

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial
โรคฝีดาษวานร ระวังประวัติศาสตร์จะซ้ำรอย วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	583	Monkeypox - Beware of Re happened History <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
มุมวิธีวิจัย		Methodology Corner
การตายปรับฐานอายุโดยอ้อม (Indirect Age Adjust- ment) สำหรับพื้นที่ที่มีข้อจำกัดของข้อมูลการตายราย อายุ รักษพล สนิทยา และคณะ	584	Indirect Age Adjusted Death Rate for Areas with Limited Age-Specific Data <i>Rugsapon Sanitya, et al.</i>
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของประชาชน ตำบลบึงห้วย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี สิทธิชัย ใจขาน และคณะ	587	Preparation for Entering the Aging Society of the Population in Bungwai Sub-District, Warin Cham- rab District, Ubon Ratchathani Province <i>Sitthichai Chaikhan, et al.</i>
ภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่าในชุมชนสะลง- ง์เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ สามารถ ใจเตี้ย และคณะ	598	Wisdom Related to Wild Edible Plants Consumption in Salung-Keelek Community, Mae Rim District, Chiang Mai Province <i>Samart Jaitae, et al.</i>
ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ที่มารับบริการทางสัตวแพทย์ที่กลุ่มควบคุมโรคพิษ สุนัขบ้า สำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร นิติพันธุ์ ทันตวิวัฒน์านนท์	609	Knowledge, Attitudes and Practices about Rabies Prevention and Control among People Receiving Veterinary Services at the Rabies Control Section, Office of Veterinary Public Health, Health Depart- ment, Bangkok Metropolitan Administration <i>Nitipan Tantawiwattananon</i>
ระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ.2562 - พ.ศ. 2563 ชินอรส ลีสวัสดิ์	623	Epidemiology of Suicide in Thailand, 2019 - 2020 <i>Chinoros Leesawat</i>



สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การขับเคลื่อนรูปแบบการพัฒนาการป้องกัน การฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัด อุตรดิตถ์ <i>เกษม ตั้งเกษมสำราญ</i>	638	Driving the Development of Repeated Suicide Prevention Model on Suicide Attempters in Uttaradit Province, Thailand <i>Kasame Tungkasamesamran</i>
รูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติ ใหม่โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม <i>รุ่งเรือง กิจผาติ และคณะ</i>	648	Model Development for the Surveillance, Prevention and Control the COVID-19, and Protection of People's Rights in a New Normal Way by a Virtual Community of Primary Health Care Service Net- work, Mahasarakham Province, Thailand <i>Rungrueng Kijphati, et al.</i>
การพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น <i>สมลักษณ์ หนูจันทร์</i>	665	Development of a Prevention and Control Model for Tuberculosis Infection in Household Contact by Community Participation, Jaraka Health Promoting Hospital, Nong Ruea District, Khon Kaen Province <i>Somluck Nuchan</i>
การประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” <i>ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล</i> <i>สุจิตตา ทักกะทิน</i>	674	Evaluation of the Development Project for Provincial Role Model on “Family Security Healthy Society” <i>Pattarapol Jungsomjatepaisal</i> <i>Sujitta Thakkatin</i>
การประเมินยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2560 - 2564 <i>กนิน วีระตันติกานนท์ และคณะ</i>	688	Evaluation of International Cooperation Strategy for Disease Prevention and Control Department of Disease Control B.E. 2560-2564 (A.D. 2017- 2021) <i>Kanin Teeratantikanon, et al.</i>
การพัฒนาแบบการให้บริการระบบข้อมูล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท เข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล <i>ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์ และคณะ</i>	699	Development of a Service Model of Information System for Consumer Protection and Public Health Pharmacy Group, Chainat Provincial Public Health Office into Digital Data System <i>Chaiwat Singhirunnusom, et al.</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การจัดการน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สุภาณี จันทร์ศิริ และคณะ	713	Wastewater Management of Plastic Bag Washing Plant at Ubon Ratchathani University <i>Supanee Junsiri, et al.</i>
ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นิตยา กระจำงแก้ว และคณะ	725	Effectiveness of a Management Program to Control Hypertension among Stroke Patients <i>NittayaKrajangkaew, et al.</i>
โพวิโดน ไอโอดีน สเปรย์จมูกและปาก สามารถ ป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูง ได้จริงหรือไม่? สุริยะ คูหะรัตน์ จารุรัตน์ พัฒน์ทอง	735	Can PVP-I nasal-oral spray prevent high risk contacts from COVID-19 infection? <i>Suriya Guharat Jarurat Patanatong</i>
การศึกษาประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็ก เอกซเรย์ทรวงอก สุดาลักษณ์ จันทร์เจริญ และคณะ	744	Effectiveness of Gripping Devices for Child Chest X-ray <i>Sudalak Chanjaroen, et al.</i>
การประเมินและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เกี่ยวกับองค์ความรู้ ทักษะ ในการพัฒนา และ การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบ เขตสุขภาพที่ 2 พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และคณะ	751	Assessment and Policy Recommendation on Manag- ers' and HR Personnel's Knowledge and Skills in Human Resources for Health Development and Management in Health Region 2, Thailand <i>Pintusorn Hempisut, et al.</i>
บทความพิเศษ		Review Article
ไลเคนแพลนัสช่องปากกับภาวะโรคร่วม อานันท์ จักรอิศราพงศ์	768	Oral Lichen Planus with Underlying Diseases <i>Arnun Jukisalapong</i>

วารสารวิชาการสาธารณสุข

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

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข
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. ความหนาไม่เกิน 200 หน้า โดยเผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

แนวทางการบริหารการจัดทำวารสาร

เพื่อให้การจัดทำวารสารวิชาการสาธารณสุขมีคุณภาพ และได้มาตรฐาน คณะบรรณาธิการได้กำหนดแนวทางการดำเนินการไว้ดังนี้

1. มีการปรับปรุงคณะบรรณาธิการโดยสม่ำเสมอ เพื่อให้ครอบคลุมงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านต่างๆ ทั้งนี้ คณะบรรณาธิการจะมาจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ทั้งภายในสำนักวิชาการสาธารณสุข กรมวิชาการต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั้งในกรุงเทพ-

กำหนดออก: ราย 2 เดือน (มกราคม-กุมภาพันธ์, มีนาคม-เมษายน, พฤษภาคม-มิถุนายน, กรกฎาคม-สิงหาคม, กันยายน-ตุลาคม, พฤศจิกายน-ธันวาคม)

สำนักงาน: สำนักวิชาการสาธารณสุข อาคาร 2 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 02 5901718-19, 025918566

โทรสาร 02 5901718-9

E-mail: editor2015@hotmail.com; hmoph@hotmail.com

ดาวโหลดบทความได้ที่ <https://thaidj.org/index.php/JHS>

มหานครและต่างจังหวัด นอกจากนี้ ยังได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิสาขาต่างๆ จากหลายสถาบันเป็นกลุ่มประเมินต้นฉบับ หรือ reviewers ของวารสารวิชาการสาธารณสุข

2. วารสารวิชาการสาธารณสุขเปิดรับบทความจากนักวิชาการต่างๆ ในทุกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้ บทความที่ต้องการพิมพ์เผยแพร่จะต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์มาก่อน โดยมีรูปแบบตามแนวทางที่วารสารกำหนด และเป็นไปตามข้อกำหนดด้านจริยธรรมการตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการ (publication ethics) ทั้งนี้ รายละเอียดเกี่ยวกับข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับและข้อกำหนดด้านจริยธรรมจะอ่านได้จาก website ของวารสารวิชาการสาธารณสุข <<https://thaidj.org/index.php/JHS>>

3. วารสารวิชาการยึดหลักการดำเนินการตามจริยธรรมการตีพิมพ์บทความในวารสารวิชาการ ทั้งนี้ ต้นฉบับที่สำนักวิชาการฯ ได้รับจะผ่านกระบวนการ ดังต่อไปนี้

3.1 การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นโดยนักวิชาการภายในกองบรรณาธิการและฝ่ายจัดการ หากเอกสารไม่ครบถ้วน ก็จะแจ้งเจ้าของบทความเพื่อทำการแก้ไขและส่งต้นฉบับมาใหม่

3.2 ต้นฉบับที่ผ่านการคัดกรองจะถูกส่งต่อไปยังบรรณาธิการเพื่อการประเมินคุณภาพ และพิจารณาหาผู้เหมาะสมในการประเมินหรือทบทวนบทความ (reviewers)

3.3 ต้นฉบับแต่ละเรื่องจะถูกส่งไปให้ reviewers 3 คน เพื่อประเมินและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ทั้งนี้ reviewers จะเป็นนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับต้นฉบับนั้นๆ โดย reviewers จะต้องมาจากหน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของเจ้าของต้นฉบับ และการส่งต้นฉบับให้แก่ reviewers นั้น จะมีการปิดบังชื่อและหน่วยงานของเจ้าของบทความไว้

3.4 Reviewers จะได้รับคำแนะนำจากสำนักวิชาการฯ ให้พิจารณาบทความตามเกณฑ์ที่คณะบรรณาธิการวารสารวิชาการกำหนด ทั้งนี้ เกณฑ์ดังกล่าวจะกำหนดให้มีการสรุปความเห็นต่อบรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อต้นฉบับอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 ประการคือ

(1) พิจารณาว่าบทความมีคุณภาพดี และสมควรพิมพ์เผยแพร่ได้โดยไม่ต้องมีการแก้ไขในสาระสำคัญ

(2) บทความมีคุณภาพพอประมาณ และสามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ และสมควรพิมพ์เผยแพร่ภายหลังได้รับการปรับแก้แล้ว ทั้งให้ข้อชี้แนะในส่วนที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพื่อแจ้งให้ผู้เขียนได้ดำเนินการปรับปรุงต่อไป หรือ

(3) บทความไม่มีคุณภาพ ไม่เสริมสร้างความรู้ใหม่ และไม่ควรตีพิมพ์

4. เมื่อ reviewers พิจารณาต้นฉบับแล้ว จะส่งผลการพิจารณาพร้อมต้นฉบับที่ได้รับการทบทวนคืนมายังสำนักวิชาการสาธารณสุข

5. บรรณาธิการจะรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจาก reviewers ทั้ง 3 คน และจะประสานงานกับเจ้าของบทความเพื่อแจ้งผลการพิจารณา และให้ดำเนินการปรับแก้ ในกรณีที่ต้องมีการปรับปรุงต้นฉบับ

6. ต้นฉบับที่มีความสมบูรณ์ จะได้รับการตีพิมพ์โดยเร็ว ทั้งนี้ ทางสำนักวิชาการฯ จะแจ้งให้ผู้เขียนได้ทราบล่วงหน้าว่า ต้นฉบับดังกล่าว จะลงพิมพ์ในฉบับใด

7. บทความที่พร้อมตีพิมพ์ จะได้รับการจัดทำตามรูปแบบของวารสารฯ และจากนั้น ทางสำนักวิชาการฯ จะส่งให้เจ้าของต้นฉบับตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของเนื้อหาเป็นครั้งสุดท้าย และเมื่อได้รับการตอบรับการตรวจสอบแล้ว ก็จะนำไปจัดเลขหน้าเพื่อพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

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.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)
	อธิบดีกรมทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข
	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ	นพ.วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองบรรณาธิการ	นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ	สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

ดร.จุฬาร กระทบ	ศ.ดร.พญ.ทิพวรรณ เลี้ยวสู่อตระกูล	พ.ญ.ทิววรรณ ปิยกุลมลา	พ.ญ.ปฐมพร ศิริประภาศิริ
สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์	สำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	ดร.นพ.ปิยะ หาญวรงค์ชัย	นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี	นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	คณะแพทยศาสตร์	สำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักวิชาการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์	ศ.ดร.นพ.ภูติ เตชาดีวัฒน์	นพ.ภูษิต ประคองสาย	ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล
คณะแพทยศาสตร์	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน	สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	มหาวิทยาลัยมหิดล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์	ศ.ดร.นพ.วิชัย เอกพลากร	นพ.ศุภชัย कुमारตันพฤกษ์	นพ.ศุภชัย ฤกษ์งาม
กองระบาดวิทยา	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล-	สำนักงานอธิการบดี	มูลนิธิป้องกันโรคเอดส์
กรมควบคุมโรค	รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยรังสิต	
ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	ดร.สลักจิต ชูติพงษ์วิเวท	รศ.ดร.สุคนธา คงศีล	ศ.ดร.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความ-	สมาคมเทคนิคการแพทย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์
เป็นธรรมทางสุขภาพ พิษณุโลก	แห่งประเทศไทย	มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส	รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล	
	ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	
	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	

ฝ่ายจัดการวารสาร สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ดร.จุฬาร กระทบ	ร.ต.ดร.เรวัต รักเกื้อ	นางชวิตา สุขนิรันดร์
นางสาริณี พันธุ์สวัสดิ์	นางสมาลี ศักดิ์ผิวผาด	นางสุภาพร ศศิจันทร์
นางสาวทัตดาว ศรีบูรมณี	นางสาวดวงตะวัน ชินวงศ์	

โรคฝีดาษวานร ระวังประวัติศาสตร์จะซ้ำรอย

ในขณะที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่ซาลง ก็มีโรคติดต่อตัวใหม่โผล่มา และทำท่าจะแพร่ระบาดไปทั่วโลกเหมือนกับโรคโควิด 19 โรคที่วันนี้คือ โรคฝีดาษวานร หรือ monkeypox

โรคฝีดาษลิงหรือฝีดาษวานรไม่ใช่โรคใหม่ มีรายงานครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501 และพบว่าเป็นโรคประจำถิ่นในบางประเทศในทวีปแอฟริกา แต่ก่อนจัดว่าเป็นโรคที่หายากเพราะประชากรโลกต่างก็ปลูกฝีป้องกันโรคฝีดาษ ซึ่งว่ากันว่า สามารถคุ้มกันต่อโรคฝีดาษวานรได้ แต่หลังปี 2523 มีการยกเลิกการปลูกฝีหลังจากกวาดล้างโรคฝีดาษได้สำเร็จ คนที่เกิดทีหลังจึงไม่มีภูมิคุ้มกันโรค และอาจติดเชื้อฝีดาษวานรได้ ถ้ามีการระบาดขึ้นมา

จนถึงวันที่ 12 สิงหาคม 2565 ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาในเว็บไซต์ <https://www.cdc.gov/pox-virus/monkeypox/response/2022/world-map.html> ว่า มีรายงานผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรแล้วใน 89 ประเทศ รวมจำนวนผู้ป่วย 31,799 ราย ในจำนวนนี้เป็นประเทศที่เคยมีรายงานโรคมาก่อนเพียง 7 ประเทศ และปีนี้มีรายงานเพียง 375 ราย ที่เหลืออีก 31,424 ราย มาจาก 82 ประเทศที่ไม่เคยมีรายงานผู้ป่วยมาก่อน โดยมียอดรวมผู้เสียชีวิตเพียง 12 ราย ประเทศที่มีรายงานสูงสุด คือ สหรัฐอเมริกา 9,491 ราย รองลงมาคือสเปน 5,162 ราย เยอรมนี 2,982 ราย อังกฤษ 2,914 ราย ฝรั่งเศส 2,423 ราย และบราซิล 2,131 ราย นับเป็น 6 ประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยเกิน 1,000 คน สำหรับประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยแล้ว 4 ราย เป็นชาวต่างชาติ 2 ราย เป็น

ชายไทย 1 ราย และหญิงไทย 1 ราย เมื่อดูจากแนวโน้มของการเกิดโรคที่ไม่น่าไว้วางใจ เพราะเพิ่งมีรายงานได้ไม่นาน คือตั้งแต่เดือนพฤษภาคมที่ผ่านมา ถึงตอนนี้ก็กระจายไปทุกทวีปแล้ว องค์การอนามัยโลกจึงออกประกาศเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2565 ให้โรคนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2565 กำหนดให้โรคนี้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โดยระบุอาการว่า ผู้ป่วยจะมีไข้ ปวดศีรษะ ต่อมมน้ำเหลืองบวมโต เจ็บคอ มีผื่นหรือตุ่มที่ผิวหนังลักษณะเป็นตุ่มน้ำหรือตุ่มหนอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นที่ศีรษะ ลำตัว แขนขา อวัยวะเพศ หรือรอบทวารหนัก บางรายอาจเกิดตุ่มที่ฝ่ามือหรือฝ่าเท้า

นักวิชาการหลายคนยังใจเย็นอยู่ เพราะเป็นโรคที่มีอัตราการตายต่ำกว่าร้อยละ 0.04 แต่ที่ทุกคนเบาใจคือโรคนี้ไม่ได้แพร่ง่าย ต้องเป็นจากการสัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อที่มีผื่น โดยมีหลายรายงานที่ระบุว่า เป็นโรคที่พบได้มากในคู่เพศสัมพันธ์

จากการที่โรคนี้แพร่ทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย และรายงานผู้ป่วยในสหรัฐ พบเป็นผู้ป่วยชายกว่าร้อยละ 98 ทำให้นึกถึงช่วงการเริ่มระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งระบุว่า เป็นโรคของชายรักร่วมเพศ เลยการ์ดตก กลายเป็นว่าผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นจากรักต่างเพศ จึงต้องขอเตือนให้ติดตามสถานการณ์อย่างระมัดระวัง อย่าให้ประวัติศาสตร์ต้องมาซ้ำรอย

นพ. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการ

มุมมองวิจัย

Methodology Corner

การตายปรับฐานอายุโดยอ้อม (Indirect Age Adjustment) สำหรับพื้นที่ที่มีข้อจำกัดของข้อมูลการตายรายอายุ

รักษพล สนิทยา ศศ.ม.*; ขนิษฐา กุศลศรีสกุล วท.ม.*; ณัฐพัชร์ มรรคา บธ.ม.*; กนิษฐา บุญธรรมเจริญ Ph.D.*;
ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ Ph.D.**

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ** กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

จากมุมมองวิจัย วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม-กุมภาพันธ์ 2565 ได้อธิบายวิธีการคำนวณอัตราตายปรับฐานอายุโดยตรงไปแล้วฉบับนี้จะอธิบายการคำนวณโดยอ้อม (Indirect standardization)⁽¹⁾

การปรับฐานโดยอ้อม ใช้ข้อมูลอัตราตายรายอายุของประชากรมาตรฐานเป็นหลักในการคำนวณ วิธีการคือ นำจำนวนประชากรที่ต้องการคำนวณคูณกับอัตราตายรายอายุของประชากรมาตรฐาน ผลลัพธ์ที่ได้เป็น “จำนวนตายที่คาด” เสมือนประชากรนั้นมีอัตราตายรายอายุเหมือนกับประชากรมาตรฐาน ขั้นตอนต่อไปคือ หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการตายของประชากรที่ต้องการคำนวณกับของประชากรมาตรฐาน ด้วยการหาอัตราส่วนระหว่าง “จำนวนตายจริง” กับ “จำนวนตายที่คาด” (Standardized mortality ratio: SMR) เมื่อนำอัตราส่วนนี้ไปคูณกับอัตราตายหายาบของประชากรมาตรฐานจะได้ผลลัพธ์เป็นอัตราตายปรับฐานอายุ (indirect age adjusted mortality rate: IAR)^(2,3) เขียนเป็นสูตรได้ดังนี้

อัตราตายปรับฐานอายุโดยอ้อม

$$= (D_s / P_s) * [d / \sum p_i * (D_s / P_s)] * k$$

เมื่อ D_s คือ จำนวนตายทั้งหมดของประชากรมาตรฐาน

P_s คือ จำนวนประชากรมาตรฐานทั้งหมด

(D_s / P_s) คือ อัตราตายของประชากรมาตรฐาน

d คือ จำนวนตายทั้งหมดของประชากรที่ศึกษา

P_i คือ จำนวนประชากรในกลุ่ม i

(D_s / P_s) คือ อัตราตายในกลุ่มอายุ i ของ

ประชากรมาตรฐาน

k คือ ค่าคงที่ นิยมใช้ 100,000 หรือ 1,000

ตัวอย่างต้องการเปรียบเทียบอัตราตายเพศชาย พ.ศ. 2557 ระหว่างเขตสุขภาพที่ 11 และ 12 โดยเขตสุขภาพที่ 11 มีข้อมูลครบทั้งจำนวนประชากรชายกลางปีรายอายุ จำนวนการตายเพศชายรายอายุ และจำนวนการตายรวมเพศชาย ขณะที่เขตสุขภาพที่ 12 มีเฉพาะข้อมูลจำนวนประชากรชายกลางปีรายอายุ และจำนวนการตายรวมของเพศชาย เท่านั้น กรณีนี้ใช้วิธีปรับฐานอายุโดยอ้อม ซึ่งใช้ประชากรมาตรฐานเพศชายของประเทศไทย พ.ศ. 2557⁽⁴⁾ มีขั้นตอนการคำนวณดังนี้ (ตาราง 1)

- 1) นำอัตราตายรายอายุของประชากรมาตรฐาน (M_i) คูณกับประชากรรายอายุของเขตสุขภาพที่ 11 และ 12 จะได้จำนวนตายที่คาด (ตามเส้นลูกศร)
- 2) รวมจำนวนตายที่คาด ($\sum M_i p_i$) เขตสุขภาพที่ 11 = 18,265 ราย และเขตสุขภาพที่ 12 = 18,911 ราย

มุมมองวิธีวิจัย: การตายปรับฐานอายุโดยอ้อม (Indirect Age Adjustment) สำหรับพื้นที่ที่มีข้อจำกัดของข้อมูลการตายรายอายุ

- 3) หาอัตราส่วนการตายจริงต่อจำนวนตายที่คาด (SMR) เขตสุขภาพที่ 11 (16,999/18,265) = 0.9 และเขตสุขภาพที่ 12 เท่ากับ (19,052/18,911) = 1.0
- 4) หาอัตราตายหยาบของประชากรมาตรฐาน (D_s / P_s) * 100,000 = (273,712/31,922,490) * 100,000 = 857
- 5) หาอัตราตายปรับฐานอายุ (IAR) โดยนำอัตราตายหยาบของประชากรมาตรฐานคูณด้วยอัตราส่วนจำนวนการตายจริงต่อจำนวนการตายที่คาด เขตสุขภาพที่ 11 จะได้ $857 * 0.9 = 798$ และเขตสุขภาพที่ 12 จะได้ $857 * 1.0 = 863$

ตารางที่ 1 ตัวอย่างวิธีคำนวณอัตราตายปรับฐานอายุโดยอ้อม เพศชาย เขตสุขภาพที่ 11 และ 12 โดยใช้อัตราตายรายอายุ เพศชาย พ.ศ.2557 ประเทศไทยเป็นมาตรฐาน

อายุ	ประชากรมาตรฐาน			เขตสุขภาพที่ 11			เขตสุขภาพที่ 12		
	จำนวนประชากร P_s	จำนวนตาย D_s	อัตราตาย รายอายุ $M_i = D_s / P_s$	จำนวนประชากร P_i	จำนวนตายจริง D_i	จำนวนตายที่คาด $M_i * P_i$	จำนวนประชากร P_i	จำนวนตายจริง D_i	จำนวนตายที่คาด $M_i * P_i$
0	361,971	3,724	0.010	28,671	317	295	36,926	N/A	380
1-4	1,604,348	1,425	0.001	124,713	134	111	158,313	N/A	141
5-9	2,069,970	864	<0.001	155,332	64	65	194,876	N/A	81
...	N/A	...
85+	09,114	32,494	0.155	17,077	2,540	2,654	18,521	N/A	2,878
รวม	31,922,490	273,712		2,147,582	16,999	18,265	2,374,270	19,052	18,911

หมายเหตุ N/A ไม่มีข้อมูล

<0.001 หมายถึงอัตราตายน้อยกว่า 0.001

ตารางที่ 2 จำนวนการตายที่คาด อัตราส่วนการตายจริงต่อจำนวนตายที่คาด และอัตราตายปรับฐานอายุโดยอ้อม

เขตสุขภาพ	จำนวนตายที่คาด	อัตราส่วนการตายจริงต่อจำนวนตายที่คาด (SMR)	อัตราตายปรับฐานอายุ (IAR) ต่อแสนประชากร
เขตสุขภาพที่ 11	18,265	0.9	798
เขตสุขภาพที่ 12	18,911	1.0	863

ตาราง 2 พบว่า ปี พ.ศ. 2557 เมื่อนำโครงสร้างอัตราตายรายอายุเพศชายของประเทศไทย พ.ศ. 2557 เป็นมาตรฐาน พบว่า ที่ 11 มีจำนวนตายที่คาด เท่ากับ 18,265 ราย และอัตราส่วนของการตายจริงต่อจำนวนตายที่คาด เท่ากับ 0.9 และเขตสุขภาพที่ 12 เท่ากับ 18,911 ราย และ 1.0 ตามลำดับ โดยอัตราตายปรับฐาน

อายุ เขตสุขภาพที่ 11 เท่ากับ 798 ต่อแสนประชากร และเขตสุขภาพที่ 12 เท่ากับ 863 ต่อแสนประชากร จึงสรุปได้ว่า เมื่อนำโครงสร้างอัตราตายรายอายุเพศชายของประเทศไทย พ.ศ. 2557 เป็นมาตรฐาน เขตสุขภาพที่ 12 มีอัตราตายปรับฐานอายุ สูงกว่าเขตสุขภาพที่ 11 การปรับฐานโดยอ้อม วิธีนี้จะช่วยแก้ปัญหาในพื้นที่ที่

มีข้อจำกัดด้านข้อมูล คือ ไม่มีอัตราการตายรายอายุหรือจำนวนประชากรน้อยจนไม่มีการตายในบางกลุ่มอายุ

สรุป

การคำนวณอัตราการตายปรับฐานอายุทำให้เห็นภาพที่ถูกต้องของอัตราการตายในการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ การเลือกประชากรมาตรฐานจะส่งผลในการเปรียบเทียบและการคำนวณแบบแยกเพศทำให้ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบระหว่างเพศได้

เอกสารอ้างอิง

1. รัชพล สนิทยา, ชนิษฐา กู้ศรีสกุล, ณัฐพัชร์ มรรคา, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. การคำนวณอัตราการตายปรับฐานอายุ (age-standardizes death rate) เพื่อการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(1):3-4.
2. Naing NN. Easy way to learn standardization: direct and indirect methods. Malays J Med Sci 2000;7(1):10-15.
3. ปราโมทย์ ประสาทกุล. ประชากรศาสตร์: สารัตถศึกษาเรื่องประชากรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2543.
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคของประเทศไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: ไอคอนพริ้นติ้ง; 2562.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของประชาชน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

สิทธิชัย ใจขาน ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)*

สุภาณี จันทศิริ ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)*

รัชณี ชุมเงิน ส.บ.**

ธีระวัฒน์ พิมพ์ชาย ส.บ.***

อรรถพงษ์ ฤทธิพิศ ปร.ด. (วิทยาการระบาดและชีวสถิติ)****

* กลุ่มวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงหวาย

*** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนน้อย

**** มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

วันรับ:	31 ต.ค. 2564
วันแก้ไข:	30 มี.ค. 2565
วันตอบรับ:	10 เม.ย. 2565

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยในเขตตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือน (อายุ 20-59 ปี) จำนวน 476 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ ช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผลการศึกษา พบว่า ระดับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (1.29 ± 0.44 คะแนน) สำหรับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย 4 ด้าน พบว่า ด้านสุขภาพ มีค่าคะแนนมากที่สุด (1.43 ± 0.50 คะแนน) รองลงมา คือ ด้านสังคม (1.35 ± 0.45 คะแนน) ด้านเศรษฐกิจ (1.32 ± 0.45 คะแนน) และด้านสภาพแวดล้อม (1.06 ± 0.36 คะแนน) ตามลำดับ หน่วยงานที่ดูแลกิจกรรมรองรับสังคมสูงวัยของตำบลควรมีการส่งเสริมกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนด้านเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัย เนื่องจากยังมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง การมีความพร้อมทั้งสองด้านเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกันโดยตรง หากประชาชนมีความพร้อมด้านเศรษฐกิจมีรายได้ที่เพียงพอ อาจสามารถนำไปสู่การมีเงินออมเหลือสำหรับการนำไปปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยของตนเองในวัยสูงอายุได้มากขึ้น

คำสำคัญ: ชุมชน; การเตรียมความพร้อม; สังคมสูงวัย

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ประมาณร้อยละ 10.40⁽¹⁾ โดยสังคมสูงวัยเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 10.00 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7.00⁽²⁾ เมื่อเข้าสู่ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนครอบครัวสามรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.00⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.5 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.00 ของประชากรทั้งหมด จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 10 ล้านคนในช่วง 50 ปี ที่ผ่านมา และในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (ผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.00 ของประชากร) อีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นช้ามาก อัตราการเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เฉลี่ยร้อยละ 4.00 ต่อปี ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7.00 ต่อปี⁽⁴⁾ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วได้ส่งผลกระทบต่อนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรในการตอบสนองความต้องการของประชาชนในประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม⁽⁵⁾ การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยด้านบุคคล ชุมชน และสิ่งแวดล้อม จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้เกิดสังคมสูงวัยที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁶⁾

การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย แบ่งได้ 2 ประเด็น คือ ประเด็นการดูแลตัวเองก่อนวัยสูงอายุจากตัวประชาชนเอง โดยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สภาพที่อยู่อาศัย และสังคม⁽⁷⁾ โดยทั่วไปการเตรียมความพร้อมของประชาชนนั้นมีความเกี่ยวข้องกับช่วงวัย ส่วนใหญ่แล้วผู้คนจะเริ่มมีการศึกษาหาข้อมูลผ่านความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ จึงเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น⁽⁸⁾ ส่วนใหญ่ประชาชนก่อนวัยสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-59 ปี) จะเริ่มเตรียมความพร้อมด้าน

ที่อยู่อาศัยในลำดับแรกๆ⁽⁹⁾ การเตรียมความพร้อมที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเตรียมตัวตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ⁽¹⁰⁾ เพราะการเตรียมความพร้อมในบางด้านจะต้องใช้ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมที่ค่อนข้างยาวนานอีกประเด็นในการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย คือ การเตรียมความพร้อมจากรัฐบาล โดยรัฐบาลต้องจัดสวัสดิการในการดูแลผู้สูงอายุและต้องกำหนดนโยบายในการที่จะให้สังคมไทยเป็นสังคมสูงวัยที่มีคุณภาพ และให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)⁽⁷⁾ เพื่อมุ่งไปสู่การพัฒนาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตลอดเวลา (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางค่านิยม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม) เรียกว่า “พัฒนาพลังด้านสุขภาพ หรือ healthy active aging”⁽¹¹⁾

ตำบลบุงหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหนึ่งในตำบลที่มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของชุมชนจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแล้ว ด้วยสภาพความเป็นชุมชนเมืองที่มากขึ้น ส่งผลให้ครอบครัวมีขนาดที่เล็กลง อัตราการเกิดที่ลดลง ตำบลบุงหวาย จึงได้เข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว โดยข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อปี พ.ศ. 2560 พบว่า ตำบลบุงหวายมีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,602 คนจากจำนวนประชากรทั้งหมดในตำบล 11,670 คน โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.73 เมื่อปี 2560 ที่ผ่านมา ในขณะที่ประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) มีจำนวน 8,094 คน (ร้อยละ 61.53) รวมถึงการมีอัตราการเกิดต่ำทำให้ประชากรในวัยทำงานจำนวนลดลงซึ่งในอีก 5 ปี ข้างหน้าจะมีประชากรในตำบลบุงหวาย (อายุ 55-59 ปี) ที่ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีก จำนวน 680 คน หรือ คิดเป็นร้อยละ 5.83 ของประชากรทั้งหมด และเข้าใกล้สถานการณ์เป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ตามแนวโน้มพัฒนาการสังคมสูงวัยของประเทศไทย ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา กิจกรรมของหน่วย

งานท้องถิ่นยังคงมุ่งเน้นที่กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเป็นหลักและไม่สะท้อนถึงการมีนโยบายท้องถิ่นหรือกิจกรรมส่งเสริมการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุให้กับประชาชนวัยแรงงานในพื้นที่ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลบึงหวายมีการขอสนับสนุนงบประมาณซ่อมแซมบ้านให้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทางสังคมจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และมีการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนน้อยได้มีการจัดตั้งโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ จึงทำให้นักวิจัยและหน่วยงานท้องถิ่นมีความเห็นร่วมกันในการศึกษาถึงความพร้อมการเตรียมในการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนวัยแรงงานและความพร้อมในการรองรับสังคมสูงวัยของชุมชน

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมุ่งเน้นที่การเตรียมความพร้อมใน 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพ เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และสังคมตามแผนขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การวิจัยที่ออกแบบแผนการวิจัยในลักษณะงานวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อสำรวจการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ประชากรที่ศึกษาเป็นตัวแทนครัวเรือนในตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2,817 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร⁽¹²⁾ ได้ตัวอย่าง จำนวน 423 ครัวเรือน ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายได้ 476 ครัวเรือน

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มวัยกำลังแรงงาน (อายุ 15 - 59 ปี ตามเกณฑ์ของกรมกิจการผู้สูงอายุ) มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงในพื้นที่วิจัย มีความสามารถในการอ่าน การเขียน สามารถโต้ตอบกับผู้วิจัยได้ และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูญเสียความสามารถในการรู้คิดหรือไม่สามารถสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ แบบสอบถาม การเตรียมความพร้อมของชุมชนกึ่งเมืองเพื่อรองรับสังคมผู้วัย: กรณีศึกษาชุมชนตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การมีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคประจำตัวที่พบ อาชีพหลัก การมีอาชีพเสริม แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ครัวเรือน หนี้สินครัวเรือน แหล่งของหนี้สิน และรูปแบบการออมในครัวเรือน

ส่วนที่ 2 การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุจำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ (ร่างกายและจิตใจ) ด้านเศรษฐกิจ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นทุกวันหรือทุกครั้งที่มีโอกาส (2 คะแนน)
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือทำบ้างไม่ทำบ้าง (1 คะแนน)
- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

(0 คะแนน)

โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.8 – 1.0 และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยทดสอบในกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้ Cronbach's alpha coefficient⁽¹³⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ (0.82) ด้านเศรษฐกิจ (0.83) ด้านสภาพแวดล้อม (0.81) และด้านสังคม (0.80)

สำหรับการบรรยายข้อมูลส่วนบุคคลใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ระดับการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยทั้งรายด้านและภาพรวม การแปลผลคะแนนข้อคำถาม โดยนำคะแนนเฉลี่ยจากแต่ละข้อคำถามมาจัดตามช่วงอันตรภาคชั้น (เกณฑ์ของเบสต์) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ⁽¹⁴⁾ ได้แก่ ระดับดี (2.00–1.34 คะแนน) ระดับปานกลาง (0.68–1.33 คะแนน) และระดับต่ำ (0.00–0.67 คะแนน)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปโดยสมัครใจ ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย-อุบลราชธานี (ID: UBU-REC 1/2562)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 36.50 มีอายุระหว่าง 20–59 ปี (มัธยฐาน 51 ปี IQR = 15 ปี) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.3 มีสถานภาพสมรสแล้วอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 74.90 ส่วนใหญ่ยังไม่มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 63.7 สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว โรคที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรค-

กระเพาะอาหารอักเสบ โดยที่มาของแหล่งรายได้จากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.10 รายได้จากบุตร ร้อยละ 17.20 และรายได้จากรัฐสวัสดิการ ร้อยละ 16.80 การประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 63.00 รองลงมา คือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 12.10 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 12.80 และมีผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 7.80 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักเพียงอาชีพเดียว ร้อยละ 65.30 ขาดความเพียงพอของรายได้เมื่อเทียบกับรายจ่ายครัวเรือน ร้อยละ 42.90 และรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือสำหรับเก็บออม ร้อยละ 36.60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหนี้สิน ร้อยละ 71.30 เป็นหนี้สินจากการกู้ยืมกองทุนหมู่บ้าน ร้อยละ 43.80 รองลงมา คือ การกู้ยืมธนาคาร ร้อยละ 27.80 การออมทรัพย์อยู่ในรูปแบบของกองทุนฌาปนกิจมากที่สุด ร้อยละ 55.60 รองลงมา คือ การทำประกันชีวิต ร้อยละ 20.60 และการออมในกองทุนการออมแห่งชาติ ร้อยละ 10.40

2. การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยระดับครัวเรือน แบ่งออกเป็นทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านสุขภาพ สุขภาพร่างกายที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ ข้อ การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6–8 แก้ว ร้อยละ 87.61 การไปพบแพทย์และรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 85.72 และ การรับประทานผักและผลไม้เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 74.79 สุขภาพจิตใจข้อที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ ความรู้สึกภูมิใจในตนเองเมื่อประสบความสำเร็จในการทำสิ่งต่าง ๆ ร้อยละ 48.95 การเตรียมพร้อมที่จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ แก่สมาชิกในครอบครัว และคนรู้จัก ร้อยละ 50.21 การเตรียมจิตใจที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและตำแหน่งหน้าที่การงาน เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ร้อยละ 40.55 และการวางแผนที่จะทำกิจกรรมต่างๆ กับสมาชิกในครอบครัว เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น เลี้ยงดูลูกหลาน เยี่ยมเยียนญาติ ท่องเที่ยวกับครอบครัว ร้อยละ 59.45 (ตารางที่ 1) สำหรับการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 34.24 ระดับปานกลาง

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 1 การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพ (n=476)

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ	การปฏิบัติ					
	ประจำ		บางครั้ง		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ตรวจสอบสุขภาพร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	350	73.53	108	22.69	18	3.78
2. ไปพบแพทย์และรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ เมื่อเจ็บป่วย	408	85.72	55	11.55	13	2.73
3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	417	87.61	58	12.18	1	0.21
4. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และครบทั้ง 5 หมู่ ใน 1 วัน	321	67.44	152	31.93	3	0.63
5. รับประทานผักและผลไม้เพื่อสุขภาพ	356	74.79	119	25.00	1	0.21
6. ดื่มนม รับประทานปลาเล็กปลาน้อย และผักใบเขียว	248	52.10	218	45.80	10	2.10
7. ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ของทอด หมูสามชั้น กะทิ	86	18.07	352	73.95	38	7.98
8. ไม่รับประทานอาหารรสเค็มจัด อาหารแปรรูป อาหารหมักดอง	81	17.02	337	70.80	58	12.18
9. ไม่นอนดึก (หลัง 22.00 น.)	131	27.52	259	54.41	86	18.07
10. นอนพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 7-8 ชม.	241	50.63	200	42.02	35	7.35
11. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	227	47.69	155	32.56	94	19.75
12. ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที	172	36.13	253	53.15	51	10.72
13. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วัน ติดต่อกัน	163	34.24	255	53.57	58	12.19
14. ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในวัยสูงอายุ เช่น หนังสือ ทีวี วิทยุ	228	47.90	213	44.75	35	7.35
15. ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการเกิดอุบัติเหตุ ผลัดตกหกล้ม	237	49.79	182	38.24	57	11.97
16. เตรียมจิตใจให้สงบด้วยการศึกษาศาธรรมะ ฝึกสมาธิ หรือปฏิบัติธรรม	223	46.85	210	44.12	43	9.03
17. เตรียมจิตใจที่จะเผชิญกับภาวะไม่สุขสบายจากความเสื่อมของร่างกาย	144	30.25	296	62.18	36	7.57
18. เตรียมจิตใจที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หน้าที่การงาน ในวัยสูงอายุ	193	40.55	251	52.73	32	6.72
19. เตรียมพร้อมเป็นผู้ให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ แก่สมาชิกในครอบครัว และผู้อื่น	239	50.21	210	44.12	27	5.67
20. วางแผนที่จะทำกิจกรรมต่างๆ กับสมาชิกในครอบครัวเมื่อก้าวเข้าสู่ วัยสูงอายุ เช่น เลี้ยงดูลูกหลาน เยี่ยมเยียนญาติ ท่องเที่ยวกับครอบครัว	283	59.45	179	37.61	14	2.94
21. วางแผนหางานอดิเรกที่เหมาะสมไว้ทำเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อ ผ่อนคลายอารมณ์	239	50.21	210	44.12	27	5.67
22. ภูมิใจในตนเองเมื่อประสบความสำเร็จในการทำสิ่งต่างๆ	233	48.95	211	44.33	32	6.72

ร้อยละ 35.08 และระดับต่ำ ร้อยละ 30.67

2) ด้านเศรษฐกิจ ข้อที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ การออมเงินในรูปแบบต่างๆ เช่น ฝากธนาคาร หุ้น สหกรณ์ กองทุน สัจจะออมทรัพย์ สลากออมทรัพย์ ร้อย-
ละ 53.57 การทำประกันชีวิต ประกันสุขภาพ หรือประกัน อุบัติเหตุร้อยละ 44.12 และการมีเงินสำรองเพื่อใช้จ่าย ยามฉุกเฉินเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น ค่ารักษาพยาบาล

ร้อยละ 44.12 (ตารางที่ 2) การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ วัยสูงอายุด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับระดับดี ร้อยละ 33.40 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.17 และระดับต่ำ ร้อยละ 46.22

3) ด้านสภาพแวดล้อม ข้อที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ การวางแผนปรับปรุงหรือซ่อมแซมที่อยู่อาศัย เพื่อให้เหมาะสำหรับการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ เช่น ทางลาด

ตารางที่ 2 การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยด้านเศรษฐกิจ (n=476)

การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ	การปฏิบัติ					
	ประจำ		บางครั้ง		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ประเมินบัญชีรายรับ-รายจ่ายเพื่อวางแผนการใช้จ่ายเงินให้เพียงพอในวัยสูงอายุ	195	40.97	223	46.85	58	12.18
2. ทำประกันชีวิต ประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ	210	44.12	147	30.88	119	25.00
3. มีการออมเงินในรูปแบบต่างๆ เช่น ฝากธนาคาร หุ้นสหกรณ์ กองทุน สัจจะออมทรัพย์ สลากออมทรัพย์	255	53.57	163	34.24	58	12.19
4. มีเงินสำรองเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉินเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น ค่ารักษาพยาบาล	210	44.12	205	43.07	61	12.81
5. ลดการใช้จ่ายฟุ่มเฟือยและไม่จำเป็นในชีวิตประจำวัน	208	43.70	238	50.00	30	6.30
6. เตรียมหาอาชีพที่สามารถทำได้ในวัยสูงอายุเพื่อหารายได้เพิ่มเติม	208	43.70	208	43.70	60	12.60

บริเวณบันได จัดห้องนอนไว้ชั้นล่าง ติดตั้งราวช่วยพยุง บริเวณห้องน้ำ/ บันได/ เติงนอน เปลี่ยนส้วมเป็นแบบชักโครก (นั่งห้อยขา) เป็นประจำ ร้อยละ 50.63 การเตรียมสถานที่อยู่อาศัยสำหรับตนเองในวัยสูงอายุ “แก่แล้วอยู่ที่ไหน” เป็นประจำ ร้อยละ 46.22 และ การวางแผนกู้เงินหรือเตรียมเงินที่จะสร้างที่อยู่อาศัยบางครั้ง ร้อยละ 39.29 (ตารางที่ 3) การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ วัยสูงอายุด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับระดับดี ร้อยละ 18.10 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.20 และระดับต่ำ ร้อยละ 59.70

4) ด้านสังคม ข้อที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ การเตรียมพร้อมที่จะเป็นผู้สร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคล

ต่างวัยในสังคม ร้อยละ 47.69 การวางแผนที่จะเข้าร่วม กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคมเมื่อก้าวเข้าสู่วัย- สูงอายุ เช่น จิตอาสา ร้อยละ 45.80 และการศึกษาข้อมูล เกี่ยวกับสวัสดิการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์บริการ ทางสังคมของผู้สูงอายุ สิทธิพิเศษของผู้สูงอายุ ร้อยละ 42.65 (ตารางที่ 4) การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูง- อายุด้านสังคม พบว่า อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 40.60 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.30 และระดับดี ร้อยละ 35.10

ระดับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.43 รองลงมาเป็นระดับต่ำ ร้อยละ 31.93 และระดับดี คิดเป็น

ตารางที่ 3 การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยด้านสภาพแวดล้อม (n=476)

การเตรียมความพร้อมด้านสภาพแวดล้อม	การปฏิบัติ					
	ประจำ		บางครั้ง		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เตรียมสถานที่อยู่อาศัยสำหรับตนเองในวัยสูงอายุ	220	46.22	162	34.03	94	19.75
2. วางแผนปรับปรุงหรือซ่อมแซมที่อยู่อาศัย เพื่อให้เหมาะสำหรับการใช้ชีวิต ในวัยสูงอายุ เช่น ทางลาดบริเวณบันได จัดห้องนอนไว้ชั้นล่าง ติดตั้ง ราวช่วยพยุงบริเวณห้องน้ำ บันได เติงนอน เปลี่ยนส้วมเป็นแบบชักโครก	241	50.63	169	35.50	66	13.87
3. วางแผนกู้เงินหรือเตรียมเงินที่จะสร้างที่อยู่อาศัย	116	24.37	187	39.29	173	36.34
4. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานสงเคราะห์คนชรา	102	21.43	149	31.30	225	47.27

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 4 การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยด้านสังคม (n = 476)

การเตรียมความพร้อมด้านสังคม	การปฏิบัติ					
	ประจำ		บางครั้ง		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. วางแผนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคมเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ	218	45.80	213	44.75	45	9.45
2. วางแผนที่จะเข้าชมรมหรือสมาคมต่างๆ เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ	200	42.02	228	47.90	48	10.08
3. เตรียมพร้อมที่จะเป็นผู้สร้างสัมพันธ์กับบุคคลต่างวัยในสังคม	227	47.69	211	44.33	38	7.98
4. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสวัสดิการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์บริการทางสังคมของผู้สูงอายุ สิทธิพิเศษของผู้สูงอายุ	203	42.65	223	46.85	50	10.50

ร้อยละ 25.63 โดยมีคะแนนการเตรียมความพร้อมเท่ากับ 1.29 ± 0.44 คะแนน (95%CI ระหว่าง 0.91 – 1.67 คะแนน) การเตรียมความพร้อมรายด้านที่มีความพร้อมระดับดี ได้แก่ ด้านสุขภาพ (1.43 ± 0.50 คะแนน; 95%CI ระหว่าง 1.24 – 1.61 คะแนน) และด้านสังคม (1.35 ± 0.45 คะแนน; 95%CI ระหว่าง 0.82 – 1.88

คะแนน) สำหรับการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ (1.32 ± 0.45 คะแนน; 95%CI ระหว่าง 0.94 – 1.69 คะแนน) และด้านสภาพแวดล้อม (1.06 ± 0.36 คะแนน; 95%CI ระหว่าง 0.64 – 1.49 คะแนน) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระดับการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย (n=476)

การเตรียมความพร้อม	Mean	SD	ระดับการเตรียมความพร้อม
1. ด้านสุขภาพ	1.43	0.50	ระดับดี
2. ด้านเศรษฐกิจ	1.32	0.45	ระดับปานกลาง
3. ด้านสภาพแวดล้อม	1.06	0.36	ระดับปานกลาง
4. ด้านสังคม	1.35	0.45	ระดับดี
ภาพรวม	1.29	0.44	ระดับปานกลาง

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพหลักเพียงอาชีพเดียว คือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักถึง 2 ใน 3 สอดคล้องกับสภาพของการเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท การประกอบอาชีพที่รองลงมา คือ การเป็นลูกจ้าง การรับจ้าง และค้าขาย การได้มาซึ่งรายได้ค่อนข้างไม่แน่นอนแตกต่างจากการประกอบ-

อาชีพพนักงานประจำหรือข้าราชการ ส่วนใหญ่เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจึงได้ระบุว่า การได้มาของรายได้ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับรายจ่าย เกิดภาวะหนี้สินมากกว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยหนี้สินเกิดจากการกู้ยืมกองทุนระดับชุมชนที่ชาวบ้านนิยมเรียกว่า “กองทุนเงินล้าน” “กองทุนหมู่บ้าน” มากกว่า 2 ใน 3 ทำให้เกิดปัญหาในการออม ซึ่งมีผู้มียาได้เพียงพอเมื่อเทียบกับรายจ่ายและเหลือสำหรับเก็บออมเพียง 1 ใน 10 สำหรับการเตรียม

ความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยอยู่ในระดับดี 2 ด้าน ได้แก่ สุขภาพและด้านเศรษฐกิจ และการเตรียมความพร้อมระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมและด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างวัยแรงงานในการศึกษาคั้งนี้จึงยังไม่มี การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยอย่างรอบด้าน

การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพ (ร่างกายและจิตใจ) และด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี อาจเนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง ซึ่งเป็น จุดแข็งของชุมชนที่มีสถานบริการสุขภาพมากกว่าตำบล อื่น ๆ และการมีทีมหมอครอบครัวในการให้บริการแก่ชาวบ้าน แต่โรคประจำตัวและการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ในอนาคตมี สาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล จึงทำให้ กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก โดยเห็นได้จาก 1 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่ายังไม่เคย วางแผนเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่นอน ดึก (หลัง 22.00 น.) สุขภาพจิตใจส่วนใหญ่มีการวางแผน ที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัวเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น เลี้ยงดูลูกหลาน เยี่ยมเยียนญาติ ท่อง-เที่ยวกับครอบครัว และวางแผนหางานอดิเรกที่เหมาะสม ไว้ทำเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อผ่อนคลายอารมณ์เป็นประจำ ทั้งนี้รายงานผลการศึกษาของเอกพิชญ์ ชินะชาย ได้กล่าว ถึงการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชนว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ต้องทำให้ประชาชนได้เข้ามามีบทบาทในกิจกรรมต่าง ๆ⁽¹⁵⁾ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมสร้างพฤติกรรม สุขภาพที่ดีตั้งแต่อายุยังน้อยให้กับประชาชนในตำบลบุง หวาย การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้มีการเก็บออมไว้ใช้จ่ายในยามสูงอายุ แม้ส่วนใหญ่ จะมีคุณสมบัติที่สามารถสมัครสมาชิกกองทุนการออม- แห่งชาติได้ ส่วนใหญ่เป็นการออมในกองทุนเพื่อนำมาใช้ กู้ยืมหมุนเวียนในชุมชน และเป็นการออมที่ได้เงิน ตอบแทนหลังตนเองเสียชีวิต ได้แก่ กองทุนฌาปนกิจ-

สงเคราะห์และการสมัครประกันชีวิต อาจเกิดจากการมี หนี้สินสะสมและรายได้ที่ไม่เพียงพอแก่การเก็บออมเพื่อ ใช้จ่ายสูงวัยที่จะมาถึง ซึ่งสอดคล้องกับสมบุญ ยมนา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 4 มีการเก็บออม แต่กลุ่มตัวอย่างครึ่ง หนึ่ง ระบุว่าเงินออมไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในยามสูง- อายุ สำหรับกลุ่มที่ไม่มีออมให้เหตุผลของการมี รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน มีเพียง 1 ใน 3 ของกลุ่ม- ตัวอย่างที่มีการวางแผนการออม และปัจจัยส่วนบุคคลใน เรื่องเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้มี ผลต่อการเตรียมการเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ⁽¹⁶⁾ ด้วยบริบท ของตำบลบุงหวายที่มีความเป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทจึง มีพื้นที่การเกษตร พื้นที่ป่าที่ยังสามารถนำมาสร้างมูลค่า ทางเศรษฐกิจเพิ่มเติมจากการเพาะปลูกพืชระยะยาวบน พื้นที่เดิม ป่าชุมชน และพื้นที่ว่างที่ไม่ได้มีการใช้ประโยชน์ หากส่งเสริมให้มีการปลูกต้นไม้ที่มีมูลค่าทางเศรษฐกิจใน รูปแบบของธนาคารต้นไม้ตามนโยบายส่งเสริมการรองรับ สังคมสูงวัยของรัฐบาลที่มีการแก้ไขกฎหมายส่งเสริมใน ประเด็นดังกล่าวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561⁽¹⁷⁾ การเตรียมความ พร้อมด้านสภาพที่อยู่อาศัยที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ การวางแผนปรับปรุงหรือซ่อมแซมที่อยู่อาศัยเพื่อ ให้เหมาะสำหรับการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ เช่น ทางลาด บริเวณบันได จัดห้องนอนไว้ชั้นล่าง ติดตั้งราวช่วยพยุง บริเวณห้องน้ำ/บันได/เตียงนอน เปลี่ยนส้วมเป็นแบบ ซักโครก (นั่งช้อยขา) การเตรียมสถานที่อยู่อาศัยสำหรับ ตนเองในวัยสูงอายุ “แก่แล้วอยู่ที่ไหน” เป็นประจำ และ การวางแผนกู้เงินหรือเตรียมเงินที่จะสร้างที่อยู่อาศัย โดย ส่วนใหญ่แล้วกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเป็นผู้สูงอายุใน ภาวะที่อยู่อาศัยของตนเองจึงไม่เคยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับ สถานสงเคราะห์คนชรามาก่อน แตกต่างจากการศึกษา ของ Chaisombut ซึ่งได้ชี้ให้เห็นว่าส่วนใหญ่ประชาชนก่อน วัยสูงอายุมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุด้านที่อยู่อาศัยอยู่ ในระดับสูงและมีค่าคะแนนการเตรียมความพร้อมด้านนี้ มากกว่าการเตรียมพร้อมด้านอื่น เพราะการเตรียมสภาพ- แวดล้อมในการอยู่อาศัยกระทำได้ง่าย และยังมีความแตก- ต่างจากการศึกษาครั้งนี้ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ 50-

59 ปี นั้นอาจเป็นกลุ่มวัยที่มีความสามารถในการติดต่อเกี่ยวกับการก่อสร้าง การหาทรัพย์สินมาใช้จ่ายในการสร้างหรือปรับปรุงบ้านได้มากกว่า⁽⁹⁾

การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยภาพรวมจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในภาพรวมในระดับปานกลางร้อยละ 40.00 อีกทั้งยังมีการศึกษาวิจัยของของอุทุมพร วานิชคาม พบว่า การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ทั้งนี้แม้ชาวบ้านมีความสนใจและวางแผนที่จะเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยของตนเอง แต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องความเป็นคนชนบททำให้ยังไม่มีรายได้ที่เพียงพอในการจะนำมาซ่อมแซมที่อยู่ของตนเอง ประกอบกับความรักในชุมชนพื้นเพของตนเองจึงทำให้ส่วนใหญ่ยังไม่มีความคิดที่จะอาศัยอยู่ในบ้านพักสำหรับคนชราหรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ แสดงว่า ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยบ้างแล้ว แต่เป็นการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่ายังไม่เห็นถึงผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมที่จะตามมาต่อการดำเนินชีวิต จึงทำให้ไม่เห็นความสำคัญของสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ที่จะเกิดขึ้น^(18,19) ผลจากการวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสำรวจมีช่วงอายุค่อนข้างกว้าง คือ 20-59 ปี จึงอาจจะมีกลุ่มวัยแรงงานที่ยังไม่ได้มองเห็นความสำคัญและยังไม่ได้เริ่มมีการเตรียมความพร้อมของตนเองในการรองรับสังคมสูงวัย ต่างจากหลายการศึกษาที่มีการศึกษาในช่วงอายุ 50-59 ปี ซึ่งมีผู้ศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับช่วงวัย โดยส่วนใหญ่แล้วผู้คนจะเริ่มมีการศึกษาหาข้อมูล ผ่านความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจึงเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น⁽⁸⁾

ดังนั้นรูปแบบการเตรียมความพร้อมสำหรับชุมชนจึง

จำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงวัยที่มีอายุน้อยอย่างรอบด้าน เนื่องจากการเตรียมตนเองให้พร้อมอย่างรอบด้านจะต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและมีความเกี่ยวข้องระหว่างการเตรียมความพร้อมในแต่ละด้าน เพื่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพหลังของการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมงานด้านการรองรับสังคมสูงวัยควรมีการส่งเสริมกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนในตำบลบุ่งหวายในด้านเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัย เนื่องจากยังมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการมีความพร้อมในทั้งสองด้านเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกันโดยตรง หากประชาชนมีความพร้อมด้านเศรษฐกิจมีรายได้ที่เพียงพอ อาจสามารถนำไปสู่การมีเงินออมเหลือสำหรับการนำไปปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยของตนเองในวัยสูงอายุได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาแนวทางการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ในการรองรับสังคมสูงวัยในมิติด้านเศรษฐกิจ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านการออม และการฝึกทักษะทางอาชีพหรือการพัฒนาผลิตภัณฑ์ของชุมชนที่เหมาะสมกับทุกช่วงวัย เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสสร้างรายได้ตลอดทุกช่วงชีวิตและมีเงินออมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2) การศึกษารูปแบบการเข้าถึงข้อมูลนโยบายสาธารณะของชุมชน และการพัฒนากระบวนการประชาสัมพันธ์ข้อมูลระหว่างองค์กรของรัฐกับภาคประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากองค์การบริหารส่วนตำบลบุ่งหวาย ผู้นำหมู่บ้าน ทีมวิจัยชุมชน และประชาชนในพื้นที่ตำบลบุ่งหวาย และขอขอบพระคุณที่ปรึกษาโครงการและ

แหล่งทุนวิจัยจากสำนักงานส่งเสริมการวิจัย (สกว.) ที่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. วันสู่สังคม "คนชรา" 5 จังหวัด? คนแก่ เยอะสุด-น้อยสุด [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>
2. Thailand Bureau of Congresses and Exhibitions (TCEB). Aging population and future trends [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 27]. Available from: <https://intelligence.bussinesseventsthailand.com/th/insight/aging-trends-01-th>
3. อาทิตย์ เคนมี. รายงานสถานการณ์เด็ก เยาวชน และครอบครัว ประจำปี 2560. กรุงเทพมหานคร: เป็นไทพับลิชชิ่ง; 2560.
4. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง (พ.ศ. 2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422
6. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การพัฒนาชุมชนต้นแบบรองรับสังคมสูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2561.
7. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว; 2545.
8. ฉัตรชัย วีระเมธีกุล. แนวทางการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต ศึกษาเฉพาะกรณีที่อยู่อาศัยแบบสร้างสรรค์ของภาคธุรกิจเอกชน. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2559.
9. Chaisombut D. Factors related to the preparation for aging among pre-aging population. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2019;29(3):131-43.
10. เฉก ธนะศิริ. ชีวิตนี้มีทัศนคติและพิศดารยิ่งนัก. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชัน; 2546.
11. สุดา วงศ์สวัสดิ์. พัฒนาผู้สูงอายุสู่ภาวะ "พหุศักยภาพ". วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2559;24(3):202-7.
12. นิคม ธนอมเสียง. การคำนวณขนาดตัวอย่าง [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf
13. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951;16(3):297-334.
14. Best JW. Research is evaluation. 3rd ed. Englewood Cliffs: NJ:Prentice Hall; 1977.
15. เอกพิชญ์ ชินะชาย. ความพร้อมของชุมชนในการรองรับชุมชนผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลวงเหนือ อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. ใน: ประเมศ บันเทิง, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการการพัฒนาชนบทที่ยั่งยืน ครั้งที่ 4 ประจำปี 2557; 11-13 มิถุนายน 2557; มหาวิทยาลัยขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557. หน้า 202-7.
16. สมบุญ ยมนา. ประชากรวัยกลางคน: การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพในสังคมสูงวัยใน 10-20 ปี ข้างหน้า. วารสารวิจัยทรัพยากรมนุษย์ 2551;3(1):20-30.
17. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. ปลุกต้นไม้เป็นบ้านถาวร: รูปธรรมที่จังหวัดชุมพร "ปลูกไม้มีค่าตอนอายุ 30 ปี มีเงินล้านใช้ในยามสูงวัย" [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://web.codi.or.th/20210331-23174/>
18. ภาณุวัฒน์ มีชนะ, นิชชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี.

วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560;11(1):259-71.

19. อุทุมพร วานิชคาม. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุกรณีศึกษาเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการ-สาธารณสุข 2562;28(1):22-36.

Abstract: Preparation for Entering the Aging Society of the Population in Bungwai Sub-District, Warin Chamrab District, Ubon Ratchathani Province

Sitthichai Chaikhan, M.P.H. (Environmental Health)*; Supanee Junsiri, M.P.H. (Environmental Health)*; Ratchanee Khumngoen, B.P.H.**; Teerawat Pimchai, B.P.H.***; Attapong Rittitit, Ph.D. (Epidemiology and Biostatistics)****

* College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani Pvince; ** Thung Bon of Tambon Health Promoting Hospital; *** Non Noi of Tambon Health Promoting Hospital; **** Mahidol University, Amnatcharoen Campus, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(4):587-97.

This research is survey research aimed at the preparation for entering the aging society of the population in Bungwai Sub-District, Warin Chamrab District, Ubon Ratchathani Province. The samples consisted of late adults aged 20-59 years old. A total of 476 people were selected as a sample in the research by simple random. The tools used for data collection consisted of a questionnaire of preparation for entering the aging society. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation, and inferential statistics are the confidence intervals at the 95% confidence level. The study showed that the samples were prepared to enter the aging society at a moderate level (1.29 ± 0.44 point). For the preparation for entering an aging society in 4 aspects, it was found that health was the highest score (1.43 ± 0.50 points), followed by social (1.35 ± 0.45 points), economic (1.32 ± 0.45 points), and condition, and ambient (1.06 ± 0.36 points) respectively. Organizations in charge of activities to support the aging society in the sub-district should promote activities to prepare people for the economy and the living environment because there is still a moderate level. If people are economically ready and have sufficient income, They could lead to more savings left over to improve their living conditions in the elderly.

Keywords: community; preparation; aging society

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่า ในชุมชนสะลวง-ชี้เหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่

สามารถ ใจเตี้ย ส.ด.

สิวลี รัตนปัญญา พร.ด.

ณัฏฐร สุขสีทอง วท.ม.

ศศิภัฏญ์ นามบุญจิตต์ ส.ม.

อัจฉรา คำพันธ์ วท.บ.

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

วันรับ: 23 ธ.ค. 2564

วันแก้ไข: 10 มี.ค. 2565

วันตอบรับ: 20 มี.ค. 2565

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมฐานข้อมูลภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่า และพยากรณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในชุมชนสะลวง-ชี้เหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 301ครัวเรือน และผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 8 คน รวบรวมข้อมูลโดยการวิจัยเอกสารแบบสอบถาม การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์การถดถอยพหุ การวิเคราะห์แบบอุปนัย และการวิเคราะห์หาคะบวนทัศน์ ผลการศึกษา พบว่า ภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชนสะท้อน (1) การแสวงหาตามฤดูกาล (2) รูปแบบการปรุงตำรับอาหารและการบริโภค และ (3) การเพิ่มมูลค่าพืชอาหารป่าโดยประชาชนบริโภคพืชอาหารป่ารวมเฉลี่ยระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 ± 0.64) เมื่อวิเคราะห์อำนาจการพยากรณ์การบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน มีตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรการบริโภคของประชาชน 1 ตัวแปรย่อย ได้แก่ การมีส่วนร่วมเพื่อการอนุรักษ์พื้นที่ผลิตพืชอาหารป่าโดยร่วมกันพยากรณ์การบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชนได้ร้อยละ 27.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้ประชาชนเสนอแนะให้มีการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์พืชอาหารป่าผ่านกลุ่มสตรีแม่บ้าน อันจะช่วยสนับสนุนการคงอยู่ของภูมิปัญญาพืชอาหารป่า

คำสำคัญ: ภูมิปัญญา; การบริโภค; พืชอาหารป่า; ชุมชนสะลวง-ชี้เหล็ก

บทนำ

พืชอาหารป่า (wild edible plants) เป็นพืชที่เจริญเติบโตในระบบนิเวศธรรมชาติหรือกึ่งธรรมชาติ และสามารถดำรงอยู่ในระบบโดยไม่ต้องพึ่งพามนุษย์⁽¹⁾ ดังนั้นวัฒนธรรมการบริโภคพืชอาหารจากป่าจึงเป็นวัฒนธรรมท้องถิ่นที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับ

ธรรมชาติที่เรียนรู้ สัมผัส และสืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคน อันแสดงถึงภูมิปัญญาในการใช้ประโยชน์และการจัดการป่าอย่างชาญฉลาด มีรายงานการศึกษา พบว่าประชาชนในเมือง Udhampur ประเทศอินเดีย มีการบริโภคผักป่า จำนวน 46 สายพันธุ์ ผลไม้ป่า 37 สายพันธุ์⁽²⁾ เช่นเดียวกับประเทศเอธิโอเปียที่พืชอาหารป่า จำนวน 37

สายพันธุ์ถูกนำมาใช้เป็นอาหารสำหรับประชาชนและสัตว์เลี้ยง โดยร้อยละ 24.3 พบกระจายอยู่ตามตลาดในชุมชนซึ่งพืชอาหารป่ามีความสำคัญต่อประชาชนในภาวะความอดอยากในช่วงฤดูแล้ง⁽³⁾ พืชอาหารป่ายังเป็นส่วนหนึ่งในระบบอาหารที่สำคัญของมนุษย์ อีกทั้งยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพและสร้างภูมิคุ้มกันหลายด้าน⁽⁴⁾ และยังมีความสำคัญต่อการก่อให้เกิดรากฐานของความหลากหลายในระบบอาหารแบบดั้งเดิมโดยเฉพาะในชุมชนพื้นเมืองและชุมชนชนบทในประเทศกำลังพัฒนา⁽⁵⁾ โดยมีปัจจัยการลดลงของรายได้ครัวเรือน และระยะทางในการเก็บเกี่ยวผลผลิตพืชอาหารป่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการบริโภคพืชอาหารจากป่า⁽⁶⁾

ในประเทศไทยองค์ความรู้เกี่ยวกับพืชอาหารป่ายังได้สะท้อนภูมิปัญญาการแสวงหาและการปรุงตำรับอาหารพื้นบ้าน ประชากรในประเทศไทยประมาณ 20 - 25 ล้านคน ใช้ป่าในการเข้าถึงแหล่งอาหารทั้งในรูปแบบการเก็บหาอาหารโดยตรง และแหล่งสร้างรายได้เสริมในครัวเรือนป่าจึงทำหน้าที่เสมือนเงินออมของชุมชนที่อาศัยอยู่ในป่าหรืออยู่รอบป่า โดยปัจจัยเพศและอายุมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้ประโยชน์จากพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁾ ฉะนั้นทรัพยากรในป่าจึงมีบทบาทอีกด้านหนึ่งในเรื่องความมั่นคงทางอาหาร (food security) ให้กับคนในชุมชน สอดคล้องกับรายงานการสำรวจการใช้ประโยชน์ผลผลิตจากป่าของชุมชนโคกใหญ่ พบว่า มีการใช้ประโยชน์พืชผักป่า 23 ชนิด ผลไม้ป่า 27 ชนิด พืชกินหัว 5 ชนิด สมุนไพร 14 ชนิด เห็ดเหิงสัตว์ที่นิยม มี 2 ชนิดรวมทั้งยอดไม้ต่างๆ ไม้พุ่มที่นิยม 5 ชนิดรวมทั้งกิ่ง-ไม้แห้งทุกชนิด⁽⁸⁾ แต่ในสถานการณ์การพัฒนาโครงสร้างชุมชนทางกายภาพและสังคมที่ก้าวกระโดดส่งผลให้ความสำคัญของพืชอาหารป่าลดลง ประชาชนบางส่วนต้องออกไปแสวงหางานทำนอกชุมชนเพื่อแลกกับปัจจัยการดำรงชีวิตอื่น เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตแบบก้าวกระโดดของชนเผ่ามละบริ บ้านห้วยหยวกที่ต้องเรียนรู้ปรับตัวในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารที่รูปแบบการหาอาหารโดยการพึ่งพิงธรรมชาติไม่สามารถ

แสวงหาได้อย่างเพียงพอ⁽⁹⁾ ส่วนพื้นที่ชุมชนสะลงง-ซีเหล็ก ลักษณะพื้นที่ป่าของชุมชนเป็นผืนป่าที่มีความอุดมสมบูรณ์ และเนื่องด้วยความอุดมสมบูรณ์ของป่าประชาชนในพื้นที่มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในป่าเป็นไปในลักษณะเพื่อเป็นที่อยู่อาศัย แหล่งอาหาร ยาสมุนไพรและการประกอบอาชีพ⁽¹⁰⁾ ซึ่งความหลากหลายของพืชป่าโดยเฉพาะพืชอาหารมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเป็นแหล่งอาหารของชุมชน และการใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตที่หลากหลาย⁽¹¹⁾ ปัจจัยทางด้านกายภาพและสังคมอันเนื่องมาจากการพัฒนาพื้นที่เพื่อการท่องเที่ยว การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร และการขาดการมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ทรัพยากรในพื้นที่ปรากฏการณ์เหล่านี้ได้ ส่งผลต่อการขาดความตระหนักในการอนุรักษ์ความหลากหลายของชนิดพันธุ์ และวัฒนธรรมการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน ทั้งนี้การสนับสนุนและสร้างกิจกรรมให้ความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแก่ประชาชนให้เกิดองค์เป็นแนวทางในการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เหมาะสม⁽¹²⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่าภายใต้ฐานภูมิปัญญาชุมชนและพยากรณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน ซึ่งผลการศึกษาอาจเป็นแนวทางการสร้างการรับรู้และความตระหนักต่อวิธีการบริโภคพืชอาหารป่ามิให้ภูมิหายสาบสูญไป และยังเป็น การช่วยรักษาฐานภูมิปัญญาของชุมชนให้มีการสืบทอดและส่งต่อจากรุ่นต่อรุ่นต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) โดยใช้กระบวนการเก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีกระบวนการศึกษา ดังนี้

1. รวบรวมภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่า ใช้การวิจัยจากเอกสาร (documentary studies) โดยการทบทวนวรรณกรรมแบบเรียงร้อยถ้อยคำ (narrative review) จากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผักพื้นบ้านในพื้นที่ชุมชนสะลงง-

ชี้เหล็ก ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (non-structured interview) ตามขั้นตอน ดังนี้

การรวบรวมข้อมูล ดำเนินการสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพืชอาหารป่าในพื้นที่ศึกษา โดยพบเอกสาร ได้แก่ บันทึกของประชาชน จำนวน 2 ฉบับ และเอกสารงานวิจัย ได้แก่ รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ จำนวน 1 เล่ม ส่วนการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และประชาชนทั่วไป จำนวน 6 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้เข้าร่วมโครงการตามยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ตีความหมายข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์หาคะบวนทัศน์ (Thematic Analysis) เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง⁽¹³⁾ ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการจำแนกและจัดระบบข้อมูล การสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย การเปรียบเทียบข้อมูลและการตีความข้อมูล

2. ศึกษาการบริโภคผักพื้นบ้าน ใช้การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนสะลงง-ชี้เหล็ก คำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 301 ครัวเรือน⁽¹⁴⁾ หลังจากนั้นได้เลือกกลุ่มตัวอย่างระดับหมู่บ้านร้อยละ 30.0 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่กลับคืน การคัดเลือกครัวเรือนแต่ละหมู่บ้านมาศึกษาใช้ตารางการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนครัวเรือนแต่ละหมู่บ้าน ทั้งนี้ได้ใช้เลขที่บ้าน 4 ครัวเรือนแรกมาสุ่มตัวอย่างก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูลจากเลขที่บ้านที่เรียงลำดับแล้วเว้น 4 หลังคาเรือนในแต่ละหมู่บ้านจนครบจำนวนตามสัดส่วน ครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้าน โดยเลือกหัวหน้าครัวเรือนเป็นผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ถ้าไม่พบได้เข้าเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้งและถ้าไม่พบเป็นครั้งที่ 2 คณะผู้วิจัยได้เปลี่ยนเป็น

หลังคาเรือนถัดไป

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ (ปี) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน) ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในชุมชน (ปี)

จำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา (ครั้ง) เจตคติต่อการนำพืชอาหารป่ามาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นสมุนไพรรักษาความเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ย) เจตคติต่อสถานการณ์ที่พืชอาหารป่าในชุมชนกำลังจะหมดไป (ค่าเฉลี่ย) และการมีส่วนร่วมการอนุรักษ์พื้นที่ผลิตพืชอาหารป่า (ค่าเฉลี่ย)

ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามทั้งปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การบริโภคพืชอาหารป่าครอบคลุมด้านการแสวงหาพืชอาหารป่าจากป่าชุมชน การปรุงตำรับอาหารพื้นบ้านด้วยพืชอาหารป่า การถ่ายทอดภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่า แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตามแบบของ Likert Scale แบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1- 5 คะแนน⁽¹⁵⁾ แปลผลค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 1.49 น้อยที่สุด 1.50 - 2.49 น้อย 2.50 - 3.49 ปานกลาง 3.50 - 4.49 มาก และ 4.50 - 5.00 มากที่สุด การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (validity) อาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบด้านเนื้อหาทั้งความเหมาะสมด้านภาษาและความครอบคลุมประเด็นข้อคำถามที่ต้องการจะวัด โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านพฤกษศาสตร์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนาด้านสุขภาพ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผลและประเมินผล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.47-1.00 คณะผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50-1.00 ขึ้นไป

จำนวน 22 ข้อ ส่วนการวัดค่าความเที่ยงใช้วิธีการหา alpha coefficient โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ $\alpha \geq 0.75$ เป็นค่าที่ยอมรับได้ ทั้งนี้แบบสอบถามในงานวิจัยนี้มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89⁽¹⁶⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการอบรมชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้าคณะผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน ใช้สถิติอนุมานโดยการวิเคราะห์ linear regression analysis

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ ถ้าต้องการข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้โครงการวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้มุ่งหวังผลประโยชน์ใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้ประโยชน์ในด้านการใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

ผลการศึกษา

1. การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชนร่วมกับการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เรียนรู้และสืบถอดภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่ามาจากบิดา-มารดา พืชอาหารป่าหลายชนิดนำมาปลูกไว้บริโภคในครัวเรือน บางชนิดจะออกไปเก็บหาจากป่าชุมชนซึ่งจะเก็บหาได้บางฤดูกาลเท่านั้น ทั้งนี้ภูมิปัญญาพืชอาหารป่าในพื้นที่ประกอบด้วย

การแสวงหาตามฤดูกาล พืชอาหารป่าส่วนใหญ่จะเก็บมาบริโภคได้ตามฤดูกาล ถึงแม้จะนำต้นพันธุ์จากป่าธรรมชาติมาปลูกในพื้นที่การเกษตรหรือพื้นที่อยู่อาศัย เช่น ผักหวานป่าถึงแม้จะเก็บมาบริโภคได้ตลอดปี แต่รสชาติไม่อร่อยถ้าเทียบกับการเก็บในช่วงฤดูร้อน (มีนาคม - เมษายน) เช่นเดียวกับกลุ่มผักป่าที่รับประทานส่วนยอดและดอก เช่น สะเดาเก็บรับประทานได้ช่วงต้นฤดูหนาว (พฤศจิกายน - มกราคม) และกลุ่มผลไม้ป่าที่มักจะใช้เวลาในการติดดอกจนถึงผลแก่เป็นเวลานาน เช่น มะเฒ่าป่า ที่จะเริ่มแทงช่อดอกประมาณเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน และสุกในเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน (ประมาณ 6 เดือน) ทั้งนี้ประชาชนจะมีวิธีการแสวงหาแหล่งผลิตพืชอาหารป่าในป่าธรรมชาติที่เป็นวิธีการเฉพาะของแต่ละบุคคล

รูปแบบการปรุงตำรับอาหารและการบริโภค ในการปรุงตำรับอาหารในแต่ละมื้อประชาชนจะใช้พืชอาหารป่าหลากหลายชนิดมาเป็นวัตถุดิบ โดยเฉพาะการใช้เป็นเครื่องเคียงตำรับน้ำพริก และตำรับลาบจะบริโภคทั้งส่วนยอด ผลอ่อน ต้นอ่อน เช่น ใบอ่อนเพี้ยพาน (ต่อไล่) ใบอ่อนและดอกสะเดา ยอดมะกอกป่า ในส่วนตำรับแกงทั่วไปมักจะใช้พืชอาหารป่าที่หาได้ตามฤดูกาล เช่น แกงผักก่ำตี้เมีย (ผักก่ำแก้ว) ซึ่งจะหารับประทานได้เฉพาะต้นฤดูฝน (ปลายพฤษภาคม - มิถุนายน) แกงผักหวานป่าใส่ไข่มดแดงช่วงเดือนมีนาคม - เมษายน บางครั้งเรือนจะปลูกพืชอาหารป่าบางชนิดไว้จำหน่ายในตลาดชุมชนหรือมีแม่ค้ามารับไปจำหน่าย

การเพิ่มมูลค่า กลุ่มผลไม้ป่า เช่น มะขามป้อมมีการนำ ดอง อบแห้ง เชื่อม แช่อิ่ม ทำแยม ทำซอมะขามป้อม (แคะ เมล็ดออกเอาเนื้อตากแห้งหรือนำเมล็ดตากแห้งบดเป็น ผง) (ตารางที่ 1) การเพิ่มมูลค่ายังดำเนินการโดยการ ส่งเสริมให้นำพืชอาหารป่ามาปรุงเป็นตำรับอาหารพื้นบ้าน อันเป็นการสร้างการรับรู้และการยอมรับในกลุ่มคนรุ่นใหม่ รวมถึงการส่งเสริมการปลูกพืชอาหารป่าเป็นพืช เศรษฐกิจ ในส่วนของการจำหน่ายผลิตภัณฑ์มีหลากหลาย ช่องทางทั้งการทำตลาดออนไลน์ จำหน่ายผ่านตลาด ชุมชน (กาดเช้า – เย็น) ซึ่งมีกระจายอยู่ในทุกหมู่บ้าน ตลาดนัด จำหน่ายผ่านร้านขายของชำในหมู่บ้าน รวมถึง การจัดตั้งตลาดชุมชนที่จำหน่ายพืชอาหารป่าโดยเฉพาะ แต่ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันฤดูกาลแปรเปลี่ยนไปตามการ เปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศส่งผลให้ปริมาณและ คุณภาพของพืชอาหารป่าได้รับผลกระทบ

ในส่วนของ การอนุรักษ์พืชอาหารป่า ประชาชนบาง ส่วนยังมีจิตสำนึกต่อการเก็บเกี่ยวผลผลิตจากป่า โดยการ เก็บเกี่ยวผลผลิตจะเก็บในช่วงฤดูกาลที่มีผลผลิตออก จำนวนมากเท่านั้น ไม่เผาป่า และไม่นำดินอ่อนออกจาก ป่า ปรากฏการณ์เหล่านี้สะท้อนลักษณะการใช้ประโยชน์ พืชอาหารจากป่าเพื่อการเป็นแหล่งอาหารของประชาชน ที่ยังคงความห่วงใยต่อสภาพความอุดมสมบูรณ์ของ

ทรัพยากรป่า

2. การบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน

ข้อมูลทั่วไปของประชาชน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.6 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.94 ± 12.98 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.6 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.7 ประกอบอาชีพ รับจ้างเป็นหลัก ร้อยละ 30.0 จำนวนสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 3.77 ± 1.54 คน รายได้เฉลี่ยเท่ากับ $88,959.01 \pm 107,486.36$ บาทต่อปี ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในชุมชน เฉลี่ย 46.61 ± 19.31 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.8 ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 3.93 ± 6.79 ครั้ง ประชาชน มีเจตคติต่อการนำพืชอาหารป่ามาประยุกต์ใช้เพื่อเป็น สมุนไพรรักษาความเจ็บป่วยระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.99 ± 0.91) เจตคติต่อสถานการณ์ที่พืชอาหาร ป่าในชุมชนกำลังจะหมดไประดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.22 ± 0.86) และมีระดับการมีส่วนร่วมในการ อนุรักษ์พื้นที่ผลิตอาหารป่าโดยรวมเฉลี่ยระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.94 ± 0.94)

การบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ นำพืชอาหารป่ามาบริโภคแบบสด ร้อย- ละ 85.6 ส่วนของพืชอาหารที่นำมาบริโภคเป็นยอดอ่อน

ตารางที่ 1 แนวทางการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากพืชอาหารป่า

พืชอาหารป่า	แนวทางการพัฒนาผลิตภัณฑ์
กลุ่มผลไม้ป่า	
มะขามป้อม	ดอง อบแห้ง เชื่อม แช่อิ่ม ทำแยม ทำซอมะขามป้อม (แคะเมล็ดออกเอาเนื้อตากแห้งหรือนำเมล็ดตากแห้งบดเป็นผง)
มะนะ (สมอไทย)	ดอง แช่อิ่ม ทำซอมะนะ (นำเมล็ดตากแห้งคั่วแล้วบดเป็นผง)
มะมัน (กระบก)	อบแห้ง
มะม่วงป่า	เนื้อด้านในใช้ทำเป็นสีย้อมผ้า
กลุ่มผักป่า	
ผักหวาน	ผักหวานแคปซูล เค้กผักหวาน ข้าวเกรียบผักหวาน
หน่อไม้	ดอง อบแห้ง
ผักอื่นๆ	รับประทานสด ทำน้ำสมุนไพร

ภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่าในชุมชนสะลง-ซีเหล็ก อำเภอแม่อิม จังหวัดเชียงใหม่

ร้อยละ 70.9 โดยปรุงเมนูแกง ร้อยละ 75.3 ประชาชนเห็นว่าในปัจจุบันการรับประทานพืชอาหารป่าของประชาชนลดลง ร้อยละ 63.4 และประชาชนเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของพืชอาหารป่า ร้อยละ 59.7 (ตารางที่ 2)

ส่วนระดับการบริโภคพืชอาหารป่าโดยรวมเฉลี่ยระดับน้อย โดยด้านการแสวงหาพืชอาหารป่าจากป่าชุมชนระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.13 ± 0.63) ด้านการปรุงตำรับอาหารพื้นบ้านด้วยพืชอาหารป่าระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 ± 0.70) และด้านการถ่ายทอดภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่าระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 ± 0.91) (ตารางที่ 3)

บางครัวเรือนจะมีผู้สูงอายุเป็นผู้นำในการบริโภคพืชอาหารป่า และพยายามถ่ายทอดภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องให้กับลูกหลานผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ตนเอง ถึงแม้ลูกหลานจะไม่เห็นคุณค่าและไม่นิยมรับประทานตำรับอาหารพื้นบ้านที่ตนเองเป็นผู้ปรุง นอกจากนี้กระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารปายังแฝงอยู่ภายใต้การปรุงอาหารเลี้ยงในกิจกรรมของชุมชน การปรุงอาหารเพื่อไปทำบุญในงานศาสนาพิธี ทั้งนี้การสร้างแหล่งเรียนรู้ในชุมชนผ่านโรงเรียน วัด และศูนย์เรียนรู้ในชุมชน รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์พืชอาหารป่าผ่านกลุ่มสตรีแม่บ้านอาจจะช่วยสนับสนุนการคงอยู่ของภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่าในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 2 ลักษณะการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน

ลักษณะการบริโภค	ร้อยละ
การบริโภคพืชอาหารป่า	
สด	85.6
แห้ง	11.9
แปรรูป (ดอง)	15.3
ส่วนของพืชที่นำมาบริโภค	
ยอดอ่อน	70.9
หัว/ราก	5.5
ดอก	17.2
ลำต้น	15.9
ผลอ่อน/ผลแก่	11.3
เมล็ด	5.3
ทุกส่วน	17.2
ตำรับอาหารที่ปรุงจากพืชอาหารป่า	
แกง	75.3
ลวกแก้วนํ้าพริก	46.9
ต้ม	20.6
นึ่ง	24.7
ผักสด (เครื่องเคียง)	21.6
อื่นๆ	3.4
การบริโภคพืชอาหารป่าในปัจจุบัน	
คงเดิม	36.6
ลดลง	63.4
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของพืชอาหารป่า	
เคย	59.7
ไม่เคย	40.3

ตารางที่ 3 ระดับการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน

การบริโภคพืชอาหารป่า	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการบริโภค
การแสวงหาวัตถุดิบ	2.13	0.63	น้อย
การปรุงตำรับอาหาร	2.40	0.70	น้อย
การถ่ายทอดภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่า	2.31	0.91	น้อย
การบริโภคพืชอาหารป่าโดยรวมเฉลี่ย	2.23	0.64	น้อย

ปัจจัยพยากรณ์กับการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน

การศึกษานี้ใช้รูปแบบสมการความสัมพันธ์ดังนี้

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots + b_7x_7$$

โดยตัวแปร ได้แก่

- X1 อายุ (ปี)
- X2 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)
- X3 ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในชุมชน (ปี)
- X4 จำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา (ครั้ง)
- X5 เจตคติต่อการนำพืชอาหารป่ามาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นสมุนไพรรักษาความเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ย)
- X6 เจตคติต่อสถานการณ์ที่พืชอาหารป่าในชุมชนกำลังจะหมดไป (ค่าเฉลี่ย)
- X7 การมีส่วนร่วมการอนุรักษ์พื้นที่ผลิตพืชอาหารป่า (ค่าเฉลี่ย)

เมื่อนำตัวแปรทั้ง 7 ตัวเข้าสมการแล้วคำนวณด้วยวิธี Stepwise พบว่า ตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปร พยากรณ์การเปลี่ยนแปลงการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชนได้ร้อยละ 27.6 ($R^2 = 0.276$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า มีตัวแปร 1 ตัวแปร คือ X_7 การมีส่วนร่วมเพื่อการอนุรักษ์พื้นที่ผลิตพืชอาหารป่า (ค่าเฉลี่ย) มีความสัมพันธ์กับการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 4) ซึ่งเขียนเป็นสมการพยากรณ์ ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y_i (\text{การบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชน}) = 1.531 + 0.401 (\text{การมีส่วนร่วมเพื่อการอนุรักษ์พื้นที่ผลิตพืชอาหารป่า})$$

จากสมการข้างต้นจะเห็นได้ว่า การบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชนจะเพิ่มขึ้น 0.401 หน่วยต่อการเพิ่มขึ้นของการมีส่วนร่วมการอนุรักษ์พื้นที่ผลิตพืชอาหารป่า 1 หน่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

วิจารณ์

ภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชนได้สะท้อนองค์ความรู้และแนวปฏิบัติของประชาชนผ่านประสบการณ์ที่ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้จากบิดา – มารดา และเครือข่ายโดยเฉพาะวิธีการแสวงหาพืชอาหารป่าจากป่าชุมชน และการปรุงตำรับอาหารโดยใช้พืชอาหารป่าเป็นวัตถุดิบหลัก เช่นเดียวกับผู้บริโภคผักพื้นบ้านในจังหวัดขอนแก่นที่ได้รับการปลูกฝังและถ่ายทอดวัฒนธรรมการบริโภคผักพื้นบ้านมาจากผู้เฒ่าผู้แก่ในชุมชนหรือบุคคลในครอบครัว⁽¹⁷⁾ กระบวนการเหล่านี้ยังเป็นการสะท้อนการพึ่งพิงทรัพยากรธรรมชาติในชุมชนเพื่อการเป็นอาหารภายใต้ปัจจัยชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งสภาพทางกายภาพ โครงสร้างทางสังคม และการลดความสำคัญของการบริโภคพืชอาหารป่าในกลุ่มคนรุ่นใหม่ ในส่วนของการบริโภคที่ประชาชนมีการบริโภคพืชอาหารป่าโดยรวมเฉลี่ยระดับน้อย อาจเป็นไปได้ว่า

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคพืชอาหารป่าด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น

ตัวแปรพยากรณ์	b	SEb	Beta	t	p-value*
Constant	1.531	0.105		14.62	<0.01
การมีส่วนร่วมเพื่อการอนุรักษ์พื้นที่ผลิตพืชอาหารป่า (ค่าเฉลี่ย)	0.401	0.052	0.525	7.67	<0.01

R=0.525 R² = 0.276 Adjust R² = 0.271 F Change = 58.94 p-value: 0.00

* นัยสำคัญทางสถิติ 0.05

รูปแบบการรับประทานอาหารภายใต้วิถีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตทั้งการประกอบอาชีพ การอยู่อาศัย และการเข้าถึงเทคโนโลยีที่ตอบสนองความสะดวกสบายในการดำรงชีวิต ทำให้การบริโภคพืชอาหารป่าในชุมชนมีกลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มวัยผู้ใหญ่เท่านั้นที่ยังคงบริโภคเป็น อย่างไรก็ตามพืชอาหารป่าก็ยังคงเป็นแหล่งความมั่นคงทางอาหารในชุมชนที่หน่วยงานท้องถิ่นและภาคประชาชนให้ความสำคัญ ปรากฏการณ์เหล่านี้อาจจะส่งผลให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของตนเอง ก่อเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และการถ่ายทอดภูมิปัญญาจากผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับพืชอาหารป่าได้สะท้อนมุมมองและวิถีชีวิตของชุมชนทั้งการปรับตัวในการเก็บหาผลผลิตที่ได้จากธรรมชาติ หรือการเพิ่มผลผลิตสู่ตลาดท้องถิ่น และการรักษาพื้นที่ที่เป็นแหล่งให้ผลผลิตพืชอาหารป่า⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ความหลากหลายของชนิดพืชอาหารป่าในป่าชุมชนเมื่อเทียบกับอดีตลดลงอันส่งผลต่อปริมาณและชนิดพันธุ์พืชอาหารป่าที่สามารถนำมาบริโภค และจำหน่ายในชุมชนลดลง พืชอาหารป่าที่ประชาชนคุ้นเคยกับการบริโภคบางชนิดไม่สามารถแสวงหาได้ในปัจจุบัน รวมถึงวิธีการบริโภคที่เปลี่ยนไปของประชาชนอันเกิดจากการรับวัฒนธรรมการบริโภคจากภายนอกที่ส่งผ่านมาจากการรับข้อมูลข่าวสาร การนำเข้าวัฒนธรรมการบริโภคอาหารจากสังคมเมืองผ่านสมาชิกในครัวเรือนที่เข้ามาทำงานในเขตเมืองและการพัฒนาโครงสร้างทางกายภาพเพื่อรองรับการท่องเที่ยว ทั้งนี้ภูมิปัญญาการบริโภคอาหารที่หลากหลายในชุมชนจะสอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมของคนในท้องถิ่น แต่ด้วยวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยทำให้มีการบริโภคผักพื้นบ้านที่ลดลง ขาดการสืบทอดภูมิปัญญาอย่างเป็นระบบทำให้ภูมิปัญญาเริ่มสูญหายไปจากชุมชน⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ประชาชนในพื้นที่อาจจะไม่รับรู้ถึงคุณค่าทางโภชนาการและประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพของพืชอาหารป่ามากนัก สอดคล้องกับมีกลุ่มคนบางกลุ่มเท่านั้นที่รับรู้ถึงคุณค่าทางโภชนาการของผักพื้นบ้าน และทราบว่าผักพื้นบ้านเป็นผักที่ปลอดภัยพิษปนเปื้อน

เนื่องจากผักพื้นบ้านสามารถปรับตัวและเจริญเติบโตตามลักษณะของแต่ละท้องถิ่น⁽²⁰⁾ ทั้งนี้ ปัจจัยการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของประชาชนเพื่อการอนุรักษ์และฟื้นฟูพื้นที่แหล่งผลิตพืชอาหารป่าในพื้นที่ อาจเป็นแรงกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการบริโภคพืชอาหารป่าเพิ่มขึ้น ซึ่งกระบวนการการมีส่วนร่วมนี้จะเป็นการส่งผ่านการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ของตนเองและชุมชนเพื่อการคงไว้ซึ่งการใช้ประโยชน์ทรัพยากรจากป่าอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับชาวบ้านผาแมวที่ให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป่าชุมชน พร้อมทั้งสรุปผลงานอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ในป่าชุมชนมีพันธุ์พืชที่ชุมชนนำมาใช้ประโยชน์เพื่อเป็นอาหาร ไม้ใช้สอย สมุนไพร และประเพณีความเชื่อได้อย่างเพียงพอ⁽²¹⁾ ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการป่าชุมชน โดยการเชิญชวนให้ชุมชนติดตามข่าวสารการจัดการป่าชุมชนในพื้นที่ที่เคยประสบความสำเร็จหรือมีชื่อเสียง การศึกษาดูงานเพื่อสังเกตการจัดการที่เหมาะสม และมีการจัดการทรัพยากรน้ำอย่างมีประสิทธิภาพ⁽²²⁾ รวมถึงการสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมผ่านแนวคิดนิเวศวัฒนธรรม เช่น พิธีการบวชป่าอันเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดนิเวศวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงกับระบบความเชื่อ สิ่งเหนือธรรมชาติที่ส่งผลต่อความคิดและการสร้างแนวทางการปฏิบัติในการอนุรักษ์แหล่งพืชสมุนไพรพื้นบ้านในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ ภายใต้สภาพการณ์ของแต่ละชุมชนในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้กำลังเผชิญกับปัญหาการลดลงของพื้นที่และความหลากหลายของสภาพป่าธรรมชาติ⁽²³⁾ อย่างไรก็ตามกระบวนการดำเนินงานการสร้างการมีส่วนร่วมอาจต้องพิจารณาถึงลักษณะทางภูมิศาสตร์ วัฒนธรรมการบริโภคของประชาชน ความเพียงพอของปริมาณพืชอาหารป่าในแต่ละพื้นที่ และแนวทางการจัดการทรัพยากรของแต่ละชุมชน⁽²⁴⁾

การศึกษานี้ได้นำเสนอข้อมูลภูมิปัญญาพืชอาหารป่าที่การศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถสังเคราะห์ข้อมูลได้ และยังเป็นการสะท้อนถึงความสำคัญของพืชอาหารป่าในบทบาทแหล่งอาหารที่ยังคงมีความสำคัญต่อชุมชน แต่

อย่างไรก็ตามกระบวนการการศึกษาอาจจะยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรและพื้นที่ที่มีความแตกต่างด้านภูมิศาสตร์ รวมถึงยังขาดการเก็บข้อมูลเชิงลึกด้านชนิดพันธุ์พืชอาหารป่า

สรุป

ประชาชนส่วนใหญ่เรียนรู้และสืบทอดภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่ามาจากบิดา – มารดา ทั้งภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาพืชอาหารป่าตามฤดูกาล รูปแบบการปรุงตำรับอาหารและการบริโภค และการเพิ่มมูลค่าพืชอาหารป่า โดยภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่าในชุมชนยังสะท้อนความหลากหลายของพืชอาหารป่า ทั้งกลุ่มผักและผลไม้ภายใต้ความสมบูรณ์ของฐานทรัพยากรป่าชุมชน ส่วนระดับการบริโภคพืชอาหารป่าโดยเฉลี่ยระดับน้อย โดยมีปัจจัยการมีส่วนร่วมเพื่อการอนุรักษ์พื้นที่ผลิตพืชอาหารป่าพยากรณ์การบริโภคพืชอาหารป่าของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ภูมิปัญญาการบริโภคพืชอาหารป่าเป็นองค์ความรู้และแนวทางการปฏิบัติที่ผ่านประสบการณ์ของตัวบุคคลและชุมชน หน่วยงานในพื้นที่อาจนำมาเป็นทางเลือกในการที่จะนำข้อมูลมาบูรณาการร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ภูมิปัญญาการแสวงหาพืชอาหารป่าในชุมชนเป็นทุนทางสังคมที่ส่งผ่านจากการสั่งสม การเรียนรู้ และการนำสู่การปฏิบัติที่ก่อเกิดแนวทางในการแสวงหาอาหารบนฐานทรัพยากรป่าของประชาชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันแสวงหาแนวทางการอนุรักษ์และสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้กับเยาวชนอันจะเป็นการคงไว้ซึ่งภูมิปัญญาของชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2. การบริโภคพืชอาหารป่าได้สะท้อนปรากฏการณ์ความสำคัญของพืชอาหารป่าและความต้องการการบริโภคของประชาชนถึงแม้จะแปรเปลี่ยนรูปแบบการบริโภคไปสู่การบริโภคอาหารตามกระแสนิยม แต่ตำรับ

อาหารพื้นบ้านที่ปรุงด้วยพืชอาหารป่ายังคงมีการบริโภคในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐ ชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความสำคัญต่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับคุณประโยชน์ของพืชอาหารป่า

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาความหลากหลายของชนิดพันธุ์ในป่าธรรมชาติ ทั้งนี้พืชอาหารป่าหลายชนิดมีศักยภาพที่จะพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ได้แต่ยังขาดกระบวนการและข้อมูลเชิงวิชาการที่เหมาะสมโดยเฉพาะข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการของพืชอาหารป่า

2. พัฒนาการเรียนรู้ชุมชนสู่การนำพืชอาหารป่าทั้งผลไม้ป่า และผักป่ามาพัฒนาเป็นพืชเศรษฐกิจทั้งในส่วนของ การพัฒนาสายพันธุ์ รูปแบบการปลูก การดูแลรักษา และการเก็บเกี่ยวผลผลิต โดยการพัฒนาร่วมกับแนวทางการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณประชาชน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขในพื้นที่ศึกษาที่ได้ให้ข้อมูลและประสานงานการเก็บข้อมูลการวิจัยจนเกิดความสำเร็จลุล่วงด้วยดี และศูนย์ประสานงาน อพ.สธ. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ที่สนับสนุนทุนวิจัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

เอกสารอ้างอิง

1. Heywood V. Use and potential of wild plants in farm households. Rome: FAO Farm Systems Management Series 15; 1999.
2. Bhatia H, Sharma YP, Manhas RK, Kumar K. Traditionally used wild edible plants of district Udhampur, J&K, India. Journal of Ethnobiology Ethnomedicine 2018; 14(1):73.
3. Debela H.F, Jesse TN, Zemedu A, Nyangito MM. Seasonal availability and consumption of wild edible plants in semiarid Ethiopia: Implications to food security and climate change adaptation. Journal of Horticulture and-

- Forestry 201;3(5):138-49.
4. Lukas P, Ali K, Ervival AMZ, Danny H, Amy I, Zbynek P. Wild food plants and trends in their use: from knowledge and perceptions to drivers of change in west Sumatra, Indonesia. *Foods* 2020;9:1240.
 5. Elizabeta MM, Angelina S, Suzana J. Traditional uses of wild edible plants in the republic of North Macedonia, *Phytologia Balcanica. International Journal of Balkan Flora and Vegetation* 2020;26(1):155-62.
 6. Shumsky SA, Hickey GM, Pelletier B, Johns T. Understanding the contribution of wild edible plants to rural social- ecological resilience in semi-arid Kenya. *Ecology and Society* 2014;19(4):34.
 7. ทักษิณันท์ อุเส, จรัล สิริตวงค์, เกศริน มณีสุน, ประกาศสว่างโชติ. การศึกษาพฤกษศาสตร์พื้นบ้านในเขาคองส์ จังหวัดสงขลา. *วารสารพฤกษศาสตร์ไทย* 2559;8(2):157-80.
 8. สมหญิง บู่แก้ว, เพ็ญแข ธรรมเสนานุภาพ, ธวัชชัย ธาณี. ความหลากหลายชนิดของพันธุ์ไม้และการใช้ผลผลิตจากป่าชุมชนโคกใหญ่ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ* 2552;7(1):36-50.
 9. ธภัทร มณีรัตน์. การบริโภคอาหารของชนเผ่าละมละบิรายใต้ ภูมิสังคม บ้านห้วยหยวกตาบลแม่ชะนิง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน [การค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2563. 181 หน้า.
 10. สุรศักดิ์ นุ่มมีศรี. พฤกษศาสตร์พื้นบ้าน และนิเวศวัฒนธรรมเพื่อการสร้างจิตสำนึกในการอนุรักษ์พืชอาหารจากป่ากรณีศึกษาชุมชนสะลง-ซีเหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 16 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.ird.cmr.ac.th/ris/?op=view_res&no=638
 11. Ojelel S, Mucunguzi P, Katuura E, Esezah KK, Mary N, James K. Wild edible plants used by communities in and around selected forest reserves of Teso-Karamoja region, Uganda. *Journal of Ethnobiology Ethnomedicine* 2019; 15:3.
 12. ชัชชญา สมมณี, สามารถ ใจเตี้ย. การใช้ประโยชน์ของพืชสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการรักษาโรคของประชาชนชุมชนสะลง-ซีเหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก* 2564;19(2): 508-22.
 13. Morse JM, Field P. *Nursing research: the application of qualitative approaches*. 2nd Edition. London: Chapman & Hill; 1996.
 14. Daniel WW. *Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences*. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
 15. Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal DK. Likert scale: explored and explained. *British Journal of Applied Science & Technology* 2015;7(4):396-403.
 16. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297-334.
 17. กนกวรรณ ชันธุ์เครือ, ปรีชาติ แสงคำเจ็ลียง. ความรู้ของผู้บริโภคที่มีต่อผักพื้นบ้านในจังหวัดขอนแก่น. *เกษตรประวิรูณ* 2561;15(1):94-100.
 18. พลอยระดา ภูมิ, ปิยะนุช โทมล. ความหลากหลายและการใช้ประโยชน์ของพืชอาหารป่าในตลาดพื้นบ้านอีสาน กรณีศึกษาพื้นที่ลุ่มน้ำห้วยหลวง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. *วารสารพื้นถิ่นโขงชีมูล* 2560;3(1):187-212.
 19. พรปวีณ์ คำหลวง, เกษร สำเภาทอง. ภูมิปัญญาการบริโภคผักพื้นบ้านเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพของชาวบ้าน ตำบลศรีสะเกศ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน. *ธรรมศาสตร์เวชสาร* 2562;19(1):90-8.
 20. อังศุมา ก้านจักร, สมสงวน บัสสาโก. ผักพื้นบ้านที่มีของภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต. *มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*. 2555.
 21. อังคณา เชื้อเจ็ดตน, ชัดนารี มีสุขโย, ละม้าย จันทะขาว, อภิศักดิ์ จักรบุตร. ความหลากหลายของพรรณพืชจากป่าชุมชนบ้านผาแมวดาบลหัวเสือ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. *วารสารวิจัยคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง* 2562;2(4):54-65.
 22. นงครินทร์ ใจมะสิทธิ์. การมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชนต่อการจัดการป่าชุมชน ตำบลบ้านปาง อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ลำปาง: มหาวิทยาลัยเนชั่น; 2559. 95 หน้า.
 23. สามารถ ใจเตี้ย. นิเวศวัฒนธรรมเพื่อการอนุรักษ์แหล่งสมุนไพรในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ จังหวัดลำพูน. *วารสารพืชศาสตร์-สงขลานครินทร์* 2562;6(1):102-08.
 24. Avik R, Rajasri R, Sreevidya EA. How many wild edible

plants do we eat—their diversity, use, and implications for sustainable food system: an exploratory analysis in India. *Frontiers in Sustainable Food Systems* [internet]. 2020

[cited 2022 March 9];4:56. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsufs.2020.00056>

Abstract: Wisdom Related to Wild Edible Plants Consumption in Salung–Keelek Community, Mae Rim District, Chiang Mai Province

Samart Jaitae, Dr.P.H.; Siwalee Rattanapunya, Ph.D.; Nuttron Suksetong, M.Sc.; Sasikan Pongchompoo, M.PH.; Atchara Khamfun, B.Sc.

Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(4):598–608.

The purposes of this mixed methods research were to collect the wisdom of the wisdom wild edible plants consuming database and predict influencing factors to people’s wild edible plants consumption. Altogether 301 households and 8 stakeholders in Saluang–Keelek community, Maerim District, Chiangmai Province were participated. Data were collected by documentary studies, questionnaires, non–structured interviews, and focus group discussion. Descriptive statistics, regression analysis and content analysis were used to describe the results. The results revealed that the wisdoms consuming wild edible plants could be divided into (1) seasonal quest, (2) recipes and consumption patterns, and (3) value adding of wild edible plants. The consumption of wild edible plants was low (mean=2.23±0.64). Only one variable significantly influenced to wild edible plants consumption of people was the forest resources conservation at 27.6% (p<0.05). In conclusion, the participants suggested to improve learning resources and utilization of wild edible plants knowledge through housewife community members. This would help to support the persistence of the wisdom on wild edible plants.

Keywords: wisdom; consumption; wild edible plants; Salung–Keelek community

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนที่มาใช้บริการทางสัตวแพทย์ที่กลุ่มควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร

นิติพันธุ์ ทันทวิวัฒนานนท์ ส.บ., สพ.บ., วท.ม. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)
กลุ่มควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร

วันรับ:	5 มิ.ย. 2563
วันแก้ไข:	19 เม.ย. 2565
วันตอบรับ:	29 เม.ย. 2565

บทคัดย่อ โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่อันตราย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมมีความสำคัญมากในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อสำรวจความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนที่มาใช้บริการทางสัตวแพทย์ ที่กลุ่มควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยเก็บข้อมูลจากประชาชนที่มาใช้บริการ จำนวน 1,034 ตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าด้วยสถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษาด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า พบว่าประชาชนกลุ่มศึกษามีความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60.0 ด้านทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า มีทักษะอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 71.2 ด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า มีระดับการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.7 ส่วนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สัมพันธ์กันกับความรู้และทักษะที่ดี มีปัจจัยทางประชากรศาสตร์ เช่น เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาปัจจัยต่างๆ กับผลการศึกษาที่ได้ สอดคล้องกันตามทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP) แต่ก็ไม่ควรมีการให้ความรู้ เน้นการประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจและทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ที่ถูกต้องให้มากและเข้มข้นยิ่งขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติตนของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าดีมากยิ่งขึ้นไปอีก และให้กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าทั้งคนและสัตว์ในที่สุด

คำสำคัญ: โรคพิษสุนัขบ้า; ความรู้; ทักษะ; พฤติกรรม; ปัจจัยทางประชากรศาสตร์

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่มียับยั้งมากที่สุดโรคหนึ่ง สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสเรบีส (rabies virus) อยู่ใน Genus Lyssavirus Family Rhabdoviridae ซึ่งมีสุนัขเป็นแหล่งรังโรคหลัก ช่องทางการติดต่อที่พบมากที่สุด คือ การถูกสัตว์ที่ติดเชื้อมัด เชื้อพิษสุนัขบ้าที่อยู่ในน้ำลายจะเข้าสู่บาดแผล ผ่านเข้าสู่เส้นประสาทส่วนปลาย ไชสันหลังและเข้าสู่สมองแล้วมีการแบ่งตัวในสมอง และปล่อยเชื้อไวรัสไปตามแขนงประสาทที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ทั้งร่างกาย รวมทั้งต่อมน้ำลาย และมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีระยะฟักตัวของโรคไม่แน่นอนตั้งแต่ 2 สัปดาห์ไปจนถึง 6 ปี แต่โดยทั่วไปอยู่ในช่วง 2-3 เดือน⁽¹⁾ ปัจจุบันโรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ผู้ที่ติดเชื้อมื่อแสดงอาการของโรคจะต้องเสียชีวิตทุกราย ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิต ทรัพย์สิน และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก ในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากกว่า 55,000 ราย จาก 150 ประเทศทั่วโลก ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศแถบทวีปแอฟริกาและอินเดีย⁽²⁾ โรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และปัจจุบันถ้าผู้ป่วยแสดงอาการของโรคแล้วจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้^(3,4) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ได้กำหนดเป้าหมายให้ทุกประเทศ ทุกภูมิภาคทั่วโลกกำจัดโรคนี้ให้หมดไปภายในปี 2573⁽⁵⁾

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคนของประเทศไทย พบว่า สถิติผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนสูงสุดในปี 2523 มีผู้เสียชีวิต 370 ราย โดยตั้งแต่ปี 2559 - 2562 พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า 11, 15, 18 และ 3 ราย ตามลำดับ^(3,6) ส่วนสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ของกรุงเทพมหานคร ในปี 2559 - 2562 พบกระจายอยู่หลายเขตในปี 2559 พบสัตว์ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 32 ตัว พบมากที่สุดที่เขตบางขุนเทียน จำนวน 17 ตัว ปี 2560 พบสัตว์

ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 47 ตัว พบมากที่สุด ในเขตดุสิต จำนวน 14 ตัว ปี 2561 จำนวน 18 ตัว พบมากที่สุด ที่เขตลาดกระบัง ดอนเมือง และบางซื่อ จำนวน 3 ตัว เท่ากัน และปี 2562 จำนวน 6 ตัว พบที่เขตดอนเมือง ราชบุรีบูรณะ พญาไท บางแค ภาษีเจริญ และสายไหม จำนวนเขตละ 1 ตัว เท่ากัน และปี 2559 พบมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าครั้งสุดท้ายที่เขตบางนา จำนวน 1 ราย ซึ่งจากการสอบสวนโรคจากญาติและผู้ใกล้ชิดพบว่า ผู้เสียชีวิตถูกสุนัขที่ดูแลกัดและไม่ได้ไปพบแพทย์เพื่อฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังจากถูกสุนัขกัด และสุนัขที่ดูแลอยู่ก็ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนเช่นกัน จะเห็นได้ว่าผู้เสียชีวิตไม่มีความตระหนักเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า และไม่มีความรู้ในการป้องกันและดูแลตนเองหลังจากถูกสุนัขกัด

การศึกษาก่อนหน้านี้เมื่อปี 2558 ที่ตำบลโคกขาม อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย เกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 392 คน พบว่า ร้อยละ 86.9 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในระดับดี ด้านทักษะคิดพบว่า ร้อยละ 92.9 เห็นด้วยกับการไปรักษาพยาบาลหากถูกสุนัขหรือแมวกัด และมีการส่งสัตว์สงสัยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าไปห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยยืนยันทุกราย ในด้านการปฏิบัติตนนั้นสาเหตุหลักของการไม่นำสุนัขและแมวไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า คือ จับสัตว์ไม่ได้ โดยเฉพาะแมว คิดเป็นร้อยละ 87.8⁽⁷⁾

ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โรคพิษสุนัขบ้ายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข ทางสำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้ และได้มีนโยบายที่จะสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าทั้งคนและสัตว์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ตามกรุงเทพมหานคร ยังไม่เคยมีการสำรวจ ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามาก่อน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาครั้งแรก เพื่อสำรวจ ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของ

ประชาชนที่มารับบริการ ทางสัตวแพทย์ ที่กลุ่มควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา ปรับปรุง วางแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

ประชากรเป้าหมาย

กลุ่มประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ ประชาชนที่มารับบริการทางสัตวแพทย์ ที่กลุ่มควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 ธันวาคม 2562 ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 20-70 ปี โดยการสุ่มตัวอย่างที่ใช้ความน่าจะเป็น แบบวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Random Sampling) ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างจากประชาชนที่มารับบริการทางสัตวแพทย์ เฉลี่ยในปี 2560 และ 2561 ประมาณ 15,000 รายต่อปี โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Yamane T⁽⁸⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน 3% จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 1,034 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามชนิดปลายปิดจำนวน 1,034 ชุด ภายในแบบสอบถาม 1 ชุดจะประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่าง

โดยให้ประชาชนที่มารับบริการทางสัตวแพทย์ กรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนที่มาขอรับบริการจำนวน 15 ราย แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient + Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการตรวจสอบพบว่าค่าความเชื่อมั่นพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ เท่ากับ 0.76 ด้านทัศนคติ เท่ากับ 0.71 และด้านการปฏิบัติตน เท่ากับ 0.71 แสดงว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ สามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

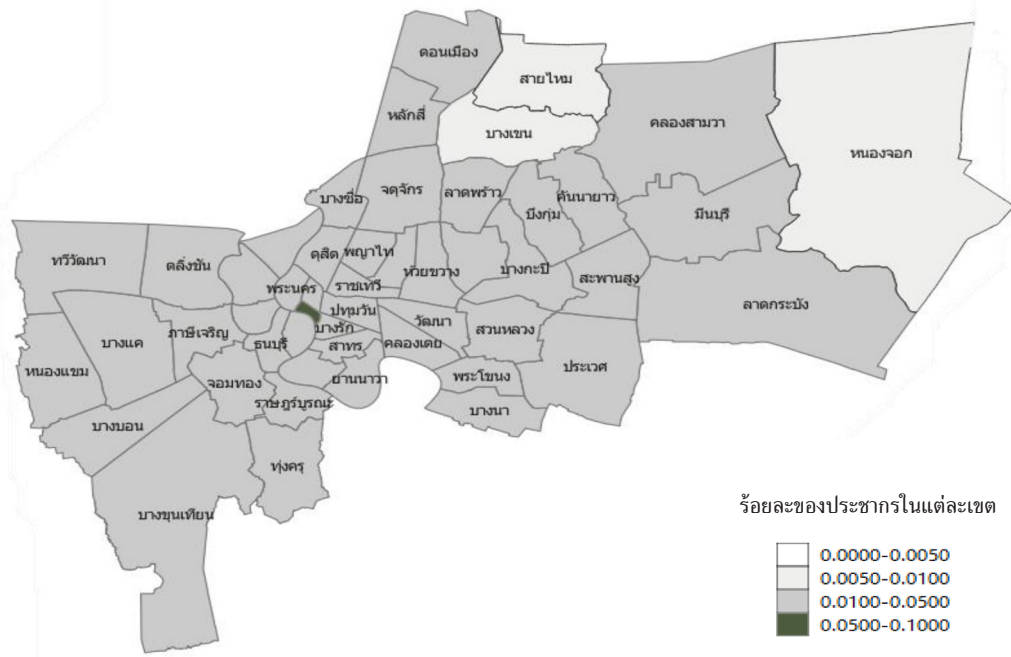
การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนสัตว์เลี้ยง การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน โดยใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ การทดสอบ Chi-square ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows Release 9.01

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมตอบแบบสอบถามแบ่งตามเขตของกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 1,034 คน (ภาพที่ 1) พบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.9 โดยช่วงอายุอยู่ระหว่าง 20 ถึง 66 ปี และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39 ปี ประชากรมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 39.6 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.7 มีรายได้ต่อเดือน 10,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 45.3 มีสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมมากกว่า 3 ตัว ร้อยละ 56.5 และได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (อินเทอร์เน็ต/โซเชียลมีเดีย) ร้อยละ 34.6 (ตารางที่ 1)

ภาพที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมทำแบบสอบถาม แบ่งตามเขตของกรุงเทพมหานคร (n = 1,034 คน)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 1,034 คน)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	342	33.1	รายได้ต่อเดือน (บาท)			
	หญิง	692	66.9	น้อยกว่า 10,000	229	22.1	
อายุ (ปี)	20 - 30	261	25.2	10,001 - 20,000	468	45.3	
	31 - 40	258	25.0	20,001 - 30,000	183	17.7	
	41 - 50	251	24.3	30,001 - 40,000	85	8.2	
	51 - 60	173	16.7	40,001 - 50,000	32	3.1	
	61 - 70	91	8.8	มากกว่า 50,001	37	3.6	
	ระดับการศึกษา				จำนวนสัตว์เลี้ยง (สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ)		
	ประถมศึกษา	107	10.3	1-3 ตัว	450	43.5	
	มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	336	32.5	มากกว่า 3 ตัว	584	56.5	
	อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	106	10.2	การได้รับข้อมูลข่าวสาร/ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า			
	ปริญญาตรี	409	39.6	ไม่เคยได้รับ	53	5.1	
	สูงกว่าปริญญาตรี	76	7.4	ผู้นำชุมชน	119	11.5	
อาชีพ	รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	174	16.8	บุคลากรทางการแพทย์	142	13.8	
	ค้าขาย	125	12.1	บุคลากรทางการศึกษา (ครู/อาจารย์)	30	2.9	
	รับจ้าง	276	26.7	สื่อสิ่งพิมพ์ (หนังสือพิมพ์/	74	7.2	
	ธุรกิจส่วนตัว	198	19.2	โบรชัวร์/วารสารต่าง ๆ)			
	นักเรียน/นักศึกษา	77	7.4	วิทยุ/โทรทัศน์	232	22.4	
	อื่นๆ (แม่บ้าน พนักงานบริษัท ว่างาน)	184	17.8	สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (อินเทอร์เน็ต/โซเชียลมีเดีย)	358	34.6	
			อื่นๆ (เพื่อน,ญาติพี่น้อง)	26	2.5		

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า คือโรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดเชื้อที่รุนแรง ที่มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัส ตอบถูกร้อยละ 92.7 ปัจจุบันคนหรือสัตว์ที่ป่วยและแสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าแล้วสามารถรักษาให้หายขาดได้ ตอบถูกร้อยละ 49.8 โรคพิษสุนัขบ้าเกิดเฉพาะสุนัขกับแมวเท่านั้น ตอบถูกร้อยละ 76.8 สัตว์อายุน้อยไม่สามารถเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ ตอบถูกร้อยละ 85.1 การติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า เกิดจากการกัด ข่วน เลีย จากสัตว์ที่มีเชื้อ โรคพิษสุนัขบ้า ตอบถูกร้อยละ 92.8 โรคพิษสุนัขบ้าเกิดเฉพาะใน ฤดูร้อนเท่านั้น ตอบถูกร้อยละ 67.0 โรคพิษสุนัขบ้าสามารถป้องกันได้ โดยการฉีดวัคซีน ตอบถูกร้อยละ 97.4 อาการของสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า จะมีลักษณะพฤติกรรมที่ ก้าวร้าว ดุร้าย เท่านั้น ตอบถูกร้อยละ 57.4 พฤติกรรมการบริโภคเนื้อสุนัขของคนบางกลุ่ม มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้ ตอบถูกร้อยละ 77.9 ลูกสัตว์ที่อายุ 2 เดือนขึ้นไป สามารถฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้ ตอบถูกร้อยละ 80.9 (ตารางที่ 2)

ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 10.5 ตามลำดับ

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่ดี โดยคิดว่าการนำสัตว์ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นการเสียเวลา และยุ่งยาก ไม่เห็นด้วยถึงร้อยละ 95.4 คิดว่าการไปพบแพทย์หลังจากถูกสัตว์กัดหรือข่วน เป็นการเสียเวลา และมีค่าใช้จ่ายสูง ไม่เห็นด้วยถึงร้อยละ 81.9 คิดว่าการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ฉีดเพียงครั้งเดียว สามารถป้องกันโรคได้ตลอดชีวิต ไม่เห็นด้วยถึงร้อยละ 88.7 คิดว่ามาตรการขึ้นทะเบียนสัตว์เลี้ยงของภาครัฐ มีประโยชน์เห็นด้วยถึงร้อยละ 85.3 คิดว่าการเลี้ยงสัตว์ไว้ภายในบ้านอย่างเดียว แบบระบบปิด ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ไม่เห็นด้วยถึงร้อยละ 94.1 คิดว่าปัจจุบันการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า และการควบคุมการเลี้ยงและปล่อยสัตว์ มีความเหมาะสมดีแล้ว เห็นด้วยถึงร้อยละ 59.7 และคิดว่าการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าจะสำเร็จได้ ต้องมีความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานรัฐและภาคประชาชน เห็นด้วยถึงร้อยละ 96.7 (ตารางที่ 3)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.2 และระดับไม่ดี

ตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (n = 1,034 คน)

ข้อที่	ความรู้ความเข้าใจ	ตอบถูก		ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดเชื้อที่รุนแรงที่มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัส	959	92.7	75	7.3
2	ปัจจุบันคนหรือสัตว์ที่ป่วยและแสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว สามารถรักษาให้หายขาดได้	515	49.8	519	50.2
3	โรคพิษสุนัขบ้าเกิดเฉพาะสุนัขกับแมวเท่านั้น	794	76.8	240	23.2
4	สัตว์อายุน้อยไม่สามารถเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้	880	85.1	154	14.9
5	การติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าเกิดจากการกัด ข่วน เลีย จากสัตว์ที่มีเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า	960	92.8	74	7.2
6	โรคพิษสุนัขบ้าเกิดเฉพาะในฤดูร้อนเท่านั้น	693	67.0	341	33.0
7	โรคพิษสุนัขบ้าสามารถป้องกันได้ โดยการฉีดวัคซีน	1,007	97.4	27	2.6
8	อาการของสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าจะมีลักษณะพฤติกรรมที่ก้าวร้าวดุร้ายเท่านั้น	594	57.4	440	42.6
9	พฤติกรรมการบริโภคเนื้อสุนัขของคนบางกลุ่มมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้	805	77.9	229	22.1
10	ลูกสัตว์ที่อายุ 2 เดือนขึ้นไป สามารถฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้	836	80.9	198	19.1

ตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (n = 1,034 คน)

ข้อที่	ข้อความทัศนคติ	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	ท่านคิดว่าการนำสัตว์ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นการเสียเวลาและยุ่งยาก	48	4.6	986	95.4
2	ท่านคิดว่าการไปพบแพทย์หลังจากถูกสัตว์กัดหรือข่วนเป็นการเสียเวลา และมีค่าใช้จ่ายสูง	187	18.1	847	81.9
3	ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ฉีดเพียงครั้งเดียวสามารถป้องกันโรคได้ตลอดชีวิต	117	11.3	917	88.7
4	ท่านคิดว่ามาตรการขึ้นทะเบียนสัตว์เลี้ยงของภาครัฐมีประโยชน์	882	85.3	152	14.7
5	ท่านคิดว่าการเลี้ยงสัตว์ไว้ภายในบ้านอย่างเดี่ยวแบบระบบปิด ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	61	5.9	973	94.1
6	ท่านคิดว่าในปัจจุบันการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า และการควบคุมการเลี้ยงและปล่อยสัตว์ มีความเหมาะสมดีแล้ว	617	59.7	417	40.3
7	ท่านคิดว่า การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าจะสำเร็จได้ ต้องมีความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานรัฐและภาคประชาชน	1000	96.7	34	3.3

ร้อยละ 3.6 ตามลำดับ

การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนเป็นอย่างดีในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า คือนำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเมื่อครบกำหนดฉีด ร้อยละ 93.9 เมื่อพบสัตว์สงสัยป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า จะแจ้งผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องให้ทราบ ร้อยละ 95.6 เมื่อพบสัตว์ที่ดูและเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ จะส่งซากสัตว์เพื่อชันสูตรโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 63.6 เมื่อทราบข่าวว่ามี

การระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าละแวกบ้านหรือในชุมชน จะช่วยประชาสัมพันธ์ให้เพื่อนบ้านและคนในพื้นที่ทราบ ร้อยละ 97.1 เมื่อถูกสัตว์กัดหรือข่วน จะรีบทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสบู่ ใส่ยาฆ่าเชื้อ และรีบไปพบแพทย์ ร้อยละ 97.5 ใช้คาถา 5 ย. ปลอดภัยโรคพิษสุนัขบ้า ของกรมควบคุมโรค ร้อยละ 82.4 และมีความสนใจ และติดตามข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 95.2 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (n = 1,034 คน)

ข้อที่	ข้อความการปฏิบัติตน	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	ท่านนำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเมื่อครบกำหนดฉีด	971	93.9	63	6.1
2	เมื่อท่านพบสัตว์สงสัยป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า จะแจ้งผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องให้ทราบ	988	95.6	46	4.4
3	ท่านพบสัตว์ของท่านเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ ท่านจะส่งซากสัตว์เพื่อชันสูตรโรคพิษสุนัขบ้า	658	63.6	376	36.4
4	ท่านทราบข่าวว่ามี การระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าละแวกบ้านหรือชุมชน ท่านจะช่วยประชาสัมพันธ์ให้เพื่อนบ้านและคนในพื้นที่ทราบ	1004	97.1	30	2.9
5	เมื่อท่านถูกสัตว์กัดหรือข่วน ท่านจะรีบทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสบู่ ใส่ยาฆ่าเชื้อ และรีบไปพบแพทย์	1008	97.5	26	2.5
6	ท่านใช้คาถา 5 ย. ปลอดภัยโรคพิษสุนัขบ้า ของกรมควบคุมโรค คือ อย่าแหย่ อย่าเหยียบ อย่าแยก อย่าหยิบ อย่ายุ่ง	852	82.4	152	17.6
7	ท่านมีความสนใจและติดตามข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า	984	95.2	50	4.8

ระดับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัข-
บ้า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี ร้อย
ละ 81.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.8 และระดับไม่ดี
ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ

ปัจจัยต่าง ๆ ต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค-
พิษสุนัขบ้า

ปัจจัยต่อการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษ-
สุนัขบ้า ในการนำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนป้องกัน โรคพิษ-
สุนัขบ้าเมื่อครบกำหนดฉีด พบว่า เพศ อายุ และการศึกษา
ของประชากร สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.048,
0.004 และ 0.012 ตามลำดับ โดยพบว่าเพศหญิงมี
การนำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเมื่อ
ครบกำหนดฉีดมากกว่าเพศชาย กลุ่มที่มีอายุมากจะมี
การนำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อ
ครบกำหนดฉีดมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า และกลุ่มที่
มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ มี
การนำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อ
ครบกำหนดฉีดมากกว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ ส่วน อาชีพ
รายได้ต่อเดือน จำนวนสัตว์เลี้ยง และการได้รับข้อมูล
ข่าวสารความรู้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยต่อการปฏิบัติตนเมื่อพบสัตว์สงสัยป่วยเป็นโรค
พิษสุนัขบ้า จะแจ้งผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่รัฐ ที่เกี่ยวข้อง
ให้ทราบ พบว่า เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน และการได้รับ
ข้อมูลข่าวสารความรู้ สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่
0.005, 0.019, 0.045 และ 0.001 ตามลำดับ โดยพบ
ว่าเมื่อมีการพบสัตว์สงสัยป่วยเป็น โรคพิษสุนัขบ้าแล้ว
เพศหญิงจะแจ้งผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องให้
ทราบมากกว่าเพศชาย กลุ่มที่มีอายุมากจะแจ้งผู้นำชุมชน
หรือเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องให้ทราบมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ
น้อย กลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท
จะแจ้งผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องให้ทราบ
มากกว่าระดับรายได้ต่อเดือนอื่น ๆ กลุ่มที่ได้รับข้อมูล
ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า จะแจ้งผู้นำชุมชน
หรือเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องให้ทราบมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคย
ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ ส่วนการศึกษา อาชีพ และ

จำนวนสัตว์เลี้ยง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยต่อการปฏิบัติตนเมื่อพบสัตว์ที่ทานดูแลเสีย
ชีวิต โดยไม่ทราบสาเหตุ ในการจะส่งซากสัตว์เพื่อชันสูตร
โรคพิษสุนัขบ้า พบว่า อายุ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร
ความรู้ สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 และ 0.026
ตามลำดับ โดยพบว่า เมื่อเจ้าของสัตว์พบสัตว์ที่ดูแลเสีย
ชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มที่มีอายุมากจะส่งซากสัตว์
เพื่อชันสูตรมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย กลุ่มที่ได้รับข้อมูล
ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าจากวิทยุ/โทรทัศน์
และแหล่งอื่น ๆ จะส่งซากสัตว์เพื่อชันสูตรมากกว่า
ประชาชนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคพิษ
สุนัขบ้าช่องทางอื่น ๆ และกลุ่มที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร
ความรู้ ส่วนเพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และ
จำนวนสัตว์เลี้ยง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยต่อการปฏิบัติตนเมื่อทราบข่าวว่ามีกระบาด
ของโรคพิษสุนัขบ้าละแวกบ้านหรือชุมชน จะช่วย
ประชาสัมพันธ์ให้เพื่อนบ้านและคนในพื้นที่ทราบ พบว่า
เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการได้รับข้อมูล
ข่าวสารความรู้ของประชาชน สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ
ที่ 0.017, 0.008, 0.022, 0.001 และ 0.001 ตามลำดับ
โดยพบว่าเมื่อทราบข่าวว่ามีกระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า
ละแวกบ้านหรือชุมชน เพศหญิงจะช่วยประชาสัมพันธ์
มากกว่าเพศชาย ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 31-70 ปี จะ
ช่วยประชาสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 20-30 ปี อาชีพ
รับจ้างและค้าขายจะช่วยประชาสัมพันธ์ให้เพื่อนบ้านและ
คนในพื้นที่ทราบมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ กลุ่มที่มีรายได้
ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท จะช่วยประชาสัมพันธ์
มากกว่ากลุ่มรายได้ต่อเดือนอื่น ๆ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูล
ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า จะช่วย
ประชาสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารความ
รู้ ส่วนการศึกษา และจำนวนสัตว์เลี้ยง พบว่าไม่มีความ
สัมพันธ์กัน

ปัจจัยต่อการปฏิบัติตนเมื่อถูกสัตว์กัดหรือข่วน ทาน
จะรีบทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสบู่ ใส่ยาฆ่าเชื้อ และ
รีบไปพบแพทย์ พบว่า เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้

ต่อเดือน จำนวนสัตว์เลี้ยง และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยต่อการใช้คาถา 5 ย. ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ของกรมควบคุมโรค พบว่า เพศ การศึกษา และรายได้ต่อเดือน สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.041, 0.039 และ 0.038 ตามลำดับ โดยพบว่าเพศหญิงมีการใช้คาถา 5 ย. ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่าเพศชาย ประชาชนที่มีการศึกษาอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง มีการใช้คาถา 5 ย. ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่าการศึกษาอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท มีการใช้คาถา 5 ย. ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่ากลุ่มรายได้ต่อเดือนอื่นๆ ส่วนอายุ อาชีพ จำนวนสัตว์เลี้ยง และการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยต่อความสนใจและติดตามข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า เพศ อายุ และรายได้ต่อเดือน สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.004, 0.008 และ 0.026 ตามลำดับ พบว่าเพศหญิงมีความสนใจและติดตามข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าเพศชาย กลุ่มที่มีอายุ 41-50 ปี มีความสนใจและติดตามข้อมูล ข่าวสาร มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท มีความสนใจและติดตามข้อมูล ข่าวสาร มากกว่ากลุ่มรายได้ต่อเดือนอื่นๆ ส่วนการศึกษา อาชีพ จำนวนสัตว์เลี้ยง และการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

วิจารณ์

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดี ถึงร้อยละ 60.0 โดยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากที่สุดคือโรคพิษสุนัขบ้าสามารถป้องกันได้ โดยการฉีดวัคซีน ถึงร้อยละ 97.4 เปรียบเทียบกับการศึกษาในศรีลังกา พบว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจว่าโรคพิษสุนัขบ้าสามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีน เพียงร้อยละ 88⁽⁹⁾ ซึ่งการฉีดวัคซีน

ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เลี้ยงและสัตว์จรจัด ถือเป็นมาตรการที่สำคัญของการลดการติดต่อของโรคมานุษย์คน^(10,11) การใช้มาตรการนี้ในหลายๆ ประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสามารถลดการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในคนได้อย่างชัดเจน แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจผิดที่ว่าปัจจุบันคนหรือสัตว์ที่ป่วย และแสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว สามารถรักษาให้หายขาดได้ สูงถึงร้อยละ 50.2 จะเห็นได้ว่ากว่าครึ่งยังมีความเข้าใจว่า วัฒนาการทางการแพทย์ในปัจจุบันน่าจะทำการรักษาให้หายขาดได้ แต่ในความเป็นจริงปัจจุบันคนหรือสัตว์ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าที่แสดงอาการของโรคแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จะต้องเสียชีวิตทุกราย เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในจังหวัดจันทบุรี พบร้อยละ 47.0 ที่คิดว่าเมื่อป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้⁽¹²⁾ มีร้อยละ 23.2 เข้าใจว่าโรคพิษสุนัขบ้าเกิดเฉพาะในสุนัขกับแมวเท่านั้น ซึ่งบางคนอาจจะเข้าใจผิดว่าเกิดโรคได้เฉพาะสุนัขตามชื่อเรียกของโรคคือ โรคพิษสุนัขบ้า ความเป็นจริงแล้วโรคนี้สามารถเกิดได้ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยน้ำนมทุกชนิด เช่น ลิง ชะนี หนู กระรอก กระต่าย แมแต่สัตว์เศรษฐกิจอย่าง โค กระบือ แพะ แกะ สุกร เป็นต้น และเคยมีการศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 21.3 ไม่ทราบว่าโรคพิษสุนัขบ้าเกิดในแมวได้ และร้อยละ 20.7 ไม่ทราบว่าหนูสามารถเป็นพาหะนำโรคพิษสุนัขบ้าได้⁽¹³⁾

การศึกษาพบว่าร้อยละ 14.9 เข้าใจว่าสัตว์อายุน้อยไม่สามารถเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ ซึ่งจากรายงานการสอบสวนโรค ของกรมควบคุมโรค ในปี 2561 พบผู้เสียชีวิตเป็นเพศหญิง อายุ 15 ปี ในจังหวัดหนองคาย มีประวัติถูกลูกสุนัขอายุประมาณ 2 เดือน ที่เลี้ยงไว้ในบ้าน ซึ่งไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ช่วนบริเวณลำคอเป็นรอยถลอก ผู้ป่วยไม่ได้ไปพบแพทย์และไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และในปีเดียวกันพบมีผู้เสียชีวิตเป็นเพศชาย อายุ 26 ปี ในจังหวัดมุกดาหาร ถูกลูกสุนัขไม่มีเจ้าของอายุประมาณ 2-3 เดือน กัดบริเวณหลังมือซ้ายมีเลือดออก ไม่ได้ล้างแผลและไม่ไปพบแพทย์เพื่อ

ฉีดวัคซีน ซึ่งทั้งสองรายมีประวัติถูก ลูกลสัตว์อายุน้อยกัด และข่วนทั้งสี่ เหตุการณ์ดังกล่าวแสดงว่าลูกลสัตว์อายุน้อยสามารถเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้⁽⁴⁾ มีร้อยละ 33.0 เข้าใจว่าโรคพิษสุนัขบ้าเกิดเฉพาะในฤดูร้อนเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างเข้าใจผิดว่าโรคนี้เป็นเฉพาะ ในฤดูร้อนและเกิดจากสภาวะอากาศที่ร้อน ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค สอดคล้องกับการศึกษาที่จังหวัดเลย พบว่าประชาชนเข้าใจผิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคพิษสุนัขบ้าว่าเกิดจากอากาศเปลี่ยนแปลง ถึงร้อยละ 30.6⁽⁷⁾ และมีรายงานของกรมควบคุมโรค พบว่ามีประชาชนถูกสุนัขกัดในฤดูหนาว แล้วไม่ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพราะคิดว่าโรคพิษสุนัขบ้าเกิดเฉพาะในฤดูร้อน⁽³⁾ มีร้อยละ 42.6 เข้าใจว่าอาการของสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า จะมีลักษณะพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ดุร้าย เท่านั้น โดยไม่ทราบว่าโรคนี้มีอาการแบบเชื่องซึมได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดราชบุรี พบว่าร้อยละ 98.9 เข้าใจว่าอาการสัตว์ติดเชืโรคพิษสุนัขบ้าจะดุร้าย นิสัยเปลี่ยน แต่ร้อยละ 46.3 ไม่เข้าใจว่า อาการสัตว์ติดเชือาจมีอาการซึม หลบตามมุมมืด⁽¹⁴⁾

มีตัวอย่างที่ศึกษา ร้อยละ 22.1 เข้าใจว่าพฤติกรรมกรบิโรคเนื้อสุนัขของคนบางกลุ่ม ไม่มีความเสี่ยงในการติดเชืโรคพิษสุนัขบ้า พฤติกรรมดังกล่าวในปัจจุบันพบเป็นเพียงส่วนน้อย เป็นรสนิยมของคนบางกลุ่ม ซึ่งมีความเสี่ยงในการสัมผัสกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งของสัตว์ ในขณะที่ฆ่าแหละหรือบริโภคนกกระทากึ่งสุกกึ่งดิบ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะติดโรคพิษสุนัขบ้าได้ ซึ่งมีรายงานพบผู้ป่วยในประเทศเวียดนาม จำนวน 2 ราย เป็นโรคพิษสุนัขบ้าหลังจากฆ่าแหละ จัดเตรียม และบริโภคสุนัขและแมว⁽¹¹⁾ มีร้อยละ 19.1 เข้าใจว่าลูกลสัตว์ที่อายุตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป ไม่สามารถฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้ มีการศึกษาในจังหวัดราชบุรี พบว่าประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องอายุที่สัตว์สามารถให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครั้งแรก ถึงร้อยละ 84.2⁽¹⁴⁾ ซึ่งตามพระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 ตามมาตรา 5 (1) บัญญัติว่าให้เจ้าของสัตว์ควบคุมต้องจัดการ

ให้สัตว์ควบคุมได้รับการฉีดวัคซีนครั้งแรกเมื่อสัตว์นั้นมีอายุตั้งแต่สองเดือนขึ้นไปแต่ไม่เกินสี่เดือน ซึ่งกฎหมายฉบับนี้ประชาชนส่วนมากจะไม่ทราบในรายละเอียดดังกล่าว ส่วนมากจะคิดว่าสัตว์อายุน้อยไป ไม่สามารถฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้ ซึ่งเป็นหน้าที่ของกรมปศุสัตว์ ที่ควรประชาสัมพันธ์และบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับดี ถึงร้อยละ 71.2 โดยไม่เห็นด้วยว่าการนำสัตว์ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นการเสียเวลา และยุ่งยากถึงร้อยละ 95.4 ซึ่งมีส่วนน้อยที่คิดว่าเสียเวลาและมีความยุ่งยากในการพาสัตว์ไปฉีดวัคซีน อาจเพราะมีสัตว์จำนวนมาก ขนย้ายลำบาก จับบังคับยาก สถานพยาบาลสัตว์อยู่ไกล ทำให้เจ้าของรู้สึกไม่สะดวก ทำให้สัตว์เหล่านี้ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน มีร้อยละ 81.9 ไม่เห็นด้วยว่าการไปพบแพทย์ หลังจากถูกสัตว์กัดหรือข่วน เป็นการเสียเวลา และมีค่าใช้จ่ายสูง มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ไปพบแพทย์หลังถูกสัตว์กัดหรือข่วน อาจเป็นเพราะ ไม่ตระหนักถึงความอันตรายของโรค คิดว่าโดนกัดหรือข่วนเพียงเล็กน้อย ไม่น่าจะติดเชืหรือบางคนไม่กล้าไปพบแพทย์เพราะกังวลเรื่องค่าจ่ายที่ค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นความคิดที่ผิดมาก และเคยมีการศึกษาในปี 2553 พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ถูกสัตว์กัด ไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคเนื่องจากเข้าใจถูกกัดข่วนแผลเล็กน้อยจะไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า⁽¹⁵⁾ และมีการศึกษาปัจจัยด้านการมีสถานพยาบาลและสถานพยาบาลสัตว์ใกล้บ้าน ความสะดวกในการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล การมีวัสดุอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อถูกสัตว์กัดหรือข่วน เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า⁽¹⁶⁾ เช่น การมีสถานพยาบาลสัตว์ใกล้บ้าน ทำให้สามารถพาสัตว์ไปรับบริการต่างๆ ได้สะดวกขึ้น หรือมีสถานพยาบาลใกล้บ้าน ก็จะสะดวกการเข้ารับการรักษาหลังถูกสัตว์กัดหรือข่วน เป็นต้น พบว่าร้อยละ 88.7 ไม่เห็นด้วยว่าการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เพียงครั้งเดียว

สามารถป้องกันโรคได้ตลอดชีวิต และร้อยละ 5.9 คิดว่าการเลี้ยงสัตว์ไว้ภายในบ้านอย่างเดี่ยวแบบระบบปิด ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเข้าใจว่า ฉีดวัคซีนเพียงแค่ครั้งเดียวสามารถป้องกันโรคได้ตลอดชีวิต และการเลี้ยงสัตว์แบบระบบปิด ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีน ซึ่งสมาคมสัตวแพทย์ผู้ประกอบกรบำบัดโรคสัตว์เล็กโลก (World Small Animal Veterinary Association, WSAVA) ได้มีการกำหนดแนวทางการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ได้ตั้งแต่อายุ 2 - 4 เดือนขึ้นไป สำหรับลูกสัตว์ที่ไม่ทราบประวัติ ให้เริ่มฉีดวัคซีนเข็มแรกได้ตั้งแต่อายุ 2 เดือน หลังจากนั้นให้กระตุ้นซ้ำเข็มที่ 2 ห่างกัน 1 เดือน แต่ในกรณีลูกสัตว์ที่ทราบประวัติว่าแม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นประจำทุกปี ให้เริ่มฉีดวัคซีนที่อายุ 3 เดือน และฉีดกระตุ้นซ้ำเมื่อครบกำหนด 1 ปี และสุนัขทุกตัวจะต้องได้รับการฉีดกระตุ้นวัคซีนซ้ำเป็นประจำ ปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้สัตว์มีภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽¹⁷⁾ ส่วนมาตรการขึ้นทะเบียนสัตว์เลี้ยงของภาครัฐ ร้อยละ 85.3 คิดว่ามีประโยชน์ ซึ่งส่วนนี้ประชาชนส่วนมากอาจยังไม่ทราบรายละเอียดที่ชัดเจนของทางภาครัฐ ว่าการขึ้นทะเบียนสัตว์เลี้ยงมีประโยชน์อย่างไร ซึ่งประเด็นนี้ภาครัฐต้องเร่งทำความเข้าใจ และอธิบายถึงประโยชน์ของการขึ้นทะเบียนสัตว์เลี้ยงให้ชัดเจนมากขึ้น ร้อยละ 59.7 คิดว่าในปัจจุบันการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า และการควบคุมการเลี้ยงและปล่อยสัตว์มีความเหมาะสมดีแล้ว อาจเป็นเพราะปัจจุบันยังมีรายงานพบสัตว์ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าอยู่อย่างต่อเนื่อง และยังพบสัตว์จรจัดอยู่ตามสถานที่สาธารณะเป็นจำนวนมาก จึงคิดว่าการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวอาจจะยังไม่เข้มงวดเท่าที่ควร และส่วนมากไม่ทราบรายละเอียดของกฎหมายทั้ง 2 ฉบับ คือพระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง การควบคุมการเลี้ยงสัตว์และปล่อยสัตว์ พ.ศ. 2548 ดังนั้นเจ้าหน้าที่ของรัฐจึงควรให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้แพร่หลายมากขึ้น ในเรื่อง

อันตรายและผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า การดูแลควบคุมการเลี้ยงให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายได้จริง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.7 คิดว่าการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าจะสำเร็จได้ ต้องมีความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชน ซึ่งเป็นทัศนคติที่ดีสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการสร้างความร่วมมือด้านการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” ในเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นถึงผลสำเร็จจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการใช้มาตรการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ที่มีประสิทธิภาพ⁽¹⁸⁾ และที่จังหวัดบึงกาฬ มีการสร้างรูปแบบการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน เพื่อให้เป็นเขตพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า จากการดำเนินกิจกรรมพบว่าภาคีเครือข่ายมีการบูรณาการความร่วมมืออย่างมีส่วนร่วม ทั้ง 3 หน่วยงาน ได้แก่ กรมปศุสัตว์ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า รูปแบบการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้า ไตรภาคี Rabies Free Zone พบว่ามีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วม การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย การประสานงาน และการดำเนินการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง⁽¹⁹⁾ ซึ่งการได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ และภาคประชาชน ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการควบคุมโรค จะทำให้ประสบความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าได้⁽²⁰⁾

ด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 81.7 เทียบกับการศึกษาพฤติกรรมกรป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสุนัขในจังหวัดนครปฐม พบว่า มีเพียงร้อยละ 38.5 ของเจ้าของสุนัขมีพฤติกรรมกรป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับดี⁽²¹⁾ โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการนำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเมื่อครบกำหนดฉีด ถึงร้อยละ 93.9 เปรียบเทียบ

กับการศึกษาก่อนหน้านั้นในกรุงเทพมหานคร พบว่า สุนัขได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบทุกปีตามกำหนด ร้อยละ 58.6⁽¹³⁾ และมีร้อยละ 6.1 ไม่นำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเมื่อครบกำหนดฉีด อาจเพราะยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการฉีดวัคซีนมากเท่าที่ควร มีร้อยละ 95.6 เมื่อพบสัตว์สงสัยป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า จะแจ้งผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องให้ทราบ สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดเลย ที่ว่าจะแจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบถ้าสุนัขหรือแมวที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดหรือพบเห็นสัตว์ดังกล่าว สูงถึงร้อยละ 99.73⁽⁷⁾ ร้อยละ 92.2 ในจังหวัดนครพนม⁽²²⁾ และร้อยละ 84.0 ในประเทศฟิลิปปินส์⁽²³⁾ ซึ่งเป็นการปฏิบัติ-ตนที่ดี ที่ชุมชนเห็นความสำคัญและมีความร่วมมือกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับสุขภาพส่วนรวมมากขึ้น มีร้อยละ 63.6 พบสัตว์ที่ดูแลเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ จะส่งซากสัตว์เพื่อชันสูตรโรคพิษสุนัขบ้า เปรียบเทียบกับการศึกษาที่จังหวัดเลย ที่จะส่งสัตว์สงสัยเป็นโรคพิษสุนัข-บ้าเพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันสูงถึงร้อยละ 100⁽⁷⁾ และร้อยละ 84.3 ในจังหวัดนครพนม⁽²²⁾ ทั้งนี้อาจมีหลายปัจจัยที่ผู้ดูแลสัตว์เลี้ยงจะไม่ส่งซากสัตว์เพื่อชันสูตร เช่น ไม่สงสัยว่าสัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้า ไม่ทราบวิธีเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ ไม่ทราบว่าจะไปส่งตรวจที่ไหน หรือกังวลเรื่องค่าตรวจวินิจฉัย เป็นต้น ภาครัฐควรทำการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสถานที่รับตรวจวินิจฉัย หรือจัดอบรมอาสาสมัครเกี่ยวกับการเก็บตัวอย่างส่งวินิจฉัยให้ถูกวิธี มีร้อยละ 97.1 เมื่อทราบข่าวว่ามีการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ละแวกบ้านหรือชุมชนจะช่วยประชาสัมพันธ์ให้เพื่อนบ้าน และคนในพื้นที่ทราบ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและควรปฏิบัติ ทำให้ภายในชุมชนมีการส่งต่อข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์โรค และสุขภาพในชุมชนอย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์ ทำให้คนในชุมชน มีความระมัดระวังและมีการป้องกันตัวเอง มีร้อยละ 97.5 เมื่อถูกสัตว์กัดหรือข่วน จะรีบทำความสะอาดบาดแผล ด้วยน้ำสบู่ ใส่ยาฆ่าเชื้อ และรีบไปพบแพทย์ เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติอย่างยิ่ง เปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศแทนซาเนีย พบว่ามีเพียงร้อยละ 5.0

เท่านั้นที่ตระหนักถึงความจำเป็นในการทำความสะอาดบาดแผลทันทีหลังจากถูกสัตว์กัด⁽²⁴⁾ เพราะบางคนไม่ตระหนักและละเลยสิ่งสำคัญเหล่านี้ ไม่รู้จักวิธีป้องกันรักษาที่ถูกต้อง ทำให้มีโอกาสที่จะติดเชื้อและเสียชีวิตได้ มีร้อยละ 17.6 ไม่ใช่คาถา 5 ย. ปลอดภัยโรคพิษสุนัขบ้า ของกรมควบคุมโรค อาจเพราะไม่เคยได้ยินคำณรงค์นี้มาก่อน หรือไม่เข้าใจคาถาดังกล่าว มีร้อยละ 95.2 มีความสนใจและติดตามข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งสำหรับกลุ่มคนที่เลี้ยงสัตว์อยู่แล้ว จะติดตามข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสัตว์เป็นประจำอยู่แล้ว รวมทั้งโรคพิษสุนัขบ้าด้วย ซึ่งในปัจจุบัน มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยและสะดวกสบาย มีช่องทางในการรับข้อมูล ข่าวสารมากมาย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เป็นต้น ทำให้เข้าถึงประชาชนได้เร็วและง่ายยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าการมีความรู้และทัศนคติที่ดีในการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่อการควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าด้วยเช่นกัน หมายความว่าทัศนคติเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้และการปฏิบัติตน โดยทัศนคติมีรากฐานมาจากความเชื่อและเกิดขึ้นมาจากการเรียนรู้จากแหล่งต่างๆ ดังนั้นในกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ดีและเหมาะสมต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ย่อมมีความรู้สึกที่เห็นชอบกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งสัมพันธ์กับผลการศึกษาข้างต้นและสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า^(16,21)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในครั้งนี้ พบความเข้าใจผิดๆ หลายประเด็นที่สำคัญคือ คิดว่าป่วยติดเชื้อและแสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว สามารถจะรักษาให้หายขาดได้ และอาการของสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า มีลักษณะ

พฤติกรรมที่ ก้าวร้าว ดุร้าย เท่านั้น จึงมีความจำเป็นต้อง มีการให้ความรู้ความเข้าใจและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับ โรคพิษสุนัขบ้าที่ถูกต้องให้มากยิ่งขึ้น มีการปรับเปลี่ยน รูปแบบการประชาสัมพันธ์ การใช้ภาษาสื่อสารที่เข้าใจง่าย ดึงดูดความสนใจ เหมาะสมกับวัย และแต่ละระดับการ ศึกษา มีการเพิ่มช่องทางการรับความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ ซึ่งในปัจจุบันประชาชนทั่วไปเข้าถึงได้ง่าย มีการเพิ่มการ ฝึกอบรมโดยกรมปศุสัตว์ หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ให้กับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ ชุมชนหรือประจำหมู่บ้าน อาสาปศุสัตว์ รวมทั้งคณะ- กรรมการชุมชน เกี่ยวกับ โรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง บุคคลเหล่านี้เป็นกำลังสำคัญในการนำความรู้ที่ถูกต้องที่ ได้รับการฝึกอบรมมาช่วยณรงค์ ประชาสัมพันธ์ สร้าง ความตระหนักเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าให้กับประชาชนใน ชุมชนที่ดูแลอยู่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงให้ความ สำคัญในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ สร้าง ความตระหนักในการไปพบแพทย์หลังจากถูกสัตว์กัดหรือ ข่วนให้มากยิ่งขึ้น และกรมปศุสัตว์และสำนักงานเขต ต่าง ๆ เน้นให้ความรู้เรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรคพิษ- สุนัขบ้าและสัตว์เลี้ยงแก่ประชาชน ตลอดจนผลักดันให้ เห็นประโยชน์และความสำคัญในการขึ้นทะเบียนสัตว์เลี้ยง เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าดี และ เหมาะสมมากยิ่งขึ้นไปอีก เพื่อให้กรุงเทพมหานครเป็น พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าทั้งคนและสัตว์ในที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสัตวแพทย์หญิงเสาวพัทธ์ อึ้งจ้อย ผู้อำนวยการสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในการให้คำปรึกษา และแนวทางจนทำให้การศึกษาในครั้งนี้ มีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณนายสัตวแพทย์วิระ ไม่นันท์ ผู้อำนวยการ สำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข นายสัตวแพทย์มนตรี วงศ์ศรีสุนทร หัวหน้ากลุ่มควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และ เจ้าหน้าที่กลุ่มควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสัตว- แพทย์สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่

อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการศึกษาและขอ ขอบคุณประชาชนทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO expert consultation on rabies: second report. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Awoyomi OJ, Adeyemi IG, Awoyomi FS. Socioeconomic factors associated with non-vaccination of dogs against rabies in Ibadan, Nigeria. Nigerian Veterinary Journal 2007;28(3):59-63.
3. เสาวพัทธ์ อึ้งจ้อย, สหภาพ พูลเกษร, สมคิด คงอยู่, อีร์ ตักดี ชักนำ, ปณิตา คุ่มผล, ประวิทย์ ชุมเกษียร. มาตรการ เจริญรุ่งในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าใน ปี 2561 จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา. รายงาน การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2561;49(11): 161-3.
4. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, กรุงเทพมหานคร. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิคแอนดดีไซน์; 2560.
5. Sun B. Compendium of animal rabies prevention and control. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2008 [Internet]. [cited 2020 May 12]. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5702a1.htm>
6. อรุณพร สภาวะเศรษฐี. สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคนและ สัตว์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558. รายงานการเฝ้าระวังทาง- ระบาดวิทยาประจำสัปดาห์.2559;47(16):241-4.
7. คณาศ การิอุณะ, ศุภชาติ โภภัสวีชรานนท์, วรพงศ์ สา- มาลา. ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตนในการควบคุม ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของชุมชน ตำบลโคกงาม อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2558. รายงานการเฝ้าระวัง- ทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2560;48(23):353-8.
8. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. (3rd Edition). New York: Harper and Row; 1973.

9. Matibag GC, Kamigaki T, Kumarasiri PV, Wijewardana TG, Kalupahana AW, Dissanayake DR, et al. Knowledge, attitudes, and practices survey of rabies in a community in Sri Lanka. *Environ Health Prev Med* 2007;12(2):84-9.
10. Rupprecht CE, Hanlon CA, Slate D. Control and prevention of rabies in animals: paradigm shifts. *Dev Biol (Basel)* 2006;125:103-11.
11. Wertheim HF, Nguyen TQ, Nguyen KA, de Jong MD, Taylor WR, Le TV, et al. Furious rabies after an atypical exposure. *PLoS Med* [Internet]. 2009 [cited 2020 June 20];6(3):264-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2656546/>
12. Sagarasearane O, Hinjoy S, Chuxnum T, Chantean T, Smithsuwan P, Jorhor N, et al. Survey of knowledge, attitude, and practice initiated by an investigation of a human rabies death in Chanthaburi Province, Thailand 2015. *OSIR*. 2017 Sep;10(3):1-8. Thai.
13. พงษ์ศักดิ์ ศรีธเนศชัย, อารังค์ เมฆโหรา, ปัญญา หมั่นเก็บ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/250757>
14. วรามล ใช้พานิช, ลิสา ร้อยกรอง, มนัสชัย วัฒนกุล, ทรงวุฒิ บุญงาม. การสำรวจประชากรสุนัขจรจัด ความรู้และทัศนคติของประชาชน ระดับท้องถิ่น ในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี เดือนกุมภาพันธ์ 2557. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์* 2557;45(32):497-504.
15. อภิรมย์ พวงหัตถ์, รัชณี ธีระวิทย์เลิศ, นลินภัทร์ ธนาเจริญรัตน์. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของประชาชนไทย ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า. *วารสารควบคุมโรค* 2553;36(1):50-9.
16. ศรีภคณณ์ รักพาณิชย์, เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเจ้าของสุนัขในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2561;36(2):158-66.
17. Day MJ, Horzinek MC, Schultz RD, and Squires RA. WSAVA Guidelines on the vaccination of dogs and cats. *J Small Anim Pract*. 2016;57(1):1-45.
18. ศรีนทร สนธิศิริภคณณ์, จินตนา ลีวัลักษณ์, นิตินันท์ ทันทวิวัฒนานนท์, ธวัช บุญนวม, ปัญญา แดงศรีพลอย, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. รูปแบบการสร้างความร่วมมือด้านการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” ในพื้นที่เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ปี 2558. *วารสารควบคุมโรค* 2559;42(1):25-35.
19. ทศกัญญา ยางศรี. รูปแบบการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน เพื่อให้เป็นเขตพื้นที่ปลอดโรคอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา* 2560;12(2):86-95.
20. Hoonsuwan W, Puanghat A. Rabies control in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2005;88(10):1471-5.
21. Akai K, Chompikul J, Rattanapan C. Rabies preventive behaviors of dog owners in Nakhon Pathom Province of Thailand. *J Pub Health Dev*. 2015;13(1):17-28.
22. Srisai P, Wongplugsasoong W, Tanprasert S, Sithi W, Thamiganont J, Insea T, et al. Investigation on a dog rabies case and rabid dog meat consumption, Nakhon Phanom Province, Thailand. 2011. *OSIR* 2013;6(1):6-12.
23. Emerson PT and Caro BS. Knowledge and practices regarding rabies and responsible dog ownership in Panglao island, Bohol, Philippines. *Philipp J Vet Anim Sci* 2017;43(1):59-66.
24. Sambo M, Lembo T, Cleaveland S, Ferguson HM, Sikaana L, et al. Knowledge, attitudes and practices (KAP) about rabies prevention and control: a community Survey in Tanzania. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2014 [cited 2020 June 20];8(12):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/25473834/>

Abstract: Knowledge, Attitudes and Practices about Rabies Prevention and Control among People Receiving Veterinary Services at the Rabies Control Section, Office of Veterinary Public Health, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration

Nitipan Tantawiwattananon, B.P.H., D.V.M., M.Sc. (Tropical Medicine)

Rabies Control Section, Office of Veterinary Public Health, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(4):609-22.

Rabies is highly fatal disease transmitted from animals to man. It is a major public health problem in many countries around the world including Thailand. Knowledge, attitudes, and proper practices are very important in the prevention and control of rabies. This study aimed to explore knowledge, attitudes and practices in rabies prevention and control; and study various factors related to the practices of rabies prevention and control among people who came to seek for veterinary services at the rabies control section, Veterinary Public Health Division, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration. Data were collected from 1,034 samples; and were analyzed using statistics, percentage, mean, standard deviation. And analyze demographic factors related to rabies prevention and control practices with Chi-square statistics. The significance level was set at 0.05. It was found that that the studied group had a high level of knowledge and understanding: 60.0% of them had the correct knowledge. Up to 71.2% of them had a good attitudes on the rabies control; and 81.7% had a good level of practices on rabies prevention and control. There were demographic factors, such as gender, age, occupation, education, income which had a significant relationship with practices which was in consistent with the theory of the relationship between knowledge, attitudes and practices (KAP). Hence provision of more knowledge and accurate understanding and positive attitudes on rabies prevention should be motivated in order for Bangkok to become rabies free both in human and animals.

Keywords: rabies; knowledge; attitude; practice; demographic factors

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ.2562 - พ.ศ. 2563

ชินอรส ลีสวัสดิ์ พ.บ., ส.ม.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	21 มี.ค. 2565
วันแก้ไข:	8 ก.ค. 2565
วันตอบรับ:	27 ก.ค. 2565

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายใน พ.ศ. 2562 และ 2563 และศึกษามาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย เป็นการศึกษาแบบผสมผสานในรูปแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย ในส่วนของการศึกษาเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติโคสควอร์ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเลขคณิตด้วยสถิติ independent t-test ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้การวิเคราะห์ผลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเพิ่มขึ้น (จาก 3,698 เป็น 4,440 ราย) เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง (4:1) ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่เป็นเพศชายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุที่อายุน้อยกว่า 25 ปี ($p < 0.05$) สถานภาพสมรส คู่หม้าย หย่า/แยก มีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) อาชีพรับจ้าง/ทำงานเอกชนมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) เขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ เขตสุขภาพที่ 1 วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ การผูกคอ รองลงมาคือ การกินสารกำจัดวัชพืชและการใช้ปืน กลุ่มที่มีปัญหาตงานและกลุ่มที่มีภาระหนี้สินมีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายตั้งแต่ พ.ศ. 2544 แต่การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ยังเป็นการวิเคราะห์ในส่วนกลางและระดับเขตโดยกรมสุขภาพจิตและศูนย์สุขภาพจิต ยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับจังหวัด การดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาส่วนใหญ่ดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิตแต่ยังขาดการสนับสนุนทางนโยบายและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย การบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงเป็นการบ่งชี้แบบทั่วไปจากส่วนกลางยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงในระดับจังหวัด กลุ่มเป้าหมายที่มีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นที่ต้องมีมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มเติมคือกลุ่มเพศชายที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี และกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส ข้อเสนอเชิงนโยบาย (1) ควรกำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ โดยมีแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นระดับประเทศในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชนมีส่วนร่วม (2) ควรจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังและค้นหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นระดับจังหวัด พร้อมทั้งกำหนดมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นที่สอดคล้องกับพื้นที่ (3) ควรมีมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นประชาชนที่อายุน้อยกว่า 25 ปีที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยที่เป็นนักเรียน นักศึกษา (4) ควรมีมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส (5) ควรมีการบูรณาการการกิจและการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นมาตรการที่สอดคล้องและให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น (6) ควรนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบปัญญาประดิษฐ์ มาใช้ในการเฝ้าระวัง ค้นหา ตรวจสอบสัญญาณการขอความช่วยเหลือและแจ้งเตือนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นสื่อสังคมออนไลน์

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย; ระบาดวิทยา; ประเทศไทย

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 800,000 ราย ต่อปีหรือเสียชีวิต 1 รายในทุก 40 วินาที อัตราการฆ่าตัวตายต่อปีในระดับโลกเท่ากับ 11.4 ต่อแสนประชากร (ชาย 15.0 และหญิง 8.0) การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่น่าเศร้าที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศ ส่งผลกระทบต่อด้านลบในระยะยาวต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ยังต้องดำเนินชีวิตต่อไป⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 4,137 คน หรือเท่ากับ 6.3 ต่อแสนประชากร โดยส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม โดยพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเจ็บป่วยทั้งทางจิตและทางกาย ซึ่งสามารถป้องกันได้หากมีมาตรการที่เพิ่มการเข้าถึงบริการและเพิ่มคุณภาพของการให้บริการ ให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสามารถรักษาตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽²⁾

กรมสุขภาพจิตได้ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของประชาชนในประเทศไทยมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2546 โดยได้จัดทำระบบรายงานผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ให้ทราบถึงสาเหตุที่สำคัญในการฆ่าตัวตายและหามาตรการที่จะป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายคือ รายงาน 506DS⁽³⁾ ซึ่งเป็นรายงานที่รวบรวมจากหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2563 ได้เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคระบาดใหญ่ระดับโลก (coronavirus pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563⁽⁴⁾ รัฐบาลไทยได้ประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2563⁽⁵⁾ ซึ่งการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และมาตรการที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรค ได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างทั้งในด้าน

สุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม การแยกกักโรคของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ความโดดเดี่ยวที่ต้องอยู่ห่างจากครอบครัว การปิดโรงเรียน การปิดสถานที่ทำงาน ภาวะเศรษฐกิจที่อยู่อย่างยากลำบาก การว่างงาน ภาระหนี้สินที่เพิ่มขึ้น กลุ่มเปราะบางและผู้มีรายได้น้อยที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อเชิงลบต่อสุขภาพจิต ทำให้เกิด ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะหมดไฟและการฆ่าตัวตาย⁽⁶⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยใน พ.ศ. 2562 – 2563 และนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบว่าจำนวนการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย ในช่วงปีก่อนที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 (พ.ศ. 2562) กับปีที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 (พ.ศ. 2563) (2) ศึกษาเกี่ยวกับระบบและมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยว่าครอบคลุม กลุ่มเสี่ยงที่มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพื่อประกอบการนำไปทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับประเทศต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed method) ในรูปแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (explanatory sequential design) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยใน พ.ศ. 2562 – 2563 โดยการศึกษาเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูล-ทฤษฎี คือ ข้อมูลผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประเทศไทยจากฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (รายงาน 506 DS) และการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย จำนวน 15 คน ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายและผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน โดยมีประเด็นการศึกษา 4 ประเด็นตามตัวแบบสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก (public health model for suicide prevention)⁽¹⁾ ซึ่งประกอบด้วย (1) ระบบเฝ้า-

ระวังการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (2) การบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน (3) การพัฒนาและประเมินมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย (4) การนำไปสู่การปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรสและอาชีพ ข้อมูลด้านสถานที่ ได้แก่ เขตสุขภาพ ข้อมูลด้านเวลา ได้แก่ เดือนและปีที่ฆ่าตัวตาย ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ข้อมูลโรคประจำตัว ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการใช้ยาและสารเสพติด ปัญหาเศรษฐกิจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ได้แก่ (1) ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย มาตรการที่เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย (2) สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างและบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อให้ทราบถึงระบบและมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย (3) ศึกษาวิเคราะห์ระบบและมาตรการที่เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายเพื่อนำไปทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ-

เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเลขคณิตด้วยสถิติ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ผลเชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 009/2565 ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยการนำเสนอข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลหรือเข้าถึงตัวบุคคลได้

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประเทศไทยใน พ.ศ. 2562 และ 2563 จำนวน 3,698 รายและ 4,440 ราย ตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลทั่วไปของผู้เสียชีวิตดังกล่าวมาวิเคราะห์เปรียบเทียบดังที่แสดงในตารางที่ 1 กลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดในทั้ง 2 ปี คือกลุ่มอายุ 25-44 ปี เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง (4:1) สถานภาพสมรสและอาชีพมีความสัมพันธ์กับปี พ.ศ.ที่เสียชีวิต ($p < 0.01$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2562-2563

ข้อมูลทั่วไป	ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย				p-value (Independent t-test/ Chi square test)	
	พ.ศ. 2562		พ.ศ. 2563			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุเฉลี่ย	45.97		45.78		0.295	
กลุ่มอายุ (ปี)	<25	317	8.57	435	9.80	0.170
	25 - 44	1,535	41.51	1,821	41.01	
	45 - 64	1,313	35.51	1,516	34.14	
	≥65	533	14.41	668	15.05	
เพศ	ชาย	2,973	80.39	3,592	80.90	0.565
	หญิง	725	19.61	848	19.10	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2562-2563 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย				p-value (Independent t-test/ Chi square test)
	พ.ศ. 2562		พ.ศ. 2563		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					<0.001
โสด	1,634	44.19	1,396	31.44	
คู่	1,208	32.67	1,773	39.93	
หม้าย	317	8.57	550	12.39	
หย่า/แยก	382	10.33	558	12.57	
อาชีพ					<0.001
รับจ้าง/ทำงานเอกชน	1,378	37.26	1,771	39.89	
เกษตรกรกรรม	1,050	28.39	1,225	27.59	
ค้าขาย/ทำงานส่วนตัว	180	4.87	220	4.95	
นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้าน	694	18.77	496	11.17	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	144	3.89	142	3.20	

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายรายเดือนจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับปี พ.ศ. ที่เสียชีวิตจากตารางที่ 1 โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นเพศชายเพิ่มขึ้น (p=0.003) เมื่อนำไป

จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มอายุที่เป็นเพศชายที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปีมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (p=0.002)

เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรสพบว่าสถานภาพคู่หม้าย หย่า/แยก มีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (p=0.002 p=0.001 และ p<0.001 ตามลำดับ) และเมื่อจำแนกตามอาชีพพบว่าอาชีพรับจ้าง/ทำงานเอกชนมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (p<0.001) และอาชีพนักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้าน

ตารางที่ 2 การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562-2563

	จำนวนผู้เสียชีวิต		ค่าเฉลี่ยรายเดือน		p-value (independent t-test)
	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	
ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย	3,698	4,440	308.17	370.00	0.005*
อายุเพศชาย (ปี)	2,973	3,592	247.75	299.33	0.003*
<25	251	341	20.92	28.42	0.002*
25-44	1,310	1,568	109.17	130.67	0.013
45-64	1,003	1,170	83.58	97.50	0.017
≥65	409	513	34.08	42.75	0.033
อายุเพศหญิง (ปี)	725	848	60.42	70.67	0.052
<25	66	94	5.50	7.83	0.021
25-44	225	253	18.75	21.08	0.242
45-64	310	346	25.83	28.83	0.280
≥65	124	155	10.33	12.92	0.103

ตารางที่ 2 การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562-2563 (ต่อ)

	จำนวนผู้เสียชีวิต		ค่าเฉลี่ยรายเดือน		p-value (independent t-test)
	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	
สถานภาพสมรส					
โสด	1,634	1,396	136.17	116.33	0.241
คู่	1,208	1,773	100.67	147.75	0.002 *
หม้าย	317	550	26.42	45.83	0.001 *
หย่า/แยก	382	558	31.83	46.50	0.000 *
อาชีพ					
รับจ้าง/ทำงานเอกชน	1,378	1,771	114.83	147.58	0.001 *
เกษตรกร	1,050	1,225	87.50	102.08	0.025
ค้าขาย/ทำงานส่วนตัว	180	220	15.00	18.33	0.111
นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้าน	694	496	57.83	41.33	0.003 *
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	144	142	12.00	11.83	0.914

เสียชีวิตลดลง (p=0.003)

ภาพที่ 1 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายจำแนกรายเดือน พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายเป็นรายเดือนใน พ.ศ. 2563 สูงกว่า พ.ศ. 2562 ยกเว้นเดือนตุลาคม

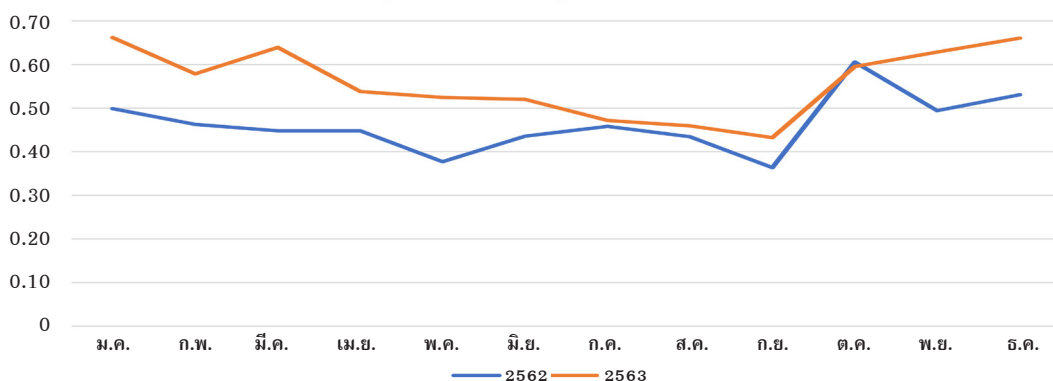
ตารางที่ 3 แสดงถึงจำนวนและอัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามสถานที่ที่ผู้เสียชีวิตทำการฆ่าตัวตายในระดับเขตสุขภาพพบว่าเขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ เขตสุขภาพที่ 1 (11.97 และ 14.81 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2562 และ 2563 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 แสดงถึงวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายมากที่สุด ใน พ.ศ. 2562 และ 2563 คือ การผูกคอ ร้อยละ

73.36 และ 80.54 ตามลำดับ รองลงมาคือ การกินสารกำจัดวัชพืช ร้อยละ 9.71 และร้อยละ 7.52 ตามลำดับ และการใช้ปืน ร้อยละ 5.52 และร้อยละ 4.91 ตามลำดับ

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมี ปัญหาที่สำคัญคือปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาโรคประจำตัว ปัญหาการใช้สุรา ปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาการใช้สารเสพติด ตามลำดับ และในกลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจพบว่ากลุ่มที่มีปัญหาทางการเงินและกลุ่มที่มีภาระหนี้สินมีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (p=0.001 และ p=0.000 ตามลำดับ)

ภาพที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตาย จำแนกรายเดือน พ.ศ. 2562-2563



ตารางที่ 3 จำนวนและอัตราการฆ่าตัวตาย จำแนกตามเขตสุขภาพ พ.ศ. 2562-2563

เขตสุขภาพ	ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย											
	พ.ศ. 2562						พ.ศ. 2563					
	ชาย		หญิง		รวม		ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร
เขตสุขภาพที่ 1	579	20.12	127	4.21	706	11.97	685	23.92	185	6.14	870	14.81
เขตสุขภาพที่ 2	310	17.60	70	3.87	380	10.64	297	17.03	101	5.63	398	11.25
เขตสุขภาพที่ 3	151	10.37	51	3.35	202	6.78	166	11.58	49	3.26	215	7.33
เขตสุขภาพที่ 4	148	5.70	46	1.64	194	3.59	153	5.90	34	1.21	187	3.46
เขตสุขภาพที่ 5	169	6.47	64	2.34	233	4.35	212	8.16	52	1.90	264	4.95
เขตสุขภาพที่ 6	219	7.24	74	2.34	293	4.74	232	7.67	75	2.36	307	4.95
เขตสุขภาพที่ 7	229	9.18	35	1.37	264	5.22	283	11.42	50	1.96	333	6.63
เขตสุขภาพที่ 8	277	9.99	54	1.94	331	5.95	385	14.01	56	2.02	441	7.99
เขตสุขภาพที่ 9	319	9.50	78	2.28	397	5.86	447	13.46	100	2.94	547	8.14
เขตสุขภาพที่ 10	121	5.24	21	0.91	142	3.07	259	11.32	37	1.61	296	6.45
เขตสุขภาพที่ 11	265	11.95	56	2.46	321	7.14	282	12.78	70	3.08	352	7.85
เขตสุขภาพที่ 12	178	7.24	46	1.81	224	4.48	174	7.10	35	1.38	209	4.19
เขตสุขภาพที่ 13	8	0.30	3	0.10	11	0.19	17	0.65	4	0.14	21	0.38

ตารางที่ 4 การฆ่าตัวตาย จำแนกตามวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2562 - 2563

วิธีการฆ่าตัวตาย	ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย											
	พ.ศ. 2562						พ.ศ. 2563					
	ชาย		หญิง		รวม		ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผูกคอ	2,235	75.18	478	65.93	2,713	73.36	2,936	81.74	640	75.47	3,576	80.54
กินสารกำจัดวัชพืช	266	8.95	93	12.83	359	9.71	242	6.74	92	10.85	334	7.52
ใช้ปืน	196	6.59	8	1.10	204	5.52	209	5.82	9	1.06	218	4.91
กินยาฆ่าแมลง	78	2.62	25	3.45	103	2.79	52	1.45	25	2.95	77	1.73
กระโดดจากที่สูง	66	2.22	20	2.76	86	2.33	18	0.50	1	0.12	19	0.43
กินยาเกินขนาด	22	0.74	32	4.41	54	1.46	23	0.64	27	3.18	50	1.13
รมควัน/แก๊ส	22	0.74	14	1.93	36	0.97	25	0.70	20	2.36	45	1.01
ใช้ของมีคม	22	0.74	5	0.69	27	0.73	21	0.58	4	0.47	25	0.56
กระโดดน้ำ	18	0.61	7	0.97	25	0.68	19	0.53	16	1.89	35	0.79
วิ่งให้รถชน	5	0.17	2	0.28	7	0.19	4	0.11	1	0.12	5	0.11

ตารางที่ 5 การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำแนกตามปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2562 - 2563

ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย	ผู้เสียชีวิต				ค่าเฉลี่ยรายเดือน		p-value (independent t-test)
	พ.ศ. 2562		พ.ศ. 2563		พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ปัญหาโรคประจำตัว	1,904	51.49	2,102	47.34	158.67	175.17	0.172
1.1 โรคทางจิตเวช	917	24.80	1,081	24.35	76.42	90.08	0.039
1.1.1 โรคจิต	453	12.25	572	12.88	37.75	47.67	0.007
1.1.2 โรคซึมเศร้า	338	9.14	401	9.03	28.17	33.42	0.167
1.2 โรคทางกาย	1,417	38.32	1,305	29.39	118.08	108.75	0.428
1.2.1 โรคไม่ติดต่อ	763	20.63	913	20.56	63.58	76.08	0.009
1.2.2 โรคเรื้อรัง	399	10.79	504	11.35	33.25	42.00	0.016
2. ปัญหาความสัมพันธ์	2,098	56.73	2,227	50.16	174.83	185.58	0.317
3. ปัญหาการใช้สุรา	1,023	27.66	1,047	23.58	85.25	87.25	0.759
4. ปัญหาการใช้สารเสพติด	388	10.49	454	10.23	32.33	37.83	0.121
5. ปัญหาทางเศรษฐกิจ	766	20.71	950	21.40	63.83	79.17	0.018
5.1 ยากจน/ค้าขายขาดทุน	375	10.14	281	6.33	31.25	23.42	0.010
5.2 ตกงาน	204	5.52	325	7.32	17.00	27.08	0.001*
5.3 หนี้สิน	130	3.52	500	11.26	10.83	41.67	0.000*

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาระบบและมาตรการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยในการศึกษานี้ได้ใช้ตัวแบบสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษามีดังนี้

ระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

ประเทศไทยมีการริเริ่มการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 โดยมีกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้รายงานการฆ่าตัวตาย 506 DS ตั้งแต่ พ.ศ. 2546

ใน พ.ศ. 2563 ได้เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 และแพร่กระจายไปทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย กรมสุขภาพจิตได้ประเมินสถานการณ์การระบาดและผล-

กระทบด้านสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นโดยคาดการณ์ว่าจะมีผู้ได้รับผลกระทบเกิดภาวะเครียด ภาวะหมดไฟ ซึมเศร้า และฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น จึงได้จัดทำแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 และเสนอไปที่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนแผนดังกล่าวลงสู่เขตสุขภาพทุกเขตในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยมีกิจกรรมการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจให้สามารถรับมือกับสถานการณ์การระบาดและผลกระทบที่ตามมาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยใช้การสร้างพลังสุขภาพจิต (resilience) ซึ่งจะเป็นความยืดหยุ่นทางจิตใจที่อยู่ในตัวบุคคลที่จะทำให้สามารถก้าวผ่านวิกฤติหรือเหตุการณ์ร้ายต่างๆ ในชีวิตไปได้ การกำหนดให้มีมาตรการคัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ที่เข้าพักใน

สถานกักตัว กลุ่มผู้ป่วยโควิด 19 ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนาม กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดโรคโควิด 19 กลุ่มญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยโควิด 19 ที่เสียชีวิต โดยเป็นการคัดกรองผ่านแอปพลิเคชัน ตรวจเช็คสุขภาพใจ (Mental Health Check-In)⁽⁷⁾

การบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้มีการบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ (1) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า (2) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น โรคเรื้อรัง โรคที่ทำให้เกิดอาการปวดแบบเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคเอดส์ (3) การพยายามทำร้ายตนเองหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย (4) พฤติกรรมส่วนบุคคลที่ทำให้เกิดความเครียดต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การติดสุรา การติดสารเสพติด การมีอารมณ์รุนแรง หุนหันพลันแล่น ซึ้นน้อยใจ (5) การมีปัญหาความสัมพันธ์กับคนรัก เพื่อน ครอบครัว (6) การมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความยากจน การตกงานหรือว่างงาน การมีภาระหนี้สิน

ส่วนปัจจัยปกป้องที่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ (1) พลังสุขภาพจิตและความฉลาดทางอารมณ์ (emotional quotient: EQ) (2) การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน (3) สังคมที่มีระบบรัฐสวัสดิการที่ดี มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมีระบบโครงข่ายรองรับทางสังคม (social safety net) ที่เข้มแข็ง (4) การมีความเชื่อทางศาสนาที่เป็นปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย (5) การจำกัดการเข้าถึงสิ่งที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย เช่น ยาฆ่าจิตเวช⁽¹⁻³⁾

การพัฒนาและประเมินมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนามาตรการที่ใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยอาจจำแนกมาตรการเป็นมาตรการในระดับประเทศและมาตรการในระดับพื้นที่ได้ดังนี้

มาตรการระดับประเทศที่ดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

(1) มาตรการด้านการกำหนดนโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้กำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีกรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักที่รับผิดชอบในการดำเนินการ

(2) มาตรการด้านการบ่งชี้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้จัดทำและประเมินผลฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายระดับประเทศเพื่อบ่งชี้ความเสี่ยงและสื่อสารความเสี่ยงผ่านการรณรงค์และการแถลงข่าวในวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก

(3) มาตรการด้านการพัฒนาบุคลากร ได้สนับสนุนการฝึกอบรมเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขได้มีองค์ความรู้ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

(4) มาตรการสร้างความรอบรู้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้จัดประชุมสัมมนาสื่อมวลชนเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น การนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายเลียนแบบ (copycat)

(5) มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมจะสามารถลดจำนวนและอัตราการฆ่าตัวตายได้

(6) มาตรการเพื่อสร้างเสริมปัจจัยที่ป้องกันการฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ. 2563 กรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ที่อยู่ในสถานที่กักกันที่ทางราชการกำหนด พร้อมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนด้วยการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน⁽⁸⁾

(7) มาตรการลดการเข้าถึงสิ่งที่ใช้เพื่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการรณรงค์ให้มีการเลิกใช้สารกำจัดวัชพืช ได้แก่ พาราควอต และคลอร์ไพริฟอส เนื่องจากเป็นสารที่มีพิษรุนแรงต่อ

ร่างกายและอัตราเสียชีวิตสูง ผลการณรงค้อย่างต่อเนื่อง ทำให้คณะกรรมการวัดอุณัตรายมีมติให้ยกเลิกการใช้พาราควอตและคลอร์ไพริฟอสโดยมีผลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563⁽⁹⁾

มาตรการในระดับพื้นที่ มีดังนี้

(1) มาตรการระดับเขตสุขภาพ ได้แก่ มาตรการเชิงนโยบายโดยจัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานป้องกัน เฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์การฆ่าตัวตายระดับเขตให้แก่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับจังหวัด มาตรการขับเคลื่อนแผนงานโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านทางกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด มาตรการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ มาตรการพัฒนาบุคลากรโดยจัดอบรมพัฒนาทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤติ

(2) มาตรการระดับจังหวัดและอำเภอ ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ มาตรการพัฒนาบุคลากรโดยการอบรมเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับอำเภอและการอบรมพัฒนาศักยภาพ 3 หมอในการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

(3) มาตรการระดับตำบล ชุมชน/หมู่บ้าน ที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ มาตรการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนหรือการเสริมสร้างวัดชื่นใจในชุมชน มาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน

การนำไปสู่การปฏิบัติ

การนำมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายไปสู่การปฏิบัติ มีการนำไปปฏิบัติทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ในระดับพื้นที่ส่วนใหญ่จะขับเคลื่อนโดยศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งจะดำเนินการในรูปแบบการประชุมชี้แจง การฝึกอบรมและการลงไป

สนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยผ่านทางกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด

วิจารณ์

การศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประเทศไทยใน พ.ศ. 2563 มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า พ.ศ. 2562 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่าการเพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตายหลังเกิดการระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19^(10,11) การใช้มาตรการทางสังคมที่เคร่งครัดในการป้องกันและควบคุมโรคนำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจที่จะทำให้เกิดการว่างงานมากขึ้น มีการศึกษาผลกระทบของการว่างงานใน 63 ประเทศทั่วโลกในระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2554 พบว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเมื่อเกิดปัญหาการว่างงาน⁽¹²⁾

เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง (4:1) และเพศชายเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽¹³⁻¹⁵⁾ การที่เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเป็นเพราะเพศชายกล้าใช้วิธีการที่รุนแรง เช่น การแขวนคอหรือใช้ปืน ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตทันที นอกจากนั้นเพศชายยังมีความหุนหันพลันแล่นมากกว่าเพศหญิงโดยเฉพาะในกลุ่มอายุที่เป็นวัยรุ่น⁽¹⁶⁾ ผู้ชายยังมีการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดมากกว่าผู้หญิง ซึ่งผู้ชายที่มีประวัติการใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เสพ 5.09 เท่า⁽¹⁷⁾ การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดยังส่งผลให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ เกิดอารมณ์ชั่ววูบจนทำให้เลือกใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรงที่ทำให้เสียชีวิต⁽¹⁸⁾

สถานภาพสมรส คู่ หม้าย หย่า/แยก มีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นขณะที่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดเสียชีวิตน้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงไปของกลุ่มที่เสียชีวิตสูงสุด จากกลุ่มผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด ในปี พ.ศ. 2562 ไปเป็นกลุ่มผู้ที่มีสถานภาพสมรส คู่ ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งจะแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สถานภาพสมรส คู่ จะมีการฆ่า

ตัวตายน้อยกว่าสถานภาพสมรส โสด^(3,13) การศึกษาในอังกฤษและเวลส์ระหว่างปี พ.ศ. 2525-2539 พบว่าผู้ที่มิใช่สถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า/แยก มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้วทั้งชายและหญิง⁽¹⁹⁾

อาชีพรับจ้าง/ทำงานเอกชนมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ในปี พ.ศ. 2544-2548 พบว่าปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มที่มีรายได้เป็นค่าจ้างแน่นอน จะมีอัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่แน่นอน⁽²⁰⁾ อาชีพที่ใช้ทักษะในการประกอบอาชีพในระดับต่ำจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าอาชีพที่ใช้ทักษะในการประกอบอาชีพระดับสูง⁽²¹⁾ เพศชายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุดในกลุ่มอาชีพที่ใช้ทักษะในระดับต่ำโดยเฉพาะในกลุ่มคนงานก่อสร้าง⁽²²⁾

เขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือเขตที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายจะสูงสุดในภาคเหนือ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนหรือเขตสุขภาพที่ 1 โครงการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยจึงต้องให้ความสำคัญกับพื้นที่ภาคเหนือตอนบน⁽²³⁾

กลุ่มที่ตกงานและกลุ่มที่มีภาระหนี้สินมีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การตกงานและภาระหนี้สินที่ตามมาหลังการระบาดของโรคโควิด 19 ก่อให้เกิดภาวะความเครียดทางการเงินและส่งผลกระทบต่ออัตราการฆ่าตัวตาย การศึกษาเรื่องภาวะความเครียดทางการเงินและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศอังกฤษเมื่อเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความเครียดทางการเงินในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 กับความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย⁽²⁴⁾ การศึกษาในสหรัฐอเมริกาช่วงที่เกิดภาวะเศรษฐกิจถดถอยครั้งใหญ่หลังปี พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราการว่างงานที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะทำให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.99⁽²⁵⁾

การศึกษาเชิงคุณภาพ

ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีการริเริ่มการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ซึ่งต่อมาได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้รายงานการฆ่าตัวตาย 506 DS แต่การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ยังเป็นการวิเคราะห์ที่ในส่วนกลางและระดับเขตโดยกรมสุขภาพจิต และศูนย์สุขภาพจิต ยังขาดวิเคราะห์ข้อมูลในระดับจังหวัด รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และยังไม่มีการกำหนดช่วงเวลาการออกรายงานที่ชัดเจนว่าจะเป็นการรายงานประจำเดือน ไตรมาสหรือรายปี

การดำเนินงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในช่วงที่ผ่านมาส่วนใหญ่ดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหา แต่การป้องกันการฆ่าตัวตายยังขาดการสนับสนุนทางนโยบายและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งในระดับกระทรวงและนอกกระทรวงสาธารณสุข จึงควรกำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ โดยมีแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับประเทศที่ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยใช้กลไกของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน

การบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันในประเทศไทยเป็นการบ่งชี้แบบทั่วไปจากส่วนกลาง ยังขาดการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในระดับจังหวัด การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตโดยให้พื้นที่มีส่วนร่วมจะทำให้เกิดการบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

กลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้ถูกบ่งชี้ความเสี่ยงมาก่อนในประเทศไทยคือกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส โดยเฉพาะกลุ่มที่เพิ่งเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรสเป็น หม้าย หย่า/แยก เพราะมีการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลง

สถานภาพสมรสเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสภาพสมรสกับการฆ่าตัวตายในสวีเดน พบว่า กลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพสมรสจะมีอัตราการฆ่าตัวตายในช่วง 5 ปีหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงสภาพสมรสสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกือบ 2 เท่า⁽²⁶⁾ จึงควรมีมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส

กลุ่มเป้าหมายอีกกลุ่มที่ต้องบ่งชี้ความเสี่ยงเพิ่มเติมคือกลุ่มเพศชายที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจจะมีผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายนี้โดยตรง โดยเฉพาะการว่างงานหลังจบการศึกษาเพราะพบว่า การตกงานหรือการว่างงานและรายได้มีน้อยมีผลต่อการฆ่าตัวตายในเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁷⁾ จึงควรมีมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในประชาชนที่อายุน้อยกว่า 25 ปีที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยที่เป็นนักเรียน นักศึกษา โดยดำเนินการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว พร้อมทั้งหาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานศึกษาโดยเฉพาะในระดับมหาวิทยาลัยร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ตลอดจนการแก้ไขปัญหาการว่างงานในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง โดยบูรณาการร่วมกับกระทรวงแรงงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

การพัฒนาและประเมินมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย

การพัฒนามาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 แต่ยังคงขาดการประเมินมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ มาตรการที่ใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายมีทั้งมาตรการที่เกี่ยวกับสุขภาพและมาตรการที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคม การจะลดจำนวนและอัตราการฆ่าตัวตาย กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องมีมาตรการร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวง-

แรงงาน กระทรวงการคลัง เพื่อให้เกิดมาตรการในการป้องกันการฆ่าตัวตายและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยจัดเป็นชุดของมาตรการ เช่น มาตรการช่วยเหลือทางการเงิน มาตรการช่วยเหลือลูกหนี้ มาตรการช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพและแรงงาน

การนำไปสู่การปฏิบัติ

การเฝ้าระวังและการป้องกันการฆ่าตัวตายยังมีการนำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่แตกต่างกันไป พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือนโยบายด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้บริหารระดับจังหวัด ควรจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด พร้อมทั้งกำหนดมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นกลไกในการขับเคลื่อน

นอกจากนี้ในปัจจุบันคนรุ่นใหม่ในวัยหนุ่มสาวนิยมใช้การสื่อสารผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่ไม่เหมาะสมอาจมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเลียนแบบ จึงควรมนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) มาใช้ในการเฝ้าระวัง ค้นหา ตรวจสอบสัญญาณขอความช่วยเหลือและแจ้งเตือนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในสื่อสังคมออนไลน์

ข้อจำกัด

ข้อมูลจากรายงาน 506 DS ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ได้รับรายงานจากหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ข้อมูลจากเขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานครมีข้อมูลการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายน้อยกว่าที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากหน่วยบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานที่อยู่นอกสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

(1) ควรกำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ โดยมีแผนการป้องกันการฆ่าตัว-

ตายระดับประเทศที่ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยใช้กลไกของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเป็นกลไกในการขับเคลื่อน

(2) ควรจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังและค้นหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด พร้อมทั้งกำหนดมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นกลไกในการขับเคลื่อน

(3) ควรมีมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในประชาชนที่อายุน้อยกว่า 25 ปีที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยที่เป็นนักเรียน นักศึกษา โดยดำเนินการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว โดยดำเนินการร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เพื่อหาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานศึกษาโดยเฉพาะในระดับมหาวิทยาลัย

(4) ควรมีมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส โดยการให้คำปรึกษา การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตและการมีมาตรการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้คนกลุ่มนี้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

(5) ควรมีการบูรณาการภารกิจและการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อออกมาตรการที่สอดคล้องและให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยจัดเป็นชุดของมาตรการด้านต่างๆ เช่น มาตรการช่วยเหลือทางการเงิน มาตรการช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพและแรงงาน

(6) ควรนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบปัญญาประดิษฐ์ มาใช้ในการเฝ้าระวัง ค้นหา ตรวจจับสัญญาณการขอความช่วยเหลือและแจ้งเตือนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในสื่อสังคมออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารระดับสูงของกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรของกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขทุกหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่เป็นศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติของกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตทุกเขตสุขภาพที่ดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับเขต ตลอดจนหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยรายงานข้อมูลการฆ่าตัวตายด้วยรายงาน 506 DS จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. 2014 [cited 2022 March 15]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุศราพร เกษสมบูรณ์, จริยา พิชัยคำ, และคณะ. รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต (การฆ่าตัวตาย) พ.ศ. 2548. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
4. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomed* 2020;91(1):157-60.

5. ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 69 ง (ลงวันที่ 25 มีนาคม 2563).
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางยกระดับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2563.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
8. กลุ่มวารสารและคลังความรู้สุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. จดหมายเหตสุขภาพจิตไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19 (ธันวาคม 2562-ธันวาคม 2563). นนทบุรี: วนิดาการพิมพ์; 2564.
9. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง บัญชีรายชื่อวัตถุอันตราย (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 117 ง (ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2563).
10. Ueda M, Nordström R, Matsubayashi T. Suicide and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *J Public Health (Oxf)* 2021;fdab113.
11. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav* 2021;5(2):229-38.
12. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *Lancet Psychiatry* 2015; 2(3):239-45.
13. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุศราพร เกษสมบูรณ์. รายงานผลการศึกษาเรื่องระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปีการศึกษา พ.ศ. 2545. ขอนแก่น: คอมพิวเตอร์ (ขอนแก่น); 2546.
14. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยิ่งยืน, และคณะ. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2554; 56(4): 413-24.
15. Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2006 [cited 2022 May 8];60(1):90-5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1819.2006.01465.x>
16. สุพัตรา สุขาวห, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2560;62(4):359-78.
17. Pitman A, Krysinska K, Osborn D, King M. Suicide in young men. *Lancet* 2012;379(9834):2383-92.
18. อนุพงศ์ คำมา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2556;58(1):3-6.
19. Næss EO, Mehlum L, Qin P. Marital status and suicide risk: Temporal effect of marital breakdown and contextual difference by socioeconomic status. *SSM Popul Health* 2021;15:100853.
20. Gallagher LM, Kliem C, Beautrais AL, Stallones L. Suicide and occupation in New Zealand, 2001-2005. *Int J Occup Environ Health* 2008;14(1):45-50.
21. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013;203(6):409-16.
22. Windsor-Shellard B, Gunnell D. Occupation-specific suicide risk in England: 2011-2015. *Br J Psychiatry* 2019;215(4):1-6.
23. Lotrakul M. Suicide in the north of Thailand. *J Med Assoc Thai* 2005;88(7):944-8.
24. Stevenson C, Wakefield JRH. Financial distress and suicidal behaviour during COVID-19: Family identification attenuates the negative relationship between

- COVID-related financial distress and mental ill-health. *Journal of Health Psychology*. 2021; 26(14): 2665–75.
25. Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *Lancet* 2012;380(9856):1813–4.
26. Rožkar S, Podlesek A, Kuzmanić M, Demšar LO, Zaletel M, Marušič A. Suicide risk and its relationship to change in marital status. *Crisis* 2011;32(1):24–30.
27. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2003 [cited 2022 April 28];160(4):765–72. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.160.4.765>

Abstract: Epidemiology of Suicide in Thailand, 2019 – 2020

Chinoros Leesawat, M.D., M.P.H.

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

Journal of Health Science 2022;31(4):623-37.

The objectives of this study were to study the suicide situation in Thailand and to compare the number of suicide deaths in the year 2019 and 2020, as well as to study on suicide prevention system and measures in Thailand to be used in making policy proposals for planning suicide prevention plan at the national level. The study was a mixed method in the form of explanatory sequential design. The quantitative study used descriptive statistics such as mean, percentage and analytical statistics such as correlation with chi-square, arithmetic mean comparison with independent t-test. Qualitative study used in-depth interview and analyzed by content analysis. The study found that suicide deaths in Thailand increased from 3,698 in 2019 to 4,440 in 2020. Male dead more than female (4:1). Male suicide deaths increased ($p=0.003$), especially among those under 25 years old ($p=0.002$). Marital status, widowed, divorced/separated, increased mortality ($p=0.002$ $p=0.001$ and $p=0.000$ respectively), the employed/private work had an increase in mortality ($p=0.001$). Health region with the highest suicide rate was health region 1. The most common methods of suicide were hanging, followed by herbicide ingestion and the use of guns. Unemployed and indebted group had an increase in suicide ($p=0.001$ and $p=0.000$, respectively). Surveillance and suicide prevention systems had been developed for suicide prevention since 2001, but suicide data were analyzed at national level and regional level by Department of Mental Health and Mental Health Centers, there was still a lack of data analysis at the provincial level. Most of the prevention measures were carried out by Department of Mental Health, but there was still lack of policy support and participation of agencies involved in suicide prevention. Identification of risk factors was generalized and centralized indication, there was still lack of risk factor analysis at the provincial level. The target groups with increased suicide deaths requiring additional suicide prevention measures were (1) group of males younger than 25 years, and (2) groups who had changed their marital status. Policy recommendations: (1) suicide problem should be addressed as a national priority to establish national suicide prevention plan that all sectors involved; (2) suicide risk surveillance system should be established at the provincial level as well as defining suicide prevention measures that are appropriate for the area; (3) there should be measures to prevent suicide among people under 25 years old, most of whom are still students; (4) there should be measures to prevent suicide in groups with change in marital status; (5) there should be an integrated mission and collaboration between ministries related to suicide risk factors to implement consistent measures and provide social support to those at risk of suicide; and (6) there should be applied digital technology such as artificial intelligence that can detect the call for help of people at risk of suicide and alert those who responsible for suicide prevention on social media.

Keywords: suicide; epidemiology; Thailand

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การขับเคลื่อนรูปแบบการพัฒนา การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุดรธานี

เกษม ตั้งเกษมสำราญ พ.บ., ว.ท.ม. (เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข), M.P.H. (HSMP)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

วันรับ:	10 ม.ค. 2565
วันแก้ไข:	20 มี.ค. 2565
วันตอบรับ:	30 มี.ค. 2565

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจังหวัดอุดรธานี เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน 3 ระยะ คือ (1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (2) พัฒนารูปแบบและนำรูปแบบไปทดลองใช้ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และ (3) ประเมินผลรูปแบบ จากนั้นได้นำไปขับเคลื่อนรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในเขตอำเภอลับแล จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำและสมาชิกในครอบครัว คณะทำงานสุขภาพจิตระดับอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คู่มือการดำเนินงานป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย 4 ด้าน ได้แก่ (1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (2) พัฒนาระบบการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (3) ส่งเสริมภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย และ (4) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ผลการประเมินรูปแบบพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ในปี 2563 ไม่พบผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จะเห็นได้ว่า รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นผลให้บุคคลในครอบครัวให้ความสำคัญกับปัญหาการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย มีระบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้มาตรฐาน เกิดระบบการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลที่ครบถ้วนและมีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกัน; การฆ่าตัวตายซ้ำ; ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นการกระทำของบุคคลที่มีความคิดหรือลงมือทำร้ายตนเองให้ได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายโดยเจตนาที่จะสิ้นสุดชีวิตของตนด้วยความสมัครใจและตั้งใจ การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์และปัญหาสาธารณสุขที่นำไปสู่การสูญเสียชีวิตของประชากรก่อนวัยอันควร โดย

พบว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับที่สองของการเสียชีวิตของประชากรโลกในช่วงอายุ 25-34 ปี⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย ในแต่ละปีคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเฉลี่ยปีละ 3,900 - 4,000 ราย แม้ภาพรวมของอัตราการฆ่าตัวตายน่าจะไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในตัวชี้วัดของประเทศ (อัตราการฆ่าตัวตายน่าจะไม่เกิน 6.3 ต่อแสน

ประชากร)⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2561 พบ ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 4,137 ราย (6.3 ต่อ ประชากรแสนคน) โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็น วัยทำงานอายุเฉลี่ย 44 ปี เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จ (อัตรา 10.41 ต่อประชากรแสนคน) สูงกว่าหญิง⁽²⁾ สำหรับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ 2561 พบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์พบมากที่สุด (ความ น้อยใจ ถูกดูต่ำ ร้อยละ 27.50 รองลงมา คือ ทะเลาะกับ คนใกล้ชิด ร้อยละ 26.10 และความรักความหวัง ร้อยละ 12.7) ด้านโรคเรื้อรัง พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ร้อยละ 39.20⁽³⁾ (ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.40 เบา หวาน ร้อยละ 7.90 และอัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง/ ไชสันหลัง ร้อยละ 3.30) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 24.40 (โรคจิต ร้อยละ 12.40 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 8.80) ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 28.60 นอกจากนี้ การพยายามฆ่าตัวตายยังเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยอื่น ประกอบด้วย (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การว่างงาน การมีสถานภาพโสด หรือหย่าร้างและการนับถือศาสนาหรือเข้าร่วมกิจกรรม ทางศาสนา (2) ปัจจัยด้านประสบการณ์ ได้แก่ ประวัติการ พยายามฆ่าตัวตายที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำเร็จในเวลาต่อมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 6 เดือน - 3 ปี หลังพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายค่อนข้าง หลากหลายและซับซ้อน

ประเทศไทยมีการดำเนินการเฝ้าระวังและมีแนวทาง ส่งเสริมป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540⁽⁴⁾ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นตัวชี้วัดแรกของการตรวจราชการระดับจังหวัดด้านการพัฒนาระบบ บริการสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยการเฝ้าระวังคัด-กรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) โรคจิต/โรคซึมเศร้า (2) โรคทางกายเรื้อรัง (3) โรคสุรา/สารเสพติดที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ตามแนวทางมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ อย่างไร

ก็ตาม ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.03 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ภาพรวมของการติดตามดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย อย่างต่อเนื่องเพียง ร้อยละ 24.57 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ ร้อยละ 80.00⁽⁵⁾

จังหวัดอุดรธานี พบปัญหาการฆ่าตัวตายมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น โดยอัตราการฆ่าตัวตาย ในปี 2558 - 2561 เท่ากับ 7.17, 9.79, 11.35 และ 10.72 ต่อประชากร แสนคน และการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายาม ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จในปี 2558 - 2561 คือ ร้อยละ 1.03, 1.98, 2.06 และ 5.13 ต่อประชากรแสนคน⁽⁶⁾ จะเห็น ได้ว่า การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่สำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์สาเหตุของ การฆ่าตัวตายสันนิษฐานได้ว่าเกิดจากระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันล้มเหลว ในการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายที่อาจพบ สัญญาณเตือนการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น การติดตาม เยี่ยมบ้านเพื่อรับฟังปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย การ ประเมินสถานการณ์วิกฤตเร่งด่วน รวมทั้ง การให้ความ ช่วยเหลือและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ⁽⁶⁾ ถึงแม้ว่าการฆ่าตัวตาย ซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จจังหวัดอุดรธานี สามารถป้องกันได้ในระดับหนึ่ง แต่แนวโน้มการฆ่าตัว ตายซ้ำเพิ่มขึ้น ทั้งที่การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำของ จังหวัดอุดรธานีที่มีการดำเนินการอยู่ คือการบำบัดรักษา ด้วยยาในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาใน สถานบริการสาธารณสุข การให้คำแนะนำการดูแลบำบัด จิตใจแก่ญาติผู้ใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังจากได้รับ การบำบัดรักษาในสถานบริการและส่งกลับเข้าไปอยู่ใน ครอบครัว ในชุมชน และต้องกลับไปดำเนินชีวิตใน สิ่งแวดล้อมเดิมของชุมชน

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ การฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อนำมา พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่ม ผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุดรธานี ด้วยการบูรณาการ การดำเนินงานร่วมกันทั้งการบำบัดรักษาเชิงรับในสถาน บริการและการดูแลป้องกันเชิงรุกผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

ในชุมชน เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมในชุมชนมีความสำคัญที่ช่วยให้การป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำของผู้พยายามฆ่าตัวตาย⁽⁷⁾ และขยายผลในการขับเคลื่อนรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในพื้นที่อื่นของจังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) แบบแผนหลายระยะหรือหลายช่วง (multi-phase design) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์ ตามแนวคิดของ Kemmis S และ McTaggart R⁽⁸⁾ ประกอบด้วย

- 1) การวางแผน (Planning = P)
- 2) การดำเนินกิจกรรมตามแผน (Action = A)
- 3) การรวบรวมข้อมูล (Observation = O) และ
- 4) การทบทวนใคร่ครวญหรือไตร่ตรอง (Reflection = R) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2561 - เมษายน 2564 กระบวนการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินโรคซึมเศร้าและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จด้วยแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2561 จำนวน 39 คน

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2561 จำนวน 10 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ (1) คณะทำงานสุขภาพจิตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 27 คน (2) สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกเป็น 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จในระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์ และตรวจสอบร่างโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการจัดการความรู้ จำนวน 5 คน และผู้มีประสบการณ์เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 9 คน ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มในประเด็นความถูกต้องทางวิชาการและความเหมาะสมในการนำไปใช้ เพื่อปรับปรุงรูปแบบและแนวทางการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นเวลา 9 เดือน โดยปฏิบัติตามรูปแบบที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม คือ

- 1) การได้รับความรัก ความผูกพัน (Attachment)
- 2) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration)
- 3) การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth)
- 4) การได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น (Opportunity for nurturance)
- 5) การได้รับความช่วยเหลือ เช่น ด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ ด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ

กิจกรรมการดำเนินการประกอบด้วย

1) จัดอบรมการใช้คู่มือการดำเนินงานป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำแก่คณะทำงานสุขภาพจิตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 42 คน

2) การเสริมสร้างความรู้ในการเฝ้าระวังและการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำแก่ผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน

3) การเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 39 คน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการดังนี้

1. การประเมินเชิงปริมาณ โดยประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จด้วยแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตและติดตามการฆ่าตัวตายซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. การประเมินเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและสะท้อนผลการดำเนินงานโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุมกลุ่มย่อย การระดมสมองเพื่อปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 นำผลการประเมินการใช้รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบและนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปขยายผลเพื่อขับเคลื่อน

รูปแบบการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ จังหวัดอุตรดิตถ์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เอกสารเลขที่ UPHO REC 018/2018 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด เนื่องจากเป็นประเด็นการวิจัยที่ละเอียดอ่อนอาจส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

1. การประเมินโรคซึมเศร้าและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จด้วยแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและภาวะซึมเศร้าระดับน้อยเท่ากัน คือ ร้อยละ 41.03 กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 76.92 โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับน้อย ร้อยละ 46.15 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง 25.64 และระดับรุนแรง ร้อยละ 5.13 ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล โรคซึมเศร้า วิธีจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม มีบุคลิกที่มักแยกตัวอยู่คนเดียว การมีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวที่ไม่ดี มีเพื่อน ญาติพี่น้องหรือบุคคลที่รู้จักฆ่าตัวตาย การทะเลาะกับบุคคลอื่นเป็นที่รักและไว้วางใจ ความไม่เพียงพอของรายได้มีภาระหนี้สิน

2.2 การวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ไม่สำเร็จ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยใช้กระบวนการ สันทนาการที่มีคณะทำงานสุขภาพจิต จากการศึกษาพบว่า กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมายังมีประเด็นปัญหาที่ต้องดำเนินการพัฒนา คือ การคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วยเครื่องมือ 2 คำถาม ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มประชาชนทั้งหมด โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ได้รับการคัดกรองน้อยมาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นบุคคลหลักในการใช้เครื่องมือในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชาชน บางส่วนยังไม่มี ความเข้าใจในการใช้แบบคัดกรองอย่างถูกต้องและไม่ สัมภาษณ์ตามคำถามที่กำหนด ส่งผลให้ผลการประเมิน คลาดเคลื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบงาน ใหม่ขาดประสบการณ์และขาดทักษะในการประเมินความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่งผลให้การประเมินอาจไม่ได้ ข้อมูลที่แท้จริง การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วย- บริการที่ให้การรักษากับหน่วยบริการที่ต้องติดตามดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องล่าช้า ขาดช่องทางในการประสานส่งต่อ ข้อมูลที่เป็นระบบ การติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ ครอบคลุม เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ- สาธารณสุขในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาด ความรู้และขาดประสบการณ์ในการติดตามเยี่ยมบ้าน

การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติที่บ้าน และขาด การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาพัฒนาระบบ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพยายาม ฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย

1. นำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการป้องกันการ ฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย 4 องค์- ประกอบ คือ

1.1 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยมีการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานทุกระดับ ตั้งแต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรผู้รับ ผิดชอบงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการ การจัดระบบการ ให้คำปรึกษา การสอนงานด้วยระบบพี่สอนน้อง ดังตาราง ที่ 1

1.2 การพัฒนาระบบการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยมีการจัดประชุมเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อร่วมกัน จัดทำแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ได้มาตรฐาน เพิ่ม ความถี่ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ประชาสัมพันธ์ การใช้การปฐมพยาบาลทางจิตในชุมชน (3ส) ดังตาราง ที่ 1

1.3 การส่งเสริมภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแล ป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย โดยจัดตั้งเครือข่ายการ

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์

องค์ประกอบ	รูปแบบป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย
1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดตั้งเครือข่ายคณะทำงาน 2. จัดประชุมวิชาการกับเครือข่าย 3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เครือข่ายคณะทำงาน 4. อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.เชี่ยวชาญ) 5. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6. จัดตั้งทีมพี่เลี้ยง
2. การพัฒนาระบบการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแนวทางการค้นหาหากกลุ่มเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย 2. จัดทำระบบการค้นหาหากกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมประชาชนโดยเพิ่มการคัดกรองเพิ่มเติมใน กลุ่มวัยรุ่น และวัยทำงาน 3. เฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยประชาสัมพันธ์ การใช้การปฐมพยาบาลทางจิต 3ส 3ส

การขับเคลื่อนรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์ (ต่อ)

องค์ประกอบ	รูปแบบป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย
3. การส่งเสริมภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม	1. จัดตั้งเครือข่ายในชุมชน 2. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่าย 3. สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนร่วมกัน 5. จัดทำระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน 6. อบรมพัฒนาศักยภาพครอบครัวกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
4. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร	1. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาพจิตในระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล 2. พัฒนาระบบการรายงานข้อมูล 3. จัดประชุมชี้แจงการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง 4. สร้างกลุ่มไลน์เพื่อรับส่งข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย 5. กำหนดช่องทางคืนข้อมูล

ดำเนินงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน จัดอบรมให้ความรู้แก่เครือข่ายในชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพของเครือข่ายในการดำเนินงานพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่ายชุมชนกับหน่วยบริการ ดังตารางที่ 1

1.4 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร โดยจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาพจิตในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ดังตารางที่ 1

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย

1. จากการนำรูปแบบป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 76.92 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 17.95 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 5.13 โดยพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่มีแนวโน้มจะพยายามฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 97.44 และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย ร้อยละ 2.56 และไม่พบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

2. การประเมินผลเชิงคุณภาพด้านประโยชน์และคุณค่าของรูปแบบ หลังการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกัน

การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า รูปแบบในการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในการศึกษาคั้งนี้ ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดี บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้พยายามฆ่าตัวตาย สามารถสังเกตสัญญาณเตือนการพยายามฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ คนในชุมชนเข้าใจเห็นใจผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวให้ความสำคัญกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดแกนนำสุขภาพจิตในชุมชนที่มีสามารถในการสอดส่องดูแล ช่วยเหลือประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนและชุมชนสามารถส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อรับการรักษา หน่วยบริการด้านสาธารณสุขมีรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและพยายามฆ่าตัวตายที่ได้มากกว่ามาตรฐานที่กำหนด มีระบบข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์มีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เกิดช่องทางในการประสานงานที่รวดเร็ว มีผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจิตคอยให้ปรึกษาคำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เกิดระบบการดำเนินงานที่ชัดเจน เกิดระบบพี่สอนน้องในการให้ปรึกษาคำแนะนำ

3. จุดเด่นของรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจังหวัดอุดรดิตถ์ คือ การดำเนินงานที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน เนื่องจากผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังจากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัวในชุมชน การที่ครอบครัวเห็นความสำคัญของการดูแลเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย เข้าใจเห็นใจผู้พยายามฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง มองเห็นคุณค่าในตนเอง เห็นความสำคัญของตนเองและไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง เช่นเดียวกันกับการที่ชุมชนมีความเข้าใจเห็นใจผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน ให้ความสำคัญกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือ ไม่ตอกย้ำความผิดพลาด ไม่นินทาว่าร้าย สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ลดความคิดฆ่าตัวตาย จุดเด่นอีกประเด็น คือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากบุคลากรถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ หากบุคลากรมีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมกับงานที่จะส่งผลให้งานที่ทำมีโอกาสประสบความสำเร็จอย่างมาก ในการศึกษาครั้งนี้มีการพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้า ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายในชุมชน การคัดกรองโรคซึมเศร้า เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดประชาชนในชุมชนมากที่สุดเกี่ยวกับศักยภาพในการใช้เครื่องมือในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพิ่มทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว เทคนิคการติดตามเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำในชุมชน และที่สำคัญคือมีการจัดระบบให้คำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตแบบพี่สอนน้อง สร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้เป็นอย่างมาก

การขยายผลเพื่อการขับเคลื่อนรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยได้จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ เครือข่ายดำเนินงานด้านสุขภาพจิต และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากทุกอำเภอ ทั้งนี้ อำเภอลับแลได้นำรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไปใช้ในพื้นที่ โดยดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย (1) อบรมแนวทางการใช้คู่มือการดำเนินงานป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำแก่คณะทำงานสุขภาพจิตอำเภอลับแล จำนวน 16 คน (ประกอบด้วยผู้บริหารโรงพยาบาลลับแล 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลลับแล 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของเทศบาลตำบลศรีพนมมาศ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลับแล 1 คน) (2) การเสริมสร้างความรู้ในเฝ้าระวังและการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำแก่สมาชิกครอบครัวผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 18 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 15 คน และ (3) เฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอลับแล จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 8 คน สรุปและประเมินผลทุก 3 เดือน ใช้ระยะเวลานาน 9 เดือน

ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไปใช้ในอำเภอลับแล พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 76.92 ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 97.44 และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย และในปี พ.ศ. 2563 ไม่พบผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

วิจารณ์

การวิจัยนี้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคม จุดเด่นของรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์ คือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน เนื่องจากผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จหลังจากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องกลับไปดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน การที่ครอบครัวและชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย ด้วยความเข้าใจและเห็นใจผู้พยายามฆ่าตัวตาย คอยช่วยเหลือดูแล ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีสุขภาพจิตดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง รวมทั้งมองเห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเองต่อครอบครัวและสังคม ส่งผลให้ไม่มีความคิดทำร้ายตนเองและลดความคิดฆ่าตัวตาย⁽⁹⁾ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากบุคลากรถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ หากบุคลากรมีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน จะส่งผลให้งานประสบความสำเร็จด้วยดี การวิจัยนี้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้การป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายให้กับบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลในชุมชน ได้แก่ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นบุคลากรด่านแรกในการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนที่ทำหน้าที่คัดกรองโรคซึมเศร้า เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา (2) บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดประชาชนในชุมชนมากที่สุด สามารถสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้เป็นอย่างมาก⁽¹⁰⁾

ผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอเมืองและอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ผู้พยายามฆ่า

ตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน และไม่พบผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของอีรฟงษ์ ธงหิมะ⁽¹¹⁾ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความหวังและการเชื่อมโยงกับสังคมของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยสัดส่วนของกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายมีน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยนี้พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จที่ได้รับการดูแลจากเครือข่ายดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต บุคคลในครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนควบคู่ไปกับองค์ประกอบที่ 4 ของรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์อันพึงประสงค์ของการดูแลร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต บุคคลในครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถร่วมกันป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำ ทั้งนี้ การบูรณาการการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชนจึงเป็นกระบวนการสำคัญและจำเป็นที่ควรดำเนินไปควบคู่กับการบำบัดรักษาในสถานบริการ โดยเฉพาะการบำบัดจิตเชิงรุกในชุมชนซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำของผู้พยายามฆ่าตัวตาย⁽⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์ สามารถสร้าง

กระบวนการเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายจากเครือข่ายดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต บุคคลในครอบครัวและชุมชน อาสาสมัคร-สาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรขยายรูปแบบสู่พื้นที่อื่นๆ ในจังหวัดอุดรดิตถ์ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพใกล้เคียงที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

1.2 ควรประยุกต์กรอบแนวคิดบทบาทหน้าที่ของทีมงานทำงานสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่มีความสำคัญ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่พัฒนาได้ไปศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบในบริบทที่แตกต่างกัน

2.2 ควรมีการศึกษาถึงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการวิจัยพบว่าครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำของกลุ่มเสี่ยงพยายามฆ่าตัวตาย

2.3 ควรวิจัยประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุดรดิตถ์ ในระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้พยายามฆ่าตัวตายเครือข่ายดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต บุคคลในครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขและความคงอยู่ของกิจกรรมเนื่องจากปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนละเอียดอ่อนและต้องอาศัยความต่อเนื่องในการดำเนินการ จึงจะได้ผลในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญที่สละเวลาในการตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่อง การวิจัยนี้ ขอขอบคุณ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ คณะทำงานด้านสุขภาพจิตของจังหวัดอุดรดิตถ์ ตลอดจนบุคคลต่างๆ ที่ให้ความช่วยเหลืออีกมากที่ผู้วิจัย

ไม่สามารถกล่าวนามได้หมด ณ ที่นี้ ที่มอบความกรุณาและความปรารถนาดี จึงขอขอบคุณไว้ในโอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. March P, Schiebel DA. Substance abuse and suicide. CINAHL Nursing Guide. Ipswich, MA: EBSCO Publishing; 2017.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. กรมสุขภาพจิต. ปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2287>
4. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2561, นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2561.
5. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ. รายงานการสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2561.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561. อุดรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์; 2561.
7. เชิญขวัญ ภูขมงค์. การศึกษาสภาพปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัญญาณก่อนการฆ่าตัวตายเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพชร; 2554.
8. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2005. p. 559-603.
9. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรารามธิบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553

10. สุพัตรา สุขาวท, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัจจัยเสี่ยงและ
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวน
วรรณกรรมเชิงลึก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
2560;62(4):359-78.
11. อีรพงษ์ ธงหิมะ. ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัว
ตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน. วารสารการ-
พยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2562;20(2):105-
18.

Abstract: Driving the Development of Repeated Suicide Prevention Model on Suicide Attempters in Uttaradit Province, Thailand

Kasame Tungkasamesamran, M.D, M.Sc. (H.Econ), M.P.H. (HSMP)

Uttaradit Provincial Public Health Office, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(4):638-47.

The objective of this research was to develop a model for preventing repeated suicide attempts in Uttaradit Province. The combined data collection consisted of 3 steps: (1) the study of factors affecting repeated suicide attempts, (2) the development of a model and model testing in Muang district, and (3) the model evaluation. The model was driven to expand the development of suicide prevention model in Laplae district. The samples consisted of repeated suicide attempters and their family members, district mental health working group and public health volunteers. The research instrument was a screening form for depression, suicide risk assessment form, and an operational manual for preventing repeated suicide attempts. Data were analyzed with descriptive statistics and content analysis. The results showed 4 sides in preventing repeated suicide attempts in attempters: (1) personnel development, (2) risk group screening system development, (3) suicidal prevention participatory networking support, and (4) data system development. The prevention model execution resulted in the decline of depression and suicide risk in suicide attempters and the absence of new suicide attempters. Additionally, the qualitative evaluation of the model revealed that the family members had paid more attention to find the solution of suicide in their family members. In addition, the community had participated in suicidal prevention with standardized model and well working relation within the networks.

Keywords: prevention model; suicide; suicide attempter

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

รูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

วันรับ:	17 ก.พ. 2565
วันแก้ไข:	15 มิ.ย. 2565
วันตอบรับ:	25 มิ.ย. 2565

รุ่งเรือง กิจผาติ พ.บ., FETP.*

จุฬารัตน์ ทั่วประเทศ พย.บ., วท.ม., ค.ด.*

ขวัญชัย นุชกลาง ภ.บ.**

รุ่งเรือง แสนโกษา พย.บ., น.บ., ศศ.ม.(รัฐศาสตร์), รป.ด.**

*สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี ระยะที่ 1 ใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างชุมชนเสมือนจริงและขยายผลในกลุ่มเป้าหมาย 750 คน แล้ววิเคราะห์เนื้อหาสร้างสมมติฐานเชิงปฏิบัติการ ระยะที่ 2 สืบหาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างสมาชิกชุมชนเสมือนจริงฯ มีกลุ่มตัวอย่าง 254 คน เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ และระยะที่ 3 ประเมินยืนยันและสร้างรูปแบบการพัฒนาระบบ เฝ้าระวังฯ ที่เหมาะสม ผลการวิจัย พบว่า ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.65 ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ได้แก่ ปัจจัยด้านการสื่อสารสาธารณะ ด้านการมีส่วนร่วมกับมาตรการของภาครัฐ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านความคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับ และด้านความพร้อมการตอบโต้สถานการณ์โรคระบาดของหน่วยบริการสุขภาพ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวแปร มีค่าถดถอยพหุคูณ เท่ากับ 0.787 สามารถร่วมกันพยากรณ์ ความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ได้ร้อยละ 60.9 ($R^2=0.609$, $F=194.641$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผลตรวจสอบยืนยันรูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ที่เหมาะสมจากข้อค้นพบการวิจัย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ (1) องค์ประกอบความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ มี 5 องค์ประกอบหลัก 35 องค์ประกอบย่อย และ (2) องค์ประกอบปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ มี 5 องค์ประกอบหลัก 42 องค์ประกอบย่อย โดยองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนามีความเหมาะสมเป็นไปได้อยู่ในระดับสูง สามารถนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเตรียมความพร้อมพัฒนาศักยภาพ และสร้างความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในวิถีปกติใหม่ของประเทศไทย

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา; ระบบเฝ้าระวัง; การป้องกันควบคุมโรค COVID-19; คุ้มครองสิทธิประชาชน; ชุมชนเสมือนจริง; เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ

บทนำ

โรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดใหม่ของโลก เกิดจากไวรัสสายพันธุ์ที่ติดต่อกันจากสัตว์สู่คน เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิดอาการติดเชื้อทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลันรุนแรง (Severe acute respiratory syndrome) โรคไวรัสโคโรนาหลายสายพันธุ์ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจตั้งแต่โรคหวัดธรรมดาจนถึงโรคที่มีอาการรุนแรง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ที่ค้นพบล่าสุดเกิดการระบาดของโรคทั่วทุกภูมิภาคของโลก และโรคนี้สามารถแพร่จากคนสู่คนผ่านทางสารคัดหลั่งจากจมูกหรือปากซึ่งออกมาจากผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ไอ จามหรือพูด ละอองเหล่านี้ค่อนข้างหนัก สามารถแพร่กระจายตัวได้ในระยะอย่างน้อย 1 เมตร และจะตกลงสู่พื้นอย่างรวดเร็ว การรับเชื้อโรคโควิด 19 ได้จากการหายใจเอาละอองเข้าไปจากผู้ป่วย เป็นภาวะที่มีการระบาดไปทั่วโลก (pandemic coronavirus)⁽¹⁾ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและอีกหลาย ๆ ประเทศตั้งแต่ เริ่มต้นการระบาดที่ประเทศจีน มาจนถึงปัจจุบัน⁽²⁾ และมีรายงานสถานการณ์จากหลาย ๆ ประเทศที่มีผู้ติดเชื้อ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว⁽³⁾ การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ครั้งแรกในประเทศไทย เริ่มตั้งแต่มกราคม พ.ศ. 2563 จากนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีน ซึ่งเดินทางมากรุงเทพมหานคร โดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และพบอัตราการติดเชื้อและแพร่ระบาดในประเทศไทย ตั้งแต่ช่วงต้นเดือนเมษายน 2563 จำนวน 2,369 คน มีผู้เสียชีวิต 30 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้นและแพร่ระบาดในวงกว้างไปยังภาคและจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศ⁽⁴⁾ และจากสถิติการระบาดและจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในช่วงเวลานั้น ประเทศไทย มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลกรองจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน⁽⁵⁾

ปัจจุบัน ประเทศไทยยังคงมาตรการเข้มข้นในกระบวนการคัดกรองและกักกันบุคคลที่เดินทางเข้ามาในประเทศ และมีมาตรการการสื่อสารความเสี่ยงกับ

ประชาชนหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่ผู้คนพลุกพล่านหรืออยู่ในสถานที่ที่การระบายอากาศเป็นระบบปิด เช่น อยู่ในห้องประชุม ศูนย์แสดงสินค้า ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ เป็นต้น หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ให้สแกนคิวอาร์โค้ด “ไทยชนะ” ทุกครั้งที่เข้า-ออกสถานที่ ใช้หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา และรักษาระยะห่างไม่น้อยกว่า 1 - 2 เมตร และใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด ประชาชนร่วมกันเฝ้าระวังอาการไข้ และอาการระบบทางเดินหายใจของคนในพื้นที่ รวมถึงคนต่างด้าว ที่เพิ่งเข้ามาอยู่ในชุมชน ได้แก่ แรงงานต่างด้าว นักท่องเที่ยว เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์โรคโควิด 19 ดังกล่าวข้างต้น ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ได้มีการคาดการณ์ว่าอาจเกิดการระบาดของเชื้อไวรัสในรอบที่ 2 ซึ่งจะทำให้เกิดความรุนแรงที่ทวีคูณหรือรุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของการระบาดไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ระบบการแพทย์และสาธารณสุข แต่ยังส่งผลกระทบต่อไปยังวิถีชีวิตความเป็นอยู่ประชาชน และเศรษฐกิจทั้งในระดับมหภาคและจุลภาคของประเทศ การระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกแรกนั้น ได้ส่งผลให้เกิดบทเรียนเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรค อย่างมากต่อสังคมไทย ถึงแม้ว่าจะเจอปัญหาและอุปสรรคในช่วงแรก แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาดังกล่าวนั้นก็คลี่คลายไปด้วยดีโดยระบบและกลไกต่าง ๆ ของสังคมไทย ความสำเร็จของการควบคุมโรคโควิด 19 ในระยะแรกนั้น ได้แสดงให้เห็นถึงข้อมูลสถานการณ์ความพร้อมของระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการ นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์เพื่อการควบคุมป้องกันโรคและการแพทย์ ทั่วโลกทางสังคมเพื่อการป้องกันโรค โดยแสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของระบบ และกลไกการป้องกันควบคุมโรคในสังคมและในชุมชน⁽⁶⁾ จนเกิดความสำเร็จในการควบคุมโรคโควิด 19 ของประเทศไทยในช่วงของการระบาดระลอกแรกที่ผ่านมา ซึ่งมีหลายจังหวัดสามารถบริหารจัดการ และควบคุมโรคในพื้นที่ได้เป็นอย่างดีภายใต้กลไกการจัดการที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บัญชาการสถานการณ์ในภาวะฉุกเฉิน และการกำหนดแนวทางการ

ดำเนินงานภายใต้รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่าหลายจังหวัดที่ไม่พบการรายงานผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยในพื้นที่หลายจังหวัดเป็นพื้นที่ที่ระบาดแต่สามารถควบคุมโรคได้ หลายจังหวัดเป็นพื้นที่ที่ถูกกำหนดให้เป็นสถานที่กักกันรัฐ (state quarantine) และหลายจังหวัดมีพื้นที่เชื่อมต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน และสามารถป้องกันควบคุมโรคได้ จากความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ของจังหวัดต่างๆ เช่น จังหวัดมหาสารคามสามารถเป็นพื้นที่ที่สามารถบริหารจัดการ ป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ไม่พบการรายงานผู้ติดเชื้อ และไม่พบการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่จังหวัด หรือไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นสามารถควบคุมสถานการณ์ในภาวะฉุกเฉิน ไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ดังกล่าวจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและน่าสนใจ

อย่างไรก็ตามแต่ละประเทศเร่งการวิจัยเพื่อหาวิธีรับมือกับการระบาดของโรค จึงมีการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง ที่พยายามคิดหากลยุทธ์เพื่อป้องกัน ควบคุมและเฝ้าระวังโรค รวมถึงแก้ไขปัญหาคู่ที่ประสบผลกระทบจากการระบาดของไวรัส ดังนั้นเพื่อให้เกิดการสังเคราะห์องค์ความรู้จากประสบการณ์ องค์ประกอบ กระบวนการปัญหาอุปสรรค การดำเนินงาน การรับมือกับการระบาดของโรคโควิด 19 และการถอดบทเรียนความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 รวมถึงการสร้างรูปแบบหรือตัวแบบจำลองความคิด (Model) อนาคตภาพของชุมชนไทย ในวิถีปกติใหม่ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะจัดทำ “โครงการวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชน ในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม” แล้วนำข้อค้นพบจากผลการวิจัยเพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายระบบการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชน ในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ และขยายผลหรือนำไปใช้ในพื้นที่จังหวัดอื่นๆ ต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชน ในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นต้นแบบจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการสร้างความเข้มแข็งระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research) โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) มีวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีวิทยาที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามแหล่งข้อมูล กำหนดระเบียบวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ บุคลากรภาครัฐอื่น ผู้แทนองค์กรชุมชน และภาคประชาชน ที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชน ทั้งระดับจังหวัด อำเภอและตำบล เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจงสร้างชุมชนเสมือนจริงโดยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประยุกต์ใช้เทคนิคการสร้างอนาคตร่วมกัน (future search conference - FSC)⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ที่ 1 สร้างเป็นวิทยากรครู ก ชุมชนเสมือนจริง จำนวน 60 คน กลุ่มที่ 2 สร้างเครือข่ายชุมชนเสมือนจริง จำนวน 690 คน เป็นกลุ่ม ครู ข สมาชิกชุมชนเสมือนจริง เพื่อดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ และขยายผลในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ทั้ง 13 อำเภอ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การบันทึกเสียง บันทึกภาพ บันทึกการประชุม แบบบันทึกและการสังเกต ตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูลแบบสามเส้า (methodological triangulation)⁽⁸⁾ ทั้งด้านข้อมูล ด้านทฤษฎี และด้านผู้วิจัย แล้วจัดกลุ่มจำแนกชนิดข้อมูล (typological analysis) วิเคราะห์เนื้อหา (content anal-

ysis) อธิบาย และการตีความ (interpretation) สร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (analytic induction)⁽⁹⁾ จากรูปธรรม/ปรากฏการณ์ที่มองเห็นและเปรียบเทียบข้อมูล (constant comparison) กับกรอบแนวคิดการวิจัยแล้วสร้างสมมติฐานเชิงปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 เป็นวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาในประชากรสมาชิกชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 750 คน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซ์และมอร์แกน⁽¹⁰⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 254 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองบนพื้นฐานของความรู้จากตำราเอกสารวิชาการ และจากผลการวิจัย ระยะที่ 1 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5⁽¹¹⁾ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) กับสมาชิกชุมชนเสมือนจริงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ในระดับที่ยอมรับได้⁽¹²⁾ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐาน ใช้ค่า Pearson product correlation coefficient: r และค่า multiple linear regression analysis: R) กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แล้วสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงฯ

ระยะที่ 3 ประเมินผลยืนยันและสร้างรูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงฯ โดยกลุ่มเป้าหมายผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน เพื่อ

ประเมินผลตรวจสอบยืนยัน ความเหมาะสมของร่างรูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงฯ เลือกองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 - 5.00 อยู่ในระดับมากขึ้นไปถือว่ามีความเหมาะสมเป็นไปได้⁽¹³⁾ แล้วนำผลตรวจสอบยืนยัน และข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไข สร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ผลการศึกษา

1. ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริง ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ในกลุ่มเป้าหมาย โดยกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการและประยุกต์ใช้การสร้างอนาคตร่วมกัน (future search conference - FSC) เพื่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริง ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับหลายประเด็น ได้แก่

1.1 ผลการดำเนินงานการถอดบทเรียนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และความสำเร็จการเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่จังหวัดในช่วงที่ผ่านมา การดำเนินงานเฝ้าระวังต้องดำเนินการตั้งแต่ระดับรายบุคคลและครัวเรือน โดยตัวบุคคลและครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชนและคณะกรรมการควบคุมโรคในตำบล และระดับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยบุคลากรทางการแพทย์และ

สาธารณสุขให้บริการทุกระดับ และผู้ว่าราชการจังหวัดโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกระดับ ช่วงที่ผ่านมา เกือบทุกจังหวัดในประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยยืนยัน รวมถึงมีผู้ที่มีสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยง/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการและไม่มีอาการมากมาย

1.2 สภาพความเป็นอยู่ปัจจุบันของประชาชนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปมีรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม เป็นชีวิตวิถีใหม่ หรือวิถีปกติใหม่ (new normal) ผลการระดมสมองจินตนาการสร้างอนาคตร่วมกัน ของกลุ่มเป้าหมาย ครั้งนี้ ผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยจัดการรูปแบบการปฏิบัติตัว ปฏิบัติงาน และสื่อสารปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป รวมตัวกันในลักษณะเป็นเครือข่ายจำนวนมาก และมีเทคโนโลยีแบบไร้สายเป็นตัวกลางสื่อสารเนื้อหาด้วยวัตถุประสงค์เดียวกันหรือแตกต่างกัน จนเกิดเป็นชุมชนเสมือนจริง (virtual community) ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องไปพบกันต่อหน้า หรือไม่จำเป็นต้องเดินทางไปหาไม่จำเป็นต้องไปเจอกันในสถานที่ใดที่หนึ่ง เป็นชีวิตวิถีใหม่ที่ต้องสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเสมอ การเว้นระยะห่าง การล้างมือ พกเจลล้างมือ การหลีกเลี่ยงในสถานที่แออัด การหลีกเลี่ยงกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อที่มีอาการหรือไม่มีอาการ มีชุมชนเสมือนจริงที่สามารถสื่อสารเนื้อหาตอบโต้ระหว่างกันได้โดยมีเทคโนโลยีแบบไร้สายเป็นตัวกลาง

1.3 ชุมชนเสมือนจริง ซึ่งเป็นเทคโนโลยีซึ่งเป็นเครือข่ายที่สามารถสื่อสารความเสี่ยง ส่งต่อและให้ข้อมูลย้อนกลับหรือเชื่อมโยงกับสถานการณ์จริง โดยผ่านตัวกลางโซเชียลมีเดียที่ใช้ในชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น มือถือ ไลน์ และเฟซบุ๊ก หรือเว็บแอปแบบ real time แสดงผลบนแดชบอร์ด (dashboard) เกี่ยวกับพื้นที่เสี่ยง/สถานที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง อาการเสี่ยงและแจ้งเตือนสื่อสารความเสี่ยงในชุมชนเสมือนจริง

1.4 ภาพทัศน์อนาคตภาพที่พึงปรารถนาของผู้เกี่ยวข้องทุกคน คือ องค์ประกอบความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงของ

เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์โรคระบาด (2) สมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน (3) การจัดทำโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศชุมชนเสมือนจริงสำหรับสื่อสารแจ้งเตือน ส่งต่อและแสดงผลข้อมูลแบบ real time (4) การตระหนักรู้และความร่วมมือของประชาชน และ (5) ช่องทางการเข้าถึงบริการที่สามารถประเมินคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น

1.5 ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงฯ ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา และ การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง (2) ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด 19 (3) ปัจจัยด้านความคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับ (4) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับมาตรการของภาครัฐ (5) ปัจจัยด้านการสื่อสารสาธารณะ (6) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และ (7) ปัจจัยด้านความพร้อมการตอบโต้สถานการณ์โรคระบาดของหน่วยบริการสุขภาพ

2. ผลการวิเคราะห์ความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ พบว่า ความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย (Mean)=3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)=0.65 ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ที่อยู่ในระดับสูง คือ ด้านการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศชุมชนเสมือนจริงสำหรับสื่อสาร แจ้งเตือน ส่งต่อและแสดงผลข้อมูลแบบ Real time ด้านสมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน และด้านกลไกการบริหารจัดการสถานการณ์โรคระบาด ส่วนความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการตระหนักรู้และความร่วมมือของประชาชน และด้านช่องทางการเข้าถึงบริการที่สามารถประเมินคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น ค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 3.85, 3.79, 3.69, 3.40 และ 3.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.61, 0.59, 0.63,

รูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่โดยชุมชนเสมือนจริง

0.67 และ 0.73 รายละเอียดตามตารางที่ 1

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณจากกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 9 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ (x1) การศึกษา (x2) ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง (x3) ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด 19 (x4) ปัจจัยด้านความคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับ (x5) การมีส่วนร่วมกับมาตรการของภาครัฐ (x6) การสื่อสารสาธารณะ (x7) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (x8) และปัจจัยด้านความพร้อมของเครือข่ายบริการสุขภาพ (x9) กับความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริง (y) โดยตัวแปรในระดับกลุ่ม Norminal scale และอันดับ Ordinal scale จัดกระทำเป็นตัวแปรหุ่น (dummy) และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ด้วยกัน มีค่าระหว่าง 0.125 ถึง 0.675 ซึ่งไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดมีปัญหาความสัมพันธ์กันเองสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ไม่เกินข้อตกลงของการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple linear regression analysis ($r < 0.75$)

ตัวแปรทั้งหมดจึงเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์ stepwise multiple linear regression) โดยพิจารณาตัวแปร ที่จะถูกนำเข้าสมการตามลำดับความสำคัญจนสิ้นสุดกระบวนการตามตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริง มีจำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านการสื่อสารสาธารณะ (x7) ด้านการมีส่วนร่วมกับมาตรการของภาครัฐ (x6) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (x8) ด้านความคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับ (x5) และด้านความพร้อมของเครือข่ายบริการสุขภาพ (x9) โดยปัจจัยเงื่อนไขทั้ง 5 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (R) โดยรวมเท่ากับ 0.787 และมีอำนาจการพยากรณ์ เท่ากับ 0.609 ($R^2 = 0.609$, $F = 194.641$, SE_{est} เท่ากับ ± 0.410 และค่าคงที่ (a) เท่ากับ 0.211 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามตารางที่ 3 พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 สามารถร่วมกันอธิบายหรือทำนายความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 60.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 1 ความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริง ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

องค์ประกอบความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง โดยชุมชนเสมือนจริง	Mean	SD
ด้านกลไกการบริหารจัดการสถานการณ์โรคระบาด	3.69	0.63
ด้านสมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน	3.79	3.59
ด้านการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศชุมชนเสมือนจริง	3.85	0.61
สำหรับสื่อสารแจ้งเตือน ส่งต่อและแสดงผลข้อมูลแบบ real time ด้านการตระหนักรู้และความร่วมมือของประชาชน	3.40	0.67
ด้านช่องทางการเข้าถึงบริการที่สามารถประเมินคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น	3.35	0.73
รวม	3.62	0.65

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบขั้นบันไดของตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรตาม

ตัวแปรพยากรณ์	R	R ²	R ² Adjusted	SEest	R ² change	F	p-value
x7	0.751	0.515	0.51	0.464	0.515	194.641	<0.001*
x7 x6	0.757	0.566	0.529	0.427	0.051	139.347	<0.001*
x7 x6 x8	0.77	0.585	0.542	0.418	0.019	100.612	0.001*
x7 x6 x8 x5	0.781	0.601	0.549	0.413	0.016	79.66	0.004*
x7 x6 x8 x5 x9	0.787	0.609	0.601	0.41	0.008	65.953	0.017*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยแบบขั้นบันได (Stepwise Multiple linear regression) ของตัวแปรพยากรณ์

ตัวแปรพยากรณ์	b	β	t	p-value
ปัจจัยด้านการสื่อสารสาธารณะ	0.215	0.294	4.696	0.000*
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับมาตรการของภาครัฐ	0.283	0.256	4.335	0.000*
ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	0.117	0.125	2.964	0.003*
ปัจจัยด้านความคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับ	0.167	0.148	2.448	0.015*
ปัจจัยด้านความพร้อมการตอบโต้สถานการณ์โรคระบาดของหน่วยบริการสุขภาพ	0.142	0.151	2.363	0.019 *

R=0.787, R²=0.609, F=194.641, SEest=0.410, (a)=0.211, p<0.05

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$y = 0.211 + 0.215$ (ปัจจัยด้านการสื่อสารสาธารณะ) + 0.283 (ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับมาตรการของภาครัฐ) + 0.117 (ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ) + 0.167 (ปัจจัยด้านความคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับ) + 0.142 (ปัจจัยด้านความพร้อมการตอบโต้สถานการณ์โรคระบาดของหน่วยบริการสุขภาพ)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$z = 0.294$ (ปัจจัยด้านการสื่อสารสาธารณะ) + 0.256 (ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับมาตรการของภาครัฐ) + 0.125 (ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ) + 0.148 (ปัจจัยด้านความคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับ) + 0.151 (ปัจจัยด้านความพร้อมการตอบโต้สถานการณ์โรคระบาดของหน่วยบริการสุขภาพ)

4. การประเมินยืนยันและสร้างรูปแบบการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังฯ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการสัมมนา ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน พบว่า รูปแบบการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังฯ มีองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนา ระบบการเฝ้าระวังฯ มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 - 5.00 ถือว่า มีความเหมาะสมเป็นไปได้อยู่ในระดับมากขึ้นไป ได้รับการประเมินและปรับปรุงสำเร็จ สามารถนำไปสร้าง ต้นแบบจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบการพัฒนา ระบบการเฝ้าระวังฯ ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และ คุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่ โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพ ปทุมธานี นำไปขยายผลสู่การปฏิบัติในจังหวัดและเขตสุขภาพ เป็นต้นแบบเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเตรียมความพร้อมพัฒนา ศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งแก่เครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีของประเทศไทย

วิจารณ์

1. จากการศึกษา รูปแบบการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังครั้งนี้ เริ่มต้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างวิทยากรครู ก ชุมชนเสมือนจริง ได้วิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน อนาคต โดยแบ่งการวิเคราะห์ในฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ฐานการเฝ้าระวัง (กลุ่มประชากรเสี่ยง/สถานที่เสี่ยง/พื้นที่เสี่ยง) การแจ้งเตือน การป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ข้อมูลการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อให้ความรู้และสร้างความรอบรู้แก่ประชาชน มาตรการภาครัฐต่างๆ การคุ้มครองสิทธิประชาชน และฐานการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบข้อสรุปผลวิเคราะห์การสร้างอนาคตร่วมกันที่พึงปรารถนาและองค์ประกอบความสำเร็จการเฝ้าระวังฯ มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับชุมชนเสมือนจริง (virtual community) สมาชิกชุมชนเสมือนจริง เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในแต่ละพื้นที่ มีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะหน้า การปรับตัวให้อยู่ในสภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนเดิม คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์โรคระบาดที่ต้องปรับเปลี่ยนการทำงานทั้งในองค์กรและในชุมชนพื้นที่ สภาพความเป็นอยู่ปัจจุบันของประชาชนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม เป็นชีวิตวิถีใหม่ หรือวิถีปกติใหม่ (new normal) การปฏิบัติตัวและการปฏิบัติงาน องค์ประกอบความสำเร็จของการเฝ้าระวังฯ ที่ค้นพบมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กลไกการบริหารจัดการสถานการณ์ โรคระบาด (2) สมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน (3) การจัดทำโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศชุมชนเสมือนจริงสำหรับสื่อสารแจ้งเตือน ส่งต่อและแสดงผลข้อมูลแบบ real time (4) การตระหนักรู้และความร่วมมือของประชาชน และ (5) ช่องทางการเข้าถึงบริการที่สามารถประเมินคัดกรอง โดยมี ครู ข ชุมชนเสมือนจริงเป็นกลไกหลักในการขยายผลความสำเร็จการพัฒนา

ระบบเฝ้าระวังฯ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรูปแบบการปฏิบัติตัวและปฏิบัติงานหรือการดำเนินชีวิตในวิถีปกติใหม่ ทั้งในระหว่างองค์กรด้านสุขภาพทุกระดับและในชุมชนที่มีการเปลี่ยนแปลงไป การสื่อสารปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป หรือรวมตัวกันจะมีลักษณะเป็นเครือข่ายใช้เทคโนโลยีสารสนเทศหรืออินเทอร์เน็ตแบบไร้สายเป็นตัวกลางสื่อสารกันมากขึ้น ครู ข ชุมชนเสมือนจริงได้สร้างอนาคตภาพการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังฯ โดยชุมชนเสมือนจริง เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยสื่อสารส่งข้อความการทำงานในชุมชนพื้นที่ ควบคู่กับมาตรการป้องกันและควบคุมโรคในวิถีปกติใหม่ โดยเฉพาะกิจกรรมของ อสม. เคาะประตูบ้าน ได้ใช้ชุมชนเสมือนจริง ซึ่งเป็นแอปพลิเคชัน ผ่านไลน์ และเฟซบุ๊กบันทึกและรายงานข้อมูลส่งให้เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ นอกจากนี้ อสม.และชุมชนเสมือนจริงยังเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับตัวบ่งชี้ความสำเร็จของการเฝ้าระวังฯ สิ่งเหล่านี้นำไปสู่ระบบการเฝ้าระวังป้องกันและการควบคุมโรคโควิด 19 ที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการวิจัยของธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิทธิธรรม⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ช่วงปลายปี 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางสังคม และส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นจำนวนมาก และทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ปัญหาด้านสังคมซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เริ่มพบมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคมหรือแม่กระทั่งผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ล้วนได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นี้ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงได้สังเคราะห์ประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนช่วงการแพร่ระบาด ทั้งหมด 9 ด้าน คือ (1) ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชน โดย

ให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาความเดือดร้อน (2) ด้านการพัฒนาสาธารณสุข จัดทีมเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (3) ด้านเศรษฐกิจและสังคมต่อประชาชนในวงกว้าง ดำเนินมาตรการช่วยเหลือด้านปัจจัยสี่ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนอย่างเร่งด่วน การจ่ายเงินสงเคราะห์ซึ่งไม่ใช่เงินเยียวยา (4) ด้านการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักและมาตรการเสริมสำหรับพื้นที่ ใช้มาตรการการควบคุมกิจกรรมดำเนินงาน เศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต (5) ด้านมาตรการเชิงรุกในการเฝ้าระวังและป้องกันกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ใช้มาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค (6) ด้านการกำกับติดตามมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (7) ด้านมาตรการการป้องกันผลกระทบ COVID-19 ในภาวะสังคมไทย (8) ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด 19 และ (9) ด้านพฤติกรรมวิถีปกติใหม่ มาตรฐานวิถีชีวิตใหม่หลังโควิด 19 โดยต้องมีการดึงประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันโรค ซึ่งการมีส่วนร่วมในชุมชนลักษณะเดียวกับที่ อสม. ปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของ อสม. โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งมุ่งเน้นให้ อสม. มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อให้การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม. มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น⁽¹⁵⁾ และสอดคล้องกับการวิจัยของจกส. ดุ้ยเจริญ และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า แนวคิดของการดูแลสุขภาพเบื้องต้นจะต้องใช้ให้สอดคล้องกับบริบทสุขภาพในปัจจุบัน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลประชาชนในชุมชนจึงเป็นประเด็นสำคัญของวิธีการชะลอการแพร่กระจายของโรคและเพื่อ

ป้องกันการแพร่ระบาดที่เลวร้ายลงและในที่สุดก็หยุดการแพร่กระจายของไวรัสในระบบสุขภาพเบื้องต้น ส่งผลให้เกิดการสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

2. การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชน โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคามสามารถอภิปรายได้ดังนี้ การดำเนินการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศของชุมชนเสมือนจริง สร้างเป็นแอปพลิเคชันและแพลตฟอร์ม (application & platform) ดิจิทัล นำไปใช้งานผ่านระบบมือถือ (smart phone) ทั้งระบบแอนดรอย (Android) และ Ios ผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ (Line) และเฟซบุ๊ก (Facebook) ผ่านอินเทอร์เน็ต เป็นตัวกลางสื่อสารในแอปพลิเคชันไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) และเว็บแอป กับสถานการณ์ในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 ระลอกใหม่ และได้ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของระบบการเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันและแพลตฟอร์มดิจิทัล บนมือถือของกลุ่มประชาชนที่เดินทางเข้ามาและอยู่ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม สอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนา ปัญญาธร และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า ชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรด้านสุขภาพให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากขึ้นทั้งด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยเหมือนการสวมเสื้อผ้า รับประทานอาหารสุกใหม่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนเพียงพอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค ลดการปฏิสัมพันธ์ เน้นทำกิจกรรมที่บ้านมากขึ้น ใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารและการใช้ชีวิต และดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้อากาศถ่ายเทสะดวก ด้านการทำงานมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด ทั้งในเรื่องการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคมและการป้องกันการนำโรคสู่บ้าน และจากผลการจัดกิจกรรมการขยายผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชน โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในชุมชน/หมู่บ้าน จังหวัดมหาสารคาม อภิปรายได้ว่า การนำแอป-

พลีเคชั่น MSK Fight COVID 19 ไปใช้ในการขยายผล โดยครู ข ชุมชนเสมือนจริง ไปสู่ชุมชนโดยผ่าน อสม. ที่เข้ามาอบรมนั้น ทำให้มีผู้ใช้งานระบบเพิ่มขึ้น และสามารถคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนให้ความสนใจในการเรียนรู้และส่งข้อมูลให้อสม. ในการติดตาม แนะนำผู้เดินทางทุกคนบันทึกข้อมูลผ่านระบบทุกคน พร้อมทั้งต้องรายงานพฤติกรรมเสี่ยงตามความเป็นจริง เฝ้าระวัง สังเกตอาการและรายงานผลให้อสม. ใกล้บ้านทราบ สามารถรายงานผลรวมทั้งสถานการณ์ได้อย่างถูกต้องครอบคลุมทันเวลา รวมทั้งผู้ที่เดินทางมาในพื้นที่หรือกลุ่มเสี่ยงเกิดความประทับใจในการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการเช่นนี้สอดคล้องกับบทความของออร์ทัย กักผล และฉัตรระวีปริสุทธิญาณ⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน (connect with people) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการหรือจัดบริการสาธารณะใดก็ตาม หากประชาชนรู้สึกว่ามีได้เป็นเพียงผู้รับบริการ แต่รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นเจ้าของท้องถิ่นนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือเรื่องต่างๆ ที่ตนรู้สึกว่ามีเกี่ยวข้องกับ และการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยให้การจัดการปัญหาหรือการดำเนินงานต่างๆ ประสบความสำเร็จ และเป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนให้โครงการมีความยั่งยืน และในบางอำเภอมีการบูรณาการงานร่วมกับ อสม. เคาะประตูบ้านต้านโรคโควิด 19 ตามนโยบาย health volunteer rapid response team (HVRRT) อีกทั้งยังมีการจัดประกวด One page ผลงานครู ข ชุมชนเสมือนจริงกับการเฝ้าระวังโรคโควิด 19 เชิงรุก ช่วงเทศกาลสงกรานต์ โดยใช้แอปพลิเคชัน MSK Covid 19 Fight เพื่อเป็นการกระตุ้นในการใช้งานแอปพลิเคชันให้มากขึ้น จากการจัดประกวดเช่นนี้เพื่อเสริมพลังและเกิดความพึงพอใจในการดำเนินงาน และส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์การ ซึ่งกล่าวถึงในบทความของชลธิชา และคณะ เรื่องบทบาทของรางวัลในการบริหารทรัพยากรมนุษย์⁽¹⁹⁾

3. ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของระบบ

การเฝ้าระวังฯ หรือแอปพลิเคชันและแพลตฟอร์มดิจิทัลที่ค้นพบทั้ง 6 ปัจจัย สามารถอธิบายความแปรปรวนหรือการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณของความสำเร็จระบบการเฝ้าระวังฯ โดยรวมได้ร้อยละ 61.50 ($R^2=0.615$, $F=197.640$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แล้วนำมาสร้างรูปแบบการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังฯ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรวิพร โรจนอาษา และคณะ⁽²⁰⁾ ในการดำเนินการ Hotel Isolation นั้นต้องมีการเตรียมความพร้อมประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านสถานที่ ด้านบุคลากร และด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ต่างๆ

4. กระบวนการถอดบทเรียน/เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบและวิธีการขยายผลการใช้ชุมชนเสมือนจริง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 เชิงรุกของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในชุมชน/หมู่บ้าน จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถบริหารจัดการควบคุมโรคในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี เฝ้าระวังจนไม่พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถบริหารจัดการควบคุมโรคในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ทางสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เลือกจังหวัดมหาสารคามในการทดลองระบบการใช้แอปพลิเคชันโดยชุมชนเสมือนจริง เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและคุ้มครองสิทธิประชาชนในช่วงมีการระบาดของโควิด โดยแอปพลิเคชันตัวนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะใช้ในการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมির่วมกับชุมชนซึ่งจะมีความสำคัญและเป็นประโยชน์กับหมอคนหนึ่งและหมอกคนที่สอง มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการชุมชนเสมือนจริงและการสร้างอนาคตร่วมกัน วิทยากรครู ข ให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถใช้แอปพลิเคชันได้อย่างถูกต้อง เพื่อนำไปขยายผลไปยังวิทยากรครู ค อสม. ที่มีความพร้อมด้านสมาร์ตโฟนและการใช้อินเทอร์เน็ตเครือข่ายผู้ใช้งานระบบปฐมภูมิ ประชาชน ชุมชน หมู่บ้าน และผู้เดินทางเข้าพื้นที่ มีการขยายผลแนะนำให้กับหน่วยงานราชการและเอกชน ที่ใช้ข้อมูลกลุ่มผู้เดินทางเข้าพื้นที่จากการบันทึกข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน และนำข้อมูลไป

ใช้เตรียมความพร้อมในการจัดหาสถานที่กักตัวรวมถึง การวางแผนงบประมาณในการช่วยเหลือประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 ในพื้นที่ และมีการประสานงานกับทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานร่วมกัน เช่น โรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และอื่น ๆ ประชาชนได้ใช้ประโยชน์จากแอปพลิเคชันได้อย่างดี มีการกระจายความรู้เรื่องมาตรการการป้องกันหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ได้เรียนรู้จากแอปพลิเคชันออกไปในชุมชนผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ทางออนไลน์ ซึ่งการกระจายข่าวสารทางออนไลน์นี้เป็นการกระจายที่รวดเร็วและส่งต่อได้ง่าย สามารถกระจายไปได้หลากหลายกลุ่ม โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรัตนดา อาจวิชัย และคณะ⁽²¹⁾ ศึกษาผลการใช้สื่อใหม่แบบ digital content ที่มีต่อพฤติกรรมกาเปิดรับสารของวัยรุ่นไทยต่อสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งพบว่า พฤติกรรมกาเปิดรับสารของวัยรุ่นไทยต่อสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์สื่อใหม่แบบ Digital Content ที่มีต่อพฤติกรรมกาเปิดรับสารของวัยรุ่นไทยต่อสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และจากข้อมูลในแอปพลิเคชันทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถวางแผนการจัดเตรียมสถานที่กักตัว การจัดการกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในพื้นที่ รวมถึงการวางแผนด้านงบประมาณ อุปกรณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม การดำเนินการนี้ทำให้เกิดความเป็นระบบมากขึ้นในการคัดกรองในพื้นที่ เนื่องจากการใช้งานแอปพลิเคชัน มีข้อจำกัดในเรื่องของสมาร์ตโฟนและสัญญาณอินเทอร์เน็ตและความสามารถในการใช้งานแอปพลิเคชันที่ต่างกันโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และเนื่องด้วย อสม. ส่วนใหญ่นั้นเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 50 ปีขึ้นไป ดังนั้นต้องอาศัยเวลาในการทำความเข้าใจในการใช้แอปพลิเคชัน สอดคล้องกับงานวิจัยของสารัช สุธาทิพย์กุล และพิทักษ์ ศิริวงศ์⁽²²⁾ กล่าวว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุในการใช้งานสมาร์ตโฟน คือการทำความเข้าใจในการใช้สมาร์ตโฟน เนื่องด้วยความซับซ้อนของตัวระบบของเทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญ จึงอาจ

ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการใช้งานแอปพลิเคชันในบางพื้นที่ สิ่งที่คาดหวังที่อยากให้มีการพัฒนาในอนาคตคือการติดตามผลการใช้งานที่ต่อเนื่อง การให้งบสนับสนุนในการเสริมอินเทอร์เน็ตให้แก่ อสม. และมีการอบรม อสม. เพิ่มเติมมากยิ่งขึ้น เพื่อที่จะให้มีการขยายผลไปในอนาคต ควรพัฒนาแอปพลิเคชันในระบบ Android เนื่องจากเป็นระบบปฏิบัติการของสมาร์ตโฟนที่ผู้ใช้งานในชุมชน/หมู่บ้านใช้งานเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่อยู่ในช่วงเจนเนอเรชั่น Z ที่สามารถปรับตัวในการเรียนรู้แบบใหม่ได้อย่างง่าย โดยเฉพาะบนแพลตฟอร์มออนไลน์ จากผลการศึกษาของ Dushkevych M และคณะ⁽²³⁾ มีการเสนอให้ใช้เป็นระบบบันทึกข้อมูลออนไลน์ในกรณีบุคคลเดินทางเข้าพื้นที่ในรูปแบบบันทึกผ่านระบบเว็บไซต์ และควรรวบรวมแอปพลิเคชันในการใช้งานหรือกรอกข้อมูลให้เป็นแอปพลิเคชันเดียวเพื่อลดการสับสนของผู้ใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิมลอร ตันหัน⁽²⁴⁾ ศึกษาข้อจำกัดสมรรถภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของการใช้งานแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือของผู้สูงอายุ ดังนั้น การออกแบบแอปพลิเคชันสำหรับผู้สูงอายุจึงควรทำตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้น ใช้สีที่ไม่สับสน หรืออาจพัฒนาแอปพลิเคชันที่สามารถใช้เสียงในการสั่งงานก็จะสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

5. การประเมินตรวจสอบยืนยันความเหมาะสมของร่างรูปแบบการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังฯ โดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า องค์ประกอบความสำเร็จการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ ภาพรวม มีค่าระดับความเหมาะสมเฉลี่ย ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มากที่สุดได้แก่ ด้านการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศชุมชนเสมือนจริง (4.62) และมีค่าระดับความเป็นไปได้เฉลี่ยในแต่ละด้านอยู่ในช่วง 3.97-4.35 คะแนน โดยด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุดคือ ด้านการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศชุมชนเสมือนจริง จึงเป็นจุดแข็งที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอด และด้านที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือด้านการตระหนักรู้และความร่วมมือของประชาชนในเครือข่าย

บริการปฐมภูมิ เป็นโอกาสของนักวิจัยพื้นที่ สามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปใช้ในการแก้ปัญหา พัฒนาระบบปฐมภูมิและกลไกการหนุนเสริมทั้งด้านวิชาการ และด้านการทำงานร่วมกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของพัสรินทร์ พันธุ์แน่น และคณะ⁽²⁵⁾ และกลไกการจัดการสุขภาพภาคประชาชนของอุทิศ จิตเงิน และคณะ⁽²⁶⁾ ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกหลักในระดับหมู่บ้านและชุมชนเพื่อให้ชุมชนรับใช้ชุมชนเอง ย่อมเชื่อได้ว่าชุมชน คิดเองทำเองได้หากได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบด้านปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ พบว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับมาตรการภาครัฐมีระดับความเป็นไปอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุดคือ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการระบาดของโรค และด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือปัจจัยด้านความพร้อมการตอบโต้สถานการณ์โรคระบาด และควรมีการดำเนินงานให้ต่อเนื่อง โดยควรมีการขยายผลมากขึ้นทั้งในชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ และที่สำคัญคือสามารถนำแอปพลิเคชัน

MSK Fight COVID-19 ไปเชื่อมโยง Big data เพื่อยกระดับให้แอปพลิเคชันมีประสิทธิภาพมากขึ้น

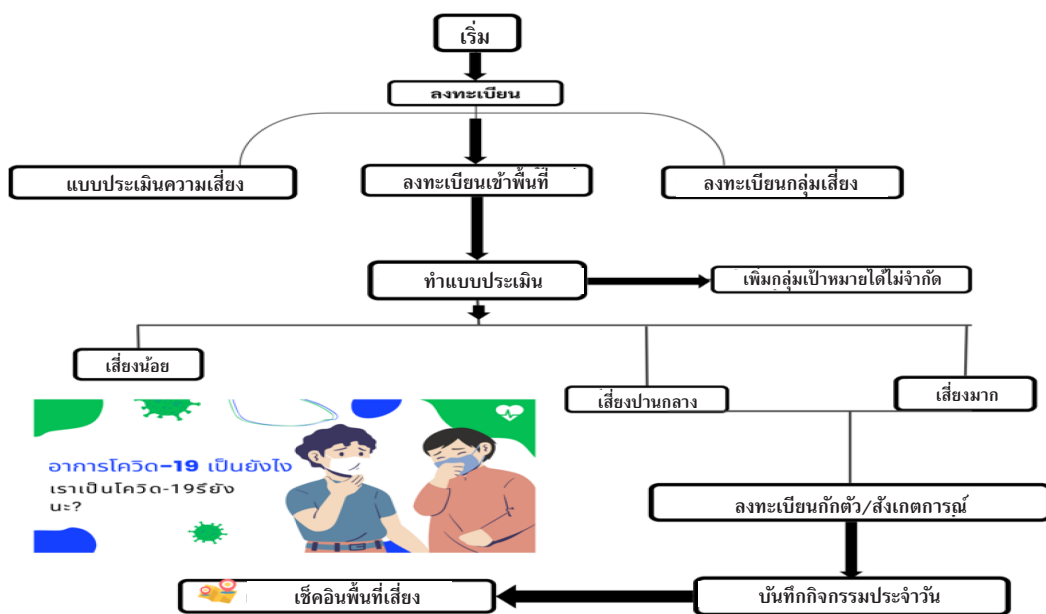
ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1) จากผลการวิจัยสามารถนำไปประกอบหรือเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ หรือแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชน หรือการนำไปใช้ประกอบการกำหนดมาตรการ แนวทางดำเนินงานต่างๆ ของส่วนราชการ หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังอาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณะ เพื่อทำให้ให้คุณภาพชีวิต หรือสุขภาพของประชาชนดีขึ้น (ภาพที่ 1)

1.2) นำข้อค้นพบการวิจัยไปใช้ประโยชน์ประกอบการตัดสินใจวางแผนในการบริหารงานด้านต่างๆ ของผู้บริหาร เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และตลอดเวลา รวมทั้งระลอกใหม่ที่กำลังระบาดในประเทศและแพร่กระจายไปตาม

ภาพที่ 1 การประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างอนาคตร่วมกัน (future search onference - FSC) เพื่อจัดทำโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศ Application: MSK_COVID_FIGHT



พื้นที่จังหวัดต่าง ๆ ทุกระดับในสังคม นอกจากนั้นผู้บริหารยังสามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดเป็นเป้าหมาย ทิศทางกลยุทธ์หรือยุทธวิธี และเนื้อหาสำหรับการวางแผน การบริหารงานในส่วนที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติจากการวิจัยครั้งนี้

2.1) รูปแบบการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังฯ โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ควรมีการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้น และขอบเขตสำหรับผู้ควบคุมระบบและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้ใช้งานระบบจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและที่สำคัญคือมีมือถือและสัญญาณอินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถเข้าใช้งานระบบบนมือถือด้วยตนเอง เพราะผู้ใช้งานระบบสามารถตัดสินใจด้วยความสมัครใจของตนเองและเป็นสิทธิส่วนบุคคล

2.2) ควรมีการเชื่อมต่อแอปพลิเคชัน MSK Fight COVID-19 กับ Big Data ด้านสุขภาพทุกระดับของจังหวัด และขยายแพลตฟอร์มดิจิทัล โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.3) ควรขยายผลให้หน่วยงานอื่นได้เรียนรู้และสามารถนำข้อมูลจากแอปพลิเคชันไปใช้ได้ถูกต้อง โดยไม่ละเมิดสิทธิของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยในชุมชน/หมู่บ้าน และควรศึกษาการพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้ใช้งานที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการทำงานในชุมชนมากขึ้น

2.4) ควรมีการขยายแพลตฟอร์มข้อมูลในแอปพลิเคชัน เกี่ยวกับเรื่องการตรวจสอบการรับวัคซีนโควิด 19 ผลการตรวจ ATK RT-PCR และการรักษาตัวที่บ้าน เพื่อให้สามารถรวมเป็นแอปพลิเคชันเดียวในการใช้งาน ซึ่งอาจทำให้ใช้งานสะดวกได้ง่ายขึ้นสำหรับผู้ใช้งานระบบในอนาคต

2.5) ควรเพิ่มช่องทางให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถแก้ไขข้อมูลในพื้นที่ของตนเอง ในกรณีที่บ้านทึบ ข้อมูลผิดพลาด บ้านทึบข้อมูลซ้ำ หรือประเมินความเสี่ยงใหม่ และควรเพิ่มผลการประเมินความเสี่ยงใน Dashboard เพื่อให้ admin สามารถวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์

ความเสี่ยงเบื้องต้นได้

2.6) ควรขยายผลให้หน่วยงานอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยนำกิจกรรมจากการดำเนินงานในรูปแบบชุมชนเสมือนจริง มาวิเคราะห์ร่วมกับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ที่บูรณาการงานในพื้นที่ร่วมกันและควรพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้บริหารทุกหน่วยงาน องค์กรในการ นำชุมชนเสมือนจริง (Application) ไปใช้โดยการสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงโดยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสัญญาณและค่าใช้จ่ายอินเทอร์เน็ต และควรให้การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ในการทำงานแก่ อสม. ที่ทำงานจิตอาสาในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น สมาร์ทโฟน ค่าบริการอินเทอร์เน็ตเป็นรายเดือน อุปกรณ์การป้องกันต่างๆ เพิ่มมากขึ้น

2.7) ควรบูรณาการการใช้งานระบบปฏิบัติการของรูปแบบการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังฯ โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกับการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว โดยประชาชนหนึ่งคนจะต้องมีหมอประจำตัว 3 คนดูแลซึ่งมีความสอดคล้องกับนโยบายอำนวยความสะดวก และเข้าถึงง่ายของผู้รับบริการสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ได้หากมีการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นระหว่างผู้ควบคุมระบบเพื่อบูรณาการการใช้งานในแอปพลิเคชันและแพลตฟอร์มดิจิทัล ให้มีความคุ้มค่าคุ้มทุนเกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ดังภาพที่ 2)

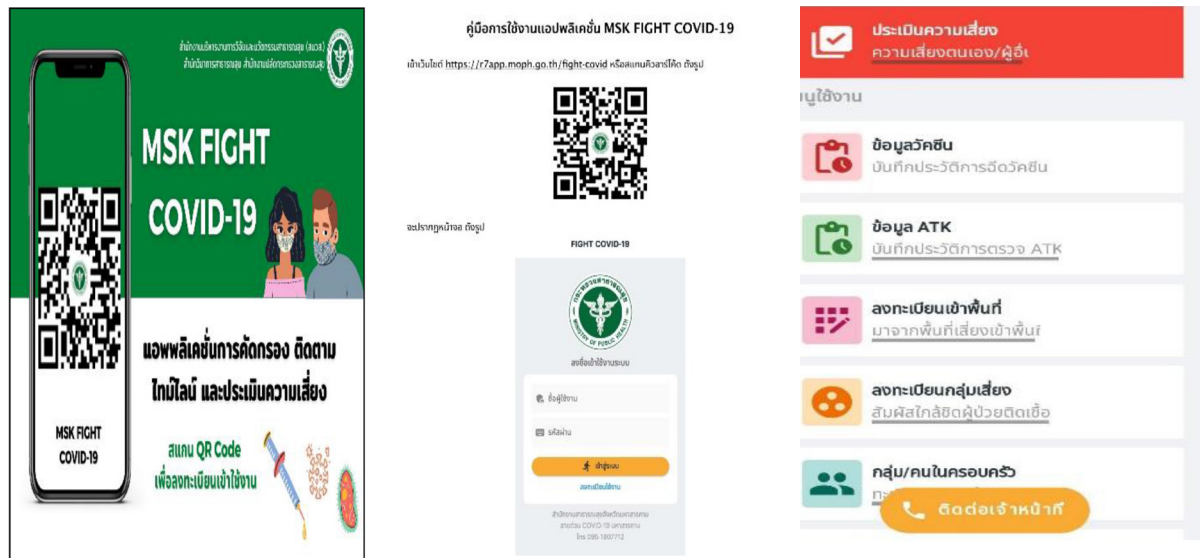
3) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1) ควรศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบชุมชนเสมือนจริง ระบบการเฝ้าระวังฯ โดยชุมชนเสมือนจริงของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือขยายขอบเขตการวิจัย หรือศึกษาในประชากรกลุ่มอื่น ๆ

3.2) ควรศึกษาพัฒนาต่อยอดการใช้ชุมชนเสมือนจริง เพื่อช่วยพัฒนางานบริการสุขภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิในด้านอื่นๆ หรือต่อยอดการใช้ชุมชนเสมือนจริง ในหน่วยบริการทุกระดับ เช่น โรงพยาบาล-ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของ

รูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 และคุ้มครองสิทธิประชาชนในวิถีปกติใหม่โดยชุมชนเสมือนจริง

ภาพที่ 2 นวัตกรรมการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ โดยชุมชนเสมือนจริงหรือ Application Platform 1 Platform ผ่านเว็บไซต์ โดย visualization และ เชื่อมต่อ big data ทุกระดับ ของ MSK Fight COVID-19



โรคโควิด 19 ระลอกใหม่

3.3) ควรศึกษากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพเชิงบูรณาการกับการสร้างอนาคตร่วมกัน โดยประยุกต์ใช้ชุมชนเสมือนจริงในระดับจังหวัด เขตสุขภาพ ระดับประเทศ และเชื่อมต่อกับ Big Data ด้านสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือหน่วยบริการปฐมภูมิกับหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารงานแบบบูรณาการและติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยบริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายโครงการวิจัย และให้ความอนุเคราะห์การดำเนินโครงการวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาล/หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ., เทศบาล และ อบต.) องค์กรภาครัฐในจังหวัด ภาคประชาชน และ

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลรวมทั้ง อสม.หมอครอบครัว ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ บุคลากรสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนทำให้โครงการวิจัยสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO timeline – COVID-19. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 29]. Available from: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline-covid-19.2020>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 29 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://ddc.moph.go.th/uploads/files/10020200330051455.pdf>

4. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
6. กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [อินเทอร์เน็ต] 2564 [สืบค้นเมื่อ 18 ส.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
7. ทวีศักดิ์ นพเกษร. วิฤตสังคัมไทย 2540 กับบทบาทวิทยากรกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อจัดเวทีประชาคม. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อเผชิญปัญหาวิกฤต; 2541.
8. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
9. Denizen NK. The Research Act: a theoretical introduction to sociological methods. Chicago: Aldine; 1970.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น, 2553.
12. รังสรรค์ สิงห์เลิศ. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. มหาสารคาม: สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2551.
13. จุมพล พูลภัทรชีวิน. การปฏิบัติกรวิจัยด้วย EDR. วารสารบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2548;1(2):19-31.
14. ธีระพงษ์ ทศวัฒน์, ปิยะกมล มหิวรรณ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสาร-มหาจุฬานาครทรรศน 2563; 7(9): 40-55
15. ยุทธนา แยกคาย, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. การปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2563; 31(2):269-79.
16. จงกลณี ดุ้ยเจริญ, นิชกานต์ วงษ์ประกอบ, กฤตกร หมั่นสระเกษ, ธิธาร์ตน์ นิ่มกระโทก. การรับมือกับไวรัสโคโรนา COVID-19 ในงานสาธารณสุขมูลฐาน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ-ประสงค์ 2563;4(3):1-20.
17. กาญจนา ปัญญาธร, ศรินรัตน์ นิลภูผาทวีโชติ, ชลการ ทรงศรี, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เสาวลักษณ์ ทาแจ่ม. ชีวิตวิถีใหม่ของคุณการด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38(4):45-53.
18. อรทัย กักผล, ฉัตรระวี ปริสุทธิญาณ. เคล็ดลับการจัดการบริการสาธารณะท้องถิ่น: บทเรียนจากรางวัลพระปกเกล้า' 51. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า; 2552.
19. ชลธิชา ทิพย์ประทุม, จีราวรรณ คงคล้าย, เฉลิมชัย กิตติศักดิ์นาวิน. บทบาทของรางวัลในการบริหารทรัพยากรมนุษย์. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ 2560;11(1):201-190.
20. รวิพร โรจนอาษา, นกษา สิงห์วีธรรม, ชวิกา วรรณโร, เมธา เกียรติโมฬี. แนวทางการกักกันผู้เดินทางมาจากท้องที่หรือนอกราชอาณาจักรที่มีความเสี่ยง ในช่วงระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): รูปแบบโรงแรมสำหรับกักกันตนเอง อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่าย-วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564;8(1): 337-48.
21. รตนดา อาจวิชัย, วิมล เขตตะ, เกียรติศักดิ์ อ่อนตามา. ผลการใช้สื่อใหม่แบบ digital content ที่มีต่อพฤติกรรมกรเปิดรับสารของวัยรุ่นไทยต่อสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์. วารสารวิชาการการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ-

- และนวัตกรรม คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัย-
ราชภัฏมหาสารคาม 2562;6(1):222-14.
22. สารัช สุธาพิทยกุล, พิทักษ์ ศิริวงศ์. สภาพปัญหา และการ
เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ใช้
สมาร์ทโฟนในพื้นที่บริเวณโดยรอบพระปิ่นเกล้า เขต
บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร; คณะ-
วิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
23. Dushkevych M, Barabashchuk H, Hutsuliak N. Peculiar-
ities of student distance learning in emergency situation
condition. Revista Romaneasca Pentru Educatie Multi-
dimensionala 2020;12(1 Sup 2):71-7.
24. พิมลอร ต้นหัน. แนวทางการพัฒนาแอปพลิเคชันบน
โทรศัพท์มือถือสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหา-
วิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
2559;10(3):62-55.
25. พัชรินทร์ พันธุ์แน่น, เพ็ญประภา ภัทธานุกรม, ดาวพระศุกร์
ทองกลิ่น.กระบวนการหนุนเสริมเพื่อขับเคลื่อนงานวิจัยเพื่อ
ท้องถิ่นในพื้นที่ชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต].
2564 [สืบค้นเมื่อ 22 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: [http://
ssde.nida.ac.th/images/jsd/Y23_2/01Pasrin_Phan-
nan_Phenprapha_Pattaranukrom_Dawprasug_Thongglin.
pdf](http://ssde.nida.ac.th/images/jsd/Y23_2/01Pasrin_Phan-
nan_Phenprapha_Pattaranukrom_Dawprasug_Thongglin.
pdf)
26. อุทิศ จิตเงิน, กมลลาภรณ์ คงสุขวิวัฒน์, วนิตา วิระกุล.
สังเคราะห์บทเรียนการทำงานชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:
อุษาการพิมพ์; 2550.

Abstract: Model Development for the Surveillance, Prevention and Control the COVID-19, and Protection of People's Rights in a New Normal Way by a Virtual Community of Primary Health Care Service Network, Mahasarakham Province, Thailand

Rungrueng Kijphati, M.D., Certificate in Field Epidemiology (FETP)*; Juraporn Krates, B.N.S., M.Sc., Ph.D.*; Kwanchai Nuchklang, Pharm.D.; Rungrueng Sankosa, B.N.S., LL.B, M.A.(Political Science), D.P.A.****

** Health Technical office, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; ** Office of Public Health, Maha Sarakham Province, Thailand*

Journal of Health Science 2022;31(4):648-64.

The purpose of this research was to evaluate and analyze factors associated with the success in the development of a surveillance system, prevention and control of COVID-19, and protection of people's rights in a new normal way by a virtual community, and to apply techniques for building a future together. It was conducted as a mixed method research within the primary health service network of Maha Sarakham Province. In the Phase 1, a workshop was organized to create a virtual community and expand the results in a target group of 750 people and analyze the content to create an operational hypothesis. The Phase 2 collected data on virtual community members, and altogether 254 sample groups were obtained. The research tool was an estimation scale questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. The Phase 3 was to assess, confirm and create a model for developing surveillance systems by a target group of 20 experts; followed by the evaluation and validation of the results to obtain the draft surveillance model, and to apply the results of verification and recommendations to improve the system. The results showed that the overall success level of surveillance system development was high, with the mean of 3.62 and standard deviation of 0.65. The causal factors influencing the success of surveillance system development included public communication, participation in government measures, information technology, expectation of benefits, and the readiness to respond to the epidemic situation of the health service units; of which the 5 variables had a multiple regression of 0.787. They were able to predict the success of surveillance system development by 60.9% ($R^2=.609$, $F=194.641$) with statistical significance ($p<0.05$). Based on the research findings, the validation of the appropriate surveillance system development model consists of two main components: (1) surveillance system development success consisted of 5 main components and 35 sub-components; and (2) the conditional factors influencing the success of surveillance system development were 5 main components and 42 sub-components. In conclusion, the elements of the model are highly feasible, and the model can lead to the development of policy proposals, preparedness, capacity development and strengthening of the primary care network within the new normal lifestyles of Thailand.

Keywords: model development; surveillance system; prevention and control of COVID-19; people's rights protection; virtual community; primary health service network

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

สมลักษณ์ หนูจันทร์ วท.ม.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

วันรับ:	23 พ.ย. 2564
วันแก้ไข:	24 เม.ย. 2565
วันตอบรับ:	30 เม.ย. 2565

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ศึกษาในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ผ่านการคัดกรองความเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรคปอด 38 คน และผู้นำชุมชน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ศูนย์การศึกษาอนุเคราะห์และการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวม 47 คน ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR 2 วงรอบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเอง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 แบบบันทึกผลการตรวจทางคลินิก และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันแบบครอบครัวใหญ่ ในสภาพบ้านที่การระบายอากาศไม่ดี และไม่ยอมไปตรวจเพราะความกลัว ดังนั้น จึงได้นำมาเข้าสู่การพัฒนารูปแบบร่วมกับชุมชน ผ่านการสนทนากลุ่มย่อย ได้เป็น ZOOM TB model ดังนี้ (1) Z - Zero: ในขั้นวางแผน ตั้งเป้าหมายคือ ไม่มีผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ยังไม่ได้รับการตรวจ ด้วยความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนไร้วัณโรค ประกอบด้วย อสม. ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น ภาครัฐได้แก่ รพ.สต. และ กศน. สื่อสารประสานผ่านกลุ่มไลน์ “ชุมชนสู้ภัย” เพื่อออกแบบระบบติดตามผู้สัมผัสเข้ารับการคัดกรอง และร่วมเยี่ยมดูแลต่อเนื่องจนผลการรักษาครบ (2) O - Organizing: ผลิตเครือข่ายชุมชนไร้วัณโรคเข้ากับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนกำหนดบทบาทที่ชัดเจนร่วมกัน (3) O - Open: เปิดระบบบริการทางด่วน TB ในโรงพยาบาล ตามวัน เวลา ที่กลุ่มเสี่ยงสะดวก โดยกำหนดให้ได้รับการ X-ray ปอดทุกคน และ (4) M - Man: สร้างบุคคลต้นแบบ ชักชวนให้กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านเข้ารับการตรวจได้ ร้อยละ 100.00 หลังดำเนินการพบผลบวกเพิ่มอีก 2 ราย และเข้าสู่ระบบการรักษาจนครบ (complete) ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรควัณโรค พบว่า ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 6.62 คะแนน (SD=1.33) และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 8.03 (SD=0.64) ด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 31.55 คะแนน (SD=1.94) หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 35.77 (SD=2.15)

คำสำคัญ: ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน; ผู้ป่วยวัณโรค; กลุ่มเสี่ยงติดเชื้อวัณโรค; การมีส่วนร่วมของชุมชน

บทนำ

โรควัณโรคเป็นโรคติดต่อร้ายแรง เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium ซึ่งมีหลายชนิด เชื้อที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ เชื้อ Mycobacterium tuberculosis วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอดพบร้อยละ 80.00⁽¹⁾ ส่วนวัณโรคนอกปอดเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของการติดเชื้อไปยังอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมม้าม-เหลือง กระดูกสันหลัง เป็นต้น ซึ่งการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค จากคนสู่คนโดยการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยวัณโรค ที่มีการไอ จาม ผ่านละอองเสมหะขนาดเล็ก (droplet nuclei) ที่ฟุ้งกระจายในอากาศ เมื่อสูดหายใจเอาละอองเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป ทำให้เชื้อสามารถเข้าถึงถุงลมในปอด และกลายเป็นผู้ติดเชื้อวัณโรคในที่สุด เชื้อวัณโรคถูกทำลายด้วยหลายปัจจัย ได้แก่ สารเคมี ความร้อน แสงแดด โดยแสงแดดสามารถทำลายเชื้อวัณโรคในเสมหะได้ใช้เวลา 20 – 30 ชั่วโมง เชื้อวัณโรคในเสมหะแห้งที่ไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 6 เดือน ความร้อนสามารถทำลายเชื้อวัณโรคได้ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที⁽²⁾

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง⁽³⁾ ปี 2560 มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 108,000 ราย ต่อปี นอกจากนี้ คนไทย 20 ล้าน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทย มีเชื้อวัณโรคแฝงที่ไม่แพร่กระจาย ขณะที่ประเทศไทยได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค 2560- 2564 เพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรคให้เหลือ 88 คน ต่อประชากรแสนคน เมื่อสิ้นปี 2564 และมีเป้าหมายลดอัตราป่วยวัณโรครายใหม่เหลือ 10 ต่อประชากรแสนคนภายในปี 2578⁽⁴⁾ แม้สถิติจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ต่อปีจะสูง แต่อุบัติการณ์ลดลงทุกปี หากทุกฝ่ายร่วมมือกัน จะช่วยให้คนไทยห่างไกลจากวัณโรคได้ไม่ยาก เพราะแม้วัณโรคจะเป็นโรคติดต่อ-

ร้ายแรงก็สามารถรักษาให้หายขาดได้

สถานการณ์วัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 13, 7 และ 19 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 126.21, 67.96 และ 184.46 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561, 2562 และ 2563 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น และปัญหาที่พบอีกอย่างในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่นคือ ในปี 2563 มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 1 ราย และมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตจากโรคแทรกอื่น ๆ ขณะที่กำลังรักษาอยู่ 3 ราย ซึ่งในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค ที่ผ่านมากการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ โดยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบในเขตหมู่บ้านของตนเอง เป็นผู้ออกไปสำรวจเพื่อคัดกรองความเสี่ยงวัณโรค เมื่อพบว่ามีความเสี่ยง อสม.ก็จะแนะนำ ให้ไปรับการตรวจแต่กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ปฏิเสธ ไม่ให้ความร่วมมือ จึงเป็นปัญหาของพื้นที่ เพราะประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มที่เป็นผู้สัมผัสโรคในครัวเรือนกับผู้ป่วยวัณโรค มักจะไม่ยอมรับตัวเอง ปฏิเสธการเข้ารับการตรวจทำให้เกิดปัญหาการค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ล่าช้า หากมีการติดเชื้อวัณโรคเกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที เป็นเหตุให้ผู้สัมผัสโรคบางรายกว่าจะยินยอมเข้ารับการตรวจและรับการรักษาตามระบบ ก็เกิดอาการรุนแรงมาก และมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่เชื้อให้แก่สมาชิกในครัวเรือนรายใหม่ได้

จากข้อมูลดังกล่าว อาจจะเป็นปัญหารุนแรง ที่เป็นสาเหตุทำให้โอกาสเกิดการติดเชื้อรายใหม่ในชุมชนสูงมากขึ้นด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จึงได้พัฒนาเพื่อหารูปแบบในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในชุมชนอย่างเป็นระบบขึ้น โดยการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ด้วยความรวดเร็ว เพื่อส่งต่อและขึ้นทะเบียนรับการรักษาทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรควัณโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แบบรู้เร็ว รักษาเร็ว ลดการแพร่เชื้อไวรัสโรคร่วมบ้านในครอบครัว และชุมชนได้

จากการศึกษาของ วันชัย เหล่าเสถียรกิจ⁽⁶⁾ การพัฒนารูปแบบการติดตามการกินยาของผู้ป่วยไวรัสโรคร่วมบ้านแบบ 2-2-2 คือ ภายใน 2 วันแรก ทางโรงพยาบาลจะต้องส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายใน 2 สัปดาห์แรก เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะต้องเป็นที่เล็งในการกำกับกำกับการกินยาพร้อมกับ อสม. และภายใน 2 เดือนแรกของการรักษา อสม. หรือคนในครัวเรือนจะต้องเป็นที่เล็งกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีที่เล็งกำกับการติดตามการกินยา มีผลตรวจเสมหะเป็นลบมากกว่ากลุ่มรักษาแบบปกติ (ร้อยละ 90.34 เทียบกับร้อยละ 75.76) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวนี้ จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนการทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักในการป้องกัน มีความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ตลอดจนการบริหารจัดการที่ดี ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโรคร่วมบ้านประสบความสำเร็จได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา โดยนำเอกสารงานวิจัยที่ได้พบทวนมา รวมถึงข้อมูลสภาพปัญหาที่พบในพื้นที่ นำมาพัฒนาต่อยอดเพื่อหารูปแบบในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโรคร่วมบ้านในพื้นที่ ที่เหมาะสมกับบริบทต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโรคร่วมบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น และพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม รวมทั้งศึกษาผลการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม

ส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการ Plan, Act, Observe, Reflect (PAOR) ตามแนวคิดของ Kemmis S และ McTaggart R⁽⁷⁾ จำนวน 2 วนรอบ ได้แก่ วนรอบที่ 1 ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2564 วนรอบที่ 2 ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2564

ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วยกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยเป็นผู้สัมผัสที่ผ่านการคัดกรองความเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองผู้มีอาการสงสัยไวรัสโรคร่วมบ้าน 38 คน และผู้นำชุมชน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ครู กศน.ประจำตำบล อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวม 47 คน ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมป้องกันตนเอง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 แบบบันทึกผลการตรวจทางคลินิก และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนเตรียมการ ประสานชุมชนและผู้เกี่ยวข้องถึงวัตถุประสงค์การวิจัย

2. ขั้นตอนดำเนินการ ศึกษาสถานการณ์ สภาวะสุขภาพ ปัญหาของกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน คัดกรองผู้มีอาการสงสัยไวรัสโรคร่วมบ้าน สภาพแวดล้อม บริบทการดำเนินชีวิต สาเหตุที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโรคร่วมบ้านในครัวเรือนและชุมชน พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) วางแผน (plan) (2) ปฏิบัติงาน (act) (3) สังเกตผลการปฏิบัติงาน (observe) และ (4) สะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (reflect)

3. ขั้นตอนประเมินผล ประเมินจากจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจค้นหา และจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโรคร่วมบ้านใหม่เข้าสู่ระบบการรักษา ความรู้เรื่องโรคร่วมบ้าน และพฤติกรรมในการป้องกันโรคร่วมบ้าน ความพึงพอใจต่อกิจกรรมและการมีส่วนร่วมของชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของกลุ่มเป้าหมาย

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มแบบสังเกต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 สภาพปัญหาการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19

1) ข้อมูลทั่วไป กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน จำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.21 อายุสูงสุด 67 ปี ต่ำสุด 14 ปี อายุเฉลี่ย 48.53 ปี (SD=14.06) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.00 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.00

2) บริบทสภาพปัญหาของหมู่บ้านและครัวเรือนต่อการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน พบว่ากลุ่มเสี่ยงมักอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยแบบเป็นครอบครัวใหญ่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (ร้อยละ 77.77) ซึ่งต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษา และยังคงพบว่ามีกรนอนร่วมห้องกับผู้ป่วย (ร้อยละ 88.89) บ้านหรือที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยและสมาชิกในบ้านส่วนใหญ่มีหน้าต่างน้อย และมีห้องนอนเพียง 1-2 ห้อง การระบายอากาศจึงไม่ค่อยดี

ตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) วางแผน (Plan) (2) ปฏิบัติงาน (Act) (3) สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observe) (4) สะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Re-

flect) ในวงรอบที่ 1 มีขั้นตอนและกิจกรรม ดังนี้

1) ขั้นวางแผน (Plan) โดยการประชุมระดมสมองร่วมกันของทีมนักวิจัย เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาคือ จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 แก่กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งได้รับการรักษาครบแล้ว แต่ไม่แพร่เชื้อ เข้ารับการอบรมเพื่อให้ทุกคนมีความรู้เพิ่มขึ้น เห็นความสำคัญของปัญหาร่วมกัน เกิดความตระหนักในปัญหาและได้รับการตรวจคัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรคปอด หากคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยง จะได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลทุกคน เพื่อเป็นการค้นหาผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่ในชุมชนแบบรวดเร็ว รักษาหาย ลดการแพร่กระจายเชื้อ พร้อมกับแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ

2) ขั้นปฏิบัติการ (Act) โดยทีม อสม. และเครือข่ายในพื้นที่ ออกไปให้คำแนะนำเชิญชวนกลุ่มเสี่ยงๆ ตามหลังคาเรือนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เพื่อแจ้งให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้มีอาการสงสัยวัณโรคปอดทุกคน ไปรับการตรวจเอกซเรย์ปอดที่โรงพยาบาลหนองเรือ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานควบคู่กันไปกับการกิจกรรมด้านอื่นๆ ด้วย เช่น ออกเคาะประตูบ้านคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 และสำรวจลูกน้ำยุงลาย ดำเนินกิจกรรมไปพร้อมๆ กัน โดยมีผู้ใหญ่บ้านช่วยประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านทางหอกระจายข่าวก่อนการออกดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง

3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) โดยทีม อสม. ออกติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง เพื่อสอบถามผลของการตรวจเอกซเรย์ปอดของกลุ่มเสี่ยง และซักถามปัญหาผู้ที่ยังคงปฏิเสธการตรวจ โดยการสังเกตและสอบถามคนในครอบครัว และให้ความรู้ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล รวมทั้งค้นหาปัญหาอุปสรรค พร้อมกับรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน

4) ขั้นสะท้อนผล (Reflect) ผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 นี้ ซึ่งเป็นผลจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ก่อน

ดำเนินกิจกรรมและการออกเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ ซึ่งพบว่าใช้ได้ผลดี เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

บทบาทของผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย อสม. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง อบต. ช่วยจัดหาแหล่งบพ กศน. ช่วยเสริมพลังให้กำลังใจแก่กลุ่มเป้าหมาย ส่วนผู้นำชุมชนช่วยประชาสัมพันธ์เชิญชวนแจ้งข้อมูลข่าวสาร และอำนวยความสะดวกภายในหมู่บ้าน

ด้านปัญหาอุปสรรคจากการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วมที่นำไปใช้ในวงรอบที่ 1 นั้น พบว่า ยังมีปัญหา คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านไม่กล้าไปตรวจ จึงนำปัญหาที่ได้จากวงรอบที่ 1 มาพัฒนาต่อยอด รูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นวงรอบที่ 2 ผ่านการสนทนากลุ่มย่อย ซึ่งมีการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2564 โดยใช้กระบวนการ PAOR ผลการวิจัย ดังนี้

วงรอบที่ 2 ผลการวิจัยที่ได้ คือ ZOOM TB model (Z=Zero, O=Organizing, O=Open, M=Man) โดยมีขั้นตอนและกิจกรรม ดังนี้

1) Z (Zero): การวางแผนตั้งเป้าหมายร่วมกันว่า จะต้องไม่มีกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ยังไม่ได้รับการตรวจด้วยความร่วมมือของเครือข่ายชุมชน ไรวัณโรค ประกอบด้วย อสม. ผู้นำท้องที่/ ท้องถิ่น รพ.สต. และ กศน. สื่อสารประสานผ่านกลุ่มไลน์ “ชุมชนสู้ภัย” เพื่อออกแบบระบบติดตามผู้สัมผัสเข้ารับการรักษา และร่วมเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องจนผลการรักษาครบ

2) O (Organizing): การจัดกิจกรรมโดยการประสานเครือข่ายชุมชนไรวัณโรคเข้ากับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนกำหนดบทบาทที่ชัดเจนร่วมกัน ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ ท้องที่ประสานชุมชน เจ้าหน้าที่จัดบริการเชิงรุกร่วมกับ อสม. คัดกรองค้นหาเพื่อเข้าสู่ระบบบริการและมีกระบวนการประชุมติดตามผลต่อเนื่อง

3) O (Open): จากการเปิดระบบบริการทางด่วน

คัดกรองวัณโรคในโรงพยาบาล ซึ่งเปิดบริการทุกวัน ตามวัน เวลา ที่กลุ่มเสี่ยงสะดวก โดยกำหนดให้ได้รับการ X-ray ปอดทุกคน

4) M (Man): คือ การสร้างบุคคลต้นแบบเพื่อสร้างความมั่นใจว่า TB ไรวัณโรคได้ เพื่อสื่อสารกับกลุ่มที่ยังไม่กล้าไปตรวจ ส่งผลให้มีกลุ่มเสี่ยงไปรับการตรวจร้อยละ 100.00 การเปิดทางด่วน TB มีความสะดวกในการเข้าถึงบริการมากขึ้น โดยเครือข่ายชุมชนไรวัณโรค ประสานแจ้งเตือนผ่านไลน์กลุ่ม “ชุมชนสู้ภัย” ร่วมกับทีมผู้นำและ อสม. ในพื้นที่มีการประชาสัมพันธ์กระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้และพฤติกรรมถูกต้องมากขึ้น

ตอนที่ 3 ผลการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การนำรูปแบบ ZOOM TB ไปใช้โดย อสม. และทีมเครือข่ายสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็นอย่างดี สามารถให้คำแนะนำ ค้นหาคัดกรอง ทำให้กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านเข้ารับการรักษา ร้อยละ 100.00 มีผลบวกเพิ่ม 2 ราย และได้เข้าสู่ระบบการรักษาจนครบ ซึ่งจะส่งผลให้ลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนในครอบครัวได้

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค จากการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชน มีการวัดผลคะแนนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ผลคะแนนความรู้ก่อนดำเนินกิจกรรมของกลุ่มเสี่ยงฯ ที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า ข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ วัณโรคสามารถติดต่อแพร่กระจายจากการไอ จาม ของผู้ป่วยวัณโรค รองลงมาคือ อาการไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ไอเป็นเลือด มีไข้ต่ำๆ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก เป็นอาการที่น่าสงสัยของวัณโรคและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค อาจจะเป็นวัณโรคได้ ส่วนหัวข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เป็นวัณโรคปอด รองลงมาคือ เชื้อวัณโรคมีอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั่วไป เช่น ในอากาศ ในน้ำ ในดิน และแสงแดดไม่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ หลังการดำเนินการมีความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.29

เป็นร้อยละ 80.37 โดยก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 6.62 คะแนน (SD=1.33) และหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 8.03 (SD=0.64) (ดังตารางที่ 1)

ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน จากการสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน มีการวัดผลคะแนนก่อนและหลังดำเนินการกิจกรรม ดังนี้ ผลคะแนนก่อนดำเนินการกิจกรรมพบว่า ข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง รองลงมาคือ ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำสะอาด และไม่รับประทานอาหารภาชนะเดียวกันกับผู้ป่วย ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การตรวจเอกซเรย์ปอดทุก 6 เดือน รองลงมาคือ นอนห้องนอนเดียวกันกับผู้ป่วย สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในภาพรวมมีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.88 เป็นร้อยละ 89.44 โดยพฤติกรรมป้องกันตนเองก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 31.55 คะแนน (SD=1.94) หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 35.77 (SD=2.15) (ตารางที่ 2)

ด้านความพึงพอใจ กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.30 และการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.60 ดังนั้น ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุม

ตารางที่ 1 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ก่อนและหลังดำเนินการ (n=38)

การดำเนินการ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD
ก่อนดำเนินการ	38	6.62	1.33
หลังดำเนินการ	38	8.03	0.64

ตารางที่ 2 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ก่อนและหลังดำเนินการ (n=38)

การดำเนินการ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD
ก่อนดำเนินการ	38	31.55	1.94
หลังดำเนินการ	38	35.77	2.15

การติดเชื้อ และเปิดช่องทางด่วนในการเข้าถึงบริการคัดกรอง สร้างความเชื่อมั่นว่า วัณโรครู้ไว้รักษาหายได้ และลดการแพร่เชื้อให้ชุมชน

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรค ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งพัฒนาขึ้น 2 วงรอบ ในวงรอบที่ 1 พบว่า กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านไม่ยอมไปตรวจ เพราะกลัวถูกสังคมรังเกียจ จึงได้นำมาพัฒนาต่อยอดในวงรอบที่ 2 และได้รูปแบบคือ ZOOM TB model โดยได้มีการพัฒนาตั้งแต่ในระดับชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการคัดกรองค้นหา แนะนำกลุ่มเสี่ยงฯ การเพิ่มช่องทางด่วน TB และสร้างบุคคลต้นแบบเพื่อเชิญชวนให้กลุ่มเสี่ยงฯมารับการตรวจ จากนั้น รพ.สต.จะประสานงานโดยตรงกับผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาลหนองเรือ เพื่อส่งข้อมูลกลุ่มเสี่ยงฯเข้าสู่ช่องทางด่วน TB ซึ่งหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใช้ พบว่า กลุ่มเสี่ยงวัณโรคมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ได้รับการตรวจ วินิจฉัย แบบรู้เร็ว รักษาเร็ว และทำให้ผู้ติดเชื้อได้เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างทันทีทุกราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี⁽⁸⁾ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งพบว่า การนำรูปแบบการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเอง ตลอดจนการอบรมผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ซึ่งทำให้ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีความรู้เพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ มิตรภานนท์⁽⁹⁾ การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่า หลังจากฝึกอบรมให้ความรู้แล้ว ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของมุกดา วิเศษ และ

นพดล พิมพ์จันทร์⁽¹⁰⁾ การพัฒนาารูปแบบการป้องกัน วัคซีนโรคติดต่อหลายขนานชนิดรุนแรงมาก โดยกระบวนการ ชุมชนมีส่วนร่วม การสร้างองค์ความรู้เรื่องโรคการส่งเสริม สุขภาพและการค้นหาผู้ป่วยโรคหายใหม่เชิงรุก ในกลุ่มเสี่ยงและประชาชน ซึ่งพบว่าหลังการใช้รูปแบบ ในด้านความรู้กับวัคซีน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ ประโยชน์ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลังการดำเนิน กิจกรรม มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนเพิ่มขึ้น ดังนั้น การดำเนินกิจกรรม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมสามารถ ป้องกันโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

รูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโรคร่วมบ้านมีความเหมาะสมกับบริบทคือ กลุ่มเสี่ยงมีโอกาสเข้าถึงบริการโดยเร็ว มีช่องทางที่สะดวก ในการเข้ารับบริการ มีบุคคลในพื้นที่เป็นต้นแบบในการ ปฏิบัติตัว สร้างความเชื่อมั่นให้แก่กลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น จึงควรขยายผล ไปใช้ในพื้นที่ข้างเคียง โดยส่งเสริมการมี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งกำหนด บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายสุขภาพร่วมกันอย่างชัดเจน และนำเสนองานเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล (พชต.) อันจะส่งผลให้การดำเนินงานประสบ ผลสำเร็จและประชาชนพึงตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญในการแก้ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ โดยการหาแนวทาง แก้ไขปัญหาาร่วมกัน นำแนวทางที่ได้มาใช้เป็นมาตรการ ในการป้องกันและควบคุมโรคฯ ซึ่งมีความเหมาะสมกับ บริบทของพื้นที่ ได้แก่ ช่องทางการติดต่อสื่อสาร ช่อง ทางการเข้าถึงบริการ การมีแบบอย่างที่ดี ล้วนส่งผล ให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จได้ จึงขยายผลรูปแบบ การป้องกันและควบคุมโรคฯ ไปใช้ที่หมู่บ้านและตำบล ข้างเคียง เช่น มีการขยายผลไปที่ รพ.สต. ทรัพยากรเจริญ ตำบลโนนทอง และตำบลหนองเรือ ใช้เป็นองค์ความรู้ให้

แก่ อสม. รวมทั้งประชาชนทั่วไปในพื้นที่ ตลอดจนนำ เสนอผลการวิจัยเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อบรรจุไว้ในแผน งาน/โครงการประจำปีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจาก สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่นและอาจารย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุข- สิรินครขอนแก่นที่ได้กรุณาให้คำแนะนำข้อคิดเห็น ตรวจสอบ และแก้ไขงานวิจัยมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณ คุณพิชิต แสนเสนา สาธารณสุขอำเภอหนองเรือ ที่กรุณาให้ โอกาสและให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการวิจัย ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำในทุกๆ ด้าน ตลอดจน กำนัน ผู้ใหญ่ บ้าน แพทย์ประจำตำบล สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วน ตำบลจรเข้ครุการศึกษานอกโรงเรียนศูนย์ตำบลจรเข้ทุก ท่าน ที่ให้ความสะดวกด้านสถานที่ และการประสานงาน ใน การดำเนินโครงการวิจัยให้ผู้เขียนตลอดมา รวมถึงเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรเข้ทุกคน ที่ให้ความ ร่วมมือ ช่วยเหลือด้านการเตรียมชุมชน และเจ้าหน้าที่จาก โรงพยาบาลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ที่ ช่วยในด้านการติดต่อประสานงาน และอำนวยความสะดวก ในด้านการตรวจโรค จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สาธารณสุข. แนวทาง การควบคุมโรคประเทศไทย พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1: กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562
2. สำนักโรค ควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้าน การต่อต้านโรค พ.ศ. 2560 – 2564. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.
3. สำนักโรค ควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การควบคุม วัคซีนแห่งชาติเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่ง

- สหัสวรรษ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษร-กราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2558.
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,แนวทาง การควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 พิมพ์ครั้งที่ 1: กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2561
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้. ทะเบียนผู้ป่วย วัณโรค. ขอนแก่น: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ ขอนแก่น; 2563
6. วันชัย เหล่าเสถียรกิจ. การพัฒนาและการประเมินผลรูปแบบ การกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ รายใหม่ ในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารกรมการแพทย์ 2562; 44(2):128-35.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
8. วัฒนา สว่างศรี, การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคใน ชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาล-มหาสารคาม 2562;16(3):116-29.
9. สุภาภรณ์ มิตรภานนท์, รัชณี ระดา, เสฐียรพงษ์ ศิวินา. การ พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่และสัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่าย สุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการ-แพทย์และสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2563; 3(3):164-74.
10. มุกดา วิเศษ, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการ ป้องกันวัณโรคติดต่อหลายขนานชนิดรุนแรงมาก โดย กระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารสำนักงานป้องกัน-ควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2563;27(2):1-11.

Abstract: Development of a Prevention and Control Model for Tuberculosis Infection in Household Contact by Community Participation, Jarakae Health Promoting Hospital, Nong Ruea District, Khon Kaen Province

Somluck Nuchan, M.Sc.

Jarakae Health Promoting Hospital, Nong Ruea District, Khon Kaen Province, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(4):665-73.

This action research was to develop and study the effect of a model for prevention and control of tuberculosis infection. in the group of people exposed to the disease at home by community participation Jarakae Health Promoting Hospital, a study was conducted in 1) a group of household contacts who passed risk screening form for 38 persons 2) covering community leaders, non-formal education officers, local governors, and health village volunteers; for implementing the model. total of 47 persons. The development for prevention and control was developed in two circles using PAOR. Data were collected using the knowledge and behavior questionnaire. has a confidence value of 0.81, Quantitative data were analyzed by descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation. Quantitative data were analyzed by content analysis. The results of the study found that Group of people exposed to the disease at home Most of them live together like a large family and poor, who do not go to the examination because of fear, so it was brought into the development of a small group discussion, we can become a ZOOM TB model: (1) Z - Zero: planning stage, the goal is to There are no household contacts who have not been examined. With the cooperation of the tuberculosis-free community network by the Line group "Zum Su TB" to design a system to track contacts. Screening and continue to visit and take care of them until the treatment results are complete. (2) O - Organizing: integrate the tuberculosis-free community network with the development of quality of life at the sub-district level to create a driving force. (3) O - Open: Open the TB expressway system in the hospital on a date and time that is convenient for risk groups. By requiring everyone to have a lung X-ray, and (4) M - Man: Create for the group of household contacts to be tested for 100% after the project has been 2 persons positive and results and completed the treatment system. As for the knowledge of tuberculosis prevention, it was found that before having an average score of 6.62 points (SD=1.33) and after the operation had an average score of 8.03 (SD=0.64). On self-defense behavior before the operation, the average score was 31.55 points (SD=1.94). After the operation, there was an average score. 35.77 (SD=2.15).

Keywords: household contact; TB patients; TB at risk group; community participation

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุภาพดี”

ภัทรพล จิงสมเจตไพศาล พ.บ.,อว. (เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน)*

สุจิตตา ทักกะทิน ศศ.บ.**

*สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

**กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	29 ธ.ค. 2564
วันแก้ไข:	8 ก.ค. 2565
วันตอบรับ:	3 ส.ค. 2565

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัด-ต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุภาพดี” ก่อนและหลังการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาครอบครัวเป้าหมายในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ บุรีรัมย์ พะเยาและระยอง ทั้งมิติด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุข-จังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างคือครัวเรือนจำนวน 60 ครัวเรือน ในพื้นที่อำเภอเขตเมืองและไม่ใช่อำเภอเขตเมือง เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพด้วยสถิติจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ทางสุขภาพด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินโครงการฯ ด้วยสถิติ paired sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกิดลูกจากชุมชน ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกิดลูกจากชุมชนก่อนและหลังการดำเนินโครงการฯ ด้วยสถิติ paired sample t-test ผลการศึกษพบว่า (1) ก่อนดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลในระดับปานกลาง ด้านความเข้าใจเรื่องสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ ด้านการซักถามและด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ภายหลังจากดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) มิติด้านสังคมพบว่า ภายหลังจากดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างใน 2 จังหวัด ได้แก่ บุรีรัมย์และพะเยา มีค่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเพิ่มขึ้น ยกเว้น ระยอง ที่มีค่าความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลงเล็กน้อย และในส่วนของเกิดลูกจากชุมชน พบว่า ระยอง และพะเยาเพิ่มขึ้น หลังดำเนินโครงการ ยกเว้น บุรีรัมย์ที่มีการเกิดลูกจากชุมชนลดลงเล็กน้อย ทั้งนี้ มีเพียงบุรีรัมย์ที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกิดลูกจากชุมชนแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะ (1) การสนับสนุนทางนโยบายเรื่องการพัฒนาครอบครัวแบบมุ่งเป้า (2) กลไกการเชื่อมโยงกับคณะกรรมการในพื้นที่ เช่น พชอ. หรือคณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาความยากจน (3) การดำเนินการร่วมกับทีมหมอครอบครัว หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (4) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (5) บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการติดตามและขยายผล (6) การบูรณาการฐานข้อมูลครอบครัวกลุ่มเปราะบางเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน และ (7) การพัฒนาเจตคติและกรอบความคิดของผู้ปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: ครอบครัวมั่นคง; สังคมสุภาพดี; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ความสัมพันธ์ในครอบครัว; การเกิดลูกจากชุมชน

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561 – 2580 มุ่งเน้นการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดทุกช่วงวัย และสร้างโอกาสความเสมอภาค ซึ่งสถาบันครอบครัวเป็นหนึ่งในกลไกหลัก หรือยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการเสริมสร้างและพัฒนาคนให้เป็นคนดี มีคุณธรรม จริยธรรมและมีจิตอาสา ด้วยการรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง ร่วมกันดูแลแก้ไขปัญหาสังคม อันเป็นประโยชน์ต่อความมั่นคงแข็งแรงของสังคมไทย ดังนั้นรัฐบาล จึงให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหนึ่งที่ดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพดี (P&P excellence) ด้านบริการดี (Service excellence) ด้านบุคลากร (People excellence) และด้านบริหารดี (Governance excellence) มุ่งสู่เป้าหมาย ประชาชนสุภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน⁽¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ คือ การพัฒนาที่ครอบคลุมถึงคนทุกกลุ่มวัย เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ ให้มีความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน ในส่วนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มุ่งพัฒนาทุกมิติอย่างสมเหตุสมผลและพอประมาณ มุ่งเน้นพัฒนาความสามารถและโอกาสให้กับทุกคน ได้ดำเนินชีวิตที่ดีมีความสุข กระจายความมั่งคั่งอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม สร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย โดยคนใช้ประโยชน์และอยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อมอย่างเกื้อกูล อนุรักษ์ฟื้นฟู ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม⁽²⁾ กอร์ปกับช่วงปี 2563 ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) สภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทบทวนยุทธศาสตร์ เพื่อเป็นกรอบดำเนินการเร่งด่วน ในการพัฒนาประเทศที่ควรให้ความสำคัญในระยะ 2 ปี (พ.ศ. 2564 – 2565) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ในการฟื้นฟูและขับเคลื่อนประเทศไทย ให้สามารถล้มแล้วลุกไว (re-

silience) ใน 3 มิติ (1) พร้อมรับ (cope) (2) การปรับตัว (adapt) (3) การเปลี่ยนแปลงเพื่อพร้อมเติบโตอย่างยั่งยืน (transform) ซึ่งจะสร้างโอกาส ในการขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่จุดหมายใหม่ที่ดีกว่าในอนาคต โดยในประเด็นที่ 3 การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของคน เพื่อเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ (human capital) กระทรวงสาธารณสุขนับเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลสุขภาพ คนไทยทั้งประเทศ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของประชากรไทยทุกช่วงวัย และจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนประชากรวัยแรงงานและวัยเด็กลดลง ทำให้การเกื้อหนุนและดูแลผู้สูงอายุกลับมีแนวโน้มลดลงส่งผลให้ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง ดังนั้น การพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยของครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง⁽³⁾

จากการศึกษาการดำเนินงาน เพื่อการขับเคลื่อนประเทศ สู่การเป็นประเทศ ที่มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ที่ผ่านมามีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในการพัฒนาชุดความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ตามมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง โดยเล็งเห็นว่าครอบครัวเข้มแข็งมั่นคง สามารถทำให้สังคมและประเทศชาติพัฒนาได้ ทั้งนี้สัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญ เพราะความสัมพันธ์ใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งในครอบครัว สะท้อนการพัฒนาการของเด็ก ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสติปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในยุคปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้เข้ามามีบทบาทสัมพันธภาพภายในครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยบั่นทอนความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พ่อแม่กับลูกแทบไม่มีเวลาได้อยู่ด้วยกัน เพราะต่างคนต่างติดความสุขกันคนละอย่าง ไม่ค่อยได้พบหน้า เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกัน⁽⁴⁾ และจากการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 พบว่า วัยรุ่นไทยที่มีอายุ 13 – 24 ปี มีความรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นและมีความสุข เมื่ออยู่ในครอบครัว

ตนเองมากที่สุด ร้อยละ 99.0 รองลงมา คือ มีผู้ปกครอง เป็นแบบอย่างที่ดี ร้อยละ 98.5 และมีผู้ปกครองที่ส่งเสริม สนับสนุนช่วยเหลือ ด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 91.0 มีการนำ หลักคำสอนทางศาสนาใช้กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อ เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตมากกว่า ร้อยละ 98.0 รอง ลงมา คือ การใช้เวลาทำกิจกรรมพร้อมหน้าในบ้านกับ สมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุข ร้อยละ 97.0 การ แสดงออกถึงความรักกับสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 96.8 และการทำหน้าที่ตามบทบาทหรือความรับผิดชอบ ของตนเองในครอบครัวร้อยละ 95.6 มีการใช้เวลาทำ กิจกรรมพร้อมหน้ากันในบ้านกับสมาชิกในครอบครัว อย่างมีความสุขมากกว่า ร้อยละ 96.8 มีการพูดคุยปรึกษาหารือ หรือตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผล ในเรื่องสำคัญของ ครอบครัว ร้อยละ 92.0 ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยว กับครอบครัว พบว่า มีเพียงร้อยละ 45.7 สำหรับความ รู้สึกขัดแย้งไม่พอใจ ไม่ชอบใจ ใช้ความรุนแรงในการแก้ ปัญหาของครอบครัว⁽⁵⁾

นอกจากมิติทางสังคมที่ให้ความสำคัญกับความ สัมพันธ์ในครอบครัว การเกื้อกูลทางสังคมแล้วนั้น พบว่า ในมิติทางสุขภาพ ยังให้ความสำคัญกับความรอบรู้ทาง สุขภาพ หรือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้และความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะสุขภาพส่วน บุคคล ครอบครัวและชุมชน⁽⁶⁾ เพื่อสุขภาพที่ดีมี 6 องค์- ประกอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ สุขภาพ (access) (2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) (4) ทักษะ การตัดสินใจ (decision skill) (5) การจัดการตนเอง (self-management) และ (6) การรู้เท่าทันสื่อ (me- dia-literacy) ซึ่งจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 ภายใต้ โครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าคนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทางด้านสุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 65.0 ของคะแนนเต็ม ซึ่งคนไทย

ร้อยละ 19.1 มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ คะแนน เฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด ในกลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมา คือ 46 – 59 ปี ผู้ที่ไม่ได้ เรียนหนังสือ จำนวน 66.45 คะแนน ผู้ที่มีรายได้ขาดสน 80.85 คะแนน ผู้ที่เคยตรวจและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค 84.19 คะแนน ทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีคะแนน เฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ การเข้าถึงและ การทบทวนชักถาม⁽⁷⁾ จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะก่อให้เกิดทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่ง เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคล ในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพ ของตนเองให้ต้อยเสมอนอกจากนี้ มุมมองด้านมิติสุขภาพ ยังรวมถึงภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งล้วน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน การที่ประชาชนจะ สามารถพึ่งพาตนเองได้ จะต้องครอบคลุม ทั้งมิติสุขภาพ มิติเศรษฐกิจ และมิติสังคม

ดังนั้น กรอบแนวคิด ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคม สุขภาพดี” ในครั้งนี้ อาศัยหลักการของเป้าหมายการ พัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประชาชนสามารถ พึ่งพาตนเองได้ ทั้งมิติสุขภาพ มิติเศรษฐกิจและมิติสังคม ปัจจุบันประเทศไทย มีกรอบและแนวทางการพัฒนา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง โดยอาศัยหลักภูมิปัญญาและความซื่อสัตย์สุจริต ตลอดจนหลักการเดินทางสายกลาง ความสมเหตุสมผล และความรอบคอบ ตามแนวคิดของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรม- นารถบพิตร โดยมีจุดเน้นของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง คือ ความยั่งยืน ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽⁸⁾ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป้าหมายการพัฒนาศักยภาพสุขภาพะทุกกลุ่มวัยของ โครงการ มีการเชื่อมโยงในเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมุ่งเน้นที่ SDG 1 ขจัดความยากจน SDG 3 การมี สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และ SDG 17 ความร่วมมือ

เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และได้รับความร่วมมือจากกลไกระดับกระทรวงและกลไกระดับพื้นที่ การให้ความสำคัญของการพัฒนาสถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ในปี 2564 มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง 12 กระทรวง ได้แก่ สำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) กระทรวงกลาโหม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (กก.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร ร่วมกันลงนามความร่วมมือในโครงการบูรณาการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน กำหนดระยะเวลาความร่วมมือ 5 ปี เพื่อการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลรายครัวเรือน รวมถึงการวางแผน การให้ความช่วยเหลือ พัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือและให้สามารถเข้าถึงสวัสดิการ โดยเชื่อมโยงการทำงานระดับพื้นที่ด้วยกลไกสหวิชาชีพ โดยทำงานร่วมกับอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) จำนวน 1 คน รับผิดชอบ 10 ครอบครัว ติดตามครอบครัวกลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการ ในครั้งนี้ มีเป้าหมายรายงานผลการประเมินประสิทธิภาพ เพื่อครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม ทำให้กลุ่มเปราะบางสามารถเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัวให้มีความมั่นคงและมีความสุข สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำ และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในปี 2563 เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันส่งผลกระทบเพิ่มมากขึ้นต่อประชาชนทุกช่วงวัยและทุกกลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะครัวเรือนเปราะบาง เป็นครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและมีบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและต้องการความช่วยเหลือ ควรเร่งพัฒนาและปรับปรุงปัจจัยพื้นฐาน ด้านสุขภาวะที่ดี ของแต่ละกลุ่มวัย เพื่อรองรับการฟื้นฟูและการพัฒนาประเทศ ในสถานการณ์การแพร่

ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองบริหาร-การสาธารณสุขและผู้วิจัย ได้จัดทำโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” เพื่อค้นหาประชาชนทุกกลุ่มวัย ที่มีปัญหา ด้านสุขภาวะใน 3 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ทั้งระดับบุคคลและระดับครอบครัว ด้วยเครื่องมือ การค้นหาที่พัฒนาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการเฉพาะด้าน จากหน่วยงานวิชาการ ในกระทรวงสาธารณสุข ใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหาให้ได้เป้าหมายที่ตรงกับปัญหาอย่างเชิงประจักษ์ และพัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีทุกกลุ่มวัย ภายใต้บริบทของพื้นที่จังหวัดเป้าหมาย 3 จังหวัดต้นแบบ ได้แก่ บุรีรัมย์ พะเยาและระยอง เพื่อให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีแบบพหุภาคี ในระดับนโยบายส่วนกลางและระดับพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ความรู้ของบุคลากรภาคีเครือข่ายในพื้นที่จังหวัดเป้าหมาย โดยทำการวิเคราะห์ปัญหา จัดทำแผนและแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้รากฐานความเข้มแข็งไปสู่ระดับหน่วยครอบครัว⁽⁹⁾ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ผู้วิจัยให้ความสนใจในการทำการประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” โดยประเมินก่อนและหลังการดำเนินงานของโครงการ ซึ่งผลการประเมินในครั้งนี้ จะทำให้เห็นถึงผลสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพประชาชนและรวมถึงแนวทางในการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายให้ดีขึ้น ทั้งมิติสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์และปัญหาของครอบครัว การประเมินระดับของปัญหาสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือพิการ ประเมินความรู้ทางสุขภาพ (health literacy) สภาวะเศรษฐกิจ และมิติทางสังคมทั้งในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวการเกื้อกูลจากชุมชนและของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ

วิธีการศึกษา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 การเลือกพื้นที่ตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 3 จังหวัด ที่มีการจัดทำโครงการต้นแบบครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ได้แก่ บุรีรัมย์ พะเยา และระยอง

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกอำเภอจากทั้ง 3 จังหวัด โดยคัดเลือกจังหวัดละ 2 อำเภอ คือ อำเภอเขตเมือง และไม่ใช่อำเภอเขตเมือง

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกตำบล ในแต่ละอำเภอ เลือกจำนวน 1 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกครอบครัวกลุ่มเปราะบาง ที่มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประชุมร่วมกันคัดเลือกตำบลละ 10 ครัวเรือน รวมทั้งสิ้น 60 ครัวเรือน โดยครัวเรือน ประกอบด้วยบุคคลที่อาศัยอยู่ในเคหะสถานเดียวกันตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป อาจเป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติช่วยกันจ่ายค่าที่พัก อาหาร หรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำรายชื่อครัวเรือนกลุ่มเป้าหมายพร้อมที่อยู่และแผนที่ เพื่อเตรียมการสำรวจข้อมูล

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ แบบประเมินผลการดำเนินโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบประเมินผลการดำเนินโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” รายครอบครัว (3 ข้อ) ชุดที่ 2 แบบประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” รายบุคคล ได้แก่

ส่วนที่ 1 การใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ (7 ข้อ)

1.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือพิการ (4 ข้อ)

1.3 ประเมินความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล (8 ข้อ) ความเข้าใจ

เรื่องสุขภาพ (7 ข้อ) การซักถาม (12 ข้อ) การตัดสินใจ (7 ข้อ) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (10 ข้อ) และพฤติกรรมสุขภาพในยุค New Normal (2 ข้อ)

ส่วนที่ 2 ด้านสังคม ประกอบด้วย

2.1 ความสัมพันธ์ในครอบครัว (8 ข้อ)

2.2 การเกื้อกูลจากชุมชน (10 ข้อ)

รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 78 ข้อ โดยนำเครื่องมือออกแบบการเก็บข้อมูลรายครอบครัวและรายบุคคล (Excel file) เพื่อให้พื้นที่เป้าหมายนำไปใช้ในการบันทึกข้อมูล

3. กลไกการขับเคลื่อนโครงการ

3.1 การบูรณาการจากส่วนกลาง ตามบทบาทภารกิจหน่วยงาน ผ่านกลไกคณะกรรมการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ได้แก่

1) ระดับกระทรวง ประกอบด้วย

กระทรวงสาธารณสุข

ก) ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพให้มีความฉลาดทางด้านสุขภาพ (health literacy)

ข) พัฒนาคัดกรองครอบครัวและเครือข่าย 3 หมอ

ค) ติดตามฐานข้อมูลระดับครอบครัว

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ก) พัฒนาระบบและกลไกสงเคราะห์เพื่อความยั่งยืน (productive welfare)

ข) ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการรายครอบครัว

ค) พัฒนาระบบ Big Data รายครัวเรือนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2) กองบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมวิชาการร่วมพัฒนาเครื่องมือในการคัดเลือกครอบครัวเป้าหมาย

3.2 การขับเคลื่อนในพื้นที่ ออกแบบการดำเนินการ (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการจัดทีม 3 หมอและทีมหมอครอบครัว เพื่อสร้างระบบและกลไกการดูแลสุขภาพของ คนในครอบครัว พัฒนาศักยภาพคนในครอบครัวให้สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและมีความฉลาดทาง

ด้านสุขภาพ ส่งเสริมความเข้มแข็งระบบปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม (2) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด มีการจัดทีม One Home ในการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการรายครอบครัว ส่งเสริมการสงเคราะห์ เพื่อการพัฒนาความมั่นคงในครอบครัว รวมถึงการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องได้รับการเยียวยาและดูแลอย่างต่อเนื่อง และ (3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการส่งเสริมการประกอบอาชีพรายครัวเรือน พัฒนาทักษะ การอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข โดยกองบริหารการสาธารณสุขสนับสนุนงบประมาณและแนวทาง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและพัฒนาศักยภาพสุขภาพที่ดีทุกกลุ่มวัย ภายใต้สภาพปัญหาของพื้นที่

3.3 แนวทางการดำเนินการในระดับจังหวัด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

1) การคัดเลือกครอบครัว โดยวิธี (1) ประชุมร่วมกันระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เพื่อพิจารณาคัดเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เข้าร่วมโครงการในเขตเมืองและเขตชนบท เขตละ 1 แห่ง (2) ประชุมร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดเกณฑ์คัดเลือกครอบครัวและร่วมกันเลือกครอบครัวกลุ่มเป้าหมายจำนวนไม่น้อยกว่า 20 ครอบครัว

2) การเยี่ยมสำรวจและจัดทำแผนพัฒนารายครอบครัว โดยวิธี (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทำแผนเยี่ยมสำรวจครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย ตามแบบสำรวจ/แบบประเมินของหน่วยงานแบบบูรณาการ (2) ประเมินผลครอบครัวกลุ่มเป้าหมายก่อนดำเนินโครงการ (3) ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา ศักยภาพและความตั้งใจ

ที่จะพัฒนารายครอบครัว เพื่อให้ทราบปัญหาและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต รายครอบครัวทั้งมิติสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

3) การปรับเปลี่ยนวิถีคิด จุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต (mild-set) โดยวิธี (1) การพูดคุยหรือจัดประชุมสมาชิกภายในครอบครัว โดยผู้ที่เข้าใจในสภาพปัญหา และความเป็นอยู่ที่สามารถสร้างแรงบันดาลใจ ความคิดสู่ชีวิตให้กับสมาชิกในครอบครัว และมี health literacy ที่ดีขึ้น (2) การเปิดโอกาสให้สมาชิกภายในครอบครัวเปิดใจคุยกัน เพื่อสร้างความผูกพันและเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน

4) การสนับสนุนและหนุนเสริมกิจกรรม ตามแผนพัฒนารายครอบครัว โดยวิธี (1) มอบสิทธิและสวัสดิการตามบริบทของครอบครัวและหน่วยงาน เพื่อปรับสภาพแวดล้อมการเป็นอยู่ การมีอาชีพที่มั่นคง การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เพื่อนำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดีในทุกมิติอย่างยั่งยืน ด้วยคนภายในครอบครัวเอง (productive welfare and sustainable family care) (2) การสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และคนภายในชุมชน เพื่อให้กำลังใจและสร้างแรงบันดาลใจว่าสังคมไทยไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง

5) การติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยวิธี (1) สำรวจข้อมูลเชิงกิจกรรม โดยใช้แบบประเมินก่อนและหลังดำเนินโครงการ เพื่อวิเคราะห์ระดับความสำเร็จในการพัฒนา (2) ประเมินสิ่งที่จะต้องดำเนินการต่อไป เพื่อพัฒนาข้อเสนอให้กับคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล หรือคณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาความยากจนของจังหวัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมเอกสารที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ คู่มือเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” อย่างยั่งยืน แนวทางการสัมภาษณ์ สำหรับเจ้าหน้าที่ เก็บรวบรวม

ข้อมูล จำนวน 1 ใบ แบบประเมินผลการดำเนินโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี”

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธี (1) จังหวัดดำเนินการจัดตั้งทีมเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ พร้อมแต่งตั้งหัวหน้าทีมของแต่ละจังหวัด เป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากทุกอำเภอของกลุ่มเป้าหมาย และประสานงานกับส่วนกลางและแต่งตั้งรองหัวหน้าทีม ซึ่งจะเป็นหัวหน้าทีมประจำแต่ละอำเภอ เป็นผู้ทำหน้าที่ควบคุมการปฏิบัติงานภาคสนาม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ทั้งการควบคุมคุณภาพการเก็บข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของแบบสำรวจ และ (2) เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลจะต้องเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับครัวเรือนในหมู่บ้านต้องผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลจากส่วนกลาง โดยจะต้องมีการประชุมทีมเพื่อวางแผนและเตรียมการสำหรับการเก็บข้อมูล ในการเริ่มต้นเก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลภาคสนาม จะต้องแนะนำตัวเอง อธิบายที่มา ของโครงการ วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับจากการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่จะต้องสัมภาษณ์อย่างตรงไปตรงมา ไม่ชักจูงคำตอบให้แก่ผู้ให้ข้อมูล เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนยุติการให้สัมภาษณ์ หลังจากเจ้าหน้าที่รวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อยจึงทำการบันทึกข้อมูลและประสานงานกับส่วนกลางเพื่อนำส่งข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว ด้วยสถิติจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเศรษฐกิจครัวเรือน ด้วยข้อมูลบัญชีรายรับรายจ่ายของครัวเรือน การมีหนี้สินของครัวเรือน จากสถิติจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพ ด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากสถิติจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพ ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้ทางสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินโครงการด้วยสถิติ paired sample T-test

วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกิดกูกจากชุมชนด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ในครอบครัว และการเกิดกูกจากชุมชนก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ด้วยสถิติ paired sample T-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลของ 3 จังหวัด ได้แก่ บุรีรัมย์ พะเยา และระยอง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการคัดเลือกครัวเรือนเป้าหมาย โดยคัดเลือกจังหวัดละ 2 ตำบล ๆ ละ 10 ครัวเรือน จากพื้นที่ 3 จังหวัด คือ บุรีรัมย์ พะเยา และระยอง รวมทั้งสิ้น 60 ครัวเรือน คือ บุรีรัมย์ 20 ครัวเรือน พะเยา 20 ครัวเรือน และระยอง 20 ครัวเรือน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มเป้าหมายของทั้ง 3 จังหวัด ที่ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่ คือ สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 69.7, 54.6 และ 66.1 ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 51.5, 62.5 และ 61.0 กลุ่มเป้าหมายของบุรีรัมย์และระยอง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 23 – 59 ปี ร้อยละ 30.3 และ 42.4 ส่วนพะเยาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 กลุ่มเป้าหมายของทั้ง 3 จังหวัด ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 59.1, 25.0 และ 35.6 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 53.0, 37.5 และ 37.3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเศรษฐกิจครัวเรือน

กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด มีข้อมูลดังนี้ คือ บุรีรัมย์ ไม่มีบัญชีรายรับรายจ่าย จำนวน 20 ครัวเรือน (ร้อยละ 100.0) พะเยา มีบัญชีรายรับรายจ่าย จำนวน 10 ครัวเรือน (ร้อยละ 50.0) และไม่มีบัญชีรายรับรายจ่าย จำนวน 10 ครัวเรือน (ร้อยละ 50.0) และระยอง ส่วนใหญ่ไม่มีบัญชีรายรับรายจ่าย จำนวน 18 ครัวเรือน (ร้อยละ 90.0) และมีบัญชีรายรับรายจ่าย จำนวน 2 ครัวเรือน (ร้อยละ 10.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด คือ บุรีรัมย์ ส่วนใหญ่ไม่มีหนี้สิน จำนวน 9 ครัวเรือน (ร้อยละ 45.0) และมีหนี้สินจำนวน 11 ครัวเรือน (ร้อยละ 55.0) พะเยา ไม่มีหนี้สิน

การประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุภาพดี”

ตารางที่ 1 ข้อมูลบัญชีรายรับ รายจ่าย ของครัวเรือนกลุ่มเป้าหมาย

บัญชี	บุรีรัมย์		พะเยา		ระยอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	20	100.0	10	50.0	18	90.0
มี	0	0.0	10	50.0	2	10.0
รวม	20	100.0	20	100.0	20	100.0

จำนวน 14 ครัวเรือน (ร้อยละ 70.0) และมีหนี้สินจำนวน 6 ครัวเรือน (ร้อยละ 30.0) และระยอง ไม่มีหนี้สินจำนวน 11 ครัวเรือน (ร้อยละ 55.0) มีหนี้สินจำนวน 9 ครัวเรือน (ร้อยละ 45.0) (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 การประเมินผล

3.1 การใช้บริการสุขภาพ

3.1.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา (มกราคม 2563 - ธันวาคม 2563)

กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด คือ บุรีรัมย์ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 88.9 รองลงมา คือ ระยอง ร้อยละ 75.5 และ พะเยา ร้อยละ 58.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 การมีหนี้สินของกลุ่มเป้าหมาย

การมีหนี้สิน	บุรีรัมย์		พะเยา		ระยอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีหนี้สิน	9	45.0	14	70.0	11	55.0
มีหนี้สิน	11	55.0	6	30.0	9	45.0
รวม	20	100.0	20	100.0	20	100.0

ตารางที่ 3 การตรวจสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

การตรวจสุขภาพ	บุรีรัมย์		พะเยา		ระยอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ตรวจ	5	11.1	13	41.9	12	22.6
ตรวจ	40	88.9	18	58.1	40	75.5
ไม่ทราบ	0	0.0	0	0.0	1	1.9
รวม	45	100.0	31	100.0	53	100.0

ตารางที่ 4 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จังหวัดบุรีรัมย์					จังหวัดพะเยา					จังหวัดระยอง				
	ก่อน		หลัง		p-value	ก่อน		หลัง		p-value	ก่อน		หลัง		p-value
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD	
การเข้าถึงข้อมูล	2.04	1.48	2.56	1.26	0.000	2.07	1.39	2.74	1.65	0.000	2.85	1.44	2.75	1.60	0.51
ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ	3.30	1.10	3.41	1.08	0.016	2.86	1.26	3.29	1.47	0.000	3.62	1.29	3.55	1.51	0.61
การตัดสินใจ	3.12	0.87	3.26	0.86	0.001	3.69	0.80	4.00	1.12	0.027	3.33	1.11	3.50	1.26	0.37
การซักถาม	3.32	1.197	3.53	1.151	0.001	2.38	1.724	2.85	1.976	0.000	3.62	1.32	3.55	1.450	0.621
การเปลี่ยนพฤติกรรม	3.44	0.992	3.53	0.940	0.002	2.50	1.381	2.95	1.717	0.000	3.58	1.11	3.66	1.071	0.659

ภาพรวมเพิ่มขึ้นและมีคะแนนมากที่สุด คือ ระยอง 157.92 คะแนน ร้อยละ 66.9 บุรีรัมย์ 155.42 คะแนน ร้อยละ 65.9 และพะเยา 157.92 คะแนน ร้อยละ 64.9 โดยรวม พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด มีคะแนนและค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ยกเว้น ระยอง ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมาย มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวมเพิ่มขึ้นเล็กน้อยและเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจเรื่องสุขภาพและด้านการซักถามที่มีค่าเฉลี่ยรายด้านลดลงเล็กน้อย ทำให้ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ กลุ่มเป้าหมายของ ระยอง มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

3.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกื้อกูลจากชุมชน

กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด คือ บุรีรัมย์ พะเยาและ

ระยอง พบว่า ก่อนการดำเนินงานพะเยา มีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในครอบครัวมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.03, SD=1.16) รองลงมา คือ ระยองมีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในครอบครัว ค่าเฉลี่ย=3.01, SD=0.92) (ตารางที่ 5) แปลผลได้คือ ทั้งสองจังหวัดมีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับสูง และบุรีรัมย์ มีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ภายในครอบครัวน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=2.19, SD=0.80) แปลผลได้คือ ค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับปานกลาง ภายหลัง การดำเนินโครงการ พบว่า ค่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ของบุรีรัมย์และพะเยา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ค่าเฉลี่ย=2.56, SD=0.88 และ ค่าเฉลี่ย=3.06, SD=1.28 ตามลำดับ) ดังนั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมดำเนินงาน ค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในครอบครัวของบุรีรัมย์และพะเยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ ระยอง มีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง ค่าเฉลี่ย=2.95, SD=1.00) แปลผลได้ จากก่อนและหลังเข้าร่วมดำเนินงาน ระยอง มีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ใน

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกื้อกูลจากชุมชนของกลุ่มเป้าหมาย

มิติด้านสังคม	จังหวัดบุรีรัมย์					จังหวัดพะเยา					จังหวัดระยอง				
	ก่อน		หลัง		p-value	ก่อน		หลัง		p-value	ก่อน		หลัง		p-value
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว	2.19	0.80	2.56	0.88	0.00	3.03	1.16	3.06	1.28	0.83	5.01	0.92	2.95	1.00	0.76
การเกื้อกูล จากชุมชน	0.98	0.10	0.92	0.11	0.00	0.89	0.14	1.05	0.91	0.32	0.77	0.20	0.79	0.18	0.94

ครอบครัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับ ผลการศึกษาการเกี่ยวเนื่องจากชุมชน พบว่า ก่อนการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด จังหวัดบุรีรัมย์ มีค่าเฉลี่ยการเกี่ยวเนื่องจากชุมชนมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=0.98, SD=0.10) รองลงมา คือ พะเยา มีค่าเฉลี่ยการเกี่ยวเนื่องจากชุมชน (ค่าเฉลี่ย=0.89, SD=0.14) แผลผลได้ว่า ทั้งสองจังหวัดมีค่าเฉลี่ยการเกี่ยวเนื่องจากชุมชนในระดับน้อย ส่วนระยอง มีค่าเฉลี่ยการเกี่ยวเนื่องจากชุมชนน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย=0.77, SD=0.20) แผลผลได้ว่า มีค่าเฉลี่ยการเกี่ยวเนื่องระดับน้อยที่สุด ภายหลังจากดำเนินโครงการ พบว่า ค่าเฉลี่ยการเกี่ยวเนื่องจากชุมชนของจังหวัดระยองและจังหวัดพะเยา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ค่าเฉลี่ย=0.79, SD=0.18 และค่าเฉลี่ย=1.05 SD=1.28 ตามลำดับ) ในขณะที่บุรีรัมย์ มีค่าเฉลี่ยการเกี่ยวเนื่องจากชุมชนลดลง ค่าเฉลี่ย=0.92, SD=0.11) ดังนั้น ก่อนและหลัง เข้าร่วมดำเนินงานค่าเฉลี่ยการเกี่ยวเนื่องจากชุมชนของบุรีรัมย์ พะเยา และระยอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงใน 3 มิติ พบว่า ยังไม่สามารถประเมินมิติด้านเศรษฐกิจของทั้ง 3 จังหวัดได้ เนื่องจากระยะเวลาในการดำเนินงานมีระยะเวลาที่สั้น ส่วนมิติด้านสุขภาพ พบว่า ทั้ง 3 จังหวัด มีมิติการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น มิติด้านสังคม พบว่า พะเยา มีมิติการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเกี่ยวเนื่องจากสังคมดีขึ้น ระยอง มีมิติการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลงและการเกี่ยวเนื่องจากสังคมดีขึ้น บุรีรัมย์มีมิติการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้นและการเกี่ยวเนื่องจากสังคมลดลง

วิจารณ์

โครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุภาพดี” ใช้หลักการของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน อาศัยกรอบความคิดมุ่งเน้นการพัฒนาในมิติด้านต่าง ๆ คือ มิติด้านสุขภาพ มิติสังคมและมิติเศรษฐกิจ ให้ความเชื่อมโยงกันในทุกมิติ โดยมิติทางเศรษฐกิจ ควร

ที่จะมีการพัฒนาเพื่อขจัดความยากจน ให้กับประชาชน มิติสุขภาพ ควรมีการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยการร่วมมือกันของทุกภาคส่วน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน จากการดำเนินงานและประเมินโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุภาพดี” พบว่า รูปแบบการดำเนินงานทั้ง 3 จังหวัด มีแนวทางการดำเนินการที่สำคัญ คือ

1. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ
2. การจัดโครงสร้างการทำงานในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ
3. การคัดเลือกครอบครัวกลุ่มเป้าหมายร่วมกัน
4. การจัดทีมเยี่ยมสำรวจและการจัดเก็บข้อมูลร่วมกัน
5. การประชุมที่ร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนช่วยเหลือรายครอบครัว (family care plan)
6. การดำเนินการสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวกลุ่มเป้าหมายในมิติสุขภาพ มิติสังคมและมิติเศรษฐกิจ เช่น การปรับปรุงที่อยู่อาศัย การดูแลจาก care giver การส่งเสริมด้านอาชีพ
7. สรุปผลการดำเนินการและแผนการช่วยเหลือ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน 2 เป้าหมายตาม SDG คือ เป้าหมายที่ 1 ยุติความยากจนทุกรูปแบบในทุกที่ และเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ดังนี้

มิติด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด ส่วนใหญ่เข้าถึงการตรวจสุขภาพและรักษาในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาพยาบาล เนื่องจากไม่มีค่าใช้จ่าย แต่แนวทางการรักษายังไม่ชัดและบางส่วนก็เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล จะมีเพียง จังหวัด

พะเยา ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ พยาบาล และในส่วนของ การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 จังหวัด คือ ระยอง บุรีรัมย์ และพะเยา ได้คะแนนร้อยละ 66.6, 60.2 และ 55.9 โดยที่ พะเยา ผู้ตอบแบบสำรวจ ส่วนใหญ่ คือ กลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิมล โรมา และคณะ(7) ที่ได้มีการสำรวจความรอบรู้ด้าน สุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า คนไทย มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 65.0 ของคะแนนเต็ม ซึ่งคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มเป้าหมายค่อนข้างใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยของ คนไทย ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสำคัญมาก เพราะการให้ความรู้ทางสุขภาพ ช่วยให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ต้องอาศัย ความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ จากการ ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย พบว่า ระดับของการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงควรเพิ่มระดับความสามารถให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ในการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคด้วย ตนเอง การส่งเสริมสุขภาพการจัดการบริการสุขภาพและการ ค้ำครองผู้บริโรค ทั้งนี้ วิมล โรมาและคณะ(7) ได้ให้ข้อคิด เห็นว่า ควรใช้ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเสริม สร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่ยัง เป็นจุดอ่อนและปรับระบบการบริการในบริบทต่างๆ ให้ เป็นมิตรต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น จนอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มเป้าหมายควรเข้าถึง เข้าใจ ทบทวน ชักถามและตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล ที่ได้รับได้อย่างง่ายมาก นั่นคือ นอกจากควรเสริมสร้าง ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กลุ่มเป้าหมาย ควรปรับ ระบบบริการสุขภาพให้เอื้อต่อการใช้บริการ ทั้งนี้ โครงการ พัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ที่ดำเนินงานในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ทำให้เกิดแผนและ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้แก่กลุ่มเปราะบางใน ระยะยาว และในระยะต้นเริ่มจากการสำรวจ เพื่อค้นหา สถานการณ์และปัญหา เพื่อจะนำมาใช้ในการวางแผนทาง การพัฒนา สิ่งที่เกิดขึ้นเบื้องต้น คือ กลุ่มเปราะบาง ได้รับ

การช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากภาครัฐและเอกชน โดย การนำข้อมูลกลุ่มเปราะบางมาหารือ เพื่อพัฒนาคุณภาพ ชีวิตในระดับอำเภอ สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน รูปแบบบูรณาการงาน long term care ตามความต้องการ และความจำเป็นของครอบครัวเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม การประสานผ่านทีม 3 หมอ จัดบริการเชื่อมโยง ส่งต่อ และดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มี care giver สำหรับ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อดูแลระยะยาว ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและ สำคัญ ทั้งนี้ การประเมินผลหลังการดำเนินโครงการ จำเป็นต้องประเมินผลเป็นระยะ ๆ

มิติทางด้านสังคม พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด มีความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และ ระดับมาก แต่การเกื้อกูลจากชุมชนยังอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ ในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว สิ่งสำคัญ คือ การ ทำหน้าที่ตามบทบาทหรือความรับผิดชอบของตนเองใน ครอบครัว, การแสดงความรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร ความสนใจ เอาใจใส่กันของสมาชิกภายในครอบครัวและ การใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันในบ้าน กับสมาชิกใน ครอบครัวอย่างมีความสุข เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีใน ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของระพีพรรณ คำหอม และคณะ(10) ที่ศึกษาความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย ตามวงจรชีวิตครอบครัวกรณีศึกษาภาคใต้ พบว่า ปัจจัย ด้านความสมดุลของเวลาระหว่างการทำงานและชีวิต ครอบครัวที่ดี มีผลทางบวกกับความอยู่ดีมีสุขของ ครอบครัวและจากการศึกษา พบว่า สิ่งที่จะทำให้ ครอบครัวอบอุ่น มีความรักความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น คือ การปรึกษาหารือ ช่วยกันแก้ไขปัญหาในครอบครัวและ เปิดใจคุยกันอย่างตรงไปตรงมา ในด้านของการเกื้อกูล จากชุมชน พบว่า ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้ง หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน ช่วยให้กลุ่ม เปราะบางได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกัน สำนักงาน- สหิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม(5) สำรวจสภาวะทางสังคมวัฒนธรรมและสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 พบว่า การพูดคุยปรึกษาหารือ หรือตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผล ในเรื่องสำคัญ ของครอบครัว ร้อยละ 92.0

เช่นเดียวกัน สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁽⁴⁾ ได้พัฒนาชุดความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ตามมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง โดยเล็งเห็นว่า ครอบครัวเข้มแข็งมั่นคง สามารถทำให้สังคมและประเทศชาติพัฒนาได้ ทั้งนี้ สัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญ เพราะความสัมพันธ์ใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งในครอบครัว สะท้อนการพัฒนา- การของเด็กทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ในยุคปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเข้ามามีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ทำให้พ่อแม่ลูกแทบไม่มีเวลาให้กัน แสดงความรู้สึกต่อกัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันลดน้อยลง เนื่องจากต่างคนต่างติดความสุขกันคนละอย่าง

มิติทางด้านเศรษฐกิจ กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 จังหวัด ในการประเมินผลดำเนินการโครงการฯ พบว่า ยังไม่สามารถประเมินความแตกต่างก่อนและหลังการดำเนินโครงการฯ ได้อย่างชัดเจน เนื่องจากระยะเวลา การดำเนินโครงการสั้น และจากการสำรวจข้อมูลทั้ง 3 จังหวัด พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ดังนั้น จึงมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดอาชีพในชุมชนขึ้น ยกตัวอย่าง เช่น จังหวัดพะเยา ได้ประสานเกี่ยวกับการศึกษานอกระบบเพื่อพัฒนาชุมชนและผู้นำ ในการสนับสนุนด้านอาชีพ รวมถึงการประสานงานกับทีมแพทย์และเทศบาล เพื่อดำเนินการเรื่องสิทธิผู้พิการให้แก่กลุ่มเป้าหมายและปรึกษานิติกรเพื่อหารือเรื่องการยืดหยุ่นการจ่ายเงินคืน กยศ. มีการจัดสร้างและปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้กลุ่มเป้าหมาย โดยจังหวัดพะเยา ได้ใช้เงินที่ประชาชนร่วมกันบริจาค ซึ่งมีพระภิกษุสงฆ์เป็นแกนนำ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมอาชีพ รายได้ และทุนการศึกษา จึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายมีเศรษฐกิจครัวเรือน ที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทาง

สังคมที่มุ่งหวังแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับปากท้องของประชาชนในระดับล่างที่เป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศ โดยมีแผน-งานที่สำคัญ คือ แผนงานการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากและชุมชนเข้มแข็ง ปัจจัยขับเคลื่อนที่หนึ่ง คือ การพัฒนาอาชีพครัวเรือน ด้วยการสร้างสัมมาชีพชุมชน ตามหลัก-ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้แนวคิด “ชาวบ้านสอนชาวบ้าน” สอนอาชีพตามความต้องการและความถนัดของกลุ่มเป้าหมายแต่ละบุคคล ด้วยกระบวนการพัฒนาทักษะการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับปราชญ์ชุมชนด้านอาชีพ เพื่อจะได้เป็นวิทยากรสัมมาชีพภายในชุมชน จากนั้น ไปสร้างทีมและจัดการฝึกอบรมอาชีพให้กับครัวเรือนที่ต้องการฝึกอาชีพในหมู่บ้าน และมีการติดตามผลและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครัวเรือนที่เข้ารับการฝึกอาชีพ สามารถประกอบอาชีพได้จริงและพัฒนาเป็นอาชีพที่สร้างรายได้ให้กับครัวเรือนอย่างมั่นคงและยั่งยืน ตามวิถีชีวิตเศรษฐกิจพอเพียงระดับพื้นฐาน⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกับสำนักเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน กรมการพัฒนา-ชุมชน ได้มีการส่งเสริมสัมมาชีพชุมชนสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนและมีการวิเคราะห์อาชีพเป็นหัวใจสำคัญเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกอาชีพที่จะเข้ารับการฝึกอบรมและนำความรู้ไปประกอบเป็นอาชีพ โดยสนับสนุนแนวทางการวิเคราะห์อาชีพ โดยเน้นการผลิตตามความต้องการของตลาดควบคู่ไปกับศักยภาพและความถนัดของตนเอง หรือทุนชุมชนที่มาหนุนเสริม ภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยสนับสนุนแนวทางการวิเคราะห์อาชีพในกระบวนการสร้างสัมมาชีพชุมชน ให้กับเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชนและทีมวิทยากรสัมมาชีพชุมชน อีกทั้งควรส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมาย มีการจัดทำบัญชีรายรับรายจ่ายเป็นการช่วยให้เกิดการใช้จ่ายอย่างรอบคอบมากขึ้น นอกจากนี้การออมเงินเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายยังมีการออมเงินน้อยอยู่ ดังนั้น ควรจัดให้มีการทำบัญชีใช้จ่ายเงินและการออมเงิน⁽¹¹⁾ เช่นเดียวกับรฐา ภูไพบูลย์ และคณะ ได้ศึกษาครอบครัวไทยแบบบูรณาการตามวงจรชีวิตครอบครัว โดยได้กล่าวว่า การจัดระบบการเงินการออม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมเป็นปัจจัยหนึ่ง

ที่มีอิทธิพลต่อระดับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว การสนับสนุน ด้านการช่วยตนเองทางการเงิน การออมและการให้การสงเคราะห์ยังเป็นสิ่งจำเป็น⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การสนับสนุนทางนโยบายเพื่อเอื้อในการพัฒนาครอบครัวแบบมุ่งเป้าหมาย ให้มีคุณภาพและยั่งยืน
2. กลไกการเชื่อมโยงกับคณะกรรมการในพื้นที่ในการร่วมแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตครอบครัวกลุ่มเปราะบาง เช่น การนำข้อมูลครอบครัวกลุ่มเปราะบางเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ คณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาความยากจน
3. การดำเนินการร่วมกับทีมหมอครอบครัวหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ บูรณาการในงานประจำ เพื่อสำรวจความต้องการ หรือ ความจำเป็นของครอบครัวเป้าหมาย ร่วมกับพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ให้มีทักษะทั้งด้านการดูแลสุขภาพและการให้ความช่วยเหลือทางสังคมร่วมกัน โดยที่ อพม.และ อสม. ควรเป็นบุคคลเดียวกัน
5. บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการติดตามและขยายผลอย่างต่อเนื่อง
6. การบูรณาการฐานข้อมูลครอบครัวกลุ่มเปราะบางเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนร่วมกันระหว่างกระทรวง-การคลัง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวง-สาธารณสุข
7. การพัฒนาเจตคติ (attitude) กรอบความคิด (mindset) ของผู้ปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข. นนทบุรี; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2559.
3. ยุทธนา วรรณโพธิ์กลาง. การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุภาพดี”; 8 มี.ค. 2564; โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร; 2564.
4. สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ชุดความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวตามมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2554.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2563.
6. ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. การสำรวจความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ในกลุ่มประชากรตัวอย่าง สำหรับใช้วิเคราะห์ psychometric เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
7. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, จิตติวัฒน์ แก้วอำดี, รุ่งนภา คำฝาง, รักษิณี บุตรชน, และคณะ. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
8. SDG Move. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.sdgmove.org>

- sdgmove.com/aboutsdgs
9. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุข. การประชุมสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี”; 8 ก.ย. 2564; นนทบุรี; 2564.
10. ระพีพรรณ คำหอม. ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทยตามวงจรชีวิตครอบครัว: กรณีศึกษาภาคใต้. วารสารสังคม-สงเคราะห์ศาสตร์ 2563;2:45.
11. สำนักเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน. การส่งเสริมสัมมาชีพชุมชนสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: สำนักเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน; 2562.
12. รุจา ภูโพบูลย์, ระพีพรรณ คำหอม, ดารุณี จงอุดมการณ์, จินตนา วัชรสินธุ์, ถวัลย์ เนียมทรัพย์, เดชาวุธ นิตยสุทธิ, และคณะ. การศึกษาครอบครัวไทยแบบบูรณาการตามวงจรชีวิตครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2562.

Abstract: Evaluation of the Development Project for Provincial Role Model on “Family Security Healthy Society”

Pattarapol Jungsomjatepaisal, M.D., Diploma, Thai Board of Preventive Medicine, Community Mental Health* ; Sujitta Thakkatin, B.A. (Human Resource Management)**

** Health Technical Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health; ** Health Administration Division; Ministry of Public Health,, Thailand*

Journal of Health Science 2022;31(4):674-87.

This routine to research study aimed to evaluate the pilot project on “Family Security Healthy Society” in both socio-economic and health aspects before and after the implementation in the three targeted provinces, namely Buriram, Phayoa and Rayong. The project was jointly implemented by the Public Health Provincial Offices, Social Development and Human Security Offices, and Local Administrative Organization. The samples were 60 households purposively selected from both urban and non-urban areas. The data were collected through questionnaires and interviews and analyzed by using percentage, frequency, mean, standard deviation, and pair sample t-test. The findings of this study were as follow: (1) for the health aspect, there was significantly different in health literacy of the sample group between before and after the Project implementation ($p<0.05$); (2) for the social aspect, it was found that, after the Project implementation, the samples in Buriram and Phayao increased relationship with their families whereas the samples in Rayong had relationship value with their families at a lower level. Both Rayong and Phayao also received the increased support from their communities while Buriram received less support. Only Buriram had significantly different relationships with their families and community support ($p<0.05$). This study recommended the following: (1) policy on the family development needs to be target oriented; (2) the mechanism linking with a local committee should be set; (3) promote working with the family doctor team or primary healthcare unit; (4) build capacity of relevant volunteers such as village health volunteers, social development and human security volunteers; (5) promote the role of the local administrative organization in monitoring and expanding the project; (6) harmonize the database of the vulnerable families; and (7) improve the attitude and mindset of the implementers.

Keywords: family security; healthy society, health literacy, family relationships, community support

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การประเมินยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2560 - 2564

กนิิน อีระตันติกานนท์ วท.ม.

กมนชนก บุญสิทธิ์ วท.บ.

วรรณพร ผื่อโย ส.บ.

เสาวพัคตร์ อีนจ้อย ปร.ด. (ระบาศวทยา)

สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	1 มี.ค. 2565
วันแก้ไข:	30 เม.ย. 2565
วันตอบรับ:	10 พ.ค. 2565

บทคัดย่อ กรมควบคุมโรคมียุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงาน จึงได้มีการศึกษาเพื่อประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว และนำข้อมูลที่ได้มาเตรียมการสำหรับยุทธศาสตร์ฯ ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินครอบคลุมทุกยุทธศาสตร์ นำมาประเมินโดยการสัมภาษณ์กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคจากการสุ่มตัวอย่างจังหวัดชายแดน และการตอบคำถามแบบประเมินทางระบบออนไลน์ด้วยตนเองโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานส่วนกลางของกรมควบคุมโรค ผลการประเมินดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพองค์กร บุคลากรด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ พบว่ามีกระบวนการทำงานกับหน่วยงานหลายภาคส่วน และทุกชายแดนสามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้ การพัฒนาบุคลากรส่วนใหญ่มุ่งเป้าที่การพัฒนานักระบาศวทยาภาคสนามและผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันควบคุมโรคในระดับนานาชาติเพิ่มขึ้น ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ นวัตกรรม และเทคโนโลยี พบว่าส่วนภูมิภาคมีการนำระบบข้อมูลสารสนเทศความร่วมมือระหว่างประเทศมาใช้ปฏิบัติงาน ในขณะที่ส่วนกลางจะมีการจัดทำชุดความรู้หลายภาษา และเทคโนโลยีที่สนับสนุนการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาบทบาทในระดับนานาชาติ และขับเคลื่อนข้อตกลงระหว่างประเทศ พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการประชุมระดับทวิภาคี พหุภาคี และนานาชาติ มีการผลักดันในการนำนโยบาย ข้อตกลงระหว่างประเทศ และบันทึกข้อตกลงเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานระหว่างประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ พบว่า มีทำเนียบและการพัฒนาเครือข่ายทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ เมื่อวิเคราะห์ในรูปแบบการกำหนดคะแนน พบว่าผลการประเมินระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ไม่มีความแตกต่างกัน มีข้อคิดเห็นร่วมกัน ได้แก่ (1) การอบรมทักษะที่จำเป็นแก่การปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น (2) เสนอให้มีกลุ่มงานด้านความร่วมมือระหว่างประเทศระดับเขต รวมทั้งเพิ่มอัตรากำลัง (3) เสนอให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับงานความร่วมมือระหว่างประเทศ และให้ส่วนกลางบูรณาการโปรแกรมร่วมกัน (4) กำหนดผู้ประสานงานหลักระหว่างประเทศในระดับจังหวัด และปรับปรุงข้อมูลทุกปี และ (5) ผู้บริหารจากกระทรวงที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน

คำสำคัญ: การประเมิน; ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ; การป้องกันควบคุมโรค

บทนำ

ภารกิจด้านความร่วมมือระหว่างประเทศมีส่วนสำคัญที่จะช่วยผลักดันการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทยให้บรรลุผลสำเร็จ โดยมีมิติของการพัฒนามาตรฐานงาน พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร ตลอดจนช่วยส่งเสริมบทบาทและภาพลักษณ์ขององค์กรในเวทีระดับภูมิภาคและระดับโลก ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระหว่างประเทศ ได้แก่ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals)⁽¹⁾ เป้าหมายที่ 17 เสริมความเข้มแข็งให้แก่กลไกการดำเนินงานและฟื้นฟูสภาพหุ้นส่วนความร่วมมือระดับโลก เพิ่มพูนความร่วมมือระหว่างประเทศและในภูมิภาค นโยบายรัฐบาล⁽²⁾ มีความเชื่อมโยงกับนโยบายด้านที่ 4 การสร้างบทบาทของไทยในเวทีโลก บทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาภายใต้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในกรอบสหประชาชาติ เสริมสร้างความเป็นปึกแผ่นของอาเซียน ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)⁽³⁾ มีความเชื่อมโยง เช่น ด้านความมั่นคง คือ การป้องกันและแก้ไขปัญหามีผลกระทบต่อความมั่นคง ผ่านการติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่อาจอุบัติขึ้นใหม่ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ล่วงหน้า และสามารถแก้ไขปัญหาและภัยคุกคามในอนาคตได้ทันที่สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13⁽⁴⁾ ในเป้าหมายที่ 4 ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพ อันประกอบด้วยเสริมสร้างบทบาทของประเทศไทยในการกำหนดทิศทางและส่งเสริมเสถียรภาพของภูมิภาค รวมถึง ด้านการสาธารณสุข การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เป้าหมายที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงกำลังคนทางด้านสาธารณสุข และมีการร่วมมือกับต่างชาติในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ได้รับองค์ความรู้ที่หลากหลาย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาในการป้องกันและควบคุมโรค ในยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ⁽⁵⁾ มีความเชื่อมโยงของแผนกับงาน

สาธารณสุข ด้านการป้องกันควบคุมโรคด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ อาทิ การพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพขยายไปถึงประเทศเพื่อนบ้าน และส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ การพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับประเทศเพื่อนบ้าน การพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพที่อยู่บนความร่วมมือระหว่างประเทศจะสามารถรับมือกับภาวะฉุกเฉิน และภัยสุขภาพได้ดีขึ้น และยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560 - 2579)⁽⁶⁾ ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การปรับปรุงระบบบริหารจัดการและการพัฒนาความร่วมมือโดยเป้าหมายของประเด็นยุทธศาสตร์ดังกล่าวคือ ประเทศไทยมีโครงสร้าง ระบบ และกลไกการบริหารจัดการระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ดี พัฒนาและประสานความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรคกับภาคีเครือข่ายที่สำคัญ พัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรค และจัดระบบติดตามและประเมินผลอย่างบูรณาการที่หน่วยงานต่างๆ ในระบบป้องกันควบคุมโรคยอมรับร่วมกัน

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค (พ.ศ. 2560 - 2564) เกิดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานเป็นผลให้เกิดการส่งเสริม ผลักดัน การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย และภูมิภาคให้มีความเข้มแข็ง และใน พ.ศ.2564 เป็นปีที่สิ้นสุดของยุทธศาสตร์ดังกล่าว การศึกษานี้จึงเกิดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรค ระยะที่ 1 และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางและเตรียมการสำหรับยุทธศาสตร์ฯ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2569) ที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ มุ่งสู่ความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนในลำดับต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม กำหนดกรอบแนวคิด รูปแบบ และเกณฑ์การประเมิน

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับยุทธศาสตร์

ส่วนที่ 3 การประเมินผลของยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพองค์กร บุคลากรด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ และเครือข่าย ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาบทบาทนำระดับนานาชาติ และขับเคลื่อนนโยบาย กฎข้อบังคับ กรอบอนุสัญญา ความร่วมมือ และข้อตกลงระหว่างประเทศ และยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรคทั้งระดับภูมิภาค และระดับโลก

ส่วนที่ 4 สภาพปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาภายใต้คณะกรรมการยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรคทดลองใช้ และปรับปรุงภายหลังทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ ผ่านกระบวนการ 2 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบ 1 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จากจังหวัดที่ได้รับการประเมินโดยแบ่งกลุ่มตามพื้นที่จังหวัดชายแดนที่ติดกับประเทศไทย ได้แก่ ชายแดนไทย-ลาว ชายแดนไทย-เมียนมา ชายแดนไทย-กัมพูชา และชายแดนไทย-มาเลเซีย โดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายแบบกระบวนการกลุ่ม ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านยุทธศาสตร์/นโยบาย/แผนงาน ผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคระหว่างประเทศในพื้นที่

ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

รูปแบบ 2 การตอบคำถามแบบประเมินยุทธศาสตร์ด้วยตนเองทางระบบออนไลน์ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านความร่วมมือระหว่างประเทศในหน่วยงานส่วนกลางของกรมควบคุมโรค หรือได้รับการแต่งตั้งในคณะกรรมการยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์และสรุปผล โดยการประเมินผลในรูปแบบ 1 ทีมผู้ศึกษาจะจับประเด็นสนทนาตามหัวข้อในเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน แล้วจะนำเสนอประเด็นสำคัญ และให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาเมื่อสิ้นสุดกระบวนการกลุ่ม ต่อจากนั้นผลการประเมินในรูปแบบ 1 และ 2 จะถูกรวบรวมและสรุปผล นอกจากนี้จะมีการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของการกำหนดคะแนน ประกอบด้วยเกณฑ์ดังนี้ 1 คะแนน = มีการดำเนินการ/ข้อมูล และมีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ 0.5 = มีการดำเนินการ/ข้อมูล แต่ไม่มีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง และ 0 = ไม่มีการดำเนินการ/ข้อมูล และมีการวิเคราะห์สัดส่วน ร้อยละของแต่ละตัวแปร วิเคราะห์หาความแตกต่างของคะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์และการตอบคำถามแบบประเมินยุทธศาสตร์ด้วยตนเองทางระบบออนไลน์ ระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานส่วนภูมิภาค โดยใช้โปรแกรม SPSS version 22 (2-sided test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบประเมิน

บุคลากรที่เข้าร่วมการประเมินรูปแบบ 1 ประกอบด้วย บุคลากรในพื้นที่จากจังหวัดน่าน, เชียงราย, สตูล, อุบลราชธานี และศรีสะเกษ ซึ่งเป็นตัวแทนรวม 48 คน จำแนกเป็นเพศชาย 22 คน (ร้อยละ 45.8) เพศหญิง 26 คน (ร้อยละ 54.2) มาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมากที่สุด จำนวน 16 คน (ร้อยละ 33.3) รองลงมา คือหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกรมควบคุมโรค จำนวน

11 คน (ร้อยละ 22.9) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล 10 คน (ร้อยละ 20.8) ตามลำดับ กลุ่มงานพบว่า กลุ่มควบคุมโรค กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรองมากที่สุด 23 คน (ร้อยละ 47.9) รองลงมา กลุ่มงานด้านอื่น ๆ นอกเหนือกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 9 คน (ร้อยละ 18.8) และกลุ่มงานด้านแผนงาน นโยบาย และยุทธศาสตร์ และกลุ่มงานด้านตรวจคนเข้าเมือง ช่องทางเข้า-ออกระหว่างประเทศ 6 คน (ร้อยละ 12.5) ตามลำดับ

บุคลากรที่เข้าร่วมการตอบคำถามแบบประเมินยุทธศาสตร์ด้วยตนเองทางระบบออนไลน์รูปแบบ 2 จำนวน 22 คน จาก 19 หน่วยงาน จำแนกเป็นเพศชาย 6 คน เพศหญิง 16 คน ตำแหน่งงานที่รับผิดชอบในปัจจุบันของผู้ตอบแบบประเมินผ่านระบบออนไลน์พบว่า ผู้ตอบแบบประเมิน รับผิดชอบงานในระดับปฏิบัติงานมากที่สุด จำนวน 14 คน (ร้อยละ 63.6) รองลงมา ระดับหัวหน้างาน 7 คน (ร้อยละ 31.8) และผู้บริหาร 1 คน (ร้อยละ 4.6) ตามลำดับ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ พบว่ามีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1 - 5 ปี มากที่สุด จำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.1) รองลงมา ระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี 4 คน (ร้อยละ 18.2) และ 11 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน (ร้อยละ 13.6) ตามลำดับ

ภาพรวมผลการประเมินยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2560 - 2564 มีรายละเอียดดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพองค์กร บุคลากร ด้านความร่วมมือระหว่างประเทศของกรมควบคุมโรค และเครือข่าย

กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ พบว่า หน่วยงานส่วนภูมิภาคหรือพื้นที่ชายแดน และหน่วยงานส่วนกลาง มีกลุ่มงานหรือผู้รับผิดชอบที่

ดูแลด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ มีการบูรณาการดำเนินงานกับหลากหลายหน่วยงาน หลายภาคส่วน (multi-sectoral Approaches) ทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ท้องถิ่น ทหาร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หอการค้า ศุลกากร ตรวจคนเข้าเมือง มหาวิทยาลัย ปศุสัตว์ องค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรนอกภาครัฐ แต่จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานยังไม่เพียงพอต่อภาระงาน จึงมีความประสงค์ขอเพิ่มจำนวนบุคลากร และพบว่าบางหน่วยงานในส่วนกลาง ยังไม่มีกลุ่มงานหรือผู้รับผิดชอบงานดังกล่าวโดยตรง มีเพียงแต่ดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมายเป็นครั้งคราว

ภาษา พบว่าผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานส่วนภูมิภาคทุกชายแดนสามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้ ได้แก่ ชายแดนไทย-มาเลเซีย สามารถพูดภาษามลายู และภาษาอังกฤษ ชายแดนไทย-ลาว สามารถพูดภาษาลาว ชายแดนไทย-เมียนมา สามารถพูดภาษาเมียนมาและภาษาอังกฤษ และชายแดนไทย-กัมพูชาสามารถพูดภาษาเขมร และหน่วยงานส่วนกลาง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานสามารถพูดภาษาอังกฤษ และบางคนสามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้

ผู้ประสานงานด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ ส่วนภูมิภาค พบว่ามีทำเนียบผู้ประสานงานด้านความร่วมมือระหว่างทั้งสองประเทศในทุกชายแดน บางชายแดนมีการดำเนินการปรับปรุงเป็นปัจจุบัน จากการประชุมประจำปี เช่น ชายแดนไทย-มาเลเซีย แต่บางชายแดนไม่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันแต่มีการติดต่อประสานงานกันแบบไม่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอ ส่วนกลาง พบว่าหน่วยงานส่วนใหญ่มีผู้ประสานงานชัดเจน แต่บางหน่วยงานดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมายในแต่ละครั้ง

ศูนย์การเรียนรู้ ศึกษาดูงานและฝึกอบรมด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับนานาชาติ พบว่า ส่วนกลางมีศูนย์การเรียนรู้ ศึกษาดูงานและฝึกอบรมด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพระดับนานาชาติในหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านแผนงานโรค หรือวิชาการ เช่น กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สถาบัน-บาราศณราชูร กองวัณโรค กองโรคจากการประกอบอาชีพ-

และสิ่งแวดล้อม สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา และ กองระบาดวิทยา และมีบางหน่วยงานที่สามารถจัดบริการ ศึกษาดูงานตามที่หน่วยงานหรือองค์การระหว่างประเทศ ประสงค์ ส่วนภูมิภาค พบว่า ก่อนสถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ทุกชายแดนได้มีการจัดอบรม แก่ประเทศเพื่อนบ้าน มีการศึกษาดูงานและฝึกอบรม ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงการฝึก ซ้อมแผนระหว่างประเทศ ซึ่งประเด็นส่วนใหญ่เป็นไปตาม เพื่อนบ้านประสงค์ เช่น ชายแดนไทย-กัมพูชา เป็นเจ้า ภาพในการฝึกอบรมการสอบสวนโรคให้กับประเทศ กัมพูชา ชายแดนไทย-ลาว มีการฝึกซ้อมระหว่างประเทศ ด้านสารเคมี อุบัติเหตุหมู่กรณีเรือล่ม รวมถึงการฝึกซ้อม แขนบนโต๊ะ (table top exercise) รวมทั้งมีการพัฒนา ศักยภาพหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (commu- nicable disease control unit) ในระดับเขต จังหวัด และ อำเภอ และทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveil- lance and rapid response team)

ผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ส่วนกลางมีทำเนียบผู้เชี่ยวชาญ ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับ นานาชาติ ในหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านโรคหรือวิชาการ มีการแลกเปลี่ยนบุคลากรในหน่วยงานเพื่อฝึกงาน/ อบรม/เรียนรู้กับองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์กร- อนามัยโลก ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา ส่วน ภูมิภาค พบว่าพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว มีผู้เชี่ยวชาญด้าน ระบาดวิทยาระดับจังหวัดเพียงพอ (Field Epidemiology Training Program/Field Epidemiology Management Training) โดยมีแผนการพัฒนา/เพิ่มผู้เชี่ยวชาญที่ผ่าน การอบรมทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่เพิ่ม ขึ้น รวมถึงมีการนำระบบพี่เลี้ยงมาใช้ (Mentoring) ใน การสอนงาน สำหรับชายแดนไทย-มาเลเซีย ให้ความสำคัญกับนักระบาดวิทยาภาคสนาม ขณะนี้อยู่ในระหว่าง การพัฒนาและเพิ่มจำนวนนักระบาดวิทยาภาคสนามเพื่อ รองรับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านความร่วมมือระหว่าง ประเทศ เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพ

กลไกการบริหารตามกรอบอนุสัญญา ความร่วมมือ และข้อตกลงด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระหว่างประเทศ พบว่า ส่วนภูมิภาค ชายแดนไทย-ลาว มีการถอดบทเรียนการดำเนินงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ชายแดนไทย-มาเลเซีย มีคณะกรรมการ Border Health Committee ในการบริหารงานให้เป็นไปตามความร่วมมือ และข้อตกลงด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระหว่างประเทศ ส่วนกลาง พบว่ามีคณะทำงานด้านความ ร่วมมือระหว่างประเทศภาพรวม และคณะทำงานเฉพาะ เจาะจงในส่วนของโรค หรือวิชาการด้านนั้น ๆ รวมทั้ง ฐาน ข้อมูล ซึ่งจะสอดคล้องไปกับกรอบอนุสัญญา ความร่วม- มือและข้อตกลงด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพระหว่างประเทศ ที่ได้ตกลงกันไว้ เช่น ฐานข้อมูล เพื่อบริหารจัดการด้านบริการสุขภาพและสถานะสุขภาพ ของแรงงานข้ามชาติในโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจ พิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor) นอกจากนี้มีการติดตามประเมินผลและจัดทำรายงานใน รูปแบบภาพรวมระดับประเทศ เช่น การติดตามประเมิน ผลการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศของ จังหวัดชายแดน

ระบบข้อมูลสารสนเทศความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านการป้องกันควบคุมโรคระหว่างประเทศ

ส่วนภูมิภาค พบว่าในชายแดนไทย-กัมพูชา เช่น ศรีสะเกษ-ช่องสะง่า มีการพัฒนาโปรแกรมระบบส่งต่อ (smart refer) เพื่อใช้กับศูนย์ส่งต่อทางกัมพูชา รวมถึงมี การพัฒนางานวิจัยชายแดน ในการนำระบบออนไลน์มา ใช้กับฐานข้อมูลยานพาหนะที่ผ่านเข้า-ออกที่ด่าน มี การนำนวัตกรรมโปรแกรมตรวจบันทึก และการตรวจ สุขาภิบาลยานพาหนะ (vehicle sanitary) ของสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 12 มาใช้ในการตรวจสุขาภิบาล-

ยานพาหนะตามกรอบกฎอนามัยระหว่างประเทศ ก่อนเข้ามาราชอาณาจักรและประยุกต์ใช้เอกสารตรวจคนเข้าเมืองจากแบบเดิมมาเป็นแบบแอปพลิเคชัน ในหลายชายแดน ได้แก่ ชายแดนไทย-กัมพูชา ชายแดนไทย-ลาว และชายแดนไทย-มาเลเซีย รวมทั้งพบว่าชายแดนไทย-มาเลเซีย มีการใช้ระบบฐานข้อมูลร่วมกัน เช่น ด้านสุโขทัย-ลพบุรีและโรงพยาบาลกัวตามาลู รัฐกลันตัน มาเลเซีย และชายแดนไทย-เมียนมา มีการพัฒนานวัตกรรมการแจ้งเหตุในโรคเฝ้าระวัง ชายแดนไทย-ลาว ใช้ fingerprint สำหรับการส่งต่อ ระบบส่งยาระหว่างประเทศ ข้อมูลควบคุมโรค ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย ผ่าตัด ส่งต่อผู้ป่วยที่ทำอากาศยาน ช่องทางธรรมชาติ และด้านต่างๆ ในการยืนยันตัวบุคคล ส่วนกลาง พบว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องโรคหรือวิชาการจะดำเนินการในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พัฒนาโปรแกรม TB/HIV Cross Border Referral System (THCR) โดยบูรณาการร่วมกันทั้ง วัฒนธรรมและโรคเอดส์ รวมถึงมีการนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นเครื่องมือในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ระหว่างประเทศและติดตามประเมินผล และมีการจัดทำคู่มือ แนวทางการดำเนินงานสนับสนุนการดำเนินงานระหว่างประเทศ เช่น คู่มือปฏิบัติงานพิธีการ และการรับรอง สื่อให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อไวรัสโคโรนาหลายภาษา อาทิ เขมร ลาว กัมพูชา เมียนมา เผยแพร่ทางเว็บไซต์ เฟสบุ๊ค (Facebook) สื่อ ไปสเตอร์ แผ่นพับ เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาบทบาทในระดับนานาชาติ และขับเคลื่อนนโยบาย กฎข้อบังคับ กรอบอนุสัญญา ความร่วมมือ และข้อตกลงระหว่างประเทศ

ส่วนภูมิภาค พบว่าผู้ปฏิบัติงานตามแนวชายแดนมีส่วนร่วมในการประชุมในระดับทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้านเสนอแนะนโยบาย บทบาท ทำที่ด้านการป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนได้มีการผลักดันในการนำนโยบาย กฎข้อบังคับ กรอบอนุสัญญา ความร่วมมือ และข้อตกลงระหว่างประเทศ (Memorandum of Understanding - MOU)/

Minutes of Discussion - MOD)/บันทึกข้อตกลง (Memorandum of Agreement - MOA) มาเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนข้อตกลงระหว่างประเทศในการดำเนินงาน มีแผนการดำเนินงานและกิจกรรม โดยพบว่าบางพื้นที่มีการหารือระหว่างประเทศในทุกปี เช่น ชายแดนไทย-มาเลเซีย บางพื้นที่จะมีการหารือตามแต่ละพื้นที่ของแต่ละประเทศจะตกลงกัน โดยได้รับความร่วมมือระดับพื้นที่เป็นอย่างดี อาจจะมีปัญหาขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น ชายแดนไทย-เมียนมา ชายแดนไทย-กัมพูชา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาบทบาทนำในการพัฒนากำลังคนแก่ประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ชายแดนไทย-ลาว ได้มีการจัดอบรม สนับสนุนทางวิชาการแก่ทางลาว เช่น ด้านระบาดวิทยา การสอบสวนโรคระหว่างประเทศ และมีการสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญ วิชาการ ให้กับประเทศเพื่อนบ้าน ส่วนกลาง พบว่าจะมีการเตรียมข้อมูลสนับสนุนแก่ผู้บริหารระดับสูง/ผู้เชี่ยวชาญ/เป็นตัวแทนเข้าร่วมประชุม ในการกำหนดนโยบาย บทบาท ทำที่ด้านการป้องกันควบคุมโรคในเวทีหลายระดับ ทั้งทวิภาคี พหุภาคี นานาชาติ และระดับโลก มีการประสานงานและผลักดันให้เกิด MOU/MOD/MOA ระหว่างประเทศในระดับประเทศ/ระดับกรม ในมิติของหลักการและทิศทางก่อน จะมีการถ่ายทอดเป็นแผนปฏิบัติการแก่หน่วยงานส่วนภูมิภาค รวมทั้งขับเคลื่อนนโยบาย กรอบ กฎข้อบังคับ สนับสนุนผู้เชี่ยวชาญ วิชาการ และผลักดันหรือเป็นเจ้าภาพงานประชุมระหว่างประเทศ เช่น ในปี พ.ศ. 2564 ศูนย์ประสานงานภาวะความมั่นคงด้านสุขภาพโลกได้ขับเคลื่อนบทบาทหน้าที่ของประเทศในฐานะประธาน และจัดประชุมระดับรัฐมนตรีว่าด้วยภาวะความมั่นคงด้านสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 เช่น กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบดำเนินงานตามพันธกรณีระหว่างประเทศ ให้เป็นไปตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ และที่ประชุมรัฐภาคีควบคุมยาสูบโลก ครั้งที่ 9 มีการนำเสนอผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาฯ โดยเน้นจุดยืนของไทยในการควบคุมยาสูบทุกรูปแบบ เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรค ทั้งระดับภูมิภาคและระดับโลก

ส่วนภูมิภาค พบว่าในทุกชายแดนมีทำเนียบ/เครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ ทุกชายแดนมีการพัฒนาเครือข่ายทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ รวมถึงมีการติดต่อเครือข่ายผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน-ไลน์ (Line) เฟสบุ๊ก ความถี่ในการประชุมแตกต่างกัน เช่น เครือข่ายไทย-ลาว มีการจัดประชุมระหว่างประเทศอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เครือข่ายไทย-มาเลเซีย มีการประชุมระหว่างประเทศ (Border Health Goodwill Committee) 1 ครั้ง/ปี และ Sub meeting 2 ครั้ง/ปี โดยนำผลจากการประชุมครั้งที่แล้วมาเป็นประเด็นหลักเพื่อหารือในการประชุม มีการซ้อมแผนระหว่างประเทศ การทบทวนหลังปฏิบัติการ (After Action Review) มีการประสานงานผ่านทั้งไลน์กลุ่มใหญ่ รวมทั้งไลน์กลุ่มย่อยในการดำเนินงาน เช่น กลุ่มไลน์การส่งต่อผู้ป่วย สำหรับเครือข่ายไทย-กัมพูชา มีการประชุมหน่วยงานของอำเภอกับอำเภอชายแดน มีคำสั่ง โครงสร้างและจัดประชุมทุกปี มีการประสานงานระหว่างกัน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยกิจกรรมกีฬา สภากาแฟ เป็นต้น ส่วนกลาง พบว่าระดับกรมมีการจัดประชุมพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายวิเทศสัมพันธ์ ส่วนกลาง พบว่า มีการจัดทำทำเนียบ/เครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ ผ่านการจัดทำคำสั่งคณะทำงานหรือคณะ

กรรมการต่างๆ ทั้งในระดับทวิภาคี ระดับพหุภาคี และระดับนานาชาติที่การดำเนินงานไปสู่ระดับโลก ซึ่งมีการจัดประชุมร่วมกันกับเครือข่ายเป็นไปตามกรอบความร่วมมือหรือข้อตกลง มีการสื่อสารระหว่างกันทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผ่านทางไลน์ เฟสบุ๊ก วอตส์แอปป์ (WhatsApp) อีเมล

เมื่อนำข้อมูลทั้ง 2 รูปแบบ ของทั้งส่วนภูมิภาค และส่วนกลาง มาวิเคราะห์ในรูปแบบของการกำหนดคะแนน และนำผลการประเมินของทุกยุทธศาสตร์มาคำนวณให้คะแนนเต็มร้อยละ 100.0 รวมทั้งเรียงลำดับคะแนนจากมากไปน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่า หน่วยงานส่วนกลาง ยุทธศาสตร์ที่ได้คะแนนสูงสุด คือยุทธศาสตร์ที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 49.4 คะแนน รองลงมายุทธศาสตร์ที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 40.1 ยุทธศาสตร์ที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 32.4 และยุทธศาสตร์ที่ 4 ร้อยละ 30.5 ตามลำดับ สำหรับหน่วยงานส่วนภูมิภาค พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ได้คะแนนสูงสุด คือยุทธศาสตร์ที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 97.0 รองลงมายุทธศาสตร์ที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 80.9 ยุทธศาสตร์ที่ 3 ร้อยละ 67.6 และยุทธศาสตร์ที่ 1 ร้อยละ 31.5 ตามลำดับ และเมื่อนำคะแนนแจกแจงตามรายยุทธศาสตร์ระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานภูมิภาค โดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS version 22 ชนิด 2-sided test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนตามรายยุทธศาสตร์ระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานภูมิภาคที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 1 ผลการประเมินยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เรียงลำดับคะแนนจากมากไปน้อย

อันดับ	หน่วยงานส่วนกลาง	ร้อยละคะแนนที่ได้ (เต็ม 100)	หน่วยงานส่วนภูมิภาค	ร้อยละคะแนนที่ได้ (เต็ม 100)
1.	ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	49.4	ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรค ทั้งระดับภูมิภาคและระดับโลก	97.0

การประเมินยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค

ตารางที่ 1 ผลการประเมินยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค เรียงลำดับคะแนนจากมากไปน้อย

อันดับ	หน่วยงานส่วนกลาง	ร้อยละคะแนน ที่ได้ (เต็ม 100)	หน่วยงานส่วนภูมิภาค	ร้อยละคะแนน ที่ได้ (เต็ม 100)
2.	ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพองค์กร บุคลากร ด้านความร่วมมือระหว่างประเทศของ กรมควบคุมโรคและเครือข่าย	40.1	ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านความร่วมมือ ระหว่างประเทศ เกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	80.9
3.	ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารระดับนานาชาติ และขับเคลื่อนนโยบาย กฎข้อบังคับ กรอบอนุสัญญา ความร่วมมือ และ ข้อตกลงระหว่างประเทศ	32.4	ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารระดับนานาชาติ และขับเคลื่อนนโยบาย กฎข้อบังคับ กรอบอนุสัญญา ความร่วมมือ และ ข้อตกลงระหว่างประเทศ	67.6
4.	ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ ระหว่างประเทศด้านการป้องกัน ควบคุมโรคทั้งระดับภูมิภาคและ ระดับโลก	30.5	ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพองค์กร บุคลากร ด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ ของกรมควบคุมโรคและเครือข่าย	31.5

วิจารณ์

ผลการประเมินยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของส่วนกลางและส่วนภูมิภาค พบว่า ร้อยละของคะแนนยุทธศาสตร์ของส่วนกลางที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในขณะที่ยุทธศาสตร์ที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรคทั้งระดับภูมิภาคและระดับโลก ในขณะที่พบว่ายุทธศาสตร์ที่ 4 นี้ เป็นยุทธศาสตร์ที่ผลการประเมินจากหน่วยงานส่วนภูมิภาคได้คะแนนมากที่สุด ซึ่งคะแนนที่ปรากฏมีความสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่การทำงานในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ตามหน้าที่และอำนาจตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562⁽⁷⁾ โดยหน่วยงานส่วนกลางจะเน้นหนักไปในด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการ เป็นศูนย์กลางในการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานทางด้านวิชาการ กำหนดและพัฒนานโยบาย กฎหมาย มาตรการ และคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อการป้องกันควบคุมโรค รวมถึงดำเนินการร่วมกับนานาชาติประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ ในขณะที่หน่วยงานส่วนภูมิภาคเน้นหนักไปในเชิงการปฏิบัติ อาทิ การประสาน สนับสนุน การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ บริเวณชายแดนเพื่อการป้องกันโรคระหว่างประเทศ และการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย สอดคล้องกับงานวิจัยของปัญญา ยงยิ่ง และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบ

สุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว พบว่า หนึ่งในปัจจัยแห่งความสำเร็จหลักของการทำงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ ก็คือการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอชายแดนระหว่างประเทศ ในรูปแบบของเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง (unity of district health team)

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ความแตกต่างของการเก็บข้อมูลจากการประเมินผล 2 รูปแบบ โดยส่วนภูมิภาคได้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกระบวนการกลุ่ม ที่สามารถอธิบายชี้แจงรายละเอียด และตอบข้อซักถามแก่ผู้ตอบคำถาม รูปแบบสื่อสารสองทาง ในขณะที่ส่วนกลางได้ข้อมูลจากการตอบคำถามแบบประเมินยุทธศาสตร์ด้วยตนเองทางระบบออนไลน์ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่โทรศัพท์มาสอบถามในแบบประเมินดังกล่าว ประกอบกับมีงานวิจัย Christmann EP⁽⁹⁾ ที่ศึกษาความแตกต่างระหว่าง face to face และออนไลน์ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่เรียนแบบ face to face ได้ผลคะแนนที่มากกว่ากลุ่มที่เรียนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาการประเมินยุทธศาสตร์นั้น เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการให้ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการจัดทำยุทธศาสตร์ฉบับต่อไปมีความสำคัญสอดคล้องกับสุพานี สฤษฏ์วานิช⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาว่าการบริหารเชิงยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์มี 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1. การกำหนดแผนยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ (strategy formulation)
2. การนำแผนยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (strategy implementation)
3. การติดตามและประเมินผลยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ (strategy evaluation and control)

การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ เป็นการดำเนินการตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินงานตามที่ระบุไว้ในแผนกลยุทธ์ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เผชิญอยู่เพื่อจะได้ดำเนินการแก้ไขให้เหมาะสม นอกจากนี้ สอดคล้องกับคู่มือการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (strategic planning manual)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า

ยุทธศาสตร์ฉบับต่อไป ควรจำเป็นที่จะมีการทบทวนผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ และแผนในปีที่ผ่านมาเพื่อศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน สำหรับใช้ในการกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานในปีหรือฉบับต่อไป ตลอดจนมีการรายงานให้ผู้บริหารทราบเป็นระยะ ๆ

ข้อเสนอแนะ

ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีข้อคิดเห็นร่วมกันในการเพิ่มความเข้มแข็งงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านงานป้องกันควบคุมโรคในประเด็นหลักดังนี้

1. เสนอให้บุคลากรทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน เช่น ความรู้เรื่องการทูต ข้อกฎหมาย บันทึกความเข้าใจ (MOU) บันทึกการเจรจา (MOD) บันทึกข้อตกลง (MOA) ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน รวมทั้งได้รับการพัฒนาทักษะด้านภาษาอังกฤษ และภาษาอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน

2. เสนอให้มีการจัดตั้งกลุ่มงานด้านความร่วมมือระหว่างประเทศหรือกลุ่มด้านควบคุมโรคติดต่อและประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศ ในสำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยพิจารณาตามความเหมาะสม รวมทั้งเพิ่มอัตรากำลังนักวิทยาศาสตร์และผู้ปฏิบัติงาน เช่น เจ้าหน้าที่ด่าน นักวิชาการ นักระบาดวิทยาที่ดำเนินงานในพื้นที่ชายแดน

3. เสนอให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับงานความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละพื้นที่ และให้ส่วนกลางบูรณาการแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมร่วมกัน

4. กำหนดผู้ประสานงานหลักระหว่างประเทศ ระดับจังหวัด เพื่อประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศ และปรับปรุงข้อมูลเครือข่ายเป็นประจำทุกปี โดยให้มีการจัดทำแผนผังเครือข่าย (network mapping) เพื่อความเข้าใจกระบวนการ และขั้นตอนในการทำงานร่วมกันทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

5. ผู้บริหารจากกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารจากกระทรวงการต่างประเทศ เห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานโดยผลักดันให้เกิดการประชุมระหว่างประเทศ เพื่อสนับสนุนความร่วมมือในระดับพื้นที่ให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การสหประชาชาติประจำประเทศไทย (UN Thailand). เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals – SDGs [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://siam.edu/sustainable-development-goals-sdgs/>
2. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 9 ธ.ค. 2564]. 80. แหล่งข้อมูล: <https://www.soc.go.th/?p=9636>
3. ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 – 2580). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนที่ 82 ก (ลงวันที่ 13 ตุลาคม 2561).
4. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 10 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=plan13>
5. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) ด้านสาธารณสุข. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
6. กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. 2560–2579). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2560.
7. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 78 ก (ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2562).
8. ปัญญา ยิ่งยง, วิชัย เทียนถาวร, วสุธร ตันวัฒนกุล, กาสัก เตชะชั้นหมาก, พิษนา ใจดี, วันสรา เชาว์นิยม. รูปแบบการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว. วารสารวิจัย-การพยาบาลและสุขภาพ 2562;35(2):184–98.
9. Christman EP. A comparison of the achievement of statistics students enrolled in online and face to face settings. E-Learning and Digital Media 2017;14(6):323–30.
10. สุพานี สุกฤษฏ์วานิช. การบริหารเชิงกลยุทธ์: แนวคิดและทฤษฎี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
11. สำนักนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. คู่มือการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (strategic planning manual) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 เดือนมิถุนายน 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: http://km.moi.go.th/km/51_PMQA_6/Important61/imp_1.pdf

Abstract: Evaluation of International Cooperation Strategy for Disease Prevention and Control Department of Disease Control B.E. 2560–2564 (A.D. 2017–2021)

Kanin Teeratantikanon, M.Sc; Kamonchanok Boonsit B.Sc.; Wannaporn Pueyo B.P.H.; Soawapak Hinjoy Dr.P.H. (Epidemiology)

*Office of International Cooperation, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand
Journal of Health Science 2022;31(4):688–98.*

Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand, has used the International Cooperation Strategy for Disease Prevention and Control, Phase 1 (2017–2021) as an operational framework. This study was conducted to assess the implementation of the strategy and the information obtained from the study was used for developing the strategy of the Phase 2. The assessment tool covered all strategies. The assessment data were collected from (1) personnel working in border provinces who were randomly sampled to provide input through direct interviews, and (2) personnel working at the national DDC office through online self-assessments. The results of the assessment included the following key findings. For the Strategy 1: Developing the capacity of DDC officers and networks responsible for international cooperation, there was integration across many sectors, and there were workers at every border that could speak local languages. Ongoing development of personnel was mainly aimed at developing epidemiologists and international prevention and control specialists. On the Strategy 2: Developing the administrative system, innovation and technology, it was found that information systems for international cooperation had been put into practice at the regional level, while a multi-lingual knowledge pack and technology was created at the national level to support the operations. For the Strategy 3: Developing Thailand's role of leading international platforms and driving international policy, regulation, conventions and agreements, the officials had participated in bilateral, multilateral and international meetings and had pushed for policy implementation, international agreements, and memorandums of understanding as tools to drive international agreements. In the Strategy 4: Developing international cooperation networks, a directory of networks had been developed both formally and informally. When analyzed the overall operation in the form of scoring, there was no statistically significant differences between the national and regional levels. The common opinions obtained from the study included: (1) training personnel in essential skills, (2) establishment of regional level international cooperation, as well as increasing the number of responsible officers, (3) exchanging the programs related to international cooperation and the national level was recommended to integrate the said programs, (4) designate a primary international coordinator at the provincial level and update the network contact list annually, and (5) executives from the related ministries should recognize the importance and provide support the operation.

Keywords: evaluation, international cooperation strategy, disease control

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการให้บริการระบบข้อมูล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท เข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล

ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญสรณ์ ส.ม.

กฤษดา คำขำ ส.บ.

อรุณรัตน์ อรุณเมือง ภ.ม.

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

วันรับ:	10 พ.ค. 2565
วันแก้ไข:	20 มิ.ย. 2565
วันตอบรับ:	30 มิ.ย. 2565

บทคัดย่อ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบและพัฒนา รูปแบบ การให้บริการระบบข้อมูล กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล และประเมินประสิทธิภาพ ของระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล ระยะเวลา ศึกษาเดือนพฤศจิกายน 2564 - เมษายน 2565 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้งานระบบทั้งหมด ในระดับผู้บริหารของหน่วยงาน จำนวน 21 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่ จำนวน 42 คน กลุ่มผู้ดูแลระบบ จำนวน 12 คน และ ผู้รับอนุญาตทั้งหมดจากฐานข้อมูลผู้รับบริการ ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ จำนวน 398 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 473 คน ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2564-เมษายน 2565 เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม-ออนไลน์ แบ่งเป็น 4 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามเรื่องการพัฒนา รูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครอง- ผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัลสำหรับผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงานฯ ชุดที่ 2 แบบสอบถามฯ สำหรับเจ้าหน้าที่ ชุดที่ 3 แบบสอบถามฯ สำหรับผู้ดูแลระบบ และชุดที่ 4 แบบสอบถามฯ สำหรับ ผู้ประกอบการทั้งหมดจากฐานข้อมูลผู้รับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการ ศึกษาได้รูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลดิจิทัลของงานคุ้มครองผู้บริโภค ที่เรียกว่า FDA Chainat GECC Smart Model สามารถเป็นต้นแบบให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่น ๆ ทั่วประเทศในการพัฒนาระบบการให้บริการ ด้านระบบข้อมูลกลุ่มงานฯ เข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนา งานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ตามมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวกที่พัฒนาระบบข้อมูลเพิ่มขึ้น และผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบข้อมูล พบ ว่า กลุ่มผู้บริหารและผู้ดูแลระบบมีระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก กลุ่มผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ มีระดับความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ซึ่งจะเห็นได้ว่ารับบริการในทุกกลุ่มพึงพอใจต่อรูปแบบใหม่นี้ อยู่ ในระดับมากเหมือนกัน และสามารถเป็นต้นแบบให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนา งานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ตามมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวกที่พัฒนาระบบข้อมูลเพิ่มขึ้นให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่น ๆ ทั่วประเทศใน การพัฒนาระบบการให้บริการด้านระบบข้อมูลกลุ่มงานฯ เข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล นำไปสู่การกำหนดนโยบายระดับชาติต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนา รูปแบบ, ระบบข้อมูล, รูปแบบ Chainat GECC Smart Model

บทนำ

ในภาวะปัจจุบัน แรงขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ภาครัฐ จำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัวเพื่อรองรับกับยุคของการเปลี่ยนผ่านทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่เข้ามามีบทบาท และทดแทนการทำงานของบุคคล รวมถึงเทคโนโลยีแบบดั้งเดิม ซึ่งมีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคและการรับบริการของประชาชนที่มีแนวโน้มจะเปลี่ยนไปดำเนินธุรกรรมต่างๆ ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ทั้งถูกเร่งรัดการเปลี่ยนแปลงยิ่งขึ้นไปเมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของโรค Covid-19 ในช่วงปลายปี 2562 มาจนถึงปัจจุบันที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ทางสังคมที่เรียกว่า ความปกติใหม่ (New Normal) ที่ประชาชนจะต้องเว้นระยะห่างและหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ทำให้ความจำเป็นของเทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มขึ้นกว่าช่วงก่อนหน้าที่จะเกิดการระบาดของโรค หน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องดำเนินมาตรการต่างๆ เช่น การปรับเปลี่ยนข้อมูลภาครัฐให้เป็นดิจิทัลการบูรณาการบริการและข้อมูลภาครัฐเพื่อที่จะให้หน่วยงานภาครัฐสามารถให้บริการผ่านช่องทางดิจิทัลได้อย่างเบ็ดเสร็จและไร้รอยต่อ รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ จึงได้กำหนดให้สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย (พ.ศ. 2563 - 2565) เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานและการให้บริการภาครัฐของประเทศไทย⁽¹⁾

แผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย (พ.ศ. 2563 - 2565) มีเป้าหมายหลักของการพัฒนา คือลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและสิทธิสวัสดิการของประชาชน ด้วยข้อมูลและช่องทางดิจิทัลสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างขีดความสามารถทางการแข่งขันของประเทศ ให้ผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมของไทยด้วยการบูรณาการกลไกภาครัฐ สนับสนุนให้เกิดการอำนวยความสะดวกในการประกอบธุรกิจผ่านช่องทางดิจิทัล โดยยกระดับการ

ทำงานภาครัฐและการบริการภาครัฐในรูปแบบเดิมที่ใช้ข้อมูลจากเอกสารและสำเนากระดาษเข้าสู่รัฐบาลดิจิทัล ปรับปรุงและยกระดับการบริการภาครัฐให้เป็นรูปแบบดิจิทัลที่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริงทุกที่ ทุกเวลา สามารถติดต่อสื่อสาร ทำงานข้ามหน่วยงานได้อย่างไม่มีข้อจำกัด และให้บริการที่มีประสิทธิภาพตอบโจทย์ตรงต่อความต้องการของผู้รับบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว การทำงานของภาครัฐมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ด้วยการปรับปรุงข้อมูลตามกรอบธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐ และเปิดเผยแก่ประชาชน ผ่านช่องทางดิจิทัล และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาบริการของภาครัฐ และการกำหนดนโยบายสำคัญของประเทศด้วยการเสนอความคิดเห็นด้านนโยบาย หรือประเด็นการพัฒนาประเทศผ่านช่องทางดิจิทัล⁽¹⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในภารกิจต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองนโยบายรัฐบาลดิจิทัลดังกล่าวด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะและกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ก็ได้นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในภารกิจในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ในฐานะตัวแทนส่วนภูมิภาค มีภารกิจและบทบาทหน้าที่ในความรับผิดชอบที่มีความหลากหลายและต้องใช้สมรรถนะ ความรู้ความสามารถและทักษะเฉพาะในการปฏิบัติงานแตกต่างจากกลุ่มงานอื่นๆ โดยเฉพาะการใช้วิชาชีพทางเภสัชศาสตร์แบบบูรณาการ เพื่อประยุกต์ให้เข้ากับภาระงาน พิจารณาได้จากกรอบภารกิจ แบ่งได้เป็น 2 งาน คือ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขและงานเภสัช-สาธารณสุข แยกย่อยแต่ละงาน คือ (1) งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ได้แก่ การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ก่อนออกสู่ตลาด (pre-mar-

keting control) การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพหลังออกสู่ตลาด (post-marketing control) การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคและเครือข่าย (consumer and network empowerment) การพัฒนาผู้ประกอบการ (entrepreneur empowerment) และด้านอาหารและยา (เฉพาะจังหวัดที่มีการประกาศฯ) และ (2) งานเภสัชสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาระดับจังหวัด การพัฒนาคุณภาพการบริการทางเภสัชกรรมและการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพและเครือข่ายบริการ (Service Plan) ซึ่งปฏิบัติตามภารกิจของหน่วยงานดังกล่าวข้างต้นได้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการในเขตจังหวัดที่รับผิดชอบ⁽²⁾ และในช่วงปี พ.ศ. 2562-2563 ได้พัฒนาระบบการให้บริการเพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการจากเกณฑ์มาตรฐานระดับกรม (อย.) สู่มาตรฐานระดับประเทศหรือที่เรียกว่ามาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก (Government Easy Contact Center: GECC) และให้สอดคล้องกับ ความคาดหวังของผู้รับบริการ รวมถึงข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติมจากการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาคาดหวังและความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการงานควบคุม กำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ท้องตลาด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทสู่การเป็นศูนย์ราชการสะดวก⁽³⁾ ซึ่งได้มีการศึกษาก่อนหน้านี้ และในปี พ.ศ.2563 ผู้วิจัยได้ศึกษาการพัฒนาแบบการให้บริการสู่ความสำเร็จตามมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก เพื่อมุ่งหวังให้เป็นต้นแบบของศูนย์บริการทั่วประเทศในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ตอบสนอง-ตรงกับความต้องการผู้รับบริการและยังเป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการให้เพิ่มมากขึ้นจากเกณฑ์มาตรฐานระดับกรมสู่มาตรฐานระดับประเทศ ตอบสนองนโยบายระดับชาติ อีกทั้งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เกิดระบบการให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก ในด้านสถานที่ให้บริการ ระบบคุณภาพ และผลลัพธ์การให้บริการอย่างครบถ้วนในทุกประเด็นและมุ่งหวังให้เป็นศูนย์บริการฯ ที่มีการให้บริการที่มีมาตรฐานและผ่านการ

รับรองมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวกจากสำนักงานรัฐมนตรี เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ให้บริการในการมุ่งมั่นให้เกิดการให้บริการประชาชนที่ดียิ่งขึ้นต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง ซึ่งการศึกษาวิจัยดังกล่าว พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ได้เสนอประเด็นสถานการณ์ปัญหา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาทางด้านคุณภาพการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับระบบดิจิทัล คือการให้บริการด้วยนวัตกรรม การปรับเข้าสู่ความเป็นดิจิทัลมากขึ้น การคืนข้อมูลให้ผู้รับบริการ และด้านผลลัพธ์ ควรเพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการให้หลายช่องทางมากขึ้นและควรลดระยะเวลาการให้บริการให้รวดเร็วขึ้น เมื่อทำการวิเคราะห์สภาพปัญหาของระบบข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า ฐานข้อมูลของกลุ่มงานฯ ไม่ครบถ้วน ข้อมูลกระจัดกระจายไปตามผู้รับผิดชอบแต่ละงาน บุคลากรอื่น ๆ หรือผู้รับบริการ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือเมนูบริการต่างๆ ได้ การจัดเก็บข้อมูลยังอยู่ในรูปแบบเอกสาร (Document) อาจเกิดการสูญหายได้ง่าย ขาดระบบหรือรูปแบบในการจัดเก็บข้อมูล การสืบค้นต้องใช้เวลา การสอบถามย้อนหลังของข้อมูลทำได้ยาก และข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบัน ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของกลุ่มงานฯ ได้ ทำให้การดำเนินงานเกิดความล่าช้า และขาดการพัฒนาเนื่องจากติดปัญหาของระบบข้อมูล ส่งผลให้ความเข้าใจในสถานการณ์ของงานไม่เป็นปัจจุบัน

ในปี พ.ศ.2562-2564 ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท (สสจ.) ได้กำหนดแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการงานควบคุม กำกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพก่อนออกสู่ท้องตลาดสู่การเป็นศูนย์ราชการสะดวก แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 (ปี พ.ศ.2562-2563) การพัฒนาสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก โดยมุ่งเน้นการพัฒนาด้านกายภาพ ครบถ้วนในทุกประเด็นตามมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวก ประจำปี พ.ศ.2564 จากสำนักงานรัฐมนตรีเป็นที่เรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2564 และก้าวเข้าสู่การพัฒนาการให้บริการใน ระยะที่ 2 (ปี พ.ศ. 2564) โดยมีการพัฒนาระบบข้อมูล การดำเนินงานของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคให้เข้าสู่

ระบบข้อมูลดิจิทัล เพื่ออำนวยความสะดวกและเป็นประโยชน์สำหรับประชาชนที่มาติดต่อทำธุรกรรม อีกทั้งเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป ผู้วิจัยจึงได้นำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาประยุกต์ใช้กับระบบข้อมูลของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ให้ครอบคลุมทุกภารกิจบริการให้บริการได้แก่ การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพก่อนออกสู่ท้องตลาด การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพหลังออกสู่ท้องตลาด การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค และงานเภสัช-สาธารณสุข และการพัฒนารูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล เพื่อมุ่งหวังให้เป็นต้นแบบของการให้บริการงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ทั่วประเทศในการพัฒนาระบบการให้บริการด้านระบบข้อมูลเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัลที่ตอบสนองได้ตรงกับความต้องการผู้รับบริการและเป็นต้นแบบให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่น ๆ ทั่วประเทศในการพัฒนาระบบการให้บริการด้านระบบข้อมูลกลุ่มงานฯ เข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล นำไปสู่การกำหนดนโยบายระดับชาติต่อไป

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบและพัฒนารูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล และประเมินประสิทธิภาพของระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม รูปแบบออนไลน์ มีจำนวน 4 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามเรื่องการพัฒนารูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

เข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล (สำหรับผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงานฯ) ชุดที่ 2 แบบสอบถามฯ สำหรับเจ้าหน้าที่ ชุดที่ 3 แบบสอบถามฯ สำหรับผู้ดูแลระบบ และชุดที่ 4 แบบสอบถามฯ สำหรับผู้ประกอบการทั้งหมดจากฐานข้อมูลผู้รับบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือกลุ่มผู้ใช้งานระบบทั้งหมดในระดับผู้บริหารของหน่วยงานจำนวน 21 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่จำนวน 42 คน กลุ่มผู้ดูแลระบบจำนวน 12 คน และผู้รับอนุญาตทั้งหมดจากฐานข้อมูลผู้รับบริการ ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ จำนวน 398 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 473 คน ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่เดือนพฤศจิกายน 2564-เมษายน 2565

เครื่องมือในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามออนไลน์ แบ่งเป็น 4 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามเรื่องการพัฒนารูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล (สำหรับผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงานฯ) แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบเว็บไซต์ ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ด้านตรงตามความต้องการ ด้านประสิทธิภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ มี 5 ระดับคือ ระดับคะแนน 1-5 คะแนน เท่ากับระดับความคิดเห็นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ชุดที่ 2 แบบสอบถามฯ สำหรับเจ้าหน้าที่ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบ มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบเว็บไซต์ ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ด้านเนื้อหา ด้านประสิทธิภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ มี 5 ระดับคือ ระดับคะแนน 1-5 คะแนน เท่ากับระดับความคิดเห็นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ชุดที่ 3 แบบสอบถามฯ สำหรับผู้ดูแลระบบ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบ มี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบเว็บไซต์ ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ด้านตรงตามความต้องการ ด้านประสิทธิภาพ และด้านการรักษาความปลอดภัย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ มี 5 ระดับคือ ระดับคะแนน 1-5 คะแนน เท่ากับระดับความคิดเห็นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ และชุดที่ 4 แบบสอบถาม สำหรับผู้ประกอบการทั้งหมดจากฐานข้อมูลผู้รับบริการ มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบเว็บไซต์ ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ด้านเนื้อหา และด้านประสิทธิภาพ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ มี 5 ระดับคือ ระดับคะแนน 1-5 คะแนน เท่ากับระดับความคิดเห็นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้รับการทดสอบความน่าเชื่อถือ ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแบบสอบถามต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ออกมาเป็นสถิติเชิงพรรณนา

ขั้นตอนและการพัฒนา ประกอบด้วย

1. ทบทวนข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ในเดือนพฤศจิกายน 2564 ครอบคลุมทุกงานในกลุ่มงานตามภารกิจ ได้แก่ ฐานข้อมูลผู้ประกอบการ ประวัติการตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงประวัติ การดำเนินคดีย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลตั้งแต่ มกราคม 2562 - ตุลาคม 2564

2. วางแผนงานและพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ โดยการประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบ ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์ เจ้าหน้าที่

พัฒนาระบบสารสนเทศ (ICT) ของ สสจ. และทีมวิจัยและพัฒนา เพื่อร่วมกันออกแบบระบบ กำหนดแนวคิด แนวทางการพัฒนา รวมไปถึงออกแบบการศึกษาวิจัย เครื่องมือในการเก็บข้อมูล เริ่มตั้งแต่ตุลาคม 2564-มกราคม 2565 โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1) ขึ้นวางแผนและเตรียมการ

1.1) แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลกลุ่มงานฯ ซึ่งประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์ เจ้าหน้าที่พัฒนาระบบสารสนเทศ ของ สสจ. และทีมวิจัยและพัฒนา

1.2) ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบซึ่งประกอบด้วย ผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์ และเจ้าหน้าที่พัฒนาระบบสารสนเทศของ สสจ. เพื่อปรึกษาหารือเพื่อกำหนดกรอบแนวคิด และแนวทางที่จะดำเนินการ

1.3) ศึกษาดูงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อหาแนวคิดและแนวทาง ที่สามารถนำมาปรับใช้กับบริบทที่เหมาะสมกับพื้นที่ของจังหวัดชัยนาท

2) ขั้นตอนการดำเนินการ

2.1) คณะทำงานร่วมวางแผน ระดมความคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อกำหนดกรอบของระบบงานของกลุ่มงานที่ต้องการ

2.2) ออกแบบรายละเอียดโครงสร้างฐานข้อมูลของแต่ละระบบงานโดยใช้โปรแกรมพื้นฐาน ที่สามารถใช้ได้ทุกคนและเชื่อมโยงผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้

2.3) คณะทำงานนำเข้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งสองระบบ คือ E-Document และ E-Summary พร้อมทดสอบและนำเสนอระบบให้กับคณะทำงานและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานฯ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทราบปัญหาและแนวทางแก้ไขและปรับแก้เพื่อให้ได้ระบบที่สมบูรณ์และแก้ปัญหาในส่วนขาด

2.4) กำหนดให้ผู้รับผิดชอบงาน กรอกข้อมูลที่ตนเองลงในระบบงานที่ตัวเองรับผิดชอบและ scan เอกสารที่เกี่ยวข้องเข้าระบบให้เป็นปัจจุบัน

2.5) วิเคราะห์ฐานข้อมูลในแต่ละระบบงานและนำเสนอระบบงานเป็นบทสรุปสถานการณ์และระบบงานย่อยต่างๆ ผ่าน Application Google data studio เพื่อให้ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบการและประชาชนทั่วไปได้ใช้ประโยชน์ โดยข้อมูลมีความเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ และนำเสนอข้อมูลให้ทางคณะกรรมการบริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

2.6) พัฒนาระบบจัดเก็บเอกสาร อิเล็กทรอนิกส์ให้มีความรัดกุมและปลอดภัยมากขึ้น โดยจัดหาอุปกรณ์ Network Attached Storage (NAS) ซึ่งเป็นอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลอัจฉริยะที่เชื่อมต่อกับเครือข่ายของสำนักงานโดยตรง ทดแทนระบบเดิมที่จัดเก็บ บน Google drive ซึ่งความปลอดภัยมีน้อยกว่า

2.7) ถ่ายโอนข้อมูล Documents จากระบบ Google Drive เข้าสู่อุปกรณ์ Network Attached Storage (NAS) และดำเนินการระบบโดยสมบูรณ์

3) ชั้นประเมินผล

ประเมินผลประสิทธิภาพของระบบข้อมูลของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ครอบคลุม กลุ่มผู้รับบริการทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้งานระบบระดับผู้บริหารของหน่วยงาน กลุ่มผู้ใช้งานระบบฯ ทั่วไป และกลุ่มผู้ดูแลระบบฯ ศึกษาในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคม - มีนาคม 2565 จำนวนทั้งสิ้น 434 คน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้หลักเกณฑ์ของ Likert R⁽⁴⁾ 5 ระดับ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ความพึงพอใจมาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.81 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด

ผลการศึกษา

1. ผลการทบทวนข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ครอบคลุมทุกงานในกลุ่มงานฯ ซึ่งได้แก่ ฐานข้อมูลผู้ประกอบการ ประวัติการตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงประวัติการดำเนินคดีย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ มกราคม 2562 - ตุลาคม 2564 พบว่า มีจำนวนผู้ประกอบการ รวมทั้งสิ้น 398 ราย แยกรายผลิตภัณฑ์ได้ดังนี้ ผู้ประกอบการด้านยา จำนวน 103 ราย ผู้ประกอบการด้านสมุนไพร จำนวน 14 ราย ผู้ประกอบการด้านอาหาร จำนวน 138 ราย ผู้ประกอบการสถานพยาบาล จำนวน 109 ราย ผู้ประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน 24 ราย ผู้ประกอบการวัตถุอันตราย จำนวน 4 ผู้ประกอบการเครื่องสำอาง จำนวน 6 ราย ประเภทการให้บริการตามกฎหมาย ในการอนุญาต ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้สะดวก รวดเร็ว อำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกอบการเป็นสำคัญ

2. เกิดรูปแบบบริการระบบข้อมูลดิจิทัลในงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ที่เรียกว่า FDA Chainat Smart System โดยเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ในอุปกรณ์ Network Attached Storage (NAS) และสามารถจำแนกระบบงานได้ดังนี้

2.1 สำหรับผู้ประกอบการ เกิดระบบบริการที่เรียกว่า FDA Chainat Smart Counter Service เป็นระบบงานบริการด้านหน้า (Front line) ของงานรับอนุญาตที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนของผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับมอบหมายมาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยระบบนัดหมายออนไลน์(E-Que) ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ (E-consulting) แบบฟอร์มคำขออนุญาตต่างๆ การขอเปิด OpenID ระบบอนุญาตออนไลน์(E-Submission) ระบบติดตามการอนุญาต(E-tracking) ระบบตรวจ

ประเมินออนไลน์ ระบบรายงานสถานะต่ออายุใบอนุญาต คู่มือคำถามคำตอบ คู่มือประชาชน แบบประเมินความพึงพอใจผู้ให้บริการ ข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้ประกอบการ

2.2 สำหรับประชาชนทั่วไป เกิดระบบบริการ ตรวจสอบเครื่องหมาย อย.ผลิตภัณฑ์ ระบบค้นหาสถานประกอบการ ระบบหมอพรีอมStation ระบบรับเรื่องร้องเรียน

2.3 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เกิดระบบที่เรียกว่า FDA Chainat Smart DATA เป็นระบบงานระบบสนับสนุนการปฏิบัติการ (Back office) ทำหน้าที่สนับสนุนข้อมูลเป็นคลังข้อมูลของกลุ่มงานฯ ซึ่งจำแนกออกเป็น E-document และ E-summary (database) ดังนี้

1) E-document เป็นระบบการจัดเก็บเอกสารของทางราชการ และเอกสารคู่มือ แบบฟอร์มต่างๆ ของกลุ่มงานฯ ที่รับเข้ามาและผู้รับผิดชอบได้ดำเนินการสำเร็จแล้ว ให้จัดเก็บในรูปของเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดทำโครงสร้างของระบบจัดเก็บเอกสาร พร้อมทั้งกำหนด Index ในแต่ละข้อมูลเพื่อการค้นหา

2) E-summary (Database) เป็นระบบจัดเก็บฐานข้อมูลของ Pre-Post marketing เป็นฐานข้อมูล ระบุพิกัด GPS (Global Positioning System) ของผู้ประกอบการต่างๆ ที่ได้มาติดต่อขออนุญาตและประวัติธุรกรรมทั้งหมด โดยใช้แนวคิด One Record One Data และจัดเก็บเอกสารที่เกี่ยวข้องในรูปอิเล็กทรอนิกส์ จัดทำกรอบโครงสร้างของข้อมูล และเชื่อมโยงการเก็บเอกสารที่เกี่ยวข้องของแต่ละ record ของผู้ประกอบการ ให้อยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงระบบสืบค้นสถานประกอบการ เกิดโครงสร้างฐานข้อมูลของแต่ละระบบงานโดยใช้โปรแกรมพื้นฐานที่สามารถใช้ได้ทุกคนและเชื่อมโยงผ่านเครือข่าย Internet ได้ และสามารถรวบรวมผลการปฏิบัติงานเป็นรายงาน มีระบบติดตามกำกับแผนงานโครงการ ระบบติดตามตัวชี้วัดของกลุ่มงานฯ ระบบควบคุมกำกับค่าใช้จ่ายประมาณ (E-budgeting) ระบบควบคุมกำกับการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของกลุ่มงาน โดยข้อมูลมีความเป็นปัจจุบันอยู่

เสมอ และนำเสนอข้อมูลให้ทางคณะกรรมการบริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทและเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่อื่น ๆ เข้ามานำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อไป

3. ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบข้อมูลภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้รับบริการทั้งหมดจำนวน 473 คน (กลุ่มผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงานฯ จำนวน 21 คน, กลุ่มเจ้าหน้าที่ จำนวน 42 คน, กลุ่มผู้ดูแลระบบฯ จำนวน 12 คน และกลุ่มผู้ประกอบการ จำนวน 398 คน) มีผลลัพธ์การประเมินประสิทธิภาพ ของระบบข้อมูลฯ ซึ่งได้แก่ ระดับความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของระบบข้อมูลในทุกกลุ่มผู้รับบริการ ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงานฯ (จำนวน 21 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 47.6) อายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 57.1) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 57.1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ (จำนวน 42 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) อายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 42.9) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 54.8) กลุ่มผู้ดูแลระบบ (จำนวน 12 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) อายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 50.0) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 33.3) กลุ่มผู้ประกอบการ (จำนวน 398 คน) ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 71.6) อายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 35.0) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 49.7)

3.2 กลุ่มผู้บริหารผู้ดูแลระบบในภาพรวม รายงาน และรายชื่อ

กลุ่มผู้บริหารและผู้ดูแลระบบ มีระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาทางด้าน กลุ่มผู้บริหาร มีระดับความพึงพอใจต่อด้านด้านประสิทธิภาพมากที่สุด รองลงมาคือความง่ายต่อการใช้งาน ด้านการออกแบบเว็บไซต์ และด้านตรงตามความต้องการน้อยที่สุด และกลุ่มผู้ดูแลระบบ มีระดับความพึงพอใจต่อด้านประสิทธิภาพมากที่สุด รองลงมาคือความง่ายต่อการ

ใช้งาน ด้านตรงตามความต้องการ และด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลน้อยที่สุด ดังตารางที่ 1

เมื่อพิจารณารายข้อ ซึ่งแบ่งการอธิบาย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบเว็บไซต์ ด้านความง่าย ต่อการใช้งาน ด้านตรงตามความต้องการ ด้านประสิทธิภาพ และด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ดังนี้

1) ด้านการออกแบบเว็บไซต์ ซึ่งกลุ่มผู้บริหาร มีระดับความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ จัดรูปแบบง่ายต่อการอ่านและการใช้งาน มีความเร็วในการแสดงผล อักษร ข้อมูลต่าง ๆ สีสันในการออกแบบเว็บไซต์มีความเหมาะสม และน้อยที่สุดคือ และกลุ่มผู้ดูแลระบบ มีระดับความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สวยงาม ทันสมัย น่าสนใจ มีความเร็วในการแสดงผล อักษร ข้อมูลต่าง ๆ สีพื้นหลังกับอักษรมีความเหมาะสม ขนาด อักษรและรูปแบบตัวอักษร สวยงาม อ่านได้ง่ายและน้อยที่สุดคือจัดรูปแบบง่ายต่อการอ่านและการใช้งาน

2) ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ซึ่งกลุ่มผู้บริหาร มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือความง่ายในการเรียกใช้ระบบ ความสะดวกในการเข้าใช้ระบบ ความชัดเจนของคำอธิบาย ส่วนประกอบต่างๆ บนหน้าจอของระบบ ความน่าใช้ของระบบในภาพรวม น้อยที่สุดคือความชัดเจนของข้อความที่แสดงบนจอภาพ และกลุ่มผู้ดูแลระบบ มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือความสะดวกในการเข้าใช้ระบบ ความชัดเจนของคำอธิบาย ส่วนประกอบต่างๆ บนหน้า

จอของระบบ ความน่าใช้ของระบบในภาพรวม น้อยที่สุดคือความง่ายในการเรียกใช้ระบบ

3) ด้านตรงตามความต้องการ ซึ่งกลุ่มผู้บริหาร มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือ ระบบข้อมูล มีความถูกต้องครบถ้วน น้อยที่สุดคือความสามารถของระบบในการปรับปรุงข้อมูลและกลุ่มผู้ดูแลระบบ มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือความสามารถของระบบในการเพิ่มข้อมูล ความสามารถของระบบในการเพิ่มข้อมูล ความสามารถของระบบในการนำเสนอข้อมูล ระบบข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน น้อยที่สุดคือความสามารถในการเรียกใช้งานในระบบข้อมูล

4) ด้านประสิทธิภาพ ซึ่งกลุ่มผู้บริหาร มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือ ระบบมีการประมวลผล ที่รวดเร็ว แม่นยำและถูกต้องตรงตามความต้องการ ระบบมีการแสดงผลรายงานที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ใช้ น้อยที่สุดคือความเร็วในการเชื่อมโยงกับข้อมูล และกลุ่มผู้ดูแลระบบ มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือระบบมีการแสดงผลรายงานที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ใช้ น้อยที่สุดคือความเร็วในการแสดงผลจากการเชื่อมโยงเพจ

5) ด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล กลุ่มผู้ดูแลระบบ มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือ การควบคุมให้ใช้งานตามสิทธิ์ผู้ใช้ได้อย่างถูกต้อง น้อยที่สุดคือการตรวจสอบสิทธิ์ก่อนใช้งานของผู้ใช้ระบบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของระบบข้อมูล กลุ่มผู้บริหารและผู้ดูแลระบบในภาพรวมและรายด้าน

รายการ	ระดับความพึงพอใจ					
	ผู้บริหาร			ผู้ดูแลระบบ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านการออกแบบเว็บไซต์	3.75	0.55	มาก	3.78	0.54	มาก
2. ด้านความง่ายต่อการใช้งาน	3.83	0.38	มาก	4.28	0.60	มาก
3. ด้านตรงตามความต้องการ	3.71	0.44	มาก	4.22	0.68	มาก
4. ด้านประสิทธิภาพ	3.84	0.32	มาก	4.33	0.60	มาก
5. ด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล	-	-	-	4.17	0.54	มาก
ภาพรวม	3.79	0.39	มาก	3.78	0.54	มาก

การพัฒนาารูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของระบบข้อมูล ในกลุ่มผู้บริหารและผู้ดูแลระบบ รายข้อ

รายการ	ระดับความพึงพอใจ					
	ผู้บริหาร			ผู้ดูแลระบบ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านการออกแบบเว็บไซต์						
จัดรูปแบบง่ายต่อการอ่านและการใช้งาน	3.81	0.51	มาก	2.08	0.79	น้อย
สวยงาม ทันสมัย น่าสนใจ	3.71	0.64	มาก	4.33	0.65	มาก
สีพื้นหลังกับอักษรมีความเหมาะสม	3.71	0.64	มาก	4.08	0.90	มาก
สีเส้นในการออกแบบเว็บไซต์มีความเหมาะสม	3.76	0.63	มาก	3.92	0.79	มาก
ขนาดอักษรและรูปแบบตัวอักษร สวยงาม อ่านได้ง่าย	3.71	0.64	มาก	4.08	0.79	มาก
มีความเร็วในการแสดงภาพ อักษร ข้อมูลต่าง ๆ	3.81	0.40	มาก	4.17	0.72	มาก
2. ด้านความง่ายต่อการใช้งาน (usability)						
ความง่ายในการเรียกใช้ระบบ	3.86	0.36	มาก	4.17	0.72	มาก
ความเหมาะสมในการออกแบบหน้าจอโดยภาพรวม	3.81	0.51	มาก	4.25	0.75	มาก
ความชัดเจนของข้อความที่แสดงบนจอภาพ	3.76	0.44	มาก	4.25	0.75	มาก
ความสะดวกในการเข้าใช้ระบบ	3.86	0.57	มาก	4.33	0.65	มาก
ความชัดเจนของคำอธิบาย ส่วนประกอบต่างๆ บนหน้าจอของระบบ	3.86	0.48	มาก	4.33	0.78	มาก
ความนำใช้ของระบบในภาพรวม	3.86	0.57	มาก	4.33	0.65	มาก
3. ด้านตรงตามความต้องการ (function requirement)						
ความสามารถในการเรียกใช้งานในระบบข้อมูล	3.71	0.56	มาก	4.17	0.84	มาก
ความสามารถของระบบในการเพิ่มข้อมูล	3.71	0.46	มาก	4.25	0.62	มาก
ความสามารถของระบบในการปรับปรุงข้อมูล	3.67	0.48	มาก	4.17	0.94	มาก
ความสามารถของระบบในการนำเสนอข้อมูล	3.71	0.56	มาก	4.25	0.87	มาก
ระบบข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน	3.76	0.44	มาก	4.25	0.62	มาก
4. ด้านประสิทธิภาพ (performance)						
ความเร็วในการแสดงผลจากการเชื่อมโยงเพจ	3.86	0.36	มาก	4.08	0.67	มาก
ความเร็วในการเชื่อมโยงกับข้อมูล	3.71	0.46	มาก	4.17	0.72	มาก
ความเร็วในการบันทึก ปรับปรุงข้อมูล	3.76	0.44	มาก	4.17	0.58	มาก
ความเร็วในการนำเสนอข้อมูล	3.86	0.48	มาก	4.25	0.62	มาก
ความเร็วในการทำงานของระบบในภาพรวม	3.86	0.48	มาก	4.17	0.58	มาก
ระบบมีการประมวลผลที่รวดเร็ว แม่นยำและถูกต้องตรงความต้องการ	3.90	0.44	มาก	4.25	0.75	มาก
ระบบมีการแสดงผลรายงานที่ถูกต้องและตรงความต้องการของผู้ใช้	3.90	0.44	มาก	4.33	0.65	มาก
5. ด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (security)						
การกำหนดสิทธิ์การเข้าใช้ระบบเกิดความปลอดภัยในการใช้งาน				4.25	0.62	มาก
ความปลอดภัยของระบบเครือข่าย				4.33	0.65	มาก
ความปลอดภัยของการเข้าถึงข้อมูล				4.50	0.64	ดีมาก
การควบคุมให้ใช้งานตามสิทธิ์ผู้ใช้ได้อย่างถูกต้อง				4.58	0.67	ดีมาก
การตรวจสอบสิทธิ์ก่อนใช้งานของผู้ใช้ระบบ				4.00	0.74	มาก
มีระบบป้องกันภัยจากไวรัส ผู้บุกรุก				4.33	0.65	มาก
มีระบบแจ้งเตือนเมื่อมีการกรอกข้อมูลซ้ำ				4.42	0.52	มาก

3.3 กลุ่มผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ในภาพรวม รายด้านและรายข้อ

กลุ่มผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน กลุ่มผู้ประกอบการ มีระดับความพึงพอใจต่อด้านความง่ายต่อการใช้งาน ด้านประสิทธิภาพมากที่สุด รองลงมาคือด้านเนื้อหา และด้านการออกแบบเว็บไซต์น้อยที่สุด และกลุ่มเจ้าหน้าที่มีระดับความพึงพอใจต่อการออกแบบเว็บไซต์ รองลงมาคือด้านประสิทธิภาพ ด้านเนื้อหา และด้านความง่ายต่อการใช้งานน้อยที่สุด ดังตารางที่ 3

เมื่อพิจารณารายข้อ ซึ่งแบ่งการอธิบาย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบเว็บไซต์ ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ด้านเนื้อหา และด้านประสิทธิภาพ ดังนี้

1) ด้านการออกแบบเว็บไซต์ ซึ่งกลุ่มผู้ประกอบการ มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือขนาดอักษรและรูปแบบตัวอักษร สวยงาม อ่านได้ง่าย และน้อยที่สุดคือสวยงามทันสมัย น่าสนใจ และกลุ่มเจ้าหน้าที่ มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือสีสันทันในการออกแบบเว็บไซต์ มีความเหมาะสม มีความเร็วในการแสดงผลภาพ อักษร ข้อมูลต่างๆ และน้อยที่สุดคือสวยงาม ทันสมัย น่าสนใจ

2) ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ซึ่งกลุ่มผู้ประกอบการ มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือ ความชัดเจนของข้อความที่แสดงบนจอภาพ ความสะดวกในการเข้าใช้ระบบ และน้อยที่สุดคือความชัดเจนของคำอธิบาย ส่วนประกอบต่างๆ บนหน้าจอของระบบ และกลุ่มเจ้าหน้าที่ มีระดับ

ความพึงพอใจสูงสุดคือสีสันทันในการออกแบบเว็บไซต์ มีความเหมาะสม มีความเร็วในการแสดงผลภาพ อักษร ข้อมูลต่างๆ และน้อยที่สุดคือความง่ายในการเรียกใช้ระบบ ความสะดวกในการเข้าใช้ระบบ

3) ด้านเนื้อหา ซึ่งกลุ่มผู้ประกอบการ มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือทราบข้อมูลการอนุญาตบนเว็บไซต์ตามการจำแนกประเภท จัดหมวดหมู่ การขออนุญาตครบถ้วนเหมาะสม และน้อยที่สุดคือทราบอัตราค่าธรรมเนียมต่างๆ ที่แสดงบนเว็บไซต์อย่างชัดเจน และกลุ่มเจ้าหน้าที่มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือ ทราบขั้นตอนการขออนุญาตที่แสดงบนเว็บไซต์อย่างครบถ้วน ชัดเจน และน้อยที่สุดคือสามารถติดตามสถานะการอนุญาตผ่านช่องทางติดตามสถานะการขออนุญาตออนไลน์ (E-tracking) ที่เป็นปัจจุบัน สามารถแจ้ง เรื่องร้องเรียนผ่านช่องทางการร้องเรียนบนเว็บไซต์ได้สะดวกและได้รับการแก้ไขเรื่องร้องเรียนอย่างทันท่วงที

4) ด้านประสิทธิภาพ ซึ่งกลุ่มผู้ประกอบการ มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือระบบมีการแสดงผลรายงานที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ใช้ และน้อยที่สุดคือระบบมีการประมวลผลที่รวดเร็ว แม่นยำและถูกต้องตรงตามความต้องการ และกลุ่มเจ้าหน้าที่ มีระดับความพึงพอใจสูงสุดคือระบบมีการแสดงผลรายงานที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ใช้ และน้อยที่สุดคือความเร็วในการทำงานของระบบในภาพรวม ระบบมีการประมวลผลที่รวดเร็ว แม่นยำและตรงตามความต้องการ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของระบบข้อมูลในกลุ่มผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ ในภาพรวมและรายด้าน

รายการ	ระดับความพึงพอใจ					
	ผู้ประกอบการ			เจ้าหน้าที่		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านการออกแบบเว็บไซต์	4.13	0.53	มาก	4.14	0.48	มาก
2. ด้านความง่ายต่อการใช้งาน	4.16	0.59	มาก	4.04	0.41	มาก
3. ด้านเนื้อหา	4.15	0.54	มาก	4.09	0.55	มาก
4. ด้านประสิทธิภาพ	4.16	0.49	มาก	4.10	0.51	มาก
ภาพรวม	4.15	0.49	มาก	4.10	0.46	มาก

การพัฒนาารูปแบบการให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของระบบข้อมูล ในกลุ่มผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ รายข้อ

รายการ	ระดับความพึงพอใจ					
	ผู้ประกอบการ			เจ้าหน้าที่		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านการออกแบบเว็บไซต์						
จัดรูปแบบง่ายต่อการอ่านและการใช้งาน	4.14	0.58	มาก	4.10	0.58	มาก
สวยงาม ทันสมัย น่าสนใจ	4.12	0.56	มาก	4.05	0.62	มาก
สีพื้นหลังกับอักษรมีความเหมาะสม	4.17	0.59	มาก	4.14	0.57	มาก
สีเส้นในการออกแบบเว็บไซต์มีความเหมาะสม	4.14	0.58	มาก	4.19	0.51	มาก
ขนาดอักษรและรูปแบบตัวอักษร สวยงาม อ่านได้ง่าย	4.20	0.63	มาก	4.17	0.58	มาก
มีความเร็วในการแสดงผล อักษร ข้อมูลต่างๆ	4.17	0.63	มาก	4.19	0.59	มาก
2. ด้านความง่ายต่อการใช้งาน						
ความง่ายในการเรียกใช้ระบบ	4.11	0.52	มาก	4.00	0.49	มาก
ความเหมาะสมในการออกแบบหน้าจอโดยภาพรวม	4.12	0.61	มาก	4.02	0.52	มาก
ความชัดเจนของข้อความที่แสดงบนจอภาพ	4.17	0.54	มาก	4.14	0.52	มาก
ความสะดวกในการเข้าใช้ระบบ	4.17	0.56	มาก	4.00	0.54	มาก
ความชัดเจนของคำอธิบาย ส่วนประกอบต่างๆ บนหน้าจอของระบบ	4.10	0.59	มาก	4.05	0.44	มาก
ความน่าใช้ของระบบในภาพรวม	4.13	0.61	มาก	4.05	0.54	มาก
3. ด้านเนื้อหา						
ทราบข้อมูลการอนุญาตบนเว็บไซต์ตามการจำแนกประเภท	4.20	0.59	มาก	4.17	0.58	มาก
จัดหมวดหมู่ การขออนุญาตครบถ้วนเหมาะสม						
ทราบขั้นตอนการขออนุญาตที่แสดงบนเว็บไซต์อย่างครบถ้วน ชัดเจน	4.17	0.64	มาก	4.19	0.63	มาก
ทราบอัตราค่าธรรมเนียมต่างๆ ที่แสดงบนเว็บไซต์อย่างชัดเจน	4.12	0.61	มาก	4.10	0.62	มาก
ทราบข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการขออนุญาตบนเว็บไซต์อย่างชัดเจน	4.16	0.62	มาก	4.12	0.59	มาก
ทราบข่าวประชาสัมพันธ์ กฎหมายและความรู้ทั่วไปที่ครบถ้วนและทันสมัยบนเว็บไซต์	4.13	0.62	มาก	4.10	0.66	มาก
สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลอย่างสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องและครบถ้วนผ่านช่องทางให้คำปรึกษาออนไลน์ (E-consultation)	4.17	0.62	มาก	4.10	0.62	มาก
สามารถเข้ารับบริการได้ตรงเวลาที่ได้นัดหมายผ่านช่องทางนัดหมายออนไลน์ (E-que)	4.15	0.60	มาก	4.02	0.64	มาก
สามารถติดตามสถานะการอนุญาตผ่านช่องทางติดตามสถานะการขออนุญาตออนไลน์ (E-Tracking) ที่เป็นปัจจุบัน	4.15	0.59	มาก	4.00	0.58	มาก
สามารถแจ้งเรื่องร้องเรียนผ่านช่องทางร้องเรียนบนเว็บไซต์ได้สะดวกและได้รับการแก้ไขเรื่องร้องเรียนอย่างทันที่	4.12	0.59	มาก	4.00	0.58	มาก
4. ด้านประสิทธิภาพ						
ความเร็วในการแสดงผลจากการเชื่อมโยงเพจ	4.16	0.62	มาก	4.12	0.59	มาก
ความเร็วในการเชื่อมโยงกับข้อมูล	4.13	0.62	มาก	4.10	0.66	มาก
ความเร็วในการบันทึก ปรับปรุงข้อมูล	4.17	0.62	มาก	4.10	0.62	มาก
ความเร็วในการนำเสนอข้อมูล	4.15	0.60	มาก	4.02	0.64	มาก
ความเร็วในการทำงานของระบบในภาพรวม	4.15	0.59	มาก	4.00	0.58	มาก
ระบบมีการประมวลผลที่รวดเร็ว แม่นยำและถูกต้องตรงความต้องการ	4.12	0.59	มาก	4.00	0.58	มาก
ระบบมีการแสดงผลรายงานที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ใช้	4.26	0.61	มาก	4.33	0.61	มาก

3.4 สรุปข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้รับบริการ
กลุ่มผู้บริหาร ได้เสนอประเด็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาาระบบข้อมูลฯ ดังนี้คือ

1) ควรปรับสีสันทันของเว็บไซต์ให้สวยงาม มีความทันสมัยมากขึ้น รูปแบบตัวอักษรควรชัดเจน เนื่องจากยังไม่เด่นเท่าที่ควร

2) การเข้าสู่ข้อมูล เมนูยังไม่ชัดเจน ยังไม่สะดวกในการสืบค้นเท่าที่ควร

3) การเข้าถึงระบบให้คำปรึกษา ยังคงมีหลายขั้นตอน ไม่สะดวกต่อการเข้าถึง

4) ภาพรวมของเพจน่าจะสามารถทำให้ดูทันสมัยกว่านี้ได้ การให้ข้อมูลร้องเรียนหรือแจ้งเหตุ ควรให้ทางเลือกสำหรับผู้แจ้ง ว่าประสงค์จะระบุตัวตนหรือไม่ เพื่อให้หน่วยงานไม่พลาดข้อมูลที่อาจเป็นประโยชน์กับภาครัฐ ข้อมูลที่นำเสนอเป็นความรู้ ควรจะเป็นสิ่งที่ประชาชน ชาวบ้านสามารถเข้าใจได้โดยง่าย หมายถึงว่าควรย่อข้อมูลทางวิชาการให้เป็นสิ่งที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย เพราะถ้าเอาข้อมูลทางวิชาการมาแปะไว้เลย มันไม่น่าอ่าน น่าดู อ่านแล้วอาจยังงงอยู่ หรืออ่านแล้วสรุปคือ ต้องทำอะไร แต่ถ้าคนอ่านต้องการเอกสารที่เป็นทางวิชาการก็สามารถลิงค์เข้าไปดูต่อได้

วิจารณ์

การพัฒนาาระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ด้วยรูปแบบ FDA Chainat GECC Smart Model สามารถเป็นต้นแบบให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศในการพัฒนาระบบการให้บริการด้านระบบข้อมูลกลุ่มงานฯ เข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาฐานข้อมูลคุ้มครองผู้บริโภคฯ ตามมาตรฐานศูนย์ราชการสะดวกที่พัฒนาระบบข้อมูลเพิ่มขึ้น (GECC Smart) ซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการในทุกกลุ่ม ซึ่งได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและผู้ดูแลระบบ กลุ่มผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ที่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งแต่ละกลุ่มมีความเห็นเป็นทิศทางเดียวกัน อาจเนื่องมาจากระบบข้อมูลที่ได้พัฒนาไว้ได้

ครอบคลุมเนื้อหาต่างๆ ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการในทุกกลุ่ม อีกทั้งออกแบบโดยคำนึง ถึงความครบถ้วน ด้านการออกแบบเว็บไซต์ ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ด้านตรงตามความต้องการ ด้านประสิทธิภาพ และด้านเนื้อหา แสดงให้เห็นถึงรูปแบบ FDA Chainat GECC Smart Model ที่มีประสิทธิภาพเป็นต้นแบบอย่างแท้จริงและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้บริหาร มีระดับความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของระบบข้อมูลในเรื่องจัดรูปแบบง่ายต่อการใช้งาน อยู่ในระดับมาก แตกต่างกับผู้ดูแลระบบ มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากผู้ดูแลระบบ เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในระบบและมีประสบการณ์และอาจมีมุมมองในเรื่องการจัดรูปแบบง่ายต่อการใช้งานลงไปถึงเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลด้วย และในมุมมองของผู้บริหาร อาจคำนึงถึงการได้เข้าใช้งานในภาพรวมของระบบข้อมูลในเรื่องจัดรูปแบบง่ายต่อการใช้งาน ซึ่งการพัฒนาาระบบข้อมูลดังกล่าว มีการจัดรูปแบบง่ายต่อการใช้งานเพียงพอ เหมาะสมอยู่แล้ว และในด้านการรักษาความปลอดภัยของการเข้าถึงข้อมูลในกลุ่มผู้ดูแลระบบมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมากในประเด็นความปลอดภัยของการเข้าถึงข้อมูล และการควบคุมให้ใช้งานตามสิทธิ์ผู้ใช้ได้อย่างถูกต้อง อาจเนื่องมาจากสอดคล้องกับการขับเคลื่อนของสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) การยกระดับความพร้อมรัฐบาลดิจิทัลซึ่งคำนึงถึงสิทธิในการเข้าถึงการใช้งาน และความปลอดภัยการเข้าถึงข้อมูล มาตรฐานการเปิดเผยข้อมูล การมีโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัล เช่น ระบบการยืนยันตัวตน (ID) ข้อมูล (Data)

การพัฒนาาระบบฐานข้อมูลเข้าสู่ระบบดิจิทัลนี้ทำให้ผู้ประกอบการได้รับประโยชน์หลายประการได้แก่ ได้รับการบริการที่รวดเร็วยิ่งขึ้น รับรู้รูปแบบและขั้นตอนการให้บริการได้ทุกประเภทรวมถึงเอกสารหลักฐานประกอบการขออนุญาต สามารถยื่นคำขอออนไลน์ ขอคำปรึกษานัดหมายวันเวลา รูปแบบการตรวจประเมินแบบลงพื้นที่หรือตรวจประเมินออนไลน์ สามารถเข้าถึงการบริการทุกประเภทที่มีการให้บริการ ได้รับการบริการทั่วถึงทุกราย สามารถติดตามความก้าวหน้า และกำหนดระยะเวลาแล้ว

เสร็จได้ซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดของผู้ประกอบการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้รวดเร็ว ติดตามการให้บริการการให้คำปรึกษาเฉพาะราย สามารถวางแผนการปฏิบัติงานได้ตามกำหนดระยะเวลา รวมทั้งสามารถติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของผู้ประกอบการได้

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบ FDA Chainat GECC Smart Model สามารถเป็นต้นแบบให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่นๆ นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการให้บริการด้านระบบข้อมูลเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัลที่ตอบสนองได้ตรงกับความต้องการผู้รับบริการและยังเป็น การยกระดับคุณภาพการให้บริการให้เพิ่มมากขึ้นจากมาตรฐานการให้บริการศูนย์ราชการสะดวก (GECC) ภายใต้ระบบข้อมูลที่มีรูปแบบที่ชัดเจน ถูกออกแบบเป็นหมวดหมู่และครบถ้วนในทุกมิติของผู้รับบริการ ตั้งแต่ผู้บริหาร ผู้ดูแลระบบ ผู้รับอนุญาตและเจ้าหน้าที่ และเพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการพัฒนาระบบการให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จของ สสจ. ให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากขึ้น จึงควรปรับปรุงเพิ่มเติมในด้านการออกแบบ ได้แก่ ควรปรับสีสันทให้สวยงาม มีความทันสมัยมากขึ้น รูปแบบตัวอักษรควรให้มีความชัดเจนและโดดเด่นมากขึ้น ในด้านความง่ายต่อการใช้งาน ควรปรับแถบเมนูให้ง่ายขึ้น สามารถเข้าดูข้อมูลเมนูได้อย่างชัดเจน สะดวกต่อการสืบค้นมากขึ้น อีกทั้งควรปรับระบบให้คำปรึกษามีหลายขั้นตอน ให้สะดวกต่อการเข้าถึง และควรเพิ่มช่องทางให้ผู้ร้องเรียนเลือกว่าจะระบุตัวตนหรือไม่ ด้านเนื้อหา ควรปรับปรุงเนื้อหาให้เข้าใจง่าย โดยการแปลงข้อมูลทางวิชาการให้เป็นภาษาที่ประชาชนทั่วไปเข้าใจได้ง่ายขึ้น และแนบลิงค์เอกสารทางวิชาการเพิ่มเติม และด้านประสิทธิภาพ ควรเพิ่มความรวดเร็วในการติดต่อกับฐานข้อมูล และการนำเสนอข้อมูล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของระบบข้อมูลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรจัดทำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการให้บริการฯ จำลอง ณ ศูนย์บริการฯ สสจ. ชัยนาทสู่การเป็นศูนย์ราชการสะดวกที่ทันสมัย (GECC Smart) เพื่อนำไปเป็นต้นแบบให้กับศูนย์บริการฯ อื่นต่อไป รวมถึงควรจัดทำรูปแบบพัฒนาคุณภาพการให้บริการฯ เพื่อรองรับระบบดิจิทัล ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบ Remote Audit การพัฒนา Dashboard และการพัฒนา Interphase และควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานให้บริการระบบข้อมูลกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเข้าสู่ระบบข้อมูลดิจิทัล เพื่อเป็นแนวทางสู่ความสำเร็จให้กับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมผู้บริหารทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาระบบฯ และคณะทำงานฯ ผู้ดูแลระบบฯ ที่ร่วมกันออกแบบ วางแผน การพัฒนาระบบข้อมูล นำเข้าข้อมูลอย่างเป็นระบบ และประเมินผลในกลุ่มผู้รับบริการครอบคลุมทุกกลุ่ม จนทำให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล. เปลี่ยนผ่านภาครัฐสู่ดิจิทัล [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.dga.or.th/wp-content/uploads/2018/11/file_74d73af09053ed5071f9aa5c-539ba74c.pdf
2. ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญสรณ์. คู่มือการวิเคราะห์งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท; 2558.
3. อรุณรัตน์ อรุณเมือง. ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการงานควบคุม กำกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนออกสู่ท้องตลาด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท สู่

การเป็นศูนย์ราชการสะดวก. วารสารอาหารและยา 2564; 4. Likert R. The method of constructing an attitude scale. 28:85-95. Archives of Psychology 1932;140:44-53.

Abstract: Development of a Service Model of Information System for Consumer Protection and Public Health Pharmacy Group, Chainat Provincial Public Health Office into Digital Data System

Chaiwat Singhirunnusorn, M.P.H.; Krisada Dumkhum, B.P.H.; Arunrut Arunmuang, M.Pharm.
Consumer Protection and Public Health Pharmacy Group, Chainat Provincial Public Health Office,
Thailand
Journal of Health Science 2022;31(4):699-712.

The objectives of this study were to develop a digital service model of information system for Consumer Protection and Public Health Pharmacy Group and to assess the efficiency of the information system of the Consumer Protection Group, Chainat Provincial Health Office. The model was created with the aim of serving as a national model for consumer protection services in the development of digital data entry systems that meet the needs of service users and improve the level of service provided by the Government Easy Contract Center (GECC), which was previously certified to the standard on 30 August 2022. There is also an information system that reacts to national policies in accordance with the Digital Government Development Plan of Thailand (2020-2022) in order for service recipients to consistently obtain higher-quality services connected to consumer protection and public health pharmacies. The study was conducted at the Center for Comprehensive Health Products, Chainat Provincial Public Health Office for the period from January 2021 – October 2021. The study methods consisted of data review, planning and development of information system of the Consumer Protection Group, which is a model of information system of the Consumer Protection Group of the Chainat Provincial Public Health Office (FDA Chainat GECC Smart Model). The results were analyzed by collecting data from the results of the performance assessment of the group's information system covering all groups of service recipients, namely executive group, system user group, all licensees receiving services and admin staff of consumer protection group and personnel totaling 434 people. The results showed that all service recipients were satisfied with the FDA Chainat GECC Smart Model at the same high level. It can be a model of consumer protection work according to the standard of Government Easy Contract Center that develop more information systems (GECC Smart) for other provincial public health offices across the country to develop a digital service system leading to further national policy formulation.

Keywords: model development; information systems, Chainat GECC Smart Model

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การจัดการน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สุภาณี จันทร์ศิริ ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)

สิทธิชัย ใจขาน ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)

สมเจตน์ ทองดำรงธรรม ส.ด.

กลุ่มวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วันรับ:	10 พ.ย. 2564
วันแก้ไข:	1 ก.พ. 2565
วันตอบรับ:	10 ก.พ. 2565

บทคัดย่อ งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการน้ำเสีย และคุณภาพน้ำทิ้งของโรงล้างขยะพลาสติกของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจการจัดการน้ำเสียและวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียทางห้องปฏิบัติการ โดยเก็บตัวอย่างน้ำเสีย 3 จุด ได้แก่ กระบวนการล้างพลาสติก บ่อบำบัดน้ำเสียแบบบ่อหมักไร้อากาศ และบ่อสุดท้าย (บ่อดิน) ผลการศึกษา พบว่า มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดการจัดการน้ำเสีย ร้อยละ 36.36 คุณภาพน้ำทิ้ง ผ่าน 15 พารามิเตอร์ คิดเป็นร้อยละ 88.23 และไม่ผ่าน 2 พารามิเตอร์ คือ ค่า pH และ total dissolved solids (TDS) คิดเป็นร้อยละ 11.77 โดยเทียบกับมาตรฐานตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากแหล่งกำเนิดประเภทโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรม และเขตประกอบการ พ.ศ. 2560 และพบว่าระบบบำบัดน้ำเสีย มีประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำเสีย ระหว่างร้อยละ 27.39 ถึงร้อยละ 95.80 โดยมีประสิทธิภาพในการบำบัดสูงสุดในพารามิเตอร์ ค่าซีโอดี และค่าบีโอดี ตามลำดับ และมีค่าปริมาณโลหะหนักไม่เกินมาตรฐาน ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคุณภาพน้ำทิ้งของโรงล้างขยะพลาสติกควรแก้ปัญหาที่แหล่งกำเนิดที่เกิดจากการใช้สารเคมีซักล้าง และเพิ่มระยะเวลาเก็บน้ำ ตรวจสอบระบบหมุนเวียนน้ำของบ่อสุดท้าย และกำหนดให้ความลึกของบ่อไม่ควรเกิน 2 เมตร

คำสำคัญ: โรงล้างขยะพลาสติก; การจัดการน้ำเสีย; คุณภาพน้ำทิ้ง

บทนำ

ทั่วโลกผลิตขยะพลาสติกประมาณ 6,300 ล้านตัน ในจำนวนนี้ถูกนำไปรีไซเคิลประมาณร้อยละ 9.00 เข้าโรงงานเผาขยะร้อยละ 12.00 และหลงเหลือปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมร้อยละ 79.00 ถ้าแนวโน้มการผลิตและการจัดการขยะยังดำเนินต่อไปแบบปัจจุบัน คาดการณ์ว่าภายในปี 2593 ขยะพลาสติกประมาณ 12,000 ล้านตัน จะยังคงหลงเหลืออยู่ในสิ่งแวดล้อม ด้านประเทศไทยมี

ปริมาณขยะพลาสติกและโฟมมากถึง 2.7 ล้านตัน หรือเฉลี่ย 7,000 ตันต่อวัน แบ่งเป็นถุงพลาสติกร้อยละ 80.00 หรือ 5,300 ตันต่อวัน หรือประมาณ 2 ล้านตัน ส่วนที่เหลือเป็นขยะโฟมประมาณ 700,000 ตัน ซึ่งต้องใช้เวลาย่อยสลายยาวนานถึง 450 ปี โดยพบว่าขยะพลาสติกร้อยละ 50.00 กำจัดไม่ถูกวิธี ที่สำคัญหากใช้วิธีฝังกลบจะใช้พื้นที่มากกว่าขยะปกติถึง 3 เท่า หรือหากนำไปเผาทำลาย จะทำลายสิ่งแวดล้อมอย่างมาก รวมทั้งมี

สารตกค้างในสิ่งแวดล้อม เนื่องจากถุงพลาสติกทำจากเม็ดปิโตรเลียม ทำให้มีการปนเปื้อนของสารตกค้างในดินและน้ำ ส่งผลก่อให้เกิดก๊าซเรือนกระจกที่เป็นสาเหตุของภาวะโลกร้อนในปัจจุบัน ขณะที่ปี 2561 ไทยนำเข้าขยะพลาสติกมากถึง 481,381 ตัน สูงเป็นอันดับ 3 ในอาเซียน โดยถุงพลาสติก กล่องโฟม และบรรจุภัณฑ์พลาสติก คือขยะทะเล 3 อันดับแรกที่พบมากที่สุด มีจำนวนรวมกันมากกว่าหนึ่งแสนชิ้น เหล่านี้คือมลพิษที่เป็นภัยคุกคามหลักของระบบนิเวศและความหลากหลายทางชีวภาพทางทะเล โดยล่าสุดไทยประกาศเจตนารมณ์ว่าจะห้ามนำเข้าขยะพลาสติกภายในปี 2564⁽¹⁾ สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นเฉลี่ยวันละ 1,838.13 ตัน มีองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นที่มีการรวบรวมขยะมูลฝอยไปกำจัด จำนวน 102 แห่ง ซึ่งสามารถรวบรวมไปกำจัดประมาณ 763.69 ตัน/วัน โดยสามารถกำจัดได้ถูกหลักวิชาการประมาณ 583.56 ตัน/วัน (คิดเป็นร้อยละ 31.75 ของปริมาณขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมด) ปริมาณขยะที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ทั้งหมด 381.47 ตัน/วัน (คิดเป็นร้อยละ 20.75 ของปริมาณขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมด) มีองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นที่มีขยะตกค้าง 50 แห่ง โดยมีขยะสะสมตกค้างในปี พ.ศ. 2559 ลดลงเหลือ 18,634.20 ตัน คิดเป็นปริมาณขยะสะสมตกค้างลดลงร้อยละ 33.78⁽²⁾ อัตราการเกิดขยะของคนเฉลี่ยเป็นปริมาณขยะ 1.14 กิโลกรัม/คน/วัน ซึ่งอัตราการเกิดขยะถุงพลาสติกมีประมาณร้อยละ 12.00 ของปริมาณขยะทั้งหมดโดยมีอัตราการเกิดขยะถุงพลาสติกของคน 0.14 กิโลกรัม/คน/วัน ซึ่งจากการที่พลาสติกมีคุณสมบัติยากต่อการสลายตัวและเสื่อมสภาพ ทำให้ขยะมูลฝอยประเภทพลาสติกคงอยู่ในสภาพแวดล้อมได้เป็นเวลานาน ก่อให้เกิดภาวะในการจัดการ ส่งผลให้เกิดการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การชะล้างองค์ประกอบทางเคมีของพลาสติกไปกับน้ำเสียซึ่งอาจปนเปื้อนสู่ห่วงโซ่อาหารและเป็นอันตรายต่อสุขภาพมนุษย์⁽³⁾

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีซึ่งเป็นหน่วยงานที่เห็น

ความสำคัญของการนำขยะประเภทพลาสติกมาเพิ่มมูลค่าโดยใช้กระบวนการคัดแยกด้วยเครื่องจักรก่อนเข้าสู่โรงล้างขยะพลาสติกซึ่งมีกระบวนการใช้น้ำที่สำคัญได้แก่ การล้าง การสับตัด การเป่าให้แห้ง และเกิดการใช้สารเคมีในกิจกรรมการล้างขยะพลาสติก ทำให้น้ำที่ใช้ในกระบวนการล้างขยะพลาสติกมีคุณภาพลดลงจนเกิดเป็นน้ำเสีย โดยโรงล้างขยะพลาสติกมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มีการบำบัดน้ำเสียด้วยระบบบ่อหมักไร้อากาศ (modified covered lagoon: MCL) และบ่อบำบัดน้ำเสียแบบบ่อดิน ซึ่งคล้ายกับบ่อแพคัลเททีฟ ซึ่งตั้งแต่โรงล้างขยะพลาสติกเปิดทำการยังไม่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพน้ำเสียและน้ำทิ้งมาก่อน

น้ำเสียที่มาจากโรงล้างขยะพลาสติกมีผลกระทบต่อระบบนิเวศ ซึ่งน้ำเสียมักประกอบด้วยสารอินทรีย์ที่ย่อยสลายง่าย (readily biodegradable organic substances) และสารประกอบอินทรีย์ย่อยสลายยาก (refractory organic substance) หากได้รับการบำบัดด้วยระบบชีวภาพจะมีประสิทธิภาพในการบำบัดได้ดีเฉพาะสารประกอบอินทรีย์ที่ย่อยสลายง่าย และจะมีประสิทธิภาพลดลงเมื่อมีองค์ประกอบเป็นสารอินทรีย์ย่อยสลายยาก รวมถึงหากมีสารที่มีความเป็นพิษในน้ำ จะยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลชีพในระบบบำบัดน้ำเสียทางชีวภาพ⁽⁴⁾ ในประเทศไทยมีการศึกษาลักษณะน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากกระบวนการผลิตของโรงล้างขยะพลาสติกอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษพบว่า น้ำเสียที่เกิดจากกระบวนการผลิตนั้นมีค่าเกินมาตรฐานในหลายพารามิเตอร์ เช่น biochemical oxygen demand (BOD) (187.00 mg/L) ของแข็งแขวนลอย (167.00 mg/L) ความขุ่น (89.40 NTU) และยังพบปริมาณค่าตะกั่ว 2.40 mg/L ซึ่งค่ามาตรฐานไม่ควรเกิน 2.00 mg/L⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิตทั้งในน้ำและบริเวณใกล้เคียง สามารถทำให้เสียความสมดุลทางธรรมชาติเกิดเป็นน้ำเสีย และส่วนทางด้านเกษตรมีผลทั้งต่อการเพาะปลูกและการเลี้ยงสัตว์ ก่อให้เกิดความเสียหายต่อการเพาะปลูกต่างๆ ได้ หากจัดการอย่างไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ค่า BOD ที่เกิน

มาตรฐานของโรงล้างขยะพลาสติก อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ แสดงให้เห็นว่ามีสารอินทรีย์ปะปนอยู่มากและจะเกิดสภาพเน่าเหม็นได้ง่ายส่งกลิ่นเหม็นต่อผู้คนที่อยู่อาศัยบริเวณโดยรอบ สารเคมีที่ใช้ในการซักล้างขยะพลาสติกเป็นเคมีภัณฑ์ ทั้ง polyethylene terephthalate, polypropylene อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพน้ำเสีย ทำให้ค่าสารอินทรีย์และสารเคมีเกินค่ามาตรฐาน และพนักงานที่ล้างขยะพลาสติกเกิดการระคายเคืองอีกด้วย โรงล้างขยะพลาสติกมีลักษณะการทำงานของเครื่องจักรเข้าข่ายการเป็นโรงงาน หากพบว่ามีน้ำเสียที่เกินค่ามาตรฐานจะต้องมีการควบคุมและติดตามตรวจสอบเพื่อไม่ให้กิจการประเภทนี้ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณโดยรอบ ตามประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากโรงงาน⁽⁶⁾ ดังนั้นการติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสถานประกอบการที่มีความเสี่ยงในการปล่อยมลพิษลงสู่แหล่งน้ำและคุณภาพน้ำทิ้งของโรงล้างขยะพลาสติกนั้นยังไม่ได้ทำการติดตามตรวจสอบ ซึ่งการติดตามตรวจสอบคุณภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญต่อการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำเพื่อทราบถึงสถานการณ์ของแหล่งน้ำในปัจจุบันและทราบปัญหาหรือแนวโน้มของปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งปัญหาด้านการปนเปื้อนของน้ำชะขยะอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและมนุษย์⁽⁷⁾ ข้อเท็จจริงแล้วจะนำไปสู่การสร้างแนวทางการปฏิบัติในการวางแผนจัดการคุณภาพน้ำการแก้ไขและป้องกันผลกระทบที่เกิดจากมลพิษในแหล่งน้ำนั้นได้ทันทีที่ก่อนที่น้ำหรือแหล่งน้ำนั้นเปลี่ยนแปลงไปหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ประโยชน์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาการจัดการน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลช่วง ตุลาคม 2562 - กันยายน 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือตัวอย่างน้ำเสียจากโรงล้างพลาสติก จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ น้ำจากกระบวนการผลิต บ่อบำบัดน้ำเสียแบบบ่อหมักไร้อากาศ และจุดรวมน้ำเสียบ่อสุดท้าย (บ่อดิน)

พารามิเตอร์ที่ตรวจวัด ได้แก่ pH, อุณหภูมิ, total Kjeldahl nitrogen (TKN), biochemical oxygen demand (BOD), dissolved oxygen (DO), chemical oxygen demand (COD), suspended solids (SS), total dissolved solids (TDS) และโลหะหนัก ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากแหล่งกำเนิดประเภทโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรม และเขตประกอบการ พ.ศ. 2560⁽⁶⁾

การเก็บตัวอย่างน้ำเพื่อวิเคราะห์ โดยดำเนินการเก็บตัวอย่างน้ำทิ้งแบบผสมรวม (composite sampling)⁽⁸⁾ ในแต่ละจุด โดยเก็บทุก 2 ชั่วโมงในเวลา 1 วัน แล้วนำมารวมกันเพื่อเป็นตัวแทนคุณภาพน้ำ โดยเริ่มเก็บแต่เวลา 08.00 น. - 16.00 น.

เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสำรวจการจัดการน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติกและอุปกรณ์สำหรับปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำ

1. แบบสำรวจการจัดการน้ำเสีย ตามแบบประเมินมาตรฐานระบบการจัดการน้ำเสียโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร⁽⁹⁾ นำมาปรับปรุง พัฒนา แก้ไขเพิ่มเติมในข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับงานวิจัยมากยิ่งขึ้น โดยแบบสำรวจแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้านการรวบรวมน้ำเสีย 7 ข้อ ด้านการระบายน้ำเสีย 8 ข้อ ด้านการบำบัดน้ำเสีย 7 ข้อ ทั้งหมด 22 ข้อ ซึ่งแบบสำรวจที่สร้างขึ้นจะมีการตรวจสอบเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 โดยมีค่า IOC (index of item - objective congruence) ระหว่าง 0.67 - 1.00 ทุกข้อคำถาม

2. อุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างน้ำ โดยเป็นไปตามหลักการเก็บตัวอย่างและการควบคุมคุณภาพ โดยมีการตรวจ

สอบความถูกต้องของเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ โดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข และทำการสอบเทียบเครื่องมือก่อนการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทุกครั้ง ตรวจสอบคุณภาพน้ำตามเกณฑ์ของประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากแหล่งกำเนิดประเภทโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรม และเขตประกอบการ พ.ศ. 2560⁽⁶⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสำรวจการจัดการน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติกในแต่ละด้านนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติในการวิเคราะห์เชิงพรรณนา การแปลผลคือ มี/ไม่มี หรือปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสำรวจทั้งหมดจำนวน 34 ข้อ โดยแบ่งออกเป็นข้อมูลทั่วไป 12 ข้อ ด้านประเมินรายละเอียดข้อมูลด้านการรวมรวมน้ำเสีย 7 ข้อ ข้อมูลด้านการระบายน้ำเสีย 8 ข้อ ข้อมูลด้านการบำบัดน้ำเสีย 7 ข้อ และมาคิดเป็นร้อยละ

2. นำผลการวิเคราะห์พารามิเตอร์ตัวอย่างน้ำเสียจากโรงล้างขยะพลาสติกของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และผลการวิเคราะห์พารามิเตอร์ตัวอย่างน้ำทิ้ง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นนำค่าที่ได้จากการวิเคราะห์ทางสถิติ มาเทียบกับมาตรฐานตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากแหล่งกำเนิดประเภทโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรม และเขตประกอบการ พ.ศ. 2560

ผลการศึกษา

การจัดการน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติก

1) ด้านการรวบรวมน้ำเสีย

พบว่าโรงล้างขยะพลาสติกมีการปฏิบัติด้านการรวบรวมน้ำเสีย จำนวน 3 ข้อ (ร้อยละ 42.86) ได้แก่ การมีพื้นที่บริเวณภายในกระบวนการต่างๆ มีอากาศถ่ายเท

ได้ดี ไม่มีกลิ่นเหม็นรบกวน การมีจุดรวบรวมน้ำเสียก่อนปล่อยสู่แหล่งน้ำสาธารณะ และมีการป้องกันการทิ้งเศษขยะอื่นๆ ก่อนเข้าสู่ระบบรวมน้ำเสีย สำหรับข้อที่ยังไม่ปฏิบัติ ด้านการจัดการน้ำเสีย มีจำนวน 4 ข้อ (ร้อยละ 57.14) ได้แก่ การไม่มีพื้นที่สำหรับรวบรวมน้ำเสียแยกจากกระบวนการผลิต ไม่มีการตรวจสอบการอุดตันของท่อรวมน้ำเสีย ไม่มีการกำหนดจุดตรวจสอบคุณภาพน้ำในระบบรวมน้ำเสีย และไม่มีมาตรวัดปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากระบบ

2) ด้านการระบายน้ำเสีย

โรงล้างขยะพลาสติกมีการปฏิบัติ ด้านการระบายน้ำเสีย จำนวน 4 ข้อ (ร้อยละ 50.00) ได้แก่ มีการระบายน้ำเสียจากกระบวนการล้างขยะพลาสติก มีการระบายน้ำจากกระบวนการล้างถุงพลาสติกหรือบ่อล้างอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โรงล้างขยะพลาสติกมีการติดตั้งท่อหรือรางระบายน้ำเสีย มีการป้องกันการอุดตันของท่อระบายน้ำเสียโดยการติดตะแกรง สำหรับข้อที่ยังไม่ปฏิบัติ ด้านการจัดการน้ำเสีย จำนวน 4 ข้อ (ร้อยละ 50.00) พบว่า ไม่มีการแยกรางระบายน้ำฝนและระบบรวมน้ำเสียออกจากกัน ไม่มีการระบายน้ำเสียจากกระบวนการสะบัดเปียก ไม่มีการระบายน้ำเสียจากกระบวนการสะบัดแห้ง ไม่มีการระบายน้ำเสียจากลานตากขยะพลาสติก และพบว่ามีความผิดปกติของการระบายน้ำเสียที่ออกมาจากบ่อล้าง ซึ่งตามแบบแปลนที่มีการออกแบบไว้ว่าให้การไหลของน้ำเสียจากบ่อล้างจะต้องไหลเข้าสู่บ่อหมักแบบไร้อากาศก่อน เพื่อเป็นการบำบัดขั้นแรก หลังจากนั้นน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดจากบ่อหมักไร้อากาศจึงจะไหลเข้าสู่บ่อบำบัดน้ำบ่อดิน

3) ด้านการบำบัดน้ำเสีย

มีการปฏิบัติด้านการบำบัดน้ำเสีย จำนวน 1 ข้อ (ร้อยละ 14.28) ได้แก่ การบำบัดน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติกมีระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อหมักแบบไร้อากาศ และบ่อดิน และมีการทำความสะอาดบ่อล้างขยะทุกวันที่มีการล้างขยะ สำหรับข้อที่ยังไม่ปฏิบัติด้านการจัดการน้ำเสีย จำนวน 6 ข้อ (ร้อยละ 85.72) พบว่า ไม่มีการเติม

สารเคมีในการบำบัดน้ำเสีย ไม่มีการติดตั้งอุปกรณ์หรือ ภาชนะสำหรับดักขยะและดักไขมัน ไม่มีการฆ่าเชื้อโรคใน น้ำเสียก่อนจะปล่อยเป็นน้ำทิ้ง ไม่มีการบันทึกผลการ ควบคุมและบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสีย ไม่มีการจัดการ กับกากตะกอนที่ผ่านการบำบัด ระบบบำบัดไม่มีจุดตรวจสอบ คุณภาพน้ำ ไม่มีการส่งตรวจคุณภาพตัวอย่างน้ำตาม มาตรฐานน้ำทิ้งอุตสาหกรรมตั้งแต่เปิดทำการ มีผู้ดูแล ระบบมีความเหมาะสมในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย และ ไม่มีการระบายน้ำทิ้งสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ

คุณภาพน้ำเสีย และน้ำทิ้งของโรงล้างขยะพลาสติก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียจากกระบวนการผลิต และคุณภาพน้ำทิ้งจากระบบบำบัดแบบบ่อดิน สามารถ วิเคราะห์ประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียโดยรวม พบว่า โรงล้างขยะพลาสติกมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มี ประสิทธิภาพในการบำบัด COD สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.80 และมีประสิทธิภาพในการบำบัดค่าของแข็งแขวนลอยต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.41 โดยน้ำที่นำมา วิเคราะห์นั้นมาจากกระบวนการผลิตก่อนจะเข้าสู่ กระบวนการบำบัด

ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง พบว่า pH, TKN,

FOG, TDS อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ประกาศกระทรวง- ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนด มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากแหล่งกำเนิด ประเภทโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรม และเขต ประกอบการ ปี พ.ศ. 2560 แต่ยังมีบางพารามิเตอร์ที่ เกินค่ามาตรฐานก่อนที่จะเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย คือ SS, BOD, COD

น้ำเสียที่ผ่านการบำบัดจากบ่อหมักไร้อากาศ มีค่า อุณหภูมิ เฉลี่ย 24.67°C มีค่า TKN เฉลี่ย 3.5 mg/L มี ค่า มีค่า BOD เฉลี่ย 13.6 mg/L มีค่า DO เฉลี่ย 11.53 mg/L มีค่า COD เฉลี่ย 65.08 mg/L มีค่า FOG เฉลี่ย 0.73 mg/L มีค่า SS เฉลี่ย 33.33 mg/L มีค่า TDS เฉลี่ย 825.33 mg/L ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ยกเว้น pH มีค่าเฉลี่ย 9.02 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

บ่อบำบัดน้ำเสียบ่อดิน มีค่าอุณหภูมิ เฉลี่ย 24.67 °C มีค่า TKN เฉลี่ย 3.73 mg/L มีค่า BOD เฉลี่ย 10.7 mg/L DO เฉลี่ย 8.99 mg/L มีค่า COD เฉลี่ย 54.92 mg/L มีค่า FOG เฉลี่ย 0.53 mg/L มีค่า SS เฉลี่ย 40.33 mg/L มีค่า TDS เฉลี่ย 814.67 mg/L ซึ่งผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน ยกเว้น pH มีค่าเฉลี่ย 9.15 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะน้ำเสียจากกระบวนการผลิต บ่อบำบัดน้ำเสียแบบบ่อหมักไร้อากาศ (MCL) และบ่อบำบัดน้ำเสียแบบบ่อ ดินเทียบกับมาตรฐานตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุม การระบายน้ำทิ้งจากแหล่งกำเนิดประเภทโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรม และเขตประกอบการ พ.ศ. 2560

พารามิเตอร์ (หน่วย)	ผลการวิเคราะห์			มาตรฐาน
	กระบวนการผลิต	บ่อบำบัดน้ำเสียแบบ บ่อหมักไร้อากาศ	บ่อบำบัดน้ำเสียบ่อดิน	
pH	7.38±0.05	9.02±0.05	9.15±0.06	5.5-9
Temperature (°C)	24.67±1.15	24.67±1.15	24.67±1.15	ไม่เกิน 40 °C
Total Kjeldahl Nitrogen: TKN mg/L)	7.00±2.10	3.50±1.40	3.73±1.76	ไม่เกิน 100
Biochemical oxygen demand (mg/L)	123.67±29.87	13.60±0.38	10.77±3.20	ไม่เกิน 20
Dissolve oxygen (mg/L)	3.94±0.50	11.53±0.08	8.99±0.40	-
Chemical oxygen demand (mg/L)	1,308.00±1.15	65.08±1.40	54.92±4.90	ไม่เกิน 120
Suspended solids (mg/L)	71.27±7.96	33.33±0.83	40.33±8.10	ไม่เกิน 50
Total dissolved solid (mg/L)	1,480.67±2.50	825.33±2.43	814.67±1.10	ไม่เกิน 3,000

ผลการวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักจากกระบวนการผลิต บ่อหมักไร้อากาศ และบ่อบำบัดน้ำเสียบ่อดิน พบว่า ปริมาณโลหะหนักที่พบมากที่สุดจากกระบวนการผลิต 5 อันดับแรก ได้แก่ Mn, Zn, Ba, Cr (VI) และ Pb ผลการวิเคราะห์คือ 0.731 ± 0.003 , 0.531 ± 0.001 , 0.305 ± 0.001 , 0.046 ± 0.001 และ 0.035 ± 0.001 mg/l ตามลำดับ ปริมาณโลหะหนักที่พบมากที่สุดจากบ่อบำบัดน้ำเสียแบบบ่อหมักไร้อากาศ 5 อันดับแรก ได้แก่ Mn, Ba, Zn, Se และ Ni ผลการวิเคราะห์คือ 0.281 ± 0.001 , 0.151 ± 0.001 , 0.036 ± 0.000 , 0.016 ± 0.000 และ 0.009 ± 0.001 mg/l ตามลำดับ ปริมาณโลหะหนักที่พบมากที่สุดจากบ่อบำบัดน้ำเสียแบบบ่อดิน 5 อันดับแรก ได้แก่ Mn, Ba, Zn, Pb และ Cr (VI) ผลการวิเคราะห์คือ 0.283 ± 0.001 , 0.162 ± 0.000 , 0.042 ± 0.000 , 0.027 ± 0.001 และ 0.023 ± 0.001 mg/l ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

สรุปผลการศึกษา

1. การจัดการน้ำเสีย

การจัดการน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติกของ

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มีการใช้ระบบการบำบัดแบบแบบบ่อหมักแบบไร้อากาศ (modified covered lagoon) และบ่อดินซึ่งลักษณะคล้ายกับบ่อ (facultative pond) ซึ่งไม่มีการวัดประสิทธิภาพการบำบัดของระบบ การรองรับของน้ำเสียจากกระบวนการล้างไม่เหมาะสม ทำให้บริเวณทำงานเปียกจนเกิดการหมักหมมของสารอินทรีย์จากน้ำเสียทำให้เกิดกลิ่นและความสกปรก จากการสำรวจการจัดการน้ำเสียโรงล้างขยะพลาสติกโดยใช้แบบสำรวจสภาพแวดล้อม พบว่า ได้มีการปฏิบัติตามแบบสำรวจสภาพแวดล้อม จำนวน 8 ข้อจากทั้งหมด 22 ข้อ เป็นจำนวนร้อยละ 36.36 โดยแยกเป็นด้านการรวบรวมน้ำ-เสีย ร้อยละ 42.86 ด้านการระบายน้ำเสีย ร้อยละ 50.00 ด้านการบำบัด ร้อยละ 14.28 ไม่ปฏิบัติตามแบบสำรวจสภาพแวดล้อม จำนวน 14 ข้อจากทั้งหมด 22 ข้อ เป็นจำนวนร้อยละ 63.64 โดยแยกเป็นด้านการรวบรวมน้ำ-เสีย ร้อยละ 57.14 ด้านการระบายน้ำเสีย ร้อยละ 50.00 ด้านการบำบัด ร้อยละ 85.72

2. คุณภาพน้ำทิ้งระบบบำบัดน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติก

คุณภาพน้ำทิ้งจะเป็นการวิเคราะห์ที่บ่อสุดท้ายคือบ่อ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนัก

พารามิเตอร์	หน่วย	ผลการวิเคราะห์			มาตรฐาน
		กระบวนการผลิต	บ่อบำบัดน้ำเสียแบบบ่อหมักไร้อากาศ	บ่อบำบัดน้ำเสียบ่อดิน	
As	mg/l	0.012	0.008	0.009	ไม่เกิน 0.250
Se	mg/l	0.013	0.016	0.017	ไม่เกิน 0.020
Zn	mg/l	0.531	0.036	0.042	ไม่เกิน 5.000
Pb	mg/l	0.035	0.020	0.027	ไม่เกิน 0.200
Cd	mg/l	0.002	0.002	0.020	ไม่เกิน 0.030
Ni	mg/l	0.009	0.009	0.008	ไม่เกิน 1.000
Ba	mg/l	0.305	0.151	0.162	ไม่เกิน 1.000
Mn	mg/l	0.731	0.281	0.283	ไม่เกิน 5.000
Cu	mg/l	0.006	0.002	0.002	ไม่เกิน 2.000
Cr (VI)	mg/l	0.046	0.008	0.023	ไม่เกิน 0.250

ดิน พบว่าผ่าน 15 พารามิเตอร์ คิดเป็นร้อยละ 88.23 และไม่ผ่าน 2 พารามิเตอร์ คือค่า pH และ TDS คิดเป็นร้อยละ 11.77 โดยเทียบกับมาตรฐานตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากแหล่งกำเนิดประเภทโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรม และเขตประกอบการ พ.ศ. 2560 และมีประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยพบว่าระบบบำบัดน้ำเสีย มีประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำเสีย ระหว่างร้อยละ 27.39 ถึงร้อยละ 95.80 โดยมีประสิทธิภาพในการบำบัดสูงสุดในพารามิเตอร์ ค่าซีโอดี และค่าบีโอดี ตามลำดับ และมีค่าปริมาณโลหะหนักไม่เกินมาตรฐาน

วิจารณ์

1. การจัดการน้ำเสีย

การจัดการน้ำเสียโรงล้างขยะพลาสติก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยแหล่งกำเนิดขยะมูลฝอยที่ซึ่งจะนำมาเข้าสู่กระบวนการล้างขยะพลาสติก มาจากคณะต่างๆ ภายในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีและบริเวณโดยรอบ โดยมีการคัดแยกขยะพลาสติกออกจากขยะมูลฝอยอื่นๆ ก่อนที่จะนำเข้าสู่กระบวนการล้างโดยบ่อคอนกรีตแบบวนเวียน ซึ่งน้ำที่ใช้ในการกระบวนการผลิตนั้นก็คือน้ำประปา และมีการใช้เครื่องจักรมีกำลังตั้งแต่ 5 แรงม้าหรือกำลังเทียบเท่าตั้งแต่ 5 แรงม้าขึ้นไป ในกระบวนการผลิตเริ่มตั้งแต่กระบวนการล้างขยะพลาสติก กระบวนการสะบัดเปียก กระบวนการสะบัดแห้ง จนกระบวนการอัดแห้งคือกระบวนการสุดท้าย จึงเข้าข่ายจัดเป็นโรงงานตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2537⁽¹⁰⁾ ซึ่งต้องมีการควบคุมคุณภาพน้ำทิ้งให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากแหล่งกำเนิดประเภทโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรม และเขตประกอบการ พ.ศ. 2560 จากการสำรวจโรงล้างขยะพลาสติก พบว่า

ด้านการรวบรวมน้ำเสีย มีพื้นที่สำหรับรวบรวมน้ำเสีย

จากกระบวนการผลิตยังมีการจัดการที่ไม่เหมาะสมทำให้มีน้ำเสียขังในบริเวณเครื่องสะบัดเปียก แต่พื้นที่บริเวณภายในกระบวนการต่างๆ มีอากาศสามารถถ่ายเทได้ดี จึงทำให้มีกลิ่นเหม็นรบกวนน้อย บริเวณที่รวบรวมน้ำเสียมีตะแกรงเพื่อป้องกันเศษขยะเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย แต่ไม่มีการตรวจสอบดูว่ามีการอุดตันของท่อรวบรวมน้ำเสีย อาจทำให้เกิดปัญหาที่อุดตันในระยะยาวได้ ไม่มีการกำหนดจุดตรวจสอบคุณภาพน้ำในระบบรวบรวมน้ำเสีย และไม่มีมาตรวัดปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากระบบ ซึ่งโรงงานจะต้องมีการบันทึกปริมาณการใช้และปริมาณน้ำเสียตามประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่องการจัดทำรายงานชนิดและปริมาณสารมลพิษที่ระบายออกจากโรงงาน ปี พ.ศ. 2558⁽¹¹⁾

ด้านการระบายน้ำเสีย เมื่อน้ำเสียออกจากกระบวนการผลิตมีการติดตั้งท่อระบายน้ำเสียออกจากบ่อล้างคอนกรีต แต่พบว่าไม่มีการแยกรางระบายน้ำฝนและระบบรวบรวมน้ำเสียออกจากกันอาจส่งผลกระทบต่อด้านการบำบัดน้ำเสียหากมีน้ำฝนเข้ามาปะปนกับน้ำเสียที่มากเกินไป ระบบบำบัดน้ำเสียจะสามารถรองรับได้ การป้องกันการอุดตันของท่อระบายน้ำเสียโดยการที่คนงานคอยตรวจสอบดูขณะปล่อยน้ำเสียออกจากบ่อคอนกรีต ในกระบวนการสะบัดเปียกเพื่อให้ถุงพลาสติกที่ผ่านการล้างเป็นเหมือนกันที่สะบัดให้ถุงพลาสติกไม่เปียกมาก พอหมดๆ ในขณะที่เครื่องสะบัดกำลังทำงานจะทำให้มีน้ำเสียที่ติดมากับถุงพลาสติกนั้นกระจายออกมาจากด้านล่างของเครื่องโดยมีการรองรับน้ำเสียที่ออกมาจากเครื่องที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากลักษณะของรางระบายน้ำเสียถูกวางไว้คนละแนวกับเครื่องสะบัดเปียก ทำให้น้ำขังบริเวณใต้เครื่องสะบัดเปียก จากกระบวนการสะบัดเปียกเสร็จแล้วก็จะถูกนำไปคัดแยกประเภทก่อนนำเข้าสู่เครื่องสะบัดแห้ง โดยบริเวณใต้เครื่องสะบัดแห้งนั้นไม่มีรางระบายน้ำเสียรองรับเลย เพราะถุงพลาสติกที่นำเข้าสู่เครื่องสะบัดแห้งนั้นยังพอน้ำเสียปะปนอยู่บ้าง อาจทำให้น้ำเสียกระจายออกมาและส่งกลิ่นเหม็น ซึ่งลานตากและคัดแยกประเภทขยะพลาสติกก็ไม่มีรางระบายน้ำเสียรองรับเช่นกัน

ด้านการบำบัด พบว่า โรงล้างขยะพลาสติกมีระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อหมักแบบไร้อากาศ (modified covered lagoon) และบ่อดินซึ่งลักษณะคล้ายกับบ่อ (facultative pond) ซึ่งลักษณะในการบำบัดน้ำเสียจะไม่มี การเติมสารเคมีใดๆ ในระบบบำบัดน้ำเสียจากการศึกษา พบว่า ไม่มีการติดตั้งอุปกรณ์หรือภาชนะสำหรับดักขยะและดักไขมันอาจทำให้มีขยะปะปนเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย ทำให้ประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียลดลง ไม่มีการเติมคลอรีนเพื่อฆ่าเชื้อโรคในน้ำทิ้ง ส่วนกากตะกอนที่เกิดจากระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีการนำไปใช้หรือกำจัด ซึ่งกากตะกอนที่มาจากระบบบำบัดน้ำเสียเหล่านี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีการบันทึกผลการควบคุมและบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสีย ซึ่งทำให้ไม่มีผลหรือข้อมูลเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสียเลย ไม่มีจุดตรวจสอบคุณภาพน้ำเสียซึ่งระบบบำบัดน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติกเป็นระบบแบบปิดทำให้การเก็บตัวอย่างน้ำเป็นไปด้วยความยากลำบาก และตั้งแต่เปิดใช้งานโรงล้างขยะพลาสติกทางมหาวิทยาลัยอุบลราชธานียังไม่เคยมีการส่งตรวจคุณภาพตัวอย่างน้ำตามประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่องกำหนดมาตรฐานการระบายน้ำทิ้งจากโรงงาน พ.ศ. 2560 ซึ่งระบบบำบัดน้ำเสียก็ไม่ได้มีการระบายน้ำทิ้งสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ ตามประกาศกระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2539⁽¹²⁾ เรื่องกำหนดประเภทของโรงงานอุตสาหกรรมและนิคมอุตสาหกรรม เป็นแหล่งกำเนิดมลพิษที่จะต้องถูกควบคุมการปล่อยน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะหรือออกสู่สิ่งแวดล้อม ห้ามมิให้เจ้าของหรือผู้ครอบครองโรงงานอุตสาหกรรมหรือนิคมอุตสาหกรรม ตามข้อ 2 และข้อ 3 ปล่อยน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะหรือออกสู่สิ่งแวดล้อม เว้นแต่น้ำเสียดังกล่าว ไม่ว่าผ่านการบำบัดหรือไม่ก็ต้องมีคุณภาพตามมาตรฐาน ควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากโรงงานอุตสาหกรรมและนิคมอุตสาหกรรมที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2539 แต่ถ้าหากในอนาคตข้างหน้ามีการระบายน้ำทิ้งสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ

หากไม่มีงานติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำอาจมีน้ำทิ้งบางพารามิเตอร์ที่มีค่าเกินมาตรฐานและส่งผลกระทบต่อแหล่งน้ำสาธารณะหรือสิ่งแวดล้อมบริเวณโดยรอบ ซึ่งพลาสติกเป็นสารตกค้างในสิ่งแวดล้อม สะสมได้ในห่วงโซ่อาหารและมีความเป็นพิษ (persistent bio-accumulative and toxic substances: PBTs) เนื่องจากอนุภาคดังกล่าวสามารถดูดซับมลสารชนิดอื่นที่ปนเปื้อนอยู่ในแหล่งน้ำได้ เช่น โลหะหนัก สารมลพิษที่ตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม (persistent organic pollutants: POPs) ไฮโดรคาร์บอนที่มีคลอรีนเป็นองค์ประกอบ เช่น Polychlorinated Biphenyls (PCBs) เป็นต้น⁽¹³⁾ ทั้งนี้ การรวมตัวกันของอนุภาคไมโครพลาสติกและมลสารที่มีความเป็นพิษส่งผลต่อคุณภาพน้ำแหล่งน้ำและห่วงโซ่อาหารอาจนำไปสู่ผลกระทบที่อาจมีต่อสุขภาพอนามัยของผู้บริโภคหรือสัมผัสมลสารเหล่านั้นที่พบในแหล่งน้ำเกิดความเสี่ยต่อสุขภาพอนามัย การเปลี่ยนแปลงของยีนและระบบพันธุกรรม รวมไปถึงศักยภาพในการก่อให้เกิดโรคมะเร็ง เป็นต้น และสิ่งผิดปกติที่พบเจอนอกจากแบบสำรวจคือ การระบายน้ำเสียจากบ่อล้างขยะ โดยน้ำเสียบางส่วนมีการไหลออกจากท่อระบายไปยังบ่อดิน ซึ่งตามแบบแปลนที่ออกแบบการไหลของน้ำเสีย น้ำเสียจากบ่อล้างขยะจะต้องไหลเข้าสู่บ่อบำบัดขั้นแรกคือ บ่อหมักแบบไร้อากาศ และหลังจากผ่านการบำบัดจากบ่อหมักแบบไร้อากาศ จึงจะไหลไปยังบ่อดินเป็นบ่อสุดท้ายตามขั้นตอนการบำบัด จึงทำให้ประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำเสียลดลงเมื่อผ่านการบำบัดจากบ่อดิน และเป็นสาเหตุที่ทำให้ค่า pH มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐานในบ่อสุดท้ายเพราะน้ำที่ผ่านการล้างจะมีการใช้สารเคมีที่มีฤทธิ์เป็นด่าง

2. คุณภาพน้ำทิ้งระบบบำบัดน้ำเสียของโรงล้างขยะพลาสติก

ผลการวิเคราะห์น้ำบ่อบำบัดน้ำเสียบ่อดินมีค่า BOD 10.7 mg/L ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากแหล่งกำเนิดประเภทโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรม

และเขตประกอบการ พ.ศ. 2560 ซึ่งมีประสิทธิภาพการบำบัดค่า BOD ของน้ำบำบัดน้ำเสียบ่อดิน คิดเป็นร้อยละ 20.80 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุปลชัย ทรงกรด⁽⁵⁾ ที่ศึกษาลักษณะของน้ำทิ้งที่ปล่อยจากกระบวนการล้างขยะพลาสติกและประเมินระบบบำบัดน้ำเสียที่ใช้พบว่าค่า BOD 75 mg/L จากการประเมินประสิทธิภาพของระบบบำบัดดังกล่าวซึ่งเป็นการบำบัดด้วยบ่อดินธรรมชาติซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยผลการศึกษาคั้งนี้มีความแตกต่างออกไป เนื่องจากที่โรงล้างขยะพลาสติกมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีมีระบบบำบัดน้ำเสีย 2 ระบบคือระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อหมักแบบไร้อากาศ และบ่อดินซึ่งลักษณะคล้ายกับบ่อ facultative pond และน้ำเสียที่ออกจากกระบวนการล้างขยะพลาสติกก็มีความสกปรกที่ไม่สูงมากเนื่องจากบ่อล้างขยะมีการปล่อยน้ำเสียออกจากบ่อทุกวันทำการล้างขยะพลาสติก ทำให้มีประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำเสียเพิ่มมากยิ่งขึ้น จึงทำให้ค่า BOD ลดลงมากกว่าระบบบำบัดน้ำเสียของสุพลชัย ทรงกรด⁽⁵⁾ ที่มีเพียงระบบเดียวคือบ่อบำบัดบ่อดินแบบธรรมชาติ จึงทำให้น้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐานหลายพารามิเตอร์ และจากการศึกษาประสิทธิภาพในการบำบัด พบว่า ค่า BOD และ COD มีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจักรพันธ์ โปธิพัฒน์และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ทำการศึกษาระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อผึ่งซึ่งมีหลักการบำบัดแบบเดียวกับบ่อดิน ของโรงล้างขยะมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า สามารถลดความสกปรกในรูปของ BOD และ COD ได้ร้อยละ 57.27 และ 42.93 ตามลำดับ และประสิทธิภาพการบำบัดค่า COD ของระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อหมักไร้อากาศ ก่อนบำบัดมีค่า COD 1,308 mg/L และหลังบำบัดลดลงเหลือ 65.08 mg/L ประสิทธิภาพการบำบัดค่า COD ของการบำบัดน้ำเสียด้วยระบบบ่อหมักไร้อากาศ คิดเป็นร้อยละ 95.02 ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ อิศรา รังงาม⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพและสภาวะที่เหมาะสมในการผลิตก๊าซชีวภาพด้วยระบบบ่อหมักย่อยประยุกต์ ในการบำบัดน้ำเสียของสหกรณ์โรงอบรมยาง ซึ่งหลักการบำบัดของ

ระบบบำบัดน้ำเสียแบบบ่อหมักไร้อากาศ มีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ที่มีการคลุมด้วยแผ่นพลาสติกประเภท high density polyethylene (HDPE) เพื่อให้เกิดสภาพไม่ใช้อากาศและใช้เป็นตัวเก็บรวบรวมก๊าซชีวภาพที่เกิดขึ้น โดยอาจคลุมทั้งบ่อหรือคลุมเฉพาะในส่วนที่มีการสร้างมีเทนก็ได้ มีการเพิ่มพื้นที่ผิวสัมผัสของตะกอนแบคทีเรียกับน้ำเสียให้มากขึ้น และพัฒนาระบบการตกตะกอนภายในบ่อ ซึ่งการตกตะกอนด้วยวิธีการทางเคมีโดยทั่วไปนิยมใช้สารส้ม $[Al_2(SO_4)_3]$ และเฟอร์รัสซัลเฟต ($FeSO_4$) ช่วยในการตกตะกอน⁽¹⁶⁾ โดยการบำบัดน้ำชะขยะด้วยวิธีการตกตะกอนด้วยสารส้มจะทำให้ประสิทธิภาพในการกำจัดซีโอดี (COD removal) ช่วงระหว่างร้อยละ 35.00 ถึงร้อยละ 72.00 และการกำจัดสี (color removal) มากกว่าร้อยละ 90.00 ที่ pH ระหว่าง 5.0 - 5.5⁽¹⁷⁾

พารามิเตอร์ TKN อยู่ในรูปของสารอินทรีย์ไนโตรเจนและแอมโมเนีย มีค่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานและพบในปริมาณน้อย แต่ก็ควรมีการเผื่อระวัง สามารถปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียให้มีส่วน anoxic zone ก่อนที่จะเข้าสู่ส่วนเติมอากาศ ซึ่งเป็นวิธีการลดไนโตรเจนในน้ำเสีย โดยต้องระวังไม่ให้ส่วนนี้กลายเป็นระบบไร้อากาศ (anaerobic zone) จะช่วยให้ลดค่า TKN ก่อนปล่อยออกจากสถานประกอบการได้⁽¹⁸⁾

พารามิเตอร์ SS มีค่าไม่เกินมาตรฐาน แต่พบในปริมาณสูง เนื่องจากโรงล้างขยะพลาสติก ไม่มีการกรองน้ำเสียก่อนเข้าสู่ระบบบำบัด ทำให้เกิดการปนเปื้อนของแข็งในระบบบำบัด ดังนั้น ควรมีการเพิ่มกระบวนการทางกายภาพ เป็นการบำบัดน้ำเสียอย่างง่ายซึ่งจะแยกของแข็งที่ไม่ละลายน้ำออก วิธีนี้จะแยกตะกอนได้ประมาณร้อยละ 50.00 ถึงร้อยละ 65.00 ส่วนเรื่องการแยกความสกปรกในรูปของสารอินทรีย์ (BOD_5) ประมาณร้อยละ 20.00 ถึง 30.00 เช่น การดักด้วยตะแกรง (screening) เป็นการแยกเศษขยะต่างๆ ที่มากับน้ำเสีย เช่น เศษไม้ ถูพลาสติก กระดาษ การดักด้วยตะแกรงจึงเป็นการแยกชั้นตอนแรกในการบำบัดน้ำเสีย⁽¹⁹⁾

พารามิเตอร์โลหะหนักมีค่าไม่เกินมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ แต่มีความสำคัญในการดำเนินการติดตามตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อม เนื่องจากโลหะหนักที่ปนเปื้อนเข้าสู่สิ่งแวดล้อมและแหล่งน้ำ จะไปสะสมกันอยู่ที่ตะกอนท้องน้ำซึ่งสามารถปนเปื้อนเข้าสู่มวลน้ำได้ นอกจากนี้การที่ตะกอนเป็นแหล่งรองรับและสะสมโลหะหนักที่ปนเปื้อนเข้าสู่แหล่งน้ำ สิ่งมีชีวิตหน้าดิน (benthos) จึงมีโอกาสได้รับโลหะหนักไปสะสมอยู่ในร่างกาย ซึ่งจะถ่ายทอดผ่านทางโซ่อาหารไปสะสมในสิ่งมีชีวิตในลำดับขั้นโทรฟิค (throphic) ที่สูงขึ้น และท้ายสุดกลับสู่มนุษย์ ซึ่งเป็นผู้บริโภคในลำดับสุดท้าย⁽²⁰⁾

สำหรับพารามิเตอร์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน 2 พารามิเตอร์ ได้แก่ (1) pH เนื่องจากหน่วยบำบัดของระบบบำบัดน้ำเสียบ่อสุดท้าย ถูกออกแบบไว้โดยไม่มีระบบเติมอากาศ เพื่อให้หน้าที่ผ่านการบำบัดแล้วเกิดการปรับสภาพเองตามธรรมชาติก่อนปล่อยทิ้ง แต่หากน้ำเสียยังคงมีธาตุอาหารเหลืออยู่ในปริมาณมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารประกอบ ไนเตรต ไนไตรท์ แอมโมเนีย และฟอสเฟต และมีเวลากักพักที่นานเกินไป จะทำให้แบคทีเรียบำบัดน้ำเสียตัวดี (effective bacteria) เจริญเติบโตไม่ทันเนื่องจากออกซิเจนในน้ำมีน้อย จนทำให้สิ่งมีชีวิตขนาดเล็กอื่น เช่น สาหร่ายเซลล์เดียว (unicellular algae) สาหร่ายขนาดเล็ก (microscopic algae) ทำให้มี pH สูงขึ้น ดังนั้นจึงควรตรวจสอบระยะเวลาที่กักพักบ่อพักน้ำเสียก่อนปล่อยทิ้งไม่ควรนานเกิน 1 วัน และความลึกของบ่อไม่ควรเกิน 2 เมตร และตรวจสอบระบบหมุนเวียนน้ำของบ่อสุดท้ายเพื่อให้เกิดการสัมผัสแบบธรรมชาติมากที่สุด ทำให้ออกซิเจนสามารถละลายสู่แหล่งน้ำได้มากขึ้น (2) TDS มีค่าเกินมาตรฐานเนื่องมาจากเป็นค่าที่ระบบบำบัดน้ำเสียไม่สามารถบำบัดได้ในวิธีปกติ ซึ่งค่า TDS ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้น้ำยาซักล้างและผงซักฟอกในขั้นตอนการทำมาสะอาดถุงพลาสติก ดังนั้นควรแก้ปัญหาที่แหล่งกำเนิดที่เกิดจากการใช้สารเคมีซักล้าง และเพิ่มระยะเวลาที่เก็บน้ำเพื่อให้ TDS สามารถตกตะกอนในระบบก่อนปล่อยทิ้ง⁽²¹⁾

นอกจากนี้สารละลายที่ถูกชะล้างจากพลาสติก นอกจากจะทำให้เกิดการปนเปื้อนต่อสิ่งแวดล้อมแล้ว ยังสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ได้ เนื่องจากสาร Phthalate เป็น plasticizer ที่เติมลงไปในการผลิตพลาสติกชนิด polyvinylchloride⁽²²⁾ เพื่อให้พลาสติกมีคุณสมบัติที่อ่อนนุ่มและสามารถยืดหยุ่นได้ดี สารนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากเป็นสารที่มีกลไกทำงานคล้ายฮอร์โมน จึงไปรบกวนการทำงานของฮอร์โมนตามธรรมชาติ (endocrine disruption) จากการศึกษาในสัตว์ทดลองทำให้ทราบผลที่แน่ชัดว่า phthalate ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน⁽²²⁾ และการคลอดลูกในหนูทดลองผิดปกติ แต่การศึกษาในคนยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน International Agency for Research on Cancer (IARC) จึงจัดให้ phthalate เป็นสารก่อมะเร็งกลุ่ม 2B (possible carcinogen) คือสารที่อาจทำให้เกิดมะเร็งในคนได้⁽²³⁾ จึงควรมีการติดตามตรวจสอบองค์ประกอบด้านเคมีของน้ำเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาวิธีการลดค่า TDS ในน้ำเสียด้วยการตกตะกอน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำเสีย
- ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาการปนเปื้อนของไมโครพลาสติกในน้ำเสียเพื่อทราบสถานการณ์และหาแนวทางป้องกันการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.pcd.go.th/pcd_news/11873/
2. สำนักงานงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 1 ปี 2559. สถานการณ์ขยะมูลฝอยจังหวัดอุบลราชธานี [ออนไลน์]. 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ต.ค. 2562]; แหล่งข้อมูล: <http://www.mnre.go.th/reo12/th/information/more/322>

3. Zubris KAV, Richards BK. Synthetic fibers as an indicator of land application of sludge. Environ Pollut 2005;138:201-11.
4. Macro A, Esplugas S, Suam G. How and why combine chemical and biological processes for wastewater treatment. Water Science and Technology 1997;35:321-7.
5. สุกพลชัย ทรงกลด. การติดตามคุณภาพน้ำจากโรงงานขยะพลาสติก: กรณีศึกษา อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2557. 67 หน้า.
6. กระทรวงอุตสาหกรรม. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากโรงงาน. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134, ตอนพิเศษ 153 ง (ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2560).
7. ชนิตา เพชรทองคำ, อ่างง เรื่องโสภณ, วรณีย์ เรื่องโสภณ, เพ็ญพร พุ่มกุมาร, เทิดศักดิ์ สายสุทธ์, วราธร แก้วแสง, และคณะ. การบริหารจัดการขยะและเทคโนโลยีที่เหมาะสมโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษา อบต. ไร่ส้ม จ. เพชรบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://203.157.181.2/f_cuppt/attach/4485/%E0%....%B8%B0.pdf
8. Monitoring Operations Division Texas Commission on Environmental Quality. Surface water quality monitoring procedures volume 1: physical and chemical monitoring methods for water, sediment and tissue [Internet]. 2003 [cited 2020 Jun 30]. Available from: <https://www.tceq.texas.gov/publications/rg/rg-415>
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. แบบประเมินมาตรฐานระบบการจัดการน้ำเสียโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://skko.moph.go.th/dward/web/index.php?module=environment>
10. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. โรงงานตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2537 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: http://www2.diw.go.th/mac/form/A2_FORM/DOC_%20A/Law_industry35.pdf
11. กระทรวงอุตสาหกรรม. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม พ.ศ. 2558. เรื่องการจัดทำรายงานชนิดและปริมาณสารมลพิษที่ระบายออกจากโรงงาน. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132, ตอนพิเศษ 193 ง (ลงวันที่ 6 สิงหาคม 2558).
12. กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม. ประกาศกระทรวง ฉบับที่ 4 พ.ศ. (2539) เรื่อง กำหนดประเภทของโรงงานอุตสาหกรรมและนิคมอุตสาหกรรม เป็นแหล่งกำเนิดมลพิษที่จะต้องถูกควบคุมการปล่อยน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะหรือออกสู่สิ่งแวดล้อม. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134, ตอนพิเศษ 222 ง (ลงวันที่ 11 กันยายน 2539).
13. สุทธิรัตน์ กิตติพงษ์วิเศษ, อาทิตย์ เพ็ชรรักษ์, เจนยุกต์ โล่ห์วัชรินทร์, จงรักษ์ ผลประเสริฐ. มลสารไมโครพลาสติกในแหล่งน้ำเสียดิบและระบบบำบัดน้ำเสีย. วารสารสิ่งแวดล้อม 2562;23(1):1-10.
14. จักรพันธ์ โพธิ์พัฒน์, อรรถกร คำฉัตร, อรุณรัตน์ เว้นบาป. รายงานการวิจัย การศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียแบบบ่อผึ่ง กรณีศึกษาระบบบำบัดน้ำเสียแบบรวม เทศบาลเมืองจันทบุรี. จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2559.
15. อิสรา รักษาม. ศึกษาประสิทธิภาพและสภาวะที่เหมาะสมในการผลิตก๊าซชีวภาพด้วยระบบถังปฏิกรณ์ไร้อากาศแบบแผ่นกั้นประยุกต์. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; พ.ศ.2552.
16. Slater CS, Ahlert RC, Uchirin CG. Treatment of landfill Leachates by Reverse Osmosis. Environmental Progress 1994;2(4):251-56.
17. Diamadopoulos E. Characterization and treatment of recirculation-stabilized leachate. Water Reserch 1994;28(12):2439-45.
18. คณาศศิกรูณะ. การศึกษาแนวโน้มคุณภาพน้ำเสียของฟาร์มสุกรจากตัวอย่างที่เก็บในจังหวัดเลย ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2554 [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://pvloloe.dld.go.th/now/images/paper/research/paper_Kanayot02.pdf

19. เกียรติศักดิ์ อุดมสินโรจน์. การบำบัดน้ำเสีย. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: มิตรนราการพิมพ์; 2552. impacts of plasticizers on wildlife. Phil Trans R Soc 2009; 364:2047–62.
20. Menni C, Jackson MA, Pallister T, Steves CJ, Spector TD, Valdes AM. Gut microbiome diversity and high-fibre intake are related to lower long-term weight gain. Int J Obes 2017;41:1099–105. 22. Talsness CE, Andrade AJM, Kuriyama SN, Taylor JA, Saa FS. Components of plastic: experimental studies in animals and relevance for human health. Phil Trans R Soc 2009;364:2079–96.
21. Oehlmann J, Oehlmann US, Kloas W, Jagnytsch O, Lutz I, Kusj OI, et al. A critical analysis of the biological 23 International Agency for Research on Cancer. World cancer day 2008 [Internet]. [cited 2021 Oct 21]. Available from: <http://www.iarc.fr/en/media-center>

Abstract: Wastewater Management of Plastic Bag Washing Plant at Ubon Ratchathani University

Supanee Junsiri, M.P.H.; Sitthichai Chaikhan, M.P.H.; Somjate Thongdamrongtham, Dr.P.H.
College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani Province, Thailand
Journal of Health Science 2022;31(4):713–24.

This research is a cross-sectional study. It aims to study wastewater management and the quality of the wastewater of the plastic bag washing plant of Ubon Ratchathani University. Data was collected using a wastewater management survey and laboratory wastewater quality analysis. The wastewater samples were collected at 3 points, the plastic washing process: the anaerobic digestion wastewater treatment pond, and the final pond. The study results revealed that 36.36% of the wastewater management requirements were met. It was found that the effluent quality passed 15 parameters, representing 88.23%, and the two parameters were not passed, pH and *total dissolved solids* (TDS), accounting for 11.77%, compared to the standard according to Announcement of the Ministry of Natural Resources and the environment on the determination of the standard for the control of sewage from the source of industrial plants industrial estate and the business district, 2017 and the water efficiency of the wastewater treatment of plastic waste washing plants Ubon Ratchathani University and the heavy metals does not exceed the standard, Therefore, solving the problem of effluent quality of the plastic waste washing plant should solve the problem at the source caused by the use of washing chemicals. And increase the water retention period. Check the water circulation system of the last well and set that the depth of the well should not exceed 2 meters.

Keywords: plastic bag washing plant; wastewater management; wastewater quality

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นิตยา กระจ่างแก้ว พย.บ.*

บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี Ph.D.**

วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล Ph.D.***

* แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชนนทบุรี

** มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี

*** มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

วันรับ: 18 พ.ย. 2564

วันแก้ไข: 22 มี.ค. 2565

วันตอบรับ: 1 เม.ย. 2565

บทคัดย่อ การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ระดับความเครียด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากภาวะความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 14 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปความรู้ ความเครียด พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแนะนำผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ติดตามและประเมินผลภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา paired t-test, Shapiro-Wilk test และ Wilcoxon signed ranks test จากการศึกษาพบว่าระดับความรู้และระดับความเครียด ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงหลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย โดยมีครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต รวมทั้งการสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วย มีสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง; ความรู้; ความเครียด; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; โปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) เป็นปัญหาสำคัญที่พบเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเกิดจากหลายสาเหตุ สาเหตุอันดับต้น ๆ คือ ภาวะความดันโลหิตสูง อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบประมาณ 15

ล้านคนในแต่ละปี และโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในทุกทวีปทั่วโลก ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยจากอาการเส้นเลือดสมองแตกและ

อดตันซึ่งถ้าลดจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ จะทำให้อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่รวมทั้ง การเสียชีวิตลดลง⁽¹⁾ ซึ่ง Martin O'Donnell และคณะ กล่าวว่าถ้าลดจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตลดลง⁽²⁾

สำหรับในประเทศไทย จากรายงานของสำนักงานนโยบาย- และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสน คนในภาพรวม ปี พ.ศ. 2559 - 2561 เท่ากับ 451.39, 467.46 และ 506.60 ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรค หลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวม ปี พ.ศ. 2559 - 2561 เท่ากับ 48.1, 47.8 และ 47.1 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี⁽³⁾ และจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของ ประชาชนไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการ เสียชีวิต อันดับ 1 ของประชากรทั้งในเพศชายและ เพศหญิง (เพศชาย 30,402 ราย เพศหญิง 31,044 ราย)⁽⁴⁾ และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อน วัยอันควรเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 1 ในเพศ หญิง⁽³⁾ สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทยโดย ข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัตราการป่วยรายใหม่ของโรค ความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 - 2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่ม ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า⁽³⁾ จากข้อมูลโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 พบผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเส้นเลือดตีบและอุดตัน ที่นอนพักรักษา ตัวอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท มีรายใหม่จำนวน 315, 335 และ 413 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.0, 67.5 และ 68.5 ตามลำดับ สาเหตุสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มาจากภาวะความดันโลหิตสูง โดย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการช้ยา และได้รับ

ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตเป็นหลัก ความดันโลหิตสูงมีสาเหตุจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัย ที่ควบคุมไม่ได้ เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม และปัจจัยที่ ควบคุมได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและ ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่เค็มจัด หวานจัด มันจัด ไม่รับประทานผัก ผลไม้ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ไม่ออกกำลังกาย และความเครียด เมื่อปฏิบัติติดต่อกันเป็นเวลายาวนาน จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง⁽⁵⁾ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่งสามารถควบคุมได้หากผู้ป่วยมี พฤติกรรมที่ดี แต่หากควบคุมได้ไม่ดีจะส่งผลให้เกิดโรค หลอดเลือดสมองได้ ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 องค์การอัมพาต โลก (World Stroke Organization: WSO) ได้ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการป้องกันการควบคุมโรคหลอดเลือด สมองใน 3 ประเด็นหลัก คือ สร้างความตระหนักต่อโรค (awareness) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (access) และการลงมือปฏิบัติเพื่อควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง (action)⁽⁶⁾

จากประเด็นการเพิ่มจำนวนและการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง และยังไม่พบว่ามีโปรแกรมการจัดการภาวะ ความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือด- สมองที่ได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งการจัดการ ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนก งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรม การจัดการภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ด้วยการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง ของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory: IFSMT)⁽⁷⁾ ร่วมกับแนวทาง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป⁽⁵⁾ และ การศึกษาเปรียบเทียบ ระดับความรู้ ระดับความเครียด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วม

โปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อช่วยให้การบริการพยาบาลและบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากภาวะความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการจัดการเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้นต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ระดับความเครียด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียว แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest - posttest design)⁽⁸⁾

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน และชนิดแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด โดยมีสาเหตุจากภาวะความดันโลหิตสูง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยมีผู้ดูแลผู้ป่วยประจำจากโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อเป็นตัวแทนที่จะศึกษาโดยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากประชากรในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน 2563 - 28 กุมภาพันธ์ 2564

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัจจัยเสี่ยง คือ ภาวะความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วม
- 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 3) เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11/20 คะแนน)

- 4) สามารถพูดคุยสื่อสารเข้าใจ
- 5) มีโทรศัพท์มือถือระบบสมาร์ตโฟน และสามารถใช้อุปกรณ์เคชั่นไลน์ในการสื่อสารกับผู้วิจัยได้ หรือมีผู้ดูแลสื่อสารแทนได้
- 6) มีผู้ดูแลประจำ ที่สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยด้วยแอปพลิเคชันไลน์ได้
- 7) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จนสิ้นสุดเกณฑ์ยุติครั้งนี้

- 1) มีประวัติโรคทางจิตเวช มี cognitive impairment หรือตรวจพบโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย ภายหลังเข้าโปรแกรม
- 2) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลขอถอนตัวหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างเข้าร่วมวิจัย
- 3) เมื่อครบช่วงเวลาที่กำหนด (หลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน) ผู้ป่วยไม่ได้ให้ข้อมูลกลับมายังผู้วิจัย

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*POWER โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ระดับ 0.05 ($\alpha=0.05$) และกำหนดขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ (large) เท่ากับ 0.40 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 15 คน เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็น 18 คน แต่เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดการติดต่อไป 3 คน จึงเก็บข้อมูลได้เพียง 15 คน และตอบกลับแบบสอบถามครบถ้วน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 23 ข้อ ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 2558 (Thai behavioral risk factor surveillance system questionnaire 2015)⁽⁹⁾ เป็นแบบเลือกตอบ และคำถามแบบปลายเปิด (2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและภาวะ

ความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ พัฒนาจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป⁽⁵⁾(3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 2558⁽⁹⁾ เป็นแบบเลือกตอบ และคำถามแบบปลายเปิด และ (4) แบบวัดระดับความเครียด จำนวน 20 ข้อ นำมาจากแบบประเมินความเครียด SPST-20 ของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁰⁾ (4) เครื่องวัดความดันโลหิต (sphygmomanometer) เครื่องมือวิจัย 3 ชุดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการตรวจสอบความตรง (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 1.0, 0.8, 0.9 และ 0.8 ตามลำดับ และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (content reliability) ของแบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและภาวะความดันโลหิตสูง และชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงหรือเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่ประชากรกลุ่มตัวอย่างจริง ได้เท่ากับ 0.8 และ 0.7 ตามลำดับ ส่วนเครื่องวัดความดันโลหิต (sphygmomanometer) เป็นเครื่องวัดที่ได้มาตรฐานผ่านการสอบเทียบจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งวัดความดันโลหิตโดยอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างถูกวิธี

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนามาจากแนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (IFMST) ของ Ryan P และ Sawin KJ⁽⁷⁾ และแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2562⁽⁵⁾ กำหนดระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) ประเมินผู้ป่วยด้านความรู้ ความเครียด และพฤติกรรม

การดูแลตนเอง โดยตอบคำถามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (2) ให้ความรู้และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และแนะนำวิธีการใช้แอปพลิเคชันไลน์แก่ผู้ป่วยและญาติ และ (3) ติดตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 4 ครั้ง

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก มาดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล นำผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ในโรงพยาบาล และติดตามผลหลังจากออกจากโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ ดังนี้

1. ประเมินผู้ป่วยด้านความรู้ ความเครียด และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง โดยตอบคำถามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ก่อนเข้าโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามประเมินผู้ป่วยในขณะที่อยู่โรงพยาบาล

2. ให้ความรู้และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในขณะที่อยู่โรงพยาบาล พร้อมแนะนำวิธีการใช้แอปพลิเคชันไลน์แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยมอบเบอร์โทรศัพท์แก่ผู้ป่วยเพื่อติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ รวมทั้งแจกคู่มือ “สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง” สำหรับให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และพฤติกรรมผู้เข้าร่วมวิจัยตลอดโครงการ ซึ่งสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงนี้ประกอบด้วย QR Code เกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การเลือกวิถีคลายความเครียด วิถีลด ละ เลิก บุหรี่ และสุรา ผ่าน QR Code ทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรม รวมทั้ง QR Code ในการตอบแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัยหลังเข้าโปรแกรม ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

ได้มีการตรวจวัดและบันทึกความดันโลหิตทุกวันก่อนอาหารเช้า เวลาประมาณ 7.00 น. จนกว่าจะออกจากโรงพยาบาล

2.2 หลังจากรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยก่อนเข้าโปรแกรมแล้ว ผู้วิจัยให้ความรู้และให้คำปรึกษาด้วยสื่อการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอย่างถูกวิธี การบริโภคอาหาร โดยใช้ food model และตัวอย่างอาหารจริง ฝึกอ่านฉลากโภชนาการ ฝึกการเลือกซื้ออาหารโดยให้ความรู้และให้คำปรึกษาจากโภชนากร และแจกเอกสารเมนูการทำอาหารภาวะความดันโลหิตสูง รวมทั้งแนะนำรูปแบบวิธีออกกำลังกายให้เหมาะสมตามอายุ ระดับความดันโลหิต และข้อจำกัดทางด้านร่างกายของแต่ละบุคคล โดยนำเสนอเป็นรูปแบบวีดีโอ และส่งต่อเพื่อรับคำปรึกษาจากนักกายภาพบำบัด สำหรับการลดระดับความเครียด แนะนำรูปแบบการผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสมตามระดับความเครียดและความชอบเป็นรายบุคคล และส่งต่อเพื่อรับคำปรึกษาจากนักจิตวิทยา สำหรับผู้ที่มีความเครียดระดับสูง หรือโทรปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต หมายเลข 1323

2.3 แนะนำสิ่งอำนวยความสะดวก (social facilitation) ในชุมชน รวมทั้งฝึกผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลใช้แอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือในการติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัยตลอดการเข้าร่วมโครงการ หลังกลับบ้านให้ผู้ป่วยไปวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปวัดความดันโลหิตที่บ้านกรณีที่ไม่มีสะดวกในการเดินทาง สัปดาห์ละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า แล้วบันทึกค่าความดันโลหิตส่งกลับมาหาผู้วิจัยทางแอปพลิเคชันไลน์ ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลถ่ายภาพกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติ โดยส่งกลับมายังผู้วิจัยทางแอปพลิเคชันไลน์ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด

2.4 สรุปผลการเข้าโปรแกรมจากการตอบแบบสอบถามหลังเข้าโปรแกรมและภาพถ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วย

ส่งกลับมาทางแอปพลิเคชันไลน์เมื่อครบ 4 สัปดาห์

3. ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย 4 สัปดาห์ๆ ละครั้ง โดยในแต่ละสัปดาห์ติดตามเรื่องพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายและการวัดระดับความดันโลหิต ในสัปดาห์สุดท้ายเป็นการสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 10 กันยายน 2563 – 28 กุมภาพันธ์ 2564 รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง คะแนนระดับความเครียด ค่าความดันช่วงบน (systolic blood pressure) และค่าความดันช่วงล่าง (diastolic blood pressure) ใช้สถิติ paired T-test ซึ่งก่อนใช้สถิติดังกล่าว ผู้วิจัยได้มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์เลขที่ EC 015-63) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด และระหว่างการศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่าง

สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการ ได้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการรักษา ที่จะได้รับ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 14 คน เป็นเพศชาย 7 คน เพศหญิง 7 คน เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 69 ปี สถานภาพสมรสคู่ หม้าย โสด และหย่า ร้อยละ 57.1, 21.4, 14.3 และ 7.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพงานบ้านและไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 28.6 อาชีพค้าขายและรับจ้าง ร้อยละ 28.6 มีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาท ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 71.4 อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 42.9 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 50.0 และบุตร ร้อยละ 42.9 ความสัมพันธ์ในครอบครัวพึงพอกันทั้งหมด มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 40.7-170 กก. ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 145-180 เซนติเมตร ไม่พบผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ (<18.5 กก./ม²) ค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-25 กก./ม²) และสูงกว่าปกติ (>25 กก./ม²) เท่า ๆ กัน เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด acute cerebral infarction

ร้อยละ 50.0 สำหรับการช่วยเหลือตนเอง (ADL) อยู่ใน ระดับ 11 ร้อยละ 57.1

2. ความรู้ความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า ระดับความรู้ก่อนเข้าโปรแกรม อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 78.6) เป็นส่วนใหญ่ และหลังเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 85.7) เป็นส่วนใหญ่เช่นกัน ระดับความเครียดก่อนเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.0) เป็นส่วนใหญ่ หลังเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.3) เป็นส่วนใหญ่เช่นกัน ส่วนพฤติกรรมก่อนเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 57.1) เป็นส่วนใหญ่ หลังเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.1) เป็นส่วนใหญ่ และรองลงมาอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 42.9) (ตารางที่ 1)

3. เปรียบเทียบความรู้ความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนระดับความเครียดก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

4. เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตช่วงบนและล่างก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังทดลองความดันโลหิตช่วง

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ระดับความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากภาวะความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=14)

เกณฑ์เปรียบเทียบ		ระดับน้อย		ระดับปานกลาง		ระดับมาก	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม	0	0.0	3	21.4	11	78.6
	หลังเข้าโปรแกรม	0	0.0	2	14.3	12	85.7
ความเครียด	ก่อนเข้าโปรแกรม	4	28.6	7	50.0	3	21.4
	หลังเข้าโปรแกรม	3	21.4	9	64.3	2	14.3
พฤติกรรม	ก่อนเข้าโปรแกรม	8	57.1	6	42.9	0	0.0
	หลังเข้าโปรแกรม	0	0.0	8	57.1	6	42.9

ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับค่าความดันโลหิตช่วงล่างหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าระดับความรู้และระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมการจัดการภาวะความดัน

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ระดับความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากภาวะความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=14)

เกณฑ์เปรียบเทียบ	Mean	SD	Median	t	z	p-value
ความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม	25.14	2.07	-1.12		0.285
	หลังเข้าโปรแกรม	25.93	1.86			
ความเครียด	ก่อนเข้าโปรแกรม	30.21	14.43	0.16		0.879
	หลังเข้าโปรแกรม	29.71	0.16			
พฤติกรรม	ก่อนเข้าโปรแกรม	4.00	4.0	-2.94		0.003*
	หลังเข้าโปรแกรม	8.50	8.5			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่างของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากภาวะความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=14)

เกณฑ์เปรียบเทียบ	Mean	SD	t	p-value	
ความดันโลหิตช่วงบน (systolic blood pressure) (mmHg.)	ก่อนเข้าโปรแกรม	177.0	12.97	11.42	<0.001*
	หลังเข้าโปรแกรม	129.29	13.05		
ความดันโลหิตช่วงล่าง (diastolic blood pressure) (mmHg.)	ก่อนเข้าโปรแกรม	94.0	11.44	5.66	<0.001*
	หลังเข้าโปรแกรม	74.79	9.99		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โลหิตสูงหลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายได้ดังนี้

1) ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ก่อน

เข้าโปรแกรมอยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้มาก่อนร้อยละ 57.1 โดยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 75 และสื่อสิ่งพิมพ์ร้อยละ 37.5 นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 66.3 เป็นผู้สูงอายุและผู้ป่วยทั้งหมดป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจทำให้ความสามารถในด้านความจำ และการรับรู้ต่าง ๆ ลดลง ดังนั้นหลังเข้าโปรแกรมผู้ป่วยจึงมีระดับความรู้ไม่เปลี่ยนแปลง จึงทำให้คะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าโปร

แกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น งานวิจัยของสุดฤทัย รัตนโอภาส ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรพบว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น⁽¹¹⁾

2) ระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ทำงานรับจ้าง ค่าขาย และไม่ได้ทำงาน ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและมีผู้ดูแล ทำให้มีปัญหาด้านเงินไม่พอใช้จ่าย ซึ่งเป็นปัญหาที่แก้ได้ยากและเป็นระดับความเครียดที่สะสมมานาน ประกอบกับสถานการณ์โรคระบาดโคโรนาไวรัส (COVID-19) ทำให้ต้องอยู่กับบ้านและเงินไม่พอใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ดังนั้นถึงแม้ว่าภาวะด้านร่างกายจะดีขึ้น แต่การปรับเปลี่ยนด้านจิตใจอาจใช้เวลานาน จึงทำให้ระดับความเครียดก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของภณิการ์ศรี ธรรมโยธินกุล เรื่องผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน 6 ด้าน สำหรับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽¹²⁾

3) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า หลังเข้าโปรแกรมฯ พฤติกรรมดังกล่าวมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ ทั้งนี้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลส่งมาให้ผู้วิจัยทางแอปพลิเคชันไลน์ ที่แสดงว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี อาทิ ภาพรายการอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละวัน การออกกำลังกายทุกวันตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคน และภาพการรับประทานยาลดความดันโลหิตซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ได้พัฒนามา

จากทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory: IFSMT)⁽⁷⁾ ที่เป็นการจัดการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป⁽⁵⁾ เมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการให้ความรู้และให้คำปรึกษาในการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงขณะอยู่ในโรงพยาบาลรวมทั้งมีการติดตามและประเมินผู้ป่วยที่บ้านภายหลังออกจากโรงพยาบาลผ่านไลน์แอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละครั้งต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ จึงทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงหลังเข้าโปรแกรมฯ ดีขึ้น

4) ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ลดลงจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการวัดค่าความดันโลหิตทุกวัน ก่อนอาหารเช้า และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงตามที่กำหนดในโปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่องรวม 4 สัปดาห์ ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี โดยพบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง SBP และ DBP ของกลุ่มตัวอย่างลดลง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงโดยวิเคราะห์จากภาพถ่ายขณะวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตที่ได้มาตรฐานผ่านการตรวจสอบคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้วิจัยได้รับภาพถ่ายนี้ทางแอปพลิเคชันไลน์ทุกสัปดาห์ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมผู้ป่วยทุกรายมีระดับความดันโลหิตลดลงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุมนา ชูใจ เรื่องผลของโปรแกรมปรับวิถีชีวิตการบริโภคอาหารเพื่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่างทอง พบว่าพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น⁽¹³⁾

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเข้าโปรแกรมทั้ง QR code และแอปพลิเคชันไลน์ บางครั้งอาจไม่สะดวกในการเข้าถึงโปรแกรม เนื่องจากผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุ มีฐานะยากจน ไม่มีโทรศัพท์มือถือระบบ-

แอนดรอยด์ จึงควรนำไปปรับใช้กับระบบอื่นที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับความรู้และระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกัน แต่พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบริบทของหน่วยงานโดยมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสาร เช่น แอปพลิเคชันไลน์ มาใช้ในการติดตามผู้ป่วย ทั้งนี้ ควรมีการวิจัยติดตามผลระยะยาวของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ เป็นระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และนำผลมาพัฒนาโปรแกรมฯ ให้มีความสมบูรณ์ในการนำไปใช้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในการทำวิจัยให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ดนยา สุเวชเวทิน. โรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 1 คน/6 วินาที [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 13 ก.พ. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/Content/39010-โรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต%201%20คน/%206%20วินาที.html>
2. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke

- in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet* 2016;388(10046):761-75.
3. กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราตายโรคไม่ติดต่อ ปี 2559 - 2561 (รวม 4 โรค: ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/หัวใจขาดเลือด/หลอดเลือดสมอง/หลอดลมอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 13 ก.พ. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020>
4. กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 13 ก.พ. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/ReportAnnualDNCD62.pdf>
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 13 ก.พ. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>
6. กรมควบคุมโรค, สำนักโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลกปีพ.ศ.2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 11 มี.ค.2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-prเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลกปี.pdf>
7. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* 2009;57(4):217-25.
8. Fitz-Gibbon CT, Morris LL. How to design a program evaluation. 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1987.
9. กรมควบคุมโรค, สำนักโรคไม่ติดต่อ. แบบสัมภาษณ์การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 13 ก.พ. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaincd.com/document/file/info/brfss/Questionnaire%20BRFSS2015.pdf>
10. กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด (SPST-20) [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 13 ก.พ.2563]. แหล่งข้อมูล: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/ประชุม/20-21_11_61/C_4.pdf
11. สุตฤทัย รัตนโอภาส. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รพ. ปากน้ำชุมพร.

- วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560;3(4):59-66. oldweb.western.ac.th/index.php/th/research-nursing/research1
12. ภณิการ์ศรี ธรรมโยธินกุล. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนคลองสาม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 16 ก.พ. 2563]. แหล่งข้อมูล: [https://](https://oldweb.western.ac.th/index.php/th/research-nursing/research1)
13. สุนา ชูใจ. ผลของโปรแกรมปรับวิถีชีวิตการบริโภคอาหารเพื่อการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2558;12(1):159-67.

Abstract: Effectiveness of a Management Program to Control Hypertension among Stroke Patients

NittayaKrajangkaew, B.N.S.*; BoontipSitarangsri, Ph.D.; WanpenPinyopasakul, Ph.D.*****

** Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province; ** School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Provinc; *** Siriraj Stroke Center Operation Committee, Mahidol University, Thailand*

Journal of Health Science 2022;31(4):725-34.

This study was a quasi-experimental, single group, pre and posttest design. Its purpose was to compare knowledge, stress, self-care behavior and blood pressure levels of stroke patients before and after participating in the management program developed by the authors. The samples were 14 stroke patients with high blood pressure who were admitted in the Chiang Mai Neurological Hospital, selected by purposive sampling. The research tools included a general questionnaire to assess knowledge, stress, self-care behaviors of patients and hypertension management program for stroke patients. Participation began while the patients were admitted in the hospital; and follow-up valuation was performed via LINE application at 4 weeks after discharge from the hospital. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, Shapiro-Wilk test and Wilcoxon signed ranks test. The study found that there was no difference in knowledge level and stress level before and after entering the program. The postprogram hypertension management behavior increased significantly ($p < 0.05$), and the hypertension management program for stroke patients was effective and appropriate to the patient's context. The family was a social institution that played an important role in supporting patients to make lifestyle changes; together with the support from the health team personnel resulting in better health of the patients.

Keywords: stroke patients; knowledge; stress; self-care behaviors; hypertension management program

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

โพวิโดน ไอโอดีน สเปรย์จุ่มและปาก สามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงได้จริงหรือ?

สุริยะ คุหะรัตน์ พ.บ.*

จารุรัตน์ พัฒน์ทอง ภ.ม.**

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วันรับ:	29 ธ.ค. 2564
วันแก้ไข:	20 มี.ย. 2565
วันตอบรับ:	30 มี.ย. 2565

บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้เพื่อประเมินประสิทธิผลของ 0.6% โพวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจุ่มและปาก ในผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (HRC) ของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ด้วยวิธี retrospective cohort study คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากโรงพยาบาลที่ตรวจ RT-PCR ได้ ในช่วงเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2564 ได้กลุ่มตัวอย่าง 131 ราย เปรียบเทียบ HRC ที่ใช้และไม่ใช้ 0.6% โพวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจุ่มและปาก ทุกวัน ๆ ละ 4 ครั้ง ค้างไว้นาน 1 นาที จนครบ 14 วัน ผลได้ HRC ที่ใช้โพวิโดนไอโอดีน 46 ราย ป่วยเป็นโควิด 19 จำนวน 1 ราย กลุ่มที่ไม่ใช้โพวิโดนไอโอดีน 86 ราย ป่วยเป็นโควิด 19 จำนวน 25 ราย HRC ที่ใช้โพวิโดนไอโอดีนมีโอกาสติดเชื้อโควิด 19 น้อยกว่ากลุ่มไม่ใช้โพวิโดนไอโอดีน (crude RR=0.07, 95%CI: 0.01-0.53) ควบคุมปัจจัยกวนในปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ การใช้โพวิโดนไอโอดีน (adjusted RR =0.07, 95%CI: (0.01-0.51)) การฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างน้อย 2 เข็ม (adjusted RR =0.43, 95%CI: (0.22-0.83)) และได้ค่าประสิทธิผลของการใช้โพวิโดนไอโอดีน ร้อยละ 92.68, 95%CI (48.51-98.96) และการฉีดวัคซีน อย่างน้อย 2 เข็ม ร้อยละ 56.89, 95%CI (16.62-77.71) ประสิทธิภาพของการใช้ 0.6% โพวิโดนไอโอดีนสามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ใน HRC ได้ร้อยละ 92.68 และให้ร่วมกับมาตรการอื่น ๆ เพื่อเสริมกัน ได้แก่ การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วย 70% แอลกอฮอล์ ระยะห่างระหว่างบุคคล และวัคซีนป้องกันโควิด 19

คำสำคัญ: โพวิโดนไอโอดีน; การป้องกัน; ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง; โควิด 19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ล่าสุดที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ใน Family Coronaviridae มีระยะฟักตัวเฉลี่ย 5-6 วัน ถึง 14 วัน สามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนโดยการสัมผัสกับสารคัดหลั่ง

จากทางเดินหายใจ การไอหรือจามจากผู้ป่วย ผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ หากมีอาการมักจะแสดงอาการเล็กน้อยเท่านั้น เช่น ไข้ ไอ น้ำมูก สูญเสียการได้กลิ่น การรับรส เป็นต้น ร้อยละ 10.00 มีอาการรุนแรงตั้งแต่เกิดภาวะปอดอักเสบจนทำให้เสียชีวิตได้ เกิดในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน

ความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง⁽¹⁾ ปัจจุบันมีหลายวิธีในการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 เพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และวิธีมาตรฐานที่ยอมรับในปัจจุบันโดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (US CDC) และองค์การอนามัยโลก คือ reverse transcription-polymerase chain reaction (RT-PCR)⁽²⁾

ปลายธันวาคม 2562 พบผู้ป่วยรายแรกด้วยโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุจากเมืองอู่ฮั่น (Wuhan) มณฑลหูเป่ย์ (Hubei) สาธารณรัฐประชาชนจีน ต่อมา มกราคม 2563 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน (Chinese Center for Disease Control and Prevention; China CDC) ได้ออกมาประกาศอย่างเป็นทางการว่า สาเหตุของโรคปอดอักเสบนั้น เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาชนิดใหม่ หลังจากนั้นทาง International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) ประกาศชื่อใหม่ของไวรัสว่า ไวรัสซาร์ส-โควี-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome - Coronavirus-2; SARS-CoV-2) และตั้งชื่อโรคนี้เป็น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (coronavirus disease 2019; COVID-19)⁽³⁾ การระบาดของโรคโควิด 19 ได้กระจายเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็ว จากเริ่มในสาธารณรัฐประชาชนจีนเพียงประเทศเดียว ได้กระจายไปยังประเทศและภูมิภาคอื่นๆ ทั่วโลก และวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic)⁽⁴⁾ ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคโควิด 19 รายแรกเป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีน อายุ 61 ปี เข้ามาในประเทศไทย เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2563⁽⁵⁾ นับแต่นั้นมาจึงระบาดทั่วประเทศ

มาตรการควบคุมโรคคือ การสอบสวนโรค เพื่อค้นหาวิธีการถ่ายทอดโรคของผู้ป่วย ค้นหาและติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (high risk contact: HRC) ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีโอกาสในการรับเชื้อจากผู้ป่วยผ่านทางสารคัดหลั่งของระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย โดยผู้นั้นอยู่ใกล้หรือมีการพูดคุยกับผู้ป่วย เป็นเวลานานกว่า 5 นาที

หรือถูกไอจามรดจากผู้ป่วย โดยไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองที่เหมาะสมกับความเสี่ยง หรือเป็นผู้ที่อยู่ในบริเวณที่ปิด ไม่มีการถ่ายเทอากาศมากนัก (poor ventilation) ร่วมกับผู้ป่วยเป็นเวลานานกว่า 30 นาที เช่น ในรถปรับอากาศ รถตู้ หรือห้องปรับอากาศ เพื่อไม่ให้แพร่โรคแก่ผู้อื่น

วิธีการควบคุมโรคในผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงคือ การกักกัน (quarantine) นาน 14 วัน ให้เฝ้าสังเกตอาการ ลดโอกาสแพร่โรคให้คนอื่น แต่ไม่ช่วยให้ HRC นั้นไม่ติดเชื้อโควิด 19⁽⁶⁾ จึงเป็นเหตุให้พยายามหาวิธีช่วย HRC ไม่ให้ติดเชื้อโควิด 19 พบว่า มีน้ำยาฆ่าเชื้อ (antiseptic) สามชนิดที่สามารถฆ่าเชื้อโควิด 19 ได้ ได้แก่ povidone iodine, hydrogen peroxide, cetylpyridinium chloride⁽⁷⁾ และน้ำยาฆ่าเชื้อที่ประสิทธิภาพสูง ราคาประหยัด และปลอดภัย คือ 0.6% โปวิโดนไอโอดีน (PVP-I, PI) สามารถลดเชื้อได้ 10^4 มากกว่าน้ำยาฆ่าเชื้อตัวอื่นๆ รวมทั้งความเข้มข้น 0.6% นั้นมีประสิทธิภาพสูงกว่าความเข้มข้นอื่น และมีความปลอดภัยต่อต่อมไทรอยด์⁽⁸⁾ และสถานการณ์ประเทศไทยยังมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กันต่อเนื่อง และทีมสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการป้องกันการป่วย โดยการลดโอกาสที่ HRC นั้นจะติดเชื้อ จึงให้มีการใช้ 0.6% โปวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก ในกลุ่ม HRC วันละ 4 ครั้ง ทุกวัน

การศึกษาในนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้ 0.6% โปวิโดนไอโอดีน ในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง

วิธีการศึกษา

ใช้การศึกษา retrospective cohort study เพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าว เลือกโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยยืนยันจำนวนมาก เพื่อนำไปสู่การค้นหา HRC ของผู้ป่วยแต่ละรายจนครบที่ใช้โปวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก ทุกวัน ๆ ละ 4 ครั้ง ค้างไว้นาน 1 นาที จนครบวันกักตัว 14 วัน เปรียบเทียบกับกลุ่ม HRC ที่ไม่ได้รับโปวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก

ระยะเวลาศึกษา ตุลาคม 2564 – พฤศจิกายน 2564
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร Kelsey JL, et. al.⁽⁹⁾ ได้ 131 ราย กลุ่มที่ได้รับปัจจัย ต่อ กลุ่มที่ไม่ได้รับปัจจัย เท่ากับ 1:2 จึงได้กลุ่มที่ใช้ PVP-I จำนวน 44 ราย และกลุ่มที่ไม่ใช้ PVP-I จำนวน 87 ราย

การคัดเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยมาก เพื่อการค้นหา HRC ที่เกิดจากผู้ป่วยคนเดียวกัน สามารถตรวจ RT-PCR ได้เอง และสะดวกในการเก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และโรงพยาบาลบางสะพาน

กลุ่มที่ใช้ PVP-I คือ เมื่อพบผู้ป่วยยืนยันโควิด 19 แล้ว ทีมสอบสวนค้นหากลุ่ม HRC ทุกรายที่เกิดจากผู้ป่วยโควิด 19 คนเดียวกัน และใช้โพวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปากทุก ๆ วัน ๆ ละ 4 ครั้ง ค้างไว้นาน 1 นาที จนครบวันกักตัว 14 วัน มีการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วยวิธี RT-PCR ในกลุ่ม HRC ที่เกิดจากผู้ป่วยโควิด 19 คนเดียวกัน ทุกราย ในวันที่ 13 หรือ 14 ของวันที่กักตัว หรือวันที่มีอาการ เพื่อดูผลว่า ติดเชื้อหรือไม่

กลุ่มที่ไม่ใช้ PVP-I คือ เมื่อพบผู้ป่วยยืนยันโควิด 19 แล้ว ทีมสอบสวนค้นหากลุ่ม HRC ทุกรายที่เกิดจากผู้ป่วยโควิด 19 คนเดียวกัน และไม่ใช้โพวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก กักตัวครบ 14 วัน มีการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วยวิธี RT-PCR และให้มีการตรวจในวันแรกและวันที่ 13 หรือ 14 ของวันที่กักตัว หรือวันที่มีอาการ เพื่อดูผลว่า ติดเชื้อหรือไม่

สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ อัตราส่วนมัธยฐาน และพิสัย สำหรับการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้โพวิโดนไอโอดีนชนิดพ่นจมูกและปาก กับการติดเชื้อโควิด 19 (bivariable analysis) ได้แสดงความสัมพันธ์ด้วยค่า crude relative risk (crude RR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95%CI) ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายปัจจัย (multivariable analysis) เพื่อควบคุมปัจจัยกวนต่างๆ ใช้ Poisson regression with robust error variance ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติที่ทำให้ได้ค่าที่แสดงความ

สัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยและตัวแปรผลลัพธ์เป็น Adjusted Relative Risk (adjusted RR) และ 95%CI โดยตัวแปรปัจจัยที่จะนำเข้ามาในตัวแบบ ได้แก่ ปัจจัยต้น (การใช้โพวิโดนไอโอดีนชนิดพ่นจมูกและปาก) และปัจจัยที่ต้องควบคุม (เพศและการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ซึ่งเป็นตัวแปรกวนที่สำคัญ) หลังจากนั้นได้ทำการคำนวณหาประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ของการใช้โพวิโดนไอโอดีนชนิดพ่นจมูกและปาก และการได้รับวัคซีน (prevented fraction among the exposed: PFe) โดยใช้สูตร $PFe = (1 - \text{adjusted RR}) * 100$

ผลการศึกษา

กลุ่มที่ใช้โพวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก ทุกวัน ๆ ละ 4 ครั้ง ค้างไว้ 1 นาที ติดต่อกันจนครบระยะกักตัว คือ 14 วัน เลือก HRC ได้ 46 ราย จากผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 4 ราย ผลติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 1 ราย ลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มนี้ ผู้ป่วยโควิด 19 1 ราย สามารถค้นหาจำนวน HRC ได้ค่ามัธยฐาน 5 ราย (พิสัย 1 – 35 ราย) พบเป็นเพศหญิงต่อชาย 1 : 1.19 มีค่ามัธยฐานอายุ 30 ปี เป็นคนไทย ร้อยละ 80.43 ได้ข้อมูลจากโรงพยาบาลประจวบฯ ร้อยละ 76.09 ส่วนมากมีประวัติได้รับวัคซีนตั้งแต่เข็มที่ 2 แล้ว ร้อยละ 63.04 แต่ไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 26.09 ต่อมากครบกักตัว 14 วัน ผลพบ HRC ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 1 ราย เป็นเด็กหญิงอายุ 7 ปี ได้ตรวจวันที่ 13 ของการกักตัว ด้วย RT-PCR ผลพบ SARS-CoV-2 มีค่า cycle threshold (CT) = 33.26 ซึ่งบ่งบอกว่าติดเชื้อแต่มีเชื้อเหลือน้อย และรายนี้มีการโทรติดตามว่ามีการใช้โพวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก อย่างสม่ำเสมอ

กลุ่มที่ไม่ใช้โพวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก มีการกักตัวจนครบ 14 วัน จากผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 17 ราย เลือก HRC ได้ 86 ราย ผลติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 25 ราย ในช่วง 24 ชั่วโมง ทุกรายไม่มีอาการ ลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มนี้ ผู้ป่วยโควิด 19 1 ราย สามารถค้นหาจำนวน HRC ได้ค่ามัธยฐาน 3 ราย (พิสัย 1 – 16

ราย) พบเป็นเพศหญิงต่อชาย 1 : 0.83 มีค่ามัธยฐาน อายุ 28 ปี เป็นคนไทยทุกคน ได้ข้อมูลจากโรงพยาบาล ประจวบฯ ร้อยละ 86.04 ส่วนมากมีประวัติได้รับวัคซีน ตั้งแต่เข็มที่ 2 แล้ว ร้อยละ 63.95 แต่ไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 33.72 ผลพบ HRC ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 25 ราย ตรวจด้วย RT-PCR พบ SARS-CoV-2 มีค่า มัธยฐานของ CT=16.85 (พิสัย 11.43-34.13) ส่วนใหญ่มีค่า CT อยู่ที่ 10-19.99 ร้อยละ 68.00

ผลการป้องกันของกลุ่มที่ใช้ PVP-I ชนิดพ่นจมูกและ ปาก จำนวน 46 ราย พบติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 1 ราย อัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 2.17 เป็นเด็กหญิงอายุ 7 ปี ไม่ ได้รับวัคซีน และกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเมื่อครบ 14 วัน พบ

อัตราไม่ติดเชื้อ ร้อยละ 97.80 เป็นหญิงต่อชาย = 1:1.25 มีค่ามัธยฐานอายุ 31 ปี และได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็ม ร้อยละ 64.44 ตารางที่ 1

ผลการป้องกันของกลุ่มที่ไม่ใช้ PVP-I ชนิดพ่นจมูก และปาก จำนวน 86 ราย พบติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 25 ราย อัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 29.07 ภายใน 24 ชั่วโมง หลังสัมผัสทุกรายไม่มีอาการ พบเป็นหญิงต่อชาย เท่ากับ 1:1.08 มีค่ามัธยฐานอายุ 22 ปี และได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็ม ร้อยละ 44.00 และกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเมื่อครบ 14 วัน มีอัตราไม่ติดเชื้อ ร้อยละ 70.93 เป็นหญิงต่อชาย = 1:0.74 มีค่ามัธยฐานอายุ 29 ปี และได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็ม ร้อยละ 72.13 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงที่ติดเชื้อโควิด 19 ทั้งกลุ่มที่ใช้ PVP-I และกลุ่มที่ไม่ใช้ PVP-I ช่วงตุลาคม 2564 - พฤศจิกายน 2564

ลักษณะทางระบาดวิทยา	กลุ่มที่ใช้ PVP-I		กลุ่มที่ไม่ใช้ PVP-I	
	RT-PCR		RT-PCR	
	Detected	Not detected	Detected	Not detected
1. จำนวน	1	45	25	61
2. เชื้อชาติ				
ไทย (ร้อยละ)	100.00	80.00	100.00	100.00
เมียนมาร์ (ร้อยละ)	-	20.00	-	-
3. เพศ				
ชาย	0	25	13	26
หญิง	1	20	12	35
ญ : ช		1:1.25	1:1.08	1:0.74
4. อายุ (ปี)				
Median	7	31	22	29
Range		19-66	1-66	1-66
5. ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 จำนวน (%)				
- ไม่ได้ฉีด	1	11 (24.44)	13 (52.00)	16 (26.22)
- ฉีด 1 เข็ม	0	5 (11.11)	1 (4.00)	1 (1.64)
- ฉีด 2 เข็ม	0	28 (62.22)	11 (44.00)	40 (65.57)
- ฉีด 3 เข็ม	0	1 (2.22)	0	4 (6.56)
6. ผล CT ด้วย RT-PCR จำนวน (ร้อยละ)				
-10-19.99	-	-	17 (68.00)	-
-20-29.99	-	-	7 (28.00)	-
-30-36	1	-	1 (4.00)	-
ตรวจไม่พบ	-	45	-	61

โพรโตคอล ไอโอดีน สเปรย์จมูกและปาก สามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงได้จริงหรือ?

คำนวณหาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์อย่างหยาบ (crude RR) และค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%CI) ระหว่างผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงที่มีการใช้โพรโตคอลไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก และไม่มีการใช้โพรโตคอลไอโอดีนฯ กับโอกาสติดเชื้อโควิด 19 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ตุลาคม - พฤศจิกายน 2564 ได้ Crude RR=0.0748, 95%CI = 0.0105-0.5344, Fisher's exact test <0.0001 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ตารางที่ 2

จากนั้นได้ทำการควบคุมตัวแปร ได้แก่ เพศ และการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 อย่างน้อย 2 เข็ม เพื่อหาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ควบคุมปัจจัยอื่น (Adjusted RR) ของการใช้โพรโตคอลไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก เพียงอย่างเดียวของ HRC โดยใช้ Poisson regression with robust error variance ได้ค่า Adjusted RR ตามการศึกษาแบบ Cohort ตารางที่ 3 พบว่า การใช้โพรโตคอลไอโอดีนชนิดพ่นจมูกและปาก เพียงอย่างเดียว สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้ค่า Adjusted RR=0.0732,

95%CI=0.0104-0.5149, p<0.05 และการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างน้อย 2 เข็ม สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้ค่า Adjusted RR=0.4311, 95%CI=0.2229-0.8338, p<0.05

จากนั้นหาค่าปัจจัยป้องกันสามารถลดโรค (Prevented Fraction among the exposed: PFe) ของการใช้โพรโตคอลไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก เพียงอย่างเดียว สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้ ดังนี้

PFe = 92.68%, 95%CI=48.51-98.96

การฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างน้อย 2 เข็ม เพียงอย่างเดียว มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้ (PFe หรือ vaccine effectiveness) ดังนี้

PFe = 56.89%, 95%CI=16.62-77.71

สรุปกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงของผู้ป่วยโควิด 19 ที่ใช้โพรโตคอลไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก ทุกๆ วัน สามารถลดโอกาสการติดเชื้อโควิด 19 ได้ ร้อยละ 92.68 และมีค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ ร้อยละ 48.51

ตารางที่ 2 การหาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์อย่างหยาบและค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ระหว่างกลุ่มที่ใช้ PVP-I และกลุ่มที่ไม่ใช้ PVP-I กับโอกาสติดเชื้อโควิด 19 ช่วงตุลาคม 2564 - พฤศจิกายน 2564

ปัจจัย	RT-PCR		
	Detected COVID-19	Not detected COVID-19	รวม
HRC ใช้ PVP-I	1	45	46
HRC ไม่ใช้ PVP-I	25	61	86
รวม	26	106	132

Crude RR=0.0748, 95%CI=0.0105-0.5344, Fisher's exact test <0.0001, p<0.001

ตารางที่ 3 การหาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ควบคุมปัจจัยอื่น (adjusted RR) ของ HRC กับโอกาสติดเชื้อโควิด 19 ช่วงตุลาคม 2564 - พฤศจิกายน 2564

ตัวแปร	Adjusted RR	Robust standard error	p-value	95% confident interval	
				Lower limit	Upper Limit
ใช้โพรโตคอลไอโอดีน ชนิดพ่น	0.0732	0.07288	0.009	0.0104	0.5149
เพศ	0.9222	0.2981	0.802	0.4894	1.7378
รับวัคซีน >2 เข็ม	0.4311	0.1451	0.012	0.2229	0.8338

-98.96 และการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างน้อย 2 เข็ม สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้ ร้อยละ 56.89 และมีค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ ร้อยละ 16.62-77.71

วิจารณ์

ช่วงที่ทำการศึกษานั้น ยังมีการระบาดของโควิด 19 สายพันธุ์เดลต้า ซึ่งมีค่า Reproductive number (R_0) เท่ากับ 5.08 จากการศึกษา 5 สถานการณ์ R_0 สูงมากเมื่อเทียบกับสายพันธุ์ก่อนหน้า⁽¹⁰⁾ ดังนั้น จึงหาวิธีที่จะช่วยป้องกันให้ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงไม่ติดเชื้อโควิด 19 โดยพบการศึกษาที่มีการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ (antiseptic) สามารถฆ่าเชื้อโควิด 19 ได้⁽¹¹⁾ และพบว่ามือน้ำยา 3 ชนิดที่สามารถฆ่าเชื้อโควิด 19 ได้ ได้แก่ povidone iodine, hydrogen peroxide, cetylpyridinium chloride⁽⁷⁾ และพบว่า น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง ราคาประหยัด และปลอดภัย คือ povidone iodine นั้นสามารถลดเชื้อโควิด 19 ได้ 10^4 มากกว่าน้ำยาฆ่าเชื้อชนิดอื่นๆ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ รวมทั้งความเข้มข้น 0.6% povidone iodine นั้นมีประสิทธิภาพสูงกว่าความเข้มข้นอื่นๆ และยังมีความปลอดภัยต่อต่อมไทรอยด์ด้วย^(8,12) แต่มีอยู่การศึกษาหนึ่งที่พบว่า 1% povidone iodine ไม่มีผลในการลดปริมาณไวรัสในผู้ติดเชื้อโควิด 19 ได้ แต่ถูกเสนอแนะให้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก⁽¹³⁾

การศึกษานี้เป็น retrospective cohort study หาผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงทุกๆ ราย ที่เกิดจากผู้ป่วยยืนยันรายเดียวกัน เก็บข้อมูลกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงว่าใช้หรือไม่ใช้โพวิโดนไอโอดีนชนิดพ่นจมูกและปากทุกคน และดูว่าใครป่วยไม่ป่วย เพื่อนำไปสู่การหาประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ของการใช้โพวิโดนไอโอดีนชนิดพ่นจมูกและปาก (prevented fraction among the exposed)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงที่ใช้โพวิโดนไอโอดีนชนิดพ่นจมูกและปากนั้น พบติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 2.17 เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด

เสี่ยงสูงที่ไม่ใช้โพวิโดนไอโอดีนชนิดพ่นจมูกและปาก พบติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 29.07 ได้ Crude RR 0.0748, 95%CI=0.0105-0.5344, Fisher's exact test <0.0001 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้ทำการควบคุมตัวแปรอื่นได้ Adjusted RR ของการใช้โพวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก มีผลต่อโอกาสติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 0.0732, 95%CI=0.0104-0.5149, $p < 0.05$ และ Adjusted RR ของการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างน้อย 2 เข็ม มีผลต่อโอกาสติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 0.4311, 95%CI=0.2229-0.8338, $p < 0.05$ ค่าปัจจัยป้องกันสามารถลดโรคของการใช้โพวิโดนไอโอดีนชนิดพ่นจมูกและปาก เพียงอย่างเดียว สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้ร้อยละ 92.68 และมีค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ ร้อยละ 48.51-98.96 และการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างน้อย 2 เข็ม เพียงอย่างเดียวสามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้ ร้อยละ 56.89 และมีค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ ร้อยละ 16.62 - 77.7 จะเห็นได้ว่า การใช้โพวิโดนไอโอดีน ชนิดพ่นจมูกและปาก หรือใช้หมวกคลุมปากและคอ ตั้งแต่ร้อยละ 0.20-10.00 และระยะเวลาที่อมหรือชนิดพ่นให้ค้างไว้ 30 - 60 วินาที จะฆ่าเชื้อโควิด 19 ได้^(11,12,15-17) จนมีหลายการศึกษามีการแนะนำให้ใช้น้ำโพวิโดนไอโอดีนอมกลั้วปากในการลดเชื้อโควิด 19 เพื่อการลดการแพร่โรคในชุมชนหรือก่อนทำหัตถการที่เกี่ยวข้องหูดจมูก^(11,14-16) แต่การศึกษาในครั้งนี้เป็นการใช้ 0.6% โพวิโดนไอโอดีนชนิดพ่นจมูกและปาก ทุกวันๆ ละ 4 ครั้ง ค้างไว้นาน 1 นาที ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงเพื่อไม่ให้ติดเชื้อโควิด 19 นั้น ยังไม่มีการศึกษาใดๆ หรืออยู่ระหว่างตีพิมพ์ ซึ่งคล้ายกับการแนะนำให้ทันตแพทย์ที่จะทำหัตถการเกี่ยวกับช่องปาก มีการให้ผู้ป่วยอมโพวิโดนไอโอดีนกลั้วปากและคอบานาน 30 - 60 วินาที ซึ่งยังไม่มีการศึกษาว่าป้องกันการติดเชื้อได้⁽¹⁸⁾ แต่ในความเป็นจริงยังมีมาตรการป้องกันอื่นร่วมในการป้องกันไม่ให้ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงติดเชื้อได้ อันได้แก่ การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วย 70% แอลกอฮอล์แฮนด์เจล รักษาระยะห่าง

โพวิโดน ไอโอดีน สเปรย์จมูกและปาก สามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงได้จริงหรือ?

ระหว่างบุคคล และวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างน้อย 2 เข็ม เหมือนข้อสรุปหลายๆ การศึกษา⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

ให้มีการขยายผลการใช้ 0.6% โพวิโดนไอโอดีน ชนิด ฟันจุ่มและปาก ในประชาชนทั่วไป หรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 หรือติดเชื้อทางเดินหายใจ ในอนาคต และรวมถึงสามารถเตรียมเองได้

สามารถขยายให้กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขใช้ในการป้องกันตนเองได้

อาจมีการศึกษาแบบทดลองในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ และอำเภอบางสะพาน ที่ช่วยส่งข้อมูล ขอบนายแพทย์ปณิธิ ธรรมวิริยะ ผู้อำนวยการโครงการฝึกอบรมนักระบาดวิทยาภาคสนาม กองระบาดวิทยา และแพทย์หญิงพรชนัน ดุริยะประพันธ์ แพทย์ระบาดวิทยา โรงพยาบาลหัวหิน ช่วยเหลือในเรื่องสถิติเชิงวิเคราะห์ขั้นสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 24]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
2. Tang YW, Schmitz JE, Persing DH, Stratton CW. Laboratory diagnosis of COVID-19: current issues and challenges. J Clin Microbiol [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24];58(6):e00512-20. Available from: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/JCM.00512-20>
3. World Health Organization. Origin of SARS-CoV-2 [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQ-Virus-origin-2020.1-eng.pdf>
4. World Health Organization. WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China part [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 14]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/origins-of-the-virus>
5. ProMED-mail. Novel coronavirus (02): Thailand ex China (HU) [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 19]. Available from: <https://promedmail.org/promed-post/?id=20200113.6886644>
6. กรมการแพทย์. แนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 ตุลาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 19 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25641008093025AM_COVID_HCW_n_20211004.3.pdf
7. Mateos-Moreno MV, Mira A, Ausina-Márquez V, Ferrer MD. Oral antiseptics against coronavirus: in-vitro and clinical evidence. J Hosp Infect [Internet]. 2021 [cited 2022 May 15];113:30-43. Available from: [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(21\)00155-9/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(21)00155-9/fulltext)
8. Arefin M.K. Povidone iodine (PVP-I) oro-nasal spray: an effective shield for COVID-19 protection for health care worker (HCW), Indian J Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 15];1-6. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12070-021-02525-9>
9. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. Methods in observational epidemiology. 2nd ed. New

- York: Oxford University Press; 1996
10. Liu Y, Rocklöv J. The reproductive number of the delta variant of SARS-CoV-2 is far higher compared to the ancestral SARS-CoV-2 virus. *Journal of Travel Medicine* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 15];28(7):taab124. Available from: <https://academic.oup.com/jtm/article/28/7/taab124/6346388>
 11. Anderson DE, Sivalingam V, Kang AEZ, Ananthanarayanan A, Arumugam H, Jenkins TM, et al. Povidone-iodine demonstrates rapid in vitro virucidal activity against SARS-CoV-2, the virus causing COVID-19 disease. *Infect Dis Ther* [Internet], 2020 [cited 2022 Apr 15];9(3):669-75. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40121-020-00316-3.pdf>
 12. Frank S, Capriotti J, Brown SM, Tessema B. Povidone-iodine use in sinonasal and oral cavities: a review of safety in the COVID-19 era. *Ear Nose Throat J* [Internet], 2020 [cited 2022 Apr 15];99(9):586-93. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0145561320932318>
 13. Guenezan J, Garcia M, Strasters D, Jousselin C, Lévêque N, Frasca D, et al. Povidone iodine mouthwash, gargle, and nasal spray to reduce nasopharyngeal viral load in patients with COVID-19: a randomized clinical trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 15];147(4):400-1. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/fullarticle/2775984>
 14. Naqvi SHS, Citardi MJ, Cattano D, Ostrosky-Zeichner L, Knackstedt MI, Karni RJ. Povidone-iodine solution as SARS-CoV-2 prophylaxis for procedures of the upper aerodigestive tract a theoretical framework. *J of Otolaryngol - Head & Neck Surg* [Internet], 2020 [cited 2022 Apr 15];49:77. Available from: <https://journalotohns.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40463-020-00474-x>
 15. Pelletier JS, Tessema B, Frank S, Westover JB, Brown SM, Capriotti JA. Efficacy of povidone-iodine nasal and oral antiseptic preparations against severe acute respiratory syndrome-coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Ear Nose Throat J* [Internet], 2021 [cited 2022 Apr 15];100(2S) 192S-6S. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0145561320957237>
 16. Chopra A, Sivaraman K, Radhakrishnan R, Balakrishnan D, Narayana A. Can povidone iodine gargle/mouthrinse inactivate SARS-CoV-2 and decrease the risk of nosocomial and community transmission during the COVID-19 pandemic? An evidence-based update. *Jpn Dent Sci Rev* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 15];57:39-45. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1882761621000065?token=395B1F03C2B41CB-1407289FB29F95DB3953B2CB1E1F8525D-CD43924B96286766FF800FC0445083808A39B-3F6B249F686&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220808063653>
 17. Seet RCS, Quek AML, Ooi DSQ, Sengupta S, Lakshminarasappa SR, Koo CY, et al. Positive impact of oral hydroxychloroquine and povidone-iodine throat spray for COVID-19 prophylaxis: an open-label randomized trial. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 15];106:314-22. Available from: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(21\)00345-3/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(21)00345-3/fulltext)
 18. กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนเพื่อการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19. แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์ COVID-19 (อินเทอร์เนต). 2563 [สืบค้นเมื่อ 11 มิ.ย. 2565];1-12. แหล่งข้อมูล: http://www.ssko.moph.go.th/news2/upload_file/202004031240489.pdf

Abstract: Can PVP-I nasal-oral spray prevent high risk contacts from COVID-19 infection?

Suriya Guharat, M.D.*; Jarurat Patanatong, M.Pharm.**

** Samut Sakhon Provincial Health Office; ** Prachuabkirikan Provincial Health Office, Thailand*

Journal of Health Science 2022;31(4):735-43.

This study aimed to evaluate effectiveness of 0.6% povidone iodine (PVP-I, PI) nasal-oral spray in the prevention of infection in high risk contacts (HRC) of COVID-19 case. It was conducted as a retrospective cohort study during October - November 2021. Purposive sampling was done in hospitals where the RT-PCR test could be performed. The calculated sample size was 131. There were 46 persons in the exposed HRCs, and one was found infected with COVID-19. The non-exposed HRCs were 86 persons and 25 cases of COVID-19 were detected. The exposed HRCs had lower chance of COVID-19 infection than the non-exposed HRCs (crude RR=0.07, 95%CI=0.01-0.53). Multivariable analysis was performed for confounding control; and the adjusted RR of PVP-I spray exposed HRC was found to be 0.07, 95%CI=0.01-0.51; and the adjusted RR of at least two doses of COVID-19 vaccine exposed HRC was 0.43, 95%CI=0.22-0.83. The prevented fraction among the PVP-I spray exposed HRC was 92.68 percent, 95%CI=48.51-98.96; whereas the prevented fraction among the at least two doses of COVID-19 vaccine exposed HRC was 56.89 percent, 95%CI=16.62-77.71. Thus, the effectiveness of 0.6% PVP-I in preventing COVID-19 infection among the HRCs was as high as 92.68 percent. For effective prevention, we suggested to use several additional measures to prevent COVID-19 such as masking, washing with 70% alcohol, social distancing and COVID-19 vaccination.

Keywords: povidone iodine; prevention; high risk contact; COVID-19

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การศึกษาประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก

สุดาลักษณ์ จันทระเจริญ วท.บ.*

วิสนีย์ สุขยา วท.บ.*

วิศรุต ศรีสว่าง วท.บ.*

ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ ปร.ด.**

* โรงพยาบาลนาตุน อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม

** วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วันรับ:	15 พ.ย. 2564
วันแก้ไข:	7 ก.พ. 2565
วันตอบรับ:	17 ก.พ. 2565

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก และประเมินความพึงพอใจของญาติ ในการใช้อุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) เลือกลุ่มเป้าหมายแบบจำเพาะเจาะจง ประกอบด้วย (1) เด็กอายุ 3-4 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการเอกซเรย์ทรวงอก จำนวน 30 คน (2) ญาติหรือผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการเอกซเรย์ทรวงอก จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการศึกษาตุลาคม 2563-มกราคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (1) อุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก (2) แบบประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ ในการใช้อุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า (1) ระยะเวลาการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเด็ก เฉลี่ย 5 นาที/คน (2) ไม่มีการถ่ายภาพเอกซเรย์ซ้ำ และมีความชัดเจนแม่นยำ (3) ไม่ต้องใช้ญาติมาช่วยจับเด็ก ลดความเสี่ยงในการได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นกับญาติ (4) ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติ ในการใช้อุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก พบว่า เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ได้จริง (Mean=4.57, SD=0.50) ในส่วนของประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก (Mean=4.33, SD=0.48) และสามารถให้บริการด้วยความสะดวกรวดเร็ว (Mean=4.20, SD=0.55)

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ; อุปกรณ์ช่วยยึด; เอกซเรย์ทรวงอก

บทนำ

ปัจจุบันมีการนำภาพถ่ายทางรังสีมาใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยและรักษาโรคอย่างกว้างขวาง ซึ่งรังสีที่ใช้สำหรับถ่ายภาพรังสีทั่วไป (general radiography) คือรังสีเอกซ์ซึ่งเป็นคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าความถี่สูง มีพลังงานสูง

สามารถทะลุผ่านวัตถุต่างๆ ได้จึงต้องใช้อย่างระมัดระวังและคำนึงถึงความปลอดภัยจากการได้รับรังสีของผู้ป่วยและผู้ช่วยจับผู้ป่วย รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้วย ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานในการถ่ายภาพรังสีต้องใช้รังสีในปริมาณที่ พอเหมาะโดยอาศัยองค์ความรู้ ทักษะและ

ประสบการณ์ในการทำงานเพื่อให้ใช้ประโยชน์จากรังสีได้สูงสุด ซึ่งหากเทคนิคการถ่ายภาพรังสีไม่ดีจะทำให้ได้ภาพที่มีคุณภาพไม่ดี และจำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีซ้ำ (repeated examination) จะเป็นการเพิ่มปริมาณรังสีให้ผู้ป่วยถึง 2 เท่า เนื่องจากรังสีเอกซ์เป็นรังสีชนิดที่ก่อให้เกิดการแตกตัวเป็นไอออน (ionizing radiation) ที่ใช้ในทางการแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรค จากการประเมินพบว่าร้อยละ 75.00–90.00 ของปริมาณรังสีที่ประชาชนได้รับจากรังสีที่ใช้ในทางการแพทย์นั้นมาจากการตรวจด้วยรังสีเอกซ์และอวัยวะที่ตอบสนองต่อรังสีได้ดี (radiosensitive organ) ได้แก่ ไขกระดูก (bone marrow) บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ (gonads) และต่อมน้ำเหลือง จึงต้องระมัดระวังและป้องกันให้ดีเป็นพิเศษ⁽¹⁾ ทบวงพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ (International Atomic Energy Agency - IAEA) ได้เสนอแนะค่าระดับปริมาณรังสีอ้างอิงในการถ่ายภาพทางรังสี (dose reference levels radiography; DRL) เพื่อใช้เปรียบเทียบกับหน่วยงานนานาชาติสำหรับคนทำงานทางด้านรังสี และคนทั่วไป เป็นขอบเขตให้เฝ้าระวังและเตรียมกิจกรรมการป้องกัน ปริมาณรังสีจากการถ่ายภาพรังสีไว้ เพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานในการใช้รังสีกับผู้ป่วย⁽²⁾

ปัจจุบันการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติของทรวงอกซึ่งสามารถตรวจได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งกรณีเด็กเล็กจะตื่นและต่อต้านไม่อยู่ขณะทำการถ่ายภาพรังสี ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่ช่วยจับยึดเด็กเพื่อถ่ายภาพรังสีทรวงอก ทำให้บุคคลดังกล่าวที่มาช่วยจับต้องได้รับปริมาณรังสีโดยไม่จำเป็น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องทราบถึงการใช้เทคนิคที่เหมาะสมในการถ่ายภาพทางรังสี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีน้อยที่สุด และได้ภาพทางรังสีที่มีคุณภาพ แพทย์สามารถวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง⁽³⁾ ถึงแม้ว่าจะมีการป้องกันโดยการใส่เสื้อตะกั่วและมีการจำกัดขอบเขตลำรังสีให้พอดีกับส่วนของอวัยวะที่ต้องการจะถ่ายภาพรังสีแล้วก็ตาม หรือถ้าเป็นการถ่ายภาพรังสีบนทรวงอกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

นาดูน จะมีพยาบาลเป็นคนช่วยจับเด็กให้แต่เสี่ยงต่อการได้รับรังสีเอกซ์ จึงทำให้การจัดทำเอกซเรย์ ทำได้ยากและใช้เวลานาน ซึ่งเด็มนักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์จะใช้ญาติช่วยจับเด็กไม่ให้ตื่น ป้องกันภาพเบลอไม่ชัดเจนจากการขยับตัวของเด็ก แต่เด็กบางคนจะตื่นแรงมาก จนทำให้ต้องเสียเวลามาจัดทำใหม่ และใช้เวลานานมากขึ้น ซึ่งตามหลักปฏิบัติในการถ่ายภาพรังสีนั้น นักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์จะต้องมีการเตรียม เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการยึดตรึง (immobilization) ให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือให้อยู่นิ่ง และถ้าจำเป็นก็ต้องให้เจ้าหน้าที่หรือญาติผู้ป่วยช่วยจับให้อยู่นิ่ง ๆ ขณะถ่ายภาพรังสี เพื่อป้องกันการขยับตัวของผู้ป่วยและลดโอกาสฟิล์มเสีย จากการเก็บข้อมูลของงานเอกซเรย์โรงพยาบาลนาดูน พบว่า ในปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วยเด็กอายุ 3–4 ปี ที่มาถ่ายภาพรังสีทรวงอก 134 ราย ได้ repeat film 35 ราย (ร้อยละ 26.12) ปี 2562 มีจำนวน 142 ราย repeat film 38 ราย (ร้อยละ 26.76) และปี 2563 มีจำนวน 160 ราย repeat film 41 ราย (ร้อยละ 25.63) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาถ่ายภาพรังสีซ้ำจากการเคลื่อนไหวและไม่ให้ความร่วมมือในการจัดทำเพิ่มมากขึ้น ทำให้ได้ภาพถ่ายรังสีที่ไม่มีคุณภาพ บางรายจำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีซ้ำ จากสาเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก และเพื่อประเมินความพึงพอใจของญาติเด็กในการใช้อุปกรณ์

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เลือกกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีเฉพาะเจาะจงแบ่งกลุ่มศึกษา 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการเอกซเรย์ทรวงอก อยู่ในช่วงอายุ 3–4 ปี จำนวน 30 คน (2) ญาติหรือผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการเอกซเรย์ทรวงอก จำนวน 30 คน การกำหนด

กลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.08 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรเท่ากับ 0.70⁽⁴⁾ ระยะเวลาในการศึกษาตุลาคม 2563–มกราคม 2564

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดมีดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้เอกซเรย์ทรวงอก
2. มีอายุ 3–4 ปี
3. สามารถฟังและเข้าใจภาษาไทย
4. มีความเต็มใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการศึกษา

1. ไม่สามารถฟังและเข้าใจภาษาไทย
2. ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็นดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง คือ อุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก มีขั้นตอนสร้างดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำการศึกษาค้นคว้าเพื่อรวบรวมข้อมูลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและจัดสร้างอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก

1. ตัดไม้อัดและแผ่นโฟมเป็นรูปทรงตุ๊กตา ขนาดกว้าง 70 ซม. ยาว 90 ซม. (ภาพที่ 1)

2. ตัดแผ่นโฟมตรงกลางเป็นรูปสี่เหลี่ยมเพื่อจะเป็นที่ใส่ cassette ขนาด 30 ซม. X 40 ซม. (ภาพที่ 2)

3. ใช้กาวติดแผ่นโฟมและไม้อัดเข้าด้วยกัน และหุ้มด้วยหนังหรือผ้าให้สวยงาม

4. ติดสายรัดตีนตุ๊กแกของอุปกรณ์บริเวณศีรษะ แขน และขา เพื่อป้องกันเด็กดิ้น (ภาพที่ 3)

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบคุณภาพของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอกที่จัดสร้างขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านนักรังสีการแพทย์ 1 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของอุปกรณ์ การยึดจับ ความปลอดภัยของอุปกรณ์ และการรับน้ำหนักอุปกรณ์ หลังจากนั้นนำอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก ไปทดลองใช้กับเด็กอายุ 3–4 ปี จำนวน 10 คน ดังนี้

ภาพที่ 1 การตัดไม้อัดและแผ่นโฟมเป็นรูปทรงตุ๊กตา



ภาพที่ 2 การตัดแผ่นโฟมตรงกลางเป็นรูปสี่เหลี่ยมเพื่อจะเป็นที่ใส่ cassette



ภาพที่ 3 การติดสายรัดที่มีตีนตุ๊กแกเข้ากับอุปกรณ์บริเวณศีรษะ แขน และขา



1) นำอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก วางบนเตียงถ่ายภาพหลังจากนั้นนำ cassette ขนาดพอดีกับตัวเด็กใส่ลงในช่องว่าง

2) ให้เด็กนอนหงายบนอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอกที่เตรียมไว้ให้ตำแหน่งทรวงอกของเด็กอยู่ในตำแหน่งกันกับ cassette หลังจากนั้นทำการรัดตัวเด็กด้วยสายรัดบริเวณศีรษะ แขน และขาที่รัดกันเด็กดี

3) ทำการถ่ายภาพรังสี (ภาพที่ 4)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติเด็ก ในการใช้อุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีข้อความจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 5 คะแนน มีความพึงพอใจในระดับมาก 4 คะแนน มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง 3 คะแนน มีความพึงพอใจในระดับน้อย 2 คะแนน มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด 1 คะแนน⁽⁵⁾ ตามเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก

ภาพที่ 4 แสดงการถ่ายภาพรังสี



ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การหาคุณภาพของแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76

2.2 แบบประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก มีจำนวน 5 ข้อ คือ อุปกรณ์มีความแข็งแรงมั่นคง อุปกรณ์มีรูปลักษณะที่สวยงาม สามารถปรับเปลี่ยนวัสดุใหม่ได้ ทำความสะอาดได้ง่าย และจัดเก็บได้ง่ายเมื่อเลิกใช้งาน เป็นข้อความแบบให้เลือกตอบเหมาะสม ไม่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนาคนิว วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เลขที่จริยธรรมวิจัย ND 03/2020 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการทดลองอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก

จากการศึกษาสภาพปัญหาการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในเด็กพบว่าเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองใช้อุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก แบบเดิมยังไม่มีอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กใช้เวลาในการถ่ายภาพรังสีทรวงอก 10 นาที หลังจากการทดลองใช้อุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็ก ใช้เวลาในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเด็กได้รวดเร็ว แม่นยำ และแบบเดิมญาติช่วยจับเด็กในการถ่ายภาพรังสี หลังจากการทดลองใช้อุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กญาติไม่ได้ช่วยจับเด็กในการถ่ายภาพรังสีและยังลดความเสี่ยงในการได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นกับญาติ ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ผลการทดลองประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก

ประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์

ทรวงอก พบว่าการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในเด็กอายุ 3-4 ปี จำนวน 30 คน ทุกคนไม่ต้อง repeat film โดยอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก มีความแข็งแรงมั่นคง รูปแบบสิ่งประดิษฐ์ให้มีรูปลักษณะที่สวยงาม สามารถปรับเปลี่ยนวัสดุใหม่ได้ ทำความสะอาดได้ง่าย และจัดเก็บได้ง่ายเมื่อเลิกใช้งาน

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอกต่อญาติผู้มารับบริการ

ผลการประเมินความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอกต่อญาติผู้มารับบริการพบว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ได้จริง (mean=4.57, SD=0.50) ในส่วนของภาพรวมประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก อยู่ในระดับมาก (mean=4.33, SD=0.48) และให้บริการด้วยความสะดวกรวดเร็ว (mean=4.20, SD=0.55) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการทดลองอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก

รายการ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ระยะเวลาเอกซเรย์	10 นาที	5 นาที
ญาติ	ญาติได้ช่วยจับเด็กในการถ่ายภาพรังสี	สามารถถ่ายภาพได้โดยไม่มีญาติช่วยจับเด็ก
ภาพถ่ายรังสีทรวงอกในเด็ก	มีการได้ถ่ายภาพรังสีซ้ำ	ไม่มีการได้ถ่ายภาพรังสีซ้ำ

ตารางที่ 2 ประเมินความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอกต่อญาติ (N=30)

ข้อ	รายการ	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
1	มีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบ	3.83	0.70	มาก
2	ขั้นตอนในการให้บริการมีความเหมาะสม	3.70	0.60	มาก
3	ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม	3.87	0.51	มาก
4	ให้บริการด้วยความสะดวกรวดเร็ว	4.20	0.55	มาก
5	เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.57	0.50	มากที่สุด
6	เป็นนวัตกรรมที่มีความประหยัด คงทน	3.93	0.52	มาก
7	ภาพรวมประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก	4.33	0.48	มาก

วิจารณ์

การศึกษานี้ มุ่งเน้นการหาและประเมินผลการใช้ อุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก โดยดำเนินการ ในโรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษา สภาพปัญหาการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในเด็กพบว่าก่อนการ ทดลองเมื่อยังไม่มีอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็ก ใช้เวลาในการ ถ่ายรังสีทรวงอก 10 นาที หลังจากการทดลองใช้อุปกรณ์ ช่วยยึดจับเด็ก ใช้เวลาในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเด็ก 5 นาที ทำให้สามารถลดระยะเวลาในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเด็กได้ รวดเร็ว แม่นยำ และการถ่ายภาพรังสีทรวงอกแบบเดิม ญาติ ช่วยจับเด็กในการถ่ายภาพรังสี หลังจากการทดลองใช้ อุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กญาติไม่ช่วยจับเด็กในการถ่ายภาพ รังสีและยังลดความเสี่ยงในการได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นต่อ ญาติ สำหรับใช้อุปกรณ์ที่ประดิษฐ์ขึ้นนี้ได้ทำการถ่ายภาพ รังสีทรวงอกในเด็กอายุ 3-4 ปี จำนวน 30 คน ทุกคนไม่ ต้อง repeat film โดยอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ ทรวงอก มีความแข็งแรงมั่นคง รูปแบบสิ่งประดิษฐ์ให้มี รูปลักษณะที่สวยงาม เปลี่ยนวัสดุใหม่ และปรับเปลี่ยน รูปแบบเครื่องมือให้จับเก็บได้ง่ายเมื่อเลิกใช้งาน

ผลการประเมินความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ช่วยยึดจับ เด็กเอกซเรย์ทรวงอกต่อญาติผู้มารับบริการมี ระดับความ พึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของเพชรกรร หาญพานิชย์ และคณะ⁽⁶⁾ ได้พัฒนาอุปกรณ์ ถ่ายภาพรังสีทรวงอกรูปทรงยีราฟ พบว่า อุปกรณ์ที่จัด สร้างนี้มีคุณภาพและสามารถทำงาน ทดแทนกับอุปกรณ์ ถ่ายภาพรังสีทรวงอกเดิมที่ใช้งานอยู่ได้ และมีรูปร่าง สวยงาม สามารถใช้เป็นเครื่องเล่นสำหรับเด็กขณะรอรับ บริการ ช่วยลดความกลัว ทำให้ผู้ป่วยเด็กยอมให้ความ ร่วมมือในการถ่ายภาพรังสี และทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ใช้งาน ปฏิบัติงานได้สะดวก รวดเร็วขึ้น และสอดคล้องกับการ ศึกษาของนุกูล สีกล้า และคณะ⁽⁷⁾ ได้ทำการพัฒนา นวัตกรรมอุปกรณ์ยึดจับฟิล์ม สำหรับการถ่ายภาพ รังสีศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอ พบว่า อุปกรณ์ยึด จับฟิล์มสำหรับการถ่ายภาพรังสีบริเวณศีรษะและ กระดูกสันหลังส่วนคอนี้ มีการออกแบบที่ใช้ได้สะดวก

ภาพรังสีที่ถ่ายโดยใช้อุปกรณ์ดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการ วินิจฉัยได้ อีกทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ทดลอง ใช้งาน พบว่า ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับดีถึงดีมาก ซึ่งการพัฒนาวัตกรรมการที่เกิดขึ้นจะช่วยลดเวลาในการ เตรียมอุปกรณ์ในการเอกซเรย์ และที่สำคัญทำให้ได้ภาพ รังสีที่มีคุณภาพ ไม่มีสิ่งแปลกปลอมบนฟิล์ม สามารถ ปฏิบัติงานคนเดียวได้โดยไม่ต้องให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่ ช่วยจับเด็ก นอกจากนี้ยังช่วยให้การจัดท่าเอกซเรย์ทำได้ ง่ายขึ้น ทำให้เด็กอยู่นิ่งได้ดี และช่วยลดโอกาสฟิล์มเสีย เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้ บริการ ถือเป็นยกระดับคุณภาพบริการของหน่วยงาน ให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาดูน ที่ให้พื้นที่ เป็นแหล่งเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้มารับบริการใน หน่วยงานรังสีวิทยาโรงพยาบาลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณทีมงานถ่ายภาพรังสีมี ความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เด็ก ในกรณีเด็กเล็กจะตื่นและต่อต้านไม่อยู่นิ่งขณะทำการ ถ่ายภาพรังสีที่มตั้งใจทำงาน มีการพัฒนาตนเองและมีแรง ผลักดันในการดำเนินงานทำให้เกิดมีอุปกรณ์ช่วยยึดจับ เด็กเอกซเรย์ทรวงอกส่งผลให้ได้ภาพถ่ายรังสีที่มีคุณภาพ ความรวดเร็ว แม่นยำ ลดการเอกซเรย์ซ้ำ ที่ทำให้วิญญ์นี้ สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ประวัติ ผดุงเจริญ. ภัยอันตรายและการป้องกันจากรังสี. ขอนแก่น: ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2534.
2. บรรจง เชื้อนแก้ว, วิชัย วิชชาธรตระกูล, ปณัสตา อวิคุณ-ประเสริฐ. การประเมิน S value ในการสร้างภาพทรวงอกท่า PA จากระบบการสร้างภาพรังสีด้วยคอมพิวเตอร์ของผู้ป่วย ที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัย-

- ขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์ 2555;47(1):23-9.
3. ลัดดา เย็นศรี. การศึกษาเปรียบเทียบปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยระบบ CR และ DR. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3(1):129-39.
 4. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล ศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนดีไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
 5. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2553.
 6. เพชรกร หาญพานิชย์, บรรจง เชื้อนแก้ว, ศศินันท์ กำขันธ์, สายพิน ผิวผ่อง, อรปภา ผิวเหลือง, จิตเจริญ ไชยาคำ, และคณะ. อุปกรณ์ถ่ายภาพรังสีทรวงอกรูปทรงยีราฟ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2554;26(3):163-7.
 7. นกุล ลีกล้า, ขวัญชัย รัตนเสถียร, อุทุมมา มัชชะเนมิ. นวัตกรรมอุปกรณ์ยึดจับฟิล์มสำหรับการถ่ายภาพรังสีศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอ. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 2551;41(3):175-86.

Abstract: Effectiveness of Gripping Devices for Child Chest X-ray

Sudalak Chanjaroen, R.T.*; Wisanee Sukya, R.T.*; Wisarut Srisawang, PT.*; Phadoongsit Chumnanborirak, Ph.D.**

*Nadun Hospital, Mahasarakham; ** Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Prabromarajchanok Institute, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(4):744-50.

The aims of this research were to study effectiveness of a gripping devices for assisting chest X-ray in pediatric patient; and to evaluate the satisfaction of the relatives on the use of the device. The samples were 30 pediatric cases aged 3-4 years old undergoing chest X-ray with 30 accompanying relatives. ere drawn from relatives. It was conducted as a quasi-experimental study during October 2020 - January 2021. The instrument used in this research were (1) gripping devices of child chest x-ray, (2) a form for assessing the effectiveness of the device, and (3) a questionnaire for assessing satisfaction of the relatives. The data were analyzed by using descriptive statistics (average, percentage, and standard deviation). The findings indicated that after the development of the gripping devices and used for pediatric chest X-ray, some positive findings were observed as follow: (1) the average time of chest X-ray was reduced to 5 minutes/person, (2) no repetition of chest X-ray required, (3) help from relatives to hold the child was not needed, and thus reduced their exposure to radiation, and (4) high level of satisfaction among the relatives. Therefore, the innovation was found to be feasible (mean=4.57, SD=0.50) with high level of effectiveness (mean=4.33, SD=0.48), as well as being comfortable and fast utilization (mean=4.20, SD=0.55).

Keywords: effectiveness; gripping devices; chest x-ray

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การประเมินและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เกี่ยวกับองค์ความรู้ ทักษะ ในการพัฒนา และการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ของผู้บริหารและผู้บริหารระดับเขตสุขภาพที่ 2

พินทุสร เหมพิสุทธิ วท.ม., ศศ.ม.*

ภาวิณี เอี่ยมจันทร์ พ.บ., วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขา โสต ศอ นาสิก*

นวพร พูลสุวรรณ พ.บ., วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขา จักษุวิทยา***

* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** โรงพยาบาลลำพูน

*** โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

วันรับ:	15 เม.ย. 2565
วันแก้ไข:	15 มิ.ย. 2565
วันตอบรับ:	2 ก.ค. 2565

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะ องค์ความรู้ ทักษะในการพัฒนาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ในระดับผู้บริหารและผู้บริหารระดับเขตสุขภาพเรื่องทรัพยากรบุคคลสุขภาพ ในระดับเขตสุขภาพ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการพัฒนาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของผู้บริหาร และผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบประเมินสถานภาพการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานของสำนักงาน ก.พ. แบบประเมินตนเองตามบทบาทหน้าที่ในเรื่องการบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม เลือกกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง คือ ผู้บริหารและผู้บริหารระดับเขตสุขภาพบริหารทรัพยากรบุคคลในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 14 หน่วยงาน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 เมษายน ถึง 15 มิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ผลการประเมินด้วยรหัสสี่ แบ่งเป็นสี่เขียว เหลือง และแดง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า (1) ภาพรวมการประเมินสถานภาพการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน มีการดำเนินงานครบถ้วน 8 องค์ประกอบ (จาก 12 องค์ประกอบ) ได้แก่ ภาวะผู้นำของผู้บริหารหน่วยงาน บรรยากาศองค์กรที่ส่งเสริมคุณภาพบุคลากร การประเมินผลการปฏิบัติงาน การเรียนรู้และพัฒนา ระบบการบริหารงานบุคคล คุณภาพชีวิต สภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก สวัสดิการ การได้รับการยอมรับและให้คุณค่า (2) ภาพรวมการประเมินบทบาทหน้าที่ในเรื่องการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของหน่วยงานด้านสุขภาพ มีการดำเนินงานครบถ้วน 1 องค์ประกอบ (จาก 6 องค์ประกอบ) คือ งานบริหารทรัพยากรบุคคล (3) ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ 4 ประเด็น คือ การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการบริหารทรัพยากรบุคคลทาง (1) ด้านกฎหมาย ระเบียบ ขั้นตอน แนวทางการปฏิบัติจากรัฐส่วนกลาง เพื่อรองรับการปฏิบัติเขตสุขภาพ (2) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อรองรับการจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) และการ

บริหารจัดการแนวใหม่ (3) ด้านรองรับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทุกมิติ และ (4) ด้านกฎหมาย ระเบียบ ขั้นตอน แนวทางการปฏิบัติ เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ ทั้งนี้ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษา สำนักงาน ก.พ. และ อปท. ควรนำข้อเสนอเชิงนโยบายไปพิจารณาเพื่อวางแผนพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรบริหารกำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ เพื่อรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทุกมิติ ทั้งการกระจายอำนาจไปยังเขตสุขภาพ และการถ่ายโอนภารกิจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอนาคต

คำสำคัญ: การประเมิน; การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย; การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ; เขตสุขภาพ

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีทิศทางนโยบายในการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยให้เน้นการบริหารจัดการเบ็ดเสร็จในรูปแบบเขตสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2557 มีการปรับรูปแบบการบริการจัดการในส่วนภูมิภาคเป็น 12 เขตสุขภาพ โดยมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวง-สาธารณสุข เป็นประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพ (Chief Executive - Officer: CEO) มีตัวแทนจากหน่วยบริการระดับต่างๆ เป็นคณะกรรมการเขตสุขภาพ (Regional Health Board)⁽¹⁾ เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการเขตสุขภาพร่วมกัน และได้ดำเนินการมาระยะหนึ่งแล้วนั้น ในปัจจุบันได้กำหนดเขตสุขภาพนำร่อง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12 เพื่อทดลองดำเนินงานในรูปแบบเขตสุขภาพ (Sandbox) ทั้งนี้ จากการประชุมร่วมของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2564 มีคำสั่งให้เขตสุขภาพนำร่องมีคณะกรรมการระดับเขต 2 คณะ ได้แก่ (1) คณะกรรมการเขตสุขภาพ (regional health board) กำหนดให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานและสาธารณสุขนิเทศก์ ทำหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักงาน-เขตสุขภาพ เป็นเลขานุการ และ (2) คณะกรรมการ-บริหารจัดการเขตสุขภาพ กำหนดให้สาธารณสุขนิเทศก์ ทำหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ เป็นประธาน และรองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพเป็นเลขานุการ

การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (human resources for health: HRH) เป็นประเด็นที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับ

การวางแผนและจัดการกำลังคนอย่างมีส่วนร่วมและรอบด้าน ตามที่ได้จัดทำ Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030^(2,3) และ Global Health and Care Worker Compact⁽⁴⁾ ที่เสนอให้ทุกประเทศและหน่วยบริการทางด้านสุขภาพทุกระดับให้ความสนใจในการดูแลทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพให้เหมาะสม ทั้งนี้ ยังเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญในการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งทิศทางในภาพรวมของระบบทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพมีความซับซ้อนและมีพลวัตสูง ภายใต้การเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในระบบราชการและในระบบบริการสุขภาพภาครัฐและทิศทางการผลิตและการจ้างงานบุคลากรสุขภาพในระบบสุขภาพ และในตลาดแรงงานในภาพรวม⁽⁵⁾ เช่น แนวโน้มทัศนคติและความคาดหวังของคนรุ่นใหม่ในการเลือกและดำรงอยู่ในระบบ การปรับเปลี่ยนนโยบายเรื่องการจ้างงานและการชดเชยทุนภาครัฐ การกระจายอำนาจ การถ่ายโอนบุคลากร^(1,6,7) รวมถึงสถานการณ์ปัจจุบันที่มีผลกระทบจากการระบาดใหญ่ต่อตลาดแรงงานในภาพรวม⁽⁸⁾ ซึ่งความท้าทายต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยระบบและผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำ มีขีดความสามารถและสมรรถนะในการจัดการสูง⁽⁹⁾ เพื่อรองรับความไม่แน่นอน และความท้าทายต่างๆ

ในการนี้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบในระดับเขตสุขภาพ มีองค์ความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่เพียงพอในการพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เห็นควรให้มีการประเมินระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพในระดับเขต และ

การประเมินสมรรถนะ องค์ความรู้ ทักษะ ด้านการพัฒนา และบริหารกำลังคนด้านสุขภาพของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบเรื่องทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ เพื่อการวิเคราะห์ขีดความสามารถ ปัญหาสำคัญ (pain points) และส่วนขาด (gaps) ทั้งในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต (trend) เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเสนอผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุข ในการสร้างระบบการพัฒนาผู้บริหารและผู้รับผิดชอบได้เหมาะสม สอดคล้องต่อไป ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาในลักษณะนี้ โดยเฉพาะหน่วยงานทางด้านสุขภาพ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะ องค์ความรู้ ทักษะ ในการพัฒนาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบเรื่องทรัพยากรบุคคลสุขภาพในระดับเขตสุขภาพ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะ การพัฒนาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบระดับเขตสุขภาพ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผสมผสาน (mixed methods research) ตามแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (explanatory sequential design) โดยเริ่มต้นจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและตามด้วยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 เมษายน ถึง 15 มิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ทำการศึกษาในหน่วยงานที่มีโครงสร้าง กรอบอัตรากำลัง และภารกิจในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในราชการบริหารส่วนภูมิภาค เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีวิจัยเฉพาะกรณี (case study approach) โดยเลือกเขตสุขภาพที่ 2 เนื่องจากได้รับความยินยอมในการศึกษาจากหน่วยงานครอบคลุมทั้งเขตสุขภาพ จำนวน 14 หน่วยงาน ประกอบด้วย สำนักงานเขตสุขภาพ 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 5 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) 8 แห่ง

เลือกกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ด้วยวิธีเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ ผู้บริหาร หน่วยงาน 14 คน และผู้รับผิดชอบงานบริหารทรัพยากรบุคคลในหน่วยงาน 14 หน่วยงาน ๆ ละ 2-3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบประเมินสถานภาพการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน เขตสุขภาพที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์แบบประเมินสถานภาพการบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการตามแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคล HR Scorecard ของสำนักงาน ก.พ.⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 5 มิติ 12 องค์ประกอบ 33 ตัวบ่งชี้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่มีการดำเนินการใดๆ) จนถึง 4 คะแนน (มีการดำเนินการครบถ้วน) ผู้วิจัยกำหนดการแปลผลเป็น 3 ระดับด้วยคะแนนเฉลี่ย โดยกำหนดช่วงห่าง 1.33 คะแนน (คะแนนสูงสุด 4 คะแนน ลบคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน ทหารด้วยจำนวนชั้น 3 ชั้น) จะได้ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 0 - 1.33 ระดับกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.67 และระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.68 - 4.00

2. แบบประเมินตนเองตามบทบาทหน้าที่ในเรื่องการบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ หน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 2 ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์บทบาทภารกิจตาม มติ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข¹¹ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ (1) การวางแผนทรัพยากรบุคคล (2) การสรรหาและคัดเลือกบุคลากร (3) การบริหารทรัพยากรบุคคล (4) การพัฒนาทรัพยากรบุคคล (5) ระบบสารสนเทศและร่วมบริการ และ (6) การพัฒนาสายอาชีพและวางแผนสืบทอดอำนาจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่มีการดำเนินการใดๆ) จนถึง 4 คะแนน (มีการดำเนินการครบถ้วน) ผู้วิจัยกำหนดการแปลผลเป็น 3 ระดับด้วยคะแนนเฉลี่ย โดยกำหนดช่วงห่าง 1.33 คะแนน (คะแนนสูงสุด 4 คะแนน ลบคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน ทหารด้วยจำนวนชั้น 3 ชั้น) จะได้ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 0 - 1.33

ระดับกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.67 และระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.68 - 4.00

3. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 9 ประเด็น ประกอบด้วย (1) กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาและการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล (2) การดำเนินงานพัฒนาและการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน (3) สมรรถนะ องค์ความรู้ ทักษะการดำเนินงานพัฒนาและการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลรองรับการปฏิรูปเขตสุขภาพ (4) ความต้องการในการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการดำเนินงานพัฒนาและการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล (5) ข้อเสนอแนะในการเพิ่มพูนองค์ความรู้และทักษะของผู้บริหารและบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการพัฒนาและบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อรองรับการปฏิรูปเขตสุขภาพ (6) การสนับสนุนที่ต้องการ (7) ความคิดเห็นต่อนโยบายการปฏิรูปเขตสุขภาพ และการกระจายอำนาจ (8) การสนับสนุนภายในหน่วยงาน (9) ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาและบริหารทรัพยากรบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านบริหาร ทรัพยากรบุคคลของสำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

2. ประเมินสถานภาพการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน เป็นการประเมินในบริบทของส่วนราชการ ด้วยแบบประเมินฉบับที่ 1

3. ประเมินบทบาทหน้าที่ในเรื่องการบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพของหน่วยงาน เป็นการประเมินในบริบทของหน่วยงานทางด้านสุขภาพ ด้วยแบบประเมินฉบับที่ 2

4. วิเคราะห์ช่องว่างเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะด้านการพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานพัฒนาและบริหาร ทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงาน

5. วิเคราะห์สภาพแวดล้อมของการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะด้านการพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ด้วยการใช้วิเคราะห์ SWOT analysis (จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และภาวะคุกคาม) เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงาน

6. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ TOWS matrix เพื่อร่าง ข้อเสนอเชิงนโยบายของการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะด้านการพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ด้วยการสนทนากลุ่มผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงาน

7. พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ด้วยการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการนำเสนอผลการประเมินฯ ใช้วิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลการประเมินผลด้วยรหัสสี (color code method design evaluation and data analysis)⁽¹²⁾ จำแนกเป็น สีเขียว (คะแนนเฉลี่ย 2.68-4.00) เหลือง (คะแนนเฉลี่ย 1.34-2.67) และแดง (คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.33)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้าน ทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 2

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยงานสังกัด เขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ สำนักงานเขตสุขภาพ (เขต) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป จำนวน 14 แห่ง เมื่อพิจารณาบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้าน ทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 2 ภาพรวม พบว่า มีจำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 45.00) มากกว่าครึ่งอยู่ในตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล (ร้อยละ 59.20) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชำนาญการ (ร้อยละ 18.30) อายุงานเฉลี่ย 9 ปี (SD=8.71) (รายละเอียด ตามตารางที่ 1)

การประเมินและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับองค์ความรู้ ทักษะในการพัฒนาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

2. การประเมินสถานภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล card ของสำนักงาน ก.พ. มีทั้งหมด 5 มิติ 12 องค์
ของหน่วยงาน เมื่อเปรียบเทียบกับตามแนวทางการ ประกอบ พบว่า มีการดำเนินงานได้อย่างครบถ้วน 8 องค์
พัฒนาสมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคล HR Score- ประกอบ ได้แก่ (1) ภาวะผู้นำของผู้บริหารหน่วยงาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 2 ภาพรวม (14 แห่ง)

ข้อมูลบุคลากร	สนง. เขต (n=5)		สสจ. (n=45)		รพศ./รพท. (n=70)		ภาพรวมเขตสุขภาพ (n=120)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภท								
ข้าราชการ	1	20.00	24	53.30	29	41.40	54	45.00
พนักงานราชการ	4	80.00	19	42.20	24	34.30	47	39.20
ลูกจ้างประจำ	-	-	-	-	4	5.70	4	3.30
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	-	-	-	-	6	8.60	6	5.00
ลูกจ้างชั่วคราว	-	-	1	2.20	7	10.00	8	6.70
จ้างเหมาบริการ	-	-	1	2.20	-	-	1	0.80
ตำแหน่ง								
นักทรัพยากรบุคคล	3	60.00	31	68.90	37	52.90	71	59.20
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	1	20.00	2	4.40	3	4.30	6	5.00
นักวิชาการสาธารณสุข	1	20.00	4	8.90	6	8.60	11	9.20
เจ้าพนักงานธุรการ	-	-	4	8.90	17	24.30	21	17.50
นักจัดการงานทั่วไป	-	-	2	4.40	4	5.70	6	5.00
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	-	-	1	2.20	-	-	1	0.80
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	-	-	1	2.20	-	-	1	0.80
พนักงานพิมพ์	-	-	-	-	3	4.30	3	2.50
ระดับ								
ประเภทอื่นไม่ใช่ข้าราชการ	4	80.00	21	46.70	43	61.40	68	56.70
ปฏิบัติงาน	-	-	2	4.40	1	1.40	3	2.50
ชำนาญงาน	-	-	4	8.90	8	11.40	12	10.00
ปฏิบัติการ	-	-	4	8.90	7	10.00	11	9.20
ชำนาญการ	1	20.00	11	24.40	10	14.30	22	18.30
ชำนาญการพิเศษ	-	-	3	6.70	1	1.40	4	3.30
อายุงาน (ปี)								
0-5	3	60.00	18	40.00	31	44.30	52	43.3
5-10	2	40.00	11	24.40	17	24.30	30	25.0
10-15	-	-	7	15.60	8	11.40	15	12.50
15-20	-	-	4	8.90	4	5.70	8	6.70
20-25	-	-	2	4.40	3	4.30	5	4.20
25 ขึ้นไป	-	-	3	6.70	7	10.00	10	8.30
Mean (S.D.)	3.67 (2.97)		9.67 (8.81)		9.10 (8.84)		9.07 (8.71)	
Max : Min	7.58 : 0.67		36.17 : 0.40		37.67 : 0.20		37.67 : 0.20	

(5) ด้านบรรยากาศองค์กรที่ส่งเสริมคุณภาพบุคลากร
 (6) การประเมินผลการปฏิบัติงาน (8) การเรียนรู้และพัฒนา
 (9) ด้านระบบการบริหารงานบุคคล (10) คุณภาพ-
 ชีวิต สภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก
 (11) ด้านสวัสดิการ (12) การได้รับการยอมรับและให้
 คุณค่า ทั้งนี้ พบส่วนที่ยังมีช่องว่างที่สำคัญในหลายๆ

ระดับ ได้แก่ มิติความสอดคล้องทางยุทธศาสตร์ และมิติ
 ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยบ่งชี้ที่มีผล
 การดำเนินงานไม่ครบในหลายหน่วยงาน ได้แก่ ข้อ 4, 5,
 10, 13, 15, 16, 20, 26 เป็นต้น (รายละเอียดตาม
 ตารางที่ 2 และ 3)

3. การประเมินบทบาทหน้าที่ในเรื่องการบริหาร

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน เขตสุขภาพที่ 2 เปรียบเทียบกับ HR Scorecard:
 HRSC ของสำนักงาน ก.พ.

สมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคล			ผลการประเมินสมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน														
มิติ	องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้	เขต	สสจ.						รพศ./รพท.						ภาพรวม	
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M		N
ความสอดคล้องเชิงยุทธศาสตร์	1. ภาวะผู้นำ	1															
	2. ความสอดคล้องฯ	2															
		3															
		4															
		5															
		6															
		7															
ประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากรบุคคล	3. ความพร้อมข้อมูลฯ	8															
		9															
		10															
	4. การพัฒนากระบวนการฯ	11															
		12															
		13															
		14															
		15															
		16															
		17															
5. บรรยากาศองค์กรฯ	18																
	19																
ประสิทธิผลของการบริหารทรัพยากรบุคคล	6. การบริหารผลงานฯ	20															
		21															
	7. ความพึงพอใจฯ	22															
ความพร้อมรับผิด ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล	9. ระบบบริหารงานฯ	23															
		24															
		25															
		26															
คุณภาพชีวิตและความสมดุลของชีวิตและการทำงาน	10. คุณภาพชีวิตฯ	27															
		28															
		29															
		30															
	11. สวัสดิการฯ	31															
	12. การได้รับการยอมรับฯ	32															
33																	

หมายเหตุ: สีแดง หมายถึง ไม่มีการดำเนินงาน, สีเหลือง หมายถึง ดำเนินงานบางอย่าง, สีเขียว หมายถึง ดำเนินงานครบถ้วน

การประเมินและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับองค์ความรู้ ทักษะในการพัฒนาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตารางที่ 3 ตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบของการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้
1. ภาวะผู้นำของผู้บริหารหน่วยงาน	1. การกำหนดทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายที่ชัดเจน และสื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานทราบ
2. ความสอดคล้องของการบริหารทรัพยากรบุคคลกับยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ และสำนักงาน-ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	2. แผนอัตรากำลังที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การบริหารทรัพยากรบุคคลของ สป.สธ. 3. แผนการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ สป.สธ. 4. แผนส่งเสริมและดูแลรักษาผู้มีสมรรถนะสูงในสายงานหลักที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ สป.สธ. 5. แผนการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของ สป.สธ. 6. โครงการ กิจกรรม ภายใต้อำนาจหน้าที่ของหน่วยงานบริหารทรัพยากรบุคคลที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ สป.สธ. 7. ตัวชี้วัดความสำเร็จและค่าเป้าหมายโครงการ กิจกรรมของการบริหารทรัพยากรบุคคล
3. ความพร้อมของข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล	8. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรบุคคล 9. แหล่งข้อมูลและการจัดเตรียมข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้ 10. สำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้บริหารและบุคลากรต่อระบบฐานข้อมูล
4. การพัฒนากระบวนการและวิธีการบริหารทรัพยากรบุคคล	11. กระบวนการและวิธีการปรับปรุงขั้นตอนการทำงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล 12. กระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างเป็นระบบ 13. การปรับปรุงระเบียบที่เอื้อต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล 14. ระบบงบประมาณที่เอื้อต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล 15. กลไกนำความคิดเห็นของบุคลากรจากผลการประเมินในทุกมิติไปใช้ปรับปรุงการบริหารทรัพยากรบุคคล 16. ความคุ้มค่าด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
5. ด้านบรรยากาศองค์กรที่ส่งเสริมคุณภาพบุคลากร	17. กลไกทำหน้าที่สร้างและสื่อสารวัฒนธรรมและค่านิยมร่วมของเขตสุขภาพจังหวัด 18. กลไกและวิธีการสื่อสารและประสานงานระหว่างบุคลากร เพื่อส่งเสริมความรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน
6. การประเมินผลการปฏิบัติงาน	19. การประเมินผลงานบุคลากรทุกระดับอย่างเป็นระบบ
7. ความพึงพอใจของบุคลากร	20. ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล 21. ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อสภาพแวดล้อมการทำงาน
8. การเรียนรู้และพัฒนา	22. ผลแสดงถึงคุณภาพการเรียนรู้ของบุคลากร
9. ด้านระบบการบริหารงานบุคคล	23. ความโปร่งใส และความพร้อมรับผิดในระบบและกลไกด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 24. ความโปร่งใส และความพร้อมรับผิดในระบบและกลไกด้านการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร 25. ความโปร่งใส และความพร้อมรับผิดในระบบและกลไกด้านการสรรหา การบรรจุ แต่งตั้ง และการโยกย้าย 26. ความโปร่งใสและความพร้อมรับผิดในระบบและกลไกการดำเนินการตามแผนงาน โครงการ
10. คุณภาพชีวิต สภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก	27. ขวัญและกำลังใจในการทำงาน 28. สภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการทำงาน 29. ความผูกพันระหว่างบุคลากรกับหน่วยงาน 30. สิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน
11. ด้านสวัสดิการ	31. สวัสดิการในการทำงานและนอกเหนือจากงาน
12. การได้รับการยอมรับและให้คุณค่า	32. การมีส่วนร่วมในการบริหารงานของหน่วยงาน 33. ความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน

ทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพของหน่วยงาน เปรียบเทียบ สุขภาพมีการดำเนินงานได้อย่างครบถ้วน 1 องค์ประกอบ กับบทบาทภารกิจตาม มติ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข คือ (3) งานบริหารทรัพยากรบุคคล (รายละเอียดตาม มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ พบว่า ในภาพรวมของเขต- ตารางที่ 4 และ 5)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินตนเองการดำเนินงานด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ หน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 2 เปรียบเทียบกับบทบาทภารกิจกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลของสำนักงานเขตสุขภาพ

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้	ผลการประเมินการดำเนินงานด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ														ภาพรวม
		เขต	สสจ.						รพศ./รพท.							
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L		
(1) การวางแผน ทรัพยากรบุคคล	1	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	2	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	3	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	4	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
(2) งานสรรหาและ คัดเลือกบุคลากร	5	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	6	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	7	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	8	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	9	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	10	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	11	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	12	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	13	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	14	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
(3) งานบริหาร ทรัพยากรบุคคล	15	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	16	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
(4) งานพัฒนา ทรัพยากรบุคคล	17	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	18	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	19	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	20	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	21	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	22	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	23	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	24	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	25	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	26	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
(5) ระบบสารสนเทศ และร่วมบริการ	27	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	28	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	29	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	30	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	31	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	32	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	33	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	34	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	35	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	36	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
(6) งานพัฒนาสาย อาชีพและวางแผนสืบทอดตำแหน่ง	37	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	38	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	39	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	40	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	41	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	42	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	43	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	44	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	45	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
	46	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	
47	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green		
48	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green		
49	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green		
50	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green		
51	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green		
52	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green		
53	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green		
54	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green		

การประเมินและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับองค์ความรู้ ทักษะในการพัฒนาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตารางที่ 5 ตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบของการดำเนินงานด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้
1. การวางแผนทรัพยากรบุคคล	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ และ สป.สธ. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนกำลังคนในระดับสถานบริการทุกระดับ จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อให้กิจกรรมสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ และ สป.สธ. กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน และเป้าหมาย ให้สอดคล้องกับกลยุทธ์และแผนการปฏิบัติการ
2. งานสรรหาและคัดเลือกบุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> ดำเนินการวางแผนอัตรากำลังเชิงกลยุทธ์ การวางแผนในการสรรหา วิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการกำลังคนและการวางแผนกำลังคน ในระดับสถานบริการทุกระดับ วิเคราะห์ภาระงานบุคลากร ภาระงาน ปริมาณงาน ของหน่วยบริการ จัดทำแผนอัตรากำลังและการจัดสรรอัตรากำลังสายวิชาการและสายสนับสนุน วิเคราะห์ข้อมูลภาระงานของบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุนเพื่อกำหนดตำแหน่งให้เป็นระดับสูงขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลและเสนอความเห็นเพื่อพิจารณาขอเปลี่ยนตำแหน่งของข้าราชการสายวิชาการและสายสนับสนุน การปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายในฝ่ายเลขานุการ โดยทำหน้าที่จัดเตรียมการประชุมในส่วนที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคล เช่น การสรรหาและการบรรจุแต่งตั้งบุคลากร ฯลฯ ประเมินการปฏิบัติงานบุคลากรในโรงพยาบาล
3. งานบริหารทรัพยากรบุคคล	<ol style="list-style-type: none"> การบริหารจัดการ กระจายบุคลากร ใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน วิเคราะห์ภาระงานบุคลากร ค่าแรง ขับเคลื่อนการบริหารจัดการครอบคลุมการบริหารอัตรากำลัง การสร้างแรงจูงใจ กำหนดความก้าวหน้า กำกับ ติดตาม ความก้าวหน้า ผลการดำเนินงาน ตามแผนงานและโครงการ
4. งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล	<ol style="list-style-type: none"> วิเคราะห์ สรุปรายงาน จัดทำข้อเสนอเพื่อกำหนดความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อกำหนดทิศทาง เป้าหมายในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ วางแผนการพัฒนาบุคลากรและเสนอแนะนโยบายการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในหน่วยงาน วิเคราะห์ กฎ ระเบียบ และหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมในการจัดหลักสูตรฝึกอบรมให้กับบุคลากรในหน่วยงาน ดำเนินการจัดหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดหลักสูตรฝึกอบรม ประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสม จัดกระบวนการฝึกอบรมภายในองค์กรให้เป็นไปอย่างมีระบบ การจัดการฝึกอบรม การปฐมนิเทศ จัดทำข้อมูลบุคลากรที่มีคุณสมบัติที่จะได้รับการพัฒนาและส่งเสริมให้ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร จัดทำข้อมูลบุคลากรที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรม สัมมนา พัฒนาระบบการจัดการความรู้ ระบบเครือข่าย เพื่อถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ในการทำงาน จัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสดำเนินการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์และข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ทบทวนและปรับปรุงแผนการพัฒนาบุคลากร สรุปรายงานการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาล (จังหวัด เขตสุขภาพ แล้วแต่กรณี)
5. ระบบสารสนเทศและร่วมบริการ	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบฐานข้อมูลทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาล ให้มีคุณภาพและตอบสนองนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบฐานข้อมูลทรัพยากรบุคคล ให้มีช่องทางให้สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ รวบรวมและวิเคราะห์ความต้องการของการบริหารทรัพยากรบุคคลและจัดทำฐานข้อมูลบุคลากร การออกแบบฐานข้อมูลบุคลากรภายในโรงพยาบาล (จังหวัด เขตสุขภาพ แล้วแต่กรณี) การจัดเก็บและเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล การทำรายงานข้อมูลทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาล (จังหวัด เขตสุขภาพ แล้วแต่กรณี) การจัดเก็บและเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล การทำรายงานข้อมูลทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาล (จังหวัด เขตสุขภาพ แล้วแต่กรณี) ให้บริการข้อมูลบุคลากรในส่วนที่ไม่เป็นการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลแก่ผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำฐานข้อมูลบุคลากร ข้อมูลเงินเดือน ข้อมูลการประเมินผลงานในการบริหารงานทรัพยากรบุคคล

ตารางที่ 5 ตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบของการดำเนินงานด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้
6 งานพัฒนาสายอาชีพและวางแผนสืบทอดตำแหน่ง	40. วางระบบและพัฒนาระบบงานประชาสัมพันธ์
	41. การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร
	42. การประเมินผลการดำเนินงานประชาสัมพันธ์
	43. จัดหน่วยงานกลางให้บริการร่วมทางทรัพยากรบุคคล (Shared Services Center)
	44. วิเคราะห์ข้อมูลกำลังคนในระดับหัวหน้างาน ระดับผู้บริหารและบุคลากรที่มีสมรรถนะสูง
	45. กำหนดกลยุทธ์ แผนสืบทอดตำแหน่ง พัฒนาผู้นำระดับหัวหน้างาน ระดับบริหารและบุคลากรที่มีสมรรถนะสูง
	46. กำหนดสมรรถนะของผู้นำตามสมรรถนะหลักของนักบริหาร
	47. จัดทำแผนพัฒนานักบริหารรายบุคคล (Individual Development Plan)
	48. จัดทำแผนความก้าวหน้าสายอาชีพ โดยวิเคราะห์โครงสร้างองค์กร (Organization Structure)
	49. กำหนดรูปแบบความก้าวหน้าทางสายวิชาชีพ กระบวนการและเป้าหมาย สามารถทดแทนตำแหน่งที่สำคัญ
	50. การพัฒนาความก้าวหน้าในเครือข่ายวิชาชีพ
	51. การพัฒนาบุคลากรสายบริหารในโรงพยาบาล
	52. จัดทำคำสั่งคณะกรรมการเครือข่ายวิชาชีพ
	53. จัดประชุมคณะกรรมการเครือข่ายวิชาชีพ เพื่อวางแผนการพัฒนาเครือข่ายวิชาชีพ
54. สรุปรายงานการพัฒนาสายวิชาชีพบุคลากรของโรงพยาบาล	

4. การวิเคราะห์ช่องว่างเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะด้านการพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานพัฒนาและบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน พบว่า หน่วยงานที่มีภารกิจในการบริหารทรัพยากรบุคคลภายในเขตสุขภาพมี 2 ส่วน คือ สำนักงานเขตสุขภาพ เป็นหน่วยงานจัดตั้งใหม่ที่มีภารกิจในการบริหารจัดการทั้งภายในหน่วยงานและภาพรวมของเขตสุขภาพ พบช่องว่างทั้ง 6 องค์ประกอบ สรุปประเด็นสำคัญได้แก่ กระบวนการวางแผนและจัดทำแผนการบริหารจัดการ กระบวนการวางแผนอัตรากำลัง สรรหา บรรจุ แต่งตั้ง การวิเคราะห์การกระจายบุคลากร ภาระงาน และค่าแรง การจัดการความรู้ การพัฒนาฐานข้อมูล การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรระดับบริหาร ความรู้ความเข้าใจต่อกฎระเบียบการบริหารงานบุคคล แผนขั้นตอนการกระจายอำนาจ และหน่วยงานระดับ สสจ. และ รพศ./รพท. เป็นหน่วยงานที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการทั้งภายในหน่วยงาน ซึ่งมีช่องว่างเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ

ทั้ง 6 องค์ประกอบ สรุปประเด็นสำคัญได้แก่ กระบวนการวางแผนและจัดทำแผนการบริหารจัดการ การวิเคราะห์การกระจายบุคลากร ภาระงาน และค่าแรง การจัดการหลักสูตรและฝึกอบรม การจัดการความรู้ การพัฒนาฐานข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรระดับบริหาร แผนขั้นตอนการกระจายอำนาจ

5. การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์ SWOT analysis พบว่า

1) จุดแข็ง ประกอบด้วย การวางแผน (human resource planning: HRP) การบริหารจัดการ (human resource management: HRM) การพัฒนาศักยภาพ (human resource development: HRD) และการธำรงรักษา (retention)

2) จุดอ่อน ประกอบด้วย การดำเนินการตามขั้นตอนทางกฎหมายและระเบียบปฏิบัติจากรัฐส่วนกลาง การบริหารจัดการข้อมูล ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี

สมัยใหม่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และความไม่เป็นเอกภาพของการบริหารจัดการสำนักงานเขตสุขภาพ

3) โอกาส ได้แก่ นโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพ แนวทางการดำเนินงานจากกฎหมายใหม่ และกลไกสนับสนุนจากรัฐส่วนกลาง

4) ภัยคุกคาม ได้แก่ ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข พัฒนาการของเทคโนโลยีสมัยใหม่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และโครงสร้างประชากร อัตรากำลังที่จำกัดในการดำเนินงาน

เมื่อนำประเด็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์กลยุทธ์เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายของการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะด้านในการพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์ TOWS matrix ได้ 4 กลยุทธ์ที่สำคัญ ได้แก่ (1) พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการบริหารทรัพยากรบุคคลทางด้านกฎหมาย ระเบียบ ขั้นตอน แนวทางการปฏิบัติ จากรัฐส่วนกลาง เพื่อรองรับการปฏิรูปเขตสุขภาพ (2) พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อรองรับการจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) และการบริหารจัดการแนวใหม่ (3) พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อรองรับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทุกมิติ และ (4) พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการบริหารทรัพยากรบุคคลทางด้านกฎหมาย ระเบียบ ขั้นตอน แนวทางการปฏิบัติ เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ

วิจารณ์

ข้อค้นพบจากการประเมินสมรรถนะ องค์ความรู้ ทักษะ ในการพัฒนาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ในระดับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบเรื่องทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ ในระดับเขตสุขภาพ ทำให้ได้ข้อมูลสำคัญในการนำไปพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ในการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะ การพัฒนาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบ

ระดับเขตสุขภาพ สามารถกำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะด้านในการพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายได้ 4 ประเด็น สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการบริหารทรัพยากรบุคคลทางด้านกฎหมาย ระเบียบ ขั้นตอน แนวทางการปฏิบัติ จากรัฐส่วนกลาง และรองรับการปฏิรูปเขตสุขภาพ

จากผลการประเมินฯ พบช่องว่างขององค์ความรู้และทักษะทางด้านกฎหมายฯ จากรัฐส่วนกลาง เพื่อรองรับการปฏิรูปเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนและสนับสนุนเขตสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁽¹³⁾ เกิดจาก (1) การพัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยน-แปลงกฎหมายฯ จากรัฐส่วนกลาง ทั้งกฎ ก.พ., อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข, อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุข คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ เพื่อสนับสนุนการบริหารงานของเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งการกำหนดตำแหน่ง แต่งตั้ง โยกย้าย และการบริหารจัดการทรัพยากรของเขตสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจต่อกฎหมายฯ เนื่องจากบางประเด็นไม่ได้มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ต้องใช้ดุลยพินิจในการตีความ ผู้ปฏิบัติที่มีความรู้และประสบการณ์ต่างกัน จะมีการตีความกฎหมายฯ ที่แตกต่างกัน สร้างความสับสนให้กับกำลังคนในเขตสุขภาพ และบางกรณีไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาในการพิจารณา กระทบต่อผล-ประโยชน์ของกำลังคนฯ และ (3) การปฏิบัติงานที่ยึดแนวทางปฏิบัติเดิม ขาดการศึกษาค้นคว้ากฎหมายฯ อย่างถ่องแท้ ทำให้เกิดความบกพร่องผิดพลาดในเชิงรายละเอียดของการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะกลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานบริหารทรัพยากรบุคคล ควรมีการพัฒนาใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความ-หมายของกฎหมายฯ ขั้นตอนการปฏิบัติตามกฎหมายฯ และการประยุกต์ใช้กฎหมายฯ⁽¹⁴⁾

การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อรองรับการจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ และการบริหารจัดการแนวใหม่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานบริหารทรัพยากรบุคคลยังขาดความรู้ ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อรองรับข้อมูลขนาดใหญ่ เกิดจากขาดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และกระบวนการทางความคิดที่ยังคงยึดติดกับการทำงานในรูปแบบเดิม มีมุมมองเชิงลบ เช่น ความยุ่งยากและเพิ่มภาระงาน สอดคล้องกับแนวคิดของคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่เสนอให้บุคลากรของรัฐต้องได้รับการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางความคิดให้มีสมรรถนะที่จำเป็นและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน สู่การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเทคโนโลยีในงานบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานบริหารทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะด้านสุขภาพ อาทิ การเพิ่มความรวดเร็วในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ด้วยระบบ human resource information systems (HRIS)⁽¹⁵⁾ หรือระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ของกระทรวงสาธารณสุขไทย การลดระยะเวลาในการรับสมัครงานและการสรรหา ด้วยการพัฒนาในบางขั้นตอนของกระบวนการ เช่น การส่งกลับ email อัตโนมัติ ระบบการตรวจสอบเอกสารการสมัคร⁽¹⁵⁾ เป็นต้น การฝึกอบรมด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง (virtual and/or augmented reality: VR)⁽¹⁶⁾ ทั้งนี้ นักทรัพยากรบุคคลจำเป็นต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีเพื่อรองรับความท้าทายในอนาคต โดยเฉพาะทักษะในการจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ในสถานการณ์ที่มีข้อมูลขนาดใหญ่ในภาครัฐ หรือ big data ซึ่งฐานข้อมูลบุคลากรเปรียบเสมือนฐานข้อมูลลูกค้าในภาคเอกชน โดยสามารถนำมาใช้ในการพรรณนา การคาดการณ์ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดำเนินงาน โดยแนวทางปฏิบัติในการใช้ข้อมูลนี้เรียกว่า people analytics

ประเด็นตัวอย่างนำเสนอ เช่น ตัวชี้วัด จอแสดงข้อมูล dashboards หรือตารางสถิติเกี่ยวกับการบรรจุ การลาออก การโอนย้าย การขาดงาน ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม⁽¹⁷⁾ ดังนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ทางด้านดิจิทัล ทั้งในด้านการใช้ การเข้าใจ การสร้าง การเข้าถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่⁽¹⁸⁾

การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลรองรับการบริหารจัดการแนวใหม่ เป็นการประยุกต์ระหว่างกระบวนการบริหารทั้ง 6 ขั้นตอน คือ การวางแผน การสรรหาคัดเลือก การบริหาร การพัฒนา ระบบสารสนเทศ และการพัฒนาสายอาชีพ กับ 2 แนวคิด คือ แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (new public management: NPM) ประกอบด้วยการพัฒนาการบริการภาครัฐเพื่อประชาชน การปรับบทบาทภารกิจ และโครงสร้างหน่วยงานภาครัฐให้ทันสมัย ยืดหยุ่น รองรับการเปลี่ยนแปลง และการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานภาครัฐ⁽¹⁹⁾ และแนวคิดระบบราชการ 4.0 ประกอบด้วย รัฐที่เปิดกว้างและเชื่อมโยง รัฐที่มีขีดสมรรถนะสูงและทันสมัย และรัฐที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง⁽²⁰⁾ ซึ่งต้องมียุทธศาสตร์ความรู้และทักษะในการเชื่อมโยงและสร้างความสอดคล้อง

การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อรองรับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทุกมิติ

การศึกษาครั้งนี้พบการเปลี่ยนแปลงที่กลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานบริหารทรัพยากรบุคคลยังมีช่องว่างขององค์ความรู้ และทักษะในการบริหาร คือ ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (public health emergency) พัฒนาการที่รวดเร็วของเทคโนโลยีสมัยใหม่ (digital disruption) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (social change) และโครงสร้างประชากร (population change) ซึ่งเกิดจาก (1) ความรู้พื้นฐานเชิงวิชาชีพ (professional) กล่าวคือ หากจะปรับการทำงานรองรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะพื้นฐานทางด้านสาธารณสุข ซึ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานบริหารทรัพยากรบุคคล เพียงร้อยละ 10.00 ที่มีความรู้ดังกล่าว คือ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข โดย

บุคลากรอีกกว่าร้อยละ 90.00 ยังมีช่องว่างของความรู้ด้านนี้ และ (2) กระบวนการทางความคิด (mindset) ที่ยึดติดกับรูปแบบการทำงานในสถานการณ์เดิม ทั้งนี้ รูปแบบการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของหน่วยงานด้านสุขภาพมี 2 ประเภท⁽²¹⁾ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ความต้องการคุณภาพบริการสุขภาพของประชาชน ระบาดวิทยาและโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ นโยบายสุขภาพ สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากปัจจัยนอกสุขภาพ ได้แก่ โลกาภิวัตน์ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตและลักษณะทางประชากร การเปลี่ยนแปลงทางสภาพอากาศและสิ่งแวดล้อม⁽²¹⁾ ซึ่งองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการจัดการการเปลี่ยนแปลงคือ การเฝ้าระวังสถานการณ์จากแนวโน้มการคาดการณ์ ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก เทคโนโลยีใหม่ที่พันธกิจขององค์กร⁽²²⁾ ทั้งนี้ การรองรับการเปลี่ยนแปลงมีลักษณะเป็นกระบวนการ ประกอบด้วย (1) การสร้างเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง (2) การสร้างทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง (3) การสร้างวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ (4) การสื่อสารวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ (5) การจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง (6) การประเมินความเสี่ยงและแก้ปัญหา (7) การรวมพลังสร้างการเปลี่ยนแปลงให้มากขึ้น และ (8) การสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กรใหม่⁽²³⁾

การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการบริหารทรัพยากรบุคคลทางด้านกฎหมาย ระเบียบ ขั้นตอนแนวทางการปฏิบัติ เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานบริหารทรัพยากรบุคคล มีช่องว่างในการรับรู้ ความรู้และความเข้าใจประเด็นนี้ เนื่องจากแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชานวามินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่จัดทำขึ้นโดยสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี⁽²⁴⁾ ในครั้งนี้ เป็นการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริม-

สุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นครั้งแรก และพบความไม่ชัดเจนในการสื่อสารจากรัฐส่วนกลางไปยังเขตสุขภาพและหน่วยงาน นโยบายและแนวทางการปฏิบัติยังไม่มีความชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามการถ่ายโอนภารกิจฯ ครั้งนี้ เป็นการดำเนินการภายใต้ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 จึงควรกำหนดรูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะในประเด็นนี้ให้สอดคล้องและเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

การศึกษาครั้งนี้ พบข้อจำกัดของการศึกษาทั้งในส่วนของการสุ่มเลือกพื้นที่ศึกษาที่มีเพียง 1 เขตสุขภาพ จึงทำให้ผลการศึกษาอาจไม่ได้สะท้อนเขตสุขภาพอื่นๆ และข้อจำกัดจากการใช้แบบประเมินตนเอง ที่อาจมีอคติในการตอบ รวมถึงอคติจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระดับหน่วยงาน

1. จัดทำแผนการพัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรด้านบริหารทรัพยากรบุคคลในระยะยาว (Training Roadmap) เช่น การศึกษาต่อในหลักสูตรระดับหลังปริญญา
2. จัดทำแผนการพัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรในระยะสั้นในประเด็นที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านกฎหมาย ระเบียบ แนวทางปฏิบัติเพื่อรองรับข้อกำหนดใหม่จากรัฐส่วนกลาง เช่น การจัดการการฝึกอบรม การฝึกปฏิบัติ การสัมมนา

3. วางระบบส่งเสริมให้บุคลากรเรียนรู้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้บุคลากรเสนอแนวคิดในการพัฒนางาน ส่งเสริมระบบพี่สอนน้องในหน่วยงาน (coaching)

4. กำหนดให้เรื่องการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นตัวชี้วัดบังคับระดับบุคคล และกำหนดสิ่งจูงใจ สำหรับบุคคลที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาฯ ในประเด็นที่มีความยากและท้าทาย

ระดับเขตสุขภาพ

1. สร้างและพัฒนาหลักสูตรการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านกำลังคนสุขภาพ

2. สร้างกลไกระบบพี่เลี้ยงระหว่างหน่วยงาน ทั้งในจังหวัดและระหว่างจังหวัด รวมถึงออกแบบงานบูรณาการองค์ความรู้ ทักษะ ภายในเขตสุขภาพ

3. เสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับผู้ปฏิบัติงานผ่านกลไกของการจัดการความรู้ และ best practice

4. จัดระบบ กลไก การพัฒนาและบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลระดับเขตสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในเขตสุขภาพ ได้แก่ หน่วยงานด้านสุขภาพ สถาบันการศึกษา ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพ ฯลฯ

5. จัดทำแผนความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพ แผนการผลิตและแผนการใช้บุคลากรด้านสุขภาพ ทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ระดับกระทรวงสาธารณสุข

1. จัดทำหลักสูตรอบรมแบบ E-learning ในประเด็นที่เกี่ยวกับหลักการ แนวคิด วิธีการในการพัฒนาและบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพในมิติต่าง ๆ สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่มีการปรับเปลี่ยนจากการมอบอำนาจด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพให้กับเขตสุขภาพในอนาคต การบริหารทรัพยากรบุคคลในภาวะวิกฤต การบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ โดยส่งเสริมให้บุคลากรด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

2. จัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานพัฒนาและบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลระดับเขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการสาธารณสุข และมีการปรับปรุงเป็นระยะต่อเนื่อง

3. จัดทำหลักสูตรผู้บริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพระดับต้น กลาง และสูง

4. จัดทำหลักสูตรอบรมเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพในยุค digital (digital HR)

5. จัดทำหลักสูตรอบรมเกี่ยวกับการวิเคราะห์

ทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ เช่น หลักการ แนวคิด ทฤษฎี ในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ การวิเคราะห์การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ การคิดภาระงาน ปริมาณงาน และการอบรมเชิงปฏิบัติการการคาดประมาณความต้องการทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ เป็นต้น

6. จัดสรร ปรับเปลี่ยนบุคลากร นักทรัพยากรบุคคลที่มีประสบการณ์ ทักษะ องค์ความรู้ ที่เพียงพอ เหมาะสม จากทั้งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง และภายในเขตสุขภาพ เพื่อปฏิบัติงานสำนักงานเขตสุขภาพ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นทีมนำของหน่วยงานภายในเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งรองรับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับการมอบหมายเพิ่มเติมตามแนวทางการปฏิรูปเขตสุขภาพด้านการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพ

ระดับสถาบันศึกษา และหน่วยงานที่มีภารกิจในการพัฒนากำลังคนสุขภาพ

1. จัดอบรมหลักสูตรหลังปริญญาทางการบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเชี่ยวชาญให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข

2. ร่วมกระบวนการในการวางแผนการผลิต แผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพของเขตสุขภาพร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จะรับการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. จากกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

สำนักงาน ก.พ.

ควรจัดทำการประเมินสมรรถนะองค์ความรู้ ทักษะของนักทรัพยากรบุคคลที่เป็นมาตรฐานเหมือนกับภาคเอกชนและต่างประเทศ ถือเป็นวิชาชีพสำคัญ และต้องมีการประเมินสมรรถนะเพื่อเลื่อนระดับคุณวุฒิ สามารถปรับขึ้นตำแหน่ง และขึ้นเงินเดือนได้ตามคุณวุฒิตามระดับที่ได้รับประเมิน เพื่อให้มีบุคลากรด้านทรัพยากรบุคคลที่มีองค์ความรู้ ทักษะ ที่เพียงพอ ในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้บริหารในการบริหารองค์การอย่างมีประสิทธิภาพ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

บริบทการบริหารทรัพยากรบุคคลของ อปท. มี

ลักษณะเป็นการบริหารบุคคลในหน่วยงานราชการ ทั้งนี้ หลังการถ่ายโอนภารกิจฯ ควรมีการกำหนดสมรรถนะองค์ความรู้ ทักษะของการบริหารทรัพยากรบุคคลในบริบทของหน่วยงานด้านสุขภาพให้ชัดเจน เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎหมายวิชาชีพที่มีความเฉพาะ และการจัดบริการทางด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนและเป็นการกระทำต่อมนุษย์ทั้งส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและรักษา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 2 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล ในเขตสุขภาพที่ 2 และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการศึกษานี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทสรุปและสาระสำคัญของการปฏิรูปเขตสุขภาพ ระยะที่ 1 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/16SEP2021%20Print-FN4-web.pdf
2. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 [Internet]. 2016 [cited 2022 Aug 1]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241511131>.
3. Martineau T, Ozano K, Raven J, Mansour W, Bay F, Nkhoma D, et al. Improving health workforce governance: the role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health. Human Resources for Health 2022;20(1):47.
4. World Health Organization. Global health and care worker compact [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/carecompact>
5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/RF_Plan07.pdf
6. กฤษดา แสงดี, วรารัตน์ ใจชื่น, ญัฐยานันท์ เตชะ. แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สื่อตะวัน; 2562.
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 - 2567 (blueprint of health service and human resource). นนทบุรี: รัศมีพิมพ์; 2564.
8. Ferrinho P, Lehman U, Kovacs E, Poz MD. Relevant HRH leadership during public health emergencies. Human Resources for Health 2022;20(1):28.
9. Currie G, Lockett A. Distributing leadership in health and social care: concertive, conjoint or collective? International Journal of Management Reviews 2011;13(3):286-300.
10. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. การประเมินสถานภาพการบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ ตามแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคล กรุงเทพมหานคร: ขวิชัยการพิมพ์; 2549.
11. กระทรวงสาธารณสุข. มติ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข การประชุมครั้งที่ 5/2560; 29 มิถุนายน 2560. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
12. Dzelzkaleja L. Color code method design evaluation and data analysis. International Journal of Engineering and Technology 2018;16(7):106-9.
13. วิเชียร เทียนจารูวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. การพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(3):531-46.
14. วิทยา จันทองสิน. การจัดการองค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงานด้าน

- ทะเบียน กรณีศึกษา สำนักทะเบียนท้องถิ่นเขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2561_1566379865_6014832062.pdf
15. Tursunbayeva A. Human resource technology disruptions and their implications for human resources management in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* 2019;19(1):268-8.
16. Samadbeik M, Yaaghobi D, Bastani P, Abhari S, Rezaee R, Garavand A. The applications of virtual reality technology in medical groups teaching. *J Adv Med Educ Prof* 2018;6(3):123-9.
17. Tursunbayeva A, Di Lauro S, Pagliari C. People analytics—A scoping review of conceptual boundaries and value propositions. *International Journal of Information Management* 2018;43(1):224-47.
18. พลวศิษฐ์ หล้ากาศ. ประเด็นความท้าทายที่มีต่อบทบาทนักทรัพยากรมนุษย์ในอนาคต. *วารสารวิจัยวิชาการ* 2654;4(2): 251-60.
19. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. ยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบราชการ (พ.ศ. 2564 - 2565) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.opdc.go.th/content/NzExMw>
20. พีรดา สุจริตพันธ์, เพ็ญศรี ฉิรินัง. การบริหารทรัพยากรมนุษย์ภาครัฐในบริบทระบบราชการ 4.0. *Journal of Modern Learning Development* 2565;7(4):383-95
21. Kumar S, Kumar N, Deshmukh V, Adhish VS. Change management skills. *Indian J Community Med* 2015; 40(2):85-9.
22. Kumar S, Adhish VS, Deoki N. Making sense of theories of leadership for capacity building. *Indian J Community Med* 2014;39(2):82-6.
23. Kotter JP. *Leading change*. 1st edition. Boston: Harvard Business School Press; 1996.
24. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามรินทราธิณีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://drive.google.com/file/d/1aldKh0TwdEiVLRlHB5Jdm95EFAKHyhAF/view>

Abstract: Assessment and Policy Recommendation on Managers' and HR Personnel's Knowledge and Skills in Human Resources for Health Development and Management in Health Region 2, Thailand

Pintusorn Hempisit, M.Sc., M.A.*; Pawinee Eamchan, M.D.; Nawaporn Poonsuwan, M.D.*****

** Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health; ** Lamphoon Hospital, Lamphoon Province;*

**** Petchabun Hospital, Petchabun Province, Thailand*

Journal of Health Science 2022;31(4):751-67.

This study aimed to assess the capacity, knowledge and skills in the development and management of human resources for health (HR); and to make policy recommendations for enhancing knowledge and skills in HR development and management, all among HR managers and personnel at the health regional level. Under this mixed methods study, quantitative data were collected using the human resources score-card or form prepared by the Office of Civil Service Commission and the self-assessment of roles in HR management form of the Ministry of Public Health, while qualitative data were collected via in-depth interviews and focus group discussions. The study involving purposively selected informants, including HR managers and personnel of 14 agencies in Health Region 2 was conducted from 15 April through 15 June 2022. Quantitative data analysis included descriptive statistics (numbers, percent, means, standard deviation, and green-yellow-red color-code assessment), while content analysis was used for qualitative data. The results showed that: (1) based on the overall assessment of the human resources scorecard information, health agencies had their HR operations in all eight elements – managers' leadership; personnel quality enhancement atmosphere; performance evaluation; learning and development; personnel management system; quality of life, the environment and facilities; welfare; and acceptance and merit recognition; (2) based on the overall assessment of the role in HR management of health agencies, the element that had been fully implemented was human resources management; (3) for policy recommendations, efforts for enhancing knowledge and skills in HR development and management should be made in the following four aspects: (i) laws, regulations, steps and procedures issued by the central administration in relation to regional health reform; (ii) modern information technology for the management of Big Data using modern management principles; (iii) response to changing situations in all dimensions; and (iv) laws, regulations, steps and procedures in relation to health decentralization. In this regard, regional/general hospitals, provincial public health offices, regional health offices, educational institutions, and the Office of Civil Service Commission should take the policy recommendations to develop a plan for improving knowledge and skills of personnel, and undertake HR management aiming for excellence in response to decentralization to Health Regions and mission transfer to local administrative organizations in the future.

Keywords: assessment; policy recommendations; human resources for health management; health region

บทความพิเศษ

Review article

ไลเคนแพลนัสช่องปากกับภาวะโรคร่วม

อานันท์ จักรอิศราพงศ์ ท.บ., ส.ม., บร.ม., บร.ด.

โรงพยาบาลค่ายขุนเจืองธรรมิกราช จังหวัดพะเยา

วันรับ: 1 ก.ย. 2564

วันแก้ไข: 18 เม.ย. 2565

วันตอบรับ: 28 เม.ย. 2565

บทคัดย่อ ไลเคนแพลนัสช่องปากเป็นโรคอักเสบเรื้อรังที่พบได้บริเวณเยื่อเมือกช่องปาก และผิวหนัง สำหรับสาเหตุการเกิดโรคนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันที่ทำลายเนื้อเยื่อของตนเอง ปัจจุบันมีรายงานถึงความสัมพันธ์ของไลเคนแพลนัสกับภาวะโรคร่วมได้หลายโรค ซึ่งได้มีการศึกษาอย่างมากมายถึงความสัมพันธ์ของโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัน อีกทั้งยังมีการรายงานถึงความสัมพันธ์กับโรคโควิด 19 ที่ระบาดอยู่ในปัจจุบันเช่นกัน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทันตแพทย์ที่พบรอยโรคนี้ ได้ตระหนักถึงภาวะโรคร่วมที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นตัวบ่งชี้อย่างหนึ่งที่น่าไปสู่การวินิจฉัยโรคอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ไลเคน แพลนัส; ภาวะโรคร่วม; ทันตกรรม

บทนำ

ไลเคนแพลนัส (lichen planus) เป็นลักษณะของการอักเสบอย่างเรื้อรังของผิวหนังและเยื่อเมือกช่องปาก ซึ่งสามารถพบประมาณร้อยละ 0.50-2.00^(1,2) ของประชากรทั่วไป รอยโรคจะพบได้ในช่องปากมากกว่าที่ผิวหนัง⁽³⁾ โดยเฉพาะในช่วงวัยกลางคน อายุ 40-70 ปี อย่างไรก็ตามในวัยรุ่นและเด็กก็สามารถพบได้⁽⁴⁾ ไลเคนแพลนัสช่องปาก (oral lichen planus) อาจปรากฏได้ในหลายลักษณะ เช่น ลายเส้นสีขาว ตุ่มตัน รอยถลอกแดงหรือแผล มักพบที่บริเวณเยื่อเมือกแก้ม ลิ้น หรือเหงือก ซึ่งมักพบทั้งสองข้าง ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก สาเหตุของโรคนั้นยังไม่ทราบแน่ชัดในปัจจุบัน เชื่อว่าเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันที่ต่อต้านเนื้อเยื่อตนเองผ่านเม็ดเลือดขาวชนิดทีเซลล์ (T-cell-mediated autoimmune disease) พบว่า มีการรายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างไลเคนแพลนัสช่องปากกับภาวะโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

โรคเบาหวาน โดยมีบางการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน^(5,6) แต่บางการศึกษาก็พบว่าความสัมพันธ์กัน^(7,8) ไลเคนแพลนัสเป็นโรคอักเสบเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มารับบริการทางทันตกรรม ซึ่งปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน โดยมีการรายงานเป็นครั้งแรกในปี 1869 ต่อมาได้มีผู้พยายามอธิบายสาเหตุและความสัมพันธ์กับโรคอื่นๆ อีกมากมาย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทันตแพทย์ที่พบรอยโรคนี้ ได้ตระหนักถึงภาวะโรคร่วมที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นตัวบ่งชี้อย่างหนึ่งที่น่าไปสู่การวินิจฉัยโรคอื่นๆ ต่อไป

อุบัติการณ์

ไลเคนแพลนัสเป็นรอยโรคที่พบได้โดยประมาณร้อยละ 0.50-2.00 ของประชากรโลก ซึ่งพบได้มากในคนยุโรป คิดเป็นร้อยละ 1.43 และพบได้น้อยในประเทศอินเดียคิดเป็นร้อยละ 0.49^(1,2) ซึ่งสามารถพบได้ในช่อง-

ปากบ่อยกว่าที่ผิวหนัง⁽³⁾ มีรายงานพบว่า ผู้ป่วยไลเคนแพลนซ์ จะพบในเพศหญิงร้อยละ 60.00-65.00 และอยู่ในช่วงอายุ 30-70 ปี โดยลักษณะที่พบบ่อย เป็นชนิดร่างแห และเป็นสองข้างของเยื่อเมือกแก้ม⁽⁴⁾ และยังมีรายงานว่าผู้ป่วยไลเคนแพลนซ์ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 1.4:1.0 และพบในผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปี ลักษณะที่พบบ่อย เป็นชนิดร่างแห และเป็นสองข้างของเยื่อเมือกแก้ม⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีพบว่า ผู้ป่วยไลเคนแพลนซ์ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 3:2 และอยู่ในช่วงอายุ 40-70 ปี ซึ่งยังสามารถพบรอยโรคนี้ในประชากรวัยรุ่นหรือวัยเด็กได้⁽⁴⁻⁶⁾ โดยวิธีการสืบค้นข้อมูลครั้งนี้ ได้ใช้ฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar ในการค้นหาข้อมูล

สาเหตุการเกิดไลเคนแพลนซ์

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดรอยโรคที่ชัดเจน แต่ได้มีการเสนอสมมติฐานของกลไกเกิดโรคไลเคนแพลนซ์ ไว้ 2 แบบ คือ การเกิดไลเคนแพลนซ์โดยจากแอนติเจน ที่เฉพาะเจาะจงในการกระตุ้นซีทีแปดทีเซลล์ (cytotoxic T-lymphocyte) ให้ทำลายเซลล์เยื่อบุผิวช่องปาก ทำให้เกิดกระบวนการตายของเซลล์ (apoptosis) ซึ่งในปัจจุบันยังไม่ทราบถึงชนิดของแอนติเจน อาจจะเป็นแอนติเจนที่เกิดจากโปรตีนของร่างกายที่ถูกตัดแปลงไป ดังนั้นอาจจัดโรคไลเคนแพลนซ์ว่าเป็นโรคอโตอิมมูน และการเกิดไลเคนแพลนซ์จากกลไกการเกิดโรคไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับแอนติเจน โดยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ชั้นเยื่อบุผิวในช่องปากเอง โดยถูกกระตุ้นจากปัจจัยต่างๆ เช่น การติดเชื้อ การสัมผัสกับสารที่ก่อให้เกิดการแพ้ เป็นต้น ทำให้เกิดการสร้างอนุมูลอิสระในปริมาณที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อเซลล์เยื่อบุผิว ไม่ว่าจะกระตุ้นให้มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้น หรือกระตุ้นการตายของเซลล์ ทำให้ระดับแคลเซียมไอออนอิสระภายในเซลล์เพิ่มขึ้น ซึ่งระดับแคลเซียมที่เพิ่มขึ้น จะเป็นตัวนำสัญญาณภายในเซลล์ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับเซลล์ จะเห็นว่าการเกิดไลเคนแพลนซ์ จะพบถึงความสัมพันธ์กัน

ระหว่างการทำงานทางระบบภูมิคุ้มกันที่เปลี่ยนแปลงกับการเกิดโรค โดยมีเซลล์เยื่อบุผิวเป็นเซลล์เป้าหมายซึ่งจะถูกทำลายโดยการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่เกี่ยวกับเซลล์โดยตรง (cellular immunity) ผ่านการทำงานของซีทีแปดทีเซลล์ชนิดเป็นพิษ (cytotoxic T-lymphocyte) ทำให้เซลล์เยื่อบุผิวเกิดกระบวนการตายของเซลล์ (apoptosis) จะเห็นได้ว่ากลไกทางภูมิคุ้มกันของไลเคนแพลนซ์จะคล้ายคลึงกับการเกิดโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อตนเอง อื่น ๆ^(1,2)

ลักษณะทางคลินิก

รอยโรคอาจพบที่เยื่อเมือกต่างๆ และอาจมีรอยโรคที่ผิวหนังร่วมด้วย เยื่อเมือกช่องปากเป็นบริเวณที่พบบ่อยที่สุด^(3,6) นอกจากนี้ยังอาจพบรอยโรคนี้ที่เยื่อเมือกอื่น ๆ ได้แก่ เยื่อเมือกตา กล่องเสียง หลอดอาหาร และอวัยวะเพศ⁽⁷⁾ ลักษณะรอยโรคที่ผิวหนังจะพบผื่นนูน (papule) ขนาดเล็กมีสีขาวหรือเทา ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2 มิลลิเมตร เรียงตัวได้หลายรูปแบบ มักพบลายเส้นสีขาวที่พื้นผิวของรอยโรคและสามารถขยายขนาดจนถึง 3 เซนติเมตร ตำแหน่งที่พบบ่อยได้แก่ ส่วนพับของแขน ขาและข้อมือ อาจพบมีการเปลี่ยนแปลงที่เล็บ เช่น เล็บบางลงหรือพบเป็นสันและมีการหนาตัวของเคอราตินใต้เล็บ (subungual hyperkeratosis) ถ้าพบรอยโรคที่หนังศีรษะแล้วไม่รักษาอาจทำให้เกิดแผลเป็นและผมร่วง⁽⁸⁾

ลักษณะของรอยโรคในช่องปากนอกจากจะพบเป็นลายเส้นสีขาวแล้วยังอาจพบรอยถลอกแดงร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ มักพบรอยโรคบริเวณเยื่อเมือกแก้ม ลิ้น และเหงือก แต่สามารถพบที่ตำแหน่งอื่นได้ รอยโรค (desquamative gingivitis)^(3,8)

ในปี 1968 ได้แบ่งลักษณะไลเคนแพลนซ์ช่องปากออกเป็น 6 ชนิด ได้แก่ ชนิดร่างแห (reticular) ผื่นนูน (papular) แผ่นฝ้าขาว (plaque-like) ฝ่อลีบ (atrophic) ตุ่มน้ำ (bullous) และชนิดถลอก (erosive)⁽⁸⁾ ดังแสดงในภาพที่ 1-6

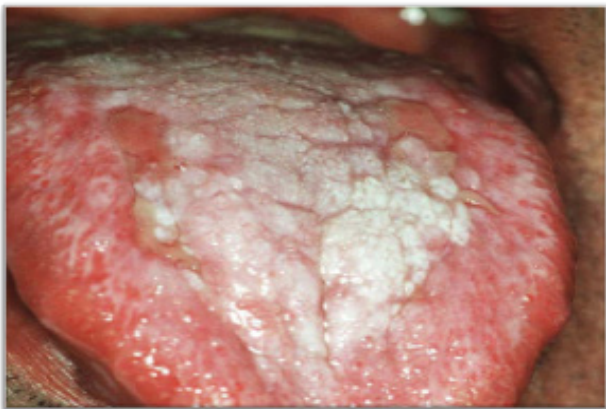
ภาพที่ 1 ไลเคนแพลนัสช่องปากชนิดร่างแห (reticular)



ภาพที่ 1 ไลเคนแพลนัสช่องปากชนิดผื่นนูน (papular)



ภาพที่ 3 ไลเคนแพลนัสช่องปากชนิดแผ่นฝ้าขาว (plaque-like)



ภาพที่ 4 ไลเคนแพลนัสช่องปากชนิดฝ่อลีบ (atrophic)



ภาพที่ 5 ไลเคนแพลนัสช่องปากชนิดตุ่มน้ำ (bullous)



ภาพที่ 6 ไลเคนแพลนัสช่องปากถลอก (erosive)

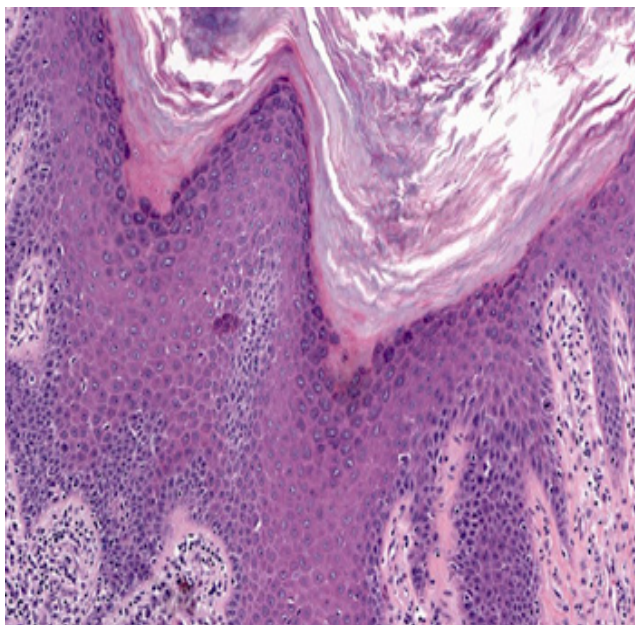


ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของไลเคนแพลนัสช่องปาก คือ มีการเปลี่ยนแปลงในชั้นเยื่อบุผิวได้แก่ การสลายตัวของ basal cell ในลักษณะของการบวมน้ำหรือพบว่ามีช่องว่างภายในชั้นโตพลาซึมของเซลล์และอาจพบเซลล์เยื่อบุผิวที่มีการเน่าตายเรียกว่า colloid หรือ civatte หรือ cytoid bodies พบว่า มีลักษณะเป็นก้อนกลมขนาดเล็ก ติดสีอีโอซินสม่ำเสมอ (homogenous eosinophilic globule) ได้บ้าง ส่วนในชั้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) จะพบลิมโฟไซต์ จะพบว่าเรียงตัวเป็นแถบหนาในชั้นลามินาโพรเพรีย (lamina propia) ซึ่งลิมโฟไซต์ที่พบมักเป็นชนิดทีเซลล์ แต่ยังสามารถพบ B cells และ plasma cells ได้บ้างเล็กน้อย นอกจากนี้ยังสามารถพบการสะสมของเคอราตินมากเกินไปในชั้นบนสุดของเยื่อบุผิว (hyperkeratosis) และการเพิ่มจำนวนเซลล์ในชั้นสไปนัสเซลล์ (acantosis) เรตเตเพกมีลักษณะคล้ายฟันเลื่อย (“Saw-tooth” rete peg) ได้^(4,5) ดังแสดงในภาพที่ 7

ลักษณะทางอิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์ของไลเคนแพลนัสช่องปากจะไม่จำเพาะเจาะจง โดยจะพบการสะสม

ภาพที่ 7 แสดงลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของไลเคนแพลนัสช่องปาก



ของไฟบริโนเจน (fibrinogen) หรือไฟบริน (fibrin) แบบเส้นตรง (linear) ตามเบสเมมเบรน (basement membrane) นอกจากนี้ยังอาจพบไฟบริน อิมมูโนโกลบูลินเอ็ม (IgM) และคอมพลีเมนต์ 3 และ 4 (C3, C4) ที่คอลลอยด์บอดี้ส์ (colloid bodies) ได้^(5,8)

การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยแยกโรคจะแยกออกจากโรคไลเคนอยด์ช่องปาก (oral lichenoid lesion), leukoplakia มะเร็งช่องปากชนิดสความัสเซลล์ (squamous cell carcinoma), pemphigus, benign mucous membrane pemphigoid โรคติดเชื้อราแคนดิดา (candidiasis) และ discoid lupus erythematosus^(3,9)

ความสัมพันธ์ระหว่างไลเคนแพลนัสช่องปากกับภาวะทางโรคร่วม

ความสัมพันธ์ระหว่างไลเคนแพลนัสช่องปากกับภาวะโรคร่วมนั้น ได้มีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายงานความสัมพันธ์กับโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคไวรัสตับอักเสबी โรคภูมิคุ้มกันตัวเองบกพร่อง โรคทางเดินอาหารส่วนต้น โรคทางระบบสืบพันธุ์ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน การใช้ยา ซึ่งล่าสุดได้มีการรายงานถึงความสัมพันธ์กับโรคโควิด 19 อีกด้วย

โรคโควิด 19

มีการศึกษาพบว่าโรคโควิด 19 สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคไลเคนแพลนัสได้ โดยมีรายงานการพบในผู้ป่วยที่ติดโรคโควิด 19 มาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยมีรอยโรคไลเคนแพลนัสแสดงที่บริเวณผิวหนังและนี้ร่วมด้วย^(9,10) โดยสามารถพบไลเคนแพลนัสชนิดร่างแหได้ในช่องปาก และสามารถพบไลเคนแพลนัสที่ผิวหนังซึ่งอาจเกิดร่วมกับ Wickham striae ได้อีกด้วย⁽¹¹⁾ ในส่วนของการเกิดโรคไลเคนแพลนัสที่เล็บ (nail lichen planus) ของผู้ป่วย แต่ยังไม่มีการรายงานการติดเชื้อในผู้ป่วย ซึ่งการรักษาจะใช้ triamcinolone acetonide เป็นยาหลัก

ในการรักษาโรคไลเคนแพลนัสช่องปาก โดยหากเป็นที่เล็บ โดยให้ยาที่บริเวณเกิดโรคโดยตรง และอาจพิจารณาให้ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อในผู้ป่วยรายที่มีรอยโรคที่นิ้วมากกว่า 3 นิ้ว โดยผลข้างเคียงของยาอาจทำให้แผ่นเล็บฝ่อลีบลง มีเลือดคั่งใต้แผ่นเล็บ หรืออาจมีอาการชาที่นิ้วมือได้⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังมีการใช้ clobetasol propionate cream ในการทาที่รอยโรคบริเวณผิวหนัง⁽¹³⁾ และมีการใช้ hydroxyclozoquine สามารถช่วยลดอาการแสดงของไลเคนแพลนัสช่องปาก⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้มีรายงานถึงการเกิดไลเคนแพลนัส หลังจากการได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในบางราย⁽¹⁵⁾

โรคไวรัสตับอักเสบบี

มีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดไลเคนแพลนัสร่วมกับความผิดปกติของตับ โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนแพลนัสจำนวน 577 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 1,031 คน นำมาเจาะเลือดตรวจหาปริมาณเอนไซม์เกี่ยวกับการทำงานของตับและหาแอนติเจนของไวรัสตับอักเสบบี จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีปริมาณ alanine aminotransferase หรือ aspartate aminotransferase ที่สูงกว่าปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ยูนิตต่อลิตร) หรือพบแอนติเจนของไวรัสตับอักเสบบี จะมีแนวโน้มที่จะเป็นไลเคนแพลนัส ได้มากกว่าปกติ⁽¹⁶⁾

โรคไวรัสตับอักเสบบี

มีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดไลเคนแพลนัสร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี ในอาสาสมัครจำนวน 90 ราย พบว่า ไวรัสตับอักเสบบี (HCV) อาจจะมีความเกี่ยวข้องกับรอยโรคไลเคนแพลนัสช่องปาก ซึ่งพบอุบัติการณ์ที่ทางตอนใต้ของทวีปยุโรป ประเทศญี่ปุ่น และประเทศอเมริกา อย่างไรก็ตามประเทศที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบีมากที่สุดก็ยังไม่สามารถอธิบายความเกี่ยวข้องระหว่างโรคไวรัสตับอักเสบบีกับโรคไลเคนแพลนัสได้ มีความเชื่อว่า HCV-specific T lymphocyte จะเป็นตัวที่ช่วยก่อโรคให้เกิตรอยโรคไลเคน-

แพลนัสช่องปาก อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อสรุปว่าเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีความสัมพันธ์กับไลเคนแพลนัสช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁷⁾

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

มีการศึกษาในผู้ป่วยไลเคนแพลนัสช่องปากจำนวน 229 คน พบมีจำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.50) ที่เป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ตีสคอยลูโปสอิริทริมาโตซิส rheumatoid arthritis โรคแผลในลำไส้อักเสบ (ulcerative colitis) และในจำนวน 10 คนจากจำนวน 80 คนที่มีประวัติในครอบครัวที่เป็นไลเคนแพลนัสช่องปากซึ่งตรวจพบได้จากการตรวจทางโลหิตวิทยา แต่ทั้งนี้ยังไม่สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคที่เกิดขึ้นดังกล่าวกับไลเคนแพลนัสช่องปากได้⁽¹⁸⁾

โรคทางเดินอาหารส่วนต้น

มีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดไลเคนแพลนัสช่องปากร่วมกับความผิดปกติของทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วยไลเคนแพลนัสช่องปาก จำนวน 20 คน โดยการส่องกล้องเข้าไปดูในทางเดินอาหารส่วนต้น (endoscopy) และตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา พบว่า จากการตรวจโดยการส่องกล้องเข้าไปดูในทางเดินอาหาร พบผู้ป่วยไลเคนแพลนัสช่องปากที่มีความผิดปกติของทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 11 คน และเมื่อตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา พบผู้ป่วยไลเคนแพลนัสช่องปากที่มีความผิดปกติของทางเดินอาหารส่วนต้นจำนวน 17 คน โดยทางคณะผู้วิจัยได้ให้ข้อสังเกตว่า หากพบผู้ป่วยไลเคนแพลนัสช่องปากที่มีอาการปวดท้องเวลาหิว กลืนลำบาก และแก๊สที่เกิดจากระบบการย่อยอาหารในลำไส้ (flatus) ควรทำการตรวจหาความผิดปกติของทางเดินอาหารส่วนต้นด้วย⁽⁶⁾

โรคทางระบบสืบพันธุ์

มีรายงานถึงการเกิดไลเคนแพลนัสช่องปากร่วมกับการเกิดไลเคนแพลนัสบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งพบใน

เพศหญิง 1 คนและเพศชาย 1 คน โดยชนิดของไลเคน-แพลนส์ที่พบทั้งในช่องปากและอวัยวะสืบพันธุ์เป็นชนิดถลอก ทางคณะวิจัยได้ให้ข้อสังเกตว่า การเกิดไลเคน-แพลนส์ร่วมกันของทั้งสองบริเวณนี้ เป็นลักษณะที่พบได้น้อยมาก⁽⁵⁾

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ได้มีการศึกษาตะกอนที่เกิดจากการรวมตัวกันของแอนติเจนและแอนติบอดีในกระแสเลือด (circulating immune complex) ในผู้ป่วยที่มีไลเคนแพลนส์ช่องปากพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานจะพบอุบัติการณ์ที่มีค่าความเข้มข้นของ polyethylene glycol มากกว่าค่าเฉลี่ยในคนสุขภาพดี และพบว่าการศึกษาการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานนั้นมียุติการณที่มีค่าความเข้มข้นของ polyethylene glycol มาก และผู้ป่วยที่กินยารักษาโรคความดันโลหิตสูงกลุ่ม alpha-methyl-dopa สามารถทำให้เกิดไลเคนอยด์ และโรคออโตอิมมูน ฮีโมไลซิส (autoimmune hemolysis)^(6,19) และมีกลุ่มโรคกรินส์แปน (Grinspan's syndrome) ซึ่งเป็นสภาวะที่เกิดไลเคนแพลนส์ช่องปากที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการเกิดปฏิกิริยาไลเคนอยด์ที่เนื้อเยื่อและผิวหนัง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยยาที่พบได้บ่อยคือ ยารักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง Grinspan's syndrome จึงเป็นสภาวะที่รวม 3 สภาวะไว้นั้นก็คือ การมีความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน และไลเคนแพลนส์ช่องปาก อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กันโดยตรงระหว่าง 3 สภาวะดังกล่าว ได้มีการรายงานผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่ามีการเกิดของปาก ทำให้นำไปสู่สมมติฐานที่ว่ายาที่เกี่ยวข้องอาจเป็นสาเหตุของโรค กรินส์แปน ซินโดม ได้มีการรายงานผู้ป่วยซึ่งผู้ทำการศึกษาได้กล่าวว่า ลักษณะของ Grinspan's syndrome อาจเกิดได้จากการรักษาโดยยา spironolactone หรือ Frusemide ได้ แต่อย่างไรก็ตามยาที่ทำให้เกิดไลเคนอยด์มีมากมาย ซึ่ง Grinspan's syndrome อาจเป็นส่วนหนึ่งใน

นั้นและผู้ทำการศึกษาจึงสรุปว่าน่าจะเกิดจากผลข้างเคียงที่เกี่ยวกับยามากกว่า^(20,21,22) และยังมีศึกษา ช่วงเวลาในการเป็นไลเคนแพลนส์ช่องปากกับความทนกลูโคส (glucose tolerance) ซึ่งช่วงเวลาในการเป็นไลเคนแพลนส์ช่องปากที่ทำการศึกษาคือ 0-4 ปี, 5-9 ปี และ 10 ปีขึ้นไปพบว่าไม่มีการลดลงของความทนกลูโคส ในช่วงระยะเวลาของการเป็นโรคที่เพิ่มมากขึ้น^(23,24) ในการศึกษาความชุกของไลเคนแพลนส์ช่องปากในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน (กลุ่มทดลอง) และอีกกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (กลุ่มควบคุม) โดยตรวจหาลักษณะของโรคไลเคนแพลนส์ช่องปาก ไม่พบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างกลุ่มทดลอง (เป็นไลเคนแพลนส์ช่องปากร้อยละ 0.55) และกลุ่มควบคุม (เป็นไลเคนแพลนส์ช่องปากร้อยละ 0.74)^(25,26) แต่มีหลายการศึกษาที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเบาหวานกับไลเคนแพลนส์ช่องปาก

Lundström IM⁽²⁷⁾ ได้ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานในผู้ป่วยที่เป็นไลเคนแพลนส์ช่องปากจำนวน 40 คน พบว่ามี 6 คนที่ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยการแนะนำให้ควบคุมอาหารอย่างเดียว แต่หากใช้เกณฑ์ในการให้การวินิจฉัยโรคเบาหวานตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก พบมีจำนวน 9 คนที่เป็นโรคเบาหวานและพบจำนวน 2 คนที่เป็นโรคเบาหวาน แต่เป็นชนิดระยะแฝง (latent) โดยมีค่าปริมาณกลูโคสในพลาสมามากกว่า 6-7 มิลลิโมลต่อลิตร หรือค่าความทนกลูโคส มากกว่า 7.80 มิลลิโมลต่อลิตร ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับไลเคนแพลนส์ในช่องปาก มีการทำการศึกษาคความชุกของผู้ป่วยที่เป็นไลเคนแพลนส์ช่องปากที่มีการเปลี่ยนแปลงของกลูโคสเมแทบอลิซึม⁽²⁷⁾ พบว่า ร้อยละ 26.70 ของผู้ป่วยไลเคนแพลนส์เป็นโรคเบาหวานและร้อยละ 46.70 มีการเปลี่ยนแปลงของกลูโคสเมแทบอลิซึม การศึกษานี้จึงสรุปว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เป็นไลเคนแพลนส์ช่องปากมีการเปลี่ยนแปลงของกลูโคสเมแทบอลิซึม โดยที่ 1 ใน 4 เป็นโรคเบาหวาน และการเกิดไลเคนแพลนส์ช่องปากเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของกลูโคสเมแทบอลิซึม อีกทั้งยังมี

การศึกษาถึงการแสดงออกของ carbohydrates ในเซลล์เยื่อผิวช่องปากที่เปลี่ยนแปลงไปในไลเคนแพลนัสช่องปาก พบว่ามีการแสดงออกของสารก่อภูมิคุ้มกัน (antigen) ชนิดคาร์โบไฮเดรตที่ผิวเซลล์ (cell surface) โดยสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของ glycoprotein และ glycolipid ซึ่งเป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์ (cell membrane) ทั้งนี้จากการศึกษายังไม่สามารถอธิบายถึงองค์ประกอบและกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสารดังกล่าวสามารถกระตุ้นให้เกิดกระบวนการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่เกี่ยวข้องกับเซลล์โดยตรงในชั้นใต้เยื่อผิวช่องปากได้^(26,28)

การใช้ยา

มีการวิจัยทำการศึกษากลุ่มยาต่อไลเคนแพลนัสช่องปาก โดยพบว่ายาที่ทำให้เหนียวทำให้เกิดไลเคนแพลนัสช่องปากมีดังนี้⁽²⁹⁾ ยากลุ่มความดันโลหิตสูง ได้แก่ angiotensin-converting enzyme inhibitors, beta-blockers, methyl dopa ยากลุ่มรักษามาลาเรีย ได้แก่ quinidine ยากลุ่มรักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ sulfonylurea agent ยาแก้อักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs), penicillamine), phenylene-diamine derivatives, ทอง (gold), lithium⁽²²⁾ และมีการศึกษาผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors) ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ โดยผลการศึกษาพบว่ายากลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors อาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดไลเคนแพลนัสช่องปาก หรือเกิดไลเคนอยด์^(30,31,32)

สรุป

ไลเคนแพลนัส เป็นการอักเสบเรื้อรังของผิวหนังและเยื่อเมือกช่องปาก ที่อาจปรากฏได้ในหลายลักษณะ เช่น ลายเส้นสีขาว ตุ่มตัน รอยถลอกแดงหรือแผล มักพบที่บริเวณเยื่อเมือกแก้ม ลิ้น หรือเหงือก ซึ่งมักพบทั้งสองข้าง ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก ซึ่งสาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด มีการรายงานถึงความ

สัมพันธ์ของไลเคนแพลนัสช่องปากกับภาวะโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคภูมิคุ้มกันตัวเองบกพร่อง โรคระบบทางเดินอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งยังไม่พบรายงานที่เกี่ยวข้องในโรคเลือด โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม โรคกระดูกสันหลังคด

วิจารณ์

ในการสืบค้นหาข้อมูลในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเจาะจงในเรื่องของรอยโรคไลเคนแพลนัสช่องปาก ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อภาวะโรคร่วมต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และปัจจุบันโรคโควิด 19 ยังเป็นโรคหนึ่งที่มีอาการแสดงรอยโรคไลเคนแพลนัสช่องปากได้ ซึ่งรอยโรคนี้ในปัจจุบันก็ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่ามีสาเหตุมาจากอะไร แต่ได้มีผู้ศึกษาหลายท่านพบความสัมพันธ์กับภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นดังที่ได้สืบค้นข้อมูลมาในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

รอยโรคไลเคนแพลนัสช่องปาก มีการอุบัติของโรคที่ไม่สูงมากนัก ซึ่งพบเจอได้น้อย ทำให้ทันตแพทย์อาจมองข้ามรอยโรคนี้ไป แต่อย่างไรก็ตามพบว่า รอยโรคไลเคนแพลนัสช่องปากสามารถมีการแสดงรอยโรคร่วมกับภาวะโรคร่วมได้หลายอย่าง ดังนั้นทันตแพทย์ที่สังเกตพบรอยโรคนี้ในช่องปาก อาจจะต้องคิดถึงภาวะโรคร่วมที่ผู้ป่วยสามารถเกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการตรวจร่างกายอย่างอื่นเพิ่มเติมนอกจากการตรวจในช่องปากอย่างเดียวเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. González RMÁ, Warnakulasuriya S, González RI, González RL, Ayén Á, Lenouvel D, et al. Worldwide prevalence of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Oral Dis* 2021;27(4):813-28.
2. Hamour AF, Klieb H, Eskander A. Oral lichen planus. *CMAJ* 2020;192(31):e892.
3. Böer AA, Lütgerath C. Lichen (ruber) planus: Grundlagen, klinische Varianten, histologische Besonderheiten und Differenzialdiagnostik (lichen planus: fundamentals,

- clinical variants, histological features, and differential diagnosis). *Hautarzt* 2020;71(12):1007-21.
- Mollaoglu N. Oral lichen planus: a review. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000;38(4):370-7.
 - Chainani WN, Silverman S, Lozada NF, Mayer P, Watson JJ. Oral lichen planus: patient profile, disease progression and treatment responses. *J Am Dent Assoc* 2001;132(7):901-9.
 - Sanli H, Cetinkaya H, Tursen U, Kaya M, Kuzu I, Gurler A. Upper gastrointestinal findings in oral lichen planus. *Turk J Gastroenterol* 2002;13(1):31-4.
 - Minicucci EM, Weber SA, Stolf HO, Ribeiro DA. Oro-genital lichen planus: report of two cases. *Maturitas* 2008;59(2):201-5.
 - Eisen D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal, and ocular involvement in patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;88(4):431-6.
 - Andreasen JO. Oral lichen planus a clinical evaluation of 115 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1968;1:31-42.
 - Burgos BP, Fernandez ND, Selda EG, Melian OA, Perosanz LD, Dominguez SM, et al. COVID-19: a possible trigger for oral lichen planus? *Int J Dermatol* 2021; 60(7):882-3.
 - Merhy R, Sarkis AS, Kaikati J, Khoury L, Ghosn S, Stephan F. New-onset cutaneous lichen planus triggered by COVID-19 vaccination. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021;35(11):e729-30.
 - Diaz GB, Dominguez SM, Suarez VA, Fernandez ND, Jimenez CJ, Ballester A. Annular lichen planus associated with coronavirus SARS-CoV-2 disease (COVID-19). *Int J Dermatol* 2021;60(2):246-7.
 - Ricardo JW, Lipner SR. Recommendations for treatment of nail lichen planus during the COVID-19 pandemic. *Dermatol Ther* 2020;33(4):e13551.
 - Boch K, Langan EA, Kridin K, Zillikens D, Ludwig RJ, Bieber K. Lichen planus. *Front Med (Lausanne)* 2021;8:e737813.
 - Hussein H, Brown R. Hydroxychloroquine and the treatment of Sjogren syndrome, chronic ulcerative stomatitis, and oral lichen planus in the age of COVID-19. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2021;131(1):e9-13.
 - Hiltun I, Sarriugarte J, Martínez EI, Garcés A, Llanos C, Vives R, et al. Lichen planus arising after COVID-19 vaccination. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021;35(7): 414-5.
 - Cozzani E, Herzum A, Burlando M, Parodi A. Cutaneous manifestations of HAV, HBV, HCV. *Ital J Dermatol Venerol* 2021;156(1):5-12.
 - Tenório JR, de Camargo AR, Lemos C, Ortega KL. Oral lichen planus and HCV infection. *Autops Case Rep* 2020; 10(4):e2020210.
 - Balani P, Lopez AR, Nobleza CMN, Siddiqui M, Shah PV, Khan S. Can pioglitazone safeguard patients of lichen planus against homocysteine induced accelerated cardiovascular aging and reduced myocardial performance: a systematic review. *Cureus* 2020;12(12):e12372.
 - Lamey PJ, Gibson J, Barclay SC, Miller S. Grinspan's syndrome: a drug-induced phenomenon? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;70(2):184-5.
 - Dave A, Shariff J, Philipone E. Association between oral lichen planus and systemic conditions and medications: Case-control study. *Oral Dis* 2021;27(3):515-24.
 - Holmstrup P, Dabelsteen E. Changes in carbohydrate expression of lichen planus affected oral epithelial cell membranes. *J Invest Dermatol* 1979;73(5):364-7.
 - Ellgehausen P, Elsner P, Burg G. Drug-induced lichen planus. *Clin Dermatol* 1998;16(3):325-32.
 - Sallay K, Kovesi G, Dori F. Circulating immune complex studies on patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;68(5):567-70.
 - Christensen E, Holmstrup P, Wiberg-Jorgensen F, Neumann-Jensen B, Pindborg JJ. Glucose tolerance in patients with oral lichen planus. *J Oral Pathol* 1977;6(3): 143-51.
 - Borghelli RF, Pettinari IL, Chuchurru JA, Stirparo MA. Oral lichen planus in patients with diabetes. An epide-

- miologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75(4):498-500.
27. Lundstrom IM. Incidence of diabetes mellitus in patients with oral lichen planus. *Int J Oral Surg* 1983;12(3):147-52.
28. Seyhan M, Ozcan H, Sahin I, Bayram N, Karıncaoglu Y. High prevalence of glucose metabolism disturbance in patients with lichen planus. *Diabetes Res Clin Pract* 2007;77(2):198-202.
29. Firth NA, Reade PC. Angiotensin-converting enzyme inhibitors implicated in oral mucosal lichenoid reactions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;67(1):41-4.
30. Sonia G, Manveen K J. Oral lichen planus: An update on etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and management. *Indian Journal of Dermatology* 2015;60:222-9
31. Iorizzo M, Tosti A, Starace M, Baran R, Daniel CR, Di Chiacchio N, et al. Isolated nail lichen planus: An expert consensus on treatment of the classical form. *J Am Acad Dermatol* 2020;83(6):1717-23.
32. Rotaru D, Chisnoiu R, Picos AM, Picos A, Chisnoiu A. Treatment trends in oral lichen planus and oral lichenoid lesions (review). *Exp Ther Med* 2020;20(6):198.

Abstract: Oral Lichen Planus with Underlying Diseases

Arnun Jukisalapong, D.D.S, M.P.H., M.B.A., D.B.A.

Fort Khun Chueang Thammikkarat Hospital, Phayao Province, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(4):768-76.

Oral lichen planus is a chronic inflammatory mucocutaneous disease of unknown etiology. An immunologically induced degeneration of oral epithelial cells has been suggested. It is a common oral dermatosis and one of the most frequent mucosal pathosis encountered by dental practitioners. Furthermore, it may be associated with many underlying diseases. Oral lichen planus has been reported in COVID-19 patients as well. Therefore, dentists should realize about this lesion with underlying diseases.

Keywords: oral lichen planus; underlying diseases; dental