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสอง<sup>(2-4)</sup> ทั้งนี้ แม้วิทยาการจะก้าวไกลกระทั่งสามารถเปิดเผยถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสองให้เป็นที่ทราบโดยทั่วกันแล้วก็ตาม แต่ทุกวันนี้ประชากรโลกที่ไม่สูบบุหรี่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 93.0 ก็ยังมีความเสี่ยงภัยด้านสุขภาพที่เป็นผลมาจากการได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสองในชีวิตประจำวันทั้งจากสถานที่สาธารณะ ชนส่งสาธารณะ ร้านอาหาร ห้างสรรพสินค้า โรงพยาบาล สถานที่ทำงาน หรือแม้แต่ในบ้านพักอาศัยของตนเอง<sup>(3)</sup>

“บ้าน” เป็นสถานที่ส่วนบุคคลที่อยู่นอกเหนือขอบเขตของกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่จะบังคับใช้ได้<sup>(5-7)</sup> ดังนั้น บ้านส่วนใหญ่จึงยังไม่ใช้สถานที่ที่ปลอดภัยจากควันบุหรี่มือสอง โดยในแต่ละวันมีประชากรโลกในวัยผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 33.0 และ 36.0 ตามลำดับ และที่น่าเป็นกังวลอย่างยิ่งเมื่อพบว่า มีเด็ก ๆ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีความเปราะบางและไวต่อการได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการได้รับควันบุหรี่มือสองมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ ยังคงได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 48.7<sup>(8)</sup> ทั้งนี้ เมื่อจำแนกตามภูมิภาคพบว่า ทวีปแอฟริกา มีเด็กที่ได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านสูงที่สุดคือร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ ทวีปเอเชีย ทวีปอเมริกาใต้ ทวีปยุโรป และทวีปอเมริกาเหนือ มีเด็กได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านร้อยละ 57.0, 36.3, 34.7 และ 16.6 ตามลำดับ<sup>(8)</sup> สำหรับสถานการณ์ของประเทศไทย พบว่า ที่ผ่านมามีการเฝ้าระวังการได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกที่ดำเนินการในประเทศไทยจำนวน 2 ครั้ง เมื่อปี พ.ศ. 2552 และ 2554 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ระบุว่าตนเองเคยได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 33.2 และ 36.0 ตามลำดับ<sup>(9,10)</sup> สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงาน

สถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2557<sup>(11)</sup> ที่พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ร้อยละ 39.5 สูบบุหรี่ภายในบ้านของตนเอง และในจำนวนนี้ถึงร้อยละ 27.8 ยอมรับว่าสูบบุหรี่ในบ้านเป็นประจำทุกวัน จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์ปัญหาการได้รับควันบุหรี่ในบ้านพักอาศัยของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการได้รับควันบุหรี่ที่ตัวเองไม่ได้สูบบอกน่านปีการ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทบทวนมาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ที่มีประสิทธิผล เก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยและบทความวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์: Cochrane Tobacco Addiction Group, PubMed และ Google ที่สืบค้นได้ด้วยคำค้นหลักคำว่า บ้านปลอดบุหรี่ (Tobacco free-home, home smoking bans) และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบจำนวน 4 ขั้นตอน คือ

- 1) คัดกรองเบื้องต้นจากชื่อวรรณกรรมที่รวบรวมได้ตามคำค้นที่ใช้ในการศึกษา
- 2) คัดกรองเนื้อหาโดยละเอียดตามเกณฑ์คัดเลือกรงานวิจัย
- 3) สกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องใส่ตารางรวบรวมข้อมูล
- 4) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบความถูกต้องโดยนักวิจัยจำนวน 2 คน (หากผลการพิจารณาไม่สอดคล้องกันต้องประชุมร่วมกันเพื่อหาฉันทามติ)

ความรู้ที่ได้จากบทความนี้เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานภาครัฐและองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพเพื่อนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาเทคโนโลยีและองค์ความรู้พร้อม ๆ กับผลักดันและขับเคลื่อนมาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ในประเทศไทยให้สำเร็จเป็นรูปธรรม

### ความหมายและผลดีของบ้านปลอดบุหรี่

บ้านปลอดบุหรี่ (smoke-free home) หมายถึง การที่ไม่มีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ หรือไม่สูบบุหรี่ในบ้านหรือ

## มาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่

ในบริเวณที่กำหนดร่วมกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องสมาชิกคนอื่น ๆ ไม่ให้ได้รับสัมผัสควันบุหรี่ซึ่งความหมายของคำว่าควันบุหรี่ในที่นี้รวมความถึงทั้งควันบุหรี่มือสอง (Second-hand smoke) ที่ได้รับสัมผัสควันบุหรี่โดยตรงจากการพ่นควันออกของผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียง และควันบุหรี่มือสาม (Third-hand smoke) ที่เกิดจากการได้รับสัมผัสสารพิษจากควันบุหรี่หรือฝุ่นละอองขนาดเล็กที่ตกค้างบนเสื้อผ้า เครื่องเรือน และพื้นผิวของอาคารบ้านเรือนหรือปนเปื้อนอยู่ในบรรยากาศในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ<sup>(3,12-14)</sup>

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญอย่างมากกับการปกป้องประชาชนจากการได้รับสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน<sup>(3)</sup> เพราะมีผลการวิจัยยืนยันว่า บ้านปลอดบุหรี่สามารถช่วยลดอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของสมาชิกในครอบครัวลง<sup>(15,16)</sup> และยังส่งผลดีทำให้สมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่ค่อย ๆ ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่ใช้สูบบุหรี่ในแต่ละวันลง จนนำไปสู่การตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่และช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็สามารถป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำหลังจากเลิกบุหรี่ได้สำเร็จแล้ว<sup>(17-21)</sup> นอกจากนี้ การมีข้อกำหนดบ้านปลอดบุหรี่ยังช่วยลดโอกาสการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่เป็นสมาชิกในบ้านได้ หรืออย่างน้อยก็ช่วยยืดระยะเวลาในการทดลองสูบบุหรี่ของเยาวชนในบ้านออกไปได้<sup>(22)</sup>

### มาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่

ที่ผ่านมา ในต่างประเทศมีการพัฒนามาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งมาตรการส่วนใหญ่มีลักษณะผสมผสานมากกว่า 1 กิจกรรม<sup>(23,24)</sup> จาก 4 กิจกรรมทางเลือกต่อไปนี้ คือ

1) การให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า (counseling) เช่น การสัมภาษณ์รายบุคคลหรือการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่หรือปรับเปลี่ยนสถานที่สูบบุหรี่เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้าน

2) การแจกสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-help ma-

terials) เช่น หนังสือการ์ตูน หนังสือเล่มเล็ก แผ่นพับ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับอันตรายของการได้รับควันบุหรี่ วิธีการช่วยเลิกสูบบุหรี่ และแนวทางการลดการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน

3) การติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นและเสริมแรงให้สมาชิกในบ้านสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง (phone support)

4) การตรวจวัดการได้รับนิโคตินและสะท้อนข้อมูลกลับให้สมาชิกในบ้านร่วมรับรู้ (biochemical feedback) เพื่อสร้างความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับสัมผัสและได้รับอันตรายจากควันบุหรี่ในบ้านของตนเอง

พื้นที่ดำเนินมาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ (Intervention setting) ประกอบด้วย โรงเรียน ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาล และคลินิกเด็กดี โดยมีตัวอย่างมาตรการการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ที่มีประสิทธิผลในแต่ละพื้นที่ดังนี้

### ก. โรงเรียน

มาตรการบ้านปลอดบุหรี่ที่ริเริ่มจากโรงเรียน ส่วนใหญ่เป็นมาตรการที่ดำเนินการในโรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีลักษณะผสมผสานกิจกรรมที่บูรณาการเข้ากับนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่และต่อยอดไปสู่การลดการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านของนักเรียน ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Zhang<sup>(25)</sup> ได้จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายของควันบุหรี่มือสองให้กับนักเรียน ก่อนที่จะให้นักเรียนเขียนจดหมายเชิญชวนและให้กำลังใจผู้ปกครองในการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังจากดำเนินการมาตรการสามารถช่วยให้ผู้ปกครองนักเรียนเลิกสูบบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น ในขณะที่ Ekerbicer HC และคณะ<sup>(26)</sup> ได้พัฒนามาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่โดยเริ่มต้นจากคืนข้อมูลผลการตรวจระดับโคตินินในปัสสาวะของนักเรียนประถมศึกษาให้ผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ได้รับรู้ ควบคู่ไปกับการจัดบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เกี่ยวกับวิธีการทำให้ลูกและสมาชิกในบ้านปลอดภัยจากควันบุหรี่ โดยภายหลังจากวิจัยสามารถลด

ระดับโคตินินในปัสสาวะของนักเรียนลงได้ และอีกหนึ่งงานวิจัยมีจุดตั้งต้นมาจากความต้องการแก้ไขปัญห สุขภาพของนักเรียนในโรงเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด มาตรการประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปกครองเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งภายหลังดำเนินมาตรการสามารถทำให้อาการหอบหืดของนักเรียนลดลง<sup>(27)</sup>

## ข. ชุมชน

การแก้ไขปัญหาคือการได้รับสัมผัสควันบุหรี่ในบ้านโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นที่ดำเนินการนั้น พบว่า มีการออกแบบมาตรการที่ค่อนข้างหลากหลายไปตามบริบทของแต่ละชุมชน บางส่วนเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่กำลังเผชิญปัญหาคือภัยต่างๆ กัน ดังงานวิจัยของ Conway TL และคณะ<sup>(28)</sup> ที่กระตุ้นให้สมาชิกในชุมชนตระหนักถึงปัญหาของการได้รับควันบุหรี่ในบ้านของเด็กๆ จากนั้นจึงร่วมกันกำหนดพันธะสัญญา กำหนดเป้าหมาย และหาวิธีการแก้ไขปัญห โดยได้รับการเสริมแรงทางบวกและการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายหลังจากทดลองครบ 3 เดือน พบว่า อัตราการได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้าน และปริมาณนิโคตินในเส้นผมของเด็กลดลง ในขณะที่มาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ของ Herbert RJ และคณะ<sup>(29)</sup> ใช้วิธีการประชุมกลุ่มย่อยในชุมชนเพื่อเสริมสร้างพลังให้กับผู้ปกครองเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปีที่ได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่ของตนเอง ร่วมกับการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง โดยภายหลังดำเนินมาตรการดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ปกครองสามารถลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลงได้ และอีกหนึ่งมาตรการในชุมชนของ Prokhorov AV และคณะ<sup>(30)</sup> ที่เลือกใช้วิธีการที่เรียบง่ายด้วยมอบสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบของการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน ประกอบด้วย การมอบหนังสือการ์ตูน

สำหรับเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน และการมอบหนังสือนวนิยายที่มีภาพประกอบสำหรับผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ในบ้าน ผลการทดลองภายหลังการดำเนินมาตรการครบ 12 เดือนสามารถทำให้จำนวนบ้านปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้นในขณะที่ปริมาณนิโคตินในอากาศในบ้านลดลง

## ค. ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาล

มาตรการบ้านปลอดบุหรี่ที่ส่งเสริมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์หรือมาคลอดที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาล และมีประวัติการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ทั้งก่อนคลอดและหลังคลอดเพื่อติดตามภาวะสุขภาพของมารดาและทารก พร้อมกับการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับอันตรายของการได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านที่มีต่อทารกแรกคลอด ภายหลังจากทดลองสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของควันบุหรี่มือสองที่มีต่อพัฒนาการของทารกเพิ่มขึ้น จำนวนมวนบุหรี่ที่มารดาใช้สูบในแต่ละวันลดลง และจำนวนหญิงหลังคลอดที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จและไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุม<sup>(31-33)</sup> และ Hannover W และคณะ<sup>(34)</sup> ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่สูบบุหรี่หรือเคยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในขณะตั้งครรภ์ มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่และป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ร่วมกับการติดตามให้กำลังใจทางโทรศัพท์ ภายหลังจากทดลองพบว่า มารดาที่ไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำมีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่ Winickoff JP และคณะ<sup>(35)</sup> ทำการศึกษาเกี่ยวกับพ่อและแม่ที่สูบบุหรี่และมีทารกแรกเกิด กิจกรรมประกอบด้วย การให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรือนาน 15 นาทีที่โรงพยาบาล และเชิญชวนสมัครสายด่วนช่วยเลิกบุหรี่ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมแรงและให้การสนับสนุนช่วยเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความพยายามเลิกบุหรี่และมีความสำเร็จในการควบคุมตนเองไม่ให้สูบบุหรี่ใน

รอบ 7 วันสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Baheiraei A และคณะ<sup>(36)</sup> ที่ใช้มาตรการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ การให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบเสริมแรงเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ แต่กิจกรรมที่เพิ่มเติมขึ้นมาคือ การมอบหนังสือเล่มเล็ก และสติ๊กเกอร์บ้านปลอดบุหรี่ให้กับทุกครอบครัวที่เข้าร่วมการทดลองไปศึกษาด้วยตนเอง ซึ่งภายหลังการทดลองครบ 3 เดือนพบว่า จำนวนบ้านปลอดบุหรี่ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จำนวนมวนบุหรี่ที่ใช้สูบของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และระดับนิโคตินในปัสสาวะของทารกในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

### ง. คลินิกเด็กดี

คลินิกเด็กดี หรือ well baby clinic เป็นอีกพื้นที่ทางเลือกในการดำเนินมาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ โดย Kallio K และคณะ<sup>(37)</sup> ได้ดำเนินการทดลองระยะยาวกับผู้ปกครองที่สูบบุหรี่แบบเป็นประจำและกำลังมีลูกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 เดือน โดยกลุ่มทดลองได้รับแจกหนังสือเกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่เพื่อให้ผู้ปกครองศึกษาด้วยตนเอง ร่วมกับการสนทนากับแพทย์ประจำคลินิกเพื่อร่วมกันอภิปรายถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสองที่มีต่อทารกเป็นประจำทุก 6 เดือนต่อหนึ่งจนเด็กมีอายุครบ 2 ขวบ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับสุขศึกษาตามปกติ ภายหลังการทดลองพบว่า มีจำนวนพ่อแม่ในกลุ่มทดลองที่สูบบุหรี่แบบเป็นประจำลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีจำนวนผู้ปกครองที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่ Yilmaz G และคณะ<sup>(38)</sup> ออกแบบมาตรการโดยให้พยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้ให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้าและแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลิกสูบบุหรี่ให้กับผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ ภายหลังการทดลองครบ 6 เดือน ผู้ปกครองส่วนใหญ่สามารถปรับเปลี่ยนสถานที่ที่สูบบุหรี่ในบ้านเพื่อลดผลกระทบจากควันบุหรี่ที่มีต่อลูกหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้านได้สำเร็จ

### การประเมินผลมาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่

การประเมินผลมาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ส่วนใหญ่มีการวัดผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากมาตรการใน 2 ลักษณะ คือ การวัดทางตรง และการวัดทางอ้อม<sup>(23)</sup> กล่าวคือ

1) การวัดผลทางตรง (direct effects) เป็นการวัดผลด้วยวิธีการตรวจวัดจากระดับนิโคตินในร่างกายโดยตรงจากสมาชิกสมาชิกคนอื่น ๆ ที่ไม่สูบบุหรี่ในครอบครัว เช่น ระดับโคตินินในปัสสาวะ (urine cotinine) ระดับนิโคตินในเส้นผม (hair nicotine) ระดับโคตินินในน้ำลาย (salivary cotinine)

2) การวัดผลทางอ้อม (indirect effects) เป็นการวัดผลจากการรายงานผลหรือการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองของสมาชิกในบ้านทั้งที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่เกี่ยวกับโอกาสการได้รับสัมผัสควันบุหรี่ของสมาชิกในบ้าน เช่น การปรับเปลี่ยนสถานที่สูบบุหรี่ จำนวนครั้งในการเคลื่อนย้ายเด็กออกจากจุดที่มีควันบุหรี่ จำนวนครั้งที่เด็กได้รับควันบุหรี่ในบ้าน จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และความตั้งใจหรือความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่

การประเมินผลของมาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่นอกจากจะเป็นข้อมูลที่ช่วยตรวจสอบและยืนยันถึงประสิทธิผลของมาตรการได้แล้ว ผลการตรวจวัดดังกล่าวยังมีส่วนช่วยให้กลุ่มเป้าหมายได้ร่วมรับรู้ถึงสถานะของการได้รับสัมผัสควันบุหรี่และความเสี่ยงที่สมาชิกในบ้านจะได้รับอันตรายจากสารเคมีในควันบุหรี่ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่นิยมใช้การวัดผลลัพธ์ทั้ง 2 ส่วนนี้ควบคู่กัน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่จำนวนมากจะส่งผลต่อดีในแง่ทำให้เกิดกิจกรรมปกป้องการได้รับควันบุหรี่ในบ้านที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม แต่ในทางกลับกันกลับส่งผลทางคลินิกต่อสมาชิกที่อาศัยในบ้านค่อนข้างจำกัด กล่าวคือ มักมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณนิโคตินในร่างกายไม่มากนัก ทั้งนี้อาจมาจาก 2 สาเหตุ<sup>(39,40)</sup> คือ (1) ปัญหาเรื่องการรายงานการได้รับสัมผัสควันบุหรี่ที่ต่ำกว่าความเป็นจริงซึ่งอาจเกิดจากการประเมินความเสี่ยงที่

ผิดพลาดและอาจเกิดจากเจตนาที่จะบิดเบือนข้อมูลเพื่อไม่ให้ถูกตำหนิจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ติดตาม และ (2) ปัญหาด้านเทคนิคของการตรวจวัดระดับนิโคตินในร่างกายที่อาจยังไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับที่เล็กน้อย

## มาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ในประเทศไทย

ประเทศไทยมีการรณรงค์เกี่ยวกับบ้านปลอดบุหรี่มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยการริเริ่มของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และได้ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ในหลายรูปแบบ ทั้งการใช้การสื่อสารสาธารณะ และกิจกรรมมุ่งเป้าไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น นักเรียน ครอบครัว และประชาชนทั่วไป<sup>(41)</sup> นอกจากนี้ ยังได้ร่วมมือกับสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหิดลได้จัดทำโครงการรณรงค์ให้บ้านปลอดบุหรี่ กิจกรรมประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและการจัดระบบบริการช่วยเหลือสูบบุหรี่ การแจกสื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกสูบบุหรี่ และการจัดระบบการติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2554 สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในบ้านลดลงร้อยละ 39.4 และปรับเปลี่ยนจากการสูบบุหรี่ภายในตัวบ้านเป็นบริเวณภายนอกบ้านร้อยละ 32.9<sup>(42)</sup> เป็นที่น่าสังเกตว่า มาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่เกือบทั้งหมดดำเนินการอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และในระดับนโยบายยังขาดการระบุดำเนินชีวิตเกี่ยวกับบ้านปลอดบุหรี่ที่เป็นรูปธรรม ในขณะที่ในระดับปฏิบัติการก็ยังไม่มีการพัฒนามาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่สามารถยืนยันถึงประสิทธิผลของมาตรการได้อย่างชัดเจนและครอบคลุมพื้นที่เป้าหมาย ที่สำคัญๆ ได้แก่ โรงเรียน ชุมชน คลินิกหรือหน่วยบริการสุขภาพ และโรงพยาบาล

## วิจารณ์

บ้านปลอดบุหรี่ หมายถึง การที่ไม่มีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ หรือไม่สูบบุหรี่ในบ้านหรือในบริเวณที่กำหนดร่วมกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องสมาชิกคนอื่นๆ ไม่ให้ได้รับสัมผัสควันบุหรี่ทั้งควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสาม ซึ่งหากทำได้สำเร็จนอกจากจะช่วยลดโอกาสการได้รับควันบุหรี่มือสองของสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังช่วยสร้างบรรทัดฐานใหม่ๆ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้กับสมาชิกในบ้านส่งผลทำให้สมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่แล้วเกิดความตั้งใจที่จะลดและเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ และยังช่วยปกป้องเยาวชนที่ยังไม่ได้สูบบุหรี่ไม่ให้ทดลองสูบบุหรี่อีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การทำให้บ้านปลอดบุหรี่ได้สำเร็จอาจไม่ใช่เรื่องง่ายนัก ทั้งนี้เพราะที่ผ่านมาข้อมูลเชิงประจักษ์จำนวนไม่น้อยทั้งในระดับโลกและของประเทศไทยที่ยืนยันว่าบ้านยังไม่ใช้สถานที่ที่ปลอดภัยจากควันบุหรี่ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะบ้านจัดเป็นสถานที่ส่วนบุคคลและยังอยู่นอกเหนือขอบเขตของกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่จะบังคับใช้ได้ ดังนั้นหนทางเดียวที่จะทำให้บ้านปลอดบุหรี่ได้นั้นต้องเกิดจากข้อตกลงหรือกติกาที่กำหนดร่วมกันเองของสมาชิกในครอบครัวเพื่อปกป้องไม่ให้สมาชิกคนอื่นๆ ได้รับสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน โดยได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ วัสดุอุปกรณ์หรือเทคโนโลยี และการเสริมสร้างแรงจูงใจและกำลังใจจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาที่ผ่านมาทำให้ทราบว่ามาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ส่วนใหญ่ที่ประสบผลสำเร็จนั้นมีลักษณะผสมผสานมากกว่า 1 กิจกรรมจากกิจกรรมทางเลือกต่อไปนี้ คือ

- 1) การให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า
- 2) การแจกสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง
- 3) การติดตามผลและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางโทรศัพท์

4) การตรวจวัดการได้รับนิโคตินและสะท้อนข้อมูล  
กลับให้ผู้ปกครองร่วมรับรู้

มาตรการต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่มีเป้าหมายสำคัญ  
เพื่อปกป้องสมาชิกในครอบครัวที่มีลักษณะเปราะบางทาง  
สุขภาพ ได้แก่ ทารกแรกคลอด เด็ก เยาวชน และหญิง-  
ตั้งครรภ์ และเจาะจงดำเนินการในพื้นที่เป้าหมายที่มี  
ความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของสมาชิกกลุ่มดังกล่าว ได้แก่  
โรงเรียน ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาล และ  
ในคลินิกเด็กดี และมีวิธีการประเมินผลความสำเร็จของ  
มาตรการบ้านปลอดบุหรี่ด้วยการวัดผลทางตรงจากระดับ  
นิโคตินในร่างกายของสมาชิกในบ้าน และการวัดผลทาง  
อ้อมจากการรายงานผลด้วยตนเองเกี่ยวกับโอกาสการได้  
รับสัมผัสควันบุหรี่ของสมาชิกในบ้าน

สำหรับประเทศไทย แม้ที่ผ่านมาจะมีมาตรการส่งเสริม  
บ้านปลอดบุหรี่มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 แต่ก็ยังขาด  
การพัฒนามาตรการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ที่เป็นระบบ  
ที่สามารถยืนยันถึงประสิทธิผลได้อย่างชัดเจน และยังไม่  
ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการที่สำคัญ ๆ  
เช่น ในโรงเรียน ในชุมชน และในคลินิกหรือหน่วยบริการ  
สุขภาพและโรงพยาบาล จึงทำให้ยังมีข้อจำกัดในการนำ  
ไปประยุกต์ใช้ได้ในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะ

- หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับนโยบาย เช่น  
กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง  
สาธารณสุข ควรร่วมกันกำหนดนิยามและตัวชี้วัดเกี่ยวกับ  
บ้านปลอดบุหรี่ที่เป็นรูปธรรม เช่น ไม่มีคนสูบบุหรี่ในบ้าน  
ไม่มีคนได้รับสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน หรือการมีข้อตกลง  
ร่วมกันเพื่อกำหนดเขตปลอดบุหรี่ภายในบ้าน ทั้งนี้เพื่อ  
นำไปสู่การกำหนดนโยบายในการเฝ้าระวังและส่งเสริม  
บ้านปลอดบุหรี่ได้อย่างเป็นรูปธรรมและง่ายต่อการแปลง  
นโยบายไปสู่การปฏิบัติ

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ  
(สสส.) และมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ควรมีการ  
รณรงค์บ้านปลอดบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ทั้งทางสื่อสาร

มวลชนและการจัดแคมเปญรณรงค์ทั้งในส่วนกลางและ  
ส่วนภูมิภาค ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นความสนใจและสร้างความ  
ตระหนักถึงความสำคัญของการทำให้บ้านของตนเอง  
ปลอดภัยจากควันบุหรี่มือสองและมือสาม

- หน่วยงานวิชาการที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น สำนัก-  
ควบคุมการบริโภคยาสูบ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อ  
การควบคุมยาสูบ สถาบันการศึกษาทั้งในส่วนกลางและ  
ภูมิภาค ควรศึกษาและพัฒนามาตรการส่งเสริมบ้าน-  
ปลอดบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลในบริบท  
ทางสังคมที่หลากหลายและครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายที่  
สำคัญ ๆ ได้แก่ โรงเรียน ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนและ  
โรงพยาบาล และคืนผลการวิจัยดังกล่าวให้กับหน่วยงาน  
ในระดับปฏิบัติการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
โรงพยาบาลชุมชน และโรงเรียน ฯ สามารถนำมาตรการ  
ดังกล่าวไปปฏิบัติได้อย่างกว้างขวาง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการ  
ควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่สนับสนุนงบประมาณและข้อมูล  
วิชาการในการจัดทำบทความพื้นวิชาเรื่องนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Enstrom JE, Kabat GC, Smith D. Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in a prospective study of Californians, 1960-98. *BMJ* 2003;326(7398): 1057.
2. Center for Disease Control and Prevention. Health Effects of Cigarette Smoking [internet]. 2017 [cited 2017 August 15]. Available from [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/health\\_effects/effects\\_cig-smoking/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig-smoking/index.htm)
3. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data: Second-hand smoke [internet]. 2017 [cited 2017 August 15]. Available from [http://www.who.int/gho/phe/secondhand\\_smoke/en/](http://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/)
4. Alcohol and Tobacco Prevention and Control. Secondhand smoke [internet]. 2017 [cited 2017 August 15]. Avail-

- able from <http://www.health.state.mn.us/divs/hpcd/tpc/topics/secondhand.html>
5. Jain RB. Exposure to second hand smoke at home and work among nonsmokers. *Chemosphere* 2015;135(Supplement C):225–32.
  6. Ballbè M, Martínez-Sánchez JM, Gual A, Martínez C, Fu M, Sureda X, et al. Association of second-hand smoke exposure at home with psychological distress in the Spanish adult population. *Addictive Behaviors* 2015;50(Supplement C):84–8.
  7. Agrawal D, Aggarwal AK, Goel S. Women exposed to second-hand smoke more at home than at workplace: An analysis of GATS Report, India, 2009–10. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2015;4(3):293–7.
  8. Mbulo L, Palipudi KM, Andes L, Morton J, Bashir R, Fouad H, et al. Secondhand smoke exposure at home among one billion children in 21 countries: findings from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). *Tob Control* 2016;25(e2):e95–e100.
  9. สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารข้อเท็จจริง: โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ ประเทศไทย ปี 2552. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2552.
  10. สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารข้อเท็จจริง: โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ ประเทศไทย ปี 2554. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2554.
  11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: เท็กซัสแอนดเจอร์นัลพับลิเคชั่น;2557.
  12. Winickoff JP, Healey EA, Regan S, Park ER, Cole C, Friebely J, et al. Using the postpartum hospital stay to address mothers' and fathers' smoking: the NEWS study. *Pediatrics* 2009;125(3):518–25.
  13. Zhang X, Martinez-Donate, AP, Kuo D, Jones NR, Palmersheim KA. Trends in home smoking bans in the U.S.A., 1995–2007: Prevalence, discrepancies and disparities. *Tob Control* 2012;21(3):330–6.
  14. Zhang X, Martinez-Donate A, Rhoads N. Parental practices and attitudes related to smoke-free rules in homes, cars, and outdoor play grounds in US households with underage children and smokers, 2010–2011. *Preventing Chronic Disease* 2015;12.
  15. Jarvis MJ, Mindell J, Gilmore A, Feyerabend C, West R. Smoke-free homes in England: prevalence, trends and validation by cotinine in children. *Tob Control* 2009;18(6):491–5.
  16. Martinez-Donate AP, Johnson-Kozlow M, Hovell MF, Perez GJ. Home smoking bans and secondhand smoke exposure in Mexico and the US. *Preventive Medicine* 2009;48(3):207–12.
  17. Hennessy M, Bleakley A, Mallya G, Romer D. The effect of household smoking bans on household smoking. *American Journal of Public Health* 2014; 104(4): 721–7.
  18. Mills AL, Messer K, Gilpin EA, Pierce JP. The effect of smoke-free homes on adult smoking behavior: A review. *Nicotine Tob* 2009;11(10):1131–41.
  19. Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15(Suppl 3):iii42–50.
  20. Clark PI, Schooley MW, Pierce B, Schulman J, Hartman AM, Schmitt CL. Impact of home smoking rules on smoking patterns among adolescents and young adults. *Prev Chronic Dis* 2006;3(2):A41.
  21. Hyland A, Higbee C, Borland R, Travers M, Hastings G, Fong GT, et al. Attitudes and beliefs about secondhand smoke and smoke-free policies in four countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res* 2009;11(6):642–9.
  22. Emory K, Saquib N, Gilpin EA, Pierce JP. The association between home smoking restrictions and youth smoking behaviour: A review. *Tob Control* 2010;19(6):495–506.
  23. Rosen LJ, Myers V, Hovell M, Zucker D, Noach BM. Meta-analysis of parental protection of children from tobacco smoke exposure. See comment in PubMed Commons below *Pediatrics* 2014;133(4):698-714.
  24. Baxi R, Sharma M, Roseby R, Polnay A, Priest N, Waters E, et al. Family and career smoking control program-



- mers for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD001746.
25. Zhang D, Qiu X. School-based tobacco-use prevention—People's Republic of China, May 1989–January 1990. *MMWR* 1993;42(19):370–7.
26. Ekerbicer HC, Celik M, Guler E, Davutoglu M, Kilinc M. Evaluating environmental tobacco smoke exposure in a group of Turkish primary school students and developing intervention methods for prevention. *BMC Public Health* 2007;7:202.
27. Halterman JS, Szilagyi PG, Fisher SG, Fagnano M, Tremblay P, Conn KM, et al. Randomized controlled trial to improve care for urban children with asthma: results of the School-Based Asthma Therapy trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2011;165(3):262–8.
28. Conway TL, Woodruff SI, Edwards CC, Hovell MF, Klein J. Intervention to reduce environmental tobacco smoke exposure in Latino children: null effects on hair biomarkers and parent reports. *Tob Control* 2004;13(1):90–2.
29. Herbert RJ, Gagnon AJ, O'Loughlin JL, Rennick JE. Testing an empowerment intervention to help parents make homes smoke-free: a randomized controlled trial. *Journal of Community Health* 2011;36(4):650–7.
30. Prokhorov AV, Hudmon KS, Marani SK, Bondy ML, Gatus LA, Spitz MR, et al. Eliminating second-hand smoke from Mexican-American households: outcomes from Project Clean Air-Safe Air (CASA). *Addictive Behaviors* 2013;38(1):1485–92.
31. Schonberger HJ, Dompeling E, Knottnerus JA, Maas T, Muris JW, Weel C, et al. The PREVASC study: the clinical effect of a multifaceted educational intervention to prevent childhood asthma. *European Respiratory Journal* 2005;25(4):660–70.
32. Culp AM, Culp RE, Anderson JW, Carter S. Health and safety intervention with first-time mothers. *Health Education Research* 2007;22(2):285–94.
33. French GM, Groner JA, Wewers ME, Ahijevych K. Staying smoke free: an intervention to prevent postpartum relapse. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2007;9(6):663–70.
34. Hannover W, Thyrian JR, Roske K, Grempler J, Rumpf, HJ, John U., et al. Smoking cessation and relapse prevention for postpartum women: results from a randomized controlled trial at 6, 12, 18 and 24 months. *Addictive behaviors* 2009;34(1):1–8.
35. Winickoff JP, Gottlieb M, Mello MM. Regulation of smoking in public housing. *N Engl J Med* 2010; 362(24):2319–25.
36. Baheiraei A, Kharaghani R, Mohsenifar A, Kazemnejad A, Alikhani S, Milani HS, et al. Reduction of secondhand smoke exposure among healthy infants in Iran: randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res* 2011;13(9):840–7.
37. Kallio K, Jokinen E, Hamalainen M, Kaitosaari T, Volanen I, Viikari J., et al. Impact of repeated lifestyle counselling in an atherosclerosis prevention trial on parental smoking and children's exposure to tobacco smoke. *Acta Paediatr* 2006;95(3):283–90.
38. Yilmaz G, Karacan C, Yoney A, Yilmaz T. Brief intervention on maternal smoking: a randomized controlled trial. *Child Care Health Dev* 2006;32(1):73–9.
39. Friedman LM, Furberg CD, DeMets DL. *Fundamentals of clinical trials*. 4. New York: Springer-Verlag;2010.
40. Matt GE, Hovell MF, Quintana PJE, Zakarian J, Liles S, Meltzer SB, et al. The variability of urinary cotinine levels in young children: implications for measuring ETS exposure. *Nicotine Tob Res* 2007;9(1):83–92.
41. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, เบญจวรรณ ดันประดิษฐ์, ศิโรนี โต้ะสัน, ชวลา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม. สถานการณ์บ้านปลอดบุหรี่และพฤติกรรมสูบบุหรี่ของพ่อ. *วารสารสุขศึกษา* 2560;128(37):61–71.
42. ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน. รายงานการวิจัยสำรวจ เรื่อง ความคิดเห็นต่อรูปแบบภาพค่าเตือนบนซองบุหรี่: กรณีศึกษาผู้สูบบุหรี่อายุ 18 ปี ขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่;2553.

**Abstract: Measures of Tobacco-Free Home Promotion**

**Chakkraphan Phetphum, Dr.P.H. (Public Health)\*; Boonchanuttha Pongpreecha, B.P.H. (Public Health)\*\***

*\* Faculty of Public Health, Naresuan University; \*\* Tobacco Control Research Unit, Naresuan University, Thailand*

*Journal of Health Science 2019;28:163-72.*

World Health Organization emphasizes promotion of tobacco-free home because it not only reduces the chance of being exposed to tobacco smoke of family members but it also encourages the family members who smoked to decrease cigarettes and stop smoking successfully. Furthermore, it also prevents youths in the house from not trying cigarettes. The aim of this article was to review the effectiveness measures of Tobacco-Free Home Promotion. The data were gathered from an electronic database produced and publicized from both domestic and foreign countries. The result concluded that the measure of tobacco-free home is attempt to enable the family members to quit smoking or to smoke in specified areas to protects other members in the house not to be exposed to tobacco smoke. Most measures are mixed with more than one activity including face-to-face counseling, self-help materials, supporting via phone call, and the measurement of nicotine receipt to give feedback to family members to perceive the issue together. Additionally, there will be important spaces for implementing measures such as school, community, community health center and hospital along with well-baby clinic and the smoke-free home measure will be assessed by directly measuring nicotine level in bodies of family members and indirectly measuring from self-reporting about possibility to be exposed to tobacco smoke of family members.

**Keywords:** measures; tobacco-free home; secondhand smoke

บทความพิเศษ

Special article

# แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580

พงศธร พอกเพิ่มดี, พ.บ., วท.ม., ปร.ด.  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	12 ธ.ค. 2562
วันแก้ไข:	23 ธ.ค. 2562
วันตอบรับ:	2 ม.ค. 2563

**บทคัดย่อ** กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายของรัฐบาลเพื่อปรับทิศทางการทำงานของระบบสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เชื่อมโยงกับนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติฉบับอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนตามกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) 4 ขั้นตอน คือ (1) การวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์ (2) การกำหนดทิศทางขององค์กร (3) การกำหนดยุทธศาสตร์ และ (4) การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ โดยผลลัพธ์ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) คือเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน มีจุดยืนองค์กรในส่วนกลางคือการพัฒนา นโยบาย กำกับ ติดตาม ประเมินผล ในส่วนภูมิภาค (เขตสุขภาพ) คือการบริหารจัดการหน่วยบริการ และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ ด้วยวิสัยทัศน์ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี พันธกิจที่จะพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน ค่านิยมขององค์กร คือ MOPH: mastery, originality, people-centered และ humility พร้อมด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (2) บริการเป็นเลิศ (3) บุคลากรเป็นเลิศ และ (4) บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ประกอบด้วย 15 แผนงาน 40 โครงการ 55 ตัวชี้วัด และได้แบ่งเป้าหมายการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะๆ ละ 5 ปี คือ (1) ปฏิรูประบบ (2) สร้างความเข้มแข็ง (3) สู่อุตสาหกรรม และ (4) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในครั้งนี้จะมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลา ไม่อาจสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนและหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข การทบทวนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็นระยะๆ และติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ดำเนินการได้จริงและไปสู่เป้าหมายที่ทุกคนมุ่งหวัง

**คำสำคัญ:** แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข); เป้าหมาย; จุดยืนองค์กร; วิสัยทัศน์; พันธกิจ; ค่านิยมองค์กร; ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน

## บทนำ

รัฐบาล พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้จัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็น

ประเทศพัฒนาแล้ว ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมี 6 ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ (1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง (2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความสามารถในการแข่งขัน (3) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้าง

ศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ (4) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม (5) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (6) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ<sup>(1)</sup>

กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580 เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดรับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เชื่อมโยงกับนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติฉบับต่างๆ เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 12 แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข นโยบายประเทศไทย 4.0 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) เป็นต้น<sup>(2)</sup>

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ครั้งนี้ นับเป็นครั้งแรกของกระทรวงสาธารณสุขที่วางแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระยะยาว 20 ปี ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นำมาตามกรอบระยะเวลาสั้นๆ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระยะ 5 ปี ประกอบกับสถานการณ์ทางการเมืองที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การดำเนินงานที่ผ่านมาจึงเป็นแบบระยะสั้นตอบสนองต่อการเมืองเป็นสำคัญ ส่วนการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ และการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดประชุมมาแล้ว 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นสมัยคุณหญิงสุตารัตน์ เกยุราพันธ์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังไม่ได้นำไปใช้ก็มีการปรับคณะรัฐมนตรีเสียก่อน ครั้งที่ 2 สมัย ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดประชุมเช่นเดียวกัน ยังไม่ได้นำไปใช้ก็มีการปรับคณะรัฐมนตรีเช่นกัน<sup>(3)</sup>

บทเรียนในต่างประเทศที่มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระยะยาว เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน มี

การวางแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระยะ 13 ปี Healthy China 2030 (ค.ศ. 2017-2030) ด้วยหลักสำคัญ 4 ประการ คือ (1) health priority (2) innovation (3) scientific development (4) fairness and justice ด้วย 3 ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ (1) pre-emptive measure on pricing strategy, (2) accelerating to innovation medicines และ (3) embrace technology to drive change<sup>(4)</sup> ขณะที่ญี่ปุ่นได้วางยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระยะยาว 20 ปี (Japan 2035 Leading the World through Health) โดยมีพื้นฐานสำคัญที่ (1) fairness (2) solidarity built on autonomy (3) shared prosperity for Japan and the world ด้วย 3 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ คือ (1) lean health care: implement value-based health care, (2) life design: empower society and support personal choice และ (3) global health leader: lead and contribute to global health<sup>(5)</sup>

บทเรียนข้างต้นน่าจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 (ด้านสาธารณสุข) โดยเฉพาะการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ความคุ้มค่า ความเป็นธรรม รวมถึงนวัตกรรม การจัดทำยุทธศาสตร์ในครั้งนี้ ได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ระดมความเห็นจากภาคส่วนต่างๆ สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกระดับ เพื่อจะได้เป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ที่ทุกฝ่ายเห็นพ้อง เข้าใจถึงเป้าหมายและกรอบการทำงานที่ตรงกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

บทความนี้น่าจะเป็นประโยชน์กับนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานและผู้กำหนดนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จะได้เข้าใจถึงทิศทางและเป้าหมายกับขับเคลื่อนงานสาธารณสุขของประเทศไปสู่เป้าหมายใน 20 ปีข้างหน้า รวมทั้งเป็นบทเรียนในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะยาว ที่สามารถนำไปปรับใช้ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขหรือด้านอื่น ๆ ในอนาคต

## กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ใช้กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน<sup>(6)</sup> ดังนี้ (ตารางที่ 1)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์ (strategic analysis) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เริ่มต้นด้วยการทบทวนเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (literature review) เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางขององค์กรและกำหนดยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข (2) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข (3) สถานะสุขภาพของคนไทย และ (4) สถานการณ์บริการสาธารณสุขของไทย

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดทิศทางขององค์กร (strategic direction setting) ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ “ย้อนมองทบทวนสถานการณ์จากอดีต เพื่อพัฒนาวิสัยทัศน์ยุทธศาสตร์และเป้าหมายการพัฒนาระบบสาธารณสุข-

สุข” วันที่ 12-14 มกราคม 2559 ที่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อกำหนดทิศทางขององค์กรและกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ โดยระดมสมองผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง ตั้งแต่ระดับ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข อธิบดี รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวง-สาธารณสุข ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 100 คน<sup>(3)</sup>

ต่อด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การเพื่อพัฒนา ค่านิยมที่ดีงาม (core values) ของบุคลากรสาธารณสุข” วันที่ 14-16 กุมภาพันธ์ 2559 กรุงเทพมหานคร โดยมี ตัวแทน ผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติ ในทุกระดับ ได้แก่ ตัวแทน รองอธิบดี สาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์-สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณ-สุขอำเภอ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากทุกเขตสุขภาพ จำนวน 200 คน มาระดมความคิดเห็นร่วมกันในการจัดทำค่านิยมองค์กร รวมถึงแนวทางการขับเคลื่อนให้ค่านิยมองค์กรไปสู่การสื่อสารให้เกิดการยอมรับในวงกว้าง นำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมขององค์กร

ตารางที่ 1 กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ขั้นตอน	การดำเนินงาน
1. การวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์ (strategic analysis)	ทบทวนเอกสาร นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขไทย ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข สถานะสุขภาพ และสถานการณ์บริการสาธารณสุข
2. การกำหนดทิศทางขององค์กร (strategic direction setting)	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองจากผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ จากทุกภาคส่วนในทุกระดับ จำนวน 2 ครั้ง และนำเข้าสู่การประชุมผู้บริหารระดับสูงที่มี รัฐมนตรีว่าการกระทรวง-สาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อเห็นชอบ
3. การกำหนดยุทธศาสตร์ (strategic formulation)	นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาสังเคราะห์เป็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน และนำเข้าสู่การประชุมผู้บริหารระดับสูงที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อเห็นชอบ
4. การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ (strategic implementation)	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง 16 สัปดาห์ เพื่อจัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด เมื่อได้ข้อสรุปนำเข้าสู่การประชุมผู้บริหารระดับสูงที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานเพื่อเห็นชอบ และจัดประชุมชี้แจงแผนยุทธศาสตร์ให้กับผู้ปฏิบัติทั่วประเทศได้รับทราบ พร้อมทั้งออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผล

ในทุกระดับ<sup>(3)</sup> เมื่อได้ข้อสรุปแล้วก็นำไปเสนอในที่ประชุมผู้บริหารระดับสูง ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อเห็นชอบ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดยุทธศาสตร์ (strategic formulation) กองยุทธศาสตร์และแผนงานได้รวบรวมข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 แล้วนำมาสังเคราะห์เป็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (2) บริการเป็นเลิศ (3) บุคลากรเป็นเลิศ และ (4) บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ด้วยการพิจารณาจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ สถานะสุขภาพของคนไทย และสถานการณ์การบริการสาธารณสุข และได้จัดลำดับความสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ออกเป็น 4 ระยะๆ ละ 5 ปี ได้แก่ (1) ปฏิรูประบบ (2) สร้างความเข้มแข็ง (3) สู่อความยั่งยืน และ (4) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย แล้วนำเสนอในที่ประชุมผู้บริหารระดับสูงที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อเห็นชอบ

ขั้นตอนที่ 4 การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ (strategic implementation) โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีตัวแทนจากทุก ๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งบุคลากรจากภูมิภาค ประมาณ 100 คน เข้าร่วมประชุมทุกวันพุธ เวลา 16:00 – 20:00 น. เป็นเวลา 16 สัปดาห์ เพื่อจัดลำดับความสำคัญ (priority setting) ของแผนงานโครงการ และกำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องและวัดผลได้ วิธีจัดลำดับความสำคัญนั้น ได้ปรับปรุงมาจากกรอบการติดตามและประเมินผลเป้าหมายสุขภาพ 2020 ขององค์การอนามัยโลก ภาคพื้นยุโรป (overview of the health 2020 monitoring framework) โดยเน้นไปที่ 4 ประเด็นหลัก คือ (1) การลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (reduce premature mortality) (2) การเพิ่มอายุขัยเฉลี่ย (increase life expectancy) (3) การลดความไม่เท่าเทียม (reduce inequalities) และ (4) การเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี (enhance the well-being of the population)<sup>(7)</sup> เมื่อได้ข้อสรุปแล้วได้นำไปสู่การพิจารณาของผู้บริหารระดับ

สูงของกระทรวงสาธารณสุขที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และนำสู่การพิจารณาของรองนายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีเพื่อเห็นชอบต่อไป<sup>(2)</sup> หลังจากนั้นได้จัดประชุมชี้แจงแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้กับผู้บริหารกระทรวงในที่ประชุมผู้บริหารระดับสูงในส่วนกลางและผู้บริหารในส่วนภูมิภาคเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อใช้ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานต่อไป

## ผลการดำเนินงานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

รายละเอียดของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ตามขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ดังนี้

### 1. ผลการวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์

ขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

#### 1.1 นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ

นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข และมีผลต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แบ่งออกเป็น 3 ส่วนที่สำคัญ คือ

1.1.1 นโยบายสาธารณสุขในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 โดยเฉพาะหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ข. ด้านอื่น ๆ (4) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน และ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม<sup>(8)</sup>

1.1.2 นโยบายสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) มี

ประเด็นสาธารณสุข 5 ยุทธศาสตร์ 7 เป้าหมาย อาทิ คนในสังคมทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ ความสามารถที่เพิ่มขึ้น คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้นโดยลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพและปรับระบบการเงินการคลัง พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการทางสังคมของภาครัฐ พัฒนาระบบสาธารณสุขชายแดน และสร้างความร่วมมือกับต่างประเทศเพื่อการพัฒนาตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน<sup>(9)</sup>

1.1.3 การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. 2560<sup>(10)</sup> มี 10 ประเด็น คือ (1) ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ (2) ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ (3) กำลังคนสุขภาพ ด้านระบบบริการสาธารณสุข (4) ระบบบริการปฐมภูมิ (5) การแพทย์แผนไทยสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ (6) ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (7) การสร้างเสริมป้องกันและควบคุมโรค (8) ความรอบรู้สุขภาพ (9) การคุ้มครองผู้บริโภค และ (10) ระบบหลักประกันสุขภาพ<sup>(11)</sup>

## 1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสาธารณสุข

1.2.1 การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.5 ในปี 2559 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 32.1 ในปี 2583 ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ขณะที่อัตราการเจริญพันธุ์ในภาพรวม ปี 2559 อยู่ที่ร้อยละ 1.6 และคาดการณ์ว่าอัตราเจริญพันธุ์โดยภาพรวมของประเทศจะอยู่ที่ร้อยละ 1.3 ในปี 2583 ทำให้ประชากรวัยเด็กและวัยทำงานลดลง ส่งผลต่อจำนวนแรงงานและภาคการผลิตในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายยิ่งต่อสังคมไทย<sup>(12)</sup>

1.2.2 ปัญหาสิ่งแวดล้อม ประเทศไทยมีปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้นจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจและความเป็นชุมชนเมือง ในปี 2559 มีขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 27.1 ล้านตัน ขณะที่มีการบริหารจัดการขยะที่ถูกต้องเพียง 9.8 ล้านตัน หรือเพียงร้อยละ 36.2 เท่านั้น นอกจากนี้

นั้นยังมีปัญหามลพิษทางอากาศที่มีปริมาณฝุ่นละออง (PM 2.5) เกินค่ามาตรฐานในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในเมืองใหญ่<sup>(12)</sup>

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ ซึ่งเกิดขึ้นจากภาวะโลกร้อน ความสมดุลที่เสียไปจากอุณหภูมิโลกที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความแห้งแล้งเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อความอุดมสมบูรณ์ของดิน ป่าไม้เสื่อมโทรม แหล่งน้ำขาดแคลน สูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ เกิดโรคระบาดในพืชและสัตว์ ส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคต่าง ๆ ตามมาจากภาวะแห้งแล้งหรืออุทกภัยต่าง ๆ อีกด้วย<sup>(2)</sup>

1.2.4 ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ในปัจจุบันเรากำลังเข้าสู่ยุคการปฏิวัติอุตสาหกรรม ครั้งที่ 4 (the fourth industrial revolution) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านกายภาพ เช่น เครื่องพิมพ์สามมิติ หุ่นยนต์ ยานยนต์ขับเคลื่อนอัตโนมัติ (2) ด้านดิจิทัล เช่น อินเทอร์เน็ตของสรรพสิ่ง (internet of thing, IoT) ปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) เทคโนโลยีบล็อกเชน (blockchain) (3) ด้านชีวภาพ โดยเฉพาะพันธุกรรม เข้าสู่ยุคการแพทย์แม่นยำ (precision Medicine) เป็นต้น<sup>(13)</sup>

1.2.5 การเชื่อมต่อการค้าการลงทุน โดยประเทศไทยได้เข้าไปอยู่ในภาคการค้าต่าง ๆ เพื่อสร้างระบบเศรษฐกิจของประเทศ ก่อให้เกิดการเชื่อมโยง การขนส่งสินค้า การส่งออก การจ้างงานเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทย เช่น ในปี 2557 ในพื้นที่ 10 จังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ที่มีแรงงานต่างชาติจำนวนมาก พบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเรื้อรัง วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าพื้นที่อื่นของประเทศ แรงงานผิดกฎหมายที่ไม่มีค่ารักษาพยาบาลทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องแบกภาระกว่า 399.5 ล้านบาท ในปี 2557<sup>(2)</sup>

## 1.3 สถานะสุขภาพ

สถานะสุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต ในปี 2558 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy: LE) เท่ากับ 74.9 ปี มีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (health adjusted life expectancy:

HALE) เท่ากับ 66.8 ปี ดัชนีที่บ่งถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้น เช่น อัตราตายของมารดาที่ต่ำลงถึง 26.6 ต่ออัตราการเกิดมีชีพแสนคน ในปี 2558 อัตราการตาย 6.4 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และอัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ลดลงเป็น 8.8 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี 2559 เป็นต้น<sup>(12)</sup>

สาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะของประเทศจากการตายก่อนวัยอันควร (DALYs) เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อมาเป็นโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อ (NCD) โดยในปี 2557 สาเหตุที่ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุด 5 อันดับแรก คือ อุบัติเหตุทางถนน (10.1%) โรคหลอดเลือดสมอง (6.6%) การติดเชื้อ HIV/AIDS (5.1%) โรคหัวใจขาดเลือด (4.9%) การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (4.5%) ส่วนสาเหตุที่หญิงไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุด 5 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน (8.4%) โรคหลอดเลือดสมอง (7.3%) โรคหัวใจขาดเลือด (4.3%) โรคข้อเสื่อม (3.9%) การติดเชื้อ HIV/AIDS (3.6%) ตามลำดับ<sup>(12)</sup>

สาเหตุการตายสำคัญจากโรคที่สามารถป้องกันได้ (premature mortality) ในปี 2559 ได้แก่ (1) สาเหตุภายนอก (external causes) ได้แก่ อุบัติเหตุการจราจร (23.8 ต่อแสนประชากร) ทำร้ายตนเอง (6.4 ต่อแสนประชากร) จมน้ำ (5.4 ต่อแสนประชากร) ถูกทำร้าย (2.7 ต่อแสนประชากร) และการพลัดตก (2.7 ต่อแสนประชากร) (2) สาเหตุการตายจากโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ได้แก่ มะเร็งทุกชนิด (117.7 ต่อแสนประชากร) หลอดเลือดในสมอง (47.8 ต่อแสนประชากร) หัวใจขาดเลือด (32.3 ต่อแสนประชากร) เบาหวาน (22.3 ต่อแสนประชากร)<sup>(12)</sup> (3) การเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2561 ได้แก่ โรคหัด (0.02 ต่อแสนประชากร) โรคโปลิโอ (0 ต่อแสนประชากร) โรคหัดเยอรมัน (0 ต่อแสนประชากร)<sup>(14)</sup>

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ได้แก่ การสูบบุหรี่ ในปี 2560 ประชากรอายุ 15 ปี ร้อยละ 19.1 หรือประมาณ 10.7 ล้านคน โดยมีแนวโน้มลดลงจาก ร้อยละ 23.0 ในปี 2547 ส่วนแนว-

โน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี 2549 อยู่ที่ร้อยละ 31.5 ขณะที่ในปี 2558 อยู่ที่ร้อยละ 34.0 ส่วนพฤติกรรมการกินอาหาร พบว่ามีแนวโน้มลดลง ในกลุ่มอาหารไขมันสูง จากร้อยละ 17.7 ในปี 2556 เหลือร้อยละ 7.3 ในปี 2560 กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์จากร้อยละ 47.8 ในปี 2556 เหลือร้อยละ 16.1 ในปี 2560 และกลุ่มเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ที่มีรสหวานจากร้อยละ 31.1 ในปี 2556 เหลือร้อยละ 29.4 ในปี 2560<sup>(15)</sup>

#### 1.4 สถานการณ์บริการสาธารณสุข

ระบบบริการสาธารณสุขของไทยได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการขยายหน่วยบริการในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีทั้งภาครัฐและเอกชน มีจำนวนเตียงทั่วประเทศ 141,500 เตียง คิดเป็น 2.17 ต่อพันประชากร โดยเป็นของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 102,282 เตียง (1.57 ต่อพันประชากร) กระทรวงอื่นๆ จำนวน 12,033 เตียง (0.18 ต่อพันประชากร) หน่วยงานอิสระ 2,253 เตียง (0.03 ต่อพันประชากร) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 2,427 (0.03 ต่อพันประชากร) และเอกชน จำนวน 22,505 เตียง (0.34 ต่อพันประชากร) โดยมีอัตราการครองเตียงร้อยละ 76.0<sup>(12)</sup>

ขณะที่บุคลากรสาธารณสุขยังมีไม่เพียงพอ ในปี 2558 มีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 1:2,035 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 1:9,352 คน สัดส่วนเภสัชกรต่อประชากร 1:5,317 คน สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1:436 คน และยังมีการกระจายที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะเขตเมืองกับเขตชนบท ในปี 2559 มีแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพมหานคร 1:710 ขณะที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1:3,338 คน เป็นต้น<sup>(12)</sup>

การเข้าถึงบริการสุขภาพของไทย ในปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (OPD visit) จำนวน 193,180,329 ครั้ง ผู้ป่วยใน (IPD) จำนวน 9,449,326 ราย อัตราการครองเตียงร้อยละ 76.0 และจำนวนวันนอน



เฉลี่ย 4.2 วัน มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี 2557 อยู่ที่ 518,799 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 3.9 ของ GDP โดยเป็นสัดส่วนค่าใช้จ่ายจากภาครัฐ ร้อยละ 77.0 และจากแหล่งอื่น ร้อยละ 23.0 และมีค่าใช้จ่ายด้านยาร้อยละ 6.4 ในปี 2557<sup>(12)</sup>

รายจ่ายด้านสุขภาพในระดับรวมของประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 127,655 ล้านบาท (2,160 บาทต่อคน) ในปี 2537 เป็น 500,476 ล้านบาท (7,966 บาทต่อคน) ในปี 2557 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า โดยร้อยละของรายจ่ายสุขภาพเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) เท่ากับร้อยละ 3.5 ของ GDP ในปี 2537 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.1 ของ GDP ในปี 2557 เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นของภาครัฐร้อยละ 77.0 ในปี 2557 โดยมีค่าใช้จ่ายด้านยาร้อยละ 6.4 ในปี 2557<sup>(16)</sup>

## 2. ผลการกำหนดทิศทางขององค์กร

การกำหนดทิศทางขององค์กรและยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้มาจากการวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ในส่วนที่ 1 และการกำหนดทิศทางขององค์กรในส่วนที่ 2<sup>(3)</sup> ดังตารางที่ 2

การกำหนดเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ

20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้ตั้งเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เน้นความสุขของเจ้าหน้าที่ และความยั่งยืนของระบบ กำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการทำงานในฐานะองค์กรหลัก และต้องร่วมกันทำงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย ขณะเดียวกันก็มีปรับบทบาทการทำงานของส่วนกลางและภูมิภาคโดยเฉพาะเขตสุขภาพอย่างชัดเจน รวมทั้งการกำหนดค่านิยมขององค์กรเป็นครั้งแรกของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อหล่อหลอมบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศให้เป็นหนึ่งเดียว

## 3. ผลการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์

จากการวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์ในส่วนที่ 1 และการกำหนดทิศทางขององค์กรในส่วนที่ 2 พบว่าการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ การเชื่อมต่อการค้าการลงทุน ความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพ การกระจายทรัพยากรไม่เป็นธรรม เป็นปัญหาและสิ่งท้าทาย ขณะเดียวกันความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทั้งด้านกายภาพ ดิจิทัลและชีวภาพ จะเป็นโอกาสสำคัญในการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลประชาชนให้มากขึ้น

ตารางที่ 2 เป้าหมาย จุดยืนองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมองค์กร

ประเด็น	รายละเอียด
เป้าหมาย (goal)	ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน
จุดยืนองค์กร (position)	ส่วนกลาง พัฒนานโยบาย กำกับ ติดตาม ประเมินผล ส่วนภูมิภาค (เขตสุขภาพ) บริหารจัดการหน่วยบริการ และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ
วิสัยทัศน์ (vision)	เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี
พันธกิจ (mission)	พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน
ค่านิยมองค์กร (core values)	Mastery (เป็นนายตนเอง) Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่) People-centered (ใส่ใจประชาชน) Humility (ถ่อมตน อ่อนน้อม)

ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน จึงได้กำหนดเป็น 4 ยุทธศาสตร์สำคัญ เริ่มต้นด้วยการเน้นสุขภาพเชิงรุก ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อไม่ให้ประชาชนสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ขณะเดียวกันการให้บริการเป็นเลิศ ถือได้ว่าเป็นภารกิจหลัก โดยให้ความสำคัญไปที่การให้บริการทั้งปฐมภูมิ และบริการในโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ (premature mortality) ส่วนเป้าหมายเจ้าหน้าที่มีความสุข ได้วางยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ และมียุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลที่ให้ความสำคัญกับการกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม ลด

ความเหลื่อมล้ำ ขับเคลื่อนด้วยระบบข้อมูลสารสนเทศ และดิจิทัล การพัฒนาด้านการเงินการคลังและระบบประกันสุขภาพ การพัฒนามาตรฐานงานคุณภาพของหน่วยบริการและหน่วยบริการในทุกระดับ เพื่อให้ระบบสุขภาพยั่งยืน (ตารางที่ 3)

การวางแผนยุทธศาสตร์ครั้งนี้มีระยะเวลานานถึง 20 ปี จึงได้จัดลำดับความสำคัญและประเด็นเน้นหนักในแต่ละช่วงของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้กำหนดแผนงาน โครงการ และตัวชี้วัดต่างๆ ให้สอดคล้องกับภาพรวมของประเทศได้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน

ยุทธศาสตร์
1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (Prevention, Promotion and Protection excellence)
2) บริการเป็นเลิศ (Service excellence)
3) บุคลากรเป็นเลิศ (People excellence)
4) บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance excellence)

ตารางที่ 4 การจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ช่วงเวลา	จุดเน้นหนัก	รายละเอียด
2561 - 2565	ปฏิรูประบบ	การปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา การวางพื้นฐานระบบสาธารณสุขรูปแบบใหม่ เช่น ระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การพัฒนากำลังคนให้เป็นคนดี มีคุณค่า มีความผูกพันหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น
2566 - 2570	สร้างความเข้มแข็ง	การจัดโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน รวมทั้งระบบการบริหารจัดการให้เข้มแข็ง รวมถึงระบบควบคุมป้องกันโรค งานอนามัยสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือการทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้
2571 - 2575	สู่ความยั่งยืน	เป็นช่วงที่ระบบสุขภาพของไทยต้องมีความยั่งยืนทางด้านการเงินการคลัง ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะด้านยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ด้านต่างๆ พึ่งพาต่างประเทศให้น้อยที่สุด
2576 - 2580	เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย	ระบบสุขภาพไทยจะต้องเป็นระบบสุขภาพที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ คุณภาพ สังคมมีส่วนร่วม ทั้งนี้จะต้องสามารถแข่งขันหรือเทียบเคียงกับนานาชาติได้ โดยตั้งเป้าว่าจะต้องเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ใน 20 ปีข้างหน้า

#### 4. แนวทางการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนนี้เป็นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อจัดทำแผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด และนำยุทธศาสตร์ ไปสู่การปฏิบัติ การจัดลำดับความสำคัญของแผนงาน โครงการ เน้นไปที่ 4 ประเด็นหลัก คือ (1) การลดการ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (reduce premature mortality) (2) การเพิ่มอายุขัยเฉลี่ย (increase life expectancy) (3) การลดความไม่เท่าเทียม (reduce inequalities) และ (4) การเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี (enhance the well-being of the population) โดยปรับปรุงจากกรอบการติดตาม และประเมินผลเป้าหมายสุขภาพ 2020 ขององค์การอนามัยโลก ภาคพื้นยุโรป (overview of the health 2020 monitoring framework)<sup>(7)</sup>

ตัวชี้วัดแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ (1) ตัวชี้วัดระดับ กระทรวง (corporate KPIs) จำนวน 8 ตัวชี้วัด และ (2) ตัวชี้วัดระดับหน่วยงานหน่วยงานปฏิบัติ (functional KPIs) จำนวน 55 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดระดับ ทรกระทรวงนั้นได้ถอดจากเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยการใช้การเพิ่ม

อายุขัยเฉลี่ยของคนไทย (increase life expectancy) และ การมีสุขภาพที่ดี (enhance the well-being of the population) เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ส่วนเจ้าหน้าที่มีความสุข ซึ่งเป็นครั้งแรกของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ กับการดูแลสุขภาพสภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ โดยใช้ แบบวัดความสุขของบุคลากร (happinometer) และแบบ- ประเมินสุขภาวะขององค์กรภาครัฐ (happy public organization index) เป็นตัวชี้วัด ส่วนระบบสุขภาพยั่งยืน ใช้การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยรวมทั้งการใช้สมุนไพร เพื่อพึ่งตนเอง การกระจายทรัพยากรทั้งแพทย์และจำนวน เตียงให้มีสัดส่วนที่เพียงพอ ลดความเหลื่อมล้ำในการ กระจายทรัพยากรตามภูมิภาคต่างๆ (reduce inequalities) การมีหน่วยบริการที่มีคุณภาพ และมีระบบบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้ ซึ่งเป็นหัวใจ ของระบบสุขภาพที่ยั่งยืน มีรายละเอียดดังตารางที่ 5

แผนงาน โครงการ และตัวชี้วัดระดับหน่วยงานปฏิบัติ ใช้กรอบแนวคิดการลดการเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกัน ได้ (premature mortality) และสาเหตุการสูญเสียปีสุข- ภาวะของประเทศจากการตายก่อนวัยอันควร (DALYs)

ตารางที่ 5 ตัวชี้วัดระดับกระทรวง (Corporate KPIs) ของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ประชาชนสุขภาพดี	เจ้าหน้าที่มีความสุข	ระบบสุขภาพยั่งยืน
1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี	3. แบบวัดความสุขของบุคลากร (happinometer) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	5. อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย (access) ร้อยละ 100
2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (health adjusted life expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี	4. แบบประเมินสุขภาวะองค์กรภาครัฐ (happy public organization index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	6. ความครอบคลุมของแพทย์และจำนวน เตียงต่อประชากรในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข (coverage) สัดส่วนแพทย์ 1 ต่อ 1,500 ประชากร สัดส่วนเตียง 2 ต่อ 1,000 ประชากร
		7. สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพ มาตรฐาน (HA) (quality) ร้อยละ 100
		8. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการประเมิน ITA (governance) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

มาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญ ช่วงเริ่มต้นของแผน (ปฏิรูประบบ) พ.ศ. 2561-2565 ได้กำหนดให้มี 16 แผนงาน 48 โครงการ 80 ตัวชี้วัด ต่อมาได้มีการทบทวน แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด ในปี 2562 เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น และได้ปรับลดลงเหลือ 15 แผนงาน 40 โครงการ 55 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ จำนวน 4 แผนงาน 8 โครงการ (2) ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ 5 แผนงาน 22 โครงการ (3) ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ 1 แผนงาน 2 โครงการ และ 4) ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล 5 แผนงาน 8 โครงการ<sup>(17)</sup> โดยมีรายละเอียดในตารางที่ 6

นอกจากนั้น กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังได้ออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (Strategic Management System; SMS) เพื่อให้หน่วยงานทุกสังกัดทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้จัดทำฐานข้อมูลการจัดสรรงบประมาณให้กับแผนงาน โครงการ พร้อมทั้งกิจกรรมสำคัญ ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการวิเคราะห์การดำเนินงานในพื้นที่ กรม กอง และการตรวจราชการนิเทศงาน ว่ามีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) หรือไม่อย่างไร ซึ่งระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพนี้ได้รับรางวัลเลิศรัฐประเภทนวัตกรรมบริการ ประจำปี พ.ศ. 2562 จากคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) อีกด้วย

ตารางที่ 6 แผนงาน/โครงการ ในระยะที่ 1 ปฏิรูประบบ พ.ศ. 2561-2565 จำนวน 15 แผนงาน 40 โครงการ	
ยุทธศาสตร์/แผนงาน	โครงการ
<b>1. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention and Protection Excellence)</b>	
แผนงานที่ 1: การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทย ทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย 2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น 3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
แผนงานที่ 2: การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	4. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
แผนงานที่ 3: การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	5. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ 6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 7. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
แผนงานที่ 4: การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	8. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
<b>2. ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)</b>	
แผนงานที่ 5: การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	9. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ 10. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ
แผนงานที่ 6: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ 13. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 14. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 15. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด 16. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและ การดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน 17. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ 18. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

**แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580**

**ตารางที่ 6 แผนงาน/โครงการ ในระยะที่ 1 ปฏิรูประบบ พ.ศ. 2561-2565 จำนวน 15 แผนงาน 40 โครงการ (ต่อ)**

ยุทธศาสตร์/แผนงาน	โครงการ
แผนงานที่ 6: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ต่อ)	19. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์) 20. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ 21. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง 22. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต 23. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา 24. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ 25. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด 26. โครงการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care) 27. โครงการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ (one day surgery)
แผนงานที่ 7: การพัฒนาระบบบริการการแพทย์- ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	28. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบ การส่งต่อ
แผนงานที่ 8: การพัฒนาตามโครงการเฉลิม- พระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ	29. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (hot zone)
แผนงานที่ 9: อุตสาหกรรมทางการแพทย์	30. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
<b>3. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)</b>	
แผนงานที่ 10: การพัฒนาระบบบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ	31. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ 32. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
<b>4. ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)</b>	
แผนงานที่ 11: การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและ องค์กรคุณภาพ	33. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง 34. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
แผนงานที่ 12: การพัฒนาระบบข้อมูล- สารสนเทศด้านสุขภาพ	35. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ (NHIS) 36. โครงการโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)
แผนงานที่ 13: การบริหารจัดการด้านการเงิน- การคลังสุขภาพ	37. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน 38. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
แผนงานที่ 14: การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม ด้านสุขภาพ	39. โครงการพัฒนางานวิจัย นวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยี ทางการแพทย์
แผนงานที่ 15: การปรับโครงสร้างและ การพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ	40. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

**วิจารณ์**

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ถือเป็นครั้งแรกของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มีการวางยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระยะยาวถึง 20 ปี เพื่อให้ทุกภาคส่วนทำงานอย่างมีเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ จุดยืนองค์กร ค่านิยมองค์กร แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด ที่ชัดเจนร่วมกัน ใช้ระยะเวลากว่า 12 เดือน ใน

การทบทวนข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความเห็นและสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ใช้รูปแบบของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ (1) การวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์ (2) การกำหนดทิศทางขององค์กร (3) การกำหนด

ยุทธศาสตร์ และ 4) การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ การเลือกกระบวนการการจัดทำแผนของ ก.พ.ร. นั้น เพราะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับระบบราชการ ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากการวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์จะเห็นได้ว่าเป็นครั้งแรกของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ได้มีการบรรจุการปฏิรูประบบสาธารณสุขไว้ในมาตรา 258 ซ. ที่เน้นการลดความเหลื่อมล้ำของกองทุนสุขภาพและการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ไว้ในกฎหมายสูงสุดของประเทศ ทำให้การกำหนดทิศทางแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ต้องดำเนินตามทิศทางการปฏิรูปในสองประเด็นนี้

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ การเชื่อมต่อการค้าการลงทุน เป็นสิ่งที่ท้าทายและจะมีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไทยในอนาคต ขณะที่ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทั้งด้านกายภาพ ดิจิทัล และชีวภาพ จะเป็นโอกาสสำคัญในการลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพ ในการดูแลรักษาให้ดีขึ้น

แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ครั้งนี้มีรายละเอียดที่แตกต่างจากแผนยุทธศาสตร์ในอดีตที่ผ่านมา ใน 3 ประเด็น คือ (1) การวางเป้าหมายอย่างชัดเจนในการยืดอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยจาก 74.9 ปี เป็น 85 ปี และการยืดอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีจาก 66.8 ปี เป็น 75 ปี โดยมุ่งเป้าหมายไปที่การลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากสาเหตุที่ป้องกันได้ (premature mortality) (2) การมีเป้าหมายเจ้าหน้าที่มีความสุข เป็นหนึ่งในสามเป้าหมายการดำเนินงาน มียุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศรองรับ เพื่อให้บุคลากรเป็น “คนดี มีคุณค่า มีความผาสุก” และได้กำหนดค่านิยมองค์กรเป็นครั้งแรกของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) เพื่อเป็นตัวขับเคลื่อนงานจากภายในของบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศ ตลอดจนนำเครื่องมือวัดความสุขระดับบุคคล (happinometer) และเครื่องมือวัดความสุขในระดับองค์กรมาใช้เป็นครั้งแรก (3) การมียุทธศาสตร์การ

บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลที่ให้ความสำคัญกับการบริหารด้วยความโปร่งใส การวางรากฐานงานด้านดิจิทัล งานคุณภาพของหน่วยบริการโดยใช้ มาตรฐานรับรองคุณภาพของหน่วยพยาบาลและหน่วยบริหาร รวมทั้งการพัฒนากฎหมายต่าง ๆ ให้ทันสมัย และลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนอีกด้วย

การกำหนดกรอบการดำเนินงานยุทธศาสตร์เป็น 4 ช่วง ๆ ละ 5 ปี คือ ปฏิรูประบบ สร้างความเข้มแข็งสู่ความยั่งยืน และก้าวสู่การเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ประเด็นการก้าวสู่การเป็น 1 ใน 3 ของเอเชียนั้นเป็นประเด็นที่ท้าทายและมีการวิพากษ์วิจารณ์ถึงความเป็นไปได้ ในที่ประชุมผู้บริหารระดับสูงโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้นิยามต่อเรื่องนี้ว่า การเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ไม่ได้หมายความว่าต้องเป็นทั้งระบบสาธารณสุข แต่อาจจะเป็นกิจกรรมที่พัฒนาได้รวดเร็ว เช่น การควบคุมการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ที่เราทำได้เป็นอันดับ 2 ของโลกและดีที่สุดในเอเชีย เป็นต้น เพื่อให้การเป็น 1 ใน 3 ของเอเชียยังเป็นเป้าหมายที่ท้าทาย ขณะเดียวกันก็ต้องเร่งทำงานให้เกิดผลสำเร็จระยะสั้น (small success) ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จอย่างยั่งยืนตามมา

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ครั้งนี้อาจจะมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการดำเนินการ และการเน้นหนักไปในภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก อาจจะขาดหน่วยงานรัฐนอกสังกัด มหาวิทยาลัย ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามาร่วมในตอนเริ่มต้น อย่างไรก็ตามในระยะต่อไปก็สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในระดับแผนงานโครงการเพิ่มเติมได้

ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของฐานข้อมูลสุขภาพที่ยังมีความหลากหลายและไม่เป็นระบบ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในครั้งนี้จึงเลือกใช้ฐานข้อมูลจากแหล่งเดียวจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อความเป็นเอกภาพในการจัดลำดับความสำคัญของแผนงานและโครงการ ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่

ทุกฝ่ายควรให้ความสำคัญในอนาคต เพื่อจะได้มีข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์หรืออื่นๆ ในอนาคต

ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญคือ การที่ทุกภาคส่วนนำแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม รวมทั้งการติดตามประเมินผล ตลอดจนการทบทวนแผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ฉบับนี้ทันสมัยเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในทางปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์กำพล กิจชะระภูมิ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุก ๆ ท่าน

### เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561.
2. พงศธร พอกเพิ่มดี, ธงธน เพิ่มบลดศรี, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, เกษมศานต์ ชัยศิลป์, ทศรัตน์ คงสืบ, นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข, และคณะ. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. พงศธร พอกเพิ่มดี, วิทยา ประมะ, นิชากร ศิริกนกวิไล, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, เกษมศานต์ ชัยศิลป์. จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2559.
4. Tan X, Lui X, Shao H. Healthy China 2030: a vision for health care. Value Health Reg Issues [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 23];12:112-4. Available from: [https://www.ispor.org/docs/default-source/publications/news-letter/commentary\\_health-care\\_china\\_2030.pdf?sfvrsn=3b155d92\\_0](https://www.ispor.org/docs/default-source/publications/news-letter/commentary_health-care_china_2030.pdf?sfvrsn=3b155d92_0)
5. The Japan Vision: Health Care 3035. Japan 2035 - leading the world through health. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2015.
6. พสุ เดชะรินทร์. การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: วิชั่นพรีนซ์แอนดมีเดีย; 2551.
7. World Health Organization Regional Office for Europe. The European health report 2015. Targets and beyond - reaching new frontiers in evidence. Copenhagen: World Health Organization; 2015.
8. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ 134 ตอนที่ 40 ก (ลงวันที่ 6 เมษายน 2560).
9. คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ 133 ตอนที่ 115 ก (ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2559).
10. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ. พระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. 2560. ใน: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2560. หน้า 13-23.
11. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ. การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ ราชกิจจานุเบกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2561.
12. พงศธร พอกเพิ่มดี, ธงธน เพิ่มบลดศรี, ชนินันท์ สนธิไชย, มานิตา พรรณวดี, สมชาย แสงกิจพร, อารี สุทธิอาจ, และคณะ. Health at a glance, Thailand 2017. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
13. เคลาส์ ซวาบ. การปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2561.

14. สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค; 2561.
15. วิชัย เอกพลากร. สถานการณ์และแนวโน้มของสถานะสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง. ใน: วิวัฒน์ ราชพิทยากร, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2559-2560. นนทบุรี: แสงจันทร์การพิมพ์; 2562. หน้า 38-92.
16. พินิจ ฟ้าอำนวยผล. ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย. ใน: วิวัฒน์ ราชพิทยากร, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2559-2560. นนทบุรี: แสงจันทร์การพิมพ์; 2562. หน้า 115-44.
17. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

**Abstract: Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (B.E. 2561-2580)**

**Pongsadhorn Pokpermddee, M.D., M.Sc., Ph.D.**

*Office of Permanent Secretary < Ministry of Public Health, Thailand*

*Journal of Health Science 2020;29:173-86.*

Ministry of Public Health (MOPH) developed the twenty-year national strategic plan for public health B.E. 2561-2580 (2018-2037) to align with the twenty-year national strategy of the government. This strategic plan has been conducted by using the processes of the office of the public sector development commission with the involving of stakeholders. This processes consist of (1) strategic analysis, (2) strategic direction and setting, (3) strategic formulation and (4) strategic implementation. The aim of the national strategic plan is to achieve the goal of “healthier people, happier health care workers, and sustainable health system”; and the vision is “a key health agency that synergizes public and social engagement for the health and well-being of Thai people”. This strategic plan also set up the core values including mastery, originality, people centered and humility. It is primarily built up for 4 strategies of excellence including: (1) promotion, prevention and protection excellence; (2) service excellence; (3) people excellence; and (4) governance excellence. These four strategies consist of 15 workplans and 40 projects, 55 KPIs, with respective goals and measures to ensure efficiency, effectiveness, and cost effectiveness under limited funding and resources. This national strategic plan is divided into four phases: phase 1: system reform, phase 2: system strengthening efforts, phase 3: moving toward sustainability, and phase 4: becoming one of the top three countries in Asia with best health care system. Additionally, the guidelines were also developed to create understanding and educate operational staff at all level about the strategies and key performance indicators (KPIs) so that all these strategies are successfully translated into action. Due to the time constraint, this national strategic plan for public health has some weak points such as limited engagement of private stakeholders and others. Apart from this, a timely effective monitoring and evaluation (M&E) program should also be applied to streamline the operation procedures.

**Keywords:** 20-year national strategic plan for public health; goals; position; vision; mission; core value; 4-excellence strategies