

วารสารวิชาการ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2562



Department of health Service Support Journal
Vol.15 No.3 September - December 2019 ISSN : 1905-0755

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานนวัตกรรม งานวิจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชน รวมถึงงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กว้างขวางและได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้เชี่ยวชาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุชาติ เลขาบริพัตร

สำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการ

ผศ.พิเศษ นพ.ธนิษทร์ เวชชาภินันท์
ดร.อภิชัย คุณิพงษ์
นพ. สราวุฒิ บุญสุข
ผศ.ดร.อุษณีย์ พึ่งปาน
รศ.ดร.จิตรลดา อารีย์สันติชัย
รศ.ดร.สุรพันธ์ ยิ้มมัน
รศ.ดร.ประสิทธิ์ ธีระพันธ์
ผศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วคำเกิง
ผศ.ดร.ปิยะมาศ เสือเพ็ง
ดร.วงศวิทย์ เสนะวงศ์
ดร.จรรยารัตน์ ปริญญาคุปต์
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
นักวิชาการอิสระ กรุงเทพมหานคร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา
ภาควิชาวิศวกรรมชีวการแพทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
คณะวิศวกรรมชีวการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต
มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ผศ.พิเศษ นพ.ธนิษทร์ เวชชาภินันท์
ดร.อภิชัย คุณิพงษ์
นพ. สราวุฒิ บุญสุข
ผศ.ดร.อุษณีย์ พึ่งปาน
รศ.ดร.จิตรลดา อารีย์สันติชัย
รศ.ดร.ประสิทธิ์ ธีระพันธ์
ผศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วคำเกิง
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นักวิชาการอิสระ กรุงเทพมหานคร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยนเรศวร



บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 ประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ 1) การพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการสปาและนวดเพื่อสุขภาพไทยในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี 2) การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น 3) การศึกษาวิเคราะห์แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพในประเทศไทย ช่วงปีงบประมาณ 2555-2559 4) การศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 5) ความชุกของเชื้อ Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) และมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อในผู้ป่วยในโรงพยาบาลตราด 6) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาดำบลหินตก อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช 7) ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งเน้นสาระที่เกี่ยวกับผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีความพร้อมที่จะรับบทความวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเผยแพร่สู่การนำไปใช้ประโยชน์ และพร้อมรับข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำจากผู้อ่านทุกท่านเพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพหรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ ชั้น 8 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 – 193 – 7092 planhss.journal@gmail.com



สารบัญ

การพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการสปาและนวดเพื่อสุขภาพไทย ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	3
การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน การตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ธัญชนก ชุมทอง, กิรณา สมวาทสรรรค์	13
การศึกษาวิเคราะห์แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ ของเขตสุขภาพในประเทศไทย ช่วงปีงบประมาณ 2555-2559 เกวลิน ชื่นเจริญสุข	27
การศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณธิป วิมุตติโกศล, ทวีศักดิ์ ไพรสสุวรรณ, เพ็ญพันธ์ พิระภิญโญ, อุษณีย์ ทองใบ	39
ความชุกของเชื้อ Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) และ มาตรการควบคุม การแพร่ระบาดของเชื้อในผู้ป่วยในโรงพยาบาลตราด ธารทิพย์ มุกดาเพชรรัตน์	51
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช อารีย์ แร่ทอง	62
ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ภมร ตรุณ, ประกันชัย ไกรรัตน์	71



การพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการสปาและนวด เพื่อสุขภาพไทยในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

Developing standards for spa establishments and Thai massage for health in the Federal Republic of Germany

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล
กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บทคัดย่อ

ตามที่รัฐบาลได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Thailand as Global Medical Hub) ธุรกิจบริการสุขภาพประเภทสปาเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อสุขภาพในประเทศไทย ได้รับความนิยมนับเป็นอย่างสูง รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมาตั้งแต่การออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2547 ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 โดยการให้ใบรับรองมาตรฐานแก่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านการประเมินจากกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ดำเนินการส่งเสริมพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของคนไทยในเยอรมนี เนื่องจากปัญหาภาพลักษณ์ของการขายบริการทางเพศแอบแฝงในการประกอบธุรกิจนวดของคนไทย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาและวิเคราะห์ว่าจากการดำเนินนโยบายและกลไกการขับเคลื่อนของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องว่าปัจจุบันสถานการณ์สถานประกอบการเพื่อสุขภาพของคนไทยในเยอรมนีเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดที่มีผลต่อการพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของคนไทยในเยอรมนีเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนานโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติให้กับรัฐบาลไทย

จากการศึกษาพบว่าตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาในเยอรมนีการนวดไทยและสปาไทยเป็นที่รู้จักแพร่หลาย โดยมีสถานประกอบการที่เปิดโดยคนไทยจำนวน 379 แห่ง กระจายอยู่ทั่วประเทศ โดยส่วนใหญ่เปิดนวดเพื่อการผ่อนคลาย มีเพียง 4 แห่ง ที่เปิดร้านนวดไทยเพื่อการบำบัดรักษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีการจัดทำมาตรฐานสถานประกอบการสปาและนวดเพื่อสุขภาพไทยในเยอรมนีโดยนำมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในต่างประเทศของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมาเป็นแนวทางประยุกต์ใช้ร่วมกับข้อกำหนดของเยอรมนี รวมถึงการผลักดันให้มีการจัดตั้งสมาคมไทยสปาแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นองค์กรในการขับเคลื่อนการพัฒนาสถานประกอบการสปาและนวดไทยร่วมกับทางภาครัฐ โดยมีสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการตรวจประเมินมาตรฐานจำนวน 14 แห่ง ผลการประเมินตามมาตรฐานของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั้ง 14 แห่ง ด้านที่ 1 การบริการ มีการดำเนินการตามมาตรฐาน ร้อยละ 95.92 ด้านที่ 2 พนักงาน มีการดำเนินการตามมาตรฐาน ร้อยละ 100 ด้านที่ 3 เครื่องมืออุปกรณ์ในร้านและผลิตภัณฑ์ มีการดำเนินการตามมาตรฐาน ร้อยละ 95 ด้านที่ 4 องค์กรและการบริหารงาน มีการดำเนินการตามมาตรฐาน ร้อยละ 90.01 ด้านที่ 5 สถานที่ประกอบกิจการและสภาพแวดล้อม มีการดำเนินการตามมาตรฐาน ร้อยละ 79.69 ด้านที่ 6 การจัดการสุขลักษณะ มีการดำเนินการตามมาตรฐาน ร้อยละ 76.92

คำสำคัญ : มาตรฐานสถานประกอบการสปา มาตรฐานสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพไทย



Abstract

As the government has announced a policy to develop Thailand to be an international health center (Thailand as Global Medical Hub), a health business as spa for health and massage for health in Thailand has been very popular. The government has focused on the development of standards for health establishments since the announcement of the Ministry of Public Health in 2004, issued under the Health Service Act B.E.2509 (1966), by providing standards for the establishment that certified by the Ministry of Public Health. In 2009, the Department of Health Service Support, Ministry of Public Health had promoted and developed the health service standard for Thais in Germany, due to the problem of the image for convert sex trafficking in Thai massage business. Therefore the researcher has studied and analyzed the implementation of policies and mechanisms of the Department of Health Service Support, Ministry of Public Health and relevant agencies that the current situation of health establishments for Thais in Germany including what factors affect the development of Thai workplace standards for health in Germany to make the policy recommendation for development of an international health hub for the Thai government.

The results of the study showed that over the past 10 years in Germany, Thai massage and Thai spas have been well-known. There were 379 establishments opened by Thai people extending all over the country. Most of them opened for relaxation massage, only 4 places opened for treatment. The Department of Health Service Support has established the health service standards for Thai spa and massage in Germany by using the standards of ministerial announcement and health service standards for oversea establishments of the department to be as a guideline together with the regulations of Germany, including pushed up for establishment of Thai Spa Association of Germany to be an agency driven the development for spa establishments and Thai massage for health with the government. There were 14 establishments participating in the standard auditing program. It found that section 1 : service was implemented according to the standards of 95.92 percent, section 2 : staff was implemented according to the standards of 100 percent, section 3 : tools, equipment and product were implemented according to the standards of 95 percent, section 4 : organization was implemented according to the standards of 90.01 percent, section 5 : place was implemented according to the standards of 79.69 percent, and section 6 : hygienic management was implemented according to the standards of 76.92 percent.

Key words : Standards for spa establishments, Standards for Thai massage for health



บทนำ

ตามที่รัฐบาลได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Thailand as Global Medical Hub) ปัจจุบันประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจบริการสุขภาพประเภทสปาเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อสุขภาพในประเทศไทย ได้รับความนิยมนับอย่างสูงจากผู้รับบริการทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ เนื่องจากประเทศไทยมีบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานภายใต้เอกลักษณ์ความเป็นไทย รวมทั้งมีสถานที่ที่เอื้อต่อบริการธุรกิจนี้จากทรัพยากรทางธรรมชาติที่สวยงามจนสามารถสร้างรายได้ให้แก่ประเทศไทยเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การประกอบธุรกิจบริการสุขภาพประเภทสปาเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ โดยเฉพาะธุรกิจของผู้ประกอบการคนไทยก็ได้รับความนิยมนับเพิ่มขึ้น เพราะมีการบริการที่เป็นเอกลักษณ์และช่วยในการผ่อนคลายแก่ผู้รับบริการ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ ภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 โดยมีมาตรการตามกฎหมายที่ให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพในประเทศไทยทั้ง 3 ประเภท คือสปาเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อเสริมความงาม ต้องยื่นคำร้องเพื่อขอใบอนุญาตเมื่อได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน หากผ่านเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด จะได้รับใบรับรองมาตรฐานโดยมีอายุ 5 ปี สำหรับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไทยในต่างประเทศ ซึ่งปัจจุบันได้รับความนิยมนับจากชาวต่างชาติ ทำให้มีการเปิดกิจการในหลายประเทศ ทั่วทุกภูมิภาค แต่ผู้ประกอบการยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการ บางแห่งประกอบกิจการเข้าข่ายการค้าประเวณี ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของธุรกิจนี้ได้

ในปี พ.ศ. 2552 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงได้มีแนวทางการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไทยในสหพันธรัฐเยอรมันนี โดยการร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับมาตรฐานสถาน

ประกอบการเพื่อสุขภาพไทยในต่างประเทศที่มีความพร้อมเข้าร่วมในการขอรับการประเมินมาตรฐานจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบการนวดตามวิถีไทยที่มีคุณภาพให้เป็นที่ประจักษ์แก่ชาวต่างชาติได้อย่างภาคภูมิใจและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สถานประกอบการสปาและนวดเพื่อสุขภาพไทยในเยอรมนี
2. เพื่อพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการสปาและนวดเพื่อสุขภาพไทยในเยอรมนี
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนานโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของไทย

กรอบแนวคิด

การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไทยในเยอรมนี ทำให้เกิดรูปแบบของการส่งเสริมสถานประกอบการสปาและนวดไทยในต่างประเทศให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ที่ไม่ขัดแย้งกับข้อกำหนดด้านกฎหมายของประเทศนั้นๆ รวมถึงเป็นการส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลในแบบการวิเคราะห์เชิงบรรยาย (Descriptive analysis) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูล 2 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร (Documentary research) จากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ได้แก่ เอกสารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากการสืบค้นทางอินเทอร์เน็ต และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้แก่ เอกสารการวิจัย
- 2) การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Key informant interview) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ทราบถึงสถานการณ์และพัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการสปาและนวดเพื่อสุขภาพในเยอรมนี รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไทยในต่างประเทศ

ผลการศึกษา

1. ศึกษาและสังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเรื่องการพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของไทย พบว่า

ปี พ.ศ.2547 มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในประเทศไทยโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพโดยอาศัยประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 เมษายน 2547 เป็นต้นมา เพื่อเป็นมาตรการตามกฎหมายที่ให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพในประเทศไทยทั้ง 3 ประเภท คือ สปาเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อเสริมสวย ต้องยื่นคำร้องเพื่อขอใบรับรองมาตรฐาน เมื่อได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน 5 ด้าน หากผ่านเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด จะได้รับใบรับรองมาตรฐานโดยมีอายุ 2 ปี

ปี พ.ศ.2552 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีการยกระดับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ถูกต้องตามกฎหมายเป็นคุณภาพมาตรฐานในระดับสากล โดยมีองค์ประกอบของมาตรฐาน 5 ด้าน คือ ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการบริการ ด้านผลิตภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์ และด้านการบริหาร และจัดการองค์กร ในขณะนั้นยังไม่มีการจัดทำมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไทยในต่างประเทศเพื่อการยกระดับการพัฒนาคุณภาพโดยเฉพาะเยอรมนี แม้ว่าการนวดไทยจะเป็นที่รู้จักแพร่หลายในเยอรมนี แต่ภาพลักษณ์ของการนวดไทยบางแห่งยังเป็นภาพลบ

สำหรับชาวเยอรมัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการส่งเสริมภาพลักษณ์ของสปาและนวดไทยในประเทศเยอรมัน จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะต้องดำเนินการจัดทำมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไทยในต่างประเทศ และตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไทยในต่างประเทศที่มีความพร้อม

ในปีพ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอให้ยกระดับประกาศกระทรวงสาธารณสุขเป็นกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ คือพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 โดยเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่กิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เป็นกิจการด้านบริการที่สร้างงานและรายได้แก่ประเทศเป็นจำนวนมาก และเป็นกิจการที่ได้รับความเชื่อมั่น จากผู้รับบริการทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศมายาวนาน จึงมีผู้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี แต่ปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายกำกับดูแลการดำเนินกิจการนี้เป็นการเฉพาะ ผู้ประกอบกิจการ ผู้ดำเนินการ และผู้ให้บริการจำนวนมากขาดความรู้และทักษะในการประกอบกิจการ และการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐานและส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย หรือจิตใจ ของผู้รับบริการ ประกอบกับมีผู้ใช้คำว่าสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพื่อประกอบกิจการแฝงอย่างอื่น อันส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของผู้รับบริการชาวไทยและชาวต่างประเทศที่มีต่อกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สมควรมีกฎหมายที่กำกับดูแลการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพขึ้นเป็นการเฉพาะ เพื่อให้การดำเนินกิจการดังกล่าวเป็นไปอย่างมีมาตรฐานอันเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและคุ้มครองผู้บริโภค จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

2. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลธุรกิจสปาและนวดในเยอรมนี

ผู้ประกอบการจะต้องมีใบทะเบียนการค้า



หรือ Gewerbeschein โดยผู้ประกอบการสามารถติดต่อขอจดทะเบียนการค้าได้ที่สำนักงานการค้า (Gewerbeamte) ทั้งนี้ ในเมืองขนาดเล็ก สำนักงานการค้า (Gewerbeamte) อาจจะมีได้ตั้งเป็นเอกเทศแต่ตั้งรวมอยู่ในเทศบาลเมืองหรือศาลาว่าการจังหวัดจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาว่าหน่วยงานที่จะต้องไปติดต่อนั้นมีชื่อว่าอะไรและตั้งอยู่ที่ใด โดยปกติผู้ประกอบการจะต้องไปยื่นเอกสารด้วยตนเอง แต่ในปัจจุบัน ผู้ประกอบการสามารถขอจดทะเบียนการค้าได้ทางอินเทอร์เน็ต ในหลายเมืองได้แล้ว

การขอใบทะเบียนการค้า จะต้องกรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน ระบุรายละเอียดส่วนบุคคล วัตถุประสงค์ และลักษณะของกิจการ พร้อมกับนำเอกสารที่จำเป็นไปยื่นให้ครบถ้วนโดยระบุวันเวลาเปิดทำการให้แน่ชัด เพราะหลังจากเปิดร้านหนึ่งสัปดาห์ รัฐบาลเยอรมันจะส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับด้านภาษีตามมา นอกจากนี้จะต้องแจ้งรายละเอียดของธุรกิจ โดยแจ้งประเภทของการנדไทยว่าเป็นการנדเพื่อผ่อนคลาย (Entspannung) เท่านั้นและไม่มีบริการทางเพศ

3. จัดทำมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในต่างประเทศของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หลักเกณฑ์การตรวจรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในต่างประเทศที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจัดทำขึ้น ครอบคลุมสำหรับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ 2 ประเภท ได้แก่ สปาเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อสุขภาพที่ไปเป็นตามข้อกำหนด หรือกฎหมายที่ควบคุมเกี่ยวกับธุรกิจบริการเพื่อสุขภาพ ในประเทศนั้นๆ โดยสถานประกอบการที่จะขอรับรองจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เจ้าของสถานประกอบการต้องเป็นผู้ที่มีสัญชาติไทยหรือคู่สมรสเป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย หากเป็นในนามบริษัทต้องมีคนไทยถือหุ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50
2. ต้องเป็นสถานประกอบการที่ถูกตั้งตามกฎหมายท้องถิ่น
3. มีใบอนุญาตจากหน่วยงานท้องถิ่นในการประกอบกิจการ ไม่น้อยกว่า 1 ปี

4. ประเภทของสถานประกอบการต้องเป็นไปตามกฎหมายของประเทศไทย

กรอบการประเมินจะดำเนินการตามมาตรฐานคุณภาพ 5 หมวด ได้แก่

1. มาตรฐานสถานที่
2. มาตรฐานบุคลากร
3. มาตรฐานการบริการ
4. มาตรฐานเครื่องมือ อุปกรณ์ และผลิตภัณฑ์
5. มาตรฐานความปลอดภัย

ในการรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในต่างประเทศจะมีการตรวจและรับรองจากคณะกรรมการรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ

คณะกรรมการรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพในต่างประเทศ โดยมีองค์ประกอบของจำนวน 3 คน ดังนี้

- 1.) ผู้เชี่ยวชาญด้านสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 2.) หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมและพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน 1 คน
- 3.) ผู้แทนจากหน่วยงานไทยในประเทศนั้นหรือที่มีอาณาเขตครอบคลุม ในประเทศนั้นๆ โดยให้เอกอัครราชทูตหรือกงสุลใหญ่ของประเทศนั้นๆ เป็นผู้พิจารณา จำนวน 1 คน

ทั้งนี้หลักเกณฑ์การพิจารณาให้การรับรองในต่างประเทศแต่ละประเภทที่ผ่านการประเมินต้องมีคะแนนรวม ในแต่ละหมวดไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และต้องผ่านทุกตัวชี้วัดตามประเภทของมาตรฐานนั้นๆ โดยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านการรับรองจะได้รับใบประกาศรับรองและเครื่องหมายรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในต่างประเทศตามแผนภาพที่ 1 และ 2 โดยใบรับรองมีอายุ 3 ปี และสถานประกอบการต้องรักษามาตรฐานตลอดอายุใบรับรองนั้น



แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 2

การยื่นขอรับรองมาตรฐาน สถานประกอบการที่มีความประสงค์ขอรับรองมาตรฐานให้ยื่นใบสมัครขอรับการรับรองผ่านหน่วยงานภาครัฐของไทยในต่างประเทศ หรือสมาคมสปาไทยในต่างประเทศ สมาคมนวดไทยในต่างประเทศ ที่กระทรวงสาธารณสุขหรือกระทรวงต่างประเทศเห็นชอบหรือให้การยอมรับ หลังจากได้รับเอกสารหน่วยงานดังกล่าวจะมีหน้าที่พิจารณาและรับรองเอกสารการขอรับรอง โดยผ่านสถานเอกอัครราชทูต หรือสถานกงสุลใหญ่ในประเทศนั้นๆ กรณีที่เอกสารตรวจสอบไม่ผ่าน เอกสารจะส่งกลับไปยังสถานประกอบการ สำหรับเอกสารที่ตรวจสอบผ่านจะส่งต่อมายังกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เป็นผู้ดำเนินการในกระบวนการตรวจรับรองมาตรฐานต่อไป

การติดตามผลการรับรองมาตรฐาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขมอบอำนาจให้หน่วยงานไทยในประเทศ หรือที่มีอาณาเขตครอบคลุมในประเทศนั้นๆ เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจติดตามสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในต่างประเทศที่ผ่านการรับรองแล้ว

4. การดำเนินการพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการสปาและนวดเพื่อสุขภาพไทยในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

ระยะที่ 1 ขึ้นการวางแผน (Planning)

จากการพบปะพูดคุยของกลุ่มผู้ประกอบการนวดไทยสปาไทยผู้ประกอบการอาชีพนวดไทยและผู้สนใจที่จะประกอบอาชีพนวดไทยกับคณะเจ้าหน้าที่และผู้วิจัย

จากกรมสนับสนุนสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ในโครงการการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของชาวไทยเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2552 ณ วัดธรรมวิหารเมืองฮันโนเฟอร์เยอรมนีจากผลของการร่วมหารือและพบปัญหาที่ควรจะมีการร่วมมือร่วมใจหรือสานต่อการแก้ไขจึงมีมติในการร่วมหารือว่าควรมีการจัดตั้งสมาคมเพื่อเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานต่างๆ

ในกลุ่มผู้เข้าหารือได้มีมติให้ คุณมณฑนา เพ็ญสเลอร์ คุณสุคนธา ไบร์เยอร์ เป็นผู้ประสานงานในวาระดังกล่าว นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือ คุณมิชา เอลเพ็ญสเลอร์ ในการริเริ่มเสนอและจัดทำโครงการจัดตั้งสมาคมกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพนวดไทยไทยสปาผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องกับอาชีพผู้สนใจทั่วไปให้ถูกต้องตามกฎหมายเยอรมนี ในปีเดียวกันสมาคมไทยสปาเยอรมนี (Thai Spa Association Germany) ก็ได้ถือกำเนิดขึ้นอย่างถูกต้องตามกฎหมายภายใต้แนวคิด “สามัคคีบนเส้นทางที่ถูกต้อง” สมาคมไทยสปาได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาคมที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนสมาชิกโดยไม่หวังผลกำไร

ระยะที่ 2 ขึ้นการปฏิบัติ (Action)

ปัญหาของสถานประกอบการนวดไทย/ไทยสปาในเยอรมนี จากการศึกษาพบว่าไม่มีการตรวจสอบหรือแสดงคุณสมบัติหรือคุณสมบัติใดๆ ของผู้ประกอบการและไม่มีข้อกำหนดในองค์ความรู้ของผู้ให้บริการในการเปิดสถานประกอบการนวดไทย/ไทยสปา ส่งผลให้สถานประกอบการนวดไทย/ไทยสปาเติบโตอย่างรวดเร็วในเยอรมนี ระดับความน่าเชื่อถือลดลงเนื่องจากการขาดการควบคุมคุณภาพไม่มีมาตรฐานจำนวนพนักงานในเยอรมนี



มีจำนวนน้อยใช้เวลาและการลงทุนมากในการฝึกอบรมพนักงานให้ได้คุณภาพต้องใช้เวลาและการลงทุน นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความมั่นใจให้ลูกค้าและลบภาพด้านลบของคำว่า นวดไทยในเยอรมนี

จากปัญหาดังกล่าวข้าพเจ้าในฐานะผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านสาธารณสุข)) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ริเริ่มจัดทำโครงการเพิ่มพูนความรู้และรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไทยในเยอรมนี ร่วมกับสมาคมไทยสปาเยอรมนี โดยอบรมสมาชิกสมาคมและผู้สนใจจำนวน 36 คน ที่โรงแรม Schlosshotel เมือง Kassel ใน middle Germany ในเดือนกันยายน ปี พ.ศ.2553 ด้วยหลักสูตรผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager) ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้ผู้ประกอบการมีทักษะการจัดการธุรกิจและสามารถนำเสนอ นวดไทยและไทยสปาให้คงเอกลักษณ์และวัฒนธรรมไทย ผู้วิจัยยังจัดทำข้อกำหนดข้อบังคับในการรับรองมาตรฐานร่วมกับสมาคมไทยสปาเยอรมนี โดยมีแบบประเมินตนเองสำหรับสถานประกอบการและแบบตรวจสอบจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเป็นต้นแบบและแก้ไขปรับปรุง

ให้ตรงกับข้อบังคับสุขลักษณะตามกฎหมายสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี แต่ยังคงนำเสนอเอกลักษณ์ความเป็นไทย โดยมาตรฐานมี 6 ด้านคือ

- หมวดที่ 1 การบริการ
- หมวดที่ 2 พนักงาน
- หมวดที่ 3 เครื่องมืออุปกรณ์ในร้านและผลิตภัณฑ์
- หมวดที่ 4 องค์กรและการบริหารงาน
- หมวดที่ 5 สถานที่ประกอบกิจการและสภาพแวดล้อม
- หมวดที่ 6 การจัดการสุขลักษณะ

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation)

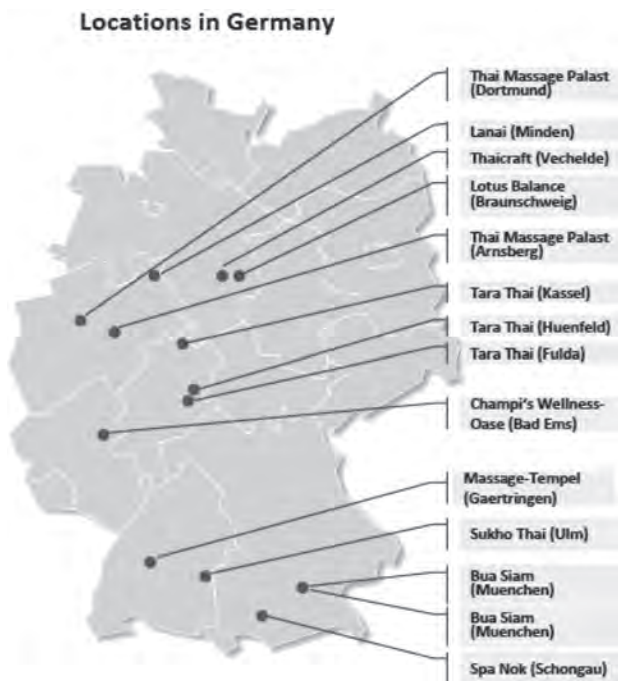
หลังจากฝึกอบรมและจัดทำแบบประเมินตนเองสำหรับสถานประกอบการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของผู้ประกอบการคนไทยในเยอรมนีในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ผู้วิจัยและทีมงานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผู้แทนกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ร่วมกันตรวจเยี่ยมสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของผู้ประกอบการคนไทยในเยอรมนีโดยมีสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการพัฒนามาตรฐานร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 14 แห่ง ตามตาราง 1

ตาราง 1 รายชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

No.	Company	Massage/Spa	Location	Street
1	Bua Siam Thaimassage & Spa	Massage	80331 Munchen	Altheimer Eck 13
2	Bua Siam Thaimassage & Spa	Massage	80802 Munchen	Marktstrasse 15
3	Spa Nok Wellness-Oase	Spa	86956 Schongau	Munzstr. 49
4	Sukho Thai Spa and Massage	Spa	89073 Ulm	Neutorstrasse 22
5	Thai Massage Palast	Spa	44287 Dortmund	Koln-Berliner-Strasse 59
6	Thai Massage Palast	Massage	59821 Arnsberg	Rumbeckerstrasse 10
7	Lanai Thai-Massage & Spa	Massage	32425 Minden	Bierpohlweg 159
8	Champi's Wellness-Oase	Massage	56130 Bad Ems	Romerstralse 76
9	Lotus Balance	Massage	38114 Braunschweig	EulenstralBe 8
10	Thaicraft Thaimassage & Spa	Spa	38159 Vechelde	Spiegelbergallee 4
11	Tara Thai Massage & Spa	Spa	34119 Kassel	Wilhelmshoeher Allee 254
12	Tara Thai Massage & Spa	Spa	36037 Fulda	Loeherstrasse 33
13	Tara Thai Massage & Spa	Massage	36088 Huenfeld	Mittelstrasse 2a
14	Massage-Tempel	Massage	71116 Gartringen	Bismarckstralse 40



จากภาพที่ 1 จะเห็นได้ว่าสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการกระจายตัวอยู่ในหลายรัฐ ทั้งนี้เนื่องจากสมาคมไทยสปาเยอรมนี จัดให้มีการประชุมสมาคมสัญจรทุก 6 อาทิตย์หรือ 2 เดือน วัตถุประสงค์เพื่อพบปะสังสรรค์ในกลุ่มสมาชิกมีการจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้ มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาปรึกษาปัญหาต่างๆ ที่เพื่อนสมาชิกมีโดยย้ายสถานที่ไปตามเมืองต่างๆ ทำให้สมาชิกไม่ได้จำกัดแต่เฉพาะในเมืองใดเมืองหนึ่ง



ภาพที่ 1 แผนที่แสดงที่ตั้งสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ

สถานประกอบการกลุ่มตัวอย่างมีขนาดตั้งแต่ 43 – 190 ตารางเมตร เฉลี่ย 133.43 ตารางเมตร มีห้องนวดหรือทำสปา ตั้งแต่ 1 – 6 ห้อง ส่วนใหญ่ 4 ห้อง

ตาราง 1 ผลการประเมินสถานประกอบการที่ผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	ร้อยละ
มาตรฐานด้านที่ 1 การบริการ	95.92
มาตรฐาน ด้านที่ 2 พนักงาน	100
มาตรฐานด้านที่ 3 เครื่องมืออุปกรณ์ในร้านและผลิตภัณฑ์	95
มาตรฐานด้านที่ 4 องค์กรและการบริหารงาน	90.01
มาตรฐานด้านที่ 5 สถานที่ประกอบกิจการและสภาพแวดล้อม	79.69

ผลการประเมินตนเองพบว่ามาตรฐานด้านที่ 1 การบริการ มีการดำเนินการตามมาตรฐาน ร้อยละ 95.92 ด้านที่ 2 พนักงาน มีการดำเนินการตามมาตรฐาน ร้อยละ 100 ด้านที่ 3 เครื่องมืออุปกรณ์ในร้านและผลิตภัณฑ์ มีการดำเนินการตามมาตรฐาน ร้อยละ 95 ด้านที่ 4 องค์กรและการบริหารงาน มีการดำเนินการตามมาตรฐาน ร้อยละ 90.01 ด้านที่ 5 สถานที่ประกอบกิจการและสภาพแวดล้อม มีการดำเนินการตามมาตรฐาน ร้อยละ 79.69 ตามตาราง 1 (สำหรับมาตรฐาน ด้านที่ 6 การจัดการสุขลักษณะไม่มีการประเมินตนเองเนื่องจากเป็นข้อกำหนดที่ต้องประเมินโดยผู้ประเมินเท่านั้น)

จากการประเมินตนเองพบว่ามาตรฐานที่ผ่านการประเมินต่ำสุดคือมาตรฐานด้านสถานที่ประกอบกิจการและสภาพแวดล้อมโดยหัวข้อที่ผ่านการประเมินต่ำคือการมีห้องสุขาแยกกันระหว่างพนักงานและลูกค้า และคนพิการสามารถมาใช้บริการได้ ส่วนมาตรฐานด้านที่ 2 พนักงานพบว่ามีความครบถ้วนตามมาตรฐาน ทั้งความรู้ด้านภาษา การมีใบประกาศนียบัตรหรือใบวุฒิรับรองในการบริการนวดที่มีให้บริการ ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ใช้และวิธีการใช้ในบริการ

อภิปรายผล

การขับเคลื่อนของหน่วยงานไทยและภาคเอกชนในเยอรมนีที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของคนไทย จะเห็นได้ว่ารัฐบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมาตั้งแต่การออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2547 โดยได้มีการยกระดับความสำคัญของ



การบังคับใช้กฎหมายโดยการออกเป็นพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 โดยระหว่างนั้นในปี พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ดำเนินการส่งเสริมพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของคนไทยในเยอรมนี โดยการจัดทำโครงการการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิต เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2552 จนนำไปสู่การจัดตั้งสมาคมสปาและนวดไทยในเยอรมนี และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มอบใบประกาศรับรองคุณภาพและตราสัญลักษณ์ให้แก่สถานประกอบการที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ จำนวน 14 แห่ง

ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของสมาคม/ชมรมนวดไทย สปา และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพชาวไทยในต่างประเทศจะเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาผู้ประกอบการให้มีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงความตระหนักถึงภาพลักษณ์นวดไทยที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพในสายตาโลก โดยกระทรวงสาธารณสุขต้องจัดให้มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีโครงการมอบตราสัญลักษณ์คุณภาพ มาตรฐานให้แก่สถานประกอบการทั้งขนาดเล็ก (ที่มีพนักงานหรือผู้ทำงาน 2-3 คน) และขนาดใหญ่เพื่อให้เห็นถึงความชัดเจนในส่วนของคุณภาพ มาตรฐานของสถานประกอบการของนวดไทย สปาไทย และเพื่อสร้างภาพลักษณ์ความน่าเชื่อถือของสถานประกอบการนวดไทย สปาไทย ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องร่วมมือกันดำเนินการต่างๆ ทั้งระยะสั้นและยาวให้เกิดผลสัมฤทธิ์ นอกจากนั้นทางสมาคมไทยสปาแห่งเยอรมนี (Thai Spa Association Germany) ยังต้องมีบทบาทในการรณรงค์เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่ธุรกิจนวดแผนไทยและสปาไทย รวมถึงการสอดส่องดูแลธุรกิจนวดไทย/สปาไทยในกลุ่มสมาชิก

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพในฐานะหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนสามารถนำมากำหนดมาตรการในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของสมาคมนวดไทย สปาไทย และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในเยอรมนีโดยการจัด

อบรมให้ความรู้ด้านการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจ ด้านกฎหมายระเบียบข้อบังคับสำหรับสถานประกอบการนวดไทย สปาไทยในเยอรมนี ด้านการบริหารจัดการธุรกิจและด้านการฝึกทักษะฝีมือ พร้อมทั้งการยกระดับคุณภาพสถานประกอบการผ่านโครงการมอบตราสัญลักษณ์คุณภาพ มาตรฐานให้แก่สถานประกอบการทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ที่ได้มาตรฐาน และในอนาคตสมาคมนวดไทย สปาไทย ในเยอรมนีสามารถทำหน้าที่เป็น Certified Body ในการตรวจประเมินรับรองคุณภาพให้กับกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการสนับสนุนให้คนไทยเปิดสถานประกอบการนวดแบบรักษาได้ ซึ่งจะทำให้สามารถเบิกค่านวดจากประกันสุขภาพได้

สำหรับผู้ที่ให้บริการนวดควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของอาชีพต่อภาพลักษณ์ของหญิงไทย โดยหน่วยงานภาครัฐของไทยควรสนับสนุนให้จัดตั้งโรงเรียนหรือศูนย์ฝึกอบรมด้านนวดไทย เพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมที่ได้คุณภาพ มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ

สรุปผล

การพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการสปาและนวดเพื่อสุขภาพไทยในสหพันธ์สาธารณสุขรัฐเยอรมนีประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี สามารถเป็นต้นแบบให้กับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของคนไทยในประเทศอื่นได้ โดยสามารถขอคำแนะนำจากสถานทูตไทย เพื่อแสดงความจำนงถึงความตั้งใจในการยกระดับคุณภาพการนวดไทยให้มีภาพลักษณ์ที่ดี และคงความเป็นอัตลักษณ์ของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพไทยในต่างประเทศสามารถพัฒนาให้มีคุณภาพมาตรฐานจนเป็นที่ยอมรับของชาวต่างชาติและหน่วยงานราชการในต่างประเทศได้ โดยมีหลักการที่สำคัญดังนี้



1. ผู้ประกอบการต้องยอมรับหลักการในการประกอบธุรกิจที่ไม่ข้องเกี่ยวกับการค้าประเวณี และร่วมกันจัดตั้งสมาคมเพื่อการดำเนินกิจการต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ
2. สถานเอกอัครราชทูตของไทยให้การสนับสนุนการจัดตั้งสมาคมสปาและนวดไทยให้ถูกต้องตามกฎหมายและประสานระหว่างสมาคมกับหน่วยงานราชการในพื้นที่เพื่อการทำงานร่วมกันอย่างราบรื่น และให้เกิดการยอมรับ
3. กระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการเพิ่มพูนความรู้และรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไทย โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการต่างประเทศ
4. การสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกให้กับธุรกิจบริการสุขภาพ โดยเฉพาะธุรกิจสปาและนวดไทย ผ่านการจัดทำคุณภาพและมาตรฐานของสถานประกอบการนวดไทยสปาไทย
5. พัฒนาสมาคมนวดไทย สปาไทย ในเยอรมนีให้สามารถทำหน้าที่เป็น Certified Body ในการตรวจประเมินรับรอง
6. สนับสนุนให้คนไทยเปิดสถานประกอบการนวดแบบรักษาได้ ซึ่งจะทำให้สามารถเบิกค่านวดจากบริษัทประกันสุขภาพได้
7. สนับสนุนให้จัดตั้งโรงเรียนหรือศูนย์ฝึกอบรมด้านการนวดไทยเยอรมนีเพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมที่ได้คุณภาพและเป็นที่ยอมรับของคนเยอรมัน

เอกสารอ้างอิง

Announcement of the Ministry of Public Health under the Facility Act 1966.

Government Gazette. Volume 125, special episode 176 N (14 November 2008).

Health Establishment Act B.E. 2559 (2016).

Government Gazette. Book 133, Chapter 30K (31 March 2016).

Health Establishment Division. Health Service Standards for International Establishment. Nonthaburi: Genesis Mediacom Company Limited, 2016.

Health Establishment Division. Health Service Standards for Oversea Establishment. Nonthaburi: Genesis Mediacom Company Limited, 2017.

Office of International Trade Promotion in Berlin. Spas and rehabilitation centers in Germany. [Online]. 2556. Source: <https://www.ditp.go.th/files/2013-07%20> [28 May 2019].

Office of International Trade Promotion in Frankfurt and Berlin.

Thaibiz Germany. Thai massage and Thai spa. [Online]. 2015.

Source:<http://www.thaibizgermany.com/de/thai-business/detail.php?cate=service&id=17780> [28 May 2019].]

Thai spa market in Germany. [Online]. 2555.

Source: https://www.ditp.go.th/contents_attach/72329/72329.pdf [29 May 2019]



การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันการจัดครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

Model for developing health risk communication to change health behavior among teenage pregnancy

ชญชนก ชุมทอง กิรณา สมวาทสรรรค์
กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เป็นการวิจัยเชิงปริมาณผสมผสานกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Matrix) พื้นที่ในการศึกษาเป็นโรงเรียนขยายโอกาส ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 4 โรงเรียน ครอบคลุม 4 ภาค ได้แก่ โรงเรียนขยายโอกาสจังหวัดตาก โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดสระบุรี โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดบึงกาฬ และโรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดกระบี่ กระบวนการศึกษามี 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยง การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้บริหาร คณะครู และคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยง ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นไทย กลุ่มที่ศึกษาเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ระยะที่ 3 ค้นหารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นไทย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า

ระยะที่ 1 ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นมีหลากหลายสาเหตุถูกอธิบายผ่านประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากผู้ให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันรอบตัวล้วนสะท้อนให้ผู้วิจัยเห็นว่าปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นมีความเชื่อมโยงหลากหลายสาเหตุ ผู้วิจัยค้นพบสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1.ความรู้เรื่องเพศศึกษา 2.การปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม และ 3.ความล้ำสมัยทางเทคโนโลยี

ระยะที่ 2 ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น หลังการทดลองและระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน มีระดับคะแนนสูงสุด คือ 10.22 รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนหลังได้รับหลังทดลอง คือ 8.77 และก่อนการทดลอง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ คือ 6.58 และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน มีระดับคะแนนสูงสุด คือ 38.34 รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนหลังได้รับหลังทดลอง คือ 36.61 และก่อนการทดลอง มีระดับความตั้งใจป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในระดับต่ำ คือ 32.11



ระยะที่ 3 รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ประกอบด้วย 6 วิธีการ ดังนี้ 1. การให้ความรู้ 2. ความตระหนัก 3. ทักษะที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง 4. การสื่อสารเชิงบวก 5. เป็นแบบอย่างที่ดี นอกจากนี้ยังต้อง 6. เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการสร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันความเสี่ยงที่เกิดทั้งจากปัจจัยคุ้มกันภายในและปัจจัยคุ้มกันภายนอก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นไปประยุกต์ใช้ในชุมชนหรือการเรียนการสอนในโรงเรียน ควรมีการสร้างแกนนำเยาวชน ในการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน และสถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดกับเยาวชนสามารถนำแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีร่วมกัน

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การสื่อสารความเสี่ยง ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น



Abstract

The mixed method of quantitative and qualitative approaches was used in this research. Study area was opportunity expansion school been comprehensive in 4 regions of the country under Office of the Basic Education Commission, totally 4 schools : the opportunity expansion school in Tak province, the opportunity expansion school in Saraburi province, the opportunity expansion school in Bung Kan province and the opportunity expansion school in Krabi. This study was conducted from phase 1 to phase 3 to develop model. Phase 1 : The objective of this was to study the problem and opinion about risk communication to protect teenage pregnancy. The key informants were the principal, teacher and the committee of the Basic Education *Commission*. *Data collection instrument were focus groups*. Phase 2 : The objective of this was to study the *outcome of risk communication program to protect teenage pregnancy*. *Study groups were the student in secondary high school 2*. *Data collection instrument was questionnaire*. Phase 3 : The objective of this was to find the model of risk communication to protect teenage pregnancy. *Data collection instrument was focus groups*.

The results revealed that :

Phase 1 : The Problem of teenage pregnancy had many causes explained via direct experience and indirect experience in daily life from the key informants. These problems reflected that the problem of unwanted teenage pregnancy had linked many causes. These problems were divided into 3 main causes : knowledge of sex, suitable for interactive and advanced technology.

Phase 2 : *The outcome of risk communication program to protect teenage pregnancy, after* and 3 month follow-up the intervention program had higher than before. The mean health literacy score in 3 month follow-up had the highest mean score (10.22). The mean health literacy score in after (8.77) and before (6.58) respectively. Moreover, The mean intention score in 3 month follow-up had the highest mean score (38.34). The mean intention score in after (36.61) and before (32.11) respectively.

Phase 3 : Model of health risk communication to change health behavior among teenage pregnancy included 6 methods : give knowledge, encourage awareness, improve any skill, positive communication, role model and behavior surveillance. These methods could create immune system to protect the risk that could affect from internal factors and external factors. Proposals for practicing was based on each area. Government agencies relating could apply model of risk communication to protect teenage pregnancy in other communities or schools. Creating leadership skill in youth cooperated with village health volunteer and advocated the risk communication to protect teenage pregnancy. Family Institution could use the guideline of the risk communication to protect teenage pregnancy to make a relationship with teenager.

Keywords : Model Development, Risk Communication, Teenage Pregnancy



บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้คำนิยามของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (Department of Child and Adolescent Health and Development, 2004) จากการสำรวจสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นทั่วโลก โดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ หรือ UNFPA (2013) พบว่า ในปี 2010 มีวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ UNFPA ยังคาดว่าในระหว่างปี 2010-2030 อัตราการคลอดของวัยรุ่นจะเพิ่มขึ้นถึง 1.3 พันล้านคนทั่วโลก ในประเทศไทย อัตราการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่มีอายุ ระหว่าง 10-19 ปี ในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี 2546-2559 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องจาก 12.9 เป็น 14.2 และเริ่มลดลงในปี 2560 เป็น 12.9 ต่อประชากรในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2561) เมื่อพิจารณาสัดส่วนแม่วัยรุ่น ในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี 2546-2559 ตามกลุ่มอายุ 10-14 หรือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในอัตรา 0.7 เป็น 1.3 ต่อประชากรกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2561) ซึ่งวัยรุ่นในประเทศไทยทั้งชายและหญิงเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่วัยเข้าสู่วัยรุ่น โดยมีอายุเฉลี่ย 12-13.5 ปี และเป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (ศรีเพ็ญตันติเวสส และคณะ, 2556) อย่างไรก็ตาม การสำรวจสถานการณ์ดังกล่าว เป็นเพียงอัตราการคลอดที่มีการบันทึก ในฐานะข้อมูลของโรงพยาบาลเท่านั้น หากแต่ยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในกลุ่มวัยรุ่นที่มีการทำแท้งแบบผิดกฎหมายได้

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นนั้นนับเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ เนื่องจากสภาพของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมยังไม่สมบูรณ์พอ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยของมารดาและทารกที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (สุคนธ์ ไขแก้ว, 2547) มีรายงานพบว่า

มารดาวัยรุ่นเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยสาเหตุเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดสูงเป็น 2 เท่าของมารดาวัยผู้ใหญ่ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนดทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์โดยที่อาการของภาวะความดันโลหิตสูงจะรุนแรงขึ้นทำให้เกิดอัตราการชักและเสียชีวิตเพิ่มเป็น 3.5 เท่าของสตรีตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ (สุคนธ์ ไขแก้ว, 2547) ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์พบว่าเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น สตรีวัยรุ่นมักพบกับความยากลำบากในการปรับตัวทำให้หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย เกิดความกลัววิตกกังวล และสับสนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะสตรีวัยรุ่นที่จำเป็นต้องแต่งงานเพื่อแก้ปัญหาจากการตั้งครรภ์ แต่ถ้าสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้แต่งงานนอกจากจะรู้สึกผิดโกรธและอับอายแล้วยังอาจทำให้เกิดปัญหาการสร้างสัมพันธ์ภาพกับทารกในครรภ์ได้ ถ้าการตั้งครรภ์นั้นไม่ได้รับการยอมรับจากบิดาของทารกรวมทั้งไม่ได้รับการยอมรับจากบิดามารดาของตนเองด้วยจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกไร้คุณค่าอาจคิดฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา (ทรงพร จันทรพัฒน์, 2543) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่หลายประเทศให้ความสนใจเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยเรียนทำให้สตรีวัยรุ่นต้องออกจากโรงเรียนก่อนครบกำหนดมีระดับการศึกษาต่ำและมีโอกาสน้อยที่จะเลือกงานที่มีรายได้สูงบางรายต้องออกจากงานเพื่อเลี้ยงดูบุตรทำให้ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดีส่งผลให้ชีวิตครอบครัวไม่ราบรื่นและมีแนวโน้มที่จะเกิดอัตราการหย่าร้างตามมาได้สูง (สุนิตย์ สร้างศรีวงศ์, 2549) ดังนั้น จากปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยในหลายประการ จึงจำเป็นต้องเร่งรัดพัฒนาให้เยาวชนไทยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในทุกสถานการณ์ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ที่เรียกว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “Health Literacy” ขึ้นโดยเร็วไว ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นประเด็นสำคัญเพื่อ



การเสริมสร้างศักยภาพในการเรียนรู้ด้านสุขภาพ สามารถรู้เท่าทันสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของวัยรุ่น และสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการป้องกันสถานการณ์เสี่ยง การตั้งครรภ์ไม่พร้อม มาจากหลายปัจจัย อันได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคลของนักเรียน และปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมของนักเรียน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน ชุมชน และสื่อต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ จึงพัฒนาวิธีการในการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักเรียน ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงาน ของรัฐ ในการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนกัน ภายใต้ทรัพยากร ในท้องถิ่นที่มีอยู่ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้กลวิธีในการสื่อสาร ความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมที่สามารถแก้ไขได้ตรงตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป : เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้าน

สุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเพื่อ ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

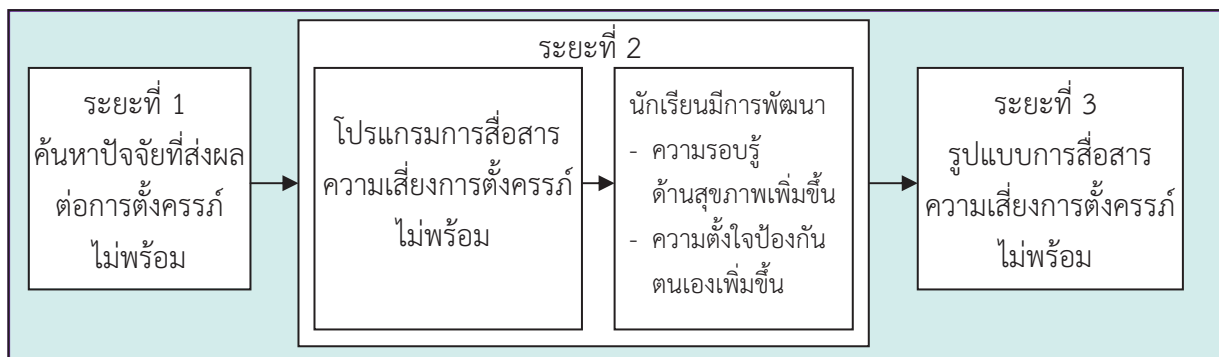
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ :

- 2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความคิดเห็น เกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมของวัยรุ่นไทย
- 2.2 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสาร ความเสี่ยงป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นไทย
- 2.3 เพื่อค้นหารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นไทย

ขอบเขตการศึกษา

พื้นที่ในการศึกษา ได้แก่ โรงเรียนขยายโอกาส ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการขั้นพื้นฐาน จำนวน 4 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนขยายโอกาสจังหวัดตาก โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดสระบุรี โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดบึงกาฬ และโรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดกระบี่ ประเด็นในการศึกษา มุ่งศึกษาสาเหตุและพัฒนารูปแบบ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึง กันยายน 2562

กรอบแนวคิด





ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นไทยที่มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานบริการสุขภาพ เพื่อให้วัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

2. หน่วยงานภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นไทยในพื้นที่อื่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพแบบผสมผสาน (Matrix) เพื่อศึกษารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 1 ผู้วิจัยค้นหาความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละกลุ่มที่นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น มีขั้นตอนและรายละเอียด ดังนี้

1. คัดเลือกพื้นที่ทดลอง โดยผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่ สันทนา กลุ่มที่เป็นโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กระจายตามภูมิภาค จำนวน 4 โรงเรียน และเป็นโรงเรียนที่ผู้บริหารยินยอมให้เป็นพื้นที่ศึกษา และมอบหมายให้ครูอนามัยหรือครูสุขศึกษาเป็นผู้ประสานงานวิจัย เพื่อทำหน้าที่นัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสถานที่ในระหว่างดำเนินการ สันทนา กลุ่ม

2. คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) กลุ่มละประมาณ 10 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร คณะครู และคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบ สันทนา กลุ่ม ใช้หลักการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)

จากหลายแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก การสังเกต และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological Analysis) แบ่งเป็นกลุ่มตามความเหมาะสมของข้อมูลที่มีความเชื่อมโยงกัน และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบการพรรณนา

การวิจัยระยะที่ 2 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 2 ผู้วิจัยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นและระยะติดตามการประเมินผล 3 เดือน มีขั้นตอนและรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำคู่มือโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ภาพพติก และซีดีประกอบการสอน

2. ผู้วิจัยชี้แจงการใช้คู่มือโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และภาพพติกประกอบการสอนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 4 พื้นที่ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ และความตั้งใจป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมก่อนดำเนินการจัดการเรียนการสอนตามคู่มือโปรแกรม

3. ดำเนินการจัดการเรียนการสอน ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2

4. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.727 และตอนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวัง (แนวโน้มนในการตัดสินใจ) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.806

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและความตั้งใจป้องกันตนเอง หลังจบการเรียนการสอน หลังจากนั้น 3 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและความตั้งใจป้องกันตนเอง ซ้ำอีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดกิจกรรมการสอน



การวิจัยระยะที่ 3 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 3 ผู้วิจัยค้นหารูปแบบที่เหมาะสมของการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น มีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อถอดบทเรียนผลการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยดำเนินการสนทนากลุ่มกับตัวแทนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 4 โรงเรียน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสนทนากลุ่ม ใช้หลักการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) จากหลายแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสังเกต และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. นำข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มตามประเด็นภัยคุกคามที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของวัยรุ่น และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อมาจัดการความเสี่ยง (ตามขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2) เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

4. สรุปรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในรูปแบบของการแสดงความสัมพันธ์การสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยแบ่งผลการศึกษากลับเป็น 3 ส่วน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ 3 ข้อ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 1 ผู้วิจัยค้นพบความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละกลุ่มที่นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ดังปรากฏในตารางที่ 1

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นมีหลากหลายสาเหตุถูกอธิบายผ่านประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากผู้ให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของตนเอง ครอบครัว โรงเรียน และชุมชนรอบตัวล้วนสะท้อนให้ผู้วิจัยเห็นว่าปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นมีความเชื่อมโยง

หลากหลายสาเหตุ ผู้วิจัยค้นพบสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1. ความรู้เรื่องเพศศึกษา 2. การปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม และ 3. ความล้ำสมัยทางเทคโนโลยี

ขั้นตอนที่ 2 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 2 ผู้วิจัยเปรียบเทียบผล ก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นและระยะติดตามการประเมินผล 3 เดือน ดังปรากฏในตารางที่ 2-4

ความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองพบว่า มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.7 หลังการทดลองพบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 4.8 และระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน ระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.9

ความตั้งใจป้องกันตนเอง ก่อนการทดลองพบว่า มีระดับความตั้งใจป้องกันตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.2 หลังการทดลองพบว่า ระดับความตั้งใจป้องกันตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 7.3 และระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน ระดับความตั้งใจป้องกันตนเอง อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.2

ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน มีระดับคะแนนสูงที่สุด คือ 10.22 รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนหลังได้รับหลังทดลอง คือ 8.77 และก่อนการทดลอง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ คือ 6.58 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบการวัดซ้ำ (Repeated measure analysis of variance) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แสดงว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะเวลาติดตามและประเมินผล 3 เดือน มีความแตกต่างกัน



ตารางที่ 1 แสดงการสร้างปัจจัยย่อย ปัจจัยหลัก และความคิดรวบยอดของปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

ความคิดรวบยอด	ปัจจัยหลัก	ปัจจัยย่อย
ความรู้เรื่องเพศศึกษา	การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม
	ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์	ความผิดปกติของทารก ปัญหาสุขภาพของแม่วัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
	การรู้จักบทบาทของตนเอง	การวางตัวต่อเพศตรงข้าม การจัดการอารมณ์ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ถูกต้อง ผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อทำแท้งผิดกฎหมาย
	ความเชื่อผิดๆ	
การปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	การสื่อสารทางบวกเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง
	ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	การปฏิเสธ การคุมกำเนิดที่ถูกต้อง
	เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย พฤติกรรมเปลี่ยนแบบ	ผลกระทบจากการเปลี่ยนแบบพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง
ความล้ำสมัยของเทคโนโลยี	การเข้าถึงแหล่งข้อมูล	แหล่งข้อมูลที่ต้องการ ผลกระทบจากเลือกแหล่งข้อมูล
	อิทธิพลของสื่อ	ผลกระทบของการใช้สื่อออนไลน์
	การตรวจสอบคุณภาพสินค้า	การใช้สินค้าที่มีคุณภาพต่ำ
	การรู้เท่าทันภัยสังคม	การหลีกเลี่ยงภัยสังคม การจัดการตนเองจากภัยสังคม

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียน จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความตั้งใจป้องกันตนเองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน (N = 164)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามประเมินผล	
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
พอใช้	149	90.3	100	60.6	50	30.3
ปานกลาง	16	9.7	57	34.5	97	58.8
ดี	0	0	8	4.8	18	10.9
ระดับความตั้งใจป้องกันตนเอง						
พอใช้	64	38.8	14	8.5	3	1.8
ปานกลาง	101	61.2	139	84.2	132	80.0
ดี	0	0	12	7.3	30	18.2



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน (N = 164)

Pretest	Posttest	Follow up	Source	Type III S.S.	df	MS	F	P-value
$\bar{x} = 6.58$	$\bar{x} = 8.77$	$\bar{x} = 10.22$	Between	35942.473	1	35942.473	2984.801	.000
S.D. = 2.455	S.D. = 2.221	S.D. = 2.042	Error	1974.661	164	12.042		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจป้องกันตนเองของนักเรียน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน (N = 164)

Pretest	Posttest	Follow up	Source	Type III S.S.	df	MS	F	P-value
$\bar{x} = 32.11$	$\bar{x} = 36.61$	$\bar{x} = 38.34$	Between	630408.535	1	630408.535	14781.260	.000
S.D. = 5.671	S.D. = 3.716	S.D. = 3.343	Error	6994.465	164	42.649		

ความตั้งใจป้องกันตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจป้องกันตนเองในระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน มีระดับคะแนนสูงสุด คือ 38.34 รองลงมา เป็นค่าเฉลี่ยคะแนนหลังได้รับหลังทดลอง คือ 36.61 และก่อนการทดลอง มีระดับความตั้งใจป้องกันตนเองในระดับต่ำ คือ 32.11 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจป้องกันตนเอง ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบการวัดซ้ำ (Repeated measure analysis of variance) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แสดงว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจป้องกันตนเองของนักเรียนก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะเวลาติดตามและประเมินผล 3 เดือน มีความแตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 3 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 3 ผู้วิจัยค้นพบรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นจากการวิเคราะห์ภัยคุกคามที่อาจจะเกิดขึ้นได้หรือที่ได้เกิดขึ้นแล้วต่อสุขภาพของวัยรุ่น และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แล้วจึงได้มีการจัดการความเสี่ยง (ขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2)

รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ประกอบด้วย 6 วิธีการ ดังนี้ 1.การให้ความรู้ 2.ความตระหนัก 3.ทักษะที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง 4.การสื่อสารเชิงบวก 5.เป็นแบบอย่างที่ดี นอกจากนี้ยังต้อง 6.เผื่อระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยง

ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันความเสี่ยงที่เกิดทั้งจากปัจจัยคุกคามภายในและปัจจัยคุกคามภายนอก ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบนี้ทำให้นักเรียนเกิดการรับรู้เพื่อเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน ดังนี้ 1.รู้จักการประเมินต่อความเสี่ยง (Assessment) 2.รู้จักการจัดการกับความเสี่ยง (Management) และ 3.ร่วมด้วยช่วยกันรณรงค์ลดความเสี่ยง (Advocacy)

อภิปรายผล

การอภิปรายผลระยะที่ 1 ผู้วิจัยค้นพบความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละกลุ่มที่นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1) ด้านความรู้เรื่องเพศศึกษา พบว่า วัยรุ่นมีความรู้ไม่เพียงพอยังมีความเข้าใจผิดๆ ถึงวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม อีกทั้งผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์จะเกิดผลเสียอย่างไร จึงส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทิวิภา สิงห์ทอง และคณะ, 2558 ที่พบว่า การขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาวิธีการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ถึงแม้ว่าวัยรุ่นจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกหัวข้อ อีกทั้งวัยรุ่นไม่ได้ให้ความสนใจการเรียนอย่างแท้จริง เมื่อมีข้อสงสัยก็ไม่กล้าถามทำให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาไม่ถูกต้อง (พันธ์ทิพย์ บุญเกื้อ, 2560)



2) การปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม พบว่า บุคคลรอบข้าง ตั้งแต่ ผู้ปกครอง เพื่อน รวมไปถึงบุคคลที่มีชื่อเสียง และเป็นที่ชื่นชอบของวัยรุ่น ซึ่งจะเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น ผู้ปกครองขาดความเอาใจใส่ ลูกวัยรุ่น วัยรุ่นต้องการความเข้าใจ เมื่อไม่ได้รับการยอมรับจากคนในครอบครัว ก็จะหันไปพึ่งทางอื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560 ที่พบว่า ครอบครัวที่ไม่แสดงออกในความรักต่อบุตร และไม่เปิดใจพูดคุยเรื่องเพศศึกษา พ่อแม่ส่วนใหญ่ทำงานวันละ 7-9 ชั่วโมง ทำให้ห่างเหินกับลูกในแต่ละวัน ทำกิจกรรมร่วมกับลูกเพียง 1-3 ชั่วโมง พ่อแม่มีเวลาในการอบรมลูกลดลง หลายครอบครัวเลี้ยงลูกด้วยการใช้วัตถุหรือเงิน ความสัมพันธ์ในครอบครัวเลวร้ายลง (มาลี เกื้อนพกุล และคณะ, 2556) เป็นปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในขณะเดียวกัน เพื่อนต่างเพศก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ชักจูงให้กระทำพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ถ้าไม่มีทักษะที่ดีพอในการจัดการ สอดคล้อง กับงานวิจัยของ ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560 ที่พบว่า วัยรุ่นสนใจเพศตรงข้ามจนเป็นแฟนกัน ซึ่งแฟนจะให้ความสนใจดูแลและพูดคุยกันเป็นพิเศษทำให้รู้สึกอบอุ่น เมื่ออยู่ห่างกันจึงเกิดความคิดถึง บางครั้งมีการนัดพบเพื่ออยู่ด้วยกันสองต่อสอง เพราะความไว้นื้อเชื่อใจกัน จับมือถือแขน ปลอ่ยเนื้อปลอ่ยตัว โอบกอดกัน และอยู่ในสถานที่ลับตา คนก็อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ นอกจากนี้ บุคคลที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ชื่นชอบของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นคล้อยตามได้ง่ายเพราะต้องการการยอมรับ จึงนำไปสู่การเลียนแบบการกระทำที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ พันธุ์ทิพย์ บุญเกื้อ, 2560 ที่พบว่า เมื่อเห็นเพื่อนมีคนรักจะรู้สึกเหมือนน้อยหน้าเพื่อน และอยากมีคนรักเหมือนคนอื่น อยากลองมีพฤติกรรมเหมือนเพื่อน เรื่องถูกเนื้อต้องตัวเห็นเป็นเรื่องธรรมดา อีกทั้งวัยรุ่นเกิดความคุ้นเคยและเลียนแบบการแต่งกายที่ล่อแหลมสวมเสื้อสายเดี่ยวหรือเกะออก สิ่งเหล่านี้จะล่อให้ฝ่ายชายมีความต้องการทางเพศมากขึ้น รวมถึงการโอบกอดและ

จูบปากกันเพื่อแสดงความรัก ก็ถูกมองว่าเป็นเรื่องธรรมดาเช่นกัน (ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) วัยรุ่นมีความต้องการการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมรุ่น จึงมักจะคล้อยตามการกระทำของกลุ่มเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ รวมทั้งเมื่อรู้สึกไม่พึงพอใจก็จะมีปฏิกิริยาตอบโต้โดยทันที ซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทั้งทางบวกและลบด้วยความสมัครใจ

3) ด้านความล้ำสมัยของเทคโนโลยี พบว่าเทคโนโลยีการสื่อสารพัฒนาก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่นิยม โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ที่ทุกคนเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ง่าย ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ข้อมูลที่ได้รับมีทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง จึงต้องมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนนำไปใช้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รักเกล้า มีศิล และฟ้ารุ่ง มีอดุร, 2558 ที่พบว่า วัยรุ่นได้รับข้อมูลเรื่องเพศจากหลายแหล่งข้อมูลซึ่งบางแหล่งอาจให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง วัยรุ่นสามารถค้นหาข้อมูลทางเพศผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้อย่างสะดวกรวดเร็ว มีทั้งข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ ถูกต้องเชื่อถือได้ และข้อมูลที่ไม่เป็นประโยชน์ ไม่ถูกต้อง เชื่อถือไม่ได้ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อความคิดและพฤติกรรมของวัยรุ่น อาจมีข้อมูลที่อันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งวัยรุ่นนั้นเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้ง่าย เพราะธรรมชาติของวัยรุ่นมีความอยากรู้อยากเห็น จึงเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2557) สื่อเข้ามามีอิทธิพลอย่างมาก โดยเฉพาะอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นสื่อออนไลน์ที่มีสารพัดสิ่งที่คุณต้องการ แม้กระทั่งคลิปโป๊ เปลือย วัยรุ่นก็สามารถดาวน์โหลดได้ นอกจากนี้ วัยรุ่นสามารถค้นหาภาพโป๊ เปลือย หรือเว็บไซต์ที่ล่อแหลมอนาจาร ได้ง่ายและสะดวกในการเข้าดูจากโทรศัพท์มือถือ เนื่องจากมีความเป็นส่วนตัวสูง ส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางเพศได้เป็นอย่างดี (ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) วัยรุ่นนิยมซื้อและขายสิ่งของทางอินเทอร์เน็ตมากขึ้น โดยสินค้าที่วัยรุ่นนิยมซื้อขายทางอินเทอร์เน็ต ได้แก่ เสื้อผ้าแฟชั่น อาหารเสริม เครื่องสำอาง อาหารบำรุงสุขภาพ ยาลดความอ้วน สินค้าที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทางเพศ ซึ่งสินค้าเหล่านี้อาจอวดอ้าง



สรรพคุณเกินจริง ตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยไม่ได้ หรือเสี่ยงต่อการถูกหลอกให้โอนเงินไปให้แต่ไม่ได้รับสินค้า (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2557) รวมไปถึงวัยรุ่นสามารถถูกหลอกหลวง ผ่านอินเทอร์เน็ตได้ ตั้งแต่การซื้อสินค้าที่อ้างสรรพคุณเกินจริง เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ไปจนถึงการหลอกหลวงให้มีเพศสัมพันธ์หรือบังคับข่มขืน

การอภิปรายผลระยะที่ 2 ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น หลังการทดลอง และระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง ได้ผลเช่นเดียวกับผลงานวิจัยของ ขวัญจิต ดิสัก, 2548 ที่พบผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยผู้นำกลุ่มเพื่อนสามารถทำให้วัยรุ่นตอนต้นมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศดีขึ้นเกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน จากผลการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ในการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เป็นเช่นนี้เพราะ 1) การออกแบบบทเรียนในโปรแกรมได้ทำไปอย่างเป็นขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ผ่านการศึกษาวิเคราะห์หาสาเหตุที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพนักเรียน รวมทั้งผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมและได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นอกจากนั้นเครื่องมือประเมินก็ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญและทำการทดสอบเครื่องมือประเมินกับนักเรียนวัยเดียวกันเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงในพื้นที่ 2) บทเรียนในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีผลให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและความตั้งใจป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลังการทดลอง และระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง เพราะผู้วิจัยได้มีการชี้แจงการใช้โปรแกรมให้กับทีมวิจัยได้ทราบล่วงหน้าก่อนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อให้มีความเข้าใจในเนื้อหาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมมีเอกสารภาพพลิก ซีดี ประกอบเพื่อช่วยเสริมการเรียนรู้ให้เข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น และ 3) ทุกโปรแกรมได้รับการออกแบบให้นักเรียนได้เรียนรู้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ฝึกแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ และฝึกทักษะ

ที่จำเป็นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เมื่อพิจารณาขั้นตอนอย่างเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่การมีความรู้ที่ถูกต้องเข้าใจปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล จากตรวจสอบประเมินข้อมูลและทางเลือกอย่างรอบคอบ เพื่อมุ่งไปสู่การตัดสินใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

การอภิปรายผลระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นประกอบด้วย 6 วิธีการ โดยแต่ละวิธีการมีจุดเด่น ดังนี้ 1) การสร้างความรู้ (Knowledge) โดยมีการจัดการเรียนการสอนให้ห้องเรียน ประกอบด้วยเนื้อหาที่เกี่ยวกับเพศศึกษารวมไปถึงความเชื่อ ความเข้าใจผิดๆ ที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่ไม่มีความรู้เรื่องเพศศึกษา ซึ่งเมื่อปฏิบัติแล้วจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ได้ ตามแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ Bloom, 1971 กล่าวว่า เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่วไปจากข้อมูลที่ได้รับทั้งที่เป็นข้อเท็จจริงและความจริงและจากประสบการณ์ต่างๆ ที่ควรต้องรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำมาประกอบการตัดสินใจ โดยการให้ความรู้นั้นควรเป็นลักษณะ Active Learning ให้นักเรียนกล้าคิด กล้าแสดงความคิดเห็น 2) สร้างความตระหนัก (Awareness) ที่เป็นเช่นนี้เพราะ เพื่อให้ผู้รับสารได้รับรู้ถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น รวมถึงผลกระทบที่จะส่งผลร้ายต่อผู้รับสาร หรือคนรอบข้างที่ยังขาดความตระหนัก การสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกทางจิตใจจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์เสี่ยงและรับรู้ได้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ถ้าหากกระทำพฤติกรรมเสี่ยงผลเสียที่จะตามมาต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมตามแนวคิดเกี่ยวกับความตระหนัก Breckler, 1986 กล่าวว่า ความตระหนักจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าทำให้เกิดทัศนคติที่มีต่อสิ่งเร้า อันได้แก่ บุคคล สถานการณ์ กลุ่มสังคม และสิ่งต่างๆ ที่โน้มเอียง หรือที่จะสนองตอบในทางบวกหรือทางลบเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ความตระหนักที่เกิดขึ้นจึงเกิดจากกระบวนการทางปัญญา เมื่อได้รับแรงกระตุ้นจากสิ่งที่มากระทบความรู้สึก ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการกับความเสี่ยงที่ได้รับ 3) สร้างทักษะ



(Practice) ที่เป็นเช่นนี้เพราะการสร้างทักษะเป็นสิ่งจำเป็น ต้องได้รับการสอนเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้รู้จักหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดที่จะนำไปสู่ความเสี่ยงของ ปัญหาสุขภาพ ตามแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างทักษะ Simpson, 1972 กล่าวว่า ทักษะการปฏิบัติสามารถ พัฒนาได้ด้วยการฝึกทักษะจนเกิดความถูกต้อง คล่องแคล่ว และคงทน ช่วยให้ผู้เรียนได้เตรียมความพร้อม ในการลงมือทำอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างทักษะป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น จึงเปรียบเสมือนเกาะป้องกัน ตนเองจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ความไวเนื้อเชื่อใจ มากจนเกินไป คิดว่าการตั้งครรภ์จะไม่เกิดขึ้นกับตนเอง การเรียนรู้ทักษะการปฏิเสธ จึงมีความสำคัญต่อการ ป้องกันความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

4) การสื่อสารเชิงบวก (positive communication) ที่เป็นเช่นนี้เพราะเป็นการพูดคุยกันอย่างสร้างสรรค์ จะทำให้เกิดความเข้าใจกันและช่วยลดความขัดแย้งที่จะ นำพาไปสู่ปัญหาความสัมพันธ์ การใช้คำพูดจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถึงแม้ว่าคนในครอบครัวจะอยู่ด้วยกันมานานก็อาจไม่ได้ รู้ใจกันในทุกเรื่อง การสื่อสารที่ดีจะนำมาซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ในครอบครัว ครอบครัวมีความเข้มแข็ง และอยู่ด้วยกัน อย่างมีความสุข (นวลฉวี ประเสริฐสุข, 2558) นอกจากนี้ ครอบครัว ครูก็เป็นบุคคลสำคัญที่วัยรุ่นให้การเคารพ และเป็นสิ่งที่พึงให้ความใส่ใจรับฟังและพูดเชิงบวก ทำให้ วัยรุ่นที่ต้องการคำปรึกษาความรู้สึที่ดี ประทับใจ ต่างจาก การพูดเชิงลบทำลายความรู้สึกและบั่นทอนจิตใจ ทำให้ รู้สึกผิดหวัง อยู่ในภาวะเครียด ขาดคนเห็นใจ และส่งผล ให้เกิดบาดแผลทางใจ หันไปหาที่พึ่งที่สามารถหาทางออก กับปัญหาที่พบเจอ แต่ที่สำคัญถ้าการหาทางออกเป็นไป ในเชิงบวกก็จะเกิดผลดี แต่ถ้าส่งเสริมในด้านไม่ดีก็จะ เสียคนได้ง่าย

5) การเป็นแบบอย่างที่ดี (role model) ที่เป็นเช่นนี้เพราะการเรียนรู้ไม่อาจเกิดขึ้นได้เฉพาะ ในห้องเรียน การเห็นแบบอย่างที่ดีจากคนที่เคารพ ทำให้เกิดการเลียนแบบเพราะเป็นที่ชื่นชอบและประสบความสำเร็จ พฤติกรรมการเลียนแบบเป็นสิ่งที่ควรใส่ใจ วัยรุ่นจะเลียนแบบ

พฤติกรรมทั้งดีและไม่ดีตามสถานการณ์ที่พบเจอ และมองว่า เป็นที่ต้องการและยอมรับของสังคม ตามแนวคิดเกี่ยวกับการเลียนแบบ Frieman, 2002 กล่าวว่า การเลียนแบบ เป็นกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมหรือ การกระทำของผู้อื่น จากการแต่งกาย ท่าทางของตัวแบบ (Model) ที่ชื่นชอบเพื่อแสดงความเป็นสมาชิกหรือมีเอกลักษณ์ร่วมกัน ก็จะทำให้เกิดการเลียนแบบได้ง่าย การเลียนแบบเป็นไปได้จากท่าทาง การแต่งกาย การใช้ชีวิต ที่สามารถมองเห็นได้ง่าย จนไปถึงการเลียนแบบความคิด ทัศนคติ ซึ่งเลียนแบบบางส่วนจากต้นแบบ นำมาใช้ใน การดำเนินชีวิต ซึ่งมีทั้งคุณและโทษ ถ้าไม่รู้จักแยกแยะ ก็อาจจะมีผลเสียตามมาภายหลังได้ และ 6) เผ่าระวัง พฤติกรรม (behavior surveillance) ที่เป็นเช่นนี้ เพราะการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นจะมุ่งสอนได้รับความรู้ และทักษะอย่างทั่วถึง แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับกลุ่มเสี่ยง ที่ต้องได้รับการเอาใจใส่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง รวมไปถึงสถานที่ที่อาจจะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตามแนวคิดเกี่ยวกับการเผ่าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ธรรมวรรณ อิมสมบูรณ์, 2546 กล่าวว่า การเผ่าระวังพฤติกรรม สุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเป็นกลไกที่สำคัญ ในการแก้ไขปัญหาในกลุ่มเสี่ยงหรือพื้นที่เสี่ยงที่มีอยู่ ทั่วไปในช่วงเวลาต่างๆ จึงต้องมีการเผ่าระวังและจัดการ กับกลุ่มเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยงที่จะมีผลต่อการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมในวัยรุ่น การเผ่าระวังเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา หรืออันตรายต่อสุขภาพ เพื่อให้ทราบสถานการณ์และ แนวโน้มของพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัญหา จึงต้องเผ่าระวัง พฤติกรรมสุขภาพ โดยการจัดการกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และจัดการกับสภาพแวดล้อมที่เสี่ยง เพื่อขอจัดหรือลด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

สรุปผล

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยค้นพบสาเหตุของการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมในวัยรุ่นหลากหลายสาเหตุถูกอธิบายผ่าน ประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากผู้ให้ข้อมูล แบ่งออก เป็น 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1. ความรู้เรื่องเพศศึกษา



2. การปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม และ 3. ความล้ำสมัยทางเทคโนโลยี

ระยะที่ 2 ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยง ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น หลังการทดลอง และระยะติดตามประเมินผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง

ระยะที่ 3 รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ประกอบด้วย 6 วิธีการ ดังนี้ 1. การให้ความรู้ 2. ความตระหนัก 3. ทักษะที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง 4. การสื่อสารเชิงบวก 5. เป็นแบบอย่างที่ดี และ 6. เผื่อระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยง ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันความเสี่ยง ที่เกิดทั้งจากปัจจัยคุ้มกันภายในและปัจจัยคุ้มกันภายนอก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ไปประยุกต์ใช้ในชุมชนหรือการเรียนการสอนในโรงเรียน

2. ควรมีการสร้างแกนนำเยาวชนในการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

3. สถาบันครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดกับเยาวชนสามารถนำแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่นเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านอื่นๆ

2. ควรมีการศึกษาผลการใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นในบริบทชุมชนเขตเมือง

3. ควรมีการศึกษาผลการใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

Bloom, B. S. et al. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company.

Boonguar, Pantip. (2017). A Study of Unwanted Teenage Pregnancies in Pathiu District, Chumphon Province. Community Health Development Quarterly KhonKaen University. 5(2) : 195-216.

Breckler, S. W. (1986). Attitude Structure and Function. New York : L Erlbaum Association.

Chuntharapat, Songporn. (2000). Psycho Social Nursing Care for Pregnancy. Songkhla : Department of Obstetrics-Gynecology Nursing and Midwifery. Songkhla University.

Friedman, J. (2002). Learning and Adaptive Behavior. Wadsworth Group. USA : Toronto.

Geounuppakul, Malee. Et al. (2013). Unplanned Teenage Pregnancy : Reasons for not having an aborting. Journal of Health Science Research. 7(1) : 38-49.

Hoyrat, Pankarin & Wongsawat, Pramote. (2017). Thai Adolescent with Early Sexual Intercourse. Journal of Phrapokklao Nursing College. 28(2) : 173-182.

Imsomboon, Thanawat. (2003). Health Behavior and Health Behavior Development. Document of Learning Packaging Content in Health Education and Public Relations for Public Health Work. Unit 1-8. Sukhothai Thammathirat Open University. 2nd Edition. Bangkok : Prachumchang Company Limited.

Kaikaew, Sukol. (2004). Teenage Pregnancy : Health Promotion. Journal of Nursing Science. 22(1) : 20-27.



- Meesin, Rukklae. & Mee U Don, Farung. (2015). A case study of rural areas in Khon Kaen Province. The 2nd National Conference Academic “Research for Local Development” at The 60th Anniversary of His Majesty the King’s Accession to the Throne Building, Phetchaburi Rajabhat University. 766-771.
- Pornoppadol, Chanvit. (2014). Advice for Family about Using the Internet of Childhood and Adolescent. Bangkok : Media Zone Printing Company Limited.
- Prasertsuk, Nuanchavee. (2015). Constructive Communication for Family Happiness. Veridian E-journal, Slipakorn University. 737-747.
- Reproductive Health. Department of Health. Ministry of Public Health. (2018). Statistic of Teenage Pregnancy in Thailand 2013. Bangkok : Office of the Director-General.
- Sangriwong, Suwanit. (2006). Sex Education, Birth Control and Teenage Pregnancy. Region 6-7 Medical Journal. 25(1): 107-15.
- Simpson, D. (1972). Teaching Physical Educations: A System Approach. Boston: Houghton Mufflin Co.
- Singthong, Nantiwa. et al. (2015). Risk behavior in Premature Pregnancy Secondary School Tumbon Banprang Amphoe Dan Khun Thot Nakhon Ratchasima Province. The National and International Conference & Research Presentation “Create and Development to Approach ASEAN Community II” June 18-19, 2016, at Nakhonratchasima College, Muang District, Nakhonratchasima Province : Poster. 80-84.
- Tantivess, Sripen. et al. (2013). Statistic of Teenage Pregnancy in Thailand 2013. Nonthaburi : Health Intervention and Technology Assessment Program.
- Tisak, Kwanjit. (2005). The effect of a self-efficacy promoting program by peer leaders on sexual health promoting behaviors of early adolescents. Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- UNFPA. (2013). Teen Mom : The Challenges of Teenage Pregnancy. Bangkok : Advance Printing Company Limited.



การศึกษาวิเคราะห์แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ ของเขตสุขภาพในประเทศไทย ช่วงปีงบประมาณ 2555-2559

The Analysis Study of Primary Health Care Development Plan for Leading the Operations of the Health Region of Thailand during the Budget Year 2012-2016

เกวลิน ชื่นเจริญสุข

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในระยะ 5 ปี โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการพัฒนาบริการปฐมภูมิ การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้านปัจจัย การกำหนดกลไกการขับเคลื่อน กระบวนการขับเคลื่อน ทิศทาง และแนวโน้มของแผนการพัฒนาบริการสุขภาพ (Service Plan) ด้านการบริการปฐมภูมิ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดในการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ (Strategic Analysis) 2) การกำหนดทางเลือกยุทธศาสตร์ (Strategic Choice) 3) การนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ (Strategic Implementation) และเพิ่มเติมด้วยวิธีการคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่าแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีจุดเด่นคือการบูรณาการความคิดเชิงระบบ เน้นการสร้างเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของและส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยมีความคาดหวังให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความเข้มแข็งสามารถเป็นหน่วยบริการที่ประชาชนเชื่อมั่นและยอมไปใช้บริการ มีระบบสนับสนุนการสร้างกระบวนการเรียนรู้ และการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพ แต่ในการนำไปสู่การปฏิบัติยังมีข้อจำกัด ในประเด็นความไม่ชัดเจนของกรอบระยะเวลา ทำให้ขาดความต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ การมีนโยบายจากหลายภาคส่วนที่ส่งผ่านไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ กฎระเบียบที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานเชิงรุก ข้อเสนอคือต้องมีระบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันในระดับเครือข่ายเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ทั้งด้านกำลังคน องค์ความรู้ เครื่องมือที่เอื้อในการทำงานเชิงรุก กำหนดโครงสร้างการทำงานที่สามารถผสมผสานงานทุกอย่างในระดับพื้นที่ได้ การสนับสนุนความเข้มแข็งของทุกภาคส่วนเพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

คำสำคัญ : การนำสู่การปฏิบัติ, เขตสุขภาพ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



Abstract

The Ministry of Public Health did the Service Plan in five years aiming at the important strategy, the Development in Primary Care System. The objective of this study was to analyze the environmental factors and impose the propelling mechanism, the movement processes, directions and tendencies of the Development of the Service Plan in Primary Care. The analysis of the concerning content used the management of strategic framework divided into 3 steps: 1. Strategic Analysis 2. Strategic Choice 3. Strategic Implementation, and fulfilled with quality methods from focus group interviews. The result of the studies exposed that the Development of the Service Plan in Primary Care gained prominent point in integration of system thinking emphasizing the connection with every network associate to create the ownership and participate in the management. It also expected the strength of the Primary Health Care Service that would be the service units the citizens felt confident and accepted the service whilst having the creation in learning process and working conforming to the context of the different areas in each health region. Nevertheless, there were limitations in practice, the issue of vagueness of the period of time frame leading to the lack of the continuation and the inadequacy in the number of the personnel, various policies from several sectors to Primary Health Care Service Unit and sets of regulations discommoding to the proactive work. Suggestions are having supporting system in working of each network associate to develop Primary Health Care Service substantially and continually in manpower, knowledge, tools supporting to the proactive work, determining working structures enabling to blend every task in each area and the reinforcement of the strength of each sector to sustainably develop of the health system.

Key words : Leading the Operation, Health Region, Primary Health Care System, Service Plan



บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ หากระบบบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็งย่อมจะทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงอย่างเท่าเทียมมากขึ้นและโรงพยาบาลมีความแออัดลดลง จากบทเรียนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั่วโลกพบว่าประเทศที่ให้ความสำคัญและจัดให้มีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีกว่า (เดชา แซทลี, 2557) ระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็งคือระบบสุขภาพที่เน้นการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (WHO, 1987) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีระยะ 5 ปี โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อรองรับการเจริญเติบโตของชุมชนเมืองและประชากรวัยสูงอายุซึ่งจะมีภาระของการดูแลโรคเรื้อรัง (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2555) โดยหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพจากข้อมูลการใช้บริการระหว่างปีงบประมาณ 2546-2557 พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นจาก 111.95 ล้านครั้ง ในปีงบประมาณ 2546 เป็น 153.61 ล้านครั้งในปีงบประมาณ 2557 อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก 2.45 ครั้ง/คน/ปี ในปีงบประมาณ 2546 เป็น 3.17 ครั้ง/คน/ปี ในปีงบประมาณ 2557 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้บริการ พบว่าผู้ป่วยนอกไปใช้บริการที่สถานีนอมาลัย มากที่สุด จากร้อยละ 33.24 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 46.49 ในปี 2547 รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน คลินิกเอกชน ร้อยละ 32.00, 17.56 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 35.19, 13.26 ในปี 2557 ตามลำดับ (สุพัตรา ศรีวิซชากร, 2555) ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบทพบว่า สถานบริการแห่งแรกที่ประชาชนในชุมชนไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยคือ สถานีนอมาลัย ประเภทของการบริการในสถานีนอมาลัย ได้แก่การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การวางแผนครอบครัว บริการส่งเสริมสุขภาพและบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2531) การหาแนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมสร้าง

ความมั่นใจแก่ประชาชนในการมาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้จะเป็นการลดความแออัดในสถานบริการขนาดใหญ่ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของประชาชนและเป็นการสร้างความภาคภูมิใจแก่ผู้ปฏิบัติงานอีกทางหนึ่ง (ประพนธ์ ปิยะรัตน์, 2532) ในขณะที่บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระดับตำบลปฏิบัติงานด้านบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ประชาชนตลอดจนการบริการต่างๆ และยังพบว่า การจัดแบ่งภาระหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขในระดับตำบลค่อนข้างสับสนไม่มีความชัดเจน เนื่องจากมีสาเหตุสำคัญคือ 1) ปริมาณงานที่รับผิดชอบมีมากเกินไป 2) มีการกำหนดระดับความคาดหวังไว้สูงเกินไป 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีข้อบกพร่อง คือ ขาดความรู้ทักษะและประสบการณ์ (สุรเกียรติ อชานานุกาพ, 2554) การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ตอบโจทย์ระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนให้สอดคล้องในแต่ละพื้นที่ จึงควรทำการวิเคราะห์ที่ปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไปสู่การปฏิบัติเพื่อกำหนดกลไกการขับเคลื่อนแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (2555 - 2559) จึงเกิดคำถามทางการวิจัยว่าสถานการณ์จากสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เกิดผลกระทบต่อภาพรวมการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างไร จะต้องพัฒนาคุณภาพบริการและการบริหารจัดการที่เหมาะสมได้อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ
2. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการขับเคลื่อนแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (2555- 2559) ที่มีผลกระทบต่อการนำไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ



3. เพื่อวิเคราะห์การกำหนดกลไกการขับเคลื่อนแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (2555-2559) ที่มีผลกระทบต่อการนำไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ

4. เพื่อวิเคราะห์ทิศทางและแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนในอนาคตและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับต้นในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาทบทวนและวิเคราะห์จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Content Analysis) โดยใช้กรอบแนวคิดในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ (Strategic Analysis) 2) การกำหนดทางเลือกยุทธศาสตร์ (Strategic Choice) และ 3) การนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ (Strategic Implementation) และนำข้อมูลที่ได้จากส่วนแรกนำเข้ามาเป็นข้อมูลส่วนที่สองในการประชุมกลุ่ม (Focus Group) ผู้เกี่ยวข้องจำนวน 26 คน ได้แก่ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาระบบบริการปฐมภูมิระดับกระทรวงและประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาระบบบริการปฐมภูมิระดับระดับเขตสุขภาพ 12 คน ผู้แทนตัวแทนผู้ปฏิบัติงานด้านระบบบริการปฐมภูมิ 12 คน ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิส่วนกลาง 1 คน เพื่อเสนอเป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและข้อเสนอเชิงนโยบาย

เครื่องมือวิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลหัตถ์ภูมิจากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิ หัตถ์ภูมิและสุขภาพองค์กรรวมของกระทรวงสาธารณสุขและของเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสู่สุขภาพชุมชน นโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ข้อเสนอโครงการทศวรรษการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ รายงานการประชุม

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยนำมาจัดหมวดหมู่ในด้าน การบริหารจัดการ การจัดบริการ โครงสร้างกำลังคน และกำหนดทางเลือกโดยการ SWOT Analysis ภายใต้การวิเคราะห์แบบ TOWS Matrix แล้วนำข้อมูลส่วนแรกมาประชุมกลุ่ม (Focus Group) โดยมีแนวคำถามในการประชุมกลุ่มประกอบด้วย 1) การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และประชาชนเข้าถึงคุณภาพได้อย่างไร 2) การบริหารจัดการและการสนับสนุนชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ 3) การบริหารทรัพยากรบุคคล 4) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเอกสารวิเคราะห์ข้อมูล รายงานการประชุมและการบันทึกเทป

ผลการศึกษา

1. จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีผลกระทบต่อ การนำไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ พบว่าสภาพแวดล้อมภายนอกในส่วนของโอกาสนั้น คือ การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายวิชาชีพ การกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพตามคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) ที่เน้นการพัฒนาเชื่อมโยงทั้งระบบและประเมินร่วมเป็นเครือข่าย โดยกำหนดแผนพัฒนาเป็นลำดับขั้นอย่างชัดเจน พัฒนาระบบการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS : District Health System) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาปฐมภูมิ รวมถึงระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการดูแลต่อเนื่อง และเพิ่มสัดส่วนในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 เพื่อบริการใกล้บ้านใกล้ใจ การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เช่น ระบบการส่งต่อ การดูแลต่อเนื่อง การให้คำปรึกษา ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการควบคุมการติดเชื้อ (IC) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) เป็นต้น

2. จากการวิเคราะห์กระบวนการขับเคลื่อนแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติ



ในเขตสุขภาพ ที่มีผลกระทบต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ ในเขตสุขภาพ พบว่า จากการวิเคราะห์กลยุทธ์ได้นำมา กำหนดเป็นทางเลือก โดยใช้เทคนิค TOWS Matrix ผลจากการวิเคราะห์ ดังนี้ คือ 1) ด้านการเข้าถึงบริการ ควรจัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัวครอบคลุมประชากรในเขตเมืองตามมาตรฐานที่กำหนดและกำหนดให้การจัดบริการในผู้ป่วยนอกที่สามารถดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัว 2) กำหนดให้ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ พัฒนาหน่วยบริการทุกแห่ง ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ คือ ระดับโรงพยาบาลกำหนดให้ ผ่านเกณฑ์ HA และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัว กำหนดให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCA) หรือ รพ.สต.ติดดาว 3) การผลักดันเป็นรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่กฎหมาย โดยการกำหนดเป็นนโยบายหรือแผนแม่บทงานบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับพื้นฐาน พัฒนาหน่วยบริการทุกแห่งให้สามารถบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคระดับพื้นฐาน (Basic PP Services) เป็นไปตาม เกณฑ์ชี้วัด 4) การขับเคลื่อนแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพบริการปฐมภูมิในภาคสังคม การสนับสนุนความเข้มแข็งไตรภาคีโดยการเชื่อมโยงทุกภาคส่วน เป็นการสร้าง กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่างๆ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 5) การสร้างนโยบายสาธารณะเป็นทางเลือกเชิงนโยบาย ที่นำไปสู่การพิจารณาให้ความเห็นชอบร่วมกัน และการปฏิบัติ ที่เป็นจริงที่เกิดประโยชน์แก่ประชาชนส่วนใหญ่ เช่น ทีมหมอครอบครัว

3. จากการวิเคราะห์การกำหนดกลไกการขับเคลื่อน แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติ ในเขตสุขภาพ ที่มีผลกระทบต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ ในเขตสุขภาพ พบว่าการกำหนดมาตรการที่สำคัญ 1) พัฒนากลไกและระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับ อำเภอ (District Health System : DHS) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอในการจัดการ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 2) เสริมกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากร

ให้มีทักษะและองค์ความรู้ที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน 4) จัดการให้ประชาชนในพื้นที่ติดต่อหมอใกล้บ้านใกล้ใจ ได้ตลอดเวลา 5) จัดระบบการให้คำปรึกษาระหว่างทีม หมอครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัวกับ แพทย์ที่เลี้ยงที่โรงพยาบาลแม่ข่าย 6) พัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ 7) พัฒนาศูนย์ สุขภาพชุมชนในเขตเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัว ให้ผ่าน เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด 8) พัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้าน คุณภาพ 9) จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม 10) จัดกิจกรรมบริการตามมาตรการ หรือมาตรฐาน การให้บริการแต่ละกลุ่มเป้าหมาย 11) สนับสนุนการพัฒนา นวัตกรรมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย

4. จากการวิเคราะห์ทิศทางและแนวโน้มเกี่ยวข้องกับด้านแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนในอนาคตและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระดับต้น ในอนาคต พบว่า 1) กำลังคนด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณา ในระบบบริการสาธารณสุขรวมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับ ประชาชนในระดับชุมชน จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในปัจจุบันขาดแคลน และมีภาระงานที่เป็นงานเพิ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานบริการมาก 2) การกระจายอำนาจ การวางแผนกำลังคนลงในระดับจังหวัดมีความเห็นสอดคล้อง กันว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสม 3) คุณภาพและศักยภาพ ของกำลังด้านสุขภาพขาดการประเมินความสอดคล้อง ระหว่างตำแหน่ง ความรู้ ความสามารถกับผลการปฏิบัติงาน ว่ามีผลเกี่ยวข้องกันอย่างไร การส่งเสริมให้ผู้ที่พัฒนาตนเอง ได้มีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้นยังติดกฎเกณฑ์และเงื่อนไขที่ไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาอยู่หลายประการทำให้เกิด ช่องว่างระหว่างตำแหน่งสายงานบริหารและสายงานวิชาการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 4) ขวัญกำลังใจและการพัฒนา สายงาน ได้แก่ ค่าตอบแทนกรณีผู้ปฏิบัติงานในเขตชายแดน หรือพื้นที่ห่างไกล ให้สิ่งตอบแทนที่มีใช้เงิน เช่น การยอมรับ การให้ความสำคัญ การสร้างความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และการเลื่อนตำแหน่งตามความรู้ ความสามารถที่สูงขึ้นภายหลัง ที่พัฒนาตนเองให้คุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน



ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ SWOT Analysis

S จุดแข็ง	W จุดอ่อน
<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างชัดเจน มีบทบาทในด้านการส่งเสริมและควบคุมป้องกันโรคได้มากกว่าหน่วยงานระดับอื่น 2. กระจายครอบคลุมในทุกพื้นที่และเป็นหน่วยงานที่เชื่อมโยงบริการกับหน่วยงานระดับอื่น ๆ และหน่วยงานที่อยู่ในชุมชน 3. ศักยภาพและบทบาทในการดูแลต่อเนื่องเป็นจุดแข็งเนื่องจากมีผลงานการดูแลเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง คนพิการร่วมกับโรงพยาบาลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนเพิ่มมากขึ้น 4. แนวโน้มการเพิ่มของบุคลากรหลากหลายที่เข้าร่วมงานเป็นทีมมากขึ้น เช่น แพทย์ พยาบาลแพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด ทันตบุคลากร 5. มีการจัดเครือข่ายการเรียนรู้จากการทำงานในสถานการณ์พื้นที่ ในรูปแบบ Context based learning, District Health Management Learning กระจายครอบคลุมพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. นโยบายการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิที่ผ่านมายังไม่ได้นำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่องเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารจัดการ 2. ไม่มีแผนการพัฒนาระยะยาวที่ชัดเจนเนื่องจากขาดนโยบายและแนวทางการจัดการระบบการบริหารจัดการที่เหมาะสมในระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัดรวมทั้งระดับอำเภอ 3. ขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ชัดเจน (เน้นการส่งเสริมสุขภาพหรือการรักษา) ความคาดหวังยังมี ความแตกต่างกันของผู้บริหารในแต่ละระดับและแต่ละกลุ่ม 4. การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนมีข้อจำกัดทางด้านคุณภาพจากการที่เจ้าหน้าที่มีภาระงานและขาดความชำนาญงาน 5. อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่เพียงพอกับภาระงานและประชาชนที่รับผิดชอบโดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปเป็นวิถีเมืองเพิ่มมากขึ้น
O โอกาส	T อุปสรรค
<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพในมิติที่ดูแลดีมากขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดบริการปฐมภูมิ 2. ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้มีความต้องการดูแลสุขภาพและการดูแลต่อเนื่องในระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น 3. นโยบายสาธารณะในด้านสุขภาพทำให้ประชาชนสนใจสุขภาพมากขึ้น ส่งผลต่อการกิจในการพัฒนาด้านส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ 4. พรบ. สุขภาพและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการปฏิรูปสุขภาพสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ 5. พรบ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่กว้างขวางและหลายรูปแบบมากขึ้น 6. การรวมกลุ่มเศรษฐกิจอาเซียนส่งผลต่อการลงทุนทำให้เศรษฐกิจของประเทศมีแนวโน้มเติบโตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีทรัพยากรในการพัฒนาระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น 7. เทคโนโลยีการสื่อสารดีขึ้น ทำให้การสื่อสารด้านสุขภาพต่าง ๆ ทำได้ง่ายขึ้น และเชื่อมต่อระบบข้อมูลได้ดีขึ้น แหล่งข้อมูลสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของประชาชนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพตนเองมีเพิ่มขึ้น ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีช่องทางเลือกการดูแลสุขภาพได้ง่ายขึ้น 8. กระแสการใช้เทคโนโลยีที่เป็นภูมิปัญญาชาวบ้าน ของพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาสุขภาพเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสอดคล้องกับแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ เอื้อต่อการจัดการบริการปฐมภูมิ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวโน้มปัญหาสุขภาพ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และสภาวะสังคมแบบเมือง ได้แก่ โรคเรื้อรัง การเสพติด การตั้งครุ่ก่อนวัยอันควรเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อแบบแผนของระบบบริการที่ต้องปรับตัวในการพัฒนาให้สอดคล้องมากขึ้น 2. กระแสบริโภคนิยม มุ่งเน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางทำให้ประชาชนมีความต้องการรักษากับแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น ส่งผลต่อระบบบริการปฐมภูมิที่จำเป็นต้องแสดงเอกลักษณ์คุณภาพของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ทั้งที่เป็นการดูแลแบบองค์รวม และสร้างความชัดเจนในบทบาทการส่งเสริมและการป้องกันการดูแลสุขภาพตนเอง 3. ประชาชนยังมีการรับรู้เฉพาะส่วนการรักษา ส่งผลต่อการกิจในการให้ความรู้ และสื่อสารกับประชาชนให้ทราบสิทธิประโยชน์ด้านการป้องกันโรค 4. นโยบายการจำกัดการเพิ่มกำลังคน ส่งผลต่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระบบบริการปฐมภูมิ 5. การรวมกลุ่มประชาคมอาเซียน จะเกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน อาจก่อผลกระทบเชิงลบต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ การไหลออกของบุคลากร การเกิดโรคระบาด ภาระการดูแลผู้ป่วยแรงงานต่างด้าว 6. สารสนเทศที่สื่อสารมวลชนและสื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ เป็นการโฆษณาชวนเชื่อทั้งรูปแบบการโฆษณาโดยตรง และโฆษณาแฝง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ส่งผลต่อการกระตุ้นการบริโภคเกินความจำเป็น การบริโภคที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพตนเอง



ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ทางเลือกกลยุทธ์ในตาราง TOWS Matrix

ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก	จุดแข็ง (Strengths = S)	จุดอ่อน (Weakness = W)
โอกาส (Opportunities = O)	SO Strategies กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในทิศทางสร้างนำซ่อมและมองเรื่องสุขภาพในมิติกว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข (Evidence-based health services)	WO Strategies ระบบบริการปฐมภูมิในอีก 10 ปีข้างหน้าได้รับกระแสแรงกดดันทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ขาดกลยุทธ์การจัดการ ส่งผลให้ประสิทธิภาพด้อย
ข้อจำกัด (Threat = T)	ST Strategies โครงสร้างในอนาคตจะต้องมีส่วนระหว่างบริการที่สนองความจำเป็น หรือความต้องการที่แท้จริงของประชาชน (Need or Demand Driven) กับบริการที่ถูกขับเคลื่อน ด้วยเทคโนโลยีที่สร้างขึ้นและเข้าสู่สังคมไทยตลอดเวลา (Technology Driven) ในลักษณะที่สอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับสถานะความเป็นจริงทางเศรษฐกิจ สังคม	WT Strategies แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ด้านการบริการปฐมภูมิเป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจภาคประชาชนและการเคลื่อนไหวทางสังคมผ่านการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกันในระดับชุมชนท้องถิ่นและระดับชาติผลักดันเป็นนโยบายหรือแผนแม่บทแห่งชาติ (Master plan)

ยุทธศาสตร์ร่วม : การสนับสนุนความเข้มแข็ง

ตารางที่ 3 แสดงยุทธศาสตร์ มาตรการนำสู่ปฏิบัติในเขตสุขภาพ

ยุทธศาสตร์	มาตรการนำสู่ปฏิบัติในเขตสุขภาพ	ข้อดี / ข้อจำกัด
1. กลไกการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ	มาตรการสำคัญ 1. พัฒนากลไกและระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) 2. เสริมกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย 4. จัดการให้ประชาชนในพื้นที่ติดต่อหมอใกล้บ้านใกล้ใจได้ตลอดเวลา 5. จัดระบบการให้คำปรึกษาระหว่างทีมหมอครอบครัวที่หน่วยบริการปฐมภูมิกับแพทย์ที่เลี้ยงที่โรงพยาบาลแม่ข่าย 6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ 7. พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมืองหรือคลินิกหมอครอบครัว ให้ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด 8. พัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านคุณภาพ 9. จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม 10. จัดกิจกรรมบริการตามมาตรการ หรือมาตรฐานการให้บริการแต่ละกลุ่มเป้าหมาย 11. สนับสนุนการพัฒนาวัฒนธรรมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย	ข้อดี 1. เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมกับกลไกการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ 2. สร้างระบบการทำงานที่มีความเชื่อมโยงกับภาคส่วนต่างๆ ข้อจำกัด 1. กลไกการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพจะดำเนินงานเมื่อใด 2. ไม่มีมาตรการที่ต่อเนื่องรองรับกลไกการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ



ตารางที่ 3 แสดงยุทธศาสตร์ มาตรการนำสู่ปฏิบัติในเขตสุขภาพ (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	มาตรการนำสู่ปฏิบัติในเขตสุขภาพ	ข้อดี / ข้อจำกัด
2. กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิบัติในเขตสุขภาพ	มาตรการสำคัญ <ol style="list-style-type: none">1. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในชุมชนเมืองที่มีประชากรหนาแน่น ให้มีขีดความสามารถรองรับการเจริญเติบโตของชุมชนเมืองและประชากรสูงอายุ2. การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง 5 สาขา ได้แก่ โรคหัวใจ อุบัติเหตุ มะเร็ง ทารกแรกเกิด ปฐมพยาบาลเพื่อรองรับระบบการส่งต่อผู้ป่วย3. การพัฒนาโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้เป็นระบบเครือข่ายบริการที่สามารถสนับสนุนช่วยเหลือกันอย่างเป็นระบบ	ข้อดี <ol style="list-style-type: none">1. สร้างการยอมรับให้กับกลุ่มที่มีความเห็นแย้งได้มากขึ้น ขยายขอบเขตและกลุ่มคนให้เกิดการยอมรับ ได้กว้างกว่าเดิม2. ทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น ลดการแย่งชิงทรัพยากร ข้อจำกัด <ol style="list-style-type: none">1. ระบบการสนับสนุนให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดยังไม่ชัดเจน2. ไม่มีการประกาศเป็นนโยบายที่ชัดเจน อาจจะไม่ต่อเนื่อง
3. กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบนโยบายระดับชาติหรือแผนแม่บทที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป	มาตรการสำคัญ <ol style="list-style-type: none">1. ระดมความคิดเห็นในการปรับปรุงเกี่ยวกับองค์กรและกลไก ในด้านความรับผิดชอบและองค์ประกอบของหน่วยงานที่ผลักดันแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ต่อไป2. ศึกษาวิเคราะห์ถึงแนวทางในการผลักดันองค์กร/กลไกใน แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)3. สร้างกลไกการดำเนินการที่เชื่อมโยงบูรณาการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ	ข้อดี <ol style="list-style-type: none">1. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจนในการดำเนินการ2. เกิดความยั่งยืนในทางปฏิบัติมากกว่าการดำเนินการโดยรูปแบบแผนงานหรือโครงการ ข้อจำกัด <ol style="list-style-type: none">1. การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในรูปแบบนโยบายระดับชาติหรือแผนแม่บทยังไม่ชัดเจน2. มีองค์กรในกฎหมายอื่น ในระดับกรม กอง ที่สามารถทำหน้าที่เช่นเดียวกัน3. การรวมเอาระบบการแพทย์ที่หลากหลายเข้ามาในแผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ แม้เป้าหมายใหญ่จะเป็นการปรับเปลี่ยนระบบวิธีคิดแต่กระบวนการเคลื่อนไหวยังขาดการขับเคลื่อนด้วยการสร้างความรู้ของภาควิชาการและภาคประชาสังคม
4. การขับเคลื่อนภาคสังคมยุทธศาสตร์สนับสนุนความเข้มแข็งไตรภาคีโดยการเชื่อมโยงทุกภาคส่วน	มาตรการสำคัญ <ol style="list-style-type: none">1. สนับสนุนการศึกษาวิจัยและเสนอแนะให้มีการปรับปรุงสนับสนุนความเข้มแข็งไตรภาคีโดยการเชื่อมโยงทุกภาคส่วน2. สร้างเสริมบุคคลหรือหน่วยงานที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพ3. เข้าถึงกลุ่มผู้นำทางความคิดเพื่อเป็นผู้ช่วยผลักดันในด้านสุขภาพ4. มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งรวบรวมองค์ความรู้ อาทิเช่น การแพทย์สมัยใหม่ที่ค้นพบจากการวิจัยและภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน	ข้อดี <ol style="list-style-type: none">1. เกิดกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ทำให้มีการบูรณาการทางความคิดจากทุกภาคส่วน2. ทำให้มีการจัดการทรัพยากรความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ3. ทำให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ ข้อจำกัด <ol style="list-style-type: none">1. ต้องมีผู้สนับสนุนทางทรัพยากรให้เป็นตัวกลางสามารถทำหน้าที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วนเข้าด้วยกันได้อย่างยั่งยืน



ตารางที่ 3 แสดงยุทธศาสตร์ มาตรการนำสู่ปฏิบัติในเขตสุขภาพ (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	มาตรการนำสู่ปฏิบัติในเขตสุขภาพ	ข้อดี / ข้อจำกัด
	5. การเชื่อมโยงระหว่างภาคประชาชนกับภาคการเมือง ได้แก่ (1) กำหนดกิจกรรมให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับภาคราชการ (2) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมดำเนินการและตรวจสอบ ติดตามผลร่วมกับหน่วยงานระดับท้องถิ่นในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ 6. จัดตั้งทีมงานวิชาการเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ ข่าวสารด้านสุขภาพ และเสนอแนะวิธีการจัดการด้านสุขภาพ ต่อภาครัฐ	2. ตัวกลางที่มีศักยภาพในการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนยังมีเพียงส่วนน้อย 3. การจัดการประสานประโยชน์ของตัวกลางกับทุกภาคส่วนไม่สามารถคาดคะเนถึงความสำเร็จได้

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพสามารถสรุปตามประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ได้ดังนี้

1. กลไกการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพ พบว่ามีมาตรการที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดกลไกการขับเคลื่อน ได้แก่ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ การกำหนดเกณฑ์บุคลากรที่เหมาะสม แต่ทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดและความไม่ชัดเจนของกรอบระยะเวลาว่าจะดำเนินงานเมื่อใดและมีกรอบระยะเวลาดำเนินการให้แล้วเสร็จเมื่อใดเพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่มีการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายและประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวทางการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ในการร่วมวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอุไร หักกิจและคณะ (2544) ในการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้ กล่าวถึงเงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รัฐต้องกำหนดกรอบ และขอบเขตของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้ชัดเจน และมีกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่กำหนดเงื่อนไข และการบริหารจัดการที่ครอบคลุม จำนวนของผู้ให้บริการระดับวิชาชีพ

มีเพียงพอที่สามารถปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิตามขอบเขตของการบริการสุขภาพที่ได้กำหนดไว้

2. กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิบัติในเขตสุขภาพ พบว่าสร้างการยอมรับให้กับกลุ่มที่มีความเห็นที่ไม่ตรงกันได้และมีรูปแบบการทำงานเป็นทีมในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน ในด้านบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้านวิชาการสร้างกระบวนการเรียนรู้และทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งตรงกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่เสนอกระบวนการสำคัญของระบบสุขภาพคือการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน และส่วนสอดคล้องกับการวิจัยของ ปรางค์ จักรไชยและคณะ (2560) ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี พบว่าปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. การขับเคลื่อนที่สนับสนุนความเข้มแข็งไตรภาคี โดยการเชื่อมโยงทุกภาคส่วน พบว่ากลไกการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอ และนโยบายทีมหมอครอบครัว



เกิดกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม การจัดการทรัพยากร ความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้มีการบูรณาการทางความคิด จากทุกภาคส่วน เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ แต่มีข้อจำกัดของ หน่วยงานหลักของไตรภาคีในการประสานประโยชน์ กับทุกภาคส่วน ทั้งนี้ กฤษฎา แสงดีและคณะ (2559) ได้ศึกษาการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบ สุขภาพอำเภอ พบว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจาก การปฏิบัติ มีการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการเรียนรู้ ด้วยตนเอง และการทำงานในรูปของเครือข่ายโดยใช้บริบท เป็นฐาน เมื่อผ่านกระบวนการเรียนรู้จะเกิดการพัฒนา ใน 3 ด้าน คือ การพัฒนาคน การพัฒนางาน และการพัฒนา เครือข่ายหรือทีมงาน ดังนั้นในการสร้างความเข้มแข็ง ของระบบสุขภาพอำเภอ จำเป็นต้องพัฒนาทีมให้มีการทำงาน แบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาแนวคิด การพัฒนา

4. ทิศทางและแนวโน้มที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนา ที่ยั่งยืน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีแนวโน้ม ในการพัฒนาที่นำไปสู่ความยั่งยืนและต่อเนื่องในอนาคต ได้แก่ นโยบายรัฐบาลในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้น การป้องกันโรค แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่เน้น การพัฒนาการแพทย์ปฐมภูมิ การปฏิรูปประเทศด้าน สาธารณสุขในประเด็นระบบบริการปฐมภูมิ พระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่ทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ กำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ สอดคล้องกับข้อเสนอ แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2559-2569 ที่ระบุไว้ว่าประชาชนเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัดและพัฒนาไปได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากสภาพ ของบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง

สรุปผล

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินั้นเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุขที่ถูกถ่ายทอดให้นำไปสู่การปฏิบัติ

ในเขตสุขภาพ โดยมีปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน ในเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องในหลายประเด็น ทั้งในด้าน นโยบายที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วยการยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ การขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งนี้ในการศึกษาวิเคราะห์แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพช่วงปีงบประมาณ 2555-2529 ในภาพรวมพบว่ามีจุดเด่นคือการบูรณาการ ความคิดเชิงระบบ เน้นความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การสร้างความเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายด้วยระบบสุขภาพ อำเภอ (DHS) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อ ความรู้สึกรับรู้เป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการดำเนินการ เป็นนโยบายควบคู่ไปกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทำให้เกิดการบูรณาการในระดับ นโยบายที่เน้นการให้บริการด้านการสร้างสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในทุกสาขาด้วยกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับ พื้นที่ที่มีความแตกต่างกันตามบริบท นโยบายที่ครอบคลุม ครบถ้วนเป็นการสร้างการยอมรับการทำงานของแต่ละ วิชาชีพที่มีความหลากหลาย มีรูปแบบการทำงานเป็นทีม ในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ในพื้นที่ ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงด้านบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย กับหน่วยบริการปฐมภูมิ และระหว่างหน่วยบริการกับ ประชาชน สร้างกระบวนการเรียนรู้และทำงานให้สอดคล้อง กับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้รู้ปัญหาสุขภาพทุกครอบครัว และมีระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่ให้เกิดปัญหาแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยง ป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น เพื่อลด จำนวนผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีความคาดหวัง ให้บริการปฐมภูมิ เป็นระบบที่มีความเข้มแข็ง สามารถเป็นหน่วยบริการ ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และเป็นหน่วยบริการด่านแรก ที่ประชาชนเชื่อมั่น ยอมไปใช้บริการ แต่ทั้งนี้ในการนำ



ไปสู่การปฏิบัติยังมีข้อจำกัด ในประเด็นความไม่ชัดเจนของกรอบระยะเวลาว่าจะดำเนินงานเมื่อใดและมีกรอบระยะเวลาดำเนินการให้แล้วเสร็จเมื่อใด เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอรวมทั้งมีภาระงานที่นอกเหนือจากงานบริการการมีนโยบายจากหลายภาคส่วนที่ส่งผ่านไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาวะเปียบที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานเชิงรุก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการจะต้องมีระบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันในระดับเครือข่ายเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ทั้งด้านกำลังคน องค์ความรู้ เครื่องมือที่เอื้อในการทำงานเชิงรุก และควรมีการบูรณาการนโยบายกับภาคส่วนอื่น ๆ ตั้งแต่ระดับกระทรวงเพื่อให้เกิดความชัดเจน และเอื้อต่อผู้ปฏิบัติงานให้สามารถทำงานได้สะดวกมากขึ้น การกำหนดโครงสร้างการทำงานที่สามารถผสมผสานงานทุกอย่างในระดับพื้นที่ได้ การสนับสนุนความเข้มแข็งของไตรภาคีเพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับเขตสุขภาพ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม เป้าหมายสำคัญคือเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ สร้างความเท่าเทียมในการจัดสรรทรัพยากร
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เน้นให้ทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมสร้างและผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับสุขภาพ เน้นการขับเคลื่อนสุขภาพะทุกมิติให้สามารถดำเนินต่อเนื่อง
3. ระดับกระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทำแผนกำลังคนด้านการบริการปฐมภูมิ การกระจายบุคลากรที่เหมาะสมรวมทั้งการให้ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การทำงานอย่างเหมาะสมตามหน้าที่ความรับผิดชอบและกำหนดโครงสร้างการทำงานที่สามารถผสมผสานงานทุกอย่างในระดับพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพปฐมภูมิกับมิติความสัมพันธ์ของไตรภาคี

2. การศึกษาความเชื่อมโยงแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิกับแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาอื่นๆ เพื่อหาประเด็นในการบูรณาการในการดำเนินและเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้จากการบูรณาการแผน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้แทนผู้บริหารและทีมงานด้านระบบบริการปฐมภูมิมะระดับเขตสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่กรุณาใช้เวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Archananuparb, Surakiat. (2011). *Viewpoint and Experience in Primary Care Development: First Century of National Health Insurance Policy*. Bangkok: Moh-Chao-Ban Publishing House. (in Thai)
- Bureau of Health Administration. (2012). *Health Service System (Service Plan)*. Nondhaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Hatakit, Urai. and staff. (2001). *Report of Research and Primary Health Care Model Development in Community: Case study in Community of the South*. Nondhaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Juckchai, Prang. (2017) Factors Affecting the Performance of Village Health Volunteers (VHVs) of Family Care Teams, Pathuthani Province. *Journal of Public Health Nursing*. 31(1): 16-28. (in Thai)
- Leopapai, Bunlert. and staff. (1988). *Status in Health Sanitation and Public Health Service of People in the Countryside*. Bangkok: Institute for Population and Social Research. (in Thai)



- Piyaratana, Praon. (1989). *Role and Duty of District Public Health Officers*. Bangkok: Institute for Population and Social Research. (in Thai)
- Saelhee, Decha. Editor. (2014). *Primary Care Value Added with DHS*. Nondhaburi: Rural Medical Foundation. (in Thai)
- Sawaengdee, Krisada. and staff. (2016). A study on the District Health System Management Capacity Building Project. *Journal of Health Science*. 25(5): 854-864 (in Thai)
- Sriwanichakorn, Supattra, and staff. (2012). *Primary Care System Situation in Thailand 2004 - 2015*. Bangkok: Office of Community Based Health Care Research and Development. (in Thai)
- World Health Organization. (1987). *Declaration on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care*. Proceedings of the Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems; 1987 Aug 3-7; Harare, Zimbabwe. Geneva: World Health Organization.



การศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

A Study on situation and factors affected decentralization to Local Governments of the Food and Drug Administration

ณิธิ วิมุตติโกศล ทวีศักดิ์ ไพรสวรรณ เพียรพันธุ์ พิระภิญโญ อุษณีย์ ทองใบ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มจากกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ดำเนินการระหว่าง ตุลาคม 2559 ถึง สิงหาคม 2561 มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ทราบสถานการณ์การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2) หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งจะเป็นแนวทางในการดำเนินการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาต่อไป เก็บข้อมูลการสำรวจจากแบบสอบถามจากตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ ตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 823 ราย เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มจำนวน 2 ครั้งๆ ละ 3 กลุ่ม และ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนค่าร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Chi-square) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ปฏิบัติตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาใน 4 ภารกิจ ทั้งนี้ในภารกิจที่ 4 คือ การตรวจสอบ ควบคุม กำกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสถานที่จำหน่าย ยังดำเนินการได้น้อยโดยเฉพาะเรื่องการค้าสินค้าและการดำเนินการตามบทบาทของพนักงานเจ้าหน้าที่ เนื่องจากขาดความรู้และทักษะ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า จำนวน งบประมาณ นโยบายของผู้บริหาร และการมีส่วนร่วม/กลุ่มงาน/ฝ่ายที่รับผิดชอบในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$) และจากการสนทนากลุ่มพบว่าจำนวนงบประมาณ นโยบายของผู้บริหารในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการมีส่วนร่วมที่รับผิดชอบในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความสำคัญกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ นอกจากนี้ยังพบเรื่องที่สำคัญคือ 1) การขาดองค์ความรู้ 2) รูปแบบของสื่อและภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร 3) การกำหนดภารกิจการกระจายอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในกฎหมาย ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควร (1) กำหนดภารกิจการกระจายอำนาจในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3) (2) การอบรมให้ความรู้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (3) การจัดทำคู่มือการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (4) มีการประสานกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในการผลักดันเชิงนโยบายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น (5) การจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำสำคัญ : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การกระจายอำนาจสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



Abstract

This research is a mixed methods research consisting of Survey research using questionnaires was analyzed together with qualitative research by focus group discussion from specific target groups that conducted between October 2016 and August 2018. This study has the purpose as follows 1) To know the situation of the operation of the local governments according to the mission that has been decentralized by the Food and Drug Administration. 2) Find the relationship of factors affecting the operation of the Local Governments according to the mission that has been decentralized by the Food and Drug Administration. Which will be a guideline for decentralization to the Local Governments of the Food and Drug Administration, collecting survey data from questionnaires and representatives of Local Governments throughout the country 823 respondents returned questionnaires, collecting qualitative data by group discussions, 2 times, 3 groups, analyzed descriptive data by frequency distribution percentage and analyze the relationship using analytical statistics (Chi-square). Qualitative data analysis by content analysis.

The study results indicated that Local Governments has complied with the objective that has been decentralized from the Food and Drug Administration in 4 missions. In the 4th mission is to have inspection, control of health products in sales area. They still don't perform much especially on the legal prosecution and the implementation by the officers. Due to lack of knowledge and skills the analysis of relates function found that the budget, executive policy and working group who are responsible for consumer protection in health products are related to the operation of consumer protection in health products at the level of significance less than 0.05 ($p < 0.05$) and from the group discussion and all mentioned factors are important to the operation of consumer protection in health products. In addition, there are more important matters are found. 1) Lack of knowledge 2) The form of media and language used in communication 3) The setup of the decentralization mission of the Food and Drug Administration as the enforce law. However, action plan defining the process of decentralization to Local Governments (3rd issue). (2) Training to educate consumers about health product protection to local authorities. (3) Preparation of manual for the protection of consumers in health products for government agencies (4) Coordinating with the Department of Local Administration Ministry of Ministry of interior by pushing towards the policy on the operation of consumer protection products in the regional and local health products (5) Establishment of standards for the practice of consumer protection for health products for Local Governments.

Keywords : Local Government, The protection of consumer health products, Decentralization, Food and Drug Administration



บทนำ

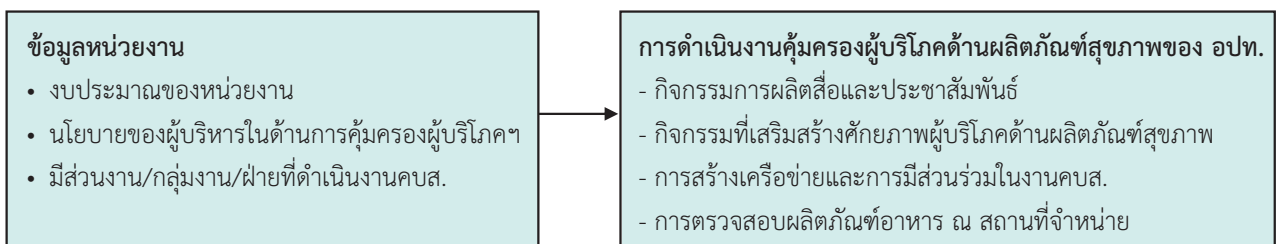
การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เป็นการจัดความสัมพันธ์ทางอำนาจหน้าที่ระหว่างราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งราชการส่วนท้องถิ่น มีความใกล้ชิดและเข้าใจสถานการณ์ในพื้นที่ มีอำนาจปกครองตนเอง มีการบริหารงานคลังของตนเอง และมีสภาพของท้องถิ่น ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พ.ศ. 2542 บัญญัติขึ้นตามกฎหมายรัฐธรรมนูญพ.ศ. 2540 ได้นำไปสู่แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 ซึ่งรัฐบาลแถลงต่อรัฐสภาและประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542

ในปีพ.ศ. 2546 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้กำหนดกรอบภารกิจถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับหลักการและวัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ไว้ 4 ภารกิจ ดังนี้

1. การผลิตสื่อ และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริหารท้องถิ่นทั้งด้านความรู้ในการบริหารและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม
3. การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (คบส.) ของผู้บริโภคในท้องถิ่น
4. การตรวจสอบ ควบคุม กำกับ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่าย

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านอาหาร ได้มีการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตาม

กรอบแนวคิด



พรบ.อาหาร พ.ศ. 2522 และมีแผนที่จะถ่ายโอนภารกิจด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ เพิ่มเติม ทั้งนี้ แม้ว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะดำเนินการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นมาก่อนหน้านี้ แต่ยังไม่เคยสำรวจข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดที่ได้รับการแต่งตั้งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตาม พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. 2522 (กทม. เมืองพัทยาและเทศบาลทั้งหมด) ในการดำเนินงานตามภารกิจที่ได้ถ่ายโอนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป จึงเป็นเรื่องจำเป็นในการดำเนินการเพื่อให้ทราบสถานการณ์ดังกล่าว อีกทั้งเป็นการศึกษาปัจจัยต่างๆ โดยการประยุกต์แนวคิดปัจจัยที่นักบริหารต้องให้ความสนใจ 4m ได้แก่ คน (man) เงิน (money) วัสดุ (material) และเครื่องจักร (machine) และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ผ่านมาถึง นโยบายงบประมาณ และบุคลากร ที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาเป็นแนวจัดทำแบบสอบถามเพื่อให้ได้แนวทางในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- 2) หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2. ทราบปัญหาการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
3. มีข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
4. มีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด
5. ได้ข้อเสนอแนะที่เป็นแนวทางในการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดีต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ วิเคราะห์ร่วมกับวิจัยเชิงคุณภาพ มีระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ ตุลาคม 2559 ถึง สิงหาคม 2561 ประกอบด้วย การทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ และการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ ดังนี้

1. กรณีการศึกษาวิจัย เชิงสำรวจ วิเคราะห์เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในช่วงเดือนตุลาคม 2559-กันยายน 2560 โดยใช้แบบสอบถามสถานการณ์และปัจจัยในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยส่งแบบสอบถามให้แก่กลุ่มประชากร คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง ได้แก่ เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา จำนวน 2,564 แห่ง ซึ่งการวิจัยฉบับนี้มีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้ตารางเครจซีและมอร์แกน จากการคำนวณพบว่าจำนวน

ที่ต้องการสำหรับงานวิจัยฉบับนี้โดยการคำนวณร้อยละ 20 เป็น 402 แห่งก็เพียงพอ ทั้งนี้ได้รับการตอบกลับจำนวน 823 แห่งคิดเป็นร้อยละ 32.09 ข้อมูลที่ได้จากการตอบกลับแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ด้วยสถิติร้อยละ และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Chi-square) ซึ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.05 (p-value <0.05)

2. กรณีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ในช่วงเดือนตุลาคม 2560-กันยายน 2561 ใช้ข้อคำถามแบบปลายเปิดถึงปัจจัยการดำเนินงานใน 4 ภารกิจ รวมถึงปัญหาในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนทนากลุ่ม (focus group) โดยจัดเป็นการประชุมวิชาการ ในลักษณะการประชุมกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภาคกลางและภาคใต้ และครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดภาคเหนือและภาคอีสาน) ครั้งละ 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มที่ 1 เทศบาลนคร (ครั้งที่ 1 รวมกทม. และเมืองพัทยา) กลุ่มที่ 2 เทศบาลเมือง และกลุ่มที่ 3 เทศบาลตำบล รวมทั้งสิ้นจำนวน 60 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. 2522 โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทุกจังหวัด ที่กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กรณีการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจจากแบบสอบถามทำให้ทราบ สถานการณ์และความสัมพันธ์ของปัจจัยในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.4 มีอายุอยู่ในช่วง 36-45 ปี ร้อยละ



48.8 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 25,001-40,000 บาท ร้อยละ 47.4 มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ปริญญาตรี ร้อยละ 54.4 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 53.1

จากการศึกษาข้อมูลหน่วยงานพบว่า จำนวนที่ตอบกลับส่วนใหญ่เป็นเทศบาลตำบลร้อยละ 83.2 ของผู้ตอบกลับทั้งหมด มีงบประมาณของหน่วยงานเฉลี่ย 68,064,780.60 บาท มีนโยบายของผู้บริหารด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 51.2 และหน่วยงานส่วนใหญ่มีส่วนงาน/กลุ่มงาน/ฝ่ายที่รับผิดชอบในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 71.3

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภารกิจที่ 1 ด้านกิจกรรมการผลิตสื่อและประชาสัมพันธ์ พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการผลิตแผ่นพับ ร้อยละ 37.4 มีการผลิตโปสเตอร์ คู่มือ มีสื่อมีเดียหรือสื่อทางอินเทอร์เน็ต รายการเสียงตามสาย/วิทยุ/โทรทัศน์ สื่ออื่นๆอยู่บ้าง และ มีการใช้สื่อจากแหล่ง/หน่วยงานภายนอก ร้อยละ 48.5

ภารกิจที่ 2 ด้านกิจกรรมที่เสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินการให้ความรู้แก่ผู้บริโภค ร้อยละ 66.9 ส่งเสริมผู้บริโภคให้ทราบและปกป้องสิทธิของตนเอง ร้อยละ 59.9 และจัดให้มีช่องทางร้องเรียนสำหรับผู้บริโภค ร้อยละ 75.3

ภารกิจที่ 3 ด้านการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินการประกอบด้วย การสร้างหรือสนับสนุนการดำเนินงานของสจ. / อย. ร้อยละ 63.4 การสร้างหรือสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 79.0 การสร้างหรือสนับสนุนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 64.9 และการสร้างหรือสนับสนุน

การดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ร้อยละ 52.7

ภารกิจที่ 4 ด้านการตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ณ สถานที่จำหน่าย พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินการตรวจสอบตลาดผลิตภัณฑ์อาหาร ร้อยละ 59.2 มีการตรวจสอบคุณภาพอาหารสด ร้อยละ 66.5 มีการส่งข้อมูลเตือนภัยให้แก่ประชาชนและผู้ประกอบการ คิดเป็นร้อยละ 45.6 และ 44.9 ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลของการดำเนินคดีเมื่อพบการกระทำ ความผิด พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินคดีเมื่อพบการกระทำความผิดเพียงร้อยละ 6.6

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลหน่วยงานและข้อมูลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อมูลหน่วยงานที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ งบประมาณของหน่วยงาน นโยบายของผู้บริหารในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการมีส่วนงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยใช้ Pearson Chi-Square/risk/Fisher's Exact Test แสดงรายละเอียดข้อมูลดังตารางที่ 1- 3

ในกรณีการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์ ปัจจัย การดำเนินงาน ปัญหา รวมถึงข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ.2522 โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 2 ครั้งๆ ละ 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน ได้ข้อมูลดังนี้

ภารกิจที่ 1 การผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ผู้บริหาร มีนโยบาย แสดงรายละเอียดข้อมูลดังตารางที่ 4



ตารางที่ 1 ผลการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลหน่วยงานที่มีผลต่อการผลิตสื่อและประชาสัมพันธ์

ข้อมูลหน่วยงาน	งบประมาณ	นโยบาย	มีผลงาน
ผลิตแผ่นพับ	0.039*	<0.001**	<0.001**
ผลิตโปสเตอร์	0.114	<0.001**	<0.001**
ผลิตคู่มือ	0.604	<0.001**	<0.001**
ผลิต multimedia/ internet	0.016 ^a *	<0.001**	<0.001**
ผลิตเสียงตามสายหรือวิทยุหรือโทรทัศน์	0.589	<0.001**	<0.001**
ผลิตสื่ออื่นๆ	0.007**	<0.001**	<0.001**
ใช้สื่อจากหน่วยงานภายนอก	0.166	<0.001**	<0.001**
ประชาสัมพันธ์ทางรถกระจายเสียง	0.138	<0.001**	<0.001**
ประชาสัมพันธ์ในการประชุมหรือเทศกาล	0.140	<0.001**	<0.001**

หมายเหตุ สถิติทั่วไปใช้ Pearson Chi-Square, a ใช้สถิติ Fisher's Exact Test ในกรณีที่มี cell ที่มีค่าเท่ากับ 0 หรือมี cells have expected count less than 5 มากกว่า 20% ,ตัวเลขแสดงค่า P value, * มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ Pvalue<0.05,**มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ Pvalue<0.01

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลหน่วยงานที่มีผลต่อการกิจที่ 2 กิจกรรมที่เสริมสร้างศักยภาพผู้บริหาร และภารกิจที่ 3 การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในงาน คบส.

ข้อมูลหน่วยงาน	งบประมาณ	นโยบาย	มีผลงาน
กิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพผู้บริหาร			
การให้ความรู้	0.017*	<0.001**	<0.001**
ส่งเสริมให้ทราบและปกป้องสิทธิ	0.282	<0.001**	<0.001**
ช่องทางร้องเรียน	0.615	<0.001**	<0.001**
การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม			
สสจ./อย.	0.014*	<0.001**	<0.001**
อสม.	0.322	<0.001**	<0.001**
ให้มีชมรมคุ้มครองฯ	0.352	<0.001**	<0.001**
รพ.สต.	0.075	<0.001**	<0.001**
หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ	0.018*	<0.001**	<0.001**

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลหน่วยงานที่มีผลต่อการตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ณ สถานที่จำหน่าย

ข้อมูลหน่วยงาน	งบประมาณ	นโยบาย	มีผลงาน
การตรวจสอบ			
ฉลากอาหาร	<0.001**	<0.001**	<0.001**
คุณภาพอาหารสด	<0.001**	<0.001**	<0.001**
เมื่อพบการกระทำผิด			
การดำเนินคดี	0.046 ^a *	<0.001**	<0.001**
ส่งต่อหน่วยงานอื่นของรัฐ	0.010 ^a *	<0.001**	0.030*
ส่งต่อข้อมูลเตือนภัยให้			
หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง	0.003**	<0.001**	<0.001**
ประชาชน	0.110	<0.001**	<0.001**
ผู้ประกอบการ	<0.001**	<0.001**	<0.001**



ตารางที่ 4 แสดงผลตามภารกิจที่1 การผลิตสื่อและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

แหล่งงบประมาณ	งบทติของท้องถิ่น งบกองทุนหลักประกันสุขภาพ
กิจกรรม/ช่องทาง	การผลิตสื่อ ประชาสัมพันธ์ การได้รับสนับสนุนสื่อ
ปัญหาอุปสรรคที่พบ	งบประมาณจำกัด ขาดองค์ความรู้ สื่อที่ผลิตไม่ทันสมัยไม่เพียงพอ ความกังวลเรื่องลิขสิทธิ์
ข้อเสนอแนะ	<p>ส่วนกลาง ควร</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มช่องทาง สนับสนุนสื่อความรู้ App และแหล่งรวมสื่อที่สามารถดาวน์โหลดในจุดเดียว - มีการอัปเดตข้อมูล ทันต่อเหตุการณ์ มีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง - ผลิตสื่อเป็นภาษาต่างๆเพิ่มเติม ควรมีการสนับสนุนสื่อให้กับท้องถิ่นโดยตรง <p>สสจ.ควรให้การสนับสนุนสื่อวิทยุ เพื่องาน คบส.</p>

ภารกิจที่ 2 เสริมสร้างศักยภาพผู้บริหารด้านความรู้ ด้านการบริการ และเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม พบว่าผู้บริหารมีนโยบาย แสดงรายละเอียดข้อมูลดังตารางที่ 5

ภารกิจที่ 3 สร้างและขยายเครือข่าย เช่น อสม. อย.น้อย การมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในท้องถิ่น เช่น การพัฒนาศักยภาพ

การอบรม ศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ผู้บริหารมีนโยบาย แสดงรายละเอียดข้อมูลดังตารางที่ 6

ภารกิจที่ 4 ดำเนินการ/ร่วมดำเนินการ ตรวจสอบควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย พบว่าผู้บริหารมีนโยบาย แสดงรายละเอียดข้อมูลดังตารางที่ 7

ตารางที่ 5 แสดงผลตามภารกิจที่ 2 เสริมสร้างศักยภาพผู้บริหารด้านความรู้ด้านการบริการ และเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม

แหล่งงบประมาณ	งบทติของท้องถิ่น งบกองทุนหลักประกันสุขภาพ
กิจกรรม/ช่องทาง	จัดอบรมให้ความรู้ทางวิชาการร่วมกับภาคีเครือข่าย มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียน มีการมอบรางวัลให้แก่ผู้ทำความดี สนับสนุนการจัดประกวดนักเรียน อย.น้อย มีการจัดทำ MOU ชุมชน
ปัญหาอุปสรรคที่พบ	ผู้ประกอบการและประชาชนให้ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและการอบรมน้อย
ข้อเสนอแนะ	ควรมีศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์เพื่อแก้ปัญหาทางาน คบส. โดยตรง ขอสนับสนุนวิทยากรจาก สสจ.

ตารางที่ 6 แสดงผลตามภารกิจที่3 สร้างและขยายเครือข่าย การมีส่วนร่วมในงาน คบส.

แหล่งงบประมาณ	งบทติของท้องถิ่น งบกองทุนหลักประกันสุขภาพ งบ สสจ. งบสนับสนุนจากนายกเทศมนตรี
กิจกรรม/ช่องทาง	อบรม : อย.น้อย อสม. กลุ่มแม่บ้าน ชมรม แกนนำชุมชน ร้านชำ ร้านขายยา ตรวจอาหารโดยกลุ่มผู้ประกอบการอาหารและกรรมการตลาด มีผู้สมัคร/ใบประกาศให้แก่ อสม.ที่ผ่านการอบรม พาไปศึกษาดูงานต่างพื้นที่
ปัญหาอุปสรรคที่พบ	ผู้ประกอบการมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย อสม.มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ผู้ประกอบการไม่ยอมรับผลในการตรวจโดยชุดทดสอบเบื้องต้น
ข้อเสนอแนะ	<p>ส่วนกลาง ควร ผลิตสื่อเป็นภาษาต่างๆเพิ่มเติม</p> <ul style="list-style-type: none"> : จัด conference อบรมความรู้ให้เจ้าหน้าที่และเครือข่าย อย่างต่อเนื่อง : สนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดอบรมงาน คบส. : ประสานกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเรื่องจัดสรรงบประมาณ : ให้มีนโยบายจากส่วนกลางให้ครอบคลุมงาน คบส. ในอปท.ทั้งหมด : พัฒนาระดับ อสม.เชี่ยวชาญด้านงานคุ้มครองฯให้มีเพิ่มมากขึ้น - ขอสนับสนุนวิทยากรจากสสจ. /สสอ. - เทศบาลตรวจสอบเฝ้าระวังเบื้องต้นในพื้นที่ กรณีพบปัญหาส่งเรื่องต่อให้ สสอ. รพช. หรือสสจ. ช่วยดำเนินการ



ตารางที่ 7 แสดงผลตามภารกิจที่ 4 ดำเนินการ/ร่วมดำเนินการ ตรวจสอบควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพฯ

แหล่งงบประมาณ	งบทติของท้องถิ่น
กิจกรรม/ช่องทาง	<ul style="list-style-type: none"> - ชื้อชุดทดสอบตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ - ตรวจสอบเฝ้าระวังการโฆษณา เรื่องร้องเรียน - ตรวจสอบสถานที่ผลิตร่วมกับ สสจ./โรงพยาบาล (รพ.) - ตรวจสอบสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ และร้านค้า (ร่วมกับ สสจ.) - มีการมอบป้ายตลาดสดนำซื้อ ส่งผลข้อมูลกลับให้กับผู้ประกอบการร้านค้า
ปัญหาอุปสรรคที่พบ	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจการเลือกซื้อสินค้า - ชุดทดสอบเบื้องต้นมีราคาแพง ขาดงบประมาณในการส่งตรวจวิเคราะห์ - ขาดความรู้ในการดำเนินงาน คบส. และข้อกฎหมาย - ขาดแคลนบุคลากรในการดำเนินงาน พบรถเร่ขายของผิดกฎหมายในชุมชน
ข้อเสนอแนะ	<p>ส่วนกลาง ควรเพิ่มช่องทางเข้าถึงสื่อแก่ผู้บริโภค</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มการสร้างเครือข่ายให้มากขึ้น เช่น อสม. - จัดทำคู่มือให้อปท. <p>ส่วนกลาง/สสจ. ควรสนับสนุนชุดทดสอบเบื้องต้น มีฐานข้อมูลสถานประกอบการในพื้นที่ ควรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p>

อภิปรายผล

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญและใกล้ตัวผู้บริโภค ราชการส่วนท้องถิ่นมีความใกล้ชิด และเข้าใจสถานการณ์ในพื้นที่ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ทันเวลา หรือทันต่อความต้องการของประชาชน ผู้วิจัยเห็นว่างานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นงานหนึ่งที่หากราชการท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้ดี ทันเวลา จะทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครอง ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การวิจัยในครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการวิจัยเนื่องจากการดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลและกลุ่มเป้าหมายที่เป็นตัวแทนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ โดยกลุ่มประชากรเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. 2522 (กทม. เมืองพัทยา และเทศบาลทั้งหมด) ทำให้ได้ทราบสถานการณ์การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่มีการตอบกลับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกประเภท ทุกขนาด ดังนั้นการสนับสนุนการดำเนินงานและให้ความสำคัญกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกประเภท ทุกขนาดจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น โดยการสนับสนุนการดำเนินการจากทุกภาคส่วนโดยเฉพาะภาครัฐในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งตรงกับ

ปัจจัยที่นักบริหารต้องให้ความสนใจ (4m) โดยการมีงบประมาณของหน่วยงาน การมีส่วนร่วมที่รับผิดชอบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่การที่จะสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำคัญที่สุดไม่ใช่งบประมาณของหน่วยงานเนื่องจากมีแหล่งงบประมาณอื่นในพื้นที่ แต่กลับเป็นเรื่องของนโยบายการกำหนดเป็นภารกิจในกฎหมาย รวมถึงการมีบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพร่วมด้วย

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาครัฐในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ที่อาจต่างจากแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ ศุภชัย ศรีสุชาติ และคณะฯ (2556) ในเรื่องการสื่อสารและบูรณาการความร่วมมือระหว่างส่วนภูมิภาคและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งยังมีการทับซ้อนของภารกิจหน้าที่ระหว่างราชการส่วนกลางและราชการส่วนท้องถิ่น ที่ต่างมีภารกิจที่ต้องดำเนินงานใกล้เคียงหรือเหมือนกันทั้งในเชิงพื้นที่ แผนงาน งบประมาณ และเป้าหมายในการให้บริการ ทั้งนี้พบว่า การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้เองหรือร่วมดำเนินการกับภาครัฐในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคด้วยได้ แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ภาครัฐส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต้องประสานและสนับสนุนการดำเนินงานทุกภารกิจในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างใกล้ชิด



ทั้งเรื่องข้อมูล ความรู้ รวมทั้งการร่วมเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินการ เป็นต้น

ทั้งนี้แม้ว่าทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จะให้ความสำคัญและสนับสนุนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาโดยตลอด แต่ควรให้ความสำคัญกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกขนาดประเภท เพิ่มขึ้นโดยมีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลางทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจ เป็นต้น เพื่อช่วยผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยภาพรวม อีกทั้งประสานสนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่ออบรม เป็นพี่เลี้ยงแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในจังหวัดในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ต่อไป

สรุปผล

กรณีการศึกษาวิจัย สํารวจสถานการณ์พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภทให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีการตอบกลับ (Self Report) จำนวน 823 แห่ง ร้อยละของเทศบาลทุกขนาดที่ตอบกลับมากกว่าร้อยละ 30 เทศบาลที่ตอบกลับมากที่สุดคือเทศบาลนครตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 60 ของเทศบาลนครทั้งหมด โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีการดำเนินงาน ทั้ง 4 ภารกิจตามที่ได้รับการกระจายอำนาจจากอย. โดยเฉพาะการผลิตสื่อแผ่นพับและการประชาสัมพันธ์ มีกิจกรรมที่เสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมีการตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ณ สถานที่จำหน่าย มีการส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานอื่นๆ หากตรวจสอบพบามีการกระทำความผิด แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการดำเนินคดี

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลหน่วยงานที่มีผลต่อ

1. การผลิตสื่อและประชาสัมพันธ์พบว่า นโยบายของผู้บริหารในด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการผลิตสื่อและประชาสัมพันธ์ในทุกด้าน ในส่วนงบประมาณของหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับการผลิตมัลติมีเดีย หรือสื่อทางอินเทอร์เน็ต และมีการใช้สื่อจากหน่วยงาน

ภายนอกด้วยจึงไม่ต้องใช้งบประมาณของหน่วยงาน

2. กิจกรรมที่เสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภค พบว่า นโยบายของผู้บริหารในด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่เสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคในทุกด้าน ในส่วนงบประมาณของหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับการให้ความรู้แก่ผู้บริโภค เท่านั้น

3. กิจกรรมการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพพบว่า นโยบายของผู้บริหารในด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในทุกด้าน ในส่วนงบประมาณของหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับการสร้างหรือสนับสนุนการดำเนินงานของ สสจ./อย. และหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ

4. กิจกรรมการตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ณ สถานที่จำหน่ายพบว่า นโยบายของผู้บริหารในด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการมีส่วนร่วมงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ณ สถานที่จำหน่ายในทุกด้าน ในส่วนงบประมาณของหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบฉลากผลิตภัณฑ์ คุณภาพ การดำเนินคดี การส่งต่อหน่วยงานอื่นของรัฐเพื่อดำเนินคดีต่อไป รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลเตือนภัยให้แก่หน่วยงานอื่น และผู้ประกอบการ

กรณีการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มพบว่า

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภทให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจาก อย. ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานทั้ง 4 ภารกิจ แม้ว่าเทศบาลตำบลหลายแห่ง จะมีจำนวนงบประมาณของหน่วยงานบุคลากร ไม่มากเท่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ แต่บุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเคยมีประสบการณ์ทำงานจาก รพสต. หรือสถานเฝ้าระวังมาแล้ว จึงนำเสนอการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ผู้บริหารเพื่อกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานที่สำคัญและสามารถดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจ ทั้ง 4 ภารกิจได้เป็นอย่างดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจ



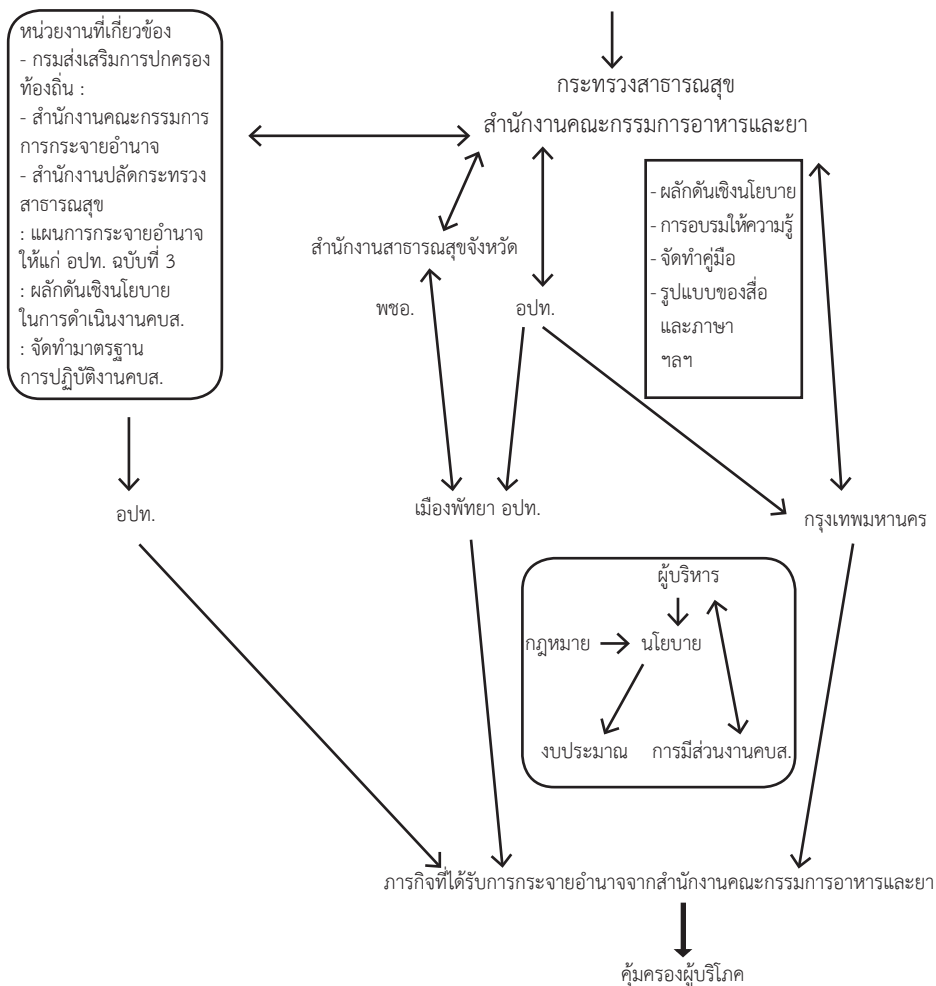
จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจดังกล่าว โดยการมีงบประมาณของหน่วยงาน การมีส่วนร่วมที่รับผิดชอบการดำเนินงาน คຸ້ມครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ นอกจากนี้ที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการดำเนินงานคือเรื่องนโยบายของผู้บริหารในด้านการคຸ້ມครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพรวมถึง การกำหนดให้งานคຸ້ມครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นภารกิจของท้องถิ่นทุกขนาดทุกแห่งให้ระบุไว้ในกฎหมาย โดยควรกำหนดภารกิจ การกระจายอำนาจไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3) ด้วย สำหรับงบประมาณของหน่วยงาน พบว่านอกจากงบประมาณของหน่วยงานแล้ว หากมี/เป็นนโยบายของผู้บริหารหรือเป็นภาระงานที่บุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานคຸ້ມครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เห็นว่ามีความสำคัญแล้ว พบว่ายังมีงบประมาณจากแหล่งอื่นๆ

ได้แก่ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพ งบสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และงบสนับสนุนจากนายกเทศมนตรี โดยเฉพาะในภารกิจที่ ๓ การสร้างและขยายเครือข่าย นอกจากนี้ยังพบว่ามีกิจกรรมที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่นการจัดอบรมให้ความรู้ทางวิชาการแก่ผู้ประกอบการ เช่น ตลาด/ร้านค้า/แผงลอย/ร้านอาหาร เป็นต้น

จากการวิจัยฉบับนี้ทำให้ทราบสถานการณ์และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดังกล่าวในช่วงต้น ทำให้ได้แนวทางในการดำเนินการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สามารถแสดงได้ดังภาพที่ 1 ดังนี้

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542



ที่มา: จากการสังเคราะห์ของผู้วิจัย (ณธิป), 2561

ภาพที่ 1 แนวทางในการดำเนินการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินงานวิจัยพบว่า

กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ให้ราชการส่วนภูมิภาคดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อเป็นเครือข่ายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ทันสมัยและทันต่อการแก้ปัญหาของผู้บริโภค

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควร

(1) การกำหนดให้งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นภารกิจของท้องถิ่นทุกขนาด ทุกแห่ง ระบุในกฎหมาย โดยการกำหนดภารกิจการกระจายอำนาจในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3) เนื่องจากเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วน ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ประสานสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจ และได้รับมอบหมายให้นำ (ร่าง) แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของอย.เข้าไปประชุมคณะกรรมการเพื่อทบทวนและจัดทำร่างแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับที่ 3 ครั้งที่ 1/2561 ในวันที่ 23 พฤษภาคม 2561 ณ สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล กรุงเทพมหานคร ด้วยแล้ว

(2) การอบรมให้ความรู้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดอบรมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนาร่อง เพื่อเป็นครู (ก.) และช่วยผลักดันในการจัดอบรมให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละจังหวัดต่อไป

(3) การจัดทำคู่มือการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจัดทำช่องทางสื่อสารระหว่าง อย./สสจ.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่น Line Group

(4) ส่งเสริมและสนับสนุนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจที่ได้รับการกระจายอำนาจในทุกภารกิจ โดยเฉพาะในภารกิจที่ 4 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการหรือร่วมดำเนินการตรวจสอบ ควบคุม กำกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่ายรวมทั้งการดำเนินคดีเมื่อพบการกระทำความผิดและการรายงานผลการดำเนินงานตามภารกิจต่างๆ

(5) มีการประสานกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในการผลักดันเชิงนโยบายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น

(6) มีการประสานกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการกระจายอำนาจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นต้น

(7) มีการพัฒนารูปแบบของสื่อให้ทันสมัยผลิตเป็นภาษาต่างๆ เพิ่มเติม และประชาสัมพันธ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับทราบช่องทางในการเข้าถึงสื่อเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่

(8) มีการสนับสนุนหรือผลักดันเชิงนโยบายร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อพัฒนาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

- การจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- การศึกษารูปแบบในการติดตาม กำกับผลการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษานี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากหลายบุคคล และหลายหน่วยงาน ขอขอบคุณ นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ นายแพทย์พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ นายสมใจ สุตันตยาวลี ที่ได้ให้การสนับสนุนการศึกษานี้ และขอบคุณทีมงานน้องๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาค และท้องถิ่นทุกท่าน ที่มีส่วนเอื้อให้การศึกษานี้ ดำเนินการได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้อย่างดีเยี่ยมและสุดท้ายนี้ขอขอบคุณกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกๆ ท่าน



เอกสารอ้างอิง

Dejsub.T. (2007). Management of Thai Win Subdistrict Administrative Organization Thung Saliam District Sukhothai Province According to the principles of good governance. Master of Public Administration, Uttaradit Urban and Rural Development Administration: Uttaradit Rajabhat University.

Hong Thong Kha, P. (1983). Thai local government. Type 2. Bangkok : Thai Wattana Panich. <https://docs.google.com/filed/0B0QqZeoMeRdmUTBmTGJ1NVVxczA/edit>

Ministry of Public Health. Notification of the Ministry of Public Health (No. 300) Re: Appointment of Competent Officials Operating under the Food Act BE 2522. The Government Gazette; 2006. Book 123, Special Episode 98.

Ministry of Public Health. Notification of the Ministry of Public Health (No. 385) Re: Appointment of Competent Officials Operating according to the Food Act BE 2522. The Government Gazette; 2560. Volume 134: Special Episodes 133, Page 58.

Office of the Council of State. (2016). The Act defines the plan and procedure for decentralization to local administrative organizations, 1999. Retrieved from <https://docs.google.com/filed/0B0QqZeoMeRdmUTBmTGJ1NVVxczA/edit>.

Srisuchat et al. (2013). Project for evaluation of health decentralization plan for the local government. Faculty of Economics: Thammasat University. Retrieved from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3782>



ความชุกของเชื้อ Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) และ มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อในผู้ป่วยในโรงพยาบาลตราด Prevalence of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) And Control Measures to Prevent The Spread of Infections in Patients across Trat Hospital

ธารทิพย์ มุกดาเพชรรัตน์
โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีรายงานการเพิ่มขึ้นของเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) ซึ่งกำลังเป็นปัญหาในหลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย การวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) ที่แยกได้จากสิ่งส่งตรวจในหอผู้ป่วยต่างๆ ภายในโรงพยาบาลตราด ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 โดยเชื้อ Enterobacteriaceae จำนวน 5,311 สายพันธุ์ ถูกนำมาศึกษาความไวต่อสารต้านจุลชีพด้วยวิธี Kirby-Bauer disc diffusion กับยาในกลุ่ม Carbapenems (Imipenem or Meropenem) ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของเชื้อ CRE ในปี พ.ศ. 2557-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 0.11 %, 1.27 %, 2.50 % และ 3.45 % ตามลำดับ และเป็นที่น่าสนใจที่พบว่ามี Carbapenem-resistant *Escherichia coli* สูงขึ้นอย่างมาก จาก 1.99 % ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 4.82 % ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งพบว่าเกิดจากการระบาดภายในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งพบมีรูปแบบของการดื้อยาที่เหมือนกัน โดยการแพร่กระจายของเชื่อนี้อาจเกิดขึ้นภายในสถานพยาบาล จากบุคลากรหรืออุปกรณ์ ภายหลังจากโรงพยาบาลได้มีการทบทวนข้อกำหนด และทำความเข้าใจที่ถูกต้องต่อแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล โดยการแยกผู้ป่วยและแยกอุปกรณ์เครื่องใช้ มีการปฏิบัติ Contact precautions อย่างเคร่งครัด ทั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย รณรงค์ให้แพทย์มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม รวมทั้งห้องปฏิบัติการมีระบบการแจ้งเตือนทางคอมพิวเตอร์ทุกรายเมื่อพบเชื้อดื้อยา ซึ่งคาดว่ามาตรการดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ความชุกของเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลตราดลดลงเป็น 2.30 % ในปี พ.ศ. 2561 การศึกษานี้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการเลือกใช้ยาในการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งในงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE), แบบแผนความไวต่อยา, ความชุก



Abstract

At present, the increasing prevalence of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) has become a serious problem in many countries around the world including Thailand. The objectives of this study is to investigate the prevalence of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) isolated from patients in Trat Hospital during 1st January 2014 to 31st December 2018. A total of 5,311 isolates of Enterobacteriaceae were determined the antimicrobial susceptibility by Kirby-Bauer disc diffusion using Carbapenems (Imipenem or Meropenem). The frequency of CRE in 2014 to 2018 were constantly increasing with 0.11 %, 1.27 %, 2.50 % and 3.45 %, respectively. Interestingly, the frequency of Carbapenem-resistant *Escherichia coli* was dramatically increased from 1.99 % in 2016 to 4.82 % in 2017. The small epidemic of Carbapenem-resistant *E. coli* was found in MED and ICU which these isolates had the same antimicrobial resistance pattern. Accordingly, the spread of CRE might be caused by a medical facility, medical staff or medical equipment. Later, Trat hospital has reviewed the control measures and improved the understanding of the guidelines to prevent and control the spread of CRE in the hospital including isolation of patients, separation of equipments, strictly contact precautions, campaign for rational drug use and CRE notification system of laboratory. These actions could lead to the decreasing in the frequency of CRE in Trat hospital to be 2.30 % of isolates in 2018. This study provided useful information to consider an appropriate antimicrobial treatment in infectious diseases and to improve the effective control measures to prevent the spread of antimicrobial resistance in the hospital.

Keyword : Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE), Antimicrobial susceptibility, Prevalence



บทนำ

สถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในปัจจุบันกำลังเป็นที่น่ากังวลอย่างยิ่ง จากการพบอัตราการดื้อยาสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีสาเหตุจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ขาดการควบคุมที่ดี นำไปสู่การรักษาที่ไม่ได้ผล และมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง ซึ่งคาดการณ์ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาทั่วโลกในปี พ.ศ. 2597 (ค.ศ.2050) จะสูงขึ้นเป็น 10,000,000 รายต่อปี โดยประมาณ (O'Neill J. 2016) หากไม่มีมาตรการใดๆ และในปี พ.ศ. 2560 องค์การอนามัยโลกมีการประกาศเชื้อดื้อยา 12 ตัวที่เป็นปัญหาสำคัญซึ่งควรได้รับการวิจัยหายาปฏิชีวนะใหม่อย่างเร่งด่วน โดยมีเชื้อกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenems รวมอยู่ด้วย ทั้งนี้ในประเทศไทยมีการศึกษาเบื้องต้นพบว่ามีผู้เสียชีวิตที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาถึง 19,000 รายต่อปีโดยประมาณ (Lim C and Teamwork. 2016) จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้รัฐบาลเห็นถึงความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางในการควบคุมความรุนแรงของเชื้อดื้อยา จึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2564 โดยมีเป้าหมาย คือ ลดการป่วย การตาย และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเชื้อดื้อยา

เมื่อศึกษาข้อมูลในภาพรวมของประเทศไทยจะเห็นได้ว่าแนวโน้มการพบเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (NARST) ในปี พ.ศ. 2560 พบการดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenems ในเชื้อ *Escherichia coli* และ *Klebsiella pneumoniae* คิดเป็น 1 % และ 13 % ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2561 มีรายงานการดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenems มากที่สุดใน *E. coli* จากเขตสุขภาพที่ 10 คือ 6.10 % และ *K. pneumoniae* จากเขตสุขภาพที่ 6 คือ 22.86 % (ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ. 2562)

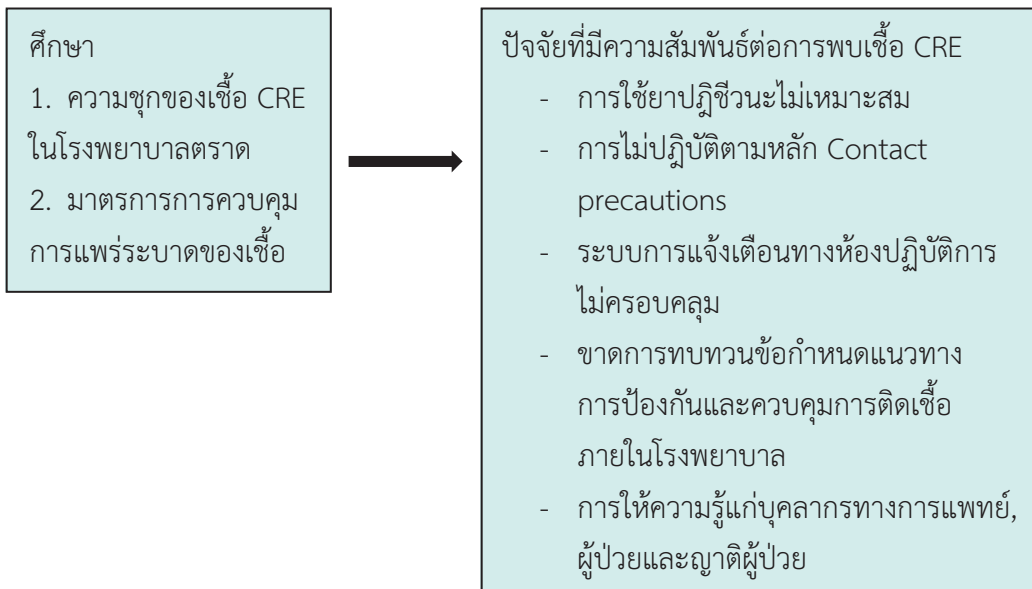
Enterobacteriaceae เป็นเชื้อประจำถิ่นที่มีมากในลำไส้ จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ, ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงและรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ซึ่งยาปฏิชีวนะที่นิยมนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหนักที่มีภาวะติดเชื้อส่วนใหญ่คือ ยากลุ่ม carbapenems ทำให้เชื้อกลุ่มนี้มีพัฒนาการดื้อยาจากการแลกเปลี่ยน genetic element ที่กำกับการดื้อยากับแบคทีเรียที่อยู่ร่วมกัน ทำให้เชื้อดื้อยาได้ในที่สุด ถึงแม้ว่ายากลุ่ม carbapenems จะมีประสิทธิภาพสูงต่อเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาลและเป็นยาที่ออกฤทธิ์กว้างในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย มีความคงตัวสูง ไม่ถูกสลายด้วยเอนไซม์ Beta-Lactamases ชนิด ESBLs และ AmpC cephalosporinases (Xia Y and Teamwork. 2012) การดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenems ในแบคทีเรียแกรมลบยังคงเป็นปัญหาในประเทศต่างๆ ทั่วโลก จากกลไกการดื้อยา ได้แก่ 1. การเปลี่ยนแปลงหรือการขาดหายไปของโปรตีน porin ของเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งเป็นทางที่ยาจะผ่านเข้าไปในเซลล์ทำให้ยาเข้าไปในเซลล์ได้น้อยลงหรือผ่านเข้าไม่ได้ 2. การดัดแปลง Penicillin Binding Protein (PBPs) ทำให้ยาจับกับ PBP ได้น้อยลงหรือไม่ได้ ยาจึงออกฤทธิ์ไม่ได้ 3. กลไกการขับยาออกนอกเซลล์ (efflux pump) 4. กลไกที่เชื้อสร้างเอนไซม์ carbapenemases มาทำลายยาซึ่งเป็นกลไกที่ถูกพบมากที่สุด โดยกลไกนี้การดื้อยาของเชื้อจะถูกควบคุมโดยยีนหลายชนิด เช่น bla_{IMP} , bla_{KPC} , bla_{NDM} และ bla_{OXA48} เป็นต้น ในปี ค.ศ. 1996 พบการดื้อต่อยากลุ่ม carbapenems ในเชื้อ *K. pneumoniae* โดยการสร้างเอนไซม์ carbapenemases มาทำลายยา (Castanheira M and Teamwork. 2011) และพบการระบาดของเชื้อ *K. pneumoniae* ที่สร้างเอนไซม์ KPC ในหลายประเทศทั่วยุโรป (Livermore DM. 2012) นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 2008 พบเชื้อ *K. pneumoniae* และ *E. coli* ที่ผลิตเอนไซม์ New Delhi metallo-beta-lactamase 1 (NDM-1) ซึ่งแยกได้จากผู้ป่วยชาวสวีเดน



ที่ถูกย้ายการรักษาจากโรงพยาบาลกรุงนิวเดลี ในประเทศอินเดีย (Yong D and Teamwork. 2009) ทำให้ปัจจุบันเชื้อ Enterobacteriaceae ที่ผลิตเอนไซม์ NDM-1 เป็นปัญหาระบาดไปทั่วโลก และพบในแบคทีเรียหลายชนิด ได้แก่ *Klebsiella oxytoca*, *Citobacter freundii*, *Enterobacter cloacae*, *Morganella morganii*, *Proteus spp.* และ *Providencia spp.* (Kumarasamy KK and Teamwork. 2010) จึงเป็นที่น่าวิตกกังวลว่าในอนาคตอันใกล้อาจถึงจุดที่ไม่มียาจะรักษาโรคติดเชื้อรุนแรงได้อีกต่อไป อาจกล่าวได้ว่าเชื้อ CRE เป็นภาวะวิกฤตของการรักษาภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในขณะนี้

จากข้อมูลการรายงานพบเชื้อในกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenems ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาที่ควบคุมได้ยาก ทำให้ผู้วิจัยทำการศึกษาความชุกของเชื้อ CRE ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา โรงพยาบาลตราด เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดมาตรการควบคุมเชื้อดื้อยา ซึ่งรวมถึงการเฝ้าระวังการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลต่อไป

กรอบแนวคิด



วัตถุประสงค์

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) ที่แยกได้จากสิ่งส่งตรวจทุกประเภทในแผนกผู้ป่วยต่างๆ ที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลตราด ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการกำหนดมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อและเฝ้าระวังการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบงานวิจัยและกลุ่มประชากรที่ศึกษา

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษา คือ กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตราด และส่งตรวจเพาะเชื้อ



พบเป็นเชื้อในกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่แยกได้จาก สิ่งส่งตรวจทุกประเภท ได้แก่ Sputum, Blood, Fluid, Pus, Tissue และ Urine ทดสอบความไวต่อสารต้าน จุลชีพ ด้วยวิธี Kirby-Bauer disc diffusion ต่อยากลุ่ม Carbapenems (Imipenem และ Meropenem ความ เข้มข้น 10 ไมโครกรัม, OXOIDTM) และแปลผล การทดสอบตามมาตรฐานของ CLSI 2014-2018 ควบคุมคุณภาพโดยเชื้อมาตรฐานซึ่งประกอบด้วย *Escherichia coli* ATCC 25922, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Staphylococcus aureus* ATCC 25923 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนึงถึง ข้อมูล ผู้ป่วยไม่ซ้ำราย (First isolate), แยกเป็นปีที่พบเชื้อ, แยกตามชนิดของเชื้อ, แยกตามชนิดของสิ่งส่งตรวจและ Hospital number โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก สารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ (laboratory information system) ของระบบ Rax Lab Server จัดทำโดย Rax interdiagnostic Co.,Ltd. และการเก็บรวบรวมข้อมูล จากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลตราด (Hospital Information System)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ

การศึกษานี้ได้มีการนำข้อมูลในส่วนที่มีความถูกต้อง และสมบูรณ์มาวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลทางสถิติ เป็น % (percent) ใช้การพรรณนา นำเสนอข้อมูลรูปแบบ ตารางและกราฟ เพื่ออธิบายข้อมูลและตอบวัตถุประสงค์ ของการศึกษา

ผลการศึกษา

จากการศึกษาความชุกของเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในผู้ป่วยที่มา รับบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา โรงพยาบาลตราด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 พบเชื้อในกลุ่ม Enterobacteriaceae ทั้งหมด 5,311 สายพันธุ์ เป็นเชื้อที่ดื้อต่อยา กลุ่ม Carbapenems จำนวน 106 สายพันธุ์ โดยพบความชุกของเชื้อ CRE มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 0.11 %, 1.27 %,

2.50 % และ 3.45 % ในปี พ.ศ. 2557-2560 ตามลำดับ (ดังภาพที่ 1) โดยในปี พ.ศ. 2557 พบความชุกโดยรวม ของเชื้อ CRE เป็น 0.11 % (1/948) ซึ่งพบเป็นเชื้อ *Enterobacter spp.* ในปี พ.ศ. 2558 พบความชุก โดยรวมของเชื้อ CRE เป็น 1.27 % (13/1,022) โดยพบ ในเชื้อ *E. coli* (0.82 %, 4/486), *Klebsiella spp.* (1.79 %, 7/391) และ *Enterobacter spp.* (1.38 %, 2/145) ในปี พ.ศ. 2559 พบความชุกโดยรวมของเชื้อ CRE เป็น 2.50 % (29/1,160) โดยพบในเชื้อ *E. coli* (1.99 %, 12/603), *Klebsiella spp.* (3.05 %, 12/394) และ *Enterobacter spp.* (3.07 %, 5/163) และในปี พ.ศ. 2560 พบความชุกโดยรวมของเชื้อ CRE เป็น 3.45 % (38/1,103) โดยพบในเชื้อ *E. coli* (4.82 %, 26/539), *Klebsiella spp.* (2.57 %, 10/389) และ *Enterobacter spp.* (1.14 %, 2/175) (ดังตารางที่ 1) จากผลการศึกษา เป็นที่น่าสังเกตว่า ความชุกของเชื้อที่ดื้อต่อยา กลุ่ม Carbapenems พบสูงขึ้นอย่างชัดเจนจาก 2.50 % ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 3.45 % ในปี พ.ศ. 2560 สอดคล้อง กับความชุกที่สูงขึ้นอย่างมากของเชื้อ Carbapenem-resistant *E. coli* จาก 1.99 % ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 4.82 % ในปี พ.ศ. 2560 (ดังภาพที่ 1) ซึ่งต่อมาตรวจสอบ พบว่ามีการระบาดของเชื้อ *E. coli* ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 7 สายพันธุ์ ได้แก่ อายุรกรรมชายจำนวน 3 สายพันธุ์, อายุรกรรมหญิงจำนวน 4 สายพันธุ์ และหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 2 สายพันธุ์ จากการศึกษาข้อมูลผลการทดสอบ ความไวต่อยาพบว่าเชื้อกลุ่มนี้มีรูปแบบของการดื้อยา ที่เหมือนกันทุกกลุ่มยา และจากการส่งตรวจยืนยันชนิด ของเอนไซม์ Carbapenemases ของเชื้อที่เก็บได้ ในระหว่างเดือน มกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ที่ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ราย พบมากที่สุดเกิดจากการสร้างเอนไซม์ NDM-1 (90 %, 9/10) จากเหตุการณ์ดังกล่าว ทางโรงพยาบาลตราดจึงได้มีการ ทบทวนข้อกำหนดและแนวทางการป้องกันควบคุม การติดเชื้อภายในโรงพยาบาล ดำเนินการตั้งแต่วาง ปี พ.ศ. 2560 ทำให้พบความชุกของเชื้อ CRE ที่ลดลง



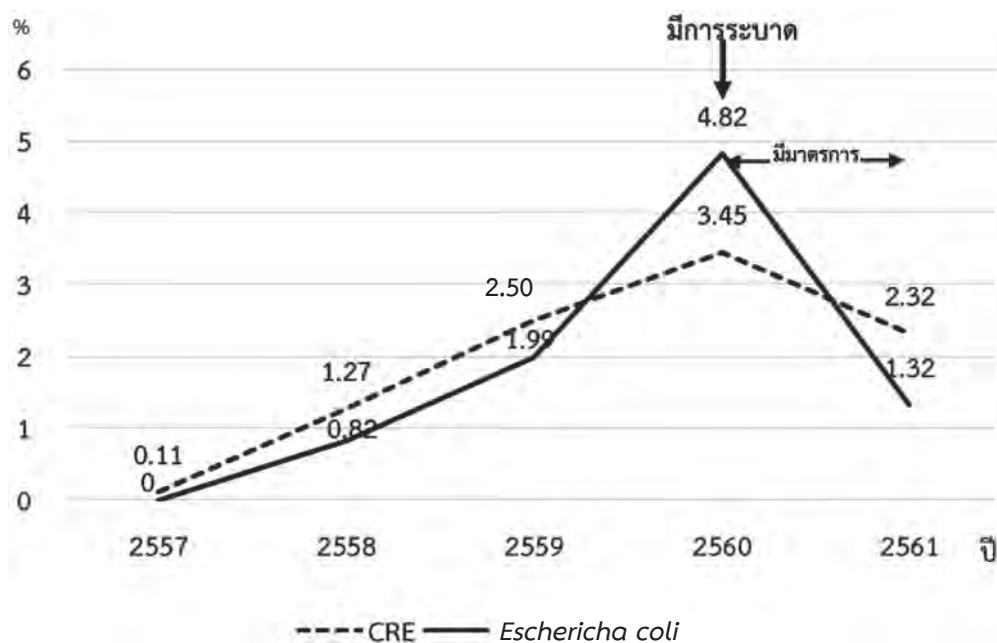
โดยพบเป็น 2.32 % (25/1,078) ในปี พ.ศ. 2561 และ
อย่างสอดคล้องกันพบในเชื้อ Carbapenem-resistant *E. coli* ลดลงอย่างชัดเจนจาก 4.82 % (26/539) ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 1.32 % (7/530) ในปี พ.ศ. 2561 (ดังภาพที่ 1)
เมื่อศึกษาการพบเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลตราด พบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเป็นกลุ่ม

ผู้สูงอายุซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ดังตารางที่ 2) และเมื่อศึกษาการกระจายของเชื้อ CRE จากประเภท สิ่งส่งตรวจทั้งหมดพบว่า ปีสภาวะพบการติดเชื้อ CRE มากที่สุด และพบเชื้อ CRE มากที่สุดในผู้ป่วยที่รับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (ดังภาพที่ 2 และ 3) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 อัตราการพบเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในโรงพยาบาลตราด ปี พ.ศ. 2557–2561

ชนิดของเชื้อ	อัตราการพบเชื้อดื้อยาในกลุ่ม Carbapenems (n/จำนวนเชื้อทั้งหมด)				
	2557	2558	2559	2560	2561
Enterobacteriaceae	0.11 (1/948)	1.27 (13/1,022)	2.50 (29/1,160)	3.45 (38/1,103)	2.32 (25/1,078)
<i>Escherichia coli</i>	0 (0/481)	0.82 (4/486)	1.99 (12/603)	4.82 (26/539)	1.32 (7/530)
<i>Klebsiella spp.*</i>	0 (0/348)	1.79 (7/391)	3.05 (12/394)	2.57 (10/389)	4.69 (18/384)
<i>Enterobacter spp.</i>	0.84 (1/119)	1.38 (2/145)	3.07 (5/163)	1.14 (2/175)	0 (0/164)

* *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella spp.*

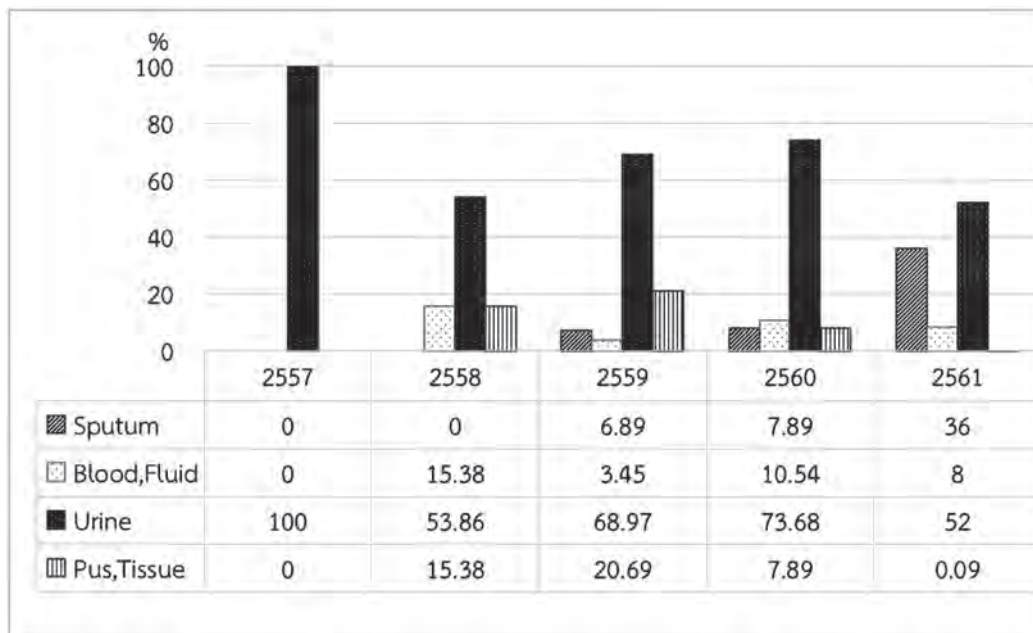


ภาพที่ 1 กราฟแสดงอัตราความชุกของเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) และ *Escherichia coli* ปี พ.ศ. 2557–2561

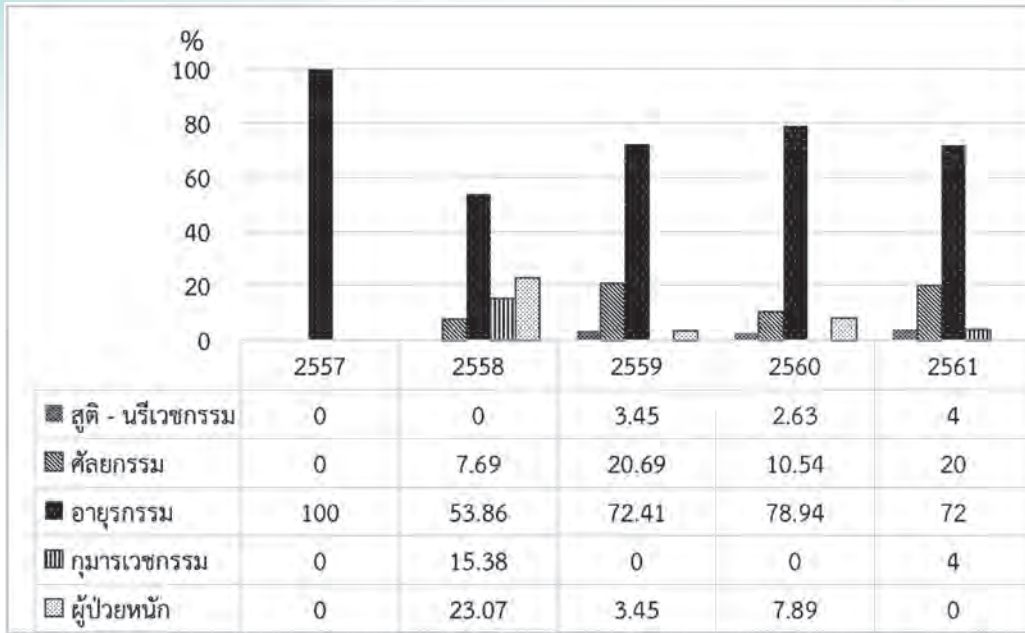


ตารางที่ 2 อัตราการพบเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) แยกตามเพศและอายุ ในโรงพยาบาลตราด ปี พ.ศ. 2557-2561

	จำนวนเชื้อที่ติดต่อจากกลุ่ม Carbapenems (%)					
	2557 n = 1	2558 n = 13	2559 n = 29	2560 n = 38	2561 n = 25	Total n = 106
เพศ						
ชาย	0	9 (69.23)	16 (55.17)	20 (52.63)	19 (76)	64 (60.38)
หญิง	1 (100)	4 (30.77)	13 (44.83)	18 (47.37)	6 (24)	42 (39.62)
ช่วงอายุ (ปี)						
0 - 14	0	2 (15.38)	0	0	0	2 (1.89)
15 - 29	0	1 (7.69)	1 (3.45)	1 (2.63)	1 (4)	4 (3.77)
30 - 59	1 (100)	0	8 (27.58)	6 (15.79)	5 (20)	20 (18.87)
≥ 60	0	10 (76.93)	20 (68.97)	31 (81.58)	19 (76)	80 (75.47)



ภาพที่ 2 กราฟแสดงอัตราการพบเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) แยกตามประเภทสิ่งส่งตรวจ ในโรงพยาบาลตราด ปี พ.ศ. 2557-2561



ภาพที่ 3 กราฟแสดงอัตราการพบเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) แยกตามหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลตราด ปี พ.ศ. 2557–2561

อภิปรายผล

จากการศึกษาความชุกของเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในโรงพยาบาลตราด โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 พบว่า อัตราการพบเชื้อ CRE มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2560 คิดเป็น 0.11 %, 1.27 %, 2.50 % และ 3.45 % ตามลำดับ และพบลดลงในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็น 2.32 % จากผลการศึกษาพบว่า ปัสสาวะเป็นสิ่งที่ส่งตรวจที่พบเชื้อ CRE มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2552-2554 ที่พบความชุกของเชื้อ CRE จากสิ่งส่งตรวจประเภทปัสสาวะมากที่สุด 79 % (Netikul T and Teamwork. 2016) และผลการศึกษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นก็พบว่าเชื้อส่วนใหญ่แยกได้จากปัสสาวะถึง 42.70 % (เบญจมาศ ริมราง และคณะ. 2555) เมื่อจำแนกตามหอผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลตราดพบเชื้อดื้อยาสูงที่สุดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโดยเฉลี่ย 75 % ซึ่งมีผลการศึกษาของโรงพยาบาลพระปกเกล้าระหว่างปี พ.ศ. 2555-2556

ที่พบการติดเชื้อในหอผู้ป่วยกลุ่มอายุรกรรม 70 % (วีรธรณ อาชีวะ. 2559)

เป็นที่น่าสังเกต ผู้วิจัยพบความชุกของเชื้อ CRE สูงขึ้นอย่างชัดเจน ในปี พ.ศ. 2560 คิดเป็น 3.45 % โดยพบในเชื้อ *E. coli* สูงกว่า *Klebsiella spp.* ซึ่งต่างจากงานวิจัยอื่นๆ ที่จะพบเชื้อ CRE ใน *Klebsiella spp.* สูงกว่าเชื้อชนิดอื่นๆ ได้แก่ รายงานของโรงพยาบาลราชวิถีในปี พ.ศ. 2558 พบเชื้อ CRE ทั้งหมด 411 สายพันธุ์ และพบเป็นเชื้อ *K. pneumoniae* มากที่สุดเป็นจำนวนกว่า 290 สายพันธุ์ (ประกายทิพย์ ทองคุ้ม และคณะ. 2560) และมีการศึกษาการระบาดวิทยาของการติดเชื้อ Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อ Carbapenems จากเครือข่าย CRE ประเทศจีน พบการติดเชื้อ CRE ทั้งหมด 664 สายพันธุ์ และพบมากที่สุดเป็นเชื้อ *K. pneumoniae* (73.90 %), *E. coli* (16.60 %) และ *E. cloacae* (7.10 %) ตามลำดับ (Zhang Y and Teamwork. 2018) การพบเชื้อ *E. coli* ที่ดื้อยา Carbapenems สูงมากกว่าปกติในปี พ.ศ. 2560 ในการศึกษาพบว่ามีสาเหตุจากการระบาดของเชื้อดื้อยาภายในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนัก



ต่อมาโรงพยาบาลตราดเริ่มมีความตระหนักเกี่ยวกับการพบเชื้อ CRE เนื่องจากมีข้อมูลการรายงานพบเชื้อในกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ต้องต่อยากลุ่ม Carbapenems ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงได้ส่งตรวจยืนยันชนิดของเชื้อและชนิดของเอนไซม์ Carbapenemases จำนวน 10 ราย ซึ่งพบเป็นเอนไซม์ NDM-1 มากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในปี พ.ศ. 2555 ที่พบผู้ป่วยติดเชื้อ CRE 15 สายพันธุ์และพบว่าเกิดจากการสร้างเอนไซม์ชนิด NDM-1 ทั้งหมด (ภาวินี วงศ์ประสิทธิ์ และคณะ. 2555) การส่งตรวจยืนยันชนิดของเชื้อและตรวจชนิดของเอนไซม์ Carbapenemases ถึงแม้ว่าจะเป็นตัวแทนของตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยแต่ก็ทำให้ทราบว่าในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตราดและพบเป็นเชื้อ CRE มีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดจากการสร้างเอนไซม์ชนิด NDM-1 แต่เนื่องจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง จึงไม่ได้มีการส่งตรวจทาง molecular เพื่อยืนยันการระบาด อย่างไรก็ตามจากการศึกษาข้อมูลผลการทดสอบความไวต่อยาพบว่า เชื้อกลุ่มนี้มีรูปแบบของการดื้อยาที่เหมือนกันทุกกลุ่มยา ซึ่งอาจจะพอดาคาดการณ์ได้ว่าน่าจะมีการระบาดเกิดขึ้นจริงในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลตราดมีมาตรการควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยาในปี พ.ศ. 2560 และก่อนหน้านี้นี้ก็ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลให้พบการระบาดและพบเชื้อดื้อยาดังกล่าวสูงขึ้น โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาคาดว่าเกิดจากการแพร่กระจายเชื้อผ่านทางบุคลากรโดยการปนเปื้อนเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วย สิ่งของเครื่องใช้หรือพื้นผิวสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาสีเขียวสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวผู้ป่วยเอง ที่สามารถถ่ายทอดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพมาสู่ผู้ป่วยทางอ้อมได้ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ. 2556) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยจากการที่ห้องปฏิบัติการในบางครั้งมีการแจ้งผลการพบเชื้อดื้อยาที่ช้าหรือขาดการแจ้งเตือนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่ลุกลาม

สรุปผล

จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบความชุกของเชื้อ CRE มีแนวโน้มสูงขึ้นใน 4 ปีคือ ปี พ.ศ. 2557-2560 และลดลงในปีที่ 5 พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2560 ได้มีการทบทวนข้อกำหนดทำความเข้าใจที่ถูกต้องต่อแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด ให้มีระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมและติดตามการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลการดื้อยาของเชื้อ CRE ให้แก่บุคลากรภายในโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้ตระหนักถึงความรุนแรงของเชื้อดื้อยา มีมาตรการการควบคุมการระบาดอย่างเข้มงวดโดยให้มีการแยกผู้ป่วย มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดทั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย รมรงค์แพทย์ให้มีการเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยมีเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยเป็นที่ปรึกษาในการใช้ยาส่งผลให้การใช้ยาในกลุ่ม Carbapenems ลดลง รวมทั้งทางห้องปฏิบัติการมีระบบการแจ้งเตือนทางคอมพิวเตอร์ในทันทีที่พบในทุกรายที่มีการประเมินแล้วคิดเป็น 100 % ทำให้อัตราการพบเชื้อ CRE ลดลงอย่างมาก และพบอยู่ที่ 2.32 % ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการควบคุมและเฝ้าระวังการแพร่กระจายของเชื้อ CRE อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดปัญหาเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลตราดและเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลอื่นๆ ที่กำลังประสบปัญหาจากเชื้อดื้อยา กลุ่มนี้ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของการใช้ยาในการทดสอบ ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าควรเพิ่มยา Ertapenem ในการทดสอบหาเชื้อ CRE ซึ่งห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา โรงพยาบาลตราด จากเดิมที่เป็นการทดสอบกับยา Imipenem หรือ Meropenem เท่านั้นที่ทำให้การพบเชื้อ CRE น้อยกว่าความเป็นจริง

จากข้อมูลสถานการณ์เชื้อดื้อยาในการศึกษาคั้งนี้ ทำให้ได้สะท้อนถึงปัญหาเชื้อดื้อยาของประเทศไทยที่นับวัน



ยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น จนในที่สุดการพัฒนายาใหม่เพื่อการรักษาที่ได้ผลอาจไม่ทันต่อการควบคุมเชื้อดื้อยาที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว การควบคุมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาโดยเฉพาะในโรงพยาบาล เป็นมาตรการสำคัญในการชะลอปัญหาเชื้อดื้อยาที่ผู้วิจัยเห็นว่า ควรมีมาตรการอย่างเคร่งครัด อาทิเช่น มีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาอย่างชัดเจน ด้วยการกำหนัดแ้ว แยกของใช้ผู้ป่วย และเคร่งครัดในการล้างมือทั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการพัฒนามาตรฐานห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาในการตรวจหาเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อดื้อยา เป็นปัจจัยที่จะทำให้สามารถเลือกใช้อย่างเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และนำไปสู่การไม่ใช้ยาที่มีฤทธิ์ครอบคลุมกว้าง (broad spectrum antibiotics) โดยไม่จำเป็น รวมทั้งการจัดทำแบบแผนความไวของเชื้อก่อโรคต่อยาต้านจุลชีพ (antibiogram) ที่มีคุณภาพจะช่วยให้แพทย์ในสถานพยาบาลนั้นๆ มั่นใจที่จะใช้เป็นแนวทางในการเลือกใช้อย่างเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยเป็นการเบื้องต้นก่อนทราบผลการเพาะหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด ที่ให้โอกาสและสนับสนุนส่งเสริมความรู้ด้านวิชาการ ขอบคุณทพ. สมพร จาริกกลาง หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เจ้าหน้าที่งานสารสนเทศ และเจ้าหน้าที่งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลตราด ที่ได้สนับสนุนข้อมูลในการศึกษาวิจัย และสุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรอบรมเทคนิคการแพทย์เฉพาะทาง 16 หน่วยกิต สาขาจุลชีววิทยาแขนงวิชาแบคทีเรียดื้อยา มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ ที่มีประโยชน์ตลอดการศึกษาทำให้การศึกษาริชัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Arsheewa, Weewan. (2016). Prevalence of Carbapenemase Enzyme in Clinical Isolates of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae from Prapokklao Hospital in 2012 – 2013. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 33(4): 314-325. (in Thai).
- Castanheira M, Mendes RE, Woosley LN, Jones RN. (2011). Trends in Carbapenemase-Producing *Escherichia coli* and *Klebsiella spp.* from Europe and the Americas: Report from the SENTRY Antimicrobial Surveillance Programme (2007–09). J Antimicrob Chemother. 66(6): 1409–1411.
- Kumarasamy KK, Toleman MA, Walsh TR, Bagaria J, Butt F, Balakrishnan R. (2010). Emergence of a New Antibiotic Resistance Mechanism in India, Pakistan, and the UK: a Molecular, Biological, and Epidemiological Study. Lancet Infect Dis. 10(9): 597–602.
- Lim C, Takahashi E, Hongsuwan M, Wuthiekanun V, Thamlikitkul V, Hinjoy S. (2016). Epidemiology and Burden of Multidrug-Resistant Bacterial Infection in a Developing Country. Elife. 5: e18082.
- Livermore DM. (2012). Current Epidemiology and Growing Resistance of Gram-Negative Pathogens. Korean J Intern Med. 27(2): 128.
- NARST: National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand. Retrieved March 29, 2019, from <http://narst.dmsc.moph.go.th/data/map2561.pdf> (in Thai).
- Netikul, Thidarat and Kiratisin, Pattarachai. (2015). Genetic Characterization of



- Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae and the Spread of Carbapenem-Resistant *Klebsiella pneumoniae* ST340 at a University Hospital in Thailand. *PLoS One*. 10(9): e0139116. (in Thai).
- O'Neill J. (2016). Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations: The Review on Antimicrobial Resistance Chaired By Jim O'Neill. Wellcome Trust HM Gov Lond.
- Rimrang, Benchamas and Teamwork. (2012). Emergence of NDM-1- and IMP-14a-producing Enterobacteriaceae in Thailand. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 67(11): 2626–2630. (in Thai).
- Thongkoom, Prakaithip and Teamwork. (2017). Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae at Rajavithi Hospital: Results of a Microbiology Laboratory Program (2009-2015). *Journal of Medical Association of Thailand*. 100(1): 212-220. (in Thai).
- Unahalekhaka, Akeau. (2013). Epidemiology and Evidence-Based Practice Guideline in Prevention of Hospital-Associated Infection. Chiang Mai: Mingmuangnavarat Company LTD. (in Thai).
- Wongpravit, Pawinee and Teamwork. (2012). Epidemiology and Clinical Review of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae New Delhi Metallo-Betalactamase (NDM-1) in Buriram. *Khon Kaen Medical Journal*. 36(3): 46–51. (in Thai).
- Xia Y, Liang Z, Su X, Xiong Y. (2012). Characterization of Carbapenemase Genes in Enterobacteriaceae Species Exhibiting Decreased Susceptibility to Carbapenems in a University Hospital in Chongqing, China. *Ann Lab Med*. 32(4): 270–275.
- Yong D, Toleman MA, Giske CG, Cho HS, Sundman K, Lee K. (2009). Characterization of a New Metallo-Beta-Lactamase Gene, bla(NDM-1), and a Novel Erythromycin Esterase Gene Carried on a Unique Genetic Structure in *Klebsiella pneumoniae* Sequence Type 14 from India. *Antimicrob Agents Chemother*. 53(12): 5046–5054.
- Zhang Y, Wang Q, Yin Y, Chen H, Jin L, Gu B. (2018). Epidemiology of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae Infections: Report from the China CRE Network. *Antimicrob Agents Chemother*. 62(2).



ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่องนพินบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Health Literacy and Health Behaviour, 3Aor 2Sor, for the
Village Health Volunteers (VHVs) : Case study of Hintok
Sub-district, Ronphibun District, Nakhon Si Thammarat Province

อารีย์ แร่ทอง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่องนพินบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

การวิจัยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส และความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ประชากรที่ศึกษาเป็น อสม. ตำบลหินตก อำเภอร่องนพินบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบง่าย ขนาดตัวอย่าง 183 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ Pearson Chi -square และ Pearson Correlation

ผลการศึกษา พบว่าอสม.ส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้คือมีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ร้อยละ 62.84 มีความรอบรู้ในระดับไม่ดีคือมีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนร้อยละ 30.6 และระดับดีมากคือมีความฉลาดทางสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องและยังยืนยันจนเชี่ยวชาญร้อยละ 6.56 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส อยู่ในระดับพอใช้คือมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณเพียงพอร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีคือเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้น้อยและไม่ค่อยถูกต้องร้อยละ 30.1 และระดับดีมากคือมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณมากเพียงพอต่อสุขภาพที่ดีอย่างยืนยันจนเชี่ยวชาญร้อยละ 3.3 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($P=.026$) โดย อสม.ที่มีอายุ 15-45 ปี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับพอใช้ ร้อยละ 66.67 และอายุ ≥ 46 ปีขึ้นไปมีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 60.68 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r=.539$)

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ / พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส



Abstract

The research of Health Literacy and Health Behavior, 3Aor 2Sor principle was a survey research that aims to study for health literacy and health behavior, 3Aor 2Sor and Personal factors that are related to health literacy, 3Aor 2Sor principle including study the relationship of health literacy and health behavior. The instrument used was the questionnaire of health literacy and health behavior, 3Aor 2Sor principle for the sample group who aged 15 years and over of the Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. The samples researched were 183 Village Health Volunteers in Hintok Sub-district, Ronphibun District, Nakhon Si Thammarat Province by simply random, analyze data using descriptive statistics such as, frequency value, percentage value, mean, standard deviation and inferential statistics by using Pearson Chi – square and Pearson correlation statistics.

The results of the study showed that most Village Health Volunteers had moderate level of health literacy that was adequate health intelligence as 3Aor 2Sor principle of 62.84 percent, poor level of in adequate health intelligence 30.6 percent, and excellent level for adequate health intelligence as 3Aor 2Sor principle sustainably until expert 6.56 percent, while health behaviors as 3Aor 2Sor principle were at moderate level that was adequate health behaviors of 66.7%, poor level of less and incorrect in health behaviors 30.1%, and excellent level for health behaviors as 3Aor 2Sor principle sustainably until expert 3.3 percent. The age of personal factors related to statistic significantly with health literacy, 3Aor 2Sor principle at significant level 0.5 ($P = .026$). The Village Health Volunteers who aged 15-45 years old were moderate health literacy of 66.67 percent, and aged 46 up were moderate health literacy of 60.68 percent. The results of the relationship analysis of health literacy and health behaviour, 3Aor 2Sor principle revealed that health literacy had a positive relationship at a moderate level with significant health behavior, 3Aor 2Sor principle at the level of 0.01 ($r=.539$)

Keywords : Health Literacy/ Health Behavior, 3Aor 2Sorprinciple



บทนำ

สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกพื้นที่ คนไทยทุกกลุ่มวัยต้องเผชิญกับภัยคุกคามจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วล้วนมีสาเหตุสำคัญมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงร่วม 3อ 2ส (พฤติกรรมออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สูบบุหรี่ และสุรา) ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของประชาชนที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (ปัจจัยนำ) เช่น ความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ และปัจจัยแวดล้อม (ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม) อย่างเหมาะสมในการพัฒนาปัจจัยภายในจะต้องปลูกฝังให้ประชาชนเกิด “Health Literacy” หรือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งหมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมิน และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ การพัฒนา Health Literacy จึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลและเป็นการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน (การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการกระทรวงสาธารณสุข, 2558 หน้า 2) ซึ่งในปัจจุบันมีข้อมูลทางวิชาการที่ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลกระบุไว้ว่าความรู้ด้านสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ซึ่งการมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคน้อยลง ทำให้การเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น เนื่องจากบุคคลไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ที่ถูกต้อง ทำให้ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาประชาชนให้มีความรู้ด้านสุขภาพ ที่เป็นกระบวนการพัฒนาทักษะทางด้านปัญญา (Cognitive Skills) และทักษะทางสังคม (Social Skills) อันจะก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถ

ของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ (การส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการกระทรวงสาธารณสุข, 2561 หน้า 1) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2556 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส เพื่อลดการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้เพิ่มอายุคาดเฉลี่ย กองสุศึกษา จึงได้ดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยในกลุ่มวัยทำงาน เน้นพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส มาจนถึงปัจจุบัน โดยมี อสม. เป็นบุคคลสำคัญที่จะทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้น การดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำเป็นที่จะต้องอาศัย อสม. เป็นแกนหลักในการเชื่อมประสาน เป็นผู้นำในการดำเนินงานและสร้างการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของชุมชน จนทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ เห็นคุณค่า และมีทัศนคติที่ดีต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่จะทำหน้าที่ต่อยอดการดูแลสุขภาพจาก อสม.เข้าไปในครัวเรือน (การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก อสม. สู่อสม. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ ,2560 หน้า 8)

อำเภอรัตนพิบูลย์ ได้มุ่งเน้นสร้างเสริมสุขภาพ 3อ 2ส เพื่อแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกำหนดเป็นนโยบายของอำเภอ มีการควบคุมกำกับ ติดตามการปฏิบัติงานในระดับตำบล หมู่บ้าน ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย มี อสม. เป็นชุมพลหลักในการขับเคลื่อนซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ดีกว่าประชาชนทั่วไปด้วยกระบวนการอบรม ประชุม และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงได้ศึกษาวิจัยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุข ขึ้น เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพภาคประชาชน และสามารถถ่ายทอดความรู้สู่บุคคลอื่นได้ อันจะนำไปสู่ชุมชน สังคมสุขภาพดี ลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุข
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุข

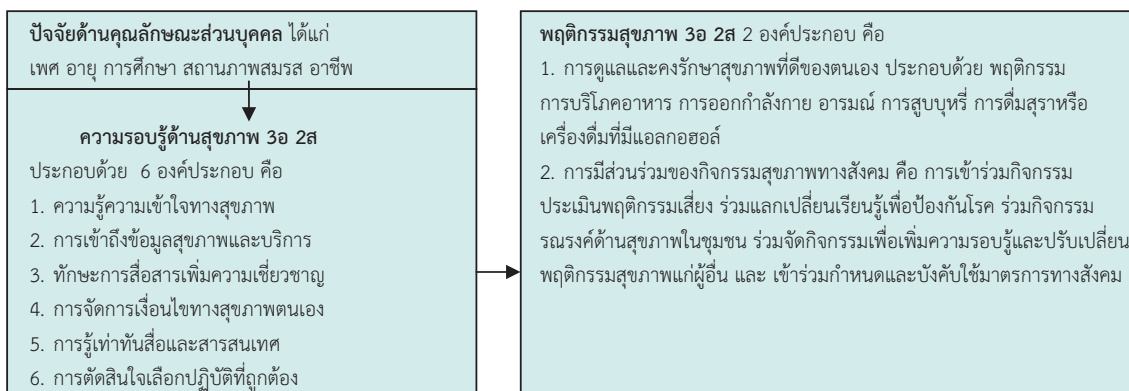
สมมติฐานในการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2561
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มี อสม. ทั้งหมด 336 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน ประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5 % และระดับความเชื่อมั่น 95 % ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 181 คน และเพื่อให้ได้ตามสัดส่วนที่เหมาะสมของอสม.แต่ละหน่วยบริการ จึงขอเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 183 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในหน่วยบริการทุกแห่งในตำบลหินตก อ.ร่อนพิบูลย์ จ.นครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



การวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการกระทรวงสาธารณสุข มาประยุกต์ใช้ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหาความเหมาะสมในการใช้ภาษา ความชัดเจนของแบบสอบถาม การเรียงลำดับคำถาม เวลาที่ใช้ตอบแบบสอบถาม แล้วจึงนำมาวิเคราะห์เพื่อหาคุณภาพของแบบสอบถาม วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง ได้ค่าความเชื่อมั่นของมาตรวัดเท่ากับ 0.71 แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 9 ข้อ ได้แก่ จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติการเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส เป็นการประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส คือ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ วิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองจากหลายๆ แหล่ง



องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส คือ การสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลทางสุขภาพ สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจ และสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการเงินไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส คือ การสามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ และมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวตัวเองเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส คือ ความสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ สามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น

องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส คือ การกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ได้สุขภาพดี การใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีปฏิบัติ สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง เป็นการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม การบริโภคผักและผลไม้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์ ทักษะการคลายเครียด ทักษะการจัดการกับปัญหาตนเอง พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นหรืออยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

องค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคต่างๆ การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชน การเข้าร่วมจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้อื่น การเข้าร่วมกำหนดและบังคับใช้มาตรการทางสังคมในการดูแลสุขภาพ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สัมภาษณ์ ซึ่งได้ทำความเข้าใจกับผู้เก็บข้อมูล

เกี่ยวกับแบบสอบถามทั้งหมดที่ต้องการศึกษา เก็บข้อมูลในเดือน พฤศจิกายน 2561 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และนำมาถ่ายรหัส บรรจุข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติ Pearson Chi -square และ Pearson Correlation

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 62.3 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 37.7 เป็นเพศชาย ร้อยละ 32.2 เพศหญิง ร้อยละ 67.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 82.5 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 14.8 นับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 2.7 อายุ 15-45 ปี ร้อยละ 36.1 อายุ มากกว่า 45 ปี ร้อยละ 63.9 มีสถานภาพสมรสและคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกันและไม่ได้อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 79.8 สถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 20.20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.8 สูงกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 61.2 มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง และเป็นแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 82.5 ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้คือเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส. ได้ถูกต้องบ้างร้อยละ 62.84 มีความรอบรู้ในระดับไม่ดีคือเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ร้อยละ 30.6 และระดับดีมากคือเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ เพียงร้อยละ 6.56

ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้คือเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณเพียงพอแต่ถูกต้องบ้าง ร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีคือเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้น้อยและไม่ค่อยถูกต้องร้อยละ 30.1

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส รายองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เกี่ยวกับหลัก การปฏิบัติตาม 3อ 2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ถูกต้องมากที่สุดเรื่องการรับประทานขนมหวานเป็น



ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน รองลงมาคือเทคนิคการออกกำลังกายคือการอบอุ่นร่างกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับพอใช้คือรู้และเข้าใจในหลัก 3อ 2ส อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีที่ยั่งยืน ร้อยละ 57.92

2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับพอใช้มากที่สุดคือสามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้ ร้อยละ 38.8

3. ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการสื่อสารในระดับไม่ดีคือยังมีปัญหาด้านทักษะการฟังการอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตน ร้อยละ 59.0

4. ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเองในระดับพอใช้มากที่สุด คือมีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและการจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.4

5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้เท่าทันสื่อในระดับไม่ดีมากที่สุดคือยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่ต้องคิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน ร้อยละ 47.5

6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตัดสินใจ ในระดับดีมากคือ มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ที่เกิดผลดี ต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด ร้อยละ 55.2

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส รายองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบดังนี้

1. ด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมในระดับไม่ดีคือไม่ได้เข้าหรือแทบไม่ได้ร่วมกิจกรรม

ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม./แกนนำสุขภาพจัดขึ้น ร้อยละ 41.0 รองลงมาระดับพอใช้คือเข้าร่วมกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม./แกนนำสุขภาพ จัดขึ้นได้เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.2

2. ด้านการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเองในระดับพอใช้คือมีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 57.9 รองลงมาพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส ในระดับไม่ดี ร้อยละ 37.2

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (P=.026) โดย อสม.ที่มีอายุ 15-45 ปี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ส่วนใหญ่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 66.67 และ อสม.ที่มีอายุ ≥ 46 ปี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ส่วนใหญ่ระดับพอใช้ ร้อยละ 60.68 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพ 3อ 2ส คือ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และ อาชีพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 (P= .539)

อภิปรายผล

จากการศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของตำบลหินตก อำเภอรัตนบุรี จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 62.84 รองลงมา มีความรอบรู้ในระดับไม่ดี ร้อยละ 30.6 และ ระดับดีมาก เพียงร้อยละ 6.56 สอดคล้องกับผลการศึกษาของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 8 กระทรวงสาธารณสุข (2558) พบว่า ประชาชนวัยทำงาน 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีความรอบรู้

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (n =183)

ช่วงคะแนน	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ได้ 66 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	56	30.6
ได้ 67-87 คะแนน หรือ $\geq 60 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	115	62.84
ได้มากกว่า 88 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	12	6.56

\bar{X} =71.94 S.D.=9.07 Min=52 Max=93



ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง(ดี) (ร้อยละ 47.1) และระดับต่ำ(ไม่ดี) (ร้อยละ 49.7) มีเพียงส่วนน้อยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง(ดีมาก) (ร้อยละ 13.2) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม.มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้น้อย และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง ภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง

สำหรับผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 30.1 และระดับดีมาก เพียงร้อยละ 3.3 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 8 กระทรวงสาธารณสุข (2558) พบว่า ประชาชนวัยทำงาน 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส อยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด (ร้อยละ 47.8) ระดับพอใช้ (ร้อยละ 27.5) ส่วนน้อยอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 24.6) จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อสม.ส่วนน้อยมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมากเพียงพอต่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ และเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้

ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส จำแนกระดับรายองค์ประกอบ จะเห็นว่า องค์ประกอบด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 59.0 และ 47.0 ตามลำดับ ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 57.92, 40.0 และ 38.8 ตามลำดับ ส่วนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตัดสินใจ ในระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 55.2 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส รายองค์ประกอบจะเห็นว่าด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมในระดับไม่ดีคือไม่ได้เข้าหรือแทบไม่ได้ร่วมกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่

สาธารณสุข/อสม./แกนนำสุขภาพจัดขึ้นร้อยละ 41.0 รองลงมาระดับพอใช้ ร้อยละ 32.2 ด้านการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเองในระดับพอใช้คือมีพฤติกรรมกรปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้อง เป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 57.9 และระดับไม่ดี ร้อยละ 37.2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($P = .026$) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส คือเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ ซึ่งผลการศึกษามีความแตกต่างกับผลการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรุ ประเสริฐศรี (2558) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ($\chi^2=3.16$; $p=.205$) มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความฉลาดทางสุขภาพ ($\chi^2 = 7.59$; $p < .05$)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ $p < .01$ ($r = .539$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรุ ประเสริฐศรี (2558) พบว่าความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .462$; $p < .01$) อรุณี หล้าเขียว, ดร.ทวิวรรณ ชาลีเครือ (2557) ได้ศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01($r=0.227$, $P\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส (n =183)

ช่วงคะแนน	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ได้ 35 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	55	30.1
ได้ 36-47 คะแนน หรือ $\geq 60 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	122	66.7
ได้มากกว่า 48 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	6	3.3

$\bar{X} = 38.97$ S.D.=5.30 Min=24 Max=50



ตารางที่ 3 แสดงร้อยละการจัดกลุ่มจำแนกรายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3๑ 2๘ (n=183)

องค์ประกอบ	ระดับไม่ดี	ระดับพอใช้	ระดับดีมาก	\bar{x}	Std.
	ได้คะแนน	ได้คะแนน	ได้คะแนน		
	<60%	≥ 60 - <80%	≥ 80%		
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	31.1	57.92	10.92	6.27	2.15
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3๑ 2๘	32.8	38.8	28.4	12.58	2.03
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3๑ 2๘	59.0	29.5	11.5	11.20	2.10
4. การจัดเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3๑ 2๘	35.0	40.4	24.6	13.54	3.01
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3๑ 2๘	47.5	32.8	19.7	12.59	3.70
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3๑ 2๘	6.6	38.3	55.2	15.73	2.09

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละการจัดกลุ่มจำแนกรายองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ 3๑ 2๘ (n =183)

องค์ประกอบ	ระดับไม่ดี	ระดับพอใช้	ระดับดีมาก	\bar{x}	Std.
	ได้คะแนน	ได้คะแนน	ได้คะแนน		
	<60%	≥ 60 - <80%	≥ 80%		
1. การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม	41.0	32.2	26.8	13.46	3.66
2. ระดับการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง	37.2	57.9	4.9	25.50	3.78

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3๑ 2๘ (n=183)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3๑ 2๘			p-value	
	ไม่ดี(n/%)	พอใช้(n/%)	ดีมาก(n/%)		
เพศ	- ชาย	23(38.98)	34(57.63)	2(3.39)	0.157
	- หญิง	33(26.61)	81(65.32)	10(8.06)	
อายุ	15 - 45 ปี	22(33.33)	44(66.67)	-	0.026
	≥ 46 ปี	34(29.06)	71(60.68)	12(10.26)	
การศึกษา	- ประถมศึกษา	25(35.21)	39(54.93)	7(9.86)	0.143
	- สูงกว่าประถมศึกษา	31(27.68)	76(67.86)	5(4.46)	
สถานภาพสมรส	- สมรสและคู่สมรสอยู่ด้วยกันและไม่ได้อยู่ด้วยกัน	45(30.82)	93(63.70)	8(5.48)	0.503
	- โสด หม้าย หย่า แยก	11(29.73)	22(59.46)	4(10.81)	
อาชีพ	- เกษตรกรรม รับจ้าง แม่บ้าน	44(29.14)	96(63.58)	11(7.28)	0.503
	- ค้าขาย ข้าราชการ พนักงานโรงงาน	12(37.50)	19(59.38)	1(3.13)	

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๑ 2๘ (n=183)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3๑ 2๘	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
	พฤติกรรมสุขภาพ 3๑ 2๘.	
	.539**	.000

สรุปผล

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๑ 2๘ กรณีศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบล หินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้คือ มีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก

3๑ 2๘ ร้อยละ 62.84 มีความรอบรู้ในระดับไม่ดีคือ มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน ร้อยละ 30.6 และระดับดีมากคือมีความฉลาดทางสุขภาพ ที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3๑ 2๘ ได้ถูกต้อง และยังยืนยันจนเชี่ยวชาญร้อยละ 6.56 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3๑ 2๘ อยู่ในระดับพอใช้คือมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3๑ 2๘



ได้ปริมาณเพียงพอร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี คือเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้น้อยและไม่ค่อยถูกต้องร้อยละ 30.1 และระดับดีมากคือมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณมากเพียงพอต่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนจนเชี่ยวชาญร้อยละ 3.3 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (P=.026) โดย อสม.ที่มีอายุ 15-45 ปี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับพอใช้ ร้อยละ 66.67 และอายุ ≥ 46 ปีขึ้นไปมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ร้อยละ 60.68 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 (r=.539)

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นต้นแบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และมีบทบาทเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ยังคงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง ยั่งยืนและเชี่ยวชาญ และซึ่งส่งผลต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความสามารถในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ อสม. มีความมั่นใจในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในชุมชน และประชาชน มีความเชื่อมั่น ศรัทธาในตัว อสม.มากขึ้น อำเภอกควรกำหนดแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างชัดเจน ต่อเนื่อง โดยเน้นการให้ความรู้ด้านการสื่อสารแลกเปลี่ยนเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การเข้าถึงสื่อข้อมูลสารสนเทศ เพื่อประกอบการตัดสินใจปฏิบัติตนให้ถูกต้องมากขึ้น และอบรมให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการจัดการปัจจัยเสี่ยง 3อ 2ส ในชุมชน โดยชุมชนจัดการตนเองอันจะนำไปสู่ชุมชน สังคมสุขภาพดี ลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). Strengthening health Literacy from Village Health Volunteers to Foreign Health Volunteers: page 3, 7-8, 39-43.

- Ginggeaw, S. and Prasertsri, N. (2015). The relationship between Health Literacy and Health Behaviors of the elderly with multiple chronic diseases. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. Page 25(3):43-54. (Thai Version)
- Kaewtong, N. et al., (2014). Health literacy of risky group in hypertension at Bannonghoi health promoting hospital, Sakaeo province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. Page 30(1): 45-56. (Thai Version)
- Khumthong, T. et al., (2016). Factors Influencing Health Literacy for risky people of Diabetes and Hypertension of UthaiThani and Ang Thong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*. Page 3(6) : 67-85.
- Lhakieow, A. and Chaleekreur, T. (2014). Health literacy and factors related to medication among patients with hypertension in Ban PiangLuang health promoting hospital, Chiang Mai Province. *Academic report and the national and international research presentations, national group science*. Page 1(6): 635-649.
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, (2015). Assessment and promotion of health literacy: page 2, 6, 7.
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). Strategies for promoting health Literacy and health behaviour: page 5-6.
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). Promoting the development of health literacy and health behavior: page 12, 13, 14.
- The Regional Health Service Support Office 8 (2015). *The Conclusion of Health Literacy and Health Behaviour in 2 age-group of Regional Health 8*. Searched on July 14, 2018, from the website <http://enzymeman77.blogspot.com/2015/10/health-literacy-8.htm>.



ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ

HEALTH LITERACY FACTORS INFLUENCING ON HEALTH BEHAVIOR OF POPULATION IN BUENG KAN PROVINCE

ภมร ดรุณ ประกันชัย ไกรรัตน์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนจังหวัดบึงกาฬที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 13,265 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ มีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมี 6 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ตัวแปรปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 27.3 ($R^2=0.273$) ดังนั้น ควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองก่อนเป็นลำดับแรกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ



Abstract

This cross-sectional analytic research were to study health literacy level, health behavior level, health literacy factors influencing on health behavior level of population in Bueng Kan Province. The samples were 13,265 people aged 15 years and above in Bueng Kan Province. Data collection was performed by questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics using frequency, percentage, mean, standard deviation. Inferential statistics using multiple regression analysis was applied to analyze the influence of health literacy factors on health behavior level. The results revealed that the average overall health literacy of the samples was at fair level. The average health behavior was at good level. Health literacy factors influencing on health behavior comprised 6 components sorted by weight of regression coefficient, including self-management, access to health information and service, right decision, media and information literacy, health cognition, health communication. All 6 variables can predict health behavior level of the samples accounted for 27.3% ($R^2=0.273$). Therefore, people in Bueng Kan Province should be developed in first priority on self-management skill for health behavior modification.

Keywords : health literacy, health behavior



บทนำ

สังคมไทยในยุคปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าขึ้นเป็นอย่างมาก มีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัย มีการแข่งขันทางเศรษฐกิจที่สูง ทำให้ประชาชนคนรุ่นใหม่มีความเครียด กัดดัน เร่งรีบในชีวิตประจำวัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีความเครียดรับประทานอาหารแบบจวนด่วนมากขึ้น บริโภคผัก ผลไม้ และอาหารตามธรรมชาติลดลง รวมไปถึงการดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียดที่มากขึ้น จากการสำรวจสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตาม 3๐2ส ของคนไทยในปี พ.ศ. 2558 พบว่าคนไทยวัยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงใน 6 พฤติกรรม ตามลำดับ คือ (1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมที่คนไทยเสี่ยงมากที่สุด คือ พฤติกรรมไม่บริโภคผักและผลไม้อย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมหรือ 5 กำมือต่อวัน ร้อยละ 81.3 (2) พฤติกรรมสูขอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมที่เสี่ยงมากที่สุด คือ ไม่ใช้ช้อนกลางและพฤติกรรมไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนกินอาหาร ร้อยละ 62.2 (3) พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมที่เสี่ยงมากที่สุด คือ ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 41.8 (4) พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงมากที่สุด คือ รู้สึกคิดมากหรือกังวลใจจนทำให้นอนไม่หลับ ร้อยละ 27.5 (5) พฤติกรรมการดื่มสุรา คนไทยมีพฤติกรรมการดื่มสุราทุกชนิด ร้อยละ 22.9 (6) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ คนไทยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.9 (สุภาวิณี แสงเรือน, 2559) พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งหมดที่กล่าวมาทำให้คนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีอัตราป่วยด้วยโรคดังกล่าวคิดเป็น 7,400.8, 15,605.4, 533.3 และ 660.5 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ในปี 2561 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และคนไทยมีแนวโน้มเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น โดยเป็นสาเหตุการตายในลำดับที่ 1, 2 และ 4 ตามลำดับในปี 2560

คิดเป็นอัตราราย 117.6, 47.8 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งหลายเกิดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะหรือความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (Nutbeam, 2000; Pleasant & Kuruvilla, 2008) บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะประสบปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีสภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น และต้องใช้บริการสุขภาพหรือเข้าโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น (Mancuso, 2008; Martin et al., 2009) จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง 3๐2ส ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.4 รองลงมาคือระดับพอใช้ ร้อยละ 39.0 และระดับดีมากมีเพียงร้อยละ 1.6 (สำนักงานเลขาธิการสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559) แสดงให้เห็นว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน ทำให้คนไทยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เป็นปัญหาสำคัญที่สังคมไทยต้องให้ความสำคัญตระหนักและหาแนวทางป้องกันแก้ไขต่อไป

จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย 8 อำเภอ 53 ตำบล 617 หมู่บ้าน ข้อมูลปี 2561 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 424,211 คน เป็นประชากรในวัยทำงานขึ้นไป (อายุ 15 ปีขึ้นไป) จำนวน 340,894 คน ประชาชนส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคสำคัญ 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะลำไส้ อักเสบ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคกล้ามเนื้อ อักเสบ ตามลำดับ มีสาเหตุการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดบวม โรคติดเชื้อในกระแสเลือด และโรคเบาหวาน ตามลำดับ



(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ, 2562) จะเห็นได้ว่าประชาชนจังหวัดบึงกาฬมีแนวโน้มเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรม 3อ2ส ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ กินอาหารรสจัด ไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดกังวล รวมไปถึงการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำ อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬอย่างเป็นทางการ ทำให้ขาดข้อมูลที่จะสนับสนุนการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนจังหวัดบึงกาฬอันเนื่องมาจากพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนจังหวัดบึงกาฬต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2สของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ

3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2สของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ

กรอบแนวคิด

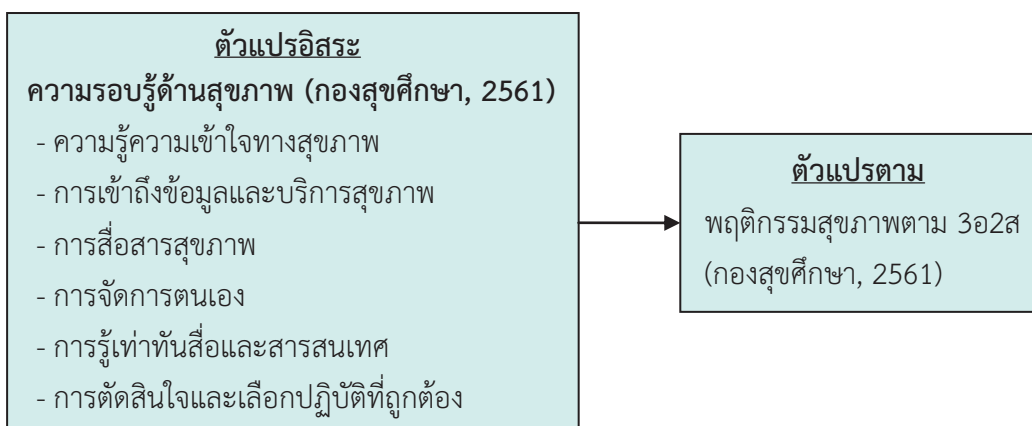
ผู้วิจัยได้นำแนวคิดองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา (2561) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มากำหนดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส แสดงดังภาพที่ 1

สมมติฐาน

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งหมด 6 องค์ประกอบมีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2สของกลุ่มตัวอย่างได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2สไปใช้พัฒนาประชาชนจังหวัดบึงกาฬตามประเด็นที่ขาดได้ ซึ่งจะทำให้ประชาชนจังหวัดบึงกาฬมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic research) ทำการศึกษาอยู่ในช่วงเดือนกรกฎาคม – เดือนตุลาคม 2561 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แนวคิด 3อ2ส ของกอง สุขศึกษา ในการวัดพฤติกรรม ได้แก่ การกินอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีอารมณ์แจ่มใส การไม่ดื่มสุรา และการไม่สูบบุหรี่ (กองสุขศึกษา, 2561)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ประชาชนจังหวัดบึงกาฬที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 340,894 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรร้อยละสำหรับการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีเกณฑ์ประชากรมากกว่าหลักหมื่นใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1-5 (วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, 2540) งานวิจัยนี้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4 ของประชากรทั้งหมด 340,894 คน คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13,636 คน การสุ่ม

ตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage cluster sampling) ขั้นตอนแรก สุ่มหมู่บ้านร้อยละ 25 จากจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดที่มีอยู่ในอำเภอ โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ทำการสุ่มทุกอำเภอทั้ง 8 อำเภอในจังหวัดบึงกาฬ ขั้นตอนต่อมา สุ่มเลือกประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 100 คน ต่อหมู่บ้าน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่วางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 15,100 คน แสดงดังตารางที่ 1

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขศึกษา (2561) ประกอบด้วย 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (5 ข้อ)

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ2ส (6 ข้อ)

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ2ส (10 ข้อ)

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ2ส (3 ข้อ)

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส (6 ข้อ)

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬอายุ 15 ปีขึ้นไป แยกรายอำเภอในจังหวัดบึงกาฬ

อำเภอ	จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	จำนวนตำบล	จำนวนหมู่บ้าน	ร้อยละ 25 ของจำนวนหมู่บ้าน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
เมือง	75,202	12	131	32	3,200
เซกา	70,011	9	136	34	3,400
โซ่พิสัย	59,848	7	95	23	2,300
พรเจริญ	32,305	7	58	14	1,400
ปากคาด	28,617	6	64	16	1,600
บึงโขงหลง	31,135	4	57	14	1,400
ศรีวิไล	33,084	5	51	12	1,200
บุ่งคล้า	10,692	3	25	6	600
รวม	340,894	53	617	151	15,100



ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามมาตรฐานนี้โดยมีได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระหรือข้อความแต่อย่างใดเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดบึงกาฬ

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมอบหมายให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้แจกแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 15,100 ฉบับ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดส่งคืนผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ติดตามแบบสอบถามที่ตอบกลับและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม สรุปลักษณะแบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 13,265 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 87.85 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมดมาทำการบันทึกให้รหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

การวิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์ของกอง สุขศึกษา (2561) ดังนี้

0.00 – 40.79 คะแนน หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส. ไม่ดี

40.80 – 47.59 คะแนน หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส. พอใช้

47.60 – 54.39 คะแนน หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส. ดี

54.40 – 68.00 คะแนน หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส. ดีมาก

การวิเคราะห์ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์ของกอง สุขศึกษา (2561) ดังนี้

0.00 – 17.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ไม่ดี

18.00 – 20.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. พอใช้

21.00 – 23.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ดี

24.00 – 30.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ดีมาก

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 7,713 คน (ร้อยละ 58.1) มีอายุระหว่าง 48-59 ปี พบมากที่สุดจำนวน 4,061 คน (ร้อยละ 30.6) รองลงมาคืออายุระหว่าง 37-47 ปี จำนวน 3,560 คน (ร้อยละ 26.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 9,871 คน (ร้อยละ 74.4) รองลงมาคือสถานภาพโสด จำนวน 1,944 คน (ร้อยละ 14.6) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 7,295 คน (ร้อยละ 55.0) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 2,547 คน (ร้อยละ 19.2) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน (ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป) จำนวน 9,805 คน (ร้อยละ 73.9) รองลงมาไม่มีอาชีพ/ทำงานบ้าน จำนวน 1,067 คน (ร้อยละ 8.0) ดังตารางที่ 2

ตอนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ด้านสุขภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.95 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ (40.80 – 47.59 คะแนน) โดยด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้องมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่มีสัดส่วนต่อคะแนนเต็มมากที่สุด คือ ร้อยละ 80.6 รองลงมา ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง คือ ร้อยละ 69.0 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และด้านการสื่อสารสุขภาพมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่มีสัดส่วนต่อคะแนนเต็มน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 63.0 ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=13265)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5,552	41.9
หญิง	7,713	58.1
อายุ		
15 - 25 ปี	1,200	9.0
26 - 36 ปี	2,156	16.3
37 - 47 ปี	3,560	26.8
48 - 59 ปี	4,061	30.6
60 ปีขึ้นไป	2,288	17.3
สถานภาพสมรส		
โสด	1,944	14.6
สมรส/คู่	9,871	74.4
หม้าย/หย่า/แยก	1,403	10.6
อื่น ๆ	47	0.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	559	4.2
ประถมศึกษา	7,295	55.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	2,547	19.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2,076	15.7
อนุปริญญา/ปวส.	331	2.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	457	3.4
อาชีพ		
ใช้แรงงาน (ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป)	9,805	73.9
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	996	7.5
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	382	2.9
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	230	1.7
นักเรียน/นักศึกษา	672	5.1
ไม่มีอาชีพ/ทำงานบ้าน	1,067	8.0
อื่น ๆ	113	0.9

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง แยกรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนน	
	\bar{x}	S.D.
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (เต็ม 6 คะแนน)	3.78 (63.0%)	1.24
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (เต็ม 10 คะแนน)	6.88 (68.8%)	1.92
3. การสื่อสารสุขภาพ (เต็ม 15 คะแนน)	9.45 (63.0%)	2.02
4. การจัดการตนเอง (เต็ม 15 คะแนน)	10.35 (69.0%)	2.55
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (เต็ม 10 คะแนน)	6.83 (68.3%)	2.14
6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (เต็ม 12 คะแนน)	9.67 (80.6%)	1.98
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (เต็ม 68 คะแนน)	46.95	7.84

หมายเหตุ ค่า % ในวงเล็บข้างหลังค่า \bar{x} หมายถึง ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยที่ได้ต่อคะแนนเต็มในด้านนั้น ๆ



เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3๑2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ จำนวน 4,384 คน (ร้อยละ 33.1) รองลงมา คือระดับดี จำนวน 3,917 คน (ร้อยละ 29.5) ส่วนระดับดีมากมีจำนวนน้อยที่สุด คือ 2,314 คน (ร้อยละ 17.4) ดังตารางที่ 4

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.11 ซึ่งอยู่ในระดับดี (21.00 – 23.99 คะแนน) โดยพฤติกรรมไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (\bar{x} = 4.20, S.D. = 1.19) รองลงมา คือพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่ (\bar{x} = 3.91, S.D. = 1.45) ส่วนพฤติกรรมกินผักและผลไม้สดสะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม มีระดับคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุด (\bar{x} = 3.44, S.D. = 1.05) ดังตารางที่ 5

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม

สุขภาพระดับดีมาก จำนวน 5,540 คน (ร้อยละ 41.8) รองลงมา คือระดับดี จำนวน 3,315 คน (ร้อยละ 25.0) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพระดับไม่ดีมีจำนวนน้อยที่สุด คือ 1,666 คน (ร้อยละ 12.5) ดังตารางที่ 6

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียงตามลำดับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ดังนี้ การจัดการตนเอง ($r=0.476$) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r=0.399$) การสื่อสารสุขภาพ ($r=0.340$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (0.329) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r=0.205$) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($r=0.178$) แสดงดังตารางที่ 7 ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านไปวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณต่อไป

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3๑2ส

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (0 – 40.79 คะแนน)	2,650	20.0
ระดับพอใช้ (40.80 – 47.59 คะแนน)	4,384	33.1
ระดับดี (47.60 – 54.39 คะแนน)	3,917	29.5
ระดับดีมาก (54.40 – 68 คะแนน)	2,314	17.4

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง แยกรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส	ระดับคะแนน	
	\bar{x}	S.D.
1. ควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด	3.56	1.17
2. กินผักและผลไม้สด สะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	3.44	1.05
3. ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก	3.45	1.09
4. มีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ	3.56	1.15
5. ไม่สูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่	3.91	1.45
6. ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.20	1.19
พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส รวม (เต็ม 30 คะแนน)	22.11	4.14



ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส

ระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (0 – 17.99 คะแนน)	1,666	12.5
ระดับพอใช้ (18.00 – 20.99 คะแนน)	2,744	20.7
ระดับดี (21.00 – 23.99 คะแนน)	3,315	25.0
ระดับดีมาก (24.00 – 30 คะแนน)	5,540	41.8

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส	
	r	p-value
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.178	0.000*
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.399	0.000*
การสื่อสารสุขภาพ	0.340	0.000*
การจัดการตนเอง	0.476	0.000*
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.329	0.000*
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.205	0.000*

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมดครบทั้ง 6 ด้าน เรียงตามค่าน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ผลทดสอบแสดงให้เห็นว่าตัวแปรปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน สามารถร่วมกันทำนายระดับ

พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่างโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 27.3 ($R^2=0.273$) ดังตารางที่ 8

จากข้อมูลในตารางที่ 7 สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

$$Y = 10.039 + 0.198X_1 + 0.297X_2 + 0.097X_3 + 0.486X_4 + 0.145X_5 + 0.242X_6$$

และจากการตรวจสอบความเป็นอิสระกันของตัวแปรปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่าตัวแปรทุกตัวมีค่าเป็นอิสระจากกัน พิจารณาจากค่า Tolerance ที่ไม่ต่ำกว่า 0.2 ทุกตัวแปร และค่า VIF ที่ไม่เกิน 10 ทุกตัวแปร



ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig	Collinearity Statistics	
	B	S.E.	Beta			Tolerance	VIF
ค่าคงที่	10.039	0.208		48.331	0.000		
การจัดการตนเอง (X ₃)	0.486	0.017	0.300	28.748	0.000*	0.504	1.984
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (X ₃)	0.297	0.021	0.138	14.036	0.000*	0.570	1.753
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (X ₃)	0.242	0.016	0.116	15.228	0.000*	0.953	1.050
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (X ₃)	0.145	0.017	0.075	8.435	0.000*	0.699	1.430
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (X ₃)	0.198	0.026	0.059	7.760	0.000*	0.936	1.069
การสื่อสารสุขภาพ (X ₃)	0.097	0.019	0.047	5.051	0.000*	0.630	1.588

R=0.522 R²=0.273 F=827.959 Sig=0.000

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งหมายถึงเป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนตาม 3อ2ส ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กองสุขศึกษา, 2561) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของชินตา เตชะวิจิตรจารุ และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ซึ่งหมายถึงเป็นผู้ที่สามารถดูแลสุขภาพตาม 3อ2ส ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งต้องปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (กองสุขศึกษา, 2561) ผลการวิจัยนี้สอดคล้อง

กับงานวิจัยของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบมีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่าองค์ประกอบทุกด้านมีอิทธิพลเรียงตามลำดับ ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อ



และสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของแจ่มจันทร์ วรรณปะเก และธนิดา ผาติเสนะ (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเรียงตามลำดับ ได้แก่ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลสูงที่สุดต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการจัดการตนเองเป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง (กองสุขศึกษา, 2561) เหตุที่องค์ประกอบนี้มีความสำคัญมากที่สุดก็เพราะเป็นการวางแผนเตรียมตัวเพื่อให้ตนเองปฏิบัติตามหลักพฤติกรรม 3๐2๕ ให้ได้มากที่สุด ในขณะที่องค์ประกอบอื่น ๆ จะเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสารด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเพียงกระบวนการที่จะเกิดความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพยังไม่นำไปสู่การวางแผนปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี

สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ มีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๐2๕ เฉลี่ยอยู่ในระดับดี และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบมีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๐2๕ โดยการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรรณรงค์ส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนจังหวัดบึงกาฬให้มากขึ้นผ่านวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การสื่อสารและรณรงค์ด้านสุขภาพ การกำหนดมาตรการทางสังคม การจัดปัจจัยเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ เป็นต้น เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าประชาชนจังหวัดบึงกาฬมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้

1.2 ควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ผ่านวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดโปรแกรมด้านสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติตามหลัก 3๐2๕ บันทึกความก้าวหน้า และเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบการจัดการตนเองเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายต่อพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๐2๕ สูงที่สุด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยการนำโปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มาใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬ และวัดผลก่อนหลังการทดลอง เพื่อเป็นการเปรียบเทียบว่าปัจจัยการจัดการตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริงหรือไม่

2.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกตำบล ในจังหวัดบึงกาฬ ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลในการทำวิจัย ขอขอบคุณนายประเสริฐ บินตะคุ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ที่ได้ให้คำแนะนำในการใช้สถิติ Multiple Regression Analysis ทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

Bueng Kan Provincial Public Health Office. (2019). *Document for Inspection and supervision of Ministry of Public Health in Bueng Kan Province Episode 1/2019*. Bueng Kan: Bueng Kan Provincial Public Health Office. (in Thai).



- Bureau of Information and Communication Technology, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2018). *Standard reports: Essential Non-communicable Diseases*. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11 (in Thai).
- Ginggeaw, S. & Prasertsri, N. (2015). The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 43-54. (in Thai).
- Health Education Division. (2018). *Promotion and evaluation of health literacy and health behavior*. Nonthaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Khampisut, J. (2018). Health literacy and health promotion behaviors of students in Naresuan University. *Journal of Educational Measurement, Mahasarakham University*, 24(1), 67-78. (in Thai).
- Mancuso, J. M. (2008). Health Literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248-255. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x.
- Martin, L. T., Ruder, T., Escarce, J. J., Ghosh-Dastidar, B., Sherman, D., Elliott, M., . . . Lurie, N. (2009). Developing predictive models of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), 1211-1216. doi: 10.1007/s11606-009-1105-7.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*, 15(8), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Office of the Secretary, National Reform Steering Assembly. (2016). *Health literacy and communication reform*. Retrieved from https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d111459-03.pdf (in Thai).
- Pleasant, A. & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152-159. doi: 10.1093/heapro/dan001.
- Sangruen, S. (2016). *Situation of Health risk behaviors by "ABCDE behaviors" A is for Alcohol, B for Baccy (Smoking), C for Coping (Emotional management), D for Diet and E for Exercise of Labor force (15 year or more) in 2015*. Retrieved from <http://www.hed.go.th/news/4729> (in Thai).
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2017). *Public Health Statistics A.D.2017*. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Tachavijitjaru, C., Srisupornkornkul, A., & Changtej, S. (2018). Selected factors related with the health literacy of village health volunteer. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(special issue), 320-332. (in Thai).
- Thamlikitkul, V. (1997). *Research process in medical sciences*. Bangkok: Ruenkaew Printing. (in Thai).
- Wanpake, J. & Phatisena, T. (2018). Relationship between health literacy and personal factors with health behavior among risk group with hypertension in Talad Subdistrict, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology, special issue*, 176-185. (in Thai)



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

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

ฉบับที่ 1 ประจำปีเดือนมกราคม – เมษายน

ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำปีเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม

ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำปีเดือนกันยายน – ธันวาคม

ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม

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

1.บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใด ประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะ หรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อ มาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความ เป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอก ความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็น ระบบ กล่าวถึงความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

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



ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของสำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หัวข้อ “รายละเอียดการรับตีพิมพ์บทความวิชาการในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” <https://sites.google.com/view/hssexpert>
2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยสำเนา และ CD ไฟล์งาน จำนวน 1 ชุด หรือสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล planhss.journal@gmail.com โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้พิมพ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้พิมพ์มาด้วย
4. ผู้พิมพ์ต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มการขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพก่อน กองบรรณาธิการจึงจะนำบทความเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป
5. บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
6. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้พิมพ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้พิมพ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้พิมพ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
7. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้พิมพ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาลงพิมพ์

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 “ไทยสารบัญ พีเอสเค (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)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น



- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ
- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร และการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
 - **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะ ดังนี้
 - 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
 - 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
 - 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ
 - **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่
 - 1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วยสัตว์ พืช แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างที่ใช้ในการศึกษา
 - 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)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมากตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย
 - **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือตัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้
 - **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่
 - **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต
 - **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

- การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค พิเศษ 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 โดยจัดเรียงคู่กันคือ 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.



อ้างอิงจากปริญญานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ชื่อปริญญานมหาบัณฑิตหรือปริญญาดุษฎีบัณฑิต, 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 โภเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

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.

การเรียงรายการอ้างอิงทำยบทความ

- ในกรณีรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยแปลเป็นภาษาอังกฤษ การเรียงรายการอ้างอิงทำยบทความ เพื่อส่งมายังกองบรรณาธิการ ให้ผู้เขียนเรียงลำดับโดยยึดอักษรภาษาอังกฤษเป็นหลัก โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z และนำรายการที่แปลเป็นภาษาไทยมาไว้คู่กัน

- หลังจากนั้นจึงตามด้วยรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ (หากมีเพิ่มเติม) โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z เช่นกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้



สมมติฐาน (ถ้ามี)

.....
.....

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

.....
.....

วิธีการศึกษา

.....
.....

ผลการศึกษา

.....
.....

อภิปรายผล

.....
.....

สรุปผล

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....



เอกสารอ้างอิง

- 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 ด้วยคาร์บอนฟุตพริ้นท์และวอเตอร์ฟุตพริ้นท์*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2556, จาก <http://romphruekj.krirk.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 โกเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- The National Education Act B. E. 2542, (1999, 19 August). Royal Gazette. Vol.116 Part 74a, 1-23. (inThai).
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (2542, 19 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 116: ตอนที่ 74a, หน้า 1-23.
- Phondee, S. (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: วิถีรึมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก วิถีรึมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.



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 และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



แบบตอบรับ วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปี 2562

ชื่อหน่วยงาน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่ม/ฝ่าย.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์สำนักงาน.....

ได้รับวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฉบับที่.....ปีที่..... ประจำปี 2562
รวมทั้งสิ้น จำนวน.....เล่ม เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2562 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2562



หมายเหตุ กรุณา Scan QR Code แบบตอบรับภายใน 3 วัน หลังจากได้รับเอกสาร
เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและอื่นๆ ใน วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
งานวิชาการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม พ.ศ.2562

Vol.15 No.3 September – December 2019

คณะทำงาน

นางสาวยุวลักษณ์ ชันอาสา
นางสุรฉษา พรหมทอง
นางสาวศิริประภา หล้าสิงห์

ผู้ประสานงาน

นางสุรฉษา พรหมทอง
โทร 02 193 7092
Email : planhss.journal@gmail.com
Web site : www.hss.moph.go.th

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง
มกราคม-เมษายน
พฤษภาคม-สิงหาคม
กันยายน-ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
งานวิชาการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ ชั้น 8
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลส์ จำกัด
158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต
แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900





TEXT & JOURNAL PUBLICATION CO., LTD.

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

เชี่ยวชาญเฉพาะ

งานพิมพ์หนังสือ-ตำรา

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล
เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 0 2617 8611 - 2

แฟ็กซ์ 0 2617 8616 อีเมลล์ tj8575@gmail.com