



สารบัญ	หน้าที่	Contents
	Page	
บทบรรณาธิการ		Editorial
นักระบาดวิทยา “พันธุ์ง” โรคโควิด-19 ไม่มีการระบาดรอบสอง วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	381	An Epidemiologist Says “No Second Wave of Coronavirus Disease 2019 in Thailand” Wiwat Rojanapithayakorn
มุมสถิติ		Statistics Corner
การศึกษาความชุก และการหาปัจจัยเสี่ยงในยุคดิจิทัล อรุณ จีรวัดน์กุล	384	Prevalence and Risk Factors Study in Digital Age Aroon Chirawatkul
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
การบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับโรคติดเชื้อ- ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย โดยใช้แบบจำลองข้อมูลจาก Big Data ณัฐธัญญา พัฒนะวานิชนันท์ และคณะ	389	Health Resource Management for COVID-19 Using Big Data Model Nattaya Patanavanichanan, et al.
การสำรวจความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาด วิตามินเอในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ของ จังหวัดชายแดนใต้ พ.ศ.2562 สุวิช ธรรมปาโล และคณะ	400	A Survey on Prevalence and Risk Factors for Vi- tamin A Deficiency among Children Under 5 Years Old in Southern Border Provinces, Thailand, 2019 Suwich Thammapalo, et al.
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อน- วัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย วรวรรณ อัสวกุล	409	Predicting Factors of Mothers on Oral Health Services among Preschool Children in Thailand Worrawan Asawakun
ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน เอื้อจิต สุขพูล และคณะ	419	Effectiveness of Health Literacy and Health Be- havior Development Program for Working People Aurjit Sookpool, et al.

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
นโยบายลดผลกระทบจากการสื่อสารการตลาด ที่มีต่อเด็กอายุน้อยกว่า 16 ปี กัญญาพัชร สุทธิเกษม	430	Policies and Regulations to Reduce the Impact of Food Marketing Communication on Children Aged Below 16 Years <i>Kanyapat Suttikasem</i>
การขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ของสาธารณสุขอำเภอ การวิจัยเชิงคุณภาพ สุดคนึง ฤทธิฤทัย และคณะ	445	Operation of District Public Health Executives in the Three Million - Three Years Anti-Smoking Project (Quit For King): a Qualitative Study <i>Sudkhanoung Ritruetchai, et al.</i>
การพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำ นโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ ณัฐรญา พัฒนะวาณิชนนท์ และคณะ	455	Human Resource Development to Support the Implementation of the Medical Cannabis Policy in Thailand <i>Nattaya Patanavanichanan, et al.</i>
ผลการพัฒนาระบบบูรณาการดูแลคนพิการโดย ใช้ฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เรณู ภาวะดี	467	Development Results of Integrated Disabilities Care by Using Disabled Persons Database CUP, Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province <i>Renu Phawadee</i>
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อม สู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี พิเชษฐ ปัญญาสิทธิ์ และคณะ	478	Laemsing Smart Ageing Model (L-SA Model): Preparedness for Active Aging in Laemsing District, Chanthaburi <i>Pichet Punyasit, et al.</i>
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ภักรินทร์ ชิตดี และคณะ	489	Development of Care Model for Psychiatric Pa- tients at Amnatcharoen Hospital, Ubol Ratchathani Province, Thailand <i>Phakarin Chitdee, et al.</i>



สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง <i>สมเกียรติ พุทธิเสนาธิกรักษ์</i> <i>โสพิศ ปุรินทรภิบาล</i>	497	Factors Affecting Birth of Low Birth Weight Babies of Pregnant Women Attending Antenatal Care in Wang Wiset Hospital, Trang Province <i>Somkiert Phayuhasenarak</i> <i>Sopit Purinthapibal</i>
ผลของการไม่ได้รับวัคซีนหัดต่อการป่วยเป็นโรคหัด ในจังหวัดสงขลา <i>อุทิศศักดิ์ หริรัตนกุล</i>	508	Effect of Not Receiving Measles Vaccines on Measles Illness in Songkhla Province <i>Utissak Harirattanakul</i>
การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการใน พื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี <i>สฤทธิเดช เจริญไชย และคณะ</i>	517	Development of an Integrated Activity Model for Prevention and Control of Dengue Fever in High- Risk Areas of Muang District, Nonthaburi Province <i>Sariddet Charoenchai, et al.</i>
ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบ การจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ ต่อความรู้ทางการเรียน ทักษะการจดบันทึก และความพึงพอใจของผู้เรียน <i>นันทวรรณ ตีระวงศา และคณะ</i>	528	Effect of Cornell Note-Taking on Learning Knowl- edge, Taking Note Skills, and Students' Satisfaction <i>Nanthawan Teerawongsa, et al.</i>
สมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง <i>จักรวาล เรณูรส</i> <i>เสาวคนธ์ วีระศิริ</i>	536	Family Nursing Competency of Student Nurse at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lam- pang, Thailand <i>Chrakrawan Renuros</i> <i>Saovakon Virasiri</i>



สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
กระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยใน สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปัทมา ทองสม และคณะ	547	Graduated Identity Development Process of Col- leges under Praboromaratchanok Institute Juris- diction, Ministry of Public Health <i>Pattama Thongsom, et al.</i>
ปกิณกะ		Miscellany
การประชุม The 3 rd Global Ministerial Conference on Road Safety, Stockholm Waterfront Congress Center กรุง Stockholm ประเทศ Sweden วันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2563 วิทยาชาติบัญชาชัย	561	The 3 rd Global Ministerial Conference on Road Safety, Stockholm Waterfront Congress Center, Sweden <i>Wittaya Chartbunchachai</i>
จดหมายถึงบรรณาธิการ		Letter to Editor
การบูรณาการและการให้ความรู้แก่ Pharmaceutical Supply Chain Partners <i>Sanjeev Kumar Vellore Ranganathan</i>	573	Integrating and Educating Pharmaceutical Supply Chain Partners <i>Sanjeev Kumar Vellore Ranganathan</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.บุษราวรรณ 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 เอกพลาก 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.แสง บุญเฉลิมวิภาส ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	นพ.อรธสิทธิ์ ศรีสุปัติ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี- ทางการแพทย์ กรมการแพทย์	รศ.อรุณ จิรวัดณ์กุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	

ฝ่ายจัดการวารสาร สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

นักระบาดวิทยา “ฟันธง” โรคโควิด-19 ไม่มีการระบาดรอบสอง

โกลาหลกันไปทั้งโลกกับการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือโรคโควิด-19 ตั้งแต่เริ่มมีรายงานครั้งแรกในประเทศจีนเมื่อปลายเดือนธันวาคม 2562 ก็เกิดการระบาดแพร่กระจายไปทั่วโลก ประชาชนเจ็บป่วยล้มตายเป็นจำนวนมากในแทบทุกประเทศ ทั้งๆ ที่วงการแพทย์และสาธารณสุขรู้ล่วงหน้าตั้งแต่เริ่มการระบาด ว่า โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัสตัวใหม่ มีลักษณะคล้ายคลึงกับเชื้อที่เคยพบมาแล้วในการระบาดของโรคทางเดินหายใจรุนแรงอย่างเฉียบพลัน หรือโรค severe acute respiratory syndrome ที่เรียกย่อๆ ว่า SARS เมื่อปี พ.ศ. 2546 ซึ่งในตอนนั้น ก็ทำให้ทั่วโลกตื่นตัวและตื่นกลัวมาแล้ว แต่โรคก็สงบลงในระยะเวลาไม่ถึง 6 เดือน การระบาดของโรค SARS น่าจะช่วยให้ประเทศต่างๆ ได้เรียนรู้ถึงการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคที่เกิดจากเชื้อที่คล้ายคลึงกัน และเกิดอาการของโรคในระบบเดียวกันของร่างกายมนุษย์ คือระบบทางเดินหายใจ แต่ปรากฏว่า การระบาดของไวรัสโคโรนาตัวใหม่นี้ รุนแรงกว่าเก่ามาก และมีความยากลำบากในการป้องกันและควบคุมกว่าโรค SARS หลายร้อยเท่า เกิดปรากฏการณ์ที่ไม่เคยพบเคยเห็นมาก่อนในประวัติศาสตร์สาธารณสุขในรอบ 100 ปี แม้ว่าความร้ายแรงของโรคนี้จะไม่เทียบเท่าโรคไข้หวัดใหญ่สเปน (Spanish Flu) ซึ่งระบาดทั่วโลกเมื่อ 102 ปีมาแล้ว มีผู้ติดเชื้อกว่า 500 ล้านคน (ประมาณ 1 ใน 3 ของพลเมืองโลกในขณะนั้น) และผู้เสียชีวิต 17-50 ล้านคน ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ก่อให้เกิดผล-

กระทบทางสังคมน่านับการ เช่น การปิดเมือง การห้ามเดินทางระหว่างเมืองและระหว่างประเทศ สายการบินแทบทุกสายยกเลิกการบิน การปิดสถานศึกษา การปิดศูนย์การค้า การปิดสถานเริงรมย์ทุกประเภท การงดประชุมสัมมนาต่างๆ การปิดโรงงานอุตสาหกรรม การประกาศภาวะฉุกเฉิน การห้ามออกนอกเคหสถานในยามค่ำคืน เป็นต้น ก่อให้ความเดือดร้อนทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรงต่อประชาชนทั่วทั้งโลก

มีเพื่อนชาวสหรัฐอเมริกาหนึ่ง เคยดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานหนึ่งในองค์การสหประชาชาติ เขามีภรรยาเป็นคนไทย มีบุตร 2 คน ช่วงเกิดการระบาดเพื่อนคนนี้ก็กับภรรยาและบุตรสาวคนเล็กไปอยู่ที่สหรัฐ (ในรัฐที่มีการระบาดรุนแรง) ส่วนบุตรชาย (อายุ 31 ปี) พักอยู่คนเดียวในบ้านพักในปทุมธานี (ใกล้สนามบินดอนเมือง) โดยมีแม่บ้านดูแลด้านอาหารการกิน ต่อมาพบว่า บุตรชายคนนี้ได้รับยาเกินขนาดและเสียชีวิตในบ้าน ไม่มีใครมาดูแลเป็นธุระในการจัดการ เพราะพ่อ-แม่อยู่ที่สหรัฐ ไม่มีเที่ยวบินเดินทางมาประเทศไทย (ถ้ามาได้ก็ต้องถูกกักตัวเพื่อสังเกตอาการอย่างน้อย 14 วัน) ส่วนญาติฝ่ายแม่ซึ่งเป็นคนไทย อยู่ในจังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือ ก็ไม่สามารถเดินทางได้เพราะมีประวัติสัมผัสโรค ต้องถูกกักตัว 14 วัน และถูกห้ามเดินทางออกนอกจังหวัด ครอบครัวนี้เป็นเพียงตัวอย่างเดียวของผู้ได้รับความเดือดร้อนจากมาตรการควบคุมโรค ซึ่งว่ากันว่า มีผู้คนอีกไม่น้อยที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากโรคนี้

จนถึงวันที่ 11 มิถุนายน 2563 องค์การอนามัยโลก

รายงานข่าวว่า ทั่วโลกมีรายงานผู้ติดเชื้อโควิด-19 รวมทั้งสิ้น 7,273,958 ราย และมีผู้เสียชีวิต 413,372 รายกระจายอยู่ 188 ประเทศ (ถึงวันนี้ยังไม่มีรายงานผู้ป่วยจาก 12 ประเทศ คือ เกาหลีเหนือ เติร์กเมนิสถาน และประเทศที่เป็นเกาะเล็ก ๆ อีก 10 ประเทศในมหาสมุทรแปซิฟิก) ประเทศที่ผู้ติดเชื้อสะสมสูงสุดคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา (2,066,401 ราย) รองลงมาคือบราซิล (775,184 ราย) และรัสเซีย (493,657 ราย) เทียบกับประเทศไทยในช่วงเดียวกัน มีผู้ติดเชื้อ 3,125 ราย (อันดับ 85 ของโลก) ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุดคือ สหรัฐอเมริกา (115,130 ราย) รองลงมาคือสหราชอาณาจักร (41,128 ราย) และบราซิล 39,797 ราย) เทียบกับประเทศไทย มีผู้เสียชีวิต 58 ราย (อันดับ 84 ของโลก) ส่วนในทวีปเอเชีย ประเทศที่มีรายงานผู้ติดเชื้อสูงสุดคืออินเดีย 286,579 ราย ตาย 8,102 คน ตามด้วยประเทศจีน 84,652 ราย ตาย 4,645 คน บังกลาเทศ 74,865 ราย ตาย 1,012 คน และสิงคโปร์ 38,965 ราย ตาย 25 คน ตัวเลขเหล่านี้เป็นของวันที่ 11 มิถุนายน 2563 และตัวเลขสถานการณ์ยังคงเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลายประเทศ เช่น บราซิล ซึ่งมีผู้ป่วยรายใหม่ต่อวันมากกว่า 30,000 ราย และผู้เสียชีวิตต่อวันมากกว่า 1,000 ราย

การประเมินสถานการณ์โรคโควิด-19 นอกจากจะดูที่จำนวนผู้ติดเชื้อแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงอัตราการตาย ซึ่งแตกต่างกันมากในระหว่างประเทศ ตั้งแต่ร้อยละ 0.0 (คือไม่เสียชีวิตเลย เช่น ประเทศเวียดนาม มีรายงานผู้ติดเชื้อ 332 คน ไม่มีผู้เสียชีวิต) ประเทศสิงคโปร์ มีผู้ติดเชื้อมาก แต่ไม่ค่อยตาย (ร้อยละ 0.06) ประเทศไทย ร้อยละ 1.9 ไปจนถึงประเทศเบลเยียม (ร้อยละ 16.2) และฝรั่งเศส (ร้อยละ 18.9) สถานการณ์ที่แตกต่างกันนี้มีคำอธิบายที่หลากหลาย เช่น อายุและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย แต่ส่วนสำคัญประการหนึ่งคือ ความเข้มแข็งของระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่สามารถบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยให้รอดชีวิตและหายจากโรค ทั้งยังต้องพยายามควบคุมไม่ให้เชื้อแพร่จากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น รวมทั้งตัวบุคลากรทางการแพทย์เอง

ประเทศไทยได้รับความยอมรับในความสามารถในการควบคุมการระบาดของโรค จากประเทศที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเป็นอันดับสองของโลกเมื่อสิ้นเดือนมกราคม 2563 กลายเป็นอันดับ 85 ทำให้ได้รับความยอมรับในระดับนานาชาติว่ามีความระบอบการควบคุมที่เข้มแข็งเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก และมีการหาคำอธิบายต่างๆ นานาถึงปัจจัยแห่งความเข้มแข็ง โดยสรุปที่ระบบงานระบาดวิทยาและระบบบริการรักษาพยาบาล ว่าเป็นปัจจัยหลักในการควบคุม แท้จริงแล้ว ระบบสุขภาพไทย (ซึ่งมีผู้ติดเชื้อ 3,125 ราย) ไม่ได้เก่งกว่าประเทศสิงคโปร์ (ซึ่งมีผู้ติดเชื้อมากกว่าไทยเกิน 10 เท่า คือ 38,965 ราย) แต่มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการที่ทำให้ประเทศไทยสามารถคุมสถานการณ์ของโรคได้ นั่นคือ

- 1) ความร่วมมือของประชาชนทุกคน (มากกว่า 60 ล้านคน) ในการป้องกันตนเองด้วยการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และการรักษาระยะห่างจากบุคคลอื่น
- 2) ความเข้มแข็งของรัฐบาล และส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดนโยบายควบคุมโรค เช่น การประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตราย การประกาศภาวะฉุกเฉิน การห้ามประชาชนออกนอกบ้าน การปิดสถานศึกษา หรือสถานที่เสี่ยง เป็นต้น
- 3) ความเข้มแข็งของงานระบาดวิทยา (หรือ “นักสืบสาธารณสุข”) ซึ่งดำเนินการสอบสวนโรค การติดตามผู้ป่วย การติดตามผู้สัมผัส วางแนวทางในการแยกและกักกันโรค
- 4) ความเข้มแข็งและความทุ่มเทของบุคลากรด้านการรักษา (หรือ “นักรบชุดขาว”) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ 3-4 พันรายให้หายจากโรค และควบคุมการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น
- 5) ภาคประชาสังคม ได้แก่ ศูนย์การค้าต่างๆ โรงงาน อุตสาหกรรม สถานบันเทิงต่างๆ ร้านอาหาร เป็นต้น ซึ่งเป็นฝ่ายรับผลกระทบจากมาตรการควบคุมโรค แต่ก็ให้ความร่วมมือทำตามนโยบายของรัฐ

ในองค์ประกอบทั้ง 5 นั้น ที่สำคัญที่สุดคือ ประชาชน เพราะไม่ว่าระบบการแพทย์จะเข้มแข็งเพียงใด แต่ก็มิ

ทรัพยากร เช่น จำนวนบุคลากรและจำนวนเตียงจำกัด ถ้าประชาชนไม่ป้องกันตนเองและติดเชื้อมันอย่างแพร่หลายนั้นมัน นับแสนคน ระบบการแพทย์ก็ล้ม สู้ไม่ไหว ต้องปล่อยให้ป่วยให้ตาย อย่างที่พบในประเทศที่พัฒนาแล้วในยุโรป ซึ่งจำเป็นต้องคัดเลือกผู้ป่วย โดยปล่อยให้บุคคลบางประเภท เช่น ผู้สูงอายุ ให้ป่วยและตายไปโดยไม่ให้บริการรักษา

ถึงตอนนี้ สถานการณ์โรคเริ่มคลี่คลาย แต่ความเสียหายยังคงอยู่ และรัฐบาลกำลังพยายาม “ปลดล็อก” เพื่อให้สถานการณ์ทางสังคมกลับคืนมา เช่น เปิดเมือง ยกเลิกคำสั่งห้ามออกนอกเคหสถาน เปิดศูนย์การค้า เปิดสนามบิน เป็นขั้นเป็นตอนตามความเสี่ยง แต่ก็มีความเสี่ยงที่แสดงความกังวลจากนักวิชาการระดับชาติหลายท่าน เป็นห่วงว่าจะมีการระบาดรอบที่ 2 ตามมา เหมือนที่พบในประเทศจีนและญี่ปุ่น ซึ่งเคยคุมสถานการณ์ได้ แล้วกลับมีรายงานผู้ติดเชื้อมาใหม่เป็นระลอก 2 รวมทั้งประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเมื่อตอนกลางเดือนเมษายน ได้รับการขนานนามว่าเป็นประเทศดาวเด่นในการควบคุมโรคโควิด-19 (“Singapore: a Shining Star in COVID-19 Control”) มาตอนนี้มีรายงานผู้ติดเชื้อสูงที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียน

ในฐานะของนักระบาดวิทยาภาคสนามหมายเลข 1 ของประเทศไทย (FETP ID number 1: หมายถึงผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรระบาดวิทยาหมายเลข 1 ของรุ่นที่ 1 ซึ่งเปิดสอนเมื่อปี พ.ศ. 2523) ขอให้ความมั่นใจว่า “ไม่มีการระบาดรอบสองในประเทศไทย” การระบุเช่นนี้อาศัยข้อสังเกตดังนี้

1. ถึงวันนี้ ระบบโครงสร้างการควบคุมโรคโควิด-19 ของรัฐยังมีความเข้มแข็ง มีการติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลา พร้อมทั้งจะประกาศภาวะกวดขันการควบคุมโรคประเภท lock down ได้ทันที

2. พฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนไปแล้ว ทุกวันนี้ การสวมหน้ากากอนามัยกลายเป็นบรรทัดฐานใหม่ของสังคม การตรวจอุณหภูมิของประชาชนก่อนเข้าไปในที่ชุมนุมชน การล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ กลายเป็นความ

เคยชินของประชาชน เมื่อเป็นเช่นนี้ โอกาสการติดเชื้อมันแทบจะไม่มี ในเมื่อเชื้อโรคโควิด-19 เข้าสู่ร่างกายคนทางการจาม ปาก และตา ไม่ได้เข้าทางผิวหนัง การปิดหน้าด้วยหน้ากากอนามัย หรือแผ่นใสปิดหน้า (face shield) ก็น่าจะปิดทางเข้าของเชื้อโรคได้หมด โอกาสการแพร่โรคก็น่าจะลดลงหรือหมดไป

3) ระบบระบาดวิทยาที่เข้มแข็ง ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการควบคุมโรคได้ ระบบดังกล่าวนี้ คือเครือข่ายของนักระบาดวิทยาเท่าที่ผ่านมานักระบาดวิทยาได้ทำหน้าที่อยู่เบื้องหลังทำการเฝ้าระวัง ติดตามผู้ป่วย ค้นหาผู้ติดเชื้อ ค้นหาผู้สัมผัส เป็นกำลังสำคัญในการแยกและกักกันโรค เมื่อพบผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ 1 ราย ระบบนี้ก็จะใช้หลักการของวิชาระบาดวิทยา ดำเนินการควบคุมการแพร่ระบาดโดยทันที

จากข้อสังเกตดังกล่าว ทำให้พอจะ “ฟันธง” ได้ว่า จะไม่มีการระบาดรอบที่ 2 ในประเทศไทย แต่อาจมีการพบผู้ติดเชื้อประปรายเป็นครั้งคราวจากผู้เดินทางมาจากประเทศอื่นซึ่งเป็นเขตติดโรค หรือจากผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ ซึ่งระบบเฝ้าระวังโรคก็จะทำการควบคุมโดยทันที จึงทำให้ประเทศพอจะผ่อนคลายมาตรการลงได้บ้างถ้าสามารถรักษาระดับของข้อสังเกตทั้ง 3 ได้อย่างคงเส้นคงวา

การให้ข้อคิดเห็นเช่นนี้อยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงทางระบาดวิทยา ซึ่งจะเป็นจริงได้นั้น คนไทยทุกคนต้องป้องกันตนเองตามบรรทัดฐานใหม่ทางสังคมอย่างเคร่งครัด ทั้งการสวมหน้ากากอนามัยและการล้างมือ (หรืออีกนัยหนึ่งคือ “การ์ดต้องไม่ตก”) รวมทั้งคอยเฝ้าระวังกรณีมีผู้มีอาการสงสัยเป็นโรค และแจ้งทางเจ้าหน้าที่ทำการตรวจคัดกรองแยกและกักกันโรคโดยทันที แล้วประเทศก็จะบรรเทาปัญหา และกลับสู่ภาวะฟื้นตัวทางเศรษฐกิจและสังคมได้โดยเร็ว

นพ. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

บรรณาธิการ

การศึกษาความชุก และการหาปัจจัยเสี่ยงในยุคดิจิทัล

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

การศึกษาหาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่พบในบทความวิจัยในปัจจุบันส่วนใหญ่ จะใช้ข้อมูลที่เก็บแบบภาคตัดขวางจากเวชระเบียน หรือการสำรวจ โดยมีคำถามหลักเป็นการหาความชุก การคำนวณขนาดตัวอย่างจึงต้องใช้การประมาณค่าความชุก เมื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงมักจะพบว่าขนาดตัวอย่างที่ศึกษา อาจระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีค่า OR สูง ๆ ได้ แต่น้อยเกินไปสำหรับการระบุปัจจัยเสี่ยงให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งหมด

ปัจจุบันข้อมูลจากระบบบริการจัดเก็บลงในระบบดิจิทัลที่สามารถจัดทำรายงานต่าง ๆ ได้แบบทันที (real-time) การหาความชุกจากระเบียนรายงานจึงกลายเป็นส่วนหนึ่งของการรายงานของระบบบริการ ซึ่งสามารถประมวลผลจากทุกรายของประชากรตามช่วงเวลาที่กำหนด การศึกษาความชุกในงานวิจัยอาจไม่ได้เน้นที่ภาพรวม แต่เป็นการวิเคราะห์ความชุกตามกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือพื้นที่ หากกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่พบจริงในประชากรเพื่อนำมาใช้ในการป้องกันหรือจัดระบบบริการ

การศึกษาเรื่องความชุกใช้แบบงานวิจัยเชิงพรรณนามีประชากรการศึกษาประชากรเดียวคือประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (population at risk) ส่วนการหาปัจจัยเสี่ยงใช้แบบงานวิจัยเชิงวิเคราะห์ที่มีประชากรศึกษาสองประชากร คือประชากรที่เป็นโรค และไม่เป็นโรค ในการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยง สัดส่วนของจำนวนคนที่ไม่เป็นโรคและเป็นโรคที่แตกต่างกันมากจะเกิดอคติในการระบุปัจจัยเสี่ยง ข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาความชุกส่วน

ใหญ่มีคนไม่เป็นโรคมากกว่าคนเป็นโรคโดยเฉพาะปัจจุบันโรคที่ต้องศึกษาวิจัยจะมีความชุกต่ำ จากรายงานวิจัยบางการศึกษาอาจพบว่าตัวอย่างคนที่ไม่เป็นโรคและเป็นโรคต่างกันมากกว่า 10-20 เท่า ทำให้การนำตัวอย่างจากการศึกษาความชุกมาหาปัจจัยเสี่ยง มีปัญหาขนาดตัวอย่างที่อาจมีคนเป็นโรคไม่เพียงพอ แต่คนไม่เป็นโรคมียุคนที่แตกต่างกันมาก ทำให้ผลกระทบในการระบุปัจจัยเสี่ยง

จากปัญหาที่พบในงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารภาษาไทยที่ผ่านมา การศึกษาความชุกจะเป็นงานวิจัยขนาดเล็ก มีการใช้ประโยชน์ได้จำกัด ส่วนการศึกษาปัจจัยเสี่ยงศึกษาจากข้อมูลชุดเดียวกันกับที่หาความชุก ก็มีปัญหขนาดตัวอย่างและการควบคุมตัวแปรกวน ทำให้การระบุปัจจัยเสี่ยงทำได้ไม่ถูกต้องครบถ้วน

ในยุคดิจิทัลการศึกษาหาความชุกหรืออุบัติการณ์โรดยังมีประโยชน์หรือไม่ ถ้าพิจารณาการดำเนินการควบคุมโรคในการระบาดของ COVID-19 พบว่าข้อมูลจากระบบดิจิทัลที่ประมวลให้ทราบสถานการณ์อุบัติการณ์โรค แยกตามพื้นที่ กลุ่มคนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สามารถนำไปใช้ในการควบคุมโรคอย่างได้ผล ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ในการศึกษาหาความชุกหรืออุบัติการณ์โรดยังจำเป็นต้องทำ โดยต้องสามารถแยกการเกิดโรคไปกลุ่มคนที่มีปัจจัยเสี่ยง (ต้องมีความรู้ว่าอะไรเป็นปัจจัยเสี่ยงก่อนศึกษา) และพื้นที่ เพื่อใช้ข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรค

ส่วนการศึกษาปัจจัยเสี่ยงยังคงมีความสำคัญ เพราะบริบทสิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนไปตามยุคสมัยย่อมมีผลต่อปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การออกแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ case-control และ cohort ที่สามารถให้คำตอบเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่า cross-sectional analytical study จะช่วยหาปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคของคนไทยได้เฉพาะและมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ปัจจุบันนอกจากฐานข้อมูลจากระบบบริการ แล้วยังมีฐานข้อมูลการสำรวจขนาดใหญ่ และฐานข้อมูลทะเบียนโรค ที่สามารถนำมาทำวิจัยหาคำตอบเรื่องปัจจัยเสี่ยง โรคที่ความชุกหรืออุบัติการณ์ต่ำ นักวิจัยไม่จำเป็นต้องนำข้อมูลทั้งหมดจากฐานข้อมูลมาวิเคราะห์แบบ cross-sectional analytical แต่นักวิจัยสามารถออกแบบเป็น case-control ซึ่งสามารถสุ่มทั้งคนเป็นโรคและไม่เป็นโรคตามจำนวน

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ของแต่ละกลุ่ม จะช่วยให้ได้คำตอบที่มีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น

สรุป

ในยุคดิจิทัลที่มีข้อมูลจำนวนมากพร้อมสำหรับทำวิจัยแบบ observational study เพื่อตอบคำถามความชุกหรืออุบัติการณ์ และปัจจัยเสี่ยง นักวิจัยควรออกแบบการศึกษาแยกกันเพื่อให้ได้คำตอบความชุกจากฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่สามารถแยกเป็นกลุ่มย่อยตามปัจจัยเสี่ยงและพื้นที่ สำหรับการหาปัจจัยเสี่ยงควรออกแบบให้มีขนาดตัวอย่างที่เพียงพอสามารถกำหนดจำนวน case จำนวน control และควบคุมตัวแปรกวนได้ จะช่วยเพิ่มความครอบคลุมของปัจจัยเสี่ยง และความน่าเชื่อถือของผลวิจัย

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยโดยใช้แบบจำลองข้อมูลจาก Big Data

ณัฐธญา พัฒนะวานิชนันท์ วท.บ., พย.ม., ร.ป.ด.*

วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย วท.บ., วท.ม., Ph.D.**

ปณณิกา คงสืบ พย.บ., ศศ.ม.**

เขาวรินทร์ คำหา ส.บ., ส.ม. (ชีวสถิติ)**

รุ่งเรือง กิจผาติ พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ป้องกัน สาธารณสุขวิทยา)*

ศุภกิจ ศิริลักษณ์ พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ป้องกัน), M.P.H.M.***

* สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

** กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

*** สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันรับ: 24 พ.ค. 2563

วันแก้ไข: 29 พ.ค. 2563

วันตอบรับ: 5 มิ.ย. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคาดการณ์ความต้องการทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยโดยใช้แบบจำลองข้อมูลจาก Big Data กลุ่มประชากรคือในเชิงคุณภาพคือผู้เชี่ยวชาญจากกรมวิชาการต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ส่วนเชิงปริมาณเป็นหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการทุกสังกัดทั้งภาครัฐและเอกชน ใช้ระบบรองรับฐานข้อมูลที่จัดทำขึ้น ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยโปรแกรม Microsoft Excel และ STATA ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2563 แบ่งออกเป็นช่วงสถานการณ์ที่มีการระบาดสูงสุด (reproduction number, $R_t=1.8$) และสถานการณ์การระบาดเริ่มคลี่คลาย ($R_t=0.56$) ผลการศึกษาในสถานการณ์ที่มีการระบาดสูงสุดระหว่างวันที่ 5-26 เมษายน 2563 (สัปดาห์ที่ 14-17) พบว่า ความต้องการหน้ากาก N95 และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล มีจำนวน 58,397, 81,735, 116,191 และ 167,710 ชิ้นหรือชุดในแต่ละสัปดาห์ ตามลำดับ ซึ่งจำนวนที่สำรองไว้จะไม่เพียงพอต่อความต้องการในสัปดาห์ที่ 16 และสัปดาห์ที่ 17 และเมื่อมีแผนการจัดหา/จัดซื้อเพิ่มเติม จะมีความเพียงพอต่อความต้องการภายในเดือนเมษายน (สัปดาห์ที่ 14-17) ส่วนความต้องการยา favipiravir เครื่อง ventilator เตียงประเภทหอผู้ป่วยรวมแยกโรค ห้องแยกโรค และห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางอากาศ มีจำนวนที่สำรองไว้เพียงพอต่อความต้องการภายในเดือนเมษายน (สัปดาห์ที่ 14-17) ผลการศึกษาในช่วงสถานการณ์การระบาดเริ่มคลี่คลายระหว่างวันที่ 11 พฤษภาคม - 7 มิถุนายน 2563 (สัปดาห์ที่ 20 - 23) พบว่า ทรัพยากรที่จำเป็นมีจำนวนที่สำรองไว้เพียงพอต่อความต้องการ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีศูนย์ข้อมูล COVID-19 ทั่วประเทศเพื่อจัดเก็บข้อมูลรายงานจำนวนผู้ป่วยและทรัพยากร โดยให้มีการรายงานข้อมูลระดับจังหวัดแบบ real time และควรมีทีมเฉพาะ วิเคราะห์ และคาดการณ์จำนวนผู้ป่วย และแผนการบริหารเตียงและทรัพยากร ทั้งในส่วนกลางและระดับจังหวัด เพื่อให้มีการจัดเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นอย่างพอเพียงและทันต่อความต้องการ

คำสำคัญ: คาดประมาณ; ความต้องการทรัพยากร; โรค COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง corona virus 2 (SARS-CoV-2)⁽¹⁾ เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ทั้งนี้พบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ครั้งแรก ในเมืองหวู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ผลจากการสอบสวนโรคสันนิษฐานว่า เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล และสามารถแพร่กระจายการติดเชื้อจากคนสู่คน⁽²⁾ ข้อมูล ณ วันที่ 10 มกราคม 2563⁽³⁾ พบว่า ประเทศจีนตรวจพบผู้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 15 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต ในขณะที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต ข้อมูล ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2563 ทั่วโลกพบผู้ป่วยใหม่ 81,462 ราย ผู้ป่วยยืนยัน 4,248,389 ราย เสียชีวิต 294,046 ราย⁽⁴⁾ และสถานการณ์ภายในประเทศไทย พบผู้ป่วยใหม่ 7 ราย ผู้ป่วยสะสม 3,009 ราย เสียชีวิต 56 ราย⁽⁵⁾ แสดงให้เห็นว่าโรคนี้อัตราการติดเชื้อสูง พร้อมทั้งมีแนวโน้มการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มสูงขึ้น และมีความรุนแรงถึงเสียชีวิต

สถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการขาดแคลนทรัพยากร โดยเฉพาะอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ในการรองรับผู้ป่วย COVID-19 ทั่วโลก⁽⁶⁾ สาเหตุจากความต้องการที่เพิ่มสูงขึ้น และการจัดหา⁽⁷⁾ ที่ลดลงจากการที่ไม่สามารถผลิตในประเทศได้อย่างเพียงพอ และไม่สามารถจัดหาระหว่างประเทศได้⁽⁸⁾ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับหลายประเทศทั่วโลก⁽⁹⁻¹¹⁾ ซึ่งหากไม่มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อที่ดี จะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อต่อผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น⁽¹²⁾ จากบททบทวนวรรณกรรม พบว่า ทรัพยากรพื้นฐานสำหรับใช้ในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขนั้น ถือเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารภาวะดังกล่าว ทั้งนี้ ในหลายประเทศได้เตรียมการสำรองไว้อย่างเป็นระบบ⁽¹³⁻¹⁶⁾ ทรัพยากรเหล่านั้นประกอบด้วย

1) หน้ากาก N95 (particulate respirators) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่มีความสำคัญมากในการป้องกันการติดเชื้อโรค

ในสถานการณ์ที่ยังไม่มีวัคซีน⁽¹⁷⁾ ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยป้องกันผู้สวมใส่จากการแพร่กระจายของเชื้อโรค⁽¹⁸⁾ โดยองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้หน้ากาก N95 ในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อ COVID-19⁽¹⁹⁾ และจากรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ บ่งชี้ว่าหน้ากาก N95 สามารถป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁰⁾

2) อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (personal protective equipment: PPE) เป็นอุปกรณ์ที่สำคัญในการป้องกันเชื้อโรคในภาวะวิกฤติโรคระบาด มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรทางการแพทย์⁽²¹⁾ และหลายประเทศได้กำหนดให้การสวมใส่ PPE เป็นมาตรการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19⁽²²⁾

3) ยา favipiravir หรือ T-705⁽²³⁾ ซึ่งที่ผ่านมาถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคไวรัสอีโบล่า⁽²¹⁾ โดยมีผลการศึกษาทางคลินิกพบว่ายา favipiravir มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยในการรักษาโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคไวรัสอีโบล่า⁽²⁵⁾

4) เครื่องช่วยหายใจ (ventilator) เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตที่มีระบบหายใจล้มเหลวให้ได้รับออกซิเจน และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่เพียงพอ⁽²⁶⁾ โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้กับผู้ติดเชื้อ COVID-19⁽¹⁹⁾ ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิต⁽²⁷⁾ ในหลายประเทศพบว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรค COVID-19 ปัจจุบันหนึ่งมาจากการขาดแคลน ventilator⁽²⁸⁾

5) เตียงผู้ป่วย เป็นปัจจัยจำเป็นพื้นฐานของการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งกรมการแพทย์จำแนกเป็น 3 ประเภท⁽²⁹⁾ ตามประเภทผู้ป่วยและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย (1) เตียงประเภทหอผู้ป่วยรวมแยกโรค (cohort ward) รองรับผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง (mild) (2) เตียงประเภทห้องแยกโรค (isolation room) รองรับผู้ป่วย pneumonia และ (3) เตียงประเภทห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางอากาศ (airborne infection isolation room

- AIIR) รองรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (severe)

ในประเทศไทย ทรัพยากรทั้ง 5 ประเภทมีอยู่อย่างจำกัด อย่างไรก็ตามในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในครั้งนี้ ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย ต้องได้รับการดูแลจากระบบการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงทรัพยากรที่ใช้ในการป้องกันโรคข้างต้น⁽³⁰⁾

การจัดการทรัพยากรภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ต้องมีการวางแผนบริหารจัดการที่คำนึงถึงความทั่วถึง พอเพียง เป็นธรรม ความจำเป็นต่อการใช้งาน ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลและทันเวลา⁽³¹⁾ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องข้อมูลและข้อเสนอแนะ⁽³²⁾ โดยเฉพาะการคาดการณ์ความต้องการใช้ทรัพยากร เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร⁽³³⁾ กอปรกับความสำคัญของกลไกความต้องการ (demand) และการจัดหา (supply) ข้างต้น ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในภาวะวิกฤตให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด และสร้างแบบจำลองการคาดการณ์ทรัพยากรที่ใช้รองรับผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากร อันนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนวทางในการจัดการทรัพยากรในระดับประเทศต่อผู้บริหารต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในเชิงคุณภาพคือผู้เชี่ยวชาญจากกรมวิชาการต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ส่วนเชิงปริมาณเป็นหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการทุกสังกัด ทั้งภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้การศึกษา เป็นระบบรองรับฐานข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก Excel spread sheet ประกอบด้วยข้อมูล และสูตรการคำนวณทรัพยากรแต่ละประเภทร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น

ขั้นตอนที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยฐานรองรับและนำเข้าข้อมูลที่สร้างขึ้นจากโปรแกรม Microsoft Excel ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2563 แบ่งเป็น

1) ข้อมูลปฐมภูมิ ได้แก่ จำนวนทรัพยากรที่มีในปัจจุบัน จำนวนการจัดซื้อ/จัดหา จากกองสาธารณสุขฉุกเฉิน และกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา องค์การเภสัชกรรม

2) ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ฐานข้อมูลการคาดการณ์ระบาดผู้ติดเชื้อ COVID-19 ของกรมควบคุมโรคใน 2 ช่วงระยะเวลาคือ ระหว่างวันที่ 5 - 26 เมษายน 2563 (สัปดาห์ที่ 14 - 17) และระหว่างวันที่ 11 พฤษภาคม - 7 มิถุนายน 2563 (สัปดาห์ที่ 20 - 23) จำนวนทรัพยากรสำหรับผู้ป่วย COVID-19 จากฐานข้อมูล DMS: COVID-19 ของกรมการแพทย์ และฐานข้อมูล Dashboard ทรัพยากรทางการแพทย์ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 ประชุมกลุ่มร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน และกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดทำวิธีการและสูตรคำนวณความต้องการทรัพยากร

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการคำนวณทางคณิตศาสตร์ด้วยโปรแกรม Microsoft Excel และ STATA โดยมีวิธีการคำนวณทรัพยากร คือหน้ากาก N95 และ PPE กำหนดตามแนวทางการเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล COVID-19 ของกรมการแพทย์⁽²⁹⁾ ให้ใช้ หน้ากาก N95 และ PPE จำนวน 15 ชิ้น ต่อ ผู้ป่วย 1 คน ต่อ 1 วัน ตามระยะเวลาการใช้ที่สอดคล้องกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย ในผู้ป่วย 3 ประเภท ได้แก่

(1) Mild วันนอนโดยเฉลี่ย 14 วัน (2) Pneumonia วันนอนโดยเฉลี่ย 28 วัน และ (3) Severe วันนอนโดยเฉลี่ย 42 วัน ยา favipiravir กำหนดตามแนวทางของกรมการแพทย์⁽²⁹⁾ ให้ใช้ 70 เม็ดต่อผู้ป่วย 1 คนต่อ course (วันที่ 1 ให้ 8 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง วันถัดไปจำนวน 9 วัน 3 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง) ในผู้ป่วยประเภท pneumonia และ severe เครื่อง ventilator กำหนดให้ใช้งาน 1 เครื่องต่อผู้ป่วย 1 คน ในผู้ป่วยประเภท Severe และเตียงในการรองรับผู้ติดเชื้อ COVID-19 ทั้ง 3 ประเภท คือ (1) เตียงประเภทหอผู้ป่วยรวมแยกโรครองรับผู้ป่วย mild (2) เตียงประเภทห้องแยกโรครองรับผู้ป่วย pneumonia และ (3) เตียงประเภทห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อทางอากาศรองรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง โดยนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปแบบตาราง และกราฟเส้นที่แสดงถึงแนวโน้มของสถานการณ์ความต้องการและการสำรอง

ขั้นตอนที่ 5 สรุปผลการศึกษาและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ต่อผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของทรัพยากรในสถานการณ์ที่มีการระบาดสูงสุด ค่า basic reproductive number (R_t) = 1.80 คือ ระหว่างวันที่ 5 - 26 เมษายน 2563 (สัปดาห์ที่ 14 - 17) (ตารางที่ 1)

1.1 ผลการคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของหน้ากาก N95 พบว่า มีความต้องการ (demand) จำนวน 58,397, 81,735, 116,191 และ 167,710 ชิ้น ในสัปดาห์ที่ 14 - 17 ตามลำดับ สามารถอธิบายสถานการณ์ความเพียงพอต่อความต้องการได้เป็น 2 ฉากทัศน์คือ

ฉากทัศน์ที่ 1 กรณีไม่มีแผนการจัดหาหรือจัดซื้อเพิ่มเติม พบว่า มีการสำรองในสัปดาห์ที่ 14 จำนวน 213,883 ชิ้น และมีจำนวนสุทธิหลังใช้ไปแล้วตามจำนวนความต้องการในสัปดาห์ที่ 15 - 16 เท่ากับ 155,486 และ 73,751 ชิ้น โดยในสัปดาห์ที่ 17 การสำรองจะไม่เพียงพอ

ตารางที่ 1 การคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของทรัพยากร ในช่วงการระบาดที่มีค่า $R_t=1.80$ คือ ระหว่างวันที่ 5 - 26 เมษายน 2563 (สัปดาห์ที่ 14 - 17)

การคาดประมาณ	สัปดาห์ที่ 14	สัปดาห์ที่ 15	สัปดาห์ที่ 16	สัปดาห์ที่ 17
N95 (ชิ้น)				
ความต้องการ	58,397	81,735	116,191	167,710
การสำรอง	213,883	155,486	73,751	-42,440
แผนจัดหา/จัดซื้อเพิ่มเติม	-	1,491,486	1,409,751	1,293,560
PPE (ชุด)				
ความต้องการ	58,397	81,735	116,191	167,710
การสำรอง	123,221	64,824	-16,911	-133,102
แผนจัดหา/จัดซื้อเพิ่มเติม	-	1,714,824	1,633,089	1,516,898
ยา favipiravir (เม็ด)				
ความต้องการ	630	882	1,253	1,808
การสำรอง	13,588	12,958	12,076	10,823
แผนจัดหา/จัดซื้อเพิ่มเติม	-	152,958	152,076	150,823
Ventilator (เครื่อง)				
ความต้องการ	9	13	18	26
การสำรอง	10,184	10,184	10,184	10,184

ตารางที่ 1 การคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของทรัพยากร ในช่วงการระบาดที่มีค่า Rt = 1.80 คือ ระหว่างวันที่ 5 - 26 เมษายน 2563 (สัปดาห์ที่ 14 - 17) (ต่อ)

การคาดประมาณ	สัปดาห์ที่ 14	สัปดาห์ที่ 15	สัปดาห์ที่ 16	สัปดาห์ที่ 17
เตียงประเภท cohort ward (เตียง)				
ความต้องการ	215	301	428	618
การสำรอง	5,427	5,427	5,427	5,427
เตียงประเภท isolation room (เตียง)				
ความต้องการ	91	130	183	260
การสำรอง	3,166	3,166	3,166	3,166
เตียงประเภท AIIR (เตียง)				
ความต้องการ	26	37	53	76
การสำรอง	2,261	2,261	2,261	2,261

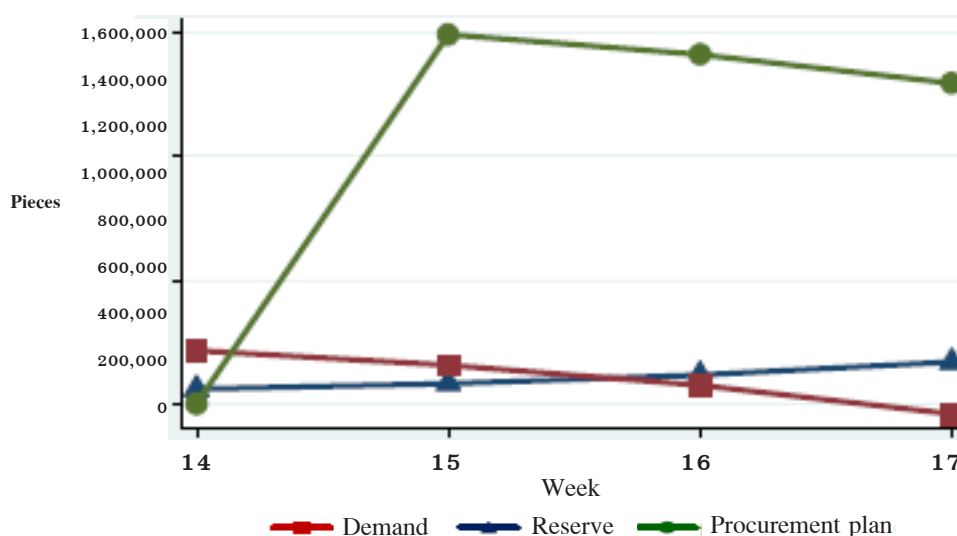
ต่อความต้องการอยู่ที่จำนวน 42,440 ชิ้น (ดังตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาในภาพที่ 1 พบว่า แนวโน้มความต้องการ (demand) มีลักษณะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนแนวโน้มการสำรอง (reserve) มีลักษณะลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยพบจุดตัดระหว่างสัปดาห์ที่ 15 - 16 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่จำนวนความต้องการเริ่มสูงกว่าจำนวนการสำรอง

ฉากทัศน์ที่ 2 กรณีมีแผนการจัดหาหรือจัดซื้อเพิ่มเติม พบว่า มีแผนในการจัดหาหรือจัดซื้อเพิ่มเติมจากประเทศจีน จำนวน 1,336,000 ชิ้น โดยกำหนดส่งมอบในสัปดาห์ที่ 15 ส่งผลให้สถานการณ์การสำรองในสัปดาห์ที่ 15 -

17 เท่ากับ 1,491,486, 1,409,751 และ 1,293,560 ชิ้น ตามลำดับ (ตารางที่ 1) และเมื่อพิจารณาในภาพที่ 1 พบว่า เส้น demand ที่ถูกปรับเป็นเส้น procurement plan และเส้น reserve มีระยะห่างไม่พบจุดตัด อธิบายได้ว่าการสำรองยังคงมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการ

1.2 ผลการคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของ PPE พบว่า มีความต้องการ (demand) จำนวน 58,397, 81,735, 116,191 และ 167,710 ชุด ตามลำดับ สามารถอธิบายสถานการณ์ความเพียงพอต่อความต้องการได้เป็น 2 ฉากทัศน์คือ

ภาพที่ 1 แนวโน้มความต้องการและการสำรอง N95 ภายในเดือนเมษายน 2563 (Rt = 1.80)



การบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย

ฉากทัศน์ที่ 1 กรณีไม่มีการจัดหาหรือจัดซื้อเพิ่มเติม พบว่า มีการสำรองในสัปดาห์ที่ 14 จำนวน 123,221 ชุด และมีจำนวนสุทธิหลังใช้ไปแล้วตามจำนวนความต้องการในสัปดาห์ที่ 15 เท่ากับ 64,824 ชุด โดยในสัปดาห์ที่ 16 การสำรองจะไม่เพียงพอต่อความต้องการอยู่ที่ จำนวน 16,911 ชุด และเพิ่มเป็นจำนวน 133,102 ชุด ในสัปดาห์ที่ 17 (ดังตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาในภาพที่ 2 พบว่า แนวโน้มความต้องการ (demand) มีลักษณะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนแนวโน้มการสำรอง (reserve) มีลักษณะลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยพบจุดตัดระหว่างสัปดาห์ที่ 14 - 15 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่จำนวนความต้องการเริ่มสูงกว่าจำนวนการสำรอง

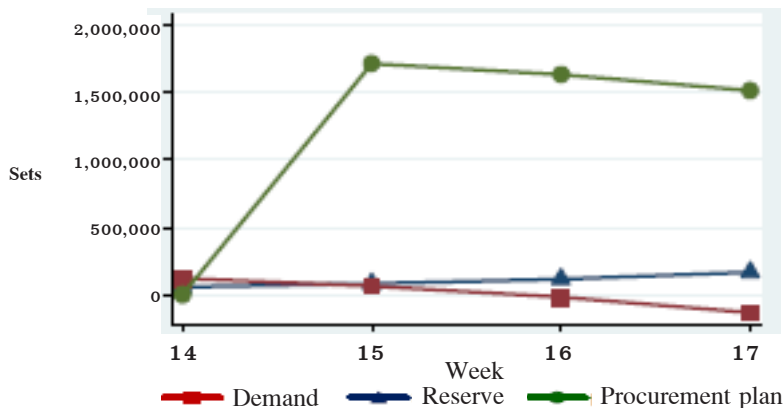
ฉากทัศน์ที่ 2 กรณีมีแผนการจัดหาหรือจัดซื้อเพิ่มเติม พบว่า มีแผนในการจัดหาหรือจัดซื้อเพิ่มเติมจากประเทศ-

จีน จำนวน 1,650,000 ชุด โดยกำหนดส่งมอบในสัปดาห์ที่ 15 ส่งผลให้สถานการณ์การสำรองในสัปดาห์ที่ 15 - 17 เท่ากับ 1,714,824, 1,633,089 และ 1,516,898 ชุด ตามลำดับ (ตารางที่ 1) และเมื่อพิจารณาในภาพที่ 2 พบว่า เส้น demand ที่ถูกปรับเป็นเส้น procurement plan และเส้น reserve มีระยะห่างไม่พบจุดตัด อธิบายได้ว่าการสำรองยังคงมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการ

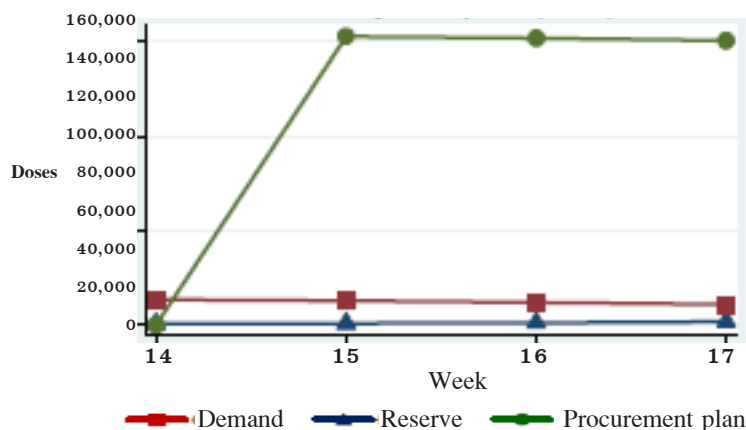
1.3 ผลการคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของยา favipiravir พบว่า เส้น demand และเส้น reserve มีระยะห่างไม่พบจุดตัด อธิบายได้ว่าการสำรองยังคงมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการภายในเดือนเมษายน (ภาพที่ 3)

1.4 ผลการคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของเครื่อง ventilator เตียง ประเภท cohort ward

ภาพที่ 2 แนวโน้มความต้องการและการสำรอง PPE ภายในเดือนเมษายน 2563 (Rt=1.80)



ภาพที่ 3 แนวโน้มความต้องการและการสำรอง ยา favipiravir ภายในเดือนเมษายน 2563 (Rt=1.80)



เตียง ประเภท isolation room เตียง ประเภท AIIR พบว่า เส้น demand และเส้น reserve มีระยะห่าง ไม่พบจุดตัด อธิบายได้ว่าการสำรองยังคงมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการภายในเดือนเมษายน

ส่วนที่ 2 ผลการคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของทรัพยากรในช่วงสถานการณ์การระบาดเริ่มคลี่คลาย ค่า $R_t=0.56$ คือ ระหว่างวันที่ 11 พฤษภาคม - 7 มิถุนายน 2563 (สัปดาห์ที่ 20 - 23)

2.1 ผลการคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของ N95, PPE และยา favipiravir พบว่า

เพียงพอ (ตารางที่ 2) และเส้น demand และเส้น reserve มีระยะห่าง ไม่พบจุดตัด อธิบายได้ว่าการสำรองยังคงมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการภายในเดือนพฤษภาคม (ภาพที่ 4 -6)

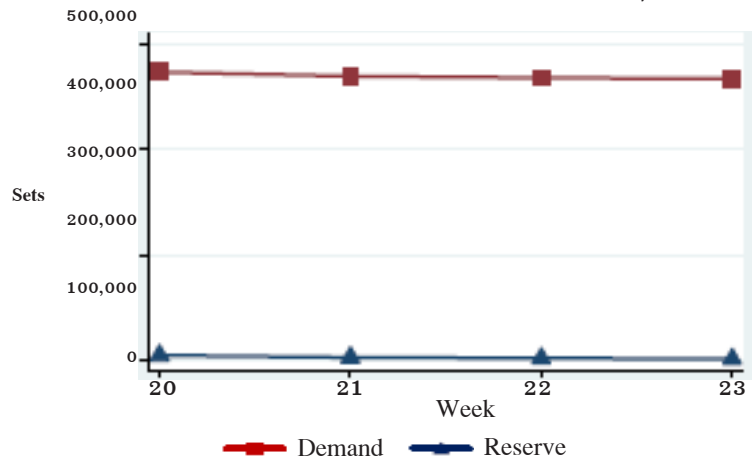
2.2 ผลการคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของเครื่อง ventilator เตียงประเภท cohort ward เตียงประเภท isolation room เตียงประเภท AIIR พบว่าเพียงพอ (ตารางที่ 2) และเส้น demand และเส้น reserve มีระยะห่างไม่พบจุดตัด อธิบายได้ว่าการสำรองยังคงมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการภายในเดือนพฤษภาคม

ตารางที่ 2 การคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของทรัพยากร ในช่วงการระบาดที่มีค่า $R_t = 0.56$ คือ ระหว่างวันที่ 11 พฤษภาคม - 7 มิถุนายน 2563 (สัปดาห์ที่ 20 - 23)

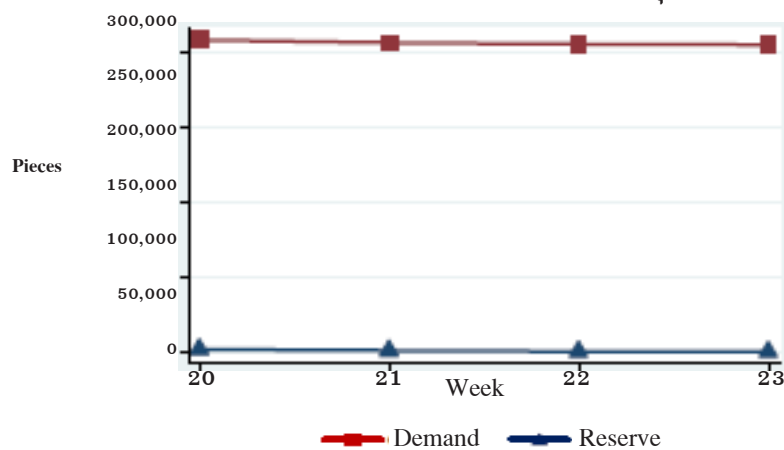
การคาดประมาณ	สัปดาห์ที่ 20	สัปดาห์ที่ 21	สัปดาห์ที่ 22	สัปดาห์ที่ 23
N95 (ชิ้น)				
ความต้องการ	3703	1778	853	410
การสำรอง	416,853	413,150	411,372	410,518
PPE (ชุด)				
ความต้องการ	3703	1778	853	410
การสำรอง	274,308	270,605	268,827	267,973
ยา favipiravir (เม็ด)				
ความต้องการ	198	95	46	22
การสำรอง	128,234	128,036	127,942	127,896
Ventilator (เครื่อง)				
ความต้องการ	1	0	0	0
การสำรอง	7,093	7,093	7,093	7,093
เตียงประเภท cohort ward (เตียง)				
ความต้องการ	42	17	8	4
การสำรอง	492	492	492	492
เตียงประเภท isolation room (เตียง)				
ความต้องการ	39	16	9	5
การสำรอง	1,477	1,477	1,477	1,477
เตียงประเภท AIIR (เตียง)				
ความต้องการ	43	24	13	6
การสำรอง	174	174	174	174

การบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย

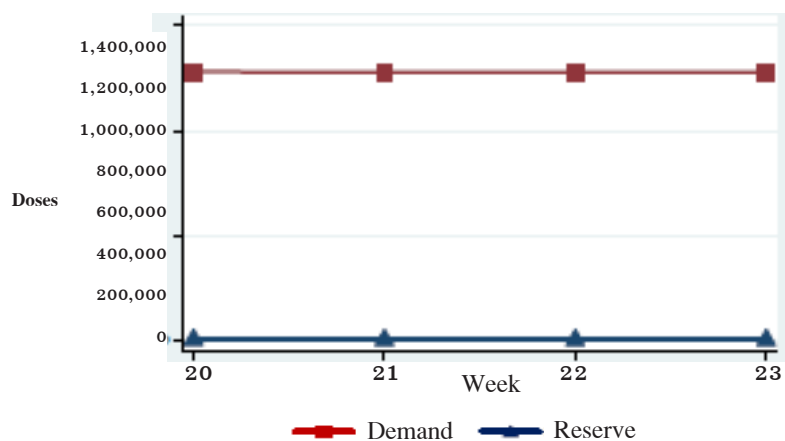
ภาพที่ 4 แนวโน้มความต้องการและการสำรอง PPE ภายในเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2563 ($R_t=0.56$)



ภาพที่ 5 แนวโน้มความต้องการและการสำรอง N95 ภายในเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2563 ($R_t=0.56$)



ภาพที่ 6 แนวโน้มความต้องการและการสำรอง ยา favipiravir ภายในเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2563 ($R_t=0.56$)



วิจารณ์

การคาดประมาณทรัพยากรสำหรับการป้องกันโรค COVID-19 ในครั้งนี้ เป็นการคาดประมาณด้วยการคำนวณทางคณิตศาสตร์ โดยใช้ข้อมูลการคาดการณ์ระบาดผู้ติดเชื้อ COVID-19 ของกรมควบคุมโรคเป็นฐาน ด้วยเป็นหน่วยงานที่รวบรวมข้อมูลด้านระบาดวิทยาของประเทศ และคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง โดยใช้จำนวนผู้ป่วยรายใหม่จริงย้อนหลังมาวิเคราะห์หาแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยในอนาคต จึงมีความแม่นยำมากกว่าการคาดประมาณจากหน่วยงานอื่น แต่ทั้งนี้ยังพบข้อจำกัดบางประการเนื่องจากการคาดการณ์ระบาดผู้ติดเชื้อ COVID-19 ดังกล่าวเป็นการคำนวณโดยใช้แบบจำลองทางสถิติด้วยเทคนิค compartmental model บนพื้นฐานของข้อมูลธรรมชาติของโรคและระบาดวิทยาที่มีในปัจจุบัน ยังไม่ได้พิจารณาปัจจัยการป้องกันควบคุมโรคและการรักษาในอนาคต เช่น การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร การใช้ยา มาตรการต่างๆ ในการป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามมาตรการของประชาชน เป็นต้น แสดงให้เห็นจากจำนวนผู้ป่วยสะสมจริงและผู้ป่วยจากการคาดการณ์ที่มีจำนวนแตกต่างกันซึ่งในช่วงสัปดาห์ที่ 14 - 17 ($R_t=1.8$) มีจำนวน 1,637 คน และ 9,214 คน ตามลำดับ และในช่วงสัปดาห์ที่ 20 - 23 ($R_t=0.56$) มีจำนวน 97 คน และ 3,714 คน ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เฉพาะช่วงเวลาและปัจจัยทางระบาดวิทยาในขณะนั้น ซึ่งการนำไปใช้ในระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อความแม่นยำและมีความคลาดเคลื่อนจากสถานการณ์การเกิดโรคจริงในอนาคตได้ การศึกษานี้ จึงคาดประมาณทรัพยากรใน 2 ช่วงเวลา คือ ช่วงสถานการณ์ที่สามารถชะลอการระบาดได้พอสมควร ($R_t=1.80$) และช่วงที่สถานการณ์ระบาดเริ่มคลี่คลาย ($R_t=0.56$) เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์จริง และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้สูงสุด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากในภาวะ

วิกฤติของการแพร่ระบาดของโรคทุกหน่วยงานให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพราะเป็นงานจำเป็นเร่งด่วนของรัฐบาล แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น แหล่งข้อมูลทุติยภูมิมีหลายแหล่ง พบปัญหาด้านความครบถ้วนสมบูรณ์และทันเวลา การบริหารจัดการฐานข้อมูล มีลักษณะแยกส่วนตามหน่วยแต่ละงาน ยังขาดการบูรณาการข้อมูล ผู้วิจัยจึงต้องตรวจสอบและสอบทานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยความระมัดระวัง

ผลการคาดประมาณความต้องการและความเพียงพอของทรัพยากร ในช่วงการระบาดสูงที่มีค่า $R_t=1.80$ คือ ระหว่างวันที่ 5 - 26 เมษายน 2563 (สัปดาห์ที่ 14-17) พบว่าสถานการณ์การสำรองของ PPE และหน้ากาก N95 จะไม่เพียงพอต่อความต้องการในสัปดาห์ที่ 16 และ 17 ตามลำดับ PPE และหน้ากาก N95 เป็นอุปกรณ์ที่สำคัญในการป้องกันเชื้อโรคในภาวะวิกฤติโรคระบาด และป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรทางการแพทย์ แต่ถึงแม้จะมีแผนจัดซื้อเพิ่มเติมอยู่แล้วหากมีการจัดส่งไม่เป็นไปตามเวลาที่กำหนด จะส่งผลให้การสำรองไม่เพียงพอต่อความต้องการภายในเดือนเมษายน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดทำแผนสำรองเพื่อลดความเสี่ยง เนื่องจากทั่วโลกมีความขาดแคลนจากความต้องการใช้ทรัพยากรในภาวะวิกฤติ ในขณะที่ทรัพยากรมีจำกัด อาจเกิดการช่วงชิงทรัพยากรและมีอุปสรรคจากการขนส่งระหว่างประเทศ อีกทั้งควรเร่งกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพพอเพียง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากรเป็นหลัก เช่น มาตรการป้องกันควบคุมโรค การรักษา การขอรับการสนับสนุนและระดมทรัพยากรจากภาคส่วนต่างๆ การกำหนดเกณฑ์การใช้ที่มีประสิทธิภาพและนำกลับมาใช้ใหม่ การจัดเตียงผู้ป่วยประเภท cohort ward จะส่งผลให้การสำรองทรัพยากรมีความเพียงพอต่อความต้องการภายในเดือนเมษายน แสดงให้เห็นว่าแนวทางการจัดหาหรือจัดซื้อเพิ่มเติมที่สอดคล้องกับความต้องการในอนาคตจากการคาดการณ์ทรัพยากรที่ใช้รองรับผู้ป่วยโรค COVID-19 มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ในขณะเดียวกันต้องมีแผนบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความจำเป็นต่อการใช้งาน และต้นทุนเวลาในภาวะวิกฤติด้านสุขภาพ

ในสถานการณ์การสำรวจของยา favipiravir พบว่าการสำรวจมีความเพียงพอต่อความต้องการตลอดเดือน เมษายน หากแต่ปัจจุบันกำหนดแนวทางการใช้ยา favipiravir เฉพาะในผู้ป่วยประเภท severe และ pneumonia ซึ่งยังคงมีจำนวนน้อย ทั้งนี้หากในอนาคตมีการพิจารณาแนวทางการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยประเภทอื่นด้วย อาจส่งผลต่อความเพียงพอได้ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข ควรทบทวนและประเมินสถานการณ์ความเพียงพอของทรัพยากร และจัดทำแนวทางในการบริหารจัดการ รวมทั้งวางแผนการจัดหาหรือจัดซื้อเพิ่มเติมเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ ส่วนสถานการณ์การสำรวจของเครื่อง ventilator และเตียงรองรับ COVID-19 ทั้งประเภท cohort ward ประเภท isolation และประเภท AIIR พบว่า มีความเพียงพอต่อความต้องการภายในเดือนเมษายน แต่หากในอนาคตจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ความเพียงพอได้ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรมีการวางแผนบริหารจัดการเตียงในหน่วยบริการสาธารณสุข กล่าวคือ ควรมีการจัดตั้งคณะทำงานในระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด เพื่อให้สามารถบูรณาการทรัพยากรภายในเขตสุขภาพได้อย่างพอเพียง

ผลการคาดการณ์ความต้องการและความเพียงพอของทรัพยากร ในช่วงการระบาดเริ่มคลี่คลายที่มีค่า $R_t = 0.56$ คือ ระหว่างวันที่ 11 พฤษภาคม - 7 มิถุนายน 2563 (สัปดาห์ที่ 20 - 23) พบว่า สถานการณ์การสำรวจ PPE และหน้ากาก N95 มีความเพียงพอ เนื่องจากเป็นช่วงที่สถานการณ์การระบาดเริ่มคลี่คลาย จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลง อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ของโรคก็ยังมีโอกาสที่จะกลับมาระบาดได้อีก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมการบริหารจัดการทรัพยากร เพื่อรองรับสถานการณ์ต่อไป ทั้งนี้ในหลายประเทศ เช่น ตุรกี⁽³⁴⁾ และแคนาดา⁽³⁵⁾ ได้มีการจัดทำคู่มือสำหรับการใช้งาน PPE

และหน้ากาก N95 ในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด และในสหรัฐอเมริกา ได้มีข้อเสนอแนะสำหรับแก้ปัญหาการขาดแคลน โดยใช้หลักการ 3R's (reduce, refine และ replace) คือ ลดการใช้ที่ไม่จำเป็น การนำกลับมาใช้ใหม่ และค้นหาวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่ทำให้เกิดการกระจายของละอองจากสารคัดหลั่ง⁽³⁶⁾ แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ PPE และหน้ากาก N95 จะมีความขาดแคลน แต่ต้องไม่ละเลยต่อความปลอดภัยของบุคลากรในประเทศเดนมาร์ก ได้มีการกำหนดแนวทางสำหรับการผ่อนปรนมาตรการ ซึ่งการจัดการ PPE ให้เพียงพอต่อบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก⁽³⁷⁾ ในส่วนของผลการคาดการณ์ความต้องการและความเพียงพอของยา favipiravir พบว่า การสำรวจยังคงมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการ ผลการคาดการณ์ความต้องการและความเพียงพอของเครื่อง ventilator เตียงรองรับ COVID-19 ประเภท cohort ward ประเภท isolation room ประเภท AIIR พบว่า ในระยะเวลาดังกล่าว การสำรวจยังคงมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการ ซึ่งเป็นผลมาจากการเตรียมการสำรวจของหน่วยบริการสาธารณสุข และจากสถานการณ์การระบาดเริ่มคลี่คลาย จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลง แต่การเตรียมการเพื่อรองรับการระบาดที่อาจเกิดขึ้นได้อีกนั้น เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ ดังที่พบในสถานการณ์ COVID-19 ระบาด ว่าในประเทศที่มีระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ เช่น สหรัฐอเมริกา อิตาลี ฮังการี สิงคโปร์ และญี่ปุ่น ล้วนประสบปัญหาข้อจำกัดของเตียง และ ICU ประเภท AIIR ทั้งสิ้น⁽²⁸⁾ และในการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ ควรคำนึงถึงหลักจริยธรรมพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความเสมอภาค การรักษาชีวิตให้ได้มากที่สุด และการคุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข⁽³⁸⁾ รวมถึงความประหยัด ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและความคุ้มค่า⁽³⁰⁾ และควรมีการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้อง ICU หรือห้อง AIIR ด้วย เนื่องจากเป็นบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงและพบการติดเชื้อในบุคลากรกลุ่มนี้ค่อนข้างมาก⁽³⁹⁾

ทั้งนี้การใช้หน้ากาก N95 และ PPE ในหน่วยบริการสาธารณสุข อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ จำนวนผู้ป่วย จำนวนบุคลากร จำนวนทีม ระยะเวลาการนอน ประเภทของผู้ป่วย กิจกรรมรักษาพยาบาล ประเภทและจำนวนหอผู้ป่วยรองรับ COVID-19

ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นข้อเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงในที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center) กรณีโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย เพื่อเตรียมความพร้อมจัดหาทรัพยากรระดับประเทศให้เพียงพอต่อความต้องการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

2. เป็นแผนความต้องการทรัพยากรในภาวะวิกฤติที่มีความแม่นยำและเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เสนอผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขนำเสนอต่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการจัดหาให้เพียงพอและทันเวลา

3. เสนอเป็นต้นแบบการบริหารจัดการในระดับนานาชาติผ่านองค์การอนามัยโลก เพื่อเตรียมความพร้อมประยุกต์ให้เหมาะกับบริบทแต่ละประเทศเพื่อรองรับสถานการณ์วิกฤติด้านสุขภาพในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูล COVID-19 ทั่วประเทศ (COVID-19 data Center) เพื่อจัดเก็บข้อมูลรายงานจำนวนผู้ป่วย และทรัพยากรโดยให้มีการรายงานข้อมูลระดับจังหวัด แบบ real time และมีทีมเฉพาะในการวิเคราะห์ คาดประมาณจำนวนผู้ป่วย และแผนการบริหารเตียงและทรัพยากร

2. การบริหารจัดการทรัพยากร ควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อจำนวน/อัตราการใช้ทรัพยากร เพื่อให้การบริหารจัดการทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะการใช้ทรัพยากรแต่ละประเภท เช่น อัตราการใช้หน้ากาก N95 หรือ PPE ในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในสถานบริการ
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารทรัพยากรและการวิเคราะห์ต้นทุนของทรัพยากรที่ใช้สำหรับรองรับผู้ติดเชื้อ COVID-19

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างสูง รวมทั้งกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา องค์การเภสัชกรรม กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กองบริหารการสาธารณสุข และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุก ๆ ท่าน ที่ให้การสนับสนุนให้การศึกษสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Singhal T. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). Indian J Pediatr 2020;87(4):281-6.
2. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. J Autoimmun 2020;109(26):102433.
3. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ฉบับที่ 7 วันที่ 10 มกราคม 2563. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2563.
4. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2020 [cited 2020 May 14]. Available from: <https://covid19.who.int/>
5. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ฉบับที่ 77 วันที่ 21 มีนาคม 2563. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2563.

6. Conti P, Gallenga CE, Tetè G, Caraffa A, Ronconi G, Younes A, et al. How to reduce the likelihood of coronavirus-19 (CoV-19 or SARS-CoV-2) infection and lung inflammation mediated by IL-1. *J Biol Regul Homeost Agents* 2020;34(2):23812.
7. Yorio PL, Rottach DR, Dubaniewicz M. Quality assurance sampling plans in US stockpiles for personal protective equipment. *Health Secur* 2019;17(2):140-51.
8. Clarke AL. 3D printed circuit splitter and flow restriction devices for multiple patient lung ventilation using one anaesthesia workstation or ventilator [Internet] 2020 [cited 2020 Apr 8]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/anae.15063>
9. Wang X, Zhang X, He J. Challenges to the system of reserve medical supplies for public health emergencies: reflections on the outbreak of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic in China. *Biosci Trends* 2020;14(1):3-8.
10. Ranney ML, Griffith V, Jha AK. Critical supply shortages - the need for ventilators and personal protective equipment during the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med* 2020;382(18):41.
11. Bong CL, Brasher C, Chikumba E, McDougall R, Mellin-Olsen J, Enright A. The COVID-19 pandemic: effects on low and middle-income countries. *Anesthesia & Analgesia* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 8] Published ahead of print. Available from: <https://iars360.iars.org/app/covid/2149cd52-41f0-559b-953a-56399876ca4f/the-covid-19-pandemic-effects-on-low-and-middle-income-countries/>
12. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: an overview. *J Chin Med Assoc* 2020;83(3):217-20.
13. US Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response. US centers for disease control and prevention Strategic National Stockpile (SNS) [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 8]. Available from: <https://www.phe.gov/about/sns/Pages/default.aspx>
14. Government of Canada. National emergency strategic stockpile. [Internet]. 2004 [cited 2020 Apr 9]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/emergency-preparedness-response-national-emergency-strategic-stockpile/application-form-legacy-items.html>
15. Ministry of Health, Singapore. Pandemic readiness and response plan for influenza and other acute respiratory diseases [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 9]. Available from: <https://www.moh.gov.sg/diseases-updates/being-prepared-for-a-pandemic>
16. Chen YJ, Chiang PJ, Cheng YH, Huang CW, Kao HY, Chang CK, et al. Stockpile model of personal protective equipment in taiwan. *Health Secur* 2017;15(2):170-4.
17. Long Y, Hu T, Liu L, Chen R, Guo Q, Yang L, et al. Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks against influenza: a systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Med* 2020;188(8):567-74.
18. Zhiqing L, Yongyun C, Wenxiang C, Mengning Y, Yuanqing M, Zhenan Z, et al. Surgical masks as source of bacterial contamination during operative procedures. *J Orthop Translat* 2018;14:57-62.
19. Chughtai AA, Seale H, Islam MS, Owais M, Macintyre CR. Policies on the use of respiratory protection for hospital health workers to protect from coronavirus disease (COVID-19). *Int J Nurs Stud* 2020;105:103567.
20. Bartoszko JJ, Farooqi MAM, Alhazzani W, Loeb M. Medical masks vs N95 respirators for preventing COVID-19 in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Influenza Other Respir Viruses* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 8]; DOI:10.1111/irv.12745. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32246890/>
21. Thomas JP, Srinivasan A, Wickramarachchi CS, Dheshi PK, Hung YM, Kamath AV. Evaluating the national PPE guidance for NHS healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Clinical Medicine* 2020;20(3):242-7.

22. Zhang B, Zhai R, Ma L. COVID-19 epidemic: skin protection for health care workers must not be ignored. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 8];10.1111/jdv.16573. doi: 10.1111/jdv.16573. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32358808/>
23. Lu CC, Chen MY, Chang YL. Potential therapeutic agents against COVID-19: what we know so far. *J Chin Med Assoc* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 8];10.1097/JCMA.000000000000318. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32243270/>
24. Delang L, Abdelnabi R, Neyts J. Favipiravir as a potential countermeasure against neglected and emerging RNA viruses. *Antiviral Res* 2018;153:85–94.
25. Dong L, Hu S, Gao J. Discovering drugs to treat coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Drug Discov Ther* 2020;14(1):58–60.
26. Lemyre B, Davis PG, De Paoli AG, Kirpalani H. Nasal intermittent positive pressure ventilation (NIPPV) versus nasal continuous positive airway pressure (NCPAP) for preterm neonates after extubation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2(2):CD003212.
27. Liu X, Liu X, Xu Y, Xu Z, Huang Y, Chen S, et al. Ventilatory ratio in hypercapnic mechanically ventilated patients with COVID-19 associated ARDS. *Am J Respir Crit Care Med* 2020;201(10):1297–99.
28. Li R, Rivers C, Tan Q, Murray MB, Toner E, Lipsitch M. Estimated demand for US hospital Inpatient and Intensive care unit beds for patients with COVID-19 based on comparisons with wuhan and guangzhou, China. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 17];3(5):e208297. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2765575>
29. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2563 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2563.
30. Koonin LM, Pillai S, Kahn EB, Moulia D, Patel A. Strategies to Inform allocation of stockpiled ventilators to healthcare facilities during a pandemic. *Health Security* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 17]. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/hs.2020.0028>
31. Zhou M, Oakes AH, Bridges JFP, Padula WV, Segal JB. Regional supply of medical resources and systemic overuse of health care among medicare beneficiaries. *J Gen Intern Med* 2018;33(12):2127–31.
32. Buseh AG, Stevens PE, Bromberg M, Kelber ST. The ebola epidemic in west africa: challenges, opportunities, and policy priority areas. *Nurs Outlook* 2015;63(1):30–40.
33. Rutstein SE, Price JT, Rosenberg NE, Rennie SM, Bidle AK, Miller WC. Hidden costs: the ethics of cost-effectiveness analyses for health interventions in resource-limited settings. *Glob Public Health* 2017;12(10):1269–81.
34. Agalar C, Öztürk Engin D. Protective measures for COVID-19 for healthcare providers and laboratory personnel. *Turk J Med Sci* 2020;50(3):578–84.
35. Mick P, Murphy R. Aerosol-generating otolaryngology procedures and the need for enhanced PPE during the COVID-19 pandemic: a literature review. *J Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2020. [cited 2020 May 17]. Available from: <https://journalotohns.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40463-020-00424-7>
36. Ip V, Özelsel TJP, Sondekoppam RV, Tsui BCH. COVID-19 pandemic: the 3R's (reduce, refine, and replace) of personal protective equipment (PPE) sustainability. *Can J Anaesth* 2020;14:1–2.
37. Petersen E, Wasserman S, Lee S-S, GO U, Holmes AH, Abri SA, et al. COVID-19—We urgently need to start developing an exit strategy. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 17];96:233–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971220302514>

38. Swiss Academy of Medical Sciences. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 17];150:w20229. Available from: <https://smw.ch/article/doi/smw.2020.20229>
39. Phua J, Weng L, Ling L, Egi M, Lim C-M, Divatia JV, et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *Lancet Respir Med* 2020;8(5):506-17.

Abstract: Health Resource Management for COVID-19 Using Big Data Model

Nattaya Patanavanichanan, B.Sc., M.N.S., D.P.A.*; Wilailuk Ruangrattana-trai, B.Sc, M.Sc. Ph.D.**; Punnipa Kongsueb, B.N.S., M.A.**; Chaowarin Khamha, B.P.H., M.P.H. (Biostatistics)**; Rungrueng Kitphati, M.D., Certified Board in Preventive Medicine (Epidemiology)*; Supakit Sirilak, M.D., Certified Board in Preventive Medicine, M.P.H.M.***

* Health Technical Office, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; ** Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; *** Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):386-99.

The aim of this study was to apply a big data model for estimating resource requirement for the health sector to deal with the epidemic of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Thailand, with an expectation that the results of this study would lead to the recommendations for the preparedness of adequate health resources for medical and health personnel. It was conducted by using a mixed methods design. The population for the qualitative study were the experts from various technical departments of Ministry of Public Health; and those for the quantitative study were health care facilities from both public and private sectors. The resources specified in this study included (1) particulate respirators (N95), (2) personal protective equipment (PPE), (3) favipiravir, an antiviral drug, (4) ventilators, and (5) beds for patients in cohort wards, isolation rooms and airborne infection isolation rooms (AIIR). Primary and secondary data were collected through a newly developed databased template; and data analysis was performed by using Microsoft Excel and STATA softwares. The study period was 4 months between January and May 2020, separated into 2 periods, one was the high level outbreak (reproduction number - $R_t=1.8$), 5-26 April 2020 or weeks 14-17; and the other was the lower-level outbreak ($R_t=0.56$), 11 May to 7 June 2020 or weeks 20-23. The study found that during the high level outbreak, the needs for N95 and PPE were 58,397, 81,735, 116,191, and 167,710 sets in the week 14 to 17, respectively; and the stock would be inadequate in the weeks 16 and 17. It required additional procurement to fill the gaps. However, the estimated requirement of favipiravir, ventilators, cohort ward beds, isolation rooms and airborne infection isolation rooms was found to be sufficient. It was also found that the estimated resource requirement during the low-level outbreak period ($R_t=0.56$), did not exceed the availability of the resources (N95, PPE, favipiravir, ventilator, and the 3 types of beds). This study has demonstrated the necessity for close-monitoring of the resources needed for the preparedness and effective response to the epidemic. Therefore, a national COVID-19 data center should be established in order to compile all essential data i.e. a number of confirmed cases and resources availability which could be displayed on real-time basis and disaggregated by province. Moreover, there should be an expert team for analyzing and forecasting numbers of patient, including health resources requirement at both central and provincial levels. This would support the effective preparedness and response of health systems to the outbreak.

Keywords: estimation; health resources requirement; COVID-19

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การสำรวจความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดวิตามินเอ ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ของจังหวัดชายแดนใต้ พ.ศ.2562

สุวิษ ธรรมปาโล พ.บ., ปร.ด. (ระบดวทยา)*

บุญแสง บุญอำนวยกิจ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์, M.A. (Social Development)**

สวรรรยา จันทูตานนท์ พย.บ., ว.ทม. (เวชศาสตร์ชุมชน)*

ทรงสมร พิเชียรโสภณ พย.บ., ศษ.ม.**

ชูพงศ์ แสงสว่าง พ.บ.***

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

** ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

*** ศูนย์ฝึกอบรมนักระบดวทยาภาคสนาม (FETC) กลุ่มงานระบดวทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

วันรับ:	14 พ.ย. 2562
วันแก้ไข:	6 ม.ค. 2563
วันตอบรับ:	14 ก.พ. 2563

บทคัดย่อ ภาวะขาดวิตามินเอเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเสียชีวิตในเด็กที่ติดเชื้อหัด ปี พ.ศ. 2561-2562 พื้นที่ 4 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหัดเสียชีวิต 34 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.56 เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีร้อยละ 91.18 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกภาวะขาดวิตามินเอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในพื้นที่ดังกล่าว สำหรับการวางแผนให้วิตามินเอเสริม ดำเนินการศึกษาโดยใช้รูปแบบภาคตัดขวาง พื้นที่ศึกษา ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา สุ่มเลือก 7 ใน 15 อำเภอที่พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัด และสุ่มเลือก 12 ตำบลเป็นพื้นที่ตัวอย่าง สุ่มเลือกประชากรเด็กอายุ 6-59 เดือนตามสัดส่วนกลุ่มอายุรายตำบลรวม 218 ราย ทุกรายได้รับการตรวจตา ประเมินภาวะโภชนาการ เก็บข้อมูลการเลี้ยงดู ชนิดอาหารที่รับประทาน เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจระดับวิตามินเอ นิยามภาวะขาดวิตามินเอ ได้แก่ พบระดับวิตามินเอในเลือด $\leq 0.70 \mu\text{mol/L}$ ผลการศึกษาพบเด็กที่มีภาวะขาดวิตามินเอ 64 ราย (ร้อยละ 29.36) ไม่พบผู้ที่มีอาการผิดปกติทางตา ค่าความชุกภาวะขาดวิตามินเอสูงสุด ได้แก่ ปัตตานี ร้อยละ 34.09 กลุ่มอายุสูงสุด ได้แก่ 49-59 เดือน ความชุกร้อยละ 36.11 ค่าความชุกในเด็กที่มีและไม่มีภาวะทุพโภชนาการเท่ากับร้อยละ 31.67 และ 28.48 ตามลำดับ พบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานเนื้อสัตว์ ผักสีเขียวและผลไม้สีเหลืองเป็นประจำ น้อยกว่าร้อยละ 50.00 สรุปผลการศึกษาความชุกภาวะขาดวิตามินเอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในพื้นที่พบผู้ป่วยโรคหัดเสียชีวิตทั้ง 4 จังหวัดมีขนาดปัญหาในระดับรุนแรง (ความชุกมากกว่าร้อยละ 20.00) สาเหตุหลักจากการกินอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ

คำสำคัญ: ความชุก; ภาวะขาดวิตามินเอ; เด็กต่ำกว่า 5 ปี; พื้นที่ผู้ป่วยโรคหัดเสียชีวิต

บทนำ

ปี 2560 องค์การอนามัยโลกรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคหัดทั่วโลกประมาณ 110,000 คนเกือบทั้งหมดเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี การเสียชีวิตสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ปอดอักเสบ สมออักเสบ และภาวะถ่ายเหลวร่วมกับภาวะขาดน้ำรุนแรง ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะทุพโภชนาการโดยเฉพาะมีภาวะขาดวิตามินเอ (vitamin A deficiency) ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ทำให้มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ วิตามินเอช่วยให้ epithelial cell ของเนื้อเยื่อร่างกายสมบูรณ์ และมีระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ดี มีหลายการศึกษาพบว่าภาวะขาดวิตามินเอเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเสียชีวิตในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อหัด⁽¹⁾ และพบว่าการให้วิตามินเอขนาดสูงในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อหัดช่วยลดอัตราการตาย⁽²⁻⁵⁾ พื้นที่ที่มีความชุกของเด็กที่มีภาวะขาดวิตามินเอระดับรุนแรงตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกมีคำแนะนำให้วิตามินเอเสริมตามแนวทางแก่เด็กอายุ 6 -59 เดือนทุกคน⁽⁶⁾

สถานการณ์โรคหัดในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย วันที่ 1 มกราคม 2561 - 12 พฤษภาคม 2562 พบผู้ป่วยโรคหัดเสียชีวิต 34 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.56 (34/6,070) อัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.27 : 1 อายุระหว่าง 5 เดือน ถึง 14 ปี ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 1 ปี เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 91.18) จังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุดเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ปัตตานี (15 ราย) ยะลา (10 ราย) นราธิวาส (7 ราย) และสงขลา (2 ราย) พื้นที่ดังกล่าวเคยพบหลักฐานเด็กก่อนวัยเรียนมีอาการแสดงของภาวะขาดวิตามินเอสูงกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ.2535 (กระจุกตาเป็นแผลร้อยละ 0.87 และกระจุกตาขุ่นเหลวร้อยละ 0.43)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าความชุกของภาวะขาดวิตามินเอในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในพื้นที่ที่พบการเสียชีวิตของโรคหัด ประเมินความรุนแรงของปัญหา

และนำไปสู่การวางแผนดำเนินการให้วิตามินเอเสริมแก่ประชากรเด็กอายุ 6-59 เดือนในพื้นที่เพื่อช่วยลดความรุนแรงและการเสียชีวิตของโรคหัดต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) สำรวจความชุกเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะขาดวิตามินเอตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก คือ ระดับวิตามินเอในเลือด $\leq 0.7 \mu\text{mol/L}$ ⁽⁵⁾ ในพื้นที่ศึกษาวันที่ 2-12 กันยายน 2562 ประชากรศึกษา ได้แก่ เด็กอายุ 6 เดือน - 59 เดือน 29 วัน นับถึงวันที่ทำการศึกษาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาและผู้ปกครองยินยอมให้เก็บเลือด 2 ซีซี เพื่อส่งตรวจระดับวิตามินเอ เกณฑ์คัดออกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ ป่วยเป็นโรคหัดและได้รับวิตามินเอขนาดสูงใน 6 เดือนที่ผ่านมา หรือป่วยด้วยโรคมือเท้าปากในระยะไม่เกิน 6 เดือน หรือป่วยด้วยโรคติดเชื้อหรือท้องร่วงในระยะ 2 สัปดาห์

พื้นที่ศึกษาประกอบด้วย 4 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัดระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 - 12 พฤษภาคม 2562 ได้แก่ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา ใช้วิธีสุ่มเลือกพื้นที่ศึกษาโดยวิธี multistage sampling technique โดยคัดเลือกอำเภอที่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหัดจังหวัดละ 2 อำเภอ ยกเว้นจังหวัดสงขลามี 1 อำเภอ รวม 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกรงปินัง อำเภอบันนังสตา (จังหวัดยะลา) อำเภอระแงะ อำเภอบาเจาะ (จังหวัดนราธิวาส) อำเภอหนองจิก อำเภอยะรัง (จังหวัดปัตตานี) และอำเภอสะบ้าย้อย (จังหวัดสงขลา) และคัดเลือกพื้นที่ศึกษาระดับตำบลจำนวน 12 ตำบล ได้แก่ ตำบลกรงปินัง ตำบลสะเอ๊ะ (อำเภอกรงปินัง) ตำบลตานะปุเต๊ะ ตำบลบันนังสตา (อำเภอบันนังสตา) ตำบลตอกรัก ตำบลท่ากำชำ (อำเภอหนองจิก) ตำบลระแว้ง ตำบลประจัน (อำเภอยะรัง) ตำบลตันหยงมัส (อำเภอระแงะ) ตำบลบาเราะใต้ (อำเภอบาเจาะ) ตำบลเขาแดง และตำบลสะบ้าย้อย (อำเภอ

สะบ้าย้อย)

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน ค่าความชุกภาวะขาดวิตามินเอในเด็กต่ำกว่า 5 ปีจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกเท่ากับร้อยละ 15.70 กำหนดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5.00 ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จำนวนประชากรตัวอย่าง 218 คน โดยเลือกตัวอย่างจากพื้นที่ 12 ตำบลตามสัดส่วนประชากรเด็กอายุ 6-59 เดือน ดังนี้ ตำบลกรงปินัง (20 ราย) ตำบลสะเอ๊ะ (21 ราย) ตำบลตาดานะปุเต๊ะ (18 ราย) ตำบลบันนังสตา (36 ราย) ตำบลดอนรัก (10 ราย) ตำบลท่ากำชำ (8 ราย) ตำบลระแว้ง (10 ราย) ตำบลประจัน (16 ราย) ตำบลตันหยงมัส (22 ราย) ตำบลบาเร๊ะใต้ (17 ราย) ตำบลเขาแดง (18 ราย) และตำบลสะบ้าย้อย (22ราย)

การตรวจระดับวิตามินเอในเลือด โดยเก็บเลือด 2-3 ซีซี ในหลอดบรรจุที่มี activator ที่ทำให้เกิด clot ใส่ช่องทึบแสง เก็บที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส นำไปปั่นแยกซีรัมภายใน 4-6 ชั่วโมง หลังเก็บตัวอย่างและบรรจุใส่ช่องทึบแสงเก็บที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียสระหว่างนำส่งถึงห้องปฏิบัติการภายใน 48 ชั่วโมง วิธีการตรวจใช้เทคนิค high pressure liquid chromatography (HPLC)⁽⁷⁾

การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ใช้แบบเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ข้อมูลบุคคล ครอบครัว การเลี้ยงดู การเจ็บป่วย การรับวัคซีน การรับประทานนมแม่และอาหารที่มีวิตามินเอสูง น้ำหนัก ส่วนสูง ประเมินภาวะโภชนาการ อาการแสดงภาวะขาดวิตามินเอได้แก่ เยื่อบุตาแห้ง เกร็ดกระดี่ที่ตาขาว กระจกตาเป็นแผล กระจกตาขุ่นเหลือง วิเคราะห์ข้อมูลความชุกภาวะขาดวิตามินเอด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาดวิตามินเอใช้สถิติ Chi-square test และ p-value หาความสัมพันธ์โดยใช้ prevalence ratio ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95.00 และควบคุมปัจจัยกวน ด้วยการวิเคราะห์วิธี multiple logistic regression

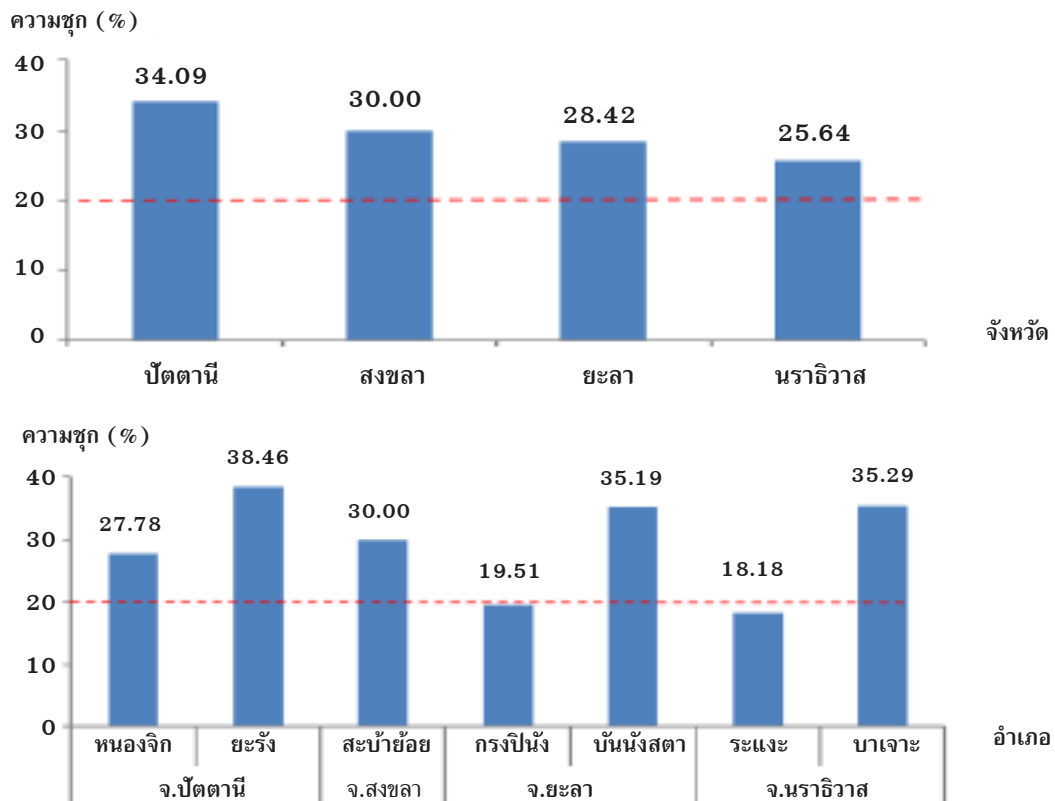
ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปด้านโภชนาการ ประชากรตัวอย่าง 218 ราย พบเพศชายร้อยละ 47.71 มัธยฐานอายุเท่ากับ 27 เดือน นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 92.66 ลักษณะโภชนาการ สูงดีสมส่วนร้อยละ 50.46 น้ำหนักตามเกณฑ์ (\pm SD) ร้อยละ 76.61 ส่วนสูงตามเกณฑ์ (\pm SD) ร้อยละ 76.15 อาศัยอยู่ในจังหวัดยะลา นราธิวาส ปัตตานี และสงขลา ร้อยละ 43.58, 17.89, 20.18 และ 18.35 ตามลำดับ ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 6,000 บาทร้อยละ 38.53 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือพ่อแม่ร้อยละ 86.70 การบริโภคนมแม่ครบ 6 เดือนร้อยละ 73.85 ระยะเวลาการกินนมแม่ระหว่าง 0-48 เดือน มัธยฐานเท่ากับ 12 เดือน เวลาที่เริ่มรับประทานอาหารชนิดอื่นที่ไม่ใช่นมอายุระหว่าง 1-24 เดือน มัธยฐานเท่ากับ 6 เดือน

ความรุนแรงของภาวะขาดวิตามินเอ พบ 64 ราย (ร้อยละ 29.36) เป็นเพศชาย 27 ราย เพศหญิง 37 ราย อายุระหว่าง 6-59 เดือน มัธยฐานอายุเท่ากับ 30.5 เดือน ในจำนวนนี้มีระดับวิตามินเอต่ำกว่าหรือเท่ากับ 0.35 $\mu\text{mol/L}$ 3 ราย (ร้อยละ 4.69) ไม่แสดงอาการทั้งหมด ไม่พบภาวะเยื่อบุตาแห้ง กระจกตาเป็นแผล หรือกระจกตาขุ่นเหลือง ค่าความชุกสูงสุดได้แก่จังหวัดปัตตานีร้อยละ 34.09 รองลงมาได้แก่ จังหวัดสงขลา ยะลา และนราธิวาส เท่ากับร้อยละ 30.00, 28.42 และ 25.64 ตามลำดับ (ภาพที่ 1) ค่าเฉลี่ยระดับวิตามินเอรายจังหวัดและรายอำเภอระหว่าง 0.79 - 0.94 $\mu\text{mol/L}$ และมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 0.86 $\mu\text{mol/L}$ (SD=0.26) ค่าต่ำสุด 0.21 $\mu\text{mol/L}$ และสูงสุด 1.64 $\mu\text{mol/L}$ ในเด็กที่มีภาวะขาดวิตามินเอ 64 รายค่าเฉลี่ยระดับวิตามินเอ 0.56 $\mu\text{mol/L}$ (SD=0.09) ค่าต่ำสุด 0.21 $\mu\text{mol/L}$ และสูงสุด 0.70 $\mu\text{mol/L}$

ความชุกภาวะขาดวิตามินเอในเพศหญิงร้อยละ 25.96 (27/104) เพศชายร้อยละ 32.46 (37/114) จำแนกรายกลุ่มอายุ ได้แก่ 6-12 เดือน 13-24 เดือน 25-36 เดือน 37-48 เดือน และ 49-59 เดือน ความ

ภาพที่ 1 ความชุกของภาวะขาดวิตามินเอในเด็กต่ำกว่า 5 ปี จำแนกรายจังหวัดและอำเภอ พื้นที่ที่พบการเสียชีวิตของโรคหัดภาคใต้ตอนล่าง พ.ศ.2562



หมายเหตุ: ความชุก ≥ 20 เข้าเกณฑ์ปัญหาาระดับรุนแรงตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

ชุกร้อยละ 30.30 (10/33), 27.42 (17/62), 24.49 (12/49), 31.58 (12/38) และ 36.11 (13/36) ตามลำดับ ความชุกในกลุ่มนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 53.30 (8/15) และศาสนาอิสลามร้อยละ 27.59 (56/203) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อสมาชิกในครัวเรือนต่อเดือน ได้แก่ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 700 บาท 701-1,500 บาท 1,501-2,500 บาท และมากกว่า 2,500 บาท ความชุกร้อยละ 36.36 (20/55), 24.27 (25/103), 34.21 (13/38) และ 27.27 (6/22) ตามลำดับ จำแนกตามผู้ดูแลหลักได้แก่ พ่อ แม่ พ่อและแม่ ปู่ย่าตายาย และอื่นๆ ความชุกร้อยละ 14.29 (2/14), 32.59 (44/135), 37.50 (15/40), 9.09 (2/22) และ 14.29 (1/7) ตามลำดับ ด้านภาวะโภชนาการพบค่าความชุกภาวะขาดวิตามินเอมากกว่าร้อยละ 20.00 ทั้งเด็กที่มีและไม่มีภาวะทุพโภชนาการ แต่พบความชุกสูงกว่าในเด็กที่มีภาวะ

น้ำหนักน้อย และมีภาวะทุพโภชนาการทั้งชนิดเรื้อรังและเฉียบพลัน (ตารางที่ 1)

ผลการศึกษาด้านโภชนาการอาหาร รายการอาหารวิตามินเอสูงที่มีร้อยละของกลุ่มตัวอย่างรับประทานเป็นประจำ (>3 ครั้งต่อสัปดาห์) สูงสุดจากมากไปน้อย ได้แก่ ไข่ เนื้อปลา ผักผลไม้สีเหลือง และนมวัว/นมแพะ เท่ากับร้อยละ 82.11, 81.19, 50.46 และ 50.00 ตามลำดับ ส่วนเนื้อสัตว์สีแดง ผักใบเขียว นมผง นมแม่ นมถั่วเหลือง และตับหรือเลือดสัตว์ มีสัดส่วนการรับประทานเป็นประจำร้อยละ 39.91, 34.4, 32.11, 30.73, 27.52 และ 14.22 ในเด็กอายุ 6-36 เดือน มีรายการอาหารที่มีสัดส่วนการรับประทานเป็นประจำมากกว่าร้อยละ 50.00 ได้แก่ ไข่ และเนื้อปลา ส่วนในเด็กอายุ 37-59 เดือน ได้แก่ ไข่ เนื้อปลา ผักผลไม้สีเหลือง และนมวัวหรือนมแพะ (ภาพที่ 2)

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะขาดวิตามินเอในเด็กต่ำกว่า 5 ปี พื้นที่ที่พบการเสียชีวิตของโรคหัดภาคใต้ตอนล่างจำแนกตามภาวะโภชนาการ พ.ศ.2562

ภาวะโภชนาการ	%ความชุกภาวะขาดวิตามินเอ (n1/n2)*	ค่าเฉลี่ยวิตามินเอ ± SD (µmol/L)
ภาวะน้ำหนักน้อย**		
มี	37.50 (18/48)	0.52±0.08
ไม่มี	26.95 (45/167)	0.58±0.09
ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง†		
มี	32.00 (16/50)	0.53±0.07
ไม่มี	28.57 (48/168)	0.56±0.09
ภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน††		
มี	36.84 (7/19)	0.54±0.06
ไม่มี	28.64 (57/199)	0.56±0.09

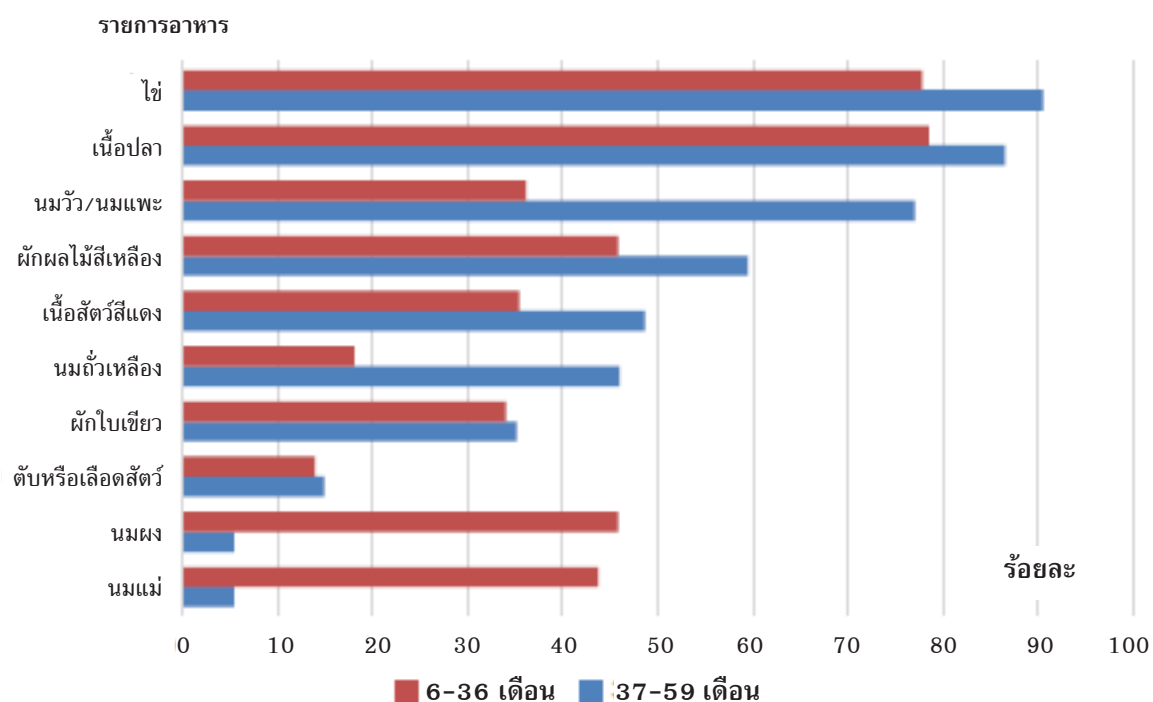
หมายเหตุ: *n1 = จำนวนตัวอย่างที่ระดับวิตามินเอ ≤0.7 µmol/L, n2 = จำนวนตัวอย่างทั้งหมด;

** น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ <-2SD; † ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ <-2SD; †† น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง <-2SD

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดวิตามินเอ ผลการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ multivariate analysis พบว่าในเด็กอายุ 6-59 เดือน พื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคหัดเสียชีวิต 4 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่รับประทานนมผง >3 ครั้ง/

สัปดาห์มีค่าความชุกภาวะขาดวิตามินเอต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทานนมผงเป็นประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (PR 0.35, 95%CI 0.15-0.80) แสดงในตารางที่ 2

ภาพที่ 2 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานเป็นประจำ (≥3 ครั้งต่อสัปดาห์) จำแนกตามรายการอาหารและกลุ่มอายุ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง เดือนกันยายน 2562



ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดวิตามินเอ ในเด็กต่ำกว่า 5 ปี พื้นที่ที่พบการเสียชีวิตของโรคหัดภาคใต้ตอนล่าง พ.ศ. 2562

ปัจจัย	สัดส่วนภาวะขาดวิตามินเอ		Univariate analysis PR* (95%CI)	Multivariate analysis Adjusted OR (95%CI)
	มีปัจจัย	ไม่มีปัจจัย		
เพศหญิง	37/114	27/104	1.25 (0.82-1.90)	1.40 (0.73-2.65)
อายุ (เดือน)				
6-12	10/33		reference	reference
13-24	17/62		0.90 (0.46-1.74)	0.88 (0.31-2.54)
25-36	2/49		0.80 (0.39-1.65)	0.73 (0.22-2.36)
37-48	12/38		1.04 (0.51-1.09)	0.93 (0.25-3.36)
49-59	13/36		1.19 (0.60-2.34)	0.96 (0.27-3.38)
ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง	16/50	48/168	1.12 (0.70-1.79)	0.75 (0.31-1.77)
ภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน	7/19	57/199	1.28 (0.68-2.41)	1.41 (0.44-4.50)
น้ำหนักน้อย	18/48	46/170	1.38 (0.89-2.15)	1.34 (0.52-3.45)
กินนมผง ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	12/70	52/148	0.48 (0.27-0.85)**	0.35 (0.15-0.80)**
กินไข่ ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	49/179	15/39	0.71 (0.44-1.13)	0.49 (0.21-1.11)
กินเนื้อสัตว์ ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	25/87	39/131	0.96 (0.63-1.47)	0.80 (0.42-1.54)
กินปลา ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	52/177	12/41	1.00 (0.59-1.70)	1.00 (0.42-2.41)
กินผักใบเขียว ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	27/75	37/143	1.39 (0.92-2.09)	1.74 (0.87-3.47)
กินผักผลไม้สีเหลือง ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์†	36/110	28/108	1.26 (0.83-1.91)	1.24 (0.63-2.43)
นมวัว/นมแพะ ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	33/109	31/109	1.06 (0.70-1.60)	0.88 (0.42-1.86)

หมายเหตุ * prevalence ratio; ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value<0.05

† ผักผลไม้สีเหลือง ได้แก่ แครอท พักทอง มะละกอ มะม่วง แคนตาลูป

วิจารณ์

พื้นที่ที่พบการเสียชีวิตของโรคหัดทั้ง 4 จังหวัดภาคใต้มีขนาดปัญหาภาวะขาดวิตามินเอในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีอยู่ในระดับรุนแรงตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก จำแนกระดับความรุนแรงของภาวะขาดวิตามินเอในพื้นที่เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง โดยใช้เกณฑ์ค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 2.00-9.00, 10.00-19.00 และ ≥ 20.00 ตามลำดับ⁽⁵⁾ กรณีที่เข้าเกณฑ์ระดับรุนแรงถือเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องดำเนินมาตรการให้วิตามินเอเสริมตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก

การติดเชื้อโรคหัดและโรคติดเชื้ออื่น ๆ โดยมีหลักฐานจากการศึกษาที่พบว่าการให้วิตามินเอเสริมในเด็กช่วยลดอัตราการตายถึงร้อยละ 19.0-34.0⁽⁸⁻¹⁰⁾ และเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตาที่รุนแรง การศึกษาครั้งนี้ไม่พบเด็กที่มีความผิดปกติทางตาจากภาวะขาดวิตามินเอ เข้าได้กับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเด็กที่มีภาวะขาดวิตามินเอแบบแสดงอาการทางตาจะพบได้น้อยและมักจะเกิดในพื้นที่ที่พบความชุกของเด็กที่มีความชุกของเด็กที่มีระดับวิตามินเอในเลือด ≤ 0.35 $\mu\text{mol/L}$ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5.00 สำหรับแนวทางการให้วิตามินเอเสริมตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกแยกเป็นมาตรการให้วิตามินเอ

เสริมในเด็กทั่วไปและในเด็กที่ติดเชื้อหัด กรณีการให้วิตามินเอเสริมในเด็กทั่วไปทำในเด็กอายุ 6-59 เดือน ขนาดการให้จำแนกตามกลุ่มอายุ ดังนี้ เด็กอายุ 6-11 เดือน ให้ขนาด 100,000 ยูนิต ครั้งเดียว และเด็กอายุ 12-59 เดือน ให้ขนาด 200,000 ยูนิต ทุก 4-6 เดือน กรณีที่สองเป็นการให้วิตามินเอเสริมเมื่อพบเด็กติดเชื้อหัด ขนาดที่ให้แบ่งตามเกณฑ์อายุ ได้แก่ อายุต่ำกว่า 6 เดือน อายุ 6-11 เดือน และอายุตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป ขนาดวิตามินเอที่ให้เท่ากับ 50,000 ยูนิต 100,000 ยูนิต และ 200,000 ยูนิต ตามลำดับ โดยให้ครั้งแรกเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยโรคหัด และให้ซ้ำครั้งที่สองในวันถัดไป^(1,11)

วิตามินเอในธรรมชาติจะพบในผลิตภัณฑ์จากสัตว์ แต่ในพืชจะมีสารประกอบแคโรทีนอยด์ซึ่งร่างกายต้องนำไปปรับเปลี่ยนเป็นวิตามินเอที่ผนังลำไส้เล็กและตับโดยผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน ผลการศึกษาด้านโภชนาการในเด็กที่พบภาวะขาดวิตามินเอพบว่าเด็กส่วนใหญ่ในพื้นที่ที่ศึกษาได้รับวิตามินเอจากเนื้อปลาและไข่เป็นหลัก มีสัดส่วนการรับประทานเนื้อสัตว์สีแดง นม ตับ ต่ำ รวมทั้งผักใบเขียวและผลไม้ด้วย ตามคำแนะนำทางวิชาการ ปริมาณวิตามินเอที่ควรบริโภคต่อวันเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะขาดวิตามินเอสำหรับเด็กอายุ 0-1 ปี เท่ากับ 350 µg/วัน และเด็กอายุ 1-6 ปี เท่ากับ 400 µg/วัน และการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับประทานนมผงซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่มีวิตามินเอในส่วนประกอบเป็นประจำพบว่าเป็นปัจจัยป้องกันภาวะขาดวิตามินเอ มีการศึกษาวัดปริมาณวิตามินเอในน้ำนมแม่ที่ประเทศบราซิล พบว่ามารดาเพียงร้อยละ 40.00 ที่มีปริมาณวิตามินเอในน้ำนมเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของทารก⁽¹²⁾ ดังนั้นควรให้คำแนะนำการรับประทานอาหารของมารดาให้ถูกหลักโภชนาการ และกรณีนมมารดาไม่เพียงพอควรแนะนำให้ใช้นมผงเสริม ผลการศึกษาพบว่าถึงแม้เด็กจะมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะทุพโภชนาการ ยังสามารถพบภาวะขาดวิตามินเอได้ในระดับรุนแรง ถึง

แม้ค่าความชุกที่พบจะน้อยกว่ากลุ่มเด็กที่น้ำหนักน้อยหรือมีภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นในพื้นที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตโรคหัดจำเป็นต้องได้รับการให้วิตามินเอเสริมและให้คำแนะนำการรับประทานอาหารวิตามินเอสูงทั้งสองกลุ่ม

ปัญหาภาวะขาดวิตามินเอในเด็กเกิดจากทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางนิเวศวิทยาซึ่งส่งผลต่อความอุดมสมบูรณ์ของแหล่งกำเนิดอาหารวิตามินเอในพื้นที่ ปัจจัยด้านสังคมซึ่งส่งผลต่อความรู้ พฤติกรรมและการเลือกบริโภคอาหาร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงอาหารและปัจจัยของตัวเอง เช่น ประสิทธิภาพของกระบวนการปรับเปลี่ยนสารตั้งต้นในพืชไปเป็นวิตามินเอในร่างกายของแต่ละคน ถึงแม้เป็นที่ทราบกันดีว่าความยากจนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะขาดวิตามินเอรวมทั้งภาวะขาดสารอาหารชนิดอื่น แต่จากการศึกษาครั้งนี้ก็พบความชุกภาวะขาดวิตามินเอในทุกกลุ่มรายได้ น่าจะเกิดจากปัจจัยด้านองค์ความรู้และพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารเช่นเดียวกับที่พบความชุกสูงในครอบครัวที่นับถือพุทธศาสนา ดังนั้นถึงแม้การแก้ไขปัญหาภาวะขาดวิตามินเอที่เร่งด่วนคือการดำเนินการให้วิตามินเอเสริมในพื้นที่เสี่ยง แต่การแก้ไขที่รากของปัญหาเช่น ด้านสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาวก็มีความสำคัญจำเป็นต้องอาศัยหลายภาคส่วนเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาเพื่อลดความสูญเสียชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะขาดวิตามินเอในอนาคต

การศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าความชุกภาวะขาดวิตามินเอในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในพื้นที่ที่พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัดทั้ง 4 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างมีขนาดปัญหาอยู่ในระดับรุนแรงตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ทั้งในกลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการและไม่มีภาวะทุพโภชนาการ สาเหตุหลักจากการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอสูงไม่เพียงพอ การแก้ปัญหาเร่งด่วนเพื่อลดการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัดจำเป็นต้องดำเนินการให้วิตามินเอเสริม ส่วนการแก้ปัญหาในระยะยาวต้องดำเนินการมาตรการส่งเสริมให้ความรู้โภชนาการอาหาร

แก่ผู้ดูแลเด็กในพื้นที่ร่วมกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจในพื้นที่ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะขาดวิตามินเอในพื้นที่ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมศึกษาทุกท่านจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลาได้แก่ นางนลินี ช่วยดำรงคีนางสาวลัดดาวัลย์ สุขุม นางสาวศุภราภรณ์ พันเถระนางอมรรัตน์ ชอบกตัญญู นายอารีย์ ตาหมาต นางพัท-นันทน์ สุพรรณ นางสาวธิดาพร เทพรัตน์ นางสาวพิตรียะห์สาและ นายอาชิป อุซึ่งนางสาวสุไพลยะ หมะและนางสาว-เพ็ญโพยม สัจฐาน และจากศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลาคือนางสาวซูรีฮา ระเอะนางสาวนิสริน มาหะมะ นางสาวดารัตน์ ตีภัทกุล นางสาวนริศรา มณีนิล นางสาวเจชะรีปะห์กาแข็ง นางสาวซูรีฮา ระเอะ นางสาวศิริพรรณ กุลดี นาง-สาวนิสริน มาหะมะ นางรุชนี เจะนิ นางทักษิณา สามีนางสาวนุรฮัยนี หะยือฮา ขอขอบคุณสำนักงาน-สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด-ยะลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส และสำนักงาน-สาธารณสุขสงขลา โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา กองโรคป้องกันด้วยวัคซีนกรมควบคุมโรค กรม-อนามัย และศาสตราจารย์แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ ดร.แพทย์หญิงชุลีพร จิระพงศา และ ดร.นายแพทย์วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ที่ให้การสนับสนุนและให้ข้อคิดเห็นในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Measles [Internet]. 2019 [cited 2019 May 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles1>
2. Hussey GD, Klein M. A randomized controlled trial of vitamin A in children with severe measles. N Engl J Med 1990;323 (3):160-4.

3. Friden TR, Sowell AL, Henning KJ, Huff DL, Gunn RA. Vitamin A level and severity of measles. New York City. Am J Dis Child 1992;146(2):182-6.
4. Markowitz IE, Nzilambi N, Driskell WJ, Sension MG, Rovira EZ, Nieburg P, et al. Vitamin A levels and mortality among hospitalized measles patient. J Trop Pediatr 1989;35(3):109-12.
5. Beaton GH, Martorell R, Aronson KJ, Edmonston B, McCabe G, Ross AC, et al. Effectiveness of Vitamin A supplementation in the control of Young child morbidity and mortality in developing countries. Nutrition policy discussion paper No. 13. Toronto, Ontario: University of Toronto; 1993.
6. World Health Organization. Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluation intervention programmes [Internet]. 1996 [cited 2019 May 20]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/vitamin_a_deficiency/WHONUT96.10.pdf
7. N Health. Laboratory service [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 20]. Available from: https://www.nhealth-asia.com/files/upload/data/PDF/product/Catalog_2018_Nonprice.pdf
8. Sommer A, Tarwotjo I, Djunaedi E, West Jr KP, Loeden AA, Tilden R, et al. Impact of vitamin A supplementation on child mortality. A randomized controlled community trial. Lancet 1986; 1(8491):1169-73.
9. West Jr KP, Pokhrel RP, Katz J, LeClerq SC, Khatry SK, Shrestha SR, et al. Efficacy of vitamin A in reducing preschool child mortality in Nepal. Lancet 1991;338(8759):67-71.
10. Ghana VAST Study Team. Vitamin A supplementation in northern Ghana: effects on clinic attendances, hospital admissions, and child mortality. Lancet 1993; 342(8862):7-12.

11. World Health Organization. Vitamin A supplementation for infants and children 6–59 months of age guideline [Internet]. 2011 [cited 2019 May 20]. Available from: https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/vas_6to59_months/en/
12. Souza G, Dolinsky M, Matos A, Chagas C, Ramalho A. Vitamin A concentration in human milk and its relationship with liver reserve formation and compliance with the recommended daily intake of vitamin A in pre-term and term infants in exclusive breastfeeding. *Arch Gynecol Obstet* 2015;291(2):319–25.

Abstract: A Survey on Prevalence and Risk Factors for Vitamin A Deficiency among Children Under 5 Years Old in Southern Border Provinces, Thailand, 2019

Suwich Thammapalo, M.D., Ph.D (Epidemiology)*; Boonsang Boonamnuaykij, M.D., Dip. Thai board of pediatrics, M.A. (Social development)**; Sawanya Chantutanon, B.N.S., M.Sc.*; Songsamorn Pichensophon, B.N.S., M.Ed.**; Choopong Sangsawang, M.D.***

* The Office of Disease Prevention and Control (ODPC) 12, Songkhla Province; ** Health Promotion Center 12, Yala Province; *** Field Epidemiology Training Center (FETC), ODPC 12, Songkhla Province, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):400–408.

Vitamin A deficiency (VAD) is one of the risks for severe measles. There were 34 measles death cases in 4 southern border provinces in Thailand in 2018–2019 (CFR 0.56%); and 9.18% of them aged under 5 years old. The study aimed to determine prevalence and risk factors for VAD in the areas. A cross-sectional study was conducted; and multistage sampling technique was used to randomly select 7 districts and 12 subdistricts from the 4 provinces. Participants were 218 children aged 6–59 months. They received eye examination, growth assessment, parenting and dietary history interviewing and blood collecting for vitamin A level. VAD was defined as serum vitamin A level ≤ 0.70 $\mu\text{mol/L}$. It was found that there were 64 VAD cases gave the prevalence of 29.36%. The highest prevalence of VAD was in Pattani province (34.09%), with the age group of 49–59 months (36.11%). The prevalence was 31.67% and 28.48% in children with and without malnutrition, respectively. The proportions of children who consumed meat, green vegetables and fruits ≥ 3 times/week were less than 50.00%. The study showed a severe public health problem of VAD in the 4 southern border provinces (VAD prevalence $\geq 20.00\%$). The problem was attributable to inadequate dietary consumption.

Keywords: prevalence; vitamin A deficiency (VAD); southern border provinces

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย

วรวรรณ อิศวกุล ท.บ., ส.ม.

สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	18 ก.พ. 2563
วันแก้ไข:	13 เม.ย. 2563
วันตอบรับ:	21 เม.ย. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 913 คน และบุตรอายุ 3-5 ปี จำนวน 913 คนได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมารดา และแบบตรวจทันตสุขภาพบุตร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากทั้ง 3 ด้านดังนี้ ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วมทำนายได้ร้อยละ 48.9 โดยมีตัวทำนายอันดับแรก คือ ความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปาก (Beta=0.50) ด้านป้องกันโรคในช่องปาก ร่วมทำนายได้ร้อยละ 35.0 โดยมีตัวทำนายอันดับแรก คือ ความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปาก (Beta=0.33) ด้านการรักษาทางทันตกรรมร่วมทำนายได้ร้อยละ 40.2 โดยมีตัวทำนายอันดับแรก คือ ลักษณะมุงอนาคต (Beta=0.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น ทันตบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ควรส่งเสริมมารดาให้มีความพร้อมและเห็นความสำคัญของฟันน้ำนม ควรพาบุตรไปรับบริการสุขภาพช่องปากตั้งแต่บุตรยังไม่มีโรคหรือปัญหาในช่องปาก เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, พฤติกรรมมารดา, บริการสุขภาพช่องปาก, เด็กก่อนวัยเรียน

บทนำ

โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนยังเป็นปัญหาด้านสุขภาพช่องปากที่พบได้บ่อยทั้งในประเทศไทยและนานาประเทศทั่วโลก เมื่อเด็กมีฟันผุแล้วหากปล่อยไว้ไม่ทำการรักษาจะมีการลุกลามทำให้ปวดฟัน รับประทานอาหารได้น้อยลง มีการเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กที่ฟันไม่ผุ มีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ⁽¹⁻³⁾ ทำให้ฟันน้ำนมซี่อื่นและฟันถาวรในช่องปากผุเพิ่มขึ้น มีการติดเชื้อในระบบ⁽⁴⁻⁷⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านความรู้ทัศนคติต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็ก และการ

ปฏิบัติของผู้ปกครอง⁽⁸⁻¹¹⁾ สำหรับกลุ่มเด็กที่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองได้พามาบริการทันตกรรมแบบต่อเนื่อง พบมีฟันผุและคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มที่รับบริการไม่ต่อเนื่อง⁽¹²⁻¹³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของบุตรก่อนวัยเรียน⁽¹⁴⁻¹⁸⁾ มารดาที่มีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีและไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อพฤติกรรมทางทันตสุขภาพของเด็ก⁽¹⁹⁻²¹⁾ โดยเฉพาะในเด็กที่เป็นโรคฟันผุรุนแรงในเด็กปฐมวัย (severe early childhood caries)⁽²²⁻²⁴⁾ และจากการศึกษา

สุขภาพช่องปากมารดาและสุขภาพช่องปากบุตร พบว่า หากมารดามีสุขภาพช่องปากไม่ดี (poor oral health) ส่งผลให้บุตรมีปัญหาสุขภาพช่องปากมากกว่ามารดาที่มีสุขภาพช่องปากดีถึง 5 เท่า⁽²⁵⁾ และยิ่งพบอีกว่า เด็กที่มารดาเป็นผู้เลี้ยงดูจะมีอัตรา ผุ ถอน อุดเป็นต้นต่อคนต่ำกว่าเด็กที่พี่เลี้ยง ญาติ หรือฝากคนอื่นเลี้ยงดู⁽²⁶⁻²⁸⁾

จากการที่พฤติกรรมพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากยังต่ำ⁽²⁹⁻³¹⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยหลายด้านอย่างครอบคลุม⁽³²⁻³⁵⁾ ที่จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมมารดาได้ โดยอาศัยกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์ในรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (interactionism model)⁽³⁶⁾ ซึ่งกล่าวถึงพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากสาเหตุหลัก ได้แก่ ลักษณะของสถานการณ์ จิตลักษณะเดิมของผู้กระทำ จิตลักษณะร่วมกับสถานการณ์ และจิตลักษณะตามสถานการณ์ เป็นพื้นฐานในการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกลุ่มตัวแปรปัจจัยทำนาย โดยปัจจัยทำนายด้านสถานการณ์ของมารดา ได้แก่ สถานการณ์เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ การสนับสนุนของสามีในการดูแลสุขภาพบุตร ช่องทางและปริมาณการรับข่าวสารทันตสุขภาพ ปัจจัยทำนายด้านจิตลักษณะเดิมของมารดา ได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคต การควบคุมตน ความเชื่ออำนาจในตนในการเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพดีโดยรวม ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ และทัศนคติต่อหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ ปัจจัยทำนายด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ของมารดา ได้แก่ ทัศนคติต่อการรับบริการสุขภาพช่องปากและความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปาก เพื่อเป็นข้อมูลให้ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา มารดาให้ส่งเสริมบุตรก่อนวัยเรียนให้ได้รับบริการสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้นและต่อเนื่อง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study) มีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาตัวแปรที่อาจเป็นสาเหตุทำให้มารดาพาบุตรไปรับบริการสุขภาพช่องปาก

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาใน 5 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี สระบุรี เชียงใหม่ ขอนแก่นและสงขลา เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐที่ประชาชนเข้าถึงและสามารถไปเข้ารับบริการได้สะดวก มีทันตบุคลากรให้บริการในหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐในทุกระดับ ทั้งปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ โดยแต่ละจังหวัด จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเดียวกัน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างมารดาของเด็กอายุ 3-5 ปี 913 คน และบุตรอายุ 3-5 ปี จำนวน 913 คน

เครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรเป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 13 ฉบับ เป็นแบบวัดชนิดมาตราประเมินรวมค่า ประกอบด้วย ประโยคต่าง ๆ มีมาตร 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” หาคุณภาพของเครื่องมือด้วยการทดสอบใช้กับมารดาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item Discrimination) ด้วยสถิติ independent sample t-test หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบวัดที่ไม่รวมข้อนั้น (item-total correlation)⁽³⁷⁾ หาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach⁽³⁸⁾ โดยค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบวัด 13 ชุด อยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.92 และนำข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์มาหาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis)⁽³⁹⁾

การเตรียมผู้ตรวจสอบสถานะทันตสุขภาพเด็กอายุ 3-5 ปี โดยการปรับมาตรฐานผู้ตรวจ โดยให้ผู้ตรวจ (ทันตแพทย์

4 คน) จับคู่กับผู้จัดบันทึก (4 คน) เป็นทีม โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจดัชนีฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม (dmft index) ขององค์การอนามัยโลก แล้วแต่ละทีมจะทำการตรวจฟันเด็กทุกคนจนครบ 20 คน จนครบทุกทีมตามแบบฟอร์ม ที่กำหนดไว้ เมื่อตรวจเสร็จทุกทีมแล้วก็นำแบบบันทึกที่ได้มาเปรียบเทียบกับในเด็กแต่ละคน ถ้ามีตรงไหนที่ไม่ตรงกันก็ตรวจฟันเด็กคนนั้นใหม่ โดยดูพร้อมกันทุกคน นอกจากนี้ ได้ตรวจสอบความถูกต้องของผู้จัดบันทึกด้วยว่า เขียนอ่านออกง่าย หรือยาก สามารถบันทึกถูกต้องตรงกับที่ผู้ตรวจบอกหรือไม่ สำหรับผลการปรับมาตรฐานผู้ตรวจ เมื่อนำผลการตรวจของทันตแพทย์แต่ละคนมาคิดคะแนนความน่าเชื่อถือ (reliability) ได้ค่า Kappa ของการตรวจโรคฟันผุ (dmft index) อยู่ระหว่าง 0.8 – 0.9

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการโดยไปติดต่อกับโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่าง ๆ ที่ได้สุ่มตัวอย่างไว้แล้ว เพื่อขอความร่วมมือในการอนุญาตให้คณะผู้วิจัยมาดำเนินการเก็บข้อมูลมารดาของเด็กอายุ 3-5 ปีและตรวจทันตสุขภาพเด็ก ในวันและเวลาที่กำหนด เมื่อถึงวันนัดในแต่ละจังหวัด คณะผู้วิจัย (จำนวน 8-10 คน) ได้พบกลุ่มตัวอย่างและได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการไปรับบริการสุขภาพช่องปากและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้พัฒนาด้านการรับบริการสุขภาพช่องปากเด็ก โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วนำแบบวัดไปแจกในห้องประชุม ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ดูแลอำนวยความสะดวกที่มารดาตอบแบบวัด สำหรับทีมทันตแพทย์ได้ทำการตรวจทันตสุขภาพเด็ก 3-5 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ (1) การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัด (2) สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (3) การ

วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) (4) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

สำหรับตัวแปรตาม คือพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การพาบุตรไปรับบริการ 3 ด้านดังนี้

1. การรับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก คือ การที่มารดาพาบุตรไปรับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่หน่วยบริการทันตกรรมของรัฐตั้งแต่ฟันขึ้น เช่น ไปรับการตรวจช่องปากบุตร รับฟังความรู้ทันตสุขภาพ การส่งต่อ ส่งเสริมด้านทำความสะอาดฟัน การดูแลพฤติกรรม การบริโภค การพาบุตรไปพบทันตบุคลากรอย่างสม่ำเสมอตามรอบการมารับวัคซีน หรือทุก 6 เดือน

2. การรับบริการด้านป้องกันโรคในช่องปาก คือ การที่มารดาได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันมิให้เกิดโรคในช่องปากบุตรก่อนวัยเรียน ได้แก่ พาไปพบทันตบุคลากร เพื่อทาฟลูออไรด์วานิช เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟันและขัดทำความสะอาดฟัน

3. การรับบริการด้านรักษาทางทันตกรรม คือ การที่มารดาพาบุตรไปรับบริการเมื่อบุตรเกิดโรคในช่องปากขึ้นแล้ว เช่น ฟันผุ ปวดฟัน มีหินน้ำลาย ฟันโยกคลอน ฟันขึ้นซ้อนผิดตำแหน่ง ซึ่งได้ทำการวิเคราะห์ตัวแปรตามทั้ง 3 ด้าน โดยใช้ปัจจัยทำนาย (ตัวแปรอิสระ) ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทำนายด้านสถานการณ์ของมารดา ได้แก่

- 1.1) สถานการณ์เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ
- 1.2) การสนับสนุนของสามีในการดูแลสุขภาพบุตร
- 1.3) ช่องทางและปริมาณการรับข่าวสารทันตสุขภาพ

2. ปัจจัยทำนายด้านจิตลักษณะเดิมของมารดา ได้แก่

- 2.1) ลักษณะมุ่งอนาคต
- 2.2) การควบคุมตน
- 2.3) ความเชื่ออำนาจในตนในการเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพดีโดยรวม
- 2.4) ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ
- 2.5) ทศนคติต่อหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ

3. ปัจจัยทำนายด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ของมารดา ได้แก่

3.1) ทศนคติต่อการรับบริการสุขภาพช่องปาก

3.2) ความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปาก

4. ปัจจัยทำนายด้านทันตสุขภาพบุตร ได้แก่ คะแนนผลการตรวจฟัน ด้วยดัชนีฟันผุ ถอน อุด (dmft index)

รวมปัจจัยทำนาย 11 ตัวแปร

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมารดามีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 33 ปี มีการศึกษาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 9 ปี มีฐานะของครอบครัวดี ร้อยละ 47.5 มีฐานะครอบครัวไม่ดีร้อยละ 52.5 อาศัยอยู่ใกล้หน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ(มีระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 กิโลเมตร) ร้อยละ 50.3 อาศัยอยู่ไกลหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ ร้อยละ 49.7

สำหรับกลุ่มตัวอย่างบุตร อายุ 3-5 ปี เป็นบุตรชาย 449 คน (ร้อยละ 49.2) เป็นบุตรหญิง 464 คน (ร้อยละ 50.8) มีอายุ 3 ปี 381 คน (ร้อยละ 41.7) อายุ 4 ปี 275 คน (ร้อยละ 30.1) อายุ 5 ปี 257 คน (ร้อยละ 28.1) โดยกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 3-5 ปีนี้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม (dmft)= 3.84 ซี่/คน

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย 11 ตัวแปรกับพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปาก ด้วยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 11 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สำหรับปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปาก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบผลการทำนายตัวแปรตามทั้ง 3 ด้านตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการทำนายตัวแปรการรับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

พบว่าความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปาก ($Beta=0.50$) ช่องทางและปริมาณการรับข่าวสารทันตสุขภาพ ($Beta=0.24$) ลักษณะมุ่งอนาคต ($Beta=0.09$) ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ ($Beta=0.07$) สถานการณ์เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ ($Beta=0.06$) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรไปรับบริการด้านส่งเสริมทันตสุขภาพได้ ร้อยละ 48.9 (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 ผลการทำนายตัวแปรการรับบริการด้านป้องกันโรคในช่องปาก

ตารางที่ 1 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรไปรับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

ตัวแปรทำนาย	Beta	p-value
ความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปากของบุตรก่อนวัยเรียน	0.50	<0.001*
ช่องทางและปริมาณการรับข่าวสารทันตสุขภาพ	0.24	<0.001*
ลักษณะมุ่งอนาคต	0.09	<0.001*
ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ	0.07	<0.001*
สถานการณ์เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ	0.06	<0.001*

หมายเหตุ : * แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$, $R^2 =$ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย = 0.489

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย

พบว่าความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปาก (Beta=0.33) ลักษณะมุ่งอนาคต (Beta=0.23) ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ (Beta=0.22) สถานการณ์เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ (Beta=0.15) ความเชื่ออำนาจในตนในการเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพดีโดยรวม (Beta=0.13) การสนับสนุนของสามีในการดูแลสุขภาพบุตร (Beta=0.08) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรไปรับบริการด้านป้องกันโรคในช่องปาก ได้ร้อยละ 35.0 (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 ผลการทำนายตัวแปรการรับบริการด้านรักษาทางทันตกรรม

พบว่า ลักษณะมุ่งอนาคต (Beta=0.33) ทศนคติต่อการรับบริการสุขภาพช่องปาก (Beta=0.19) ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ (Beta=0.17) การควบคุมตน (Beta=0.11) ความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปาก (Beta=0.08) สามารถร่วมทำนาย

พฤติกรรมมารดาในการพาบุตรไปรับบริการด้านรักษาทางทันตกรรม ได้ร้อยละ 40.2 (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

พฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปาก ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ด้านป้องกันโรคในช่องปากและด้านรักษาทางทันตกรรม มีความสำคัญและส่งผลต่อทันตสุขภาพเด็ก โดยเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากและด้านป้องกันโรคในช่องปาก ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมและดูแลตั้งแต่เด็กยังไม่เกิดโรคในช่องปาก ซึ่งถ้าเด็กมีสุขภาพช่องปากดี ไม่มีฟันผุ ไม่มีเหงือกอักเสบก็จะไม่ต้องไปรับการรักษาทางทันตกรรม

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายที่สำคัญ 3 ลำดับ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความ

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรไปรับบริการด้านป้องกันโรคในช่องปาก

ตัวแปรทำนาย	Beta	p-value
ความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปากของบุตรก่อนวัยเรียน	0.33	<0.001*
ลักษณะมุ่งอนาคต	0.23	<0.001*
ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ	0.22	<0.001*
สถานการณ์เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ	0.15	<0.001*
ความเชื่ออำนาจในตนในการเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพดีโดยรวม	0.13	<0.001*
การสนับสนุนของสามีในการดูแลสุขภาพบุตร	0.08	<0.001*

หมายเหตุ: * แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$, $R^2 =$ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย = 0.350

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรไปรับบริการด้านรักษาทางทันตกรรม

ตัวแปรทำนาย	Beta	p-value
ลักษณะมุ่งอนาคต	0.33	<0.001*
ทัศนคติต่อการรับบริการสุขภาพช่องปากของบุตร	0.19	<0.001*
ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ	0.17	<0.001*
การควบคุมตน	0.11	<0.001*
ความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปากของบุตรก่อนวัยเรียน	0.08	<0.001*

หมายเหตุ: * แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$, $R^2 =$ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย = 0.402

พร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปากของบุตรก่อนวัยเรียน อธิบายได้ว่า หมายถึงมารดาที่มีความตั้งใจหรือความมุ่งมั่นที่จะพาบุตรไปรับบริการสุขภาพช่องปาก รวมถึงความพร้อมที่จะเอาชนะอุปสรรคในการพาบุตรไปรับบริการสุขภาพช่องปากให้ได้ ซึ่งตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)⁽⁴⁰⁾ และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior)⁽⁴¹⁾ ความพร้อมที่จะกระทำ ถือว่าเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความใกล้เคียงกับพฤติกรรมมาก และการวิจัยครั้งนี้ได้ผลสอดคล้องกับการศึกษาของ Raheleh S และคณะ⁽⁴²⁾ ที่ได้ศึกษาตัวแปรทำนายตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อทำนายพฤติกรรมของมารดาเด็กก่อนวัยเรียนด้านการดูแลทันตสุขภาพบุตร พบว่า สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมมารดาได้ ร้อยละ 29.0 โดยมีตัวทำนายคือ ทศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความพร้อมกระทำ

ปัจจัยต่อมาคือ ลักษณะมุ่งอนาคต อธิบายได้ว่ามารดาที่มีความสามารถที่จะคาดการณ์ไกลไปในอนาคต โดยคิดได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ทั้งผลดีและผลเสีย และเห็นความสำคัญของสิ่งที่จะเกิดในอนาคตนั้น เช่น เห็นความสำคัญของการดูแลฟันน้ำนมที่เพิ่งขึ้นให้ดี ไม่ให้มีรูผุ พาบุตรไปรับบริการสุขภาพช่องปากตั้งแต่บุตรยังไม่มีโรคหรือปัญหาในช่องปากก็จะทำให้บุตรมีสุขภาพช่องปากดี จะส่งผลถึงฟันถาวรที่จะขึ้นตามมาและการมีสุขภาพช่องปากและสุขภาพทั่วไปที่ดีต่อไปในอนาคต ซึ่งพบผลสอดคล้องกับการศึกษาของวิชิตา คงเหมือนเพชร⁽⁴³⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองของผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลจังหวัดอ่างทอง พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองของผู้มารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลทั้งในเพศชายและหญิง ได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน และการสนับสนุนจากครอบครัว

นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐก็เป็นปัจจัยทำนายอีกตัวหนึ่ง อธิบายได้ว่า มารดา

มีความรู้หาหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐที่จะให้บริการสุขภาพช่องปากบุตรก่อนวัยเรียนตั้งอยู่ที่ใด จะให้บริการประเภทใดบ้าง เช่น ด้านส่งเสริมป้องกันและรักษาทางทันตกรรม และจะให้บริการในเวลาใดบ้าง ซึ่งพบผลสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวน ศรีเจริญและคณะ⁽⁴⁴⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในโครงการฟื้นฟูเยี่ยมพระราชทานของโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง พบว่าตัวทำนายที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวรุณ แก้วสุทธาและคณะ⁽⁴⁵⁾ ที่ได้ประมวลงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากในวัยรุ่นตอนต้น ผลการประมวลงานวิจัยปรากฏข้อค้นพบว่า ความรู้เรื่องโรคและอนามัยช่องปาก เจตคติที่ดีต่อการดูแลอนามัยช่องปาก การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติและปัจจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากในวัยรุ่นตอนต้น

ดังนั้นผลการวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย และได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนาและส่งเสริมมารดาให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อเป็นการพัฒนาให้เด็กก่อนวัยเรียนได้รับบริการสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปาก ช่องทางและปริมาณการรับข่าวสารทันตสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคต ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ สถานการณ์เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรไปรับบริการด้านส่งเสริมทันตสุขภาพ ได้ร้อยละ

ละ 48.9 และพบว่าความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปาก ลักษณะมุ่งอนาคต ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ สถานการณ์เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ ความเชื่ออำนาจในตนในการเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพดีโดยรวม การสนับสนุนของสามีในการดูแลสุขภาพบุตร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรไปรับบริการด้านป้องกันโรคในช่องปาก ได้ร้อยละ 35.0 นอกจากนี้พบว่า ลักษณะมุ่งอนาคต ทศนคติต่อการรับบริการสุขภาพช่องปาก ความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ การควบคุมตน ความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปาก สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรไปรับบริการด้านรักษาทางทันตกรรม ได้ร้อยละ 40.2

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายไม่ใช่การวิจัยเชิงทดลอง ดังนั้นข้อมูลที่พบจึงเป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามและสามารถอธิบายได้เพียงเชิงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดนโยบายร่วมกันอย่างบูรณาการ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากและวางแผนจัดทำแนวทางการพัฒนา มารดา โดยส่งเสริมให้มารดาที่มีความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปากของบุตรก่อนวัยเรียน มีลักษณะมุ่งอนาคตและมีความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมมารดาในการพาบุตรก่อนวัยเรียนไปรับบริการสุขภาพช่องปากให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. การวิจัยครั้งนี้เสนอแนะให้ทันตบุคลากร นักวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน นำผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลด้านวิชาการประกอบการกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ที่ชี้ทิศทางการทำงานทันตสาธารณสุขของกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนระดับประเทศ เพื่อเป็นการพัฒนาให้เด็กก่อนวัยเรียนได้รับบริการสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้นและต่อเนื่อง เพื่อส่งผลให้มีทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2. ควรทำการวิจัยต่อยอดโดยทำการวิจัยเชิงทดลองที่ใส่ Interventions 3 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมที่จะไปรับบริการสุขภาพช่องปากของบุตรก่อนวัยเรียน ลักษณะมุ่งอนาคต และความรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการทันตกรรมของรัฐ แล้ววัดผลพฤติกรรมมารดาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มี Interventions

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาล และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่ง บุคลากรและทันตบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัยที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนเป็นอย่างดี และขอขอบคุณกรมอนามัยที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent* 1999;21(6):325-6.
2. Bönecker M1, Abanto J, Tello G, Oliveira LB. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update. *Braz Oral Res* 2012;26(Suppl1):103-7.
3. Martins Júnior PA, Vieira Andrade RG, Corrêa Faria P, Oliveira Ferreira F, Marques LS, Ramos Jorge ML. Impact of early childhood caries on the oral health relat-

- ed quality of life of preschool children and their Parents. *Caries Res* 2013;47(3):211–8.
4. Johnsen DC, Gerstenmaier JH, Schwartz E, Michal BC, Parrish S. Background comparisons of pre-31/2year-old children with nursing caries in four practice settings. *Pediatr Dent* 1984;6(1):50–4.
 5. Çorak H, Dülgergil ÇT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: a review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sci Biol Med* 2013;4(1):29–38.
 6. Nobile CG, Fortunato L, Bianco A, Pileggi C, Pavia M. Pattern and severity of early childhood caries in southern Italy: a preschool-based cross-sectional study. *BMC Public Health* 2014;14(1):206.
 7. Munteanu A, Luca R, Farcasiu C, Stanciu I. Caries experience in children with severe early childhood caries. *Rom J Oral Rehabil* 2011;3(4):72–6.
 8. Wiggen TI, Wang NJ. Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. *Norsk Epidemiologi* 2012;22(1):13–9.
 9. Touger-Decker R, Loveren CV. Sugars and dental caries. *Am J Clin Nutr* 2003;78(4):81s–892s.
 10. Dye BA, Vargas CM, Lee JJ, Magder L, Tinanoff N. Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. *J Am Dent Assoc* 2011; 142(2):173–83.
 11. Vanagas G, Milasauskiene Z, Grabauskas V, Mickeviciene A. Associations between parental skills and their attitudes toward importance to develop good oral hygiene skills in their children. *Medicina* 2009;45(9):718–23.
 12. สุปรียา เครือสาร. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะช่องปาก ของเด็กก่อนวัยเรียน ที่มารับบริการคลินิกทันตกรรมเด็กดี อย่างต่อเนื่อง และไม่ต่อเนื่องโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารทันตภิบาล* 2560;28(2):47–57.
 13. Hooley M, Skouterisa H, Boganina C, Saturb J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: a systematic review of the literature. *J Dent* 2012;40(11):873–85.
 14. Case A, Paxson C. Parental behavior and child health. *Health Affairs* 2002;21(2):164–78.
 15. Dean J. McDonald and Avery's dentistry for the child and adolescent. 9th ed. Maryland Heights, Missouri: Mosby; 2011.
 16. Ryu K, Jeong S, Kim J, Choi Y, Song K. Effect of mothers' oral health behaviour and knowledge on dental caries in their preschool children. *J Korean Acad Dent Health* 2004;28:105–15.
 17. Kim SK. Effect of mother's oral health knowledge and behaviour on dental caries in their preschool children. *J Korean Soc Dent Hyg* 2004;4:165–77.
 18. Kim YN, Song YS, Kim YS. Effects of mother's oral health care behaviors on dental caries in primary school children. *J Korean Soc Dent Hyg* 2010;10:215–29.
 19. Keiwkarnka RB, Silabutra J. PREVENTING EARLY CHILDHOOD CARIES: Preventive behavior of mothers in Banjar district, Indonesia. *Journal of Public Health and Development* 2012;10(3):47–61.
 20. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, VahidGolpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2008;18(1):48–55.
 21. Jang K, Kim DY. The relations between mothers' oral health behavior and children's mean number of decayed or filled primary teeth. *J Korean Soc Dent Hyg* 2010; 10:215–29.
 22. Tang RS, Huang ST, Chen HS, Hsiao SY, Hu HY, Chuang FH. The association between oral hygiene behavior and knowledge of caregivers of children with

- severe early childhood caries. *J Dent Sciences* 2014; 9(3):277-82.
23. Law V, Seow WK, Townsend G. Factors influencing oral colonization of mutans streptococci in young children. *Australian Dental Journal* 2007;52(2):93-100.
24. Souza PM, Proença MAM, Franco MM, Rodrigues VP, Costa JF, Costa EL Association between early childhood caries and maternal caries status: a cross-section study in São Luís, Maranhão, Brazil. *Eur J Dent* 2015; 9(1):122-6.
25. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J* 2006; 10(Suppl1):S169-S74.
26. Adeniyi AA, Ogunbodede EO, Jeboda SO, Folayan MO. Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children? *International Journal of Paediatric Dentistry* 2009;19(6):448-54.
27. Schroth RJ, Brothwell DJ, Moffatt M. Caregiver knowledge and attitudes of preschool oral health and early childhood caries (ECC). *Int J Circumpolar Health* 2007;66(2):153-67.
28. Ashkanani F, Al-Sane M. Knowledge, Attitudes and Practices of Caregivers in Relation to Oral Health of Preschool Children *Med Princ Pract* 2013;22(2):167-72.
29. Isong IA, Zuckerman KE, Rao SR, Kuhlthau KA, Winickoff JP, Perrin JM. Association between parents' and children's use of oral health services. *Pediatrics*. 2010;125(3):502-8.
30. Guo HJ, Zhang PR, Luo M, Chen H, Luo L. Sample survey on related behaviors of oral health among children under 5 years in Mianyang city. *Maternal and Child Health Care of Chin* 2011;26:4567-9.
31. Hoefl KS, Barker JC, Masterson EE. Maternal beliefs and motivations for first dental visit by low-income Mexican American children in California. *Pediatr Dent* 2011;33(5):392-8.
32. Eckert GJ, Jackson R, Fontana M. Sociodemographic variation of caries risk factors in toddlers and caregivers. *Int J Dent* 2010;2010:593487.
33. Wigen TI, Wang NJ. Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2010;38(1):19-28.
34. Machry RV, Tuchenhagen S, Agostini BA, da Silva Teixeira CR, Piovesan C, Mendes FM, et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children *Bmc Oral Health* 2013;13(1):60.
35. Granville-Garcia AF, Clementino MA, Gomes MC, Costa EM, Pinto-Sarmiento TC, Paiva SM. Influence of oral problems and biopsychosocial factors on the utilization of dental services by preschool children. *J Dent Child* 2015;82(2):76-83.
36. Magnusson D, Endler NS. Personality at the crossroads: Current issues in interactionism psychology. New Jersey: LEA Publishers; 1977.
37. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1988.
38. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16(3):297-334.
39. Muthén LK, Muthén BO. Mplus user's guide. 6th ed. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 2007.
40. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.

41. Ajzen I. Theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes. New Jersey: Prentice-Hall; 1991.
42. Raheleh S, Gholamreza S, Behzad M, Ahmad E. Determinants of oral health behavior among preschool children: application of the theory of planned behavior. J Dent (Shiraz) 2018;19(4):273-9.
43. วิชิตา คงเหมือนเพชร. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองของผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลจังหวัดอ่างทอง [ปริญญา-นิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรม-ศาสตร์ประยุกต์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2559.
44. ญัฐวุธ แก้วสุทธา, อังคินันท์ อินทรกำแหง, พิชรี ดวงจันทร์. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 2556;19(2):153-63.
45. กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ปฏิภัทร เคลือบคล้าย, ลีละชาติ ประเสริฐ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย-พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561;5(3):153-68.

Abstract: Predicting Factors of Mothers on Oral Health Services among Preschool Children in Thailand

Worrawan Asawakun, D.D.S., M.P.H.

Office of Senior Advisors Committee, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):09-18.

The objective of this study was to investigate predicting factors of mothers on oral health services among preschool children. The studied samples consisted of 913 mothers of 3-5 years old children and their child. They were selected by using multi-stage random sampling method. Mothers were requested to respond to the study questionnaires (summated rating scales). The oral health status of children were examined by dentists using WHO form (dmft index). Data were analyzed by Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis. The results showed that 11 aspects of the predictive factors could predict maternal behavior on oral health services for preschool children. For receiving dental health promotion services, the predictors could account for 48.9%, with the first predictor was the favorable action tendency receiving oral health services (Beta=0.50, p<0.05). For receiving oral health prevention services, the predictors could account for 35.0%, with the first predictor was the favorable action tendency receiving oral health services (Beta=0.33, p<0.05). For receiving dental treatment, the predictors could account for 40.2%, with the first predictor was the future orientation (Beta=0.33, p<0.05). Thus, dental personnel and related health facilities should support mothers' preparedness and concern in taking their children to receive oral health services while having no dental problem in order to have good oral health in the future.

Keywords: predicting factors; maternal behavior; oral health services; preschool children

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

เอื้อจิต สุขพูล วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข

ชลดา กิ่งมาลา พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ภาวิณี แพงสุข พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ธวัชชัย ยืนยาว พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วีรวิรงค์ หวังมัน พย.บ.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

วันรับ: 12 ก.ย. 2562

วันแก้ไข: 8 ม.ค. 2563

วันตอบรับ: 17 ม.ค. 2563

บทคัดย่อ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นหัวใจหลักของการนำไปสู่การ
สร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน รูปแบบวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชน
วัยทำงานที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน
สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ (1) โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
สุขภาพที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข กิจกรรม
ประกอบด้วย การฝึกประเมินและวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม
การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การฝึกบันทึกพฤติกรรม การใช้ตัวแบบ การทำสัญญาใจ และการเยี่ยมบ้าน และ (2)
แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่
ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูง
กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่าโปรแกรม
สามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ และควรดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
เป็นระยะๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรู้
และพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะ
ทางปัญญาและสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและ
สมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและ
บริการสุขภาพในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเพื่อ

ตนเอง ครอบครัวและชุมชน⁽¹⁾ จากผลการศึกษาที่ผ่านมา
พบว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มักจะมีความ
รู้ด้านสุขภาพน้อย⁽²⁾ มีความล่าช้าในการแสวงหาการดูแล
ตนเองที่เหมาะสม มีปัจจัยเสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี ไม่
สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคได้เหมาะสม ไม่ไป

ตรวจร่างกาย รวมถึงเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากมีความลำบากในการทำใจจดจำ ข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของ ทีมสุขภาพ ส่งผลให้สุขภาพทรุดโทรมและเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย⁽³⁻⁵⁾ กล่าวคือความรอบรู้ทางสุขภาพ มีผลต่อมุมมองสุขภาพและการเข้าใช้บริการสุขภาพ หากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงหรือเพียงพอ จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี เช่น มีการตัดสินใจ ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น มีการลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพของตนเองทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีสถานะทางสุขภาพดีขึ้น ลดอัตราการเกิดโรค อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ⁽⁶⁻⁷⁾ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพนั้นจะต้องมีทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีทักษะด้านการสื่อสาร เลือกและประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเอง และมีทักษะทางปัญญาและสังคมเพื่อเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร วิเคราะห์และจัดสถานการณ์ในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองให้เหมาะสม⁽⁸⁾ ดังนั้น การพัฒนาประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกได้ให้ชาติสมาชิกทั่วโลกส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อการเป็นเมืองแห่งการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า⁽⁹⁾

ประเทศไทยได้กำหนดเป้าประสงค์ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อก้าวสู่สังคมอุดมปัญญา (Smart Thailand) และการเป็นคนไทยที่อุดมปัญญา (Smart Thai Citizens) คือ คนไทยทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีการจัดการสุขภาพตนเองได้ และสถาปนาปฏิรูปได้เสนอให้มีการยกระดับการปฏิรูปความรู้ด้านต่างๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรทุก 3-5 ปี⁽¹⁰⁾

จากสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เพิ่มมากขึ้นและพบมากในกลุ่มวัยทำงาน โดยในปี 2558 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 802,017 ราย โรคความดันโลหิตสูง 1,231,910 ราย โรคหัวใจ 325,873 ราย และโรคหลอดเลือดสมอง 276,523 ราย⁽¹¹⁾ โดยเฉพาะความชุกของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุที่พบว่ามีความชุกสูงสุดในโรคเบาหวานคือ กลุ่ม 30-39 ปี โรคความดันโลหิตสูง คือ กลุ่ม 60 ปีขึ้นไป โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่ม 70 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาในด้านอัตราเพิ่มของความชุกพบว่า โรคเบาหวาน กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 40-49 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 30-39 ปี โรคความดันโลหิตสูง พบ กลุ่มอายุที่มีอัตราเพิ่มสูงที่สุดคือ 15-29 ปี และ 30-39 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 30-39 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงอายุ 40-49 ปี⁽¹²⁾ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังนอกจากจะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามระบบต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดสมอง หัวใจ ตา ไตและเท้าอีกด้วย ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวเป็นผลมาจาก “4 พฤติกรรมเสี่ยงหลัก” ได้แก่ การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์⁽¹³⁾ ดังนั้นการป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยการลดอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มผักผลไม้ ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายและให้มีกิจกรรมทางกายที่มากขึ้น ลดการสูบบุหรี่งดการดื่มสุรา ให้มีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมใหม่เพื่อควบคุมวิถีชีวิตเสี่ยง ทั้งนี้ต้องเริ่มด้วยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอกับตนเองเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ (Health

literacy) นั่นเอง⁽⁹⁾ และเป้าประสงค์หนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ได้กำหนดให้ประชาชน ชุมชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น รวมถึงกำหนดให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁴⁾ โดยเฉพาะพฤติกรรม 3อ.2ส. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สืบบุหรี ต้มสุรา) เพื่อลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽¹⁵⁾ จากผลประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานช่วงอายุ 15-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.73 และ 50.25 ตามลำดับ⁽¹⁶⁾ จากข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ที่ไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องที่ยั่งยืนที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน จะส่งผลให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพลดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพึ่งตนเองได้ กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ได้เสนอกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อสร้างโอกาสให้บุคคลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ดีและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง เช่น การสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ พัฒนาการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและรู้เท่าทันสื่อ เสริมสร้างความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ เพื่อให้บุคคล มีความรู้ความเข้าใจ ตัดสินใจและจัดการสุขภาพของตนเองครบถ้วนและชุมชนได้

จังหวัดสุรินทร์เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอัตราป่วยสะสมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี

2558-2560 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน 52.81, 51.2, 54.13 และโรคเบาหวาน 26.35, 25.66, 26.99 /100 ประชากรตามลำดับ⁽¹⁷⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีนักวิจัยนำแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam⁽¹⁾ แนวคิดของ Baker และคณะ⁽¹⁸⁾ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹⁹⁾ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต⁽²⁰⁾ แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม⁽²⁰⁾ และแนวคิดการจัดการเรียนรู้⁽²¹⁾ มาประยุกต์ใช้พัฒนาความรู้ทางสุขภาพ แต่ยังไม่มียานวิจัยที่มีการนำกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพตามที่กองสุศึกษาได้เสนอไว้⁽³⁾ คณะผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ดังกล่าว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ลดภาวะเสี่ยงและอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในอนาคต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 35-59 ปี และอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดสุรินทร์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงงานวิจัยที่ใกล้เคียง⁽²²⁾ ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ แล้วนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างของ Cohen J⁽²³⁾ ที่ $\alpha=0.5$, Power=0.80 ได้ตัวอย่างจำนวน 24 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย เลือกหมู่บ้านชนบท ในภาคตะวันออกเฉียง-

เหนือจำนวน 2 หมู่บ้าน ที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์ สภาพสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกันเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และสามารถร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด และ (2) สื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ เกณฑ์ในการคัดออก คือ (1) ผู้ยินยอมสมัครใจในครั้งแรกและมาชอยกเลิกภายหลัง (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และ (3) ไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากประชาชนวัยทำงานทั้งสองหมู่บ้านให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและวิเคราะห์สาเหตุของความเสี่ยงของตนเอง กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โดยการบรรยายประกอบคู่มือการดูแลตนเองตาม 3อ.2ส. และโปสเตอร์ความรู้ อภิปรายกลุ่ม สาธิตและสาธิตย้อนกลับการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ผักบันทึกพฤติกรรม 3อ.2ส. และการประเมินการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ของตนเอง การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน รมรงค์การออกกำลังกาย ณ ศาลาประจำหมู่บ้าน กิจกรรมที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบการมีพฤติกรรม 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง กิจกรรมที่ 4 ทำสัญญาใจ โดยกำหนดเป้าหมาย แนวทางการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. เลือกคู่หูดูแลสุขภาพ พุดคุยปรึกษา นัดหมายการปฏิบัติ/ดูแลซึ่งกันและกัน กิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมบ้าน โดยคณะผู้วิจัยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจ ทบทวนความรู้ แก้ไขปัญหาอุปสรรค และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และยกย่อง เชิดชูเกียรติให้กับบุคคลที่ปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.

2ส. ได้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินที่ประยุกต์มาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁴⁾ จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาลักษณะงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.

2.1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบทดสอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 6 ข้อ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.67

2.2 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อตาม 3อ. 2ส.

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ. 2ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 รวมจำนวน 13 ข้อ มีค่า Cronbach alpha coefficient เท่ากับ 0.77

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 4-5 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 3 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ จำนวน 6 ข้อ มีค่า Cronbach' Alpha Coefficient เท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองและนัดพบกลุ่มควบคุมในวันถัดมาเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม การพิทักษ์สิทธิ์และลงนามในการเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลองตามโปรแกรม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินวิจัย ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วยสำหรับประชาชนวัยทำงานตามวิธีปกติ โดยการแจกแผ่นพับและการติดป้ายโปสเตอร์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ. 2ส.ที่ศาลาประจำหมู่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง มอบคู่มือการดูแลตนเองตาม 3อ.2ส. กล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติ ร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square ทดสอบการกระจายของข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม ด้วยสถิติ Kolomogorov-Smirnov test ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลทุกชุดมีการกระจายเป็นโค้งปกติ จึงทำการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (รหัส P-EC 11-02-61) กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมก่อนตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวมตามความเป็นจริง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา และประกอบอาชีพทำนา/ทำสวน/ค้าขาย ส่วนอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี อายุ 48-59 ปี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 26-47 ปี พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะของข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้าน

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ		Chi-square	p-value	
	กลุ่มทดลอง (n=30 คน)	กลุ่มควบคุม (n=30 คน)			
เพศ	ชาย	16.7	10.0	0.706	>0.05
	หญิง	83.3	90.0		
อายุ (ปี)	26-47	13.3	63.3	15.86	<0.05
	48-59	86.7	36.7		

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ		Chi-square	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=30 คน)	กลุ่มควบคุม (n=30 คน)		
สถานภาพสมรส				
โสด	16.7	10.0	0.706	>0.05
สมรส	83.3	90.0		
การศึกษา				
ประถมศึกษา	66.7	53.3	1.111	>0.05
>มัธยมศึกษา	33.3	46.7		
อาชีพ				
อาชีพทำนา/ทำสวน/ค้าขาย	76.7	70.0	0.341	>0.05
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23.3	30.0		

อายุที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		T-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	43.83	6.87	45.73	6.20	-1.124	0.266
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	51.37	4.37	47.10	6.26	3.062	0.003
พฤติกรรมสุขภาพ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	21.66	4.36	22	3.93	-0.310	0.757
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	25.93	2.99	22.83	3.46	3.708	<0.001

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

กลุ่ม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Pair t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	43.83	6.87	51.36	4.36	-6.241	<0.001
กลุ่มควบคุม	45.73	6.20	47.10	6.26	-2.018	0.053
พฤติกรรมสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	21.66	4.36	25.93	2.99	-7.316	<0.001
กลุ่มควบคุม	22.00	3.93	22.83	3.46	-1.737	0.093

วิจารณ์

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้สรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าการดำเนินงานตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนามาจากแนวคิดที่กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ที่ระบุไว้ว่า ประชาชนวัยทำงานจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อป้องกันและลดโรคทั้งโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ โดยการสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพและจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งโปรแกรมในการวิจัยได้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนในกลุ่มวัยทำงาน และเน้นการมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม โดยการสื่อสารความรู้ผ่านช่องทางและสื่อท้องถิ่น ให้ความรู้ 3อ.2ส. ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เสริมและพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพให้กับกลุ่มทดลอง

เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบการมีพฤติกรรม 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน เพื่อให้ได้รับข้อมูล 3อ.2ส. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ด้วยการบรรยาย ประกอบคู่มือการดูแลตนเองตาม 3อ.2ส. และโปสเตอร์ความรู้ 3อ.2ส. สาธิตและสาธิตย้อนกลับการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. เช่น การฝึกเลือกอาหาร ฝึกอ่านและทำความเข้าใจฉลากอาหาร ฝึกสติ ฝึกการออกกำลังกาย ด้วยการยืดเหยียดโยคะ การแกว่งแขน การเดินแอโรบิค ฝึกบันทึกพฤติกรรม 3อ.2ส. และการประเมินการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. ของตนเอง ตามแบบประเมินตนเองตามตนเองด้วย 3อ.2ส. และวิเคราะห์สาเหตุของความเสี่ยงของตนเอง การอภิปรายกลุ่มภายหลังการได้รับความรู้ และในขณะร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบตามประเด็น เห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร และจะทำอย่างไรเกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ.2ส. และการร่วมกันอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ.2ส. อย่างสม่ำเสมอ กับคู่มือของตนเอง ในขณะที่เข้าร่วมทำกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบหรือบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่ดีที่อยู่ในชุมชน การตัดสินใจเพื่อกำหนดและเขียนเป้าหมาย แนวทางการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. ของตนเอง

ดำเนินการเยี่ยมบ้านโดย อสม. ในรายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนการจัดปัจจัยแวดล้อมในครอบครัวและชุมชนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการจัดให้มีช่องทางสื่อสารด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับชุมชนผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน มีมุมนิเทศการความรู้ที่ศาลาประจำหมู่บ้าน

นอกจากนี้ในการพัฒนาโปรแกรมยังได้ยึดหลักตามทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ (adult learning theory) ที่มีแนวคิดว่าคุณใหญ่จะเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ที่มีอยู่ โดยหลักสำคัญของการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพคือ

- 1) ผู้ใหญ่จะต้องการความเป็นอิสระและนำตัวเอง (self-directed learning)
- 2) ประสบการณ์ของผู้ใหญ่ เป็นแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ที่มีคุณค่า
- 3) มีความพร้อมที่จะเรียนรู้เมื่อสิ่งนั้นจำเป็นต่อชีวิตและสังคมของตนเอง
- 4) แนวทางการจัดการเรียนรู้เน้นการปฏิบัติและยึดปัญหาเป็นศูนย์กลาง (practical, relevancy-oriented)
- 5) ต้องการความเคารพและพอใจกับการได้รับความเท่าเทียม (respect and prefer to be treated as equals)⁽²⁵⁾

การศึกษาผู้ใหญ่ยังเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่ดีอย่างมีสุขภาพที่ดี⁽⁹⁾ ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองจึงมีความรู้ ความเข้าใจ มีความมั่นใจในตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นตามไปด้วย^(26,27) ทั้งการมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ได้อย่างมีเหตุผล สามารถแสวงหาและตรวจสอบข้อมูล 3อ.2ส. จากหลายแหล่งได้ด้วยตนเอง สามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับในข้อมูล 3อ.2ส. ได้อย่างถูกต้องและเพียงพอสามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผน ทบทวน ปรับเปลี่ยน

และปฏิบัติตามแผนเพื่อให้มีพฤติกรรม 3อ.2ส. ที่ถูกต้องได้ สามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล 3อ.2ส. ตามสื่อต่างๆ ได้ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกิน⁽²⁰⁾ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การแสดงบทบาทสมมติ การใช้ตัวแบบ การใช้ไลน์กลุ่ม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้าน และมีพฤติกรรมลดน้ำหนักในทุกด้านมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน⁽²¹⁾ ที่มีกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ การสนทนาเชิงวิพากษ์ การสะท้อนคิด การบรรยาย การสาธิต และการเยี่ยมบ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง⁽²²⁾ ที่มีกิจกรรมสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การใช้เทคนิค 3 คำถาม การจดบันทึกพฤติกรรมของตนเอง การเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2⁽²⁸⁾ โดยมีกิจกรรม พัฒนาการอ่าน การฟังข้อมูล การสืบค้นข้อมูล การคำนวณยา อาหาร วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และประเมินความสามารถของตนเอง และการเยี่ยมบ้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ

สรุปโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพและจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ที่หลากหลายให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานได้มากกว่าการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามปกติ อย่างไรก็ตามการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้พบข้อจำกัดของการวิจัย ในด้านเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลบางส่วนที่มีค่าความเชื่อมั่นต่ำ จึงควรปรับปรุงเครื่องมือ และทดสอบค่าความเชื่อมั่นอีกครั้งก่อนนำไปใช้⁽²⁹⁾ และคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีความแตกต่างกันด้านอายุ จึงควรควบคุมคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเพื่อไม่ให้มีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นของผลของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. บุคลากรทางสาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่

2. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ และควรดำเนินกิจกรรมเป็นระยะๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และความรู้ต่างๆที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะติดตามผล เพื่อศึกษาถึงระยะความคงทนของความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการวางแผนในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมหรือกระตุ้นการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ

และพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะๆ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ หรือ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละช่วงวัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการหมู่บ้าน ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และอาสาสมัครที่ให้การสนับสนุนและร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67(12):2072-78.
2. Quinlan P, Price KO, Magid SK, Lyman S, Mandl LA, Stone PW. The relationship among health literacy, health knowledge, and adherence to treatment in patients with rheumatoid arthritis. *HSS J* 2013;9(1):42-9.
3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: นิเวศธรรมดาการพิมพ์; 2559.
4. McCarthy D, Waite K, Curtis L, Engel K, Baker D, Wolf D. What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Medicare* 2012;50(4):277-82.
5. Jordan J, Burchbinder R, Osborne R. Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient and Education Counseling* 2010;79(1):36-42.
6. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization among the elderly. *Soc Sci Med* 2008;66(8):1809-16.

7. Von Wagner C, Knight k, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health promoting behavior in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(12):1086-90.
8. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community population: a review of progress. *Health Promot Int* 2018;33(5):901-11.
9. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
10. อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์. การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.anamai.moph.go.th/ppf2017/>
11. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
12. สุภัตรา ศรีวิเศษชากร. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557). *วารสารควบคุมโรค* 2560;43(4):379-90.
13. จุรีพร คงประเสริฐ, อิตารัตน์ อภิญา, บรรณาธิการ. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
14. คณะกรรมการอำนวยการการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
15. ภาณุวัฒน์ ปานเกต. 3 อ. 2 ส. ลดการเกิดโรคเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
16. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: นวัตกรรมตาการพิมพ์; 2560.
17. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2561]. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
18. Baker DW, Wolf M, Feinglass JM, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* 2007;167(14):1503-9.
19. อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม, ลัดดา เรืองดวง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต. คลองจอก อ.เมือง จ. สุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2560;4(1):253-64.
20. สุภาพ พุทธปัญญา, นิจจรา ทูลธรรม, นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 2559;9(4):42-59.
21. อารยา เขียงทอง. ผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561. 271 หน้า.
22. รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา สุนทรระกูล, ศศิธร รุจนะเวช. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทยธานี* 2561;45(3):253-64.
23. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
24. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรู้

- ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.hed.go.th/linkHed/333>
25. ทิศนา แชมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์; 2553.
26. Becker MH. The health belief model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *J Health Soc Behav* 1977;18(4):348-66.
27. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract* 2012;13(1):49.
28. พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์, เชษฐา แก้วพรม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2560;27(3):91-106.
29. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.

Abstract: Effectiveness of Health Literacy and Health Behavior Development Program for Working People

Aurjit Sookpool, M.S.; Chonlada Kingmala, M.S.N.; Pawinee Pangsuk, M.S.N.; Thawatchai Yeanyoun, M.S.N.; Watchareewong Wongmun, B.S.N.

Boromarajonani College of Nursing, Surin Province, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):419-29.

Enhancing effects healthy literacy and health behaviors is important for leading to good health for the people. The objective of this study was to investigate the effects of healthy literacy and health behavior development program of working people. The study design was a quasi-experimental study. Working people who live in rural area, northeast, Thailand were randomly assigned to classes in this study. They were 30 and 30 peoples in the experimental group and control group respectively. The research instruments were (1) the health literacy development program that was developed based on Health Education Division's health literacy development concept. Activities included practice assessing and analyzing the causes of their own risk behaviors, educating group discussion, demonstration and return demonstration, practice of recording behavior, using role model of health care, mind contract and home visit, (2) a questionnaires of health literacy and health behavior. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test. The results revealed that after enrolling the program, mean of health literacy and health behavior in the experimental group were significant higher than before enrolling the program and higher than comparison group (p-value .05). The results of the research suggest that the health literacy development program improves healthy literacy and health behavior in working people and should conduct activities and evaluate continuously in order to be consistent with the changing context and encourage the persistence of health literacy and health behavior.

Keywords: health literacy, health behavior, working people

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

นโยบายลดผลกระทบจากการสื่อสารการตลาด ที่มีต่อเด็กอายุน้อยกว่า 16 ปี

กัญญาพัชร สุทธิเกษม ศศ.ม. MA.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ:	5 ม.ค. 2561
วันแก้ไข:	24 ธ.ค. 2562
วันตอบรับ:	30 ม.ค. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานโยบายการควบคุมการสื่อสารการตลาดของอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อเด็กอายุต่ำกว่า 16 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเป็นโรคอ้วนสูง นโยบายและมาตรการควบคุมการสื่อสารการตลาด เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดผลกระทบจากการตลาดของอาหารที่มุ่งเป้าไปสู่เด็กได้ เพราะเด็กมีความเปราะบางต่อสื่อโฆษณาและการตลาด ไม่สามารถแยกแยะหรือวิเคราะห์ได้ด้วยตัวเอง จึงมักตกเป็นเป้าหมายของการสื่อสารการตลาดของอาหารและเครื่องดื่ม และอาจได้รับผลกระทบทั้งปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมในระยะยาว ที่ผ่านมาประเทศไทย ยังไม่มีมาตรการที่จะปกป้องเด็กจากการสื่อสารการตลาดอย่างจริงจัง มีเพียงพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคและการจำกัดการโฆษณาเท่านั้น สำหรับต่างประเทศขนรับนโยบายจากองค์การอนามัยโลก มีการกำหนดนโยบายและมาตรการต่าง ๆ จำนวนมาก ในช่วงปี 2010 แต่จากผลการประเมินขององค์การอนามัยโลกพบว่า นโยบายการควบคุมการสื่อสารการตลาดใน 59 ประเทศ มีความก้าวหน้าอย่างมาก และไม่มีรัฐบาลในประเทศใดที่ผลักดันนโยบายที่เน้นในกลุ่มเด็กวัยรุ่น ทั้ง ๆ ที่ปัญหาโรคอ้วนระบาดอย่างมากในกลุ่มเด็กที่อายุระหว่าง 12-16 ปี ทั้งนี้ นโยบาย มาตรการ หรือ กฎหมาย ข้อบังคับ ควรเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ประเทศสิงคโปร์ที่มีการผลักดันนโยบายจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาชน ด้วยการมุ่งเป้าหมายเดียวกันคือ สุขภาวะของเด็ก ซึ่งมีผลดีในแง่ที่ทำให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญของการปกป้องเด็ก และมีความรับผิดชอบร่วมกัน และนโยบายนั้นอาจไม่จำเป็นต้องเข้มงวดมากจนฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรู้สึกเสียประโยชน์มากเกินไป แต่ให้ทุกฝ่ายยอมรับได้ ซึ่งในแง่นี้ ทำให้ไม่เกิดการละเมิดหรือใช้ช่องโหว่ของกฎหมายในการกระทำผิด นโยบายต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหา และปรับปรุงอยู่เสมอ เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของการตลาดอาหารที่เปลี่ยนรูปแบบและกลยุทธ์ตลอดเวลา รวมถึงครอบคลุมการตลาดทุกรูปแบบด้วย บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม (systematic review) ที่เกี่ยวข้องกับมาตรการและนโยบายการควบคุมการสื่อสารการตลาดในกลุ่มเด็กที่รัฐเป็นผู้กำหนด โดยศึกษาจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องระหว่างปี 2007-2017 ในระดับโลกและประเทศไทย

คำสำคัญ: การสื่อสารการตลาด; เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี; ผลกระทบจากการสื่อสารการตลาด; โรคอ้วน

บทนำ

เด็กมีความเปราะบางสูงต่อสื่อโฆษณาและการตลาด เพราะเด็กขาดทักษะการรับรู้ และประสบการณ์ ไม่สามารถตีความหรือวิเคราะห์เนื้อหาของโฆษณาได้

The American Psychological Association⁽¹⁾ จึงสรุปว่า เด็กส่วนใหญ่ไม่เข้าใจว่า วัตถุประสงค์ของโฆษณาคือการชักชวนผู้บริโภคให้ซื้อสินค้า และเด็กเล็ก จะไม่สามารถแยกความแตกต่างของรายการโทรทัศน์กับโฆษณาได้

จนกว่าจะอายุ 12 ปี)⁽²⁾ และเด็กทุกกลุ่มอายุ ล้วนแต่ได้รับผลกระทบจากสื่อ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่า ระดับของสื่อที่กระทบต่อการรับรู้และความสนใจของเด็ก เช่น เด็ก อายุ 2-6 ปี ชอบโฆษณาที่มีนักแสดง เสียงเพลง ภาพที่มีสีสัน และของที่มีรูปลักษณะดึงดูดใจ ส่วนเด็กที่โตขึ้นอย่างวัยรุ่น มีแนวโน้มที่จะถูกชักจูงจากกลยุทธ์ของสื่อได้มากกว่าเพราะวัยรุ่นเข้าถึงสื่อได้หลากหลายและมีพฤติกรรมเลียนแบบตามค่านิยมของกลุ่มเพื่อต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผลกระทบคือ เด็กจะไม่สามารถวิเคราะห์ด้วยเหตุผล และมีแนวโน้มที่จะยอมรับโฆษณาด้วยสุจริตใจ เห็นว่าถูกต้อง และปราศจากอคติใดๆ นอกจากนี้ ยังพบว่า การให้ความรู้กับเด็กเกี่ยวกับการโฆษณา ไม่มีประโยชน์กับเด็กทางใดเลย หากเด็กตัดสินใจว่าชอบสินค้าชิ้น ใดๆ ไปแล้ว แม้ว่าเด็กอาจจะเข้าใจว่าโฆษณานั้นพยายามขายของ แต่เด็กจะไม่ได้ใช้ความรู้ที่มีอยู่ในการปกป้องตนเองจากกลยุทธ์ของผู้ค้า⁽³⁾

การศึกษาจำนวนมาก พบว่า การตลาดของอาหารส่งผลกระทบต่อการใช้รับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก ดังปรากฏปัญหาเด็กเป็นโรคอ้วนและโรคเรื้อรังในหลายประเทศทั่วโลก นอกจากนี้ การขยายตัวของสื่อสื่อสารการตลาดของอาหาร ไปยังกลุ่มเด็กมีกลยุทธ์ในลักษณะของการบูรณาการมากขึ้น ทำให้เด็กในปัจจุบันถูกแวดล้อมด้วยข้อมูลจากสื่อที่หลากหลาย และเข้าถึงกลุ่มเด็กในทุกๆ ที่ โดยเฉพาะการเข้ามาทางสื่อ-อิเล็กทรอนิกส์ ผลการสำรวจในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2554 กับ พ.ศ. 2556 พบว่า มีเด็กอายุ 6-14 ใช้อินเทอร์เน็ตสูงขึ้น จากร้อยละ 38.3 เป็นร้อยละ 54.1⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ผลสำรวจในปีต่อๆ มา ได้พบว่า สื่ออิเล็กทรอนิกส์หลายรูปแบบเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อชีวิตของเด็กในปัจจุบันมากขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่ ปัญหาเด็กดูทีวีเป็นเวลานาน ยังเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดูแล เพราะล้วนส่งผลกระทบต่อการใช้รับรู้และพฤติกรรมในเชิงลบหลายด้าน

ดังนั้น การกำหนดนโยบายจึงไม่ใช่ว่าการเน้นให้เด็กทำความเข้าใจการตลาด แต่ต้องมุ่งเป้าหมายเพื่อลด

ผลกระทบของการตลาดของอาหารที่จะเกิดกับเด็ก เพื่อปกป้องเด็กและบรรเทาปัญหาสุขภาพที่จะเกิดกับเด็กในอนาคต

ตั้งแต่ปี 2004 เป็นต้นมา องค์การอนามัยโลกผลักดันยุทธศาสตร์เพื่อแก้ปัญหาด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และสุขภาพ ที่เรียกว่า “WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health”⁽⁵⁾ โดยเรียกร้องให้รัฐบาล และภาคีในระดับนานาชาติ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทำงานและสนับสนุนการมีโภชนาการที่ดี และการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพของประชาชน ต่อมา ปี 2010 ประเทศสมาชิก 192 ได้กำหนดเป้าหมายร่วมกันที่จะห้ามทำการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและเครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์ ที่มุ่งเป้าไปสู่เด็กเพื่อลดอัตราการเกิดโรคอ้วน และโรคเรื้อรัง ปี 2013 องค์การอนามัยโลกได้เสนอแผนปฏิบัติการ (WHO Global Action Plan)⁽⁶⁾ โดยมีแนวคิดให้ผนวกเรื่องสุขภาพอยู่ในทุกๆ นโยบาย หลายประเทศทั่วโลก ตื่นตัวในการกำหนดข้อบังคับห้ามการโฆษณาที่มุ่งเป้าไปสู่เด็ก แต่ยังคงพบว่าการบังคับใช้กฎหมาย/ข้อบังคับในแต่ละประเทศก้ำกั้นน้อยมาก ในขณะที่การตลาดของอาหารทั้งนมผงสำหรับเด็ก และอาหารที่มีไขมัน เกลือ และน้ำตาลสูง ได้ใช้ช่องทางการสื่อสารที่แยบยลและหลากหลายมากขึ้น เพื่อเข้าถึงเด็กทั้งในบ้าน โรงเรียน และสถานที่สาธารณะต่างๆ

นโยบายควบคุมการสื่อสารการตลาดของอาหารที่มีผลกระทบต่อเด็ก ได้ผลจริงหรือไม่? แน่แน่นอนว่าคงไม่มีมาตรการใดมาตรการหนึ่งที่จะสามารถทำให้การตลาดที่เป็นภัยคุกคามต่อเด็กหมดไป หรือสามารถลดปัญหาสุขภาพจากการบริโภคตามสื่อได้ แต่อย่างน้อยการควบคุมการสื่อสารการตลาด เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดผลกระทบจากสื่อที่มุ่งเป้าไปสู่เด็กลงได้ ทั้งนี้ ก็จำเป็นจะต้องใช้นโยบายหรือวิธีการอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย

บทเรียนจากนโยบายในต่างประเทศพบว่า ไม่มีนโยบายหนึ่งเดียวที่สามารถลดปัญหาสุขภาพหรืออัตราการเกิดโรคอ้วนของเด็กลงได้ แต่งานวิจัยจำนวนมากบอกว่า การควบคุมโฆษณาในเด็ก มีส่วนช่วยให้เด็ก

สามารถควบคุมน้ำหนักได้ Chou et al. (2008) สรุปว่าการห้ามโฆษณาอาหารจานด่วนและโฆษณาในร้านอาหารต่างๆ ลดอัตราของเด็กและวัยรุ่นที่น้ำหนักเกินลงได้⁽⁷⁾ ขณะที่ Veerman JL, et al. พบว่า การจำกัดโฆษณาทีวีสามารถลดอัตราการเกิดโรคอ้วนในเด็กในประเทศสหรัฐอเมริกาลงได้เช่นเดียวกัน แต่ไม่เฉพาะปัญหาโรคอ้วน แต่ยังหมายถึงปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ด้วย⁽⁸⁾ และการปกป้องเด็กจากสื่อการตลาดที่มุ่งเฉพาะผลประโยชน์เชิงธุรกิจ เป็นสิ่งที่ผู้ใหญ่จำเป็นต้องทำอย่างยิ่ง

ทำไมจึงต้องเป็นเด็กที่อายุน้อยกว่า 16 ปี? โดยทั่วไปแล้ว นิยามของ “เด็ก (child)” ในระดับโลกไม่ปรากฏว่ามีการกำหนดอายุไว้ชัดเจน ขึ้นอยู่กับบริบทของการศึกษา แต่จากบทความการประชุมอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิเด็ก (United Nations Convention on the Rights of the Child (UNCRC)) ให้นิยามของเด็กว่า คือ คนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี⁽⁸⁾ แต่สำหรับการศึกษาผลกระทบจากการสื่อสารการตลาดที่มีต่อเด็ก งานวิจัยหลายชิ้น เน้นไปที่เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี มากกว่าเด็กวัยรุ่น ซึ่งงานวิจัยโดยมากศึกษาในบริบทของประเทศพัฒนาแล้ว และจากข้อค้นพบยืนยันว่า เด็กที่ได้รับผลกระทบจากการตลาดมากที่สุด คือเด็กในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 12 ปี มากกว่ากลุ่มที่อายุระหว่าง 12-18 ปี อย่างไรก็ตาม มีหลายประเทศที่มีนโยบายควบคุมการสื่อสารการตลาดที่มุ่งเป้าไปที่เด็ก โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กที่อายุสูงกว่า 12 ปี เนื่องจากสถานการณ์เด็กน้ำหนักเกินและอ้วนจำนวนมากอยู่ในกลุ่มที่เป็นวัยรุ่น เช่น ภูมิภาคสหภาพยุโรป นอร์เวย์ เม็กซิโก ไอร์แลนด์ มีนโยบายและมาตรการที่คุ้มครองเด็กอายุน้อยกว่า 13 ปี เกาหลีใต้ และไอร์แลนด์ยังมีนโยบายที่เน้นเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี อังกฤษ เน้นเด็กที่อายุน้อยกว่า 16 ปี การที่หลายประเทศให้ความสำคัญกับเด็กและวัยรุ่น เนื่องจากปัญหาโรคอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มเด็กที่อายุ 13-16 ปี และวัยรุ่นมีแนวโน้มของการใช้สื่อออนไลน์เป็นเวลานานและหลากหลายกว่ากลุ่มเด็ก และแม้ว่าวัยรุ่นจะสามารถตัดสินใจเลือกเองได้ แต่ก็มีความอยากรู้อยากลอง รวมทั้งสามารถเข้าถึงอาหารและ

เครื่องดื่มได้เองตามที่การตลาดชี้ชวน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์นโยบายการลดผลกระทบจากการสื่อสารการตลาดที่มีต่อเด็กอายุน้อยกว่า 16 ปี โดยการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย/มาตรการต่างๆ ตั้งแต่ปี 2007-2017 (11 ปี) ที่มีการดำเนินการในต่างประเทศและประเทศไทย เช่น นโยบายการควบคุมสื่อโฆษณา การห้ามขาย หรือการห้ามทำการตลาดในรูปแบบต่างๆ รวมทั้ง มาตรการทางภาษี เป็นต้น เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นถึงนโยบายที่ผ่านมา อิทธิพลที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายของประเทศไทย รวมถึงช่องว่างของนโยบาย เพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้กำหนดนโยบายและผู้เกี่ยวข้องต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย มาตรการ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการสื่อสารการตลาดอาหารเด็กของภาครัฐ ในระยะ 11 ปี ตั้งแต่ปี 2007-2017 ในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ รวมทั้งประเทศไทย

ขั้นตอนการศึกษา

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย/มาตรการการควบคุมการสื่อสารการตลาดในเด็ก และผลกระทบจากการสื่อสารการตลาดที่มีต่อเด็ก ทั้งนี้ประเด็นที่สนใจศึกษาเกี่ยวข้องกับนโยบายหรือมาตรการที่รัฐเป็นผู้กำหนดเท่านั้น

2. วิเคราะห์ข้อมูลเอกสารในมิติที่เกี่ยวข้องกับ สถานการณ์ของนโยบาย/มาตรการควบคุมการสื่อสารการตลาดในปัจจุบัน นโยบาย/มาตรการที่ได้ผลดี และมาตรการที่ประเทศไทยควรจะต้องกำหนดหรือปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบจากการสื่อสารการตลาดที่มีต่อเด็ก

ทั้งนี้ ได้กำหนดประเด็นการศึกษาเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ การควบคุมการสื่อสารการตลาดในระดับโลกและภูมิภาค บริบทนโยบายในต่างประเทศ โดยศึกษาในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งมีความก้าวหน้าด้านกฎหมายและมาตรการเพื่อปกป้องเด็กจากการสื่อสารการตลาด อาทิ

ประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา แคนาดา นิวซีแลนด์ และสิงคโปร์ เป็นต้น รวมทั้งศึกษาบทเรียนความสำเร็จ และวิเคราะห์เนื้อหาจากรรณกรรม (content analysis) เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการควบคุมการสื่อสารการตลาดอาหารสำหรับเด็ก และการปฏิบัติในประเทศไทย

ผลการศึกษา

1. การควบคุมการสื่อสารการตลาดในระดับโลก และภูมิภาค

นโยบายควบคุมการสื่อสารการตลาดในระยะแรกเริ่มเป็นนโยบายที่มุ่งควบคุมสื่อโฆษณาเป็นหลัก ทั่วโลกตื่นตัวกับสื่อโฆษณาทั้งทีวี ป้ายโฆษณา หนังสือพิมพ์ นิตยสารที่มีการโฆษณาอาหาร ที่มีไขมัน น้ำตาลและเกลือสูง จากนั้น ความท้าทายของการผู้กำหนดนโยบายพบว่า การตลาดที่มากับสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ อย่าง อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ เกมออนไลน์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคของเด็กอย่างมาก เห็นได้จากงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของโฆษณาที่มีผลต่อเด็กที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา

เนื่องจากขณะนั้นทั่วโลกเริ่มเผชิญสถานการณ์การระบาดของโรคอ้วนและโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ประเทศที่มีกฎหมายก้าวน้ำคือ แคนาดา ที่เริ่มใช้ตั้งแต่ 1978⁽⁹⁾ ซึ่งอยู่ในกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค ได้ระบุห้ามการโฆษณาทุกชนิดที่มุ่งใจเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี กฎหมายมีบทลงโทษและดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการยอมรับจากประชาชนในรัฐควิเบค โดยการสำรวจพบว่าเป็นกฎหมายที่มีความเหมาะสมในช่วงนั้น ปลายปี 1970 รูปแบบของสื่อการตลาดบางส่วนเปลี่ยนจากโฆษณาทีวี ไปใช้การตลาดรูปแบบใหม่ เช่น การเข้าถึงเด็กในโรงเรียน การแจกตัวอย่างอาหารให้กลุ่มเป้าหมาย การจัดโปรมือชั้นต่างๆ รวมถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ด้วย ซึ่งทำให้การตลาดเริ่มมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น ขณะที่หลายประเทศมีการปรับปรุงมาตรการและกฎหมาย มาให้ความสนใจมาตรการที่เปลี่ยนไป

รวมถึงผลกระทบต่อเด็กเล็ก จนกระทั่งปี 1981 มีการผลักดันให้มีมาตรการควบคุมการตลาดนมผง โดยสมัชชาอนามัยโลก และประเทศสมาชิก จึงร่วมกันลงมติรับรองหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ (International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes) ซึ่งกำหนดไว้เพื่อปกป้องสุขภาพเด็กทุกคนให้ได้กินนมแม่ ซึ่งเน้นในกลุ่มเด็กเล็ก⁽¹⁰⁾

การเผชิญสถานการณ์การระบาดของโรคอ้วนในเด็กในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา ทำให้เกรงกันว่า เด็กจะกลายเป็นโรคเรื้อรังในอนาคต ทั่วโลกจึงตื่นตัวกับการแก้ปัญหาโรคอ้วน ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมบริโภคและการใช้ชีวิต มีการศึกษาจำนวนที่ระบุต้นเหตุของโรคอ้วนในเด็กว่าเกิดจากการที่เด็กได้รับการสื่อสารการตลาดของอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยไม่ได้มีเฉพาะโฆษณาทีวีเพียงอย่างเดียวอีกต่อไป และกลายเป็นรูปแบบของการตลาดที่ซับซ้อนคือ ใช้วิธีการหลากหลายในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เช่น การตลาดอาหารและขนมที่เข้าไปในโรงเรียน ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมผู้บริโภคของเด็กมาก ดังนั้น เมื่อปี 2010 องค์การอนามัยโลกได้มี Resolution WHA 63.14⁽¹¹⁾ ระบุข้อเสนอว่า ให้มีการลดผลกระทบจากการตลาดอาหารขยะที่มีต่อเด็ก โดยการห้ามทำการตลาดในสถานที่ที่เด็กรวมตัวกันอยู่จำนวนมาก เช่น ในโรงเรียน และหลีกเลี่ยงเรื่องผลประโยชน์ต่างๆ เพราะว่าการตลาดของอาหาร (Food marketing) ที่มุ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านการรับรู้จิตใต้สำนึก และพฤติกรรม ต่อมาในปี 2012 องค์การสหประชาชาติมีบทบาทในการผลักดันรูปแบบการดำเนินธุรกิจที่ปกป้องสิทธิเด็ก โดยมีการบังคับใช้ไปเมื่อปี 2015 นอกจากนี้ เมื่อปี 2013 องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่ Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 แผนนี้ได้รวมตัวชีวิตในการขับเคลื่อนการห้ามทำการตลาดของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพกับเด็กอายุ 0-18 ปี เพื่อลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคเรื้อรังให้ได้ร้อยละ 25.0 ภายในปี 2025⁽⁵⁾

มาตรการและกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมการตลาดอาหารในโรงเรียน ได้แก่ ห้ามวางตู้กดน้ำอัดลม หรือ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในโรงเรียน การห้ามขายขนมกรุบกรอบ อาหารฟาสฟู๊ดส์ และมาตรการเชิงบวก เช่น การประกอบอาหารและจัดเมนูอาหารที่ดีต่อสุขภาพให้เด็กได้รับประทาน

นโยบายในระยะแรก ให้ความสำคัญกับการปกป้องเด็กทารกและเด็กเล็ก รวมถึงเด็กในโรงเรียนอนุบาลและประถมศึกษา ในขณะที่นโยบายระยะต่อมาเห็นว่า การสื่อสารการตลาดทำให้เด็กโตได้รับผลกระทบด้วย จึงเห็นได้ว่านโยบายขององค์การอนามัยโลกระบุให้ห้ามทำการตลาดของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพกับเด็กอายุ 0-18 ปี เพราะปัญหาการระบาดของโรคอ้วนอยู่ในวัยนี้ อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่ปี 2013 ที่องค์การอนามัยโลกประกาศแนวทาง ยังไม่พบประเทศใดที่สามารถกำหนดกฎหมายครอบคลุมในกลุ่มเด็กวัยรุ่น⁽⁵⁾

เนื่องจากในทางปฏิบัติ นโยบาย/กฎหมายควบคุมการสื่อสารการตลาดของอาหาร ยังมีอุปสรรคอยู่มาก หลายประเทศจึงหามาตรการที่จะช่วยลดผลกระทบจากการตลาดอาหารที่มีต่อเด็ก ทำให้เกิดมาตรการทางภาษีน้ำตาล/ภาษีโชดา ขึ้นในระยะต่อมา โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการลดการบริโภคน้ำตาลที่ถูกมองว่าเป็นต้นเหตุของโรคอ้วนแล้วโรคเรื้อรัง ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการใช้มาตรการทางภาษีควบคุมการตลาดของเครื่องดื่ม ได้แก่ ฝรั่งเศส เริ่มบังคับใช้เมื่อเดือนมกราคม 2012 ซึ่งก็ได้ผล การซื้อเครื่องดื่มลดลงหลังจากขึ้นราคา ส่วนเม็กซิโก ที่บังคับใช้มาตรการทางภาษีโชดา เมื่อปี 2014 ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน โดยพบว่า ยอดขายโชดาลดลงร้อยละ 12.0 ส่วนน้ำดื่มขยดีขึ้นร้อยละ 4.0 ชาวเม็กซิกันรายได้น้อยซื้อเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงน้อยลงกว่าปี 2013 ประมาณร้อยละ 17.0 อย่างไรก็ตาม มาตรการทางภาษียังไม่ประสบความสำเร็จในอีกหลายประเทศ เช่น ประเทศเดนมาร์ก พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มไม่ได้ลดลง ในเยอรมันกลับมีการใช้น้ำตาลเทียม/สารให้ความหวานแทนน้ำตาลจริง ๆ เติมน้ำในเครื่องดื่ม⁽¹²⁾

เมื่อย้อนดูจะพบว่า กฎหมายที่ประสบความสำเร็จในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย การที่มีบทบาทของภาคประชาสังคมในเรื่องสุขภาพค่อนข้างเข้มแข็ง อย่างประเทศออสเตรเลีย จะพบว่าภาคประชาสังคมร่วมงานกับภาครัฐ และนักวิชาการได้อย่างลงตัว มีการใช้รางวัลจูงใจการทำงานในพื้นที่ในด้านของชุมชน มีชุมชนขนาดใหญ่ 11 แห่ง ที่ริเริ่มโครงการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาโรคอ้วนของเด็กในออสเตรเลีย 9 แห่ง⁽¹³⁾ อยู่ในรัฐวิกตอเรีย ที่ริเริ่มทำโครงการ 3 โครงการใช้เวลา 3 ปี ซึ่งได้ผลดีมากในการลดอัตราโรคอ้วนของเด็กก่อนวัยเรียน เด็กชั้นประถมศึกษา และวัยรุ่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ชุมชนก็สามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงได้ ในทางกลับกัน ประเทศนิวซีแลนด์ มี NGOs ที่ทำงานด้านสุขภาพได้ร่วมกันกดดันให้มีแผนการทำงาน ในชื่อ HEHA⁽¹⁴⁾ แต่ในข้อเท็จจริง การกดดัน ไม่สามารถทำให้เกิดการทำงานหรือนโยบายที่ยั่งยืนได้

ภายหลังการผลักดันให้นานาประเทศเห็นความสำคัญของการปกป้องเด็กจากการสื่อสารการตลาดทุกรูปแบบ องค์การอนามัยโลกได้ประเมินความก้าวหน้า พบว่าระหว่างปี 2010-2015 มีรายงานตีพิมพ์โดยองค์การวิชาการและภาคประชาสังคม ที่แสดงให้เห็นถึงความสนใจของธุรกิจข้ามชาติในหลายพื้นที่ รายงานนี้พูดถึงความอ่อนแอของทุนของภาคธุรกิจในการกำหนดกฎเกณฑ์ และผู้ที่ตัดสินใจเชิงนโยบายไม่มีอำนาจและทรัพยากร ที่จะสร้างผลการดำเนินงาน หรือไม่สามารถสร้างความน่าเชื่อถือในด้านการตลาดที่จะช่วยลดการเกิดโรคอ้วนหรือโรคเรื้อรังได้⁽¹⁵⁾

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ตั้งแต่ปี 2010 มีหลายประเทศที่ผลักดันกฎหมายห้ามทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม โดยมีการสำรวจ 59 ประเทศ เมื่อปี 2011 พบว่า แม้รัฐบาลจะพัฒนาหรือบังคับใช้กฎหมาย ธรรมชาติและการขยายตัวของข้อห้ามทำการตลาด มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศและแต่ละพื้นที่ ไม่มีประเทศสมาชิกใดกำหนดข้อห้ามที่ครอบคลุมหรือบังคับใช้กฎเกณฑ์ในการห้ามทำการตลาดอาหารและ

นโยบายลดผลกระทบจากการสื่อสารการตลาดที่มีต่อเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี

เครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นเลย⁽¹⁶⁾

ในระดับประเทศ มีบางประเทศที่มีนโยบายชัดเจน และมีการบังคับใช้เต็มรูปแบบ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศพัฒนาแล้ว บางประเทศบังคับใช้นโยบายบางส่วน ขณะที่หลายประเทศก็ไม่มีนโยบายในทางปฏิบัติ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นประเทศด้อยพัฒนา ในภูมิภาคยุโรป มีประเทศที่บังคับใช้นโยบายบางส่วนมากที่สุด 29 ประเทศ ส่วนที่บังคับใช้เต็มรูปแบบมีเพียง 6 ประเทศ จากสมาชิกทั้งหมด 52 ประเทศ⁽¹⁶⁾

จากการศึกษา พบว่า ตั้งแต่ปี 2007-2017 ในระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้มีนโยบายสำคัญที่มุ่งแก้ปัญหาโรคอ้วน ขณะที่ในระดับภูมิภาคขานรับนโยบาย โดยมีความพยายามพัฒนาข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกให้เป็นแผนการทำงานของประเทศในภูมิภาคนั้น ๆ อย่างไรก็ตามประเทศที่มีการดำเนินงานควบคุมการสื่อสารการตลาดอาหารที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและวัยรุ่น ส่วนใหญ่

เป็นประเทศพัฒนาแล้วที่ได้รับผลกระทบจากโรคอ้วน โดยเน้นมาตรการด้านภาษี ดังข้อมูลในภาพต่อไปนี้ (ภาพที่ 1)

2. บริบทนโยบายในต่างประเทศ

เพื่อทำความเข้าใจบริบทของนโยบาย จึงกำหนดประเด็นที่จะวิเคราะห์ 5 ประเด็น ได้แก่ เป้าหมายของนโยบาย ขอบเขตของนโยบาย ผู้กำหนดนโยบาย มาตรการลงโทษ และปัญหาการบังคับใช้นโยบาย

2.1) เป้าหมายของนโยบาย

เมื่อปี 2013 หลายประเทศทั่วโลก ตื่นตัวต่อนโยบายขององค์การอนามัยโลกอย่างมาก ทำให้มีการกำหนดนโยบายและกฎหมายต่าง ๆ มากมายเพื่อรองรับแนวทางตามที่องค์การอนามัยโลกเสนอ อย่างไรก็ตาม มีเพียงบางนโยบายที่ระบุเป้าหมายชัดเจนไปที่การคุ้มครองเด็ก จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ประเทศพัฒนาแล้ว เช่น อังกฤษและ

ภาพที่ 1 นโยบายและมาตรการในระดับโลก ภูมิภาค และระดับประเทศ

	Global	Regional	Country
2017			สิงคโปร์: มีปัญหาของภาคธุรกิจขนาดใหญ่ในประเทศและภูมิภาค 7 แห่ง สัญญาจะลดน้ำตาลในเครื่องดื่มที่จำหน่ายในประเทศ
2016			
2015		WHO Regional office for Europe เสนอรูปแบบการทำงานเพื่อช่วยรัฐบาล ให้สามารถลดการทำการตลาดของอาหารและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ที่มุ่งไปสู่วัยรุ่น	
2014		WHO Regional office for Western Pacific ร่างยุทธศาสตร์ให้รัฐบาลบังคับใช้ควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม และต่อสู้กับอุตสาหกรรมอาหาร ให้หันมาพัฒนาโยบาย	อเมริกาและเม็กซิโก บังคับใช้มาตรการภาษีโซดา
2013	Global Action Plan for Prevention and Control of NCDs 2013-2020		
2012			ฝรั่งเศสใช้มาตรการทางภาษีกับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล
2011		PAHO พัฒนาข้อเสนอของ WHO (Resolution WHA 63.14) เพื่อใช้ใน 47 ประเทศ	เดนมาร์ก (ภาษีน้ำตาลในเครื่องดื่ม) สังการ์ (ภาษีน้ำตาลในอาหาร)
2010	Resolution 63.14	Europe audiovisual media service	
2009			
2008			
2007	Resolution 60.23		อังกฤษห้ามโฆษณาอาหารที่ไขมัน น้ำตาลและเกลือสูงในรายการสำหรับเยาวชน ต่ำกว่า 16 ปี

ที่มา: ปรับจาก Kraak VI, et al.⁽¹⁷⁾

สิงคโปร์ มีนโยบายที่มีเป้าหมายคุ้มครองเด็กชัดเจนและมีการบังคับใช้ ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี แต่มีการใช้มาตรการอื่นๆ เช่น การรณรงค์ให้หน่วยงานเห็นความสำคัญของการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่ม/ขนมที่เป็นโทษกับเด็ก

กรณีตัวอย่างในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศอังกฤษ นอร์เวย์ แคนาดา มีพัฒนาการของกฎหมายค่อนข้างก้าวหน้า เช่น รัฐบาลอังกฤษเห็นว่าการตลาดของอาหารและเครื่องดื่มที่มีมุ่งเป้าหมายไปที่เด็ก เป็นประเด็นที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพ อุตสาหกรรมอาหาร และองค์กรอื่นๆ เพื่อที่จะลดผลิตภัณฑ์อาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และเกลือสูง เดิมอังกฤษเคยมีมาตรการห้ามการโฆษณา ตั้งแต่ พ.ศ. 2504 และมีการปรับปรุงกฎหมายและมาตรการต่างๆ เรื่อยมาที่ปรากฏชัดเจนว่าเป็นกฎหมายที่คุ้มครองเด็ก คือเมื่อ 14 ปีที่แล้ว พ.ศ. 2546 Communications Act 1990 ปรับปรุงปี 2003⁽¹⁷⁾ มีการกำหนดหลักเกณฑ์การโฆษณาในรายการเด็ก ครอบคลุมอายุ 0-12 ปี ส่วนเด็กที่อายุเกิน 12 ปี หากพบโฆษณาที่มีแนวโน้มทำให้เด็กเกิดอันตราย ต้องพิจารณาถอดถอนออกจากสถานีทันที จากนั้น Communications Act 2003 ระบุเพิ่มเติมในปี 2007 ห้ามโฆษณาอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน/เกลือสูงในเด็กอายุน้อยกว่า 9 ปี และกฎหมายเดียวกันนี้ แก้ไขเพิ่มเติมเมื่อปี 2008 ห้ามโฆษณาอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน/เกลือ สูง ในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี และเมื่อปี 2016 Committee on Advertising Practices (CAP) ประกาศปรับปรุง การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เกลือ และไขมันสูง HFSS หรือ Advertisements for food and drinks high in fat, salt and sugar โดยกฎหมายนี้ เน้นห้ามโฆษณาที่เจาะกลุ่มเด็กที่อายุต่ำกว่า 16 ปี ทั้งในอินเทอร์เน็ต สื่อสิ่งพิมพ์ รายการเพลง และภาพยนตร์ กฎเกณฑ์นี้ เป็นความพยายามที่จะลดอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนในเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่ชอบเล่นอินเทอร์เน็ตนานๆ แต่กลุ่มผู้ที่รณรงค์ยังเห็นว่า การตลาดดังกล่าวก็

ยังคงมีพลังมากกว่าคำสอนของพ่อแม่อยู่ดี⁽¹⁸⁾

ประเทศอังกฤษ ครั้งที่ยังเป็นสมาชิกสหภาพยุโรป ยังได้กำหนดนโยบายอาหารในโรงเรียนเมื่อ ปี 2007 ซึ่งบังคับใช้ครอบคลุมทั้งในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป (EU) 28 ประเทศ รวมทั้ง นอร์เวย์และสวีเดนด้วย จากนั้นมีการแก้ไขเพิ่มเติม เมื่อปี 2008, 2011 และ 2014 รับผิดชอบโดยกระทรวงศึกษาธิการ⁽¹⁹⁾ โดยหนึ่งในนโยบายดังกล่าว มีการห้ามทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน

ประเทศสิงคโปร์ประกาศใช้ The self-regulatory guidelines⁽²⁰⁾ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการลดการโฆษณาของอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล ไขมัน และเกลือสูง รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ที่มุ่งเป้าไปสู่เด็กในประเทศสิงคโปร์นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2015 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นกฎหมายเดียวที่เน้นเรื่องเด็กชัดเจน แต่เท่าที่ผ่านมา สิงคโปร์ มีนโยบายอื่นๆ ที่เน้นในเรื่องโภชนาการของคนในประเทศส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะของการรณรงค์ เช่น สัญลักษณ์อาหารเพื่อสุขภาพฉลากโภชนาการ จัดทำแนวทางการให้บริการอาหารสำหรับโรงเรียนอนุบาล โรงเรียน โรงเรียนในสถานที่ทำงาน คนที่มีหน้าที่จัดอาหาร และร้านอาหาร การให้เงินอุดหนุนโรงเรียน เพื่อประกอบอาหารที่ดีต่อสุขภาพในโรงเรียน การทำงานร่วมกับอุตสาหกรรมอาหาร เพื่อส่งเสริมให้การผลิตอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น ให้เงินอุดหนุนการแปรรูปอาหารที่ดีต่อสุขภาพ รวมถึงโครงการ คู่มือการรับประทานอาหารในเบื้องต้น และการให้ความรู้ด้านโภชนาการในโรงเรียน ชุมชน และที่ทำงาน และพัฒนาศักยภาพของคนที่ให้ความรู้ ซึ่งจะเห็นได้ว่า นโยบายการลดผลกระทบการสื่อสารการตลาดของประเทศสิงคโปร์ ไม่ได้มุ่งไปที่เด็กเพียงมิติเดียว แต่ยังสามารถจัดการปัญหาในช่องทางอื่นๆ ร่วมด้วย

ถึงแม้ประเทศไทย จะยังไม่มีนโยบายห้ามทำการตลาดที่มุ่งเป้าไปสู่เด็ก แต่มีการขับเคลื่อนนโยบายที่เห็นชัดเจน คือ การผลักดัน พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดนมผงสำหรับทารกและเด็กเล็ก ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ และประชา-

สังคม โดยได้ถูกผลักดันเป็นกฎหมายแล้วในปัจจุบัน
ที่ผ่านมา มีการใช้วิธีการรณรงค์ และสร้างผลกระทบ
ในเชิงบวกอยู่ไม่น้อย เช่น การรณรงค์ของเครือข่าย
รณรงค์เพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน ขับเคลื่อน เรื่องเด็กไทย
ไม่กินหวานมาอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการในศูนย์
พัฒนาเด็กเล็ก ภายใต้เครือข่ายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอ่อน
หวาน พันธุ์ มีพัฒนาการสมวัย รณรงค์ส่งเสริมให้แต่ละ
ศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปลอด
น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีส่วน
ผสมของน้ำตาลสูง ที่น่าสนใจ มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่
สามารถเป็นต้นแบบได้ถึง 1,486 แห่ง ในพื้นที่ 25
จังหวัดทั่วประเทศ เครือข่ายฯ มีการดำเนินงาน 3 รูปแบบ
คือ 1) โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม เพราะน้ำตาลหลักมาจาก
น้ำอัดลม 2) พยายามให้ผู้ผลิตบอกค่าของน้ำตาลที่มีอยู่
บนฉลากขนม เพื่อให้เห็นชัดๆ ว่าปริมาณน้ำตาลใน 1
บรรจุภัณฑ์มีปริมาณเท่าไร และ 3) พยายามจัดการ
ปริมาณน้ำตาลในช่องให้มีทางเลือกมากขึ้น จะเห็นได้ว่า
โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
และมีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการจำนวนมาก เนื่องจากมี
กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุขร่วมกัน
ผลักดันด้วย⁽²¹⁾

2.2 ขอบเขตของนโยบาย

อดีตที่ผ่านมา หลายประเทศมีมาตรการควบคุม
โฆษณาโทรทัศน์ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งในด้าน
พฤติกรรมบริโภคและด้านอื่นๆ แต่ที่จริงแล้ว การ
สื่อสารการตลาดที่มุ่งเป้าไปสู่เด็กใช้ช่องทางการสื่อสารที่
หลากหลายและซับซ้อนมาก จึงมักพบว่า มีการตลาดของ
อาหารหลายรูปแบบที่ไม่ได้ถูกควบคุมหรือจำกัด เพราะ
ไม่อยู่ในขอบเขตของนโยบาย ในอังกฤษ ปรับปรุงการ
ห้ามโฆษณา อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมัน และ
เกลือสูง ที่มุ่งเป้าไปสู่เด็ก (Advertisements for food and
drinks high in fat, salt or sugar (HFSS))⁽¹⁸⁾ ซึ่งเน้น
ควบคุมสื่อสมัยใหม่อย่างสื่อออนไลน์ รวมถึงสิ่งพิมพ์ ป้าย
โฆษณาและภาพยนตร์ หลักการสำคัญ คือ การลดจำนวน
โฆษณาอาหารหรือผลิตภัณฑ์ HFSS ในเว็บไซต์ที่เด็ก

เล่นเกม และช่องทางต่างๆ อย่าง YouTube ลง ข้อห้าม
นี้ใช้ควบคุมสื่อที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี ประเด็นที่ทำให้
อังกฤษ ต้องนำกฎหมายนี้ขึ้นมาใช้ใหม่อีกครั้ง เพราะจาก
ข้อมูลพบว่า มีเด็กที่อายุ 5-15 ปี ใช้เวลาถึง 15 ชั่วโมง
ต่อสัปดาห์เข้าไปในสื่อออนไลน์มากกว่าเวลาที่ใช้ดูทีวีเช่น
แต่ก่อน⁽¹⁹⁾ ในขณะที่มีการตั้งข้อสังเกตจากหลายฝ่ายว่า
การห้ามโฆษณาไม่ได้ครอบคลุมสื่ออย่างที่ social media
ป้ายโฆษณาบริเวณโรงเรียน หรือ package ของอาหาร/
เครื่องดื่ม มาตรการนี้ก็อาจจะไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาเช่นกัน

ประเทศสิงคโปร์ กระทรวงสาธารณสุขประกาศว่า
ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2015 ธุรกิจอาหารและโฆษณาที่
ระบุฉลากโภชนาการตามระเบียบ จะสามารถโฆษณาให้
เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีได้ ประเทศสิงคโปร์มีการพัฒนา
แนวทางการควบคุมโฆษณาอาหาร โดยผ่านเครือข่าย
ภาคเอกชนและภาคประชาชน แนวทางนี้ ใช้สำหรับให้
ภาคธุรกิจควบคุมตัวเองและค่อนข้างได้ผลดี นอกจากนี้
ยังมี “ปฏิญญาสิงคโปร์” ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ภาคธุรกิจ
มีความรับผิดชอบต่อการตลาดที่ทำกับกลุ่มเด็กอายุต่ำ
กว่า 12 ปี โดยครอบคลุมการสื่อสารทุกประเภท ได้แก่
โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ โรงเรียนอนุบาล
ซึ่งมีบริษัทอาหาร ขนม และเครื่องดื่ม ร่วมลงนามใน
ปฏิญญา 13 แห่ง⁽²⁰⁾

2.3 ผู้กำหนดนโยบาย และผู้รับผิดชอบบังคับใช้

นโยบายและมาตรการต่างๆ ในทุกประเทศล้วน
กำหนดขึ้นโดยรัฐ ขณะที่กลไกการทำงานของภาครัฐ
ไม่สามารถผลักดันนโยบายหรือตรากฎหมายได้ และการ
กำหนดกฎหมายของแต่ละประเทศ มักเกิดจากความ
ต้องการของรัฐที่จะแก้ปัญหา หรือเพื่อรองรับนโยบาย
ระดับโลก เช่น เมื่อปี 2010 ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก
เรียกร้องให้สมาชิกแก้ปัญหาผลกระทบจากการตลาดของ
อาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และเกลือสูงที่มีต่อเด็ก นานา-
ประเทศจึงกำหนดมาตรการหรือกฎหมาย เพื่อสนับสนุน
กระบวนการทางนโยบายดังกล่าวให้บรรลุเป้าหมายใน
การแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม มีเพียงบางนโยบาย/
มาตรการเท่านั้น ที่มีการบังคับใช้ชัดเจน

ประเทศอังกฤษ นอกจากนโยบายที่กำหนดโดยภาครัฐแล้ว ยังมีนโยบายโดยภาคเอกชน นั่นคือ Television Advertising Standard Code ตั้งแต่ปี 2004 แต่ไม่พบข้อมูลว่าได้มีการบังคับใช้ต่อเนื่องอย่างไร

ที่ผ่านมา สิงคโปร์มีกฎหมายที่บังคับใช้โดยรัฐบาลแต่ไม่ได้เน้นไปที่เด็ก และมีข้อบังคับของภาคเอกชนซึ่งใช้ควบคุมกลุ่มธุรกิจ เน้นเนื้อหาการโฆษณาที่ต้องไม่เป็นการส่งเสริมให้เด็กกินขนมมากเกินไปเกินอาหารมื้อหลัก แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมการสื่อสารการตลาดด้านอื่น ๆ ปัจจุบันสิงคโปร์ได้ปรับปรุงมาตรการที่ชื่อว่า Singapore Code of Advertising Practice (SCAP) ซึ่งเป็นมาตรการที่หลายภาคส่วนร่วมกันพัฒนาขึ้น โดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ธุรกิจอาหาร บริษัทโฆษณา และกลุ่มผู้บริโภคด้วย และเน้นไปที่การปกป้องเด็กจากการตลาดอาหาร⁽²²⁾

สำหรับประเทศไทย มาตรการทั้งหมดที่มีถูกกำหนดโดยรัฐ และล้วนแล้วแต่เป็นหลักเกณฑ์ให้ผู้เกี่ยวข้องไปปฏิบัติแต่ไม่ได้มีผลบังคับใช้อย่างจริงจัง อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังมีการเคลื่อนไหวของหลายภาคส่วนให้เห็นในการรณรงค์ต่าง ๆ เช่น การผลักดันร่าง พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมตลาดอาหารทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง (CODE) เนื่องจากเป็นประเด็นที่ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทำให้มีหลายภาคส่วนเข้ามาผลักดัน ข้อดีคือทำให้สังคมหันมาตระหนักในเรื่องนมแม่มากขึ้นและระวังที่จะซื้อผลิตภัณฑ์โดยไม่หลงเชื่อโฆษณา ขณะที่ภาคธุรกิจเองก็ระมัดระวังในการทำการตลาดมากขึ้น⁽²³⁾

2.4 มาตรการบดทลงโทษ

จากข้อมูลพบว่าประเทศสิงคโปร์และไทย ยังไม่มีการบังคับใช้กฎหมายที่มีบทลงโทษ เนื่องจากส่วนใหญ่ เป็นมาตรการที่ใช้การเข้าร่วมโดยสมัครใจ ไม่ใช้การบังคับใช้กฎหมาย การขอความร่วมมือ จะได้ผลต่อเมื่อผู้เข้าร่วมเห็นความสำคัญ หรือ ในขณะที่อังกฤษมีกฎหมายที่มีการลงโทษในขั้นการตักเตือน และการเพิกถอนโฆษณา

2.5 ปัญหาการบังคับใช้นโยบาย

การบังคับใช้นโยบายควบคุมการตลาดในหลาย

ประเทศต้องต่อสู้กับพลังของกลุ่มธุรกิจและบริษัทโฆษณา ซึ่งมีต้นทุนสูง และมีกลยุทธ์หลากหลายที่สามารถหาช่องโหว่ของนโยบาย เพื่อให้ภาพของสินค้าเข้าไปถึงกลุ่มเป้าหมาย ในบางประเทศ หากนโยบายนั้นไม่ได้เป็นกฎข้อบังคับหรือมีบทลงโทษชัดเจน ก็มักจะทำให้นโยบายนั้นไม่ได้ผล ในขณะที่บางประเทศพบว่า กฎหมายที่มียังไม่ครอบคลุมเพียงพอหรือไม่รองรับต่อสภาพปัญหาที่มีพลวัต ก็เป็นเรื่องยากที่นโยบายหรือกฎหมายนั้นจะได้ผลในทางปฏิบัติ⁽¹⁴⁾

ในประเทศอังกฤษ จากการศึกษาข้อบังคับที่กำหนดโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพเมื่อปี 2010-2011 พบช่องว่างของข้อบังคับ 2 ประเด็นใหญ่คือ ช่องว่างทางการสื่อสาร และเทคนิคการตลาด ข้อบังคับที่ใช้ในการโฆษณา และการสื่อสารการตลาด ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางตรงกับสินค้าและบริการ เช่น การส่งเสริมการขาย ข้อความที่ใช้สื่อสาร ซึ่งเป็นการนำเสนอชื่อหรือผลิตภัณฑ์ และการอธิบายในสื่อ รวมทั้งในเว็บไซต์ และข้อความทางโทรศัพท์มือถือ ซึ่งเหล่านี้ไม่ครอบคลุมอยู่ในข้อบังคับ นอกจากนี้ การตลาดในโรงเรียน บรรจุกิจภัณฑ์ สินค้า จุดที่มีการตั้งขายหรือทำการตลาด ก็ไม่อยู่ในมาตรการที่ใช้บังคับด้วยเทคนิคการตลาด เช่น การบูรณาการยี่ห้อและสินค้าในสื่อดิจิทัล สูตรของสินค้า และการนำเสนอสินค้า (รวมในเรื่องของฉลาก บรรจุกิจภัณฑ์ และรูปแบบของสินค้า) รวมถึงเรื่องการตลาดแบบข้ามพรมแดน (Cross-border marketing) ซึ่งได้รับความสนใจน้อยมากจากการกำหนดข้อบังคับในประเทศอังกฤษ

กฎหมายของสิงคโปร์ มีการปรับใช้ทำให้อุปสรรคในการดำเนินงานลดลงมาก เช่น Singapore Code of Advertising Practice (SCAP) หันมาใช้หลัก win-win approach ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับบริษัทโฆษณา และภาคธุรกิจในการพัฒนา “มาตรฐานโฆษณาอาหาร” เพื่อปกป้องคุ้มครองคุณภาพชีวิตของเด็กสิงคโปร์ ซึ่งทำให้รัฐกับเอกชนสามารถทำงานร่วมกันได้ในประเด็นที่มีความซับซ้อน⁽²⁴⁾

3. กลับสู่ประเทศไทย: กำหนดนโยบายอย่างไรให้ ได้ผล

ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีกฎหมายหรือมาตรการที่ชัดเจนในการควบคุมการตลาดอาหาร (ตารางที่ 1) แต่นโยบายหรือมาตรการที่มีผลกระทบต่อเด็กโดยตรงมีน้อยมาก และเน้นไปที่เด็กเล็ก ยังไม่ครอบคลุมไปถึงเด็กโต โดยส่วนใหญ่พบว่า มีประกาศและนโยบายที่ไม่ได้ใช้บังคับโดยตรงและต่อเนื่อง และไม่มียุทธศาสตร์ และแม้ว่าโฆษณาโทรทัศน์จะมีอิทธิพลต่อเด็กค่อนข้างมาก แต่การตลาดรูปแบบอื่น ๆ ก็กำลังพัฒนารูปแบบเพื่อให้เข้าถึงเด็กมากขึ้น ดังนั้น มาตรการต่าง ๆ จึงต้องรองรับการตลาดของธุรกิจอาหารเหล่านี้ด้วย แต่ในขณะที่ประเทศไทยยังคงเน้นมาตรการการควบคุมโฆษณาโดยเฉพาะรายการทีวี ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการสื่อสารการตลาดในมิติอื่น ๆ รวมถึงโฆษณาแฝงซึ่งมากับอินเทอร์เน็ตซึ่งเข้าถึงทั้งเด็กเล็กและเด็กโตทุกช่วงเวลาด้วย

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีความพยายามเรื่อยมาในการกำหนดนโยบายเพื่อลดผลกระทบการตลาดที่มีต่อเด็ก แม้ว่าบางนโยบายจะยังมีความก้าวหน้าค่อนข้างน้อยและไม่ได้ออกมาเป็นกฎหมายหรือข้อบังคับ แต่ถือเป็นเรื่องดีที่รัฐและหลายภาคส่วนเห็นความสำคัญของการปกป้องเด็กจากการสื่อสารการตลาด ในระดับพื้นที่จะเห็นว่า การรณรงค์เรื่องโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ก็ยังมีการดำเนินงานต่อเนื่องในระดับพื้นที่ มีกระบวนการติดตามประเมินผล พบว่า ได้ผลดีโดยเฉพาะศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนประถมศึกษา ช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กในเรื่องสุขภาพฟันและโรคอ้วน อย่างไรก็ตาม มาตรการอื่น ๆ ก็ได้รับความสนใจที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาการตลาดดังกล่าว แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่ในหลายประเด็น เช่น มาตรการด้านภาษี เป็นต้น บางเรื่องยังคงเป็นประเด็นถกเถียง ว่าสามารถแก้ปัญหาหรือปกป้องเด็กได้จริงหรือไม่

ตารางที่ 1 นโยบาย และมาตรการของประเทศไทย

นโยบาย/ยุทธศาสตร์	กฎหมาย ข้อบังคับ มาตรการ	ประกาศ
2551-- ข้อเสนอเรื่องการคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชนจากสื่อโทรทัศน์ให้แก่สภาพพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ -- คณะรัฐมนตรีมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบไปดำเนินการควบคุมโฆษณาที่มีผลกระทบต่อเด็ก	2551--พระราชบัญญัติการประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. 2551--ควบคุมระยะเวลาในการโฆษณา	2550-- ประกาศกรมประชาสัมพันธ์ เรื่องหลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริหารธุรกิจทางวิทยุโทรทัศน์ โดยมีการควบคุมปริมาณและเนื้อหาการโฆษณา
2552-- ยุทธศาสตร์ การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. 2553-2562	2560-- พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับเด็กทารกและเด็กเล็ก	2550-- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการแสดงฉลากอาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันทีบางชนิดซึ่งเป็นที่นิยมของเด็ก
2553-- Thai pledge ข้อตกลงสนับสนุนนโยบายการโฆษณาและผลิตอาหารและเครื่องดื่มต่อเยาวชนด้วยความรับผิดชอบ (ต่ำกว่า 12 ปี)		2551-- ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องหลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2551

ที่มา: ปรับจากงนุช ใจชื่น และคณะ⁽²⁵⁾

มาตรการภาษี ดีไม่ดียังไร

มาตรการทางภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ซึ่งเริ่มเป็นรูปธรรมในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา บราซิล ฝรั่งเศส รวมถึงอังกฤษ ฯลฯ ที่มีงานวิจัยสะท้อนผลในเชิงบวกว่าสามารถลดการบริโภคลงได้ แต่สำหรับบางประเทศก็ยังมีข้อถกเถียงกันมากกว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ถูกต้องหรือไม่

สำหรับประเทศไทย สภาศักดิ์เลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สพท.)⁽²⁶⁾ เห็นชอบให้มีการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของปัญหาสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ โดยมอบหมายกรมสรรพสามิตไปศึกษาและวางระบบในเรื่องนี้ แต่ที่สุดแล้ว ประเด็นนี้ยังมีข้อขัดแย้งหลายประเด็น ภาครัฐเห็นว่า การขึ้นภาษีจะช่วยลดการบริโภคเครื่องดื่มลงได้ ส่วนผู้ประกอบการและผู้บริโภคก็มองว่า มาตรการทางภาษีอาจจะทำให้ราคาอาหารเพิ่มขึ้น กลุ่มคนที่เห็นต่างยังเห็นว่าไม่ควรเก็บภาษีกับอาหารการกินซึ่งถือเป็นปัจจัยพื้นฐาน และให้เหตุผลว่า น้ำตาลไม่ใช่สาเหตุเดียวที่ทำให้คนมีปัญหสุขภาพ ยังมีเครื่องปรุงอีกหลายอย่างที่ทำลายสุขภาพเหมือนกัน อย่างผงชูรส ไขมันทรานส์ โซเดียม สารกันบูด ฯลฯ อย่างนั้น ก็ควรจะต้องขึ้นภาษีกับของเหล่านี้ด้วย โดยปี 2561 เป็นต้นไป กระทรวงการคลังจะเริ่มปรับขึ้นภาษีที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ที่ใช้ความหวานพร้อมแบ่งตามประเภท กลุ่มสินค้าว่าสินค้ากลุ่มใดจะถูกจัดเก็บภาษีภายในปีไหน และคิดสัดส่วนอัตราภาษีที่ปรับขึ้นคิดเป็นร้อยละเท่าใด

การควบคุมการส่งเสริมการตลาดนมผงสำหรับทารกและเด็กเล็ก

นับเป็นตัวอย่างนโยบายสำคัญที่เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน พ.ร.บ. นี้มีขึ้นเพื่อให้ผู้หญิงมีสิทธิ์เลือกวิธีการให้อาหารลูกตั้งแต่แรกเกิด ให้โอกาสผู้หญิงได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน รอบด้าน โดยปราศจากอิทธิพลครอบงำจากการตลาดและโฆษณาที่เกินความจริงของอาหารทดแทนนมแม่

ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย เป็นปัญหาสำคัญเพราะองค์การอนามัยโลกพบว่า ประเทศไทย

มีเด็กที่กินนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือน เพียงร้อยละ 12.3 เท่านั้น ซึ่งต่ำที่สุดในภูมิภาคอาเซียน ในขณะที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าเด็กที่กินนมแม่อย่างเดียวถึงอายุ 6 เดือน ควรมีถึงร้อยละ 50.0⁽²⁷⁾ อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีหลายปัจจัย ทั้งจากตัวแม่เองที่ต้องทำงานนอกบ้าน หรือแม่ที่ไม่ได้เลี้ยงลูกเอง ต้องฝากเนอสเซอรี่ เป็นอุปสรรคของการให้นมแม่ นอกจากนี้ การตลาดของนมผงยังให้ข้อมูลที่เป็นเท็จเกี่ยวกับคุณค่าของนมผงว่าสามารถทดแทนนมแม่ได้ ทำให้ผู้หญิงเห็นทางเลือกที่ไม่ต้องให้ลูกกินนมแม่ แต่ให้นมผงแทน ซึ่งในระยะยาวมีผลต่อพัฒนาการและปัญหาสุขภาพของเด็กด้วยเหตุนี้ ประเทศไทยจึงผลักดัน พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดนมผงสำหรับทารกและเด็กเล็ก เพื่อให้แม่ได้รับข้อมูลที่แท้จริงทุก ๆ ด้านก่อนตัดสินใจเลือกนั่นเอง

หลักสำคัญของ พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับเด็กทารกและเด็กเล็ก คือการมุ่งเป้าไปที่การควบคุมกลยุทธ์การตลาดของบริษัทนมผงทุกรูปแบบ อาทิ การตลาดอินเทอร์เน็ต การส่งเสริมการขาย การตลาดทางตรง การโฆษณา พนักงานขาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ มาแนะนำเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผลิตภัณฑ์ ซึ่งถือเป็นกฎหมายที่มีความครอบคลุมการตลาดแบบบูรณาการฉบับแรก⁽²⁶⁾

วิจารณ์

การปรับนโยบาย/มาตรการต่าง ๆ ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาควรทำอย่างไร

นโยบายควบคุมการสื่อสารการตลาดในประเทศไทย ล้วนถูกกำหนดโดยรัฐ โดยทั้งหมดอยู่ในรูปของพระราชบัญญัติ และประกาศกระทรวง/สำนักงาน และเน้นห้ามและควบคุมการโฆษณาเป็นหลัก แต่ในด้านกลยุทธ์การตลาดมีรูปแบบที่หลากหลายและซับซ้อนกว่าการโฆษณาผ่านสื่อเพียงอย่างเดียว ซึ่งทำให้กฎหมายของไทยไม่สู้จะตอบโจทย์มากนัก

นโยบายหรือกฎหมาย ต้องเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เมื่อการสื่อสารการตลาดไม่ได้หยุดนิ่ง นโยบายก็ควรมี

การปรับใช้ให้เหมาะสม ดังจะเห็นว่าทั้งอังกฤษและสิงคโปร์มีการนำกฎหมายหรือนโยบายที่เคยปฏิบัติกลับมาปรับปรุงใหม่เสมอ รวมทั้งจะต้องศึกษาสถานการณ์ปัญหาควบคู่ไปด้วย เพื่อให้สามารถกำหนดนโยบายที่ตรงจุดกับปัญหาที่เกิดขึ้น

นโยบายที่ไม่ทำให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียประโยชน์จนเกินไป ได้ผลมากกว่าการมุ่งจำกัดอย่างเข้มงวด

การมุ่งกำกับหรือควบคุมอย่างเข้มงวด อาจใช้ได้ ในบริบทของประเทศที่มีกฎหมายจริงจัง แต่สำหรับประเทศในเอเชีย ดังปรากฏว่ามีการละเมิดกฎหรือใช้ช่องว่างหาประโยชน์เสมอ ดังนั้น การมีกฎหมายที่หลายภาคส่วนร่วมกันกำหนด โดยมีเป้าหมายเพื่อผลประโยชน์ต่อเด็กร่วมกัน น่าจะเป็นทางออกที่ดีอันหนึ่ง ดังตัวอย่างของประเทศสิงคโปร์ที่มีการปรับวิธีการทำงานของรัฐร่วมกับเอกชน และประชาชนที่เป็นผู้บริโภค โดยไม่เป็นการกำหนดกรอบที่ทำให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเสียประโยชน์มากเกินไป ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือกัน แม้ว่าจะเป็นเรื่องยากและซับซ้อน

นโยบายที่เกิดจากรัฐฝ่ายเดียวมักไปไม่รอด

มีบทเรียนมากมายที่บอกว่า นโยบายที่ทำโดยรัฐฝ่ายเดียวมักไม่ยั่งยืนบางครั้งก็ล้มเหลว เพราะบางครั้งรัฐก็มักกำหนดนโยบายที่แฝงไปด้วยประโยชน์ทางการเมือง แต่หากนโยบายใดที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ สามารถลดแรงเสียดทาน และปฏิบัติได้จริงมากกว่า ตัวอย่างที่ดีอันหนึ่งของสิงคโปร์ ที่พยายามดึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งภาคธุรกิจ และผู้บริโภคเข้ามาร่วมกับรัฐ โดยมองประโยชน์ร่วมกันนั่นคือ สุขภาวะของเด็ก หรือในประเทศไทยที่มีการผลักดันกฎหมายผ่านเวทีสาธารณะต่างๆ เป็นกฎหมายที่เกิดจากความเห็นชอบของประชาชน โดยรัฐเป็นผู้หนุนเสริม ในบริบทเช่นนี้ ทำให้นโยบายได้รับความเชื่อมั่นและสามารถเกิดขึ้นจริงได้

เนื่องจากปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการสื่อสารการตลาด มีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น

โดยผ่านโซเชียลมีเดียเข้าไปถึงตัวเด็กได้โดยตรงและรวดเร็ว และแฝงเข้าไปในทุกๆ ช่องทาง เช่น ยูทูป เฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ โลกออนไลน์ เกมออนไลน์ การที่เด็กใช้เวลาอยู่กับโซเชียลมีเดียยาวนาน ทำให้การตลาดรุกเข้าถึงเด็กตลอดเวลาเมื่ออยู่นั่งจ้อโทรศัพท์มือถือ กระทั่งเด็กตั้งตัวไม่ทัน และมีแนวโน้มจะคล้อยตาม วิธีการควบคุมโดยกฎหมายหรือมาตรการแบบเดิมๆ อาจใช้ไม่ได้ผล ดังนั้น มาตรการที่จะควบคุมสื่อสังคมออนไลน์จึงเป็นความท้าทายของทุกฝ่าย โดยมีการหันมาให้ความสำคัญกับบทบาทของพ่อแม่ผู้ปกครองมากขึ้น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้รณรงค์ให้ครอบครัวหันมาใส่ใจกับการเล่นโซเชียลมีเดียของเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เด็กมีภูมิคุ้มกันและรู้เท่าทันสื่อ อย่างไรก็ตาม การสร้างภูมิคุ้มกันและรู้เท่าทันสื่อ จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องและทุกภาคส่วนของสังคม รวมทั้งต้องส่งเสริมจริยธรรมและความรับผิดชอบต่อสังคมของสื่อต่างๆ ในการที่จะปกป้องเด็กจากการตลาดของอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร. ชันฉุฑย กาญจนะจิตรา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ผลักดันและให้คำปรึกษาอย่างดียิ่งตลอดมา จึงทำให้บทความนี้สำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

1. Wilcox LB, Kunkel D, Cantor J, Dowrick P, Linn S, Palmer E. Report of the APA task force on advertising and children. American Psychological Association. Public Affairs Office [Internet]. 2004 [cited 2017 Aug 12]. Available from: <https://www.apa.org/pi/families/resources/advertising-children.pdf>
2. Leigh G. Food advertising policy in the United States. [Internet]. International Food Policy Research Institute. 2007 [cited 2017 Aug 15]. Available from: <http://www.foodsecurityportal.org/sites/default/files/FoodAdvertisingPolicy.pdf>

3. Rozendaal E, Reijmersdal EA, Buijzen M. Reconsidering advertising literacy as a defense against advertising effects. *Media Psychology* [Internet]. 2011 [cited 2017 Aug 28];14(4):333–54. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15213269.2011.620540>.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลสำคัญการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน; 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ryt9.com/s/nso/1747712>
5. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health–2004 [Internet]. [cited 2017 Aug 15]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43035/9241592222_eng.pdf
6. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013–2020 [Internet]. [cited 2017 Sep 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=C1AA805572F3A9DF38448152C24661F5?sequence=1
7. Chou SY, Rashad I, Grossman M. Fast-Food restaurant advertising on television and Its influence on childhood obesity. *Journal of Law & Economics* 2008;51(4):599–618.
8. Veerman JL, Van Beeck EF, Barendregt JJ, Mackenbach JP. By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity?. *Eur J Public Health* 2009; 19(4):365–9.
9. คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน. หลักกฎหมายระหว่างประเทศทั่วไปเกี่ยวกับสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชน. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ; 2530
10. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. จุดเปลี่ยนการตลาดอาหารเด็กในประเทศแคนาดา [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [สืบค้นเมื่อ 13 ต.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://tinyurl.com/s8lpxsx>
11. มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. ที่มา Milk code; 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://thaibf.com/%E0%B8%97%E0%B5%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B2-milk-code/>
12. World Health Organization. Resolution of the Sixty-Third World Health Assembly adopted 21 May 2010: WHA63.14. Marketing of food and non-alcoholic beverages to children, set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children [Internet]. [cited 2017 Sep 25]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-en.pdf
13. Australian National Preventive Health Agency. Australian national preventive health agency strategic plan 2011–2015 [Internet]. [cited 2017 Sep 20]. Available from: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Australia/strategic_plan_2011-2015.pdf
14. Swinburn B, Wood A. Progress on obesity prevention over 20 years in Australia and New Zealand. *Obes Rev* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 17];14(Suppl 2): 60–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/obr.12103>
15. World Health Organization. Reducing the marketing of unhealthy foods to children [Internet]. [cited 2017 Sep 20]. Available from: http://www.who.int/chp/media/news/releases/2011_1_marketing/en/.
16. Kraak VI, Vandevijvere S, Sacks G, Brinsden H, Hawkes C, Barquera S, et al. Progress achieved in restricting the marketing of high-fat, sugary and salty food and beverage products to children. *Bull World Health Organ* 2016;94(7):540–8.
17. Sandelson D, Hiester E. Communications Act 2003: The highlights [Internet]. Thomson Reuters Practical Law. 2003 [cited 2017 Mar 28]. Available from: <file:///C:/Users/kanyapat/Downloads/Communications%20Act%202003%20The%20highlights.pdf>
18. Reynolds J. New restrictions on HFSS ads aimed at children in UK [Internet]. [cited 2017 Feb 24]. Available from: <http://www.foodingredientsfirst.com/news/NewRestrictiononHFSSAdsAimedatChildreninUK?>

19. Harris JL, Bargh JA, Brownell KD. Priming effects of television food advertising on eating behavior. *Health Psychol* [Internet]. 2009 [cited 2017 Aug 21]; 28(4): 404–13. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19594263>
20. Ministry of Health, Singapore. Press release by the Committee on Guideline for Food Advertising to Children. Food and media industries to comply with guidelines for food advertising to children from 1 January 2015 [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 5]. Available from: https://asas.org.sg/Portals/0/Images/ASAS/news/Children_Code/Press_release_Food_advertising_guidelines_for_children.pdf
21. สำนักข่าวอิศรา. ศูนย์เด็กเล็กอ่อนหวาน ร.ร.ปลอดภัยลดน้ำตาลสู่ตำบล “ดื่มน้ำเปล่า” แห่งแรกเริ่มที่บุรีรัมย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 15 ส.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://www.isranews.org/thaireform-other-news/37363-buriram.html>
22. European Commission. School food policy country fact-sheets [Internet]. [cited 2017 Aug 28]. Available from: <http://www.schoolfoodplan.com/wp-content/uploads/2014/09/School-Food-Standards-Guidance-FINAL-140911-V2C.pdf>
23. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. เอกสารการศึกษาวิชาการ การบังคับใช้ กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาอาหาร และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล; 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ส.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/333/chapter6.pdf>
24. นงนุช ใจชื่น, สิรินทร์ยา พูลเกิด, ทักษพล ธรรมรังสี. วิชาการของกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมันและโซเดียมสูงของประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2558; 9(1):80–97.
25. นงนุช ใจชื่น, วาทีนี คุณเผือก, สิรินทร์ยา พูลเกิด, ทักษพล ธรรมรังสี. ช่องว่างและโอกาสในการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทย ตามชุดข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยเรื่องการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ในเด็ก. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2558;9(3):213–26.
26. คณะกรรมการขับเคลื่อนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการในประเด็นการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกินเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 16 ส.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d042659-02.pdf
27. National Statistical Office and United Nations Children’s Fund. Thailand 14 provinces multiple indicator cluster survey 2015–2016. Final Report. [Internet]. NSO and UNICEF, Bangkok; 2017 [cited 2017 Aug 5]. Available from: [https://www.unicef.org/thailand/media/231/file/Thailand%2014%20Provinces%20Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%20\(MICS\)%202015-2016.pdf](https://www.unicef.org/thailand/media/231/file/Thailand%2014%20Provinces%20Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%20(MICS)%202015-2016.pdf)

Abstract: Policies and Regulations to Reduce the Impact of Food Marketing Communication on Children Aged Below 16 Years

Kanyapat Suttikasem, M.A.

** International Health Policy Program, Ministry of Public Health; ** Department of Community and Social Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Thailand*

Journal of Health Science 2020;29(3):430-44.

This article aimed to study the policies and regulations to control food or beverage marketing communication affecting children aged below 16 years, which is group of high rate obesity. Marketing communication policy is the way to reduce the impact of food marketing on children. Children are more likely to be influenced by the food marketing because they cannot be able the think critically about the advertisements of marketing to which they are exposed. Consequently, children are often the target of food and beverages marketing communication and may be affected both health problems and long-term behavior. In Thailand, there are no regulations to protect children and youth from harmful impact by marketing communication. There is only an Act relating to consumer protection and restricting advertising. For Tthe results of WHO evaluation shows that the marketing communication control policies in 59 countries have made very little progress. In spite of the obesity epidemic, it is very common among children aged 12-16 years. And there is no government in any countries push policies that focus on teenagers. Policies or legal regulations should be based on the involvement of stakeholders such as Singapore, which is driven by public-private partnerships and the government, with the same goal of children well-being. Which make everyone aware of the importance of protecting children and sharing responsibility. Besides, the policy may not be so strict that one party feels lose. The policy must be consistent with the problem and always updated to keep up with changes in food marketing or life style and marketing strategies and also cover all types of marketing. This article is a systematic review related to government-controlled measures and policies for marketing communications in children from relevant literature between the years 2007-2017 at the world level and Thailand.

Keywords: food marketing; children aged below 16 years; impact of food communication marketing; obesity

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ของสาธารณสุขอำเภอ: การวิจัยเชิงคุณภาพ

สุดคณิง ฤทธิธัชชัย Ph.D.*

ศุภาพิชญ์ โพน โบรมันน์ Ph.D.**

สุนันทา ทองพัฒน์ Ph.D.***

วิไลพร ขำวงษ์ Ph.D.****

วรรณพร บุญเปล่ง Ph.D.****

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ พย.ม.****

* สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

*** กลุ่มงานนโยบายและแผน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

**** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

วันรับ:	23 ก.ย. 2562
วันแก้ไข:	6 ม.ค. 2563
วันตอบรับ:	17 ม.ค. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของสาธารณสุขอำเภอในการขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีจำนวน 14 คน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการชี้แจงข้อมูลการวิจัย ขอความยินยอม และสนทนาแบบกลุ่ม (focus group) จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 90 นาที วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีประสบการณ์ในการขับเคลื่อนโครงการ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) ประสบการณ์การขับเคลื่อนโครงการให้สำเร็จ โดยการทำต่อเนื่องจากโครงการที่ทำอยู่เดิม เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนโครงการ การร่วมมือทำของสาธารณสุขอำเภอและการเลิกบุหรี่เป็นตัวอย่าง และการสร้างกิจกรรมที่โดดเด่นโดยการจัดกิจกรรม ปันจักรยานทั่วประเทศ (2) ประสบการณ์การค้นพบปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการที่โครงการนี้เป็นโครงการเทิดพระเกียรติ และ (3) ประสบการณ์ในการก้าวข้ามปัญหาและอุปสรรค โดยการเสนอให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้เลิกบุหรี่ในฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มการประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ การบริหารจัดการงบประมาณตามบริบทของพื้นที่ และการบริหารจัดการบุคลากรให้สามารถดำเนินโครงการได้ จากผลการวิจัย ควรสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องโดยการบูรณาการกับงานประจำ จัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมกับการดำเนินงาน มีระบบข้อมูลของผู้เลิกบุหรี่เพื่อการติดตาม สนับสนุนให้สามารถเลิกได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: การขับเคลื่อน; สาธารณสุขอำเภอ; เลิกบุหรี่

บทนำ

ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในประเทศไทย นับวันจะทวีความรุนแรงและเพิ่มจำนวนมากขึ้นจากรายงานของสำนักสถิติสังคมในปี 2559 พบว่า การสูบบุหรี่คร่าชีวิตผู้สูบบุหรี่จากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบเพิ่มมากขึ้นจำนวนกว่า 50,000 คนต่อปี และผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมากถึง 10.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.9⁽¹⁾ ดังนั้น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย มูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย สมาคมหมออนามัย สมาคมวิชาชีพสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่าย จึงได้ร่วมมือกันดำเนินโครงการ 3 ล้าน 3 ปี (พ.ศ. 2559-2562) เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน⁽²⁾ โดยมีเป้าหมายให้คนไทยสามารถเลิกบุหรี่ได้ 3 ล้านคน ในเวลา 3 ปี และแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 พันธกิจหลัก ได้แก่ (1) พันธกิจชวน/ช่วยให้เลิกบุหรี่ โดยการจัดกิจกรรมโน้มน้าวสร้างแรงจูงใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสม.) ผู้นำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ทั่วประเทศ (2) พันธกิจสร้างกระแส โดยจัดกิจกรรมรณรงค์ เผยแพร่ความรู้ชวนเลิกบุหรี่ทุกเดือน ขยายเครือข่ายเชิงประเด็นและสื่อสารสาธารณะ (3) พันธกิจสร้างระบบและกลไกพื้นฐาน เช่น ระบบสื่อสาร ระบบฐานข้อมูลระบบประสานงานกลาง และ (4) พันธกิจสร้างพันธมิตรในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนภาคเอกชน

โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน เกิดจากความร่วมมือในการทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเข้าใจพิษภัยของการสูบบุหรี่ เพื่อร่วมมือกันในการรณรงค์ และดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากผลกระทบของบุหรี่ ได้ดำเนินการมาเป็นเวลา 2 ปี (กันยายน 2559 - สิงหาคม 2561) ผลการดำเนินการโครงการ ทำให้เกิดการผลักดันการดำเนินงานเพื่อรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ โดยมีผู้สมัครใจเข้าร่วมการเลิกบุหรี่จำนวนมาก

กว่า 500,000 คน (จากผู้สูบบุหรี่ 10.90 ล้านคน หรือน้อยกว่า 1 ใน 10 ของผู้สูบบุหรี่) และมีผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้จริงต่อเนื่องนานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปมีจำนวนมากกว่า 100,000 คน⁽³⁾

ผลการดำเนินงานดังกล่าวสะท้อนความสำเร็จของโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในช่วงที่ผ่านมาได้ระดับหนึ่ง แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ คนไทยสามารถเลิกบุหรี่ได้ 3 ล้านคนใน 3 ปี จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า กลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนโครงการคือ สาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีจำนวนถึง 878 อำเภอ เพราะนอกจากเป็นผู้บริหารระดับพื้นที่ในการนำนโยบายไปปฏิบัติแล้ว ยังมีเครือข่ายที่ครอบคลุมทั่วประเทศ ทั้งในเครือข่ายราชการ และสมาคมหรือชมรม เช่น สมาคมหมออนามัย สมาคมวิชาชีพสาธารณสุข ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ที่ร่วมมือกันดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง เพื่อให้ประชาชนคนไทยลด ละ เลิกบุหรี่ได้ตามเป้าหมาย คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสบการณ์การขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ในบทบาทของสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological research) ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่จะได้มาซึ่งประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ⁽⁴⁾ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินโครงการในปีที่ 3 ต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological research)⁽⁴⁾ เก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม (focus group) จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 90 นาที กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงในเรื่องที่ศึกษา จำนวน 14 คน มีผู้วิจัยหลัก จำนวน 1 คน เป็นผู้นำกลุ่ม และผู้ร่วมวิจัย จำนวน 1 คน เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ทั้ง 2 คนเป็น

นักวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูล วิจัยโดยการสนทนากลุ่ม ทำการกระตุ้นถามผู้ให้ข้อมูล สำคัญตามแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญพูดคุย และแสดงความเห็นได้อย่างอิสระ และดึงประสบการณ์ตรงออกมา การเก็บข้อมูลแบบสนทนากลุ่มเหมาะกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันและมีความร่วมมือกันเช่นนี้เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่⁽⁵⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ทุกคน ที่เข้าร่วมโครงการ “3 ล้าน 3 ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2561 จำนวน 878 คน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ที่เข้าร่วมโครงการ “3 ล้าน 3 ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2561 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) รวมทั้งสิ้นจำนวน 14 คน

เกณฑ์การคัดเลือกในการวิจัย (inclusion criteria) คือ เป็น สสอ. ที่ได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติผลงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปีดีเด่น หรือปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดที่มีผลการดำเนินการมากที่สุด 5 อันดับแรก (1) นครราชสีมา (2) สงขลา (3) มหาสารคาม (4) บุรีรัมย์ และ (5) เชียงราย และน้อยที่สุด 5 อันดับแรก (1) สมุทรสาคร (2) สมุทรสงคราม (3) ตรัง (4) ประจวบคีรีขันธ์ และ (5) เพชรบุรี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกรวิจัย (exclusion criteria) คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่สามารถอยู่เข้าร่วมสนทนากลุ่มจนครบตามเวลาที่กำหนด

เครื่องมือวิจัย

แนวคำถามสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เกี่ยวกับประสบการณ์การขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน” ของ สสอ. ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตามกรอบแนวคิดการประเมินโครงการของ Stufflebeam DL และ Coryn CLS (Stuffle-

beam’s CIPP Model)⁽⁶⁾ ซึ่งมี 27 ข้อ ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) บริบท (Context) (2) ปัจจัยเบื้องต้น (Input) (3) กระบวนการ (Process) และ (4) ผลผลิต (Product) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการถามคำถามให้ต่อ เนื่องกับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญในขณะสัมภาษณ์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยนายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลระดับชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน ทั้ง 3 ท่านมีประสบการณ์การด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 ถึง 1 แนวคำถามมีคุณภาพ

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตุลาคม 2560 – สิงหาคม 2561

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับทางพื้นที่ๆ คัดเลือกไว้ นัดพบกลุ่มเป้าหมายเพื่ออธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย และสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างซักถาม และผู้วิจัยตอบจนเข้าใจแล้ว ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนประสบการณ์ ปัจจัยความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยมีการบันทึกเทปเสียง และถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ที่แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามกรอบแนวคิดของ Max Van Manen⁽⁴⁾ ดังนี้

1. เปิดประเด็นที่พบ (uncovering thematic aspects) ผู้วิจัยอ่านบทสนทนาบทสัมภาษณ์พร้อมกับฟังเสียงที่บันทึกแล้วซ้ำแล้วซ้ำเล่า เพื่อสะท้อนความหมายของเนื้อหา ความรู้สึก และหาประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม

2. แยกประเด็นที่โดดเด่น (isolating thematic statements) โดยการอ่านเพื่อจับความหมายทั่วไปของเนื้อหา ในภาพรวม (a holistic or sententious approach) การเลือกอ่านและวิเคราะห์คำพูดหรือวลีที่มีความสำคัญที่แสดงประสบการณ์การขับเคลื่อนโครงการ (a selective

or highlighting approach) และการอ่านรายละเอียดหรือ การอ่านบทสัมภาษณ์ทุกบรรทัด (the detailed or line by line approach) แล้วทำการวิเคราะห์ประเด็นทั้งของราย คนและกลุ่มใหญ่ย้อนไปย้อนมา จนแน่ใจว่าสะท้อน ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด แล้วจึงเลือก ประเด็นที่สะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

3. ตกแต่งภาษาให้สละสลวย (composing linguistic transformations) ทำประเด็นสำคัญให้เป็นข้อความที่ แสดงถึงปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ที่ลึกซึ้ง

4. รวบรวมคำอธิบายประเด็นสำคัญ (gleaning the-matic descriptions) เลือกเนื้อหาอธิบายประเด็นสำคัญ จากบทสัมภาษณ์ โดยคง “หัวใจ” ของประเด็นนั้นไว้ ซึ่ง ก็คือประสบการณ์การขับเคลื่อนโครงการ อ่านและ วิเคราะห์ซ้ำอีกครั้งโดยนักวิจัยร่วมที่มีประสบการณ์ด้าน การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าประโยค/เนื้อหา และ ประเด็นสำคัญนั้นสะท้อนประสบการณ์จริง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับ อนุญาตโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัย มนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ใบรับรอง 1/2561

ผลการศึกษา

ประสบการณ์การขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไถ่องค์ราชันย์” ของสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. ประสบการณ์การขับเคลื่อนโครงการให้สำเร็จ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทำการขับเคลื่อนโครงการในหลายด้าน จนประสบผลสำเร็จ ดังนี้

1.1 ทำต่อเนื่องจากโครงการเดิม จากการวิจัย พบว่า การดำเนินโครงการที่เชื่อมโยงกับโครงการหรือกิจกรรม เดิม ทำให้งานมีความต่อเนื่อง และขับเคลื่อนงานได้เร็ว ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้วิเคราะห์โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิก บุหรี่ทั่วไทยเทิดไถ่องค์ราชันย์” กับโครงการและกิจกรรม ที่ดำเนินการอยู่ ทั้งโครงการรณรงค์เลิกเหล้า บุหรี่ และ สารเสพติดอื่นๆ แล้วทำการเชื่อมโยงโครงการและ

กิจกรรมเหล่านั้น รวมทั้ง นำแนวทางการจัดทำโครงการ หรือกิจกรรมที่ทำให้ประสบผลสำเร็จมาใช้เป็นต้นแบบ ทำให้โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไถ่องค์ ราชันย์” ที่ต่อยอดจากโครงการเดิมได้รับความสนใจจาก กลุ่มเป้าหมาย จนมีผู้สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ และ สามารถลด ละ เลิกบุหรี่ได้เป็นจำนวนมาก

1.2 การมีส่วนร่วมของผู้บริหารและเครือข่าย ผลการ วิจัยยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ดำเนินการให้เกิดการมี ส่วนร่วมของผู้บริหารและเครือข่ายจนทำให้โครงการ ประสบผลสำเร็จ ในด้านผู้บริหารนั้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ ปรับบทบาทของตนเอง โดยเน้นการสื่อสารกับผู้บริหาร ทุกระดับในที่ประชุมเขต จังหวัด และอำเภอให้มากขึ้น เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพิ่มการติดตาม กระตุ้น สนับสนุนให้สาธารณสุข อำเภอทั่วประเทศ จำนวน 878 คน ที่ดูแล รพ. สต. 9,787 แห่ง และผู้บริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม อย่างเป็นรูปธรรม จัดแบ่งหน้าที่และมอบหมายงานอย่าง ชัดเจน กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน ส่งผลให้ผู้บริหาร ทุกระดับเกิดความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วม และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในพื้นที่มากขึ้น

นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้สนับสนุนให้เครือ ข่ายต่างๆ ทั้ง ชมรมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการ ดำเนินโครงการ เริ่มตั้งแต่ให้ร่วมทำแผนงานเพื่อให้ ประชาชนในหมู่บ้านเลิกบุหรี่ ผลักดันให้โครงการนี้เป็น ส่วนหนึ่งของธรรมนูญสุขภาพหมู่บ้าน สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการในระดับหมู่บ้าน ทั้งการ ประชาสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้านรู้จัก โครงการ 3 ล้าน 3 ปี การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยให้ อสม. 1 คน ชักชวนผู้สูบบุหรี่ 3 - 5 คนให้เลิก บุหรี่ การจัดทำโลโก้เลิกบุหรี่เพื่อติดในบ้าน และสถานที่ ต่างๆ การประสานสมาคมหมอนามัยให้ดำเนินการ ติดตามการดำเนินงานในหมู่บ้านอย่างใกล้ชิด โดยสำรวจ และติดตามผู้สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ให้การตรวจสุขภาพ เบื้องต้น จัดทีมจากโรงพยาบาลมาช่วยดูแลสุขภาพ คัด

กรองความเสี่ยง แนะนำการรักษาต่อเนื่อง จากการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการของผู้บริหารและภาคีเครือข่ายทุกระดับ ส่งผลให้การดำเนินงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2559 ที่มีผู้ลงทะเบียนสมัครใจเลิกบุหรี่เพียง 210,480 คน ทำให้ในปี พ.ศ. 2561 มียอดสะสมเพิ่มเป็น 633,563 คน

1.3 ร่วมมือทำและเป็นแบบอย่าง การขับเคลื่อนที่สำคัญอีกด้านหนึ่งจนส่งผลให้โครงการประสบความสำเร็จ คือ การร่วมลงมือทำและการประกาศเลิกสูบบุหรี่เพื่อเป็นตัวอย่างแก่คนอื่นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การร่วมรณรงค์โครงการเลิกบุหรี่ยกกับผู้ได้บังคับบัญชาอยู่เสมอ ลดการสั่งการ ทำให้ผู้ร่วมงานและผู้ได้บังคับบัญชาทุ่มเทในการทำงานอย่างเต็มที่ รวมไปถึง การเลิกสูบบุหรี่เพื่อเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้รับความเชื่อถือ และประชาชนเชื่อมั่นว่าการเข้าร่วมโครงการนี้สามารถทำให้เลิกบุหรี่ได้ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญยังได้นำประสบการณ์ตรงของตนเองที่เคยเป็นผู้สูบบุหรี่ มาใช้ในการวางแผน และดำเนินกิจกรรม ด้วยความเข้าใจและเข้าถึงพฤติกรรมผู้สูบบุหรี่ ทำให้จำนวนผู้เลิกบุหรี่เพิ่มมากขึ้นและระยะเวลาการเลิกบุหรี่ยาวนานขึ้น

1.4 สร้างกิจกรรมที่โดดเด่น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ผสมผสานกิจกรรมที่กำลังเป็นที่นิยม คือ การปั่นจักรยานเข้ากับโครงการ “3 ล้าน 3 ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไถ่องคร้าชน” เป็นการปั่นจักรยานพร้อมกันทั่วประเทศเพื่อช่วยขับเคลื่อนให้โครงการเป็นที่รู้จักและยอมรับ การดำเนินโครงการปั่นจักรยานไม่ส่งผลเพียงแต่การเกิดความร่วมมือของสาธารณสุขอำเภอกับหน่วยงานอื่น ๆ ในวงกว้าง ทั้งฝ่ายท้องถิ่น และฝ่ายปกครอง ตั้งแต่ระดับจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัด จนถึงระดับอำเภอ โดยนายอำเภอ รวมทั้ง ตำรวจทางหลวง ตำรวจในพื้นที่ กู้ชีพกู้ภัย มาร่วมดำเนินกิจกรรม แต่ยังคงส่งผลให้โครงการประสบผลสำเร็จเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง เป็นการจุดประกายให้สังคมได้รับรู้และตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่

ประชาชนมาร่วมรณรงค์การเลิกบุหรี่โดยการปั่นจักรยานเป็นจำนวนมาก และบางพื้นที่มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยานเพื่อเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

2. ประสบการณ์การค้นพบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้บอกเล่าถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จของโครงการ คือ การเทิดพระเกียรติ จากชื่อโครงการ “เทิดไถ่องคร้าชน” และวัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการที่กำหนดไว้เพื่อเทิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทำให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกันอย่างเต็มที่โดยไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยากหรือย่อท้อ รวมทั้ง ประชาชนได้มาลงชื่อเลิกบุหรี่เพื่อร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการเทิดพระเกียรตินี้ และมีพระองค์ทรงเป็นกำลังใจอันยิ่งใหญ่ที่ทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้

3. ประสบการณ์ในการก้าวข้ามปัญหาและอุปสรรคถึงแม้จะมีอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการอยู่บ้าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้จัดการสิ่งท้าทายจนประสบความสำเร็จ ทั้งปัญหาด้านข้อมูลของผู้เลิกบุหรี่ที่ไม่ครบถ้วนและการขาดความเชื่อมโยงของระบบ Quit for King และฐานข้อมูล 43 แพ้มาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้เลิกบุหรี่ได้ จึงประสานขอเบอร์โทรศัพท์ผู้เลิกบุหรี่จากเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการในพื้นที่โดยตรง การนำปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและน้อยกว่าที่เป็นเสนอที่ประชุมระดับอำเภอ ทำให้เกิดการปรับระบบและลงบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น การประสานท้องถิ่นให้ร่วมสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ในการดำเนินโครงการ เช่น สมุนไพรมะนาวเพื่อเลิกบุหรี่ รวมทั้งการผลักดันให้การเลิกบุหรี่เป็นนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัด และการเพิ่มช่องทางประสานงานกับหน่วยงานอื่น เครือข่าย แบบไม่เป็นทางการ เช่น ทางโทรศัพท์ กลุ่มไลน์ เพื่อลดขั้นตอนการประสานงานด้วยหนังสือราชการ ทำให้สามารถดำเนินงานได้รวดเร็ว ทันเวลา

วิจารณ์

1. ประสบการณ์การขับเคลื่อนโครงการให้สำเร็จ ประสบการณ์การขับเคลื่อนโครงการให้สำเร็จของสาธารณสุขอำเภอสวรรค

1.1 การขับเคลื่อนโครงการโดยทำต่อเนื่อง เป็นการขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไถ่องค์ราชันของสาธารณสุขอำเภอสวรรคให้สำเร็จได้ เนื่องจากการดำเนินการต่อเนื่องมา ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ที่กำหนดให้มีการบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้เสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบในแต่ละจังหวัด⁽⁷⁾ ซึ่งเมื่อระบบราชการเห็นความสำคัญและถือว่าการขับเคลื่อนนโยบายการไม่สูบบุหรี่ ภายใต้พระราชบัญญัติฯ ดังกล่าวเป็นภารกิจหลัก และนำนโยบายสู่การปฏิบัติแล้ว ย่อมทำให้เกิดความสำเร็จได้ นอกจากนี้ เมื่อผู้รับผิดชอบดำเนินโครงการโดยการบูรณาการกับงานประจำ จึงทำให้งานสำเร็จอย่างรวดเร็วและทันเวลาจากผู้ปฏิบัติที่มีความชำนาญอยู่เดิมอีกด้วย⁽⁸⁻⁹⁾

1.2 การขับเคลื่อนโครงการโดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและเครือข่าย การเพิ่มการมีส่วนร่วมของสาธารณสุขอำเภอสวรรคในการขับเคลื่อนโครงการ ทั้งด้านบริหารงานให้ดำเนินการต่อเนื่อง บริหารคนและวัสดุให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในการดำเนินโครงการ โดยการแสดงบทบาทของตนเองทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างโครงการกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง สร้างสัมพันธภาพทั้งแนวราบและแนวตั้ง นั้นถือว่าการบริหารโครงการแบบใหม่ที่ทำให้ประสบผลสำเร็จตามต้องการ⁽¹⁰⁾ การที่เครือข่ายมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนโครงการ เป็นการดำเนินการที่สามารถสนับสนุนให้โครงการสำเร็จได้ เพราะโครงการนี้เป็นโครงการขนาดใหญ่มีหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมากและหลายระดับ การบริหารจัดการโครงการในรูปแบบของเครือข่าย มีการทำงานที่ยืดหยุ่นโดยอาศัยความชำนาญจากหลายฝ่ายและผู้เชี่ยวชาญงานโดยตรง ทำให้เกิดการตัดสินใจแก้

ปัญหาท่ามกลางความไม่แน่นอน และความสลับซับซ้อนของปัญหาได้เร็ว⁽¹¹⁾ การร่วมแรงร่วมใจขององค์กรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ จังหวัด อำเภอสวรรค ปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีกระบวนการทำงานที่วนเกิดขึ้นซ้ำๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ การเลิกบุหรี่ 3 ล้านคน ภายใน 3 ปี มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างข้อตกลงตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้เป็นปัจจัยที่สำคัญของความสำเร็จ สอดคล้องกับการวิจัยของ ศิริพร สอนไชยา⁽¹²⁾ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมขององค์กร ทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติงาน การประเมินผล และการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ส่งผลต่อความสำเร็จในการทำงาน

1.3 การขับเคลื่อนโครงการโดยการร่วมมือทำและเลิกบุหรี่เป็นตัวอย่าง สาธารณสุขอำเภอสวรรคดำเนินโครงการโดยร่วมลงมือปฏิบัติกับผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นลักษณะของผู้นำแบบมีส่วนร่วม ไม่ทำงานแบบสั่งการอย่างเดียวส่งผลให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทุ่มเทเต็มที่ในการทำงานเพราะมีผู้บังคับบัญชาเป็นตัวแทนเชิงบทบาท (role modeling) ทำให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การเป็นแบบอย่างที่ดีในการเลิกบุหรี่ “ทำดีกว่าพูด” ไม่ใช่บอกให้ผู้อื่นทำ หรือออกคำสั่งเพียงอย่างเดียว เมื่อทำสำเร็จก็จะได้รับการยอมรับและความชื่นชม คนที่ยอมรับก็จะปฏิบัติตามที่ถูกชักชวน⁽¹³⁾

1.4 การสร้างกิจกรรมที่โดดเด่นโดยการจัดกิจกรรมปั่นจักรยานทั่วประเทศเพื่อรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ ในประเทศไทยกิจกรรมการปั่นจักรยานได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก จากการวิจัยของจักรรัฐ ภาลา และมนสิชา เพชรานนท์⁽¹⁴⁾ พบว่า ประชาชนเลือกออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยาน เพราะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้ ในปัจจุบันมีการจัดกิจกรรมและโครงการเกี่ยวกับการปั่นอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาพื้นที่เพื่อรองรับการปั่นจักรยานอีกด้วย⁽¹⁵⁾ ทำให้การจัดกิจกรรมการปั่นจักรยานเพื่อช่วยในการขับเคลื่อนโครงการสามารถดึงดูดความสนใจจากผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนทั่วไปได้ดี

2. ประสบการณ์การค้นพบปัจจัยแห่งความสำเร็จ

(critical success factor: CSF)

จากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญต่อปัจจัยที่ทำให้โครงการสำเร็จ คือ การเทิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งเป็นศูนย์รวมดวงใจของคนไทยทั้งชาติ การกำหนดชื่อของโครงการที่ใช้คำว่า “เทิดไถ่องคร้าชน” ไว้เป็นส่วนหนึ่งที่บ่งบอกถึงเป้าหมายหลักของโครงการคือ “การเทิดพระเกียรติ” แต่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เมื่อผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่รับทราบว่าเป็นโครงการเทิดพระเกียรติ ทำให้เข้าร่วมโครงการมีแรงบันดาลใจนำไปสู่ความตั้งใจปฏิบัติจนสำเร็จ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และมีเจตคติด้านบวกของบุคคลนั่นเอง⁽¹⁶⁾

3. ประสพการณ์ในการก้าวข้ามปัญหาและอุปสรรคในการขับเคลื่อนโครงการ

3.1 ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับข้อมูล แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ การจัดเก็บข้อมูลและการส่งหนังสือ

ในระบบราชการ ปัญหาและอุปสรรคการจัดเก็บข้อมูล พบว่า ขาดการรายงานข้อมูลในฐานข้อมูลเว็บไซต์ Quit for king มีเพียงการรายงานข้อมูลใน 43 แฟ้มมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เป็นปัจจุบันและไม่ครบถ้วน เช่น หมายเลขโทรศัพท์ของผู้เข้าร่วมโครงการ บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้เข้าร่วมโครงการ เจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดตามการเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุขกับเว็บไซต์ Quit for king จะช่วยแก้ปัญหานี้ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชาตรี โชไชย⁽¹⁷⁾ ที่พบปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลในกระบวนการยุติธรรมว่าต้องพัฒนาเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการใช้ข้อมูลร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาและอุปสรรคการสื่อสารผ่านระบบหนังสือราชการ โดยปัญหาที่เกิดขึ้นคือความล่าช้าของหนังสือราชการ หรือไม่ถึงผู้ปฏิบัติหรือสาธารณสุขอำเภอ รัตนางค์สิงห์⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า ปัญหาการสื่อสารองค์กรผ่านช่องทางระบบหนังสือราชการ เกิดจากหลายสาเหตุโดยเฉพาะ

ขั้นตอนการรับ-ส่งหนังสือราชการ ได้แก่ ความล่าช้าของเอกสาร การส่งหนังสือผิดหน่วยงาน การส่งหนังสือผิดผู้รับ เอกสารสูญหาย ส่งผลให้การดำเนินงาน หรือโครงการล่าช้า การแก้ปัญหาหรือหลีกเลี่ยงอุปสรรคนี้สามารถทำได้โดยใช้การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ คือ การติดต่อโดยใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล

3.2 ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการบริหารจัดการโครงการของสาธารณสุขอำเภอ แบ่งเป็น 2 ประเด็นคือ การบริหารจัดการโครงการด้านงบประมาณ และการบริหารจัดการโครงการด้านบุคลากร อุปสรรคการจัดการโครงการด้านงบประมาณเป็นปัญหาและอุปสรรคของพื้นที่ที่มีผลงานดีจึงมีผู้รับบริการจำนวนมากแต่งบประมาณยังคงเท่าเดิม การแก้ปัญหาโดยการสนับสนุนงบประมาณโดยพิจารณาจากภาระงานของแต่ละพื้นที่ หรือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนเข้ามาช่วยสนับสนุนงบประมาณ และควรบูรณาการโครงการนี้กับงานประจำด้านสุขภาพที่ดำเนินการอยู่แล้ว ส่วนการแก้ปัญหาหรือการหลีกเลี่ยงอุปสรรคเกี่ยวกับความไม่พร้อมของบุคลากรที่ย้ายมารับหน้าที่ใหม่นั้น ควรกำหนดนโยบายการดำเนินโครงการของอำเภอให้ชัดเจน รวมทั้งปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติงานได้นอกจากนี้ บทบาทของผู้บริหารในการบริหารงบประมาณควรจัดทำแผนปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อพิจารณาอนุมัติแผนการใช้จ่ายเงิน กำกับดูแลให้ใช้จ่ายเงินในกรอบวงเงิน และนำเสนอผลงาน ปัญหา เพื่อการปรับงบประมาณให้สอดคล้องกับการใช้จ่ายจริง⁽¹⁹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานในพื้นที่

1.1 ด้านการมอบหมายและกำกับติดตามงาน ควรให้หน่วยงาน หรือคณะทำงานอื่น เช่น ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีนายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือกลุ่มคนที่เลิกบุหรี่หรือต้องการเลิกบุหรี่ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ และควรจะมีการกำกับติดตามงานในที่ประชุมของหน่วยงานทุกเดือน

1.2 ด้านงบประมาณ ควรจัดสรรงบประมาณตามจำนวนของผู้ที่มารับบริการเลิกบุหรี่ เพื่อให้พื้นที่ๆ มีผลการดำเนินงานดีและมีผู้มาใช้บริการมาก สามารถใช้งบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของเจ้าหน้าที่ได้

1.3 ด้านสื่อ อุปกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรจัดทำสื่อการเลิกบุหรี่ เพื่อให้พื้นที่นำไปใช้ในการดำเนินโครงการต่อไป

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ด้านการบริหารงาน ภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันขับเคลื่อนโครงการควรมอบหมายการดำเนินงานให้ชัดเจน และเน้นการประสานงานทั้งแนวราบ แนวตั้ง และแบบไม่เป็นทางการ เพื่อดำเนินงานได้ทันเวลา

2.2 ด้านการสร้างแรงจูงใจ ควรมอบรางวัลแก่พื้นที่ๆ มีจำนวนผู้สูบลดลงและอัตราการสูบลดลง รวมทั้งเพิ่มงบประมาณให้กับพื้นที่ๆ มีผลงานดี

3. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย ควรศึกษาวิจัยผลการดำเนินโครงการต่อการเลิกบุหรี่ของประชาชนในพื้นที่ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญของงานวิจัยนี้

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือขาดขั้นตอนการยืนยันข้อมูล (data verification) โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อทำการยืนยันผลการสัมภาษณ์ที่สรุปโดยนักวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของรายงานการวิจัยติดตามประเมินผลโครงการรวมใจสร้างพลังขับเคลื่อนต่อต้านและลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ ตามพันธกิจโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ปีที่ 1 และ 2 ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ขอขอบคุณอาจารย์ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์ อาจารย์สรายุทธ นามเมือง คุณจิรัชยา บุญปัญญา ที่ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยนี้เป็นอย่างดีและผู้ให้

ข้อมูลสำคัญทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสถิติสังคม. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: เทกซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2559.
2. โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน. ยอดรวมผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ทั้งหมด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.quitforking.com/defaults/summary#overall>
3. โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน. ข้อมูลผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.quitforking.com/>
4. van Manen M. Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. Albany, N.Y.: State University of New York Press; 1990.
5. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Thousand Oaks, CA: Sage; 2009.
6. Stufflebeam DL, Coryn CLS. Evaluation theory, models and applications. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
7. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134, ตอนที่ 39 ก (ลงวันที่ 5 เมษายน 2560).
8. จุมพล นิมพานิช. เอกสารการสอนชุดวิชา การวางแผนนโยบายโครงการ และการบริหารโครงการ สาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
9. งามจิตต์ จันทรสาธิต. เอกสารการสอนชุดวิชา การวางแผนงานสาธารณสุขในชุมชน สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 1-8. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2558.
10. ไตรรัตน์ โภคพลากรณ์. เอกสารการสอนชุดวิชา การวางแผนนโยบาย โครงการ และการบริหารโครงการ สาขาวิชา รัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
11. จรวยพร ธรณินทร์. การสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการแบบเครือข่าย. การประชุมการศึกษาออกโรงเรียน;

- 25 ตุลาคม 2550; โรงแรมรามมารีเด้น กรุงเทพมหานคร; 2550.
12. ศิริพร สอนไชยา. ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการทำงานของบริษัทกรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจ-มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2557. 85 หน้า.
13. รัตติกรณ์ จงวิศาล. ภาวะผู้นำ: ทฤษฎี การวิจัย และแนวทางสู่การพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
14. จักรรัฐ ผาลา, มนสิชา เพชรานนท์. การศึกษาพฤติกรรมเดินทางของผู้ใช้จักรยาน เพื่อหาแนวทางสนับสนุนให้เลือกใช้จักรยานในเขตเมืองขอนแก่น. วารสารวิชาการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559; 15(2):103-16.
15. ปุณณุช รุธิโร. ปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อการเดินและการปั่นจักรยานในชีวิตประจำวันของประชาชนในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่และเทศบาลเมืองคอหงส์อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2561;38(1):54-70.
16. สิทธิโชค วรรณสันติกุล. จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดดูเคชั่น; 2554.
17. ชาตรี โชไชย. แนวทางการพัฒนากระบวนการยุติธรรมเชิงบูรณาการ: ศึกษากรณีการเชื่อมโยงข้อมูลกระบวนการยุติธรรม [รายงานการวิจัยหลักสูตรผู้บริหารการยุติธรรมระดับสูง]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานศาลยุติธรรม; 2547. 55 หน้า.
18. รัตนา พงศ์สิงห์. คู่มือการปฏิบัติงานงานสารบรรณ งานบริหารทั่วไป ศูนย์วิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยและพัฒนาชายแดนภาคใต้. ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2559.
19. อารยา ประเสริฐชัย, อรวรรณ น้อยวัฒน์. เอกสารการสอนชุดวิชาการวางแผนงานสาธารณสุขในชุมชน สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หน่วยที่ 1-8. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2558.

Abstract: Operation of District Public Health Executives in the Three Million – Three Years Anti-Smoking Project (Quit For King): a Qualitative Study

Sudkhanoung Ritruuechai, Ph.D.*; Suparpit von Bormann. Ph.D.**; Sunanta Thongpat. Ph.D.***; Wilai-porn Khamwong. Ph.D.****; Wannaporn Boonpleng, Ph.D.****; Janejira Kiatsinsap, M.N.S.****

*Bureau of Primary Health Care System Support, Office of the Permanent Secretary for Public Health; ** Institute of Nursing, Suranaree University of Technology; *** Policy and Planning Section, National Institute for Emergency Medicine; **** Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi Province, Thailand
Journal of Health Science 2020;29(3):445–54.

This qualitative research aimed at exploring the experiences of district public health executives in driving the ‘3 million 3 year smoking cessation’ project throughout Thailand, dedicated to honor the late King. Fourteen officers, working in the field voluntarily participated. The research included collecting data after clarifying the research information, asking for consent and doing a focus group within 90 minutes. Thematic data analysis was applied. The results showed that the participants had gained the following experiences: (1) Forwarding the project to success by continuing the previous project, increasing involvement of executive officers and network partners in supporting the project, collaborating work, smoking cessation as a role model, and creating outstanding activities by organizing cycling activities throughout the country, (2) Discovering success factors, such as this project being conducted to honor the late King, (3) Overcoming problems and obstacles, including linking the information about quitting smoking in the database of the Ministry of Public Health, unofficial coordination, budget management according to the context of the area, and human resource management to run the project. Based on these findings, policy makers should encourage agencies to continue the project by factoring into routine work, allocating budgets that are appropriate for the operation, and providing a data collection system for involved health workers to track cigarette smokers supporting them in their efforts to quit.

Keywords: operation; district public health executive; anti-smoking project

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำ นโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ

ณัฐธญา พัฒนะวานิชนันท์ วท.บ., พย.ม., รป.ด.

วิรุฬ ลิ้มสวาท พ.บ., Ph.D.

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

ปารณัฐ สุขสุทธิ วท.บ, สค.ม.

สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	1 เม.ย. 2563
วันแก้ไข:	2 พ.ค. 2563
วันตอบรับ:	14 พ.ค. 2563

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ และเพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณนาในทางมานุษยวิทยา โดยใช้การผสมผสานหลายแนวคิดทฤษฎี โดยมีแนวคิดทฤษฎีหลักจากศาสตร์การทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ทำการศึกษาในเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2563 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือโรงพยาบาลนำร่องของกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2562 จำนวน 8 แห่ง โดยการสังเคราะห์และประมวลผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 มิติของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบาย (2) การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และ (3) การวิเคราะห์ความพร้อมของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ เป็นนโยบายด้านสุขภาพที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันจากฝ่ายการเมืองของรัฐบาลและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็นความต้องการของประชาชนชาวไทย ด้วยบริบททางวัฒนธรรมของนโยบายนี้ทำให้การสนับสนุนของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยที่การพัฒนาคุณภาพ กำลังคนจะต้องให้ความสำคัญกับทั้งการพัฒนากำลังคนโดยตรงและการพัฒนาระบบการทำงาน ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจของบุคลากรอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของความพร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติจนเกิดผลสัมฤทธิ์

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพกำลังคน; กัญชาทางการแพทย์; ศาสตร์การทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์

บทนำ

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการแพทย์ดั้งเดิมในหลายพื้นที่ของโลกรวมทั้งในประเทศไทย⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามด้วยกัญชามีส่วนประกอบที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจึงถูกใช้ในลักษณะการเป็นสิ่ง-

เสพติดด้วย จึงมีความพยายามในการควบคุมพืชชนิดนี้ผนวกไปกับการควบคุมฝิ่น จนองค์การสหประชาชาติได้มีมติให้รวมกัญชาและยางกัญชา (cannabis resin) ไว้ในรายการของยาเสพติดให้โทษในปี พ.ศ. 2504 ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961⁽²⁾

ระบุเหตุผลว่าเป็นสิ่งที่มีโทษโดยที่คุณค่าในด้านการรักษาโรคมียาจำกัดหรือไม่มีเลย แม้จะถูกคัดค้านจากหลายประเทศที่มีการใช้กัญชาในระบบการแพทย์ดั้งเดิมของตน แต่ก็ไม่สามารถต้านทานแรงผลักดันของนานาชาติได้⁽²⁾

สำหรับประเทศไทย แม้จะมีการประกาศใช้กฎหมายควบคุมกัญชาฉบับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2477 แต่กฎหมายฉบับดังกล่าว ก็ยังระบุให้สามารถมีไว้เพื่อประโยชน์ในทางโรคศิลปะก็ได้⁽³⁾ ต่อมาหลังจากที่ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาขององค์การสหประชาชาติฉบับดังกล่าว จึงได้มีการยกเลิกกฎหมายกัญชาฉบับเดิม ในการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่บัญญัติให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5⁽⁴⁾ ทำให้การใช้กัญชาในประเทศไทยกลายเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตามด้วยคุณค่าในทางการแพทย์ของกัญชาทำให้ประชาชนยังมีการแอบใช้แม้มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการใช้กัญชาที่ไม่มีคุณภาพหรือมีสิ่งปนเปื้อนที่เป็นพิษ⁽¹⁾ และยังทำให้เป็นอุปสรรคในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์ ทำให้ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมาหลายประเทศได้ดำเนินการปรับปรุงกฎหมายเพื่อแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้⁽²⁾ ซึ่งในประเทศไทย นับแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา ภาคประชาสังคมได้มีการจัดกิจกรรมทางวิชาการและการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ ทั้งเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนาเพื่อความมั่นคงด้านยาของประเทศ และเพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ^(4,5) จนมีการประกาศใช้กฎหมายยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 และหลังจากการเลือกตั้งทั่วไปรัฐบาลได้บรรจุเรื่องของกัญชาเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล⁽⁶⁾ และเดือนต่อมา นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แถลงนโยบายเกี่ยวกับกัญชาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ ได้อย่างปลอดภัย เพื่อสร้างโอกาสทางการรักษาเศรษฐกิจ และการสร้างรายได้ของประชาชน⁽⁷⁾

กระทรวงสาธารณสุขจึงเร่งดำเนินการเพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง โดยในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ได้มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลนำร่องใน 12 เขตสุขภาพ โดยเปิดบริการการใช้กัญชาในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน 12 แห่ง และการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 7 แห่ง รวม 19 แห่ง และต่อมาได้มีการขยายพื้นที่การบริการเพิ่มขึ้นตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2562 ได้มีการสั่งการให้เปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัด ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามจำนวนของประชาชนที่เข้าถึงบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในคลินิกกัญชายังมีจำนวนเพิ่มขึ้นไม่มากเท่าที่ควร ยา กัญชาจำนวนมากไม่ได้ถูกส่งจ่าย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจสภาพปัญหาและค้นหาแนวทางในการพัฒนาเพื่อผลักดันให้การดำเนินการตามนโยบายนี้บรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย สำนักวิชาการสาธารณสุขจึงได้ดำเนินโครงการวิจัยเพื่อศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยใช้แนวทางที่ผสมผสานหลายแนวคิดทฤษฎี⁽⁸⁾ โดยมีแนวคิดทฤษฎีหลักจากศาสตร์การทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ (implementation science) ที่ได้เสนอกรอบแนวคิดเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและเสนอว่า ความพร้อมขององค์กร (ซึ่งในงานวิจัยนี้คือโรงพยาบาลแต่ละแห่ง) เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการนำนวัตกรรมหรือนโยบายใหม่ไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุผลสัมฤทธิ์⁽⁹⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ และเพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินนโยบายกัญชาทางการแพทย์บรรลุผลสัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณนา (ethnography)

โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2563 - มิถุนายน 2563 รวม 5 เดือน

เนื่องจากการเป็นนักศึกษาเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ยังไม่เคยมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันมาก่อน จึงเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่เป็นการหาคำตอบแบบคำถามปลายเปิด⁽¹⁰⁾ และด้วยบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของระบบสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะสิ่งที่ศึกษาเป็นนโยบายที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ การทำความเข้าใจบริบทในเชิงระบบและปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมขององค์กรที่เป็นหน่วยราชการ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ได้โดยตรงจากคำสัมภาษณ์หรือความเห็นในการอภิปรายกลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน แต่มีความสำคัญ จึงต้องใช้วิธีการศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) ที่ใช้การวิเคราะห์ตีความ (interpretation) ด้วยมุมมองของคนใน⁽¹¹⁾ โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การวิเคราะห์เอกสาร และสื่อต่างๆ ด้วยประสบการณ์และองค์ความรู้ของคณะนักวิจัยที่เป็นบุคลากรวิชาชีพและมีประสบการณ์ทำงานในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสามารถทำความเข้าใจกระบวนการและช่องว่างของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างรอบด้าน และเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม และเนื่องจากในกระบวนการวิจัยมีการสัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาลที่ศึกษาและการอภิปรายกลุ่ม จึงได้ดำเนินการขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ ตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2563 ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ IHRP No. 020-2563

งานวิจัยนี้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ศึกษาคือโรงพยาบาลนาร่องที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 การคัดเลือกโดยใช้หลักเกณฑ์การมีจำนวนการจ่ายยา กัญชาสูงสุดรวมตั้งแต่เริ่มดำเนินการ

จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยแบ่งการคัดเลือกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม รวมโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 8 แห่ง ได้แก่

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลที่เริ่มต้นด้วยการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน มีจำนวน 12 แห่ง คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลที่เริ่มต้นด้วยการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาแบบการแพทย์แผนไทย มีจำนวน 7 แห่ง คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ในกระบวนการวิจัย มีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และการอภิปรายกลุ่มที่ทุกโรงพยาบาลเข้าร่วมพร้อมกัน โดยการสัมภาษณ์แบ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มโดยใช้แนวคำถามที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแพทย์หัวหน้าแผนกที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 7 คน และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ แพทย์ แพทย์แผนไทย เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน รวมผู้ให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 26 คน โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 90 - 120 นาที โดยดำเนินการสัมภาษณ์ในช่วงเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563 และรวบรวมข้อมูลจากการสรุปผลดำเนินงานของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูลเป็นดำเนินการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และดำเนินการอภิปรายกลุ่มโดยใช้ระบบการประชุมทางไกล (video conference) ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวง-

สาธารณสุข

ตามเป้าหมายในการทำความเข้าใจบริบทของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาล การวิจัยนี้จึงใช้แนวคิดทางมานุษยวิทยาในการศึกษานโยบายสาธารณะ (anthropology and public policy)⁽¹²⁾ และใช้การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาในทางมานุษยวิทยา ที่การเก็บข้อมูลดำเนินการไปควบคู่กับการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยที่พัฒนาขึ้นจากการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เข้าด้วยกัน โดยในโครงการนี้ใช้ 3 แนวคิดทฤษฎีในการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบายโดย “สามเหลี่ยมการวิเคราะห์นโยบาย” (policy analysis triangle) ที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่าง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ เนื้อหาสาระของนโยบาย (policy content) บริบทของนโยบาย (policy context) กระบวนการของนโยบาย (policy process) และผู้ปฏิบัติ (agents) ทั้งระดับบุคคล กลุ่ม หรือองค์กร⁽¹³⁾ ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์ มีความครอบคลุมการตีความและการปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ในโครงการวิจัยนี้ จึงให้นิยามนโยบายนี้ในความหมายที่กว้างของการเป็นนโยบายด้านสุขภาพ (health policy) ตามที่พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 บัญญัติไว้ว่า หมายถึง คำประกาศเป็นทางการเกี่ยวกับการดำเนินการภายในสถาบันต่างๆ (โดยเฉพาะรัฐบาล) ซึ่งได้กำหนดลำดับความสำคัญและลักษณะกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่ และแรงผลักดันอื่นๆ ทางการเมือง⁽¹⁴⁾

การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบาย มีการผสมผสานการวิเคราะห์เอกสาร (text analysis) ที่วิเคราะห์ทั้งเนื้อหาและบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของเอกสาร และการเชื่อมโยงกับหลักฐานอื่นๆ มีเอกสารสำคัญที่ทำการวิเคราะห์คือ

1) พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.

2562 ที่การประกาศใช้กฎหมายนี้ ถูกระบุว่าเป็นการที่นโยบายกัญชาทางการแพทย์เกิดขึ้นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ชาติไทย⁽¹⁵⁾ โดยให้ความสำคัญกับการที่กฎหมายนี้ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งจัดทำขึ้นอย่างต่อเนื่องมานับแต่ปี พ.ศ. 2401⁽¹⁶⁾

2) การแถลงนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 7 สิงหาคม 2562⁽⁷⁾

3) เว็บไซต์ “กัญชาทางการแพทย์” ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁷⁾

โดยให้ความสำคัญกับบริบททางการเมืองของประเทศไทยในปี 2562 ที่เป็นการเมืองแนวใหม่ (new politics) ภายหลังจากแก้ไขรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ในปี พ.ศ. 2540 ที่ส่งเสริมเรื่องสิทธิเสรีภาพ การมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน⁽¹⁸⁾

ในส่วนของการวิเคราะห์บริบททางวัฒนธรรมของนโยบาย ได้ให้ความสำคัญกับบริบทของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมราชการและวัฒนธรรมวิชาชีพ ทำให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation) เป็นลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้กำหนดนโยบาย (principals) และผู้ปฏิบัติ (agents) ที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถบังคับควบคุมและติดตามได้ทั้งหมด⁽¹³⁾

2. การวิเคราะห์บริบทในเชิงระบบของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation system) ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีระบบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบและบริบทที่มีผลต่อความพร้อมขององค์กรในการปรับใช้นวัตกรรมหรือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) โดยการแยกแยะองค์ประกอบ 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการให้บริการ (delivery system) ระบบสนับสนุน (supporting system) และระบบการสนับสนุนทางเทคนิค (technical assistance system)⁽⁹⁾ ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษามีความเฉพาะเจาะจงเพียงพอ จึงกำหนดขอบเขตของการวิเคราะห์ไว้ที่การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติโดยกระทรวงสาธารณสุข ในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์

ในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. การวิเคราะห์องค์ประกอบของความพร้อมขององค์กรในการปรับใช้นวัตกรรมหรือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้แนวคิดที่เสนอว่าความพร้อมนี้ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ แรงจูงใจ (motivation) ความสามารถทั่วไป (general capacity) และความสามารถเฉพาะ (specific capacity)⁽⁹⁾ โดยในโครงการนี้กำหนดเป้าหมายในการวิเคราะห์คือการทำ ความเข้าใจความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาลในการดำเนินงานคลินิกกัญชา (cannabis clinic) ซึ่งประกอบด้วยระบบการให้บริการของคลินิกกัญชา และระบบการสนับสนุนในระดับโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบาย

บริบทและกระบวนการในการเกิดขึ้นของนโยบายนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ตามนิยามของ “นโยบายด้านสุขภาพ” ตอนหนึ่งว่าเป็นคำประกาศเป็นทางการเกี่ยวกับการดำเนินการภายในสถาบันต่างๆ (โดยเฉพาะรัฐบาล) จึงมีความสมเหตุสมผลที่จะกล่าวว่าการประกาศใช้ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เป็นหมุดหมายที่นโยบายกัญชาทางการแพทย์เกิดขึ้นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ชาติไทย ทั้งนี้เนื่องจากกฎหมายนี้ได้รับการประกาศในเล่มที่ 136 ตอนที่ 19 ก ของ ราชกิจจานุเบกษา ประเภท ก ที่เป็นฉบับกฤษฎีกา จึงเป็นการประกาศอย่างเป็นทางการถึงการปลดล็อคในทางกฎหมาย ให้สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง และการระบุไว้ในมาตราสุดท้ายว่า ผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทตามกฎหมายในฐานะกลไกของรัฐ การดำเนินการให้นโยบายเกิดผลสำเร็จประโยชน์แก่ประเทศชาติและประชาชนส่วนรวม การนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติโดยกระทรวงสาธารณสุข จึงเริ่มต้นนับแต่

เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา

อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์การดำเนินการตามนโยบายโดยหน่วยงานและบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขในการเปิดให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ ที่เริ่มต้นในเดือนสิงหาคม 2562 จะต้องอ้างอิงคำประกาศเป็นทางการในการแถลงนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 7 สิงหาคม 2562 ซึ่งนโยบายนี้ได้สรุปไว้ในข้อความสั้น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในหน้าหลักของเว็บไซต์ “กัญชาทางการแพทย์” ของกระทรวงสาธารณสุขมีเครื่องหมายอัฒภาคระบุว่า เป็นคำกล่าวของรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แสดงถึงการย้ำสำรัดที่สำคัญของนโยบายนี้คือ ปลดล็อค...กัญชาทางการแพทย์เสรี

อย่างไรก็ตาม การนิยามอีกตอนหนึ่งของนโยบายด้านสุขภาพ ที่ว่า “... เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพทรัพยากรที่มีอยู่ และแรงผลักดันอื่น ๆ ทางการเมือง” ซึ่งในบริบทของประเทศไทยในปี 2562 คำว่า การเมืองมีความหมายของการเมืองแนวใหม่ (new politics) ในส่วนที่เป็นรูปธรรมคือการให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทโดยตรงในการเสนอร่างกฎหมาย ซึ่งการทบทวนกระบวนการผลักดันการแก้ไขกฎหมายที่นำมาสู่การประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 นั้น เกิดขึ้นจากความต้องการและแรงผลักดันของภาคประชาสังคมและฝ่ายต่างๆ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า นโยบายกัญชาทางการแพทย์ ไม่ได้เป็นนโยบายที่เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันทางฝ่ายการเมืองของรัฐบาลหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็นความต้องการของประชาชนด้วย

บริบททางวัฒนธรรม

แม้การดำเนินการตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปในลักษณะการสั่งการจากผู้บริหาร ในลักษณะของนโยบายจากบนลงล่าง (top down) แต่บริบทของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมราชการและวัฒนธรรมวิชาชีพ

ทำให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นไปในลักษณะ ความสัมพันธ์ที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถบังคับ ควบคุมและติดตามได้ทั้งหมด และจากการที่นโยบายนี้ เป็นการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากยาที่พัฒนาขึ้น ท่ามกลางหลักฐานสนับสนุนที่ยังมีข้อจำกัดและข้อมูลโต้แย้งจากอันตรายในฐานะสิ่งเสพติด ทำให้เป็นนโยบายที่ ผลักดันให้มีการใช้ยากับผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่กระทบโดยตรง กับความเป็นวิชาชีพ (professionalism) ของบุคลากร โดยเฉพาะหลักจริยธรรมที่ยึดมั่นในประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นความสำเร็จของนโยบายกัญชา ทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขจึงขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนของบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์

ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกและสั่งจ่ายยากัญชาให้แก่ผู้ป่วย
2. การวิเคราะห์บริบทเชิงระบบของการนำนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติ

ระบบการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การ ปฏิบัติในการให้บริการการใช้กัญชาในโรงพยาบาล สามารถวิเคราะห์ในเชิงระบบได้ดังตารางที่ 1

3. การวิเคราะห์ความพร้อมของโรงพยาบาล

จากการเก็บข้อมูลด้วยกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม สามารถประมวลปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความพร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการการใช้กัญชา ทางการแพทย์ และข้อเสนอแนะจากความเห็นของ บุคลากร สามารถประมวลได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระบบการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล

ระบบย่อยและองค์ประกอบ	ผลการวิเคราะห์
<p>ระบบการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล • การบันทึกข้อมูลการให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทั้งที่แยกระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน และแบบผสมผสาน บางโรงพยาบาลเริ่มมีการให้บริการนอก คลินิกกัญชาทางการแพทย์ • มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยและระบบรายงานการให้บริการที่แยกกันหลายระบบ ที่ไม่เชื่อมโยงกัน ระบบมีปัญหาบ่อยๆ และไม่เชื่อมโยงกับระบบปกติของโรงพยาบาล
<p>ระบบสนับสนุน</p> <p>การสนับสนุนทางวิชาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การฝึกอบรม/ประชุมสัมมนา • การให้คำปรึกษาทางวิชาการ • เอกสาร/สื่อทางวิชาการ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการจัดอบรมความรู้การใช้ยากัญชาโดยกรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการ แพทย์ทางเลือก และโดยเขตสุขภาพ • มีบุคลากรและวิทยากรที่สามารถให้คำปรึกษาได้ และมีการขอคำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญหรือ บุคลากรอื่น ๆ โดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล • หน่วยงานส่วนกลางมีการจัดทำเอกสารคู่มือและมีฉบับปรับปรุงเป็นระยะ
<p>การสนับสนุนทรัพยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> • ยา • บุคลากร • สถานที่และอุปกรณ์ • งบประมาณ 	<ul style="list-style-type: none"> • ยาสารสกัดกัญชามีทั้งส่วนที่ รพ. ได้รับการสนับสนุนและที่ต้องซื้อเอง ส่วนยาที่กัญชาตำรับทาง การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านได้รับการสนับสนุน • มีการจัดสรรบุคลากรตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด โดยเป็นงานเพิ่มเติมของบุคลากรที่ผ่าน การอบรมจำนวนหนึ่ง มีทั้งที่หมุนเวียนกันและดูแลเป็นประจำ • รพ. จัดสรรพื้นที่และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นประจำ มีการ ปรับเปลี่ยนวัน เวลา และสถานที่ตามบริบทที่เปลี่ยนไป • การจัดการบริการของ รพ. ใช้งบประมาณการดำเนินงานตามระบบปกติเดิมที่ทำกันอยู่

การพัฒนาคุณภาพกำลังคนเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระบบการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล (ต่อ)

ระบบย่อยและองค์ประกอบ	ผลการวิเคราะห์
<p>การติดตามและประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> • การติดตามและประเมินผล • การให้คำปรึกษาด้านการบริหารและการดำเนินงาน • การชื่นชมและให้คุณให้โทษ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการพัฒนาระบบข้อมูลกลางที่เรียกว่า C-MOPH เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลทุกระบบเข้าด้วยกัน แต่ยังไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนของการบันทึกข้อมูลและไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล • มีการดำเนินการโดยใช้ระบบเขตบริการสุขภาพ ตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) • ยังไม่มีระบบการชื่นชมและให้คุณให้โทษที่ชัดเจนต่อผลการดำเนินงาน แต่มีการเร่งรัดการลงข้อมูลในระบบรายงาน
<p>ระบบความช่วยเหลือทางเทคนิค</p> <ul style="list-style-type: none"> • การสังเคราะห์องค์ความรู้ • การถ่ายทอดองค์ความรู้ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการวิจัยและพัฒนาโดยกรมวิชาการและมีความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ • ยังไม่มีการสังเคราะห์ข้อมูลและองค์ความรู้จากข้อมูลในระบบรายงาน • ยังไม่มีความชัดเจนในการถ่ายทอดองค์ความรู้จากการวิจัยและพัฒนาและระบบรายงานกลับไปสู่ผู้ปฏิบัติ

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาองค์ประกอบของความพร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ

องค์ประกอบ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<p>ความสามารถทั่วไป (general capacity)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • มีการใช้พันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กรเพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายที่สั่งการลงมาและความรู้สึกเป็นเจ้าของของคนในองค์กร • มีวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างความเชื่อและการให้คุณค่าในการทำงานขององค์กร • คนในองค์กรมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร • องค์กรมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเรียนรู้และแก้ไขอย่างรวดเร็วถ้าเกิดปัญหา • มีวัฒนธรรมการรับฟังความคิดเห็น • มีวัฒนธรรมการเรียนรู้จากความผิดพลาด • มีผู้นำที่สามารถสร้างความร่วมมือภายในองค์กรด้วยการสร้างควมไว้วางใจระหว่างบุคลากร • มีผู้นำที่สนับสนุนการดำเนินงานของบุคลากรผ่านการวางแผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ 	<p>ควรมีกระบวนการเพื่อช่วยเหลือองค์กรในการพัฒนาความสามารถที่จะจัดหา เข้าถึง และกระจายทรัพยากร เนื่องจากการจัดการนโยบายเร่งด่วนเช่นนโยบายกัญชาจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากรอันจำกัดของแต่ละโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งยังขาดศักยภาพในการเข้าถึงทรัพยากรจากแหล่งทุนต่าง ๆ ในสังคม เช่น ทุนจากรัฐบาล ทุนจากองค์กรเอกชน</p>
<p>ความสามารถเฉพาะต่อนโยบายกัญชาทางการแพทย์ (innovation-specific capacity)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • องค์กรมีศักยภาพเพียงพอที่จะให้บริการกัญชาทางการแพทย์ • องค์กรมีความรู้สามารถนำนโยบายกัญชามาออกแบบใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรตนเอง • องค์กรสามารถใช้เครือข่ายที่มีทำงานร่วมกับองค์กรอื่นและประสบความสำเร็จได้ • มีบุคคลสำคัญในองค์กรที่เป็นแบบอย่างในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์สู่การปฏิบัติและสามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการของประชาชนและประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ 	<p>เนื่องจากสัดส่วนบุคลากรที่มีความเข้าใจและศักยภาพในการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ในแต่ละองค์กรยังมีสัดส่วนน้อยกว่าผู้ที่ไม่เข้าใจทำให้การใช้กัญชาในแต่ละองค์กรค่อนข้างติดขัด จึงจำเป็นต้องขยายศักยภาพนี้ อย่างน้อยคือการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันให้ได้ทั้งองค์กร</p>

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาองค์ประกอบของความพร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ (ต่อ)

องค์ประกอบ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
แรงจูงใจ (motivation)	<ul style="list-style-type: none"> การรับรู้ถึงความทุกข์ (suffering) ของผู้ป่วย ที่มากกว่าแค่การรักษาโรค (disease) ทำให้มองเห็นว่ากัญชาไม่ได้เป็นไปเพื่อการรักษาแต่เป็นไปเพื่อการเยียวยา การมองกัญชาในฐานะทางเลือกของผู้ป่วยที่มีทางเลือกน้อย เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็ง การมองนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในฐานะเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่เคยใช้กัญชา “ไต่ดิน” หรือกัญชาผิดกฎหมายให้ขึ้นมา “บนดิน” หรือมารับการรักษาในระบบสุขภาพที่ปลอดภัยกว่า มีความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากทีมงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ควรมีการพัฒนาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพียงพอในการสร้างแรงจูงใจในประโยชน์ของกัญชาและความปลอดภัยในการใช้ ควรมีการสร้างแรงจูงใจผ่านกรณีศึกษาที่ทรงพลังในการแสดงให้เห็นว่ากัญชาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างไร ควรมีระบบการจัดการความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างองค์กรที่มีการนำกัญชาทางการแพทย์ไปใช้เพื่อสนับสนุนแรงจูงใจซึ่งกันและกัน ควรมีการสนับสนุนให้มีโครงสร้างการทำงานที่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงที่ชัดเจน

วิจารณ์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านโยบายกัญชาทางการแพทย์ ไม่ได้เป็นนโยบายที่เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันทางฝ่ายการเมืองของรัฐบาลหรือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นนโยบายที่เป็นความต้องการของประชาชน และความสำเร็จของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขจึงขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนของบุคลากร

ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดเรื่องความพร้อมขององค์กรในการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติที่จะต้องมีองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านคือความสามารถในการเปลี่ยนแปลงขององค์กรในการรับมือกับนโยบายใหม่ๆ โดยทั่วไป (general capacity) และที่เฉพาะเจาะจงกับนโยบายนี้ (specific capacity) และแรงจูงใจ (motivation) ในภาพรวมขององค์กรต่อการนำนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้พบว่า ความพร้อมขององค์กรมีผลต่อความสำเร็จของแต่ละโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 8 แห่งในการเป็นผู้บุกเบิกในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ โดยต้องอาศัยปัจจัยในหลายระดับทั้งภายในและภายนอก

โรงพยาบาล และทั้งปัจจัยระดับองค์กรและปัจจัยระดับบุคคล

ทั้งนี้ในบริบททางวัฒนธรรมของกระทรวงสาธารณสุข ที่การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติไม่ได้เป็นไปในแบบจากบนลงล่าง (top-down) โดยสมบูรณ์แต่เป็นในลักษณะที่ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถบังคับควบคุมและติดตามผู้ปฏิบัติได้ทั้งหมด ดังนั้นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้บุคลากรมีความเต็มใจ (willingness) ที่จะสนับสนุนนโยบาย คือ การที่บุคลากรให้ความหมาย (meaning) ต่อนโยบายนี้ว่าเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยยกกัญชาเป็นความหวังในการเยียวยารักษาโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจำนวนมาก อย่างไรก็ตามด้วยวัฒนธรรมวิชาชีพทำให้อุปสรรคที่สำคัญในการสนับสนุนนโยบายคือข้อจำกัดในทางวิชาการ ที่เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องปลดล็อคโดยมีข้อเสนอในส่วนขององค์ประกอบด้านแรงจูงใจของความพร้อมขององค์กร ว่าควรมีการพัฒนาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพียงพอในการสร้างแรงจูงใจในประโยชน์ของกัญชาและความปลอดภัยในการใช้ และควรมีการแสดงให้เห็นว่ากัญชาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อย่างไรผ่านกรณีศึกษาที่ทรงพลัง

โดยการวิเคราะห์ภาพรวมของนโยบายช่วยย้าความสำคัญของประเด็นคำถามสำคัญของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยที่บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ⁽¹⁵⁾ เสนอไว้ว่ายังมีแนวความคิด และข้อมูลที่ขัดแย้งกัน หรือเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาให้ชัดเจน ได้แก่ (1) กัญชาเป็นยาเสพติดหรือสมุนไพร (2) กัญชาสามารถรักษาได้บางโรคบรรเทาอาการได้บางอาการ หรือรักษาโรคให้หายขาดได้จำนวนมาก (3) ควรมองนโยบายกัญชาด้วยมุมมองด้านการแพทย์หรือการสาธารณสุข (3) การควบคุมการใช้กัญชาทางการแพทย์ควรเป็นแบบหลวมๆ หรือแบบเข้มข้น (5) การเชื่อมประสานกันระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยในเรื่องการใช้ยากัญชา และ (6) บทบาทของการวิจัยและระบบการเฝ้าระวังในนโยบายกัญชาทางการแพทย์ควรเป็นอย่างไร

การวิเคราะห์ในเชิงระบบ ช่วยให้เห็นว่าปัญหาของระบบรายงาน เป็นปัจจัยที่บุคลากรให้ความสำคัญ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลอย่างมากต่อองค์ประกอบด้านแรงจูงใจขององค์กร โดยเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จของนโยบายและความยั่งยืนของการจัดบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาล กล่าวคือ ปัญหาของการมีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยและระบบรายงานการให้บริการที่แยกกันหลายระบบ และไม่เชื่อมโยงกัน ระบบมีปัญหาบ่อยๆ และไม่เชื่อมโยงกับระบบปกติของโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่เพิ่มภาระให้กับเจ้าหน้าที่ และเป็นสิ่งที่ทำให้บุคลากรจำนวนมากแม้จะเห็นประโยชน์ของบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่ก็ไม่อยากจะมาทำงานนี้ จึงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ ที่ควรได้รับการจัดการแก้ไขอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าการพัฒนาคุณภาพกำลังคนจะต้องประกอบด้วยทั้งการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรโดยตรงและการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของบุคลากรที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความ

พร้อมของโรงพยาบาลในการนำนโยบายกัญชาทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดโครงสร้างอัตรากำลัง บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาของหน่วยบริการ/โรงพยาบาล รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าของสายงานตามโครงสร้างอัตรากำลัง (career path) เพื่อสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจให้บุคลากรในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์

2. ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้อง ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทั้งการอบรมทางตรงและทางอ้อม โดยมีการออกแบบหลักสูตรที่เหมาะสมทั้งหลักสูตรทั่วไปและเฉพาะด้าน

3. ควรมีการพัฒนาหน่วยบริการ/โรงพยาบาลต้นแบบการใช้กัญชาทางการแพทย์เฉพาะด้าน เพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้กับหน่วยบริการ/โรงพยาบาลอื่น เป็นที่ศึกษาดูงาน และรองรับการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ

4. ควรมีการออกแบบระบบรายงานที่สามารถสะท้อนเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ เป้าหมายการให้บริการที่เป็นระบบเดียวและเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ ลดภาระบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และสามารถใช้เป็นข้อมูลสะท้อนกลับในการพัฒนาคุณภาพบริการ

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1. ควรมีกระบวนการปรับวิธีคิด (mindset) ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกระดับ ด้วยการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากขึ้น

2. ควรมีการปรับการให้บริการให้มีความสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานการรักษาและความต้องการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการ โดยควรพัฒนาแนวทางการสั่งใช้ยากัญชา การพัฒนาคุณภาพบริการ ให้สามารถตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการบูรณาการเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัวด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการหลังจากรับการสั่งใช้กัญชาจากหน่วยบริการ/โรงพยาบาล

4. ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและการเสริมสร้างทักษะและความสามารถของหน่วยบริการ/โรงพยาบาลในการรับมือกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นนโยบายใหม่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการขยายพื้นที่การศึกษาวิจัยประเมินความพร้อมของหน่วยบริการ/โรงพยาบาลให้ครบทั้ง 12 เขตสุขภาพ ทั้งก่อนและระหว่างการเปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ทั้งในประเด็นแรงจูงใจ (motivation) ความสามารถทั่วไป (general capacity) และความสามารถเฉพาะ (specific capacity) ขององค์กรเพื่อออกแบบ กระบวนการพัฒนาความพร้อมของระบบบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ทีมวิจัยไม่สามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่วิจัยในจังหวัดต่างๆ ได้ แต่ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูลเป็นดำเนินการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และดำเนินการอภิปรายกลุ่มโดยใช้ระบบการประชุมทางไกล Video Conference ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ไม่สามารถใช้การสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างสูง รวมทั้งกรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะ-

กรรมการอาหารและยา กองบริหารการสาธารณสุข สถาบันกัญชาทางการแพทย์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน องค์การเภสัชกรรม โรงพยาบาลนาร์่องทั้ง 8 แห่ง สำนักวิชาการสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกๆ ท่าน ที่ให้การสนับสนุนให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. บัตพงษ์ เกษสมบุรณ์. กัญชาทางการแพทย์. ยาวิพากษ์: จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา 2561;9(36):13-5.
2. Aguilar S, Gutiérrez Vc, Sánchez L, Nougier M. Medicinal cannabis policies and practices around the world [internet]. London: International Drug Policy Consortium; 2018 [cited 2020 Apr 1]. 32 p. Available from: http://fileserver.idpc.net/library/Medicinal%20cannabis%20briefing_ENG_FINAL.PDF.
3. ปุรุฬห์ รุจนธำรงค์. ข้อกฎหมายเกี่ยวกับพืชกระท่อมและกัญชาในทางการแพทย์. ยาวิพากษ์: จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา 2561;9(36):19-22.
4. นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี. กระท่อมและกัญชาเป็นความมั่นคงด้านยาของประเทศ. ยาวิพากษ์: จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา 2561;9(36):3-8.
5. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(1):71-94.
6. คณะรัฐมนตรี. คำแถลงนโยบาย ของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันพฤหัสบดีที่ 25 กรกฎาคม 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 186 (ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2562).
7. อนุทิน ชาญวีรกูล, สาทิต ปิตุเตชะ. นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. การประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข; วันที่ 7 สิงหาคม 2562; ณ ห้องประชุม ชัยนาทเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
8. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิดา แสนศักดิ์, ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สุมัณฑา กลางคาร. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การ

- ปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(1):7-26.
9. Scaccia JP, Cook BS, Lamont A, Wandersman A, Castellow J, Katz J, et al. A practical implementation science heuristic for organizational readiness: $R=MC^2$. J Community Psychol 2015;43(4):484-501.
 10. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches, 4th ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2013.
 11. Geertz C. The interpretation of cultures. New York: Basic books; 1973.
 12. Shore C. Anthropology and public policy. In: Fardon R, Harris O, Marchand THJ, Nuttall M, Shore C, Strang V, et al, editors. The SAGE handbook of social anthropology. London: SAGE Publications 2012. p. 89-104.
 13. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Berkshire: Open University Press; 2005.
 14. ภูษิต ประคองสาย, มนทิรา อุตมานันท์, จิรภฎา วาณิชชังกูร, สุภาวิณี แซดกระโทก, บรรณธิการ. นโยบายด้านสุขภาพ. ใน : พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
 15. บัณฑิต ศรไพศาล, Manthey J, Rehm J. คิดให้ชัดกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทย. วารสารวิชาการ-สาธารณสุข 2562;28(4):755-66.
 16. ณ์ฐพล ยิ่งกล้า. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล:<http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%81%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%88%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%B8%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2>.
 17. คณะกรรมการขับเคลื่อนประชาสัมพันธ์การใช้กัญชาเพื่อการแพทย์. ปลดล็อคกัญชาทางการแพทย์เสรี [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล : <http://www.medcannabis.go.th/>.
 18. จุมพล หนิมพานิช, สุรวงศ์ วรรณปักษ์. การเมืองภาคประชาชน/การเมืองภาคพลเมือง: ทางออกของการเมืองไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า; 2562.

Abstract: Human Resource Development to Support the Implementation of the Medical Cannabis Policy in Thailand

Nattaya Patanavanichanan, B.Sc., M.N.S., D.P.A.; Wirun Limsawart, M.D., Ph.D.; Bussabong Wisetpholchai, B.N.S., B.P.H., M.N.S., Ph.D.; Paranat Suksut, B.Sc., M.A.

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

Journal of Health Science 2020;29(3):455-66.

This qualitative research aimed to explore the context and factors of hospitals' readiness for the implementation of the medical cannabis policy, and to identify the ways for human resource development to support the implementation. It was conducted from February to April 2020 using anthropological ethnographic methods utilizing multiple theories, including the main one from implementation science. The study samples were the eight pilot hospitals of the Ministry of Public Health that started providing medical cannabis service in August 2019. The results were analyzed and organized into three main aspects of the policy implementation: (1) the overall policy analysis, (2) the analysis of the system of policy implementation, and (3) the analysis of the hospitals' readiness. The results showed that the medical cannabis policy in Thailand was a health policy that was the result of not only the political requirement and enforcement of the cabinet and the Minister of Public Health, but also the needs of the Thai people. Because of the cultural context of this policy, the success of policy implementation depended primarily on the support from the health workforce. Therefore, human resource development should be focused on both the direct development of the workforce and the improvement of the work system. These ways would enhance the workforce's motivation, which is the core component of the readiness of the hospitals to support the success of the implementation of the policy.

Keywords: human resource development; medical cannabis; implementation science

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลการพัฒนาระบบบูรณาการดูแลคนพิการโดย ใช้ฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

เรณู ภาวะดี วท.บ. (กายภาพบำบัด)

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วันรับ:	4 มิ.ย. 2561
วันแก้ไข:	28 พ.ย. 2562
วันตอบรับ:	6 ธ.ค. 2562

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการในชุมชนตามหลักการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาระบบดูแลคนพิการในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น วิธีการดำเนินงาน ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ประชุมชี้แจงโครงการแก่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานคนพิการ อบรมเชิงปฏิบัติการประเมินคนพิการโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะคนพิการ วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนการดูแลกลุ่มเป้าหมาย อบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวและหมู่บ้าน รวมทั้งการปรับสภาพสิ่งอำนวยความสะดวก และส่งเสริมให้คนพิการเข้าถึงสิทธิด้านอาชีพ การศึกษา สร้างพื้นที่ต้นแบบศูนย์บริการคนพิการทั่วไปแต่ละตำบล โดยเน้นการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ให้เกิดความต่อเนื่องโดยชุมชน ผลการดำเนินงาน มีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนคนพิการ 2,369 ราย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 112 ราย ช่วยเหลือตนเองได้ และต้องการความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ 439 ราย มีความบกพร่องด้านการเดินมากที่สุด (ร้อยละ 44.93) รองลงมาเป็นด้านความจำ (ร้อยละ 35.79) และด้านการมองเห็น (ร้อยละ 34.64) มีปัญหาการลุกขึ้นยืนจากท่านั่งบ่อย ๆ โดยต้องมีที่ยึดจับมากที่สุด (ร้อยละ 37.56) ต้องการอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนไหว 213 ราย ต้องการปรับสภาพบ้าน 97 ราย ต้องการแขน ขา เทียม 14 ราย และต้องการทำงาน 119 คน แผนการให้บริการตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนประกอบด้วย ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพได้รับการบริการถึงบ้านถึงใจจากทีมหมอครอบครัว ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหวและอวัยวะเทียมตามความจำเป็นจากทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เมื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนและดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย พบว่า คนพิการและผู้ดูแล 65 ราย มีงานทำ และได้ประกอบอาชีพ บ้านคนพิการ 11 แห่งได้รับการปรับปรุงโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาล และพื้นที่ 8 แห่งได้จัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการในชุมชน บทสรุป ฐานข้อมูลที่บ่งบอกสมรรถนะและสะท้อนความต้องการของคนพิการรายบุคคลมีความสำคัญในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ข้อมูลที่ได้ไปทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนทำให้คนพิการได้รับการทุกมิติตามแนวคิด CBR เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือและดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แบบสอบถาม ICF; ฐานข้อมูลเชิงสมรรถนะ; คนพิการ; การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน (CBR)

บทนำ

จากฐานข้อมูลคนพิการ ปี 2559 มีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนคนพิการในอำเภอบ้านแฮด จ.ขอนแก่น จำนวน 2,369 ราย ส่วนใหญ่เป็นคนพิการประเภทร่างกายและการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 54.18) ส่วนใหญ่เป็นคนพิการที่เกิดจากโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้แต่ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ที่ผ่านมาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลสิรินธร ในส่วนด้านสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ ประกอบด้วย กาย จิต ปัญญาและสังคม⁽¹⁾ คนพิการมีปัญหาการเข้าถึงบริการ ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในชุมชน ทำให้เกิดปัญหาต่อครอบครัว สังคมและชุมชน ส่วนชุมชนเองยังขาดรูปแบบการจัดการกับปัญหาของคนพิการที่ขาดเครือข่ายแกนนำคนพิการที่เป็นตัวแทนคนพิการในการประสานงาน และขาดข้อมูลข่าวสารสำหรับคนพิการรวมถึงการประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการให้ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการในชุมชน^(2,3) ตามหลักการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (community based rehabilitation: CBR)⁽⁴⁾ และนำมาใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาระบบดูแลคนพิการในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น⁽⁵⁾ ให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมีการดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ โดยจะดำเนินการศึกษาในรูปแบบการวิจัยในกลุ่มคนพิการทุกประเภทที่ได้รับการขึ้นทะเบียนบัตรคนพิการจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁽⁶⁾ ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 6 ตำบล ในอำเภอบ้านแฮดและอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป้าหมายคือ มีฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการครบทุกด้านคือ ด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม การศึกษา อาชีพ สังคม คนพิการทุกประเภทเข้าถึงสิทธิประโยชน์ โดยเท่าเทียมและหน่วยงานภาครัฐทุกภาคส่วน ทั้งภาค-

เอกชนและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีคำถามงานวิจัยคือ สถานการณ์คนพิการเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสิรินธรเป็นอย่างไร จะพัฒนาดูแลคนพิการให้ดีขึ้นอย่างไร เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ได้สำรวจคนพิการทุกประเภทที่จดทะเบียนแล้วในเขตเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสิรินธร จำนวน 2,369 ราย และรูปแบบงานวิจัยเป็นการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลคนพิการแบบบูรณาการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งทำให้คนในชุมชนได้ร่วมกันวิเคราะห์บริบทสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการในพื้นที่ การจัดทำแผนปฏิบัติการที่ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม ทั้งเข้าใจปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยกระบวนการของ Kemmis S และ McTaggart R⁽⁷⁾ คือ ขั้นตอนการวางแผน ขั้นปฏิบัติการขั้นสังเกตการณ์และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ร่วมกันใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยหวังว่าผลการศึกษานี้จะทำให้ได้กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทชุมชน ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้น

วิธีการดำเนินงาน ตามแนวคิด Participatory Action Research

ก. วางแผน (Planning)

1) ประชุมชี้แจงโครงการแก่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานคนพิการและออกแบบการสำรวจข้อมูล พร้อมแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทำผู้สัมภาษณ์แต่ละพื้นที่ โดยมีคุณสมบัติ อ่านออกเขียนได้ มีความคล่องตัวในการเดินทางสำรวจข้อมูล มีจิตใจรักงานบริการผู้ป่วย มีความเสียสละ

2) ฝึกการใช้แบบสอบถามโดย อบรมเชิงปฏิบัติการประเมินคนพิการโดยใช้เครื่องมือ International Classification of Functioning (ICF) ด้วยวิธีการฝึกการสัม-

ภาษาคนพิการตามแบบประเมินประเด็นต่าง ๆ⁽²⁾ ชี้แจง และสร้างความเข้าใจการลงระดับความสามารถช่วยเหลือตัวเอง โดยฝึกประเมินคนพิการจริงแต่ละประเภท เพื่อเรียนรู้ทักษะการประเมินความพิการตามระดับความรุนแรงและวิธีการดูแลคนพิการแบบมีส่วนร่วมโดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ระดับหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน แก่ผู้สัมภาษณ์ จำนวน 65 คน

3) ปฏิบัติการสำรวจข้อมูลคนพิการโดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น และค้นหาคนพิการรายใหม่ในพื้นที่ตามรายชื่อที่ได้รับมอบหมาย

ข. ปฏิบัติ (Action)

- 4) วิเคราะห์ข้อมูลคนพิการพร้อมคืนข้อมูลให้พื้นที่
- 5) จัดทำแผนการดูแลกลุ่มเป้าหมาย
- 6) อบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวและหมู่บ้าน
- 7) เครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมปฏิบัติงานดูแลคนพิการตามแผนที่กำหนด รวมทั้งการปรับสภาพสิ่งอำนวยความสะดวก และส่งเสริมให้คนพิการเข้าถึงสิทธิด้านอาชีพ การศึกษา ตามการออกแบบแผนการดูแลรายบุคคล⁽³⁾ เช่นคนพิการที่มีปัญหาการเดินทางระดับ 3 ต้องมีญาติช่วยดูแลจำเป็นต้องปรับสภาพห้องน้ำให้เหมาะสมกับความพิการ ทีมหมอครอบครัวช่วยดูแลฟื้นฟูสุขภาพทางกาย และจิตใจ Care giver ช่วยเข้าไปดูแลสุขภาพพื้นฐานตามแผน ให้กำลังใจญาติและคนพิการ ทีม อบต. ช่วยดูแลการปรับสภาพห้องน้ำที่ได้ทำการออกแบบกับสหวิชาชีพ และของบสนับสนุนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตามสิทธิ์คนพิการ

ค. สังเกตการณ์ (Observe)

- 8) สร้างพื้นที่ต้นแบบศูนย์บริการคนพิการทั่วไป แต่ละตำบล โดยเน้นการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการให้เกิดความต่อเนื่องโดยชุมชน⁽⁸⁾
- 9) ติดตามและประเมินผล Reflection (สะท้อนผลการปฏิบัติงาน)
- 10) สรุปปัญหา / อุปสรรค / ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

แบบสอบถามสมรรถนะคนพิการที่ใช้ในการสำรวจการใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยศิรินาถ ตงศิริ⁽²⁾ จากแบบประเมินสมรรถนะคนพิการขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ โดยแบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 8 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ลักษณะความพิการ โดยลักษณะความพิการในแบบสอบถามนี้ หมายถึง การที่บุคคลมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่มีพื้นฐานมาจากความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะหลัก ได้แก่ ตา หู ร่างกาย และความจำ

ส่วนที่ 3 การดูแลตนเอง เป็นการสอบถามความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งได้มีการสอบถามความต้องการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วย และผู้ดูแลสำหรับคนพิการด้วย

ส่วนที่ 4 การเคลื่อนที่ในและนอกบ้าน สอบถามความสามารถหรือความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ในส่วนนี้ ได้สอบถามเรื่องการปรับสภาพ บ้านของคนพิการด้วย

ส่วนที่ 5 การศึกษา

ส่วนที่ 6 การทำงาน ข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถกลับเข้าไปทำงานเดิมได้

ส่วนที่ 7 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม สอบถามด้านการมีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิกองค์กรในชุมชน และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

ส่วนที่ 8 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ได้แก่ สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลในส่วนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม หรือสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล⁽¹⁰⁾

ทีมวิจัย ประกอบด้วย นักวิจัยและพนักงานสัมภาษณ์ อสม. จำนวน 65 คน ได้ลงเก็บข้อมูลภายใน 2 สัปดาห์ หลังจากอบรมการเก็บข้อมูล ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงมกราคม พ.ศ.2560 และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคนพิการประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศคนพิการ ที่พัฒนาขึ้นโดยคณะ- วิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 2,029

ราย จากจำนวนคนพิการทั้งหมด 2,369 ราย เนื่องจากคนพิการมีรายชื่อในพื้นที่แต่ตัวอยู่นอกพื้นที่ ดังนั้นจึงไม่สามารถติดตามไปสำรวจได้

ผลการศึกษา

ข้อมูลคนพิการแยกตามประเภทความพิการทั้ง 7 ประเภท แสดงเป็นจำนวนร้อยละ พบว่าความพิการด้านการเคลื่อนไหวและทางกายมากที่สุดร้อยละ 54 ตำบลโนนสมบูรณ์ มีจำนวนคนพิการมากที่สุด 778 คน

กลุ่มคนพิการสูงอายุ คืออายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 1,179 คน จากจำนวนคนพิการที่เก็บข้อมูลสมรรถนะ 2,029 คน

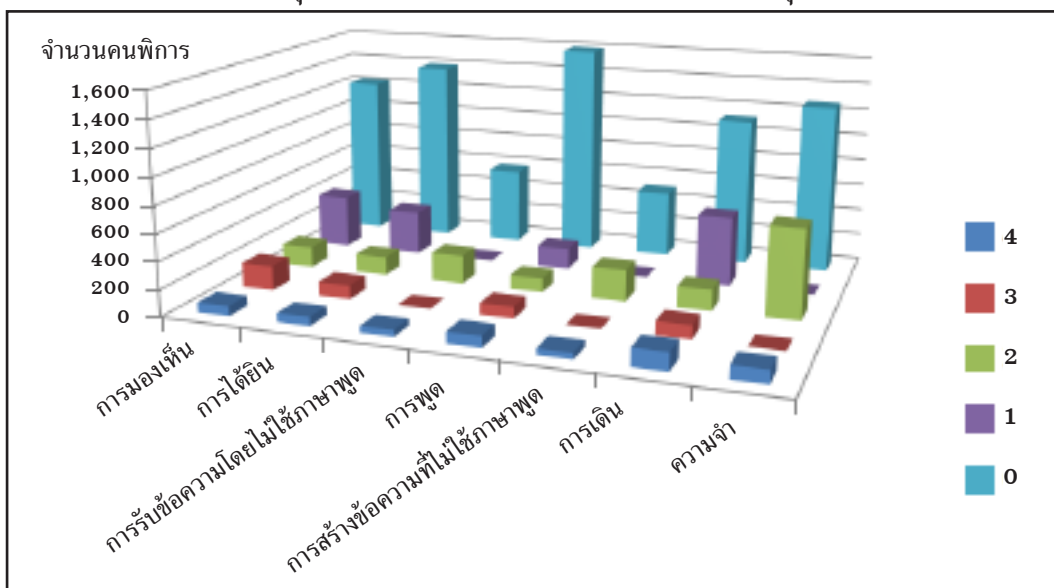
ข้อมูลด้านสุขภาพ จะประกอบด้วยลักษณะความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และปัญหาสุขภาพและความต้องการเครื่องช่วยเหลือนด้านสุขภาพ

ภาพที่ 1 แสดงลักษณะความพิการ โดยในแกนนอนหมายถึงลักษณะความพิการ 7 ชนิด ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับข้อความโดยไม่ใช้ภาษาพูด การพูด การสร้างข้อความที่ไม่ใช้ภาษาพูด การเดิน และความจำ แกนตั้งหมายถึงจำนวนคนพิการ และแกนลึกหมายถึงระดับความพิการ โดย 0 หมายถึงไม่มีความพิการ 1 หมายถึงพิการเล็กน้อย 2 หมายถึงพิการปานกลาง 3 หมายถึง

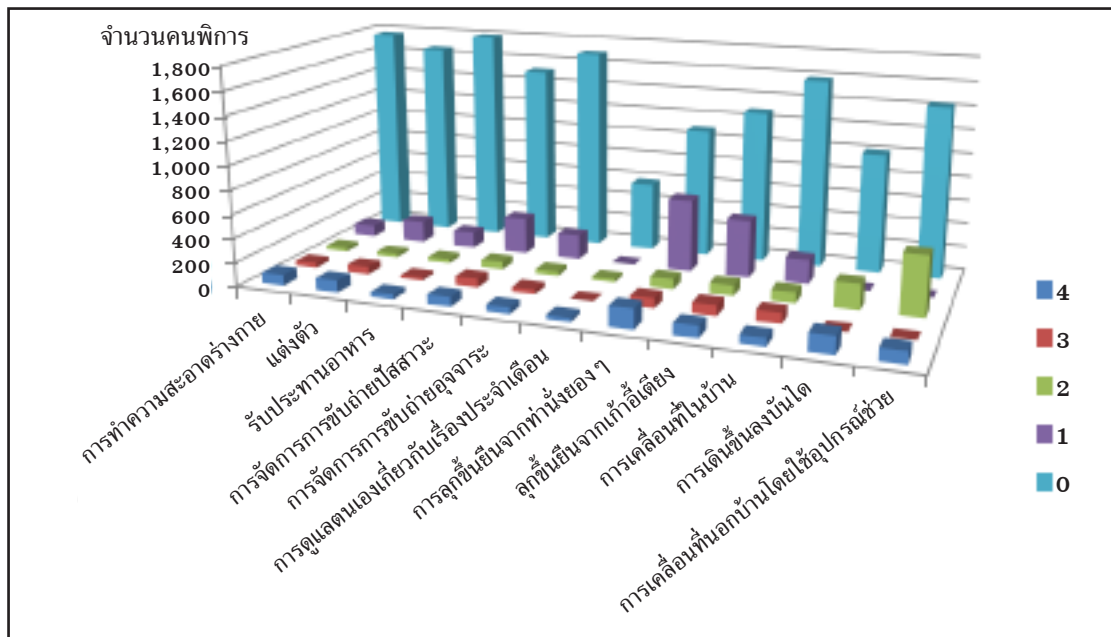
พิการรุนแรง และ 4 หมายถึงพิการทั้งหมด เช่น ผู้ที่ไม่มีมีความพิการ (ระดับ 0) ด้านการมองเห็น มีจำนวน 1,225 คน มีความพิการด้านการมองเห็นเล็กน้อย (ระดับ 1) จำนวน 400 คน มีความพิการมองเห็นปานกลาง (ระดับ 2) จำนวน 155 คน มีความพิการการมองเห็นรุนแรง (ระดับ 3) จำนวน 182 คน และมีความพิการด้านการมองเห็นทั้งหมด จำนวน 73 คน เป็นต้น เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่มีความพิการในระดับพิการทั้งหมด (ระดับ 4) พบว่า เป็น คนพิการด้านการเดินมีจำนวนมากที่สุด (133 คน)

ภาพที่ 2 แสดงระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคนพิการ โดยในแกนนอนหมายถึงกิจกรรมในการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัว รับประทานอาหาร การจัดการการขับถ่ายปัสสาวะ การจัดการการขับถ่ายอุจจาระ การดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องประจำเดือน ลูกขึ้นยีนจากทำนึ่งยอง ๆ ลูกขึ้นยีนจากแก้อืดยง เคลื่อนที่ในบ้าน การเดินขึ้นลงบันได และการเคลื่อนที่ออกนอกบ้านโดยใช้อุปกรณ์ช่วย แกนตั้งหมายถึงจำนวนคนพิการ และแกนลึกหมายถึงระดับความยากลำบากในการช่วยเหลือตนเอง โดย 0 หมายถึงไม่มีความบกพร่อง 1 หมายถึงมีความบกพร่องน้อย 2 หมายถึงมีความบกพร่องปานกลาง 3 หมายถึงมีความบกพร่อง

ภาพที่ 1 ลักษณะความพิการของคนพิการทุกประเภทที่จดทะเบียนในเขตเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสิรินธร



ภาพที่ 2 ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคนพิการ



รุนแรง และ 4 หมายถึงมีความบกพร่องทั้งหมด เช่น ผู้ที่ไม่มีมีความยากลำบาก (ระดับ 0) ด้านการทำความสะอาดร่างกายมีจำนวน 1,766 คน มีความยากลำบากเล็กน้อย (ระดับ 1) จำนวน 99 คน มีความยากลำบากปานกลาง (ระดับ 2) จำนวน 34 คน มีความยากลำบากรุนแรง (ระดับ 3) จำนวน 42 คน และมีความยากลำบากทั้งหมด (ระดับ 4) จำนวน 91 คน เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่มีความยากลำบากในการทำ กิจกรรมพบว่า การลุกขึ้นยืนจากทำนั่งยอง ๆ เป็นกิจกรรมที่มีผู้ที่มีความยากลำบากในการทำ

กิจกรรมสูงที่สุด (ระดับ 4) จำนวน 166 คน

ตารางที่ 1 แสดงปัญหาสุขภาพและความต้องการของคนพิการ คนพิการส่วนใหญ่ (862 คน) มีโรคประจำตัว และข้อต่อยึดติดเป็นภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด

ข้อมูลด้านอาชีพ พบว่าคนพิการไม่มีงานทำที่ร้อยละ 53.65 เมื่อสำรวจคนพิการไม่มีความถนัดและความสามารถพิเศษ จำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ การเกษตร ถักทอ จักสาน ตามลำดับ โดยคนพิการเองมีความประสงค์อยากจะทำประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับความพิการตัวเอง

ตารางที่ 1 ปัญหาสุขภาพและความต้องการของคนพิการ

ปัญหาสุขภาพและความต้องการคนพิการ	จำนวนคน	ร้อยละ
มีโรคประจำตัว	862	42.48
แผลกดทับ	35	1.72
ข้อต่อยึดติด	79	3.89
ต้องการแขน ขาเทียม	14	0.69
ต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหว	213	10.50
ต้องการปรับสภาพบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวก	97	4.78
ต้องการทำงาน	119	5.86
อุปกรณ์ด้านการเห็น	27	1.33
เครื่องช่วยฟัง	20	0.99

ข้อมูลด้านการศึกษา จากการสำรวจและสัมภาษณ์พบว่า ผู้ใหญ่ไม่มีความจำเป็นต่อการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อมูลเด็กพิการที่ต้องการเรียนต่อ มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน สักส่วนเด็กพิการในพื้นที่ที่ได้รับการศึกษา พบว่าลักษณะความพิการของเด็กที่มีปัญหาหนักคือการพูด การสื่อสารรับ-ส่งข้อความ ความจำ ตามลำดับ และปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันเด็กจะมีปัญหาการทำความสะอาด การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การจัดการการขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ ตามลำดับ

เมื่อได้ฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการ สิ่งที่ทำต่อไปคือการนำข้อมูลมาวางแผนการดูแลคนพิการ ให้ครอบคลุมทุกมิติ ทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม อาชีพ การศึกษาและทางสังคม โดยใช้แนวคิด CBR ผู้เข้าร่วมวางแผนประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานคนพิการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ-ตำบลทุกแห่ง ผู้รับผิดชอบงานคนพิการ องค์กรส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง ประธานชมรมคนพิการ ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุข สหวิชาชีพ ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ร่วมกำหนดวางแผนการดูแลคนพิการแบบบูรณาการ เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปี 2560 ประกอบด้วย

1) พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการอย่างมีคุณภาพ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพื่อให้คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้

2) พัฒนาระบบข้อมูลคนพิการในชุมชน เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

3) ส่งเสริม สนับสนุนให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องมีความรู้เข้าใจและเข้าถึงสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง

4) พัฒนาสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรมและข้อมูลข่าวสารคนพิการ เพื่อให้คนพิการทุก

ประเภทและผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

5) ส่งเสริม พัฒนาและสร้างโอกาสการจ้างงาน ประกอบอาชีพของคนพิการและครอบครัว

6) มีศูนย์บริการคนพิการตำบลละ 1 ศูนย์ เพื่อเป็นหน่วยประสานงาน หนุนเสริมกลไกในการดูแลคนพิการทุกมิติ

7) ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

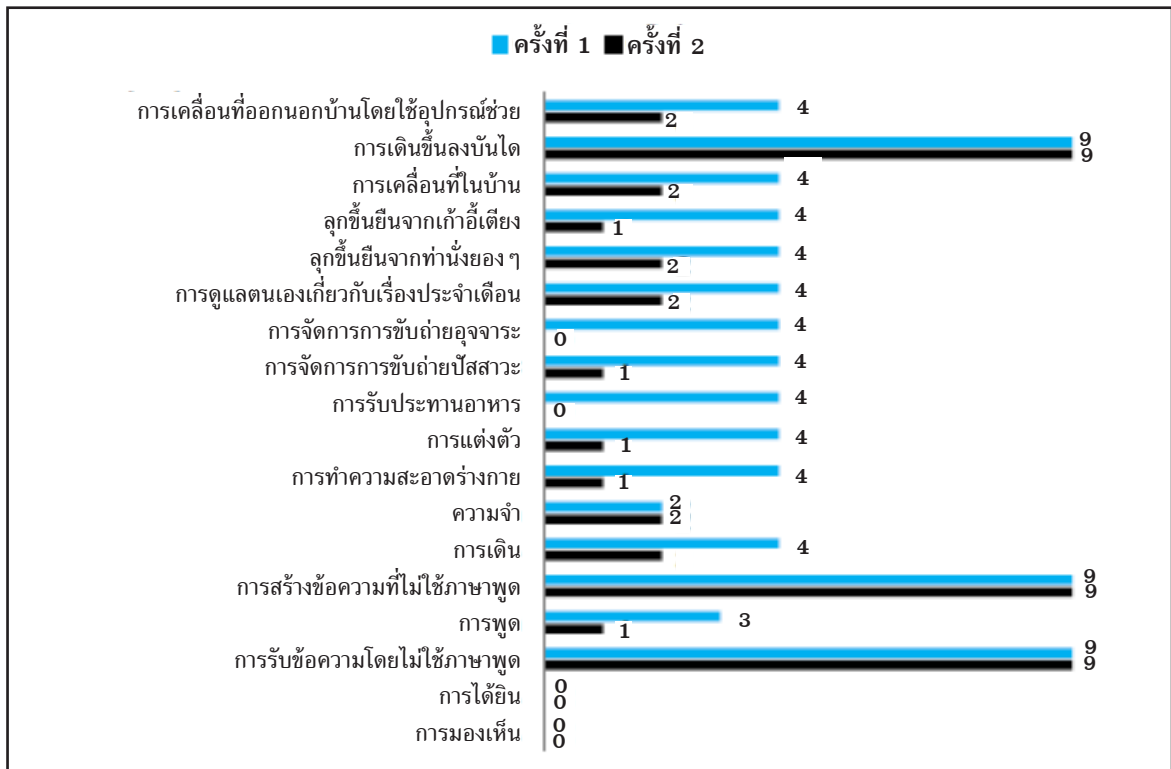
ผลการดำเนินงานตามแผน

1) การดำเนินงานด้านสุขภาพตามข้อมูลที่ได้จากการให้บริการผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพที่เคลื่อนไหวตัวเองได้น้อย ในกลุ่มที่มีปัญหาการเดิน ระดับ 3 และ 4 มีกิจกรรมคือเยี่ยมบ้านคนพิการ จัดอบรมผู้ดูแล ให้ความรู้ด้านการประดิษฐ์และประยุกต์ใช้อุปกรณ์ ทำแผนดูแลรายบุคคล โดยประเมินด้านสุขภาพจากแบบสำรวจ ICF ก่อนและหลังการให้บริการ ดังตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพรายบุคคลในภาพที่ 3 ซึ่งแสดงผลการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะด้านสุขภาพก่อน (สีฟ้า) และหลัง (สีดำ) รายบุคคลแผนการดูแลคนพิการที่ติดบ้านติดเตียง และประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ส่งผลให้สมรรถนะทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหวและอวัยวะเทียมตามความจำเป็น

2) การดำเนินงานด้านการศึกษา โดยการนำข้อมูลเด็กพิการที่ต้องการเข้ารับการศึกษา มาสำรวจและจัดบริการตามความต้องการที่เป็นไปได้ ประสานงานกับศูนย์การศึกษาพิเศษเขต 9 ขอนแก่น จัดตั้งศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็กในชุมชนบ้านหนองขาม เพื่อให้ผู้ปกครองและเด็กได้รับการเรียนรู้และกระตุ้นพัฒนาการที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ และจัดทีมแพทย์ สหวิชาชีพ ตรวจสุขภาพ และให้ความรู้แก่เด็กพิการและผู้ปกครอง

3) ด้านการปรับสภาพบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับคนพิการ ชุมชนคัดเลือกบ้านคนพิการด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวในพื้นที่เครือข่าย

ภาพที่ 3 ผลการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะด้านสุขภาพก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ



บริการสุขภาพสิรินธร จากฐานข้อมูลสมรรถนะที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพดีขึ้นพอมีแรงช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และมีปัญหาสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมกับสมรรถนะของคนพิการ จากนั้นของบปรับสภาพที่อยู่อาศัยคนพิการจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 20,000 บาท แล้วแจ้งให้นายอำเภอบ้านแฮดรับทราบและร่วมวางแผน การออกแบบที่อยู่อาศัยคนพิการโดยผู้เกี่ยวข้องคือช่างเทศบาล นักกายภาพบำบัด นักพัฒนาชุมชน ร่วมกับหน่วยงานนอกเครือข่ายคือ อาจารย์คณะสถาปัตยกรรมและอาจารย์คณะแพทย์ จากมหาวิทยาลัยมหาสารคามออกแบบบ้านที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ เกิดการวางแผนและดำเนินงานคือ ระดมทุนพร้อมวัสดุก่อสร้างและทรัพยากรจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐเอกชน กรมทหารราบที่ 8 ชุมชนชาวบ้าน วัด ที่เกี่ยวข้องในการปรับสภาพบ้านคนพิการ ผลคือได้รับการปรับบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวก 11 หลัง จากบได้รับการปรับปรุงโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาล และพื้นที่ 8 แห่งได้จัดตั้งเป็นศูนย์

บริการคนพิการในชุมชน

4) ด้านการสร้างอาชีพ ส่งเสริมให้คนพิการเข้าถึงสิทธิ์ด้านอาชีพ ร่วมกับมูลนิธินวัตกรรมทางสังคมและมูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาวะ (มสส.) ตาม พ.ร.บ.คนพิการ มาตรา 33 และมาตรา 35 คือได้รับการจ้างงานในหน่วยงานประจำและประกอบอาชีพอิสระ โดยนำข้อมูลคนพิการมาวิเคราะห์และค้นหาคนพิการที่มีศักยภาพในการเข้าถึงอาชีพและความถนัดด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพคนพิการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

เครือข่ายยังทำหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพคนพิการที่ได้รับการจ้างงานและฝึกการออม ควบคุมและกำกับติดตามผลการทำงานและประกอบอาชีพคนพิการ ผลคือคนพิการได้รับการจ้างงานในหน่วยงานประจำ 20 คนและประกอบอาชีพอิสระ 45 คน รวมเป็น 65 คน

5) การขับเคลื่อนให้ได้ทั้ง 5 ปัจจัย คือสุขภาพ การศึกษา ความเป็นอยู่ สังคมและการเสริมพลัง ทำงานด้วยกันอย่างเป็นระบบ มีฐานข้อมูลเพื่อใช้สื่อสารเชื่อมโยงการทำงานของแต่ละหน่วยงานรวมทั้งสื่อสารคนพิการและ

ครอบครัวเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน จึงจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป 8 แห่ง คือ โรงพยาบาลสิรินธรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่ง รวมทั้งหมด 8 แห่ง ภายใต้การจัดตั้งสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีวัตถุประสงค์คือ ให้บริการข้อมูลข่าวสารสิทธิประโยชน์สวัสดิการ และความช่วยเหลือกับคนพิการตามที่หน่วยงานของรัฐกำหนด ประสานการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ จัดการเลือกปฏิบัติ ให้บริการตามความต้องการของ คนพิการ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้คนพิการและครอบครัว มีสิ่งอำนวยความสะดวกและมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม และสนับสนุนองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแบบครบวงจร

ผลการพัฒนาการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยชุมชน การที่ชุมชนและคนพิการได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นและได้ใช้แนวคิดโครงสร้างการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (community-based rehabilitation) เข้ามาในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เกิดผลลัพธ์ใน 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านสาธารณสุข ได้มีการออกเยี่ยมบ้านตามแผนที่วางไว้ มีการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการลงพื้นที่จริงเพื่อสอนการปฏิบัติจริงกับตัวคนพิการ และมีการติดตามดูแลคนพิการโดยทีมสหวิชาชีพ เกิดโครงการจัดหากายอุปกรณ์สำหรับคนพิการช่วยเหลือคนพิการให้ได้รับความสะดวกในการเคลื่อนย้ายตนเอง และลดภาวะความช่วยเหลือของผู้ดูแลหรือญาติในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เกิดการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไปเพื่อเป็นหน่วยให้คนพิการใช้บริการเข้าถึงสิทธิและประสานงาน

2) ด้านการศึกษา จากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมกับผู้ปกครองเด็กจึงได้เกิดศูนย์การเรียนรู้เด็กพิการก่อนเข้าเรียนประสานงานและทำงานร่วมกับศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 9 ขอนแก่น

3) ด้านสังคม เกิดการเชื่อมโยงการดูแลคนพิการทุกประเภทในสังคม ผู้นำชุมชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนเข้ามามีส่วนในการดูแลคนพิการ จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการเพื่อช่วยเหลือคนพิการ ให้การช่วยเหลือและพิทักษ์สิทธิคนพิการ ให้ความรู้และคำปรึกษาตามสิทธิทางกฎหมายของคนพิการ ให้ความช่วยเหลือในการขึ้นทะเบียนสิทธิคนพิการรายใหม่ ให้บริการรถรับ-ส่งเพื่อขอใบรับรองความพิการ และประสานงานในการทำบัตรคนพิการรายใหม่โดยที่คนพิการไม่ต้องเดินทางไปเอง การให้ความช่วยเหลือในต่อบัตรคนพิการรายเก่า มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ โครงการสงเคราะห์คนพิการและไรท์ที่พึ่งให้ได้รับการช่วยเหลือ ทั้งด้านการเงินหรือสิ่งของที่อยู่อาศัยและห้องน้ำ

4) ด้านการเลี้ยงชีพ ส่งเสริมให้คนพิการเข้าถึงสิทธิด้านอาชีพ ร่วมกับมูลนิธินวัตกรรมทางสังคมและมูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาวะ (มสส.) เพื่อไปจับคู่กับสถานประกอบการ บริษัทเอกชนให้จ้างงานคนพิการหรือให้เงินมาประกอบอาชีพอิสระ

5) ด้านการเสริมพลัง สนับสนุนให้คนพิการที่ดูแลตนเองดีมีกิจกรรมให้กำลังใจคนพิการรายอื่น ๆ ให้กำลังใจกันและกัน ให้ความช่วยเหลือคนพิการประสานงานด้านต่าง ๆ

วิจารณ์

การจัดทำฐานข้อมูลที่บ่งบอกสมรรถนะ และสะท้อนความต้องการของคนพิการรายบุคคล สามารถนำมาวางแผนดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแบบเป็นองค์รวมได้ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่นได้พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลสมรรถนะคนพิการด้านต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งพื้นที่ และมีการจัดทำฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน สามารถนำข้อมูลที่ไปทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจนทำให้คนพิการได้รับบริการทุกมิติตามแนวคิด CBR^(4,11) ซึ่งเป็นการลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการ

คนพิการ มีอาชีพเลี้ยงดูตัวเองและครอบครัว มีภาคี-เครือข่ายที่ยั่งยืนและกัลยาณมิตรที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ ผู้เก็บข้อมูล ต้องมีความรู้และเข้าใจแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดีจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ฐานข้อมูล ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี่คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจาก ผู้นำชุมชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กร ภาครัฐ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลคนพิการ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลง ที่ตัวคนพิการและผู้ดูแล เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม กับพื้นที่ โดยยึดหลักการทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่าย อย่างมีคุณภาพ เพื่อช่วยเหลือและดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหวในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

สิ่งสำคัญในการพัฒนาฐานข้อมูลและได้ข้อมูลที่เป็นจริงควรเก็บข้อมูลโดยผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมแล้ว ควรไปสัมภาษณ์คนพิการที่บ้านเพื่อจะได้เห็นความสามารถของคนพิการในสภาพแวดล้อมจริง การเก็บข้อมูล อาจจะใช้แบบสอบถามในรูปแบบกระดาษ หรือใช้ เทคโนโลยีที่สะดวกต่อการเก็บและประมวลผลข้อมูล ควร พิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีการก่อนจะตัดสินใจใช้ วิธีใดวิธีหนึ่งในการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ ควรมีการวางแผน เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ในวางแผน ดูแลคนพิการด้วย

จากการดำเนินงานของนักวิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็นในเชิงนโยบายและในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1) ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่าง ชุมชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ หน่วยงานภาครัฐอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับแนวทางในการ แก้ไขปัญหาการดูแลคนพิการโดยใช้พลังความร่วมมือ ของทุกฝ่าย นับตั้งแต่วิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา การ วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา ติดตามและประเมิน ผลการดำเนินงาน ร่วมรับผิดชอบในผลการดำเนินงาน โดยให้มีการร่วมสรุปบทเรียนร่วมกัน นำไปสู่การพัฒนา เพื่อค้นแนวทางแก้ไขปัญหายั่งยืนต่อไป

1.2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม สามารถใช้เป็นรูปแบบในการ แก้ไขปัญหาและพัฒนาการดูแลคนพิการหรือผู้ด้อย โอกาสในกลุ่มอื่น ๆ ได้ โดยจะต้องทำความเข้าใจใน แนวคิดและเทคนิควิธีการมีส่วนร่วมและมีความเชื่อมั่น ในแนวคิดการมีส่วนร่วมคือ เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องได้เข้าร่วมในกระบวนการโดยทุกคนมีความ เสมอภาค มีความเป็นเจ้าของเกิดความภูมิใจในผลงานที่ ตนมีส่วนร่วม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จของงานสูง

1.3) ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาน บริการสาธารณสุขควรมีฐานข้อมูลคนพิการและฐาน- ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ มีการสำรวจ และวิเคราะห์ข้อมูล อย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นการเชื่อมข้อมูลในชุมชน เนื่องจาก ความต้องการและสิทธิคนพิการมีการเปลี่ยนแปลงไปตาม สถานการณ์ หรืออาจมีความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วย เพื่อทดแทนอุปกรณ์เดิม เช่น กายอุปกรณ์ที่คนพิการเคย ได้รับมาหลายสิบปี และเสื่อมสภาพไปแล้ว เป็นต้น

1.4) ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ซึ่งเป็นหน่วย งานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลคน พิการ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้และให้คำแนะนำ ที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม ที่จะ ดำเนินงานการดูแลคนพิการในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อเป็นการ ชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็น รูปธรรม

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาวต่อไป เพื่อดูความยั่งยืนของกิจกรรม และการมีส่วนร่วมของ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพคนพิการ

2.2) ควรนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วมไปใช้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของ กลุ่มคนในชุมชนหรือกลุ่มอื่น ๆ ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสถานบริการด้าน สาธารณสุข

2.3) ควรมีการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับคนพิการอย่าง

เป็นรูปธรรม เพื่อเป็นการวิเคราะห์ว่ากระบวนการที่ได้จัดทำขึ้นในการวิจัยนี้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคนพิการ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ได้อนุมัติโครงการและสนับสนุนงบประมาณ และขอขอบคุณ ผศ.ดร. พญ.ศิรินาถ ตงศิริ และนายชินวัฒน์ อนุพันธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานและการเขียนบทความ หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพสิรินธร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข คนพิการ และครอบครัว เจ้าหน้าที่ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย โชควิวัฒน์. การศึกษาว่าด้วยมิติทั้ง 4 ของสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2552;3(3);23-35.
2. ศิรินาถ ตงศิริ. การใช้บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health) ในการพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556;28(1);131-42.
3. ศิรินาถ ตงศิริ. แนวทางการนำฐานข้อมูลสมรรถนะของคนพิการไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556;7(1);99-113
4. องค์การอนามัยโลก. CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (community based rehabilitation). กรุงเทพมหานคร: พรีเมียมเอ็กซ์เพรส; 2556.
5. นริสา วงศ์พนารักษ์, ศิรินาถ ตงศิริ. การใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556;6(3);6-10.
6. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 61 ก. (ลงวันที่ 27 กันยายน 2550). กรุงเทพมหานคร: 2550.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
8. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2555-2559). กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิชย์; 2556.
9. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICE). Geneva: World Health Organization; 2001.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดำเนินงานภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปี 2555. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
11. World Health Organization. WHO Community-based Rehabilitation (CBR) guideline 2010 [online]. [cited 2013 Jan 1]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/jcbr/guidelines/en/index.html>

Abstract: Development Results of Integrated Disabilities Care by Using Disabled Persons Database CUP, Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province

Renu Phawadee, B.Sc. (Physical Therapy)

Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):467-77.

The objective of this study was to develop a set of functioning database of persons with disabilities (PWDs) in the community based on community-based rehabilitation principle in order to formulate and initiate rehabilitation plans and develop the care system for PWDs in the CBR network led by the Sirindhorn Khon Kaen Hospital. The author applied the participatory action research (PAR) method, beginning from briefing community leaders and those responsible for working with PWDs, organizing the training course on PWDs evaluation based on International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to analyze data and initiate holistic care plans for PWDs and the training course to caregiver, families and communities on caring for PWDs with total dependency. In addition, the method involved adjusting the facilities and encouraging PWDs to get access to educational and vocational rights as well as establishing a PWDs service prototypical center in each district to promote integrated coordination among community care teams to ensure the flow of operation. Implementation results: 2,369 persons were registered as PWDs, and 112 persons were totally dependent while 439 persons had some difficulties and needed assistances. The proportion of PWDs with walking difficulties was 44.93%, followed by 35.79% with memory loss, 34.64% with vision difficulties, and 37.56% with difficulties in getting up from floor. Moreover, 213 persons needed mobility assistive devices, 97 needed home environmental modifications, 14 needed prostheses, and 119 needed employments. CBR-based service plans included home visits and full healthcare services from family care teams, and supply of mobility devices and prostheses from the rehabilitation team at Sirindhorn Khon Kaen Hospital. After initiating the plans and the rehabilitation services with the network, it was discovered that 65 PWDs had been employed while 11 PWDs' homes received modifications with the financial support from local administrative organizations, and 8 PWDs community services centers were established. Conclusion: the database of functioning status and PWDs' needs are crucial for formulating PWDs rehabilitation plans. The database could be applied to initiate rehabilitation plans with involved organizations to ensure the delivery of full services to PWDs based on CBR, thus providing effective holistic care plans to help and care for PWDs in the community.

Keywords: international classification of functioning, disability and health (ICF); functioning database; persons with disabilities; community-based rehabilitation

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อม สู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์ ส.ม.*

รัชฎาวัลย์ โพธิ์ขันธุ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน)**

วาสนา ธัญญโชติ ป.ผู้ช่วยพยาบาล***

พรฤดี นิธิรัตน์ Ph.D (Health Beh & Edu)****

ปิ่นนเรศ กาศอุดม ป.ร.ด. (การศึกษาและพัฒนาสังคม)*****

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

*** โรงพยาบาลแหลมสิงห์

**** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

***** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

วันรับ:	10 ต.ค. 2562
วันแก้ไข:	17 ม.ค. 2563
วันตอบรับ:	31 ม.ค. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สำหรับผู้สูงอายุในอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี โดยรูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ที่พัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ตำบลพลี อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี (L-SA Model) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุตั้งแต่ 60-70 ปี จำนวน 30 คน และมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ ≥ 12 คือ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก และกำหนดให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินศักยภาพด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม (การมีงานทำ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน) และด้านความมั่นคงในชีวิต (การมีรายได้เพียงพอ และที่อยู่อาศัยมั่นคง) ก่อนและหลังการใช้ รูปแบบ L-SA Model วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และ Paired samples t-test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) มีอายุเฉลี่ย 64.7 ปี (SD 2.55) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.3) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 60.0) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.7) หลังการใช้รูปแบบ L-SA Model ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคงในชีวิต สูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ L-SA Model อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ จึงสรุปได้ว่ารูปแบบ L-SA Model มีประสิทธิผลดี และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุตอนต้นมีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ศักยภาพ; การส่งเสริมสุขภาพ; การเตรียมความพร้อม

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี พ.ศ. 2543 กล่าวคือ พบอัตราส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 17.1 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคอาเซียน การเติบโตของประชากรกลุ่มนี้มีทิศทางสูงขึ้นและจะทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 นอกจากนี้ยังคาดการณ์ได้ว่า ในปี พ.ศ. 2578 ประชากรผู้สูงอายุจะสูงถึงร้อยละ 30.0 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเท่ากับการเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society)⁽¹⁾ ผู้สูงอายุมีความต้องการทางด้านร่างกายที่จำเพาะกว่าวัยอื่น ๆ เพราะเป็นวัยที่ร่างกายมีความเสื่อมสูง จึงต้องได้รับการดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และการช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย ส่วนด้านจิตใจก็เป็นวัยที่ต้องการการประคับประคองทางอารมณ์และความรู้สึก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าคนรอบข้างไม่ให้ความสำคัญกับตนเองเหมือนเมื่อก่อน คุณค่าในตัวเองลดลงจนรู้สึกมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือมีภาวะซึมเศร้าได้ และความผิดปกติทางจิตใจในวัยสูงอายุอาจเนื่องจากความเสื่อมของสมองอีกด้วย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ รวมถึงต้องการความมั่นคงของรายได้ที่จะทำให้ใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและลดการพึ่งพาคนอื่น⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยพบอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 18.1 ในปี พ.ศ. 2554 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.3 ในปี พ.ศ. 2557 นอกจากนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 7.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.6 และร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2554 และ ปี พ.ศ. 2557 ตามลำดับ⁽³⁾ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น ในขณะที่อาจต้องอยู่ตาม-

ลำพัง จึงจำเป็นต้องมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ดังนั้น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยจึงเป็นความท้าทายของการสาธารณสุขที่จะต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้

จังหวัดจันทบุรี พ.ศ. 2558-2559 มีผู้สูงอายุร้อยละ 18.7 และ ร้อยละ 19.0 ตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุ 71,814 คน เป็นผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 58.6 ติดบ้านร้อยละ 39.5 และติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแล ร้อยละ 1.9

อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรีมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 คิดเป็นร้อยละ 19.0, 19.7 และ 20.9 ตามลำดับ ซึ่งปัจจุบันเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอแหลมสิงห์ ปี พ.ศ. 2559 พบผู้สูงอายุที่มีอายุ 90-99 ปี จำนวน 157 คน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไปจำนวน 4 คน ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 45.4 มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 21.6 และมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและขาดสารอาหารร้อยละ 4.2

ตำบลพลี๊วเป็นตำบลที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอแหลมสิงห์ โดยมีผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-70 ปี จำนวน 689 คน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.3 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.3 และเป็นทั้งสองโรค ร้อยละ 12.0 และจากการสัมภาษณ์ผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังพบว่า ผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-70 ปี ที่สุขภาพแข็งแรงยังคงช่วยครอบครัวประกอบอาชีพ ทำงานบ้าน หรือดูแลลูกหลาน แต่ยังมีขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนอกบ้าน ดังจะเห็นได้จากการที่ ชมรมผู้สูงอายุหลายแห่งในอำเภอแหลมสิงห์ยังไม่ผ่านการประเมินคุณภาพ เนื่องจากมีผู้สูงอายุเข้าร่วมน้อยและไม่สม่ำเสมอ ส่วนเรื่องความมั่นคงในชีวิต พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกหลาน โดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลจัดหาอาหารให้ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนเงินจากครอบครัว จึงมีรายได้ทางเดียวคือ จากเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่รัฐบาลสนับสนุนให้เท่านั้น

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่าที่อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัด

จันทบุรี มีโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสูงโดยสมบูรณ์แล้ว แต่ยังมีผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม และยังขาดความมั่นคงด้านรายได้ อำเภอกาแพงเมืองฟ้าเมืองชัยจึงควรมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุตอนต้นได้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยรูปแบบที่จะนำมาใช้ควรเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ที่เป็นอำเภอชายทะเล มีวิถีแบบชาวประมงร่วมกับการทำสวนผลไม้ และประชาชนมีความผูกพันทางสังคมสูง คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) ในอำเภอกาแพงเมืองฟ้าเมืองชัย จังหวัดจันทบุรี ขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้เสริม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (มีภาวะพลัดพลัง) พร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอดต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในอำเภอกาแพงเมืองฟ้าเมืองชัย จังหวัดจันทบุรี โดยมีสมมติฐานว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงในชีวิตสูงขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนหลัง (one group pretest posttest design) ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2561 แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ใช้เวลา 1 เดือน และระยะศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบใช้เวลา 4 เดือน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น อยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

1) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) เสนอว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้มาจากการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสิ่งของที่จับต้องได้ และด้านการประเมินคุณค่า⁽⁴⁾

2) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) เสนอว่าพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ได้โดยการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของคนอื่นหรือที่เรียกว่า “ตัวแบบ” (Model)⁽⁴⁾

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างพึ่งตนเองได้ ไม่อยู่นิ่งเฉยในการใช้ชีวิตประจำวัน มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้เข้าร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์กับสังคม มีความงอกงามทางปัญญา และมีความมั่นคงในยามชรา ซึ่งศักยภาพผู้สูงอายุ (active aging) ที่คาดหวัง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสุขภาพ (การประเมินสุขภาพกายของตนเอง สุขภาพจิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และการออกกำลังกาย)

2. ด้านการมีส่วนร่วม (การมีงานทำ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพในครัวเรือน)

3. ด้านความมั่นคงในชีวิต (ความเพียงพอของรายได้ การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย และสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในตำบลพลี อำเภอลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ซึ่งตำบลพลีเป็นตำบลที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอลแหลมสิงห์ โดยเลือกผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุตั้งแต่ 60-70 ปี จำนวน 30 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทาง central limit theorem⁽⁴⁾ ที่นำเสนอว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่พอที่จะทำให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติคือ อย่างน้อย 30 หน่วย คณะผู้วิจัยได้เลือกตัวอย่างโดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1) มีค่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ≥ 12 คือ ฟังตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้⁽⁶⁾

2) เป็นผู้สูงอายุที่มีญาติอาศัยอยู่ด้วยกัน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้ทุกครั้งได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) กำหนดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติทักษะ กิจกรรมสร้างคุณค่าแก่ตัวเอง และการทำจิตอาสา โดยกำหนดกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุตามลักษณะผู้สูงอายุที่มีพฤติพลั้งครอบคลุมองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การอยู่อย่างพึ่งตนเองได้ (being self-reliance) การไม่อยู่นิ่งเฉยในชีวิตประจำวัน (keeping busy in daily living) การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (maintaining healthy lifestyle) การเข้าร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์กับสังคม (being actively engaged with society) ความมั่งคั่งทางปัญญา (Growing Spiritual wisdom) และการจัดการให้มีความมั่นคงในยามชรา (Managing later life security)⁽⁷⁾

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 2 คน ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแบบตามคำแนะนำ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วิจัย ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล⁽⁵⁾ มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การแปลความหมายของคะแนน คำนึงถึงเหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

- ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
- ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน
- ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

2.2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ (หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ภาวะพลั้งครอบ) นำมาจากการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพลั้งครอบ⁽⁷⁾ ประกอบด้วย

- ด้านสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพกายของตนเอง สุขภาพจิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และการออกกำลังกาย

- ด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับการมีงานทำ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน และการดูแลบุคคลในครัวเรือน

- ด้านความมั่นคงในชีวิต จำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้ การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย และสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ เป็นผู้มีอายุ 60-70 ปี ในอำเภอแหลมสิงห์ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) เสร็จสมบูรณ์แล้ว คณะผู้วิจัยนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูล Pretest และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน เมื่อดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูล Posttest แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ CTIREC 054

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติ paired sample t-test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของศักยภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงในชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อ

เตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model)

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ จึงนำเสนอผลการศึกษาตามระยะของการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นได้ปรับแก้ไขรูปแบบตามข้อเสนอแนะทั้งสิ้น 3 ครั้ง ใช้เวลา 1 เดือน ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ดังตารางที่ 1

ระยะที่ 2 ระยะศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ

เมื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเสร็จสมบูรณ์แล้ว นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลา 4 เดือน พบผลการศึกษา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในตำบลพลี อำเภอลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60 - 65 ปี (ร้อยละ 66.7) มีค่าเฉลี่ยของอายุ 64.7 ปี (SD = 2.55) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 86.6) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 60.0) มีค่าเฉลี่ยรายได้อยู่ที่ 5,716.67 บาท (SD = 3,034.52) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 76.7) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.6)

การเปรียบเทียบศักยภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบ หลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพด้านสุขภาพด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงในชีวิต สูงกว่า

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

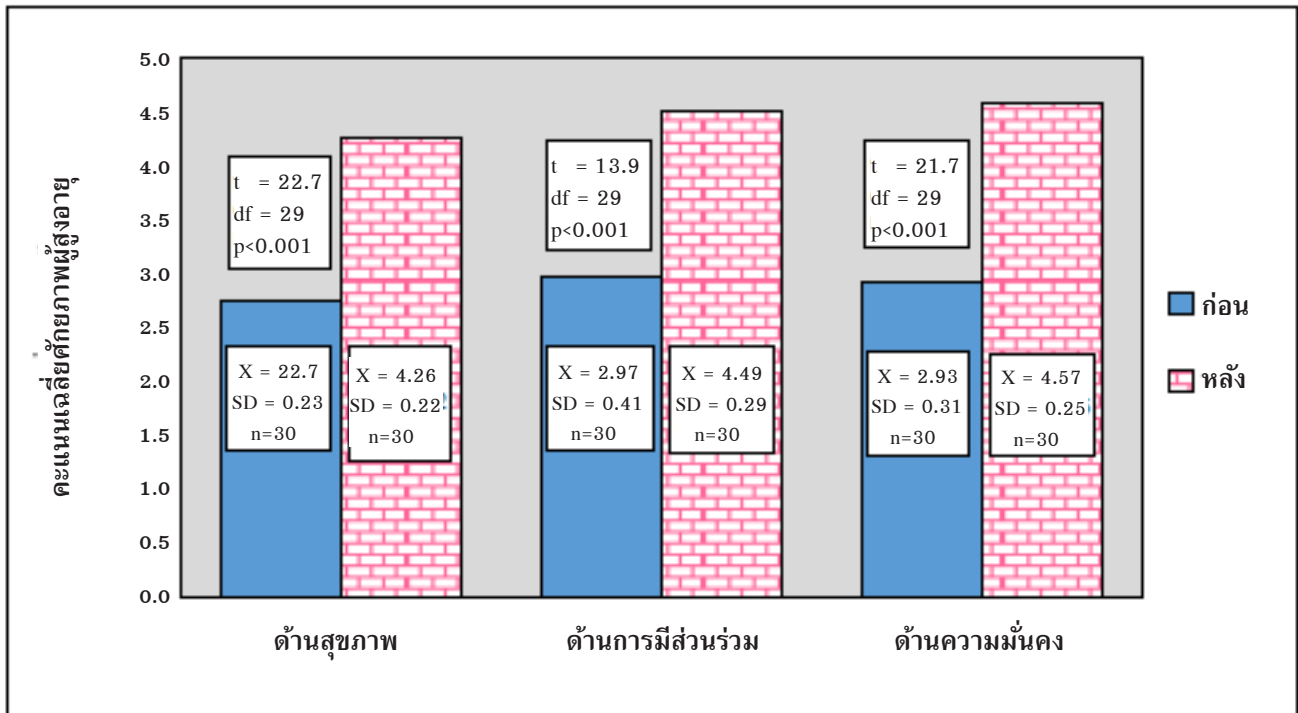
ตารางที่ 1 กิจกรรมการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

กิจกรรม ครั้งที่	เพื่อส่งเสริมศักยภาพ	รูปแบบ/แนวคิดสำคัญ	กิจกรรม
1	- ด้านสุขภาพ	ส่งเสริมการอยู่อย่างพึ่งตนเองได้ (being self-reliance) - การเรียนรู้การเคลื่อนไหว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระและปลอดภัยโดยไม่อ่อนล้า	- การวัดความดันโลหิต และทำแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย - การสร้างความคิดทางบวกต่อการมีสุขภาพดีและสร้างแรงบันดาลใจ - จัดการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างง่ายเพื่อป้องกันการหกล้ม
2	- ด้านสุขภาพ - ด้านการมีส่วนร่วม - ด้านความมั่นคง	ส่งเสริมไม่อยู่นิ่งเฉยในชีวิตประจำวัน - การดำเนินชีวิตแบบไม่นิ่งเฉยทางด้านร่างกายและความคิด	- ส่งเสริมให้ทำหน้าที่ในชมรมผู้สูงอายุ - การถ่ายทอดภูมิปัญญาชาวบ้านแก่สมาชิก - ส่งเสริมการทำงานอดิเรกในบ้าน เช่น การทำสวนผลไม้ การทำปุ๋ยใช้เอง เป็นต้น - การฝึกอาชีพเสริมตามความถนัด
3	- ด้านสุขภาพ	การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ - การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่เป็นการสร้างเสริมให้มีสุขภาพดีทำให้ร่างกายแข็งแรงไม่เป็นโรค ควบคุมโรคเรื้อรัง โรคประจำตัวให้มีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข	- กิจกรรมให้ความรู้เรื่องอาหารที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ - กิจกรรมให้ความรู้การใช้ยาอย่างถูกต้อง - กิจกรรมฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียดตามความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ (การกำหนดลมหายใจ การฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหว SKT และ จินตภาพบำบัด เป็นต้น) - กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงของระบบร่างกาย - กิจกรรมแลกเปลี่ยนการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านแพทย์-ทางเลือกและแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน
4	- ด้านสุขภาพ - ด้านการมีส่วนร่วม - ด้านความมั่นคง	การเข้าร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ต่อสังคม - การเข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง	- จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมประกอบด้วยฝึกการรำรำซึ้ง ฝึกการเดินบาสะโลบ และการทำดอกไม้จันทน์ - จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้าน ‘เพื่อนช่วยเพื่อนไม่ทิ้งกัน’ - การฝึกอาชีพเสริมตามความถนัด
5	- ด้านสุขภาพ - ด้านการมีส่วนร่วม	ส่งเสริมการออกกำลังกาย - การทำความดีมีสติ ยอมรับและการปล่อยวาง ศรัทธาและปฏิบัติตามหลักธรรมทางศาสนา	- การฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหว SKT - การฝึกการสั่งการโดยจินตภาพบำบัด - การใช้เสียงการสวดมนต์บำบัด - กิจกรรมการนำคุณประโยชน์ของบุคคลตัวอย่างมาจัดการสนทนาเพื่อเพิ่มคุณค่าตนเอง - กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดีและความภาคภูมิใจในอดีตของผู้สูงอายุ
6	- ด้านสุขภาพ - ด้านการมีส่วนร่วม - ด้านความมั่นคง	การจัดการให้มีความมั่นคงในยามชรา - การจัดการเตรียมการของผู้สูงอายุเพื่อหลักประกันคือความมั่นคงในชีวิตยามชรา ได้แก่ การจัดการด้านที่อยู่ อาศัย ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองเมื่อชรา สวัสดิการที่พึงได้รับ และการให้รางวัลเพื่อสร้างคุณค่า	- กิจกรรมแนะนำให้ความรู้เรื่องสิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุที่พึงได้รับ - การฝึกอาชีพเสริมตามความถนัด - การให้ความรู้และสร้างทีมงานในเทศบาลและชุมชนในการประยุกต์การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านที่พักอาศัยผู้สูงอายุที่ปลอดภัย - กิจกรรมให้รางวัลแก่ผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบสามารถดูแลตนเองได้ดีและเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนตำบลได้สม่ำเสมอ

ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <math> <math> <math> <math>

วิจารณ์
จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ภาพที่ 1 การเปรียบเทียบศักยภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงในชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ



ทำให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ <math> <math> <math> <math>

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นยังได้เรียนรู้เรื่องการใช้จ่ายและการแพทย์ทางเลือกเพื่อดูแลสุขภาพ ส่วนด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจโดยการฝึกการคิดบวก ฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างความสงบในจิตใจ ได้ทำกิจกรรม รวมถึงได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นความภูมิใจในชีวิต สิ่งเหล่านี้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพกายและจิตของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงพรรณนาที่พบว่า ยิ่งผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เพื่อนบ้าน และชุมชนมากขึ้น ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ดีขึ้น⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงทดลองอีกอย่างน้อย 3 เรื่องที่พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นฐาน ยืนยันผลใน

ทิศทางบอกว่า หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรม ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายแบบฤๅษีตัดตน มีความคาดหวังในความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายแบบฤๅษีตัดตนสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ ภายหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾

การที่ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมสูงขึ้น อาจเป็นเพราะ L-SA Model ได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งชมรมผู้สูงอายุได้จัดตั้งไว้แล้วในชุมชน แต่ไม่ค่อยมีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนั้นยังสอนทำงานอดิเรกในบ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในครอบครัวมากขึ้น ส่วนกิจกรรม ‘เพื่อนช่วยเพื่อนไม่ทิ้งกัน’ ทำให้ผู้สูงอายุได้ออกมาทำกิจกรรมร่วมกันในการดูแลเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาในกรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น ที่พบว่าปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุเกิดจากการที่ภาครัฐมีนโยบาย แผนงานและงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจน โดยส่งเสริมให้มีการจัดตั้งเป็นสมาคมผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ ที่จัดกิจกรรมหลากหลายให้เหมาะสมตามสภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงกิจกรรมตามความถนัดหรือความต้องการ และกิจกรรมจิตอาสา ทั้งนี้ครอบครัวมีความสำคัญในการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ⁽¹³⁾

การที่ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านความมั่นคงสูงขึ้น อาจเป็นเพราะ L-SA Model ได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้เรื่องสิทธิสวัสดิการที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ และการฝึกอาชีพเสริมตามความถนัด เพื่อให้มีโอกาสในการหารายได้เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากเงินสวัสดิการรายเดือนที่ได้รับจากรัฐบาล นอกจากนั้นยังได้ประสานกับทีมงานของเทศบาล และชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงด้าน

รายได้ และด้านที่อยู่อาศัยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านสุขภาพ ครอบครัว ที่อยู่อาศัย/สิ่งแวดล้อมและสังคม มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ⁽¹⁴⁾

นอกจากนี้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพยังได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมมาออกแบบกิจกรรม โดยทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมในสังคม และการอยู่อย่างมีความมั่นคงในชีวิต รวมถึงส่งเสริมการรับรู้ว่าตนเองสามารถสร้างศักยภาพเหล่านั้นได้อีกทั้งยังกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ผ่านบุคคลต้นแบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมของผู้สูงอายุต้นแบบ ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดูแลตนเองให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาเพื่อส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่ทำให้นักเรียนเห็นประโยชน์ของการรับประทานผักและผลไม้ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานผักและผลไม้ หลังจากเด็กนักเรียนได้ร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ พบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักและผลไม้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคผักและผลไม้ และความคาดหวังในผลดีของการบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาการปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เน้นการเรียนรู้โดยการสังเกต การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาล FBS เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁶⁾

เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม⁽¹⁷⁾ ที่สนับสนุนความสำเร็จของ L-SA model ในการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ในด้านปัจจัยนำ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จึงมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้โปรแกรมยังมีการให้ความรู้และการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ จึงส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านปัจจัยเอื้อ มีการสนับสนุนทรัพยากรในการจัดกิจกรรม รวมถึงมีการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย เป็นต้น จึงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือมีศักยภาพได้อย่างต่อเนื่อง และด้านปัจจัยเสริม โปรแกรมจัดให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนวัยเดียวกัน ได้ช่วยเหลือกัน นอกจากนี้ยังให้รางวัลแก่ผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบสามารถดูแลตนเองได้ดีและเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้สม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงเป็นผู้ที่มีศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในท้องถิ่น ควรพิจารณานำ L-SA Model เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้
2. ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) ไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุตอนต้น โดยควรจัดกิจกรรมที่มีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จัดกิจกรรมให้ครอบคลุมการให้ความรู้ และการเพิ่มทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุและการทำจิตอาสา และการสร้างโอกาสในการเพิ่มรายได้ให้ผู้สูงอายุ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ควรทำการศึกษาประสิทธิภาพของ L-SA Model อีกครั้ง โดยให้มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันผลการศึกษาที่พบ

เอกสารอ้างอิง

1. สุรพงษ์ มาลี. รู้จักสังคมสูงอายุและสถานการณ์ผู้สูงอายุ (ในประเทศไทย). วารสารข้าราชการ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2561]; 4: 5. แหล่งข้อมูล: <https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc-2561-y60b04.pdf>
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การเปลี่ยนแปลงและเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/topic003.php>
3. นางสมฤทัย บุญสุธากุล. ฐานข้อมูลทางวิชาการ ด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.senate.go.th/assets/portals/28/fileups/146/files/ฐานข้อมูลทางวิชาการ.pdf>
4. ลินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี. ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับสรุปสาระสำคัญ). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
5. Glen ฌ. Large enough sample condition [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 20]. Available from: <https://www.statisticshowto.datasciencecentral.com/large-enough-sample-condition/>
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
7. World Health Organization. Active aging, a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging, Madrid, Spain [Internet]. 2002 [cited 2017 Dec 10].

- Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=4B225534E05C48D7BF7BA169E-2297C07?sequence=1
8. ทนศักดิ์ ยิ่งรัตน์สุข, ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกุล, ปณิตา วรรณพิรุณ. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพลัดพลัง [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/278851>
 9. เสาวนิจ นิจอรรถชัย, มาลี สันติศิริศักดิ์. การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารกองการพยาบาล 2553; 37(2):64-76.
 10. พรพิมล เพ็ชรบุรี. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย-ธรรมศาสตร์; 2559. 163 หน้า.
 11. ศิริพร สนิทนิตย์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตน ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยการใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557;29(3):304-10 .
 12. เสาวนีย์ ชนะพาล. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง
 - ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558. 215 หน้า.
 13. วรณิษฐ์ โชคนิธิรัตน์. ปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ ประเทศญี่ปุ่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.western.ac.th/images/NurseW/RESEARCHPROJECT/2559/elder03.pdf>
 14. กาญจนา ปัญญาธร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556;22(2):24-36.
 15. วราภรณ์ ยิ่งเยี่ยมม, พัชราณี ภาวัตกุล, มันทนา ประทีปะเสน, นิรัตน์ อิมามี. การส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2556;43(2):126-37.
 16. พาขวัญ บุญประสานม, เตชา ทำดี, อัญชลี ฉลาดธัญญกิจ, อุทัยวรรณ ทิรัญศุภโชติม, สุภักดิ์ สีธูป. ผลของการปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญา สังคมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลห้วย-คต จังหวัดอุทัยธานี. พยาบาลสาร 2557;41(5):35-47.
 17. Green LW, Kreuter W. Health Promotion Planning: An education and ecological approach. 4th ed. Toronto: Mayfield Publishing; 2005.

Abstract: Laemsing Smart Ageing Model (L-SA Model): Preparedness for Active Aging in Laemsing District, Chanthaburi

Pichet Punyasit, M.P.H.*; Rassadawan Potikhan M.S.(community Psychology); Wasana Tanyachot Cert. For PN.***; Pornruedee Nitirat Ph.D (Health Beh & Edu)****; Pinnarate Gadudom Ph.D. (Education and Social Development)*******

** Laemsing District Public Health Office; ** Chanthaburi Provincial Public Health Office; *** Laemsing Hospital; **** Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima Phare Province; ***** Boromara-jonani College of Nursing, Phare Province, Thailand*

Journal of Health Science 2020;29(3):478-88.

This quasi-experimental study aimed to create a health promotion model called “Laemsing Smart Ageing Model” (L-SA Model) to help older adults become active aging. The model consisted of 6 dimensions of health promotion activities that were designed in concern of the community context. The samples were 30 older adults aged 60–70 years old who had Barthel Index for Activities of Daily Living (ADL) at least 12 and could complete all activities in the model. The samples were selected based on the inclusion criteria to participate in the L-SA Model for six times in 4 months. Active aging competencies in health, social participation (having a job and involving in family and social activities), and healthy and secure living (sufficient income and secure accommodation) were measured before and after implementing the model. Data were analyzed with statistics including number, percentage, mean, standard deviation, and paired samples t-test. The results revealed that most samples were females (76.7%), married (63.3%), had an average age of 64.7 (SD=2.55), education level of grade 6th (86.7%), an average income of 5,716.67 baht (SD=3,034.52), and lived with hypertension (46.68%). After implementing the L-SA Model, samples’ competencies in health, social participation, and healthy and secure living were significantly higher than those before implementing the L-SA Model (p-value<0.001). Therefore, the L-SA Model should be taken into consideration to prepare younger aging persons to be active aging in the future.

Keywords: older adults; active aging; health promotion; preparedness

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ภัครินทร์ ชิดดี พย.ม.

สุจริต ทুমจันทร์ พย.ม.

เพชรศรี สารรัตน์ พย.บ.

อัครา พิลาทอง พย.ม.

พิสมัย ทิพย์วารี พย.บ.

ดารารพร สิงห์ทอง วท.ม.

โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

วันรับ:	17 ธ.ค. 2560
วันแก้ไข:	22 ต.ค. 2562
วันตอบรับ:	6 พ.ย. 2562

บทคัดย่อ การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยใช้กรอบแนวคิด chronic care model เป็นแนวทางในการวิจัย ระยะเวลาในการศึกษา 1 ตุลาคม 2558-31 มีนาคม 2560 ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยบุคลากรในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลอำนาจเจริญ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง เจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ ผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบ และญาติ รวมทั้งหมด 101 คน ประเมินผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สถิติที่ใช้คือสถิติเชิงพรรณนาในการบรรยายผลการดำเนินงานที่เป็นผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สถิติร้อยละ ผลการศึกษา เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลอำนาจเจริญและเครือข่ายที่ชัดเจน มีจัดทำแนวทางการดำเนินงานที่เห็นการทำงานเชื่อมกันกับเครือข่ายจิตเวช เมื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังดำเนินงาน 6 เดือน พบว่ามีระดับคะแนนที่ดีขึ้นจาก 2.56 เป็น 9.54 คิดเป็นร้อยละ 73.16 หมายถึงมีการสนับสนุนดีมากต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมิน brief psychiatric rating scale พบว่าผลรวมของค่าคะแนนลดลงทุกคนหมายถึง มีอาการทางจิตดีขึ้นทุกคน และจากการประเมินญาติโดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยพบว่า การเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดลง และญาติหรือผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยพบว่าร้อยละของการขาดนัดลดลงเป็นร้อยละ 8.40 และร้อยละของผู้ป่วยขาดยาลดลงเป็นร้อยละ 5.30 ในการศึกษาครั้งนี้อาจมีปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยไม่ได้ควบคุมคือ ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน และควรมีการประเมินต่อเนื่องทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

คำสำคัญ: โรคจิตเวช; รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง; การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงเป็นโรคเรื้อรังที่โดยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่⁽¹⁾ การรักษายาวนานมากขึ้น อาจมีความพิการ โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยโรคจิตมีอาการเสื่อมในด้านต่างๆ ไปเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ป่วย เช่น เสื่อมด้านบุคลิกภาพ ด้านการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตมิใช่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลไปยังญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคมได้ จากการจัดอันดับการสูญเสีย ปี-สุขภาวะที่สูญเสีย (disability-adjusted life year: DALY) ปี พ.ศ.2556 และปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการมีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (year of life lost due to disability: YLD) ปี พ.ศ.2556 พบว่าปัญหาสุขภาพจิตก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะในลำดับต้นๆ⁽²⁾

โรงพยาบาลอำนาจเจริญเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 330 เตียง จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ 3 ปีซ้อนหลังพบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้น คือในปี 2557-2559 มีผู้ป่วยที่มารับบริการ 176, 194 และ 204 คนตามลำดับ ในปี 2559 พบว่า ผู้ป่วยมารับบริการแยกเป็นกลุ่มโรคเรียงลำดับจากโรคที่พบมากที่สุดไปถึ้น้อยที่สุดดังนี้ โรคจิตเภท (schizophrenia) 84 คน โรคจิต (psychosis) 58 คน โรควิตกกังวล (anxiety) 27 คน โรคซึมเศร้า (depress) 23 คน อื่นๆ 12 คน และพบปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ขาดนัด 42 คน คิดเป็นร้อยละ 20.58 ขาดยา 21 คน (ร้อยละ 10.29) กลับเข้ารับการรักษาภายใน 28 วันหลังจาก discharge 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.47 และมี 1 คนถูกล่ามโซ่ในพื้นที่

โรงพยาบาลอำนาจเจริญได้มีการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการในคลินิกสุขภาพจิตตามเกณฑ์การประเมิน 5 ด้านของกรมสุขภาพจิต แต่ปัญหายังคงอยู่เนื่องจากการพัฒนาตามเกณฑ์การประเมินนั้นยังไม่ได้แก้ปัญหาที่ตัวผู้ป่วยโดยตรงแต่เป็นการเน้นพัฒนาสถานบริการ ดังนั้นโรงพยาบาลอำนาจเจริญในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตจังหวัดอำนาจเจริญ จึงมีความตั้งใจที่จะพัฒนาระบบ

การบริการผู้ป่วยจิตเวชภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัด คือไม่มีจิตแพทย์ มีพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง 1 คน พยาบาลปริญญาโทจิตเวช 2 คน พยาบาลเฉพาะทาง 2 คน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 คน โดยใช้กรอบแนวคิดของ chronic care model ที่พัฒนาโดย MacColl Institute for Healthcare Innovation⁽³⁾ โดยปัทมา โกมทุบุตร และกฤษฏี ทองบรรจบ ได้นำเสนอรูปแบบการจัดระบบดูแลโรคเรื้อรังซึ่งปรับจากการดูแลสุขภาพในระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเข้าถึงประชากรและเน้นการป้องกันมากขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีการปรับกระบวนการใหม่ของการจัดการโรคเรื้อรังที่มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชให้ได้มาตรฐานซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁴⁾ ทีมวิจัยจึงได้ทำการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา (research and development) ระยะเวลาดำเนินการ เดือนตุลาคม 2558 - มีนาคม 2560 ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในการวิจัย คือ chronic care model ที่พัฒนาขึ้นโดย MacColl Institute for Healthcare Innovation⁽³⁾ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยบุคลากรในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะทาง 5 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน อายุรแพทย์ 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมือง 23 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ 2 คน ผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบ และญาติจำนวนรวม 69 คน รวมทั้งหมด 101 คน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากผู้บริหารศึกษาและได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลอำนาจเจริญแล้ว

สถิติที่ใช้ ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการบรรยายผลการดำเนินงานที่เป็นผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้สถิติร้อยละ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Assessment of Chronic Illness Care, version 3.5 ฉบับภาษาไทย⁽⁴⁾ ซึ่งมีการประเมิน 7 หัวข้อคือ (1) การจัดระบบบริการสุขภาพ (2) การประสานงานกับชุมชน (3) ระดับปฏิบัติการ (4) การสนับสนุนการตัดสินใจ (5) การออกแบบระบบบริการสุขภาพ (6) ระบบเวชระเบียน และ (7) การบูรณาการ องค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ACIC ได้มีการกำหนดค่าคะแนนสูงสุดไว้ที่ 11 และแต่ละข้อได้แบ่งคะแนนย่อยให้ลดหลั่นกันไปตั้งแต่ 0 ถึง 11 คะแนน 0 หมายถึงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรัง คะแนน 11 หมายถึงมีการดูแลสนับสนุนโรคเรื้อรังอย่างเต็มที่มีความหมายของช่วงคะแนนมีดังนี้

- 0 ถึง 2 = มีการสนับสนุนน้อยหรือจำกัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 3 ถึง 5 = มีการสนับสนุนปานกลางต่อการดูแลโรคเรื้อรัง
- 6 ถึง 8 = มีการสนับสนุนต่อการดูแลโรคเรื้อรัง
- 9 ถึง 11 = มีการสนับสนุนดีมากต่อการดูแลโรคเรื้อรัง

2. แบบประเมินอาการทางจิต brief psychiatric rating scale (BPRS)⁽⁵⁾ ใช้ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนและหลังดำเนินการเป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก (อาการทางบวกและอาการทางลบ) ซึ่งผู้ศึกษานำมาใช้เป็นแบบประเมินในการคัดผู้ป่วยเข้ามารับการศึกษามีค่าคะแนน BPRS อยู่ระหว่าง 18-36 คะแนน รวมถึงประเมินหลังจากฝึกเสร็จ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ somatic concern, anxiety, emotional withdrawal, conceptual disorganization, guilt feeling, tension, mannerism's posturing, grandiosity, depressive thought content, blunted affect, excitement และ disorientation มีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คือ

- 1 = ไม่มีอาการ
- 2 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง
- 3 = มีอาการเล็กน้อย

- 4 = อาการปานกลาง
- 5 = อาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 = อาการรุนแรง
- 7 = อาการรุนแรงมาก

มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.62-0.87 คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน โดยถ้ามีคะแนนมากกว่า 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตรุนแรงมาก

3. แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของนพรัตน์ไชยธานี⁽⁵⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแลโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือภาระเชิงปรนัย (objective burden) และภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) ใช้ประเมินญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนร่วมกิจกรรมและหลังจากร่วมกิจกรรม 1 เดือน

- 4. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- ขั้นตอนในการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ

1) การศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนบริบทร่วมกันคือบุคลากรในโรงพยาบาลอำนาจเจริญและบุคลากรจากรพ.สต. ทั้ง 23 แห่งในเขตอำเภอเมือง พบปัญหาคือ ยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันที่ชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลอำนาจเจริญและรพ.สต. และภายในโรงพยาบาลอำนาจเจริญยังมีช่องว่างขาดการทำงานที่เชื่อมโยงกันในแต่ละจุดบริการ ระบบข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละพื้นที่ยังไม่สะดวกในการใช้งานทั้งในทะเบียน และโปรแกรม Hos Xp ระบบการติดตามผู้ป่วยในชุมชนยังไม่ชัดเจน

2) การออกแบบการดำเนินงานตามกระบวนการ chronic care model 6 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) โดยจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มญาติระหว่างรอตรวจ โดยในกลุ่มผู้ป่วยจะประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบสามารถ เข้ากลุ่มได้ เน้นความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น (knowledge) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivation) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (self

efficacy) พุดคุยเรื่องปัญหาที่พบ และร่วมกันคิดแก้ไข ปัญหา

2.2) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) โดยยึดหลักการประเมิน 5 ด้านของกรมสุขภาพจิต (คน.สถานที่ ระบบบริการ ระบบยา และระบบการส่งต่อ)

2.3) Decision support ประชุมวิชาการบุคลากรในโรงพยาบาลอำนาจเจริญและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงาน (clinical practice guideline - CPG) ทำให้เกิดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันที่ชัดเจน

2.4) Clinical information system มีการร่วมกันพัฒนาระบบฐานข้อมูลทั้งในระบบ Hos Xp และทะเบียนผู้ป่วย

2.5) Community resource linkages คือ ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หน่วยงานท้องถิ่น เพื่อการดำเนินงานที่เชื่อมต่อกันในพื้นที่

2.6) Health system organization คือแนวทางที่ครอบคลุมและชี้้นำการปฏิบัติงาน ภายในองค์กรโดยรวม คือ นโยบาย แผนงานโครงการ การจัดสรรเรื่อง เงิน คน ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เชื่อมโยงกัน สนับสนุนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วย

3) การทดลองใช้ การใช้ตามกรอบแนวคิด chronic care model ทั้ง 6 องค์ประกอบในโรงพยาบาล

4) การประเมินผล แสดงผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สรุปท้ายสุดอะไรที่ทำได้ดี

ผลการศึกษา

ก่อนดำเนินการพบว่า บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ มีคลินิกสุขภาพจิตที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย-ใน ที่อาการไม่รุนแรง หากรุนแรงอายุรแพทย์จะส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

จังหวัดอุบลราชธานี ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั้งในเขตตำบลบึง และในเขตจังหวัดอำนาจเจริญ มีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี เฉลี่ยวันละ 35 คน นโยบายการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญได้มีการพัฒนาระบบบริการในคลินิกสุขภาพจิตโดยใช้แบบ-ประเมิน 5 ด้านกรมสุขภาพจิตดังนี้

1) ด้านคน มีการทำงานแบบสหวิชาชีพ แพทย์ที่ได้รับบริการอบรมเฉพาะทางจิตเวช พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 3 คน ปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน เกสซ์เฉพาะทางจิตเวช 1 คน

2) สถานที่ มีคลินิกแยกให้บริการชัดเจน บริการทุกวัน จันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-12.00น. ผู้ป่วยขาดนัด ทุกวันพุธเวลา 08.00-12.00น. มีห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วนรวมทั้งมีมุมคลายเครียดประกอบด้วยเก้าอี้นวดคลายเครียด เข็มซีความสุข หนังสือธรรมะ แผ่นพับความรู้เรื่องที่น่าสนใจต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพจิต

3) ระบบบริการ มีการตรวจรักษา และกระบวนการให้คำปรึกษาตามมาตรฐาน ช่วงบ่ายวันอังคารมีการวางแผนติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช หรือในวันอื่นๆ ที่มีความจำเป็นต้องออกเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ในการเยี่ยมบ้านจะเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ

4) ระบบยา มีเกสซ์กรที่จบเฉพาะทางจิตเวชมาให้บริการที่คลินิกสุขภาพจิต เป็นการบริการแบบ One stop service มีการให้คำแนะนำเรื่องยารวมถึงการบันทึกการให้ยาเฉพาะราย การติดตามประเมิน ADR และอาการสำคัญที่บ่งบอกถึงอันตรายจากการใช้ยาในกลุ่มเสี่ยง

5) ระบบการส่งต่อ มีการพัฒนาระบบการส่งต่อทั้งสองทาง จากรพ.สต.กับโรงพยาบาลอำนาจเจริญ และโรงพยาบาลอำนาจเจริญกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแต่ยังพบปัญหาเดิม ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงทำให้ทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันพัฒนานำมาสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

จิตเวช ประกอบด้วย

1) การวิเคราะห์ปัญหาโดยการประเมินปัจจัยนำเข้า และกระบวนการให้บริการพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการมีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดนัด ขาดยา อาการกำเริบมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย บางคนคิดว่าอาการดีขึ้นก็ให้หยุดยาเอง และมีหลายคนที่ลดยาเองทำให้มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ญาติมีความรู้สึกรู้ว่าเป็นภาระต่อการดูแล หลายๆ ชุมชนรังเกียจผู้ป่วยจิตเวช ไม่ยอมรับ และในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะยาวนั้น ชุมชนถือว่ามีความสำคัญมาก หลายชุมชนยังไม่มีแนวทาง หรือโครงการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนต่างๆ ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากและบางคนมีอาการกำเริบส่งผลกระทบต่อคนในชุมชน ระบบการให้บริการในโรงพยาบาลอำนาจเจริญยังมีส่วนที่ต้องปรับปรุงคือเรื่องของระบบข้อมูลทั้งในโปรแกรม Hos Xp และในทะเบียนยังไม่เป็นปัจจุบันและไม่สะดวกในการนำข้อมูลมาใช้ และขาดการประสานงานเรื่องข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลอำนาจเจริญและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และข้อมูลจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

2) การวางแผนพัฒนา มีการวางแผนร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ กำหนดการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู มีการดูแลต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

3) การพัฒนา ประกอบด้วย ดำเนินงานตามกระบวนการ chronic care model 6 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) มีกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มญาติระหว่างรอ

3.2) การออกแบบระบบบริการ(delivery system design) โดยยึดหลักการประเมิน 5 ด้านของกรมสุขภาพจิต

3.3) decision supportประชุมวิชาการบุคลากรใน

โรงพยาบาลอำนาจเจริญและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงาน(CPG) ทำให้เกิดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันที่ชัดเจน

3.4) Clinical information system มีการร่วมกันพัฒนาระบบฐานข้อมูลทั้งในระบบ Hos Xp และทะเบียนผู้ป่วย

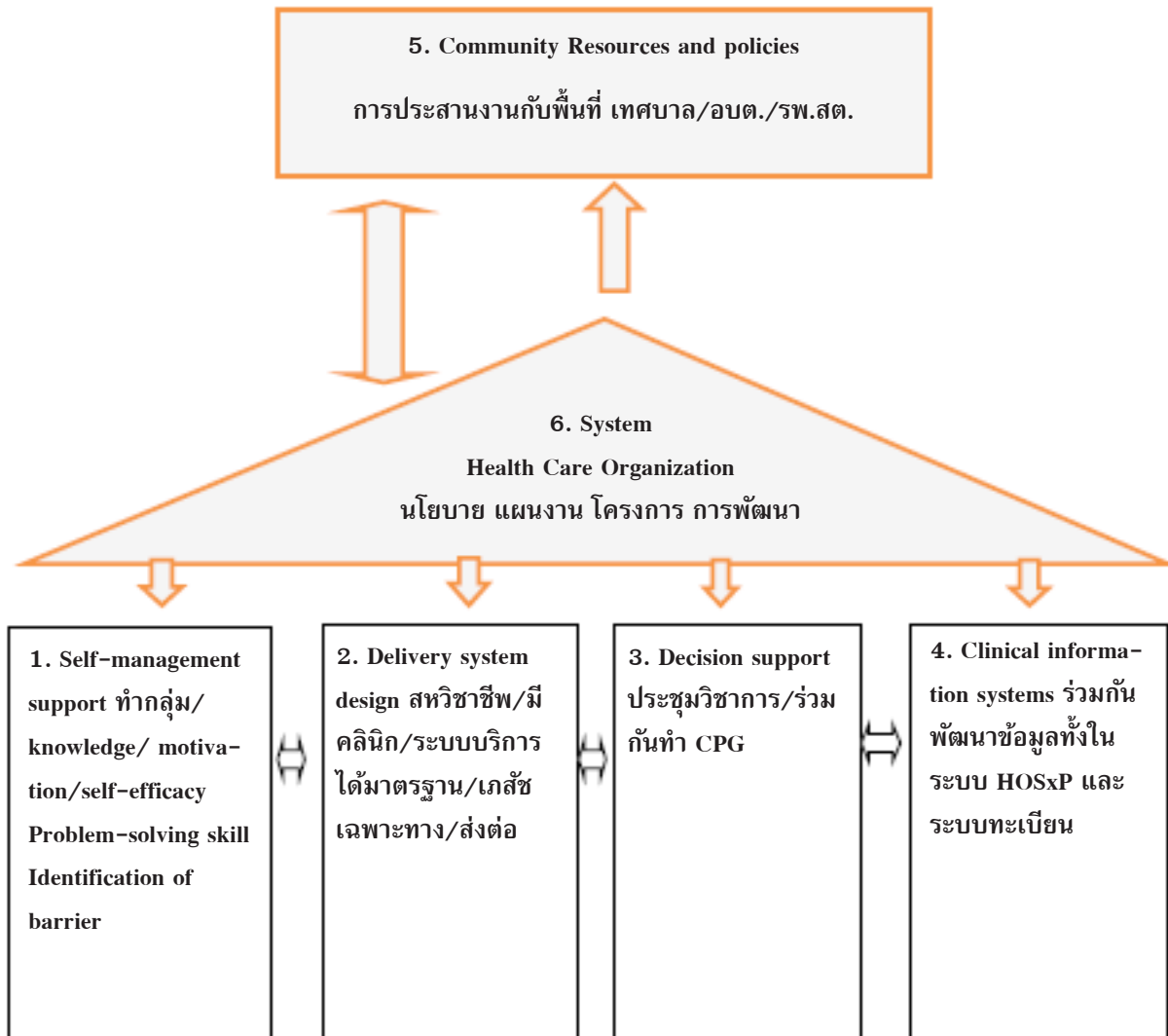
3.5) Community resource Linkages ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ มีโครงการเพื่อส่งเสริมและแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

3.6) Health system organization โรงพยาบาลมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และมีแผนงานโครงการเพื่อแก้ปัญหาและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ครอบคลุม

4) การประเมินผลลัพธ์ คือได้รูปแบบการดำเนินงานแบบใหม่ ดังแสดงในภาพแสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลอำนาจเจริญ (ภาพที่ 1)

เมื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Assessment of Chronic Illness Care version 3.5 ฉบับภาษาไทย หลังดำเนินงาน 6 เดือน พบว่ามีระดับคะแนนที่ดีขึ้นจาก 2.56 เป็น 9.54 คิดเป็นร้อยละ 73.16 หมายถึงมีการสนับสนุนดีมากต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมิน BPRS พบว่าผลรวมของค่าคะแนนลดลงทุกคนหมายถึง มีอาการทางจิตดีขึ้นทุกคน จากการประเมินญาติโดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยพบว่า ภาวะข้อมูลเชิงปรนัย(objective burden) การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต 5 ด้านที่มีผลจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย มีคะแนนที่ลดลงทุกคน หมายถึงการเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดลง และภาวะเชิงอัตนัย(subjective burden) ความรู้สึกและทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย มีคะแนนลดลงทุกคน หมายถึง ญาติหรือผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยพบว่าร้อยละของการขาดนัดลดลงเป็นร้อยละ 8.40 และร้อยละของผู้ป่วยขาดยาลดลงเป็นร้อยละ 5.30

ภาพที่ 1 ระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลอำนาจเจริญ



วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คือ ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ซึ่งเป็นรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการดำเนินงาน (working model) ที่ดีมีระบบงาน/วิธีการที่เหมาะสมกับพื้นที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญที่มีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรและภาระงานที่มาก เนื่องจากได้พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือร่วมใจของผู้เกี่ยวข้อง มีการทำงานเป็นทีมอย่างจริงจัง สามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัด สอดคล้องกับแนวคิดเชิงปฏิบัติการ เพื่อการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างและ

พัฒนารูปแบบจากปฏิบัติงานทุกระดับตั้งแต่ระดับต้นโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรวิทยา ราชบัญญัติษฐ์⁽⁷⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นอกจากบุคลากรสาธารณสุข จะต้องได้รับการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วมดูแลเช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น การเปิดโอกาสให้ชุมชนรับรู้สถานการณ์

ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการคิดค้นวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกัน เมื่อได้รับความร่วมมือจะทำให้เกิดพลังชุมชน

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้กรอบแนวคิด chronic care model ซึ่งเป็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้และทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลอำนาจเจริญพบว่าร้อยละของการขาดนัดลดลงเป็นร้อยละ 8.40 และร้อยละของผู้ป่วยขาดนัดลงเป็นร้อยละ 5.30 สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิทยา ราชบัญญัติชัย⁽⁷⁾ พบว่าร้อยละของการขาดนัดก่อนและหลังดำเนินการคิดเป็นร้อยละ 20.60 และ 8.46 ตามลำดับ ร้อยละของการกำเริบของโรค ก่อนและหลังดำเนินการคิดเป็นร้อยละ 8.24 และ 0.77 ตามลำดับ และหลังดำเนินการไม่มีผู้ป่วยถูกล่ามขังในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาางานจิตเวชในทุกกระดับมีความสำคัญเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกันนำมาสู่การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกันโดยใช้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด chronic care model ครอบคลุม 6 องค์ประกอบและประเมินผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้อาจมีปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยไม่ได้ควบคุมคือ ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน และควรมีการประเมินต่อเนื่องทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ร่วมกระบวนการพัฒนาางานรวมทั้งภาคีเครือข่ายงานสุขภาพจิต และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร.ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558
2. สำนักงานพัฒนาโยบายระหว่างประเทศ.รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2556. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์; 2558.
3. MacColl Institute for Health Care Innovation. Chronic Care Model [Internet]. [cited 2017 Feb 14]. Available from: <http://www.improvingchroniccare.org//index.php>
4. ปัทมา โกมทุบุตร, กฤษฏี ทองบรรจบ. เอกสารประกอบการเรียนรู้ Chronic Care Model [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551 [สืบค้นเมื่อ 14 ก.พ. 2560]. แหล่งข้อมูล: www.med.cmu.ac.th/dept/commed
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
6. สมชาติ โตรักษา. การบริหารโรงพยาบาลและการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. เอกสารวิชาการสมคมนักบริหารโรงพยาบาลประเทศไทยชุดที่ 12. กรุงเทพมหานคร: พี. เอ็น. การพิมพ์; 2544.
7. วรวิทยา ราชบัญญัติชัย. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม. วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตวันออกเฉียงเหนือ 2556;31(3):48-56.

Abstract: Development of Care Model for Psychiatric Patients at Amnatcharoen Hospital, Ubol Ratchathani Province, Thailand

Phakarin Chitdee, M.N.S.; Sujarit Tumjan, M.S.; Petsri Sararath, B.N.S.; Auchara Pilathong, M.N.S.; Pissamai Tipvaree, B.N.S.; Daraporn Singthong, B.S.

Amnatcharoen Hospital, Amnatcharoen Province, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):489-96.

The objective of this study was to develop a care model for psychiatric patients at Amnatcharoen Hospital using the Chronic Care Model framework. The duration of study was from October 2015 to March 2017. The study participants were personnel in mental health clinic at Amnatcharoen Hospital, a clinical psychologist, an internist, staff at health promoting hospitals in Muang District, staffs from health center, psychiatric patients and their relatives. The total number of participants were 101. The operation was assessed quantitatively and qualitatively. The study used descriptive statistics to explain the results of qualitative operation. Percentage statistic measured Work load of patient care was measure by using percentage. In the process, a model of psychiatric pateint care network was clearly stablished; and a clinical practice guideline was developed. After 6 months of operation, the graded prognosis score (GPA) had improved (from 2.556 to 9.54) which implied that the patients had better mental health. The caring load of relatives was alos found to be reduced; and better attitude was also observed. The qualitative assessment revealed that the percentage of missing appointment reduced to 8.40%; and the percentage of lacking of medicine reduced to 5.30%. The study had a limitation as there was an uncontrollable factor affecting psychiatric patients' symptoms due to the difference in medicines for treating each psychiatric patient. Continued evaluation of the model was recommended every 3 months, 6 months and 1 year.

Keywords: psychiatric disorder; chronic care model; care of psychiatric patients

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

สมเกียรติ พยุหเสนารักษ์ พ.บ.

โสพิศ ปุรินทรภิบาล พย.บ., ส.ม.

โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	11 มิ.ย. 2562
วันแก้ไข:	16 ก.ย. 2562
วันตอบรับ:	26 ก.ย. 2562

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุม และแก้ไขปัญหาการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย รวมถึงนำไปวางแผนพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กต่อไป การศึกษาครั้งนี้ ได้รวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์กับโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง และคลอดใน ปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 422 คน โดยศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยข้อมูลเบื้องต้นของมารดา ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ประวัติการแท้ง การคลอดบุตรและโรคประจำตัว ปัจจัยด้านการดูแลขณะตั้งครรภ์ เช่น อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนคลอด โรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ขณะคลอด เป็นต้น และตัวแปรตาม ได้แก่ น้ำหนักของทารกแรกเกิด ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 19.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง นับถือศาสนาพุทธ อยู่กินกับสามีร้อยละ 97.8 เป็นการคลอดบุตรครั้งแรก ร้อยละ 36.3 มีประวัติการแท้งร้อยละ 10.8 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคไทรอยด์เป็นพิษ ร้อยละ 0.9 รองลงมาคือโรคโลหิตจาง ร้อยละ 0.4 การฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 39.0 น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัมร้อยละ 7.6 ฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 87.4 ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนคลอดต่ำกว่า 33% ร้อยละ 42.2 ทุกรายไม่มีโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ขณะคลอดต่ำกว่า 36 สัปดาห์ ร้อยละ 9.0 น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม ร้อยละ 35.4 อัตราอุบัติการณ์การเกิดทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม ($p=0.001$, Odds ratio=23.603, 95%CI=3.644-45.578) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ($p=0.001$, Odds ratio=7.923, 95%CI=2.916-21.529) อายุครรภ์ขณะคลอดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ($p=0.001$, Odds ratio=7.870, 95%CI=2.681-23.105) ฉะนั้นการป้องกันการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ควรจะเน้นการเตรียมตัวมารดาก่อนการตั้งครรภ์ให้มีการดูแลก่อนคลอดให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่า 10 กิโลกรัม การมาฝากครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป และการดูแลและเฝ้าระวังให้อายุครรภ์ขณะคลอดได้ 37 สัปดาห์ขึ้นไป

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผล; หญิงตั้งครรภ์; ทารกน้ำหนักน้อย

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่าทารกมากกว่า 18 ล้านคนที่คลอดทั่วโลกในแต่ละปีมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือคิดเป็นร้อยละ 16.0 และในจำนวนนี้ ร้อยละ 95.6 พบในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของประเทศกำลังพัฒนา (ร้อยละ 19.0) จะมากกว่าสองเท่าของประเทศที่พัฒนาแล้ว (ร้อยละ 7.0)⁽¹⁾ จะเห็นได้ว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยส่วนใหญ่จะพบในประเทศกำลังพัฒนา ประมาณการณ์ว่าในประเทศที่กำลังพัฒนา ทารก 17 ล้านคนที่เกิดในแต่ละปี มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และในจำนวนทารกเหล่านี้ที่รอดชีวิตประสบปัญหาการบกพร่องของสติปัญญา (cognitive) ระบบประสาท ยิ่งไปกว่านั้นเด็กที่มีประวัติการคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ประสบปัญหาการตายก่อนวัยอันควร เนื่องจากระบบหายใจ เด็กจะหายใจลำบาก ทำให้ขาดออกซิเจนได้ ระบบหัวใจ อาจทำให้เกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ พบอุนหมิกายต่ำ ทำให้เด็กมีโอกาสซึม ดูนมได้น้อยลง น้ำตาลในเลือดต่ำ หยุดหายใจได้ ภูมิต้านทานร่างกายต่ำ ทำให้ติดเชื้อง่าย เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่คลอดน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม⁽²⁾

ในประเทศไทยมีเด็กเกิดใหม่ปีละ 800,000 รายต่อปี และมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยประมาณ ร้อยละ 9.0 เท่ากับมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยปีละ 72,000 คน^(2,3) ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเด็กกลุ่มนี้ เป็นจำนวนสูงมาก และบางรายที่มีความพิการ ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวและประเทศในการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต มีรายงานการศึกษา หลายนาน ได้สรุปความเห็นตรงกันว่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย จะมีระดับการเจริญเติบโต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนความสามารถ ในการเรียนรู้ต่ำกว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย เสี่ยงต่ออัตราป่วย อัตราตาย ความพิการ ทั้งทางร่างกาย และสมอง เมื่อเปรียบเทียบกับทารก ที่มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ^(3,4)

จังหวัดตรังมีอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ตั้งแต่ปี 2559 – 2561 เป็นร้อยละ 9.8, 7.4 และ 7.8 ตามลำดับ⁽⁵⁾ สำหรับอำเภอวังวิเศษ มีอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ปี 2559-2561 เป็นร้อยละ 6.6, 8.1 และ 8.1 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ยังมีแนวโน้มจะสูงขึ้น และยิ่งสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่เกินร้อยละ 7.0) ในส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวังวิเศษ มีอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ปี 2559-2561 เป็นร้อยละ 9.9, 6.9 และ 11.1 ตามลำดับ จึงมีความจำเป็นต้องวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาดังกล่าว

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา โดยการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross sectional research)

ประชากรที่ใช้ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลวังวิเศษ และคลอด ในปี พ.ศ. 2559-2561 (มกราคม 2559 – ธันวาคม 2561) ทุกอายุ จำนวน 223 คน

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษานี้

1. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึง เด็กเกิดมีชีพ มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม
2. ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ หมายถึง มีความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ในช่วงใดช่วงหนึ่งของการตั้งครรภ์
3. โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าร้อยละ 33.0

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากแฟ้มประวัติเวชระเบียน สมุดฝากครรภ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

และสมุดทะเบียนคลอดของโรงพยาบาลวังวิเศษ และใบส่งตอบกลับของโรงพยาบาลศูนย์ตรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการฝากครรภ์ ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ สถิติทดสอบ Chi square และ Odds ratio

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ อายุ 20 ปีขึ้นไปร้อยละ 80.7 อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 19.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวน ร้อยละ 55.6 รองมาคืออาชีพค้าขาย ร้อยละ 15.2 การศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.6 รองลงมาจบประถมศึกษา ร้อยละ 30.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.8 มีสถานภาพสมรสคู่อยู่กับสามี ร้อยละ 97.8 (ตารางที่ 1)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่เคยคลอดบุตรมาแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 36.3 รองลงมาเคยคลอดบุตรมาแล้วมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 33.6 โดยไม่มีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 87.0 รองลงมา มีประวัติการแท้งบุตร 1 ครั้ง ร้อยละ 10.8 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 98.7 ส่วนโรคประจำตัวพบมากที่สุดคือโรคไทรอยด์และโรคโลหิตจาง ร้อยละ 0.9 และ 0.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวขณะฝากครรภ์ครั้งแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม ร้อยละ 92.4 มีน้ำหนักตัวขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ต่ำกว่า 45 กิโลกรัม ร้อยละ 7.6 ส่วนใหญ่มีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 33% ร้อยละ 69.1 รองลงมา ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 33% ร้อยละ 30.9 ส่วนใหญ่น้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครรภ์มากกว่า 10 กิโลกรัม ร้อยละ 64.6 รองลงมาน้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครรภ์น้อย

ตารางที่ 1 กลุ่มประชากรและข้อมูลเบื้องต้นของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (n=223 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักทารกแรกคลอด	น้อยกว่า 2,500 กรัม	20
	มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม	203
กลุ่มอายุ (ปี)	อายุต่ำกว่า 20 ปี	43
	อายุ 20 ปีขึ้นไป	180
อาชีพ	ทำสวน	124
	ค้าขาย	34
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4
	แม่บ้าน	29
	รับจ้าง	32
ระดับการศึกษา	ประถม	68
	มัธยม	115
	ปวช./ปวส.	16
	ปริญญาตรี	24
สถานภาพสมรส	แยกกันอยู่	5
	คู่อยู่กับสามี	218

Factors Affecting Birth of Low Birth Weight Babies of Pregnant Women Attending Antenatal Care

ตารางที่ 1 กลุ่มประชากรและข้อมูลเบื้องต้นของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (n=223 คน) (ต่อ)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา	พุทธ	218	97.8
	อิสลาม	5	2.2
ประวัติการคลอดบุตร (ครั้ง)	ไม่เคย	67	30.0
	1 ครั้ง	81	36.3
	2 ครั้งขึ้นไป	75	33.6
ประวัติการแท้งบุตร (ครั้ง)	ไม่เคย	194	87.0
	1 ครั้ง	24	10.8
	มากกว่า 2 ครั้ง	5	2.2
โรคประจำตัว	ไม่มี	220	98.7
	ไทรอยด์	2	0.9
	โลหิตจาง	1	0.4
น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	น้อยกว่า 45	17	7.6
	มากกว่าหรือเท่ากับ 45	206	92.4
น้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	น้อยกว่า 10	79	35.4
	มากกว่าหรือเท่ากับ 10	144	64.6
อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)	น้อยกว่า 12	87	39.0
	มากกว่าหรือเท่ากับ 12	136	61.0
การฝากครรภ์ (ครั้ง)	น้อยกว่า 4	28	12.6
	มากกว่า 4 หรือเท่ากับ 4	195	87.4
โรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	ไม่มี	223	100.0
ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะฝากครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ)	น้อยกว่า 33	69	30.9
	มากกว่าหรือเท่ากับ 33	154	69.1
ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนคลอด (ร้อยละ)	น้อยกว่า 33	94	42.2
	มากกว่าหรือเท่ากับ 33	129	57.8
อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์)	น้อยกว่า 36	20	9.0
	มากกว่าหรือเท่ากับ 36	203	91.0
เพศทารก	ชาย	144	64.6
	หญิง	79	35.4

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

กว่า 10 กิโลกรัม ร้อยละ 35.4 หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกส่วนใหญ่มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 61.0 รองลงมาอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 39.0 โดยส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 87.4 และไม่มีโรคแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ (ตารางที่ 1)

หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลวังวิเศษ ส่วนใหญ่คลอดอายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ ร้อยละ 91.0 ส่วนใหญ่ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 33 เปอร์เซนต์ ร้อยละ 69.1 ทารกแรกเกิด เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.6 และทารกแรกเกิดมี

น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.0 (ตารางที่ 1)

3. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

3.1 ปัจจัยด้านลักษณะของมารดา

อายุมารดาในขณะตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี และอายุ 20 ปีขึ้นไป พบร้อยละของการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เท่ากับ 2.3 และ 10.6 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกับกลุ่มอายุของมารดาในขณะตั้งครรภ์ (ตารางที่ 2)

อาชีพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยข้อมูลเบื้องต้นของหญิงตั้งครรภ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ปัจจัย	น้ำหนักทารกแรกเกิด						p-value
	ต่ำกว่าเกณฑ์		ปกติ		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มอายุ (ปี)							
ต่ำกว่า 20	1	2.3	42	97.7	43	100.0	0.090
20 ขึ้นไป	19	10.6	161	72.2	180	100.0	
อาชีพ							
ทำสวน	8	6.5	116	93.5	124	100.0	0.375
ค้าขาย	5	14.7	29	85.3	34	100.0	
รับจ้าง	4	12.5	28	87.5	32	100.0	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	25.0	3	75.0	4	100.0	
แม่บ้าน	2	6.9	27	93.1	29	100.0	
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	8	11.8	60	88.2	68	100.0	0.687
มัธยมศึกษา	8	7.0	107	93.0	115	100.0	
ปวช./ปวส.	2	12.5	14	87.5	16	100.0	
ปริญญาตรี	2	8.3	22	91.7	24	100.0	
ศาสนา							
พุทธ	19	8.7	199	91.3	218	100.0	0.383
อิสลาม	1	20.0	4	80.0	5	100.0	
สถานภาพสมรส							
แยกกันอยู่	0	0.0	5	100.0	5	100.0	0.478
คู่อยู่กับสามี	20	9.2	198	90.8	218	100.0	

มีอาชีพ ทำสวน ค้าขาย รับจ้าง รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และแม่บ้าน พบร้อยละการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เท่ากับ 6.5, 14.7, 12.5, 25.0, 6.9 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกับอาชีพ

ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช./ปวส.และปริญญาตรี พบว่า ร้อยละของการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้ำหนักน้อย เท่ากับ 11.8, 7.0, 12.5, และ 8.3 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกับระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์

ศาสนาของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม พบร้อยละของการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้ำหนักน้อยเท่ากับ 8.7 และ 20.0 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกับการนับถือศาสนาของหญิงตั้งครรภ์

สถานภาพสมรสของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า สถานภาพสมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่ และอยู่กับสามี พบว่า ร้อยละการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เท่ากับ 0.0, 9.2 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

3.2 ปัจจัยด้านประวัติการตั้งครรภ์ การดูแลก่อนคลอดและการคลอด

ปัจจัยด้านประวัติการตั้งครรภ์

ประวัติการคลอดบุตรในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดบุตรไม่เคย 1 ครั้ง และ 2 ครั้งขึ้นไป พบร้อยละการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เท่ากับ 6.0, 12.3, 8.0 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกับประวัติการคลอดบุตรของหญิงตั้งครรภ์ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยข้อมูลเบื้องต้นของหญิงตั้งครรภ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ปัจจัย	น้ำหนักทารกแรกเกิด		น้ำหนักทารกแรกเกิด				p-value
	ต่ำกว่าเกณฑ์		ปกติ		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการคลอดบุตร							
ไม่เคย	4	6.0	63	94.0	67	100.0	0.376
1 ครั้ง	10	12.3	71	87.7	81	100.0	
2 ครั้งขึ้นไป	6	8.0	69	92.0	75	100.0	
ประวัติการแท้งบุตร							
ไม่เคย	18	9.3	176	90.7	194	100.0	0.768
แท้ง 1 ครั้ง	2	8.3	22	91.7	24	100.0	
แท้ง 2 ครั้งขึ้นไป	0	0.0	5	100.0	5	100.0	
โรคประจำตัว							
ไม่มี	19	8.6	201	91.4	220	100.0	0.006**
โลหิตจาง	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
ไทรอยด์	0	0.0	2	100.0	2	100.0	

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

ประวัติการแท้งบุตรในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตร แท้ง 1 ครั้งและ 2 ครั้งขึ้นไป พบร้อยละการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเท่ากับ 9.3, 8.3, 0.0 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกับประวัติการแท้งบุตร

โรคประจำตัวในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มโรคประจำตัว โรคโลหิตจาง โรคไทรอยด์เป็นพิษ พบการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 8.6, 100, 0.0 โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวโลหิตจาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านการดูแลก่อนคลอด

น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่า 45 กิโลกรัม และ มากกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัมขึ้นไป พบร้อยละการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เท่ากับ 11.8, 8.7 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ (ตารางที่ 4)

น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ศึกษา น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ต่ำกว่า 10 กิโลกรัมและ 10 กิโลกรัมขึ้นไป พบร้อยละการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เท่ากับ 21.5, 2.1 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะ

ตารางที่ 4 ปัจจัยข้อมูลการตั้งครรภ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ปัจจัย	น้ำหนักทารกแรกเกิด						สถิติที่ใช้ทดสอบ			
	ต่ำกว่าเกณฑ์		ปกติ		รวม		χ^2	p	OR	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์										
ต่ำกว่า 45 กิโลกรัม	2	11.8	15	88.2	17	100.0	0.176	0.675	1.393	0.295-6.578
45 กิโลกรัมขึ้นไป	18	8.7	188	91.3	100	100.0				
น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์										
ต่ำกว่า 10 กิโลกรัม	17	21.5	62	78.5	79	100.0	23.603	0.001*	12.887	3.644-45.578
10 กิโลกรัมขึ้นไป	3	2.1	141	97.9	144	100.0				
การฝากครรภ์										
น้อยกว่า 4 ครั้ง	9	32.1	19	67.9	28	100.0	21.063	0.001*	7.923	2.916-21.529
4 ครั้งขึ้นไป	11	5.6	184	94.4	195	100.0				
อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก										
ต่ำกว่า 12 สัปดาห์	5	5.7	82	94.3	100	100.0	1.813	0.178	0.492	0.172-1.406
12 สัปดาห์ขึ้นไป	15	11.0	121	89.0	100	100.0				
ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะฝากครรภ์ครั้งแรก										
ต่ำกว่า 33 เปอร์เซ็นต์	9	13.0	60	87.0	69	100.0	2.032	0.154	1.950	0.769-4.948
33 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป	11	7.1	143	92.9	100	100.0				

ตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์พบว่า จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งและมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป พบร้อยละการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เท่ากับ 32.1, 5.6 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 อายุครรภ์ขณะที่ฝากครรภ์ครั้งแรกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์พบว่า ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ขึ้นไปพบร้อยละการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เท่ากับ ร้อยละ 5.7, 11.0 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกับอายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กัน

ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะฝากครรภ์ครั้งแรก พบว่า ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ต่ำกว่า 33% และ 33% ขึ้นไป พบร้อยละการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนัก

น้อย เท่ากับ 13.0, 7.1 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกับระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยด้านการคลอด

อายุครรภ์ขณะคลอดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรขณะที่มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์หรือร้อยละ 6.4 ส่วนการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรขณะที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ขึ้นไป มีร้อยละ 35.0 ซึ่งผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ขณะคลอด อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนคลอดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนคลอด ต่ำกว่า 33% ร้อยละ 10.6 ในขณะที่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนคลอด 33% ขึ้นไป ร้อยละ 7.8 เช่นกัน โดยผล

ตารางที่ 5 ปัจจัยข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดกับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ปัจจัย	น้ำหนักทารกแรกเกิด						สถิติที่ใช้ทดสอบ			
	ต่ำกว่าเกณฑ์		ปกติ		รวม		χ^2	p	OR	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
อายุครรภ์ขณะคลอด										
ต่ำกว่า 37 สัปดาห์	7	35.0	13	65.0	20	100.0	18.235	0.000*	7.870	2.681-23.105
37 สัปดาห์ขึ้นไป	13	6.4	190	93.6	203	100.0				
ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะฝากครรภ์										
ก่อนคลอด										
ต่ำกว่า 33 เปอร์เซ็นต์	10	10.6	84	89.4	94	100.0	0.555	0.456	1.417	0.565-3.555
33 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป	10	7.8	119	92.2	129	100.0				
เพศของทารก										
ชาย	12	8.3	132	91.7	144	100.0	0.201	0.654	0.807	0.315-2.065
หญิง	8	3.6	71	89.9	79	100.0				

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกับระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงก่อนคลอดไม่มีความสัมพันธ์กัน

เพศของทารกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในกลุ่มทารกเพศชาย เท่ากับร้อยละ 8.3 ในขณะที่ การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในกลุ่มทารกเพศหญิง ร้อยละ 3.6 โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกับเพศของทารกไม่มีความสัมพันธ์กัน

วิจารณ์

หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลวังวิเศษ ในปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 223 คน มีอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 9.0 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ อายุครรภ์ขณะคลอด

น้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้ำหนักน้อยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยของมารดาที่ส่งผลต่อน้ำหนักของทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมของสินชัย รองเดชและอนันต์ อัครสุวรรณกุล⁽⁶⁾ และผลการศึกษาของนางลักษณ์ ทองโต⁽⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นจะต้องเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ตามหลักโภชนาการโดยให้มีความรู้ที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์อย่างแท้จริง

จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักน้อยของภทรวดี อัญชสีชไมกร⁽⁸⁾ เนื่องจากมารดาที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวน-ยางพาราต้องกรีดยางกลางคืน กลางวันต้องนอนพักทำให้ไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด และรวมถึงการตั้งครรภ์

ของมารดาที่อายุน้อย ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูตนเองในระยะตั้งครรภ์ จากปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการให้บริการฝากครรภ์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน การให้ความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่เพื่อให้มารดาเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์

อายุครรภ์ขณะคลอดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยของสินชัย รองเดชและอนันต์ อัครสุวรรณกุล⁽⁶⁾ จึงมีความจำเป็นจะต้องเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด เช่นการสูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติด ภาวะเครียด การใช้แรงงานขณะตั้งครรภ์ โรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ และการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. การป้องกันการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจะต้องดำเนินการตั้งแต่วัยรุ่น หญิงวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรสใหม่ โดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนการตั้งครรภ์ และขณะตั้งครรภ์
2. การส่งเสริมและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ให้น้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้ เน้นการบริโภคโปรตีนที่หาง่ายในชุมชนและโภชนาการที่เหมาะสม ถูกต้องกับหญิงตั้งครรภ์
3. พัฒนาระบบการฝากครรภ์เชิงรุกในชุมชน ในกรณีการเดินทางที่ไม่สะดวกและการจัดบริการฝากครรภ์ที่เหลื่อมเวลาที่จะสะดวกกับการทำงานของหญิงตั้งครรภ์
4. การดูแลหญิงตั้งครรภ์จะต้องเฝ้าระวังให้มีอายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น การไม่สูบบุหรี่และสิ่งเสพติด การทำงานหนัก การลดความเครียด การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ และภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น

5. สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมรณรงค์การฝากครรภ์ ระบบการติดตามการขาดนัด และการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในระหว่างการตั้งครรภ์

6. การพัฒนาการวางแผนดูแลในระหว่างการฝากครรภ์ ควรนำผล BMI ที่เพิ่มซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่มาใช้ในการประเมินการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพิ่มเติมจากการดูการเพิ่มของน้ำหนักตัวเพียงอย่างเดียวซึ่งได้รับการเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ มาใช้ในการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวังวิเศษ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์บรรเจิด สุขพิพัฒน์พานนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง นายแพทย์สินชัย รong-เดช นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลย่านตาขาว ที่กรุณาได้ให้การแนะนำกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติ-ครอบครัวและชุมชน ห้องคลอดโรงพยาบาลวังวิเศษ และโรงพยาบาลตรัง ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการค้นหาประวัติการฝากครรภ์และการคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเป้าหมาย ขอขอบคุณ คุณปรีชา แอสนัน ที่ช่วยบันทึกข้อมูลและตรวจสอบข้อมูล จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยความเรียบร้อยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Awoleke JO. Maternal risk factors for low birth weight babies in Lagos, Nigeria. Arch Gynecol Obstet 2012; 285(1):1-6.
2. นิพวรรณพร วรมงคล. สถานการณ์เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2547.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพอนามัย กรมอนามัย. ข้อมูลทารกต่ำกว่าเกณฑ์ [อินเทอร์เน็ต]. กรมอนามัย; 2561 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbw/index?year=2018>
4. ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสัง, สมศักดิ์ สุทัศนวีรวิทย์, บรรณฉิการ. สถิติศาสตร์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2553.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. ฐานข้อมูลทั่วไปของจังหวัดตรัง [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง; 2561 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
6. สินชัย รong-เดช, อนันต์ อัครสุวรรณกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงฝากครรภ์ในโรงพยาบาลย่านตาขาว จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556; 22(1):113-21.
7. นางลักษณ์ ทองโด้. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ประชากรศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554. 94 หน้า.
8. ภัทรวดี อัญชลิชไมกร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2551; 21(1):71-80.

Abstract: Factors Affecting Birth of Low Birth Weight Babies of Pregnant Women Attending Antenatal Care in Wang Wiset Hospital, Trang Province

Somkiert Phayuharnarak, M.D.; Sopit Purinthapibal, B.N.S, M.P.H.

Wang Wiset Hospital Wang Wiset District, Trang Province, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):497-507.

The objective of this study was to identify the incidence and the factors affecting low birth weight babies in order to control and solve the problem of low birth weight babies and to be used in planning for further improvement of maternal and child health. Data were collected from 422 pregnant women attending the antenatal clinic in Wang Wiset Hospital, Trang Province and giving birth in 2016–2018. The studied factors including preliminary data of mothers, including age; body weight before pregnancy; education; occupation; religion; marital status; history of abortion, childbirth and congenital disease; pregnancy care factors, such as gestational age at the first antenatal care; weight gain during pregnancy; number of antenatal care visits; red blood cell concentration during antenatal care; prenatal red blood cell concentration; complications during pregnancy; gestational age, and the dependent variables include the weight of the newborn. The results showed that 19.3% of pregnant women were under 20 years old, mostly secondary education, had a job, and Buddhist religion. Among them, 97.8% lived with their husbands, the first childbirth was 36.3%, and 10.8% had a history of abortion. The most common chronic disease was thyrotoxicosis (0.8%), followed by anemia (0.4%). The gestational age at the first antenatal care visit lower 12 weeks (39.0%), pre-gestational body weight less than 45 kilograms (9.6%), having 4 and higher ANC visits (87.4%), prenatal hemoglobin concentration less than 33 percent (42.2%). There was no complication during pregnancy. Low birth weight (under 2,500 grams) was observed in 9.0% of the newborns. Factors significantly associated with low birth weight ($p < 0.05$) were: weight gain during pregnancy less than 10 kilograms ($p = 0.001$, Odds ratio = 23.603, 95%CI=3.644–45.578); the number of visits for prenatal care ($p = 0.001$, Odds ratio=7.923, 95%CI=2.916–21.529), gestational age in pregnant women ($p = 0.001$, Odds ratio=7.870, 95%CI=2.681–23.105), Therefore, prevention of low birth weight would require increasing focus on preparing the mother before pregnancy in order to increase weight gain of not less than 10 kilograms, increase the number of ANC visits (more than 4), and to provide care and closely monitor pregnant women with gestational age 37 weeks and beyond.

Keywords: factors affecting; pregnant women; low weight baby

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของการไม่ได้รับวัคซีนหัดต่อการป่วยเป็นโรคหัด ในจังหวัดสงขลา

อุทิศศักดิ์ หริรัตนกุล พ.บ., อว. เวชศาสตร์ป้องกัน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

วันรับ: 3 ก.พ. 2563
วันแก้ไข: 13 มี.ค. 2563
วันตอบรับ: 9 เม.ย. 2563

บทคัดย่อ จังหวัดสงขลา มีรายงานการระบาดของโรคหัดอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของโรคหัด และเพื่อศึกษาผลของการไม่ได้รับวัคซีนหัดต่ออาการป่วยเป็นโรคหัด โดยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังในรายที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยโรคหัด (case control study) โดยรวบรวมข้อมูลประวัติการป่วยสำหรับโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ว่าเป็นโรคหัดและโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคหัดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดสงขลาช่วงปี 2558 - 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มจากผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์ ตามขนาดตัวอย่างที่จากการคำนวณจำนวน 424 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ และทดสอบผลของการไม่ได้รับวัคซีนหัดต่ออาการป่วยเป็นโรคหัดด้วยสถิติ Odds ratio (OR) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป ผลการวิจัยพบว่า การทดสอบการได้รับวัคซีนหัดกับการป่วยเป็นโรคหัดด้วยด้วยสถิติ Odds ratio (OR) พบว่า ผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนหัดมีโอกาสป่วยเป็นโรคหัดมากกว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนหัดเป็น 3.05 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=1.97-4.74) เมื่อพิจารณาจากช่วงอายุของการได้รับวัคซีนหัด โดยใช้ช่วงอายุ 0 ถึง 8 เดือนซึ่งยังไม่ถึงวัยได้รับวัคซีนหัดเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า ช่วงวัยที่ไม่ได้รับวัคซีนหัดมีโอกาสป่วยเป็นโรคหัดมากกว่าช่วงวัยที่ได้รับวัคซีนหัดครบ 2 ครั้ง มากเป็น 2.31 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=1.31-4.08) และช่วงวัยที่ได้รับวัคซีนหัดเพียง 1 ครั้ง มีโอกาสป่วยเป็นโรคหัดมากกว่าช่วงวัยที่ได้รับวัคซีนครบ 2 ครั้ง เป็น 1.89 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=1.10-3.24) จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า การได้รับวัคซีนหัดครบ 2 ครั้ง ตามเกณฑ์สามารถป้องกันการป่วยเป็นโรคหัดได้มากถึง 2.31 เท่า และการได้รับวัคซีนหัดแม้เพียง 1 ครั้ง สามารถป้องกันการเป็นโรคหัดได้สูงถึงเกือบ 2 เท่า จึงควรมีการรณรงค์การรับวัคซีนหัดตามช่วงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ เข็มแรกตอนอายุ 9 เดือน และเข็มที่ 2 ตอนอายุ 30 เดือนหรือ 2 ขวบครึ่ง

คำสำคัญ: โรคหัด; วัคซีนหัด; สงขลา

บทนำ

สถานการณ์ของโรคหัดในระยะที่ผ่านมา ได้เกิดการระบาดในหลายประเทศทั่วโลก โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา⁽¹⁾ พบรายงานผู้ป่วยโรคหัดในทุกภูมิภาคของโลก โดยมีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในอินเดีย 65,657 ราย รองลงมาคือยูเครน 36,520 ราย และฟิลิปปินส์ 16,112 ราย ตาม

ลำดับ นอกจากนี้ยังพบการระบาดในประเทศบราซิล เเยเมน ไนจีเรีย คองโก เซอร์เบีย มาดากัสการ์ ซึ่งล้วนได้รับการจัดอันดับเป็นประเทศที่พบผู้ป่วยโรคหัดเป็นจำนวนมาก⁽²⁾ โรคหัดเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส สามารถแพร่ระบาดได้ง่ายผ่านการไอ จามหรือพูดกันในระยะใกล้ชิด มักพบการระบาดในที่รวมคนหมู่มาก เช่น เด็กในศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน ชุมชนหรือสถานที่ที่มีคนอยู่

หนาแน่น ผู้ที่ได้รับเชื้อมักจะมีอาการเริ่มต้นคล้ายไข้หวัด คือมีไข้ น้ำมูก ไอแหว่ง ๆ และเริ่มมีผื่นนูนแดงใน 3-4 วัน ต่อมา โดยผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนอาจมีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิต⁽³⁾

ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคหัดมาอย่างต่อเนื่อง โดยสถานการณ์พบว่าตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา พบว่า อัตราป่วยโรคหัดของประเทศไทยลดลงมากเมื่อเทียบกับอดีตและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในปี 2559 ประเทศไทยเริ่มพบผู้ป่วยโรคหัดเป็นกลุ่มก้อนและเพิ่มขึ้นต่อเนื่องถึงปัจจุบัน โดยในปี 2560 พบผู้ป่วย 2,926 ราย เสียชีวิต 23 ราย และในปี 2562 ข้อมูลวันที่ 21 มิถุนายน 2562 พบผู้ป่วยแล้ว 1,908 ราย เสียชีวิต 12 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 1 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 1-4 ปี อายุ 20-29 ปี อายุ 5-9 ปี และอายุ 30-39 ปี ตามลำดับ โดยจากการสอบสวนโรคพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 84.00 ไม่เคยได้รับวัคซีนหรือไม่แน่ใจ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นอย่างมาก จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรค พบว่าในปี 2561 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคหัดทั่วประเทศ 3,626 ราย เสียชีวิต 23 ราย⁽⁴⁾

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้มีการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็ก จำนวน 2 ครั้ง เมื่ออายุ 9 เดือน และ 2 ปีครึ่ง⁽⁵⁾ ซึ่งผู้ปกครองสามารถพาบุตรหลานไปขอรับวัคซีนป้องกันโรคดังกล่าวได้ตามสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศ นอกจากนี้ ยังได้มีการดำเนินโครงการกำจัดโรคหัดอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2553 โดยมุ่งหวังที่จะลดจำนวนผู้ป่วยลงไม่เกิน 1 รายต่อประชากร 1 ล้านคน หรือเทียบเท่ากับ 65 คน ภายในปี 2563 ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นต้องยกระดับภูมิคุ้มกันโรคของประเทศให้เพียงพอต่อการป้องกันการระบาด ซึ่งยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก⁽⁶⁾

โดยในปี 2560 ที่ผ่านมามีเกิดการระบาดของโรคหัดในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กนักเรียนที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด ประกอบกับเด็กจำนวนมากมีภาวะทุพโภชนาการ

ทำให้เด็กมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยในประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดอื่น ๆ เช่น เด็กต่างด้าวที่เข้ามาอาศัยอยู่ในจังหวัดที่ติดชายแดนประเทศเพื่อนบ้าน และกลุ่มผู้ใหญ่ที่อยู่รวมกันเป็นชนหมู่มากตามสถานประกอบการ ค่ายทหาร เรือนจำ เป็นต้นสถานการณ์โรคหัดของจังหวัดสงขลาในขณะนี้มีการเกิดโรคหัดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 6 พฤศจิกายน 2561 พบผู้ป่วย 164 ราย เสียชีวิตแล้ว 1 ราย โดยกลุ่มอายุที่พบสูงสุดอยู่ในช่วง 0-4 ปี อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอสะบ้าย้อย เทพา และคลองหอยโข่ง ตามลำดับ⁽⁷⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงลักษณะพื้นฐานทางระบาดวิทยาและศึกษาถึงผลของการไม่ได้รับวัคซีนต่อการป่วยเป็นโรคหัด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (case control study) ด้วยการศึกษากลุ่มที่ป่วยด้วยโรคหัด (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ป่วยด้วยโรคหัด (กลุ่มควบคุม) โดยศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานผู้ป่วยโรคหัดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสงขลา ช่วงเดือนมกราคม 2558 ถึงเดือนกรกฎาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหัดทั้งหมดช่วงเดือนมกราคม 2558 ถึงเดือนกรกฎาคม 2562 ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา⁽⁷⁾ จำนวน 548 คน และผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคกลุ่มระบบทางเดินหายใจทั้งหมดที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลาในช่วงเวลาเดียวกันกับผู้ป่วยโรคหัด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือส่วนหนึ่งของประชากรที่เป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหัดจำนวน 212 คน และส่วนหนึ่งของผู้ป่วยด้วยโรคกลุ่มระบบทางเดินหายใจที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคหัด จำนวน 212

คน โดยขนาดตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรกรณีการทดสอบสมมติฐานการวิจัยเชิงวิเคราะห์ case control ของ Schlesselman JJ⁽⁸⁻¹⁰⁾ โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ที่ทำการศึกษาในกลุ่มป่วยด้วยโรคหัดและกลุ่มที่ไม่ป่วยด้วยโรคหัด ซึ่งพบว่าร้อยละ 30.00 ของกลุ่มไม่ป่วยด้วยโรคหัดไม่ได้รับวัคซีน มีค่า Odds ratio เท่ากับ 3.13^(11,12) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 5% และอำนาจในการทดสอบ (β) เท่ากับ 90% ได้ขนาดตัวอย่างรวม 424 คน หรือกลุ่มละ 212 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบรายงานผู้ป่วยสำหรับโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา พัฒนาระบบโดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽¹³⁾ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ที่อยู่ อายุ ข้อมูลการได้รับวัคซีนโรคหัด สถานภาพสมรส เชื้อชาติ อาชีพ และข้อมูลของโรค ประกอบด้วยโรคที่ป่วย วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล สถานที่รักษา ชนิดผู้ป่วย ผลการรักษา อาการแทรกซ้อน เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการรายงานโรคทางระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา โดยใช้เวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2558 ถึงเดือนกรกฎาคม 2562

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

คัดเลือกกลุ่มทดลองที่ป่วยด้วยโรคหัดที่วินิจฉัยโดยแพทย์ยืนยันผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการทาง serology ด้วยเทคนิค ELISA ในการตรวจหาแอนติบอดีชนิด IgM ซึ่งบ่งชี้ภาวะการติดเชื้อโรคหัด และคัดเลือกกลุ่มควบคุมจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ป่วยด้วยโรคกลุ่มระบบทางเดินหายใจที่แพทย์วินิจฉัยว่าไม่ได้ป่วยเป็นกลุ่มโรคหัดที่ป่วยในช่วงเดียวกัน โดยคัดเลือกช่วงอายุให้อยู่ในสัดส่วนที่เท่ากับกับ case ในแต่ละปี และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลข้อมูลทั้งของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัด

สงขลา และกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และสุ่มเลือกทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบเพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่คำนวณได้ กลุ่มละ 212 คน

บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล
2. ทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่มทั้งตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่ผู้วิจัยสนใจด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)
3. วิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์ของการได้รับวัคซีนโรคหัดกับการป่วยเป็นโรคหัด ด้วยสถิติ Odds ratio สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน มีอายุเฉลี่ยขณะป่วย 10.78 ± 13.38 ปี หรือเฉลี่ย 134.74 ± 159.53 เดือน โดยมีอายุระหว่าง 2 ถึง 744 เดือน ส่วนใหญ่เป็นคนไทยและอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล เป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ป่วยในปี 2561 ร้อยละ 52.36 รองลงมาป่วยในปี 2562 ร้อยละ 37.74 และน้อยที่สุดป่วยในปี 2559 และส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนหัดแล้ว ส่วนในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยขณะป่วย 13.81 ± 12.94 ปี หรือเฉลี่ย 170.27 ± 154.87 เดือน โดยมีอายุระหว่าง 2 ถึง 684 เดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 72 เดือน เป็นคนไทย อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล เป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลชุมชน

ผลของการไม่ได้รับวัคซีนหัดต่อการป่วยเป็นโรคหัดในจังหวัดสงขลา

ป่วยในปี 2561 และส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนหัดแล้ว รายละเอียดตามตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์การได้รับวัคซีนกับการป่วยเป็นโรคหัดพบว่า การได้รับวัคซีนและช่วงอายุของการได้รับวัคซีนมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 2

จากการวิเคราะห์ผลของการได้รับวัคซีนหัดกับการป่วยเป็นโรคหัดการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Odds ratio พบว่า ผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนหัดมีโอกาสป่วยเป็นโรคหัดมากกว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนหัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาจากช่วงอายุของการได้รับวัคซีนหัด โดยแบ่งออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้ช่วงอายุ 0 ถึง 8 เดือนซึ่งยังไม่ถึงวัยได้รับวัคซีนหัดเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า ช่วงวัยที่ไม่ได้รับวัคซีน-

หัดมีโอกาสป่วยเป็นโรคหัดมากกว่าช่วงวัยที่ได้รับวัคซีนหัดครบ 2 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และช่วงวัยที่ได้รับวัคซีนหัดเพียง 1 ครั้ง มีโอกาสป่วยเป็นโรคหัดมากกว่าช่วงวัยที่ได้รับวัคซีนหัดครบ 2 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ส่วนช่วงวัยที่ไม่ได้รับวัคซีนหัด ช่วงวัยที่ได้รับวัคซีนหัดเพียง 1 ครั้ง และช่วงวัยที่อยู่ระหว่างรับวัคซีนหัดครั้งที่ 2 มีโอกาสป่วยเป็นโรคหัดได้เท่าๆ กัน รายละเอียดตามตารางที่ 3

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน มีอายุเฉลี่ยขณะป่วย 10.78 ± 13.38 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 72 เดือน โดยส่วนใหญ่เป็นคนไทยได้รับวัคซีนหัด และป่วยในปี 2561 มากที่สุด ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นคนไทยมีอายุเฉลี่ยขณะป่วย 13.81 ± 12.94 ปี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=424)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=212)		กลุ่มควบคุม (n=212)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	107	50.48	99	46.7
หญิง	105	49.52	113	53.3
สัญชาติ				
ไทย	210	99.06	205	96.7
ต่างชาติ/ต่างด้าว	2	0.94	7	3.3
ที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล	88	41.5	78	36.8
นอกเขตเทศบาล	124	58.5	134	63.2
สถานะวัคซีน				
ไม่ได้รับวัคซีน	88	41.51	40	18.87
ได้รับวัคซีน	124	58.49	172	81.13
ช่วงอายุ (เดือน)				
<9	41	19.34	24	11.32
9 - 29	42	19.81	30	14.15
30 - 72	35	16.51	31	14.62
>72	94	44.34	127	59.91

Effect of Not Receiving Measles Vaccines on Measles Illness in Songkhla Province

อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 72 เดือน อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล เป็นผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนป่วยในปี 2561 มากที่สุด และส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนหัด

สถานะวัคซีนหัดและช่วงอายุของการได้รับวัคซีนมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 ตัวแปร และพบว่า การไม่ได้รับวัคซีนหัดมีความ

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของสถานะวัคซีนหัดและช่วงอายุของการป่วยด้วยโรคหัดจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง				χ^2	df	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=212)		กลุ่มควบคุม (n=212)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สถานะวัคซีนหัด					25.78	1	<0.001*
ไม่ได้รับ	88	68.80	40	31.30			
ได้รับ	124	41.90	172	58.10			
ช่วงอายุ (เดือน)					11.62	3	0.009*
0 - 8	41	63.08	24	36.92			
9 - 29	42	58.33	30	41.67			
30 - 72	35	53.03	31	46.97			
>72	94	42.53	127	57.47			

*p<0.05

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สถานะการได้รับวัคซีนหัดและช่วงอายุ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=424)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง		OR	95%CI
	กลุ่มทดลอง (n=212)	กลุ่มควบคุม (n=212)		
	จำนวน	จำนวน		
สถานะวัคซีนหัด				
ไม่ได้รับวัคซีน (Ref.)	88	40		
ได้รับวัคซีน	124	172	3.05	1.97-4.74*
ช่วงอายุ (เดือน)				
0 - 8 (Ref.)	41	24		
9 - 29	42	30	1.22	0.61-2.43
30 - 72	35	31	1.51	0.75-3.04
>72 เดือน	94	127	2.31	1.31-4.08*
ช่วงอายุ (เดือน)				
9 - 29 (Ref.)	42	30		
>72 เดือน	94	127	1.89	1.10-3.24*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.001$ และพบว่าผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนหัดมีโอกาสป่วยเป็นโรคหัดมากกว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนหัด 3.05 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=1.97-4.74) และช่วงอายุของการได้รับวัคซีนหัด โดยใช้ ช่วงอายุ 0 ถึง 8 เดือนซึ่งยังไม่ถึงวัยได้รับวัคซีนหัดเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า ช่วงวัยที่ไม่ได้รับวัคซีนหัดมีโอกาสป่วยเป็นโรคหัดมากกว่าช่วงวัยที่ได้รับวัคซีนหัดครบ 2 ครั้ง มากเป็น 2.31 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=1.31-4.08) และช่วงวัยที่ได้รับวัคซีนหัดเพียง 1 ครั้ง มีโอกาสป่วยเป็นโรคหัดมากกว่าช่วงวัยที่ได้รับวัคซีนครบ 2 ครั้ง เป็น 1.89 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=1.10-3.24)

วิจารณ์

จากกรณีที่พบว่า ในปี 2561 พบการระบาดของโรคหัดมากที่สุด ร้อยละ 52.36 รองลงมาในปี 2562 ร้อยละ 37.74 นั้น คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 28.60 และ 22.01 ต่อประชากรแสนคน โดยปี 2561 และปี 2562 ระดับประเทศมีอัตราป่วยเท่ากับ 10.41 และ 13.72 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 มีอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.43 ในระดับประเทศมีอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.32 และ 0.70 ตามลำดับ⁽¹⁴⁾ เมื่อพิจารณาจากความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนหัดครบ 2 ครั้งของจังหวัดสงขลาในปี 2561 และปี 2562 พบว่า มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัดเท่ากับร้อยละ 83.60 และ 84.75 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนหัดระดับประเทศครบ 2 ครั้งตามเกณฑ์ในปี 2561 และปี 2562 พบว่า มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัดเท่ากับร้อยละ 86.32 และ 89.62 ตามลำดับ⁽¹⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ในปี 2562 ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัด ร้อยละ 82.88 ไม่เคยได้รับวัคซีนโรคหัด ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากผู้ปกครองกลัวว่าเด็กจะไม่สบายหลังฉีดวัคซีน ร้อยละ 34.60 ไม่มีเวลาพาไปฉีดวัคซีน ร้อยละ 32.70 อายุยังไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 19.2 และย้ายที่อยู่ ร้อยละ

15.40 กลัวผลข้างเคียงรุนแรงของวัคซีน ร้อยละ 7.7 ผู้ปกครองไม่ยอมให้ฉีด ร้อยละ 5.8 คิดว่าไม่จำเป็นต้องฉีด วัคซีนไม่หาตลาด และจำไม่ได้ ร้อยละ 3.8 เท่าๆ กัน⁽¹⁵⁾ จึงจำเป็นต้องมีการณรงค์และให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชนเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนอย่างโรคหัดและโรคอื่น ๆ ต่อไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกันแม้จะมีความแตกต่างกันบ้างในส่วนของกลุ่มอายุแต่ก็ยิ่งใกล้เคียงกัน แม้ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับอายุและอายุเฉลี่ยขณะป่วยที่พบว่ามีความแตกต่างกันแต่ก็มีความสอดคล้องกับการศึกษาของอุบลวรรณ บุญลอย⁽¹⁶⁾ ที่ได้ศึกษาระดับภูมิคุ้มกันป้องกันโรคหัด ในเด็กอายุ 4 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดหนึ่งครั้งเมื่ออายุ 9 - 12 เดือน ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภูมิคุ้มกันสูงเพียงพอต่อการป้องกันโรคหัด โดยการศึกษาครั้งนี้ในกรณีที่กลุ่มอายุกับการเกิดโรคหัดในกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของผุดพรรณ กิตติคุณ⁽¹⁷⁾ ที่ได้ศึกษาการระบาดของโรคหัดที่โรงพยาบาลชลบุรี ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 336 คน และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันนั้น สาเหตุหนึ่งมาจากการที่ผู้วิจัยได้จำแนกกลุ่มอายุออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ต่ำกว่า 9 เดือน 9 - 29 เดือน 30 ถึง 72 เดือน และมากกว่า 72 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้จำแนกตามอายุที่ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเพื่อจะดูถึงประสิทธิผลของการได้รับวัคซีนว่า ขณะที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับวัคซีน (อายุต่ำกว่า 9 เดือน) เมื่อผู้ป่วยได้รับวัคซีนไปแล้ว 1 ครั้ง (อายุ 9 เดือน ถึง 29 เดือน) ระหว่างการรับวัคซีนครั้งที่ 2 (30 ถึง 72 เดือน) และเมื่ออายุมากกว่า 72 เดือน (ได้รับวัคซีนครบ 2 ครั้ง) ซึ่งการแบ่งกลุ่มลักษณะนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษานี้ อย่างเห็นได้ชัดว่า กลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคหัดทั้ง 3 กรณี กล่าวคือ การไม่ได้รับวัคซีน การได้รับครั้งเดียวและการได้รับวัคซีนครบทั้ง 2 ครั้ง

จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 10.78 ปี (± 13.38) ซึ่งพบโดยทั่วไปในวัยเด็กตอนปลาย ซึ่งแตกต่างกับสถานการณ์โรคหัดของประเทศไทย

ปัจจุบันที่รวบรวมโดยกรมควบคุมโรค ที่พบว่าโรคหัดส่วนใหญ่พบในวัยเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีมากที่สุด รองลงมาคือพบในกลุ่มอายุ 1 – 4 ปี อายุ 20 – 29 ปี อายุ 5 – 9 ปี และอายุ 30 – 39 ปี ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มที่ป่วยร้อยละ 84.00 ไม่เคยได้รับวัคซีนหรือไม่แน่ใจว่าเคยได้รับวัคซีนหรือยัง⁽¹⁸⁾ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษานี้มากที่สุดพบว่ามีเพียงร้อยละ 30.20 ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนหัดและกลุ่มวัยดังกล่าวส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบตามกำหนดแล้ว

ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า การไม่ได้รับวัคซีนมีโอกาสป่วยเป็นโรคหัดได้มากกว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนครบ 2 ครั้ง ถึง 3 เท่า นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล ภิญโญ⁽¹⁹⁾ ซึ่งได้ศึกษาการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กไทยที่พบว่าการฉีดวัคซีนครบ 2 ครั้งสามารถป้องกันการเป็นโรคหัดได้มากถึง 4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด ตลอดจนผลการศึกษานี้ที่พบว่า การฉีดวัคซีนแม้เพียงครั้งเดียว สามารถป้องกันการป่วยเป็นโรคหัดได้มากถึง 2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนซึ่งสอดคล้องกับบทความทางวิชาการของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะเมื่อฉีดครบทั้ง 2 ครั้ง สามารถป้องกันการป่วยเป็นโรคหัดได้สูงถึง 4 เท่า⁽²⁰⁾

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างปี 2558 – 2562 ในผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาเฉพาะในโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีความครอบคลุมทั้งจังหวัด ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่เก็บรวบรวมข้อมูล การระบาดของโรคหัดอาจแตกต่างกันไปตามบริบทต่าง ๆ ในแต่ละปีได้ ซึ่งในปีก่อน ๆ การเข้าถึงวัคซีน การเก็บรักษา ตลอดจนการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจแตกต่างกันออกไปด้วยเช่นกัน บริบทเหล่านี้ อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ข้อมูลมีความไม่สมบูรณ์ได้ แต่ผู้วิจัย ได้เก็บรวบรวมจากผู้เกี่ยวข้องให้ได้มากที่สุดและสมบูรณ์มากที่สุด เพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคหัดทั้งจังหวัด

สงขลาได้ โดยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูล ระหว่างปี 2561 – 2562 เพื่อใช้ประกอบการวางแผนในการดำเนินการวิจัยให้สมบูรณ์มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. กรณีที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัดมีอายุต่ำสุด 2 เดือน จึงควรมีการกำหนด protocol การรับวัคซีนหัดในกลุ่มอายุต่ำกว่า 9 เดือน ที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดสงขลา โดยเฉพาะใน 4 อำเภอที่มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคหัด เพื่อป้องกันในกรณีที่มารดาไม่มีภูมิคุ้มกันโรคหัด และควรมีการศึกษาข้อมูลย้อนหลังให้ได้มากที่สุดและมีการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคหัดต่อไป

2. ควรมีการดำเนินการในเชิงรุกให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการฉีดวัคซีนหัดครบ 2 ครั้งตามเกณฑ์ เพื่อเน้นความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโรคหัดให้ได้มากที่สุดทั้งจังหวัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรคหัด

3. จากปัญหาอุปสรรคโดยรวมที่พบว่าผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญกับการรับการฉีดวัคซีนหัดและคิดว่าวัคซีนไม่ฮาลาล จึงควรมีการดึงภาคีเครือข่ายประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมกันดำเนินการเพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการรับวัคซีนหัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปสามารถดำเนินการติดตามกลุ่มเป้าหมายด้วยการบันทึกการได้รับวัคซีนตั้งแต่ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และติดตามไปข้างหน้าว่า ป่วยเป็นโรคหัดหรือไม่ โดยบันทึกระยะห่างจากครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 เพื่อสามารถวิเคราะห์ประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคหัด ซึ่งสามารถวิเคราะห์อัตราการรอดชีพ หรืออัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจ (survival analysis) ได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Kate Kelland. WHO decries 'collective failure' as measles kills 140,000 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.reuters.com/article/us-health-measles-who-idUSKBN1Y92CM>
2. World Health Organization. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2017 global summary [Internet]. [cited 2019 Oct 30]. Available from: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/coverages?c=THA.
3. ชานันท์ เอื้อกุล, ฤทธิชัย ใจผ่อง, ศรีัญญา ไชยยา, ภาวินี ดั่งเงิน. โรคหัดและมาตรการกำจัดโรคหัด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.cdc.gov/measles/about/complications.html>
4. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดต่อในประเทศไทย พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: http://203.157.15.110/boe/diseases.php?ds_key=c210&dsid=Ng=&ds=RGVuZ3VlIGhW9ycmhhZ2ljIGZldmVy
5. สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย. ตารางการฉีดวัคซีนในเด็กไทยปกติ พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.pidst.or.th/A626.html>.
6. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดต่อ ปี 2561 สัปดาห์ที่ 52 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaivbd.org/n/measles/view/491>
7. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12. การแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคหัด เขต 12 พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22 มี.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: http://www.rh12.moph.go.th/wpcontent/uploads/2019/05/4_11951282.pdf
8. Schlesselman JJ. Case-Control Studies Design Conduct Analysis. New York: Oxford University Press; 1982.
9. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: effect size. Restor Dent Endod 2015;40:328-31.
10. นิคม ถนอมเสียง. การคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีการศึกษาแบบ case-control [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22 มี.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: https://home.kku.ac.th/nikom/ss_ucc_mcc.pdf
11. สำนักโรคติดต่อวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์รายปี พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 พฤษภาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=87>.
12. อรุณ จิรวัดนันท์กุล. Odds ratio ของปัจจัยที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559;25(2):160-1.
13. กองโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์รายปี พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/Annual/Annual%202552/AESR52Part1/B_Part1_52/1252_Measles.doc
14. กองโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดต่อประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 - 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ม.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1112120200121090145.pdf>
15. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา. สถานการณ์โรคติดต่อและแนวทางการป้องกันควบคุมโรค. ผลการทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัด เขตสุขภาพที่ 12 พ.ศ. 2561-62. สงขลา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12; 2562.
16. อุบลวรรณ บุญลอย. ระดับภูมิคุ้มกันป้องกันโรคหัด ในเด็กอายุ 4 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดหรือวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมันครั้งหนึ่งเมื่ออายุ 9 - 12 เดือน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2555;29(3):217-28.
17. ผุดพรรณ กิตติคุณ. การระบาดของโรคหัดที่โรงพยาบาลชลบุรี ปี พ.ศ. 2552. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2553;25(4): 623-31.

18. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปลง
สถานการณ์รายปี พ.ศ.2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30
ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล:[http://www.boe.moph.go.th/
Annual/Annual%202552/AESR52Part1/B_Part1_52
/1252_Measles.doc](http://www.boe.moph.go.th/Annual/Annual%202552/AESR52Part1/B_Part1_52/1252_Measles.doc)
19. นฤมล ภิญโญ. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กไทย.
รวมอิทธิพลวารสาร 2557;8(7):245-52.
20. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคหัด พ.ศ.
2557 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2562]. แหล่ง
ข้อมูล [https://ddc.moph.go.th/uploads/files/
739cd11aabade7d01e468d86e37b23c7.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/files/739cd11aabade7d01e468d86e37b23c7.pdf)

Abstract: Effect of Not Receiving Measles Vaccines on Measles Illness in Songkhla Province

Utissak Harirattanakul M.D., Cert. Thai Board of Preventive Medicine

Songkhla Provincial Public Health Office, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):508-16.

Songkhla province has continuously reported measles outbreaks. The researcher therefore conducted this research with the objectives to assess the situation of measles outbreaks and to study the effect of not receiving measles vaccine on measles illness. It was conducted as a case control study by collecting patient history data from the patient report forms for diseases epidemiological surveillance. The sample were patients admitted to a hospital in Songkhla province between 2015 and 2019 by randomly selected from patients with completed data record. The sample size was 424 persons, 212 measles patients as the cases and 212 patients with other respiratory diseases as the controls. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square test and test the measles vaccination effects on measles disease with Odds ratio (OR) using a statistics package software. The results showed that the the persons who had not been vaccinated with measles vaccine were 3.05 times more likely to have measles illness compared to those who were vaccinated with the measles vaccine (95%CI was between 1.97 and 4.74). The age group of measles vaccination by using the age range 0 to 8 months, which has not reached the age of measles vaccination as a reference group. Found that the age group without measles vaccination is likely to have measles 2.31 times more than those completely vaccinated group with a statistically significant of 95%CI between 1.31 and 4.08. And the single-dose measles vaccine was more likely to be the cases than measles vaccination complete was 1.89 times with a statistically significant 95%CI between 1.10 and 3.24. From the research results, it can be concluded that getting twice the measles vaccination according to the criteria can prevent measles up to as much as 2.31 times and getting just 1 measles vaccination can prevent as much as twice as measles. Therefore, there should be a campaign to get the measles vaccine according to the age range prescribed by the Ministry of Public Health, which is the first dose at the age of 9 months and the second dose at the age of 30 months or 2 and a half year olds.

Keywords: measles; measles vaccine; Songkhla Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

สฤกษ์ดีเดช เจริญไชย พ.บ., ส.ม.*

วิชัย สุขภาคกิจ ส.บ.*

มาสริน ศุกลปัทม์ Ph.D.**

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดนนทบุรี

วันรับ:	17 ธ.ค. 2562
วันแก้ไข:	30 ม.ค. 2563
วันตอบรับ:	14 ก.พ. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการของประชาชน บุคลากรสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ศึกษาระหว่างเดือนกันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562 แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ประเมินปัจจัยและพฤติกรรมกรรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้แทนครัวเรือนอาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ระยะที่ 2 ออกแบบรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พัฒนาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้แทนภาคประชาชน บุคลากรสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากกลุ่มตัวอย่างผู้แทนครัวเรือนในพื้นที่เป้าหมาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาจากระยะที่ 2 และเครื่องมือแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพฤติกรรมกรรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่พัฒนาจากระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วย Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยและพฤติกรรมกรรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี คือ ปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยสามารถทำนายพฤติกรรมกรรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 34.6 จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การวางแผนกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม “ชุมชนปลอดภัยจากไข้เลือดออก” การติดตามผลการปฏิบัติงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน เมื่อนำรูปแบบกิจกรรมไปทดลองใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมกรรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงควรนำรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการไปปรับประยุกต์ใช้ และขยายผลในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงทั่วประเทศต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบกิจกรรม; การป้องกันและควบคุม; โรคไข้เลือดออก; พื้นที่เสี่ยงสูง

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยมีศูนย์กลางเป็นพาหะนำโรค ประเทศไทยประสบกับปัญหาโรคไข้เลือดออกมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 40 ปี แม้ว่ารัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข จะพยายามเร่งดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคมามากโดยตลอด โดยมุ่งให้ความสำคัญตามหลักทางระบาดวิทยาในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแลไม่ให้ “คน” มีโอกาสได้สัมผัสกับ “ยุง” ซึ่งเป็นพาหะนำโรค และการจัดการ/แก้ไข “สิ่งแวดล้อม” ไม่ให้เอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อที่คนจะได้ไม่เสี่ยงต่อการสัมผัสกับยุงลาย หากสามารถจัดการองค์ประกอบทั้งสามนี้ให้เกิดความสมดุลการระบาดของโรคจะลดลงหรือหมดไป⁽¹⁾

สถานการณ์ไข้เลือดออกจังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 2,379 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 199.02 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 7 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.59 ซึ่งสูงกว่าปี 2560 2.29 เท่า และสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง 2.47 เท่า ซึ่งทางระบาดวิทยาจัดว่ามีการระบาดของโรคในพื้นที่ในเดือนมกราคมถึง มีนาคม พ.ศ. 2562 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 196 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 15.68 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต พื้นที่เสี่ยงสูง ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอบางบัวทอง และอำเภอบางใหญ่ และพบว่ามีอัตราการป่วยสูงที่สุดในเขตอำเภอเมือง คือ 69.62 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนดคือ 50 ต่อประชากรแสนคน ตำบลที่มีความเสี่ยงสูงสุด 7 ตำบล ได้แก่ ตลาดขวัญ บางกระสอ บางกร่าง ท่าทราย ไทรมา บางศรีเมือง และบางเขน⁽²⁾ พบปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายของโรคต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ ภูมิทัศน์ของประชาชน ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ความหนาแน่นและการเคลื่อนย้ายของประชากร สภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ ความรู้ความเข้าใจและความตระหนักของประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์

ลูกน้ำยุงลาย ความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และนโยบายในระดับชาติ⁽²⁾ นอกจากนี้ บริบทของอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีพื้นที่เพียง 77.01 ตารางกิโลเมตร แต่มีประชากรถึง 365,710 คน คิดเป็นความหนาแน่น 4,748.37 คนต่อตารางกิโลเมตร ทำให้การดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองที่ผ่านมา พบว่า ถึงแม้จะมีความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาจากทุกภาคส่วน ได้แก่ ประชาชน บุคลากร โดยได้รับการสนับสนุนทั้งปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมแล้วก็ตาม ผลการดำเนินงานยังไม่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ตามเป้าหมาย⁽³⁾

จากผลการวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ของนันท์นัช โสมนรินทร์ และณัฐชุตา วิจิตรจามรี⁽⁴⁾ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากร คือ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน มีเด็กหรือไม่มีเด็กอยู่ในครัวเรือน และอำเภอที่อาศัยอยู่ ปัจจัยด้านทัศนคติ มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากร คือ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน มีเด็กหรือไม่มีเด็กอยู่ในครัวเรือน และอำเภอที่อาศัยอยู่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติตน มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากร คือ อาชีพ มีเด็กหรือไม่มีเด็กอยู่ในครัวเรือน และอำเภอที่อาศัยอยู่ นอกจากนี้ ยังพบว่า การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย การเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ทัศนคติมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตน เช่นเดียวกับที่ สิวลี รัตนปัญญา⁽⁵⁾ พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ความรู้ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพอเพียงของทรัพยากรทั้งเครื่องมือและบุคลากร และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงจูงใจและข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงานในชุมชนควรจัดสรรทรัพยากร

และเร่งให้ความรู้แก่ประชาชน รวมทั้ง เพิ่มการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การจะให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกได้นั้น จะอาศัยความรู้ในการป้องกันไข้เลือดออกเพียงอย่างเดียวไม่ได้ ต้องมีสหปัจจัย ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽⁶⁾ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประชุมและทบทวนแผนการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกกับผู้เกี่ยวข้อง จึงเห็นว่าควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตอำเภอเมืองซึ่งเป็นเขตพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดและมีอัตราการป่วยสูง เพื่อนำไปสู่การกำหนดรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการของประชาชน บุคลากรสุขภาพ และภาคีเครือข่าย พื้นที่เขตอำเภอเมือง ในจังหวัดนนทบุรี และการทดลองใช้รูปแบบดังกล่าว เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนและบุคลากรสุขภาพ ภาคีเครือข่ายพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี และสร้างรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการของประชาชนและบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการของประชาชนและบุคลากรสุขภาพ

วิธีการศึกษา

ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนและบุคลากรสุขภาพ ภาคีเครือข่ายพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Sys-

tematic random sampling) ตามสัดส่วนของครัวเรือนในแต่ละตำบล จากประชากรที่อาศัยในพื้นที่เสี่ยงสูงของอำเภอเมืองนนทบุรี มาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 169,549 ครัวเรือน ใช้สูตรการคำนวณของทาโรยามาเน⁽⁷⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 ครัวเรือน และผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10.0 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น และได้รับการตรวจสอบความแม่นยำของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คัดเลือกข้อคำถามที่มีความตรงตั้งแต่ 0.66 – 1.00 มาใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไปของประชากร (2) แบบสอบถามปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ปัจจัยนำด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก (3) ปัจจัยเอื้อ (4) ปัจจัยเสริม และ (5) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามส่วนที่ 1 เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 5 ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (rating scale) โดยมีมาตรวัด 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด รวมทั้งหมดจำนวน 46 ข้อ และได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน พบว่าแบบสอบถามความรู้ ทดสอบด้วยวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.62 และทดสอบแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตามลำดับดังนี้ 0.75, 0.86, 0.89, 0.97 และ 0.89 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

ระยะที่ 2 การออกแบบรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการของประชาชนและบุคลากรสุขภาพ ภาคีเครือข่ายพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาออกแบบกิจกรรมตามปัจจัยและพฤติกรรมที่พบ ขั้นตอนที่ 2 จัดการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล เพื่อวิพากษ์ เสนอแนะรูปแบบและกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และกลุ่มที่ 2 ประกอบด้วยตัวแทนภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้ข้อเสนอแนะการนำรูปแบบและกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจากการวิพากษ์และเสนอแนะของกลุ่มที่ 1 ไปสู่การปฏิบัติ ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ของ Colaizzi⁽⁸⁾

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (One group Pre- test Post- test Design) ทำการสุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มพื้นที่เสี่ยงสูงอย่างง่าย มา 1 ตำบล คือ ตำบลตลาดขวัญ เลือกชุมชนนาร่อง โดยพิจารณาจากที่ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและมีความพร้อมมา 1 ชุมชน คือชุมชนวัดลานนาบุญ เลือกครัวเรือนแบบเจาะจงมาจำนวน 30 ครัวเรือน และรับอาสาสมัครผู้แทนครัวเรือนๆ ละ 1 คน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป อยู่ในพื้นที่ดำเนินการอย่างน้อย 1 ปี อ่านออกเขียนได้ และพร้อมทั้งสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ที่พัฒนาจากระยะที่ 2 เครื่องมือที่

ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่พัฒนามาจากระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบด้วยค่าสถิติ Paired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มระหว่างก่อน และหลังการทดลองด้วย Paired t-test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่ 11/2562 วันที่ 1 ตุลาคม 2562 เมื่อได้รับการรับรองจึงดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.9 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 44.3 อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.3 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 65.2 ลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านเดี่ยว ร้อยละ 4.3 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยไข้เลือดออกภายในระยะเวลา 1 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1 และปัจจัย 4 ด้าน คือ ปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันพยากรณ์ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 34.6 ดังแสดงในตารางที่ 2

ระยะที่ 2 ออกแบบรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการ โดยผ่านการวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะจากตัวแทนประชาชน บุคลากรสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ดังนี้

การพัฒนาารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง นนทบุรี

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n = 440)

คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	106	24.1
	หญิง	334	75.9
อายุ (ปี)	20 – 30	52	11.9
	31 – 40	43	9.8
	41 – 50	58	13.2
	51 – 60	92	20.9
	> 60 ขึ้นไป	195	44.3
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	8	1.8
	ประถมศึกษา	141	32.0
	มัธยมศึกษา	151	34.3
	อนุปริญญา	44	10.0
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	96	21.8
อาชีพหลัก	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	145	33.0
	ข้าราชการบำนาญ	40	9.1
	รับจ้าง	125	28.4
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	3.0
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	117	26.6
ลักษณะที่พักอาศัย	บ้านเดี่ยว	287	65.2
	คอนโด	10	2.3
	ทาวเฮ้าส์	77	17.5
	แฟลต	3	.7
	ห้องเช่า	42	9.5
	อื่นๆ	21	4.8
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยไข้เลือดออกภายในระยะเวลา 1 ปี			
	ไม่เคยเป็นโรคไข้เลือดออก	413	93.9
	เคยเป็นโรคไข้เลือดออก	19	4.3
	ไม่แน่ใจ	8	1.8
ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคไข้เลือดออกภายในระยะเวลา 1 ปี			
	ไม่เคยเป็นโรคไข้เลือดออก	402	91.4
	เคยเป็นโรคไข้เลือดออก	29	6.6
	ไม่แน่ใจ	9	2.0

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้อุปสรรค ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของประชาชน จำนวน 440 คน ในพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยทำนาย	b	SE(b)	b _{std}	p-value	95%CI for B	
					lower boundary	upper boundary
ค่าคงที่	9.170	2.502		<0.001	4.252	14.089
-ปัจจัยนำด้านความรู้	0.469	0.182	0.109	0.010	0.112	0.826
-ปัจจัยนำด้านทัศนคติ	0.370	0.067	0.249	<0.001	0.238	0.501
-ปัจจัยนำด้านการรับรู้อุปสรรค	-0.055	0.048	-0.046	0.252	-0.149	0.039
-ปัจจัยเอื้อ	0.268	0.058	0.236	<0.001	0.154	0.382
-ปัจจัยเสริม	0.190	0.050	0.187	<0.001	0.092	0.288

R²=34.6%, R²(adj)=33.9%, root mean square error=5.304, overall p-value<0.001

ขั้นตอนที่ 1 ออกแบบกิจกรรมสอดคล้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมที่พบจากการศึกษาในระยะที่ 1 ในประเด็นที่ประชาชนต้องการพัฒนาในแต่ละปัจจัยที่พบได้แก่

1) ปัจจัยนำด้านความรู้ เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 69.5) แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย (ร้อยละ 59.5) และการออกฤทธิ์ของทรายอะเบทในการกำจัดลูกน้ำ (ร้อยละ 26.1) ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันยุงกัดในช่วงกลางวัน (ร้อยละ 78.6) บทบาทหน้าที่ในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง (ร้อยละ 74.3) และปัจจัยนำด้านการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ยุง (ร้อยละ 82.3)

2) ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการป้องกันไข้เลือดออก (ร้อยละ 88.4) การขาดทรายอะเบทกำจัดลูกน้ำ (ร้อยละ 87.3) การขาดที่รองรับขยะ (ร้อยละ 84.6) และการขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดเก็บขยะทุกวัน (ร้อยละ 82.7)

3) ปัจจัยเสริม เกี่ยวกับการมีสื่อหรือเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 88.7)

กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสามารถสรุปได้เป็น 6 กิจกรรม ดังนี้

- 1) เผยแพร่สื่อ ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก ปรับทัศนคติ
- 2) อบรมเชิงปฏิบัติการทักษะในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง
- 3) สร้างแรงจูงใจในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย
- 4) สร้าง Line group เพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารกับเป้าหมาย
- 5) กิจกรรมชุมชนปลอดภัย โดยอาสาสมัครสาธารณสุข-สุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสุขภาพเดินสำรวจพื้นที่ทุกวันศุกร์เป็นเวลา 4 สัปดาห์
- 6) มอบรางวัล “ปักธง” ตามจำนวน House Index (HI) และ Container Index (CI) ที่พบ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบกิจกรรมฯ ตามกรอบแนวคิดการวิจัยครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การวางแผนการใช้รูปแบบกิจกรรมฯ ประกอบด้วย (1) การประสานงานกับประธานชุมชน ผู้นำชุมชน ภาควิชาเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเข้าพบ ชี้แจงโครงการ และเตรียมการเป็นผู้ร่วมวิจัยการใช้รูปแบบที่กำหนด และ (2) การกำหนดทีมร่วมตรวจลูกน้ำยุงลาย จำนวน 3 ทีมๆ ละ 4 คน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน และบุคลากรสุขภาพ 1 คน แต่ละทีมรับผิดชอบบ้าน 10 ครั้วเรือน

องค์ประกอบที่ 2 การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบประกอบด้วย (1) แผนการจัดกิจกรรม ทั้ง 6 กิจกรรม และ (2) คู่มือการจัดกิจกรรม

องค์ประกอบที่ 3 การติดตามการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย (1) การสอบถามปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม แบบไม่เป็นทางการ และ (2) การประชุมสรุปผลการดำเนินงานรายสัปดาห์ แบบทางการ และ (3) การรายงานผลดำเนินงานใน Line group

องค์ประกอบที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบกิจกรรมฯ ประกอบด้วย การประเมินผลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สร้างจากระยะที่ 1

ระยะที่ 3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผลการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมฯ พบว่า ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้แทนครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 35-81ปี มีสถานะเป็นผู้แทนครอบครัว นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ลักษณะบ้านเป็นบ้านเดี่ยว รายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว มี 1-7 คน เคยเป็นไข้เลือดออก 1 คน และมีบุคคลในครอบครัวเป็นไข้เลือดออก 2 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเสริม

และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

1. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 34.6 ในการศึกษาเรื่องของพฤติกรรมพบว่า พฤติกรรมเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นจากภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคล หากพิจารณาปัจจัยภายในบุคคลคือ ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ทัศนคติเป็นตัวแปรที่เกิดจากการประเมินความรู้สึกทางบวกหรือลบของบุคคลต่อการกระทำนั้น ๆ โดยบุคคลที่มีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลของพฤติกรรมทางบวก บุคคลก็จะมีทัศนคติในทางที่เห็นด้วยต่อพฤติกรรมนั้น⁽⁹⁾ จึงแสดงว่า การที่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมีทัศนคติทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจะทำให้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยปัจจัยและพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (จำนวนตัวอย่าง 30 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ปัจจัยนำด้านความรู้	7.63	1.40	8.20	1.03	0.100
ปัจจัยนำด้านทัศนคติ	36.80	4.60	38.93	3.56	0.018
ปัจจัยนำด้านการรับรู้อุปสรรค	15.90	6.43	16.93	6.33	0.407
ปัจจัยเอื้อ	38.10	6.38	38.20	4.34	0.939
ปัจจัยเสริม	25.33	7.70	30.10	4.52	0.003
พฤติกรรม	42.63	6.49	45.06	4.98	0.030

มีความตั้งใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽¹⁰⁾ พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนปัจจัยนำด้านความรู้ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง อันเนื่องมาจากความรู้เป็นสารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิดเปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่น จนเกิดเป็นความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุปและตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ โดยไม่จำกัดช่วงเวลา⁽¹¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽¹²⁾ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง อันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม⁽¹³⁾ เมื่อมีทรัพยากรอย่างเพียงพอในการป้องกันและควบคุมโรค จึงมีส่วนสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น มีมุ้งสวดหรือใช้มุ้งกางนอนทุกครั้ง มีการสนับสนุนทรายอะเบท สารเคมีในการพ่นหมอกควัน หรือมีอุปกรณ์ป้องกันมิให้ยุงวางไข่ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน^(9,11) พบว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อันเนื่องมาจากการใช้สื่อหรือเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์การณรงค์ให้ประชาชนช่วยกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในช่วงที่มีการระบาดของโรค ร่วมกับการเก็บบ้าน เก็บขยะ การปิดฝาภาชนะใส่น้ำเพื่อป้องกันไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่

สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก^(10,14) พบว่าปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. รูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการ

รูปแบบกิจกรรมฯ ได้พัฒนาขึ้นโดยมีหลักการสำคัญคือ ออกแบบกิจกรรมตามปัจจัยเชิงสาเหตุที่พบ แล้วจึงพัฒนารูปแบบตามกรอบแนวคิด 4 ด้าน ได้แก่ (1) การวางแผนการใช้รูปแบบ (2) การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ (3) การติดตาม และ (4) การประเมินผลการใช้รูปแบบ สอดคล้องกับหลักการออกแบบรูปแบบกิจกรรมที่ประกอบด้วยหลักการ วัตถุประสงค์ ระบบและกลไก วิธีการดำเนินงาน แนวทางการประเมินผล และเงื่อนไขของรูปแบบ⁽¹⁵⁾ ซึ่งถือเป็นการสร้างรูปแบบที่ดี นอกจากนั้น การกำหนดให้มีการพัฒนารูปแบบ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นการสร้างหรือพัฒนารูปแบบกิจกรรม โดยการศึกษาค้นคว้าแนวคิดสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามสภาพปัญหาจริงที่พบในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดนนทบุรี และการทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบกิจกรรมเชิงคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการประเมินรูปแบบกิจกรรมโดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้มาให้ออกคิดเห็นก่อนนำไปใช้ในการทดลอง ทำให้ได้มีการปรับปรุง พัฒนารูปแบบ ได้รูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ใช้รูปแบบ ส่งผลต่อการเรียนรู้ที่ดี^(16,17)

3. การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการ

ผลการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมฯ ผลการวิจัย พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้ง ปัจจัยนำด้านทัศนคติ และปัจจัยเสริม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการดำเนินการวิจัยพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่กล่าวมาข้างต้น เป็นไปตามรูปแบบและกิจกรรมที่กำหนด ทั้ง 6 กิจกรรม ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้ สร้าง

ความตระหนัก ปรับทัศนคติ อบรมเชิงปฏิบัติการทักษะ ในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง รวมถึงสร้างแรงจูงใจในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย สร้าง Line group เพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารกับเป้าหมาย อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมเดินตรวจพื้นที่กับจิตอาสาและการ มอบรางวัล “ปักธง” หลังเดินสำรวจตาม house index และ container index ที่พบ จึงทำให้ปัจจัยนำด้านทัศนคติและปัจจัยเสริมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเกศิณี วงศ์สุบินและคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นจากรูปแบบกิจกรรมที่ประกอบด้วย แนวคิดของรูปแบบกิจกรรมฯ การวางแผนการใช้รูปแบบกิจกรรมฯ การดำเนินการตามรูปแบบกิจกรรม การประเมินผลรูปแบบกิจกรรมฯ ทุกกิจกรรม ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกระตือรือร้นที่จะทำพฤติกรรม การดำเนินงานกิจกรรมดังกล่าวจึงเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป อีกทั้งมีการกระตุ้นและให้กำลังใจโดยทีมเยี่ยมสำรวจ และสร้างกระแสสังคมและการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโดยบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการปรับปรุงพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธพงศ์ ภามาศ⁽¹⁹⁾ ถึงอย่างไรก็ตามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องมีความต่อเนื่องยั่งยืนและมีการติดตามทุกระยะตามธรรมชาติของโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานในพื้นที่ คือ การนำรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการไปปรับประยุกต์ใช้และขยายผลในอำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือผู้บริหารของทุกภาคส่วน ทั้งรัฐ เอกชน ท้องถิ่น รวมทั้งผู้นำชุมชน โดยเฉพาะอำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง ควรให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านบริหารจัดการ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และพัฒนารูปแบบให้สามารถนำไปปรับใช้ได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และสุดท้ายข้อเสนอแนะด้านการวิจัย ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลระยะยาวถึงความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการใช้รูปแบบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณประธานชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลตลาดขวัญ บางกร่าง บางเขน ผู้แทนภาคีเครือข่ายจากเทศบาลนคร นนทบุรี โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ มัสยิดอัสฮิจเราะห์ บุคลากรงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ได้แก่ ตลาดขวัญ ไชยแสงกำเนิดมี ท่าทราย บางไผ่ วัดแคใน ที่ร่วมพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขต อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2562. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2562.
2. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. รายงานระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก ปี 2562. นนทบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี; 2562.

3. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. รายงานการประชุมศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับจังหวัด. นนทบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี; 2561.
4. นันทน์ช โสมนรินทร์, ณัฐชุตตา วิจิตรจามรี. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี. การประชุมวิชาการแห่งชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 9; 6-7 ธันวาคม 2555; มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, นครปฐม.
5. ลิวลี รัตนปัญญา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมและรูปแบบกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561;27(1):135-48.
6. Green LW, Kreuter MW. CDC's planned approach to community health as an application of PRECEDE and an inspiration for PROCEED. *Journal of Health Education* 1992;23:140-7.
7. Yamane T. *Statistics: an introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper; 1973.
8. Morrow R, Rodriguez A, King N. Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The Psychologist* 2015; 28(8),643-4.
9. Tansakun S. Guidelines for the implementation of health education and health promotion. *Journal of Health Education* 2012;30(105):1-15.
10. รัชฎาภรณ์ มีคุณ, กรรณิกา สาลีอาจ, ชลการ ทรงศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านหนองอีบัว ตำบลขอนแก่น อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา* 2562;2(2):26-34.
11. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการและสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. *การจัดการความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2548.
12. ชนิตา มีททวงกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อโนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา, อัมพร ลิทธิจาด, อารงเดช น้อยสิริวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม* 2560;18(34):34-48.
13. Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: an educational and ecological approach*. New York: McGraw-Hill;2005.
14. ภาณุวัฒน์ พรหมสังคหะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าควาย อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ* 2562;1(1):23-31.
15. ธีระ รุญเจริญ. *รูปแบบและองค์ประกอบของรูปแบบ. เอกสารประกอบการบรรยายรายวิชาสัมมนาการบริหารการศึกษา. อุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2543.*
16. อุทุมพร จามรมาน. โมเดล (Model). *วารสารวิชาการ กรมวิชาการ* 2541;1(3):22-6.
17. Joyce BR, Weil M, Calhoun E. *Models of teaching*. 9th edition. Boston, MA: Pearson; 2015.
18. เกศิณี วงศ์สุบิน, ชวีญเมือง แก้วดำเกิง, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า* 2559;33(3):196-209.
19. ยุทธพงศ์ งามาศ. *การสร้างพลังประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.

Abstract: Development of an Integrated Activity Model for Prevention and Control of Dengue Fever in High-Risk Areas of Muang District, Nonthaburi Province

Sariddet Charoenchai, M.D., M.P.H.*; Wichai Sukparkkit, B.P.H.*; Masarin Sukolpuk, Ph.D.**

* Nonthaburi Provincial Health Office; ** Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):517-27.

This research and development study aimed at developing an integrated activity model for prevention and control of dengue fever among people, health professionals and networks in high-risk areas of Muang district, Nonthaburi province. It was conducted from September to December 2019. There were three phases of the study. Phase one researchers examined the predictive factors of prevention and control behaviors of dengue fever among people living in high-risk areas of Muang district, Nonthaburi Province. The investigating tool was the questionnaire covering demographic data, and the predictive factors of prevention and control behaviors of dengue fever developed by the researchers. The reliability by Cronbach's coefficient was 0.90. The data were analyzed using multiple regression. Phase two researchers designed the integrated activity model for prevention and control of dengue fever. The model was approved by the health professionals and networks using focus group discussion. Phase three researchers evaluated the effectiveness of the integrated activity model for prevention and control of dengue fever. The participants were the family members. The tools were the integrated activity model for prevention and control of dengue fever developed in the second phase and the questionnaire developed in the first phase. The data were analyzed using *paired t-test*. Results revealed that the enabling factors, and predisposing factors in terms of attitude and knowledge, and precipitating factor could significantly predict the prevention and control behaviors of dengue fever among the family members with a coefficient of variation of 34.60 % ($p < 0.001$). The integrated activity model for prevention and control of dengue fever among family members, health professionals and networks namely "Save our community from dengue fever" comprise six activities and four dimensions including planning, doing, monitoring, and evaluation. The mean score of prevention and control behaviors of dengue fever of the family members before and after the activity, was increased from 42.63 to be 45.06 ($p < 0.05$). Suggestions include applying the integrated activity model for prevention and control of dengue fever and extending to all parts of the high-risk areas around the country.

Keywords: activity model; prevention and control behaviors; dengue fever; high risk area

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบ การจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ ต่อความรู้ทางการเรียน ทักษะการจดบันทึก และความพึงพอใจของผู้เรียน

นันทวรรณ ตีระวงศา วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)*

ปยุตธนา ศรีสมบุรณ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)**

ศุชญา โตจันทร์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)*

ลิลิต ศิริทรัพย์จันทน์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)*

วีรวัดณ์ ทางธรรม วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)***

* สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดนนทบุรี

** สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดนนทบุรี

*** สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดนนทบุรี

วันรับ:	23 ก.ย. 2562
วันแก้ไข:	12 พ.ย. 2562
วันตอบรับ:	22 พ.ย. 2562

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความรู้ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลหลังใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ (2) ศึกษาทักษะการจดบันทึกของนักศึกษาพยาบาลหลังใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ (3) เปรียบเทียบความรู้ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ และ (4) ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดนนทบุรี ที่ลงทะเบียนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ในภาคการศึกษาที่ 3 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย คู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ แบบจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ แบบประเมินทักษะการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (dependent t-test) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ทางการเรียนหลังใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=0.66, SD=0.44) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์มีความรู้ทางการเรียนมากกว่าก่อนใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.67 มีทักษะการจดบันทึกหลังใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ อยู่ในระดับดีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.08, SD=0.8)

คำสำคัญ: การจดบันทึกแบบคอร์เนลล์, ความรู้ทางการเรียน, ทักษะการจดบันทึก, ความพึงพอใจของผู้เรียน

บทนำ

ในปัจจุบันมีผู้สอนในสถาบันการศึกษาหลายสถาบันได้นำวิธีการจดบันทึกแบบคอร์เนลมาใช้ในการพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียน ดังเช่นการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ และมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ซึ่งผลจากการนำวิธีการบันทึกแบบคอร์เนลไปใช้ส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้ในหลายๆ ด้าน เช่น พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังเรียนมีความแตกต่างกัน และนักศึกษาพยาบาลมีความคงทนในการเรียนรู้ มีความพึงพอใจในการเรียน รวมถึงมีคะแนนความสามารถในการจดบันทึกแบบคอร์เนลผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระดับดีมาก^(1,2) และจากการรายงานที่ผ่านมายังพบว่า ทักษะการจดบันทึกในชั้นเรียนระดับวิทยาลัยเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ โดยผู้เรียนที่เพิ่มข้อมูลในการจดบันทึกได้สมบูรณ์สามารถทำข้อสอบได้ดีกว่าเมื่อต้องตอบคำถามแบบประยุกต์ความรู้^(2,3)

อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์และการประเมินผล การเรียนการสอนของผู้วิจัยที่ใช้กิจกรรมการบันทึกการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ พบว่า มีนักศึกษาบางส่วนไม่สนใจในการจดบันทึก ไม่ทราบว่าจะบันทึกอะไร หรือจดบันทึกด้วยข้อความสั้นๆ ไม่สะท้อนสาระสำคัญ บางส่วนพยายามจดบันทึกอย่างละเอียดเกินความจำเป็น ไม่มีการสรุปสาระสำคัญ ขาดการเรียบเรียงความคิด และผู้อ่านทำความเข้าใจได้ยาก ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการบันทึกการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นการตอบที่ไม่ได้แบ่งส่วนพื้นที่ของกระดาษในการบันทึก จึงทำให้ผู้เรียนไม่สามารถจัดเรียงลำดับความคิด สอดคล้องกับบรรชาติอำไพ⁽⁴⁾ ได้เสนอว่า นักศึกษาที่เริ่มต้นเรียนครั้งแรกมักประสบปัญหาการจดบันทึกเพราะขาดประสบการณ์ และไม่รู้เทคนิคการจดบันทึก จากปรากฏการณ์ดังกล่าว เพื่อจะทำให้เกิดการเรียนการสอนในยุคศตวรรษที่ 21 จึงต้องปรับวิธีเรียน เปลี่ยนวิธีสอนที่เน้นให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ⁽⁵⁾ เรียนแบบ active learning โดยใช้กระบวนการและฝึกทักษะเพื่อนำไปสู่การคิดวิเคราะห์

และสร้างสรรค์⁽⁶⁾ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลซึ่งเป็นวิธีเรียนแบบ active learning ในวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ซึ่งอยู่ในหมวดวิชาชีพที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก การจดบันทึกที่จะมีการแบ่งหน้ากระดาษออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ใช้จดบันทึก ส่วนบันทึกช่วยเตือนความจำ และส่วนสุดท้ายสรุปบทวน⁽³⁾ ดังนั้นนักศึกษาจึงควรได้รับการพัฒนาหรือปรับปรุงวิธีการจดบันทึกของตนเองให้มีประสิทธิภาพ ลดการพึ่งพาผู้อื่น ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำรูปแบบการจดบันทึกคอร์เนลมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน ที่เน้นการจดบันทึกความรู้ต่างๆ โดยมุ่งหวังให้ผู้เรียนได้พัฒนาในเรื่องความรู้ทางการเรียนที่สูงขึ้น มีทักษะการจดบันทึกที่สูงขึ้น สามารถนำองค์ความรู้ที่เรียนไปบูรณาการหรือประยุกต์ใช้ได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทางการเรียน ทักษะการจดบันทึก เปรียบเทียบความรู้ทางการเรียน และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนล

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ โดยใช้โปรแกรม G* Power 3⁽⁷⁾ โดยกำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95 non-centrality parameter 3.36 Critical t 1.69 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10.0 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย⁽⁸⁾ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ 30 ราย ตามคุณสมบัติที่เหมาะสมกับการวิจัย คือ เป็นผู้ที่กำลังเรียนรายวิชาปฏิบัติหลักการ

และเทคนิคการพยาบาล ซึ่งยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์⁽³⁾

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ แบบประเมินทักษะการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

1. คู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ ดำเนินการ ดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด หลักการ ขั้นตอน การจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ แนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การบันทึกแบบคอร์เนลล์จากการทบทวนวรรณกรรม และหนังสือ

1.2 จัดทำคู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ เป็นคู่มือที่มีกระบวนการและขั้นตอนในการใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ บทบาทผู้สอน บทบาทผู้เรียน วิธีการประเมินผล เพื่อเป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ขั้นเตรียมจนกระทั่งถึงการประเมินผลต่าง ๆ

2. แบบบันทึกแบบคอร์เนลล์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยแปลเนื้อหาของแบบบันทึก และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แบบบันทึกมีลักษณะแบบเขียนบรรยาย ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนแรก (note-taking area) ใช้จดข้อมูลจากสิ่งที่ได้เรียนรู้ ส่วนที่ 2 ใช้บันทึกประเด็นที่เป็นคำถาม และส่วนสุดท้าย (summary area) ใช้สำหรับสรุปเนื้อหาที่เกี่ยวข้องหรือการค้นพบความรู้ใหม่

3. แบบประเมินทักษะการจดบันทึกของคอร์เนลล์ ผู้วิจัยดำเนินการโดยแปลเนื้อหาของแบบประเมินการจดบันทึกของคอร์เนลล์ และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แบบประเมินเป็นเกณฑ์แบบรูปรีด 4

ระดับ จำนวน 5 ข้อ ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังนักศึกษาจดบันทึกแบบคอร์เนลล์

การแปลผลคะแนน ใช้ช่วงของคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- น้อยกว่า 10 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจดบันทึกอยู่ในระดับต่ำมาก
- 10-11 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจดบันทึกอยู่ในระดับต่ำ
- 12-13 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจดบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง
- 14-15 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจดบันทึกอยู่ในระดับดี
- 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีทักษะการจดบันทึกอยู่ในระดับดีมาก

4. แบบทดสอบความรู้ทางการเรียน ดำเนินการ ดังนี้

4.1 วิเคราะห์เนื้อหาวิชาหลักการและปฏิบัติหลักการพยาบาล

4.2 จัดทำแบบทดสอบแบบปรนัย เลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ โดยใช้คะแนนเป็นตัวบอกระดับความรู้ทางการเรียน กำหนดให้ข้อที่ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และข้อที่ตอบผิด ได้ 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนมารวมเป็นคะแนนความรู้ และหาค่าเฉลี่ยรายข้อ

การแปลผลคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ย โดยแบ่งระดับความรู้ เป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 0 - 0.49 หมายถึง มีความรู้ทางการเรียนอยู่ในระดับต่ำมาก
- ค่าเฉลี่ย 0.50 - 0.59 หมายถึง มีความรู้ทางการเรียนอยู่ในระดับต่ำ
- ค่าเฉลี่ย 0.60 - 0.69 หมายถึง มีความรู้ทางการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 0.70 - 0.79 หมายถึง มีความรู้ทางการเรียนอยู่ในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 0.80 - 1.00 หมายถึง มีความรู้ทางการเรียนอยู่ในระดับดีมาก

5. แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษา ดำเนินการดังนี้

5.1 ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

5.2 จัดทำแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 12 ข้อ คือ ด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 4 ข้อ ด้านกระบวนการ จำนวน 4 ข้อ และด้านผลผลิต จำนวน 4 ข้อ และทำแบบสอบถามให้ผู้เรียนเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การแปลผลคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของนงลักษณ์ วิรัชชัย⁽⁹⁾ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ≤ 1.50 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจน้อยที่สุด
- 1.51-2.50 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจน้อย
- 2.51-3.50 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจปานกลาง
- 3.51-4.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
- 4.51-5.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. แบบบันทึกแบบคอร์เนล ผู้วิจัยหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00

2. แบบประเมินทักษะการจดบันทึกแบบคอร์เนล ผู้วิจัยหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00

3. แบบทดสอบความรู้ทางการเรียน ผู้วิจัยหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.91 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ โดยนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น

ด้วยสูตร KR20 ได้ค่า KR20 เท่ากับ 0.53

4. แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษา ผู้วิจัยหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86 -1.00 และหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.70

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานในช่วงเวลาเดียวกัน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจดบันทึกแบบคอร์เนลและวัดความรู้เกี่ยวกับวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล พร้อมประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิจัยนี้ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละของข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ทางการเรียน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังเรียน โดยใช้สถิติที (dependent t-test) ค่าร้อยละของระดับทักษะการจดบันทึก ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของผู้เรียน การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เอกสารรับรองเลขที่ BNC REC 11/2562 วันที่ 4 พฤษภาคม 2562

ผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 3 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างข้างต้น โดยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีความสมบูรณ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 13.33 ส่วนใหญ่มีอายุ 20 ปี ร้อยละ 73.33 รองลงมา อายุ 21 ปี ร้อยละ 16.67 ผลการเรียนรู้เฉลี่ย 2.51-3.00 ร้อยละ 60.00 รองลงมา ผลการเรียนรู้เฉลี่ยน้อยกว่า 2.50 ร้อยละ 26.67

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ทางการเรียนโดยรวมหลังใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=0.66, SD=0.44) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การบันทึกสัญญาณชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=0.97, SD=0.18) รองลงมา เป็นการวัดสายยาง

ให้อาหารในวัยผู้ใหญ่ และบทบาทในการบริหารยา (Mean=0.93, SD=0.25) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ

การประคบเย็น (Mean=0.40, SD=0.50) ดังตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางการเรียนหลังใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์มากกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ที่ทักษะการจดบันทึก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.67 มีคะแนนอยู่ในระดับดี จำนวน 14 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.67 มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 12 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.00 และมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับทักษะการจดบันทึกในระดับดีขึ้นไป จำนวน 26 คน คิดเป็น ร้อยละ 86.67 ดังตารางที่ 3

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.08, SD=0.8) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบ

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ทางการเรียนหลังใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ จำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับข้อ	Mean	S.D	ระดับความรู้
การประคบเย็น	0.40	0.50	ต่ำมาก
บทบาทในการบริหารยา	0.93	0.25	มาก
การวัดสายยางให้อาหารในวัยผู้ใหญ่	0.93	0.25	มาก
การบันทึกสัญญาณชีพ	0.97	0.18	ดีมาก
ภาพรวม	0.66	0.44	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน-มาตรฐานของระดับความรู้ทางการเรียนของนักศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	SD	t	p-value
ก่อนเรียน	30	14.63	2.73	7.698	0.001
หลังเรียน	30	19.33	4.02		

ตารางที่ 3 ระดับทักษะการจดบันทึก (N=30)

ระดับทักษะ	คะแนน	ทักษะการจดบันทึก	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำมาก	น้อยกว่า 10	-	-
ต่ำ	10-11	-	-
ปานกลาง	12-13	4	13.33
ดี	14-15	14	46.67
ดีมาก	16 ขึ้นไป	12	40.00

ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ต่อความรู้ทางการเรียน และความพึงพอใจของผู้เรียน

การจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ส่งเสริมให้ฉันเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง (Mean=4.27, SD=0.78) และการบันทึกการเรียนรู้แบบคอร์เนลล์ทำให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคตได้ (Mean =4.27, SD=0.69) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือมีเวลาเพียงพอสำหรับการจดบันทึก (Mean =3.57, SD=0.97) ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

1. ความรู้ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้รูปแบบการจดบันทึกคอร์เนลล์สูงกว่าก่อนใช้

จากผลการวิจัย ความรู้ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง

ที่เพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ ทั้งนี้เป็นเพราะนักศึกษามีความรู้ทางการเรียนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากคุณลักษณะแบบบันทึกคอร์เนลล์พัฒนาโดยศาสตราจารย์ Walter Pauk⁽³⁾ ที่มีลักษณะเด่นและแตกต่างจากรูปแบบการบันทึกแบบอื่น คือ มีการบันทึกคำถาม หรือประเด็นสำคัญ และสรุป ทำให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ มากขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศศิธร อินตุน⁽²⁾ ที่พบว่าการใช้กิจกรรมจดบันทึกคอร์เนลล์มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับผลการวิจัยของกิติมา

ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจของผู้เรียน

รายการประเมิน	ความพึงพอใจของผู้เรียน		ระดับความพึงพอใจ
	Mean	S.D.	
1. ด้านปัจจัยนำเข้า			
1.1 ค่าชี้แจงของกิจกรรมทำให้เข้าใจง่าย	4.17	0.83	มาก
1.2 รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ เหมาะสมและน่าสนใจ	4.20	0.71	มาก
1.3 ฉันมีเวลาเพียงพอสำหรับการจดบันทึก	3.57	0.97	มาก
1.4 เนื้อหาที่เรียนมีความเหมาะสมกับผู้เรียน	4.20	0.61	มาก
2. ด้านกระบวนการ			
2.1 การจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ส่งเสริมให้เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง	4.27	0.78	มาก
2.2 การบันทึกการเรียนรู้แบบคอร์เนลล์ ทำให้เข้าใจเรื่องที่เรียนง่ายขึ้น	3.90	0.93	มาก
2.3 การบันทึกการเรียนรู้แบบคอร์เนลล์ สามารถพัฒนาทักษะการจดบันทึกที่มีประสิทธิภาพต่อการเรียนรู้มากขึ้นได้ด้วยตนเอง	4.10	0.76	มาก
2.4 ขั้นตอนการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ทำให้มีความรู้ความเข้าใจบทเรียนมากขึ้น	4.13	0.82	มาก
3. ด้านผลผลิต			
3.1 ได้เรียนรู้ขั้นตอนการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์อย่างเข้าใจ	3.83	0.99	มาก
3.2 มีแนวทางในการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบจากการบันทึกการเรียนรู้แบบคอร์เนลล์	4.17	0.70	มาก
3.3 การบันทึกการเรียนรู้แบบคอร์เนลล์ ทำให้สามารถเก็บความรู้และจดจำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าการจดบันทึกวิธีเดิม	4.17	0.75	มาก
3.4 การบันทึกการเรียนรู้แบบคอร์เนลล์ทำให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคตได้	4.27	0.69	มาก
รวม	4.08	0.80	มาก

สาธุงศ์⁽¹⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบการจดบันทึกคอร์เนลล์ของนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังเรียนสูงขึ้น และมีความรู้ทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นตามประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติบนหอผู้ป่วย และการศึกษาของ Tsai TF และ Wu Y⁽¹⁰⁾ พบว่า คุณค่าและความสำคัญของการจดบันทึกที่ชัดเจนและยั่งยืน

2. ทักษะการจดบันทึกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการจดบันทึก มีจำนวน 5 ครั้ง จึงทำให้ทักษะการจดบันทึกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Broe D⁽¹¹⁾ พบว่า กลุ่มที่ใช้การจดบันทึกแบบคอร์เนลล์มีคุณภาพของการจดบันทึกสูงกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของศศิธร อินตุน⁽²⁾ ที่ศึกษาการใช้กิจกรรมจดบันทึกคอร์เนลล์เพื่อส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาสาขาวิชาการประถมศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการจดบันทึกคอร์เนลล์ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระดับดีมาก

3. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการจดบันทึกอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความตั้งใจที่จะเขียนบันทึก สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของนักศึกษา คือ จะนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาอื่น ๆ ต่อไป ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของกิตติมา สาธุงศ์⁽¹⁾ ศึกษาประสิทธิภาพการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบการจดบันทึกคอร์เนลล์ในวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ของนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังเรียนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นักศึกษาพยาบาลมีความคงทนในการเรียนรู้ และมีความพึงพอใจในการเรียนอยู่ในระดับมาก ส่วนผลงานจดบันทึกอยู่ในระดับพอใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้สอนสามารถนำรูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ไปใช้ในรายวิชาอื่น ๆ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และอาจารย์ผู้สอน สามารถมอบหมายให้นักศึกษาพยาบาลฝึกทักษะการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ควบคู่กับการสอนด้วยกิจกรรมอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้ นักศึกษามีความเข้าใจในการจดบันทึก และนำสิ่งที่จดบันทึกไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น สำหรับนักศึกษาหรือผู้สนใจ นักศึกษาหรือผู้ที่สนใจสามารถนำรูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลล์ไปใช้ในการฝึกทักษะการจดบันทึกของตนเอง และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์ จากคณะผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งกำลังใจและเอาใจใส่อย่างดีจาก ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ดร.สุภลักษณ์ ธาณรัตน์ และดร.สารนิต บุญประสพ ที่กรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติมา สาธุงศ์. ประสิทธิภาพการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบการจดบันทึกคอร์เนลล์ในวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยกองทัพเรือ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2554;3(1):12-25.
2. ศศิธร อินตุน. การใช้กิจกรรมจดบันทึกคอร์เนลล์เพื่อส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความคิดเห็นของนักศึกษา สาขาวิชาการประถมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น 2559;10(1):108-20.
3. Pauk W, Owens RJQ. How to study in college. 10th ed. Boston, MA: Cengage Learning; 2011.
4. วรชาติ อำไพ. การจดบันทึก [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: มสธ.; 2557 [สืบค้นเมื่อ 29 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.stou.ac.th/offices/oes/oespage/guide/.../4.การจดบันทึก.pdf>

ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจดบันทึกแบบคอร์เนลต่อความรู้ทางการเรียน และความพึงพอใจของผู้เรียน

5. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สราญ นิรัน-
รัตน์, จิราภรณ์ จันทร์อารักษ์, บุญเดือน วัฒนกุล, ทุติยรัตน์
รื่นเริง. ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลใน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. วารสารพยาบาล-
กระทรวงสาธารณสุข 2558;25(2):178-93.
6. ตวง อันทะไชย. การปฏิรูปการศึกษาเพื่อให้อุดมคดียุคกับ
ข้อตกลงของประชาคมอาเซียน: ต้องปฏิรูปหลักสูตรและ
ระบบการเรียนการสอน. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัย-
ขอนแก่น 2559;39(2):13-4.
7. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3:
a flexible statistical power analysis program for the social,
behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods
2007;39(2):175-9.
8. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principle and
methods. 5th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1995.
9. นงลักษณ์ วิรัชชัย. สถิติชวนใช้. กรุงเทพมหานคร: โอคอน
พรีนติ้ง; 2555.
10. Tsai TF, Wu Y. Effects of Note-taking instruction and
note-taking languages on college EFL students' listening
comprehension. New Horizons in Education 2010;
58(1):120-32.
11. Broe D. The effects of teaching Cornell Notes on student
achievement. North Dakota: Minot State University;
2013.

Abstract: Effects of Cornell Note-Taking on Learning Knowledge, Taking Note Skills, and Students' Satisfaction

Nanthawan Teerawongsa, M.Sc. (Nursing)*; Punnapa Srisomboon, M.N.S. (Prediatric Nursing)**;
Suchaya Tojun, M.N.S. (Nursing)*; Lilit Sirisupjanun, M.N.S. (Nursing)*; Weerawat Thangthum, M.Sc.
(Public Health)***

* Department of Adult and Gerontological Nursing, Boromarajonani College of Nursing Changwat Non-
thaburi** Department of Prediatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi; ***
Department of Community health Nursing, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Non-
thaburi Province, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):528-35.

The objectives of this research were to: (1) study the learning knowledge of nursing students after using Cornell Note-Taking, (2) study the taking note skills of nursing students after using Cornell Note-Taking, (3) to compare between the learning knowledge of nursing students before using Cornell Note-Taking and after using Cornell Note-Taking, and (4) study the students' satisfaction on the Cornell Note-Taking learning process. The samples of this study were 30 second-year nursing students at Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi who registered in the Principles and Techniques in Nursing Practicum Subject in the third semester of the 2019 academic year. The research instruments included the Cornell Note-Taking, Cornell Note-Taking skills evaluation form, knowledge test on principles and techniques in nursing, and students' satisfaction evaluation form. Data were analyzed using percentile, mean, standard deviation, and dependent t-test. It was found that the learning knowledge of nursing students after using Cornell Note-Taking as a whole was at medium level (Mean=0.66, SD=0.44). The learning knowledge of nursing students after using Cornell Note-Taking had higher than before using the tool ($p < 0.01$). After using Cornell Note-Taking, 86.67% of nursing students had the note-taking skill at a good level and above. The satisfaction of nursing students on Cornell Note-Taking as a whole was at high level (Mean=4.08, SD=0.8).

Keywords: Cornell Note-Taking; knowledge; note-taking skills; students' satisfaction

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

สมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

จักรวาล เรณูรส พย.ม.*

เสาวคนธ์ วีระศิริ Ph.D.**

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันรับ: 23 ส.ค. 2562

วันแก้ไข: 26 ก.ย. 2562

วันตอบรับ: 24 มี.ค. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง กลุ่มประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 155 คน และอาจารย์ผู้สอนจำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 175 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพัฒนาจากกรอบแนวคิดสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวระดับทั่วไปของสมาคมพยาบาลครอบครัวนานาชาติและสภาการพยาบาล ซึ่งมีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกันเป็นนักศึกษาและอาจารย์จำนวนอย่างละ 10 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.958 และ 0.976 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง (Mean=3.84, SD=0.41) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่ามีสมรรถนะในด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวในระดับสูงสุด (Mean=3.93, SD=0.46) และข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดได้แก่ “การเห็นความสำคัญและเชื่อว่าการพยาบาลครอบครัวมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพครอบครัว (Mean=4.34, SD=0.75) ข้อที่มีคะแนนระดับน้อยที่สุด ได้แก่ “การจัดทำเอกสาร ข้อมูล สถิติที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลครอบครัวการบันทึกเป็นรายกรณี และจัดทำฐานข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างถูกต้องครอบคลุม” (Mean=3.50, SD=0.66) ในส่วนการรับรู้โดยอาจารย์ผู้สอนพบว่า คะแนนสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูง (Mean=4.03, SD=0.57) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า การเสริมสร้างและส่งเสริมสุขภาพครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.16, SD=0.57) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า “การปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัว” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean=4.45, SD=0.82) และพบว่า “การจัดทำเอกสาร ข้อมูล สถิติที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลครอบครัวการบันทึกเป็นรายกรณี และจัดทำฐานข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างถูกต้องครอบคลุม” เป็นข้อที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุด (Mean=3.45, SD=1.05) จึงสรุปได้ว่านักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาลประเมินสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง แต่พบว่าด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดได้แก่ การบันทึกรายกรณีและการจัดทำฐานข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงควรมีการพัฒนาเนื้อหาและกระบวนการจัดการเรียนรู้ในเกิดสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวในระดับสูงมากทุกข้อต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถนะการพยาบาล; การพยาบาลครอบครัว; นักศึกษาพยาบาล

บทนำ

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบราชการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านงบประมาณ การบริหารจัดการ และการประเมินผลงานโดยมุ่งเน้นการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ทำให้หน่วยงานราชการต่าง ๆ เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการบริหารทรัพยากรบุคคลจึงเริ่มมีการมุ่งเน้นในการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดสมรรถนะที่พึงประสงค์และมีสมรรถนะเพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบเพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายองค์กร⁽¹⁾ สมรรถนะจึงถือเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลที่ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และนิสัยอันพึงปรารถนาของบุคคลที่จะทำให้ปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จแบบสูงสุด⁽²⁾ ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรีนั้นนอกเหนือจากต้องบรรลุตามคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาแล้วบัณฑิตเองจะต้องมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพตามที่สภาการพยาบาลกำหนดอย่างครบถ้วนและนอกจากนี้ยังได้รวมถึงการเป็นแนวปฏิบัติให้สถาบันการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีโดยระบุว่า “นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีก่อนได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทุกคนต้องได้รับการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับความสำคัญของการพยาบาลและการอยู่ดีมีสุขของสมาชิกครอบครัว รวมทั้งวิธีการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ที่มุ่งเน้นการดูแลครอบครัวด้วย”⁽³⁾ ซึ่งในปี พ.ศ.2557 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการปฏิบัติงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการดูแลสุขภาพครอบครัวโดยกำหนดให้มีนักจัดการสุขภาพครอบครัว (นสค.) โดยใช้บุคลากรทางการแพทย์ในทุกกระดับ ซึ่งได้ถูกจัดตั้งในปีพ.ศ.2558 มีชื่อเรียกว่า ทีมหมอครอบครัว⁽⁴⁾

พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งในทีมหมอครอบครัวที่จะต้องมีความสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพครอบครัวใน

บทบาทของพยาบาลครอบครัวซึ่งคณะกรรมการด้านการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว สมาคมพยาบาลครอบครัวนานาชาติ(International Family Nursing Association; IFNA) ได้พัฒนาข้อเสนอเกี่ยวกับสมรรถนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวระดับทั่วไปโดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารสมาคมพยาบาลครอบครัวนานาชาติเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2558 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการศึกษาระดับปริญญาตรี และการปฏิบัติการพยาบาลดูแลครอบครัวโดยแบ่งเป็น 5 สมรรถนะหลัก 33 องค์ประกอบย่อย [International Family Nursing Associations]⁽⁴⁾ ซึ่งสมรรถนะด้านการพยาบาลครอบครัวในระดับทั่วไปนั้นประกอบด้วยสมรรถนะในการเสริมสร้างและส่งเสริมสุขภาพครอบครัวให้มีความสมดุล สมบูรณ์และแข็งแรงทั้งด้านร่างกายจิตใจ และจิตวิญญาณ เสริมสร้างจุดแข็งของครอบครัวและสนับสนุนให้ครอบครัวมีการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตตามช่วงวัย สามารถดูแลสมาชิกเมื่อมีการเจ็บป่วยได้ มีการแนะนำแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการดูแลครอบครัว สมรรถนะในการประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สมรรถนะในการมีความเป็นผู้นำและมีทักษะการคิดเชิงระบบเพื่อการดูแลครอบครัว มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง โดยตนเองและครอบครัวที่ได้รับการดูแล และสมรรถนะในการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานสู่การดูแลภาวะสุขภาพครอบครัวได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

การศึกษาที่ผ่านมามักพบเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ตัวอย่างเช่น การศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวในประเทศไนจีเรีย⁽⁵⁾ พบว่า ในการศึกษาด้านการพยาบาลครอบครัวมีการใช้เนื้อหาสาระวิชาการพยาบาลครอบครัวผนวกรวมอยู่ในวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน โดยเน้นเกี่ยวกับประเภทของครอบครัวและการวางแผนครอบครัว ส่วนด้านการปฏิบัติการพยาบาลนั้นพบว่ามีการใช้เฉพาะเรื่องลักษณะของครอบครัว การ

ประเมินสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของครอบครัวและรูปแบบทางสังคมและวัฒนธรรมของครอบครัว การศึกษาเรื่องบทบาทของการสอนในคลินิกกับเรียนรู้ทักษะการพยาบาลครอบครัวพบว่าเงื่อนไขความสำเร็จขึ้นอยู่กับตัวอาจารย์ในคลินิกที่มีทักษะความชำนาญ ในด้านการพยาบาลครอบครัว และใช้แนวคิดทฤษฎีเพื่อเชื่อมโยงความรู้ของนักเรียนสู่การปฏิบัติจริง⁽⁶⁾ การศึกษาของเรื่องการเรียนรู้การใช้การสัมภาษณ์ครอบครัว 15 นาทีในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 พบว่า การใช้ทักษะการสัมภาษณ์ครอบครัว 15 นาทีนั้นทำให้นักศึกษาสามารถสื่อสารกับครอบครัวได้ดีขึ้นและมีความมั่นใจในการประเมินครอบครัวเพื่อค้นหาปัญหาของครอบครัว เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวได้ดี⁽⁷⁾ เยาวเรศ ประภาสานนท์, บัณฑิตา ภูอาษา และแสงเดือน กิ่งแก้ว ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชนของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ โดยใช้แบบประเมินตนเองพบว่า การรับรู้สมรรถนะการให้บริการอนามัยครอบครัวอยู่ในระดับสูง⁽⁸⁾

จากข้อมูลดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีนั้นควรมีสมรรถนะด้านการพยาบาลครอบครัวที่สอดคล้องกับข้อกำหนดสมรรถนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวระดับทั่วไปของสมาคมพยาบาลครอบครัวนานาชาติ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพครอบครัวได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เรื่องสมรรถนะการปฏิบัติของการพยาบาลครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา สมรรถนะการพยาบาลครอบครัวตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีว่ามีการรับรู้ต่อสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวอยู่ในระดับใด เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาให้เกิดสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีก่อนสำเร็จการศึกษาออกไปปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดไว้ได้อย่างสมบูรณ์ และยังไม่มีความรู้ในประเด็นดังกล่าว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีเป้าหมายเพื่อศึกษาสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีก่อนสำเร็จการศึกษาประชากรได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 155 คน และอาจารย์ผู้สอนรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 และ 2 และวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 และ 2 จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดของสมาคมพยาบาลครอบครัวนานาชาติ⁽⁴⁾ และสภาการพยาบาล⁽⁹⁾ และจากแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาของสุภาภรณ์ ศรีสุพรรณ⁽¹⁰⁾ (ค่าความตรงด้านเนื้อหา CVI 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่า 0.977) แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ผลการเรียนรู้ เป็นต้น และส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะด้านการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ การเสริมสร้างและส่งเสริมสุขภาพครอบครัว การปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว ภาวะผู้นำและทักษะการคิดเชิงระบบ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว และการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน จำนวน 46 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเชื่อถือด้วยการนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้สอนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษาซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 และอาจารย์ผู้สอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา จำนวนอย่างละ 10 คน (รวม 20 คน) นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามนักศึกษามีค่า 0.958 และแบบสอบถามอาจารย์มีค่า 0.976

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับคอมพิวเตอร์ (Statistical

Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย และส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีก่อนสำเร็จการศึกษาและอาจารย์ผู้สอนวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำมาหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ และฐานนิยม โดยวิเคราะห์แยกระหว่างค่าคะแนนนักศึกษาพยาบาลกับอาจารย์ผู้สอน นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากศูนย์จริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นและมีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแนบเอกสารชี้แจง และมีสิทธิ์เข้าร่วมการวิจัย หรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีเงื่อนไข

ผลการศึกษา

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่านักศึกษาพยาบาลจำนวน 155 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 144 คน ร้อยละ 92.9 และเพศชายจำนวน 11 คน ร้อยละ 7.1 ส่วนใหญ่อายุ 22 ปี ร้อยละ 64.5 (ส่วนใหญ่ 21 ปี) ผลการเรียนรู้เฉลี่ยตลอดการศึกษา อยู่ระหว่าง 3.00 ถึง 3.49 ร้อยละ 67.7 สำหรับอาจารย์ผู้สอนจำนวน 20 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 และเพศชาย ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่อายุ 41 – 50 ปี ประสบการณ์ด้านการสอนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11 – 20 ปี

ผลการวิเคราะห์คะแนนสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า สมรรถนะด้านที่ 1 การเสริมสร้างและส่งเสริมสุขภาพครอบครัว พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะที่ 1 ในกลุ่มของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง (Mean=3.86, SD=0.43) เมื่อพิจารณา

ข้อที่ 2 “การเห็นความสำคัญและเชื่อว่าการพยาบาลครอบครัว มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพครอบครัวได้” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.34, SD=0.75) รองลงมาคือข้อที่ 4 “การปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัว” (Mean=4.16, SD=0.67) และข้อที่ 14 “ความสามารถสร้างความเชื่อมั่นและทำให้ครอบครัวไว้วางใจ โดยไม่เปิดเผยความลับและให้ความเป็นส่วนตัวแก่ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม” (Mean=4.34, SD=0.75) ตามลำดับ และคิดว่ามีสมรรถนะข้อที่ 1 “ความสามารถใช้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตสังคมในการดูแลสุขภาพครอบครัวได้อย่างถูกต้อง” มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=4.16, SD=0.67)

สมรรถนะด้านที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะที่ 2 รวมทุกข้อในระดับสูง (Mean=3.77, SD=0.48) ดังแสดงในตารางที่ 8 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มนักศึกษาพยาบาลคิดว่าตนเองมีสมรรถนะข้อที่ 25 “สามารถให้ข้อเสนอแนะ ส่งต่อตามความต้องการของครอบครัว และติดตามการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=3.90, SD=0.67) รองลงมาคือข้อที่ 21 “สามารถปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับครอบครัว โดยใช้จุดแข็งและความห่วงกังวลของครอบครัวเป็นหลักสำคัญ” (Mean=3.86, SD=0.73) และข้อที่ 24 “สามารถช่วยเหลือดูแลครอบครัว ด้วยการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย และร่วมพัฒนาหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของครอบครัวได้” (Mean=3.85, SD=0.63) ตามลำดับ และคิดว่ามีสมรรถนะข้อที่ 26 “สามารถจัดทำเอกสาร ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลครอบครัวการบันทึกเป็นรายกรณี และจัดทำฐานข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างถูกต้องครอบคลุม” มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=3.50, SD=0.66)

สมรรถนะด้านที่ 3 การแสดงให้เห็นถึงภาวะผู้นำและ

ทักษะการคิดเชิงระบบ พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะที่ 3 รวมทุกข้อในระดับสูง (Mean=3.82, SD=0.47) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่านักศึกษาพยาบาลคิดว่าตนเองมีสมรรถนะข้อที่ 30 “ความสามารถในการตัดสินใจ เพื่อประโยชน์ของครอบครัวและหน่วยงานได้อย่างเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด” (Mean=3.91, SD=0.71) เท่ากับสมรรถนะข้อที่ 29 “มีความสามารถในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลต่อไปได้” (Mean=3.91, SD=0.60) รองลงมาคือข้อที่ 34 “สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมเผยแพร่ด้านการพยาบาลครอบครัว ในระดับชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพ เช่น การเป็นผู้อบรมอาสาสมัครหมู่บ้าน การจัดระบบเอกสารรายงานต่าง ๆ” (Mean=3.90, SD=0.69) ตามลำดับ และคิดว่ามีสมรรถนะข้อที่ 27 “การแสดงออกถึงคุณลักษณะผู้นำ โดยใช้กลวิธีในการปฏิบัติงานและการดูแลครอบครัวได้อย่างเหมาะสม” มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=3.66, SD=0.67)

สมรรถนะด้านที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะที่ 4 รวมทุกข้อในระดับสูง (Mean=3.93, SD=0.46) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลคิดว่าตนเองมีสมรรถนะข้อที่ 36 “สามารถปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวได้ โดยเน้นการมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและครอบครัว มีความร่วมมือ และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันได้” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=4.08, SD=0.64) รองลงมาคือข้อที่ 39 “สามารถประเมินผลลัพธ์ร่วมกับครอบครัว โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของครอบครัวอย่างต่อเนื่องต่อไป” (Mean=3.89, SD=0.58) และคิดว่ามีสมรรถนะข้อที่ 37 “สามารถประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของครอบครัวซึ่ง มีผลจากความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ จุดแข็ง และข้อจำกัดของครอบครัวด้วย” มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

(Mean=3.88, SD=0.56)

สมรรถนะด้านที่ 5 การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะที่ 5 รวมทุกข้อในระดับสูง (Mean=3.92, SD=0.47) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลคิดว่าตนเองมีสมรรถนะข้อที่ 41 “สามารถยอมรับและให้ความสำคัญกับระบบครอบครัวและสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพครอบครัว” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=4.15, SD=0.66) รองลงมาคือข้อที่ 40 “ให้ความสำคัญในสิ่งที่ตนเองยังไม่มีความรู้ และตั้งคำถามที่เกิดจากการปฏิบัติการดูแลสุขภาพครอบครัว เพื่อนำไปสู่การศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเสมอ” (Mean=4.02, SD=0.61) และข้อที่ 46 “สามารถสรุปประเด็นความรู้จากประสบการณ์ของตนเองในการดูแลครอบครัว และถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นเข้าใจได้” (Mean=3.99, SD=0.64) ตามลำดับ และคิดว่ามีสมรรถนะข้อที่ 42 “สามารถใช้ผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการประเมินสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับครอบครัวได้” มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=3.69, SD=0.67)

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้านของกลุ่มนักศึกษาพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับสูง (Mean=3.84, SD=0.41) และเมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่าด้านที่ 3 สมรรถนะการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=3.93, SD=0.46) รองลงมาได้แก่ด้านที่ 1 สมรรถนะการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน (Mean=3.92, SD=0.47) และด้านที่ 2 ปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว มีค่าคะแนนน้อยที่สุด (Mean=3.77, SD=0.48) ดังแสดงในตารางที่ 1

สมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ตามการรับรู้ของอาจารย์ผู้สอน เมื่อวิเคราะห์รายด้านโดยแยกออกตามสมรรถนะการพยาบาลครอบครัว 5 ด้านพบว่า สมรรถนะด้านที่ 1 การเสริมสร้างและส่งเสริมสุขภาพครอบครัว พบว่าในภาพรวมมีค่า-

สมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตารางที่ 1 สมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามสมรรถนะหลัก 5 ด้าน

สมรรถนะการพยาบาลครอบครัว	ค่าเฉลี่ย	ค่า S.D.	ระดับ
1. ด้านการเสริมสร้างและส่งเสริมสุขภาพครอบครัว	3.86	0.43	สูง
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว	3.77	0.48	สูง
3. ด้านการแสดงให้เห็นถึงภาวะผู้นำและทักษะการคิดเชิงระบบ	3.82	0.47	สูง
4. ด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว	3.93	0.46	สูง
5. ด้านการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน	3.92	0.47	สูง
รวมคะแนนเฉลี่ย	3.84	0.41	สูง

เฉลี่ยของสมรรถนะที่ 1 รวมทุกในกลุ่มของอาจารย์ผู้สอนอยู่ในระดับสูง (Mean=4.16, SD=0.57) พิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มอาจารย์ผู้สอนคิดว่านักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะข้อที่ 4 “การปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัว” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=4.45, SD=0.82) รองมาคือข้อที่ 2 “การเห็นความสำคัญและเชื่อว่าการพยาบาลครอบครัว มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพครอบครัวได้” (Mean=4.40, SD=0.68) และข้อที่ 9 “สามารถส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวได้” (Mean=4.35, SD=0.67) ตามลำดับ และเกิดสมรรถนะข้อที่ 11 “สามารถระบุถึงอิทธิพลที่มีผลกระทบต่อกันระหว่างภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย และการตอบสนองของครอบครัวได้” มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=3.85, SD=0.74)

สมรรถนะด้านที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว พบว่าในกลุ่มอาจารย์ผู้สอนมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะที่ 2 รวมทุกข้อในระดับสูง (Mean=3.98, SD=0.59) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอาจารย์ผู้สอนคิดว่านักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะข้อที่ 15 “สามารถให้การดูแลครอบครัว โดยยึดครอบครัวเป็นหน่วยการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพได้” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=4.20, SD=0.76) รองมาคือข้อที่ 24 “สามารถช่วยเหลือดูแลครอบครัว ด้วยการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย และร่วมพัฒนาหาแนวทางแก้ไข

ปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของครอบครัวได้” (Mean=4.15, SD=0.58) และข้อที่ 21 “สามารถปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับครอบครัว โดยใช้จุดแข็งและความห่วงกังวลของครอบครัวเป็นหลักสำคัญ” (Mean=4.10, SD=0.85) ตามลำดับ และเกิดสมรรถนะข้อที่ 26 “การจัดทำเอกสาร ข้อมูล สถิติที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลครอบครัวการบันทึกเป็นรายกรณี และจัดทำฐานข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างถูกต้องครอบคลุม” มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=3.45, SD=1.05)

สมรรถนะด้านที่ 3 การแสดงให้เห็นถึงภาวะผู้นำและทักษะการคิดเชิงระบบ พบว่าในกลุ่มอาจารย์ผู้สอนมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะที่ 3 รวมทุกข้อในระดับสูง (Mean=3.92, SD=0.56) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าในกลุ่มอาจารย์ผู้สอนคิดว่านักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะข้อที่ 28 “มีความรู้ในหลักการทำงานเป็นทีม และการสร้างทีมงาน เพื่อการดูแลสุขภาพครอบครัวได้” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=4.20, SD=0.61) รองมาคือข้อที่ 34 “สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมเผยแพร่ด้านการพยาบาลครอบครัว ในระดับชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพ เช่น การเป็นผู้อบรมอาสาสมัครหมู่บ้าน การจัดระบบเอกสารรายงานต่างๆ” (Mean=4.10, SD=0.64) และข้อที่ 35 “สามารถปฏิบัติการต่างๆ เพื่อพัฒนาและเป็นผู้ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวในระบบบริการสุขภาพได้” (Mean=4.05, SD=0.60) ตามลำดับ และเกิดสมรรถนะข้อที่ 30 “สามารถในการตัดสินใจ เพื่อ

ประโยชน์ของครอบครัวและหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม” มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=3.75, SD=0.63)

สมรรถนะด้านที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว ในกลุ่มอาจารย์ผู้สอนมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะที่ 4 รวมทุกข้อในระดับสูง (Mean=4.07, SD=0.70) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าในกลุ่มอาจารย์ผู้สอนคิดว่านักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะข้อที่ 36 “สามารถปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวได้โดยเน้นการมีส่วนร่วมและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและครอบครัว มีความร่วมมือ และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันได้” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=4.30, SD=0.65) เช่นเดียวกับนักศึกษารองมาคือข้อที่ 38 “สามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยสอบถามความคิดเห็นของครอบครัว รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัวภายหลังให้การพยาบาลได้” (Mean=4.05, SD=0.68) และเกิดสมรรถนะข้อที่ 39 “สามารถประเมินผลลัพธ์ร่วมกับครอบครัวโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของครอบครัวอย่างต่อเนื่องต่อไป” มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=3.95, SD=0.87)

สมรรถนะด้านที่ 5 การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน พบว่าในกลุ่มอาจารย์ผู้สอนมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะที่ 5 รวมทุกข้อในระดับสูง (Mean=3.96, SD=0.71) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าในกลุ่มอาจารย์ผู้สอนคิดว่านักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะข้อที่ 41 “ยอมรับและให้ความสำคัญกับระบบครอบครัวและสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพครอบครัว” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=4.15, SD=0.58) รองมาคือข้อที่ 46 “สามารถสรุปประเด็นความรู้จากประสบการณ์ของตนเองในการดูแลครอบครัว และถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นเข้าใจได้” (Mean=4.05, SD=0.88) และข้อที่ 44 “สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติงาน กับผู้ร่วมงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนางานและแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพครอบครัวได้” (Mean=4.00, SD=0.64) ตามลำดับ และเกิดสมรรถนะข้อที่ 42

“สามารถใช้ผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการประเมินสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับครอบครัวได้” มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=3.75, SD=0.96)

เมื่อพิจารณาสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ของอาจารย์ผู้สอนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ในภาพรวมทั้ง 5 ด้าน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะด้านการเสริมสร้างและส่งเสริมสุขภาพครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=4.16, SD=0.57) และมีสมรรถนะด้านการแสดงให้เห็นถึงภาวะผู้นำและทักษะการคิดเชิงระบบมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=3.92, SD=0.56)

วิจารณ์

จากผลศึกษาสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับชั้นปีที่ 4 ซึ่งผ่านกระบวนการจัดการเรียนการสอนครบทุกรายวิชา จัดได้ว่าเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะที่พึงประสงค์ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาตามที่กำหนดไว้ใน มคอ.2 และต้องมีสมรรถนะทางการพยาบาลตามที่สภาการพยาบาลกำหนด ในการเข้าสู่การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพหลังจากสำเร็จการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวเรศ ประภาสานนท์ และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าการรับรู้สมรรถนะการให้บริการอนามัยครอบครัวอยู่ในระดับสูง (Mean=4.01, SD=0.42) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tseng HC และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ว่านักศึกษาพยาบาลจะมีความพร้อมสำหรับการเป็นพยาบาลที่ดีในอนาคตเมื่อได้รับการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม มีการผ่านประสบการณ์จริงในคลินิก เมื่อพิจารณาตามคะแนนรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 และวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ที่นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีผลการศึกษาของทั้งสองวิชาอยู่ใน

ระดับ B ทั้งสองรายวิชาคือ 84 และ 76 คนตามลำดับซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเมื่อมองจากระดับคะแนนที่นักศึกษาได้รับมีผลการศึกษาอยู่ในช่วง A ถึง C

เมื่อจำแนกตามรายด้านของสมรรถนะด้านการพยาบาลครอบครัว 5 ด้าน พบว่า นักศึกษาพยาบาลคิดว่าตนเองมีสมรรถนะด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวสูงที่สุด ซึ่งอธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 มีความรู้ด้านแนวคิดทฤษฎีครอบครัว การพยาบาลครอบครัว สามารถประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวต่อการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย มุ่งปฏิบัติการพยาบาลโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว เอื้ออำนวยให้ครอบครัวประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านของชีวิต แนะนำการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัว รวมถึงการมีภาวะผู้นำและมีทักษะในการคิดอย่างเป็นระบบ เพื่อประกันคุณภาพการบริการพยาบาลแก่ครอบครัวในทุกบริบท มีความสามารถด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลกับผลลัพธ์ครอบครัว มุ่งมั่นปฏิบัติการสะท้อนคิดตนเอง และการใช้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสนับสนุนการประเมินครอบครัว การปฏิบัติการพยาบาล และการดูแลร่วมกับครอบครัว⁽⁴⁾ และสภากาพยาบาล⁽¹⁰⁾ ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลจึงสามารถนำความรู้และทักษะต่าง ๆ เหล่านี้ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง คงไว้ซึ่งความรู้ด้านวิชาชีพ รวมทั้งพัฒนาตนเอง พัฒนางานที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ด้านการพยาบาลครอบครัว และมีสมรรถนะโดยรวม 5 ด้าน อยู่ในระดับสูงโดยเฉพาะในด้านการเสริมสร้างและส่งเสริมสุขภาพครอบครัว และด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว

เมื่อวิเคราะห์จำแนกเป็นรายข้อ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ในสมรรถนะด้านการเห็นความสำคัญและเชื่อว่าการพยาบาลครอบครัว มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพครอบครัว ได้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ การปฏิบัติงานโดย

คำนึงถึงวัฒนธรรมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัว และการยอมรับและให้ความสำคัญกับระบบครอบครัวและสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพครอบครัวตามลำดับสอดคล้องกับปรัชญา ของหลักสูตรที่ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร (caring) ประกอบด้วยความเอื้ออาทรเชิงวิทยาศาสตร์ (scientific caring) และความเอื้ออาทรเชิงความเป็นมนุษย์ (humanistic caring) รวมทั้งศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาใช้เชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพทุกระยะของภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล ครอบครัว ชุมชนซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองภายใต้บริบทและวัฒนธรรมที่หลากหลาย การศึกษาพยาบาลเชื่อว่าการเรียนการสอนการพยาบาล เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล (professional meaning) ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้ใช้บริการ (client meaning) ในเชิงสังคมวิทยา มานุษยวิทยา มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน และผู้สอนบนพื้นฐานความเอื้ออาทรส่วนการรับรู้ในสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการจัดทำเอกสาร ข้อมูล สถิติที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลครอบครัวการบันทึกเป็นรายกรณี และจัดทำฐานข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างถูกต้องครอบคลุม อาจเป็นเพราะในการจัดประสบการณ์ฝึกนั้นมีเป้าหมายให้นักศึกษาดูแลครอบครัวเป็นรายกรณีซึ่งปฏิบัติและเขียนรายงานการศึกษา แต่พบว่าในสถานการณ์จริงยังขาดประสบการณ์ในการจัดทำฐานข้อมูล รายงานเอกสาร สถิติในภาพรวม ซึ่งส่วนใหญ่แหล่งฝึกเป็นผู้จัดการระบบเองและถือเป็นสมรรถนะขั้นสูงระดับบัณฑิตศึกษา

ในขณะที่ระดับสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีก่อนสำเร็จการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ตามการรับรู้ของอาจารย์ผู้สอน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงซึ่งเมื่อเทียบกับคะแนนรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 และวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน

1 ที่นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีผลการศึกษาของทั้งสองวิชาอยู่ในระดับ B ทั้งสองรายวิชาคือ 84 และ 76 คนตามลำดับซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับคะแนนที่นักศึกษาได้รับมีผลการศึกษาอยู่ในช่วง A ถึง C จะเห็นว่ามีความแตกต่างกัน อาจเพราะการประเมินการเรียนการสอนนั้นนักศึกษาพยาบาลอยู่ในช่วงชั้นปีที่ 3 แต่ช่วงการประเมินตามแบบสอบถามนักศึกษายู่ในช่วงก่อนสำเร็จการศึกษาอาจารย์ผู้สอนอาจเห็นว่านักศึกษามีสมรรถนะที่เพิ่มขึ้นตามประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น และเห็นว่านักศึกษาพยาบาลกำลังจะสำเร็จการศึกษาย่อมมีสมรรถนะทางการพยาบาลครบครันได้ตามที่สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลครอบครัวนานาชาติกำหนดและเกิดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามมาตรฐานกรอบคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดระยะเวลาการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเช่นกัน

เมื่อจำแนกตามรายด้านของสมรรถนะด้านการพยาบาลครบครัน 5 ด้าน พบว่า อาจารย์พยาบาลเห็นว่า นักศึกษาพยาบาลเกิดสมรรถนะด้านการเสริมสร้างและส่งเสริมสุขภาพครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด สอดคล้องกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ข้อที่ 6.2 สามารถปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การบำบัดและการบรรเทาอาการ และการฟื้นฟูสุขภาพ แก่ผู้ใช้บริการทุกภาวะสุขภาพและทุกช่วงวัยรวมทั้งการผดุงครรภ์ ในทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ในส่วนของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

เมื่อวิเคราะห์จำแนกเป็นรายข้อพบว่าอาจารย์ผู้สอนคิดว่านักศึกษาพยาบาลเกิดสมรรถนะในด้านการปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านการเห็นความสำคัญและเชื่อว่าการพยาบาลครอบครัว มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและการ

ฟื้นฟูสุขภาพครอบครัวได้ และสามารถส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวได้ตามลำดับ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของรายวิชาการพยาบาลและครอบครัว 1 ว่าการใช้กระบวนการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทรและการบริการด้วยความเห็นอกเห็นใจ โดยยึดหลักจริยธรรมและสิทธิมนุษยชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ มุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเองโดยผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น เลือกใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีที่เหมาะสมซึ่งอาจารย์ผู้สอนยอมรับได้ว่าเมื่อผ่านการเรียนการสอนในรายวิชานี้แล้วนักศึกษาพยาบาลได้เกิดสมรรถนะดังกล่าว และอาจารย์ผู้สอนคิดว่านักศึกษามีสมรรถนะการจัดทำเอกสาร ข้อมูล สถิติที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลครอบครัวการบันทึกเป็นรายกรณี และจัดทำฐานข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างถูกต้องครอบคลุมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่คิดว่าตนเองเกิดสมรรถนะในข้อนี้้น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ข้อเสนอแนะในการศึกษาพยาบาลสถาบันการศึกษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องอาจนำผลการวิจัยนำไปใช้เพื่อการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนและเนื้อหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวในนักศึกษาพยาบาลก่อนสำเร็จการศึกษาในระดับสูงสูงในทุก ๆ ด้าน สำหรับข้อเสนอแนะในการทำศึกษาครั้งต่อไป คือ ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาลครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลตามการรับรู้ของหน่วยงานต้นสังกัดที่นักศึกษาเข้าปฏิบัติงานหลังจบการศึกษา โดยประเมินจากอาจารย์พี่เลี้ยงประจำแหล่งฝึก และผู้รับบริการหรือประชาชน เพื่อให้ทราบสมรรถนะด้านการพยาบาลครอบครัวได้อย่างรอบด้าน 360 องศา และศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลครอบครัว จากอาจารย์ผู้สอนในทุกสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายมาตรฐานวิชาชีพที่มุ่งให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการพยาบาลทั้งในระดับบุคคลและครอบครัวอย่างแท้จริงและบรรลุตามเป้าหมาย

หลักสูตรที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ผลจากการศึกษาครั้งนี้ควรนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management) และการจัดการศึกษาพยาบาลเพื่อนำสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ให้สำเร็จตามเป้าหมายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สัจจิรา เหลืองอมรเลิศ, อภิญญา จำปามูล. สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล. ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล หน่วยที่ 12. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.
2. ประกอบ กุลเกลี้ยง. Competency การบริหารข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษาแนวใหม่. กรุงเทพมหานคร: พัฒนาคุณภาพวิชาการ; 2548.
3. International Family Nursing Associations (IFNA). IFNA position paper on pre-licensure family nursing education [Internet]. [cited 2017 Jul 7]. Available from: <http://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-PDF-document-Thai-language-translation.pdf>
4. ดารุณี จงอุดมการณ์. สามทศวรรษแห่งการก่อกำเนิดการพยาบาลครอบครัวในประเทศไทย. ใน: ดารุณี จงอุดมการณ์, บรรณาธิการ. สามทศวรรษการพยาบาลครอบครัวไทย ความท้าทายทางสังคมกับระบบการดูแลสุขภาพครอบครัวไทยในศตวรรษที่ 21 ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560; น. 1-16.
5. Irinoye O, Ogunfowokan A, Olaogun A. Family nursing education and family nursing practice in Nigeria. *Journal of Family Nursing* 2006;12(4):442-7.
6. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Family nursing: research, theory, and practice. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2003.
7. Holtslander L, Solar J, Smith NR. The 15-minute family interview as a learning strategy for senior undergraduate nursing students. *Journal of Family Nursing* 2013;19(2):230-48.
8. เยาวเรศ ประภาสานนท์, บัณฑิตา ภูอาษา, แสงเดือน กิ่งแก้ว. การรับรู้สมรรถนะปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชนของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ีประสงค์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2559;26(2):23-33.
9. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 21 ธ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>
10. สุภาภรณ์ ศรีสุพรรณ. สมรรถนะด้านการพยาบาลครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ ณ หน่วยบริการหลังคลอด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
11. Tseng HC, Wang HH, Weng WC. Nursing students' perceptions toward the nursing profession from clinical practicum in a baccalaureate nursing program - a qualitative study. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 2013;29(3):161-8.

Abstract: Family Nursing Competency of Student Nurse at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Thailand

Chrakrawan Renuros, M.N.S.*; Saovakon Virasiri, Ph.D.**

** Faculty of Nursing, Khon Kaen University; ** Family and Community Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand*

Journal of Health Science 2020;29(3):536-46.

This descriptive research was aimed at studying family nursing competency among student nurse at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang. Population consisted of 155 student nurses and 20 instructors. The questionnaire was used to collect data. The study tool was developed based on the concept of general family nursing competency of International Family Nurses Association and Thailand Nursing and Midwifery Council. The content validity was assess by 5 experts, and the CVI was 0.80. The tool was tried out with similar group of 10 nurse students and 10 instructors. Reliability was test by Cronbach's alpha coefficient that was 0.958 and 0.976 sequentially. Data analysis was done by descriptive statistic: frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results showed that family nursing competency of student nurses was at high level in all aspects (mean=3.84, SD=0.41). The highest score was competency of family nursing evaluation practice (mean=3.93, SD=0.46). The highest score of specific item was "family nursing effect on health promotion, prevention of illness and restore family health" (mean=4.34, SD=0.75) and the lowest item score was "documentation of statistical data related to family nursing, case recording and creating database related to professional standards correctly and cover" (mean=3.50, SD=0.66). For the instructors perception, the student nurses had the highest competency of enhancing and promoting family health (mean=4.16, SD=0.57). The highest score of specific item was "practicing by awareness of cultural and traditional of each family life style" (mean=4.16, SD=0.67). The lowest item score was the same as student nurses perception (mean=3.45, SD=1.05). In conclusion, most of the student nurses and instructors evaluated the family nursing competency at high level. However, the competency of documentation of statistical data related to family nursing, case recording and creating a database was at the lowest score. Therefore, content and learning process development should be focused for achieving better score of family nursing competency in all aspects and items.

Keywords: nursing competency; family nursing; student nurse

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

กระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ปัทมา ทองสม ค.ด. (อุดมศึกษา)

อัจฉรา จันเพ็ชร ปร.ด. (การบริหารการศึกษา)

ลิลลี่ ศิริพร กศ.ด. (การบริหารการศึกษา)

ชลธิ์ หาญเบญจพงศ์ วท.ม. (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และองค์การ)

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	30 พ.ค. 2562
วันแก้ไข:	19 ธ.ค. 2562
วันตอบรับ:	27 ธ.ค. 2562

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นการวิจัยแบบผสม (mixed method) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ วิธีการเชิงคุณภาพนำมาใช้ในการศึกษาอัตลักษณ์บัณฑิต และกระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ สำหรับวิจัยเชิงปริมาณนำมาใช้ในการศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตต่ออัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกเพื่อการยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วยผู้บริหาร คณาจารย์ อาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ นักศึกษา ชั้นปีที่ 4 จำนวน 187 คน และกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ บัณฑิตระดับปริญญาตรีที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกปีการศึกษา 2558 ซึ่งสำเร็จการศึกษาไปแล้วเป็นเวลา 1 ปี จำนวน 370 คน โดยให้ผู้บังคับบัญชาระดับต้นของบัณฑิตเป็นผู้ประเมิน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมที่แสดงถึงอัตลักษณ์บัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า อัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก “การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ซึ่งประกอบด้วย จิตบริการ (S=service mind) การคิดเชิงวิเคราะห์ (A=analytical thinking) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (P=participation) อยู่ในระดับดีทั้ง 3 ด้าน เรียงตามลำดับมากที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมด้านจิตบริการ รองลงมา ได้แก่ พฤติกรรมด้านให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการมีส่วนร่วม และพฤติกรรมด้านการคิดวิเคราะห์ ส่วนด้านการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า มีกระบวนการเรียนการสอนที่สำคัญ อย่างหลากหลายทั้งในและนอกห้องเรียน เรียงตามลำดับ 5 ลำดับแรก ได้แก่ (1) การเป็นต้นแบบของอาจารย์ (2) วิจัยจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนที่หลากหลายและเน้นการสอนแบบกลุ่มย่อย โดยวิธีการที่ใช้บ่อยได้แก่ reflection และ case study ที่เน้นความเข้าใจสถานการณ์จริงของชีวิต (3) การอยู่ร่วมกันแบบระบบครอบครัว (4) บูรณาการการเรียนการสอนกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร และ (5) การกำหนดเป็นนโยบาย นอกจากนี้จะได้ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์แล้วยังพบข้อมูลเพิ่มเติมในด้านอัตลักษณ์บัณฑิตมีความสอดคล้องกับค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข (M O P H) และยิ่งพบว่า บรรยากาศองค์กรของวิทยาลัยมีลักษณะองค์กรแบบเปิดและมีสุขภาพดี รวมทั้งพบว่า การจัดการศึกษาของวิทยาลัยทำให้เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงภายในตน (transformative learning) ของบัณฑิตอีกด้วย

คำสำคัญ: อัตลักษณ์บัณฑิต; การพัฒนาอัตลักษณ์; การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์; การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง

บทนำ

อัตลักษณ์มีความสำคัญต่อสังคมเป็นอย่างยิ่ง เนื่องด้วยสะท้อนถึงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คนในแต่ละชุมชนตามภูมิภาค แสดงให้เห็นความเป็นตัวตนตลอดจนลักษณะเด่นที่มีร่วมกัน ความเป็นชุมชน และความเป็นชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของความมั่นคงของสังคม⁽¹⁾ ซึ่งอัตลักษณ์เป็นคุณสมบัติเฉพาะของบุคคลที่ทำให้คนนั้นโดดเด่นหรือแตกต่างจากคนอื่น และหมายรวมถึงคุณลักษณะภายในของบุคคลนั้น ทั้งในด้านสติปัญญา อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด คุณธรรม จริยธรรม ความประพฤติที่แสดงออกที่เป็นลักษณะนิสัยของบุคคลนั้นด้วย^(2,3) การศึกษาเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาประเทศ และได้เป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับ อัตลักษณ์ของผู้เรียนหรือของบัณฑิตเป็นอย่างยิ่ง และมีความเชื่อว่า อัตลักษณ์สร้างได้จากการกำหนดกิจกรรม และการสร้างบรรยากาศของสถานศึกษา เพื่อเป็นการบ่มเพาะพฤติกรรมจนก่อให้เกิดเป็นอัตลักษณ์ ซึ่งการสร้างอัตลักษณ์จะสำเร็จได้ ต้องเกิดจากความร่วมมือทั้งผู้บริหาร คณาจารย์ ศิษย์ ตลอดจนพ่อแม่ผู้ปกครอง และกฤษฎาแห่งความสำเร็จที่จะก่อให้เกิดอัตลักษณ์คือ ต้องทำอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และทำจนเป็นนิสัย จึงจะก่อให้เกิดเป็นอัตลักษณ์ของศิษย์ในที่สุด⁽⁴⁾ การสร้างอัตลักษณ์ของผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นการเตรียมความพร้อมผู้เรียนสู่การประกอบอาชีพในอนาคตให้มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์สอดคล้องกับความต้องการของสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข⁽⁴⁾

สถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อตอบสนองความต้องการของระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยมีวิทยาลัยในสังกัด 39 แห่ง มุ่งผลิตให้ผู้สำเร็จการศึกษาสามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพที่เน้นชุมชน มีจิตวิญญาณการให้บริการ

สุขภาพในชุมชนอย่างมืออาชีพที่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จึงกำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ไว้ว่า “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ซึ่งหมายถึงการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก และได้กำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะของบัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกที่ตอบสนองอัตลักษณ์ไว้ 3 ประการให้จดจำได้ง่าย คือ “แซบ: S A P” ได้แก่ (1) มีจิตบริการ (Service mind: S) (2) มีการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking: A) และ (3) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation: P) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้จะแสดงพฤติกรรมในลักษณะบูรณาการจะแยกเป็นส่วน ๆ ไม่ได้ และกระบวนการพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตต้องมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงภายใต้บริบทการจัดการเรียนการสอนและสาระรายวิชารวมทั้งจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร⁽⁵⁾

ดังนั้น เพื่อให้เกิดผลผลิตที่มีคุณภาพดังกล่าว จึงมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนาสถาบันพระบรมราชชนก (พ.ศ. 2554 - 2558) และตั้งแต่ปีพ.ศ. 2555 มีนโยบายที่ชัดเจนให้วิทยาลัยในสังกัดทุกแห่งดำเนินการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต โดยให้ปรับระบบการเรียนการสอน หลักสูตร แผนการสอน การประเมินผล ที่เน้นการสร้างและพัฒนาผู้เรียนให้มีอัตลักษณ์และจิตวิญญาณในการบริการสุขภาพในชุมชนอย่างมืออาชีพที่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียม โดยเน้นการบริการชุมชนเป็นสำคัญ⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศค่านิยมร่วมของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข 4 ด้านโดยนำตัวย่อจากชื่อกระทรวงสาธารณสุข คือ M O P H^(6,7) ได้แก่

M: Mastery คือ บุคลากรต้องเป็นนายตนเอง หมั่นฝึกตนเองให้มีศักยภาพ มีภาวะผู้นำ ควบคุมตนเองให้ทำงาน คิด พูด อย่างมีสติ ใช้กิริยา วาจาเหมาะสม มีความซื่อสัตย์ มีคุณธรรมจริยธรรมที่ต้องเอาชนะโลก โภช หลง

ให้ได้ รักการเรียนรู้ ค้นหาความรู้สม่ำเสมอ มีวินัย ตรงต่อเวลา รับผิดชอบ

O: Originality สร้างสรรค์นวัตกรรม สิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนและระบบสุขภาพ

P: People centered approach ใส่ใจประชาชน ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้บริการตามที่ประชาชนต้องการ โดยใช้หลัก “เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง”

H: Humility บุคลากรต้องอ่อนน้อมถ่อมตน เคารพผู้อื่น มีน้ำใจ ให้อภัย เสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม รู้แพ้ รู้ชนะ เปิดรับฟังความเห็นต่าง จัดการความขัดแย้งด้วยวิธีสร้างสรรค์ ช่วยผู้อื่นแก้ปัญหาในยามคับขัน ชักชวนและกระตุ้นให้คนดูแลสุขภาพตนเอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และศึกษากระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัย รวมทั้งความสอดคล้องระหว่างอัตลักษณ์บัณฑิตและค่านิยมของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 4 ประการ ซึ่งผลการประเมินจะนำไปสู่การปรับปรุงอัตลักษณ์บัณฑิตที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการศึกษาให้มีคุณภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบผสม (mixed method designs) ซึ่งเป็นกระบวนการวิจัยที่มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ วิธีการเชิงคุณภาพนำมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมอัตลักษณ์บัณฑิตวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในด้านการจัดการศึกษาในชั้นเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รวมทั้งการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร โดยวิธีการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในโอกาสต่อไป

ไป สำหรับวิธีเชิงปริมาณ นำมาใช้ในการศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อพฤติกรรมอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก และเป็นการยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประชากร สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้บริหาร คณาจารย์ และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่มีผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 37 แห่ง รวมทั้งอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ ในจังหวัดที่มีวิทยาลัยตั้งอยู่ซึ่งกระจายอยู่ทั่วประเทศ และแบ่งวิทยาลัยออกเป็นเครือข่ายจำนวน 6 เครือข่ายได้แก่ เครือข่ายภาคกลาง 1 จำนวน 6 วิทยาลัย เครือข่ายภาคกลาง 2 จำนวน 9 วิทยาลัย เครือข่ายภาคใต้ จำนวน 7 วิทยาลัย เครือข่ายภาคเหนือ จำนวน 7 วิทยาลัย และเครือข่ายภาคอีสาน จำนวน 8 วิทยาลัย ประชากรสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ บัณฑิตระดับปริญญาตรีที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2558 ซึ่งประกอบด้วยวิทยาลัยพยาบาลจำนวน 29 แห่ง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จำนวน 7 แห่ง วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก จำนวน 1 แห่ง รวม 37 แห่ง จำนวน 4,468 คน

กลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้บริหาร คณาจารย์ และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติในจังหวัดที่มีวิทยาลัยตั้งอยู่ เลือกโดยวิธี Stratified random sampling โดยกำหนดเครือข่ายละ 1 แห่ง แล้วสุ่มอย่างง่ายในแต่ละเครือข่าย ได้วิทยาลัยรวม 6 แห่ง แต่ละแห่งประกอบด้วย ผู้บริหารทุกระดับจำนวน 6 คน อาจารย์ผู้สอนจากทุกภาควิชาและอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกจำนวน 6-8 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 6-8 คน ที่ฝึกปฏิบัติงานในจังหวัดที่วิทยาลัยตั้งอยู่ กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณคือ บัณฑิตระดับปริญญาตรีที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2558 จำนวน 370 คน ซึ่งได้จากตารางของ Yamane T⁽⁸⁾ ที่ยอมให้มีการผิดพลาดได้ ร้อยละ 5.0 และทำการสุ่มอย่างง่ายในวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 6 แห่ง โดยกำหนดเป็นสัดส่วนตามจำนวน

บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาของวิทยาลัยนั้น ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured or guided interviews) เพื่อศึกษากระบวนการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิตซึ่งใช้แนวคิดรูปแบบระบบสังคมสำหรับสถานศึกษา (social-system model for school) ของ Hoy WK⁽⁹⁾ การหาคุณภาพของแบบสัมภาษณ์โดยหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยวิธีการส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการศึกษา พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะสำหรับแบบสอบถามประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนก (questionnaire) เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert scale) หาคุณภาพของแบบสอบถามโดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยการส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่า (index of item-objective congruence หรือ IOC) เลือกข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 คน ในวิทยาลัยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่า alpha coefficient เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2560 ผู้วิจัยติดต่อกับวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือนัดหมายการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม/ส่งแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอเป็นภาพรวมและใช้เป็นรหัสและจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาพฤติกรรมอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก และกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิต

วิเคราะห์ข้อมูลโดย วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยอ่านบันทึกคำให้สัมภาษณ์ทั้งหมด สรุป จำแนก จัดกลุ่มข้อความ เพื่อสรุปสาระสำคัญจากความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล และทดสอบความถูกต้องโดยใช้ Triangular check แล้วนำเสนอในรูปแบบความเรียงโดยเรียงลำดับตามความถี่จากมากไปน้อย ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตเกี่ยวกับพฤติกรรม อัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต และศึกษากระบวนการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะได้ผลตามวัตถุประสงค์แล้วยังได้ศึกษาข้อมูลด้านบรรยากาศองค์กร และพบข้อมูลเพิ่มเติมในด้านความสอดคล้องของอัตลักษณ์บัณฑิตกับค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) รวมทั้งการจัดการศึกษาของวิทยาลัยทำให้เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงภายในตน (transformative learning) โดยมีรายละเอียดสรุปได้ ดังนี้

1. อัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้แก่ “การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ประกอบด้วย จิตบริการ (S=Service mind) การคิดเชิงวิเคราะห์ (A=Analytical thinking) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (P=Participation) โดยพบว่าในแต่ละด้านนักศึกษามีพฤติกรรมสรุปได้ดังนี้

1.1 ด้านจิตบริการ (S: Service mind) เป็นการแสดงออกด้านจิตบริการของนักศึกษาซึ่งมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่หลากหลาย พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมที่โดดเด่นใน 4 ลักษณะเรียงตามลำดับ ได้แก่ (1) มีพฤติกรรมด้านจิตอาสา (2) ให้การพยาบาลด้วยหัวใจเป็นการให้การดูแลผู้รับบริการดูญาติมิตร ไม่แสดงท่าที

รังเกียจ และพูดเป็นกันเองกับผู้รับบริการ ไม่ตำหนิผู้รับ-บริการ ไม่ตัดสินผู้รับบริการ มีความเอื้ออาทร (3) มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ ทักทายผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นกันเอง สร้างความประทับใจให้กับผู้รับบริการ และ (4) มีบุคลิกภาพที่ดี ยิ้มแย้ม แจ่มใส มรรยาทดี มีสัมมาคารวะ อ่อนน้อม ถ่อมตน สุภาพอ่อนโยน

1.2 การคิดเชิงวิเคราะห์ (A: Analytical thinking) พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมที่แสดงออกในการคิดวิเคราะห์ 2 ลักษณะ คือ (1) มีทักษะในการแก้ปัญหาได้แก่ มีทักษะการค้นคว้าหาข้อมูล หาสาเหตุของปัญหาที่หลากหลายจากสภาพความเป็นจริง มีการเชื่อมโยงข้อมูล และการวินิจฉัยข้อมูล การคิดหาวิธีการแก้ปัญหา และ (2) มีทักษะในการสร้างนวัตกรรม มีความคิดสร้างสรรค์สามารถประดิษฐ์สิ่งของที่นำไปใช้ได้จริง

1.3 การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (P: Participation) พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมที่แสดงถึงการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยมีพฤติกรรมใน 3 ลักษณะ เรียงตามลำดับ ได้แก่ (1) การรับฟังข้อมูลของผู้รับ-บริการ (2) ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ และ (3) ส่งเสริมผู้รับบริการให้มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง

จากผลการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อยืนยันอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่ามีพฤติกรรมอัตลักษณ์บัณฑิตโดยรวมอยู่ในระดับดีทั้ง 3 ด้าน (Mean=4.10, SD=0.73) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แต่ละด้านมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเช่น

เดียวกันทุกด้าน โดยด้านจิตบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.28, SD=0.65) รองลงมาได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Mean=4.12, SD=0.75) และน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการคิดวิเคราะห์ (Mean=3.90, SD=0.72) ดังแสดงในตารางที่ 1

2. กระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จากการวิเคราะห์เนื้อหาของผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีการดำเนินการหลากหลายรูปแบบ เพื่อปลูกฝังหล่อหลอมให้นักศึกษามีอัตลักษณ์ตามที่กำหนดไว้ โดยมีการดำเนินการที่สำคัญ 5 ลำดับแรกเรียงตามลำดับ ดังนี้

2.1 การเป็นต้นแบบ (role model) นักศึกษาจะเรียนรู้ได้จากต้นแบบของอาจารย์ และอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ

2.2 วิธีการจัดการเรียนการสอนอาจารย์ มีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนหลากหลายวิธี โดยเลือกใช้วิธีการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียน สำหรับวิธีที่ใช้ในการเรียนการสอนในการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต จากผลการวิจัยครั้งนี้วิธีที่อาจารย์ใช้บ่อยเรียงตามลำดับ ได้แก่ การสะท้อนคิด (reflection) และกรณีศึกษา (case study) ที่เน้นความเข้าใจสถานการณ์จริงของชีวิต

2.3 การอยู่ร่วมกันแบบระบบครอบครัว เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในวิทยาลัยให้เป็นครอบครัว ซึ่งทุกคนในครอบครัวจะมีบทบาทหน้าที่และจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีอาจารย์เป็น พ่อ แม่ นักศึกษา แต่ละชั้นปีเป็น

ตารางที่ 1 อัตลักษณ์บัณฑิต จำแนกตามด้านจิตอาสา ด้านการคิดวิเคราะห์ และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

รายการประเมิน	ความคิดเห็น		ระดับ
	Mean	SD	
ด้านจิตบริการ (S: Service mind)	4.28	0.65	ดี
ด้านการคิดวิเคราะห์ (A: Analytical thinking)	3.90	0.72	ดี
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (P: Participation)	4.12	0.75	ดี
รวม	4.10	0.73	ดี

เพื่อน พี่ น้อง บุคลากรอื่นๆ ทุกคนและทุกระดับในวิทยาลัยทำหน้าที่เป็น ลุง ป้า น้า อา และแบ่งเป็นวิทยาลัยละ 20-25 ครอบครัว และอาจขยายครอบครัวไปยังชุมชนและโรงพยาบาลต่างๆ ปลูกฝัง หล่อหลอม การสร้างสัมพันธ์อันดีที่เครือญาติ มีความรักและความผูกพันต่อกัน ทำให้นักศึกษามีทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้รับบริการ ให้บริการผู้ป่วย/ผู้รับบริการด้วยใจดวงเป็นญาติ

2.4 บูรณาการการเรียนการสอนกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร วิทยาลัยมิใช่ปลูกฝัง หล่อหลอมให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิตโดยจัดการเรียนการสอนเฉพาะในห้องเรียนเท่านั้น มีการบูรณาการกับกิจกรรมนอกห้องเรียนหรือกิจกรรมเสริมหลักสูตร รวมทั้งมีการบูรณาการร่วมกับพันธกิจอื่นๆ ด้วย ตั้งแต่วันแรกของการเข้าเป็นนักศึกษาตลอดหลักสูตรจนสำเร็จการศึกษา

2.5 การกำหนดเป็นนโยบาย เป็นการกำหนดทิศทาง การดำเนินงานที่จะนำไปสู่การทำให้เป้าหมายที่กำหนดไว้ประสบความสำเร็จ ซึ่งนโยบายต้องมีความชัดเจน ดำเนินการต่อเนื่อง ทำให้อาจารย์และนักศึกษามีความชัดเจนในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ และมีความมั่นใจในการดำเนินงานขององค์กร ทำให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต

3. บรรยากาศองค์กร กระบวนการดำเนินการที่สำคัญ ทั้ง 5 รูปแบบที่กล่าวมาข้างต้น ต้องดำเนินการผูกโยงไปด้วยกันภายใต้บรรยากาศที่เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า สภาพแวดล้อมของวิทยาลัยมีบรรยากาศที่ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตซึ่งมีลักษณะ ผู้บริหารให้เกียรติ มีความไว้วางใจและเชื่อมั่นในศักยภาพ ผู้ใต้บังคับบัญชา มีความเมตตา ให้อิสระในการปฏิบัติงาน อาจารย์มีความพึงพอใจ และมีความสุขในการทำงาน จากบรรยากาศที่ดีที่ผู้บริหารมีต่ออาจารย์ดังกล่าว จะส่งผลถ่ายทอดไปยังบรรยากาศที่อาจารย์มีต่ออาจารย์ด้วยกันและจะส่งผลไปยังนักศึกษาด้วยเช่นกัน นักศึกษาได้เรียนรู้ในสภาพแวดล้อมที่มีความสุข มีความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบๆ ตัวที่อาจารย์ต้องการถ่ายทอด ปลูกฝัง

4. ความสอดคล้องของอัตลักษณ์บัณฑิตทั้ง 3 ด้าน

(S A P) คือ S: service mind, A: analytical thinking และ P: participation กับค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีความสอดคล้องกับค่านิยมกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 4 ประการ (MOPH) ได้แก่ M: Mastery, O: Originality, P: People-centered approach และ H: Humility

5. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดภายในตัวนักศึกษา จากกระบวนการจัดการศึกษาทั้งในด้านการเป็นต้นแบบ (role model) วิธีการจัดการเรียนการสอน โดยการใช้การสะท้อนคิด (reflection) กรณีศึกษา (case study) ที่เน้นความเข้าใจสถานการณ์จริงของชีวิต การใช้ระบบครอบครัว การบูรณาการการเรียนการสอนกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร และการกำหนดเป็นนโยบาย รวมทั้งบรรยากาศองค์กร เป็นการดำเนินการที่ต้องผูกโยงไปด้วยกัน ซึ่งวิทยาลัยใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนานักศึกษาให้มีอัตลักษณ์บัณฑิต ดำเนินการให้นักศึกษาได้มีโอกาสทำกิจกรรม และเกิดการเรียนรู้โดยการไตร่ตรอง สะท้อนคิดกับประสบการณ์ที่พบในสถานการณ์จริง และการสะท้อนคิดของอาจารย์ในพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง ทำให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจและปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่พึงประสงค์

วิจารณ์

1. อัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า พฤติกรรมอัตลักษณ์บัณฑิตโดยรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดีเรียงตามลำดับ ได้แก่ ด้านจิตบริการ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และด้านการคิดวิเคราะห์ สอดคล้องกับการวิจัยของสายสวาท เผ่าพงษ์และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ซึ่งเป็นวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก อัตลักษณ์บัณฑิตโดยรวมอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน และผลการวิจัยรายด้านก็พบว่า มีพฤติกรรมแต่ละด้านอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกันทุกด้าน ได้แก่ ด้านจิตบริการ รองลงมาได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการคิด

วิเคราะห์ รวมทั้งยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุภา-ภรณ์ อุดมลักษณ์ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา พบว่า ประกอบด้วยพฤติกรรมเด่น 5 ประการ ดังนี้ (1) มีจิตอาสา (2) มีกิริยาสุภาพ อ่อนน้อม (3) มีทักษะปฏิบัติดี (4) มีการคิดวิเคราะห์ และ (5) ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแล ดังนั้น พฤติกรรมอัตลักษณ์บัณฑิตควรพัฒนาส่งเสริมให้เป็นอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกต่อไป เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข และควรยกระดับอัตลักษณ์บัณฑิตให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นเป็นระดับดีมาก

2. กระบวนการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีการดำเนินการหลากหลายรูปแบบ โดยวิธีดำเนินการที่สำคัญ 5 รูปแบบเรียงตามลำดับ ซึ่งเป็นการดำเนินการที่ต้องผูกโยงไปด้วยกัน และดำเนินการกระทำซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง ได้แก่

2.1 ในด้านการเป็นต้นแบบ (role model) เป็นการปลูกฝังหล่อหลอมที่สำคัญมากสำหรับการเรียนการสอนในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ทำงานกับชีวิตมนุษย์ ดังเอกสารของ Meded Tweet⁽¹²⁾ ที่ระบุว่าเกิดการเรียนรู้ 6 ประการของนักศึกษาแพทย์ที่ได้เรียนรู้จาก role model ที่เป็นอาจารย์และแพทย์รุ่นพี่ ได้แก่ (1) ความเชี่ยวชาญทางคลินิก (2) สัมพันธภาพกับผู้ป่วย (3) สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ (4) สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนนักศึกษา (5) บุคลิกภาพของอาจารย์และรุ่นพี่ และ (6) การสร้างแรงบันดาลใจซึ่งอาจารย์ที่มีคุณสมบัติเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจได้ดี จะส่งอิทธิพลให้นักศึกษาสร้างแรงบันดาลใจได้ไม่มากนัก ดังนั้น การเป็นต้นแบบของอาจารย์ (role model) เป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดอัตลักษณ์นักศึกษา จึงควรพัฒนาอาจารย์ให้เข้าใจ และเห็นความสำคัญที่จะใช้ตนเองเป็นต้นแบบเพื่อพัฒนานักศึกษาต่อไป

2.2 วิธีการจัดการเรียนการสอนให้เกิดอัตลักษณ์โดยใช้การสะท้อนคิด (reflection) และกรณีศึกษา (case

study) ที่เน้นความเข้าใจสถานการณ์จริงของชีวิต ได้แก่

2.2.1 การสอนแบบสะท้อนคิด (reflective learning) อาจารย์ใช้กระบวนการสะท้อนคิดกับนักศึกษาทุกสถานการณ์ทั้งการเรียนทฤษฎีและการปฏิบัติทั้งในห้องเรียนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร อาจารย์มีการตั้งคำถามและสะท้อนคิดให้กับนักศึกษาได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะด้านจิตบริการ โดยเน้นความเข้าใจของผู้รับบริการ การมีจิตอาสาการให้บริการด้วยใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ ด้านการคิดวิเคราะห์เน้นที่การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นชีวิตของผู้รับบริการ ไม่ใช่ดูแลเพียงปัญหาโรคแต่ต้องดูแลลงไปสู่ชีวิตของผู้รับบริการ ส่วนการสะท้อนคิดด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการจะเน้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยมีได้อยู่บนหลักวิชาการอย่างเดียว แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานที่ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติได้ การสะท้อนคิดของนักศึกษาจะทำให้อาจารย์รับรู้ความคิดของนักศึกษา และความคิดของนักศึกษาจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่นักศึกษาแสดงออก ทำให้อาจารย์รู้ความคิดและสามารถปลูกฝังความคิดและพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของกรรณิกา วิชัยเนตร⁽¹³⁾ ที่พบว่ากระบวนการสะท้อนคิดเป็นวิธีการสอนที่สามารถใช้ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลได้ดีวิธีหนึ่งอย่างมีประสิทธิภาพ และพินันท์ วิศาลสกุลวงษ์ และสมิตดา สว่างทุกข⁽¹⁴⁾ ซึ่งทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนกลับในการฝึกปฏิบัติงานในห้องคลอด พบว่า สิ่งที่นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้จากการสะท้อนกลับในการปฏิบัติงาน คือ (1) จริยธรรม (2) ความรู้ความเข้าใจ (3) ความคิดสร้างสรรค์ (4) การสื่อสารและความร่วมมือ (5) การเรียนรู้จากประสบการณ์ (6) ความทรงจำและความประทับใจ (7) ประสบการณ์การทำคลอด (8) การเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา ดังนั้น ควรส่งเสริมให้อาจารย์ในวิทยาลัยทุกคนมีทักษะการสะท้อนคิดที่เน้นประเด็นความเข้าใจสถานการณ์จริงของผู้ป่วย การยอมรับผู้ป่วย ไม่ตัดสินผู้ป่วยหรือผู้รับบริการด้วยความคิดของตนเอง และต้องเข้าใจบริบทของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง

2.2.2 การใช้กรณีศึกษา (case study) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อาจารย์ใช้กรณีศึกษาพัฒนานักศึกษาให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิตทั้งในด้าน จิตอาสา การคิดวิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ โดยอาจารย์จะมีการเลือก case ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิชา และเน้นให้นักศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการแบ่งกลุ่มไปศึกษาข้อมูลต่างๆ ตามประเด็นคำถามที่ให้ แล้วนำสิ่งที่ค้นคว้ามาสะท้อนแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันทำให้เกิดความรู้มากขึ้นในเวลาที่กำหนด ดังที่ The'z James Pinlantum ระบุว่า การสอนแบบกรณีศึกษาเป็นการนำเสนอเรื่องราวที่เกิดจากสถานการณ์ใดๆ เพื่อให้ผู้เรียนได้ศึกษา วิเคราะห์ อภิปราย แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันในการหาแนวทางแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจพื้นฐานของปัญหาและตัดสินใจแก้ปัญหาได้⁽¹⁵⁾ โดยลักษณะสำคัญของกรณีศึกษาเพื่อการเรียนการสอนต้องมีประเด็นเพื่อการพิจารณาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ตามที่ผู้สอนกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของปรียา สมพีช⁽¹⁶⁾ ที่พบว่ารูปแบบการเรียนการสอนด้วยกรณีศึกษา เป็นการจัดการเรียนการสอนที่เสนอกรณีศึกษาให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ สังเคราะห์ ค้นคว้าหาข้อมูลจากสถานการณ์ที่ได้รับ นับเป็นรูปแบบการสอนที่ต้องการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน และระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเปิดมุมมองที่กว้างขึ้นตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย ทำให้ผู้เรียนมีความคิดที่ละเอียดรอบคอบ รู้จักวางแผนการปฏิบัติ สามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนพัฒนาตามธรรมชาติอย่างเต็มตามศักยภาพ อย่างไรก็ตามจากข้อค้นพบดังกล่าว อาจารย์ต้องมีทักษะในการส่งเสริมให้นักศึกษาเลือกกรณีศึกษาที่มีเนื้อหาเรื่องราว (content) สลับซับซ้อน มีประเด็นที่กระตุ้นเร้าอารมณ์ผู้เรียน เพื่อให้เกิดกระบวนการเชื่อมโยง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มและปลูกฝังให้นักศึกษามีพฤติกรรมในการค้นคว้าหาความรู้

เพิ่มเติมต่อไป

2.3 การอยู่ร่วมกันแบบระบบครอบครัว เป็นการพัฒนานักศึกษาให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิตทั้งด้านจิตบริการ (Service mind: S) และด้านการคิดวิเคราะห์ (Analytical thinking: A) ดังเช่น จิราพร วรวงศ์ และคณะ⁽¹⁷⁾ กล่าวว่า ระบบครอบครัวเสมือนในบริบทของวิทยาลัยพยาบาล เป็นมิติทางสังคมที่เล็กที่สุดที่หล่อหลอมและขัดเกลาบุคคลให้เป็นคนดีของสังคม โดยส่งเสริมให้ผู้เรียนเป็น “คนดี” คือมีคุณธรรมจริยธรรม มีความเอื้ออาทร (caring) และมีปัญญาที่บ่งบอกถึงการเป็น “คนเก่ง” ที่สามารถคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และคิดแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ (systemic thinking) สามารถให้บริการและดูแลผู้อื่นดูญาติมิตรได้ และสอดคล้องกับการวิจัยของจุรี แสนสุข และคณะ⁽¹⁸⁾ เรื่องการศึกษาแบบบูรณาการโดยใช้ระบบครอบครัวเสมือนต่อความคงทนของอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในบัณฑิตโครงการผลิตพยาบาลชุมชน เพื่อชุมชน ของชุมชน และโดยชุมชนจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผลการจัดการเรียนการสอน โดยเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้มีการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ด้วยหลักเหตุผล รู้และเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่น เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และมีพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง ดังนั้น เพื่อให้เกิดความใกล้ชิดและรักใคร่กันเป็นครอบครัว มีความรักและความผูกพันต่อกัน ปลูกฝัง หล่อหลอม การสร้างสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ มีสภาพแวดล้อมอบอุ่น นักศึกษากล้าแสดงความคิดเห็น และบอกความรู้สึกในทุกเรื่องทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องการเรียนรู้ ทำให้นักศึกษาเรียนรู้ความเอื้ออาทร ความรัก ความเมตตา จากครอบครัวที่มีต่อตนเองก่อน เพื่อที่จะเรียนรู้ที่จะรักผู้อื่น วิทยาลัยจึงควรส่งเสริมการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวอย่างต่อเนื่องต่อไป

2.4 การบูรณาการการเรียนการสอนกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร การปลูกฝัง หล่อหลอมนักศึกษาให้มีอัตลักษณ์บัณฑิตที่พึงประสงค์ มิใช่จัดการเรียนการสอนเฉพาะในห้องเรียนเท่านั้น วิทยาลัยได้มีการบูรณาการกับกิจกรรม

นอกห้องเรียนหรือกิจกรรมเสริมหลักสูตร โดยในคู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2554 ได้กำหนดแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่นำปรัชญา/แนวคิด/ทฤษฎีต่างๆ ไปบูรณาการกับการจัดการศึกษา ทั้งการจัดการเรียนการสอนและการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อให้เกิดสมรรถนะบัณฑิตที่ตอบสนองอัตลักษณ์⁽⁵⁾ ทำให้วิทยาลัยสามารถพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา เรื่อง “การศึกษา วิเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาบัณฑิตอุดมคติไทย” ที่พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม สถาบันอุดมศึกษาต้องกำหนดเป้าหมายคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสถาบันที่ชัดเจน โดยให้ครอบคลุมองค์ประกอบความเป็นบัณฑิตและคุณลักษณะทางจริยธรรมที่ชัดเจน สามารถวัดได้และประเมินได้ และกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน⁽¹⁹⁾ ดังนั้น วิทยาลัยจึงควรวางแผนการบูรณาการจัดการเรียนการสอนกับกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 1 ถึงปี 4 โดยเริ่มตั้งแต่จัดทำรายละเอียดของแต่ละวิชา (มคอ.3) ในการบูรณาการกับกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้ทุกกิจกรรมที่มีการบูรณาการอาจารย์ควรกำหนดคำถามและสะท้อนคิดสิ่งที่นักศึกษาต้องเรียนรู้ปลูกฝังพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์บัณฑิตในแต่ละด้านอย่างชัดเจน

2.5 การกำหนดเป็นนโยบาย สถาบันพระบรมราชชนกได้กำหนดแนวทางปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับอัตลักษณ์ของนักศึกษา โดยทำเป็น “คู่มือในการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนก” และกำหนดแนวทางให้วิทยาลัยในสังกัดได้นำไปปฏิบัติสู่เป้าหมาย⁽⁵⁾ และมีการเตรียมความพร้อมของอาจารย์ที่จะจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาเกิด S A P โดยอาจารย์เป็นกุญแจสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ของการจัดการศึกษา ผู้สอนต้องมีความเข้าใจแนวคิดของกระบวนการเรียนการสอนให้เข้าใจมนุษย์ และจัด

กระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เรียนรู้จากความจริงของชีวิต สะท้อนคิดให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่เอาความคิดของตนเองไปตัดสินผู้อื่น⁽⁵⁾ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา เรื่อง “การศึกษา วิเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาบัณฑิตอุดมคติไทย” ที่พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมในการสอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมในการจัดการเรียนการสอนรายวิชา สถาบันอุดมศึกษาควรสร้างระบบสนับสนุนเพื่อให้อาจารย์สามารถดำเนินการเรียนการสอนที่เน้น “ความรู้คู่คุณธรรม” ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้สถาบันอุดมศึกษาควรจะได้เติมความรู้ในเทคนิคการสอนของอาจารย์อย่างต่อเนื่อง⁽¹⁹⁾ การกำหนดเป็นนโยบายดังกล่าวทำให้อาจารย์และนักศึกษามีความชัดเจนในสิ่งที่ต้องปฏิบัติและมีความมั่นใจในการดำเนินงานขององค์กร ทำให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต

3. บรรยากาศองค์กร สภาพแวดล้อมในวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นบรรยากาศที่เป็นมิตร มีความรักความเมตตาต่อกัน ผู้บริหารให้เกียรติ มีความไว้วางใจและเชื่อมั่นในศักยภาพผู้ใต้บังคับบัญชา อาจารย์มีความพึงพอใจและมีความสุขในการทำงานซึ่งส่งผลให้ได้ถ่ายทอดไปสู่นักศึกษาทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้ในสภาพแวดล้อมที่มีความสุข มีความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบๆ ตัวที่อาจารย์ต้องการถ่ายทอด สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ดีจะช่วยพัฒนาบุคลิกภาพของผู้เรียน มุ่งให้ผู้เรียนมีบุคลิกภาพดี มีการแสดงออกทางกาย วาจา ใจ ตามแบบอย่างที่ตั้งคยมอมรับ⁽²⁰⁾ การที่จะหล่อหลอมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เรียนให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์นั้น ต้องใช้เวลาและอาศัยปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมที่มีบรรยากาศอบอุ่นเป็นมิตร ความเป็นประชาธิปไตย ยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ตัดสินปัญหาด้วยเหตุผล สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะค่อยๆ แทรกซึมเข้าไปในความรู้สึกนึกคิดของผู้เรียน สะสมทีละน้อยจนในที่สุดก็จะแสดงออกในลักษณะของบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ จากบรรยากาศดัง

กล่าวจัดได้ว่าวิทยาลัยมีบรรยากาศองค์กรแบบเปิดและมีสุขภาพดี (open and healthy school climate) ซึ่งเป็นองค์กรที่มีการบริหารงานที่ ผู้บริหาร อาจารย์ และ นักศึกษามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานตามเป้าหมาย และมีการพัฒนาการศึกษาอย่างต่อเนื่อง⁽⁹⁾ ดังนั้นวิทยาลัยควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้มีบรรยากาศองค์กรแบบเปิดและมีสุขภาพดีอย่างต่อเนื่องตลอดไป

4. ความสอดคล้องของอัตลักษณ์บัณฑิตกับค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข อัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกทั้ง 3 ด้าน คือ จิตบริการ (S: Service mind) การคิดเชิงวิเคราะห์ (A: Analytical thinking) และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (P: Participation) มีความสอดคล้องกับค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 4 ประการ ได้แก่ M: Mastery, O: Originality, P: People-centered approach และ H: Humility ดังนี้

4.1 จิตบริการ (S=Service mind) บัณฑิตของวิทยาลัยมีพฤติกรรมโดยสรุปได้แก่ มีพฤติกรรมจิตอาสา เช่น มีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ต้องร้องขอ อาสาช่วยงานแม้ไม่ใช่งานในหน้าที่ อาสาช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ เพื่อน/รุ่นพี่ รวมทั้งอาจารย์และอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ มีความเอื้ออาทร เช่น มีความเต็มใจช่วยเหลือผู้อื่น มีน้ำใจพร้อมที่จะให้บริการ มีความปรารถนาดี มีบุคลิกภาพที่ดี เช่น ยิ้มแย้ม แจ่มใส มรรยาทดี มีสัมมาคารวะอ่อนน้อมถ่อมตน สุภาพ อ่อนโยน พุดจาไพเราะ อ่อนหวาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข ด้าน H: Humility หมายถึง มีความอ่อนน้อมถ่อมตน มีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ให้อภัย การเคารพผู้อื่น เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม⁽²¹⁾ นอกจากนี้ พฤติกรรมให้การพยาบาลด้วยหัวใจ เช่น การให้การดูแลผู้รับบริการ ดุจญาติมิตร ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ และพูดเป็นกันเองกับผู้รับบริการ มีความเข้าใจ/ใส่ใจผู้รับบริการ ไม่ตำหนิผู้รับบริการ/ไม่ตัดสินผู้รับบริการ มีความปรารถนาดี มีความจริงใจในการให้บริการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับค่านิยมกระทรวงสาธารณสุขด้าน P: People-centered approach

หมายถึง ใส่ใจประชาชน ยึดประชาชนเป็นที่ตั้งเป็นศูนย์กลางในการทำงานโดยใช้หลัก “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้”⁽²¹⁾

4.2 การคิดเชิงวิเคราะห์ (A: Analytical thinking) บัณฑิตของวิทยาลัยมีพฤติกรรมโดยสรุป ได้แก่ มีทักษะในการแก้ปัญหา โดยมีพฤติกรรมในการค้นคว้าหาข้อมูลหาสาเหตุของปัญหาที่หลากหลายจากสภาพบริบทความเป็นจริง การสรุปข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูล และการคิดหาวิธีการแก้ปัญหาร่วมกับผู้รับบริการและมีทักษะในการสร้างนวัตกรรม ได้แก่ มีความคิดสร้างสรรค์สามารถประดิษฐ์สิ่งของที่น่าไปใช้ได้จริง โดยการวิเคราะห์ผ่านการศึกษาและรวบรวมข้อมูลความต้องการตามสภาพจริงของผู้รับบริการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับค่านิยมกระทรวงสาธารณสุขด้าน O: Originality หมายถึง สร้างสรรค์นวัตกรรม/สิ่งใหม่ๆ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดเป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ⁽²¹⁾

4.3 การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (P: Participation) บัณฑิตของวิทยาลัยมีพฤติกรรมโดยสรุปได้แก่ พฤติกรรม การรับฟังข้อมูลของการให้บริการโดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือหารือกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ มีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีแก้ปัญหา/เลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และนำมาวางแผนในการให้บริการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับค่านิยมกระทรวงสาธารณสุขด้าน P: People-centered approach หมายถึง ใส่ใจประชาชนยึดประชาชนเป็นที่ตั้งเป็นศูนย์กลางในการทำงานโดยใช้หลัก “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้”⁽²⁰⁾

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า อัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีพฤติกรรมเป็นไปตามที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนดไว้และยังมีความสอดคล้องกับค่านิยมกระทรวง-สาธารณสุข ดังนั้น บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพตรงตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข

5. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดภายในตัวนักศึกษา เกิดจากกระบวนการจัดการเรียนการสอนของ

วิทยาลัยที่มีอาจารย์เป็นต้นแบบ (role model) มีวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การสะท้อนคิด(reflection) กรณีศึกษา (case study) การใช้ระบบครอบครัวที่มีการสร้างบรรยากาศที่มีความเป็นมิตร หรือ safety zone ที่เรียกว่า moral area ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้กำลังใจ และใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา (dialogue) มีการบูรณาการการเรียนการสอนกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร และการกำหนดนโยบาย รวมทั้งบรรยากาศองค์กร ที่ผู้บริหาร อาจารย์ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อาจารย์ยอมรับในศักยภาพของกันและกัน มีความร่วมมือและส่งเสริมการทำงานของกันและกัน ผู้บริหาร อาจารย์และนักศึกษา มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานตามเป้าหมาย สิ่งต่างๆ เหล่านี้ดำเนินการผูกโยงไปด้วยกัน มีการกระทำซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเรียนการสอนในด้านการสะท้อนคิด การชี้ประเด็นในเชิงการวิเคราะห์เนื้อหาสาระ การปรับทัศนคติผู้เรียนให้เห็นมุมมองผู้รับบริการ ไม่เอาความคิดของตนเองไปตัดสินผู้รับบริการ มีการกระตุ้นผู้เรียนให้เกิดความอยากเรียนรู้ ใฝ่รู้ วางแผนการเรียนรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งการประยุกต์ความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพตามบริบทชีวิต ทำให้สามารถพัฒนานักศึกษาให้มีอัตลักษณ์บัณฑิตอยู่ในระดับดี ทั้งในด้านจิตบริการ การคิดเชิงวิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ซึ่งกล่าวได้ว่า เป็นกระบวนการจัดการศึกษาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (transformative learning) ทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก่อนมาเรียนที่วิทยาลัย มีความเข้าใจคนมากขึ้น ฟังผู้อื่นมากขึ้น รวมทั้งผู้ปกครองก็เห็นความเปลี่ยนแปลงของลูกในด้านการมีน้ำใจช่วยเหลือโดยไม่ต้องร้องขอ ซึ่งสอดคล้องกับวิจารณ์ พานิช⁽²²⁾ ที่กล่าวว่า การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับลึกในลักษณะที่กล่าวได้ว่า “เปลี่ยนไปเป็นคนละคน” เป็นคนใหม่ที่พฤติกรรม ความคิด ความเชื่อแตกต่างไปโดยสิ้นเชิง หรืออาจเรียกว่า “การเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนตัวตน ส่วนการสอนให้เกิด transformative learning วิจารณ์ พานิช⁽²²⁾ กล่าวว่า ต้องมีปัจจัยหลัก (core elements) 6 ประการคือ

1) ประสบการณ์ของปัจเจกบุคคล ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำหรับนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนการตีความ หรือสะท้อนคิด โดยครูออกแบบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีมิติด้านคุณค่าให้ผู้เรียนลงมือทำ หรือสัมผัสจริง ยิ่งกิจกรรมนั้นถ้าก่อให้เกิดความอึดอัด หรือได้รับประสบการณ์เชิงอารมณ์ จะยิ่งมีโอกาสเรียนรู้สู่การเปลี่ยนโลกทัศน์สูงขึ้น เช่น นักศึกษาแพทย์ได้เดินทางไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต เป็นต้น จะทำให้ออกาสที่จะเกิดการเปลี่ยน โลกทัศน์ยิ่งสูงขึ้น

2) การสะท้อนคิดอย่างจริงจัง (critical reflection) ครูต้องมีทักษะในการตั้งคำถามสิ่งที่ต้องการพัฒนาและช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้ลึก (deeping learning)⁽²³⁾

3) สุนทรียสนทนา ครูต้องพยายามกระตุ้นให้มีการตีแผ่ข้อมูลลึก ๆ ออกมาในวงสุนทรียสนทนา

4) มุมมองที่ครบถ้วน (holistic) การรู้เชิงวิชาการอย่างเดียวไม่สามารถทำให้บรรลุสู่การเปลี่ยนแปลงได้ ต้องบูรณาการกับการเรียนที่ใช้กระบวนการเชิงอารมณ์ร่วมด้วย

5) ให้ความสำคัญต่อบริบท (context) เป็นการทำความเข้าใจเชิงลึกต่อปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเชิงสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งไม่แคบหรือไม่แยกส่วนจากความเป็นจริง

6) ความสัมพันธ์ที่อยู่บนฐานของความจริงใจ ซึ่งจะก่อผลให้เกิดการเรียนรู้คือ ทำให้มีสติอยู่กับตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พฤติกรรมอัตลักษณ์บัณฑิตในด้านจิตบริการ การคิดเชิงวิเคราะห์ และการให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีส่วนร่วม ควรพัฒนาส่งเสริมให้เป็นอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกต่อไป เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข และควรยกระดับอัตลักษณ์บัณฑิตให้มีพฤติกรรมในระดับที่สูงขึ้น เป็นระดับดีมาก โดยใช้กระบวนการใน “คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2554” เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

1.2 จากการวิจัยพบว่า อาจารย์เป็นต้นแบบ (Role

model) ที่สำคัญเป็นลำดับแรกในการพัฒนาอัตลักษณ์ นักศึกษา ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการคัดเลือก พัฒนา และส่งเสริมให้อาจารย์มีพฤติกรรมที่เหมาะสมไปในทางที่พึงประสงค์โดยเน้นให้อาจารย์สร้างบรรยากาศของความรัก ความอบอุ่น ให้เกียรติ มีความเชื่อมั่นในตัวนักศึกษา เพื่อเป็นต้นแบบพัฒนานักศึกษาให้เป็นบัณฑิตที่มีความเข้าใจมนุษย์ “ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”

1.3 จากการวิจัยพบว่า วิธีการจัดการเรียนการสอนที่สำคัญ ได้แก่ การสะท้อนคิด (reflection) และกรณีศึกษา (case study) ดังนั้นควรส่งเสริมให้อาจารย์ในวิทยาลัยทุกคนมีทักษะการสะท้อนคิดและการสอนโดยใช้กรณีศึกษา เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตต่อไป

1.4 กระบวนการจัดการเรียนการสอนในการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ที่ใช้วิธีดำเนินการด้วยการอยู่ร่วมกันแบบระบบครอบครัวและการบูรณาการเรียนการสอนกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร เป็นการสร้างพื้นที่ให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ผ่านการปฏิบัติงานจากสถาน-การณ์จริงที่หลากหลาย วิทยาลัยควรส่งเสริมและสนับสนุนอย่างจริงจังในกระบวนการดำเนินงานด้วยการอยู่ร่วมกันแบบระบบครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

1.5 กระบวนการจัดการศึกษาของวิทยาลัยทำให้เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (transformative learning) ซึ่งอาจารย์จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะต้องมีความเข้าใจ มีทักษะในการเรียนการสอนที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงภายในตัวตนของนักศึกษา ดังนั้น สถาบัน-พระบรมราชชนกควรส่งเสริม พัฒนา ให้วิทยาลัยมีการจัดระบบการเรียนการสอน การพัฒนาอาจารย์ ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงภายในตัวตน (transformative learning) และวิทยาลัยควรให้ความสำคัญและร่วมมือโดยจัดระบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงภายในตัวตนในทุกสาขาวิชา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตาม ประเมินผลการเรียนการสอนที่ส่งเสริมอัตลักษณ์

นักศึกษา และกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงภายในตัวตนเพื่อนำข้อมูลสู่การพัฒนาการศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก ให้มีความเข้มแข็ง ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพสู่สังคมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชาญณรงค์ พรุ่งโรจน์. อัตลักษณ์ผู้เรียน เอกลักษณ์สถานศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ชีโนพับลิชชิงแอนด์แพคเกจจิ้ง; 2557.
2. โชติกา ศรีประเสริฐ. การรวบรวมความหมายของอัตลักษณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://chotika51-thesis.blogspot.com/2011/07/blog-post.html>
3. กุสุมา ภูใหญ่. กระบวนการสร้างอัตลักษณ์: มุมมองจิตวิเคราะห์และสังคมศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: http://kusumakooyai.blogspot.com/2013/04/blog-post_5.html
4. จักรทิพย์ สุวรรณชิน, พนมพร จันททรัพย์ญา. การสร้างอัตลักษณ์ของผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา. วารสารปัญญาภิวัฒน์ 2558;7(2):267-80.
5. สถาบันพระบรมราชชนก. คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์; 2554.
6. ICT MOPH. ค่านิยมที่เราชาวสาธารณสุขควรเป็น [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://www.facebook.com/MophICT/posts/1141768402529667:0>
7. กระทรวงสาธารณสุข. ค่านิยมองค์กร (core value): MOPH. [อินเทอร์เน็ต]. 2016 [สืบค้นเมื่อ 13 ต.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Positioning_MoPH_2559.pdf
8. Yamane T. Statistics, an introductory analysis. 2nd Ed. New York: Harper and Row; 1967.
9. Hoy WK. The technical core: learning and teaching [Internet]. 2013 [cited 2018 May 1]. Available from: www.

- waynekhoy.com/power_points.html
10. สายสวาท เผ่าพงษ์, จุฑาทิพย์ ศิริณภาดล, สิริเพ็ญโสภณ จันทร-สถาพร, ภิมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์. อัตลักษณ์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 29 พ.ค. 2561];18:5-16 แหล่งข้อมูล: <https://tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/issue/view/979>
 11. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, พิมพิมล วงศ์ไชยา, สิริสุตา เตชะ-วิเศษ, สมศรี สัจจะสกุลรัตน์. อัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนะยา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2560];25(3): 14-26. แหล่งข้อมูล: <https://tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/47144>
 12. Meded Tweet. การเรียนรู้จาก role model (1) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://mededtweet.blogspot.com/2017/12/role-model-1.html?m=>
 13. ภรณ์ภา วิชัยเนตร. การสะท้อนคิด: การสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2561];6(2):188-98. แหล่งข้อมูล: <https://tci-thaijo.org/index.php/policeurse/article/view/.../23931>
 14. พีรนนท์ วิศาลสกุลวงษ์, สุमितตา สว่างทุกข์. การเรียนรู้ผ่านการสะท้อนกลับการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในห้องคลอด: วิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารเกื้อการุณย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2561];22(2):57-70 แหล่งข้อมูล: www.kcn.ac.th/KCN-Journal/no2-2558.html
 15. The'z James Pinlantum. วิธสอนโดยใช้กรณีศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2015 [สืบค้นเมื่อ 9 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://prezi.com/ibheqkhoc9nj/presentation/>
 16. ปรียา สมพิช. การจัดการเรียนรู้เชิงรุกโดยใช้รูปแบบการเรียนการสอนด้วยกรณีศึกษา: organized active learning by instructional model with case-based. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 7 ก.ย. 2561];11(2):260-70. แหล่งข้อมูล: https://www.tcithaijo.org/index.php/PNRU_JHSS/article/view/65442/59427
 17. จิราพร วรวงศ์, วิไลวรรณ วัฒนานนท์, ปราณี แสดคง, พัชรินทร์วีณา เพิ่มยินดี, แสงดาว จันทรดา. เส้นทางพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 7 ก.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://kusuma-kooyai.blogspot.com/2013/04/blog-post_5.html
 18. จุรี แสนสุข, นิระมล สมต้ว, แสงดาว จันทรดา. การศึกษาแบบบูรณาการโดยใช้ระบบครอบครัวเสมือนต่อความคงทนของอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในบัณฑิตโครงการผลิตพยาบาลชุมชน เพื่อชุมชน ของชุมชนและโดยชุมชนจังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2560];39(3):140-6. แหล่งข้อมูล: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnatned/article/view/69166/56271>
 19. สำนักมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาวิเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาบัณฑิตอุดมคติ-ไทย. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์; 2547.
 20. RT#22 RU. สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ learning Environment [อินเทอร์เน็ต]. 2018 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: kittiponget22ru.wordpress.com/2014/02/21
 21. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2559 [สืบค้นเมื่อ 12 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/

- Positioning_MoPH_2559.pdf
22. วิจารณ์ พานิช. เรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง transformative learning. กรุงเทพมหานคร: เอส อาร์ พรีนติ้ง แมสโปรดักส์; 2558.
23. เทิดศักดิ์ วัฒนจันทร์. การเรียนรู้แบบลงลึกและการคิด ตริกตรอง (reflection) [อินเทอร์เน็ต]. 2018 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2018]. แหล่งข้อมูล: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/80_2016-12-06.pdf

Abstract: Graduated Identity Development Process of Colleges under Praboromaratchanok Institute Jurisdiction, Ministry of Public Health

Pattama Thongsom, Ph.D. (Higher Education); Achala janpet, Ph.D. (Educational Administration); Lily Siriporn, Ed.D. (Educational Administration); Chonlatee Hanbenjapong, M.S. (Human Resource and Organization Development)

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(3):547-60.

This main objective of this research was to explore development process for identity development of graduates from Praboromaratchanok Institute. The mixed method design, a combination of research and analysis of both qualitative and quantitative data, was employed. Qualitative method was used to study graduated identity and developing process of graduated identity by group discussions and interviews; and the quantitative research was used to study the opinions of graduated users/teamwork/supervisor towards the graduate identity, and to validate the qualitative data analysis. The 187 participants for the qualitative research consisted of administrators, faculty lecturers, clinical mentors in practical training field, and fourth year students. Quantitative research samples were 370 graduated from colleges under the Praboromarajchanok Institute, academic year 2015. Quantitative research tools was a questionnaire with 5 likert scale with 0.87 Chronbach's alpha coefficient. Data were analyzed by descriptive statistics: percentage, mean, and standard deviation. The research showed that graduate identity of the colleges under the Praboromarajchanok Institute was "humanized care". This was composed of 3 elements: service mind (S), analytical thinking (A), and behavior lead to patients' participation (P). The overall score was at good level. For the process of identity development, there were the top 5 main processes which included: (1) instructor as a role model, (2) teaching and learning method of small group (more often were reflection and case study), (3) family like system in the colleges, (4) integration between teaching learning and activities outside classroom to support learning, and (5) organization policy. Moreover, it was found that the graduates' identity was in line with the core value of Ministry of Public Health (M O P H). The learning environment was opened and healthy; and the teaching and learning process facilitated transformative learning.

Keywords: graduated identity; identity development; humanized care; transformative learning

ปกิณกะ

Miscellany

การประชุม The 3rd Global Ministerial Conference on Road Safety, Stockholm Waterfront Congress Center กรุง Stockholm ประเทศ Sweden วันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2563

วิทยาชาติบัญชาชัย พ.บ.

ศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกด้านการป้องกันการบาดเจ็บ

การประชุม Global Ministerial Conference on Road Safety จัดขึ้นครั้งแรกที่กรุงมอสโก (19-20 พฤศจิกายน 2009) การประชุมครั้งนั้นมีผลลัพธ์สำคัญคือ เกิด Moscow's Declaration และ United Nations Decade of Action for Road Safety 2011-2020 การประชุมครั้งที่ 2 จัดขึ้นที่กรุงบราซิล (18-19 พฤศจิกายน 2015) ซึ่งมีผลผลิตสำคัญ คือ Brasilia Declaration และ WHO 12 Global Targets and Indicators for Road Safety

การประชุมทั้งสองครั้งที่ผ่านมาถือเป็น milestone สำคัญของโลกที่ทำให้ทุกประเทศได้ตระหนักถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุทางถนน และทำให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างจริงจัง

องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่า เมื่อสิ้น Decade of Action 2011-2020 การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของโลกจะต้องลดลงครึ่งหนึ่ง แต่เมื่อถึงสิ้นทศวรรษความปลอดภัยทางถนนในปี 2020 นี้ องค์การอนามัยโลกได้ประเมินแล้วว่า คงไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ความสูญเสียชีวิตจากเหตุบนท้องถนนยังอยู่ในระดับสูงกว่า 1.35 ล้านคนในแต่ละปี

การประชุมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมประชุม 1,700 คนจาก 140 ประเทศ และผู้เข้าร่วมประชุมระดับรัฐมนตรี 40 คน จัดขึ้นในปีสุดท้าย ของ United Nations Decade of Action เป็นการถอดบทเรียนและประกาศเป้าหมายใหม่เพื่อความปลอดภัยทางถนนในทศวรรษหน้า (a new target for a decade of SDG action for road safety) คือ จะต้องลด การเสียชีวิตและการบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี 2030 (50 by 30) รวมทั้งจะต้องจริงจังกับการสร้างความยั่งยืนตามนโยบายของ United Nations Sustainable Development Goals (UN SDGs)

การประชุมครั้งนี้ สมเด็จพระราชาธิบดีคาร์ลที่ 16 กุสตาฟ (Carl XVI Gustaf) แห่งสวีเดนเสด็จมาเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดการประชุม (ภาพที่ 1) พร้อมทั้งพระราชทานพระบรมราโชวาท โดยมีใจความสำคัญว่า อุบัติเหตุทางถนนสามารถป้องกันได้ การเสียชีวิตจำนวนมากที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นเรื่องที่ยอมรับไม่ได้ เป็นความรับผิดชอบของทุกๆ คน และต้องช่วยกันสร้างโลกที่ปลอดภัยสำหรับคนรุ่นต่อไป

ภาพที่ 1 สมเด็จพระราชาธิบดีคาร์ลที่ 16 กุสตาฟเสด็จเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดการประชุม



ภาพที่ 2 timeline ของ พัฒนาการเพื่อ Vision Zero ของประเทศสวีเดน



ภาพที่ 3 รัฐมนตรีและผู้บริหารจาก 140 ประเทศเข้าร่วมพิธีเปิดการประชุม



Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกกล่าวว่า การที่จะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ความมุ่งมั่นและความเป็นผู้นำของรัฐบาลและผู้บริหารระดับสูง โดยที่ทุกประเทศจะต้องดำเนินการดังนี้

1. มีแผนและดำเนินการอย่างจริงจัง โดยใช้มาตรการและประยุกต์บทเรียนจากประเทศที่ประสบความสำเร็จ
2. ต้องเป็นมาตรการที่มีความยั่งยืนและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนโดยรวม
3. จะต้องระดมสรรพกำลังจากทุกภาคส่วนทุกภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมมือกันในการดำเนินงาน

ผู้นำของประเทศจะต้องไม่มีข้อแก้ตัวใดๆ ที่จะไม่จัดการกับปัญหาอุบัติเหตุทางถนน

นาง Adina-Ioana Valean ซึ่งดำรงตำแหน่ง Transport Commissioner ของ European Union กล่าวว่า ความผิดพลาดเป็นเรื่องปรกติของมนุษย์ แต่คนใช้รถใช้ถนนไม่ควรจะถูกกลบโถมถึงตายเพราะความผิดพลาดที่เกิดขึ้น การจัดการกับปัญหาเรื่องนี้จะต้องทำอย่างเป็นระบบ (safe system approach)

นางสาว Omnia El Omrani นักเรียนแพทย์จากอียิปต์ ประธานร่วมของ 2nd World Youth Assembly for Road Safety ได้กล่าววิงวอนถึงผู้ใหญ่และผู้บริหารว่า เด็กและ

เยาวชนทั่วโลกต้องการสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ปลอดภัย ต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว เด็กและเยาวชนทุกคนต้องการพลัง คำมั่นสัญญา นโยบาย การร่วมมือในการดำเนินการอย่างเร่งด่วน จากผู้ใหญ่ทุกคน ผู้บริหารทุกประเทศ โดยที่เยาวชนทุกคนพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างประวัติศาสตร์หน้านี้

Dr. Etienne Krug ผู้อำนวยการของ Department of Social Determinant of Health ขององค์การอนามัยโลกกล่าวว่าในระหว่างปี 2011-2020 องค์การอนามัยโลกและประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ลงทุนลงแรง และมีความก้าวหน้าในการสร้างความปลอดภัยทางถนนมากมาย ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมาย มีการระดมทุนจำนวนมหาศาล การเข้าร่วมของภาคส่วนต่างๆ รวมถึงการมีส่วนร่วมของประชาคมในทุกๆ ประเทศอย่างกว้างขวางที่สุดเท่าที่เคยมีมา มีการกำหนดเป็นแผนงานสำคัญ ใน UN Sustainable Development Goals

แม้จะมีหลาย ๆ ประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว สามารถลดความสูญเสียได้ตามเป้า แต่กระนั้นประเทศส่วนใหญ่ก็ยังไม่สามารถเอาชนะปัญหานี้ได้ ไม่มีประเทศใดเลยในกลุ่ม low income ที่การเสียชีวิตลดลง ซึ่งหมายความว่า มาตรการต่าง ๆ ที่ดำเนินการมายังไม่พอเพียง สิ่งที่เป็นปัญหาสำคัญที่สุดที่เป็นปัจจัยของความ

ล้มเหลว ที่ประเทศต่าง ๆ ไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้ คือการขาดเจตจำนงทางการเมืองอย่างแท้จริง (political will) ของรัฐบาล

ในทศวรรษต่อจากนี้ political will เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ทุกประเทศต้องการ political will ที่เข้มแข็งกว่านี้ โดยต้องจริงจังกับการเปลี่ยนนโยบาย เปลี่ยนแผนสู่การปฏิบัติ ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ต้องดำเนินการไม่เพียงในระดับส่วนกลางแต่ต้องลงลึกถึงระดับพื้นที่

เจตจำนงทางการเมือง ไม่ใช่เพียงแค่การประกาศเป็นนโยบาย แต่จะต้องมีการลงทุน มีการให้อำนาจ มอบหมาย สนับสนุน หน่วยงานหลักที่เป็นมืออาชีพให้รับผิดชอบ มีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด จริงจัง

การตั้งเป้าหมายใหม่ ขององค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกนี้ก็เพื่อ

1. สื่อสารถึงทุกประเทศให้เห็นความสำคัญของความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนน

2. กระตุ้นให้ทุกภาคส่วนต้องเพิ่มความรับผิดชอบต่อปัญหานี้ให้มากขึ้น หากต้องการให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3. ส่งสัญญาณถึงรัฐบาลให้ยกระดับความสำคัญของปัญหาและการแก้ปัญหา

4. หน่วยงานทุกหน่วยงานจะต้องรับเป็นเจ้าของในการวางแผนและลงมือกระทำอย่างจริงจัง

5. เป้าหมายที่ตั้งขึ้นจะกระตุ้นให้สื่อ และสังคมตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา

มาตรการหนึ่งที่สำคัญที่สุดที่กล่าวถึงใน Safe and Healthy Street คือ การลดความเร็วในเขตเมือง ไม่ว่าจะเป็นการจำกัดความเร็วเขตเมืองให้เหลือเพียง 30 กิโลเมตรต่อชั่วโมง การมีทางเดินเท้าที่ปลอดภัย การมีเลนสำหรับจักรยาน และเส้นทางไปโรงเรียนที่ปลอดภัย

นายอนุทิน ชาญวีระกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่า ประเทศไทยแม้ยังไม่สามารถลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนลงได้ตามเป้าหมาย แต่ในห้วงเวลาที่ผ่านมามีบท

ภาพที่ 4 นายอนุทิน ชาญวีระกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหัวหน้าคณะผู้แทนจากประเทศไทย



ภาพที่ 5 นายนิพนธ์ บุญญามณี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทย เข้าร่วมการประชุม



เรียนความสำเร็จสำคัญในการจัดการกับปัญหาเรื่องนี้คือ มีการพัฒนาโครงสร้างการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ และ มีการพัฒนาระบบการบูรณาการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สิ่งที่เป็นวิสัยทัศน์ในอนาคตคือ การสร้างความปลอดภัยของประชาชนทุกคน และทุกภาคีเข้ามามีส่วนร่วมในการ

จัดการกับปัญหาเรื่องนี้ (road safety for all, all for road safety) ให้ได้ตามหลักการและเป้าหมาย ของ UN Sustainable Development Goal ประเทศไทยจะมีแผนหลัก และลงทุนพัฒนาระบบ public transport ทั่วประเทศ ซึ่งเป็น mega project และจะขยายผลบทเรียนความสำเร็จ

ภาพที่ 6 นายอนุทิน ชาญวีรกูล ได้รับเชิญเป็นองค์ปาฐกในหัวข้อเรื่อง Harnessing the success of the success of the decade of action for road safety (2011-2020)



และเรียนรู้จากประเทศอื่น ๆ โดยจะกำกับติดตามการดำเนินงานในทุก ๆ ยุทธศาสตร์อย่างใกล้ชิด และลงทุนเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนน

Lord Robertson ประธาน FIA Foundation ได้เน้นย้ำว่า สิ่งที่ทำได้ง่าย ๆ ทำได้ทันที ทำแล้วบรรลุผลแน่นอน คือ Slow Down ในถนนทุกที่

เพื่อให้บรรลุ เป้าหมาย Zero vision ประเทศสวีเดน ได้ออกกฎหมายใหม่ควบคุมความเร็วเขตเมือง ลดเหลือ 30 กิโลเมตรต่อชั่วโมง

นายนิกร จ่านอง รองประธานกรรมการคมนาคม และประธานอนุกรรมการพิจารณาศึกษาความปลอดภัยทางถนน ได้รับเชิญให้ร่วมเป็นผู้ร่วมอภิปรายในหัวข้อ Mobilizing Parliamentarians for Road Safety: Perspectives from Parliamentarians and Parliamentary “Friend of Road Safety” ซึ่งเป็นหัวข้อที่แสดงถึงความสำคัญในระดับสูงสุดของเครือข่ายสมาชิกรัฐสภา ต่อการสร้างความปลอดภัยทางถนน

Panel session นี้ เป็น session ที่รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานของสมาชิกรัฐสภาผู้แทนราษฎรจากประเทศที่มีผลการดำเนินการ เพื่อแสดงให้เห็นโอกาสที่สมาชิกรัฐสภาผู้แทนราษฎร และรัฐสภา สามารถจะมีส่วนร่วมสร้างความปลอดภัยทางถนนของประเทศ

นายนิกร ได้บรรยายว่า ประเทศไทย ได้จัดตั้งอนุกรรมการพิจารณาศึกษาความปลอดภัยทางถนนในระดับสภาผู้แทนราษฎร และคณะอนุกรรมการความปลอดภัยทางถนนในระดับวุฒิสภา และกำลังดำเนินการเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการร่วมของทั้งสองสภาเพื่อแสดงบทบาทหน้าที่ที่สำคัญมาก 4 ประการคือ ร่วมดำเนินการในการผลักดันกฎหมายความปลอดภัยทางถนน การพิจารณางบประมาณ การกำกับติดตามการดำเนินงานของรัฐบาล และการมีส่วนร่วมในการสร้างความตระหนักของประชาคม ประชาสังคมในสังคม

Ms. Elin Gustafson สมาชิกวุฒิสภาสวีเดน กล่าวในที่ประชุมว่า “Key word ของการมุ่งสู่ Vision Zero คือการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคมของประเทศสวีเดน ไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล ภาคอุตสาหกรรมเช่นบริษัท Volvo, ภาคการศึกษาและวิชาการ ภาคประชาสังคม ฯลฯ โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ ให้บรรลุ Vision Zero ระบบที่สร้างความปลอดภัยทางถนนจะต้องปรับให้เข้ากับคนในสังคม ไม่ใช่ให้คนปรับตัวให้เข้ากับระบบ โดยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างพื้นฐาน การนำเทคโนโลยีมาใช้ และให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบางบนถนน (vulnerable road users - VRU)

ในปี 2019 สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศสวีเดน ลดลงจนต่ำที่สุดในประวัติศาสตร์ คือ

ภาพที่ 7 ประเทศไทย เป็นหนึ่งใน 140 ประเทศที่เข้าร่วมประชุม 3rd Global Ministerial Conference on Road Safety: Achieving Global Goal 2030 @ Stockholm Waterfront Congress Center, Stockholm, Sweden



ภาพที่ 8 นายนิกร จำนง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ได้รับเชิญเป็นองค์ปาฐก ในหัวข้อ Mobilizing Parliamentarians for road safety



เหลือเพียง 232 คน หรือเพียง 2.3 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นสถิติที่ต่ำที่สุดในโลก แต่ก็ยังไม่พอใจ และยังต้องตอบคำถามที่ว่า ควรจะให้ลูกหลานอยู่ในสังคมเช่นไร”

Mr. Barry Sheerman สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ประเทศอังกฤษได้กล่าวว่า รัฐสภาเป็นผู้นำในการสร้างความปลอดภัยทางถนน เป็นตัวกลางในการเชื่อมแนวคิด

ภาพที่ 9 การนำเสนอบทบาทหน้าที่ของรัฐสภาในการจัดการกับปัญหาอุบัติเหตุทางถนน



การดำเนินงานระหว่างรัฐบาลและประชาชน สมาชิกรัฐสภา จะต้องมีความมุ่งมั่น กระตือรือร้นในระดับสูง ทำในสิ่งที่ พิสูจน์แล้วว่าได้ผล โดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้องจากการวิจัย ต้องทำอย่างต่อเนื่องและต้องทำให้เกิดความยั่งยืน

นายนิพนธ์ บุญญามณี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทย ได้รับเชิญให้เป็น panelist ในหัวข้อ Addressing the Safety of Powered Two Wheelers ซึ่งเป็นหัวข้อ ที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่ง คนเข้าฟังกันล้นหลามจน ไม่มีที่นั่ง ต้องยืนฟัง

ปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิตจากการขับขี่รถ มอเตอร์ไซด์เป็นเรื่องใหญ่ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตสูงสุดในประเทศ low middle income ทุกประเทศ และความสูญเสียนี้มีแนวโน้มจะมากขึ้นเรื่อยๆ

นอกจากอุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่มีส่วนช่วยทำให้ การขับขี่มอเตอร์ไซด์ปลอดภัย เช่น เปิดไฟหน้ารถ ใส่ หมวกกันน็อก เบรก ABS การจัดการเชิงระบบก็เป็นส่วน สำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ทำให้คนขี่มอเตอร์ไซด์ปลอดภัยยิ่งขึ้น

ภาพที่ 10 บรรยากาศในห้องประชุมย่อย



ภาพที่ 11 นายนิพนธ์ บุญญามณี ได้รับเชิญเป็นองค์ปาฐก ในหัวข้อ Addressing the safety of powered two wheelers



แต่ความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ยังไม่ค่อยได้รับความสนใจจากผู้บริหารมากนัก เนื่องจากเป็นปัญหาของผู้ด้วยโอกาส เป็นปัญหาเรื่องความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม

นาย Johannes Loman, President of International Motorcycle Manufacturer association กล่าวว่า Motorcycle is the only choice for the poor เป็นเรื่องยากมากที่จะไม่ให้คนจนขี่มอเตอร์ไซด์ トラบใดที่ยังไม่มีทางเลือก

ที่ดีกว่านี้ คนส่วนใหญ่ที่ยากจนก็ยังคงต้องใช้รถมอเตอร์ไซด์ จึงต้องหาวิธีที่ทำให้คนขี่มอเตอร์ไซด์ได้อย่างปลอดภัย

นายนิพนธ์ได้กล่าวว่า พาหนะสองล้อในประเทศไทยนั้นยังคงมีความจำเป็น โดยการใช้ยานพาหนะสองล้อหรือรถจักรยานยนต์นั้นเป็นวิถีชีวิตของคนไทยเนื่องจากระบบขนส่งมวลชนยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง แต่ภาครัฐก็จำเป็นต้องมีมาตรการเพื่อสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้น

ภาพที่ 12 Key message ของ Mr. Johanne Loman ในการบรรยายหัวข้อ Addressing the safety of powered two wheelers



ภาพที่ 13 การประชุมความร่วมมือทวิภาคีระหว่าง ประเทศไทย และองค์การอนามัยโลก



ภาพที่ 14 สัมภาษณ์นายนิพนธ์ บุญญามณี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทย โดยไทย พีบีเอส



สูงสุด โดยใช้กลไกของด้านครอบครัว ด้านชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น เป็นกลไกสำคัญเข้าไปมีส่วนจัดการปัญหาและสร้างความปลอดภัยบนท้องถนนให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่สร้างหรือพัฒนาถนนต้องทำให้ถนนมีมาตรฐานเพื่อให้สร้างความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

รัฐมนตรี และผู้บริหารระดับสูงของประเทศที่มาประชุม 3rd Global Ministerial Conference on Road Safety ณ กรุง Stockholm, Sweden ได้ร่วมกันประกาศปฏิญญา Stockholm (Stockholm Declaration) เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563 โดยขอต่อยุทธศาสตร์ที่ 3 ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) ไปดำเนินการอย่างเต็ม

1. ขอยืนยันในคำมั่นสัญญาที่จะนำ 2030 agenda ผลผสมผสานกับนโยบายของ UN sustainable development goal (SDG) ไปดำเนินการอย่างเต็ม

กำลัง

2. ขอเรียกร้อง ความปลอดภัยทางถนน เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การพัฒนาการศึกษา การสร้างเมืองที่ยั่งยืน สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของสังคม
3. ขอเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตามกรอบ SDG ข้อ 3.6 เพื่อลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ลงได้ ครึ่งหนึ่งภายในปี 2030 นับจากปี 2020
4. ขอเรียกร้องให้ประเทศสมาชิก ยกระดับความมุ่งมั่นที่จะป้องกันความสูญเสียที่ไม่สมควรที่เกิดกับเยาวชน และคนหนุ่มคนสาวจากอุบัติเหตุทางถนน
5. ขอให้ยืนยันในความมุ่งมั่นทางการเมืองและความรับผิดชอบในระดับสูงสุด ที่จะสร้างยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยทางถนน ทั้งในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับ

ภาพที่ 15 พิธีประกาศรับรอง Stockholm Declaration



- จังหวัด โดยระดมการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาครัฐ และทุกภาคส่วน ในทุกระดับ
6. ขอส่งเสริมให้ประเทศที่ยังไม่ได้เป็นคู่สัญญาด้านความปลอดภัยทางถนนกับองค์การสหประชาชาติพิจารณาเข้าเป็นสมาชิก และดำเนินการตามกรอบแผนงาน safe system
 7. ขอให้ผนวกเรื่องความปลอดภัยทางถนน และการจัดการอย่างเป็นระบบ เข้าในการวางแผน การจัดการผังเมือง การออกแบบถนน การออกแบบการขนส่ง การขนส่งสาธารณะ การออกกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย ให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ใช้รถใช้ถนนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มเปราะบางทางถนน
 8. ขอเร่งรัดให้เร่งพัฒนาระบบการเดินทางที่ประหยัดพลังงาน ลดมลภาวะ โดยส่งเสริมการเดินทาง การขี่จักรยาน และการขนส่งมวลชน
 9. ขอส่งเสริมให้นำเทคโนโลยี มาผนวกเข้ากับการพัฒนาทุกระยะของการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยทางถนน ตั้งแต่การป้องกัน จนถึงการดูแลหลังเกิดเหตุ
 10. ขอให้สร้างความมั่นใจว่าผู้บาดเจ็บจะสามารถเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการดูแลหลังเกิดเหตุที่มีคุณภาพ และทันการณ์
 11. ขอให้มุ่งเน้นการจัดการกับความเร็ว การบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงการจำกัดความเร็วไม่เกิน 30 กม/ชม ในเขตชุมชน
 12. ขอให้สร้างความมั่นใจว่า ภายในปี 2030 รถทุกคันจะต้องติดตั้งอุปกรณ์ความปลอดภัยตามมาตรฐาน
 13. ขอให้สร้างความมั่นใจว่า ได้มีการผนวกมาตรฐานด้านความปลอดภัยในการสร้างและบำรุงรักษาถนน
 14. ขอเรียกร้องให้ทุกภาคธุรกิจ และอุตสาหกรรมทุกขนาด เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความ

ปลอดภัยทางถนน

15. ขอเรียกร้องให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนทุกระดับจัดหายานพาหนะและการบริการการขนส่งที่ปลอดภัยและยั่งยืน
16. ขอให้สนับสนุนการลงทุนเพื่อความปลอดภัยทางถนน และสนับสนุนแผนงานโครงการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตลอดจนขยายผลการดำเนินงาน
17. ขอให้ผู้เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการกำกับติดตามและรายงานผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดยยึดกรอบ 12 global targets and indicators เป็นแนวทางการดำเนินงาน
18. ขอเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกรวบรวมยุทธศาสตร์ แผนงาน กิจกรรมที่ประสบความสำเร็จในประเทศสมาชิก และจัดทำเป็นรายงานเพื่อเผยแพร่ภายในปี 2024

ขอให้องค์การสหประชาชาติเป็นเจ้าภาพ จัด 1st high level conference on road safety เพื่อให้ผู้บริหารของประเทศสมาชิก เป็นผู้นำในการดำเนินการตามประกาศใน Declaration นี้จนสามารถลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี 2030

ขอให้องค์การสหประชาชาติรับรองสาระใน Declaration นี้

วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2020 มีการประชุมทวิภาคีระหว่างรัฐบาลไทยนำโดยนายอนุทิน ชาญวีระกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายนิพนธ์ บุญญามณี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทย นายอภิรัฐ รัตนเศรษฐ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงคมนาคม พล.ต.ท. ดำรงค์ศักดิ์ กิตติประภัสร์ กับรัฐบาลสวีเดน นำโดย Mr. Tomas Eneroth, Minister of Infrastructure

นายอนุทิน ชาญวีระกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศรับรอง

ภาพที่ 16 การประชุม ความร่วมมือทวิภาคี ระหว่างรัฐบาลไทย และสวีเดน



Stockholm Declaration และจะสนับสนุนการดำเนินการ เพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยอย่าง เต็มที่

โดยสรุป การประชุม The 3rd Global Ministerial Conference on Road Safety แสดงให้เห็นถึงความ ตระหนักของปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตของประชา-

กรโลกจากอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งทุกประเทศต้องดำเนินการอย่างจริงจัง ปฏิญญา Stockholm เป็นแนวทางสำคัญ ในการทำให้มาตรการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของ องค์การสหประชาชาติ

จดหมายถึงบรรณาธิการ

Letter to Editor

Integrating and Educating Pharmaceutical Supply Chain Partners

Sanjeev Kumar Vellore Ranganathan, M.L.M., P.G.D.M. (Marketing), B.Com. (Hons)

School of Applied Business, Unitec Institute of Technology, Auckland, New Zealand

Nimkulrat et al⁽¹⁾ provide details regarding the increased focus of pharmaceutical product traceability from precursor chemicals to finished products in the pharmaceutical manufacturing industry in Thailand. The authors specifically identify the complexities and traceability challenges in supply chain management throughout the distribution of products. As Nimkulrat et al describe, Thailand has established a process of creating a universal product code among pharmaceutical industries. However, despite the importance of traceability there is no internationally standardised pharmaceutical traceability system—primarily because of the challenges in integrating supply chain partners into a comprehensive system. This work by Nimkulrat et al informs the essential foundation for the next step of this global traceability system which is to implement an international standard using a common platform backed by commercial partners.

The ~\$75 billion USD market for counterfeit drugs is growing⁽²⁾ and globally end users are challenged to differentiate between counterfeit and authentic drugs.^(3,2) Identifying counterfeit drugs is critical as the presence of counterfeit drugs risks patient

safety⁽⁴⁾ and drives health disparities, particularly in developing countries.⁽⁵⁾ The lack of a standard traceability technology across the supply chain partners is the primary reason that counterfeit drugs are dispersed throughout the healthcare system⁽³⁾ and establishing a globally unified pharmaceutical traceability system is essential to improve patient outcomes and safety worldwide.

There are two predominant systems used for tracing pharmaceuticals: Enterprise Resource Planning (ERP) or blockchain.⁽⁶⁾ Both are effective and many European organisations have started testing the blockchain technology in an effort to decentralize the tracing process while improving privacy and data security.⁽⁶⁾ Because of this decentralised and open approach, blockchain technology more seamlessly integrates the supply chain partners, organisations and healthcare care system^(7,8) thus, facilitating objective traceability from raw materials to finished products. The obvious advantage of blockchain technology is that the data collected and shared, but not adulterated.^(9,10)

Despite these advantages, a globally unified system for traceability has yet to be established. The challenge is believed to be motivating the supply chain partners to implement this technology (as a cost) without any direct perceived value creation. Unfortunately, these commercial partners are exactly the necessary individuals for implementation of the system. The impetus for implementing this system not only requires their participation, but requires commercial motivation.

Supply chain partners resistant to the implementation of traceability systems should reflect on the 1980s video format war between the VHS and Beta-Max technology. The winning technology had nothing to do with the performance of the underlying technology, rather the winner was decided by the commercial partners the technology was able to bring together in the marketplace.

References

1. Nimkulrat S, Wangmethukul S, Powthong P. Current situation of the modern pharmaceutical manufacturing industry in Thailand. *Journal of Health Science* 2020;29(Special Issue):S129-40.
2. Peltier-Rivest D, Pacini C. Detecting counterfeit pharmaceutical drugs. *Journal of Financial Crime* 2019;26(4):1027-47.
3. Chitre M, Sapkal S, Adhikari A, Mulla S. Monitoring counterfeit drugs using CounterChain. 2019 International Conference on Advances in Computing, Communication and Control (ICAC3); 2019 Dec 1-6; Mumbai, Maharashtra, India. New York: IEEE Communications Society; 2019. p. 1-6.
4. Vastag B. Alarm Sounded on fake, tainted drugs. *JAMA* 2003;290(8):1015-6.
5. Gostin LO, Buckley GJ, Kelley PW. Stemming the Global Trade in Falsified and Substandard Medicines. *JAMA* 2013;309(16):1693-4.
6. Chiacchio F, Compagno L, D'Urso D, Velardita L, Sandner P. A decentralized application for the traceability process in the pharma industry. *Procedia Manufacturing* 2020;42:362-9.
7. Kumar R, Tripathi R. Traceability of counterfeit medicine supply chain through Blockchain. In: *The 11th International Conference on Communication Systems and Networks (COMSNETS)*; 2019 Jan 7-11; Bengaluru, India. New York: IEEE Communications Society; 2019. p. 568-70.
8. Ullah HS, Aslam S, Anrjomand N. Blockchain in healthcare and medicine: a contemporary research of applications, challenges, and future perspectives. 2020. *Cryptography and Security [Internet]* 2020 [2020 Apr 30];preprint - arXiv:2004.06795. Available from: https://www.researchgate.net/publication/340662646_Blockchain_in_Healthcare_and_Medicine_A_Contemporary_Research_of_Applications_Challenges_and_Future_Perspectives
9. Fan L, Gil-Garcia JR, Song Y, Cronemberger F, Hua G, Werthmuller D, et al. Sharing big data using blockchain technologies in local governments: some technical, organizational and policy considerations. *Information Policy* 2019;24(4):419-35.
10. Kulkarni N, Shaikh A, Kurkure N, Bagul U. A secure healthcare system using blockchain technology. *International Research Journal of Engineering and Technology* 2019;6(12):964-6.