



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Department of Health Service Support Journal

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567
Vol.20 No.1 January - April 2024

ISSN : 2822-1109 (Online)



วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์	เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานนวัตกรรม งานวิจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชน รวมถึงงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กว้างขวางและได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ	
คณะที่ปรึกษา	นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ นพ.สามารถ ธีระศักดิ์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
บรรณาธิการ	นางณัฐยา ประเสริฐศักดิ์ ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
กองบรรณาธิการ	ศ.นพ.กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ ศ.ดร.เอ็มอัชมา วัฒนบุรานนท์ รศ.ดร.สุ่มัทนา กลางคาร นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช ผศ.ดร.วันวิสา ชัชวงษ์ ผศ.ดร.ทัศนพร ชูศักดิ์ ผศ.ดร.พัชรี สุริยะ ดร.ศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม ผศ.พิเศษ ธนินทร์ เวชชาภินันท์ ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์ นายอัครพล คุรุศาสตร์ นางสาวภา จงกิตติพงศ์ นางศุภกชญา ภาวังคะรัต นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น นายบุญยืน อยู่พิพัฒน์ นายสรพงษ์ ทักษิมล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยนเรศวร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งโยธยา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ	นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น ดร.ศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม ศ.ดร.เอ็มอัชมา วัฒนบุรานนท์ ผศ.ดร.พัชรี สุริยะ นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช ผศ.ดร.ทัศนพร ชูศักดิ์ ดร.วิภาดา จันทน์มณฑล ผศ.ดร.วันวิสา ชัชวงษ์ ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์ ผศ.ดร.พัฒนา พรหมณี ดร.วิภาดา จันทน์มณฑล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด - ธนบุรี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งโยธยา สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งโยธยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด - ธนบุรี

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน พ.ศ. 2567

Vol.20 No.1 January – April 2024

คณะทำงาน

นายสุพจน์ สว่างดี

นางดุขฎิ์ อำนวย

ผู้ประสานงาน

นายสุพจน์ สว่างดี

โทร 02 193 7092

Email : planhss.journal@gmail.com

Web site : <https://thaidj.org/index.php/jdhss>

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง

มกราคม-เมษายน

พฤษภาคม-สิงหาคม

กันยายน-ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

งานวิชาการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม ชั้น 6

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต

แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 02 617 8611, 08 3069 2557

อีเมล : tj8575@gmail.com Line id : tj8575

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 20 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – ธันวาคม 2567 ประกอบด้วย บทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ 2) การวิจัยเอกสารเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาการโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์ 3) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการวัดอุณหภูมิร่างกายโดยเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสที่ใช้ที่จุดคัดกรอง 4) ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3 5) แรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมต่อการสมัครใจบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี 6) การศึกษาการค้นหากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งทางบรรณาธิการมุ่งหวังให้วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ และกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่ง ว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงาน ให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากยิ่งขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาพัฒนาวารสารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 – 193 – 7092 E-mail: planhss.journal@gmail.com

สารบัญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมาย ว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ.....	5
ชยาภรณ์ ศรีสมุทรนาค, วรางคณา จันทร์คง	
การวิจัยเอกสารเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาการโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์.....	17
ชานมน วิภูรพี	
ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการวัดอุณหภูมิร่างกายโดยเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสที่เซที่จุดคัดกรอง.....	29
ศุภชัย สิงโ, วิชญ์ฐิตา ปานเนาวิ, แก้วกานต์ แยมบางยาง	
ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อกับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุ ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3.....	38
จุฬาลักษณ์ ฐิตินันท์วิวัฒน์, นเรศน์ ฐิตินันท์วิวัฒน์	
แรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมต่อการสมัครใจบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี.....	49
วรพล อาศน์สุวรรณ	
การศึกษาการค้นหากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล.....	59
ณัฐจิรธรณ พันธ์มุง, หทัยชนก เกตุจุนา, ขวัญชนก อีสระะ, สุภาพร ศุขร	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

FACTORS RELATED TO THE OPERATIONS ACCORDING TO AUTHORITY OF THE COMMITTEE ON PROFESSIONS UNDER THE HEALING ARTS PRACTICES ACT

ชยาภรณ์ ศรีสมุทรนาค, วรางคณา จันทร์คง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Chayaporn Srisamutnak, Warangkana Chankong

School of Health Sukhothai, Thammathirat Open University, Department Of Health Service Support

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการวิชาชีพ และการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการบริหารจัดการกับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ และ (3) ศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ โดยประชากรที่ศึกษา คือ คณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 157 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบของฟิชเชอร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Coefficient of Alpha) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.946

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ มีการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่อยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการวิชาชีพ ($p < 0.001$) โดยปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะที่พบมากที่สุดได้แก่ การพิจารณาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นต้องรอรอบของการประชุม ซึ่งในหลายครั้งปัญหาเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำมาใช้ปฏิบัติ

คำสำคัญ: การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่, คณะกรรมการวิชาชีพ, กฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

Abstract

This research aimed to (1) study personal characteristic factors, factors of committee on professions and management characteristic factors of committee on professions; (2) study operation according to authority of committee on professions under the healing arts practices act; (3) study relationship between personal characteristic factors , factors of committee on professions and management characteristic factors of committee on professions under the healing arts practices act; and (4) study problems, obstacles and suggestions in operation according to authority of committee on professions under the healing arts practices act. The study population was committee on professions under the healing arts practices act of 157 persons. Data was collected using a questionnaire. Data analysis by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Fisher exact Probability Test, and Pearson's product moment correlation coefficient. The reliability of the questionnaire using Cronbach's Coefficient of Alpha, with the reliability of the entire questionnaire being equal to 0.946.

The research revealed operation according to authority of committee on professions under the healing arts practices act were at a high level and the factors significantly statistic related to operation according to authority of committee on professions was management characteristic factors of committee on professions ($p < 0.001$). The problems, obstacles, and suggestions in operations according to authority of committee on professions under the healing arts practices act that most same comment is the consideration of various problems that occurs must wait for the cycle of the meeting. In many times, the problems related to other organizations cause delays in implementation.

Keywords : operations according to authority, committee on professions, healing arts practices act

บทนำ

การประกอบโรคศิลปะ เป็นการประกอบวิชาชีพ ที่กระทำหรือมุ่งหมายที่จะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ การผดุงครรภ์ ไม่แต่รวมถึงการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น ปัจจุบันการประกอบโรคศิลปะประกอบไปด้วย 9 สาขา การประกอบโรคศิลปะ โดยสาขาที่ถูกระบุในพระราชบัญญัติ การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ได้แก่ สาขาการจักษุกรรมบำบัด การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย การแพทย์แผนจีน กายอุปกรณ์ จิตวิทยาคลินิก เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก รังสีเทคนิค (กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2542) และสาขาที่ถูกกำหนดโดยพระราชกฤษฎีกากำหนดจำนวน 2 สาขา ได้แก่ สาขาการกำหนดอาหาร และฉุกเฉินการแพทย์

จากข้อมูลปัจจัยด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการวิชาชีพนั้น พบว่าแนวทางการดำเนินงานและรูปแบบการควบคุม การประกอบโรคศิลปะที่มีความแตกต่างตามบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้ง การเลือก การเลือกตั้งเข้ามาเป็นกรรมการวิชาชีพ ตลอดจนการรับรู้อำนาจหน้าที่ของกรรมการวิชาชีพนั้นยังเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการควบคุม การประกอบโรคศิลปะและตอบสนองต่อการคุ้มครอง ผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด แต่การดำเนินการควบคุม การประกอบโรคศิลปะนั้นยังเกิดปัญหาอยู่หลายประการ เช่น 1) ความครอบคลุมในการควบคุมผู้ประกอบการโรคศิลปะ ตลอดจนการควบคุมจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้องและการทำการประกอบโรคศิลปะ 2) ปริมาณงาน ที่มีจำนวนมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาวะ และเทคโนโลยีในปัจจุบันแต่กฎหมายที่ใช้เป็นเครื่องมือ ควบคุมนั้นยังไม่มีปรับปรุงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และสภาวะสังคมในปัจจุบัน 3) เวลาในการดำเนินงานนั้น ไม่เพียงพอ เนื่องจากมีข้อจำกัดและกรอบเวลาในการดำเนินงาน ที่ถูกกำหนดในกฎหมายแต่ปริมาณงานที่มีความมากขึ้น 4) การดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพนั้นเป็นการดำเนินงานภายใต้มติของที่ประชุมคณะกรรมการวิชาชีพ ส่งผลต่อการตอบสนองการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ต่อเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ (คณะกรรมการวิชาชีพ

ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ, 2564-2565) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแนวคิด 7S Model ของ McKinsey มีความสอดคล้องกับการวิเคราะห์การปฏิบัติงานควบคุม การประกอบโรคศิลปะตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ วิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

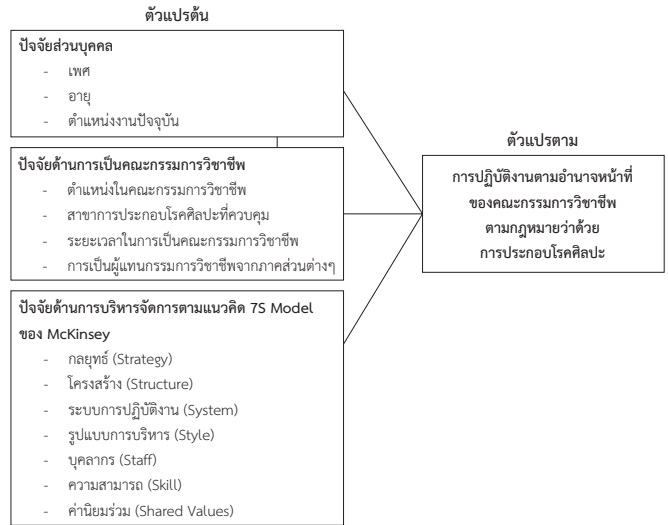
จากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบ โรคศิลปะ พบว่าจากรายงานวิจัยของจุฬาลักษณ์ ศรศักดิ์านภาพ และณรงค์ ใจเที่ยง เรื่อง กฎหมายการแพทย์แผนจีน กับระบบสุขภาพไทย พบว่ากองสถานพยาบาลและ การประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับ คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน ได้จัดทำ มาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนขึ้น เพื่อให้มีแนวทางการประกอบวิชาชีพอันเป็นมาตรฐาน และเพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการในการรักษา ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน (จุฬาลักษณ์ ศรศักดิ์านภาพ และณรงค์ ใจเที่ยง, 2563) และจากรายงานวิจัยของ กมล ไชยสิทธิ์ และคณะ เรื่อง บทบาทหน้าที่ของนักกำหนด อาหารตามพระราชกฤษฎีกากำหนดให้การกำหนดอาหาร เป็นหนึ่งในสาขาการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2563 พบว่า คณะกรรมการวิชาชีพการกำหนดอาหารเป็นผู้ออกนโยบาย และการควบคุมการประกอบโรคศิลปะสาขาการกำหนด อาหาร ซึ่งเมื่อพระราชกฤษฎีกามีผลบังคับใช้ กรมสนับสนุน บริการสุขภาพได้ทำการส่งสารผ่านสื่อสังคม ออนไลน์ และสำนักข่าวต่างๆ เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงการเริ่มบังคับใช้ กฎหมายวิชาชีพนี้ (กมล ไชยสิทธิ์ และคณะ, 2565) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นทำให้เห็นว่าการพัฒนารวมถึง การควบคุมการประกอบโรคศิลปะที่มีเป้าประสงค์หลักเพื่อ เป็นการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับการบริการด้านสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยนั้น คณะกรรมการวิชาชีพ ในแต่ละสาขาจำเป็นต้องมีการวางกลยุทธ์ ขั้นตอน การดำเนินงาน ตลอดจนถึงการกระจายอำนาจให้ผู้มีความรู้ ความชำนาญในการดำเนินงานพัฒนาและควบคุม การประกอบโรคศิลปะในแต่ละด้านอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และภายใต้กรอบอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการ ประกอบโรคศิลปะ

อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการเกี่ยวกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาการควบคุมการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ หรือไม่ อย่างไรก็ตามอย่างไรก็ตามตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการบริหารจัดการของคณะกรรมการวิชาชีพโดยเฉพาะในสถานการณ์และสถานะปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลง ผลที่ได้จากการวิจัยจะได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการควบคุมการประกอบโรคศิลปะที่มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ตลอดจนเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคหรือประชาชนให้มีความปลอดภัยในการรับบริการด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการวิชาชีพ และการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ และปัจจัยด้านการบริหารจัดการ กับ การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

กรอบแนวคิด



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของคณะกรรมการวิชาชีพในการแนวทางและข้อปฏิบัติในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะต่อไป

วิธีการศึกษา

1. การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของ McKinsey ของคณะกรรมการวิชาชีพ และการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ
2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะทั้ง 9 สาขาการประกอบโรคศิลปะ โดยได้รับการแต่งตั้ง เลือกและเลือกตั้งตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 157 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร (Total Population)
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการวิชาชีพ จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ

จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของ McKinsey ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 21 ข้อ ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 33 ข้อ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำแบบทดสอบที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดสอบใช้กับอนุกรรมการวิชาชีพ และผู้ที่เคยดำรงตำแหน่งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะไม่เกิน 5 ปี จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้เท่ากับ 0.946 และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 2 ข้อ

4. การแปลผล

4.1 การแปลผลปัจจัยด้านการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของ McKinsey ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ แบ่งออกเป็น 3 ระดับความเห็น ดังนี้ น้อย (3.00 – 7.00) ปานกลาง (7.01 – 11.01) และมาก (11.02 – 15.00)

4.2 การแปลผลการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะรายด้าน แบ่งออกเป็น 3 ระดับการปฏิบัติ ดังนี้ น้อย (3.00 – 7.00) ปานกลาง (7.01 – 11.01) และมาก (11.02 – 15.00)

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่าจะตอบจะเป็นความลับ ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม มีการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ใช้ศึกษาโดยต้องผ่านการขออนุญาต และ ยินยอมจากฝ่ายผู้ให้ข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการวิชาชีพ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของ McKinsey ของคณะกรรมการวิชาชีพ และการปฏิบัติงาน

ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ แสดงด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การทดสอบของฟิชเชอร์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ตำแหน่งงานปัจจุบัน สาขาการประกอบโรคศิลปะที่ควบคุม ตำแหน่งในคณะกรรมการวิชาชีพ กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ โดยผู้วิจัยใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติเมื่อทดสอบด้วย Kolmogorov Smirnov test และการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของ McKinsey ของคณะกรรมการวิชาชีพ กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

จากตารางแสดงให้เห็นว่า คณะกรรมการวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.5 มีอายุเฉลี่ย 50.46 ปี โดยอายุที่มากที่สุดคือ 74 ปี และน้อยที่สุดคือ 29 ปี ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ที่ตอบมากที่สุดคือ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ร้อยละ 45.9 และตำแหน่งงานปัจจุบันที่น้อยที่สุดคือ อาจารย์ ร้อยละ 33.8

2. ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ

จากตารางแสดงให้เห็นว่า สาขาการประกอบโรคศิลปะที่ตอบมากที่สุดคือ สาขาฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 14.65 ตำแหน่งในคณะกรรมการวิชาชีพส่วนใหญ่คือ กรรมการวิชาชีพ ร้อยละ 82.81 ส่วนใหญ่เป็นกรรมการวิชาชีพจากผู้ประกอบโรคศิลปะที่มาจากการเลือกตั้ง ร้อยละ 53.51

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	51	32.50
	หญิง	106	67.50
อายุ	≤ 40 ปี	35	22.30
	41 – 50 ปี	48	30.60
	51 – 60 ปี	34	21.60
	≥ 61 ปี	40	25.50
$\bar{X} = 50.46$, S.D. = 11.27, Min = 29, Max = 74			
ตำแหน่งงานปัจจุบัน	ผู้ประกอบวิชาชีพ	72	45.8
	อาจารย์	53	33.8
	รับราชการ	32	20.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

	ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
สาขาการประกอบโรคศิลปะ	สาขากิจกรมบำบัด	17	10.83
	สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย	13	8.28
	สาขาการแพทย์แผนจีน	21	13.38
	สาขากายอุปกรณ์	13	8.28
	สาขาจิตวิทยาคลินิก	17	10.83
	สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	15	9.55
	สาขารังสีเทคนิค	17	10.83
	สาขาการกำหนดอาหาร	21	13.38
	สาขาฉุกเฉินการแพทย์	23	15.91
ตำแหน่งงานปัจจุบัน	ผู้ประกอบวิชาชีพ	72	45.80
	อาจารย์	53	33.80
	รับราชการ	32	20.40
ตำแหน่งในคณะกรรมการวิชาชีพ	ประธานกรรมการวิชาชีพ	9	5.73
	รองประธานกรรมการวิชาชีพ	9	5.73
	กรรมการวิชาชีพ	130	82.81
	กรรมการวิชาชีพและเลขานุการ	9	5.73
ระยะเวลาในการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ	1 – 5 ปี	125	79.60
	6 – 10 ปี	23	14.60
	11 – 15 ปี	7	4.50
	≥ 16 ปี	2	1.30
$\bar{X} = 3.63$, S.D. = 3.62, Min = 1, Max = 21			

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ (ต่อ)

	ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
การเป็นผู้แทนกรรมการวิชาชีพจากภาคส่วนต่างๆ	ผู้แทนส่วนราชการ	25	15.92
	ผู้ทรงคุณวุฒิ	27	17.20
	ผู้แทนจากสถาบันการศึกษา	25	15.92
	ผู้ประกอบโรคศิลปะที่มาจากการเลือกตั้ง	80	50.96

3. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของ McKinsey ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

จากตารางแสดงให้เห็นว่า ระดับความเห็นการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากโดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านค่านิยมร่วม ($\bar{x} = 13.62$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านกลยุทธ์ ($\bar{x} = 12.68$)

4. การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

จากตารางแสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือการรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น ($\bar{x} = 13.26$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือแจ้งหรือโฆษณาข่าวสารด้วยวิธีใดๆ ตามที่เห็นสมควร ($\bar{x} = 11.25$)

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher exact Probability Test)

จากตารางแสดงให้เห็นว่า เพศ ตำแหน่งงานปัจจุบัน สาขาการประกอบโรคศิลปะ ตำแหน่งในคณะกรรมการวิชาชีพ และการเป็นกรรมการวิชาชีพจากภาคส่วนใด ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ($p\text{-value} > 0.05$)

6. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

จากตารางแสดงให้เห็นว่า อายุ ระยะเวลาในการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ และปัจจัยด้านการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของคณะกรรมการวิชาชีพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.567, p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเห็นการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของ McKinsey ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

การบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของ McKinsey	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านกลยุทธ์ (Strategy)	12.68	1.87	มาก
2. ด้านโครงสร้าง (Structure)	12.82	1.81	มาก
3. ด้านระบบการปฏิบัติงาน (System)	12.50	2.26	มาก
4. ด้านรูปแบบการบริหาร (Style)	12.74	1.94	มาก
5. ด้านบุคลากร (Staff)	12.80	1.81	มาก
6. ด้านทักษะ (Skill)	13.01	1.58	มาก
7. ด้านค่านิยมร่วม (Shared values)	13.62	1.64	มาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ระดับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ
1. การรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น	13.26	1.63	มาก
2. เพิกถอนใบอนุญาตกรณีผู้ประกอบโรคศิลปะนั้นขาดคุณสมบัติ	11.90	3.19	มาก
3. เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ* เพื่อให้คำแนะนำหรือเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรี	4.25	0.71	มาก
4. พิจารณาลงโทษผู้ประกอบโรคศิลปะในกรณีที่ผู้ประกอบโรคศิลปะในประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพจริงตามคำกล่าวหาหรือกล่าวโทษ	12.04	2.39	มาก
5. ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำแก่สถานศึกษาเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษาการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น	12.59	2.35	มาก
6. แจ้งหรือโฆษณาข่าวสารด้วยวิธีใดๆ ตามที่เห็นสมควร	11.25	2.66	มาก
7. ส่งเสริม พัฒนา และกำหนดมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น	12.17	2.58	มาก
8. ออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น*	3.83	1.09	มาก
9. พิจารณาและเสนอชื่อผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพเป็นกรรมการประกอบโรคศิลปะ	12.76	1.94	มาก
10. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการวิชาชีพเพื่อกระทำการใดๆ อันอยู่ในอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพในสาขานั้น	13.04	1.69	มาก
11. พิจารณาหรือดำเนินการในเรื่องอื่นตามที่รัฐมนตรีหรือคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะมอบหมาย	12.40	2.52	มาก

* ด้านที่ 3 และด้านที่ 8 มีข้อคำถามด้านละ 1 ข้อ

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

	ตัวแปร	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล	เพศ	0.402
	ตำแหน่งงานปัจจุบัน	0.931
ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ	สาขาการประกอบโรคศิลปะ	0.549
	ตำแหน่งในคณะกรรมการวิชาชีพ	0.519
	การเป็นผู้แทนกรรมการวิชาชีพจากภาคส่วนต่างๆ	0.524

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ อายุ ระยะเวลาในการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของ McKinsey ของคณะกรรมการวิชาชีพ กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ตัวแปร	การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่		ระดับความสัมพันธ์
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (95%CI)	p-value	
ปัจจัยส่วนบุคคล			
- อายุ	0.028 (-0.129 - 0.184)	0.730	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ			
- ระยะเวลาในการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ	-0.070 (-0.224 0.088)	0.383	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model			
- ด้านกลยุทธ์ (Strategy)	0.567 (0.450 - 0.665)	< 0.001	ระดับปานกลาง
- ด้านโครงสร้าง (Structure)	0.526 (0.402 - 0.631)	< 0.001	ระดับปานกลาง
- ด้านระบบการปฏิบัติงาน (System)	0.378 (0.234 - 0.504)	< 0.001	ระดับปานกลาง
- ด้านรูปแบบการบริหาร (Style)	0.411 (0.272 - 0.533)	< 0.001	ระดับปานกลาง
- ด้านบุคลากร (Staff)	0.504 (0.377 - 0.612)	< 0.001	ระดับปานกลาง
- ด้านบุคลากร (Staff)	0.402 (0.262 - 0.525)	< 0.001	ระดับปานกลาง
- ด้านทักษะ (Skill)	0.558 (0.440 - 0.657)	< 0.001	ระดับปานกลาง
- ด้านค่านิยมร่วม (Shared values)	0.548 (0.429 - 0.649)	< 0.001	ระดับปานกลาง

7. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

คณะกรรมการวิชาชีพได้ให้ความเห็นจำนวน 31 คน และสามารถสรุปประเด็นปัญหาได้ว่า การพิจารณาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นต้องรอตามรอบของการประชุม ซึ่งในหลายครั้งปัญหาเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำมาใช้ปฏิบัติ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 48.39 งบประมาณที่ใช้ในการประชุมไม่เพียงพอต่อการจัดประชุมทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันสถานการณ์ หรือการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพและส่วนที่เกี่ยวข้องยังคงต้องรองบประมาณที่เพียงพอจึงจะสามารถเกิดการประชุมหารือเพื่อพิจารณาได้จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.81 และยังคงพบปัญหาเรื่องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารจากกรรมการวิชาชีพสู่ผู้ประกอบการโรคศิลปะ

อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลทุกตัวแปรไม่มีสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะอาจไม่เกี่ยวข้องกับเพศและอายุตำแหน่งงานปัจจุบัน เนื่องจากสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปิ่นนัท นอขุนทด พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอสามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา (ปิ่นนัท นอขุนทด, 2556) และไชยพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดกาญจนบุรี (ไชยพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์, 2561)

ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่า ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพทุกตัวแปรไม่มีสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะอาจไม่เกี่ยวข้องกับสาขาการประกอบโรคศิลปะ ตำแหน่งในคณะกรรมการวิชาชีพระยะเวลาในการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ และการเป็นกรรมการวิชาชีพจากภาคส่วนต่างๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของธนภรณ์ พรรณราย พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประเภทบุคลากร และระยะเวลาการทำงานที่ต่างกัน มีประสิทธิภาพการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน (ธนภรณ์ พรรณราย, 2565) แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรยา โพธิ์พุ่ม ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งวิชาชีพ อายุงาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เนื่องจากบุคลากรในโรงพยาบาลประกอบด้วยหลายสาขาอาชีพ ทั้งวิชาชีพเฉพาะทาง และอาชีพทั่วไป ทั้งอายุงานที่แตกต่างกัน (ฉัตรยา โพธิ์พุ่ม, 2556)

การบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของ McKinsey ของคณะกรรมการวิชาชีพในภาพรวมและรายด้าน ส่วนใหญ่มีระดับความเห็นอยู่ในระดับมาก ซึ่งตามแนวคิด 7S Model ของ McKinsey (McKinsey, 1980) กล่าวว่าการทำให้การบริหารจัดการมีคุณค่าร่วมกันจะทำให้เป็นศูนย์กลางการพัฒนาของทุกองค์ประกอบใน 7S Model ทั้งนี้ การบริหาร จัดการการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพ อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมีอำนาจหน้าที่และเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา ทำให้การดำเนินงานจะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ คือ การคุ้มครองผู้บริโภคที่รับบริการทางการแพทย์

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ สรุปประเด็นปัญหาได้ว่าการพิจารณาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นต้องรอบคอบของการประชุม ซึ่งในหลายครั้งปัญหาเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น

ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำมาใช้ปฏิบัติ งบประมาณที่ใช้ในการประชุมไม่เพียงพอต่อการจัดประชุมทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันสถานการณ์ ดังนั้นโดยคณะกรรมการวิชาชีพควรมีการกำหนดแผนงานและเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

สรุปผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.5 มีอายุเฉลี่ย 50.46 ปี โดยอายุที่มากที่สุดคือ 74 ปี และน้อยที่สุดคือ 29 ปี ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ที่ตอบมากที่สุดคือ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ร้อยละ 45.9 และตำแหน่งงานปัจจุบันที่น้อยที่สุดคือ อาจารย์ ร้อยละ 33.8

2. ปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพ พบว่า สาขาการประกอบโรคศิลปะที่ตอบมากที่สุดคือ สาขากฎเกณฑ์การแพทย์ ร้อยละ 14.65 ตำแหน่งในคณะกรรมการวิชาชีพส่วนใหญ่คือ กรรมการวิชาชีพ ร้อยละ 82.81 ส่วนใหญ่เป็นกรรมการวิชาชีพจากผู้ประกอบโรคศิลปะที่มาจากการเลือกตั้ง ร้อยละ 53.51 รองลงมาคือ ผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 17.19

3. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีความเห็นว่าคุณกรรมการวิชาชีพมีการบริหารจัดการอยู่ในระดับมากด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านค่านิยมร่วม โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านระบบการปฏิบัติงาน

4. การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีความเห็นว่าคุณกรรมการวิชาชีพมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ คณะกรรมการวิชาชีพมีการพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับการจัดสอบความรู้ของผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ คณะกรรมการวิชาชีพมีการแจ้งหรือโฆษณาข่าวสารเพื่อมิให้ประชาชนหลงเข้าใจผิด ซึ่งอาจเป็นอันตรายอันเนื่องมาจากการประกอบโรคศิลปะ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเป็นคณะกรรมการวิชาชีพกับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการตามแนวคิด 7S Model ของคณะกรรมการวิชาชีพกับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

ควรให้คณะกรรมการวิชาชีพแจ้งข่าวสารหรือประชาสัมพันธ์ต่อผู้ประกอบการโรคศิลปะและประชาชนเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประกอบโรคศิลปะ ตลอดจนเพื่อให้ผู้ประกอบการโรคศิลปะมีความตระหนักถึงจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพในการทำการประกอบโรคศิลปะ โดยมีการสนับสนุนงบประมาณและช่องทางการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างครอบคลุมและกระจายเป็นวงกว้างในสังคม

ข้อเสนอแนะนำไปสู่การปฏิบัติ

คณะกรรมการวิชาชีพควรวางแผนทางและข้อบังคับ รวมถึงข้อมูลประกอบที่ใช้ในการเตรียมดำเนินการในการออกหนังสืออนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญในสาขาการประกอบโรคศิลปะแต่ละสาขา ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนหรือผู้รับบริการทางการแพทย์ได้ทราบความเชี่ยวชาญของผู้ประกอบโรคศิลปะที่ต้องการเข้ารับบริการ

เอกสารอ้างอิง

Chaiyasit Kamon, Tokaew Wittayatorn, Sridee Supaporn, Detpratmongko Tawan. (2022). The role and duty of the dietitian with laws on dietetic practices. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*, 8(9): 389-400. (in Thai).

Committee on Healing Arts Practices. (2021). Carrying out a knowledge examination to request registration and receive a licence to be a healing arts practitioner for the year 2021. *Report of the meeting of the professional committee according to the law on the practice of healing arts, year 2021*. (5-6). Nonthaburi: Department Of Health Service Support. (in Thai).

Committee on Healing Arts Practices. (2022). Carrying out a knowledge examination to request registration and receive a licence to be a healing arts practitioner for the year 2022. *Report of the meeting of the professional committee according to the law on the practice of healing arts, year 2021*. (4-5). Nonthaburi: Department Of Health Service Support. (in Thai).

Healing Arts Practices Act (Vol.4) B.E. 2013. (2013, 18 February). *Royal Gazette*. Vol.130 Part 13a, 1-11. (in Thai).

Healing Arts Practices Act B.E. 1999. (1999, 18 May). *Royal Gazette*. Vol.116 Part 39a, 28-48. (in Thai).

NOKHUNTHOD PANNATHAD. (2013). *Factors affecting management of local government organization : a case study of Kham Sakaesaeng district, Nakhon Ratchasima province*. . (Master of Engineering, Suranaree University of Technology). (in Thai).

- Pannarai Thanaporn. (2022). *Factors Affecting Work Efficiency of Employees in Songkhla Provincial Administrative Organization*. (Master of Public Administration, Prince of Songkla University). (in Thai).
- PHOPHUM CHATRA. (2014). *Factors affecting Banphaeo hospital (public organization)'s management*. (Doctor of philosophy in public administration, Sripatum university). (in Thai).
- Phurichaivoranant Chaiyaputthaa. (2018). *Factors Related to Public Health Administration of District Public Health Officers in Kanchanaburi Province*. (Master of Public Health, Sukhothai Thammathirat Open University). (in Thai).
- Sawadsaringkarn Piyanan. (2021). *7S Model [McKinsey]*. Retrieved April 10, 2023, from <https://drpiyanan.com/2021/05/27/7s-model-mckinsey/>
- Sornsakdanuphap Jularpuk, Chaitiang Narong. (2021). Traditional Chinese Medicine Law with Thai Health System. *Public Health Policy and Laws Journal*, 7(1): 121-138. (in Thai).
- The Royal Decree designates the field of dietetics as a field of Healing Arts Practices B.E. 2020. (2020, 23 June). Royal Gazette. Vol.137 Part 46a, 40-45. (in Thai).
- The Royal Decree designates the field of emergency medicine as a field of Healing Arts Practices B.E. 2021. (2021, 13 July). Royal Gazette. Vol.138 Part 46a, 52-57. (in Thai).

การวิจัยเอกสารเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหา การโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์

DOCUMENTARY RESEARCH TO GUIDELINES FOR SOLVING ONLINE COSMETIC ADVERTISING

ธามน วิภูมिरพี

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

Thamol Vibhumraphi

Food and drug administration

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาการโฆษณาเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมายทางสื่อออนไลน์ และ นำเสนอแนวทางในการแก้ปัญหาการโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์เอกสารวิชาการ รวมถึงเอกสารทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม วิทยานพนธ์และค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเครื่องสำอางจากสื่ออินเทอร์เน็ต ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 ถึงเดือน กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัยพบว่าปัญหาการโฆษณาทางสื่อออนไลน์มีผลกระทบต่อประชาชนผู้บริโภคเป็นวงกว้าง ข้อมูลจากสื่อออนไลน์สามารถส่งถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย ใช้เงินลงทุนน้อย เพิ่มโอกาสในการขาย ขนาดตลาดกว้างสามารถใช้หลาย ๆ แพลตฟอร์ม อีกทั้งพฤติกรรมของผู้บริโภคมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปมีความนิยมในการซื้อสินค้าทางออนไลน์มากขึ้น ขณะที่การโฆษณาเครื่องสำอางไม่มีข้อกำหนดให้ต้องขออนุญาตโฆษณาจากหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานใดก่อนทำการโฆษณาสู่สาธารณชน มีเพียง พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 ที่กำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ ในการกำกับดูแลการโฆษณาเครื่องสำอางหลังจากการเผยแพร่โฆษณาให้ประชาชนเห็นหรือได้ยินเพื่อประโยชน์ในทางการค้า แต่จากการศึกษาพบว่าการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ยังมีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง คือ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ยังมีผู้ประกอบการ ผู้ผลิตสื่อโฆษณาและผู้บริโภคที่ยังขาดองค์ความรู้ในกฎหมาย ขาดความตระหนักถึงผลกระทบต่อตนเองและสังคม

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ควรมีการบูรณาการการทำงานอย่างเป็นระบบในทุกด้าน เช่น การเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ลดขั้นตอนในการดำเนินคดี ลดความซ้ำซ้อน ร่วมกันทำงานเชิงรุก และการเสริมสร้างความร่วมมือกับผู้ประกอบการ ผู้ผลิตสื่อโฆษณาและผู้บริโภค เพื่อให้ภารกิจที่ต้องทำมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกันจนบรรลุวัตถุประสงค์ รวมถึงปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันและอนาคต ในขณะที่ผู้ประกอบการ ผู้ผลิตสื่อโฆษณาและผู้บริโภค ควรศึกษากฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจ ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและสังคมส่วนรวม และมีส่วนร่วมในการยับยั้งการโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์ที่ผิดกฎหมาย

คำสำคัญ: เครื่องสำอาง การโฆษณาทางสื่อออนไลน์ การแก้ปัญหาการโฆษณา

Abstract

This research aimed to study and analysis problems, currently encountered in illegal explore solutions and generate recommendations to solve the problem for online cosmetic advertising. This qualitative research studied relevant documents including relevant legal documents from Food and Drug Administration, Office of the Consumer Protection Board , Ministry of Digital Economy and Society, Thesis and Cosmetic advertising information available on the Internet between August of 2022 and July of 2023.

The results revealed that there was Online advertising has a wide impact on the consumer population. Information from online media can be easily sent to the target audience, low investment, increase sales opportunities, wide market size and many platforms. In addition, consumer behavior has changed and turned to buying products online. However, there is no requirement for cosmetic advertising to obtain advertising permission from any agency or government agency before show. There is only the Cosmetics Act, B.E. 2015 which designated Food and Drug Administration as an agency with duties and responsibilities in regulating cosmetic advertising after the advertisement has been published for commercial purposes. But online advertising also has a related government agency, Office of the Consumer Protection Board and Ministry of Digital Economy and Society. In addition, business operators, advertising producers and consumers There is little legal knowledge. Lack of awareness of the impact on themselves and society.

Therefore, the relevant government unit is the Food and Drug Administration. Office of the Consumer Protection Board and the Ministry of Digital Economy and Society should be a systematic integration of work in all aspects such as linking related information, reduce steps in legal proceedings, reduce duplication, work together proactively, and strengthening cooperation with business operators, advertising producers, and consumers. In order for the work to be continuous and consistent until the objectives are achieved, including improving laws and regulations to suit the current and future situations. Product sellers, advertising producers and consumers should study and understand the relevant laws and regulations, be aware of the impact on themselves and public society and participate in suppressing illegal online cosmetic advertising.

Keywords: Cosmetic, Online Advertising, Advertising problem solving

บทนำ

ปัจจุบันประชาชนทั่วโลกทุกเพศทุกวัยตั้งแต่เด็กจนถึงผู้ใหญ่หรือแม้แต่ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการใช้งานผ่านระบบอินเทอร์เน็ตได้อย่างสะดวก ทุกที่ ทุกเวลา โดยเชื่อมต่อผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์มือถือ แล็ปท็อป และคอมพิวเตอร์ เป็นต้น ดังนั้นการโฆษณาขายสินค้าชนิดต่าง ๆ ทางสื่อออนไลน์จึงเป็นช่องทางที่ได้รับความนิยมอย่างยิ่งในกลุ่มผู้จำหน่ายสินค้า อาจเนื่องด้วยสามารถส่งถึงกลุ่มผู้บริโภคได้ง่าย ใช้เงินลงทุนน้อย ส่งถึงกลุ่มเป้าหมายทางการตลาดได้ง่าย ขนาดตลาดกว้างสามารถใช้หลาย ๆ แพลตฟอร์มร่วมกัน เพิ่มโอกาสในการจำหน่ายสินค้า อีกทั้งพฤติกรรมของผู้บริโภคเปลี่ยนไปนิยมซื้อสินค้าผ่านช่องทางออนไลน์มากยิ่งขึ้น จากการสำรวจของ we are social รายงานว่าคนไทยใช้เวลาบนโลกอินเทอร์เน็ตถึงวันละ 8.44 ชั่วโมง และเข้าถึงการซื้อสินค้าออนไลน์เป็นอันดับที่ 3 ของโลกด้วยสัดส่วนเฉลี่ย 83.6% (Eukeik. EE, 2564) การซื้อขายสินค้าทางโลกออนไลน์ เป็นการซื้อขายสินค้าที่ผู้ซื้อตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่นำเสนอผ่านช่องทางออนไลน์ โดยไม่ได้สัมผัสกับตัวสินค้าหรือผู้ขายโดยตรง สามารถสั่งซื้อสินค้าได้ตามความต้องการอย่างรวดเร็ว อีกทั้งพบว่าการติดต่อซื้อขายสินค้าผ่านทางออนไลน์ เป็นช่องทางที่สะดวก รวดเร็ว เข้าถึงประชาชนจำนวนมากได้ง่าย และมีระบบชำระเงิน ครบทุกขั้นตอนของการจำหน่ายสินค้า จึงเป็นที่นิยมอย่างมากในยุคปัจจุบัน ผู้ประกอบธุรกิจนิยมใช้กลยุทธ์ทางการตลาดโฆษณาสินค้าของตนส่งเสริมการขายหรือการแข่งขันทางการตลาด เพื่อให้ผลิตภัณฑ์เข้าถึงกลุ่มผู้บริโภค ให้ผู้บริโภครับรู้และหลงเชื่อในการโฆษณา มีการเสนอขายสินค้าประเภทต่าง ๆ รวมถึงเครื่องสำอางเพิ่มมากขึ้น ผู้ประกอบธุรกิจการค้าและผู้ประกอบธุรกิจโฆษณาอาจอ้างงานวิชาการในการโฆษณามาใช้ในการส่งเสริมการขายสินค้าและบริการ แต่การกระทำดังกล่าวอาจทำให้ผู้บริโภคตกอยู่ในฐานะเป็นผู้ที่เสียเปรียบเพราะผู้บริโภคไม่อาจทราบความจริงเกี่ยวกับคุณภาพ ราคาของสินค้าและบริการต่าง ๆ ได้ ขณะที่สิ่งที่ผู้บริโภคกังวลในการซื้อขายออนไลน์ คือ สินค้าได้รับความเสียหาย ไม่ได้มาตรฐานหรือไม่ผ่านการรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมถึงสินค้าไม่ตรงกับที่กล่าวอ้างหรือมีการอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง

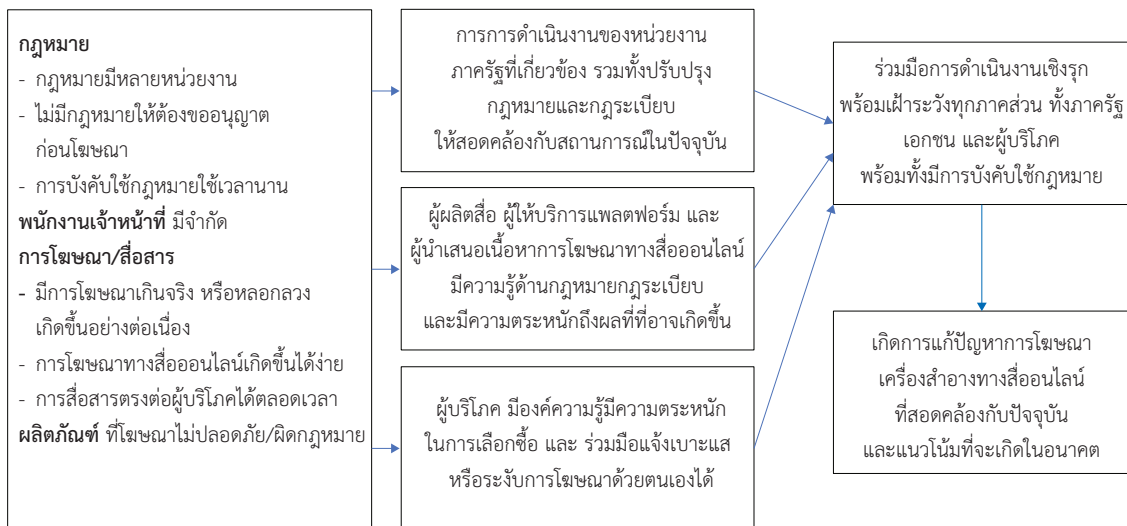
(EDTA, 2564) ขณะที่บทบัญญัติที่กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเครื่องสำอางโดยตรงมีเพียงการโฆษณาตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 (พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง, 2558) ได้ให้ความหมายของการโฆษณาไว้ว่า หมายถึง การกระทำไม่ว่าโดยวิธีใด ๆ ให้ประชาชนเห็นได้ยิน หรือทราบข้อความ เพื่อประโยชน์ทางการค้า ดังนั้นการกระทำการเพื่อประโยชน์ทางการค้าผ่านเครือข่ายต่าง ๆ รวมถึงทางออนไลน์จึงถือเป็นการโฆษณาตามกฎหมายฉบับนี้ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การเล่าให้ฟัง การโน้มน้าวใจ แนะนำเพื่อให้มีพฤติกรรมคล้อยตามเนื้อหา การแสดงให้เห็นจุดดีจุดเด่นจนเกิดความคล้อยตาม ให้ข้อมูลวิชาการหรือนำเสนอเกี่ยวกับความคิดเพื่อจุดใจให้เกิดความพอใจ อาจจะด้วยการสมมติหรือด้วยเหตุผลที่แท้จริง ก็ได้ แต่ต้องเพื่อให้เกิดประโยชน์ทางการค้าของตน ในหลายครั้งการโฆษณาอาจมีเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม โน้มน้าวชักจูงให้เกิดการความเข้าใจผิดหรือคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง โดยเฉพาะด้านเนื้อหาหรือข้อมูลที่ผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นเท็จหรือเกินความจริง สร้างเจตนาความเข้าใจผิดในแหล่งผลิต คุณภาพปริมาณหรือสาระสำคัญเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ ไม่ว่าจะเป็นของตนเองหรือของผู้อื่น หรือใช้ข้อความที่เป็นเท็จหรือข้อความที่ทำให้เกิดการเข้าใจผิดในสาระสำคัญ

หน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภคในการจำหน่ายสินค้าออนไลน์มีความพยายามในการคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับสินค้าตรงกับความต้องการตามที่ได้รับการกล่าวอ้างหรือชักจูงใจจากคำโฆษณาของผู้จำหน่ายสินค้า แต่กลับพบว่าการซื้อสินค้าโดยเชื่อในการโฆษณาผ่านสื่อออนไลน์ยังไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้จำหน่ายได้เคยโฆษณาไว้จากการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผ่านมา ทางสื่อทีวี วิทยุ นิตยสาร และอินเทอร์เน็ต ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า จำนวนข้อมูลการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2558) เช่น จากข้อมูลการเฝ้าระวังของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้เสนอข่าวเมื่อวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2565 ได้เปิดเผยผลการเฝ้าระวังพบว่า บริษัทเอกชนแห่งหนึ่งได้มีการเปิดเว็บไซต์เพื่อโฆษณา

จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีบทความเนื้อหาที่เป็นเท็จ และบรรยายสรรพคุณเกินความจริง จำนวน 20 เว็บไซต์ (20 ผลิตภัณฑ์) โดยเป็นการโฆษณาเครื่องสำอางผิดกฎหมาย 8 เว็บไซต์ ในส่วนการโฆษณาผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาบทความอันเป็นเท็จและมีสรรพคุณเกินจริงนั้น บริษัทในเครือเดียวกันที่เป็นสำนักงานในประเทศโปแลนด์ได้ว่าจ้างบริษัทแห่งหนึ่งในประเทศรัสเซียเป็นผู้ดำเนินการ โดยในปี 2564 มีรายได้จากเปิดเว็บไซต์ที่มีข้อมูลอันเป็นเท็จเพื่อโฆษณาขายผลิตภัณฑ์ ประมาณ 250 ล้านบาท (Health Serv, 2565)

ดังนั้นเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองจากการเลือกซื้อเครื่องสำอางผ่านช่องทางออนไลน์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการ กำกับ ดูแล ควบคุมให้การโฆษณาเครื่องสำอางเป็นไปอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ผู้วิจัยเห็นเป็นอย่างยิ่งว่าทำการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาการโฆษณาเครื่องสำอางผ่านช่องทางออนไลน์ และต้องดำเนินการอย่างเข้มแข็งเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญห และสร้างกลไกใหม่เพิ่มเติมในการเฝ้าระวังปัญหา แก้ไขปัญหาที่มีอยู่ให้ลดลง อีกทั้งการสร้างองค์ความรู้ความตระหนักรู้ให้เกิดขึ้นในสังคมทุกระดับ

กรอบแนวคิด



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาการโฆษณาเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมายทางสื่อออนไลน์
2. เพื่อนำเสนอแนวทางในการแก้ปัญหาการโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงช่องว่างของกฎหมาย ปัญหาการกำกับดูแลและมาตรการของการควบคุม กำกับ ดูแล การโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์
2. ทราบถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหา มาตรการทางกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย พร้อมเสนอแนะที่เหมาะสมในการดำเนินการควบคุมกำกับดูแลการโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์ของประเทศไทยให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Research) ใช้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยด้านวิชาการจาก ศูนย์วิทยบริการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หอสมุดแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หอสมุดกลางจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์ เรียนรู้ และ หอสมุดมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) TDC : Thai Digital Collection และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ วิทยานิพนธ์ หนังสือ บทความ วารสาร เอกสารกฎหมาย ต่าง ๆ งานวิจัย สิ่งพิมพ์ และข้อมูลจากสื่อ สิ่งพิมพ์ อิเล็กทรอนิกส์ ที่ข้องเกี่ยวกับการโฆษณาเครื่องสำอาง ทางสื่อออนไลน์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2565 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ผ่านมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2565 และ ข้อกฎหมาย ระเบียบ การดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา เครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์ ของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจ และสังคม และรายละเอียดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา จากบทความ วิทยานิพนธ์ เอกสารกฎหมายต่าง ๆ งานวิจัย สิ่งพิมพ์ และข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ของการโฆษณาเครื่องสำอางในภาพรวมซึ่งพบว่าเป็นปัญหา ในปัจจุบันของการกำกับดูแลการโฆษณาเครื่องสำอาง ทางสื่อออนไลน์ และข้อมูลการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจและภาคประชาชน รวมถึง อุปสรรคในการดำเนินคดีการโฆษณาเครื่องสำอางในภาพรวม ของประเทศ

ขั้นตอนที่ 2 เมื่อผู้วิจัยได้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาเป็นฐานข้อมูล ในการประมวลผลโดยการเปรียบเทียบกฎหมาย ระเบียบ แนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้น หาช่องว่างของกฎหมาย หน่วยงานหลักที่ควร ดำเนินงาน ก่อนนำมาวิเคราะห์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ จากการวิเคราะห์ มาหาวิธีเพื่อให้เกิดกระบวนการ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และแนวทางพัฒนางาน ในอนาคต นำมาวิเคราะห์เพื่อหารูปแบบวิธีการดำเนินงาน ที่สามารถนำมาใช้ให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานทุกภาคส่วน

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการจัดเก็บองค์ความรู้ ที่เกิดจากการวิเคราะห์ปัญหาจากขั้นตอนที่ 2 มาปรับปรุง พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมของการแก้ปัญหาการโฆษณา เครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการกำกับ ดูแลโฆษณาเครื่องสำอางหลังออกสู่สายตาประชาชน

โดยการนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาวิเคราะห์เนื้อหา เชิงคุณภาพ เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและ เกิดเป็นการกำกับดูแลอย่างเข้มแข็งเป็นขั้นตอนตามกฎหมาย รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังตนเอง ของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 4 นำรูปแบบของการดำเนินงานที่เหมาะสม ของการโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์ มาบูรณาการ การทำงานคุ้มครองผู้บริโภคของพนักงานเจ้าหน้าที่ โดยจะ นำเสนอรูปแบบที่ผู้วิจัยได้จากทั้ง 3 ขั้นตอนที่ผ่านมา นำเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผลการศึกษา

1. ปัญหาการควบคุมการโฆษณาเครื่องสำอาง ออนไลน์ แม้ว่าในหมวด 6 ตั้งแต่มาตรา 41 ถึง 46 ของ พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 ได้กำหนดให้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงาน ที่มีบทบาทหน้าที่ในการ กำกับดูแลการโฆษณาเครื่องสำอาง แต่กฎหมายฉบับนี้ก็ไม่ได้กำหนดให้ผู้ประกอบการต้องขอ อนุญาตก่อนทำการโฆษณา มีเพียงมาตรา 46 ที่ระบุไว้ว่า “หากผู้จัดแจ้งหรือผู้ทำการโฆษณาสงสัยว่าโฆษณาของตน จะเป็นการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ เครื่องสำอาง อาจให้กรรมการให้ความเห็นก่อนทำ การโฆษณาได้” การที่กฎหมายไม่ได้กำหนดให้มีการขอ อนุญาตก่อนการโฆษณาอาจทำให้เครื่องสำอางบางอย่าง มีการโฆษณาเกินจริงมากขึ้นโดยอาจมีข้อความโฆษณา มุ่งหมายทำให้เกิดผลต่อสุขภาพที่มีสรรพคุณให้เข้าใจผิด ว่าเป็นยา เช่น เร่งสลายไขมัน กระชับช่องคลอด ต้านอนุมูลอิสระ ลบริ้วรอย เสริมสร้างคอลลาเจน เป็นต้น (ปิยพร ทรงเกียรติวุฒิ, 2565) อีกทั้งการโฆษณาเครื่องสำอางในสื่อโฆษณาทางออนไลน์ เป็นช่องทางที่ยากต่อการควบคุม ซึ่งสามารถเปิดใหม่ได้ ทุกวันทุกเวลา ทั้งยังมีแนวโน้มการกระทำความผิด ในรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการกระทำ ความผิดเหล่านั้น เมื่อผู้วิจัยได้ศึกษาพบว่ามีสาเหตุ หลายประการ ดังนี้

1.1 การควบคุมการโฆษณาเครื่องสำอางทาง สื่อออนไลน์ขององค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ตามบทบัญญัติ ของกฎหมาย ประกอบด้วยหน่วยงานหลัก 3 หน่วยงาน

ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม เมื่อศึกษาปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะกฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา เครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์ พบว่าในหน่วยงานภาครัฐที่มีขอบเขตของการดำเนินงานขึ้นกับอำนาจตามกฎหมายที่อนุญาตไว้ซึ่ง พบว่า

1.1.1 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 พบบทบัญญัติของกฎหมายหรือแนวทางการดำเนินงานที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาการกระทำผิดกฎหมายการโฆษณาเครื่องสำอางออนไลน์ ดังนี้

- การโฆษณาเครื่องสำอางออนไลน์ที่ผิดมาตรา 41 หรือ ไม่ปฏิบัติตามมาตรา 42 ซึ่งมีลักษณะ เป็นการโฆษณา คุณประโยชน์ คุณภาพ หรือ สรรพคุณ มีอัตราโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท เมื่อเทียบกับผลกำไรที่ผู้ประกอบการได้รับจากการจำหน่ายสินค้าอาจไม่มีผลกระทบต่อรายได้ของผู้ประกอบการ ทำให้ผู้ประกอบการไม่เกรงกลัวที่จะกระทำผิดซ้ำ โดยอาจทำการเปลี่ยนรูปแบบหรือวิธีการกระทำผิดไปเรื่อย ๆ

- กระบวนการจับกุมและ ขึ้นตอนต่าง ๆ ในการบังคับใช้กฎหมายในการกำกับดูแลผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับการโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์ โดยเฉพาะการดำเนินการเพื่อแสวงหาพยานหลักฐานของเจ้าหน้าที่ใช้เวลานาน มีความซับซ้อนยุ่งยาก

- การโฆษณาเครื่องสำอางในสื่อโฆษณาทางออนไลน์ ยากต่อการควบคุมสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ไม่มีทะเบียนข้อมูลของผู้จำหน่าย เนื่องจากกฎหมายไม่ได้กำหนดให้ผู้ประกอบการที่ประสงค์จะจำหน่ายหรือโฆษณาเครื่องสำอาง จะต้องขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาก่อน

- ผู้ประกอบการโฆษณาใช้ข้อความหรือภาพที่คลุมเครือ ทำให้ผู้บริโภคสับสนระหว่าง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพชนิดต่าง ๆ เช่น การโฆษณายากับเครื่องสำอางหรือโฆษณาเครื่องสำอางกับเครื่องมือแพทย์ เป็นต้น

1.1.2 สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการโฆษณาที่มีเพียง

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ในส่วนว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านการโฆษณา มาตรา 22 ถึงมาตรา 29 และ พระราชบัญญัติขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545 พบปัญหา ดังนี้

- บทบัญญัติในมาตรา 22 นี้มีลักษณะการบัญญัติที่กว้างมาก การนำมาใช้ในการดำเนินการทางปฏิบัติค่อนข้างยาก อีกทั้งการซื้อขายสินค้าหรือบริการในปัจจุบันบนโลกออนไลน์นั้น มีชนิดและประเภทของสินค้าหรือบริการที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก บทบัญญัติของกฎหมายไม่ทันต่อระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่ หรือการแข่งขันทางธุรกิจที่ซับซ้อนขึ้น เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น ปัญหาการโฆษณาเปรียบเทียบสินค้าของตนเองกับสินค้าของผู้อื่น ปัญหาการโฆษณาแฝงในการโฆษณาสินค้าต่าง ๆ

- บทบัญญัติเกี่ยวกับการลงโทษที่ไม่เด็ดขาดเพียงพอ ไม่หนักมากพอ ที่จะทำให้ผู้ประกอบการธุรกิจที่ทำการโฆษณาเกิดความเกรงกลัว

- พระราชบัญญัติขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545 ไม่มีกฎหมายเอาผิดในเรื่องการส่งเสริมการขาย เพื่อให้ผู้บริโภคสมัครสมาชิก การใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ และเสนอส่วนลดต่าง ๆ เพื่อจูงใจ เช่น การโฆษณา การลงโฆษณาธุรกิจหรือสินค้าโดยกล่าวสรรพคุณเกินจริง

1.1.3 กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาขายสินค้าผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ต คือพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 โดยมีมาตรา 9 มาตรา 11 วรรค 2 มาตรา 14 (1) และ มาตรา 16 เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการโฆษณา แต่พบว่าเมื่อนำมาบังคับใช้จริงอาจเกิดปัญหาได้ ดังนี้

- การนำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นตามมาตรา 14(1) มุ่งเอาผิดกับผู้ที่นำข้อมูลที่ปลอมหรือเท็จเข้าระบบคอมพิวเตอร์เพื่อหลอกลวงผู้อื่นให้เข้าทำธุรกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถเอาผิดกับกลุ่มบุคคลที่หลอกลวงทางธุรกรรมบางประเภท รวมไปถึงการแสดงความคิดเห็นบนโลกออนไลน์เพื่อส่งเสริมให้มีการซื้อหรือใช้สินค้า

- พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 ไม่มีความผิดเกี่ยวกับการหมิ่นประมาท

หากผู้ทำการโฆษณาในรูปแบบ หรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลอื่น คงต้องใช้ประมวลกฎหมายอาญาในการบังคับใช้

- พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจจะสั่งการทำให้แพร่หลายหรือลบข้อมูลคอมพิวเตอร์ได้ แต่ ทว่าการสืบหาต้นตอของข้อมูล หรือเจ้าของข้อมูลนั้น ผู้กระทำความผิดอาจจะต้องขอข้อมูลส่วนบุคคลจากผู้ใช้บริการอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นเรื่อง ที่เข้าถึงยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการกระทำความผิดหลายครั้งที่

1.2 การควบคุมการโฆษณาของผู้ทำการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ ผู้จัดแจ้ง และผู้ทำการโฆษณาทั่วไป ที่นำเข้าสู่ข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ควรศึกษาข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาให้เข้าใจ ตลอดจนมีจิตสำนึก และความรับผิดชอบต่อเนื้อหาที่ได้เผยแพร่ออกไป อีกทั้งควรให้ความร่วมมือกับภาครัฐในการเฝ้าระวังร่วมกัน แบ่งออกได้เป็น 2 กรณีหลัก ๆ คือ

1.2.1 ผู้ผลิตสื่อโฆษณา กลุ่มของผู้ผลิตสื่อโฆษณาบนเครือข่ายออนไลน์นั้น มี 2 กลุ่มหลัก ผู้ผลิตสื่ออาชีพกับ ผู้ใช้เครือข่ายออนไลน์ ไม่ว่าจะเป็นผู้จัดแจ้งเองหรือผู้จำหน่ายเครื่องสำอาง พบปัญหาการนำเสนอข่าวสารทางช่องทางออนไลน์ คือ

- นำเสนอไม่ครอบคลุมข้อเท็จจริง ให้นำเสนอข่าวเพื่อให้ข้อมูลข่าวไปถึงผู้รับให้เร็วที่สุด โดยไม่คำนึงถึงข้อมูลข่าวที่นำเสนอออกไปว่ามีความครบถ้วน ยังขาดความน่าเชื่อถือเนื่องจากอาจขาดการตรวจสอบ ก่อนเผยแพร่ และส่งผลให้ข่าวสารไม่ครบถ้วนหรือมีการบิดเบือนของข้อมูล

- การผลิตเนื้อหาโฆษณาออกมาสื่อสารได้ด้วยตนเอง ด้วยเหตุผลที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอาจทำให้น้ำโฆษณาเหล่านั้นอาจมีเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม ละเมิดสิทธิของผู้อื่นหรือผิดกฎหมายได้

- นำเสนอโดยไม่บอกแหล่งที่มา ไม่น่าเชื่อถือ หรือไม่ได้ขออนุญาตจากเจ้าของข้อมูล

- แม้จะมีการจัดตั้งชมรมผู้ผลิตข่าวออนไลน์เพื่อกำกับดูแลและส่งเสริมให้มีการนำข่าวไปใช้อย่างเหมาะสม และถูกต้องตามกฎหมาย รวมถึงยกระดับมาตรฐานการนำเสนอข่าวออนไลน์ให้เป็นที่ยอมรับต่อสาธารณชน(ตรุณี หิรัญรักษ์ และคณะ, 2558) แต่หากนักโฆษณาดำเนินการผิดเสียแล้ว

แต่ก็อาจนำมาซึ่งผลกระทบที่สร้างความเดือดร้อนแก่สังคมและผู้บริโภคได้

1.2.2 ผู้ให้บริการแพลตฟอร์ม ผู้ดูแลแพลตฟอร์ม หมายถึง เจ้าของแพลตฟอร์มหรือผู้มีอำนาจสูงสุดในการกำหนดนโยบายและรูปแบบการดำเนินการในแพลตฟอร์ม พบว่า ผู้ให้บริการแพลตฟอร์มขาดองค์ความรู้ในด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการจำหน่ายสินค้าบนแพลตฟอร์มของตน อีกทั้งไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลที่น่าเสนอบนแพลตฟอร์มอย่างสม่ำเสมอ

1.3 การควบคุมการโฆษณาของผู้บริโภค การที่ผู้บริโภคได้รับข้อมูลจากสื่อโฆษณาซ้ำ ๆ มีผลต่อการตัดสินใจ พบว่า แม้ว่าหน่วยงานภาครัฐมีความพยายามที่จะสื่อสารให้ผู้บริโภครู้เท่าทันสื่อโฆษณาต่าง ๆ แต่ยังไม่พบว่ามีผู้บริโภคให้ความสนใจต่อข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐน้อย การส่งเสริมองค์ความรู้จากภาครัฐยังไม่ครอบคลุมผู้บริโภคทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุ และ ผู้ทำงานที่บ้าน ผู้บริโภคไม่ค่อยสนใจดำเนินการแจ้งเบาะแสร้องเรียนตามสิทธิของตน หรือ ไม่แจ้งระงับการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ด้วยวิธีรายงานด้วยตัวเอง

2. แนวทางการแก้ไขปัญหาการโฆษณาเครื่องสำอางออนไลน์

2.1 ภาครัฐ ควรแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาโฆษณาเครื่องสำอางผ่านช่องทางออนไลน์ที่ผิดกฎหมายให้ครอบคลุม ตั้งแต่ตรวจพบการกระทำ ความผิดไปจนถึงกระบวนการในการดำเนินคดีจนแล้วเสร็จ ให้ดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพโดย

- ปรับกฎหมายให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบอยู่ในปัจจุบัน โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรออกกฎหมายลูกเพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับพนักงานเจ้าหน้าที่ในการดำเนินคดีจนถึงคดีสิ้นสุด เช่น ตัวอย่างความผิดตามมาตราต่าง ๆ การแสวงหาพยานหลักฐานหรือตัวผู้กระทำความผิด แนวทางการระงับโฆษณา เป็นต้น เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินการด้วยตนเอง ส่วนในกรณีที่มีการรวมโฆษณาสินค้าหลาย ๆ ชนิดในการเผยแพร่ การโฆษณาเพียงครั้งเดียวควรให้สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการตรวจสอบและดำเนินคดี และในพระราชบัญญัติขายตรง

และตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545 ควรเพิ่มมาตรการทางกฎหมาย ในการควบคุมการส่งเสริมการขายของผู้ประกอบธุรกิจที่ส่งเสริม ให้ผู้บริโภคสมัครสมาชิกซึ่งผู้ขายตรงมักจะใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ อีกทั้งกำหนดให้ผู้ประกอบการธุรกิจต้องให้ข้อมูลของตนเอง ต่อผู้บริโภค

- เพิ่มบทกำหนดโทษและเพิ่มมาตรการการลงโทษ เนื่องจาก ไม่มีบทบัญญัติของกฎหมายหรือข้อกำหนดให้ ต้องขออนุญาตโฆษณาจากหน่วยงานภาครัฐก่อนการโฆษณา ประกอบกับการโฆษณาเครื่องสำอางในสื่อโฆษณาทางออนไลน์ เป็นช่องทางโฆษณาที่ควบคุมได้ยากจึงควรป้องปราม การกระทำความผิดอย่างเข้มแข็ง

- ลดขั้นตอนการดำเนินคดีทางกฎหมาย เนื่องจาก แต่ละคดีมักเกี่ยวกับกฎหมายของหลายหน่วยงาน อีกทั้ง การประสานงานไปยังพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย ของแต่ละหน่วยงานนั้นเป็นเรื่องค่อนข้างยุ่งยาก และอาจ ต้องใช้เวลา จึงควรกำหนดให้มีกฎหมายและระเบียบให้ง่าย และคล่องตัวต่อการปฏิบัติงาน

- จัดทำฐานข้อมูลในภาพรวม เนื่องจากมาตรา 21 ของกฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กำหนดไว้ว่าถ้ามีกฎหมายอื่นใดที่ดูแลเป็นการเฉพาะจะนำ กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคไปใช้ไม่ได้ จะนำมาใช้ได้ก็ต่อเมื่อ ข้อกฎหมายนั้นไม่ซ้ำ หรือ ไม่ขัดแย้งกับกฎหมายเฉพาะ แต่ปัจจุบันมีฐานข้อมูลกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเพียงการเชื่อมโยงข้อมูลไปหน้าเว็บเพจข้อมูลเจ้าของ กฎหมายเท่านั้น จึงควรมีการจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ของภาครัฐเพื่อให้เป็นแหล่งที่ผู้บริโภคสามารถเข้าไปดูข้อมูล เกี่ยวกับสินค้าและบริการต่าง ๆ ได้

- เพิ่มการดำเนินงานเชิงรุก และ ขยายอำนาจ ในการดำเนินงานไปยังหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อเพิ่ม จำนวน พนักงานเจ้าหน้าที่ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา อาจขยายกรอบการดำเนินคดีเกี่ยวกับการดำเนินคดี ที่เกี่ยวกับการโฆษณาสินค้าหรือบริการออนไลน์ลงสู่ระดับ ท้องถิ่น เนื่องจากตามมาตรา 8 พระราชบัญญัติคุ้มครอง ผู้บริโภค (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 มีการให้อำนาจกับท้องถิ่น ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค แต่ในทางปฏิบัติ ยังไม่ประสบความสำเร็จในการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการดำเนินงานเชิงรุก เป็นต้น

- ร่วมกับภาคเอกชน หรือภาคประชาชน ในการเพิ่ม ความรู้ สร้างความตระหนัก การสร้างความเข้มแข็ง ให้ผู้บริโภคทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะ วัยผู้สูงอายุ หรือกลุ่ม คนที่ทำงานที่บ้าน ควรเน้นการทำงานเชิงรุกเพื่อให้ ประชาชนตระหนักในการปกป้องตนเอง เผื่อระวังตนเอง และชุมชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร สาธารณสุข และชุมชนในการเข้ามาแก้ไขปัญหา

2.2 ผู้ทำการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ รวมถึงผู้จัดแจ้ง แพลตฟอร์มต่าง ๆ และผู้ทำการโฆษณา หรือประชาชนทั่วไป ที่นำเข้าสู่ข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต

- ควรมีความรู้ทางกฎหมายทุกฉบับที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ ผู้จัดแจ้งเครื่องสำอาง และแพลตฟอร์ม ควรช่วยเหลือการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ เพื่อช่วยถ่วงดุลเนื้อหาของผู้รับจ้างผลิตโฆษณาหรือ ผู้ใช้บริการแพลตฟอร์ม ให้ถูกต้องก่อนนำเข้าสู่ระบบ อินเทอร์เน็ตเพื่อเผยแพร่สินค้าและบริการของตน สู่สาธารณชน

- ควรมีกฎที่มีประสิทธิภาพในการกำกับ ดูแล จรรยาบรรณของกลุ่มผู้ประกอบการด้านสื่อโฆษณา ทั้งระบบ อีกทั้งขาดเจ้าหน้าที่ในกลุ่มผู้ประกอบการโฆษณา หรือเจ้าหน้าที่ในภาคเอกชน ที่จะเป็นผู้ทำการสอดส่อง ดูแลชิ้นงานโฆษณาต่าง ๆ เป็นการเฝ้าระวังกลุ่มผู้ผลิต สื่อโฆษณาด้วยกัน และ

- ทำงานเชิงรุกโดยส่งเสริม กระตุ้นเตือน สร้าง ความตระหนัก รวมถึงการสร้างจิตสำนึกและความรับผิดชอบ ให้กับผู้ที่ทำหน้าที่ผลิตสื่อโฆษณาทางสื่ออินเทอร์เน็ต อย่างต่อเนื่อง

2.3 ภาคประชาชน ผู้บริโภคเอง และ องค์กรของ ผู้บริโภคตามกฎหมาย หรือกลุ่มชุมชนที่มีการรวมตัวกันเอง ในแต่ละพื้นที่ มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการคุ้มครองตนเอง หรือลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการซื้อสินค้าหรือบริการ ที่มีการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย จึงควรเพิ่มความเข้มแข็ง ทั้งด้านกฎหมาย และองค์ความรู้ด้วยตนเอง

- องค์กรของผู้บริโภค เน้นการส่งเสริมผู้บริโภค ในการรักษาสิทธิตน โดยเฉพาะการสร้าง ความเข้มแข็ง ให้ผู้บริโภคเพื่อให้ผู้บริโภครู้เท่าทันสื่อโฆษณา มีค่านิยม

ที่เหมาะสมในการบริโภคสินค้าและบริการ สามารถเลือกบริโภคได้อย่างมีเหตุผลรวมถึงสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำเป็นต่อการตัดสินใจได้

- องค์กรของผู้บริโภค ควร จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ช่องทางหรือสายด่วน การใช้สิทธิของผู้บริโภค ในการร้องเรียนการแจ้งเบาะแสเมื่อผู้บริโภคพบการกระทำผิดโดยต้องประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปรู้จักสายด่วนและช่องทางที่จะแจ้งเบาะแสทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก

- ประชาชน หรือผู้บริโภคควรพัฒนาตนเองให้มีความรู้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสินค้าหรือบริการที่ตนต้องการใช้หรือบริโภค ช่องทางในการร้องเรียนเมื่อได้รับความไม่เป็นธรรมการระงับการโฆษณาโดยตัวเอง วิธีการปิดกั้นโฆษณาที่ผิดกฎหมายหรือรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายไปยังแพลตฟอร์มที่เป็นผู้ให้บริการ เป็นต้น

อภิปรายผล

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 มาตรา 41 ถึง 46 กำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการกำกับดูแลการโฆษณาเครื่องสำอาง แต่ไม่ได้กำหนดให้ผู้ประกอบการที่ประสงค์จะโฆษณาคุณสมบัติของเครื่องสำอาง ต้องขออนุญาตก่อนทำการโฆษณา ยกเว้นในมาตรา 46 ที่ระบุไว้ใจความว่า หากสงสัยว่าโฆษณาของตนอาจฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายอาจให้กรรมการให้ความเห็นก่อนโฆษณาได้ เห็นว่าจากการที่กฎหมายไม่มีกำหนดให้มีการขออนุญาตก่อนการโฆษณา ทำให้การโฆษณาต่าง ๆ ที่ออกมาอาจผิดกฎหมายได้ง่ายกว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ ญัฐธิญา คำผลและคณะ ที่พบว่า การที่ผู้โฆษณาไม่ต้องขออนุญาตโฆษณาก่อนทำให้ไม่สามารถควบคุมโฆษณาที่ออกมาได้จึงเป็นผลให้ในปัจจุบันมีการโฆษณาที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภคใช้ข้อความที่โอ้อวดเกินจริงหรือใช้ข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมส่วนรวมได้ (ญัฐธิญา คำผลและคณะ, 2560)

2. การโฆษณาผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางบางส่วนพบการอ้างสรรพคุณเกินจริง หลอกลวง แอบอ้าง เลียนแบบตลอดทั้งการนำผลงานวิจัยที่ยังไม่ได้รับการยอมรับหรือแอบอ้างผลงานวิจัยของผู้อื่นมาใช้เพื่อโฆษณาขายสินค้า

ที่ด้อยคุณภาพ แม้พบว่าการจับกุมดำเนินคดีผู้กระทำความผิดในคดีการโฆษณาเครื่องสำอางในเรื่องดังกล่าวเป็นจำนวนมาก แต่ก็ยังปรากฏว่า การโฆษณาที่อวดอ้างสรรพคุณเกินจริงไม่ได้มาตรฐาน และใช้ถ้อยคำ ภาพ เสียงที่เผยแพร่ว่าไม่อนุญาต สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่าปัจจุบันมีการโฆษณาที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภคใช้ข้อความที่โอ้อวดเกินจริงหรือใช้ข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมส่วนรวมได้ โดยพบว่าลักษณะข้อความที่พบว่าเป็นความผิดส่วนใหญ่เป็นข้อความที่โฆษณาแสดงสรรพคุณที่ก่อให้เกิดความเข้าใจในสาระสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพ (ญัฐธิญา คำผลและคณะ, 2560)

3. ผู้จัดแจ้ง แพลตฟอร์ม ผู้จำหน่ายสินค้าและผู้ทำการโฆษณา ควรศึกษาข้อกำหนดให้เข้าใจ ตลอดจนมีจิตสำนึก และความรับผิดชอบต่อนโยบายที่ได้เผยแพร่ออกไป อีกทั้งควรให้ความร่วมมือกับภาครัฐในการเฝ้าระวังและควรมีระบบการควบคุมดูแลกันเอง สำหรับผู้บริโภคเอง และ องค์กรของผู้บริโภค ควรพัฒนาตนเองให้มีความรู้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคเพื่อให้ผู้บริโภครู้เท่าทันสื่อโฆษณา มีค่านิยมที่เหมาะสมในการบริโภคสินค้าและบริการ สามารถเลือกบริโภคได้อย่างมีเหตุผล รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงฐานข้อมูลที่จำเป็น ปกป้องสิทธิของตน ร้องเรียนเมื่อได้รับความไม่เป็นธรรม การระงับการโฆษณาโดยตัวเอง

4. การจัดการกับปัญหาการโฆษณาเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมายผ่านช่องทางออนไลน์ จะใช้เพียงการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่เพียงอย่างเดียวนั้นคงไม่เพียงพอ หากแต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนมุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานทั้งระบบ มาตรการทางกฎหมาย มาตรการเชิงสังคมที่เหมาะสม โดยควรแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาโฆษณาเครื่องสำอางผ่านช่องทางออนไลน์ที่ผิดกฎหมายให้ครอบคลุมตั้งแต่ตรวจพบการกระทำผิดไปจนถึงกระบวนการในการดำเนินคดีจนแล้วเสร็จ ให้ดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว ลดขั้นตอนการดำเนินคดี มีลงโทษที่เด็ดขาดเพียงพอที่จะทำให้ผู้ประกอบธุรกิจที่ทำการโฆษณาเกิดความเกรงกลัว มีฐานข้อมูลในภาพรวมของการโฆษณาเครื่องสำอางทางออนไลน์ เพิ่มการดำเนินงานเชิงรุกขยายอำนาจในการดำเนินงาน และ ร่วมมือกับภาคเอกชน

หรือภาคประชาชน ในการเพิ่มความรู้ สร้างความตระหนัก การสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคทุกกลุ่มวัย สอดคล้องกับการวิจัยของกนกกร ซึ่งพบว่า การดำเนินงานของหน่วยงานราชการต้องใช้เอกสารหลักฐานที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นประจักษ์พยานในการพิสูจน์ข้อเท็จจริงจึงทำให้มีเอกสารหลักฐานตามระเบียบค่อนข้างมากมีขั้นตอนการดำเนินงานหลายขั้นตอนบ่อยครั้งที่เจ้าหน้าที่สูญเสียเวลาไปกับการประสานงานกับหลายหน่วยงาน ส่งผลให้การดำเนินการกับผู้กระทำผิดเป็นไปได้อย่างล่าช้า ทันท่วงทีต่อสถานการณ์หรือจำนวนโฆษณาที่มีการฝ่าฝืนกฎหมายเพิ่มขึ้นทุกวัน (กนกกร สูงสถิตานนท์, 2562)

5. การโฆษณาเครื่องสำอางในสื่อโฆษณาทางออนไลน์ เป็นช่องทางการโฆษณาที่ควบคุมได้ยาก เช่น ทางอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ต่าง ๆ ที่สามารถเปิดใหม่ได้ทุกวันในเวลาเพียงไม่กี่นาทีหากผู้ทำการโฆษณามีความต้องการนำเสนอเครื่องสำอางของตน ประกอบกับกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเครื่องสำอางไม่ว่า จะเป็นการโฆษณาผ่านช่องทางใด ไม่มีข้อกำหนดให้ต้องขออนุญาตโฆษณาจากหน่วยงานภาครัฐก่อนทำการโฆษณา ดังนั้นผู้ประกอบการธุรกิจหรือผู้ใดที่ต้องการโฆษณาเครื่องสำอางผ่านสื่อต่าง ๆ สามารถนำเสนอสื่อการโฆษณาได้ทันที สอดคล้องกับปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาอาหารบนสื่อออนไลน์ ตามพระราชบัญญัติอาหารพ.ศ. 2522 ที่ว่าผู้ประกอบการหรือผู้โฆษณาไม่เกรงกลัวที่จะกระทำผิดซ้ำโดยอาจทำการเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือวิธีการกระทำผิดความผิดไปเรื่อยๆ นอกจากนี้สื่อโฆษณาบางประเภทยังควบคุมได้ยาก เช่น อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ต่าง ๆ ที่สามารถเปิดใหม่ได้ทุกวันในเวลาเพียงไม่กี่นาทีในขณะที่กระบวนการจับกลุ่มและบังคับใช้กฎหมายใช้เวลาเนิ่นนานกว่านั้น (มุขลิตา อารง, 2563)

สรุปผล

1. ปัญหาการโฆษณาเครื่องสำอางที่ผิดกฎหมายทางสื่อออนไลน์ พบว่าไม่มีกฎหมายของหน่วยงานใด กำหนดให้ต้องขออนุญาตก่อนการโฆษณา มีหน่วยงานในการกำกับดูแลหลายหน่วยงาน ในบางครั้งทำให้ต้องมีการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ทำให้ระยะเวลา

ในการดำเนินงานอาจล่าช้า ขั้นตอนในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการกระทำผิด และเก็บรายละเอียดในการดำเนินคดีให้ถูกต้องตามกระบวนการของกฎหมายมีรายละเอียดมากและใช้เวลานาน ส่งผลให้การบังคับใช้กฎหมายใช้เวลานาน อีกทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีจำกัด และการดำเนินคดีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ ต้องใช้เจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน การโฆษณาทางสื่อออนไลน์เกิดขึ้นได้ง่ายเนื่องจาก ทุกคนที่ใช้อินเทอร์เน็ตที่ต้องการจำหน่ายสินค้าหรือบริการสามารถทำได้ตลอดเวลาและสามารถสื่อสารถึงตรงต่อผู้บริโภคได้ตลอดเวลา

2. การแก้ปัญหาการโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์ ควรบูรณาการการดำเนินงาน ลดความซ้ำซ้อนและลดระยะเวลา ปรับลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นหรือรายละเอียดของเอกสารที่ไม่จำเป็น ในการดำเนินคดีเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลระหว่างหน่วยงานให้สามารถเชื่อมต่อถึงกันได้ หรือมีหน่วยงานกลางของรัฐที่ทำหน้าที่เก็บรักษาข้อมูล (Big DATA) ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ พร้อมทั้งประสานความร่วมมือในการปิดกั้นสื่อออนไลน์ ที่มีการกระทำผิดกฎหมาย ทั้งภายในประเทศ และจากต่างประเทศ และควรกระจายความร่วมมือในการเฝ้าระวังการโฆษณาและมอบอำนาจในการดำเนินคดีการโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์ ให้กับเจ้าหน้าที่ ในหน่วยงานอื่น ๆ ให้สามารถดำเนินการได้ เหมือนเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สิ่งที่จะขาดไม่ได้คือส่งเสริมพัฒนาผู้ประกอบการโฆษณาและประชาชนทั่วไป ให้เกิดองค์ความรู้ ทั้งในเรื่องการเฝ้าระวังตนเองและข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเครื่องสำอางทางสื่อออนไลน์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการบูรณาการ แนวทางในการดำเนินงานความร่วมมือ รวมถึงลดขั้นตอนการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อน และกฎหมายที่มีอยู่ของหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้ภารกิจที่ต้องทำมีความต่อเนื่อง รวดเร็ว และสอดคล้องกัน นอกจากนี้ควรปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ทันสมัย

ลดขั้นตอนการดำเนินคดี เพิ่มบทลงโทษให้สูงขึ้น เพิ่มการทำงานเชิงรุกในการแก้ปัญหา พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน จัดทำฐานข้อมูลที่เป็น Big Data พัฒนาระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยการโฆษณา และการเสริมสร้างภาคีเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านการโฆษณาทางออนไลน์ ทั้งส่วนกลางและภูมิภาค

2. ควรมี Platform หรือช่องทางที่ง่าย ในการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลด้านกฎหมาย ด้านการโฆษณา พัฒนาระบบให้คำปรึกษาการดำเนินคดีในส่วนที่จำเป็น สำหรับผู้บริโภค เช่น การถามตอบด้วยระบบ AI หรือนำเทคโนโลยีมาใช้ในหน่วยงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและต้องถูกออกแบบมาเพื่อตอบสนองต่อการอำนวยความสะดวกของประชาชน ระบบการบริหารควรเป็นแบบบริการ ณ จุดเดียว การให้บริการอย่างครบวงจร พัฒนารูปแบบการสื่อสาร และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโฆษณาที่ทันต่อสถานการณ์ เพื่อให้เป็นข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้เฝ้าระวังร่วมกัน

3. ผู้ประกอบการโฆษณา และบุคคลทั่วไปที่ทำการโฆษณาสินค้าของตน ควรศึกษากฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ ตลอดจนมีจิตสำนึกในการรับผิดชอบต่อสังคม และสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกการกำกับดูแลผ่านองค์กรวิชาชีพและผู้ประกอบการด้วยกันเอง

4. สร้างความเข้มแข็งและความตระหนักในการเลือกซื้อสินค้าของผู้บริโภคทุกกลุ่มวัยผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง และกระบวนการเรียนรู้จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน สถานศึกษาทุกระดับ ตลอดจนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ในการแจ้งข่าวและกระจายข่าวไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในพื้นที่ ผู้บริโภคควรตระหนักถึงความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของเนื้อหาของการโฆษณาเครื่องสำอาง พัฒนิตนเองให้รู้เท่าทันการโฆษณา รวมทั้งควรรักษาสิทธิของตนในการแจ้งเบาะแส หรือข้อร้องเรียนในกรณี ที่พบความผิดรวมถึงสามารถปิดช่องทางการโฆษณา หรือรายงานความผิดไปยังเจ้าของแพลตฟอร์มนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาพบว่าในปัจจุบันธุรกิจอีคอมเมิร์ซ (E-commerce) เช่น แพลตฟอร์มต่าง ๆ มีการพัฒนารูปแบบใหม่ ๆ ในการจำหน่ายสินค้าและโฆษณาสินค้า

พบมีการจำหน่ายสินค้าและโฆษณาผิดกฎหมายผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์จำนวนมาก ดังนั้นจึงควรมี การศึกษาบทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจอีคอมเมิร์ซ (E-commerce) เช่น กำหนดหน้าที่ แนวปฏิบัติ และมาตรฐานการดำเนินงานโดยหากไม่ทำตามข้อปฏิบัติ เหล่านี้ก็จะถูกลงโทษแม้ไม่มีผู้ฟ้องร้อง หรือกำหนดให้ แพลตฟอร์มตัวกลางรับผิดชอบและชดเชยค่าเสียหายในกรณี สินค้าไม่ตรงกับที่โฆษณา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

Cosmetics Act B.E. 2558 (2015).

Darunee Hiranrak, et al. (2015). Medai Ethics. Retrieved from https://www.presscouncil.or.th/wp-content/uploads/2016/02/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%88%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%A2%E0%B8%98%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD_Final.pdf . (In Thai).

EDTA,(2021). ETDA Survey results revealed IUB 63 Thai people use the internet a lot, Almost half a day, COVID-19. Retrieved August 15, 2022, from <https://www.eta.or.th/th/newsevents/pr-news/ETDA-released-IUB-2020.aspx>

EUKI .EE, (2021). Internet User in Thailand 2021 How many internet users are there in Thailand compared to the world. Retrieved August 15, 2022, from <https://marketeeronline.co/archives/208372>

Food and Drug Administration (2015). Guide to advertising health products. Complaint and Enforcement Management Center. Food and Drug Administration. Nonthaburi. (In Thai)

- Health Serv.(2021). Oryor ,breaking down cosmetic advertising networks - deceptive dietary supplement, Foreigners open 20 websites to trick Thai people. Retrieved August 15, 2022, from <https://healthserv.net/อย-หลายโฆษณาเครื่องสำอาง-เสริมอาหารลวงโลกต่างชาติ-13825>.
- Kanokkorn Soonsathitanon. (2019). Consumer Protection Proposal on Unfair Online, Cosmetic Advertisements in Contact of Consumer Information. Thesis M.Pharm. in Community Pharmacy, Naresuan University. Phitsanulok. (In Thai).
- Mukalik Arong.(2020). Legal problems with food advertising on online media According to the Food Act B.E. 2522. Academic articles. Faculty of Law, Ramkhamhaeng University. Retrieved from http://www.lawgrad.ru.ac.th/AbstractsFile/6224014468/163798129293e393d7eed824e43d8264b6d7751f46_abstract.pdf. (In Thai).
- Nattiya Kapo,et al.(2017). A Survey of Illegal Cosmetics Advertisements in Magazines Availabel in Nakhonpathom Province. Department of Community Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University. Nakhonpathom. (In Thai).
- Piyaporn Songkiattiwut. (2022). Problems of law enforcement in distribution controlling of cosmetic products via electronic commerce. Thesis, Master of law, National Institute of Development Administration. Retrieved from <https://repository.nida.ac.th/handle/662723737/6191>. (In Thai).
- Meltzer, A.L. (2013). Marital Satisfaction Predicts Weight Gain in Early Marriage. Retrieved August 19, 2022, from <https://scholar.google.com>

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการวัดอุณหภูมิร่างกาย โดยเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสที่ใช้ที่จุดคัดกรอง

INFLUENT PARAMETERS ON MEASUREMENT OF MOST-USED INFRARED THERMOMETERS AT THE COVID-19 SCREENING POINTS

ศุภชัย สิงโห, วิชญ์ฐิตา ปานเนา, แก้วกานต์ แยมบางยาง

กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Supachai Singho, Wittita Pannao, Kaewkan Yaembangyang

Medical Engineering Division Department Of Health Service Support

บทคัดย่อ

ในสถานการณ์ระบาดของโควิด 19 ได้มีการนำเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสมาใช้งานจำนวนมาก การศึกษาวิจัยนี้เป็นกรณีศึกษา คุณภาพการวัดจากรูปแบบของเครื่องมือวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส ณ จุดคัดกรองในประเทศไทย ปัจจัยจากสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการวัดค่า ความถูกต้องแม่นยำ ของเครื่องมือวัดอุณหภูมิแบบ ไม่สัมผัส เพื่อนำผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการพัฒนากระบวนการและวิธีการ ทดสอบ สอบเทียบ เพื่อตรวจสอบคุณภาพ เครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการใช้งานที่ไม่ถูกวิธีในแต่ละรูปแบบ

จากการศึกษาวิจัยนี้ ทำให้ทราบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ค่าการวัดอุณหภูมิร่างกาย จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสนั้น เนื่องจากเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสในแต่ละรูปแบบในแต่ละผลิตภัณฑ์นั้น จะมีการปรับตั้งค่าอุณหภูมิที่การวัดที่ผิวให้ไปเป็นอุณหภูมิแกนกลางของร่างกายแตกต่างกัน ลักษณะการวัดเช่นวัดที่มือหรือวัดที่หน้าผากจะได้ค่าที่แตกต่างกัน อุณหภูมิสิ่งแวดล้อมมีผลต่ออุณหภูมิที่วัดได้เพราะเป็นการวัดระดับอุณหภูมิผิว ซึ่งไม่ได้วัดอุณหภูมิที่แกนกลางของร่างกายจริง จึงทำให้สิ่งแวดล้อมมีผลเป็นอย่างมาก เช่น การอยู่กลางแจ้งแดดร้อนก่อนมาวัด หรือ อยู่ในบริเวณห้องที่มีการปรับอากาศ ซึ่งจะทำให้อุณหภูมิที่วัดคลาดเคลื่อนได้อาจจะทำให้สูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นก่อนที่จะวัดควรยืนหรือนั่งพักก่อนที่จะวัดอุณหภูมิ

คำสำคัญ: อุณหภูมิร่างกาย เครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส คุณภาพการวัด

Abstract

In the COVID-19 outbreak situation, non-contact thermometers have been put into use in large numbers. This research study is a case study of the measurement quality of non-contact temperature measuring devices at screening points in Thailand. Factors from the environment that affect the measurement Accuracy of non-contact temperature measuring instruments To use research results as a reference for developing procedures and methods for testing and calibration to check quality. Non-contact thermometers, which can occur from improper use in each form.

From this research study Make it known that the factors that affect the body temperature measurement value From the use of non-contact thermometers, because each type of non-contact thermometer in each product The temperature measured at the surface of the skin is adjusted to the temperature at the core of the body differently. Measurement characteristics such as hand or finger measurement The forehead will have different values. Environmental temperature affects the measured temperature because it measures surface temperature. It does not measure the temperature at the actual core of the body. Therefore, the environment has a great effect, such as being in the hot sun before coming to the temple or being in an air-conditioned room. This will cause the measured temperature to be inaccurate, possibly making it higher or lower than it actually is. Therefore, before measuring, you should stand or sit down and rest first. to measure temperature

Keywords: body temperature , Non-contact thermometer, Quality of measurement.

บทนำ

เครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสมีหลากหลายรูปแบบได้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายจำนวนมากทั้งที่ใช้ในสถานบริการสุขภาพและใช้งานตามบ้าน หรือสถานที่ทั่วไป เนื่องจากสามารถอ่านค่าได้อย่างรวดเร็ว และที่สำคัญใช้วัดอุณหภูมิได้โดยไม่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจแพร่กระจายเชื้อโรค และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสเป็นอีกหนึ่งอุปกรณ์ที่ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องวัดไข้ สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ทั้งนี้ก็ยังมีความประเด็นที่ว่าใช้แล้ววัดค่าได้ถูกต้อง เทียบตรง และแม่นยำ เพียงใด ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการใช้งานที่ไม่ถูกวิธีในแต่ละรูปแบบเทคโนโลยีของแต่ละผลิตภัณฑ์ คุณภาพ มาตรฐาน ค่าการวัด สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบ หรือแม้แต่อุณหภูมิที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลที่ได้รับการตรวจวัด ว่ามีค่าใช้งานถูกต้องเพียงใด สิ่งเหล่านี้ อาจส่งผลกระทบต่อประเมินค่าอุณหภูมิของร่างกายที่ถูกต้องได้

กองวิศวกรรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการทางวิชาการทางด้านวิศวกรรมการแพทย์ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และส่งเสริมอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ ให้สถานบริการสุขภาพและประชาชนได้รับการใช้งานผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย และด้วยกองวิศวกรรมการแพทย์มีห้องปฏิบัติการทางด้านวิศวกรรมการแพทย์ จึงมีแนวคิดพัฒนากระบวนการและวิธีการ ทดสอบ สอบเทียบ เครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสให้ได้มาตรฐานที่น่าเชื่อถือ จึงจำเป็นต้องศึกษาวิจัย รวบรวมข้อมูล หาปัจจัยที่มีผลต่อการวัดค่าอุณหภูมิของเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส นำมาพัฒนาห้องปฏิบัติการ และวิธีการ ทดสอบ สอบเทียบ ที่ถูกต้องมีความน่าเชื่อถือ

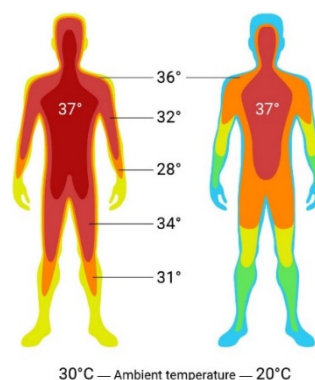
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการวัดของของเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความถูกต้องแม่นยำในการวัดอุณหภูมิร่างกาย
3. เพื่อนำผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการพัฒนากระบวนการงานและวิธีการ ทดสอบ สอบเทียบ เพื่อตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสต่อไป

กรอบแนวคิด

เครื่องมือวัดอุณหภูมิร่างกายแบบไม่สัมผัสมีหลากหลายรูปแบบ ได้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายจำนวนมาก ทั้งที่ใช้ตามบ้านและบุคลากรทางการแพทย์ และที่สำคัญเพื่อใช้คัดกรองผู้ ป่วยจากโรคระบาดโควิด-19 นั้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประเมินค่าอุณหภูมิของร่างกายที่ไม่ถูกต้อง ประเด็นคำถามงานวิจัย เครื่องมือวัดอุณหภูมิร่างกายแบบไม่สัมผัส มีคุณภาพการวัดที่ถูกต้อง แม่นยำ หรือไม่ อย่างไร สมมติฐานการวิจัย เครื่องมือวัดอุณหภูมิร่างกายแบบไม่สัมผัส มีค่าการวัดอุณหภูมิแตกต่างจากค่าที่ถูกต้องเพียงใด

อุณหภูมิพื้นผิวหรืออุณหภูมิเปลือกร่างกาย ซึ่งวัดที่พื้นผิวของผิวหนังเป็นผลมาจากอุณหภูมิแวดล้อมและอุณหภูมิภายในร่างกาย ขึ้นอยู่กับการไหลเวียนของโลหิต กิจกรรม และอุณหภูมิภายนอก ทำหน้าที่เป็นตัวปรับอุณหภูมิของร่างกาย จึงทำให้อุณหภูมิของเปลือกร่างกายและแกนลำตัว อาจแตกต่างกัน



ภาพที่ 1 อุณหภูมิของร่างกายมนุษย์ แกนลำตัวส่วนใหญ่คงที่ เปลือกร่างกายขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม

เครื่องมือวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส ที่ใช้งานอยู่ในประเทศไทย มีวิธีการวัดและค่าการวัดอุณหภูมิร่างกาย ได้ถูกต้องเพียงใด รูปแบบผลิตภัณฑ์ และการใช้งาน มีผลต่อค่าการวัดอุณหภูมิร่างกายที่ถูกต้องอย่างไร

มีวิธีการหรือแนวทางอย่างไร ให้เป็นที่ยอมรับ น่าเชื่อถือ ในวิธีการทดสอบ สอบเทียบ เพื่อตรวจสอบคุณภาพมาตรฐาน เครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ หรือผลิตขึ้นในประเทศไทย



ภาพที่ 2 การใช้งานวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์หรือสาธารณสุขและประชาชนทั่วไปมีความเข้าใจในการใช้งานเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส ได้อย่างถูกต้อง
2. ส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคในการใช้งานเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส และส่งเสริมอุตสาหกรรมผลิตเครื่องมือแพทย์
3. ใช้เป็นแนวทางพัฒนาห้องปฏิบัติการด้านอุณหภูมิและกระบวนการวิธีการ ทดสอบ สอบเทียบ เครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลองโดย ศึกษารวบรวมข้อมูลเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสจำนวน 460 เครื่อง เทคโนโลยีและการใช้งานในแต่ละรูปแบบ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยาการควบคุมอุณหภูมิ หลักการวัดอุณหภูมิของร่างกายในส่วนต่างๆ ภายในร่างกายมนุษย์ ทดสอบ ทดลอง เกี่ยวกับการวัดและใช้งานเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส ลงพื้นที่ทดสอบทดลองเก็บข้อมูล ณ พื้นที่เป้าหมาย วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงาน โดยมีขอบเขตของการศึกษาดังนี้

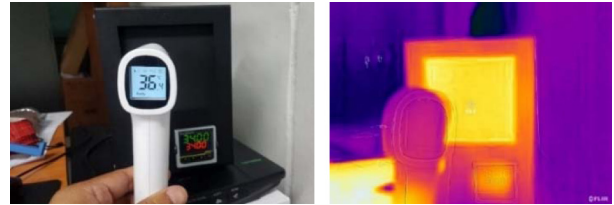
รูปแบบของเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส ณ จุดคัดกรองทั่วประเทศไทย

- ตัวแปรและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อค่าอุณหภูมิพื้นผิวจากการวัดด้วยเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส
- ความถูกต้องแม่นยำของเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส ณ จุดคัดกรอง โดยการเปรียบเทียบผลจากเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส แบบสัมผัส และจากเครื่องสร้างอุณหภูมิมาตรฐานแบบแผ่รังสี

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว แจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยจากผลการทดสอบ ทดลอง เปรียบเทียบผลการวัด ในลักษณะการใช้งานแบบต่างๆ ดังนี้

- วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการวัดทั้งหมด
- วิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะรูปแบบการใช้งาน
- วิเคราะห์ข้อมูลตามสภาพแวดล้อม

ทดสอบเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส สำหรับใช้เป็นเครื่องมาตรฐานเปรียบเทียบ การทดสอบนี้เป็นการทดสอบเปรียบเทียบกับเครื่องสร้างอุณหภูมิแบบ Black Body Infrared เพื่อหาค่าความถูกต้องและค่าชดเชยอุณหภูมิในโหมดพื้นผิวกับโหมดร่างกายของเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสที่จะใช้เป็นเครื่องมาตรฐานเปรียบเทียบกับเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสที่ใช้ในจุดอยู่ตามสถานที่ต่างๆ ณ จุดที่นำมาใช้เป็นเครื่องวัดใช้สำหรับการคัดกรองผู้ป่วย



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบอุณหภูมิทดสอบจากเครื่องสร้างอุณหภูมิแบบแผ่รังสี (Black Body Infrared) กับเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลการเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส (วัดหน้าผาก) โนโหมดการวัดอุณหภูมิร่างกายกับเครื่องสร้างอุณหภูมิแบบแผ่รังสี (Black Body Infrared)

อุณหภูมิทดสอบ	อุณหภูมิเครื่องวัดแบบหน้าผาก	Dif
34 °C	36.4 °C	-2.4
36 °C	38.3 °C	-2.3
38 °C	40.4 °C	-2.4

จากผลการทดลอง ทดสอบการเปรียบเทียบผลการเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส (วัดหน้าผาก) โนโหมดการวัดอุณหภูมิร่างกาย กับเครื่องสร้างอุณหภูมิแบบ Black Body Infrared พบว่า อุณหภูมิ เครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส(วัดหน้าผาก)โนโหมดการวัดอุณหภูมิร่างกายจะมีค่าสูงกว่าค่าของอุณหภูมิพื้นผิว ประมาณ 2.4 °C

โดยเฉลี่ยนั้นหมายความว่าอุณหภูมิที่ผิวของหน้าผากที่วัดได้จากเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสแบบทั่วไปจะมีค่าต่ำกว่าค่าอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสที่ใช้วัด ใช้จากการวัดที่หน้าผากในโหมดการวัดอุณหภูมิร่างกาย ประมาณ 2.4 °C

ผลการศึกษา

เก็บข้อมูลการทดสอบการวัดอุณหภูมิของเครื่องวัดอุณหภูมิร่างกายแบบไม่สัมผัส ณ จุดคัดกรองตามภูมิภาคในสถานที่ต่างๆ ทั่วประเทศ จำนวน 460 เครื่อง โดยทดสอบวัดเปรียบเทียบกับเครื่องวัดอุณหภูมิแบบสัมผัส (วัดใต้ลิ้น) จำนวน 1 เครื่อง (ที่ผ่านการสอบเทียบค่าแล้วใช้เป็นเครื่องมาตรฐาน 1) และเครื่องวัดอุณหภูมิร่างกายแบบไม่สัมผัส แบบมือถือ (ที่ผ่านการสอบเทียบค่ากับเครื่องสร้างอุณหภูมิแบบแผ่รังสีแล้ว ใช้เป็นเครื่องมาตรฐาน 2) ดังนี้

- วัดเปรียบเทียบ (เครื่องมาตรฐาน 1 เครื่อง มาตรฐาน 2) กับเครื่องวัดอุณหภูมิร่างกายแบบไม่สัมผัส โดยวัดที่หน้าผาก 420 เครื่อง(แบบมือถือ แบบกล้องถ่ายภาพแบบตั้งพื้น) จากทั้งหมด 460 เครื่อง
- วัดเปรียบเทียบ(เครื่องมาตรฐาน 1 เครื่อง มาตรฐาน 2) กับเครื่องวัดอุณหภูมิร่างกายแบบไม่สัมผัส

โดยวัดที่ฝ่ามือ 400 เครื่อง (แบบมือถือ แบบตั้งพื้น) จากทั้งหมด 460 เครื่อง

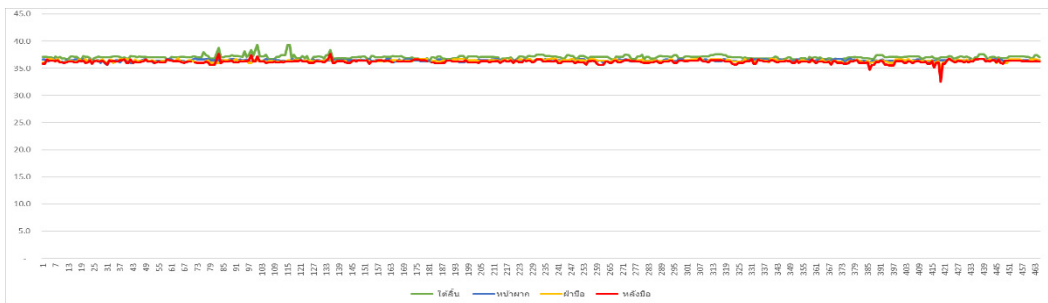
- วัดเปรียบเทียบ(เครื่องมาตรฐาน 1 เครื่อง มาตรฐาน 2) กับเครื่องวัดอุณหภูมิร่างกายแบบไม่สัมผัส โดย วัดที่หลังมือ 360 เครื่อง (แบบมือถือ แบบตั้งพื้น) จากทั้งหมด 460 เครื่อง

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการวัดทั้งหมด

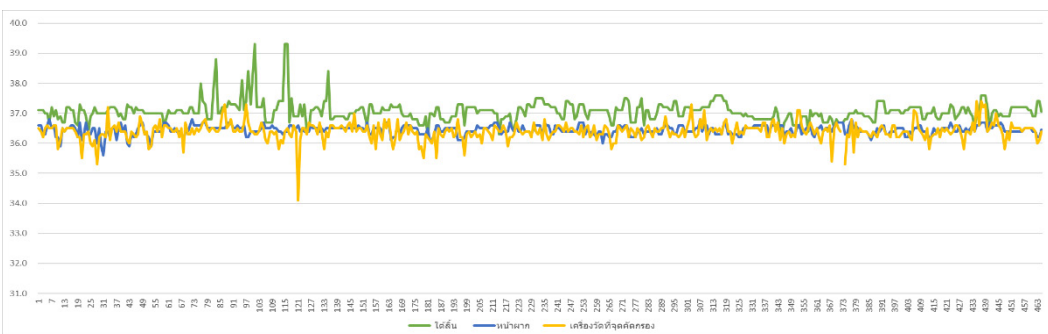
เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวัดค่าอุณหภูมิทุกรูปแบบการใช้งานที่ผู้ใช้ค่าการวัดจากเครื่องวัดนั้นๆ ไปเป็นผลการคัดกรองผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

1. เครื่องมาตรฐาน 1 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิวัดใต้ลิ้น มีค่า 37.1 °C
2. เครื่องมาตรฐาน 2 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.4 °C
3. เครื่องมาตรฐาน 2 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิฝ่ามือ มีค่า 36.4 °C
4. เครื่องมาตรฐาน 2 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหลังมือ มีค่า 36.2 °C
5. ดังนั้นไม่ควรใช้ค่าวัดอุณหภูมิหลังมือ เป็นอุณหภูมิใช้งานคัดกรองผู้ป่วย เพราะมีค่าอุณหภูมิต่ำ



ภาพที่ 4 กราฟผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการวัดของเครื่องวัดที่ใช้เป็นมาตรฐานเปรียบเทียบ



ภาพที่ 5 กราฟผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการวัดทั้งหมด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

1. เครื่องมาตรฐาน 1 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิวัดใต้ลิ้น มีค่า 37.1 °C
 2. เครื่องมาตรฐาน 2 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.4 °C
 3. เครื่องจุดคัดกรอง ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก/มือ มีค่า 36.4 °C
 4. ค่าอุณหภูมิหน้าผากเครื่องมาตรฐานและค่าวัดอุณหภูมิเครื่องจุดคัดกรองหน้าผาก/มือ มีค่าเท่ากัน
 5. เครื่องวัดอุณหภูมิวัดใต้ลิ้นค่าที่ได้จะมีค่าสูงกว่าการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก/มือ มีค่า 0.61°C
 6. มีเครื่องวัดอุณหภูมิ ณ จุดคัดกรอง บางเครื่องค่าการวัดไม่เป็นไปตามผล ตามข้อ 4 และข้อ 5 ข้างต้นและมีความแตกต่างกันมาก ซึ่งเป็นไปได้ว่าเครื่องนั้นไม่ควรนำมาใช้งาน
- การวิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะรูปแบบของการวัด**

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวัดค่าอุณหภูมิตามรูปแบบการใช้งานที่ผู้ใช้ค่าการวัดจากเครื่องวัดนั้นๆ ไปเป็นผลการคัดกรองผู้ป่วย ดังนี้

1. เครื่องวัดอุณหภูมิไม่สัมผัสแบบมือถือ

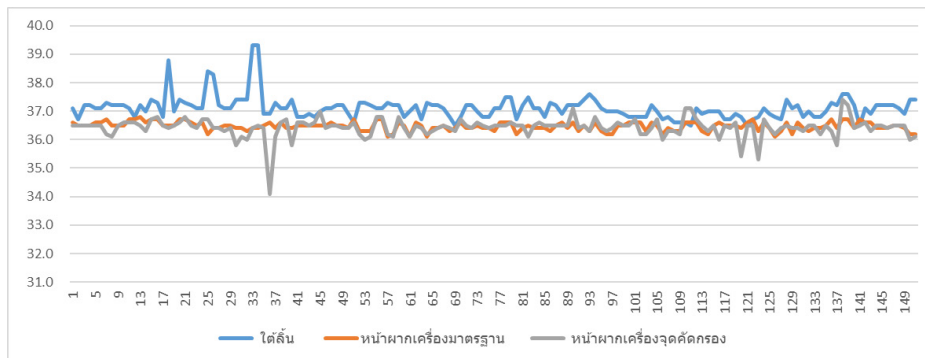
จากการวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบสมมติฐาน พบว่า

1. เครื่องมาตรฐาน 1 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิวัดใต้ลิ้น มีค่า 37.1 °C
2. เครื่องมาตรฐาน 2 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.5 °C
3. เครื่องจุดคัดกรอง ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.4 °C

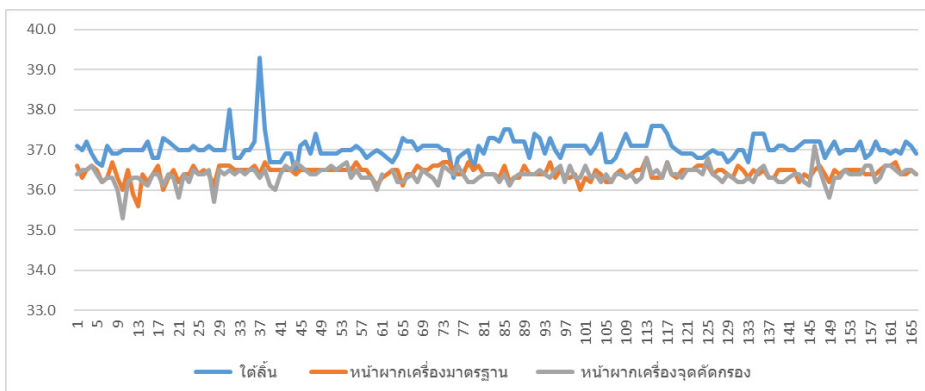
2. เครื่องวัดอุณหภูมิไม่สัมผัสแบบตั้งพื้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบสมมติฐาน พบว่า

1. เครื่องมาตรฐาน 1 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิวัดใต้ลิ้น มีค่า 37.0 °C
2. เครื่องมาตรฐาน 2 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.4 °C
3. เครื่องจุดคัดกรอง ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.4 °C



ภาพที่ 6 กราฟผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการวัดของเครื่องวัดแบบมือถือ วัดหน้าผาก



ภาพที่ 7 กราฟผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการวัดของเครื่องวัดแบบตั้งพื้น วัดหน้าผาก

3. แบบตั้งพื้นวัดอุณหภูมิที่มีมือ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบสมมติฐาน พบว่า

1. เครื่องมาตรฐาน 1 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิจากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิวัดใต้ลิ้น มีค่า 37.1 °C
2. เครื่องมาตรฐาน 2 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิจากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.4 °C
3. เครื่องมาตรฐาน 2 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิจากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิฝ่ามือ มีค่า 36.4 °C
4. เครื่องจุดคัดกรอง ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิจากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิฝ่ามือ มีค่า 36.2 °C

4. แบบกล้องถ่ายภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบสมมติฐาน พบว่า

1. เครื่องมาตรฐาน 1 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิจากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิวัดใต้ลิ้น มีค่า 37.0 °C

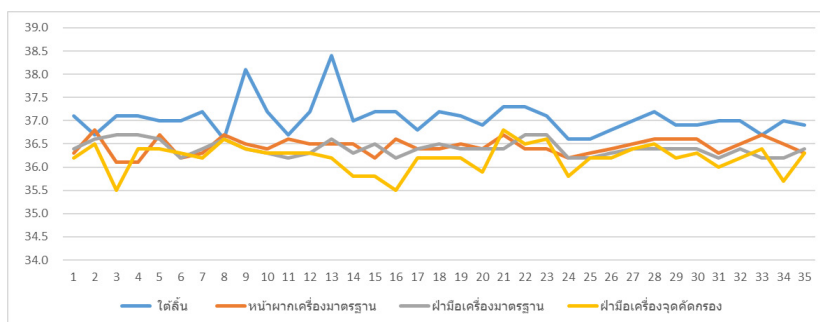
2. เครื่องมาตรฐาน 2 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิจากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.4 °C

3. เครื่องจุดคัดกรอง ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิจากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.5 °C

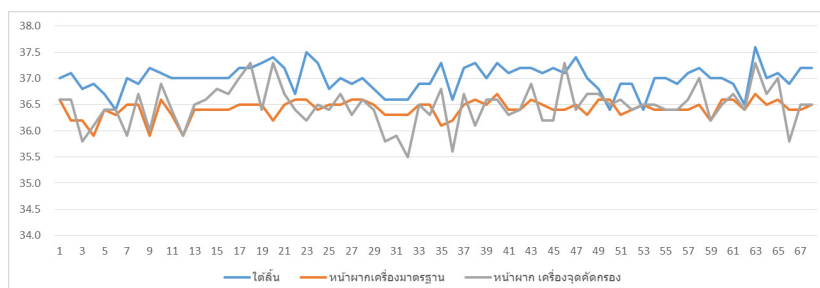
5. แบบกล้องถ่ายภาพพร้อมภาพถ่ายความร้อน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบสมมติฐาน พบว่า

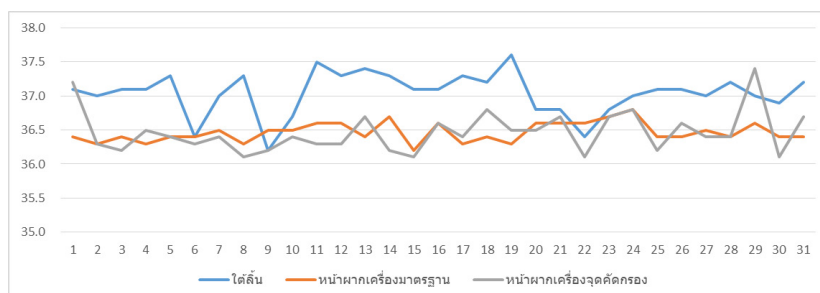
1. เครื่องมาตรฐาน 1 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิจากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิวัดใต้ลิ้น มีค่า 37.0 °C
2. เครื่องมาตรฐาน 2 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิจากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.5 °C
3. เครื่องจุดคัดกรอง ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิจากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.5 °C



ภาพที่ 8 กราฟผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการวัดของเครื่องวัดแบบตั้งพื้น วัดที่มีมือ



ภาพที่ 9 กราฟผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการวัดของเครื่องวัดแบบกล้องถ่ายภาพ วัดที่หน้าผาก



ภาพที่ 10 กราฟผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการวัดของเครื่องวัดแบบกล้องถ่ายภาพ วัดที่หน้าผาก

การวิเคราะห์ข้อมูลตามสภาพแวดล้อม

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวัดค่าอุณหภูมิจากการสังเกตค่าอุณหภูมิที่วัดได้เปรียบเทียบกับสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้น โดยสังเกตค่าอุณหภูมิที่มีค่าแตกต่างจากค่าเฉลี่ยค่ามาตรฐานไปมาก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบสมมติฐาน พบว่า

1. เครื่องมาตรฐาน 1 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิวัดได้ลิ้น มีค่า 37.1 °C
2. เครื่องมาตรฐาน 2 ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.3 °C
3. เครื่องจุดคัดกรอง ค่าเฉลี่ยค่าอุณหภูมิ จากการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก มีค่า 36.3 °C
4. จากการบันทึกข้อมูล สภาพแวดล้อม พบว่า หากสภาพแวดล้อมทำให้ร่างกายเปียกชื้น โดยเฉพาะบริเวณหน้าผากจะทำให้ผลการวัดค่าอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสลดลง และต่ำกว่าค่าอุณหภูมิที่วัดได้จากได้ลิ้นมาก

อภิปรายผล

จากการทดสอบสมมติฐาน เมื่อใช้เครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส ตามชนิดรูปแบบใช้งานต่างๆ มีข้อสังเกตดังนี้

1. แบบมือถือ ใช้วัดที่หน้าผากเป็นหลัก ค่าที่วัดได้จะใกล้เคียงกับค่าอุณหภูมิที่วัดจากเครื่องวัดอุณหภูมิที่วัดได้ลิ้น
2. แบบตั้งพื้น ผู้ใช้งาน ณ จุดคัดกรองหลายแห่งใช้วัดทั้งส่วนของวัดหน้าผากหรือวัดที่ฝ่ามือ จึงทำให้ค่าที่วัดได้มีความแตกต่างกันบ้าง
3. แบบตั้งพื้นวัดมือ เครื่องวัดแบบนี้ผู้ใช้สามารถทำการวัดอุณหภูมิทั้งหน้ามือและหลังมือ และมักมีสเปรย์แอลกอฮอล์ช่วยทำความสะอาดมือ ซึ่งบางครั้งทำให้ค่าอุณหภูมิลดน้อยลง

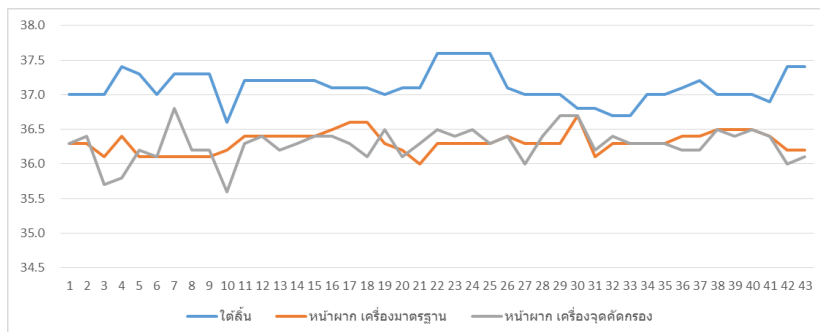
4. แบบตั้งกล้องถ่ายภาพ เครื่องวัดแบบนี้เป็นแบบอัตโนมัติสะดวกรวดเร็วในการใช้งาน ผู้ใช้สามารถใช้งานได้ง่าย ค่าที่วัดได้ใกล้เคียงกับค่าอุณหภูมิที่วัดจากเครื่องวัดอุณหภูมิที่วัดได้ลิ้น

5. แบบตั้งกล้องถ่ายภาพและภาพความร้อน เครื่องวัดแบบนี้สามารถติดตั้งตัวจับความร้อนให้มีระยะห่างจากคนได้ประมาณ 2 ถึง 5 เมตร และสามารถตรวจวัดได้แบบอัตโนมัติได้ทีละหลายคน ค่าที่วัดได้จะใกล้เคียงกับค่าอุณหภูมิที่วัดจากเครื่องวัดอุณหภูมิที่วัดได้ลิ้น

จากผลการศึกษา เปรียบเทียบการวัด เครื่องมาตรฐาน 1 (วัดได้ลิ้น) กับการใช้งานเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส (วัดที่หน้าผาก) นั้นจะมีการปรับตั้งค่าอุณหภูมิที่ผิวไปเป็นอุณหภูมิแกนกลางของร่างกายแตกต่างประมาณ 0.5°C - 0.6°C ดังนั้น ผู้ใช้งานต้องเข้าใจว่าในการวัดอุณหภูมิของเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสที่ตัวเองใช้จะมีค่าแตกต่างจากอุณหภูมิแกนกลางของร่างกายอยู่เท่าไร และตำแหน่งที่ใช้วัดอุณหภูมิมีสภาพแวดล้อมเป็นเช่นไร เพื่อที่จะประเมินผลค่าการใช้งานจากการวัดอุณหภูมิร่างกายได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

สรุปผล

การนำเครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัสมาใช้งานเพื่อให้เกิดระหว่างของผู้ที่ทำการวัดค่ากับผู้ป่วย มีหลายรูปแบบการในใช้งาน ซึ่งมีผลต่อค่าการวัดอุณหภูมิที่ได้จากวัดที่พื้นผิวมีค่าแตกต่างกัน เช่นกรณีวัดที่หน้าผาก ที่มีมือ นอกจากนี้ อุณหภูมิสภาพแวดล้อมยังมีผลต่อค่าอุณหภูมิที่วัดได้เพราะเป็นการวัดระดับอุณหภูมิผิวไม่ได้วัดอุณหภูมิที่แกนกลางของร่างกาย อีกทั้งสภาพแวดล้อมภายนอกทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิผิวหนังด้านนอกซึ่งเป็นจุดที่เครื่องวัด



ภาพที่ 11 กราฟผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการวัดค่าอุณหภูมิตามสภาพแวดล้อมวัดที่หน้าผาก

อุณหภูมิแบบไม่สัมผัสวัดตรวจ เช่น การอยู่กลางแจ้ง แดดร้อน ก่อนมาวัดหรืออยู่ในบริเวณห้องที่มีการปรับอากาศ ซึ่งจะ ทำให้อุณหภูมิที่วัดคลาดเคลื่อนได้ อาจจะทำให้สูงหรือ ต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นก่อนที่จะวัดอุณหภูมิควรให้อยู่ในห้องที่มี และให้เย็นหรือนั่งพักก่อน ที่จะวัดอุณหภูมิ และจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า

1. หากสภาพแวดล้อมทำให้ร่างกายเปียกชื้น โดยเฉพาะ บริเวณหน้าผากจะทำให้ผลการวัดค่าอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส ลดลง และต่ำกว่าค่าอุณหภูมิที่วัดได้จากใต้ลิ้นมาก
2. ไม่ควรใช้ค่าวัดอุณหภูมิหลังมือ เป็นอุณหภูมิใช้งาน คัดกรองผู้ป่วย เพราะมีค่าอุณหภูมิต่ำ ตามสภาพแวดล้อมได้ง่าย
3. เครื่องมือวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส ที่ใช้งานอยู่ที่ จุดคัดกรองสามารถวัดค่าอุณหภูมิได้ถูกต้องใกล้เคียงกับ อุณหภูมิร่างกาย แต่ต้องอยู่ในเงื่อนไขดังนี้
 - เป็นเครื่องที่ผลิตขึ้นมาใช้สำหรับวัดอุณหภูมิ ร่างกายโดยเฉพาะ
 - ควรวัดอุณหภูมิที่บริเวณหน้าผากเท่านั้น และอุณหภูมิแวดล้อมอยู่ในช่วง 28-32 องศาเซลเซียส
 - ไม่ควรมีความชื้นบริเวณหน้าผาก เพราะจะทำให้ ค่าที่วัดได้ต่ำกว่าอุณหภูมิร่างกายมาก
 - ความแม่นยำและความถูกต้องของการวัด มีค่าน้อยกว่าการใช้เครื่องวัดแบบสัมผัส เพราะการเปลี่ยนแปลง อุณหภูมิที่ผิวหนังร่างกายของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน อีกทั้งระยะห่าง ในแต่ละครั้งของการตรวจวัดไม่เท่ากัน
 - การใช้เครื่องมือวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส กรณีใช้เป็นแบบกล้องถ่ายภาพ ความแม่นยำและความถูกต้อง ของการวัดจะน้อยกว่าแบบชนิดใช้มือถือเนื่องจาก แบบกล้องถ่ายภาพ มีระยะในการตรวจวัดที่ไกลกว่า

ข้อเสนอแนะ

การใช้งานเครื่องมือวัดอุณหภูมิแบบไม่สัมผัส สำหรับวัดไข้ ผู้ป่วยแต่ละเครื่อง ควรเปรียบเทียบผลการวัดกับเครื่องวัด อุณหภูมิร่างกายแบบสัมผัสที่ใช้วัดอุณหภูมิแกนกลางของ ร่างกาย เช่นวัดใต้ลิ้น แล้วหาค่าความแตกต่าง เพื่อนำมาชดเชย ค่าที่ได้การวัดแบบแบบไม่สัมผัส เฉพาะเครื่องวัดนั้น

แนวทางพัฒนาห้องปฏิบัติการด้านอุณหภูมิ และ กระบวนการวิธีการ ทดสอบ สอบเทียบ เครื่องวัดอุณหภูมิ

แบบไม่สัมผัส จะต้องมีการสร้างอุณหภูมิแบบแบบแผ่รังสี ที่มีการคิดค่าผลต่างของอุณหภูมิร่างกายกับอุณหภูมิพื้นผิวแล้ว ซึ่งจะ ทำให้ผลทดสอบ สอบเทียบ เครื่องวัดมีความถูกต้อง แม่นยำที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- Johannes Kreuzer, I. Body-temperature Retrieved April 20, 2022, from <https://www.cosinuss.com/en/measured-data/vital-signs/body-temperature/>
- Paibulkichakul, C. Regulation of body temperature. general physiology April 20, 2022, from https://www.chanthaburi.buu.ac.th/~chalee/subject/physiology/phy009_thermal_regulation.pdf (in Thai).
- Supiwong, N. Kammon, T. Laparat, P. Panpeng, J. Study of weather conditions affecting body temperature measurement using infrared thermometers. For those receiving services at Senangkhanikhom Hospital during the outbreak of coronavirus 2019 (COVID19), From [http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/1c5\(1\).pdf](http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/1c5(1).pdf) (in Thai).
- Namsawatchaikun, Sukit. (2019). Comparison of digital measurement of a patient's body temperature from the armpit with temperature measurement from the forehead using an infrared sensor. *Journal of Health Sciences Thaksin University.* (in Thai).
- Charoensatsiri, R. Kaewdaeng K. Dinan, P. Study of the accuracy of infrared forehead thermometers in pediatric patients receiving services at the pediatric outpatient examination room at Phrapokkiao Hospital Chanthaburi Province, from <https://he02.tci-haijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/68153>. (in Thai).

ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อกับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุ ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3

SELECTED FACTORS BASED ON HEALTH BELIEF PATTERNS AFFECTING THE BEHAVIOR OF USING HELMETS TO PREVENT ACCIDENTS AMONG STUDENTS IN MUNICIPAL SCHOOLS OF THE 3RD HEALTH REGION

จุฬาลักษณ์ ฐิตินันท์วัฒน์, นเรศน์ ฐิตินันท์วัฒน์
Chulaluk Thitinantawat, Nares Thitinunthiwat
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

Office of Disease Prevention and Control 3 Nakhon Sawan Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงสัมพันธ์ที่มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียน 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียน 3. เพื่อค้นหาปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการศึกษแบบเชิงสัมพันธ์ (Correlation Study) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการใช้หมวกนิรภัย ในนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3 ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 ม.5 ม.6) ในปีการศึกษา 2566 จำนวน 450 คน การวิเคราะห์ข้อมูลและแปรผล ใช้โปรแกรมประยุกต์ด้านคอมพิวเตอร์สำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ การใช้การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ความถี่คะแนนเฉลี่ย (X) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient values) และวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ระยะเวลาที่ดำเนินการในระหว่าง เดือนมกราคม - เดือนกันยายน 2566 โดยผ่านอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของเขตสุขภาพที่ 3 เลขที่ RH-EC303/66 วันที่ 12 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองเขตสุขภาพที่ 3 พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ เฉลี่ยเพียง 2.33 อยู่ในระดับ ปานกลาง กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิง และเพศชายมีจำนวนนักเรียนที่ไม่ใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์มากกว่านักเรียนที่ใช้หมวกนิรภัยในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.0 ส่วนในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.0 นักเรียนมีการใช้หมวกนิรภัยทุกครั้ง

ที่ขี่รถจักรยานยนต์เพียง ร้อยละ 10.0 และใช้หมวกนิรภัยเป็นบางครั้ง ร้อยละ 90.0 0 ใช้หมวกนิรภัยที่มีขนาดพอดีกับศีรษะทุกครั้ง ร้อยละ 75.0 ใช้หมวกนิรภัยโดยใช้สายรัดคางพาดผ่านปลายคางให้กระชับพอดีทุกครั้ง ร้อยละ 65.0 ใช้หมวกนิรภัยทุกครั้งแม้ขี่รถจักรยานยนต์ในระยะใกล้เพียงร้อยละ 15.0 ส่วนใหญ่จะใช้หมวกนิรภัยขี่รถจักรยานยนต์ในระยะไกลร้อยละ 60.0 ใช้หมวกนิรภัยเป็นทุกครั้งเมื่อขี่รถจักรยานยนต์เวลากลางวัน ร้อยละ 75.2 และใช้หมวกนิรภัยเป็นบางครั้งเมื่อขี่รถจักรยานยนต์ เวลากลางคืน ร้อยละ 34.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการทดสอบความกระชับของหมวกก่อนขี่ทุกครั้ง เพียงร้อยละ 40.0 นักเรียนจะขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความเร็วสูงเป็นบางครั้งที่ใช้หมวกนิรภัย ร้อยละ 85.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 16.1 ใช้หมวกนิรภัยที่มีอายุการใช้งานมากกว่า 5 ปี กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.19, SD = 0.44$) การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.68, SD = 0.28$) การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.09, SD = 0.50$) และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 2.50, SD = 0.82$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการใช้หมวกนิรภัยได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้อุปสรรค, ประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุ และช่วงอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถพยากรณ์การใช้หมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .846 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของประสิทธิภาพการพยากรณ์เท่ากับ .131 โดยตัวแปรพยากรณ์ การรับรู้อุปสรรค ประการณในการได้รับอุบัติเหตุ อายุต่ำกว่า 18 ปี และการรับรู้ความรุนแรง มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 1.162, -.575, -.108 และ .098 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ 1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์เพื่อให้นักเรียนมีพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขี่รถจักรยานยนต์ได้อย่างถูกต้อง ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขี่รถจักรยานยนต์ โดยเน้นนักเรียนใช้หมวกนิรภัยทุกครั้งขณะขี่รถจักรยานยนต์ ให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องมีความเข้าใจว่า การเกิดอุบัติเหตุจากการขี่รถจักรยานยนต์เป็นผลลัพธ์เกิดจากการกระทำของตนเอง และจะต้องควบคุมตนเองที่จะไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการขี่รถจักรยานยนต์ การรณรงค์การใช้หมวกนิรภัยควรมุ่งเน้นถึงการรับรู้ความรุนแรงของการใช้หมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ อันจะเป็นประโยชน์ในการป้องกัน และลดความรุนแรงของอุบัติเหตุที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยคัดสรร ,พฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัย ,การป้องกันอุบัติเหตุ

Abstract

This research is a correlational study with the objective 1.To study personal factors Level of factors selected according to health belief patterns and the level of behavior in using helmets to prevent motorcycle accidents among students. 2.To study the relationship between selected factors based on health belief patterns and the behavior of students using helmets to prevent motorcycle accidents. 3. To find selected factors based on health belief patterns that predict behavior in using helmets to prevent motorcycle accidents among students in schools in the municipality of Health District 3. Research methods. This is a correlation study, studying the relationship between factors such as gender, perception of risk opportunities. and severity of the accident perceived benefits and barriers to helmet use Among students under the jurisdiction of schools of the municipality, Health District 3, who are studying in high school (Mathayom 4, Mathayom 5, Mathayom 6) in the academic year 2023, a total of 450 people, data analysis and results interpretation. Use computer applications for

social science research. Statistics used in data analysis are as follows. Analyzed with frequency values Using the frequency distribution and find the percentage Mean score frequency (The research was approved by the Research Ethics Committee of Health Region 3, number RH-EC303/66, on May 12, 2023. The research results found that The behavior of using helmets while riding motorcycles among students under the schools of the municipality, Health District 3, found that the students had behavior of using helmets while riding motorcycles with an average of only 2.33, which is at a moderate level. The sample group was both female. And males have a higher number of students who do not use helmets while riding motorcycles than male students who use helmets. Accounted for 65.0% in females Accounting for 61.0% of students, only 10.0% use a helmet every time they ride a motorcycle, and 90.0% use a helmet sometimes. 0% always use a helmet that is the right size for their head. 75.0% use a helmet with a chin strap across it. Pass the tip of the chin for a snug fit every time. 65.0% use a helmet every time, even when riding a motorcycle at a short distance, only 15.0%. Most use a helmet when riding a motorcycle at a distance, 60.0% use a helmet every time when riding a motorcycle during the daytime. % 75.2 and sometimes use a helmet when riding a motorcycle at night, 34.0 percent. Most of the sample group will test the tightness of the helmet before riding every time, only 40.0 percent. Students will sometimes ride a motorcycle at high speeds using a helmet. 75.2 percent. 85.2 The majority of the sample, accounting for 16.1 percent, used safety helmets that were more than 5 years old. The sample group There was a good level of risk perception (\bar{X} = 3.19, SD = 0.44), a very good level of severity perception (\bar{X} = 3.68, SD = 0.28), a good level of benefit perception (\bar{X} = 3.09, SD = 0.50) and perception of obstacles was at a poor level (\bar{X} = 2.50, SD = 0.82). Variables that were related to helmet use were: perception of severity, perception of obstacles, experience of accidents and under 18 years of age can predict helmet use while riding a motorcycle with statistical significance at the .01 level, with a multiple correlation coefficient of .846. The standard error of the prediction performance is .131. The predictive variables Obstacle perception Regarding accidents under 18 years of age and perception of severity The coefficients of the predictors in the form of standardized scores (β) were 1.162, -.575, -.108, and .098, respectively.

Suggestions from the research are: 1) Suggestions for using the research results so that students have the correct behavior to use helmets to prevent accidents from riding motorcycles. There should be training on knowledge and understanding about behavior to prevent accidents from driving motorcycles. Emphasis is placed on students using a helmet every time while riding a motorcycle. Let students develop correct behavior and understand that Motorcycle accidents are the result of one's own actions. And must control oneself to prevent accidents from driving a motorcycle. Helmet campaigns should focus on awareness of the severity of helmet use while riding a motorcycle. which will be useful in protection and reduce the severity of accidents appropriately.

Keywords: selection factors, helmet use behavior, Accident prevention

บทนำ

ตามฐานข้อมูลความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย (Thailand Road Safety Literature Database, TRSL) โดยมูลนิธิไทยโรดส์และศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย ที่ได้สำรวจจาก 182 ประเทศ พบว่า อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกเป็นจำนวนสูงถึง 1.24 ล้านคนต่อปี และอัตราผู้ได้รับบาดเจ็บ เป็นจำนวน 20-50 ล้านคนในแต่ละปีจากผลการสำรวจปี 2565 พบว่า ประเทศไทยถูกจัดอันดับเป็นประเทศที่มีคนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากที่สุดเป็นอันดับ 2 ของโลกโดยสถิติระบุว่า ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีจำนวน 44 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปีซึ่งส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนของประชากรไทยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 5.1 ของอัตราการเสียชีวิตโดยรวม ผู้ใช้รถจักรยานยนต์บนท้องถนนจำนวน 1,502,949 ราย ทั่วประเทศ 77 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2565 โดยมูลนิธิไทยโรดส์ (ThaiRoads Foundation) พบว่า ในภาพรวม มีผู้ใช้รถจักรยานยนต์ สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 43 แบ่งเป็นคนขี่รถจักรยานยนต์ที่สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 52 และคนซ้อนท้ายสวมหมวกนิรภัยร้อยละ 20 เมื่อจำแนกตามกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์พบว่า วัยรุ่นสวมหมวกนิรภัยเพียงร้อยละ 28 เท่านั้นน้อยกว่าผู้ใหญ่ที่สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 49 หากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในอาเซียน พบว่า ประเทศไทยมีระดับการบังคับใช้กฎหมายการบังคับใช้หมวกนิรภัยต่ำกว่าประเทศสิงคโปร์ เวียดนาม อินโดนีเซีย และลาว (ศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน, 2565 : ออนไลน์)

การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุในการขับขี่รถจักรยานยนต์ได้สิ่งชักนำให้เกิดอุบัติเหตุคือสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดอุบัติเหตุซึ่งมี 2 ด้านคือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง และสิ่งชัก นำภายนอกหรือ

สิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือ่นับถือ เช่น สามเณรยาบิตามารดา เป็นต้น ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัย ด้านประชากร เช่น เพศ ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันที่แตกต่างกัน ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน แรงจูงใจสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ได้แก่ระดับความสนใจ ความใส่ใจทัศนคติและค่านิยมทางด้านการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ เป็นต้น จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ขับขี่เกิดอุบัติเหตุ

โรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3 เป็นสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่มีนักเรียน ช่วงอายุตั้งแต่ 13 - 19 ปี นักเรียนส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในพื้นที่เทศบาลเมืองเขตสุขภาพที่ 3 ส่วนใหญ่ขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะจากการสำรวจของฝ่ายกิจการนักเรียน และกิจการพิเศษพบว่าร้อยละ 80 เป็นนักเรียนที่มีรถจักรยานยนต์ส่วนตัวและนักเรียนส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่มีใบขับขี่ทั้งนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้ เกิดคำถามว่าปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อกับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3 หรือไม่ อย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมด้านการป้องกันตนเองคือ พฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัย 3 ในการป้องกันอุบัติเหตุตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งมีปัจจัยที่มีองค์ประกอบสำคัญ

วัตถุประสงค์

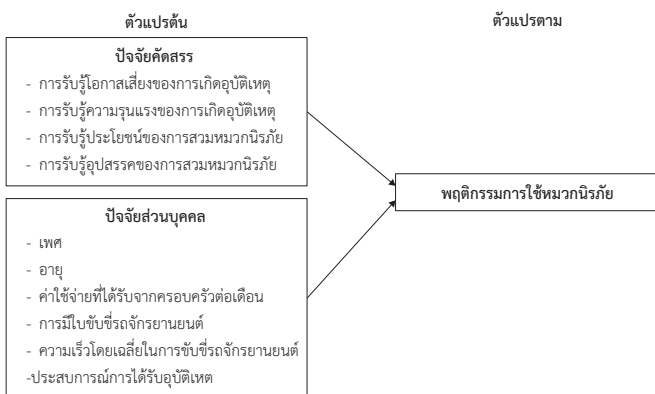
1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรม การใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองของเขตสุขภาพที่ 3

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองของเขตสุขภาพที่ 3

3. เพื่อค้นหาปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองของเขตสุขภาพที่ 3

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้สร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังนี้



สมมติฐาน

ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3 และปัจจัยอย่างน้อย 1 ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองเขตสุขภาพที่ 3

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์วางแผนค้นหาวิธีการในการส่งเสริมให้นักเรียน มีพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุ และเป็นแนวทางสำหรับองค์กร

หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรม การใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3 ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากกว่าการคาดคะเนแบบสามัญสำนึก

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงสัมพันธ์ (Correlation Study) ในการศึกษาความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3

ประชากร ประชากรที่ศึกษาเป็นนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3 ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2566 ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 ม.5 ม.6) จำนวน 1,417 คน (ฝ่ายทะเบียนและวัดผล, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3 ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 ม.5 ม.6) ในปีการศึกษา 2566 จำนวน 450 คน ซึ่งได้มาโดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) โดยใช้ขนาดของโรงเรียนและชั้นปีเป็นชั้นภูมิ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973: 887) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนจำนวน 450 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) โดยเทียบสัดส่วนระหว่างจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของแต่ละโรงเรียน และของแต่ละชั้นปี แล้วจับฉลากตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จากรหัสชั้นเรียน และรหัสนักเรียนตามลำดับ

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เป็นนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองในเขตสุขภาพที่ 3 ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 ม.5 ม.6) ในปีการศึกษา 2566 สามารถขับขี่รถจักรยานยนต์ ได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองในการให้ข้อมูล สามารถอ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมือง เขตสุขภาพที่ 3

จุฬาลักษณ์ ฐิตินันท์วัฒน์, นครศน์ ฐิตินันท์วัฒน์

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ นักเรียนที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนดตามเกณฑ์คัดเข้า

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และได้ยื่นขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของเขตสุขภาพที่ 3 ได้รับการอนุมัติ เลขที่ RH-EC303/66 ลงวันที่ วันที่ 12 พฤษภาคม 2566

เครื่องมือและวิธีสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออุบัติเหตุขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ และส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัย

วิธีการสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษา จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ แล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองตาก ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ติดต่อขอหนังสือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ถึงนายกเทศมนตรีเมือง เขตสุขภาพที่ 3 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาที่ จะเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยดำเนินการเก็บ

รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยแจ้งนักเรียนและแจ้งผู้ปกครองของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทราบถึงความสำคัญ วัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการทำแบบสอบถาม เพื่อให้ นักเรียนเข้าใจตรงกันก่อนทำแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามวิเคราะห์ ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ วิเคราะห์ระดับปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุ ด้วยค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ด้วยค่าสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.2 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40.8 ซึ่งมีช่วงต่ำกว่า 18 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.8 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5, 6 มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ผลการเรียนสะสมของนักศึกษา หรือ GPA 3.00 – 3.50 คิดเป็นร้อยละ 40.0 นักเรียนส่วนมากมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 49.0 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการขับขี่รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 100 ใช้หมวกนิรภัยในขณะที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 30.1 และไม่ใช้หมวกนิรภัยในขณะที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 69.9 ประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ส่วนใหญ่มากกว่า 3 ปีคิดเป็นร้อยละ 81.8 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 56.4

การใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า นักเรียนมีการใช้หมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขับขี่รถจักรยานยนต์เพียงร้อยละ 10.0 และใช้หมวกนิรภัยเป็นบางครั้ง ร้อยละ 90.0 ใช้หมวกนิรภัยที่มีขนาดพอดีกับศีรษะทุกครั้ง ร้อยละ 75.0 ใช้หมวกนิรภัยโดยใช้สายรัดคางพาดผ่านปลายคางให้กระชับพอดีทุกครั้ง ร้อยละ 65.0 ใช้หมวกนิรภัยทุกครั้งแม้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในระยะใกล้เพียงร้อยละ 15.0 ส่วนใหญ่จะใช้หมวกนิรภัยขับขี่รถจักรยานยนต์ในระยะใกล้ร้อยละ 60.0 ใช้หมวกนิรภัยเป็นทุกครั้งเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์เวลากลางวัน ร้อยละ 75.2 และใช้หมวกนิรภัยเป็นบางครั้งเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์เวลากลางคืน ร้อยละ 34.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการทดสอบความกระชับของหมวกก่อนขับขี่ทุกครั้งเพียงร้อยละ 40.0 นักเรียนจะขับขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความเร็วสูงเป็นบางครั้งที่ใช้หมวกนิรภัย ร้อยละ 85.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 16.1 ใช้หมวกนิรภัยที่มีอายุการใช้งานมากกว่า 5 ปี และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้หมวกนิรภัยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.33$, $SD = 0.24$)

ระดับปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับ ดี การรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับ ดีมาก การรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับ ดี และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับ ไม่ดี ดังตารางที่ 1 และระดับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ พบว่า พฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยอยู่ในระดับ ปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 (n = 450)

ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.19	0.44	ดี
การรับรู้ความรุนแรง	3.68	0.28	ดีมาก
การรับรู้ประโยชน์	3.09	0.50	ดี
การรับรู้อุปสรรค	2.50	0.82	ไม่ดี

ผลการค้นหาปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ พบว่า เมื่อพิจารณาตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่ รถจักรยานยนต์สูงสุดเข้ามาก่อน คือการรับรู้อุปสรรค มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .740 ซึ่งสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีประสิทธิภาพในการพยากรณ์ร้อยละ 54.80 เมื่อเพิ่มตัวแปรประสบการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุเข้าไป พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเพิ่มขึ้นเท่ากับ .836 สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีประสิทธิภาพการพยากรณ์ ร้อยละ 69.80 ประสิทธิภาพในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เมื่อเพิ่มตัวแปรช่วงอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีเข้าไป พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเพิ่มขึ้นเท่ากับ .842 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีประสิทธิภาพในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 70.90 ประสิทธิภาพในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์การรับรู้ความรุนแรง เข้าไป พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเพิ่มขึ้นเป็น .846 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted R²) เป็น ร้อยละ 71.20 ประสิทธิภาพการพยากรณ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.6

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุของนักเรียน

ตัวแปรตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การใช้หมวกนิรภัย	2.33	0.24	ปานกลาง

ดังตารางที่ 3 และพบว่าพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมาจากสามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์ได้ดังนี้ ตัวแปรการรับรู้อุปสรรค, ประสบการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุ, อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี และการรับรู้ความรุนแรง ตัวแปรทั้ง 4 ตัวนี้สามารถพยากรณ์การใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .846 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของประสิทธิภาพการพยากรณ์เท่ากับ .131 และมีค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ที่ปรับแก้แล้วเป็นร้อยละ 71.20 โดยตัวแปรพยากรณ์การรับรู้อุปสรรค ประการณในการได้รับอุบัติเหตุ อายุต่ำกว่า 18 ปี และการรับรู้ความรุนแรง มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 1.162, -.575, -.108 และ .098 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรค และการใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับ ดี ($\bar{X} = 3.19, SD = 0.44$) การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับ ดีมาก ($\bar{X} = 3.68, SD = 0.28$)

ตารางที่ 3 ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียน

ตัวแปร	R	R ²	R ² change	Adjusted R ²	F
การรับรู้อุปสรรค	.740	.548	.548	.547	397.917**
การรับรู้อุปสรรค, อุบัติเหตุ	.836	.698	.150	.697	378.531**
การรับรู้อุปสรรค, อุบัติเหตุอายุต่ำกว่า 18 ปี	.842	.709	.011	.706	264.662**
การรับรู้อุปสรรค, อุบัติเหตุอายุต่ำกว่า 18 ปี, การรับรู้ความรุนแรง	.846	.715	.006	.712	204.153**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ผลการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ตัวแปร	b	β	S.E. _b	t
การรับรู้อุปสรรค	.347	1.162	.014	24.338**
ประสบการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุ	-.347	-.575	-.026	-13.425**
อายุต่ำกว่า 18 ปี	-.070	-.108	-.031	-3.541**
การรับรู้ความรุนแรง	.085	.098	.023	2.701**

a = 1.237 R = .846 R² = .715 Adjusted R² = .712 S.E._{est} = .131 F = 204.153**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X} = 3.09, SD = 0.50$) และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับ ไม่ดี ($\bar{X} = 2.50, SD = 0.82$)

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปร และประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุต่อการใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ประสิทธิภาพของการพยากรณ์คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ประสิทธิภาพของการพยากรณ์ (R²) และพยากรณ์ที่ละตัว (R² change) สัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted R²) พร้อมทั้งทดสอบนัยสำคัญทางสถิติตามวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบสแต็ปไวท์ พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์สูงสุดเข้ามาก่อน คือการรับรู้อุปสรรค มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .740 ซึ่งสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีประสิทธิภาพในการพยากรณ์ร้อยละ 54.80 เมื่อเพิ่มตัวแปรประสบการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุเข้าไป พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเพิ่มขึ้นเท่ากับ .836 สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีประสิทธิภาพการพยากรณ์ ร้อยละ 69.80 ประสิทธิภาพในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เมื่อเพิ่มตัวแปร

ช่วงอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีเข้าไป พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเพิ่มขึ้นเท่ากับ .842 มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีประสิทธิภาพในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.90 ประสิทธิภาพในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์การรับรู้ความรุนแรง เข้าไป พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเพิ่มขึ้นเป็น .846 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted R²) เป็นร้อยละ 71.20 ประสิทธิภาพการพยากรณ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.6

ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์การใช้หมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (β) พร้อมค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของประสิทธิภาพของตัวพยากรณ์ (S.E._b) พบว่า แสดงตัวแปรการรับรู้อุปสรรค, ประสิทธิภาพในการได้รับอุบัติเหตุ, อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี และการรับรู้ความรุนแรง ตัวแปรทั้ง 4 ตัวนี้สามารถพยากรณ์การใช้หมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .846 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของประสิทธิภาพการพยากรณ์เท่ากับ .131 และมีค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ที่ปรับแก้แล้วเป็นร้อยละ 71.20 โดยตัวแปรพยากรณ์การรับรู้อุปสรรค ประสิทธิภาพในการได้รับอุบัติเหตุ อายุต่ำกว่า 18 ปี และการรับรู้ความรุนแรง มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 1.162, -.575, -.108 และ .098 ตามลำดับ

สรุปผล

จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 เฉลี่ยเพียง 2.33 อยู่ในระดับ ปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค ประสิทธิภาพในการได้รับอุบัติเหตุ และ

ช่วงอายุไม่ต่ำกว่า 18 และปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาลเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค ประสิทธิภาพในการได้รับอุบัติเหตุ และช่วงอายุไม่ต่ำกว่า 18 สามารถพยากรณ์การใช้หมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .846 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของประสิทธิภาพการพยากรณ์เท่ากับ .131 และมีค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ที่ปรับแก้แล้วเป็นร้อยละ 71.20 โดยตัวแปรพยากรณ์ การรับรู้อุปสรรค ประสิทธิภาพในการได้รับอุบัติเหตุ อายุต่ำกว่า 18 ปี และการรับรู้ความรุนแรง มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 1.162, -.575, -.108 และ .098 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ เฉลี่ยเพียง 2.33 อยู่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งเจตนาของการสวมใส่หมวกนิรภัยนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้ศีรษะถูกกระแทกจากการได้รับอุบัติเหตุจนสมองกระทบกระเทือน แต่ในทางกลับกันวัยรุ่นเลือกที่จะสวมหมวกนิรภัยเพื่อป้องกันตำรวจจับ จึงทำให้นักศึกษาส่วนใหญ่มีการใช้หมวกนิรภัย สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญเลิศ ลิ้มทองกุล และคณะ (2544) ที่ศึกษาเรื่องการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ ใช้หมวกนิรภัย อยู่ในระดับ ปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขี่รถจักรยานยนต์ พบว่า ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค ประสิทธิภาพในการได้รับอุบัติเหตุ และช่วงอายุไม่ต่ำกว่า 18 สามารถพยากรณ์การใช้หมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้อุปสรรคของการใช้หมวกนิรภัย เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์และทำให้สามารถทราบถึงพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัย

ขณะขับซ็รถจักรยานยนต์ของนักเรียนได้ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการใช้หมวกนิรภัย เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยขณะขับซ็รถจักรยานยนต์ของนักเรียน แสดงให้เห็นว่า นักเรียนที่รับรู้ถึงอุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัยมากขึ้นส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักเรียนที่มีการสวมหมวกนิรภัยนั้น เลือกสวมหมวกนิรภัยเพื่อป้องกันแดดลม ฝน เนื่องจากสภาวะอากาศในพื้นที่ มีอากาศร้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของรัชชา รัตนะถาวร (2546) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับซ็รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัย ส่งผลต่อการสวมหมวกนิรภัยขณะขับซ็รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ประสพการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุของนักเรียนนั้นส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยขณะขับซ็รถจักรยานยนต์ของนักเรียน แสดงให้เห็นว่า นักเรียนที่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุจะมีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุมากขึ้น อาจเป็นเพราะมีความหวาดกลัว เนื่องจากไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ การหวาดกลัวกับสิ่งที่ยังไม่ได้เกิดขึ้น การไม่สามารถคาดเดาระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจึงทำให้นักเรียนมีการระมัดระวังมากกว่ากลุ่มนักเรียนที่เคยได้รับอุบัติเหตุแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลภรณ์ แสนทวีสุข (2544) ที่ว่าประสพการณ์การได้รับอุบัติเหตุจากการขับซ็รถจักรยานยนต์เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล และเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสวมหมวกนิรภัย โดยประสพการณ์การได้รับอุบัติเหตุเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในการปฏิบัติที่ดีขึ้น เพราะการได้รับอุบัติเหตุจะทำให้รับรู้ถึงสภาวะคุกคามของอุบัติเหตุ และผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับเฉลิมขวัญ ศรีสุวรรณ (2541 : 144) พบว่า ผู้ขับซ็รถจักรยานยนต์ที่ไม่เคยมีประสพการณ์การได้รับอุบัติเหตุจะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับซ็รถจักรยานยนต์ดีกว่าผู้ขับซ็รถจักรยานยนต์ที่เคยมีประสพการณ์การได้รับอุบัติเหตุ และ สอดคล้องกับ สุจิตรา ทัดเที่ยง (2535 : 102) พบว่า ผู้ที่มีจำนวนครั้งของการได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ต่ำจะเป็น

ผู้ที่มีความตั้งใจที่จะใช้หมวกนิรภัยสูง อายุต่ำกว่า 18 ปี ตัวแปรนี้ยังเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่สามารถชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยของนักเรียน แสดงให้เห็นว่านักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีโอกาส หรือมีพฤติกรรมการใช้ หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุขณะขับซ็รถจักรยานยนต์น้อยกว่านักเรียนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนช่วงอายุต่ำกว่า 18 ปี กลุ่มนี้ถือเป็นวัยรุ่นตอนปลายก่อนเข้าสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งวัยรุ่นจะมีพฤติกรรมหรือความเชื่อตามเพื่อน สังคม สมัยนิยม เชื่อเพื่อนมากกว่า เชื่อผู้มีความอาวุโสกว่าอย่างครูกับอาจารย์ หรือแม้กระทั่งพ่อแม่ ดังนั้น ช่วงอายุที่ต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับซ็รถจักรยานยนต์ และสรุปได้ว่าช่วงอายุที่ น้อยนั้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับซ็รถจักรยานยนต์เป็นไปตามทฤษฎีของเพียเจต์ สอดคล้องกับ Binoco, Trani, Santoro, และ Angelillo (2005) พฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยของนักเรียนวัยรุ่นในการขับซ็รถจักรยานยนต์ในประเทศอิตาลี โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง นักเรียนวัยรุ่นโรงเรียนมัธยมศึกษาในเมือง Catanzaro จำนวน 412 คน อายุ 14 – 19 ปี พบว่าการใช้หมวกนิรภัยในผู้ขับซ็ และผู้โดยสาร คิดเป็นร้อยละ 34.7 และ 33.7 ตามลำดับ ประสพการณ์การได้รับอุบัติเหตุใน 12 เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 17 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยของนักเรียน ซึ่งพบว่า เป็นปัจจัยหนึ่งที่นักเรียนมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุมากขึ้น ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยขณะขับซ็รถจักรยานยนต์ มากขึ้น อาจเป็นเพราะผู้ขับซ็รถจักรยานยนต์ มองเห็นผลเสียของการเกิดอุบัติเหตุไม่ว่า จะเล็กน้อย หรือรุนแรงก็ยอมมีการสูญเสียเกิดขึ้นไม่ว่าบาดเจ็บ พิการ หรืออาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ซึ่งเป็นภาวะที่กลุ่มตัวอย่างไม่ปรารถนา และต้องการที่จะหลีกเลี่ยง (Becker, 1974) และปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขับซ็รถจักรยานยนต์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคประสพการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุ และช่วงอายุไม่ต่ำกว่า 18 สามารถพยากรณ์การใช้หมวกนิรภัยขณะขับซ็รถจักรยานยนต์

ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .846 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของประสิทธิผลการพยากรณ์เท่ากับ .131 และมีค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ที่ปรับแก้แล้วเป็นร้อยละ 71.20 โดยตัวแปรพยากรณ์ การรับรู้อุปสรรค ประการณในการได้รับอุบัติเหตุ อายุต่ำกว่า 18 ปี และการรับรู้ความรุนแรง มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 1.162, -.575, -.108 และ .098 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ควรจัดอบรมสร้างความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค ประสบการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุ และช่วงอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี ให้เกิดพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ถูกต้อง โดยเน้นนักเรียนใช้หมวกนิรภัยทุกครั้งขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ มีความเข้าใจว่าการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำของตนเอง และจะต้องควบคุมตนเองที่จะไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ และควรรณรงค์การใช้หมวกนิรภัย ควรมุ่งเน้นถึงการรับรู้ ความรุนแรงของการใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ และข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีทำการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่จะส่งผลโดยใช้ทฤษฎีอื่นๆ ส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมขับขี่รถจักรยานยนต์ให้ปลอดภัย ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นๆ และควรจัดรูปการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับการสังเกต และความรู้สึกได้มากขึ้น ในอันจะเป็นประโยชน์ในการป้องกัน และลดความรุนแรงของอุบัติเหตุที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Academic Center for Road Safety 2022. Complete research report by the National Accident Research Center.Thai. (online). Retrieved 25 August 2022, accessible from: <http://www.roadsafetythai.org>.

- Boonlert Limthongkul. (2001). A study of road traffic accidents in Phitsanulok Province. Research report. Phitsanulok Provincial Public Health Office.
- Chalermkwan Srisuwan, (1998). Factors influencing accident prevention behavior of motorcycle riders.Injured at the emergency room and accident at the police hospital. Master's Thesis, Srinakharinwirot University.
- Ratchaya Rattanathaworn. (2003). Factors affecting behavior in preventing accidents from driving motorcycles. high school students Under the Department of General Education in Mueang District Prachinburi Province. Master's degree thesis, Kasetsart University.
- Suchitra Tadthiang. (1992). Factors related to motorcycle riders' intention to wear helmets. Master's degree thesis, Mahidol University.
- Wilaiporn Saenthaweek. (2001). Preventing motorcycle accidents among secondary school students. Benjama Maharat School Ubon Ratchathani Province. Master of Public Health Thesis, Chiang Mai University.
- Yupa Hongwachin. (1999). Helmet-wearing behavior of motorcycle riders in municipal areas. Chachoengsao. Master's degree thesis, Mahidol University.
- Becker, M.H. and Maiman L.A. (1974). The Health Belief: Origins and Corrdlates in Psychological Theory, Health Education Mono graphs. 2:300-385; winter.
- Bianco, A.,Trani,F., Saantoro G.,Angellio, IF (2005). Adolescents' attitudes and behavior towards motorcycle helmet use in Italy. Eur J Pediatar 2005, 164 (4) 207 – 11.
- Taro, Yamane. (1973). Statistics: An Introductory Analysis. 3 rd ed. New York : Harper and Row.

แรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมต่อการสมัครใจบำบัด ของผู้ป่วยยาเสพติด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

MOTIVATION AND SOCIAL SUPPORT ON VOLUNTARY TREATMENT OF NARCOTIC PATIENTS IN THE SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL OF CHOMBUENG DISTRICT RATCHABURI PROVINCE

วรพล อาศน์สุวรรณ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

Woraphon Artsuwan

Chombueng District Public Health Office of Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับแรงจูงใจ ระดับการสนับสนุนทางสังคม และศึกษาความสัมพันธ์ของแรงจูงใจกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 135 คน ที่เข้ารับการรักษาแบบสมัครใจ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 แห่ง ของอำเภอจอมบึงจังหวัดราชบุรี ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย มีอายุ 41- 60 ปี สถานภาพโสด การศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ 5,001-10,000 บาท อาศัยอยู่กับบ้านพ่อแม่ อยู่เขตชนบท มีการใช้สารเสพติดครั้งแรก คือ บุหรี่ การใช้สารเสพติดครั้งแรก ช่วงอายุ 16-20 ปี เข้ารับการรักษาจากการเสพยาบ้าเป็นหลัก มีการเสพยาบ้าวันละ 5-7 วัน มีการใช้ยาเสพติดเป็นเวลา 6-10 ปี ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีอาการหวาดระแวง ไม่มีอาการก้าวร้าว ไม่คิดทำร้ายตนเอง อยู่ในครอบครัวด้วยความราบรื่น พบว่า แรงจูงใจต่อการเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.86, \sigma = 0.23$) มีการสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจ โดยรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\mu = 3.10, \sigma = 0.48$) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจ โดยรวม อยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.365$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงจูงใจขั้นต้นตัดสินใจกับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร ($r = 0.399$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจขั้นกระทำต่อเนื่องกับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($r = 0.356$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจขั้นกระทำต่อเนื่องกับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ($r = 0.243$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจและมีผลต่อการสมัครบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด หน่วยงานด้านการบำบัดต้องให้ความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและให้การสนับสนุนด้านสังคม ทรัพยากร สนับสนุนครอบครัว และชุมชนให้มีบทบาทในการร่วมดูแล เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้เข้าถึงการบำบัดแบบสมัครใจที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ปกติสุข

คำสำคัญ: การบำบัดแบบสมัครใจ, ผู้ป่วยยาเสพติด, แรงจูงใจ, การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This research was the Descriptive research. Purpose for to study the motivation, social support level and learn the relationship of the motivation with the social support for 135 people with purposive sampling method. It is the voluntary treatment of Narcotic patients in the Sub-District Health Promoting for 15 places of Chombueng District Ratchaburi Province. This research processed data with the computer software package and analyzed the data with the Descriptive Statistics, percentage, average, Standard Deviation and Pearson Correlation Coefficient.

From the research result, this research found that the majority are males aged 41 – 60 years old. Their marital status is single. The education is the primary level. They are employees. Their income is 5,001 – 10,000 Baht. They live with their fathers and mothers. They lived in the country. The first narcotic use was cigarette at the aged of 16-20 years old. They mainly received the treatment for amphetamine. They took the narcotic for 5-7 days per week. They used the narcotics for 6-10 years. The majority of them do not have the congenital disease. They are not paranoid. They are not aggressive. Moreover, they are not self-harm. They live in the family happily. The motivation in receiving the overall voluntary treatment was in the moderate degree ($\mu = 2.86, \sigma = 0.23$). The social support on voluntary treatment was in the moderate degree ($\mu = 3.10, \sigma = 0.48$). The overall relationship motivation and social support on voluntary treatment was low ($r=0.293$). The Statistical Significance was .01. The relationship between the motivation and social support in terms of the resource ($r = 0.399$). The Statistical Significance was .01. The relationship of the motivation for continuous action and the social support in terms of emotion ($r = 0.356$). The Statistical Significance was .01. The relationship of the motivation for continuous action and the social support in terms of information ($r = 0.243$). The Statistical Significance was .01.

The social support has the relationship with the motivation. It impacts the voluntary treatment application of narcotic patients. The treatment organizations need to realize the importance of the motivation and social support, resource, family support and society. They play major roles in caring and increasing the opportunity for the narcotic patients to reach for the treatment. They will be willing to apply for the quality and standard treatment. Moreover, they will be able to live in the society normally.

Keywords: voluntary treatment, narcotic patients, motivation, social support

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ปัจจุบันมีแนวโน้มการระบาดในประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีความซับซ้อน เนื่องจากปัญหายาเสพติดที่เรื้อรัง ยาวนาน ในการดำเนินงานแผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563 – 2565 มีการกำหนด วิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมั่นคง ปลอดภัยจากยาเสพติด อย่างยั่งยืน ด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม และความร่วมมือระหว่างประเทศ” โดยมีมาตรการ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ แผนงานการพัฒนากระบวนการบำบัดรักษา เน้นการสร้าง เสริมสุขภาพทางกายและจิตใจให้แก่ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการพัฒนาชุมชนให้เป็นกลไกสำคัญในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดและพัฒนากระบวนการติดตาม เพื่อการดูแล อย่างต่อเนื่องที่เป็นมาตรฐานแผนงานการติดตามดูแล ช่วยเหลือและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัด รักษา ยาเสพติด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัด มีโอกาส และทัดเทียมกับบุคคลทั่วไปในสังคมโดยสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและปรับค่านิยมทัศนคติของสังคมในการยอมรับ และให้โอกาสในการใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ให้มีความสำคัญกับการป้องกันและเฝ้าระวังผลกระทบ ของผู้เสพยาเสพติด เพื่อลดอันตรายของชุมชนและสังคม ช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดสามารถ ลด ละ และเลิกยาเสพติด ให้ได้ในที่สุด ซึ่งแผนงานที่กำหนดไว้จะนำไปสู่เป้าหมาย เพื่อให้การดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดในระบบที่เหมาะสม ตามระดับความรุนแรงของการเสพติด ผู้ผ่านการบำบัดรักษา ได้รับการติดตามดูแลอย่างมีมาตรฐาน (สำนักงานเลขาธิการ คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

การบำบัดโดยเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhance Therapy: MET) อิงทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ โปรทาสกัลล่า และไดคลีเมนต์ (Prochaska & DiClemente, 1982) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นมีนิย (Pre-contemplation) 2) ขั้นลังเลสงสัย (Contemplation) 3) ขั้นตัดสินใจ เปลี่ยนแปลง (Determination) 4) ขั้นลงมือทำ (Action) 5) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance)

6) ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) การบำบัดนี้ นำทั้งหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) และ ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) มาใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ หลายๆ อย่างแล้วได้ผลดี โดยยึดผู้บำบัดเป็นศูนย์กลาง แสดงความเห็นอกเห็นใจให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม ตัดสินใจและรับผิดชอบต่อการรักษาของผู้รับการบำบัด และอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและ ผู้รับการบำบัดโดยมีหลักพื้นฐานในการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจ ซึ่งให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพปัจจุบัน และเป้าหมายที่อยากเปลี่ยน หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง แต่หาวิธี ที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นผลจากการเปลี่ยนหรือผลดี จากการร่วมมือ ให้เกียรติผู้ป่วย เสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้รับการบำบัดยาเสพติดมีความหวังและมีมุมมอง ในด้านบวก (ศุภชัย นवलสุทธิ และคณะ, 2565) รวมถึง การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญกับ ผู้ป่วยยาเสพติดที่จะตัดสินใจเข้ารับการบำบัด แนวทาง การสนับสนุนทางสังคม ของเฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่ง การสนับสนุนทางสังคม มี 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุน ด้านอารมณ์ (emotional support) การแสดงออกถึง ความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรั ก ความผูกพัน ความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่และ ห่วงใยซึ่งกันและกัน 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) การได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อเป็น แนวทางเลือกในการปฏิบัติทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้ แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลย้อนกลับ เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมิน ตนเองโดยเปรียบเทียบกับผู้อื่นได้แก่ การเห็นพ้อง การยอมรับและการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจ ในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม 4) การสนับสนุน ด้านทรัพยากร (instrumental support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือโดยตรง ด้านสิ่งของ แรงงาน และการบริการต่างๆ ในระหว่างการบำบัดหรือยามที่เจ็บป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านอื่นๆ อีกทั้งการมีส่วนร่วม

ของครอบครัวต่อ การเสริมความเข้มแข็ง ความคิด ความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา และทักษะการดำเนินชีวิตแก่ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดควบคู่กับการสร้างชุมชนต้นแบบ เพื่อรองรับผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติดให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้อย่างยั่งยืน (อัปเดตคอลิก, และคณะ, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของ สายสุตา โกชนากรณ์ (2563) ได้ทำการศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพิซ้ำ พบว่าการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ แรงงานและการบริการต่างๆ ซึ่งเป็นกระบวนการของการรักษาและการป้องกัน ผู้ป่วยสารเสติดไม่ให้เกิดกลับไปเสพิซ้ำ การส่งเสริมความสามารถในการพัฒนาตนเองให้มีความเชี่ยวชาญ เน้นให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพิติติมีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ ประสบการณ์และวิธีปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตในสังคมปกติ

จากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพิติติ ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี ในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพิติติของประเทศไทย (บสต.) (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพิติติอำเภอจอมบึง, 2566) สรุปรายงานการดำเนินการ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า ปี 2563 มีจำนวน 190 คน ปี 2564 มีจำนวน 125 คน ปี 2565 มีจำนวน 62 คน ผู้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจมีแนวโน้มจำนวนลดลง การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และความเข้าใจ ระดับและความสัมพันธ์ของแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมในการเลิกเสพิติติของผู้ป่วยยาเสพิติติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นทั้งศูนย์คัดกรองผู้ป่วยยาเสพิติติและสถานบำบัดผู้ป่วยยาเสพิติติเบื้องต้น นำไปสู่การพัฒนาแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสม พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ สอดคล้อง เหมาะสมเพียงพอ มีคุณภาพและมีมาตรฐาน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพิติติ และดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขและยั่งยืน

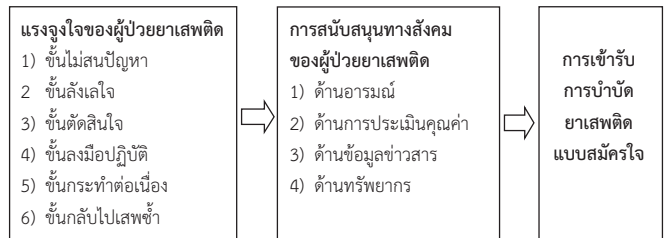
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยยาเสพิติติแบบสมัครใจบำบัด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของ อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

2. เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยยาเสพิติติแบบสมัครใจบำบัด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของ อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแรงจูงใจกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยยาเสพิติติแบบสมัครใจบำบัด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของแรงจูงใจกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยยาเสพิติติแบบสมัครใจบำบัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ทำให้ทราบถึงระดับแรงจูงใจ และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยยาเสพิติติแบบสมัครใจบำบัด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี
- ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ ระหว่างแรงจูงใจกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยยาเสพิติติแบบสมัครใจบำบัด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี
- ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม ในการดำเนินการบำบัดผู้ป่วยยาเสพิติติแบบสมัครใจบำบัด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research)

ประชากร

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยยาเสพิติติจำนวน 135 คน ที่เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ ในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 แห่ง ของอำเภอจอมบึง
จังหวัดราชบุรี ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤษภาคม 2566

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล
ข้อมูลเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด พฤติกรรมและความสัมพันธ์
ในครอบครัว เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ จำนวน
18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจการบำบัดแบบ
สมัครใจ ตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
(stage of change) ของ โปรชลาสกล่า และไดคิเมนท์
(Prochaska & Diclemente, 1982) ซึ่งมี 6 ด้าน คือ
ขั้นไม่สนใจปัญหา มีจำนวน 6 ข้อ ขั้นลังเลใจ มีจำนวน 7 ข้อ
ขั้นตัดสินใจ มีจำนวน 16 ข้อ ขั้นลงมือปฏิบัติ มีจำนวน 8 ข้อ
ขั้นกระทำต่อเนื่อง มีจำนวน 11 ข้อ ขั้นกลับไปเสพยา
มีจำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 37 ข้อ เป็นคำถามทางลบ
18 ข้อ รวมจำนวน 55 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อ
การบำบัดแบบสมัครใจ ตามกรอบแนวคิดการสนับสนุน
ทางสังคม ของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งมี 4 ด้าน คือ
ด้านอารมณ์ มีจำนวน 10 ข้อ ด้านการประเมินคุณค่า
มีจำนวน 13 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวน 14 ข้อ
ด้านทรัพยากร มีจำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 51 ข้อ
ไม่มีคำถามทางลบ รวมจำนวน 51 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม คำถามทางบวก จำนวน 88 ข้อ
มีการกำหนดให้มีการตอบในลักษณะระดับแรงจูงใจ และ
ระดับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ (เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552)

- | | | | |
|------------|----------------|---|-------|
| มากที่สุด | กำหนดคะแนนเป็น | 5 | คะแนน |
| มาก | กำหนดคะแนนเป็น | 4 | คะแนน |
| ปานกลาง | กำหนดคะแนนเป็น | 3 | คะแนน |
| น้อย | กำหนดคะแนนเป็น | 2 | คะแนน |
| น้อยที่สุด | กำหนดคะแนนเป็น | 1 | คะแนน |

ลักษณะแบบสอบถาม คำถามทางลบ จำนวน 18 ข้อ
มีการกำหนดให้มีการตอบในลักษณะระดับแรงจูงใจดังนี้
(เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552)

- | | | | |
|-----------|----------------|---|-------|
| มากที่สุด | กำหนดคะแนนเป็น | 1 | คะแนน |
| มาก | กำหนดคะแนนเป็น | 2 | คะแนน |

- | | | | |
|------------|----------------|---|-------|
| ปานกลาง | กำหนดคะแนนเป็น | 3 | คะแนน |
| น้อย | กำหนดคะแนนเป็น | 4 | คะแนน |
| น้อยที่สุด | กำหนดคะแนนเป็น | 5 | คะแนน |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)
โดยผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด และด้านการพัฒนาสังคม
จากหน่วยงานราชการ และมหาวิทยาลัย จำนวน 3 ท่าน
ทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.66 ดังนี้

ด้านแรงจูงใจ โดยรวม มีค่า 0.87 แยกรายด้าน
คือ ขั้นไม่สนใจปัญหา มีค่า 0.88 ขั้นลังเลใจ มีค่า 0.80
ขั้นตัดสินใจ มีค่า 0.89 ขั้นลงมือปฏิบัติ มีค่า 0.87
ขั้นกระทำต่อเนื่อง มีค่า 0.78 ขั้นกลับไปเสพยา มีค่า 0.80

ด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยรวม มีค่า 0.86
แยกรายด้าน คือ ด้านอารมณ์ มีค่า 0.79 ด้านการประเมินคุณค่า
มีค่า 0.84 ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่า 0.90 ด้านทรัพยากร
มีค่า 0.86

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)
นำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุง และตรวจสอบ
จากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณสมบัติ
และพื้นที่ใกล้เคียงกัน ของอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี
จำนวน 30 ตัวอย่าง แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ
โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's
alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่น 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและรับรอง
จริยธรรมในมนุษย์ถึงนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดราชบุรี
เพื่อขออนุญาตในการศึกษาและเก็บข้อมูล

1. นำแบบสอบถาม ไปเก็บข้อมูล ในกลุ่มประชากร
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ศูนย์คัดกรองผู้ป่วย
ยาเสพติด) อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี ระยะเวลาดำเนินการ
เก็บข้อมูล 1 สิงหาคม 2566 - 31 ตุลาคม 2566 ดำเนินการ
เก็บข้อมูลต่อกลุ่มประชากรตัวอย่าง คนละ 1 ครั้ง

2. นำข้อมูลไปวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

3. นำผลการศึกษาวินิจฉัย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เผยแพร่
ประชาสัมพันธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทางสถิติในรูปแบบ

ตาราง แสดงค่าสถิติประกอบการบรรยาย และแปลผลค่าสถิติ โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วยการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
 2. วิเคราะห์ข้อมูล ด้านแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม ในการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 3. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
- เกณฑ์การพิจารณา แปลความหมายข้อมูล**

แบบสอบถาม แรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคม ต่อการสมัครใจบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดพฤติกรรมและครอบครัว โดยให้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจการแปลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับแรงจูงใจ ใช้ค่าพิสัย คือ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552) ได้ระยะห่างระหว่างช่วงชั้นเท่ากับ 1.33 และแปลความหมายได้ ดังนี้
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติด มีแรงจูงใจเพื่อสมัครใจบำบัด ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติด มีแรงจูงใจเพื่อสมัครใจบำบัด ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติด มีแรงจูงใจเพื่อสมัครใจบำบัด ระดับมาก
3. วิเคราะห์ข้อมูลด้านการสนับสนุนทางสังคม ในการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ การแปลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ย การสนับสนุนทางสังคมใช้ค่าพิสัย คือ คะแนนเฉลี่ยสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552) ได้ระยะห่างระหว่างช่วงชั้นเท่ากับ 1.33 และแปลความหมายได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติด ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติด ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติด ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ระดับมาก

4. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน คำนวณค่าสำคัญทางสถิติระดับ .01

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครการวิจัย ผู้ศึกษา ได้รับความยินยอมการรับรองจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เอกสารรับรองเลขที่ RbPH REC 082/2566 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่า ประชากร มีทั้งหมด 135 คนส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 97.00 มีอายุระหว่าง 41- 60 ปี ร้อยละ 54.07 อายุเฉลี่ย 42 ปี ($\sigma = 11.37$) สถานภาพโสด ร้อยละ 78.40 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.80 มีอาชีพรับจ้าง ใช้แรงงาน ร้อยละ 65.90 มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท อาศัยอยู่กับบ้านพ่อแม่ ร้อยละ 57.80 อาศัยอยู่เขตชนบท ร้อยละ 82.20 ข้อมูลเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด ใช้สารเสพติดครั้งแรกเป็น บุหรี่ ร้อยละ 71.90 ใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 16-20 ปี ร้อยละ 62.20 เข้ารับบำบัดเพื่อเลิกยาเสพติดชนิดยาบ้า ร้อยละ 93.30 มีการเสพยาเสพติดเป็นระยะเวลาระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 37.00 มีความถี่การเสพยาเสพติดเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน) ร้อยละ 48.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.70 ไม่มีอาการหวาดระแวง ร้อยละ 89.40 ไม่มีอาการก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น ร้อยละ 87.40 ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ร้อยละ 93.30 มีความสัมพันธ์ในครอบครัว อยู่ด้วยกันราบรื่น ร้อยละ 57.80

2. ข้อมูลแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยยาเสพติด

2.1 กลุ่มประชากรมีแรงจูงใจต่อการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.86, \sigma = 0.23$)

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับแรงจูงใจต่อการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ ทั้ง 6 ขั้นตอน พบว่า 1) ชั้นไม่สนใจปัญหาอยู่ในระดับต่ำ 2) ชั้นลึกลงใจอยู่ในระดับปานกลาง 3) ชั้นตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง 4) ชั้นลงมือปฏิบัติอยู่ในระดับมาก 5) ชั้นกระทำต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง 6) ชั้นกลับไปเสพซ้ำอยู่ในระดับต่ำ

2.2 กลุ่มประชากรมีการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.10, \sigma = 0.48$) เมื่อพิจารณาปัจจัยสนับสนุนทางสังคมเพื่อเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ ทั้ง 4 ด้าน พบว่า 1) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่าอยู่ในระดับมาก 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พบว่า ด้านของการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจ ในแต่ละชั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

3.2 เมื่อพิจารณารายด้านของแรงจูงใจกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในชั้นลึกลงใจ และการกระทำต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในชั้นไม่สนใจปัญหาชั้นลงมือปฏิบัติและชั้นกลับไปเสพติดซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในชั้นตัดสินใจ และชั้นกระทำอย่างต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจต่อการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยรวมและแต่ละขั้นตอน

N = 135

ขั้นตอนแรงจูงใจ	μ	σ	ระดับ
ชั้นลงมือปฏิบัติ	4.18	0.38	มาก
ชั้นลึกลงใจ	2.52	0.57	ปานกลาง
ชั้นตัดสินใจ	3.26	0.42	ปานกลาง
ชั้นกระทำต่อเนื่อง	3.28	0.52	ปานกลาง
ชั้นไม่สนใจปัญหา	2.02	0.38	ต่ำ
ชั้นกลับไปเสพติดซ้ำ	1.88	0.36	ต่ำ
โดยรวม	2.86	0.23	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยรวมแต่ละขั้นตอน

N = 135

การสนับสนุนทางสังคม	μ	σ	ระดับ
การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า	3.89	0.42	มาก
การสนับสนุนด้านอารมณ์	2.91	0.65	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.76	0.77	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	2.85	0.78	ปานกลาง
โดยรวม	3.10	0.48	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

N = 135

แรงจูงใจ	การสนับสนุนทางสังคม				รวม
	ด้านอารมณ์	ด้านการประเมินคุณค่า	ด้านข้อมูลข่าวสาร	ด้านทรัพยากร	
ขั้นไม่สนใจปัญหา	0.009	0.223**	0.142	0.019	-0.860
ขั้นลังเลใจ	0.249**	0.221	0.024	0.119	0.192*
ขั้นตัดสินใจ	0.138	0.115	0.307**	0.399**	0.324**
ขั้นลงมือปฏิบัติ	0.065	0.238**	0.080	0.130	0.324**
ขั้นกระทำต่อเนื่อง	0.356**	0.015	0.243**	0.357**	0.368**
ขั้นกลับไปเสพติดซ้ำ	0.089	0.402**	0.024	0.192	-0.005
ภาพรวม	0.277**	0.261**	0.246**	0.420**	0.365**

** นัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

อภิปรายผล

ระดับแรงจูงใจต่อการเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ระดับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.365$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ที่สำคัญ คือ

ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงจูงใจขั้นตัดสินใจกับการสนับสนุนทางสังคม ด้านทรัพยากร ($r = 0.399$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภชัย นวลสุทธิ และคณะ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก พบว่าการมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมตัดสินใจและรับผิดชอบต่อการรักษาของผู้รับการรักษา และอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษาโดยมีหลักพื้นฐานในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งให้เห็นความแตกต่างระหว่าง

สถานภาพปัจจุบัน และเป้าหมายที่อยากเปลี่ยน หลีกเลียงการโต้แย้ง แต่หาวิธีที่จะช่วยให้ผู้รับการรักษาเห็นผลจากการเปลี่ยนหรือผลดีจากการร่วมมือ เห็นอก เห็นใจ ให้เกียรติผู้ป่วย เสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีความหวังและมีมุมมองในด้านบวก อธิบายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนดูแล การให้การช่วยเหลือ สิ่งอำนวยความสะดวก และเอาใจใส่ เมื่อผู้บำบัดมีปัญหาหรือความต้องการ จะช่วยให้ผู้บำบัด มีแรงจูงใจในการตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการบำบัดแบบสมัครใจ

ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงจูงใจขั้นกระทำต่อเนื่องกับการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ($r = 0.356$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ ลชา เรืองกิจ และคณะ (2560) ได้ศึกษาผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ติด Methamphetamine ที่พบว่า บุคคลรอบข้างผู้ติด Methamphetamine นั้นมีความพร้อมที่จะเป็นแรงสนับสนุนให้กับผู้ที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง บุคคลเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านข้อมูล อารมณ์ และ สิ่งอำนวยความสะดวก เป็นการสนับสนุนให้เห็นถึงความสำคัญของการบำบัดฟื้นฟูผู้เข้ารับการรักษา เช่น การให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติให้กับบุคคลที่ดูแลผู้ติด Methamphetamine เป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่งผลถึงการลดการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ อธิบายได้ว่าการให้โอกาส ความรู้ ข้อเสนอแนะ ความรู้สึกไวใจเป็นกันเอง และรักษาความลับ จากครอบครัว ผู้ให้การบำบัด และชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีการเปลี่ยนแปลง มีความมั่นใจ เกิดแรงผลักดัน การกระทำต่อเนื่อง ต่อการเข้ารับการบำบัดในศูนย์คัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจขึ้นกระทำต่อเนื่องกับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ($r = 0.243$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ อมาวสี กลั่นสุวรรณ และคณะ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่งจังหวัดปทุมธานี พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการดำเนินโปรแกรมฯ คือ การให้คำปรึกษาที่ยึดผู้เสพยาเสพติดเป็นศูนย์กลาง โดยการสร้างความไว้วางใจ และลดปฏิกิริยาเชิงต่อต้าน ช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดได้สำรวจและแก้ไขความกังวลใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพยาเสพติด อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับการตอบกลับผลการปฏิบัติต่อการเลิกยาเสพติดในทางที่ดีขึ้น เจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดสร้างความไว้วางใจ ชมเชย และครอบครัวช่วยแสวงหาวิธีให้ผู้บำบัดได้เลิกยาเสพติด ส่งผลให้ เกิดแรงจูงใจในชั้นการกระทำต่อเนื่อง มีการแนะนำเพื่อนๆ เข้าสู่กระบวนการบำบัด มีความมุ่งมั่นต่อการเลิกเสพยาเสพติด ทำให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยความสมัครใจ

สรุปผล

การเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ ของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ศูนย์คัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด) มีระดับด้านแรงจูงใจต่อการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.86$, $\sigma = 0.23$) มีระดับด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.10$, $\sigma = 0.48$) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ เมื่อพิจารณาพบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์

กับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานด้านการบำบัด ต้องให้ความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและให้การสนับสนุนด้านสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัด

1.2 หน่วยงานด้านการบำบัด ต้องให้ความสำคัญกับครอบครัว ชุมชน ที่จะดูแลสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัด

1.3 ภาครัฐต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนด้านทรัพยากร อาชีพ ความมั่นคง สร้างความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยให้มีโอกาสเข้าถึงการบำบัดรักษา อย่างสะดวก ใกล้บ้าน มีมาตรฐาน ลดค่าใช้จ่าย และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัย การประเมินผลการดำเนินงานในกระบวนการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ในส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยยาเสพติด และความพร้อมของศูนย์คัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัย พัฒนารูปแบบเครื่องมือ เช่น การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดแทนด้วย 4 สี ตามระดับความรุนแรงเพื่อให้ง่ายต่อแนวทางการบำบัดรักษา และผู้รับผิดชอบดูแลในระดับต่างๆ

2.3 ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษาได้อย่างสะดวก และได้มาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ พลตำรวจตรีธนรัชต์ สอนกล้า ผู้บังคับการตำรวจปราบปรามยาเสพติด 2 กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชิดชัย ฐระแพง รองคณบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง คุณเจตนา คันธาธิพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ดร.ธนิศร ศรีก๊กเจริญ ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย

ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมดำเนินการ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เสียสละ ในการทำวิจัยทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

Arrahimee, A., Saengthong, T., Jeawkok, J., Laipaphone, S. (2022). Self-prevention Against Drug Abuse Relapse: A Case Study of People Undergoing Drug Addiction Treatment in Pattani Province. *Journal of Community Development and Life Quality*. 10(3): 345-357. (in Thai).

Chombueng District Narcotic Prevention and Suppression Operations Center. (2023). "Information on the results of operations to Prevention and suppress drugs, Chombueng District, year 2023" Basic patients in Information Chombueng District Narcotic Prevention and Suppression Operations Center. (in Thai).

Klansuwan, A. et al. (2016). Results of a motivational program combined with therapy. Thoughts and Behavior towards cooperative behavior in patient self-change Addicted to amphetamine in a treatment center Pathum Thani Province (Thesis, Master's degree). Bangkok: Thammasat University. (in Thai).

Nuansut, S. , Srirak, J., Sampathanarak, T., Kochanam, S. (2022). Results of Therapy application to enhance motivation and readiness for change and treatment needs of drug patients who need treatment for the first time. *Prince of Songkla Nursing Journal*. 42(2): 173. (in Thai).

Office of the Secretary of the Drug Addiction Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. (2023). Results Analyze prototype areas for the treatment and rehabilitation of drug addicts according to the Act to use the Code. Drug Laws 2021: Office of the Printing Affairs Office of the War Veterans Organization of His Majesty the King Royal patronage. (in Thai).

Pochnagone, S.(2020). The empowerment model for addicted patients and family to prevent relapse. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*. (12)5: 305- 323. (in Thai).

Ruangkit, L ., Ketwongsa, P., Jucharoen, P. (2017). Effects of political support Society towards receiving continuous care for addicts Methamphetamine. *Maha Sarakham Hospital Journal*. 14(1): 74 – 82. (in Thai).

Sukwiboon, T. (2009). Considerations in creating a rating scale tool (Rating Scale). For research. Retrieved April 2, 2024, from <http://krupee.blogspot.com/2009/09/rating-scale.html/> download/Download/Download01.doc (in Thai).

House, J.S. (1981). Work stress and social support. California: Addison – Wesley Publishing Company

Prochaska, O.J & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change: psychotherapy: theory, research and practice, 19 (3), 390-395.

การศึกษาการค้นหากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแนวทางการจัดการ เมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล

SEARCH FOR HIGH BLOOD PRESSURE SUSPECTED PATIENTS RECEIVING SERVICES IN HOSPITALS UNDER THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH FOR MEDICAL CARE

ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง, หทัยชนก เกตุจุนา, ขวัญชนก อีสระ, สุภาพร ศุภษร

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

Nuttiwan Panmung, Hathaichanok Ketjuna, Khuanchanok Teesara, Supaporn Supasorn

Division of Non-communicable Diseases Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การค้นหากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg) ได้รับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงทราบสถานะความดันโลหิตของตนเอง มีความรู้ในการปฏิบัติตนและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยมีกลุ่มเป้าหมายร่วมดำเนินงาน คือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 164 แห่ง จาก 76 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และแบบบังเอิญ มีการติดตาม/ประเมินผลการดำเนินงานผ่าน 3 ตัวชี้วัด (แสดงผลในรายงาน Health Data Center (HDC))

ผลการดำเนินงาน ในระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2566) พบว่า การดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (I10 - I15) ภายในวัน (ไม่นับรวม ER) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลผลการดำเนินงานระหว่างปี 2565 และปี 2566 ในช่วงเวลาเดียวกัน (เดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม) พบว่า ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.08 จากร้อยละ 18.62 ในปี 2565 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (ไม่นับรวม ER) (ข้อมูลสะสมระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566) พบว่า ผลการดำเนินงานการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงภายใน 7 วัน ในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 30 ภายในปีงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 43.94 และผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10 - I15) ภายใน 7 วัน (นับรวม ER) คิดเป็นร้อยละ 28.48 ซึ่งผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาทั้ง 3 ตัวชี้วัด สอดคล้องกับการศึกษาการเพิ่มอัตราการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลกาดสินธุ์ ประเทศไทย ปี 2560 - 2562 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามความดันโลหิตซ้ำจะมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงมากกว่าไม่ได้รับการติดตามความดันโลหิตซ้ำ 3 เท่า

และการศึกษารูปแบบการพัฒนาองค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่ระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปตาม Service Plan: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน คือ การออกแบบหรือพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อการจัดการข้อมูลมีผลต่อระบบบริการพยาบาล ปัจจัยความสำเร็จ ผู้บริหารให้ความสำคัญและขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงนโยบาย การชี้แจง/สื่อสาร การทำงานเป็นทีม การพัฒนา Flow Chart ที่ใช้ปฏิบัติงานได้จริง และ CPG ที่ชัดเจน การอบรมอัปเดตองค์ความรู้ด้านโรคไม่ติดต่อและอัมพาต CPG ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การตั้งค่า Alert BP การเชื่อมโยงการดูแลและติดตามผู้ป่วยร่วมกับเครือข่าย การพัฒนาระบบข้อมูลและเฝ้าระวังฐานข้อมูล และการมีระบบส่งต่อผู้ป่วยรวมถึงการประเมิน กำกับ ติดตาม อย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงาน และการลงรหัส ICD - 10 ให้กับผู้เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ IT ควรชี้แจงให้กับองค์กรแพทย์เพื่อรับทราบนโยบายและดำเนินงาน และควรมีการกำหนดรหัส ICD - 10 ในผู้ป่วยที่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำแล้วพบว่าค่าความดันโลหิตปกติ

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงระดับอันตราย การค้นหากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง การยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study focuses on the search for suspected high blood pressure patients Receiving Services In Hospitals Under The Ministry of Public Health For Medical Care, particularly when encountering individuals with dangerously high blood pressure levels in hospitals. The primary objective is to confirm the diagnosis and register these patients for appropriate treatment. The study utilizes the (Flow Chart Nationwide Hospital BP) approach to create a target group and increase the rate of diagnosis for individuals with dangerously high blood pressure (SBP \geq 180 mmHg and/or DBP \geq 110 mmHg). Furthermore, it aims to ensure that patients with high blood pressure receive proper diagnosis, registration, and consistent follow-up care. The study promotes patient awareness about their own blood pressure status, educates them on self-management, and aims to reduce complications and premature mortality associated with high blood pressure. The target group includes 164 affiliated hospitals under the Ministry of Public Health, distributed across 76 provinces and 12 public health regions nationwide. The sample was selected using purposive sampling and coincidentally. The study evaluates results through three key performance indicators, which are presented in the Health Data Center (HDC).

The six-month study, conducted from February to July 2023 (data as of August 16, 2023), yielded significant findings. Notably, the operation to identify outpatients with SBP \geq 180 mmHg and/or DBP \geq 110 mmHg, who are subsequently diagnosed with hypertension, now takes place within one day (excluding emergency room cases). Comparing data between 2022 and 2023 for the same period (February to July), the results show a remarkable 22.08% increase, up from 18.62% in 2022. During the same timeframe (accumulated data from October 2022 to August 2023), the operation to identify outpatients with SBP \geq 180 mmHg and/or DBP \geq 110 mmHg and diagnose them with hypertension (I10 - I15) within 7 days reached 28.48%. These results represent a substantial increase from the previous year across all three key performance indicators. Several success factors contributed to these results,

including strong commitment from management, policy-driven implementation, effective communication, teamwork, practical development of the Flow Chart used in practice, and clear Clinical Practice Guidelines (CPGs). Ongoing staff training and updates to CPGs have played a crucial role. Connecting patient care to the healthcare network, configuring Alert BP, improving data systems, monitoring the database, patient referrals, and continuous supervision and follow-up have all significantly contributed to this success. The study concludes with recommendations for further development, emphasizing the importance of knowledge exchange for operational guidelines and ICD-10 coding for involved parties such as doctors, nurses, and IT personnel. Clear communication with medical organizations is crucial, including ICD-10 coding for patients whose blood pressure readings have returned to normal.

Keywords: Dangerously high blood pressure, Searching for groups of suspected patients with high blood pressure, Confirming the diagnosis of high blood pressure.

บทนำ

จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี 2562 ประชากรอายุ 30 - 79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคน ทั่วโลก ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่ทราบว่าตนเองป่วยมากถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 เท่านั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 (ชาย ร้อยละ 26.7 และหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 44.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 48.8 โดยปี 2563 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาลดจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้กลับมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ

และข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในรายงาน Health Data Center (HDC) พบว่าประชาชนมาใช้บริการที่หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขถึงร้อยละ 63.4 มีผู้รับบริการที่มีค่าความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.6 ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 36.9 ที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว แต่อีกร้อยละ 63.1 ไม่มีการบันทึกหรือติดตามว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงต่อเนื่องหรือไม่

จากการศึกษาวิจัย การเพิ่มอัตราการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประเทศไทย ปี 2560 - 2562 ซึ่งศึกษาการเปลี่ยนแปลงจากการติดตามผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษากระบวนการที่ใช้ในการทดลอง คือ การใช้ข้อความแจ้งเตือนในระบบข้อมูลโรงพยาบาล เมื่อพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการจัดทำแนวทางการติดตามผู้ป่วยที่กำหนดขึ้นสำหรับการศึกษานี้โดยเฉพาะ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 23 ของผู้ป่วยที่ตรวจพบว่า มีค่าความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังจบการติดตาม แต่มีเพียงร้อยละ 28 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเท่านั้นที่ได้รับสมมุติติดตาม โดยสาเหตุของการแจกสมมุติได้น้อยคือ การนัดต้องซักประวัติข้อมูลส่วนตัวและกรอกลงในสมมุติ ผู้รับบริการจำนวนมาก/

ภาระงานหนักทำให้ไม่มีเวลา ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาและเห็นความสำคัญของการนัดติดตามความดันโลหิตน้อย จึงทำให้ไม่ได้นัดติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ และหลังการทดลองผู้ป่วยร้อยละ 82 ได้รับการติดตามความดันโลหิตซ้ำและมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงมากกว่าไม่ได้รับการติดตามความดันโลหิตซ้ำ 3 เท่า กระบวนการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญสามารถเพิ่มการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่ระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปตาม Service Plan: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินศักยภาพองค์กรพยาบาล ตามแนวคิด The Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งการศึกษาพบว่า ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล การออกแบบหรือพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อการจัดการข้อมูลมีผลต่อระบบบริการพยาบาล และเป็น 1 ใน 6 ด้าน ที่มีผลต่อส่วนสำคัญต่อการพัฒนาศูนย์พยาบาล และการศึกษาคุณภาพของการบริการโรคไม่ติดต่อในสาธารณสุขมูลฐาน โดยการสำรวจสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อศึกษาความครอบคลุมและคุณภาพของระบบบริการโรคไม่ติดต่อ โครงสร้าง ขั้นตอน และลักษณะทางคลินิกของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Healthcare Centres: PHC) และสำนักงานหมอครอบครัว (Family Doctor Offices: FDOs) การรวบรวมข้อมูลมุ่งเน้น 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคเบาหวาน โดยพบว่า หนึ่งในจุดแข็งของการดำเนินงานคือ ระบบบริการและระบบข้อมูลข่าวสาร

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การติดตามผู้ที่ค่าความดันโลหิตสูงอันตรายอย่างเป็นระบบ ให้ได้รับการยืนยันวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้น จึงได้ดำเนินการค้นหากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยืนยันการวินิจฉัยรักษาอย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยในปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้จัดทำแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานตามค่าความดันโลหิตได้แก่ 1) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอันตราย (ความดันโลหิตตัวบน

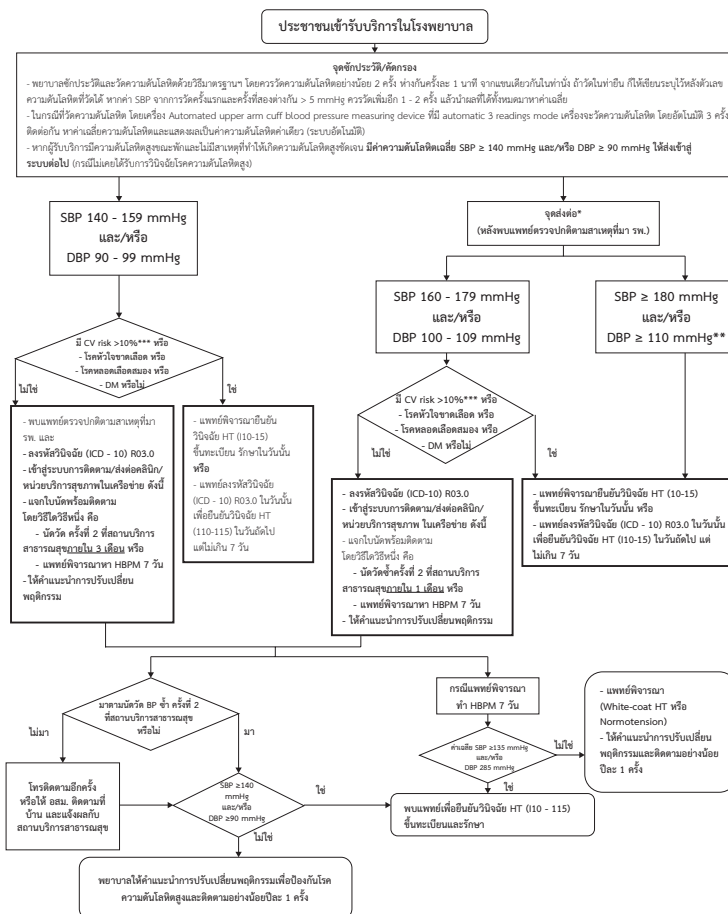
(SBP) \geq 180 mmHg และ/หรือความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) \geq 110 mmHg) และ 2) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงขณะพัก (ความดันโลหิตตัวบน (SBP) ระหว่าง 140 - 179 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ระหว่าง 90 - 109 mmHg) และไม่มีสาเหตุที่ทำให้ความดันโลหิตสูงชัดเจน อีกทั้งมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยเน้นกลุ่มผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงอันตราย ผ่าน 3 ตัวชี้วัด แสดงผลในรายงาน Health Data Center (HDC) ได้แก่ 1) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10 - I15) จากการค้นหาในโรงพยาบาล (ไม่นับรวม ER) 2) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10 - I15) จากการค้นหาในโรงพยาบาล (นับรวม ER) 3) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง (I10 - I15)

จากการค้นหาในโรงพยาบาล ในวันนั้น จำแนกรายเดือน (ไม่รวม ER) พร้อมทั้งประเมินคุณภาพการใช้แนวทางการจัดการ เมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยคาดหวังให้ ผู้รับบริการที่มีค่าความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนรักษาและติดตามสม่ำเสมอ รวมถึงทราบสถานะความดันโลหิตของตนเอง มีความรู้ในการปฏิบัติตนและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ร่วมดำเนินการคือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 164 โรงพยาบาล จาก 76 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อค้นหาผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg) ได้รับการวินิจฉัยรักษา และควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม

Flow Chart แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล



การศึกษาการค้นหากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแนวทางการจัดการ เมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้รับบริการที่มีค่าความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียน รักษาและติดตามสม่ำเสมอ ทราบสถานะความดันโลหิตของตนเอง มีความรู้ในการปฏิบัติตน และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานคือ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 164 แห่ง จาก 76 จังหวัดใน 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

1. การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และแบบบังเอิญ ใช้การคัดเลือกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการดำเนินงาน คือ โรงพยาบาลอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง ของทุกเขตสุขภาพ และสมัครใจเข้าร่วมดำเนินงาน

2. การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้ในการคัดเลือกผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg) และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน

โดยมีการประเมินผลการดำเนินงาน ผ่านตัวชี้วัดที่แสดงในหน้ารายงาน Health Data Center (HDC) จำนวน 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

1) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10 – I15) จากการค้นหาในโรงพยาบาล (ไม่นับรวม ER)

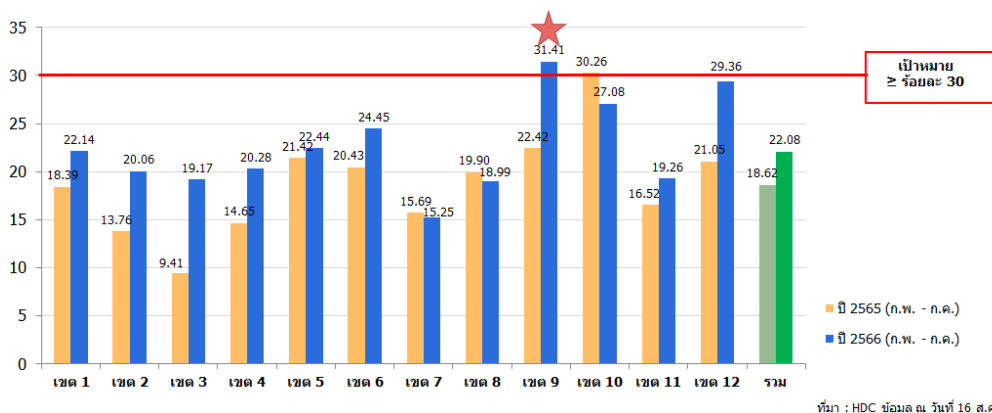
2) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10 – I15) จากการค้นหาในโรงพยาบาล (นับรวม ER)

3) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง (I10 – I15) จากการค้นหาในโรงพยาบาล ในวันนั้น จำแนกรายเดือน (ไม่รวม ER)

ผลการศึกษา

ผลการดำเนินงานตามแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 164 แห่ง ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2566) รายละเอียดดังนี้

1. ผลการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายในวัน (ไม่นับรวม ER) พบว่า มีผลการดำเนินงานในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 22.08 และเมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ จะเห็นได้ว่า มีเพียงเขตสุขภาพที่ 9 มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (\geq ร้อยละ 30) คิดเป็นร้อยละ 31.41 และเขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานรองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 29.36 และเขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 27.08 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลผลการดำเนินงานระหว่างปี 2565 และปี 2566 ในเวลาเดียวกัน (เดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม) พบว่า มีผลการดำเนินงานในภาพรวม เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.08 (จากร้อยละ 18.62 ในปี 2565) เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 3 (ร้อยละ 20.28 จากร้อยละ 9.41 ในปี 2565) เขตสุขภาพที่ 9 (ร้อยละ 31.41 จากร้อยละ 22.4 ในปี 2565) และเขตสุขภาพที่ 12 (ร้อยละ 29.36 จากร้อยละ 21.05 ในปี 2565) ตามลำดับ รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงผลการดำเนินงานร้อยละของผู้ที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) จากการค้นหาในโรงพยาบาลภายในวัน (ไม่นับรวม ER)

2. ผลการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (ไม่นับรวม ER) (ข้อมูลสะสมระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566) (รายละเอียดดังภาพที่ 2) พบว่า

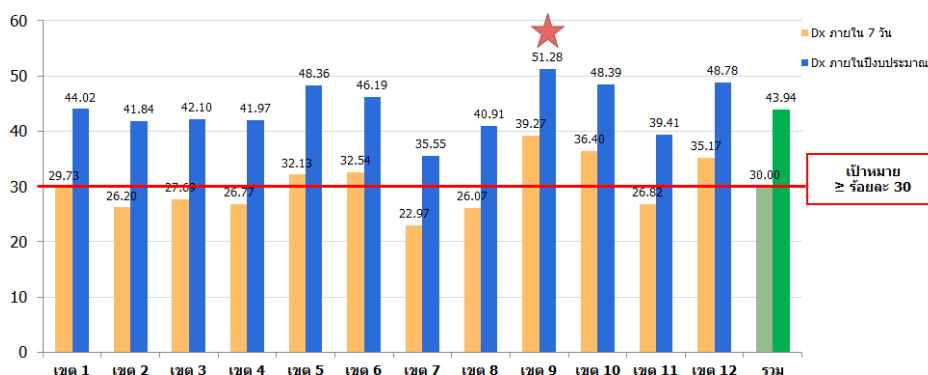
- ผลการดำเนินงานการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายใน 7 วัน มีผลการดำเนินงานในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 30 เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 39.27 เขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 36.40 และเขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 35.17 ตามลำดับ

- ผลการดำเนินงานการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายในปีงบประมาณ มีผลการดำเนินงานในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 43.94 เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพที่มี

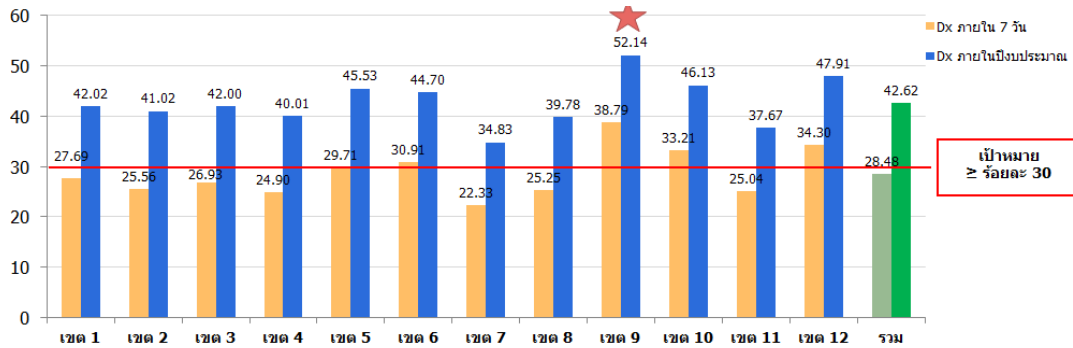
ผลการดำเนินงานมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่เขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 51.28 เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 48.78 และเขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 48.39 ตามลำดับ

3. ผลการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (นับรวม ER) (ข้อมูลสะสมระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566) (รายละเอียดดังภาพที่ 3) พบว่า

- ผลการดำเนินงานการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายใน 7 วัน มีผลการดำเนินงานในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 28.48 เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 38.79 เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 34.30 และเขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 33.21 ตามลำดับ



ภาพที่ 2 แสดงผลการดำเนินงานร้อยละของผู้ที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) จากการค้นหาในโรงพยาบาล (ไม่นับรวม ER)



โดย มีผู้ได้รับการวินิจฉัย HT เฉพาะในแผนก ER จำนวน 7,788 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.64 ของผู้เข้ารับบริการในทุกแผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

ภาพที่ 3 แสดงผลการดำเนินงานร้อยละของผู้ที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) จากการค้นหาในโรงพยาบาล (นับรวม ER)

- ผลการดำเนินงานการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายในปิงปวงปรมาณ มีผลการดำเนินงานในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 42.62 เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 52.14 เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 47.91 และเขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 46.13 ตามลำดับ

- ผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉพาะในแผนก ER จำนวน 7,788 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.64 ของผู้เข้ารับบริการในทุกแผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

ผลการประเมินการใช้ Flow Chart/การบันทึกข้อมูลตามแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล โดยได้รวบรวมข้อมูลผลการประเมินฯ จำนวน 86 โรงพยาบาล จาก 164 โรงพยาบาล ที่เข้าร่วมโครงการในปิงปวงปรมาณ 2566 คิดเป็นร้อยละ 52.44 (ข้อมูล ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2566) รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข จากแบบประเมินการใช้ Flow Chart Nationwide Hospital BP

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไขของพื้นที่
ด้านนโยบาย/แนวทางการดำเนินงาน	
- แพทย์ไม่ลงวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (I10 - I15) หรือลงไม่ครอบคลุม	- รพ. ควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจน กำหนดกลุ่มเป้าหมาย และติดตามให้ได้รับการวินิจฉัยทุกราย
- แพทย์ไม่ลงรหัส R03.0 หรือลงไม่ครอบคลุม เนื่องจากภาระงานผู้ป่วยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ หรือไม่ทราบแนวทาง	- ทบทวนเกณฑ์การวินิจฉัย R03.0/I10-I15 และประกาศให้แพทย์ทุกท่านทราบในที่ประชุมองค์กรแพทย์ - ทำใบเตือนการลงรหัสติดที่โต๊ะทำงานแพทย์ - ปรับระบบให้มีการแจ้งเตือน เพื่อลงรหัสวินิจฉัย เช่น มีระบบไลน์กลุ่มแจ้งเตือน
- ไม่มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย กรณีพบผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตสูงอันตราย	- ชี้แจง/เน้นย้ำ การดำเนินงานตามแนวทาง - ทบทวน Flow Chart และสะท้อนข้อมูลกลับให้ทีมรับทราบ - ประสานแผนกที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งผู้ป่วยพบแพทย์ในกรณีที่มีความดันโลหิตสูงอันตราย

ตารางที่ 1 ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข จากแบบประเมินการใช้ Flow Chart NationwideHospital BP (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไขของพื้นที่
- ไม่สามารถประเมิน CV risk > 10% ได้ เนื่องจากต้องใช้แอปพลิเคชันคำนวณ และใช้เวลาดำเนินการนาน	- เน้นย้ำการนำแนวทางไปใช้ให้ชัดเจน โดยซักประวัติโรคประจำตัว และประเมิน CV risk ทุกราย แบบไม่ใช้ผลเลือด - ประสาน IT รพ. ให้ทำระบบที่สามารถคำนวณ CV risk ได้จากระบบ HosXP (อยู่ระหว่างดำเนินการในบาง รพ.) - จัดทำ Pop up การประเมิน CVD Risk เพื่อให้ง่ายสำหรับเจ้าหน้าที่ (อยู่ระหว่างดำเนินการในบาง รพ.)
ด้านแพทย์	
- แพทย์ตรวจเฉพาะโรคหลักที่ผู้ป่วยมารักษา โดยแพทย์ไม่ได้ประเมินค่าความดันโลหิตใน visit ก่อนหน้า	- ก่อนเข้าพบแพทย์ พยาบาลซักประวัติประเมินค่าความดันโลหิตใน visit ก่อนหน้า หากพบความเสี่ยงแจ้งให้แพทย์รับทราบในประวัติ
- แพทย์ไม่ Order HBPM หรือทำ HBPM ไม่ครบทุกราย	- ชี้แจงในประชุม PCT/ที่ประชุมองค์กรแพทย์/ประกาศ/เน้นย้ำ/ Orientation แพทย์ใหม่ทุกคน รับทราบแนวทางการปฏิบัติงาน/การลงรหัสวินิจฉัย - ติดป้ายเตือนที่จุดบันทึกข้อมูลของหน่วยงาน/โต๊ะทำงานของแพทย์ - แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบเกี่ยวกับ Flow Chart การติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ถูกวินิจฉัยและส่งต่อข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อติดตามร่วมกัน
- แพทย์ไม่ทราบแนวทางการวินิจฉัยภายใน 1 - 7 วัน	- กำหนดเป็นตัวชี้วัดหลักของหน่วยงาน - ชี้แจง การติดตามผู้ป่วยที่ต้องวัดความดันโลหิต ภายใน 7 วัน - ให้แพทย์พิจารณาวินิจฉัย ตามความเหมาะสม
- แพทย์พิจารณารักษา ให้ยาโรคความดันโลหิตสูงในวันนั้น แต่ไม่ลงรหัสวินิจฉัย	- แจ้งองค์กรแพทย์ให้ลงรหัสวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง กรณีที่จ่ายยารักษาแล้ว เพื่อติดตามผู้ป่วย - ประสานกับกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อสะท้อนข้อมูล - พยาบาลตรวจเช็คความครบถ้วนของการลงข้อมูลหรือรหัสวินิจฉัยก่อนออกไปนัดครั้งต่อไป
- แพทย์ยืนยันวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ขึ้นทะเบียนในวันนั้น/ไม่นัดติดตาม/ไม่ให้ยา	- แจ้งประธานองค์กรแพทย์เพื่อนำไปประสานกับแพทย์ที่เกี่ยวข้อง
ด้านเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง	
- บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ไม่เข้าใจการดำเนินงานตามแนวทาง เช่น - การซักประวัติ/คัดกรอง ไม่ถูกต้องตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง/ - การหาค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิต - การติดตามผู้ป่วยมาวัดความดันโลหิตซ้ำ ครั้งที่ 2	- เพิ่มผู้รับผิดชอบที่มีความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานที่จุดบริการเพื่อตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง - จัดทำ Alert Sign พร้อมติด Flow chart ให้หน่วยงานต่างๆ - ประชุมชี้แจง/เน้นย้ำ ให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด เช่น การซักประวัติ/การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง และฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญ

ตารางที่ 1 ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข จากแบบประเมินการใช้ Flow Chart NationwideHospital BP (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไขของพื้นที่
- บุคลากรไม่เพียงพอ	- ฝึกให้ผู้ช่วยฯ ประเมิน CV risk - ขอสนับสนุนบุคลากรเพิ่มเติม/ หมุนเวียนมาช่วยช่วงที่มีคลินิก
ด้านผู้ป่วย	
- ผู้ป่วยปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงจริง	- มีเจ้าหน้าที่ยื่นประจำที่จุดบริการวัดความดันโลหิต และแนะนำวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง
- ผู้ป่วยมีความเร่งรีบ อยากให้ตรวจเสร็จเร็วๆ	- อธิบาย/ให้ความรู้กับผู้ป่วย ถึงผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง และการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ป่วยไม่มาตามนัด เนื่องจากนัดติดตาม 1 ปี	- ส่งต่อข้อมูลให้กับพื้นที่ เพื่อติดตามวัดความดันซ้ำและให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน
ด้านการบันทึก การส่งออก และการเชื่อมโยงข้อมูล	
- การบันทึกค่าความดันโลหิตไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้วัดความดันโลหิตซ้ำ (ปัญหาของทุกขั้นตอน)	- คินข้อมูลให้หน่วยงานที่บันทึกข้อมูลค่าความดันโลหิตผิด หรือไม่ได้วัดความดันโลหิตซ้ำ - ตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องตรวจ
- การซ้ำซ้อนของข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงแล้ว	- ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยตามประวัติการรักษา - ควรเชื่อมโยงข้อมูลกับทะเบียน Chronic เพื่อไม่ให้มีข้อมูลซ้ำซ้อน
ด้านการติดตาม	
- การนัดติดตามภายใน 7 วัน ทำให้จำนวนของผู้ป่วยมีมาก	- แจกแนวทางการวินิจฉัยและแผนการติดตามภายใน 7 วัน ให้แพทย์ทราบ เช่น แจกผ่านองค์กรแพทย์และที่ประชุม PCT
- ผู้ป่วยไม่มา/ขาดนัด หรือมาเกิน 7 วัน	- ให้ผู้ป่วยไปวัดความดันโลหิตที่ รพ.สต. และบันทึกมาให้แพทย์ดูวันที่นัด
- ผู้ป่วยคิดว่าไม่มีอาการป่วย จึงขาดนัดอยู่นอกพื้นที่/ย้ายที่อยู่	- ประสานเจ้าหน้าที่ รพ.สต./อสม. เพื่อติดตามผู้ป่วยให้มาวัดความดันโลหิตซ้ำ
- ติดตามได้ไม่ครบทุกราย เนื่องจากไม่ได้กำหนดทีมผู้รับผิดชอบในการติดตาม	- แนะนำกลุ่มเป้าหมายให้เห็นความสำคัญของการมาตามนัดของแพทย์ ให้มากขึ้น และจุดให้บริการที่ใกล้บ้าน - กำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามผู้ป่วย
- ยังไม่มีระบบการติดตามที่ชัดเจน	- จัดทำทะเบียนการติดตามผู้ป่วย/โปรแกรมการติดตาม - เชื่อมโยงข้อมูลกับ รพ.สต. ในพื้นที่ - ใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากรายงาน HDC และแจ้งพื้นที่รับผิดชอบติดตามผู้ป่วยให้มาวัดความดันโลหิตซ้ำ
- การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ไม่เป็นไปตามแนวทางฯ เช่น วัดตอนตื่นนอน วัดหลังรับประทานยา วัดต่างเวลา	- ให้คำแนะนำการทำ HBPM หลังใบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย
- เครื่องวัดความดันโลหิตไม่เพียงพอในการทำ HBPM	- ขอสนับสนุนบต้อถิน/ผู้ป่วยซื้อเอง - แนะนำให้วัดความดันโลหิตที่ รพ.สต. ใกล้บ้านหรือ อสม. - ประสาน อสม หรือ รพ.สต.ในพื้นที่ในการให้ยืมเครื่องวัดความดันโลหิต

อภิปรายผล

จากการศึกษาการดำเนินงานค้นหากลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการ มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่เข้าร่วมดำเนินงาน มีร้อยละได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเพิ่มอัตราการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประเทศไทย ปี 2560 - 2562 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามความดันโลหิตซ้ำ จะมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงมากกว่าไม่ได้รับการติดตามความดันโลหิตซ้ำ 3 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน ที่ยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปตาม Service Plan: กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน คือ การออกแบบ หรือพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อการจัดการข้อมูลมีผลต่อระบบบริการพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามข้อสังเกตในการศึกษาที่สำคัญ คือ ยังมีแพทย์ที่ไม่ลงรหัสยืนยันวินิจฉัยภายในวัน จึงควรขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางฯ โดยการขอความร่วมมือไปยังองค์กรแพทย์ และในโรงพยาบาลหลายแห่ง มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มี SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg ไปยังแผนก ER แต่แพทย์ไม่ลงรหัสวินิจฉัย อาจมาจากผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยสาเหตุ Severe pain หรือเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตสูง/ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลง หลังจากให้พักประมาณ 15 นาที แล้ววัดความดันโลหิตซ้ำ โดยผู้ป่วยดังกล่าวจะถูกส่งกลับไปยังแผนก OPD และทำการจดบันทึกไว้ว่ามีค่าความดันโลหิตสูง แต่ไม่บันทึกข้อมูลลงในระบบ HIS จึงไม่ถูกนับผลงาน หรือกรณีผู้ป่วยถูกส่งมาที่แผนก ER มีการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ และถูกนับเป็นกลุ่มเป้าหมาย แต่เมื่อทำการวัดความดันโลหิตซ้ำ กลับพบว่ามีความดันโลหิตลดลงและไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย แพทย์จึงไม่ลงรหัสวินิจฉัย ดังนั้น ควรมีการสื่อสารให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและเข้าใจการดำเนินงานตามแนวทางฯ อย่างทั่วถึง อีกทั้งยังพบปัญหาประชาชนขาดความตระหนัก ปฏิเสธการรักษา เพราะมีความกังวลต่อการทำธุรกรรมบางอย่าง เช่น การทำประกันชีวิต จึงควรอธิบายผลกระทบหากไม่รับการรักษาและมาตามนัดให้ผู้รับทราบ และในบางโรงพยาบาล มีผลการดำเนินงานที่ดีจากการนำแนวทางฯ ไปใช้ พบว่า อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง

ลดลงอย่างเห็นได้ชัดในปี 2566 ปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้มีผลการดำเนินงานที่ดี คือ มีการถ่ายทอดนโยบายและแผนการดำเนินงานของแนวทางฯ ให้ทีมรับทราบ รวมถึงผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดโรค Stroke และ STEMI ร่วมกับแพทย์โดยหากพบผู้ป่วยที่มี SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg ให้แพทย์พิจารณาลงรหัสวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในทุกแผนก มีการอบรมอัปเดตองค์ความรู้ด้านโรคไม่ติดต่อ และ CPG ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทำให้มีการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน และการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ พร้อมเชื่อมต่อข้อมูลเข้าระบบ HosXP ทำให้ไม่มีข้อผิดพลาดในการบันทึกค่าความดันโลหิตและหากพบผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอันตรายข้อมูลจะถูกเชื่อมต่อไปที่แผนก ER และทำการวัดความดันโลหิตซ้ำอีกครั้ง หากพบว่ามีค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ระหว่าง SBP 160 - 180 mmHg และ/หรือ DBP 100 - 110 mmHg แพทย์พิจารณาวินิจฉัยและสั่งยาทันที แต่ถ้ามีระดับความดันโลหิต SBP \geq 140 mmHg และ/หรือ DBP \geq 90 mmHg แพทย์ลงนัดติดตาม รวมถึงการจัดให้มีระบบไลน์แจ้งเตือน กรณีพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอันตราย

สรุปผล

การค้นหากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตามแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล (Flow Chart Nationwide Hospital BP) เพื่อค้นหาผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงอันตราย (SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg) ได้รับการวินิจฉัยรักษา และควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม โดยคาดหวังให้ผู้รับบริการทราบสถานะความดันโลหิตของตนเอง มีความรู้ในการปฏิบัติตนและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ผลการดำเนินงาน ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2566) พบว่า การดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ DBP \geq 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (I10 - I15)

ภายในวัน (ไม่นับรวม ER) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลผลการดำเนินงานระหว่างปี 2565 และปี 2566 ในช่วงเวลาเดียวกัน (เดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม) ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.08 จากร้อยละ 18.62 ในปี 2565 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (ไม่นับรวม ER) (ข้อมูลสะสมระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - สิงหาคม 2566) พบว่า ผลการดำเนินงานการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายใน 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 30 และภายในปีงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 43.94 และได้รับการวินิจฉัยภายใน 7 วัน (นับรวม ER) คิดเป็นร้อยละ 28.48 ซึ่งผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาทั้ง 3 ตัวชี้วัด โดยปัจจัยความสำเร็จผู้บริหารให้ความสำคัญและขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงนโยบาย การชี้แจง/สื่อสาร การทำงานเป็นทีมและมีสหวิชาชีพร่วมดำเนินการ มีการสร้าง Flow Chart ที่ใช้ปฏิบัติงานได้จริง และ CPG ที่ชัดเจน มีการอบรมอัปเดตองค์ความรู้ด้านโรคไม่ติดต่อและอัปเดต CPG ให้กับเจ้าที่ผู้ปฏิบัติงาน มีการเชื่อมโยงการดูแลและติดตามผู้ป่วยร่วมกับเครือข่าย มีการใช้เครื่องมือในการ Alert BP การพัฒนาระบบข้อมูลและเฝ้าระวังฐานข้อมูล และมีระบบส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงมีการประเมินกำกับ ติดตาม อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานและการลงรหัส ICD - 10 ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงให้องค์กรแพทย์รับทราบนโยบาย
2. ควรมีการกำหนดรหัส ICD - 10 ในผู้ป่วยที่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำแล้วพบว่าค่าความดันโลหิตปกติ
3. ควรมีการทบทวนผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อหาแนวทางแก้ไข
4. ควรกำหนดกรอบบทบาทหน้าที่ของทีมให้ชัดเจน เช่น แพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ IT รวมถึงสหวิชาชีพอื่น เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงมีการชี้แจง Flow chart และวิธีการ

ลงรหัส ICD - 10 ผ่านประธานองค์กรแพทย์ ให้แพทย์ปฏิบัติตามแนวทางฯ เพื่อเพิ่มการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ได้รับการติดตามอย่างสม่ำเสมอ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- Arunee, P. (2019). *Model of Nursing Organization Development of Community Hospital That Upgraded to General Hospital According to The Service Plan: A Case Study of Sawangdandin Crown Prince Hospital*. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/170986/151639>
- Blake, C. et al. (2019). *Quality of care for non - communicable diseases in the Republic of Moldova: a survey across primary health care facilities and pharmacies*. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4180-4>
- Wichai, A. (2021). *Thai National Health Examination Survey, NHES VI*. Bangkok: Aksorn Graphic And Design.
- World Health Organization. (2021). *Hypertension*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Yueayai, K. et al. (2020). *Hospital-based intervention to enhance hypertension diagnosis in Kalasin hospital, Thailand, 2017-2019: A pre-post pilot intervention study*. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/jch.13953>



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน - 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการ (Academic Article) บทความวิจัย (Research Article) บทความปริทัศน์ (Review Article)

1. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิมและ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความ เป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมาย และความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของงานวิชาการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขาธิการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หัวข้อ “รายละเอียดการรับตีพิมพ์บทความวิชาการในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” <https://www.thaidj.org/index.php/jdhss> หรือ <https://moph.cc/urGLQ8>
2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล planhss.journal@gmail.com และ <https://www.thaidj.org/index.php/jdhss> โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้พิมพ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้พิมพ์มาด้วย
4. การประเมินบทความ (Peer Review Process) โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับบทความจำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบปกปิดสองทาง (Double blinded review) คือการปกปิดชื่อเจ้าของบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อของผู้ทรงคุณวุฒิบทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
5. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้พิมพ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้พิมพ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้พิมพ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
6. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้พิมพ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
7. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
8. กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอสงวนสิทธิ์ ในการพิจารณาลงพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
 - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
 - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร
4. การตั้งระยะในเนื้อหา
 - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
 - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
 - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)

5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญช พีสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

- **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษาการทำวิจัยและอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ

- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่ได้รับการศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ในการศึกษา

2) **วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)** เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

- **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้

- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

- **การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ**

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน
8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้
 - ตารางประกอบ ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ตารางที่.....” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย
 - ภาพประกอบ ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ภาพที่.....” ไว้ใต้ภาพประกอบ

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การเขียนรายการอ้างอิงที่เป็นของคนไทยทำบทความ **จะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ** โดยจัดเรียงคู่กัน คือ เรียงรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อนและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้าย หลังจากนั้นให้ตามด้วยรายการอ้างอิงภาษาไทยต้นฉบับที่แปลมา

* ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะปรับย้ายรายการอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษไปอยู่ภายใต้หัวข้อ “Translated Thai References” เอง เพื่อความถูกต้องในการตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด

รูปแบบการเขียน

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style
(American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

* ในส่วนของรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ หากมียังคงให้เขียนอ้างอิงเช่นเดิม

อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press.
(in Thai).

มนนิภา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9th ed. Boston: McGraw-Hill.

อ้างอิงจากบทความวารสาร

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าที่ปรากฏบทความในวารสาร.

ตัวอย่าง

Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181.
(in Thai).

สำราญ ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก
วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.

Doran, Kirk. (1996, January). Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing. *Computer in Libraries*, 16(1), 39-42.

อ้างอิงจากปริญญาโทหรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ชื่อปริญญาโทหรือวิทยานิพนธ์หรือปริญญาตรีบัณฑิต, ชื่อมหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา).

ตัวอย่าง

Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).

ฐิติพัฒน์ โกเมนพรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Patamaporn Yenbamrung. (1992). *The Emerging Electronic University: A Study of Student Cost-Effectiveness*. Dissertation, Ph.D. Library and Information Science, The University of Texas at Austin.

2.4 อ้างอิงจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์หรือปีที่สืบค้น). ชื่อเรื่อง. สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี (หรือ Retrieved เดือน วัน, ปี), จาก (from) ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool*. Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc

การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

- ในกรณีรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยแปลเป็นภาษาอังกฤษ การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ เพื่อส่งมายังกองบรรณาธิการ ให้ผู้เขียนเรียงลำดับโดยยึดอักษรภาษาอังกฤษเป็นหลัก โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z และนำรายการที่แปลเป็นภาษาไทยมาไว้คู่กัน

- หลังจากนั้นจึงตามด้วยรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ (หากมีเพิ่มเติม) โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z เช่นกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่าง (การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ ที่ต้องจัดส่งมายังกองบรรณาธิการ)

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool*. Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc

Jawjit, W. (2013). *Towards sustainable natural rubber industry in Thailand with carbon footprint and water footprint*. Retrieved from <http://romphruekj.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf> (in Thai).

- วาริท เจาะจิตต์. (2556). *ก้าวสู่การพัฒนาอุตสาหกรรมยางธรรมชาติของประเทศไทยอย่างยั่งยืน ด้วยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ และวอเตอร์ฟุตพริ้นท์*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2556, จาก <http://romphuekj.kirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf>
- Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).
- ฐิติพัฒน์ โภเมนพรธกกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- The National Education Act B. E. 2542, (1999, 19 August). Royal Gazette. Vol.116 Part 74a, 1-23. (in Thai).
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (2542, 19 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 116: ตอนที่ 74a, หน้า 1-23.
- Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).
- สารานู ผลิตี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.
- Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai).
- มนนิภา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Doran, Kirk. (1996, January). *Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing*. Computer in Libraries, 16(1), 39-42.
- Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9th ed. Boston: McGraw-Hill.
- Patamaporn Yenbamrung. (1992). *The Emerging Electronic University: A Study of Student Cost-Effectiveness*. (Dissertation, Ph.D. Library and Information Science, The University of Texas at Austin).



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา.....ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้*ไม่เคย*ลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

