

หลักสูตร
ประชาชนรอบรู้ห่างไกล
NCDs
ขยับกายดี กินดี ไม่ป่วย

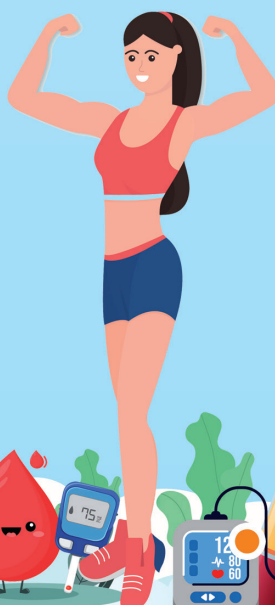
• คู่มือเบาหวาน



• เรียนรู้วิธีลดความดัน



• ออกกำลังกาย



• ลดน้ำหนัก

• ฟันดี สุขภาพดี



เลือกกินอย่างฉลาด

ลงทะเบียนเรียนและปรับพฤติกรรมลดเสี่ยงโรค NCDs ได้ที่
<https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/hl-center.php>



Fit & Fight

สู้โรค NCDs

การป้องกันโรค NCDs ทำได้ง่ายๆ ด้วยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย NCDs



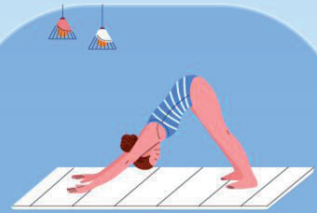
การออกกำลังกายแบบแอโรบิก
(Aerobic exercise)

การเดินเร็ว วิ่ง ปั่นจักรยาน
เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ



การออกกำลังกาย
เพื่อเพิ่มความแข็งแรง
(Strength exercise)

การยกดัมเบล วิดพื้น
การใช้ยางยืด การสควอช



การออกกำลังกาย
เพื่อเพิ่มความอ่อนตัว
(Flexibility exercise)

การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
กายบริหาร โยคะ

ข้อแนะนำ

- ✓ ปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง เพื่อให้แพทย์ประเมินสภาพร่างกาย และแนะนำกิจกรรมที่เหมาะสม
- ✓ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานควรตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนออกกำลังกายและเมื่อออกกำลังกายให้ติดตามค่าน้ำตาลอย่างใกล้ชิด
- ✓ ระวังอาการไม่ปกติ หากมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หรือปวดหน้าอกระหว่างออกกำลังกาย ควรหยุดทันทีและรีบไปพบแพทย์
- ✓ ติดตามความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรติดตามความดันโลหิต ในขณะที่ออกกำลังกายและปรึกษาแพทย์หากความดันเดิมไม่คงที่



2-1-1

สูตรตั้งต้น ขุมพลังแรงงาน

2 ส่วน

ให้เป็นผักชนิดต่าง ๆ ผักสดล้างสะอาด หรือ ผักสุกทุกชนิด เช่น กะหล่ำปลี แดงกวา ผักกาดหอม มะเขือเทศ กระเทียม ตำลึง ผักกาดขาว บล๊อคโคลี่ ฯลฯ
ประมาณ 2 ถ้วย ต่อมือ

1 ส่วน

เป็นข้าวหรือแป้ง
เน้นเป็นข้าวไม่ขัดสี
ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ
ไม่เกิน 1 ถ้วย
ประมาณ 60 กรัม
หรือ ขนมปังโฮลวีต 1 แผ่น
ประมาณ 30 กรัม ต่อมือ



1 ส่วน

เนื้อสัตว์ ที่มีไขมันต่ำ
หรือไม่ติดหนัง เนื้อปลา
หรือ อาหารทะเล
จะเปลี่ยนเป็นไข่ต้มแทน
หรือ จะเป็นพวกถั่วเมล็ด
แห้งแทนก็ได้เช่นกัน

เสริมด้วย



ผลไม้สดที่ไม่หวานมาก ประมาณ 6-8 ชิ้นคำ ถ้าเป็นกล้วย ชมพู ส้มเขียวหวาน ไม่เกิน 1 ผล
ไม่ควรกินผลไม้แปรรูป หากดื่มนมควบคู่ไป ควรเป็นนมพร่องมันเนย นมขาดมันเนย หรือ นมถั่วเหลืองไม่ใส่น้ำตาล
เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีและพลังงานที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดการเกิดโรค NCDs ได้อีกด้วย



พบปะสังสรรค์...รู้จักพูดจา “ไม่ติตรา”

PRIDE
MONTH

การจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีไม่ใช่เรื่องยาก แต่เราคิดให้มากก่อนที่จะพูด
ลอคอคติ ลอคความรุนแรง ลอคละเมิดสิทธิมนุษยชน เพื่อเลี่ยงการนำไปสู่ “การติตรา”
โดยเฉพาะกับ “#LGBTQIAN+” ที่หลาย ๆ คนอาจจะยังขาดความเข้าใจในพวกเขา
กรมอนามัย จึงรวบรวมคำ “ลบ” ที่พบได้บ่อย ๆ มาเปลี่ยนเป็น “บวก” ด้วยกลุ่มคำเหล่านี้

คำที่ไม่ควรใช้

- พวกรักร่วมเพศ
- เพศที่สาม
- เพศทางเลือก
- สาวประเภทสอง
- วิปริตทางเพศ
- เบี่ยงเบนทางเพศ
- ผู้ชายนะยะ
- ไม่ป่าเดียวกัน
- ผู้หญิงมึง
- ประเทือง
- แต้ว , ตู้ดซี่ , ตู้ดตุ๋
- ชาวดอกไม้ , น้องเตย
- เสียดายจง
- ตีฉิ่ง , จิ้งจิบ
- เล่นคนตรีไทย
- มนต์รักพิงทองบด
- พ้าเหลืองที่เหมืองทอง
- พันดาบ
- พ้าเหลือง ฯลฯ



เปลี่ยนมาใช้ “ผู้มีควมหลากหลายทางเพศ” หรือ “คนรักเพศเดียวกัน” แทน

กลุ่มคำเหล่านี้ แม้จะฟังดูคุ้นหู เราอาจจะเคยชินกับการใช้กับเพื่อน
ที่มีความหลากหลายทางเพศ แต่ที่เราเล่นกับพวกเขาได้แบบนั้น
เพราะเราสนิท และเขาอนุญาตให้เราเล่นกับเขาแบบนั้นได้
แต่กับกรณีที่เราไม่รู้จัก ไม่สนิท เราควรเลี่ยง หรือดใช้คำเหล่านี้ดีที่สุด

สามารถติดตามเนื้อหาสาระสุขภาพได้ในหนังสือ Health Beyond Gender : สุขภาพดี ไม่จำกัดเพศ หรือผ่าน e-book ตาม QR Code และ ลิงค์ด้านล่างนี้ได้เลย

กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สายด่วนกรมอนามัย
1 4 7 8
กรมอนามัยส่งเสริมสุขภาพไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่
AnamaiMedia
สื่อมวลชนด้วยกรมอนามัย



Health Beyond Gender

สุขภาพดี ไม่มีเพศ

กรมอนามัย ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพคนทุกกลุ่มวัย รวมถึงผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพราะระบบสุขภาพต้องมีความเข้าใจ และตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้คน ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ปลอดภัย เป็นมิตร ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ครบถ้วน ไม่ตีตราสังคม จังหวะที่ต้องเปิดรับ เปิดใจ เรียนรู้ รับฟัง และสนับสนุนให้เกิดสังคมที่เคารพ เข้าใจในความหลากหลาย

การเปิดรับความหลากหลายทางเพศในระบบสุขภาพ คือ การเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ รวมถึงการเปิดใจยอมรับ และเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ กับผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อที่เราจะเข้าใจความรู้สึกและสิ่งที่เขาเหล่านั้นต้องการในระบบสุขภาพ ซึ่งล่าสุด กรมอนามัยได้ออกแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบไม่แบ่งแยก ภายใต้แนวคิด **“Health Beyond Gender สุขภาพดี ไม่มีเพศ”** สู่ระบบสุขภาพที่เท่าเทียมและเป็นธรรม ที่สอดคล้องกับความหลากหลายทางเพศ เน้นการพัฒนาแนวทางดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และการเข้าถึงบริการที่เป็นมิตร ปลอดภัยดีตรา เพื่อสร้างระบบสุขภาพไทยที่เท่าเทียม รวมทั้งยกระดับมาตรฐานบริการสาธารณสุขไทยให้ตอบสนองต่อสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรอบด้าน

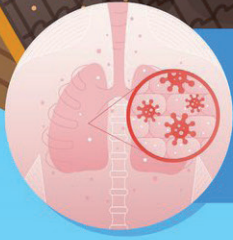


(แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์)
อธิบดีกรมอนามัย



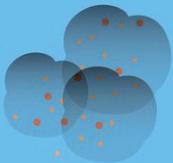
หลังคาบ้าน...

ภัยร้ายแอบแฝง ที่ไม่ควรมองข้าม



รู้หรือไม่? กระเบื้องมุงหลังคาบ้านที่เสื่อมสภาพอาจกลายเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษทางอากาศโดยปล่อยฝุ่นละอองขนาดเล็ก และ เส้นใยแร่ใยหินที่อาจสะสมในระบบทางเดินหายใจและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพระยะยาว

มลพิษจากหลังคามีอะไรบ้าง?



ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 และฝุ่นจากกระเบื้องที่เสื่อมสภาพ

- กระเบื้องหลังคาที่เกิดการเสื่อมสภาพ ทำให้เกิดฝุ่นละอองขนาดเล็กและฟุ้งกระจายภายในบ้าน
- ฝุ่นขนาดเล็กสามารถเข้าสู่ปอดและกระแสเลือดส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ

ฝุ่นแร่ใยหินในกระเบื้องหลังคา

- แร่ใยหินเป็นวัสดุที่นิยมนำมาผลิตเป็นกระเบื้องหลังคาเพื่อเพิ่มความแข็งแรง
- เมื่อเกิดการเสื่อมสภาพหรือมีการรื้อถอน ฝุ่นแร่ใยหินสามารถฟุ้งกระจายเมื่อสุดดมเป็นเวลานาน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอักเสบและมะเร็งเยื่อหุ้มปอด



ใครบ้างที่เสี่ยงมากที่สุด?



เด็กเล็ก



ผู้สูงอายุ



ผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับปอด

4 วิธีง่าย ๆ เพื่อบ้านที่ปลอดภัยจากฝุ่นละอองและฝุ่นแร่ใยหินจากกระเบื้องหลังคา

1. เลือกใช้กระเบื้องหลังคาที่ปลอดภัย

ใช้กระเบื้องแผ่นเรียบที่ไม่มีแร่ใยหิน (Non-Asbestos) เพื่อลดความเสี่ยงในการได้รับอันตรายจากแร่ใยหิน

2. ติดตั้งผ้ามุงหลังคาเพื่อลดการฟุ้งกระจายของฝุ่น

ผ้าช่วยลดการฟุ้งกระจายของฝุ่นละอองจากหลังคา และทำให้บ้านสะอาดและปลอดภัยมากขึ้น

3. ดูแลและทำความสะอาดบ้านอย่างสม่ำเสมอ

ช่วยลดการสะสมของฝุ่นละออง และป้องกันการแพร่กระจายของสารอันตรายต่าง ๆ

4. หลีกเลี่ยงการรื้อถอนหรือซ่อมแซมกระเบื้องที่มีแร่ใยหินเอง

- หากต้องซ่อมหรือเปลี่ยนหลังคาที่มีแร่ใยหิน ควรให้ผู้เชี่ยวชาญเข้ามาดำเนินการ
- ผู้ปฏิบัติงานควรสวมหน้ากากกันฝุ่นและอุปกรณ์ป้องกัน

สุขภาพที่ดีเริ่มต้นจากบ้านของเรา เปลี่ยนวันนี้เพื่ออนาคตที่ปลอดภัยกว่า



กรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทย สุขภาพดี

THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

HEALTH

วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น และข่าวสาร และเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
(Thai Journal Citation Index Centre:TCI)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปี 2568

ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันตนพ นายแพทย์ปองพล วรปาณี นายแพทย์ธิดิ แสงธรรม นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์	อธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางสาวปิยาพัชร ชูชัยมงคลา นายธรรมรัฐ มณีสวัสดิ์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กองบรรณาธิการวิชาการ	ทันตแพทย์หญิงวรางคนา เวชวิธี นายแพทย์มนัส รามเกียรติศักดิ์ ดร.วิมล บ้านพวน แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล นายสุคนธ์ เจียสกุล ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง แพทย์หญิงนิพรพรรณ วรมงคล ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดร.วิระวรรณ ถิ่นยืนยง ดร.พวงเพ็ญ ชันประเสริฐ รศ.ดร.เมธีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ รศ.ดร.กนิษฐา จำรัสสวัสดิ์ รศ.ดร.สลิธร เทพตระการพร แพทย์หญิงสายพิน โขติวิเชียร นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ ทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย ดร.สุพิชชา วงศ์จันทร์ ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา นายคัมภีร์ งานดี	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมอนามัย (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปรึกษากรมอนามัย (ด้านทันตสาธารณสุข) นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต สำนักโภชนาการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กองพยากรณ์สุขภาพ กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ
เจ้าของ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวเอกฤทัย สารนาค นางอรุณี อินทร์ขำ นางอรุชา ตะกรุดเงิน	กองคลัง กองคลัง สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
สำนักงาน	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0-2590-4153, 4745 โทรสาร 0-2591-8147 https://km.anamai.moph.go.th/th/health2566	
กำหนดออก	ปีละ 4 เล่ม (มกราคม—มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)	
อัตราค่าสมาชิก	ปีละ 360 บาท ต่างประเทศเพิ่มค่าส่งตามอัตราไปรษณีย์	
ออกแบบและจัดพิมพ์	บริษัท ทริปเปิ้ล เอ คอนซัลแทนท์ จำกัด โทร 0-2272-1170-71 โทรสาร 0-2272-1173	

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทความวิชาการ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อ เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุป ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ ที่มาเขียน วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่บทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทที่บทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถานที่ทำงานอยู่ หากมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ให้ระบุเพียงสังกัดเดียว

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่ควรมีคำย่อ ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด (300 ตัวอักษร) โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ โดยมีคำสำคัญ (keywords) วางไว้ท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วิธีการดำเนินงาน อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือในการวิจัย และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัย ในมนุษย์ โดยระบุดคณะกรรมการฯ ชุดใด และเมื่อไร

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยตามลำดับหัวข้อตามวัตถุประสงค์ โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบ กับสมมติฐานที่วางไว้ หากมีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำ หรือทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง ถ้าเป็นภาพหรือแผนภูมิต้องมีความคมชัดขนาดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels อาจเป็นภาพขาวดำหรือสี

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง มีย่อหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver

2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใช้ตัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อนักคนเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก—หน้าสุดท้าย

วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก

ในกรณีที่ผู้แต่งมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก ค้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 131-156

ใช้เป็น 131-56 และไม่เว้นวรรคระหว่างเครื่องหมาย : และ ; ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่(ฉบับที่) เลขหน้า โดยใช้เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemic trait. J. Med Assoc Thai 1985;68: 43-5.

2. กติกา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ. การตรวจกรองฮีโมโกลบินอี โดยวิธีการตกตะกอนด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536;51:39-43.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า (ครั้งที่พิมพ์ใส่เฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป).

1. Richard EB, Victon CV. Nelson Textbook of Pediatrics. 12th ed. Philadelphia : W.B. Saunders; 1987.

2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาของเด็ก โดยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534.

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Wood WG. Hemoglobin analysis. in: Weatherall DJ, ed. The thalassemias. New York: Churchill Livingstone; 1983. p. 31-53.

2. สุจิตต์ เฝ้าสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน: สุจิตต์ เฝ้าสวัสดิ์, บรรณาธิการ. เด็กตายคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์—นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531. หน้า 1-32.

3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: URL address.

บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [อินเทอร์เน็ต]. ปีพิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล];ปีที่(เล่มที่(ถ้ามี)):จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ. เข้าถึงได้จาก/ Available from: URL address.

1. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (DOI number)

1. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug use in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/> doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024

3.4 การอ้างอิงอื่นๆ

รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

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

วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. วรุตตา หาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา(จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. มติชน. 3 มี.ค. 2554: น. 10.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษ ขนาด A4 (21.6X27.9 ซม.) ตัวอักษรขนาด 16 พอยต์

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นไฟล์ภาพ.jpg ความคมชัดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสเตอร์แทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล พร้อมหนังสือนำส่งถึงบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือส่งบทความออนไลน์ที่ <https://thaidj.org> ไฟล์บทความใช้โปรแกรม word

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณาแบบ Double-blind peer review

โดยกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสาร

ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index : TCI)

INSTRUCTION FOR AUTHORS

Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health welcomes all kinds of articles related to health promotion and environmental health, i.e. editorials, review articles, letter to editor, or short communications. Each article must not be published elsewhere before, and length of the article should not exceed 8 pages.

Manuscripts should be typed in double space on one side of white A4 papers.

On the first page should appear the author's name, affiliation and a running title. The abstract should be on the second page. The body of the article will begin from the third page. The structure of original article should be in the following order : introduction, objective materials and methods, results, discussion, conclusion, acknowledgment and references.

Each table or figure should be prepared on the separate sheet. Photographic prints must be in black and white, sharp with high contrast, and the size should not be smaller than the postcard size.

Reference should be in order according to the Vancouver System (see the following examples):

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. *Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemic trait*. J. Med Assoc Thai 1985 ; 68 : 43-45.
2. Richard EB, Victor CV. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 12th ed. Philadelphia : W.B.Saunders ; 1987.
3. Wood WG. *Hemoglobin analysis*. in : Weatherall DJ, ed. *The thalassemias*. New York : Churchill Livingstone ; 1983.p. 31-53.

If a reference has more than one author, all authors' names should be listed. However, if there are more than 7 authors, only three names are required, and the rest of them are to be represented by 'et al'.

Abbreviations should be based on the U.S. National Library of Medicine in Index Medicus.

One copy and a word-processing disk of the manuscript should be sent to the Editor at the following address : **Office of Senior Advisors Committee, Department of Health, Ministry of Public Health, Tiwanond Rd, Nonthaburi, 11000. Thailand.**

All submissions will be acknowledged by the Editorial Board. Those unaccepted will also be notified. The editors reserve right to edit all manuscripts for proper publication according to the format of the Journal.

Three copies of the Journal will be supplied to principal author after the publication.

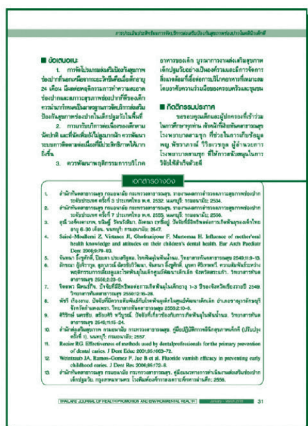
องค์ประกอบของบทความการที่มีมาตรฐาน



1. ชื่อเรื่องไทย/อังกฤษ
2. บทคัดย่อ/ABSTRACT ต้องไม่ยาวเกินไป และต้องไม่มีหัวข้อและย่อหน้ามาก
3. ชื่อผู้เขียนและสถานที่ทำงาน



เนื้อหาที่มีการแบ่งหัวข้อชัดเจน
อีกทั้งมีการสรุปเป็นกราฟ/ตาราง
หรือมีรูปภาพประกอบ



เอกสารอ้างอิงใช้ระบบ VANCOUVER

NOTE : เพื่อความถูกต้องของข้อมูล ควรส่งต้นฉบับในรูปแบบ
ของแผ่นดิสก์ที่แก้ไขครั้งสุดท้ายแล้วมายัง
บรรณาธิการ รูปภาพ ควรส่งต้นฉบับมา และรูป
ถ่ายประกอบบทความใช้ภาพสีขนาดปกติ

HEALTH

ใบสมัครสมาชิก/สมาชิกอุปถัมภ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

หมายเลขสมาชิก.....

วัน เดือน ปี.....

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกในนาม

☐ สมาชิกใหม่

☐ ต่ออายุสมาชิก

☐ สมาชิกอุปถัมภ์ จำนวน..... ราย (กรุณาแนบรายชื่อหน่วยงาน พร้อมทั้งอยู่ เพื่อจัดส่งวารสาร)

สมัครเป็นสมาชิกเวลา.....ปี (อัตราปีละ 4 ฉบับ ราคา 360 บาท)

เริ่มตั้งแต่ฉบับที่.....ปี.....ถึงฉบับที่.....ปี.....

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

โดยได้แนบ ☐ ธนาคัตติ (ส่งจ่าย ปณ.กระทรวงสาธารณสุข) ☐ ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งวารสาร)

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....

ส่งจ่าย ในนาม บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไปรษณีย์กระทรวงสาธารณสุข 11000

ที่อยู่ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์

อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-4153, 0-2590-4157 โทรสาร 0-2591-8147



Editor's Desk

๓

ตลอดเดือนมิถุนายนเป็นเดือนแห่งการเฉลิมฉลอง

Pride Month เดือนแห่งความภาคภูมิใจของกลุ่มหลากหลายทางเพศ

(LGBTQ+) ภารกิจหนึ่งที่สำคัญของกรมอนามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพ

ทุกเพศทุกวัย ได้มุ่งมั่นพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพที่

เท่าเทียมสำหรับทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทาง

เพศ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคลอย่างถูกต้องและครบถ้วน

โดยอาศัยข้อมูลและความรู้ที่มีความจำเพาะเจาะจง เพื่อสร้างแนวทางการดูแล

สุขภาพที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้

ยังมุ่งสร้างความตระหนักรู้และการยอมรับในสังคม เพื่อลดการเลือกปฏิบัติ และส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย

ต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมุ่งส่งเสริมการป้องกันปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการให้ความ

รู้และสร้างความเข้าใจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อช่วยให้เกิดการเข้าถึงข้อมูล

และบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดช่องว่างของการถูกละเลยหรือเลือกปฏิบัติในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม

พร้อมเป็นจุดเริ่มต้นของความร่วมมือในระดับชาติที่นำไปสู่สังคมที่เปิดกว้าง สนับสนุนความหลากหลาย และลด

ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

วารสาร HEALTH ขอเชิญชวนท่านผู้สนใจ ที่มีผลงานวิจัย หรือมีความประสงค์จะนำเสนอความคิดเห็นและ
ประเด็นต่างๆ ในรูปแบบบทความวิชาการ ทั้งในรูปแบบบทความพิเศษ บทความปริทัศน์ ที่เกี่ยวกับงานส่งเสริม
สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถส่งมาที่กองบรรณาธิการ เพื่อพิจารณานำลงเผยแพร่ต่อไป



นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง

บรรณาธิการ

มิถุนายน 2568

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

บทความวิชาการ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

- จุฬาวัลย์ ชนะสุข บุญเรือง ขาวนวล จักรินทร์ ปริมาณนท์ ภคนันท์ เพชรแก้ว..... 11

ประสิทธิผลของโปรแกรม E75 ที่มีต่อสมรรถภาพทางกายและการทรงตัวของผู้สูงอายุ

- กมล มัยรัตน์ วรณี พงษ์โสภา..... 24

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

- ธรรมบุญ ขามทอง สาวิตรี บุญชูศรี อาริตา สมุห์นวล..... 40

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ

- สมบูรณ์ ศรีภู..... 54

การประเมินผลการพัฒนาระบบงานด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่
องค์การบริหารส่วนจังหวัด ของอำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่

- อัจฉรา จิตจง 68

ความพร้อมในการจัดบริการ การเข้าถึง และการใช้บริการอนามัยแม่และเด็กหลังการถ่ายโอน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

- กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ ปัญรัตน์ ไส้สุวรรณชาติ
นพภัช ธรรมบำรุง ปิยาพัชร ชูชัยมงคลา..... 86

ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์ ขวนพิศ เจริญพงศ์ สุมิตรา สิทธิฤทธิ์ กิ่งแก้ว แสงแผ้ว
วัลลี ทรายสมุทร นางเยาว์ ลาวิณห์ สาวิตรี พาทีทิน..... 102

ประสิทธิภาพและประสิทธิผลโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่

- พลาวัตร พุทธรักษ์ ปวีริศา ดิษยวานิช ปรียานุช เรืองหิรัญวนิช 113

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านคลองจ้ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

จุฬาวลัย ชนะสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี

บุญเรือง ขาวนวล

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

จักรินทร์ ปริมาณนท์*

ภคินทร์ เพชรแก้ว

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วันรับ 30 ตุลาคม 2567, วันแก้ไข 6 พฤษภาคม 2568, วันตอบรับ 14 พฤษภาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจ้ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ในแต่ละทักษะ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การได้ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้ อยู่ในระดับพอเพียง (ร้อยละ 61.70, 54.04, 51.06, 55.74 และ 55.32 ตามลำดับ) สำหรับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ร้อยละ 41.70 ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ รองลงมาเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 39.15 ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ทุกทักษะของความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ($r = -0.464$) ทักษะการเข้าใจ ($r = -0.539$) ทักษะการได้ถาม ($r = -0.622$) ทักษะการตัดสินใจ ($r = -0.605$) และทักษะการนำไปใช้ ($r = -0.594$) จึงควรมีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมความรู้ด้านสุขภาพ จะช่วยให้ประชาชนสามารถนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มได้อย่างรอบคอบ อันจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ

*ผู้ประสานงาน, อีเมล: chakkarin@scphtrang.ac.th

The Relationship Between Health Literacy and Alcohol Drinking Behavior in the Area of Ban Khlong Chang Sub-District Health Promoting Hospital, Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province.

Julawan Chanasuk

Ban Nong Dee Sub-district Health Promoting Hospital

Boonruang Khaonuan

Department of Public Health, Faculty of Public Health and Sports Science,
Thaksin University

Chakkarin Parimanon*

Pakanan Petkeaw

Sirindhorn College of Public Health Trang

Received 30 October 2024, Revised 6 May 2025, Accepted 14 May 2025.

Abstract

This survey research aimed to assess the level of health literacy, the degree of alcohol consumption behavior, and to examine the relationship between health literacy and alcohol consumption behavior among residents in the area served by the Ban Khlong Chang Sub-District Health Promoting Hospital, Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province. A sample of 235 participants was selected through simple random sampling. Data were collected using a health literacy assessment and an alcohol consumption assessment and analyzed with descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient. The study results indicated that each health literacy skill—Access, Comprehension, Communication, Decision-Making, and Application was at a sufficient level (61.70%, 54.04%, 51.06%, 55.74%, and 55.32%, respectively). Regarding alcohol consumption behavior, 41.70% of participants exhibited low-risk drinking behavior, followed by 39.15% who exhibited moderate-risk drinking behavior. A significant negative correlation was found between all health literacy skills and alcohol consumption behavior ($p < .001$), including Access ($r = -0.464$), Comprehension ($r = -0.539$), Communication ($r = -0.622$), Decision-Making ($r = -0.605$), and Application ($r = -0.594$). Therefore, developing a health literacy training curriculum is recommended to enable individuals to make informed decisions regarding their drinking behavior, ultimately leading to a reduction in alcohol-related risks.

Keywords: Health Literacy, Alcohol Consumption Behavior, Low-Risk Drinkers

*Corresponding author, email: chakkarin@scphtrang.ac.th

■ บทนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและมีความเป็นพิษ อีกทั้งยังก่อให้เกิดการเสพติดได้ ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากการบริโภคแอลกอฮอล์ประมาณ 2.60 ล้านคน แบ่งเป็นการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ 1.60 ล้านคน จากการบาดเจ็บ 7 แสนคน และจากโรคติดต่อ 3 แสนคน⁽¹⁾ สถิติการเสียชีวิตจากการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า เพศชายได้รับผลกระทบมากกว่า โดยในปีเดียวกัน มีผู้ชายเสียชีวิต 2 ล้านคน ขณะที่ผู้หญิงเสียชีวิต 6 แสนคน นอกจากนี้ประชากรโลกที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 400 ล้านคน หรือร้อยละ 7 มีความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ และในจำนวนนี้มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพาแอลกอฮอล์ถึง 209 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.70 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่า ประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 31.50 เป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน โดยแบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 53.40 และเพศหญิงร้อยละ 10.90 ในจำนวนผู้ดื่มทั้งหมด พบว่าร้อยละ 44.20 เป็นผู้ดื่มประจำ และร้อยละ 35.30 เป็นผู้ดื่มหนัก ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 7.1 ลิตรต่อคนต่อปีในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป⁽²⁾ ผลกระทบด้านสุขภาพที่สำคัญพบว่า การติดสุราเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการในประชากรชายไทย คิดเป็นร้อยละ 22.60 ของจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากความพิการ (YLDs) และร้อยละ 8.70 ของจำนวนปีที่ชีวิตที่ปรับตามความพิการ (DALYs) สำหรับในภาคใต้ พบว่ามีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 16.66 โดยพบนักดื่มประจำร้อยละ 39.33 และนักดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 60.67⁽³⁾

ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ ระดับความสามารถของบุคคลในการค้นหา ทำความเข้าใจ

และนำข้อมูลและบริการด้านสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจและดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น⁽⁴⁾ โดยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมมากขึ้นเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์⁽⁵⁾ อีกทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา โดยช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มความตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจนำไปสู่การลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้⁽⁶⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้การขาดความรอบรู้ด้านการใช้สารเสพติดที่เพียงพอส่งผลให้เกิดการลดความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้⁽⁷⁾

สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังถือว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2567 ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.37⁽⁸⁾ มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงช่วยลดพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น แต่ยังส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในทุกด้านของการ

ดำเนินชีวิต

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในรูปแบบ K Shape⁽⁹⁾ ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 5 ด้าน ได้แก่

ตัวแปรต้น

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มแอลกอฮอล์
1. ทักษะการเข้าถึง
 2. ทักษะการเข้าใจ
 3. ทักษะการได้ถาม
 4. ทักษะการตัดสินใจ
 5. ทักษะการนำไปใช้

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการได้ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ สำหรับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์พิจารณาจากแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)⁽¹⁰⁾ มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 10-30 ตุลาคม 2567

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 598 คน พบว่า มีเพศชายจำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 27.93 และเพศหญิงจำนวน 431 คน คิดเป็นร้อยละ 72.07 ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของทาโร ยามาเน⁽¹¹⁾ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 5% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 235 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธี

การสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic Sampling) โดยสุ่มหมู่บ้านและบ้านเลขที่ตามสัดส่วนประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือมีปัญหาด้านสติปัญญา และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่อาจกระทบต่อการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมต่อการศึกษา

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ประเภท ดังนี้

1. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มี 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ภาวะสุขภาพหรือโรคประจำตัว และช่องทางการรับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเป็นเครื่องมือตาม K Shape⁽⁹⁾ จำนวน 20 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ได้ทำ ทำได้ยากมาก ทำได้ยาก ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก โดยแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีเยี่ยม (90.00%-100.00%) ระดับพอเพียง (75.00%-89.90%) ระดับมีปัญหา (60.00%-74.90%) ระดับไม่พอเพียง (ต่ำกว่า 60.00%) คุณภาพของแบบประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์มหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์สอนด้าน

สุขภาพ พยาบาลวิชาชีพที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีค่าความตรงเชิงโครงสร้างและเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.81 ทั้งนี้ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

2. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรต ศิลปกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์⁽¹⁰⁾ แบ่งระดับการดื่มเป็น 4 ระดับ ได้แก่ การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (0-7 คะแนน) การดื่มแบบเสี่ยง (8-15 คะแนน) การดื่มแบบอันตราย (16-19 คะแนน) และการดื่มแบบติด (20 คะแนนขึ้นไป)

● **วิธีดำเนินการวิจัย**

1. คณะผู้วิจัยยื่นเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

2. ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม คณะผู้วิจัยได้แนะนำตนเองแก่ผู้เข้าร่วม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และสิทธิในการปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิ์ จากนั้นผู้เข้าร่วมได้พิจารณาข้อมูลโดยสมัครใจ และลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมก่อนเริ่มการตอบแบบสอบถาม

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่กำหนด โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

5. ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล แบบสอบถามที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์จะไม่ถูกนำมาวิเคราะห์

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ในส่วนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนาเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับส่วนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์เชิงอนุมานเพื่อความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) และมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ทั้งในทางบวกและลบ⁽¹²⁾ ดังนี้ ถ้ามีค่ามากกว่า 0.70 แปลว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูง มีค่า 0.30-0.70 แปลว่า มีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าน้อยกว่า 0.30 แปลว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ และมีค่าเท่ากับ 0 แปลว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

● **การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2567/287 วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567

■ ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 169 คน (ร้อยละ 71.91) ในขณะที่เพศชายจำนวน 66 คน (ร้อยละ 28.09) กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือ 41-50 ปี จำนวน 78 คน (ร้อยละ 33.19) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 31-40 ปี จำนวน 61 คน (ร้อยละ 25.96) และ 51-60 ปี จำนวน 47 คน (ร้อยละ 20.00) ค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 47.38 ปี โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.97 ปี (อายุต่ำสุด 20 ปี และสูงสุด 77 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 135 คน (ร้อยละ 57.45) รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 51 คน (ร้อยละ 21.70) มีผู้ที่จบปริญญาตรีจำนวน 43 คน (ร้อยละ 18.29) และจบการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 2.55 รวมระดับปริญญาโทและสูงกว่าปริญญาโท) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 165 คน (ร้อยละ 70.21) สำหรับโรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 34 คน (ร้อยละ 14.47) โรคเบาหวาน จำนวน 14 คน (ร้อยละ 5.96) และโรคไขมันในหลอดเลือด จำนวน 10 คน (ร้อยละ 4.26) สำหรับโรคอื่นๆ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 5.11) ได้แก่ โรคเกาต์ โรคกระเพาะอาหาร และหอบหืด ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขเป็นช่องทางหลัก จำนวน 103 คน (ร้อยละ 43.83) สื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 98 คน (ร้อยละ 41.70) การเข้าถึงข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน จำนวน 26 คน (ร้อยละ 11.06) เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 2.55) และสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.85) ดังแสดง

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=235)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	66	28.09
หญิง	169	71.91
2. อายุ		
20-30 ปี	12	5.10
31-40 ปี	61	25.96
41-50 ปี	78	33.19
51-60 ปี	47	20.00
60 ปีขึ้นไป	37	15.74
Mean±S.D. (Min, Max)	47.38 ± 10.97 (20, 77)	
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	51	21.70
มัธยมศึกษา	135	57.45
ปริญญาตรี	43	18.29
ปริญญาโท	4	1.70
สูงกว่าปริญญาโท	2	0.85
4. สภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว		
ไม่มี	165	70.21
โรคเบาหวาน	14	5.96
โรคความดันโลหิตสูง	34	14.47
โรคไขมันในหลอดเลือด	10	4.26
อื่นๆ	12	5.11
5. ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
เว็บไซต์ของหน่วยงาน	26	11.06
สื่ออิเล็กทรอนิกส์	98	41.70
บุคลากรสาธารณสุข	103	43.83
เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่	6	2.55
สื่อวีดิทัศน์	2	0.85

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=235)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์			
	ผู้ดื่มแบบเสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ดื่มแบบอันตราย จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ดื่มแบบติด จำนวน (ร้อยละ)
1. ทักษะการเข้าถึง				
ระดับดีเยี่ยม	19 (8.09)	3 (1.28)	1 (0.43)	0 (0.00)
ระดับพอเพียง	62 (26.38)	66 (28.09)	12 (5.11)	5 (2.13)
ระดับมีปัญหา	4 (1.70)	13 (5.53)	6 (2.55)	0 (0.00)
ระดับไม่พอเพียง	7 (2.98)	16 (6.81)	13 (5.53)	8 (3.40)
2. ทักษะการเข้าใจ				
ระดับดีเยี่ยม	24 (10.21)	8 (3.40)	2 (0.85)	0 (0.00)
ระดับพอเพียง	54 (22.98)	64 (27.23)	6 (2.55)	3 (1.28)
ระดับมีปัญหา	7 (2.98)	10 (4.26)	4 (1.70)	0 (0.00)
ระดับไม่พอเพียง	7 (2.98)	16 (6.81)	20 (8.51)	10 (4.26)
3. ทักษะการได้ถาม				
ระดับดีเยี่ยม	18 (7.66)	2 (0.85)	0 (0.00)	0 (0.00)
ระดับพอเพียง	56 (23.83)	56 (23.83)	6 (2.55)	2 (0.85)
ระดับมีปัญหา	8 (3.40)	17 (7.23)	4 (1.70)	0 (0.00)
ระดับไม่พอเพียง	10 (4.56)	23 (9.79)	22 (9.36)	11 (4.68)
4. ทักษะการตัดสินใจ				
ระดับดีเยี่ยม	21 (8.94)	2 (0.85)	1 (0.43)	0 (0.00)
ระดับพอเพียง	60 (25.53)	60 (25.53)	8 (3.40)	3 (1.28)
ระดับมีปัญหา	7 (2.98)	17 (7.23)	1 (0.43)	2 (0.85)
ระดับไม่พอเพียง	4 (1.70)	19 (8.09)	22 (9.36)	13 (5.53)
5. ทักษะการนำไปใช้				
ระดับดีเยี่ยม	19 (8.09)	4 (1.70)	0 (0.00)	0 (0.00)
ระดับพอเพียง	62 (26.38)	61 (25.96)	6 (2.55)	1 (0.43)
ระดับมีปัญหา	1 (0.43)	11 (4.68)	4 (1.70)	2 (0.85)
ระดับไม่พอเพียง	10 (4.26)	22 (9.36)	22 (9.36)	10 (4.26)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (n=235)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (r)	P-value (2-tailed)
ทักษะการเข้าถึง	-.464	<0.001*
ทักษะการเข้าใจ	-.539	<0.001*
ทักษะการไต่ถาม	-.622	<0.001*
ทักษะการตัดสินใจ	-.605	<0.001*
ทักษะการนำไปใช้	-.594	<0.001*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในตารางที่ 1

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

พบว่า ทักษะการเข้าถึง อยู่ในระดับพอเพียงมากที่สุด (ร้อยละ 61.70) ในกลุ่มนี้ พบผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 28.09) รองลงมาเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง (ร้อยละ 26.38) สำหรับทักษะการเข้าใจ อยู่ในระดับพอเพียงมากที่สุด (ร้อยละ 54.04) โดยพบผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 27.23) รองลงมาเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง (ร้อยละ 22.98) ในส่วนของทักษะการไต่ถาม อยู่ในระดับพอเพียงมากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 51.06) ในกลุ่มนี้พบพฤติกรรมการดื่มเป็นแบบเสี่ยงต่ำและแบบเสี่ยง เท่ากัน (ร้อยละ 23.83) ด้านทักษะการตัดสินใจ พบว่า อยู่ในระดับพอเพียงมากที่สุด (ร้อยละ 55.74) ในส่วนของพฤติกรรมการดื่มของกลุ่มนี้ พบว่า มีพฤติกรรมการดื่มเป็นแบบเสี่ยงต่ำและแบบเสี่ยง เท่ากัน (ร้อยละ 25.53) และทักษะการนำไปใช้ พบว่า อยู่ในระดับพอเพียงมากที่สุด (ร้อยละ 55.32) ในกลุ่มนี้ พบผู้ดื่มแบบเสี่ยง (ร้อยละ 26.38) รองลงมาเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 25.96) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

พบว่า ทักษะการเข้าถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.464 แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงลบปานกลางระหว่างทักษะการเข้าถึงกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งหมายความว่าเมื่อทักษะการเข้าถึงสูงขึ้น พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในส่วนของทักษะการเข้าใจ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.539 แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลาง ซึ่งหมายถึงเมื่อทักษะการเข้าใจสูงขึ้น พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทักษะการไต่ถาม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.622 แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลาง ระหว่างทักษะการไต่ถามกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งหมายถึง การมีทักษะการไต่ถามที่สูงจะเกี่ยวข้องกับการลดลงของพฤติกรรมการดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับทักษะการตัดสินใจ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.605 แสดงถึงความสัมพันธ์ปานกลางระหว่าง

ทักษะการตัดสินใจกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งหมายถึง การมีทักษะการตัดสินใจที่ดีขึ้นจะสัมพันธ์กับการลดลงของพฤติกรรมการดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และทักษะการนำไปใช้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.594 แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางระหว่างทักษะการนำไปใช้กับพฤติกรรมการดื่ม ซึ่งหมายถึงการมีทักษะการนำไปใช้ที่สูงขึ้นจะสัมพันธ์กับการลดลงของพฤติกรรมการดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

■ อภิปรายผล

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.70 มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับเพียงพอ โดยในกลุ่มนี้มีผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงต่ำร้อยละ 28.09 และระดับเสี่ยงปานกลางร้อยละ 26.38 แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้สะดวกมักมีการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสมและมีแนวโน้มที่จะควบคุมปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง แอลกอฮอล์ (Alcohol Health Literacy)⁽⁵⁾ พบว่า การมีความรู้เท่าทันเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นนั้นสามารถลดการบริโภคแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับการวิเคราะห์ทักษะความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.04 มีทักษะในระดับเพียงพอ ในจำนวนนี้ ร้อยละ 27.23 มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ในระดับความเสี่ยงต่ำ และร้อยละ 22.98 อยู่ในระดับเสี่ยง ข้อมูลนี้สะท้อนว่าผู้ที่มีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับผลกระทบและความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสาธารณรัฐเช็ก⁽⁶⁾ พบว่า เยาวชนที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดมักมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เข้าใจและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ในส่วนของทักษะการไต่ถาม เป็นความสามารถที่พบในระดับพอเพียงสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 51.06 โดยในกลุ่มนี้พบว่ามีผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงต่ำและระดับเสี่ยงในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 23.83 ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่า การไต่ถามเพื่อหาข้อมูลสะท้อนถึงความสามารถในการประเมินและตรวจสอบข้อมูลก่อนการตัดสินใจ โดยผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน⁽¹³⁾ พบว่า ทักษะการไต่ถามส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทางด้านทักษะการตัดสินใจ เป็นความสามารถที่มีความสำคัญในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 55.74 โดยในกลุ่มนี้ประกอบด้วย ผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มในระดับความเสี่ยงต่ำและระดับเสี่ยงในสัดส่วนที่เท่ากัน คือร้อยละ 25.53 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้องสามารถช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ และทักษะการนำไปใช้ ซึ่งเป็นความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้และข้อมูลในสถานการณ์จริง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการนำไปใช้อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็น

ร้อยละ 55.32 เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มในกลุ่มนี้ พบว่า มีผู้ที่มีการดื่มในระดับความเสี่ยง ร้อยละ 26.38 และระดับความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 25.96 ตามลำดับ ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการประยุกต์ใช้ข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.464, p < .001$) กล่าวคือ บุคคลที่มีความสามารถในการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลง สำหรับทักษะความเข้าใจแสดงความสัมพันธ์เชิงลบที่ชัดเจน ($r = -0.539, p < .001$) สะท้อนว่าผู้ที่สามารถทำความเข้าใจข้อมูลและตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ได้ดี มักจะมีพฤติกรรมการดื่มที่ลดลง ในส่วนของทักษะการตั้งคำถามและวิเคราะห์แสดงความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงที่สุด ($r = -0.622, p < .001$) ป่งชี้ว่าผู้ที่มีความสามารถในการวิพากษ์และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด มีแนวโน้มที่จะลดการดื่มแอลกอฮอล์อย่างเห็นได้ชัด ทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์เชิงลบ ($r = -0.605, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีกระบวนการตัดสินใจที่เป็นระบบจะมีแนวโน้มในการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ และทักษะการนำไปใช้มีความสัมพันธ์เชิงลบที่ชัดเจน ($r = -0.594, p < .001$) สะท้อนว่าผู้ที่สามารถนำความรู้และทักษะไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ดี มีแนวโน้มที่จะควบคุม

พฤติกรรมการดื่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าทักษะทั้งห้าด้านมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทักษะการตั้งคำถามและวิเคราะห์ที่แสดงความสัมพันธ์เชิงลบสูงที่สุด ผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับของ โรโลวา และคณะ⁽⁶⁾ ที่แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมักแสดงพฤติกรรมเสี่ยงในระดับที่สูงขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย⁽⁷⁾ พบว่า กลุ่มผู้มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับดี เช่นเดียวกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ โอตัน และคณะ⁽⁵⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีทักษะในการวิเคราะห์และทำความเข้าใจข้อมูลในระดับที่เพียงพอ มักมีแนวโน้มบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มีความเสี่ยงต่ำ ดังนั้น การจัดทำหลักสูตรหรือโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ประชาชนสามารถนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มได้อย่างรอบคอบ อันจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์

● ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยนำผลการวิจัยในครั้งนี้มาใช้เป็นฐานในการวางแผนการวิจัยซึ่งอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชนในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเน้นเรื่องการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน เพื่อลดปัญหาทางด้านสุขภาพต่างๆ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาอุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัญหาความรุนแรงต่างๆ ในชุมชน

■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาและการสนับสนุนอย่างดียิ่งจากหน่วยงานสำคัญ 3 แห่ง ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ และสมาคมเครือข่ายหมอนามัยวิชาการ ซึ่งได้มอบทุนวิจัยและองค์ความรู้ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Alcohol [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
2. Laslett AM, Room R, Waleewong O, Stanesby O, Callinan S, editors. Harm to others from drinking: patterns in nine societies. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. สวัสดิ์ วัฒนศิริกรชัย. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี 2564. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.), คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Understanding Health Literacy [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/health-literacy>
5. Okan O, Rowlands G, Sykes S, Wills J. Shaping Alcohol Health Literacy: A Systematic Concept Analysis and Review. HLRP: Health Literacy Research and Practice 2020;4(1):3-20. doi: 10.3928/24748307-20191104-01.
6. Rolova G, Gavurova B, Petruzelka B. Health Literacy, Self-Perceived Health, and Substance Use Behavior among Young People with Alcohol and Substance Use Disorders. Int J Environ Res Public Health 2021;18(8):1-14. doi: 10.3390/ijerph18084337.
7. Yangyuen S, Mahaweewat C, Thitisutthi S, Mahaweewat U. Relationship between health literacy in substance use and alcohol consumption and tobacco use among adolescents, Northeast Thailand. J Educ Health Promot 2021;10:1-6. doi: 10.4103/JEHP.JEHP_603_20.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. Health Data Center [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
9. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ไอดี ออล ดิจิตอล พรินท์; 2567.
10. ปิรทรรศ ศิลปกิจ และพันธมิตร. กิตติรัตนไพบูลย์. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://iris.who.int/bitstream/handle>.
11. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973

12. จามจุรี แซ่หลู่ และนภาพรณ วิริยะศิริกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา จังหวัด นครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2563;7(11):1-15.
13. Liu K, Yuan H, Shen S, Liu J, Wang X, Chen C, et al. Relationship between health literacy and health-related behaviors of enterprise employees. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi 2021;39(3):193-7. doi:10.3760/cma.j.cn121094-20200105-000011.

HEALTH

ประสิทธิผลของโปรแกรม E75 ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ

กมล มัยรัตน์ *

วรรณิ พงษ์โสภา

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

วันรับ 31 มีนาคม 2568, วันแก้ไข 22 พฤษภาคม 2568, วันตอบรับ 18 มิถุนายน 2568.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาผลของการฝึกด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ 2) เพื่อเปรียบเทียบผลของการฝึกด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ ก่อนการฝึกและหลังการฝึก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3) เพื่อเปรียบเทียบผลของการฝึกด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ ก่อนการฝึกและหลังการฝึก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี ที่มีช่วงอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน โดยวิธีจัดเข้ากลุ่ม (randomly assignment) คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 เป็นเวลา 12 สัปดาห์ๆ ละ 3 วัน เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) โปรแกรมการออกกำลังกาย E75 2) แบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย และ 3) แบบทดสอบการทรงตัว สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองก่อนการฝึกและหลังการฝึก พบว่า ผลการทดสอบความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง ชีพจร น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ยืนยกเข่า 2 นาที ยืนนิ่งเก้าอี้ 30 วินาที งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที งอตัวไปด้านหลัง เดินไป-กลับ 8 ฟุต และการทรงตัว พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมก่อนการฝึกและหลังการฝึก พบว่า ผลการทดสอบความดันโลหิตตัวล่าง ชีพจร ยืนยกเข่า 2 นาที ยืนนิ่งเก้าอี้ 30 วินาที งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที เดินไป-กลับ 8 ฟุต และการทรงตัว พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการฝึก พบว่า ผลการทดสอบความดันโลหิตตัวล่าง ชีพจร ยืนนิ่งเก้าอี้ 30 วินาที งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที งอตัวไปด้านหลัง และการทรงตัว พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรม E75 สมรรถภาพทางกาย การทรงตัว ผู้สูงอายุ

* ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล : myarate4671@hotmail.com

Effect of E75 Program on Physical Fitness and Body Balance of the Elderly.

Kamol Myarate *

Wannee Pongsopha

Health Promotion Center Region 5 Ratchaburi

Received 31 March 2025, Revised 22 May 2025, Accepted 18 June 2025.

Abstract

The research objectives of this study included 1) to study the effects of E75 Exercise Program 2) to compare the effect of physical fitness and body balance in elderly people 3) to compare the effects of physical fitness and body balance in elderly people between the control group and the experimental group. The samples were elderly people living in Ratchaburi Province whose age range between 60 and 70 years old. The sample of 60 people and then using randomly assignment divided in to two groups, control group and experimental group. The experimental group had participated in E75 Exercise Program with the 3 days per week for 12 weeks. The instruments used were E75 Exercise Program, the senior fitness test and berg balance test. The statistics used to analyze the data were Paired t-test and independent t-test. The results were found as follows: 1) The results of comparison within the experimental group before training and after training found that, it was found that the systolic blood pressure, diastolic blood pressure, heart rate, weight, BMI, 2-minute step test, 30 second chair stand test, 30 second arm curl test, chair sit-and-reach test, 8 feet up and go test and balance test was consciously significant at the .05 level. 2) The results of comparison within the control group before training and after training found that, it was found that the diastolic blood pressure, heart rate, 2-minute step test, 30 second chair stand test, 30 second arm curl test, 8 feet up and go test and balance test was consciously significant at the .05 level. 3) The results of comparison between the experimental group and the control group after training found that the diastolic blood pressure, heart rate, 30 second chair stand test, 30 second arm curl test, chair sit-and-reach test and balance test was consciously significant at the .05 level.

Keywords: E75 Exercise Program, Physical fitness, Body balance , Elderly

* Corresponding Author, e-mail : myarate4671@hotmail.com

■ บทนำ

จากสถานการณ์และแนวโน้มสังคมโลก องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่าในช่วงปี 2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ โดยทวีปยุโรปมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ขณะที่ทวีปเอเชียมีประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับ 4 ของ

โลก โดยประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดเป็นอันดับ 4 ของทวีปเอเชียและถือเป็นอันดับ 2 ในอาเซียน ซึ่งอีกไม่กี่ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนา ฉบับที่ 12 รวมถึงจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคมควบคู่กันไป สถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างประชากรในปี 2565 ประเทศไทย จะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยผู้สูงอายุ ของประเทศไทยมี 12,116,199 คน เป็นชาย 5,339,610 คน และหญิง 6,776,589 คน หรือ คิดเป็นชายร้อยละ 44.07 และหญิงร้อยละ 55.93 ของผู้สูงอายุ⁽¹⁾ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 18.31 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลการคาดประมาณของสหประชาชาติ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี 2573 และจากการสำรวจของสำนักงาน สถิติแห่งชาติ 4 ครั้งที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มของประชากรในวัย ผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้น ในอัตราที่เร็วกว่าอัตราการเพิ่ม ของประชากรโดยรวมอย่างมาก จึงต้องให้ความสำคัญ สำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ การออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอของ ผู้สูงอายุ สามารถช่วยให้การทำงานของอวัยวะ ต่างๆ ดีขึ้น กระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น สมรรถภาพทางกายเป็นความสามารถของบุคคล ในอันที่จะใช้ระบบต่างๆ กระทำกิจกรรมใดๆ อันเกี่ยวกับการแสดงออก ซึ่งความสามารถ ทางด้านร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือได้ หนึ่งหน่วย เป็นเวลาติดต่อกันโดยไม่แสดงอาการ เหน็ดเหนื่อยให้ปรากฏ และสามารถฟื้นตัวกลับสู่ สภาพปกติได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว⁽²⁾ เนื่องจาก ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีแนวโน้มจะเกิดความเสื่อมถอย ทางด้านสุขภาพร่างกายง่ายกว่าคนในวัยอื่น โอกาสการเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยและ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงมีมากกว่าวัยอื่น สมรรถภาพด้านต่างๆ ก็จะค่อยๆ ลดลง และเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ระบบ กล้ามเนื้อมีมวลน้อยลง ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อ ยึดหดไม่ดี ความแข็งแรงและความอดทนของ กล้ามเนื้อก็ลดลง การตอบสนองของกล้ามเนื้อช้า

และยังพบว่าความสามารถในการทรงตัวเป็นอีก หนึ่งปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจาก มีโอกาสได้รับอันตรายจากการหกล้มมากกว่า กลุ่มวัยอื่นๆ จากการสำรวจการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุเคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 6.6 เคยหกล้ม 2-3 ครั้ง ร้อยละ 3.8 และมีผู้สูงอายุ ที่หกล้มมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 1.2 เมื่อเปรียบเทียบการหกล้มระหว่างเพศจะ พบว่ามีเพศหญิงหกล้ม (ร้อยละ 12.8) มากกว่า เพศชาย (ร้อยละ 10.2)⁽³⁾ โดยในผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป เสี่ยงต่อการหกล้ม 28-35% ส่วนในผู้ที่มี อายุ 70 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นเป็น 32-42%⁽⁴⁾ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุจำนวน มากเกิดการหกล้มเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแอและ กล้ามเนื้อไม่สามารถหดตัวเพื่อให้ร่างกายปรับ สมดุลในการทรงตัวได้ทันเมื่อเกิดการสะดักเกิด ขึ้น เพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงระบบ กล้ามเนื้อ โดยจะมีการสูญเสียของใยกล้ามเนื้อ หดตัวเร็วกว่าใยกล้ามเนื้อหดตัวช้า สิ่งเหล่านี้ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบกพร่องด้านการ ทรงตัวและการเคลื่อนไหว จึงทำให้ผู้สูงอายุ เกิดการหกล้มได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป⁽⁵⁾

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ในเรื่องการพัฒนาสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ (Physical Fitness) และการทรงตัว (Body Balance) ซึ่งเป็นแนวทางในการป้องกันอันตราย ที่จะเกิดจากการหกล้ม จึงได้นำโปรแกรมการออก กกำลังกายเพื่อผู้สูงวัยแข็งแรงและกระฉับกระเฉง E75 มาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ซึ่งสามารถบริหาร ร่างกายได้ทุกที่ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดความหนัก ความถี่ และระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม และต้องใช้เวลาในการฝึกเพื่อให้เกิด ความคุ้นเคยจนสามารถออกกำลังกายได้อย่าง เต็มประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความ

สุข ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงโอกาสและความเป็นไปได้ในการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ที่มีต่อสมรรถภาพทางกายและการทรงตัวของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่ศูนย์บริหารร่างกาย ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ซึ่งถือว่าเป็นห้องปฏิบัติการที่จะทำการศึกษาวิจัยได้จนถึงสิ้นสุดโครงการวิจัย และนำผลจากการศึกษาไปพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ขยายผลต่อยอดการออกกำลังกายและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 5 ต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม

■ นิยามศัพท์

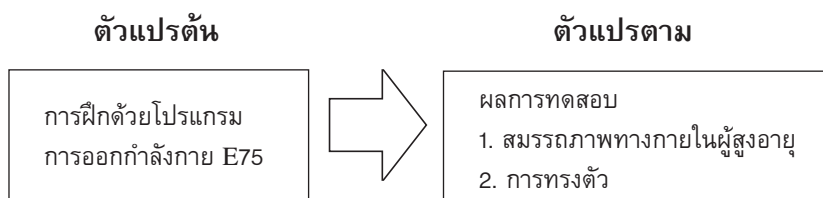
โปรแกรมการออกกำลังกาย E75 (E75 Program) หมายถึง โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อผู้สูงอายุแข็งแรงและกระฉับกระเฉง E75 (Elderly Exercise Program For Hale 75 Years) ที่จัดทำโดย กองกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพ กรมอนามัย

สมรรถภาพทางกาย (Physical fitness) หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการประกอบกิจกรรมทางกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เหนื่อยเร็วและเมื่อเหนื่อยจะสามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว

การทรงตัว (Body balance) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสมดุลของร่างกาย การควบคุมรักษาตำแหน่งและท่าทางของร่างกายให้อยู่ในลักษณะตามที่ต้องการได้ ทั้งขณะที่อยู่กับที่หรือในขณะที่มีการเคลื่อนที่

ผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรีที่มีช่วงอายุระหว่าง 60-70 ปี เพศหญิง

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุระหว่าง 60-70 ปี เพศหญิง ที่มารับบริการที่ศูนย์บริหารร่างกาย ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย จำนวน 124 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครผู้สูงอายุที่ต้องผ่านการประเมินความพร้อมก่อนออกกำลังกาย

PAR-Q & YOU โดยจะต้องตอบว่า “ไม่เคย” ทุกข้อ และทำแบบยินยอมเข้าร่วมการฝึก มีจำนวน 60 คน จึงทำการแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยวิธีการกำหนดเข้ากลุ่ม (randomly assignment)

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 โปรแกรมการออกกำลังกาย E75

โปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงวัยแข็งแรงและกระฉับกระเฉง E75 (Elderly Exercise Program For Hale 75 Years) ของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย มาปรับบางท่าเพื่อให้เหมาะกับบริบทของประชาชนและหน่วยงานในพื้นที่เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 5 แต่ยังเน้นการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องของท่า

ตอนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพ

ทางกายในผู้สูงอายุ (Senior fitness test)

การทดสอบสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ เรียกว่า “Senior Fitness Test” (SFT) หรือ “Functional Fitness test” (FFT) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและความเสี่ยงต่อการมีภาวะพึ่งพิงผู้อื่น⁽⁶⁾ การทดสอบมีทั้งหมด 6 ด้าน

ตอนที่ 3 แบบทดสอบการทรงตัว (Berg Balance Scale)

แบบทดสอบการทรงตัว (Berg Balance Scale: BBS) เป็นการทดสอบความสามารถในการทรงตัวในกิจกรรมที่มีระดับความยากแตกต่างกัน โดยการทำกิจกรรมในท่านั่งและยืน ทั้งหมด 14 กิจกรรม โดยมีคะแนนรวม 56 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนการทดสอบน้อยกว่า 45 คะแนน ซึ่งให้เห็นถึงภาวะการมีความเสี่ยงต่อการล้มสูง ซึ่งแบบทดสอบการทรงตัว (Berg Balance Scale) เป็นแบบประเมินการทรงตัวที่มีความเที่ยงตรงและมีความน่าเชื่อถือ⁽⁷⁾

● ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขั้นตอนก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลโดยการประชุมเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจในวิธีการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สาธิตการเก็บข้อมูล การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง วิธีการใช้เครื่องมือวิจัย และให้ผู้ช่วยได้ลองทดสอบเก็บข้อมูล เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการเก็บข้อมูล ประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้สูงอายุ

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงรายละเอียด การเก็บข้อมูลวิจัยกับอาสาสมัครของการวิจัยในครั้งนี้ เก็บผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนการฝึก นำผล

การทดสอบการทรงตัว มาเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ทำการแบ่งกลุ่ม โดยวิธีการกำหนดเข้ากลุ่ม (randomly assignment) ให้กลุ่มทดลองเข้ารับการฝึกตามโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 มีทั้งหมด 15 ท่าๆ ละ 15 ครั้ง พักระหว่างท่า 20 วินาที พักระหว่างเซต 2 นาที ฝึก 2-3 เซตต่อวัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน (วันจันทร์ พุธ และศุกร์) วันละ 60 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติ และทดสอบสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 12 โดยนำข้อมูลที่ได้จากการทดสอบมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลการทดสอบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนฝึกและหลังฝึก ด้วยการวิเคราะห์ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลการทดสอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ Independent t-test และกำหนดการทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

● **ระยะเวลาดำเนินการ** ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567

● **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เลขที่ 18/2567 วันที่ 30 เมษายน 2567

■ ผลการศึกษา

ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีรายละเอียดแต่ละตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัว

ของผู้สูงอายุที่ฝึกด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ก่อนการฝึกและหลังการฝึกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนการฝึกและหลังการฝึกของกลุ่มทดลอง ของการทดสอบความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง ชีพจร น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ยืนยกเข้า 2 นาที ยืนนั่งเก้าอี้ 30 วินาที งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที งอตัวไปด้านหน้า เดินไป-กลับ 8 ฟุต และการทรงตัว พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนการฝึกและหลังการฝึกของกลุ่มควบคุม ของการทดสอบความดันโลหิตตัวล่าง ชีพจร ยืนยกเข้า 2 นาที ยืนนั่งเก้าอี้ 30 วินาที งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที เดินไป-กลับ 8 ฟุต และการทรงตัว พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุที่ฝึกด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ก่อนการฝึกและหลังการฝึก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุก่อนการฝึก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทุกรายการทดสอบไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 3)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวหลังการฝึก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของการทดสอบความดันโลหิตตัวล่าง ชีพจร ยืนนั่งเก้าอี้ 30 วินาที งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที งอตัวไป

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ ก่อนการฝึก และหลังการฝึก ภายในกลุ่มทดลอง

การทดสอบ	ก่อนการฝึก(n=30)		หลังการฝึก(n=30)		t	Sig.
	M	SD	M	SD		
ความดันโลหิตตัวบน	132.13	7.31	130.80	6.57	3.673	.001*
ความดันโลหิตตัวล่าง	74.00	8.08	70.33	6.92	7.959	.000*
ชีพจร	72.83	9.70	75.20	8.58	8.741	.000*
น้ำหนัก	60.73	9.95	60.23	9.64	3.922	.000*
ดัชนีมวลกาย	25.62	4.04	25.40	3.94	4.018	.000*
ยืนยกเข่า 2 นาที	53.00	17.46	57.80	16.21	-8.870	.000*
ยืนนั่งเก้าอี้ 30 วินาที	20.03	4.53	23.13	4.84	-10.179	.000*
งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที	29.30	6.76	30.90	6.70	-8.449	.000*
งอตัวไปด้านหลัง	0.18	3.43	1.45	3.27	-10.830	.000*
แตะมือด้านหลัง (มือข้างที่ดีที่สุด)	0.58	2.11	2.89	7.64	-1.848	.075
เดินไป-กลับ 8 ฟุต	6.75	0.96	6.20	1.02	9.876	.000*
การทรงตัว	50.28	2.39	52.03	2.43	-7.271	.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านหน้าและการทรงตัว พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ดังตารางที่ 4)

■อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุที่ฝึกด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ก่อนการฝึกและหลังการฝึก ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ผลการทดสอบความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง ชีพจร น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ยืนยกเข่า 2 นาที ยืนนั่งเก้าอี้ 30 วินาที งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที งอตัวไปด้านหลัง เดินไป-กลับ 8 ฟุต และการทรงตัว พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจ

เป็นเพราะผู้วิจัยได้รับความหนัก ซึ่งหมายถึงจำนวนเซตของการฝึกสัปดาห์ที่ 3-6 จาก 2 เซต เป็น 3 เซต ในสัปดาห์ที่ 7-12 เพื่อให้เห็นพัฒนาการของร่างกายภายใต้การควบคุมการฝึกอย่างระมัดระวัง ไม่ให้เกิดการบาดเจ็บกับผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ⁽⁶⁾ กล่าวว่า ความก้าวหน้าในการออกกำลังกาย ควรเริ่มด้วยจำนวนน้อยก่อนแล้วจึงค่อยๆ เพิ่มขนาดหรือความหนักของการออกกำลังกาย ในช่วงแรกควรเริ่มด้วยการออกกำลังกายที่ความหนักร้อยละ 55 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด จากนั้นก็อาจค่อยๆ เพิ่มเป็นร้อยละ 60 ร้อยละ 65 ร้อยละ 70 ไปตามลำดับสอดคล้องกับ กมลรัตน์ หนูสวี่ และนภสร

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ ก่อนการฝึก และหลังการฝึก ภายในกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	ก่อนการฝึก(n=30)		หลังการฝึก(n=30)		t	Sig.
	M	SD	M	SD		
ความดันโลหิตตัวบน	130.83	11.13	131.33	10.69	-1.945	.062
ความดันโลหิตตัวล่าง	76.97	8.79	80.47	7.96	-9.366	.000*
ชีพจร	77.03	8.54	79.67	8.20	-11.334	.000*
น้ำหนัก	60.92	9.90	60.91	9.76	0.107	.916
ดัชนีมวลกาย	25.34	4.82	25.33	4.75	0.171	.866
ยืนยกเข้า 2 นาที	49.50	18.24	46.10	16.80	8.440	.000*
ยืนนิ่งเก้าอี้ 30 วินาที	19.63	5.63	17.07	5.25	12.066	.000*
งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที	26.40	2.91	23.50	2.76	13.750	.000*
งอตัวไปด้านหน้า	1.59	2.66	1.52	2.96	0.874	.389
แตะมือด้านหลัง	0.37	2.26	0.32	2.59	0.663	.513
(มือข้างที่ตีที่สุด)						
เดินไป-กลับ 8 ฟุต	6.24	1.30	6.75	1.26	-10.166	.000*
การทรงตัว	51.74	2.52	50.80	2.20	6.394	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นี้ละไพจิตร⁽⁹⁾ ที่ศึกษาผลของการฝึกด้วยโปรแกรม ออกกำลังกาย E75 modify ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย การทรงตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการฝึกและหลังการฝึก พบว่า ผลการทดสอบ ชีพจร ยืนยกเข้า 2 นาที ยืนนิ่งเก้าอี้ 30 วินาที และการทรงตัวแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ จัตุรภมล สิงห์น้อย และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ทำการวิจัยการพัฒนาแบบการ ออกกำลังกายด้วยยางยืดประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง และเพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรม

การออกกำลังกายด้วยยางยืดประยุกต์ที่มีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง กระบวนการวิจัยใช้การทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 11 ท่า ท่าละ 4 ครั้ง ทำการทดสอบสมรรถภาพกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายด้วยยางยืดประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่สร้างขึ้นช่วยในการ ลดลงของความดันโลหิตตัวบน การลดลงของ ค่าอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก การลดลงของ ค่าดัชนีมวลกาย ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ มีค่าสูงขึ้น การพัฒนาสมรรถภาพด้านระบบ การหายใจและหลอดเลือดที่มีค่าสูงขึ้น ด้านความ

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ ก่อนการฝึก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		t	Sig.
	M	SD	M	SD		
ความดันตัวโลหิตบน	132.13	7.31	130.83	11.13	.535	.595
ความดันตัวโลหิตล่าง	74.00	8.08	76.97	8.79	-1.361	.179
ชีพจร	72.83	9.70	77.03	8.54	-1.780	.080
น้ำหนัก	60.73	9.95	60.92	9.90	-.074	.941
ดัชนีมวลกาย	25.62	4.04	25.34	4.82	-.960	.341
ยืนยกเข่า 2 นาที	53.00	17.46	49.50	18.24	.247	.806
ยืนนั่งเก้าอี้ 30 วินาที	20.03	4.53	19.63	5.63	.759	.451
งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที	29.30	6.76	26.40	2.91	.303	.763
งอตัวไปด้านหลัง	0.18	3.43	1.59	2.66	2.158	.057
แตะมือด้านหลัง	0.58	2.11	0.37	2.26	-1.773	.082
(มือข้างที่ดีที่สุด)						
เดินไป-กลับ 8 ฟุต	6.75	0.96	6.24	1.30	.373	.711
การทรงตัว	50.28	2.39	51.74	2.52	2.109	.069

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อให้มีมากขึ้น และมีค่าการสมรรถภาพด้านการทรงตัวและความว่องไวได้เร็วขึ้น โดยความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด (Cardiovascular Endurance) สอดคล้องกับ กมลรัตน์ หนูสวี่ และนภสร นิละไพจิตร⁽⁹⁾ กล่าวว่าเมื่อออกกำลังกายด้วย โปรแกรมออกกำลังกาย E75 modify พบว่าของผู้สูงอายุมีความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยทำการทดสอบด้วยยืนยกเข่า 2 นาที (2 Minutes Step Up and Down) เห็นได้ว่าเป็นการออกกำลังกายที่ใช้พลังงานระบบแอโรบิกกระทำอย่างต่อเนื่องและมีแรงกระแทกต่ำ มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

ทุกส่วนในร่างกาย จึงมีความจำเป็นจะต้องใช้พลังงานมากขึ้นด้วยทำให้หลอดเลือดหัวใจมีการขยายตัว เส้นเลือดฝอยมากขึ้น ทำให้มีการสูบฉีดเลือดดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วัน อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 60 นาที เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งจะทำให้กลุ่มทดลองมีปริมาตรหัวใจห้องล่างใหญ่ขึ้นและมีแรงสูบฉีดเลือดมากขึ้น ทำให้ปริมาตรเลือดที่สูบฉีดใน 1 นาที เพิ่มขึ้นจึงลดความจำเป็นที่ต้องมีอัตราการเต้นของหัวใจสูงซึ่งช่วยให้ผลงานของหัวใจในขณะพัก ทำให้หัวใจทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ กองกิจกรมทางกายเพื่อสุขภาพ⁽²⁾ กล่าวว่าโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อผู้สูงวัยแข็งแรง

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ หลังการฝึก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		t	Sig.
	M	SD	M	SD		
ความดันตัวโลหิตบน	130.80	6.57	131.33	10.69	-.233	.817
ความดันตัวโลหิตล่าง	70.33	6.92	80.47	7.96	-5.262	.000
ชีพจร	75.20	8.58	79.67	8.20	-4.370	.000
น้ำหนัก	60.23	9.64	60.91	9.76	-.272	.787
ดัชนีมวลกาย	25.40	3.94	25.33	4.75	-.960	.341
ยืนยกเข่า 2 นาที	57.80	16.21	46.10	16.80	.066	.948
ยืนนั่งเก้าอี้ 30 วินาที	23.13	4.84	17.07	5.25	2.745	.008
งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที	30.90	6.70	23.50	2.76	4.652	.000
งอตัวไปด้านหน้า	1.45	3.27	1.52	2.96	5.594	.000
แตะมือด้านหลัง	2.89	7.64	0.32	2.59	-.083	.934
(มือข้างที่ดีที่สุด)						
เดินไป-กลับ 8 ฟุต	6.20	1.02	6.75	1.26	1.744	.087
การทรงตัว	52.03	2.43	50.80	2.20	-2.380	.021

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และกระชับกระเจง E75 เป็นการออกกำลังกายแบบสถานี (Circuit Training) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนหายใจและไหลเวียนเลือดควบคู่กันไปด้วย นอกจากนี้โปรแกรมยังช่วยพัฒนาการทรงตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรวิธวีรวรรณ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบผสมผสานต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุเขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองการทรงตัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับ Wallace⁽¹²⁾ อธิบายว่า ความสามารถในการควบคุมการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตลอดจนการออกกำลังกายให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการรับ

ข้อมูลความรู้สึกจากการมองเห็นการรับรู้ความรู้สึกเคลื่อนไหวของร่างกายโดยเฉพาะการเคลื่อนไหวของศีรษะ หูชั้นใน จะถ่ายทอดข้อมูลที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการรับรู้ความรู้สึกจากประสาทรับความรู้สึกบริเวณเอ็นข้อต่อ ผิวหนังและกล้ามเนื้อ จะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวตอบสนองต่อระบบรับรู้ความรู้สึกของร่างกายและการเปลี่ยนท่วงท่าในการเคลื่อนไหวหากระบบใดที่กล่าวมานี้ผิดปกติ จะมีผลต่อการปรับตัวใช้ระบบที่เหลืออยู่ในการตอบสนองเพื่อควบคุมการทรงตัวให้คงอยู่ได้ การควบคุมการทรงตัวจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีการเปลี่ยนกิจกรรม เช่น การลุก นั่ง ยืน เดิน หรือเต้นรำ เพื่อให้การเคลื่อนไหวเป็นอิสระปรับร่างกายให้อยู่

ในสมดุลงานในสภาวะแวดล้อมที่ต่างกัน จำเป็นต้องอาศัยการประสานการทำงานที่มีประสิทธิภาพของระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System, CNS) ที่มีหน้าที่ควบคุมสั่งการให้การเคลื่อนไหวมีประสิทธิภาพ ต้องประมวลข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากระบบประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย (Peripheral Nervous System) ซึ่งมีหน้าที่นำสัญญาณประสาทกลับมาผ่านเส้นประสาทรับความรู้สึก (Sensory Nerve) จากระบบประสาทการรับรู้ 3 ส่วน ประกอบด้วยระบบการมองเห็นและการเคลื่อนไหวในหูชั้นใน (Visual and Vestibular System) เมื่อมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกาย แขน ขา ศีรษะและลำตัว ว่าอยู่ในตำแหน่งไหนอย่างไร และการรับรู้ถึงแรงกดดันบริเวณเอ็นข้อต่อตลอดจนกล้ามเนื้อทุกส่วนขณะเคลื่อนไหว (Somatosensory System) ส่งสัญญาณมายังระบบประสาทส่วนกลางเพื่อประมวลผลและตัดสินใจจากประสบการณ์ และสั่งการโดยส่งสัญญาณผ่านประสาทตอบสนอง (Motor Nerve) กลับไปยังกล้ามเนื้อเอ็นข้อต่อบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกายให้หดตัวทำงานประสานกัน ซึ่งบางครั้งต้องสั่งการให้ตอบสนองอัตโนมัติแบบทันทีทันใด (Reflexes) เพื่อตอบสนองให้การเคลื่อนไหวและความคุมสมดุลของร่างกายมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และบริหารสมองสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแข็งแรงและใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง และให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย ทำออกกำลังกาย 15 ท่า และเป็นการออกกำลังกายแบบสถานี (Circuit Training) จึงมีผลต่อการลดระดับน้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นการออกกำลังกายประเภท

พัฒนาระบบหายใจและไหลเวียนเลือด สอดคล้องกับ เจริญ กระบวนรัตน์⁽¹³⁾ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนเป็นพลังงาน จะช่วยลดน้ำหนัก ระดับไขมันในร่างกาย และสามารถพัฒนาระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ปอด หัวใจ แข็งแรงขึ้น ความหนักในการออกกำลังกายประมาณ 50–85 เปอร์เซ็นต์ และต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

2. ผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุที่ฝึกด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ก่อนการฝึกและหลังการฝึก ภายในกลุ่มควบคุมพบว่า ผลการทดสอบความดันโลหิตตัวล่าง ซิฟเฟอร์ ยืนยกเข่า 2 นาที ยืนนั่งเก้าอี้ 30 วินาที งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที เดินไป-กลับ 8 ฟุต และการทรงตัว พบว่าแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาถึงค่าเฉลี่ยก่อนการฝึกและหลังการฝึกจะเห็นได้ว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้มีการออกกำลังกาย หรือไม่ได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จะมีแนวโน้มของผลการทดสอบไปในทิศทางลบทุกรายการทดสอบ โดยเฉพาะเรื่องของระบบหายใจและไหลเวียนเลือด ความแข็งแรง และการทรงตัวที่มีแนวโน้มต่ำลงมากในทางสถิติ สอดคล้องกับ กมลรัตน์ หนูสวี่ และนภสร นิละไพจิตร⁽⁹⁾ ที่ศึกษาผลของการฝึกด้วยโปรแกรมออกกำลังกาย E75 modify ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย การทรงตัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย การทรงตัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ฝึกด้วยโปรแกรมออกกำลังกาย E75 modify ก่อนการฝึกและหลังการฝึก ภายในกลุ่มควบคุมพบว่า ผลการทดสอบความดันโลหิตตัวบน น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และการแตะมือด้านหลัง (มือขวาอยู่บน) พบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนผล

การทดสอบความดันโลหิตตัวล่าง ซีพจร ยืนนิ่งเก้าอี้ 30 วินาที งอแขน ยกน้ำหนัก 30 วินาที งอตัวไปด้านหน้า และมือ ด้านหลัง (มือซ้ายอยู่บน) เดินไป-กลับ 8 ฟุต การทรงตัวและคุณภาพชีวิต พบว่าแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้อง กับ BDMS Wellness Clinic⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เนื่องจาก ร่างกายของเราจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของ กล้ามเนื้อ ไขมัน และกระดูกตลอดเวลา เมื่อเรา อายุมากขึ้นมีการเคลื่อนไหวน้อยลง ร่างกาย จะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ รวมถึงความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มควบคุมไม่ได้มีการออกกำลังกายด้วย โปรแกรมการออกกำลังกาย E75 จะดำเนินกิจกรรม ประจำวันปกติ จึงทำให้ไม่เกิดการพัฒนา สอดคล้องกับ เจริญ กระบวนรัตน์⁽¹³⁾ และถาวร กมุทศรี⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า หลักที่สำคัญในการจัด โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้หลักความหนัก ที่มากกว่าปกติ (Principle of Overload) คือ การออกกำลังกายที่หนักกว่าปกติกว่าที่ร่างกาย เคยปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ทำให้ร่างกาย ได้ออกแรง ได้เคลื่อนไหวทำให้ร่างกายได้ทำงาน หนักขึ้น ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบ ต่างๆ สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มควบคุม ไม่ได้ได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องทำให้ สมรรถภาพทางกายด้านดังกล่าวมีแนวโน้ม ไปในทิศทางที่ลดลง ดังนั้นการออกกำลังกาย ด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 จะส่งเสริม การใช้กล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่ออย่างต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น ระบบ รับความรู้สึก ระบบประสาทส่วนกลาง และระบบ สั่งการ มีการทำงานประสานสัมพันธ์กัน ซึ่งส่งผลต่อการเคลื่อนไหวการทรงตัวของผู้สูงอายุ

สอดคล้องกับ Sturnieks⁽¹⁶⁾ กล่าวถึงทฤษฎี Dynamic Equilibrium Model of Balance Control พบว่าระบบรับรู้ระบบประสาท ส่วนกลาง และระบบสั่งการ มีการทำงานประสาน สัมพันธ์กันเป็นอย่างดี เพื่อตอบสนองต่อการ เปลี่ยนแปลงจุดศูนย์ถ่วงของร่างกาย (Central of Gravity) และฐานรองรับการทรงตัว (Base of Support) ขณะร่างกายมีการเคลื่อนไหวให้มี ประสิทธิภาพจนไม่ทำให้เสียการทรงตัวจนเกิด การล้ม โดยระบบรับรู้ระบบจะรับข้อมูลสภาพ แวดล้อม จากระบบประสาทรับรู้สื่อบริเวณ กระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ จากการมองเห็น และการรับรู้ตำแหน่งการเคลื่อนไหวของศีรษะ จากตัวรับรู้ระบบภายในหูชั้นใน ข้อมูลทั้งหมด จะส่งต่อไปยังสมองส่วนกลาง เพื่อประมวลผล และวางแผนการเคลื่อนไหวตอบสนองต่อข้อมูลที่ ได้รับนี้ร่วมกับสมองน้อยซีรีเบลลัม ความสัมพันธ์ นี้ทำให้เกิดการควบคุมการทรงตัวได้ราบเรียบขึ้น ช่วยปรับสมดุลของร่างกายควบคุมไม่ให้เกิดการ ล้ม ทั้งขณะเคลื่อนไหวอยู่กับที่ และการเคลื่อนไหว ที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การเล่นกีฬา การเดินรำ และการทำงานในชีวิตประจำวันหลายอย่างพร้อม กัน เช่น การเดินและคุยโทรศัพท์ไปด้วย ซึ่งหาก ได้รับการฝึกอยู่บ่อยๆ ก็จะช่วยทำให้การทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องทำงานได้อย่าง อัตโนมัติ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวทำกิจกรรม ในชีวิตประจำวันคล่องแคล่วขึ้น

ส่วนผลการทดสอบความดันโลหิตตัวล่าง ซีพจร ยืนนิ่งเก้าอี้ 30 วินาที งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที งอตัวไปด้านหน้า และการทรงตัว พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

3. ผลการเปรียบเทียบผลการทดสอบ สมรรถภาพทางกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุ

ที่ฝึกด้วยโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 หลังการฝึก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ผลการทดสอบความดันโลหิตตัวล่าง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สุสารี ประคินกิจ ลัญขนา พิมพันธ์ชัยบุญ และกาญจนา งามจันทร์ทิพย์⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ระดับความดันโลหิต ค่าความดันโลหิต ตัวบนและค่าความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนและหลัง การทดสอบเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 โดยมีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มทดลอง แต่ไม่เปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็น ว่า ในกลุ่มที่ให้โปรแกรมภายหลังการทดลอง ส่งผลทำให้ค่าความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่าง ลดลง ส่วนการทดสอบ ชีพจร ยืนนิ่งเก้าอี้ 30 วินาที งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที งอตัว ไปด้านหน้า และการทรงตัว พบว่าแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ กมลรัตน์ หนูสวี่ และนภสร นิละไพจิตร⁽⁹⁾ ที่ศึกษาผลของการฝึกด้วยโปรแกรมออกกำลังกาย E75 modify ที่มีต่อสมรรถภาพ ทางกาย การทรงตัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาผลการเปรียบเทียบการทดสอบชีพจร ยืนยกเข้า 2 นาที ยืนนิ่งเก้าอี้ 30 วินาที แตะมือ ด้านหลัง (มือซ้ายอยู่บน) เดินไป-กลับ 8 ฟุต และการทรงตัว พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ ทวีพร ทวีวรรณกิจ และคณะ⁽¹⁸⁾ ได้ทำการศึกษาความสามารถในการทรงตัว การล้มและคุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกาย และกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวน้อย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำ มีการทรงตัวที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มีกิจกรรมการ

ออกกำลังกาย จะเห็นว่าถ้าเรามีการจัดกิจกรรม การออกกำลังกายให้เหมาะสม ต่อเนื่องกับ ผู้สูงอายุ สุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทาง ที่ดีขึ้น และเมื่อพิจารณาผลการทดสอบการทรงตัว จะสอดคล้องกับ วันวิสาข์ พานิชภรณ์ และ คณะ⁽¹⁹⁾ ได้ทำการศึกษาผลของการออกกำลังกาย ต่อความสามารถในการเดินร่วมกับทำกิจกรรม ในผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้น กลุ่มออกกำลังกายแบบไทเก๊กสามารถเดินไปกลับ ระยะทาง 3 เมตร ได้เร็วกว่ากลุ่มไม่ได้ ออก กาย อาจแสดงถึงความสามารถในการ ควบคุมการทรงตัวและการเคลื่อนไหวที่ดีกว่า โดยเกิดจากการฝึกฝนตามท่าทางที่หลากหลาย ของไทเก๊ก โดยมีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ต้อง ควบคุมแขน ขา ศีรษะ และลำตัวอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง รวมถึงมีการย่อเข่าร่วมกับถ่าย น้ำหนักของขา ซึ่งช่วยกระตุ้นให้กล้ามเนื้อขา และลำตัวเกิดความแข็งแรง สอดคล้องกับ กาญจนา พิบูลย์ และคณะ⁽²⁰⁾ ศึกษาประสิทธิภาพ ของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ทำการทดลองเป็นเวลา 20 สัปดาห์ ซึ่งในโปรแกรมฯ มีการให้ความรู้ การออก กายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้ปลอดภัย การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา และการประเมินและติดตามผล สำหรับการ ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการลุกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาที พบว่า หลังการทดลอง และติดตามผล ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ย การลุกยืน-นั่ง บนเก้าอี้ 30 วินาทีสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

โดย กมลรัตน์ หนูสวี่ และนภสร นิละไพจิตร⁽⁹⁾ กล่าวว่า ความแข็งแรงและความสามารถในการประสานงานของกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 20-40 ร่วมกับการเสื่อมของข้อต่อและเอ็นรอบๆ ข้อ ซึ่งทำให้การเคลื่อนไหวของข้อและความเร็วในการตอบสนองลดลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อท่าทางการเดิน ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่ากับที่เคยทำได้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของสะโพก ในการรับน้ำหนักของขาขณะที่เดิน โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงมี 15 ลักษณะการเดินคล้ายเป็ด (Waddling gait) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีการสะดุด เมื่อเดินบนทางที่มีพื้นที่ขรุขระหรือต่างระดับ สอดคล้องกับ เจริญ กระบวนรัตน์⁽⁵⁾ กล่าวว่า การออกกำลังกายด้วยการแบกน้ำหนักตัวจะสามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดการสูญเสียมวลกระดูกในผู้สูงอายุได้

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ไปปรับใช้ในพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัว เป็นการลดอัตราการหกล้ม และการบาดเจ็บ เสียชีวิต ของผู้สูงอายุจากการหกล้ม และเพื่อควบคุมและลดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ เนื่องจากโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 มีผลต่อความดันโลหิต และการเผาผลาญพลังงาน

2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสาธารณสุข เครือข่ายองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายองค์กรบริหารส่วนจังหวัด เพื่อดำเนินการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการศึกษาปัญหาและความต้องการ

ของชุมชน ตามบริบทของหมู่บ้าน/ชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์ สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ความต้องการในการลดปัญหาการหกล้ม กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกัน ตลอดจนกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ความรู้ ทักษะ การทดสอบสมรรถภาพทางกาย การออกกำลังกาย การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน สรุปผล และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขการทำงานร่วมกันต่อไป

● ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรมีการทดสอบสมรรถภาพทางกาย อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ควบคู่ไปกับการตรวจสอบสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุที่จัดขึ้นในแต่ละเดือน และเป็นการประเมินความเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ อันตราย และผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุ

2. ควรนำโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ในชมรมผู้สูงอายุในแต่ละเดือนเพื่อให้ผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในชมรมได้มีความรู้และมีการเตรียมความพร้อมที่ดีเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุที่มีทักษะดีผลัดกันมาเป็นผู้นำของกลุ่มในการสอนผู้สูงอายุคนอื่นๆ และแนะนำให้ผู้สูงอายุนำไปออกกำลังกายที่บ้านอย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์

● ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบ/โปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ที่ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ใดๆ ประกอบการออกกำลังกาย สะดวกในการฝึกด้วยตนเองได้ทุกที่ แต่หากจะใช้รูปแบบ/โปรแกรมนี้ ในชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมออกกำลังกาย ควรออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายประกอบ

เสียงเพลงเพื่อให้เกิดความสนุกสนาน แต่ควรเริ่มจากเพลงที่มีจังหวะเพลงต่อนาที (BPM= Beats Per Minute) ช้าๆ ก่อน เน้นความถูกต้องของท่าฝึก แต่ยังคงยึดหลักการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ส่งผล

ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กันไป เช่น ด้านโภชนาการ ด้านแรงจูงใจที่ทำให้อยากออกกำลังกาย เป็นต้น

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=40208>
2. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ. โปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงวัยแข็งแรงและกระฉับกระเฉง E75 (Elderly Exercise Program For Hale 75 Years). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2562.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2557.
4. รามา แชนแนล. หกล้มในผู้สูงอายุ อันตรายกว่าวัยอื่นหลายเท่าตัว ปัญหาที่ต้องระวัง [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/ramachannel/home/article>
5. เจริญ กระบวนรัตน์. เอกสารประกอบการอบรม Intensive Senior Fitness Trainer Certification Course “การเสริมสร้างความแข็งแรงผู้สูงอายุ”. ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.; 2562.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การประเมินสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายผู้สูงอายุ Senior Fitness Test [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pe.edu.kps.ku.ac.th/pes2016/images/stories/pes2016/download/achar>
7. กรมพลศึกษา. แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุ อายุ 60-89 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://ft.dpe.go.th/app/public/download/Test_60-89.pdf
8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://resource.thaihealth.or.th>
9. กมลรัตน์ หนูสวี่ และนภสร นิละไพจิตร. ผลของการฝึกด้วยโปรแกรมออกกำลังกาย E75 modify ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย การทรงตัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2565.
10. จัตรกมล สิงห์น้อย, พรชัย จุลเมตต์ และอวยพร ตั้งธงชัย. การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยยางยืดประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
11. ชีววิทย์ วีวรรณ. ผลของการออกกำลังกายแบบผสมผสานต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555;42(2):44-53.
12. Wallace B. Balance training. In: Bandy WD. & Sanders B. Eds., Therapeutic exercise for physical therapist assistants. 3 rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
13. เจริญ กระบวนรัตน์. วิทยาศาสตร์การฝึกสอนกีฬา. กรุงเทพฯ: สันทนาการปีเซ็นเตอร์; 2557.
14. BDMS Wellness Clinic. ภาวะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ กายเจ็บในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pptvhd36.com/news/สุขภาพ/154311>

15. ถาวร กมฺุทศรี. การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย “Physical Fitness Conditioning”. กรุงเทพฯ: มีเดีย เพรส; 2560.
16. Sturnieks DL., St George R., Lord SR. Balance disorders in the elderly. *Neurophysiol Clinic* 2008;38(6):467–78.
17. สุสารี ประคินกิจ, ลัญชนา พิมพ์นชัยบุญ และกาญจนา งามจันทร์ทิพย์. ผลโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานกายและจิตสุข 5 มิติต่อระดับไขมันในเลือด เปรอร์เซนต์ไขมัน มวลกระดูก และความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ. *วารสารควบคุมโรค* 2562;45(2):180–90.
18. ทิวาพร ทวีวรรณกิจ, สุกัลยา อมตฉายา, พรรณี ปิงสุวรรณ และลักขณา มาทอ. การทรงตัว การล้ม และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด* 2553;22(3):271–79.
19. วันวิสาข์ พานิชภรณ์, ภาณุวัตร พันธุ์สิทธิ์, วทันยา วานิชกมลนันท์ และอารียา น้อยสุวรรณ. ผลของการออกกำลังกายต่อความสามารถในการเดินร่วมกับทำกิจกรรมในผู้สูงอายุเพศหญิง. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13 ปีการศึกษา 2561. วันที่ 16 สิงหาคม 2561; ปทุมธานี; บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต; 2561. หน้า 3171–9.
20. กาญจนา พิบูลย์, ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, พวงทอง อินใจ และมยุรี พิทักษ์ศิลป์. ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. *ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*; 2562.

HEALTH

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ธรรมบุญ ชามทอง

สาวิตรี บุญชูศรี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

อาริตา สมุห์นวล*

ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

วันรับ 18 เมษายน 2568, วันแก้ไข 13 พฤษภาคม 2568, วันตอบรับ 4 มิถุนายน 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดำเนินการศึกษาในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โดยประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม กลุ่มผู้สูงอายุ 425 คน และสถานการณ์ปัญหาโดยการสนทนากลุ่ม 27 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยการสนทนากลุ่ม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 21 คน และระยะที่ 3 ประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม กลุ่มผู้สูงอายุ 384 คน และการสนทนากลุ่ม 21 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และรูปแบบ SALE model สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ด้านความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และรูปแบบที่ได้จากการวิจัยคือ “SALE Model” ประกอบด้วย การคัดกรองและส่งต่อ การประเมินสถานการณ์ กระบวนการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และประเมินผลของการใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังได้รับรูปแบบสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ข้อเสนอแนะ คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบที่ได้จากการวิจัย ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ : ภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

* ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: arita919843@gmail.com

Development of Participatory Fall Prevention Model for Elderly by using the Mechanism of the District Health Board in Mueang Nakhon Si Thammarat District, Nakhon Si Thammarat Province

Tamnoon Chamtong

Sawitree Boonchoosri

Mueang Nakhon Si Thammarat District Health Office

Arita Samunuan*

Regional Health Promotion Center 11 Nakhon Si Thammarat.

Received 18 April 2025, Revised 13 May 2025, Accepted 4 June 2025.

Abstract

This research and development aimed to study the situation of fall prevention in the elderly and development of participatory fall prevention model for elderly. Including investigate the effects of participatory fall prevention model for elderly by using the mechanism of the district health board in Mueang district, Nakhon Si Thammarat province. This study in May 2024 to February 2025. The study was divided into three phases. Phases 1: study the situation of knowledge and behavior of fall prevention in elderly (n=425) and focus group discussion (n=27). Phases 2: development of participatory fall prevention model for elderly by focus group discussion (n=21). Phases 3 assessment of knowledge and behavior of fall prevention in elderly (n=384) and focus group discussion (n=21). The research instrument were questionnaires and SALE model. The inferential statistics was frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test. The results of the study were as follows: knowledge and behavior of fall prevention in elderly was at moderate level and the model developed from this research was "SALE model" comprised; screening, assessment, Long Term Care and environment. It was found that knowledge and behavior of fall prevention in elderly in the posttest was higher than in the pretest at a significant level of .05. The suggestions from this research is that a participatory fall prevention model for elderly that can be applied to fall prevention in Elderly.

Keywords: fall in the elderly, participatory, district health board

* Corresponding Author, email : arita919843@gmail.com

■ บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรประมาณ 8 พันล้านคน ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีประมาณ 1.14 พันล้านคน หรือร้อยละ 14.22 โดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations) คาดการณ์ว่าภายใน พ.ศ. 2593 ประชากรอายุมากกว่า 60 ปี จะมีประมาณ 2 พันล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรโลก สำหรับในอาเซียน ประเทศสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุด และเป็นประเทศแรกที่เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ถัดมาคือ ประเทศไทย และในปี พ.ศ.2567 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุถึง 13,237,238 คน คิดเป็นร้อยละ 20.36 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ.2576 จะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด คือ มีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอัตรา ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุทางถนน โดยพบอุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 และ 85 ปี เท่ากับร้อยละ 30 และ 50 ตามลำดับ โดยพบการบาดเจ็บตั้งแต่การบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ฟกช้ำ แผลถลอก หรือแผลฉีกขาด ถึงร้อยละ 44 ในขณะที่ร้อยละ 5 ของการหกล้มจะทำให้เกิดบาดเจ็บรุนแรง กระดูกสะโพกหัก กระดูกข้อมือหัก หรือเลือดออกในสมอง⁽²⁾ ข้อมูลสถานการณ์การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม จากรายงานระบบฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565- 2566 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 4.19 และ 5.50 ตามลำดับ สถานการณ์ภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2565 - 2567

เท่ากับ ร้อยละ 6.25, 5.67 และ 3.27 ตามลำดับ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดค่าเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ โดยต้องคัดกรองการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ หากพบมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มจะต้องส่งต่อการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม หรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ⁽³⁾ และจากการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม อำเภอเมืองนครราชสีมา ปี 2565 - 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 12.40 และ 8.98 ตามลำดับ โดยพื้นที่อำเภอเมืองมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด แต่ยังคงมีความครอบคลุมในการคัดกรองผู้สูงอายุต่ำที่สุด⁽⁴⁾

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ทำให้พบโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมอันเนื่องมาจากความชราเพิ่มขึ้น เช่น ปัญหาการทรงตัว จนนำไปสู่ภาวะหกล้มที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ นอกจากอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นแล้ว ผลกระทบของภาวะหกล้มยังนำไปสู่ความเจ็บป่วย ภาวะกระดูกหัก (fracture) การเสียชีวิต ความพิการทางด้านร่างกาย การสูญเสียความสามารถการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนผลเสียทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเอง รวมทั้งเป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลและสังคมส่วนรวม แม้ภาวะหกล้มส่วนใหญ่จะนำไปสู่อาการบาดเจ็บเล็กน้อย แต่ก็เป็นอาการแสดงของพยาธิสภาพต่างๆ ทั้งที่เกิดจากความชราเองและโรคภัยแรงต่างๆ ที่ซ่อนอยู่ได้ ซึ่งหากไม่ได้รับการตรวจค้นและแก้ไขให้เหมาะสม ย่อมเป็นสิ่ง

คุณภาพต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมักเกิดจากหลายปัจจัยเสี่ยง (predisposing factor) และปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) ซึ่งมีผลต่อกัน ดังนั้น การคัดกรอง การวินิจฉัย และกระบวนการดูแล เป็นเรื่องที่ต้องบูรณาการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ จะต้องให้ความสำคัญเพื่อป้องกันภาวะหกล้มและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้สูงอายุ⁽⁵⁾

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เกิดจากการแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 เป็นกลไกที่ช่วยขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ของชาติ โดยอาศัยภาวะการนำร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการกำหนดความต้องการของพื้นที่ แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ แก้ไขปัญหาต่างๆ ของพื้นที่อย่างใกล้ชิด จริจิงและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเห็นว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีบทบาทสำคัญในการช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม จึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการแก้ปัญหาดังกล่าว ที่มุ่งหวังจะช่วยลดอัตราภาวะพลัดตกหกล้ม รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ต่อไป

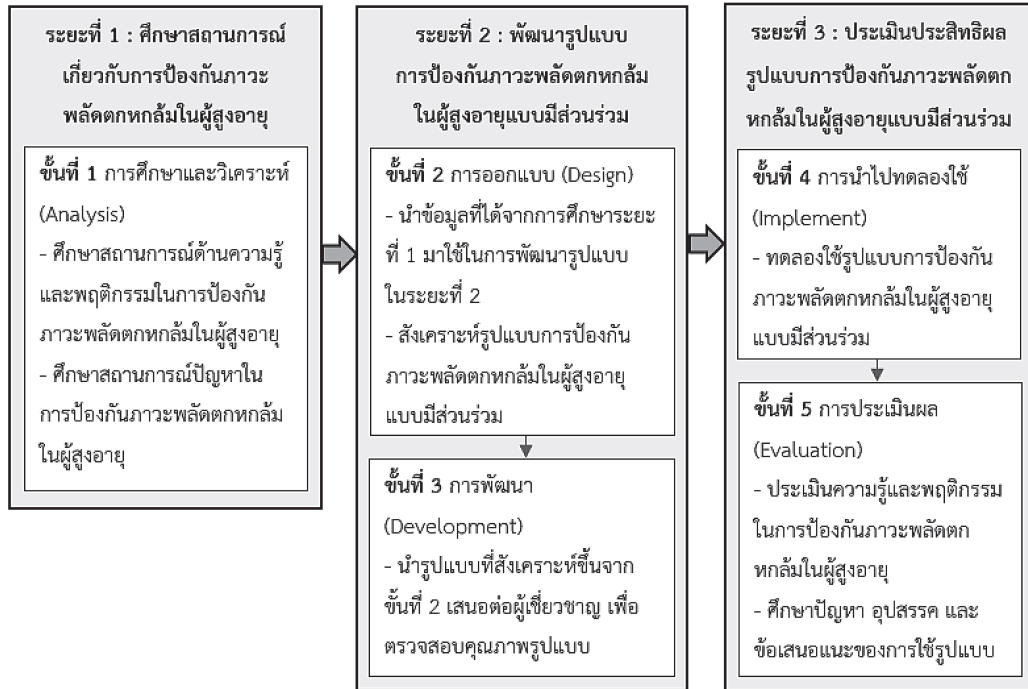
■ วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนารูปแบบ ADDIE Model ของ Strickland (2006)⁽⁷⁾ มาใช้ในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ (Analysis) ขั้นที่ 2 การออกแบบ (Design) ขั้นที่ 3 การพัฒนา (Development) ขั้นที่ 4 การนำไปทดลองใช้ (Implement) และ ขั้นที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) และประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1980)⁽⁸⁾ มาใช้ในการออกแบบรูปแบบ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ (Benefits) 4) การมีส่วนร่วมในการ

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



ประเมินผล (Evaluation)

โดยดำเนินการศึกษาในพื้นที่อำเภอเมือง นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 แบ่งการศึกษออกเป็น 3 ระยะ⁽⁷⁾

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ (Analysis : A)

ดำเนินการศึกษาเชิงปริมาณ โดยศึกษาสถานการณ์ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ประชากร คือ ผู้สูงอายุอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 52,943 คน⁽⁸⁾ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Krejcie & Morgan (1970)⁽⁹⁾ ได้จำนวน 382 คน และป้องกัน

การสูญหายของข้อมูล 10% ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็น 425 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างน้อย 6 เดือนที่ผ่านมา ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม (TUGT)⁽¹⁰⁾ พบว่า มีความเสี่ยง โดยใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที มีสติสัมปชัญญะสามารถอ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และดำเนิน

การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาล 1 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) 10 คน รวม 12 คน และ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน และชมรมผู้สูงอายุ 5 คน รวม 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขั้นที่ 2 การออกแบบ (Design : D)

ดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 มาใช้ในการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 นี้ ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 21 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นที่ 3 การพัฒนา (Development : D)
นำรูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นจากขั้นที่ 2

เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา โดยประยุกต์ตามเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา⁽¹¹⁾ ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ด้านความเหมาะสม (Propriety) และด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.9 แสดงว่า สามารถนำรูปแบบไปใช้ได้

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขั้นที่ 4 การนำไปทดลองใช้ (Implement:

I)

ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ SALE Model ประกอบด้วย 1) การคัดกรองและส่งต่อ (Screening : S) 2) การประเมินสถานการณ์ (Assessment : A) 3) กระบวนการดูแลผู้สูงอายุ (Long Term Care : L) และ 4) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (Environment : E)

ขั้นที่ 5 การประเมินผล (Evaluation : E)

ดำเนินการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มใน

ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จำนวน 425 คน เป็นกลุ่มเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 1 ซึ่งเมื่อสำรวจจำนวนกลุ่มตัวอย่างเดิม คงเหลือจำนวน 384 คน เนื่องจากไม่อยู่ในพื้นที่ขณะผู้วิจัยเก็บข้อมูล และบางรายเสียชีวิต เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นชุดเดียวกับแบบสอบถามในระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential Statistics) โดยเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับรูปแบบ ด้วยสถิติ Paired t-test และดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช 21 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช (SALE Model)

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรม

ในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย โรคประจำตัว การรับประทานยา การมองเห็น การเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการหกล้ม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความในช่องว่าง รวมจำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ หากตอบถูกต้อง 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมจำนวน 10 ข้อ ละ 1 คะแนน เต็ม 10 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนความรู้ ตามแนวคิดของ Bloom (1975)⁽¹²⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (8-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) และระดับไม่ดี (0-5 คะแนน) และส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย รวมจำนวน 10 ข้อ ละ 3 คะแนน เต็ม 30 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยพฤติกรรม ตามแนวคิดของ Best (1977)⁽¹³⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33) และระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66)

2.2 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

2.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในระยะที่ 2 เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการป้องกันภาวะ

พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ประกอบ
ด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

2.4 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ใน
ระยะที่ 3 เพื่อศึกษาปัญหา และข้อเสนอแนะของ
การใช้รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มใน
ผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยข้อคำถาม
จำนวน 2 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมิน
ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตก
หกล้มในผู้สูงอายุ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม
โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในส่วนแบบสอบถาม
ด้านความรู้ในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มใน
ผู้สูงอายุ หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีการของ
คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kruider-Richardson 20:
KR20) ได้ค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ค่าอำนาจจำแนก
(r) อยู่ระหว่าง 0.2-1.0 และค่าความยากง่าย (p)
อยู่ระหว่าง 0.2-0.8 แสดงว่าแบบสอบถามนำไป
ใช้ได้ และในส่วนแบบสอบถามด้านพฤติกรรมใน
การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้ค่า
ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00
จากนั้นได้แก้ไขปรับปรุง และนำเครื่องมือไป
ทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มี
คุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน หาค่าความ
เชื่อมั่น (Cronbach's coefficient alpha) ได้
เท่ากับ 0.85 แสดงว่า แบบสอบถามนำไปใช้ได้

● การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Sta-
tistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่า
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล
ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้และพฤติกรรมในการ
ป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

2) สถิติอนุมาน (Inferential Statistics)
ได้แก่ สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความ

แตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการ
ป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อนและ
หลังการได้รับรูปแบบ

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** งาน
วิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะ กรรมการ
จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 11
นครศรีธรรมราช เลขที่ HPC11-19/2567 วันที่ 29
เมษายน 2567

■ ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 สถานการณ์เกี่ยวกับการ
ป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอ
เมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
โดยศึกษาสถานการณ์ด้านความรู้และพฤติกรรม
ในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
จำนวน 425 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็น
เพศหญิง ร้อยละ 58.8 ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ
44.2 อายุเฉลี่ย 72 ปี สถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน
ร้อยละ 49.2 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 34.8 ไม่
ได้ทำงาน ร้อยละ 20.2 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า
5,000 บาท ร้อยละ 37.2 รายได้เฉลี่ย 14,448 บาท
ต่อเดือน การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ
85.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.6 มียารับประทาน
เป็นประจำ ร้อยละ 59.8 มองเห็นไม่ชัดเจน/
ตาพร่ามัว ร้อยละ 65.4 เคลื่อนไหวลำบากแต่
ไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ร้อยละ 48.0 ไม่ออกกำลังกาย
ร้อยละ 79.1 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 83.8 และ
ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มีประวัติการหกล้ม
ร้อยละ 27.3 และจากการประเมินความรู้และ
พฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มใน
ผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้
ในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.3 ($\bar{X}=7.55$,
S.D.=1.469) และมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะ

พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.1 ($\bar{X}=2.27$, $S.D.=0.224$) และจากการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการดำเนินงานยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุยังขาดการบูรณาการความร่วมมือ การคัดกรองความเสี่ยงในผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม ขาดการศึกษาและนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหที่ชัดเจน อีกทั้ง งบประมาณในการดำเนินงานยังไม่เพียงพอ ในส่วนผู้สูงอายุยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง รวมถึงมีพฤติกรรมเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม เช่น การรับประทานยาที่มากเกินไปจนจำเป็น การดื่มแอลกอฮอล์ การเดินขึ้นลงบันไดหรือที่สูง การสวมรองเท้าแตะหรือรองเท้าที่ไม่มีสายรัดส้น เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพแวดล้อมบริเวณบ้านยังไม่เหมาะสม เช่น การจัดวางของใช้ไม่เป็นระเบียบ เรียบร้อยและกีดขวางทางเดิน การมีแสงสว่างในบ้านไม่เพียงพอ ห้องน้ำมีพื้นลื่นและไม่มีราวจับ เป็นต้น รวมถึงผู้สูงอายุไม่มีงบประมาณในการปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน และความต้องการอยากได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ต้องการอบรมความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม และต้องการอุปกรณ์ หรืองบประมาณในการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1980)⁽⁶⁾ มาใช้ในการออกแบบรูปแบบ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ และความต้องการในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ทบทวนบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) โดยนำรูปแบบมาดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ซึ่งรูปแบบที่ได้ในระยะนี้ คือ “SALE Model” ประกอบด้วย (1.) การคัดกรองและส่งต่อ (Screening : S) คือ การคัดกรองความเสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน TUGT และการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุ (2.) การประเมินสถานการณ์ (Assessment : A) คือ การประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมของบริเวณที่พักอาศัย (3.) กระบวนการดูแลผู้สูงอายุ (Long Term Care : L) คือ การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อนำเสนอสถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา การถ่ายทอดและสื่อสารข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ผ่านที่ประชุมและกลุ่มไลน์ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)/ ชมรมผู้สูงอายุ/ ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การจัดอบรมให้

ความรู้แก่ผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม การออกเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และ CG เพื่อการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ ผ่านโปรแกรม Thai COC และกลุ่มไลน์ รวมถึงการเฝ้าระวังสถานการณ์และติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและโรงพยาบาล ผ่านระบบรายงานฐานข้อมูล HDC และผ่านที่ประชุมคณะกรรมการ พชอ. และการประชุมเครือข่าย CUP Board เป็นต้น และ (4.) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (Environment : E) คือ การประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และวางแผนร่วมกันทุกภาคส่วนในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และการเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดการสภาพแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น 3) การมีส่วนร่วมในการ

ได้รับผลประโยชน์ (Benefits) โดยผู้สูงอายุและชุมชนได้รับความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มที่ถูกต้อง สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ลดอัตราความชุกของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ รวมถึงการลดรายจ่ายของครอบครัวและภาครัฐในการรักษาพยาบาล และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) โดยภาคีเครือข่ายในชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและติดตามการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ร่วมประเมินผลรับทราบผลและแนวทางดำเนินการต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมือง นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดิมในระยะที่ 1 จำนวน



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช (SALE Model)

384 คน พบว่า หลังการได้รับรูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช (SALE Model) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังได้รับรูปแบบ ($\bar{X}=9.24$, $S.D.=0.83$) สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ ($\bar{X}=7.38$, $S.D.=1.42$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลต่างคะแนนเฉลี่ย 1.86 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังได้รับรูปแบบ ($\bar{X}=25.13$, $S.D.=1.77$) สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ ($\bar{X}=22.60$, $S.D.=2.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลต่างคะแนนเฉลี่ย 2.53 คะแนน และจากการศึกษาปัญหา และข้อเสนอแนะของการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม พบว่า ปัญหาอุปสรรค คือ ผู้สูงอายุบางรายไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด จึงต้องทำงานบ้านด้วยตนเอง อาจมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ รวมถึงงบประมาณในการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านยังไม่เพียงพอ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐอาจต้องบรรจุในแผนดำเนินงาน และส่งเสริมการสร้างรายได้ของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ในส่วนผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มยังไม่เพียงพอ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบ ได้แก่ คณะกรรมการ พชอ. ควรมีการประชุมและวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงควรมีการอบรมให้ความรู้การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

■ อภิปรายผล

สถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ไม่ได้เรียนหนังสือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท มีโรคประจำตัว มียารับประทานเป็นประจำ มองเห็นไม่ชัดเจน/ตาพร่ามัว เคลื่อนไหวลำบาก ไม่มีการออกกำลังกาย และในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มีประวัติการหกล้ม ซึ่งเป็นลักษณะของการมีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นางนุช เชาวน์ศิลป์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ทิพวรรณ โคตรสีเขียว และคณะ⁽¹⁵⁾ และศิริภาณี ศรีหามาศ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเสื่อมถอยของร่างกาย ตามวัย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัวที่ไม่มั่นคง ความบกพร่องทางการมองเห็น การพร่องความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้านที่เสี่ยงต่อการหกล้ม และจากการประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม อยู่ในระดับปานกลาง และจากการสนทนากลุ่มพบว่า บทบาทและการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุยังขาดการบูรณาการความร่วมมือ ผู้สูงอายุยังขาด

ความรู้ในการดูแลตนเอง รวมถึงมีพฤติกรรมเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านยังไม่เหมาะสม รวมถึงผู้สูงอายุไม่มีงบประมาณในการปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ คมสันต์ อ้นภักดี และสุพรรณ อาสนะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน รวมถึงส่งเสริมให้ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อป้องกันปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยจากการศึกษา ได้รูปแบบ คือ “SALE Model” ประกอบด้วย 1) การคัดกรองและส่งต่อ (Screening : S) คือ การคัดกรองความเสี่ยงและการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุ 2) การประเมินสถานการณ์ (Assessment : A) คือ การประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมของบริเวณที่พักอาศัย 3) กระบวนการดูแลผู้สูงอายุ (Long Term Care : L) คือ การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การถ่ายทอดและสื่อสารข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การจัดอบรมให้ความรู้ในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การออกเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการเฝ้าระวังสถานการณ์และติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ผ่านที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ 4) การจัดการด้าน

สิ่งแวดล้อม (Environment : E) คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และการเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณในการจัดสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยจากหน่วยงานภาครัฐ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม เทียงรอด⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปัจจัยความสำเร็จคือ การได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานทั้งภาคสาธารณสุข ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุพาริน พรกระแสน⁽²⁰⁾ ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม จะต้องมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การออกกำลังกาย การสนับสนุนอุปกรณ์ การติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย เป็นต้น

3. ประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หลังได้รับรูปแบบสูงกว่า ก่อนได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุพาริน พรกระแสน⁽²⁰⁾ ที่พบว่าหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพศาล ขุนวิเศษ และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่าหลังการนำรูปแบบ

การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนทุกระดับไปใช้ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หน่วยงานภาครัฐ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สามารถนำรูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ไปใช้ในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

● ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในระยะที่ 1 ควรมีการ

ศึกษาในเชิงปริมาณเพิ่มเติม โดยศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมของรูปแบบได้

2. ควรศึกษาประสิทธิผลหลังดำเนินการกระบวนการเสร็จสิ้นไปแล้ว อีก 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนผลลัพธ์ของรูปแบบ

3. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบโดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้เห็นประสิทธิภาพที่ชัดเจนขึ้น

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2566. กรุงเทพฯ: โกโก พรินท์ (ไทยแลนด์); 2567.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2567.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลรายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151>
5. กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ซีจี ทูล; 2551.
6. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
7. Strickland AW. ADDIE. Idaho State University College of Education, Science, Math & Technology Education; 2006.

8. Cohen JM. & Uphoff NT. Participation's place in rural development seeking clarity through specificity. World Development; 1980.
9. Krejcie RV. & Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
10. กรมการแพทย์. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ณัฏฐา ตรีเอน; 2564.
11. Madaus GF., Scriven MS., Stufflebeam DL. Evaluation models viewpoints on educational and human services evaluation. Boston: Kluwer-Nijhoff; 1983.
12. Bloom SJ. Taxonomy of education objective, hand book1: cognitive domain. New York: David McKay; 1975.
13. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
14. นงนุช เขาวนศิลป์, พิมสุภาว จันทนะโสดี และจุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2563.
15. ทิพวรรณ โคตรสีเขียว และดิษฐพล ใจเชื้อ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2565;4(2):255-69.
16. ศิราณี ศรีหาภาค, วัชร อมรโรจน์วรกุล, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหา และทิพวรรณ ทับซ้าย. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา 2564;15(32):44-62.
17. วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ, นงลักษณ์ อินตา และขวัญเนตร คงแดง. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มและพฤติกรรม การป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2565;23(1):96-109.
18. คมสันต์ อันภักดี และสุพัฒน์ อาสนะ. การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลนาเพียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2566;10(2):94-107.
19. เกษม เทียงรอด. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท. Journal of Roi Kaensarn Academi 2566;8(6):252-64.
20. อุพาริน พรกระแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทริน 2567;5(4):119-35.
21. ไพศาล ขุนวิเศษ, วิสุทธิ์ โนจิตต์ และศุภศิริ อยู่ชู. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนทุกระดับในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2566;37(4):26-43.

HEALTH

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการ ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สถาบันพัฒนาสุขภาพระยอง

สมบูรณ์ ศรีภู*

สถาบันพัฒนาสุขภาพระยอง กรมอนามัย

วันรับ 22 เมษายน 2568, วันแก้ไข 27 พฤษภาคม 2568, วันตอบรับ 30 พฤษภาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการ ปัญหาและอุปสรรค โดยใช้กรอบแนวคิดของ McKinsey's 7S Framework และแนวคิด PEST Analysis เครื่องมือวิจัยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเชิงปริมาณคือ หัวหน้าโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการ และผู้ร่วมดำเนินโครงการจำนวน 120 คน และกลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพคือ หัวหน้าโครงการจำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติการถดถอยพหุคูณ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ความสำเร็จในการบริหารโครงการ อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.458 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.679) พบปัจจัยภายในองค์กร ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.473 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.636) โดยพบปัจจัยภายในด้านโครงสร้างองค์กร ด้านระบบการปฏิบัติงาน ด้านทักษะการทำงาน และด้านค่านิยมร่วมขององค์กร มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายความสำเร็จในการบริหารโครงการ ร้อยละ 93.1 ($R^2_{adj} = 0.931$) ส่วนปัจจัยภายนอก ด้านการเมือง ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านเทคโนโลยี มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายความสำเร็จในการบริหารโครงการ ร้อยละ 93.9 ($R^2 = 0.939$) และปัญหาอุปสรรคพบว่า มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและการเชื่อมต่อด้านข้อมูลกับภาคีเครือข่าย ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารโครงการหน่วยงาน ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและฐานข้อมูล ควบคู่กับการปรับปรุงโครงสร้างและระบบการปฏิบัติงาน พัฒนาทักษะบุคลากร ส่งเสริมค่านิยมร่วมขององค์กร พร้อมทั้งติดตามและวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมภายนอกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถวางแผนและบริหารโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยความสำเร็จ การบริหารโครงการ โครงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: sirapatsornphabat@gmail.com

Factors influencing the success of health promotion and environmental health project management in Metropolitan Health and Wellness Institution

Somboon Sriphu*

Metropolitan health and wellness institution, Department of Health

Received 22 April 2025, Revised 27 May 2025, Accepted 30 May 2025.

Abstract

This Cross-sectional descriptive research aims to investigate internal and external factors influencing the success of project management in health promotion and environmental sanitation. The study also seeks to identify the factors contributing to project success, as well as the problems and obstacles encountered. The conceptual framework is based on McKinsey's 7S Framework and PEST Analysis model. Research instruments include both questionnaires and interviews. The quantitative data will be collected from 120 project leader, project managers, and project team members, while the qualitative data will be gathered from 15 project leaders. Data analysis will be conducted using descriptive statistics, multiple regression analysis, and content analysis. The findings revealed that: (1) the overall success of project management was at the highest level (mean = 4.458, S.D. = 0.679). Internal factors were also at the highest level (mean = 4.473, S.D. = 0.636). Specifically, organizational structure, operational systems, staff skills, and shared organizational values significantly influenced project management success at the 0.05 level and collectively accounted for 93.1% of the variance in project success ($R^2_{adj} = 0.931$). External factors including political, sociocultural and technological aspects also significantly influenced project success at the 0.05 level and explained 93.9% of the variance ($R^2_{adj} = 0.939$). Major problems and obstacles identified included limitations in technology and data connectivity with partner networks. Therefore, to enhance project management efficiency, agencies should develop information technology and database systems alongside improvements in organizational structure and operational systems, develop staff competencies, promote shared organizational values, and continuously monitor and analyze external environmental factors to support effective planning and project implementation.

Keywords: Success Factors, Project Management, Health promotion and environmental health projects

* Corresponding author, email: sirapatsornphabat@gmail.com

■ บทนำ

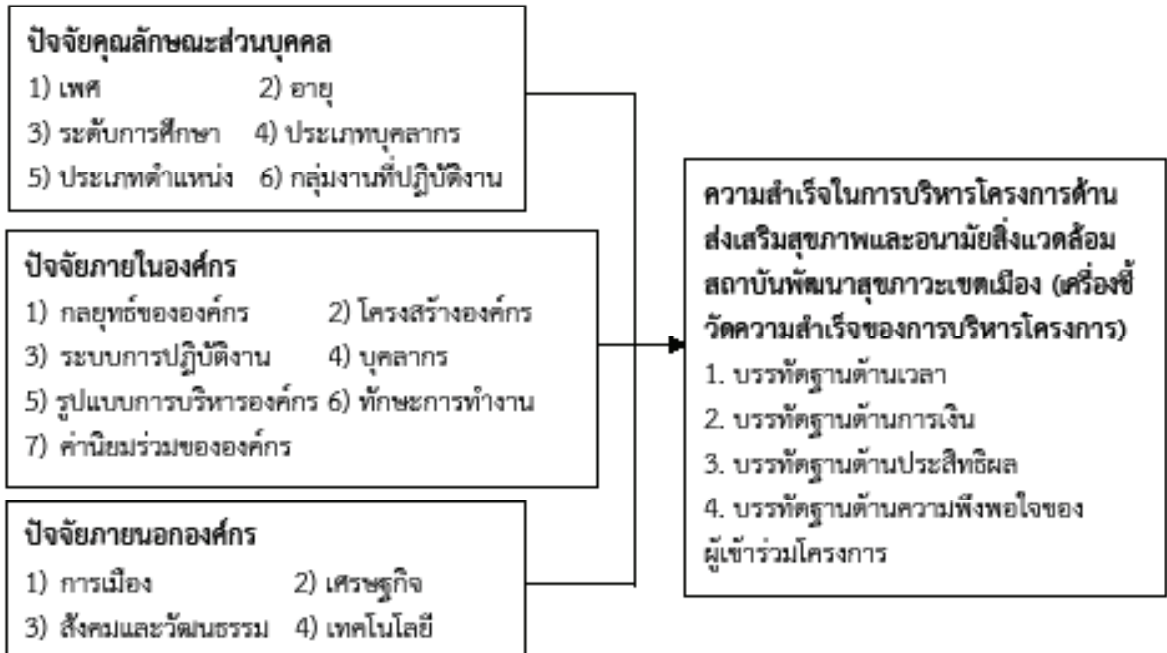
กรมอนามัยได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) เพื่อเป็นกรอบและทิศทางในการขับเคลื่อนการทำงานของหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย ทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมในกระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) ของหน่วยงานที่สอดคล้องเชื่อมโยงกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกับแผนยุทธศาสตร์⁽¹⁾ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองเป็นหนึ่งในหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกรมอนามัย ได้จัดทำแผนปฏิบัติการที่มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย โดยแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ประกอบด้วย 15 โครงการ⁽²⁾ ซึ่งการบริหารโครงการเป็นสิ่งสำคัญที่ถูกกำหนดขึ้นให้สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในการบริหาร การพัฒนาของหน่วยงาน ผลักดันให้เจตนารมณ์ในเชิงกลยุทธ์ นำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์และกลวิธีในการจัดการของหน่วยงานให้บรรลุผลสำเร็จ⁽³⁾

การติดตามและประเมินผลจึงมีความสำคัญในการควบคุมกำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผนเพื่อเป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าโครงการนั้นๆ บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดมากน้อยเพียงใดหรือไม่ มีปัจจัยใดบ้างที่กระทบต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานซึ่งจะสะท้อนภาพความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาพรวม⁽¹⁾ จากการวิจัยประเมินผลโครงการในปีงบประมาณ 2565⁽³⁾

ผลการวิจัยพบว่า การประเมินโครงการภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดและผ่านเกณฑ์การประเมินผู้บังคับบัญชา และผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อโครงการอยู่ในระดับมากที่สุด โครงการบรรลุตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการร้อยละ 73.33 มีผลเบิกจ่ายเงินงบประมาณได้ตามค่าเป้าหมายของกรมอนามัย ร้อยละ 60 อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานแต่ละโครงการที่ผ่านมา ยังพบข้อจำกัดซึ่งต้องดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และประเมินผลและหาปัจจัยความสำเร็จของโครงการอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนา การติดตามและประเมินผล เพื่อให้การบริหารประสบผลสำเร็จ จากผลการศึกษาของครรชิต มัลลียงศ์⁽⁴⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการโครงการ พบว่า ความล้มเหลวของโครงการจำนวนมาก เกิดจากการใช้จ่ายงบประมาณเกินวงเงิน การดำเนินงานไม่เสร็จสิ้นตามกำหนดเวลา ผลงานไม่ตรงกับวัตถุประสงค์และไม่มีคุณภาพ ทั้งนี้ โดยมีสาเหตุพื้นฐานคือไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ไม่ได้ใช้หลักการจัดการโครงการ ขาดการประกันคุณภาพ ขาดความรู้ทางเทคนิค และบุคลากรไม่มีความสามารถการศึกษาปัจจัยความสำเร็จที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการโครงการ เพื่อลดความเสี่ยง ลดความผิดพลาด และส่งผลให้โครงการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่แต่ละโครงการตั้งไว้ แต่ทั้งนี้หากผู้บริหารโครงการทราบถึงปัจจัยความสำเร็จและมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้ความเสี่ยงลดลง ดังนั้น การบริหารจัดการจึงเป็นการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม เพราะเป็นกระบวนการนำทรัพยากรมาใช้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามขั้นตอนของการบริหาร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย⁽⁵⁾

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานขององค์กรและต่อผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาไปปรับปรุงพัฒนาการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยภายในองค์กร ปัจจัยภายนอกองค์กร และความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยภายในองค์กร ตามกรอบแนวคิดของ McKinsey (McKinsey's 7S Framework) แนวคิด PEST Analysis และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1

■ วิธีการศึกษา

- รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ บุคลากร สถาบันพัฒนา

สุขภาวะเขตเมือง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ หัวหน้าโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการ และผู้เข้าร่วมดำเนินโครงการที่ปฏิบัติงานที่สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 120 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Purposive sampling)

2. กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ หัวหน้าโครงการ จำนวน 15 คน

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีจำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล มีคำถาม 8 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกองค์กร จำนวน 28 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และส่วนที่ 4 ข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ซึ่งแต่ละข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละระดับ (น้อยที่สุด - มากที่สุด ให้คะแนน 1 - 5 คะแนน)

เกณฑ์การแปลผล ผู้วิจัยใช้วิธีคิดจากการหาค่าเฉลี่ย⁽⁶⁾ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนพร้อมแปลผล แบ่งคะแนนได้ 5 ระดับ โดยในแต่ละระดับมีช่วงคะแนนเท่ากับ 0.8 คะแนน ซึ่งสามารถแบ่ง

เกณฑ์คะแนนได้ ดังนี้⁽⁷⁾

4.21 – 5.00	หมายถึง เห็นด้วยในระดับมากที่สุด
3.41 – 4.20	หมายถึง เห็นด้วยในระดับมาก
2.61 – 3.40	หมายถึง เห็นด้วยในระดับปานกลาง
1.81 – 2.60	หมายถึง เห็นด้วยในระดับน้อย
1.00 – 1.80	หมายถึง เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview Guidelines) ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการบริหารโครงการให้สำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มาเพื่อปรับปรุงแบบสอบถามการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ในการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จากการหาความสอดคล้อง IOC ในทุกข้อคำถามนั้น มีค่าเท่ากับ 1.00 ข้อคำถามใดที่มี ค่า IOC น้อยกว่า 0.50 นำมาปรับปรุงแก้ไขหรือคัดออกจากแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ⁽⁷⁾ แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า IOC เท่ากับ 0.987 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดเกณฑ์ความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ต้องมีค่ามากกว่า 0.7 ซึ่งแบบสอบถามการวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.978 สามารถนำแบบสอบถามการวิจัยไปใช้ได้

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ส่งหนังสือถึงหัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบโครงการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที

2) สัมภาษณ์หัวหน้าโครงการตามแบบสัมภาษณ์ โดยนัดหมายเวลาในการสัมภาษณ์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียงในขณะทำการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นจึงดำเนินการถอดข้อความบันทึกเสียงในภายหลังเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและยุติการสัมภาษณ์

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทีละคู่ เพื่อทดสอบไม่ให้เกิดความสัมพันธ์กันเองของตัวแปร หรือเป็นอิสระต่อกันใช้สถิติ Multiple Regression Analysis หรือการถดถอยพหุคูณแบบ Enter ในการวิเคราะห์หาตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม หรือตัวแปรอิสระตั้งแต่สองตัวขึ้นไปส่งผลต่อตัวแปรตามหนึ่งตัว และข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

● **การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย ตามใบรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการวิจัย 817/2568 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2568

■ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ตอบแบบสอบถาม 104 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 เพศชาย ร้อยละ 12.5 มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 34.6 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 40 – 49 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 67.3 ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 22.1 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 10.6 เป็นบุคลากรสายวิชาชีพ ร้อยละ 52.9 และบุคลากร สายสนับสนุน ร้อยละ 47.1 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 58.7 พนักงานราชการ ร้อยละ 16.3 พนักงานกระทรวง ร้อยละ 15.4 ระยะเวลาปฏิบัติงาน อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 26.92 รองลงมาคือ ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 24.03 เคยมีประสบการณ์เป็นผู้รับผิดชอบหรือผู้ร่วมดำเนินโครงการ ร้อยละ 77.88

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ระดับปัจจัยภายในองค์กร ปัจจัยภายนอกองค์กร และความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ของสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

จากตารางที่ 1 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยภายในองค์กรภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.473 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.636) เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านโครงสร้างองค์กร รองลงมาคือ ด้านระบบการปฏิบัติงาน และด้านรูปแบบการบริหารองค์กร ตามลำดับ

จากตารางที่ 2 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกองค์กรภาพรวม อยู่ใน

ตารางที่ 1 ระดับปัจจัยภายในองค์กรของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านและรวมทุกด้าน (n = 104)

ปัจจัยภายในองค์กร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น	ลำดับ
ด้านกลยุทธ์ขององค์กร	4.447	0.646	มากที่สุด	4
ด้านโครงสร้างองค์กร	4.562	0.594	มากที่สุด	1
ด้านระบบการปฏิบัติงาน	4.507	0.595	มากที่สุด	2
ด้านรูปแบบการบริหารองค์กร	4.497	0.616	มากที่สุด	3
ด้านบุคลากร	4.432	0.675	มากที่สุด	5
ด้านทักษะการทำงาน	4.447	0.643	มากที่สุด	4
ด้านค่านิยมร่วมขององค์กร	4.420	0.682	มากที่สุด	6
รวม	4.473	0.636	มากที่สุด	

ตารางที่ 2 ระดับปัจจัยภายนอกองค์กรของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านและรวมทุกด้าน (n = 104)

ปัจจัยภายนอกองค์กร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น	ลำดับ
ด้านการเมือง	4.410	0.660	มากที่สุด	2
ด้านเศรษฐกิจ	4.304	0.725	มากที่สุด	4
ด้านสังคมและวัฒนธรรม	4.394	0.683	มากที่สุด	3
ด้านเทคโนโลยี	4.458	0.658	มากที่สุด	1
รวม	4.369	0.701	มากที่สุด	

ตารางที่ 3 ระดับความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (n = 104)

ความสำเร็จในการบริหารโครงการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น	ลำดับ
บรรทัดฐานด้านเวลา	4.455	0.663	มากที่สุด	2
บรรทัดฐานด้านการเงิน	4.487	0.677	มากที่สุด	1
บรรทัดฐานด้านประสิทธิผล	4.451	0.690	มากที่สุด	3
บรรทัดฐานด้านความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ	4.442	0.683	มากที่สุด	4
รวม	4.458	0.679	มากที่สุด	

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล	ความสำเร็จในการบริหารโครงการ			t	P-value
	B	SE	Beta		
ค่าคงที่ (a)	3.830	.621		6.172	.000
เพศ	.106	.189	.054	.559	.577
อายุ	.011	.064	.016	.166	.869
การศึกษา	.129	.125	.110	1.028	.307
ประเภทบุคลากร	-.087	.157	-.066	-.554	.581
ประเภทตำแหน่ง	-.070	.056	-.156	-1.252	.214
กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน	.044	.012	.352	3.779	.000*
$R^2_{adj} = 0.126$, $R^2 = 0.177$, $R = 0.420$, Durbin-Watson = 1.710					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยภายในองค์กรที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยภายในองค์กร	ความสำเร็จในการบริหารโครงการ			t	P-value
	B	SE	Beta		
ค่าคงที่ (a)	-.169	.139		-1.216	.227
ด้านกลยุทธ์ขององค์กร	-.120	.052	-.118	-2.288	.024*
ด้านโครงสร้างองค์กร	.138	.076	.125	1.821	.072
ด้านระบบการปฏิบัติงาน	.228	.094	.206	2.412	.018*
ด้านรูปแบบการบริหารองค์กร	.163	.103	.153	1.578	.118
ด้านบุคลากร	.122	.077	.126	1.587	.116
ด้านทักษะการทำงาน	.269	.072	.264	3.724	.000*
ด้านค่านิยมร่วมขององค์กร	.235	.066	.244	3.548	.001*
$R^2_{adj} = 0.931$, $R^2 = 0.936$, $R = 0.967$, Durbin-Watson 1.801					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกองค์กรที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยภายนอกองค์กร	ความสำเร็จในการบริหารโครงการ			t	P-value
	B	SE	Beta		
ค่าคงที่ (a)	.078	.114		.685	.495
ด้านการเมือง	.155	.056	.156	2.766	.007*
ด้านเศรษฐกิจ	.062	.054	.069	1.145	.255
ด้านสังคมและวัฒนธรรม	.301	.078	.313	3.868	.000*
ด้านเทคโนโลยี	.472	.063	.473	7.440	.000*

$R^2_{adj} = 0.939$, $R^2 = 0.941$, $R = 0.970$, Durbin-Watson 1.952

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.369 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.701) เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านเทคโนโลยี รองลงมาคือ ด้านการเมือง ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านเศรษฐกิจ ตามลำดับ

จากตารางที่ 3 พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.458 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.679) เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ บรรทัดฐานด้านการเงิน บรรทัดฐานด้านเวลา บรรทัดฐานด้านประสิทธิภาพ และบรรทัดฐานด้านความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และหาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถพยากรณ์ความสำเร็จในการบริหารโครงการได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายความสำเร็จในการบริหารโครงการได้ ร้อยละ 12.6 ($R^2_{adj} = 0.126$)

จากตารางที่ 5 พบว่า การวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter ของปัจจัยภายในองค์กร พบว่า มีปัจจัยทำนาย 4 ตัว คือ โครงสร้างองค์กร ระบบการปฏิบัติงาน ทักษะการทำงาน และค่านิยมร่วมขององค์กร มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบริหารโครงการ สามารถพยากรณ์ความสำเร็จในการบริหารโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายความสำเร็จในการบริหารโครงการได้ ร้อยละ 93.1 ($R^2_{adj} = 0.931$)

จากตารางที่ 6 พบว่า การวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter ปัจจัยภายนอกองค์กร พบว่า มีปัจจัยทำนาย 3 ตัว คือ ด้านการเมือง ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้าน

เทคโนโลยี มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบริหารโครงการ สามารถพยากรณ์ความสำเร็จในการบริหารโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายความสำเร็จในการบริหารโครงการได้ ร้อยละ 93.9 ($R^2_{adj} = 0.939$)

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากผลการศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าโครงการ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารโครงการฯ ให้สำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารโครงการฯ ดังนี้

4.1 ความคิดเห็นของหัวหน้าโครงการในการบริหารโครงการฯ ให้สำเร็จ

1) ทบทวนและพัฒนาโครงสร้างองค์กรให้เหมาะสมกับภารกิจ โดยมุ่งเน้นความยืดหยุ่น ความคล่องตัวและประสิทธิภาพ พร้อมทั้งปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานให้มีความชัดเจน ลดความซ้ำซ้อน ดังคำพูดที่ว่า

“อยากให้มีการทบทวนและปรับปรุงโครงสร้างองค์กร ปรับปรุงภารกิจองค์กรให้เหมาะสมและสอดคล้องกันนะ และในการทำงานอยากให้มีความยืดหยุ่นในการทำงาน งานไหนหรือกิจกรรมใดขั้นตอนเยอะก็ต้องตัดออกเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ทีมงานจะได้ไม่เหนื่อยมากแล้วยังปัจจุบันโลกมันไปไกลมากเราก็ต้องตามให้ทันพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงนะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

2) หน่วยงานจัดให้มีการอบรมหรือพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการบริหารโครงการเพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการดำเนินโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

“ในความคิดเห็นของพี่ มองว่าการทำงาน

ที่นี้ หน่วยงานจัดให้มีการอบรมและพัฒนาทักษะในการบริหารโครงการดีมากนะ อย่างเช่นโครงการที่กลุ่ม HR จัดเรื่อง การบริหารโครงการ การเงิน การคลัง และพัสดุ ที่จัดอบรมให้คนเก่าก็ได้ฟื้นฟูความรู้ คนใหม่ก็ได้เรียนรู้ตั้งแต่ทำโครงการต้องเขียนอย่างไร บริหารการเงินในโครงการอย่างไร พัสดุจะต้องจัดทำแบบไหน มี Template สำเร็จรูปให้ใช้อีก ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

3) ปลุกฝังค่านิยมร่วมที่ส่งเสริมความร่วมมือ ความรับผิดชอบ และความมุ่งมั่นในเป้าหมายขององค์กร เพื่อสร้างแรงจูงใจและความสามัคคีภายในทีมงาน ดังคำพูดที่ว่า

“หน่วยงานเรามีการปลุกฝังค่านิยมร่วมกันนะ เราช่วยกันคิด ช่วยกันทำนะ พี่ว่าเป็นสิ่งที่ดีมากๆเลย เพราะว่าพอช่วยกันคิดทุกคนก็รู้สึกตัวเองมีส่วนร่วมไง รู้สึกสนุก เป็นการสร้างแรงจูงใจและความสามัคคีในการทำงานนะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

4) การบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมประสบผลสำเร็จ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุเป้าหมายของโครงการ ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่การเริ่มวางแผนยุทธศาสตร์ การมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมความพร้อมทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนวิธีการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจและความร่วมมือจากบุคลากรในหน่วยงาน และการบูรณาการกับภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ต้องมีการสร้างแรงจูงใจหรือความต้องการที่จะส่งเสริมสุขภาพ โดยการขับเคลื่อนทั้งระดับองค์กรและระดับบุคคล การรักษาสัมพันธภาพเครือข่ายเดิมและแสวงหาเครือข่ายใหม่หรือพื้นที่เป้าหมาย

ใหม่ที่เป้าหมาย ดังคำพูดที่ว่า

“เราอยากให้การบริหารโครงการมันสำเร็จทุกโครงการที่ทำนะ นั่นคือ เป้าหมาย โดยถ้าเราเสนอประเด็นที่เราจะทำให้ผู้บริหารและท่านเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญจำเป็นต้องทำถ้าไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนแน่ ถ้าผู้บริหารให้ความสำคัญ ทีมงานเข้าใจ และมีการสนับสนุนทั้ง คน เงิน ของ สร้างแรงจูงใจให้ทำงาน สร้างการรับรู้ให้ทุกคนรู้เหมือนเรานะ สร้างความร่วมมือ พี่ว่าการทำโครงการให้ประสบผลสำเร็จก็ไม่ใช่ว่าเรื่องยาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

4.2 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

1) มีข้อจำกัดในด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย มาช่วยสนับสนุนการทำงาน ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เหมาะสมสำหรับการใช้เก็บรวบรวมข้อมูล จัดหมวดหมู่เรียงลำดับ สรุปผล คำนวณผล จัดเก็บ สืบค้น การจัดการข้อมูล ให้เป็นฐานข้อมูลแบบ Realtime ให้สามารถสื่อสารและเผยแพร่ไปยังหน่วยงานต่างๆ ตามความต้องการ เพื่อจะช่วยลดการสิ้นเปลืองของวัสดุอุปกรณ์ และยังช่วยส่งเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

“โครงการที่ต้องมีลงพื้นที่ในชุมชน บางทีการทำกิจกรรมก็ลำบาก เพราะคนส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาว่าง และยังมี Application เก็บข้อมูลเยอะๆ บางทีเค้าก็ใช้ไม่เป็นบ้าง เป็นผู้สูงอายุบางคนก็ไม่มีโทรศัพท์ ก็มาหนักที่เราคนลงพื้นที่ที่ต้องทำข้อมูลผ่านโทรศัพท์ตัวเอง ถ้าจะดีให้มี Application เดียวตอบโจทย์ทุกอย่างจะดีนะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ทีมเราลงเก็บข้อมูลเยอะมากนะ แต่เวลา

จะใช้ข้อมูล มันหายากไง จะใช้ทีก็ต้องหาที่ ไม่ได้มีแหล่งเก็บข้อมูล ใจจริงอยากให้มีระบบจัดเก็บฐานข้อมูลนะ แบบว่า Realtime อยู่ไหนก็ใช้งานได้ ดูข้อมูลได้ และอีกอย่างนะ ข้อมูลเราไม่ได้เชื่อมกับหน่วยงานเครือข่าย ก็ให้เห็นแค่ข้อมูลตัวเอง ลำบากในการนำข้อมูลมาวางแผนนะ อยากให้มีระบบการจัดเก็บข้อมูล เพื่อให้การสืบค้น การคำนวณ การสรุปผล และการนำข้อมูลมาใช้แบบ Realtime จะทำให้ทำงานง่ายขึ้น และมีประสิทธิภาพ ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2) ในการดำเนินกิจกรรมโครงการมีปัจจัยหลายส่วนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น วิทยากรไม่สะดวกในการเข้าร่วมประชุมตามวันเวลาที่กำหนด กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถมาร่วมการจัดประชุมได้ กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถดำเนินงานที่กำหนดได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ทำให้ต้องมีการปรับแผนหรือกิจกรรมเป็นระยะๆ เพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ดังคำพูดที่ว่า

“มันถือว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมในโครงการที่ทำให้โครงการพีชะตุดนะ เช่น วิทยากรไม่สะดวกในการมาเป็นวิทยากรตามวัน เวลาที่กำหนด กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถมาร่วมการจัดประชุมได้ ไม่สามารถดำเนินงานที่กำหนดได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ทำให้พี่นะต้องมีการปรับแผนหลายรอบและบางทีก็เลยกำหนดระยะเวลาที่พี่จะจัดกิจกรรม พี่ต้องทำไงก็ต้องโทรประสานนัดหมายล่วงหน้าหรือติดตามกิจกรรมว่าจะดำเนินการได้ไหมเป็นระยะๆ เพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

3) นโยบายของเครือข่ายมีผลกระทบต่อการบริหารโครงการ หน่วยงานต้องมีการวิเคราะห์ภารกิจ business plan ที่เหมาะสมกับพื้นที่เป็นลักษณะของงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัย

สิ่งแวดล้อมที่หน่วยงานอื่นยังไม่ได้ทำหรือเป็น ช่องว่าง (Gap) ของพื้นที่เขตเมือง ซึ่งอาจแตกต่างจากหน่วยงานอื่น ดังคำพูดที่ว่า

“การทำงานในพื้นที่ค่อนข้างยาก บางทีพื้นที่ต้องใช้สัมพันธภาพส่วนตัวไปติดต่อกับประสานงาน เพราะถ้าไม่มีนโยบายจากผู้บริหาร เราก็ทำไม่ได้ ในพื้นที่เราก็มีนโยบายของตัวเองที่เค้าจะขับเคลื่อน บางเรื่องเค้าก็มองว่ามันเป็นปัญหาของเราไม่ใช่ปัญหาของเค้านะ”(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“อยากให้มีการขับเคลื่อนเชิงนโยบายระหว่างผู้บริหาร มีการทำ MOU กัน ระหว่างกรมอนามัยกับกรุงเทพมหานคร หากผู้บริหารเห็นชอบกับนโยบาย รับผิดชอบในการในพื้นที่จะทำให้การขับเคลื่อนงานง่ายขึ้น แต่เราก็ต้องวิเคราะห์งานของเราด้วยว่ามี Gap ตรงไหน และพื้นที่เค้าต้องการอะไร ถึงจะทำงานในพื้นที่ได้”(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

■ อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยภายในองค์กรที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า มี 4 ด้าน ได้แก่

โครงสร้างองค์กร ระบบการปฏิบัติงาน ทักษะการทำงาน และค่านิยมร่วมขององค์กร สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประมาณร้อยละ 93.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วรรณ จุมพอง และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการ

พัฒนาคุณภาพโดยรวมและรายด้าน คือ ค่านิยมร่วมขององค์กร กลยุทธ์ขององค์กร ระบบงาน ทักษะของบุคลากร และโครงสร้างขององค์กร โดยพบว่าทั้ง 5 ปัจจัย สามารถทำนายความสำเร็จโดยรวมได้ร้อยละ 62.3 สอดคล้องกับ พิริยา ผาติวิริยะวงศ์⁽⁸⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ ได้แก่ ค่านิยมร่วมและรูปแบบการบริหาร ซึ่งสามารถพยากรณ์ความสำเร็จในการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ได้ร้อยละ 70.7 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สำราญ เชื้อเมืองพาน⁽⁹⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ คือ ค่านิยมร่วมขององค์กร กลยุทธ์ขององค์กร ปัจจัยสังคมและรูปแบบการทำงานของผู้นำ มีอำนาจการทำนาย ร้อยละ 72.60

ผลการศึกษาปัจจัยภายนอกองค์กรที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า มี 3 ด้าน คือ ด้านการเมือง ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านเทคโนโลยี สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสำเร็จในการบริหารโครงการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอำนาจทำนายความสำเร็จในการบริหารโครงการฯ ประมาณร้อยละ 93.9 สอดคล้องกับ อรุณรัตน์ นิตยะโรจน์⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมภายนอกมีผลต่อความสำเร็จในการจัดทำโครงการของกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาวลิต ประสิทธิ์⁽¹¹⁾ พบว่า ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย การเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ในระดับปานกลางที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) พัฒนาระบบฐานข้อมูลแบบ Real-time และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถบริหารจัดการโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท้นต่อสถานการณ์ และสามารถใช้องค์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ได้อย่างแม่นยำ

2) ทบทวนและพัฒนาโครงสร้างองค์กรให้เหมาะสมกับภารกิจ โดยมุ่งเน้นความยืดหยุ่น ความคล่องตัว และประสิทธิภาพ พร้อมทั้งปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานให้มีความชัดเจน ลดความซ้ำซ้อน

3) หน่วยงานจัดให้มีการอบรมหรือพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการบริหารโครงการเพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการดำเนินโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4) ปลุกฝังค่านิยมร่วมที่ส่งเสริมความร่วมมือ ความรับผิดชอบ และความมุ่งมั่นในเป้าหมายขององค์กร เพื่อสร้างแรงจูงใจและความสามัคคีภายในทีมงาน

● ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1) ควรมีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของโครงการในเชิงลึกและหลากหลายบริบท

2) ควรดำเนินการวิจัยกรณีศึกษาโครงการที่ประสบความสำเร็จสูง เพื่อนำแนวทางและกลยุทธ์การดำเนินงานมาใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาโครงการอื่นๆ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองที่คอยสนับสนุน ให้คำแนะนำในการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์สำหรับเป็นพื้นที่ทดลองการใช้เครื่องมือการวิจัย ขอขอบคุณ หัวหน้าโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการ และผู้ร่วมดำเนินโครงการทุกท่านที่ทำให้ผลการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กองแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2565.
2. สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กลุ่มบริหารนโยบายยุทธศาสตร์และประเมินผล. แผนปฏิบัติการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://mwi.anamai.moph.go.th/th/action-plan/215120>
3. สมบูรณ์ ศรีภู, โยธกา แก้วคำ, จุฑามาศ วงคำจันทร์. การประเมินผลโครงการของสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองตามประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานของกรมอนามัย ปีงบประมาณ 2565. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566;17(2):43–55.
4. ครรชิต มัลลียงส์. การบริหารจัดการโครงการ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: www.drkanthit.com/presentations/ProjectMngt.pdf
5. ปกรณ์ ปรียากร. การวางแผนการวิเคราะห์และแนวทางการบริหารโครงการให้ประสบผลสำเร็จ [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://planning.pn.psu.ac.th/plan_doc/procedure/docs_procedure/200_1530261702.pdf

6. กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. ตำราในการวิจัยเชิงสำรวจในงานสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โนเบิลพริ้นท์จำกัด; 2561.
7. ทิพย์วรรณ จุ่มแพง, กุหลาบ รัตนสังขธรรม, วัลลภ ใจดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตามการรับรู้ของบุคลากรหน่วยงานระดับเขต กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2555;7(2):38-52.
8. พิริยา ผาติวิกรัยวงศ์, วรางคณา จันทรงค์, สมโภช รติโอพาร. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561;5(3):110-20.
9. สำราญ เชื้อเมืองพาน. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนางค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดเชียงราย [การค้นคว้าอิสระ]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562.
10. อรุณรัตน์ นิตยะโรจน์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดทำโครงการของกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2560.
11. เชาวลิศ ประสิทธิ์. ปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมในจังหวัดฉะเชิงเทรา [การค้นคว้าอิสระ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2561.

HEALTH

การประเมินผลการพัฒนาระบบงานด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ของอำเภอร่องขาว จังหวัดแพร่

อัจฉรา จิตจง

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร่องขาว

วันรับ 21 พฤศจิกายน 2567, วันแก้ไข 4 มิถุนายน 2568, วันตอบรับ 18 มิถุนายน 2568.

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบงานด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ของอำเภอร่องขาว จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ให้บริการทันตกรรมโรงพยาบาลร่องขาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่าย 21 ราย และผู้รับบริการทันตกรรม 150 ราย ศึกษาตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบงานด้านทันตสาธารณสุข แบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบงานทันตสาธารณสุข ภาพรวมการใช้บริการทันตกรรมรวมทุกกลุ่มวัย ในปี 2567 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 41.3 โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนและประชาชนทั่วไปที่มีสัดส่วนของการมารับบริการเพิ่มขึ้น ด้านระบบบริการมีการให้บริการครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมีทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ และทีมงานหลักจาก รพ. ออกให้บริการที่ รพ.สต. และพัฒนาด้านวิชาการ ด้านบุคลากร มีทันตแพทย์เป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ใน รพ.สต. ด้านระบบข้อมูลข่าวสารทันตกรรม มีผู้ดูแลรับผิดชอบงานข้อมูลทันตกรรม เพื่อติดตามความถูกต้องของข้อมูลและความเชื่อมต่อของข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ รพ.ร่องขาวสนับสนุนเวชภัณฑ์ทันตกรรมและช่วยกำหนดคุณลักษณะของครุภัณฑ์ให้แก่ รพ.สต. ด้านค่าใช้จ่ายทันตกรรม คปสอ. ร่องขาว และ อบท. สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพส่วนอบจ. สนับสนุนงบประมาณบำรุงครุภัณฑ์ทันตกรรม ในด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การเปลี่ยนแปลงต้นสังกัดของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขใน รพ. สต. ทำให้หน่วยงานต้องเรียนรู้กระบวนการทำงาน และขั้นตอนการบังคับบัญชาของ อบจ. เพื่อเป็นประโยชน์ในการประสานงาน ในผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบงานในระดับปานกลาง ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทันตกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้น การเตรียมความพร้อมงานด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น พบว่าช่วยให้ประชาชนในเขตอำเภอร่องขาวได้รับการด้านทันตสาธารณสุข อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในพื้นที่

คำสำคัญ: ระบบบริการทันตสาธารณสุข, การถ่ายโอนภารกิจด้านทันตสาธารณสุข, การถ่ายโอนสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้พิมพ์หลัก, อีเมล: sakso_at@hotmail.com

Evaluation of an Oral Health Care System preparedness for transferring to the Provincial Administrative Organization in Rongkwang District, Phrae Province

Atchara Jitjong

Dental Department, Rongkwang Hospital

Received 21 November 2024, Revised 4 June 2025, Accepted 18 June 2025.

Abstract

This Mixed Method research evaluated the oral health care system for supporting decentralization to the Provincial Administrative Authority, Rongkwang District, Phrae Province. The samples comprised 21 dental health personnel and 150 clients between July and October 2024. The research instruments include an Oral Health Care System, a case record form, and a questionnaire. The data were analyzed using content analysis and descriptive statistics. After the system completion, dental service utilization among all age groups in 2024 was 41.3 percent. This trend is particularly among school-aged and the general population. In terms of service systems, services are provided across all areas, with dentists, dental assistants, and the core team from the hospital offering services at Sub-district Health Promoting Hospital while advancing academic development. Regarding personnel, a dentist supervises the dental practice of a Dental Assistant. In terms of dental information systems, a responsible person oversees dental data to ensure its accuracy and connectivity across various programs. Regarding medical technology, Rongkwang Hospital supports dental supplies and helps define the specifications for dental equipment. In terms of dental expenses, Rongkwang District Health Coordinating Committee and local administrative organizations provide budget support for oral health promotion projects, while the Provincial Administrative Organization supports the budget for the maintenance of dental equipment. Regarding leadership and governance, the change in the supervisory authority of a Dental Assistant has required the agency to adapt to new processes and command structures of the Provincial Administrative Organization, which will aid in coordination efforts. Service providers had a moderate overall satisfaction with the oral health care system. Patients showed high satisfaction levels with the dental healthcare service. In conclusion, preparing dental public health for transfer to the provincial administrative organization was found to ensure continuous and comprehensive dental public health services for people in the Rongkwang District area.

Keywords: Oral health care system, Transfer of dental public health missions, Decentralization to Local Administrative Authority, Six building blocks, Sub-district Health Promoting Hospital

Corresponding authors, email: sakso_at@hotmail.com

■ บทนำ

ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และแผนการถ่ายโอนภารกิจของราชการส่วนกลาง ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ด้านการถ่ายโอนภารกิจ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2543 และ แผนฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 และเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 มีประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) กำหนดให้ทุกส่วนราชการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ อบจ. ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้แก่ อบจ.ตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ⁽¹⁾ ข้อมูลการถ่ายโอนล่าสุดเมื่อวันที่ 5 ต.ค. 2567 พบว่า สอน. และ รพ.สต. ทั้งหมด 9,878 แห่ง มีการถ่ายโอนไป อปท. แล้ว 4,537 แห่ง ส่วน สอน. และ รพ.สต. ที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนไป อปท. มี 5,431 แห่ง และมี อบจ. 15 แห่ง ที่รับถ่ายโอน 100%⁽²⁾ สำหรับในส่วนของอำเภอร่องขาว ในปีงบประมาณ 2567 มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอน 100% เป็นจำนวนทั้งสิ้น 16 แห่ง และ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สชช.) 1 แห่ง⁽³⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหน้าที่ในการจัดบริการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงการประสานและส่งต่อบริการทางด้านทันตกรรมให้แก่ทันตแพทย์ในกรณีที่เกิดขีดความสามารถของ รพ.สต. ปัจจุบัน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ ยังได้

รับการสนับสนุนทั้งยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และการให้คำแนะนำการดำเนินงานจากบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขไม่แตกต่างจากเดิม⁽⁴⁾ และจากการประเมินประสบการณ์ของบุคลากรต่อการถ่ายโอน รพ.สต. สู่อปท. พบว่าบุคลากรเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดของบริการสาธารณสุขอปท. และกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมมือกันแก้ไขปัญหาสำคัญคือ การเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อปริมาณงาน สนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอกับการทำงานและการให้บริการ^(5,6)

การศึกษาระบบงานทันตสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อปท. มาจากการบริหารจัดการที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพของอปท. ระบบการสนับสนุนที่ดีจากโรงพยาบาลอำเภอที่เป็นแม่ข่าย และการมองเห็นประโยชน์ว่าบริการทันตสาธารณสุขมีส่วนช่วยให้ อปท. ได้รับความเชื่อมั่นจากประชาชนเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้โดยมีสุขภาพของประชาชนเป็นเป้าหมายหลัก⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนภารกิจด้านทันตสาธารณสุขให้แก่องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ได้รับประโยชน์และตอบสนองต่อความต้องการด้านทันตสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ อปท. ควรมีหน้าที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดเตรียมสถานที่และครุภัณฑ์ทันตกรรมที่จำเป็นในการบริการทันตสาธารณสุข และทันตบุคลากรภายในจังหวัดควรมีหน้าที่สนับสนุนให้คำปรึกษาในการจัดบริการด้านทันตสาธารณสุขในพื้นที่ถ่ายโอน อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขควรมีหน้าที่สนับสนุนการพัฒนากระบวนการจัดการเก็บข้อมูลการบริการทันตสาธารณสุข⁽⁸⁻¹⁰⁾ การศึกษาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ช่องปาก โดยใช้แนวคิด

six building blocks⁽¹¹⁻¹²⁾ ที่ผ่านมามีพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากมีเพิ่มมากขึ้น โดย รพ.สต. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพครบตามเกณฑ์ มีระบบสนับสนุนด้านวัสดุทันตกรรมและงบประมาณในการจัดทำโครงการ⁽¹³⁾

ผลจากการการถ่ายโอน รพ.สต.ดังกล่าว ส่งผลให้หน่วยบริการทางทันตสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอวังทอง ต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงาน เพื่อให้กระทบต่อคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2566 กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลวังทอง จึงได้จัดบริการทันตกรรมและพัฒนาระบบงานด้านทันตสาธารณสุข โดยใช้แนวคิด six building blocks มาเป็นกรอบในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ รูปแบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศ เทคโนโลยีทางการแพทย์ การเงินการคลัง และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล⁽¹⁴⁾ โดยพบปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนลดลง ส่งผลให้การทำงานส่งเสริมป้องกันนอกพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. มีข้อจำกัด เครื่องมือทันตกรรมไม่เพียงพอ และขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ จากการประชุมระดมความคิดจากทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้ภาพโดยสรุปของระบบ คือให้มีการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัยในทุก รพ.สต. โดยมี รพ.สนับสนุนการจัดบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาฟันฟูให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ ด้วยการจัดสรรทันตแพทย์ไปให้บริการที่ รพ.สต. 5 แห่ง (ตามโซนพื้นที่) เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการที่ยั่งยืน เช่น

ใส่ฟันเทียม ถอนฟันคุด อุดฟันหน้า เป็นต้น

ด้านบุคลากร อำเภอวังทองประสบปัญหาจำนวนเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข หรือทันตภิบาลที่ประจำใน รพ.สต. ลดลงอย่างต่อเนื่องซึ่งปัจจุบันเหลือทันตภิบาล 1 คน ที่สังกัด อบจ. อย่างไรก็ตามภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. บางแห่งไปสังกัด อบจ.แล้วพบว่า ยังมีผลกระทบจาก พรบ. วิชาชีพทันตกรรม ที่จำกัดการให้บริการรักษาทางทันตกรรมของทันตภิบาลที่อยู่ประจำใน รพ.สต. ทำให้ปัญหาการขาดแคลนทันตบุคลากรที่ให้บริการใน รพ.สต. ยังคงมีต่อเนื่อง กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลวังทอง จึงได้มีการทำคำสั่งแต่งตั้งทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่สังกัด อบจ.จังหวัดแพร่ และจัดทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ ออกให้บริการใน รพ.สต. ทั้งหมด 5 แห่ง คือ รพ.สต.แม่ยางตาล รพ.สต.ไผ่โทน รพ.สต.แม่ยางเปี้ยว รพ.สต.บ้านเวียง และรพ.สต.วังทอง โดยพิจารณาจากความครอบคลุมประชากรในพื้นที่ทั้งหมด เพื่อรองรับการให้บริการทันตกรรมในระหว่างการเปลี่ยนถ่าย รพ.สต. ไปยัง อบจ. เพื่อให้ประชาชนในเขตอำเภอวังทอง จะยังสามารถรับบริการทันตกรรม ใน รพ.สต. ได้เช่นเดิมอย่างมีคุณภาพ

ด้านระบบข้อมูล มีความสำคัญต่องานทันตสาธารณสุขอย่างมาก เนื่องจากใช้ในการติดตามการดำเนินงานในแต่ละกลุ่ม และใช้เพื่อประเมินการทำงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญ กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลวังทอง ได้จัดให้มีผู้ดูแลหรือแอดมิน รับผิดชอบงานข้อมูลทันตกรรมเป็นหลักเพื่อคอยติดตามความถูกต้องของข้อมูล โดยมีฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นที่ปรึกษา

ซึ่งแอดมินจะเป็นผู้สร้างเครือข่ายในการจัดการข้อมูลทางทันตกรรม โดยรพ.สต.ยังคงใช้โปรแกรมเดิมและเชื่อมต่อข้อมูลไปเข้าระบบ HDC โรงพยาบาล ดังนั้นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมคือการสื่อสารของแอดมินกับเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลรื่องกวางสนับสนุนครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ทันตกรรมตามมาตรฐานของสถานบริการให้กับ รพ.สต.ทุกแห่งในเครือข่าย โดยมีการสำรวจความต้องการใช้วัสดุอุปกรณ์ทันตกรรม อุปกรณ์สำนักงาน และอุปกรณ์ด้านอื่น ๆ ในการสนับสนุนการให้บริการทันตกรรม พบว่าวัสดุอุปกรณ์พอเพียงในการให้บริการทันตกรรม มีการจัดทำทะเบียนควบคุมการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการทันตกรรมให้เป็นปัจจุบัน สำหรับค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม อปท. และชุมชนมีการบูรณาการแผนการใช้จ่ายงบประมาณด้านทันตกรรมร่วมกัน ถือปฏิบัติตามกฎระเบียบ ในการเบิกจ่ายงบประมาณมีความคล่องตัวและเอื้อต่อการให้บริการทันตกรรม ส่วนภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การเปลี่ยนแปลงต้นสังกัดของทันตบุคลากรใน รพ.สต. ทำให้หน่วยงานต้องเรียนรู้กระบวนการทำงาน และขั้นตอนการบังคับบัญชาของ อบจ. เพื่อเป็นประโยชน์ในด้านการประสานงาน

ผลการนำระบบที่พัฒนาไปทดลองใช้กับระบบงานด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด อำเภอ รื่องกวาง จังหวัดแพร่ พบว่าทีมบุคลากรจากโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ที่เกี่ยวข้องกับงานทันตสาธารณสุข ฟังพอใจและไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จึงได้กำหนดเป็นระบบงานด้านทันตสาธารณสุข จัดทำคู่มือระบบงาน

ด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด และสื่อสารให้ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานทันตสาธารณสุข รับทราบแนวทางการปฏิบัติตามระบบใหม่ เพื่อนำระบบใหม่ไปใช้ใน รพ.สต.หลัก จำนวน 5 แห่งในอำเภอ รื่องกวาง จากเหตุผลดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการศึกษาการประเมินผลการพัฒนาระบบงานด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ของอำเภอ รื่องกวาง จังหวัดแพร่ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมประชากรทุกพื้นที่ให้ดีที่สุด

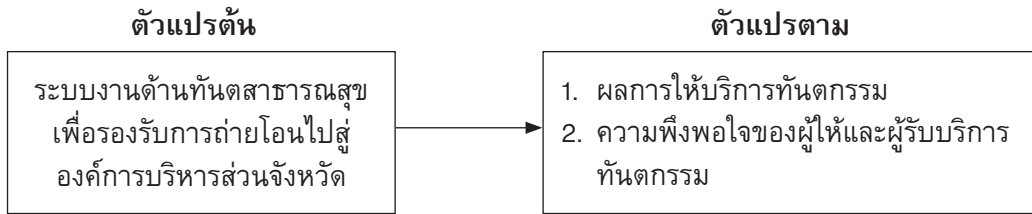
■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบงานด้านทันตสาธารณสุข ในส่วนของผลการให้บริการทันตกรรมและความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการทันตกรรม เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ของอำเภอ รื่องกวาง จังหวัดแพร่

■ นิยามศัพท์

ระบบงานด้านทันตสาธารณสุข หมายถึง การจัดบริการด้านทันตกรรมในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มหญิงมีครรภ์ เด็กอายุ 0-2 ปี เด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเด็กชั้นอนุบาลในโรงเรียน เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาและชั้นมัธยมศึกษา กลุ่มประชาชนทั่วไป 12-59 ปี ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) การรักษาและฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพฟันที่ดีสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกสิทธิการรักษา มีความต่อเนื่องการรักษาและการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการของช่องปากที่ต้องใช้วิธีการรักษาเฉพาะด้าน

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method research) โดยทำการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณด้วยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group)

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มผู้ให้บริการ ผู้ที่ปฏิบัติงานในการให้บริการทันตกรรม ใน รพ.สต. ในพื้นที่ของอำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่

ประชากรกลุ่มผู้รับบริการ เป็นประชาชนผู้มารับบริการทันตกรรมในคลินิกทันตกรรมของ รพ.สต. ที่ในพื้นที่ของอำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้บริการทางทันตกรรมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลร่องขวาง และ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ จำนวน 21 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่มาไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทันตกรรม เป็นประชาชนผู้มารับบริการทันตกรรมในคลินิกทันตกรรมของ รพ.สต. ที่สังกัด ในพื้นที่อำเภอร่องขวาง ในช่วงที่ทำการศึกษ โดยคำนวณขนาด

ตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในเมนู Estimated sample size for One-sample comparison of proportions ใช้ค่าสัดส่วนของการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ ร้อยละ 40⁽¹⁴⁾ และคาดว่าภายหลังได้รับการพัฒนาระบบงานด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดแล้ว ค่าสัดส่วนนี้จะอยู่ที่ร้อยละ 50 กำหนดการทดสอบเป็น One-sided test ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งที่ 5% power 80% ได้ขนาดตัวอย่าง 150 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากผู้มารับบริการ รพ.สต. เครือข่ายในช่วงที่ทำการศึกษ

เกณฑ์คัดเข้า ผู้รับบริการทันตกรรมอายุมากกว่า 18 ปี มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก ผู้รับบริการทันตกรรมที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ ระบบงานด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เมืองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1. รูปแบบบริการ ได้แก่ กิจกรรมการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข 2. กำลังคนด้าน

ทันตกรรม ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.สต.อปท. 3. ระบบข้อมูลข่าวสารทันตกรรม ได้แก่ ระบบรายงานทางสารสนเทศ ระบบรายงานทางเอกสาร 4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือและวัสดุทางทันตกรรม 5. ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการจัดทำโครงการ/แผนงานด้านทันตสาธารณสุข 6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ได้แก่ การมีคณะกรรมการสาขาทันตกรรมระดับอำเภอและระดับจังหวัด ร่วมกันวางแผนและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ประกอบด้วย 1. ข้อมูลบริการทันตกรรม จากฐานข้อมูล HDC 2. แบบสัมภาษณ์ 3. แบบสำรวจความพึงพอใจผู้ให้บริการ 4. แบบสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการ และเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และทดสอบความเชื่อมั่น แบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่า IOC 0.9 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ 0.9

● วิธีดำเนินการวิจัย

1. เตรียมความพร้อมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย ขอความร่วมมือ และความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงชี้แจงระบบงานด้านทันตสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามระบบงานด้านทันตสาธารณสุข

2. นำระบบงานด้านทันตสาธารณสุขไปใช้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวังทองทั้งหมด จำนวน 5 แห่ง และกำกับติดตามการปฏิบัติตามระบบงานด้านทันตสาธารณสุข ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2567

3. ประเมินผลระบบงานด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ดังนี้

3.1 ศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และนำผลการวิจัยที่ได้ทั้งหมดมาถอดบทเรียน รวมถึงการรับข้อเสนอแนะและพิจารณาปัญหาอุปสรรคที่อาจมีผลต่อความสำเร็จของระบบงานทันตสาธารณสุขของอำเภอวังทอง จังหวัดแพร่ ที่พัฒนาขึ้น

3.2 ศึกษาเชิงปริมาณเพื่อประเมินศักยภาพบริการทันตกรรม ความพึงพอใจของผู้ให้และผู้ให้บริการทันตกรรม

● การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปข้อมูลการสนทนากลุ่มเป็นประเด็นหลัก โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากการจัดระเบียบข้อมูลจากการจัดบันทึก จัดหมวดหมู่ของข้อมูลจากคำหลัก รวมถึงตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้มากที่สุด

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัย นี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ 042/2567 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2567

■ ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

1. ระบบงานทันตสาธารณสุขของอำเภอวังทอง จังหวัดแพร่ เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสรุปข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

ตารางที่ 1 ระบบงานทันตสาธารณสุขของอำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

ระบบงานทันตสาธารณสุข	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1. ระบบบริการ	มีการให้บริการทันตกรรม ใน รพ.สต.ที่มี	มีการแบ่งพื้นที่อำเภอร่องขวางเป็น
1.1 การให้บริการทันตกรรม	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ประจำส่วน รพ.สต.ที่มีเก้าอี้ทำฟันแต่ไม่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ประจำจะจัดให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ใน รพ.สต. ไปหมุนเวียนให้บริการ	5 โซนเพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ และเลือก 5 รพ.สต.ที่มีเก้าอี้ทำฟัน แล้วจัดให้ทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์ออกให้บริการทันตกรรมใน 5 รพ.สต. ทุกสัปดาห์
1.2 การส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ใน รพ.สต.จะเป็นผู้ประสานงานกับเครือข่ายในชุมชน เมื่อมีกิจกรรมหรือนโยบายที่ต้องการขับเคลื่อน	มีทีมงานหลักจากโรงพยาบาลและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขใน รพ.สต. ประสานงานกับเครือข่ายต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง อสม. และอปท.ในทุกพื้นที่
2. ด้านบุคลากร	ทันตแพทย์เป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ใน รพ.สต. เนื่องจากอยู่กระทรวงสาธารณสุขเหมือนกัน	เนื่องจากขาดทันตแพทย์ผู้ดูแลจากสังกัด อบจ. กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ร่องขวาง จึงได้มีการทำคำสั่งแต่งตั้งทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่สังกัด อบจ.
3. ระบบข้อมูลข่าวสารทันตกรรม	มีผู้ดูแลหรือแอดมิน รับผิดชอบงานข้อมูลทันตกรรม ทั้งใน รพ. และ สสอ. เพื่อติดตามความถูกต้องของข้อมูล	มีผู้ดูแลหรือแอดมิน รับผิดชอบงานข้อมูลทันตกรรม ทั้งใน รพ. สสอ.และแอดมินของ รพ.สต.ในสังกัด อบจ. เพื่อติดตามความถูกต้องของข้อมูลและความเชื่อมต่อของข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ เช่น my PCU เป็นต้น
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์	รพ.ร่องขวางสนับสนุนเวชภัณฑ์ทันตกรรมและครุภัณฑ์ตามมาตรฐานของสถานบริการให้กับ รพ.สต.ทุกแห่งในเครือข่าย	รพ.ร่องขวางสนับสนุนเวชภัณฑ์ทันตกรรม ส่วนครุภัณฑ์ทันตกรรมนั้น รพ.จะช่วยกำหนดคุณลักษณะของครุภัณฑ์ให้แก่ รพ.สต. เพื่อขออนุมัติจัดซื้อจาก อบจ.

ตารางที่ 1 ระบบงานทันตสาธารณสุขของอำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ระบบงานทันตสาธารณสุข	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
5. ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม	คปสอ. ร้องกวางสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการจัดทำโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ ในงบ PP area base ในภาพรวมของเครือข่าย รวมถึงงบประมาณบำรุงครุภัณฑ์ทันตกรรม	คปสอ. ร้องกวางสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการจัดทำโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ ในงบ PP area base ในภาพรวมของเครือข่ายและสนับสนุนให้มีการจัดทำแผนโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพของตำบลเพื่อของบสุขภาพจาก อบต. ส่วนงบประมาณบำรุงครุภัณฑ์ทันตกรรมนั้นได้รับการสนับสนุนจาก อบจ.
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	รพ. และ รพ.สต. มีกระบวนการทำงานและขั้นตอนการบังคับบัญชาในกระทรวงสาธารณสุขเหมือนกัน	การเปลี่ยนแปลงต้นสังกัดของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขใน รพ. สต. ทำให้หน่วยงานต้องเรียนรู้กระบวนการทำงาน และขั้นตอนการบังคับบัญชาของ อบจ. เพื่อเป็นประโยชน์ในการประสานงาน

ระบบงานทันตสาธารณสุขของอำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยใช้แนวคิด six building blocks ประกอบด้วย 1. ระบบบริการ ได้แก่ การให้บริการทันตกรรม และการส่งเสริมป้องกันทาง ทันตกรรม 2. ด้านบุคลากร 3. ระบบข้อมูลข่าวสารทันตกรรม 4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5. ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม 6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ได้ผลการศึกษาดังนี้ (ตารางที่ 1)

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

2. ผลการให้บริการทันตกรรม

การดำเนินงานการให้บริการทันตกรรมภายหลังการพัฒนาระบบระบบงานด้านทันตสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ ในปี พ.ศ. 2567 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.

2565-2566⁽¹⁵⁾ พบว่า

2.1 การให้บริการทันตกรรมในพื้นที่อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ พ.ศ. 2565-2567 ในภาพรวมการใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 36.1, 40.0, 41.3 ตามลำดับ โดยการใช้บริการทันตกรรมมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี (เด็กวัยเรียน) (ร้อยละ 66.4, 69.73, 84.0) และประชาชนทั่วไปอายุ 15-59 ปี (ร้อยละ 13.3, 14.4, 20.9) (ตารางที่ 2)

2.2 การให้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ์ในพื้นที่ รพ.สต.ร้องกวาง รพ.สต.บ้านเวียง รพ.สต.แม่ยางตาล รพ.สต. แม่ยางเปี้ยว และ รพ.สต. ไผ่ทอน พ.ศ. 2565-2567 ในภาพรวมยังมีการใช้บริการทันตกรรมใน รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 การให้บริการทันตกรรมในพื้นที่อำเภอร่องวาง จังหวัดแพร่ เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2565-2567

การให้บริการทันตกรรม	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	จำนวนทั้งหมด	มารับบริการ	ร้อยละ	จำนวนทั้งหมด	มารับบริการ	ร้อยละ	จำนวนทั้งหมด	มารับบริการ	ร้อยละ
หญิงตั้งครรภ์	64	61	95.3	86	79	91.9	60	50	83.3
เด็กอายุ 0-2 ปี	914	628	68.7	881	638	72.4	758	431	56.9
เด็กอายุ 3-5 ปี	917	746	81.4	901	827	91.8	806	727	90.2
เด็กอายุ 6-12 ปี	2743	1821	66.4	2719	1896	69.73	2618	2198	84.0
ประชาชนทั่วไป 15-59 ปี	18770	2496	13.3	18376	2638	14.4	17857	3732	20.9
ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	9854	6083	61.7	10333	6188	60.0	10786	5746	53.3
การใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ์	34137	12312	36.1	34187	13534	40.0	33746	13952	41.3

ตารางที่ 3 การให้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ์ในพื้นที่ รพ.สต.ร่องวาง รพ.สต.บ้านเวียง รพ.สต.แม่ยางตาล รพ.สต.แม่ยางเปี้ยว และรพ.สต.ไผ่โทน เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2565-2567

รพ.สต.	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	จำนวนทั้งหมด	มารับบริการ	ร้อยละ	จำนวนทั้งหมด	มารับบริการ	ร้อยละ	จำนวนทั้งหมด	มารับบริการ	ร้อยละ
รพ.สต.ร่องวาง	4629	1681	36.3	4668	1971	42.2	4638	1022	22.0
รพ.สต.บ้านเวียง	4094	1640	40.1	4060	2113	52.0	4100	2062	50.3
รพ.สต.แม่ยางตาล	4022	1665	41.4	4027	1187	29.5	1547	3960	39.1
รพ.สต.แม่ยางเปี้ยว	2173	981	45.1	2155	989	45.9	2113	538	25.5
รพ.สต.ไผ่โทน	1133	544	48.0	1122	296	26.4	1110	408	36.8

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการทันตกรรม

ผู้ให้บริการต่อระบบงานด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ประกอบด้วยทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 21 ราย พบว่าประเด็นที่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ มีการวางระบบงานด้านทันตสาธารณสุขที่ชัดเจน มีความยืดหยุ่นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติงาน ทำให้

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบงานด้านทันตสาธารณสุข

ลักษณะที่ศึกษา	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)	ค่าเฉลี่ย ±SD
มีการวางระบบงานด้านทันตสาธารณสุขที่ชัดเจน	8 (38.1)	6 (28.6)	5 (23.8)	2 (9.5)	4.0±1.0
มีความยืดหยุ่น สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์	10 (47.6)	6 (28.6)	4 (19.0)	1 (4.8)	4.2±0.9
ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติงาน	9 (42.9)	4 (19.0)	7 (33.3)	1 (4.8)	4.0±1.1
ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ	9 (42.9)	4 (19.0)	5 (23.8)	3 (14.3)	3.9±1.1
ทำให้มีแนวทางการจัดบริการทางทันตกรรมเป็นไปในทิศทางเดียวกัน	9 (42.9)	5 (23.8)	7 (33.3)	0	4.1±0.9
ทำให้มีการใช้ทรัพยากรและบุคลากรคุ้มค่า	9 (42.9)	5 (23.8)	5 (23.8)	2 (9.5)	4.0±1.0
ส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ	4 (19.0)	8 (38.1)	9 (42.9)	0	3.8±0.8
เป็นการสร้างคุณค่า/ความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน	6 (28.6)	7 (33.3)	7 (33.3)	1 (4.8)	3.9±0.9
มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	12 (57.1)	4 (19.0)	5 (23.8)	0	4.3±0.9
ความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบงานด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอน	6 (28.6)	6 (28.6)	8 (38.1)	1 (4.8)	3.8±0.9

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการทันตกรรม

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	34.0
หญิง	99	66.0
อายุ (ปี)		
mean ±SD (min, max)	57.0±16.3	(18, 85)
รพ.สต.ที่ใช้บริการ		
แม่ยางตาล	35	23.3
ไผ่โทน	26	17.3
แม่ยางเปรี้ยว	31	20.7
บ้านเวียง	28	18.7
ร้องกวาง	30	20.0
จำนวนครั้งที่มาใช้บริการทันตกรรมในปี 2567...		
1	82	54.7
2	37	24.7
มากกว่า 3	31	20.6
mean ±SD (min, max)	1.8±1.0	(1, 5)

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการทันตกรรม

ลักษณะที่ศึกษา	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)	ค่าเฉลี่ย ±SD
เจ้าหน้าที่และสถานที่ ณ จุดลงทะเบียนรับบริการ					4.4±0.5
การต้อนรับและอวยคำไม่ตรี	90 (60.0)	52 (34.7)	7 (4.7)	1 (0.6)	4.5±0.7
ระยะเวลาในการรอคอย	58 (38.7)	58 (38.7)	31 (20.6)	3 (2.0)	4.1±0.8
ความพอเพียงของที่นั่งรอเพื่อรับบริการ	80 (53.3)	60 (40.0)	10 (6.7)	0	4.5±0.6
การซักประวัติก่อนรับบริการทันตกรรม	84 (56.0)	57 (38.0)	9 (6.0)	0	4.5±0.6
ห้องบริการทันตกรรม					4.7±0.5
ความชำนาญในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ห้องทันตกรรม	110 (73.3)	35 (23.4)	5 (3.3)	0	4.7±0.5
ความเป็นระเบียบและสะอาดของห้องทันตกรรม	111 (74.0)	34 (22.7)	5 (3.3)	0	4.7±0.5
หลังจากการรับบริการทันตกรรม					4.7±0.5
การบริการที่ได้รับตรงตามความต้องการ	103 (68.7)	45 (30.0)	2 (1.3)	0	4.7±0.5
ได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว	100 (66.7)	48 (32.0)	2 (1.3)	0	4.7±0.5
ความพึงพอใจภาพรวมของคุณภาพการให้บริการ	98 (65.3)	48 (32.0)	3 (2.0)	1 (0.7)	4.6±0.6

ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ทำให้มีแนวทางการจัดบริการทางทันตกรรมเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้มีการใช้ทรัพยากรและบุคลากรคุ้มค่า และมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ร้อยละ 38.1, 47.6, 42.9, 42.9 และ 42.9 ตามลำดับ ส่วนประเด็นด้านส่งเสริมให้มีความทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพนั้น ส่วนใหญ่ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.9 และเป็นการสร้างคุณค่า/ความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากและปานกลาง ร้อยละ 33.3 ความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบงานด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.1 คะแนนเฉลี่ย 3.8 ± 0.9 คะแนน (ตารางที่ 4)

ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการทันตกรรมทั้งหมด 150 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 34.0 เพศ

หญิง ร้อยละ 66.0 อายุเฉลี่ย 57.0 ± 16.3 ปี ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 85 ปี ใช้บริการที่ รพ.สต.ทั้ง 5 แห่งในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มาใช้บริการจำนวน 1 ครั้งมากที่สุด ร้อยละ 54.7 (ตารางที่ 5)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการทันตกรรม ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งในด้านเจ้าหน้าที่ และสถานที่ ณ จุดลงทะเบียนรับบริการ ห้องบริการทันตกรรม หลังจากการรับบริการทันตกรรม โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.4 ± 0.5 , 4.7 ± 0.5 และ 4.7 ± 0.5 คะแนนตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวมของคุณภาพการให้บริการ 4.6 ± 0.6 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (ตารางที่ 6)

■ อภิปรายผล

การพัฒนาระบบงานด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กร

บริหารส่วนจังหวัดโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก six building blocks นั้น พบว่างานทันตสาธารณสุขของ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอร่องกวาง ภายหลังการถ่ายโอน ในภาพรวมมีสัดส่วนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น ทั้งการบริการทันตกรรมพื้นฐานและงานทันตกรรมเฉพาะทาง โดยเฉพาะการใช้บริการทันตกรรมในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี (เด็กวัยเรียน) และประชาชนทั่วไปอายุ 15-59 ปี มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น โดยในกลุ่มนักเรียน หรือเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้น กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ร่องกวางสามารถออกไปให้บริการทันตกรรมที่โรงเรียน หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ เป็นการร่วมมือระหว่างทันตภิบาล ใน รพ.สต.และทันตแพทย์จากโรงพยาบาลร่องกวาง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยยึดประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กล่าวคือการวางระบบงานด้านทันตสาธารณสุขที่ชัดเจน มีความยืดหยุ่นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเนื่องจากผู้รับบริการได้รับการดูแลที่เหมาะสม ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ทุกพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ทิวารกฎ⁽⁶⁾ ที่มีการถ่ายโอนภารกิจทันตสาธารณสุขของ รพ.สต. ให้แก่ อบต. ประชาชนในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนได้รับประโยชน์ และตอบสนองต่อความต้องการด้านทันตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนในพื้นที่ได้รับผลกระทบทางบวกจากการถ่ายโอนภารกิจด้านทันตสาธารณสุข จากการมีบริการทันตสาธารณสุขในพื้นที่ เนื่องจากมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ถ่ายโอนมา อบต. อีกทั้งได้รับความร่วมมือจากทันตบุคลากรภายในจังหวัดในการให้คำปรึกษาและสนับสนุน เพื่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมทันตสาธารณสุขที่ครอบคลุม นอกจากนี้ก็

การศึกษาของ พูลพฤกษ์ โสภารัตน์⁽⁷⁾ ยังพบผลที่คล้ายกันกล่าวคือ แม้ รพ.สต.ถ่ายโอนไปสังกัดเทศบาลแล้ว แต่ระบบการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายยังมีต่อเนื่อง ได้แก่ จัดระบบสนับสนุนทันตแพทย์และทีมสหวิชาชีพมาร่วมให้บริการที่ รพ.สต.สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาทักษะ ความรู้โดยให้คำปรึกษาประชุมอบรม และติดตามการดำเนินงาน รวมถึงการร่วมลงทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ในส่วนของบุคลากร เนื่องจากขาดทันตแพทย์ผู้ดูแลจากสังกัด อบจ. กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ร่องกวาง จึงได้มีการทำคำสั่งแต่งตั้งทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่สังกัด อบจ.เพื่อให้ประชาชนในเขตอำเภอร่องกวาง จะยังสามารถรับบริการทันตกรรม ใน รพ.สต. ได้เช่นเดิมอย่างมีคุณภาพ สำหรับกลุ่มที่ความครอบคลุมการให้บริการทันตกรรมลดลง คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก 0-2 ปี และผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่มเหล่านี้ส่วนใหญ่ใช้บริการที่ รพ.สต. ในพื้นที่ แต่เนื่องจากไม่มีทันตบุคลากรใน รพ.สต. และ กลุ่มงานทันตกรรม รพ.ร่องกวาง สามารถให้บริการได้เพียงแค่ 5 รพ.สต. จึงทำให้หลายพื้นที่ไม่ครอบคลุมการให้บริการ นอกจากนี้ถึงแม้จะมีการแบ่งพื้นที่อำเภอร่องกวางเป็น 5 โซน แต่มีหลายพื้นที่ที่ยังห่างไกลกัน การเข้าถึงบริการจึงยังคงมีปัญหา

แม้ว่าการวางระบบบริการด้านทันต-สาธารณสุข ของอำเภอร่องกวางในช่วงที่ผ่านมาสามารถกระจายการทำงานได้อย่างครอบคลุมโดยทันตบุคลากรมีบทบาทหลักในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว อย่างไรก็ตามการดูแลในส่วนข้อมูลการทำงานที่ต้องได้รับการติดตามนั้น ยังมีความสำคัญต่อการประเมินผลงานทั้งหมด

อย่างมาก การจัดการข้อมูลทั้งหมดจึงต้องมีการติดตามและปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันมากที่สุด การดำเนินการเรื่องข้อมูลนั้นผู้ติดตามหลักคือ แอดมินจากกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลรื่องขวาง แต่การทำงานด้านข้อมูลในพื้นที่ต้องอาศัยแอดมินของแต่ละ รพ.สต. เป็นผู้ดูแลความถูกต้องของข้อมูล ดังนั้นจึงได้มีการประสานงานกับแอดมินของแต่ละ รพ.สต. โดยไม่ต้องผ่านการประสานงานกับทันตบุคลากรในพื้นที่ เช่นในอดีต ซึ่งพบว่าช่วยให้เกิดกระบวนการลงข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และแก้ไขปัญหาความไม่ถูกต้องของข้อมูลได้มากขึ้นกว่าในอดีต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ สุปรียา เครือสาร⁽¹³⁾ ที่พบว่า การจัดทีม IT ให้คำแนะนำและติดตามการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้มจัดส่งในระบบ Health data center เพื่อให้ข้อมูลครอบคลุมและทันเวลา

ในส่วนของงบประมาณในการซ่อมบำรุงอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางทันตกรรมในทุกๆ รพ.สต. รวมถึงการจัดการซ่อมแซมให้มีพร้อมใช้ก่อนมีการโอนย้ายนั้น คปสอ.รื่องขวาง ได้มีการประชุมหารือเพื่อจัดสรรงบประมาณดังกล่าว ให้กับ รพ.สต.ต่างๆ ตามผลการสำรวจความต้องการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ทางทันตกรรม ในช่วงที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. เพื่อให้เครื่องมือและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการทางทันตกรรม มีความพร้อมใช้สามารถให้บริการต่อเนื่องได้โดยไม่เกิดอุปสรรคจากความล่าช้าในขั้นตอนหรือระเบียบการจัดสรรงบประมาณในการซ่อมแซมครุภัณฑ์ ที่มีค่าใช้จ่ายสูงและคาดเดาไม่ได้ และมีการวางแผนงบประมาณซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ไว้ในปีถัดไป ส่วนแนวทางการสนับสนุนยา และเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายยังคงปฏิบัติเช่นเดิม สอดคล้องกับการศึกษาถอดบทเรียนของสำนักปลัด

กระทรวงสาธารณสุขที่กล่าวไว้ว่า เรื่องงบประมาณ ยาเวชภัณฑ์และบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและข้อสั่งการให้มีการสนับสนุนและกำกับดูแลให้เท่าเทียม ไม่ว่าจะเป็นหน่วยบริการที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ได้อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ นอกจากนี้ คปสอ. รื่องขวางยังสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการจัดทำโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ ในงบ PP area base ในภาพรวมของเครือข่ายและสนับสนุนให้มีการจัดทำแผนโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพของตำบลเพื่อของบสุขภาพจาก อปท. ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาของ สงกรานต์ บุญมา และศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวิ⁽¹⁶⁾ พบว่า การจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอต่อการให้บริการประชาชน เช่น ชุดยูนิตทำฟัน จะช่วยในการพัฒนางานสาธารณสุขเชิงรุกมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยใช้งบประมาณของเทศบาลและกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาของ สฤกพรพรณ วิไลลักษณ์⁽¹⁷⁾ ยังพบว่า ปัญหาของระบบสุขภาพในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของงบประมาณ การขาดแคลนบุคลากรรวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ ดังนั้นรัฐควรมีการส่งเสริมการสนับสนุนงบประมาณแก่ระบบสาธารณสุขท้องถิ่น และส่งเสริมให้ท้องถิ่นสามารถหารายได้เอง เพื่อนำรายได้มาพัฒนาระบบสาธารณสุขในท้องถิ่นเพิ่มเติมซึ่งถือเป็นการพึ่งพาตนเองด้วยเมื่อศึกษาค้นคว้าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศพบว่า ประเทศอิตาลีมีระบบการให้บริการสุขภาพแบบถ้วนหน้าโดยประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งรัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการเรื่องการให้บริการพื้นฐาน

ตามที่ได้กำหนดไว้ในกาให้บริการถ้วนหน้า โดยอาศัยเครือข่ายขององค์กรบริหารด้านสุขภาพ หรือ Local Health Firm และโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองทั้งของรัฐและเอกชน รัฐบาลกลางมีหน้าที่ทำให้การทำงานของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นไปตามหลักการและจุดประสงค์สำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁷⁾

การเปลี่ยนแปลงต้นสังกัดของทันต-บุคลากรใน รพ.สต. ทำให้หน่วยงานต้องเรียนรู้กระบวนการทำงานและขั้นตอนการบังคับบัญชาของ อบจ. เพื่อเป็นประโยชน์ในการประสานงาน โดยเฉพาะเมื่อต้องขอความร่วมมือจากทันต-บุคลากรมาเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะนอกหรือในสถานที่ เพื่อให้เกิดความราบรื่นและลดอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนคือการเรียนรู้ที่จะต้องประสานงาน ก่อนวันดำเนินการล่วงหน้าเป็นระยะเวลาที่นานเพียงพอให้บุคลากรผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถยื่นเรื่องขออนุมัติได้ทัน หรือการประเมินว่ากิจกรรมใดที่ต้องขออนุมัติจาก ผอ.รพ.สต. และ กรณีใดที่ต้องขออนุมัติจาก นายก อบจ. ซึ่งมีผลต่อการวางแผนการดำเนินงานอย่างมาก

การพัฒนาการบริการปฐมภูมินั้นถือเป็นด่านหน้า และโรงพยาบาลรื่องกว้างสามารถเชื่อมโยงบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ได้อย่างไร้รอยต่อ ทำให้จัดบริการทางทันตกรรมได้ดีทั้งด้านการส่งเสริม รวมถึงบริการด้านการรักษาได้อย่างมีคุณภาพ จะเห็นได้ว่าการมีบริการด้านการรักษาทางทันตกรรมที่ครอบคลุมถือเป็นโอกาสของการพัฒนา เนื่องจากการรักษาทางทันตกรรมยังเป็นการสร้างความพึงพอใจและยอมรับจากประชาชนค่อนข้างมาก สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความพึงพอใจและผลกระทบภายหลังการ

ถ่ายโอนบุคลากรสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล กรณีสถานื่อนามัยสมุทรสงครามของวิไลลักษณ์ ทิวกกรกฎ⁽⁸⁾ พบว่าการมีบริการทันตกรรมที่เพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจเพราะไม่ต้องเสียเวลาและประหยัดค่าเดินทาง

การถ่ายโอนภารกิจและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นนั้นจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการให้บริการประชาชนในพื้นที่ เป็นเรื่องที่มีการยอมรับในระดับนานาชาติแล้วว่าเป็นเรื่องที่ดีประเทศที่พัฒนาแล้วหรือในประเทศที่อยู่ระหว่างการพัฒนา เช่น ประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย อเมริกา ยุโรป แคนาดา หรือประเทศเพื่อนบ้าน ก็มีการถ่ายโอนภารกิจไปให้ท้องถิ่นเช่นกัน เพื่อดำเนินงานและจัดบริการให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเรื่องนี้ต้องมีเป้าหมายในการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน ดังนั้น จึงต้องเพิ่มขีดความสามารถความรับผิดชอบ เพิ่มนวัตกรรมเพิ่มคุณภาพและความเสมอภาคในการให้บริการของ รพ.สต. ทุกแห่ง อย่างเท่าเทียมกัน ผลการศึกษาพบว่า ในต่างประเทศการกระจายอำนาจหรือถ่ายโอนภารกิจให้ท้องถิ่นมี 4 ด้านที่สำคัญ 1) การตัดสินใจและการบริหารจัดการ 2) ด้านการบริหารงบประมาณและการถ่ายโอนด้านงบประมาณ 3) ด้านบริการ 4) ด้านการบริหารจัดการ ซึ่งประเทศส่วนใหญ่จะเลือกการกระจายอำนาจเพียงบางด้าน⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งานบริการด้านทันตสาธารณสุขจึงขึ้นกับการออกแบบร่วมกันของ รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้เงื่อนไขบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ

■ ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจาก รพ.สต. เพิ่งมีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในช่วงแรก จึงจำเป็นต้องประเมินและทำความเข้าใจแนวทางการสนับสนุนจาก อบจ. ก่อนที่จะดำเนินการใดๆ เพื่อดูทิศทางของ อบจ. ในการขอรับการสนับสนุนบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น

■ สรุปผล

ระบบทันตสาธารณสุข ที่ออกแบบร่วมกัน ระหว่าง รพ.สต. รพ. อปท. และ คปสอ. สามารถนำมาใช้งานได้จริง โดยสามารถให้บริการทันตกรรมได้เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มเด็กวัยเรียนและกลุ่มประชาชนทั่วไป และเป็นที่พึงพอใจในระดับดีมากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาความร่วมมือและแผนงานระหว่างหน่วยงาน จาก อปท. และ รพ. เพื่อให้มีการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณอย่างเหมาะสม

● ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการทางทันตกรรม ควรให้ความสำคัญในการทบทวนระบบงานด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อการให้บริการทันตกรรมใน รพ.สต. มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ โดยการกำหนดเป็นนโยบายเพื่อนำไปปฏิบัติต่อไป

2. ด้านการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลมีการติดตามระบบงานทันต-สาธารณสุขใน รพ.สต. เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามระบบที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมทั้งด้านการรักษาและส่งเสริมได้อย่างเหมาะสม

● ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา มีการติดตามผลลัพธ์ตัวชี้วัดในด้านกำลังคนด้านทันตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์ระบบงานทันตสาธารณสุข และมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาระบบที่ดีขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. ถอดบทเรียนการบริหารจัดการการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามายเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (ตุลาคม 2565 – มกราคม 2566) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/07/lessontransfer.pdf>
2. The Coverage. เส้นทาง 'ถ่ายโอน รพ.สต.' จากปี 2542-ปัจจุบัน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thecoverage.info/news/content/7700>

3. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ. สอน. และ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ ไปยัง อบจ.แพร่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pro.moph.go.th/qpr/index.php/2022-10-11-06-22-19/2022-10-11-06-32-57/1-60-2566>
4. ชนิตา เอกอัครรุ่งโรจน์, กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย, ชญาพัช ราชาดัน, เมอริลินณ์ ประทุมสุวรรณ, ธนายุด เสรณีโสภณ, ณชวิศ กิตติบรรดิฐ และคณะ. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ช่วงเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนฯ การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณให้แก่ รพ.สต. เป็นอย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/documents/186439>
5. กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย, ชนิตา เอกอัครรุ่งโรจน์, ชญาพัช ราชาดัน, เมอริลินณ์ ประทุมสุวรรณ, ธนายุด เสรณีโสภณ, ณชวิศ กิตติบรรดิฐ และคณะ. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP การประเมินประสิทธิภาพของบุคลากร ต่อการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2023/03/PB-153_Local_Governance.pdf
6. วัฒนา แก้วแย้ม, วัชรมา แสงธิดา, พระครูใบฎีกาวันดี หนองทราย, ศรีชัย ท้าวมิตร. การกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.). วารสารวิชาการรัตนบุศย์ 2566;5(1):694-707.
7. พูลพฤกษ์ โสภารัตน์. ระบบงานทันตสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาสถานีอนามัยสันนาเม็ง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564;14(2): 108-18.
8. วิไลลักษณ์ ทิวารกรกฎ. ความพึงพอใจและผลกระทบภายหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านทันตสาธารณสุขให้แก่องค์กรบริหารส่วนตำบลบ้านปรก จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2565;41:437-48.
9. จิรพันธ์ ปานคง และวิจิตรา ศรีสอน. แนวทางการดำเนินงานการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น 2566; 9(7):620-30.
10. อติญาณ ศรีเกษตริน, อัจฉรวดี ศรียะศักดิ์, รุ่งนภา จันทรา, สุชาดา นิมวัฒนากุล, ทศนีย์ เกริกกุลธร, ธัญพร ชื่นกลิ่น และคณะ. ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพ ช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี 2567;18(1):121-32.
11. World Health Organization. Monitoring The Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies [Internet]. 2010 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
12. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/media-issue/492>
13. สุปรียา เครือสาร. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพช่องปาก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ (ปี 2560-2561) ตามกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ. วารสารทันตภิบาล 2562;30(1):120-30.
14. โรงพยาบาลรื่องกวาง กลุ่มงานทันตกรรม. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการทันตกรรมและการพัฒนาระบบงานด้านทันตสาธารณสุข โดยใช้แนวคิด six building blocks เพื่อรองรับการถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ปี พ.ศ. 2565-2566.แพร่: โรงพยาบาลรื่องกวาง; 2567.

15. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://pre.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&id=99ccd1e29a5cdb81256fb3fa587698ef
16. สงกรานต์ บัญมา, ศุภวัฒนากร วงศ์ธนาสุ. การบริหารจัดการสถานอนามัยบ้านสันนาเม็งหลังถ่ายโอนภารกิจจากสาธารณสุข: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/56/grc14/files/hmp36.pdf>
17. สฤกพรณ วิไลลักษณ์. แนวทางการดำเนินระบบสุขภาพของประเทศไทยให้สอดคล้องกับหลักประชาธิปไตย. เอกสารวิชาการส่วนบุคคล สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.constitutionalcourt.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=12731

HEALTH

ความพร้อมในการจัดบริการ การเข้าถึง และการใช้บริการอนามัยแม่และเด็กหลังการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง*

สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัญจรัตน์ ไล่สุวรรณชาติ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

นพภัช ธรรมบำรุง

ปิยาพัชร ชูชัยมงคลา

สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

วันรับ 16 พฤษภาคม 2568, วันแก้ไข 6 มิถุนายน 2568, วันตอบรับ 11 มิถุนายน 2568.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดบริการ การเข้าถึง และการใช้บริการอนามัยแม่และเด็กหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสานที่ดำเนินการในเวลาเดียวกัน (Concurrent mixed-methods study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย นายก อบจ. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ผู้อำนวยการ รพ.สต. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรผู้รับผิดชอบกับการจัดบริการใน รพ.สต. และหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15–49 ปี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการจัดบริการ กลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าความพร้อมของการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. บางแห่งยังไม่มีสถานที่ทำการเป็นของตนเอง บุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการจัดบริการให้ครอบคลุม ขาดกลไกของการกำกับ ติดตาม และการรายงานผลการดำเนินงาน ไม่มีแผนยุทธศาสตร์ด้านแม่และเด็กในระดับจังหวัดที่ชัดเจน ขาดความพร้อมในการจัดบริการขาดความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และยังมีปัญหาในการเชื่อมโยงการรายงานข้อมูลด้านอนามัยแม่และเด็ก อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อการเข้าถึงและการไปใช้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก และไม่มีข้อร้องเรียนจากผู้มาใช้บริการ ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ อบจ. และ สสจ. ควรร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับจังหวัด/อำเภอ รวมทั้งร่วมกันกำกับติดตามประเมินผล กรมอนามัยควรพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็กให้สอดคล้องกับบริบทการถ่ายโอน รพ.สต.

คำสำคัญ: ความพร้อมในการจัดบริการ แนวทางในการจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้พิมพ์หลัก, อีเมล : ktpjeng@gmail.com

Health Services Readiness, Accessibility and Utilization of Maternal and Child Health Services, after transfer of Subdistrict Health Promoting Hospital to Provincial Administrative Organization (PAO)

Kittipong Saejeng*

Office of the Advisory Committee, Department of Health

Kanittha Chamroonsawasdi

Faculty of Public Health, Mahidol University

Panjarut Laisuwannachart

Sirindhorn college of public health suphanburi

Napaphat Thumbumrung

Piyapachara Choochaimangkhal

Office of the Advisory Committee, Department of Health

Received 16 May 2025, Revised 6 June 2025, Accepted 11 June 2025.

Abstract

This study aims to examine the readiness of maternal and child health (MCH) service provision at Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) that have been transferred to Provincial Administrative Organizations (PAOs). It uses a Concurrent mixed-methods study. The study population includes Chief executive of PAO, Director of Public Health Division, Director of Subdistrict Health Promoting Hospital, Provincial Public Health Medical Officer, District Public Health Officer and Director of Community Hospital. SHPH service personnel, women of reproductive age (15–49 years) as the target group, community leaders, and public health volunteers. The findings show that some SHPHs transferred to PAO still lack their own office space, have insufficient personnel to provide comprehensive services, and lack mechanisms for supervision, monitoring, and reporting. There is no clear provincial strategic plan for maternal and child health, and service readiness is inadequate. Cooperation with local public health agencies is weak, and there are problems linking maternal and child health data reporting. Nevertheless, service users are satisfied with access to and use of MCH services, with no complaints reported. Recommendations from this study include that PAO and provincial public health offices jointly develop provincial/district public health strategic plans and collaboratively supervise, monitor, and evaluate implementation. The Department of Health should develop management models for MCH services that align with the context of SHPH transfers.

Keywords: Health Services Readiness, Guidelines for maternal and child health service provision, Transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals,.

* Corresponding Author, email: ktpjeng@gmail.com

■ บทนำ

วิกฤติการลดลงของประชากรไทย และ อัตราการทดแทนที่ไม่เพียงพอต่อการพัฒนา ประเทศในระยะยาวกำลังเป็นวาระเร่งด่วนของชาติที่หลายหน่วยงานให้ความสำคัญ อัตราการเจริญพันธุ์รวมของหญิงอายุ 15-49 ปี (Total fertility rate) ปีพ.ศ. 2565 มีเพียง 1.08 ขณะที่ สัดส่วนผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20⁽¹⁾ จาก แผนพัฒนาประชากร พศ. 2565-2580 มุ่งเป้าเพื่อ พัฒนาคมนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่งและมีคุณภาพ สร้างโอกาสและความเสมอภาค ทางสังคม สร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็น มิตรกับสิ่งแวดล้อม ให้คนไทยมีศักยภาพในการ แข่งขันระดับนานาชาติและพัฒนาประเทศสู่ความ มั่งคั่งอย่างยั่งยืนสอดคล้องกับแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 ที่มุ่งเน้น การพัฒนาทุกช่วงวัยในทุกมิติ เพื่อให้เป็นพลเมือง ที่มีคุณค่าของสังคม⁽²⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้ กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนานามัย การเจริญพันธุ์ฉบับที่ 2 ว่าด้วยการส่งเสริม การเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ มี เป้าหมายการเพิ่มอัตราการเจริญพันธุ์รวมไว้ ไม่น้อยกว่า 1.6 การเกิดทุกรายมีความพร้อมและ สมบูรณ์และได้รับการเลี้ยงดูที่มีคุณภาพ⁽³⁾ นอกจากนี้ การประกาศนโยบายของรัฐมนตรี ว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงการส่งเสริมการเกิด ให้เป็นวาระสำคัญของชาติที่ต้องจัดการอย่าง เร่งด่วน เมื่อต้นเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ทำให้ หลายหน่วยงานต้องประสานความร่วมมือดำเนิน งานอย่างจริงจัง ประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญใน นโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนานามัยการเจริญ พันธุ์ฉบับที่ 2 ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุขและสร้างการเข้าถึงบริการอย่าง เท่าเทียม เพื่อส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโต

อย่างมีคุณภาพ ได้แก่ การจัดบริการด้านอนามัย แม่และเด็กครอบคลุมตั้งแต่การวางแผนเตรียม ความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ให้ความช่วยเหลือเพื่อ การมีบุตร ส่งเสริมให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยและ ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดู ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและ พัฒนาการสมวัย

การมีสุขภาพดีของประชาชนเป็นพื้นฐาน สำคัญของการพัฒนาประเทศ รัฐมีหน้าที่ที่จะต้อง จัดระบบบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมี คุณภาพ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจคัดกรอง ให้การรักษา และฟื้นฟูสภาพเพื่อ ให้ประชาชนดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยความร่วมมือจากหลาย ภาคส่วนเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวมและ ครอบคลุมทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการจัดบริการ และเน้นการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน ภายใต้การบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพิ่มโอกาสในการ เข้าถึงบริการสุขภาพจากสถานบริการใกล้บ้าน พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการ กระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (อปท.) พ.ศ. 2542 และแผนปฏิบัติ การกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจแก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติขึ้น ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญปีพ.ศ. 2540 เน้น ถ้ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มี ความพร้อมภายใน 10 ปี มีหลักการกระจายอำนาจ ด้านสาธารณสุขที่สำคัญประกอบด้วย 1) การ มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ด้วยระบบบริการ ที่เสมอภาค มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ 2) มี ความยืดหยุ่นของการดำเนินงานตามบริบทและ สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ และ 3) สร้างการมี

ส่วนร่วมจากหน่วยงานในระดับส่วนกลาง ภูมิภาค ชุมชนและประชาชนในการดำเนินการ ข้อมูลสถานการณ์ ณ วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 มีการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แล้ว 3,263 แห่ง ใน 49 จังหวัด และจำนวนบุคลากร 23,117 ราย และมีอีก 9 จังหวัดรวม 331 แห่ง ที่ยังไม่ลงนามในบันทึกการส่งมอบและบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ทั้งนี้มีจำนวน รพ.สต. ทั้งประเทศ 9,787 แห่ง⁽⁴⁾ ทางสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดตัวชี้วัดความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อรองรับภารกิจการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในส่วนของปัจจัยนำเข้าไว้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างขององค์กร ด้านบุคลากร ด้านการเงินและการจัดสรรทรัพยากร และด้านแผนพัฒนาสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต ร่วมกับการกำหนดตัวชี้วัดกระบวนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽⁵⁾

จากการศึกษาของ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาศย์ และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า ที่ผ่านมามีการติดตามและประเมินผลปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. พบว่ามีปัญหาในหลายมิติ ได้แก่ 1) ด้านปัจจัยนำเข้า กองสาธารณสุขขององค์กรบริหารส่วนจังหวัด กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาจึงยังมีกำลังคนไม่เพียงพอ ทั้งด้านกำลังคน ประสบการณ์ และความรู้ความสามารถที่จะสนับสนุนการขับเคลื่อนงานปฐมภูมิได้ 2) ด้านกระบวนการ ขาดกลไกระดับอำเภอเพื่อเชื่อมประสานหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน ความไม่ชัดเจนของการกำหนดตัวชี้วัด

ส่งผลต่อทิศทางการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ระเบียบของกระทรวงมหาดไทยที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน โดยเฉพาะเรื่องคน และงบประมาณ ส่งผลต่อการเพิ่มภาระงานด้านธุรการ เอกสาร การเงิน รวมถึงการสรรหาบุคลากร และการสื่อสารเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนที่เป็นมาตรฐาน⁽⁷⁾ 3) ด้านผลผลิตและผู้มาใช้บริการ การจัดการบริการสาธารณสุขไม่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่มีเจตนารมณ์ให้ท้องถิ่นหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง และมีกลไกความร่วมมือการถ่ายโอนไปยัง อบจ. ทำให้งานข้อมูลสุขภาพลดลงและการวางแผนในพื้นที่ไม่ได้ดำเนินการ⁽⁸⁾ ก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีมาตรฐานการให้บริการอนามัยแม่และเด็กที่ชัดเจน เช่น การประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ การฉีดวัคซีนบาดทะยักและวัคซีนไข้หวัดใหญ่ การตรวจเต้านมและช่องปาก การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างปลอดภัยตามแนวทางการอนามัย⁽⁹⁾ หลังการถ่ายโอน รพ.สต. อยู่ภายใต้การดูแลของ อบจ. ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มาจากการเลือกตั้ง ทำให้มีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการงบประมาณและการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่มากขึ้น แต่ก็เผชิญกับปัญหาด้านบุคลากร งบประมาณ และการกำกับดูแลที่ไม่ชัดเจน ส่งผลให้ประชาชนบางพื้นที่ยังขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ และยังไม่เห็นประสิทธิผลที่ชัดเจน⁽¹⁰⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งเป็นการลงทุนด้านประชากรที่คุ้มค่าเพื่อการพัฒนาประเทศในระยะยาว ดังนั้นจึงควรศึกษาความพร้อมในการจัดการบริการด้าน

อนามัยแม่และเด็กของหน่วยบริการปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนเพื่อจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ ใช้ประกอบการตัดสินใจปรับทิศทางและกลไกการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กหลังการถ่ายโอนให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการมากขึ้น

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดบริการการเข้าถึง และการใช้บริการอนามัยแม่และเด็กหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบผสมผสานที่ดำเนินการในเวลาเดียวกัน (Concurrent mixed- methods study) แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.

● ประชากรที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีความผันแปรแตกต่างไปตามความพร้อมของหน่วยงานในแต่ละจังหวัด จึงแบ่งตามลักษณะการถ่ายโอนได้เป็น 2 กลุ่มดังนี้

1) กลุ่มจังหวัดที่มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในช่วง 2 ปีแรกตั้งแต่ปี 2566 ถึงปี 2567 ครบทุกแห่งทั้งจังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี มุกดาหาร หนองบัวลำภู ร้อยเอ็ด ขอนแก่น ปราจีนบุรี สุพรรณบุรี สงขลา เชียงราย และลำพูน

2) กลุ่มจังหวัดที่มีการถ่ายโอนภารกิจ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในช่วง 2 ปีแรกตั้งแต่ปี 2566 ถึงปี 2567 โดยมีทั้งผลงานเป็นไปตามเป้าหมายและยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธร กาฬสินธุ์ นครพนม ชัยภูมิ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ ลำพูน สุโขทัย ตาก อุทัยธานี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร กระบี่ สตูล สงขลา ปัตตานี พัทลุง นครศรีธรรมราช สิงห์บุรี นนทบุรี ปทุมธานี และระยอง

กำหนดประชากรและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกจังหวัดที่มีความพร้อมในส่วนของปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตในส่วนของผู้จัดบริการ และที่ยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามรูปแบบการศึกษา 2 ระยะ ดังนี้

การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนครอบคลุมมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ตามวิธีสามเส้า (Method of triangulation) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจะประกอบด้วย ดังตารางที่ 1

การศึกษาเชิงปริมาณ

กลุ่มที่ 1 : กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานหน้าในการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กที่ถ่ายโอนจากข้อมูลสถานการณ์การถ่ายโอนเมื่อมกราคม พ.ศ. 2566 มีบุคลากรผู้รับผิดชอบหรือมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตามภารกิจของสถานบริการระดับปฐมภูมิที่ถ่ายโอนมาสังกัด อบจ.ทั้งสิ้น 21,879 คน หรือจำนวนทั้งสิ้น 3,263 แห่ง ใน 49 จังหวัด จากทั้งหมด 9,836 แห่งหรือคิดเป็น ร้อยละ 33.18 (www.thecoverage.info) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยประมาณการจำนวนของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณตัวอย่างจากค่าสัดส่วนในตัวอย่างกลุ่มเดียว (Lemshow, et

ตารางที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย เกณฑ์การคัดเลือก จำนวน และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มเป้าหมาย	องค์ประกอบ	เกณฑ์คัดเลือก	จำนวน	วิธีเก็บข้อมูล
กลุ่มที่ 1 : ผู้บริหารของ องค์การบริหารส่วน จังหวัดและรพ.สต. รวม ถึงผู้บริหารจากหน่วย งานด้านสาธารณสุขใน พื้นที่	- นายกองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด, ผู้อำนวยการ การสาธารณสุข, และ ผู้อำนวยการ. รพ.สต. - นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด, สาธารณสุข อำเภอ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนเป็น โรงพยาบาลแม่ข่าย	- มีบทบาทหน้าที่ใน การสั่งการหรืออำนวยการ/ประสานงาน หรือ สนับสนุนการดำเนิน งานจัดบริการระดับปฐม ภูมิในพื้นที่ - ยินดีสมัครใจให้ข้อมูล	คัดเลือกจาก 2 จังหวัด จังหวัดละ 6 คน = 12 คน	การสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก
กลุ่มที่ 2 : กลุ่มบุคลากร ผู้รับผิดชอบการจัด บริการด้านสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ)	- แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง กับการจัดบริการด้าน สาธารณสุขในพื้นที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน	- มีบทบาทหน้าที่รับ ผิดชอบจัดบริการด้าน สาธารณสุข ในรพ.สต. ที่ถ่ายโอน - ยินดีสมัครใจให้ข้อมูล	คัดเลือกจาก 2 จังหวัด จังหวัดละ 6 คน =12 คน (รพ. สต.ที่มีผลงานตาม เป้าหมาย 3 คน และ รพ.สต.ที่มีผลงาน ยังไม่บรรลุตามเป้า หมาย 3 คน ของ 2 จังหวัด : 3 x 2 x 2 = 12 คน)	การสนทนากลุ่ม
กลุ่มที่ 3 : กลุ่มผู้นำ ชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขและเครือ ข่ายภาคประชาชน	- ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขในพื้นที่ แกน นำภาคประชาชน	- มีบทบาทหน้าที่ สนับสนุนการดำเนิน งานของรพ.สต. ที่ถ่าย โอน - ยินดีสมัครใจให้ข้อมูล	คัดเลือกจาก 2 จังหวัด จังหวัดละ 5 คน = 10 คน	การสนทนากลุ่ม
รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ			34 คน	

al 1990)⁽¹¹⁾ ที่ทราบจำนวนประชากร (Finite population, N= 21,879) และประมาณการค่าสัดส่วนการไบนารี (p = 0.33, 1-p = 0.67) และค่าความผิดพลาด (Relative error = 20% จากค่า p= 0.067) ได้จำนวนตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทั้งหมดที่สังกัดอบจ. 189.21 หรือ 190 คนบวกเพิ่มอีก 5% รวม 200 คน หรือคิดเป็น 100 คนต่อจังหวัด (50 คนจากกลุ่มรพ.สต. ที่มีผลงานเป็นไปตามเป้าหมาย และ 50 คนจากกลุ่มรพ.สต. ที่มีผลงานยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย) รวมทั้งสิ้น 2

จังหวัด เท่ากับ 200 คน เพื่อเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

กลุ่มที่ 2 : กลุ่มเป้าหมายการจัดบริการที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของรพ.สต. ได้แก่กลุ่มเป้าหมายของการจัดบริการในพื้นที่ ได้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่มีรายชื่อในบัญชีการรักษาพยาบาลของอบจ. คำนวณขนาดตัวอย่างโดยประมาณการจำนวนของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณตัวอย่างจากค่าสัดส่วนในตัวอย่างกลุ่มเดียว (Lemshow, et al 1990)⁽¹¹⁾

ตารางที่ 2 กลุ่มเป้าหมาย เกณฑ์การคัดเลือก จำนวน และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มเป้าหมาย	องค์ประกอบ	เกณฑ์คัดเข้า	เกณฑ์คัดออก	ขนาดตัวอย่าง
กลุ่มที่ 1 : กลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก (แพทย์ พยาบาล และเด็กในพื้นที่ (N= 21,879 คน) สาธารณสุข ฯลฯ)	- แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ (N= 21,879 คน)	- บุคลากรที่มีการปฏิบัติงานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ในสถานบริการ - ภายหลังจากถ่ายโอน - ยินดีสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาและตอบคืนกลับแบบสอบถาม	- ผู้ไม่สมัครใจให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบ - ไม่อยู่ในวันที่ทำการเก็บข้อมูล หรือเจ็บป่วยจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	100 คน/จังหวัด x 2 จังหวัด รวม 200 คน
กลุ่มที่ 2 : กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน	- หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี	- หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว มีบุตรหรือยังไม่มีบุตร - หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด - หญิงที่มีบุตรอายุ 0-5 ปี	- หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ทำหมันแล้วหรือสามีทำหมัน ไม่สมัครใจให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน และเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล	100 คน/จังหวัด x 2 จังหวัด รวม 200 คน
รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ				400 คน

ที่ไม่ทราบจำนวนประชากร และประมาณการค่าสัดส่วนการไปใช้บริการของหญิงวัยเจริญพันธุ์จากรายงานของสำนักส่งเสริมสุขภาพปี พ.ศ. 2566 ร้อยละการไปฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งเท่ากับร้อยละ 82 และการใช้บริการหลังคลอดครบ 3 ครั้งเท่ากับ ร้อยละ 64 ในที่นี้จะใช้ค่า $p = 0.64$, $1-p = 0.36$ และค่าความผิดพลาด 5% (Error = 0.05) ได้จำนวนตัวอย่างที่เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ทั้งสิ้น 180.81 รายบวกเพิ่มอีก 10% รวม 200 คน คิดเป็น 100 คนต่อจังหวัด (50 รายจากกลุ่มรพ.สต. ที่มีผลงานตามเป้าหมาย และ 50 รายจากกลุ่มรพ.สต. ที่ผลงานยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย) เพื่อเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามดังตารางที่ 2

● การรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้บริหาร บุคลากรที่รับผิดชอบ

ดำเนินงานในจังหวัดที่คัดเลือก และกลุ่มภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขและการศึกษาข้อมูลจากเอกสารรายงานต่างๆ ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์แบบเจาะลึก รวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และ รพ.สต. รวมถึงผู้บริหารจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่

ชุดที่ 2 แนวคำถามกึ่งโครงสร้างเพื่อสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานที่ รพ.สต. ภายใต้การกำกับของ อบจ. ในด้านความเพียงพอและความพร้อมของปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากร ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางจัดการ ความต้องการภายหลังจากถ่ายโอน ปัจจัยความสำเร็จ ความท้าทาย และข้อเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไข

ชุดที่ 3 แนวคำถามกึ่งโครงสร้างเพื่อ

สนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลจากกลุ่มภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านความเพียงพอและความครอบคลุมของการดำเนินงานตามแผนงานอนามัยแม่และเด็ก การมีส่วนร่วมหรือให้ข้อคิดเห็นต่อการดำเนินงานของ รพ.สต. หรือ อบจ. และความต้องการหลังการถ่ายโอน

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยเครื่องมือแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบการจัดการด้านอนามัยแม่และเด็ก

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ในพื้นที่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านก่อนนำไปทำการทดสอบ (Try out) เพื่อประเมินความเที่ยงในพื้นที่ที่ไม่ได้รับการสุ่มคัดเลือกเพื่อเก็บข้อมูลกับกลุ่มบุคลากรจำนวน 30 คนและกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปีจำนวน 30 คน เพื่อประเมินค่าความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริง มีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.81

● การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์กรมอนามัย เลขที่ 729/2567 วันที่ 3 พฤษภาคม 2567

■ ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดการบริการอนามัยแม่และเด็กสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญ ดังนี้

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ด้านความพร้อมของการจัดการบริการอนามัยแม่และเด็กของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ในด้านปัจจัยนำเข้า/ทรัพยากรการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างขององค์กร บุคลากร/การพัฒนาบุคลากร การเงินและการจัดสรรทรัพยากรแผนงานด้านอนามัยแม่และเด็ก

จากการศึกษา พบว่า ด้านโครงสร้างขององค์กร รพ.สต. ที่ถ่ายโอน บางแห่งยังไม่มีสถานที่ทำการและที่ดินเป็นของตนเอง ต้องอาศัยธรณีสงฆ์หรือเขตราชพัสดุ “ในเรื่องของอาคารสถานที่ รพ.สต. บางแห่งอยู่ในพื้นที่วัด ธรณีสงฆ์ เขตป่าไม้ เขตที่ราชพัสดุ ทำให้การเข้าไปดำเนินการปรับปรุง ค่อนข้างติดขัดกับข้อกฎหมาย ต้องเข้าไปขออนุญาต วัดก็ขอสำนักพุทธ ถ้าอยู่เขตอุทยาน ป่าไม้ ก็ค่อนข้างปรับปรุงยาก ต้องทำเรื่องขอรับ ส่วนเรื่องเครื่องมือ ไม่มีปัญหาพยายามจัดสรรให้เต็มที่”

ด้านปัจจัยนำเข้าในส่วนของอัตรากำลัง พบว่า การถือครองตำแหน่งยังไม่ครบเต็มร้อย เนื่องจาก รพ.สต. หลายแห่งยังถ่ายโอนไม่ครบ 100% หลายแห่งถ่ายโอนเฉพาะตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. บางแห่งไม่มีแพทย์ลงมาให้บริการตรวจรักษา ทำให้การจัดการบริการไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการจัดการบริการให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ บางพื้นที่ประสบปัญหาขาดแคลน

เกสัชกรทำให้มีปัญหาในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ นอกเหนือจากนั้นผู้บริหารบางรายยังมีข้อวิตกกังวลถึงภารกิจการดำเนินงานที่จะลดลงกว่าเดิม โดยเฉพาะในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ด้านปัจจัยนำเข้าในส่วนของงบประมาณ บาง อบจ.ระบุว่าโครงสร้างของตัวอาคาร ที่ก่อสร้าง อาศัยเงินกู้ โดยใช้เวลาผ่อนชำระ ไม่ต่ำกว่า 10 ปี และส่วนใหญ่ระบุว่ามีปัญหาในเรื่องสภาพคล่องของงบประมาณที่ได้รับและจัดสรรไปยัง รพ.สต. ที่อยู่ภายใต้การดูแล

ด้านแผนงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ยังมีภารกิจและการดำเนินงานตามแผนงานอนามัยแม่และเด็กไม่ต่างไปจากเดิม แต่ผู้บริหารส่วนใหญ่ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ถึงแม้ รพ.สต. จะมีการดำเนินงานตามภารกิจด้านอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ แต่ยังคงขาดกลไกการกำกับติดตามและการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ครอบคลุม นอกจากนี้ผู้บริหารในบางพื้นที่ยังระบุว่า ไม่มีแผนยุทธศาสตร์ด้านแม่และเด็กในระดับจังหวัดและพื้นที่ที่ชัดเจน จึงทำให้แต่ละ รพ.สต. ดำเนินงานตามภารกิจที่เคยทำ

ความพร้อมในการจัดบริการความร่วมมือกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่า บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนเปลี่ยนไปจากเดิมก่อนที่จะมีการถ่ายโอน โดยเฉพาะในบทบาทของการให้บริการที่ต้องมีความชำนาญและสลับซับซ้อนมากขึ้นกว่า รพ.สต. บางโรงพยาบาลยังทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยดูแลและสนับสนุน รพ.สต. ในด้านการให้คำปรึกษาเชิงวิชาการและการจัดบริการ โดยส่งทีมบุคลากรไปช่วยเหลือ ถึงแม้ว่าในอดีต รพช. จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงหลักในการดำเนินงานของ

รพ.สต. ในทุกด้านก็ตาม

ความเชื่อมโยงของการรายงานข้อมูลด้านอนามัยแม่และเด็กกับหน่วยงานสาธารณสุขอื่น พบว่า ภาพรวมระบบรายงานสถิติด้านอนามัยแม่และเด็กลดลง โดยมีเหตุปัจจัย 2 กรณี ได้แก่ 1) บางจังหวัดระบบการรายงานขาดความเชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) 2) ขาดการบันทึกข้อมูลการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารบางรายให้ความเห็นว่าควรมีการปรับลดตัวชี้วัด เน้นเฉพาะตัวชี้วัดหลักที่พื้นที่นำไปใช้ประโยชน์ได้ อบจ.บางแห่งให้ข้อมูลว่ายังไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดและการกำกับติดตามงานใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน

ความพร้อมของกองสาธารณสุข อบจ. หน่วยงานที่เสี่ยงในการสนับสนุน นิเทศ/กำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ผู้บริหารบางรายแสดงความคิดเห็นว่ากองบริหารสาธารณสุข อบจ. ยังขาดความพร้อมในการทำหน้าที่เป็นหน่วยงานพี่เลี้ยงทางวิชาการให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมายังอบจ. เพราะมีภารกิจเดิมที่หลากหลายหน้าที่ โดยเฉพาะงานสิ่งแวดล้อมและการกำจัดขยะ และที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นงานธุรการและงานบริการมากกว่างานด้านวิชาการ

ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และความต้องการหลังการถ่ายโอนในพื้นที่ พบว่า ผู้บริหารในสังกัด อบจ. บางท่าน เสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องนำเสนอปัญหาแนวทางแก้ไข ตลอดจนการกำกับติดตาม และควรมีการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดร่วมกันระหว่าง อบจ. และ สสจ.

ด้านการจัดบริการ ได้แก่ ความเพียงพอ ความครอบคลุม สภาพคล่องทางการเงิน ความสะดวกในการเข้าถึงและมารับบริการ การรอคอย/คิว ความพึงพอใจต่อการบริการ

จากการศึกษา ผลการจัดบริการ ผู้บริหาร ให้ข้อมูลว่า “ผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กหลังการถ่ายโอนมีความครอบคลุมลดลง เช่น การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ในปี 2564 อยู่ที่ ร้อยละ 86.49 เปรียบเทียบกับปี 2567 ลดลงอยู่ที่ ร้อยละ 68.74 การฝากครรภ์โดยได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ ในปี 2564 อยู่ที่ ร้อยละ 80.20 เปรียบเทียบกับปี 2567 ลดลงอยู่ที่ ร้อยละ 56.33 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ในปี 2564 อยู่ที่ ร้อยละ 80.63 เปรียบเทียบกับปี 2567 ลดลงอยู่ที่ ร้อยละ 24.14” ผลการสนทนากลุ่มบุคลากร พบว่า “หลังการถ่ายโอน รพ.สต. มีงานด้านบริการมากขึ้น ทำให้การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพลดลง ซึ่งก่อนหน้านี้ยังไม่ได้ถ่ายโอนจะเห็นว่าการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก งานดีมาก ดีทุกอย่าง แต่หลังจากถ่ายโอน เจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านนี้ ไม่ยอมถ่ายโอน ขอย้ายไปโรงพยาบาล แม้ได้บุคลากรใหม่แต่ยังไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ”

ผลการจัดบริการ ด้านผู้ใช้บริการ พบว่า “การเข้าถึงและการไปใช้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก มีความเพียงพอและตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย มีความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ สถานที่มีความสะอาด ไม่แออัด มีที่นั่งคอยตรวจ และพบว่าไม่มีข้อร้องเรียนจากผู้มาใช้บริการ”

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

จากการศึกษาด้านการรับรู้ต่อปัจจัยนำเข้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้รับผิดชอบการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กส่วนใหญ่ ระบุว่า รพ.สต. มีความพร้อมในด้านโครงสร้างองค์กร แผนงาน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับที่ดี ประเด็นที่ได้รับความเห็นด้วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “รพ.สต. กำหนดบทบาท

หน้าที่ของบุคลากรที่ชัดเจน (ร้อยละ 91.1)” รองลงมาคือ “รพ.สต. มีแผนงานด้านอนามัยแม่และเด็กที่ชัดเจนและต่อเนื่อง (ร้อยละ 84.7)” และ “ทุกคนมีโอกาสได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน/การฝึกอบรม/ศึกษาต่อ (ร้อยละ 75.8)” แต่ยังมีข้อกังวลในเรื่องความชัดเจนของนโยบายจาก อบจ. และความเพียงพอของงบประมาณ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์บางส่วน ดังตารางที่ 3

ด้านการรับรู้ต่อกระบวนการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้รับผิดชอบการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กส่วนใหญ่ ระบุว่า กระบวนการดำเนินงานของ รพ.สต. ในด้านบริการประชาชน ประเด็นที่ได้รับความเห็นด้วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “มีระบบจัดการคิวและการนัดหมายผู้ใช้บริการที่ชัดเจน (ร้อยละ 97.6)” และ “จัดบริการฉีดวัคซีนให้เด็กอายุ 0-5 ปี (ร้อยละ 97.6)” รองลงมา “ให้การดูแลหลังคลอดและเยี่ยมหลังคลอดในพื้นที่ (ร้อยละ 96.8)” และ “จัดบริการวางแผนครอบครัวให้คู่สมรส และหญิงหลังคลอด (ร้อยละ 96.8)” อย่างไรก็ตาม ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการกำกับติดตามงานอยู่ภายใต้การนิเทศงานของ อบจ. และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับอำเภอ/จังหวัด (รพช./สสอ./สสจ.) ยังมีสัดส่วนผู้ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยในระดับที่สูงกว่าประเด็นอื่นๆ สะท้อนถึงความท้าทายในการประสานงานและการกำกับติดตามงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ดังตารางที่ 4

ด้านการเข้าถึงและการไปใช้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า “มีความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ ได้รับความเห็นด้วยสูงสุด (ร้อยละ 89.7)” รองลงมา ให้ความเห็นว่า “บริการด้านอนามัยแม่และเด็กมีความเพียงพอ

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรผู้รับผิดชอบการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กต่อปัจจัยนำเข้าต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหลังการถ่ายโอนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

การรับรู้ต่อปัจจัยนำเข้า	ร้อยละ (n = 200)		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. อบจ. มีนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและถ่ายทอดมายัง รพ.สต.	54	35.5	10.5
2. รพ.สต. มีโครงสร้างองค์กรและกรอบอัตรากำลังที่เพียงพอต่อการจัดบริการ	75	11.3	13.7
3. รพ.สต. มีแผนงานด้านอนามัยแม่และเด็กที่ชัดเจนและต่อเนื่อง	84.7	13.7	1.6
4. รพ.สต. กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่ชัดเจน	91.1	7.3	1.6
5. ทุกคนมีโอกาสได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน/การฝึกอบรม/ศึกษาต่อ	75.8	19.4	4.8
6. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพียงพอต่อการจัดบริการ	55.6	33.9	10.5
7. อุปกรณ์และเครื่องมือมีความเพียงพอต่อการจัดบริการ	59.7	27.4	12.9
8. วัคซีน ยาและเวชภัณฑ์มีความเพียงพอต่อการจัดบริการ	59.7	25	15.3

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรผู้รับผิดชอบการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กต่อการรับรู้ด้านกระบวนการดำเนินงานหลังการถ่ายโอนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

การรับรู้ต่อกระบวนการดำเนินงาน	ร้อยละ (n = 200)		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. เปิดทำการทุกวันราชการ 8.00-16.00 น.	91.9	4.8	3.2
2. มีระบบจัดการคิวและการนัดหมายผู้ใช้บริการที่ชัดเจน	97.6	2.4	0
3. ให้คำปรึกษาคู่สมรส ชักประวัติและตรวจสุขภาพเบื้องต้นก่อนมีบุตร	81.5	14.5	4
4. ให้ยาวิตามินโพลีก่อนตั้งครรภ์ในหญิงที่ต้องการมีบุตร	86.3	10.5	3.2
5. ให้คำปรึกษาคู่สมรสและส่งต่อเพื่อการตรวจทางพันธุกรรม	84.7	11.3	4
6. จัดบริการฝากครรภ์และให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ได้	92.7	4.8	2.4
7. ให้การดูแลหลังคลอดและเยี่ยมหลังคลอดในพื้นที่ได้	96.8	3.2	0
8. จัดบริการวางแผนครอบครัวให้คู่สมรส และหญิงหลังคลอดได้	96.8	2.4	0.8
9. จัดบริการฉีดวัคซีนให้เด็กอายุ 0- 5 ปี	97.6	2.4	0
10. ประเมินพัฒนาการและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี	94.4	4.8	0.8
11. บันทึกสถิติและรายงานข้อมูลสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง	91.9	7.3	0.8
12. เชื่อมโยง/ส่งต่อรายงานข้อมูลสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ กับสสอ./สสจ.	87.1	10.5	2.4
13. ประสานความร่วมมือในการทำงานกับรพช. แม่ข่าย	87.1	10.5	2.4
14. การกำกับและติดตามงานอยู่ภายใต้การนิเทศงานของอบจ.	80.6	16.9	2.4
15. รพช./สสอ./สสจ. มีส่วนร่วมในการกำกับและติดตามงานกับอบจ.	72.6	19.4	8.1

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการเข้าถึงและการไปใช้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก

การเข้าถึงและการไปใช้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก	ร้อยละ (n = 200)		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. บริการมีความเพียงพอและตอบสนองความต้องการของท่าน	84.6	9.9	1.5
2. บริการมีความหลากหลายและทั่วถึงในกลุ่มแม่และเด็กในชุมชน	86	8.8	1.1
3. มีความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ	89.7	5.9	0.4
4. ระยะเวลาเปิดทำการไม่เป็นอุปสรรค สามารถไปใช้บริการได้ตลอด	84.2	10.3	1.5
5. การให้บริการ เช่น ฝากครรภ์ วางแผนครอบครัว หรือฉีดวัคซีนรวดเร็ว ไม่ต้องคอยนาน	85.7	9.6	0.7
6. ค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการไม่สร้างภาระ	77.2	14.7	4
7. มีระบบส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลอื่น	86.4	8.8	0.7
8. มีระบบติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง	87.5	8.1	0.4

ตอบสนองความต้องการ (ร้อยละ 84.6)” และ “บริการด้านอนามัยแม่และเด็กมีความหลากหลายทั่วถึงในกลุ่มแม่และเด็กในชุมชน (ร้อยละ 86)” อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการยังเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาเพื่อให้บริการเป็นไปอย่างทั่วถึงและไม่เป็นภาระต่อผู้รับบริการมากเกินไป ดังตารางที่ 5

■ อภิปรายผล

จากการศึกษาด้านความพร้อมของการจัดการอนามัยแม่และเด็กของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยังอบจ. ในด้านปัจจัยนำเข้า/ทรัพยากรการดำเนินงาน พบว่า รพ.สต. บางแห่งยังไม่มีสถานที่ทำการเป็นของตนเอง ไม่มีแพทย์มาให้บริการตรวจรักษา บุคลากรไม่เพียงพอต่อการจัดการบริการให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ มาแต่อาคารบุคลากรไม่มา รพ.สต. บางแห่งคนในหน่วยงานไม่ถ่ายโอนตาม ทำให้ขาดคนที่มีความชำนาญในเรื่องนั้นๆ สอดคล้องกับเวทีถอดบทเรียน “งานวิจัยถ่ายโอน รพ.สต.” สู่ข้อเสนอ 6 มิติ อุดช่องโหว่ผลกระทบระยะเปลี่ยนผ่าน ที่ ผศ.ดร.จรรยาพร

ศรีศลลักษณ์ รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขระบุว่า ด้านกำลังคน พบว่า บุคลากรไม่เพียงพอกับการะงาน โดยเฉพาะบุคลากรวิชาชีพ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการสรรหาบุคลากรเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ตามกรอบอัตรากำลัง โดยข้อค้นพบหนึ่งพบว่า โอกาสของบุคลากรที่ถ่ายโอนไปอบจ. สามารถขอตำแหน่งชำนาญการพิเศษ รวมถึงได้รับโบนัสตามขีดความสามารถ แต่มีคำตอบแบบบางเรื่องลดลง⁽¹²⁾ จากการศึกษาพบว่าบุคลากรใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน มีโอกาสได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน การฝึกอบรมและศึกษาต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของนิลบล คุณวัฒน์ และวิสุทธิ สุกรินทร์⁽¹³⁾ ที่ระบุว่ามีการสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารทั้งบุคลากร เจ้าหน้าที่ งบประมาณ รวมถึงวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอ หน่วยงานหรือฝ่ายงานต่างๆ ในองค์กรบริหารส่วนจังหวัดเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ รวมถึงการจัดอบรมเกี่ยวกับกฎหมายระเบียบการบริหารของกระทรวงมหาดไทยที่เกี่ยวข้องกับการเงินบัญชี ตำแหน่ง และความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

ด้านการจัดบริการ และข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญ พบว่า ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กมีความครอบคลุมลดลงแต่ส่งผลให้ประชาชนมีการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์มากขึ้น สอดคล้องกับเวทีถอดบทเรียน “1 ปี ถ่ายโอน รพ.สต.” กะเทาะเปลือกกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขครั้งใหญ่ที่เลอพงศ์ ลิ้มรัตน์ ประธานคณะกรรมการบริหารภารกิจด้านการถ่ายโอนสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบุว่า “บุคลากรที่ถ่ายโอนไปมีความภาคภูมิใจ และมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีแรงผลักดันและกำลังใจในการทำงานร่วมกัน ในบางพื้นที่พัฒนาจนทำให้ประชาชนสามารถได้รับบริการที่ดีกว่าเดิม สิ่งที่เราทำในวันนั้น (ร่วมกันยกย่องการถ่ายโอน) เรามีความตั้งใจ มีเจตนารมณ์ว่าอยากเห็นประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้นและมากขึ้นกว่าเดิม” ⁽¹⁴⁾ และการศึกษาของ อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์ และคณะ ⁽¹⁵⁾ ที่ระบุว่า บางแห่งประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ บางแห่งมีบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่าคุณภาพการให้บริการประชาชนในพื้นที่และการตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น การบริหารงานที่มีสายบังคับบัญชาสั้นมีข้อดีที่ทำให้บริหารงานได้คล่องตัว

รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ยังไม่มีแผนงานโครงการที่ชัดเจน และในส่วน อบจ. ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ทางสาธารณสุขระดับจังหวัด บางแห่งก็ยังไม่มีการกำกับติดตามประเมินผลการทำงานของ รพ.สต. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติยา ศศิภูมินทร์ฤทธิ์ ⁽¹⁶⁾ ที่ระบุว่า รพ.สต. ยังขาดการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการประสานงาน ไม่มีการวางแผนมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน

การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขขณะ

กรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีการประชุมสม่ำเสมอ มุ่งเน้นการบริหารจัดการด้านงบประมาณ การสนับสนุนหลักๆ ในเชิงรุก การดำเนินงานสาธารณสุขยังมีน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์ และคณะ ⁽¹⁷⁾ ที่ระบุว่า กสพ. ยังขาดการส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล และประเมินผลการปฏิบัติงานของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวชิราวุธ (สอณ.) และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน อย่างไรก็ตาม พบว่า บางจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการย่อยเข้ามาสนับสนุนการทำงานเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

■ สรุป

แนวทางในการจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พบว่า ความพร้อมของการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในด้านปัจจัยนำเข้า/ทรัพยากรการดำเนินงาน บางแห่งยังไม่มีสถานที่ทำการและที่ดินเป็นของตนเอง ในส่วนของอัตรากำลัง พบว่าบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการจัดบริการให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ บางพื้นที่ประสบปัญหาขาดแคลนเภสัชกรทำให้มีปัญหาในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ นอกจากนี้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนยังมีการกิจดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กไม่ต่างไปจากเดิม แต่ยังคงกลไกของการติดตามกำกับ และการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ครอบคลุม นอกจากนี้บางพื้นที่ ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ด้านแม่และเด็กในระดับจังหวัดที่ชัดเจน และมีข้อจำกัดกังวลถึงภารกิจการดำเนินงานที่จะลดลงกว่าเดิม โดยเฉพาะในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ความพร้อมในการ

จัดการบริการความร่วมมือกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่า โรงพยาบาลบางแห่งยังทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยดูแลและสนับสนุน รพ.สต. ในด้านการให้คำปรึกษาเชิงวิชาการและการจัดการบริการ ด้านความเชื่อมโยงของการรายงานข้อมูลด้านอนามัยแม่และเด็กกับหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ ในพื้นที่ พบว่า ภาพรวมระบบรายงานสถิติด้านอนามัยแม่และเด็กลดลง โดยมีเหตุปัจจัย จากระบบการรายงานขาดความเชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) และขาดการบันทึกข้อมูลการให้บริการอย่างต่อเนื่อง กองบริหารสาธารณสุข อบจ. ยังขาดความพร้อมในการทำหน้าที่เป็นหน่วยงานพี่เลี้ยงทางวิชาการให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมายัง อบจ. นอกจากนี้ ยังพบว่าผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กมีความครอบคลุมลดลง อย่างไรก็ตาม ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ พบว่า การเข้าถึงและการไปใช้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กมีความเพียงพอและตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย มีความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ สถานที่มีความสะอาด ไม่แออัด มีที่นั่งคอยตรวจ และพบว่าไม่มีข้อร้องเรียนจากผู้มาใช้บริการ

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. อบจ. และ สสจ. ควรร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับจังหวัด/อำเภอ รวมทั้งร่วมกันกำกับติดตามประเมินผล
2. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยควรร่วมกันจัดทำนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับประเทศ สำหรับกำกับการดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน

3. อบจ.ควรทบทวนภารกิจ โดยเน้นงานสาธารณสุขให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

4. ควรบรรจุวาระการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ รพ. สต. ที่ถ่ายโอน เป็นวาระประจำในการประชุมของ กสพ.

● ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. สสอ. ต้องปรับบทบาทภารกิจ โดยเฉพาะเรื่องการทำกับติดตามประเมินผลสำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน
2. รพช. ต้องพัฒนากลไกให้สามารถทำงานด้านบริการและการส่งเสริมสุขภาพ โดยการประสานงานเชื่อมโยงไปถึง รพ.สต.
3. กรมอนามัยควรต้องปรับรูปแบบการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็กให้สอดคล้องกับบริบทการถ่ายโอน รพ.สต. โดยเฉพาะตัวชี้วัด ให้มุ่งเน้นตัวชี้วัดที่ใช้ในการทำกับติดตามและประเมินผลระดับผลลัพธ์และผลกระทบต่อสุขภาพ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุข ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขของค์การบริหารส่วนจังหวัด บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กกระทรวงสาธารณสุข และประชาชนผู้รับบริการที่ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนการเก็บข้อมูล และตอบแบบสอบถามสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานประจำปี 2565. มปท.; 2565
2. สำนักงานสภาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nesdc.go.th/main.php>
3. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560–2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. Hfocus. สถานการณ์ถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/02/24450>
5. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. แนวทางการดำเนินงานการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด. มปท.; 2565.
6. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, ทิณกร โนรี, นงลักษณ์ พะโกยะ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการผลกระทบของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิ : กรณีศึกษา นโยบายสามหมอกใน 5 จังหวัด. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2567.
7. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกชา สิงห์วีรธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัสดรา เสนสาย และคณะ. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระยะที่ 1 : การประเมินสัญญาณเตือนของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังและการจัดทำกรณีศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2566.
8. อริสรา กาญจนอุดม. ปัญหาอุปสรรคการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ไปยัง อบจ. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.senate.go.th/view/386/News/Latest/162/TH-TH>
9. กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cpho.moph.go.th/system_ssjebook/pdf/2016-03/cphbook_2_32741.pdf
10. The Active. สังกัดหมออนามัยเปลี่ยนไป ชีวิตคนไข้เปลี่ยนแปลง ? [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://theactive.thaibps.or.th/data/local-hospital-change>
11. Lemeshow S, Hosmer DW Jr, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. West Sussex: John Wiley & Sons; 1990.
12. Hfocus. ถอด “งานวิจัยถ่ายโอน รพ.สต.” สู่ข้อเสนอ 6 มิติ อุดช่องโหว่ผลกระทบระยะเปลี่ยนผ่าน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2024/09/31576>
13. นิลุบล คุณวัฒน์, วิสุทธิ์ สุกรินทร์. การประเมินผลนโยบายการกระจายอำนาจการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ของจังหวัดสระบุรี [อินเทอร์เน็ต]. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. กระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/01/3-มค.68.-บทความที่ถ่ายวิจัยประเมินผลนโยบาย-แบบ.pdf>
14. The Coverage. ถอดบทเรียน ‘1 ปี ถ่ายโอน รพ.สต.’ เกาะเกี่ยวกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thecoverage.info/news/content/5738>

15. อานนท์ กุลธรรมานุกรณ์, นิธิวัชร แสงเรือง, เยาวลักษณ์ แหวงวงษ์, หทัยรัตน์ โกษิยาภรณ์, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, จรวยพร ศรีศัลลักษณ์ และคณะ. การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สังกะระห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4866?locale-attribute=th>
16. กฤติยา รัตนเสถียร. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น: กรณีศึกษาพื้นที่รูปธรรม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3155/08-p.%2032-Krittiya.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
17. ชัญญาวิรี ไชยวงศ์, ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, แจ่มจันทร์ เทศสิงห์, เกิดสิริ หงษ์ไทย และคณะ. การศึกษาบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในองค์การบริหารส่วนจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดน่าน ระยอง ปราจีนบุรี นครราชสีมา สงขลา และภูเก็ต [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6231>

HEALTH

ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์*

ชวนพิศ เจริญพงศ์

สมิตรา สิทธิฤทธิ์

กิ่งแก้ว แสงแผ้ว

วัลลี ทรายสมุทร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา

นงเยาว์ ลาวิณห์

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สาวิตรี พาทีทิน

โรงพยาบาลบ้านนา

วันรับ 29 เมษายน 2568, วันแก้ไข 21 มิถุนายน 2568, วันตอบรับ 24 มิถุนายน 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดจำนวน 185 คน ในจังหวัดนครนายก ประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 45.4 ของมารดาให้นมลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก โดยภาพรวมร้อยละ 74.1 ของมารดามีความเชื่อในระดับสูงเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมการหลั่งน้ำนมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ร้อยละ 79.5 และการบำรุงน้ำนมร้อยละ 63.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่ การเคยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาก่อน ($OR = 8.106$) การมีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ($OR = 2.944$) การประกอบอาชีพรับราชการหรือพนักงาน ($OR = 0.400$) และการมีความเชื่อในระดับสูงเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อบำรุงน้ำนม ($OR = 0.213$) ($p < .05$) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ยังคงมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารก และควรนำมาบูรณาการในแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ความเชื่อ

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: thanom_8@hotmail.co.th.

Local Wisdom and Breastfeeding

Thanomrat Prasith-thimet*

Chuanpit Charoenpong

Sumitra Sittirit

Kingkaew Sangpaew

Wanree Saisamuth

Faculty of Nursing Saint Theresa International University

Nongyao Lawin

HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center,

Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

Sawitree Pateetin

Banna Hospital

Received 29 April 2025, Revised 21 June 2025, Accepted 24 June 2025.

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine postpartum mothers' beliefs regarding food consumption to promote breastfeeding based on local wisdom, and to identify the factors associated with the transmission of such practices. The sample consisted of 185 postpartum mothers in Nakhon Nayok Province, Thailand. Data were collected using structured questionnaires and analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression. The findings revealed that 45.4% of the mothers exclusively breastfed their infants during the first six months. Overall, 74.1% of participants held a high level of belief in consuming specific foods to promote lactation based on local wisdom. Specifically, 79.5% believed in food consumption to stimulate milk secretion, while 63.8% believed in foods that nourish milk. Factors significantly associated with the transmission of local wisdom practices included previous experience using local wisdom (OR = 8.106), having a bachelor's degree or higher (OR = 2.944), being employed in government or company positions (OR = 0.400), and holding strong beliefs in nourishing foods (OR = 0.213), all with $p < .05$. The study highlights the continued relevance of local wisdom in maternal practices and suggests integrating such beliefs into health promotion strategies to improve breastfeeding rates.

Keywords: Breastfeeding, Local wisdom, Beliefs.

*Corresponding Author, email: thanom_8@hotmail.co.th.

■ บทนำ

ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) หรือภูมิปัญญาชาวบ้าน (Popular Wisdom) หมายถึง ความรู้ ความสามารถที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์จากการเรียนรู้จากผู้ใหญ่หรือความรู้ การปฏิบัติตามสืบทอดกันมาของแต่ละท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการดำรงชีวิตภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นวิถีชีวิตท้องถิ่นของคนไทยที่มีมาตั้งแต่สมัยโบราณ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ของชาวบ้านที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ ความรอบรู้และความเชื่อของคนในชุมชนหรือของท้องถิ่นโดยการถ่ายทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น จนเป็นวิถีชีวิต วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นที่มีการเปลี่ยนแปลง เพื่อใช้แก้ปัญหา และนำมาใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ลักษณะสืบทอดโดยมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอด จากบรรพบุรุษในครัวเรือนจาก มารดาตนเอง ยายตนเอง หรือมารดาสามี ย่าสามี หรือผู้สูงอายุในชุมชนผู้มีประสบการณ์ ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่เคยปฏิบัติตามลักษณะของสังคมไทยในแต่ละท้องถิ่น ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์มีการเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อการปฏิบัติดูแลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อมีน้ำนมเพียงพอกับการให้นมลูก และการให้นมลูกหลังคลอดบุตร มารดาบางคนให้นมลูกตั้งแต่แรกเกิด ถึง 2-3 ปีหรือจนกว่าน้ำนมจะหมด การให้ทารกกินนมแม่ ชาวบ้านมีความเชื่อว่าช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคต่างๆ อาทิ ท้องเสีย ปวดบวม โรคลำไส้อักเสบ ภูมิแพ้ และภาวะอ้วน และทารกที่ดื่มนมแม่จะแข็งแรง จึงเกิดเป็นภูมิปัญญาชาวบ้านเป็นความรู้ความเชื่อและการปฏิบัติ โดยแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก ธรรมชาติ และสิ่ง

แวดล้อม เป็นการเชื่อมโยงแนวคิดในการปฏิบัติด้านสุขภาพ และวิธีการปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรหลานดูแลสุขภาพที่ผสมที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ที่มีการสืบทอดกันมาช้านานในสังคมชนบท ในเรื่องของความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การกินอาหารสมุนไพรเพื่อบำรุงน้ำนม⁽¹⁻²⁾

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน และกินอาหารเสริมร่วมด้วยจนถึง 2 ปี น้ำนมแม่นอกจากจะมีคุณค่าทางอาหาร ลดความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อแล้ว จะส่งผลดีด้านสัมพันธภาพระหว่างแม่ลูกจากการสัมผัส การมองตาขณะที่ลูกดูดนมมารดาอันจะเป็นพื้นฐานชีวิตที่สำคัญของเด็ก องค์การอนามัยโลกและกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติได้ตั้งเป้าหมายภายในปี พ.ศ. 2573 ทุกประเทศทั่วโลกจะมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 70.0⁽³⁾ และประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายของอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่าร้อยละ 50 ในปี พ.ศ.2568⁽⁴⁾ จากรายงานสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562,พบว่าทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ได้กินนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า ร้อยละ 14.0⁽⁵⁾

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยสนใจประเด็นสำคัญ ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของท้องถิ่นที่ถ่ายทอดและปฏิบัติสืบทอดกันมา ผลการศึกษาค้นคว้าจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมให้มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนเพิ่มขึ้นต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อในการรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มน้ำนมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากภูมิปัญญาท้องถิ่น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสืบทอดจากภูมิปัญญาท้องถิ่นในการรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มน้ำนม

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับการรับประทานอาหารบำรุง/เพิ่ม/กระตุ้นน้ำนมจากภูมิปัญญาท้องถิ่น

ประชากร คือ มารดาหลังคลอด ที่มีสัญชาติไทย ที่มารับบริการ ณ แผนกหลังคลอด คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และแผนกส่งเสริมสุขภาพคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Levy PS & Lemeshow S⁽⁶⁾ จากประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 จากทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ได้กินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 14.0⁽⁵⁾ จากสูตรได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้จำนวน 185 คน ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 P(1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.14)(0.86)}{(0.05)^2} = 185$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

P = สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเท่ากับ 0.14

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.05

α = Probability Type I error = 0.05

$Z^2 \alpha/2$ = 1.96

ขนาดตัวอย่าง 185 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกมารดาเข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ มารดาที่มีบุตรอายุ 0-12 เดือน สัญชาติไทย ไม่จำกัดอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และภูมิสำเนา สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจนครบ

● **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล** เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ (ปี) ระดับการศึกษา สถานภาพครอบครัว อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ลำดับบุตรคนปัจจุบัน ระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครั้งก่อน ความตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครั้งนี้ การให้นมบุตร ความถี่ที่เริ่มใช้ และเหตุผลใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ส่วนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลักษณะแบบสอบถามจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ความเชื่อการรับประทานอาหารเพื่อบำรุงน้ำนม จำนวน 14 ข้อ ความเชื่อการรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นและเร่งการหลั่งน้ำนม จำนวน 11 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด = 4 มาก = 3 น้อย = 2 และน้อยที่สุด = 1 โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)⁽⁷⁾

ซึ่งเป็นแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนแบบเท่า ๆ กัน
ดังนี้ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนช่วง
คะแนน $= (4-1)/2=1.50$

ระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.50

ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 2.51-4.00

ส่วนที่ 3 การสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น
ด้านอาหารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽⁸⁾
จำนวน 10 ข้อ

กรณี ปฏิบัติตามภูมิปัญญาเดิมห้ามกิน
(ไม่กิน หรือกินน้อยลง) 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติตามภูมิปัญญาเดิม
ห้ามกิน (กินเท่าเดิม หรือกิน
มากขึ้น) 0 คะแนน

กรณี ปฏิบัติตามภูมิปัญญาเดิมให้กิน
(กินเท่าเดิม หรือกินมากขึ้น)
1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติตามภูมิปัญญาเดิม
กินน้อยลง (ไม่กิน หรือกินน้อยลง)
0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid-
ity) โดยนำผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เพื่อพิจารณา
ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา
และความชัดเจนของภาษา แล้วนำแบบสอบถาม
มาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีเนื้อหาตามที่ต้องการ
วัดแล้วมีค่าความตรงของเนื้อหา 0.67-1.00 และ
มีค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) เท่ากับ 0.95

● **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ดำเนินการ
เก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะ
เวลาที่กำหนดจนครบ จึงนำแบบสอบถามที่ได้รับ
มาทำการตรวจสอบความครบถ้วนและความ
ถูกต้องของข้อมูล

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์
ข้อมูลทางสถิติที่ใช้มีดังนี้

1. **การวิเคราะห์เชิงพรรณนา** ด้วยสถิติ
เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (S.D.) และค่าต่ำสุด สูงสุด

2. **การวิเคราะห์ความสัมพันธ์** ด้วยสถิติ
เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ความเชื่อ
และสืบทอดทางภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหาร โดย
ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบ 2 กลุ่ม
(Binary logistic regression)

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การ
วิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำ
ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา
เลขที่ STIC 001/2023 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566

■ ผลการศึกษา

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า
30 ปี (ร้อยละ 59.5) อายุเฉลี่ย 28.6 ปี ระดับการ
ศึกษาจบมัธยมปลายและต่ำกว่า (ร้อยละ 55.1) มี
สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 90.3) เกิน
ครึ่งมีอาชีพข้าราชการ/รับจ้างหรือพนักงาน (ร้อย
ละ 55.1) มีรายได้ $\geq 15,001$ บาท (ร้อยละ 51.4)
โดยรายได้เฉลี่ย 15,896.49 บาท รายได้พอเพียง
(ร้อยละ 78.4) และเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ
62.7) และมีบุตร 2-4 คน (ร้อยละ 51.4.)

ผู้ช่วยเหลือดูแลและแนะนำให้ปฏิบัติ
ท้องถิ่นมาทำอาหารรับประทานเพื่อให้ให้น้ำนมไหล
คือมารดาตนเอง (ร้อยละ 73.0) มากที่สุด รองลงมา
คือ มารดาสามี ยาย ย่า ญาติ ปราชญ์ชาวบ้าน
แพทย์แผนไทย และอสม. ตามลำดับ มารดาหลัง
คลอดครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.3) ใช้ภูมิปัญญา
ท้องถิ่นมาปฏิบัติเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยรับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด (n=185)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ(จำนวน)
อายุ	
อายุน้อยกว่า 30 ปี	59.5 (110)
อายุมากกว่า 30 ปี	40.5 (75)
อายุเฉลี่ย (ปี) 28.6±5.72 Max 43 Min 16	
ระดับการศึกษา	
มัธยมปลายและต่ำกว่ามัธยมปลาย	55.1 (102)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	44.9 (83)
สถานภาพสมรส	
โสด/หย่า/แยกกันอยู่	9.7 (18)
สมรส	90.3 (167)
อาชีพ	
เกษตรกร/แม่บ้านหรือทำงานส่วนตัว	44.9 (83)
ข้าราชการ/รับจ้างหรือพนักงาน	55.1 (102)
รายได้	
<15,000 บาท	48.6 (90)
≥15,000 บาท	51.4 (95)
รายได้ บาทต่อเดือน 15,896.49±13941.84 Max 100,000 Min 0	
รายได้	
ไม่พอเพียง	21.6 (40)
พอเพียง/เหลือเก็บ	78.4 (145)
ลักษณะครอบครัว	
ครอบครัวเดี่ยว	37.3(69)
ครอบครัวขยาย	62.7(116)
ลำดับบุตร	
บุตรคนแรก	48.6 (90)
บุตรคนที่ 2-4	51.4 (95)
ผู้ช่วยเหลือดูแลและนำใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาทำอาหารทาน เพื่อน้ำนมไหล (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)	
มารดาตนเอง	73.0 (135)
มารดาสามี	47.0 (87)
ยาย/ย่า	41.6 (77)
ญาติ	40.0 (74)
เพื่อนบ้าน คนชุมชน	20.0 (37)
ปราชญ์ชาวบ้าน/หมอแพทย์ไทย/หมอสสมุนไพโร	19.5(36)
อสม.	18.4 (34)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด (n=185) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ(จำนวน)
ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาปฏิบัติเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	
ก่อนตั้งครรภ์	17.3 (32)
ขณะตั้งครรภ์	24.3 (45)
หลังคลอด	50.3 (93)
ไม่เคยปฏิบัติ	8.1 (15)
ความถี่รับประทานอาหารเพื่อเพิ่มน้ำนมด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น	
เดือนละครั้ง	5.9 (11)
สัปดาห์ละ 1 วัน	18.4 (34)
สัปดาห์ละ 2-3 วัน	31.4 (58)
ทุกวัน	35.7 (66)
ไม่เคยปฏิบัติ	8.6 (16)
เหตุผลนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาปฏิบัติเพื่อให้มีน้ำนมไหล	
ผู้มีประสบการณ์ใช้มาก่อนและแนะนำ	91.4 (169)
เชื่อว่าจะมีน้ำนมเพิ่มขึ้น	87.0 (161)
ช่วยให้บุตรมีสุขภาพดี	23.2 (43)

ตารางที่ 2 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา (n=185)

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ร้อยละ(จำนวน)
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยไม่ได้กินน้ำ นมผงหรืออาหารอื่นๆ	
0-5 เดือน	54.6 (101)
6 เดือนขึ้นไป	45.4 (84)
ครรภ์ก่อนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะเวลา เดือน 7.8 ± 6.53 Max 36 Min 0	
ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะเวลา เดือน 10.2 ± 7.1 Max 36 Min 0	

ประทานอาหารเพื่อเพิ่มน้ำนมด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นทุกวัน (ร้อยละ 35.7) และเหตุผลที่นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาปฏิบัติเพื่อให้มีน้ำนมไหล เพราะผู้มีประสบการณ์ใช้มาก่อนและแนะนำให้ใช้มากที่สุด (ร้อยละ 91.4) รองลงมาเชื่อว่าจะมีน้ำนมเพิ่มขึ้น และช่วยให้บุตรมีสุขภาพดี ดังตารางที่ 1

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป (ร้อยละ 45.4) โดยไม่ได้กินน้ำ นมผงหรืออาหารอื่นๆ มารดาให้ลูกตึ๋มนมแม่อย่างเดียว 0-5 เดือนขึ้นไปเกินครึ่ง (ร้อยละ

54.6) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด ครรภ์ก่อนพบว่าเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้เวลาเฉลี่ย 7.8 ± 6.53 เดือน และครรภ์นี้ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ย 10.2 ± 7.1 เดือน ดังตารางที่ 2

ระดับความเชื่อในการรับประทาน
อาหารเพื่อเพิ่มน้ำนมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จาก
ภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบด้วย ความเชื่อการรับประทานอาหารเพื่อบำรุงน้ำนมและเพิ่มน้ำนม และความเชื่อในการรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นและเร่งการหลั่งน้ำนมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

ตารางที่ 3 ร้อยละระดับความเชื่อเรื่องรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น (n = 185 คน)

ระดับความเชื่อ	ระดับน้อย	ระดับมาก
ความเชื่อการรับประทานอาหารเพื่อบำรุงน้ำนม	36.2 (67)	63.8 (118)
ความเชื่อการรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นและเร่งการหลั่งน้ำนม	20.5 (38)	79.5 (147)
ภาพรวมของระดับความเชื่อ	25.9 (48)	74.1 (137)

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n=185)

	ปัจจัย	p-value	OR	95%CI
ผู้ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นการศึกษา	ไม่เคย/เคย	0.016	8.106	1.489-44.141
	มัธยมปลายและต่ำกว่าลงมา/ปริญญาตรี ขึ้นไป	0.003	2.944	1.440 – 6.020
อาชีพ	เกษตรกรรม แม่บ้านหรือทำงานส่วนตัว/ข้าราชการ พนักงาน	0.011	0.400	0.197-0.809
ความเชื่อการรับประทานอาหารเพื่อบำรุงน้ำนม	น้อย/มาก	0.001	0.213	0.083-0.548

ภาพรวมของความเชื่อรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นระดับมาก ร้อยละ 74.1 และระดับน้อย ร้อยละ 25.9 โดยมีระดับความเชื่อการรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นและเร่งการหลั่งน้ำนมระดับมาก ร้อยละ 79.5 ความเชื่อระดับน้อย ร้อยละ 20.5 ด้านความเชื่อการรับประทานอาหารเพื่อบำรุงน้ำนมระดับมากร้อยละ 63.8 ระดับน้อย ร้อยละ 36.2 ดังตารางที่ 3

การสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Binary Logistic Regression พบว่า โมเดลสามารถทำนายการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ร้อยละ 25.3 (Nagelkerke R Square = 0.253)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ผู้ที่เคยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาก่อนมีโอกาสดำเนินการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นมากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้ 8 เท่า (OR=8.106 เท่า, $p = .016$) ผู้มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีโอกาสดำเนินการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมปลายและต่ำกว่า 2.9 เท่า (OR=2.944 เท่า, $p = .003$) การประกอบอาชีพรับราชการหรือพนักงานมีโอกาสดำเนินการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นมากกว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกรรม แม่บ้าน หรือทำงานส่วนตัว (OR=0.4, $p = .011$) และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อบำรุงน้ำนมผู้ที่มีความเชื่อในระดับสูงมีโอกาสดำเนินการสืบทอดมากกว่าผู้ที่มีความเชื่อน้อย (OR=0.213, $p = .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 4

■ อภิปรายผล

จากผลการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพิ่มน้ำหนักเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากภูมิปัญญาท้องถิ่นพบว่า มารดาในกลุ่มตัวอย่างมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรก ร้อยละ 45.4 มีปัญหาจากเรื่องความเชื่อของมารดาที่ให้ลูกกินนมผสมเนื่องจากคิดว่าน้ำหนักไม่เพียงพอ⁽⁹⁾ โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับมาก ทำให้มีการกระตุ้นเร่งการหลั่งน้ำนม และการบำรุงส่งเสริมคุณภาพของน้ำนม สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ การสนับสนุนการเข้าถึงบริการต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽¹⁰⁾ แสดงให้เห็นว่าความเชื่อทางวัฒนธรรมท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริโภคอาหารเฉพาะที่เชื่อว่าเมื่อรับประทานอาหารสมุนไพร จะช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนม บำรุงและกระตุ้นการหลั่งน้ำนม⁽¹⁾ เป็นการสืบทอดผ่านการเรียนรู้ความเชื่อในครอบครัวจากมารดา ยาย ป้า และ อสม. ชุมชน ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากภูมิปัญญาท้องถิ่น

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาปฏิบัติเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด และนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาปฏิบัติเพื่อให้มีน้ำนมไหล เพราะเชื่อว่าจะมีน้ำนมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 87.0 โดยมีผู้ที่มีประสบการณ์แนะนำถึง ร้อยละ 91.9 ทั้งนี้สะท้อนลักษณะสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทของจังหวัดนครนายกที่อยู่แบบครอบครัวขยายถึงเกินครึ่งมีส่วนสำคัญที่มีส่วนสนับสนุน และมีผู้ช่วยเหลือดูแลแนะนำให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาทำอาหารทานเพื่อให้น้ำนมไหลในเครือญาติที่สำคัญตามลำดับ คือ มารดาตนเอง มารดาสามี ยาย ป้า และญาติ ป้าจี้

ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในการ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽¹⁰⁾ โดยมี ย่า ยาย มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความสัมพันธได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ การปฏิบัติตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และความเชื่อ(เคย/ไม่เคย) เรื่องการรับประทานอาหารบำรุงน้ำนม มีความสัมพันธ์กับการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากกลุ่มมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับความรู้ทางสุขภาพสมัยใหม่อย่างเหมาะสมเป็นทางเลือกทางหนึ่ง เป็นปัจจัยสำคัญต่อการธำรงรักษาภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ โดยกลุ่มระดับการศึกษาระดับสูงและอาชีพรับราชการ/พนักงาน ช่วยส่งเสริมการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการรับประทานอาหาร ยอมรับและเลือกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีบทบาททางอาชีพในชุมชน ทำให้เกิดการถ่ายทอดความรู้สู่คนรุ่นใหม่ ในบางพื้นที่พบว่าความทันสมัย มีแนวโน้มทำให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นลดบทบาทลง แต่ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาระดับสูงกลับช่วยส่งเสริมการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาตนเอง มารดาสามี ยาย ป้า ผู้ที่มีประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยปฏิบัติตามภูมิปัญญาท้องถิ่นมีโอกาสปฏิบัติตามภูมิปัญญาท้องถิ่นสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติตาม ทำให้สามารถสืบทอดและส่งเสริมภูมิปัญญาดั้งเดิมได้ โดยเน้นบทบาทของการสืบทอดความรู้ ปฏิบัติจากรุ่นสู่รุ่น ที่ส่งเสริมและการคัดเลือกแนวปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความ

สำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ยังคงมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารก และควรนำมาบูรณาการในแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

■ ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับพื้นที่วิจัย เสนอให้นำข้อค้นพบจากการศึกษาไปใช้ในการวางแผน และพัฒนาการจัดบริการในกลุ่มประชากร เพื่อสร้างความมั่นใจแก่มารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากมารดา ย่า ยาย และญาติ ในการบริโภคอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ช่วยในการกระตุ้นน้ำนม จะทำให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือนมากขึ้น และสามารถนำไปเป็นแบบอย่างในการดำเนินงานในพื้นที่อื่นภายในจังหวัด นครนายก หรือพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงต่อไป

2. ข้อเสนอในการศึกษา การจัดการความรู้จาก ภูมิปัญญาท้องถิ่นเฉพาะท้องถิ่น โดยอาจเริ่มในพื้นที่วิจัยสำหรับนักวิชาการ หน่วยราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสถาบันการศึกษา เป็นผู้จุดประกายให้เกิดความร่วมมือในชุมชน สถานศึกษาร่วมกับปราชญ์ชาวบ้าน และผู้อาวุโสในชุมชน เกิดเป็นชุดความรู้จากพื้นที่จริงในชุมชนได้ใช้ต่อไป การดำเนินการชุดโครงการใหม่นี้ จะช่วยปลูกฝังความคิดของเยาวชนในพื้นที่

กับการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นจากปราชญ์ชาวบ้านและผู้อาวุโสในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากผลวิจัยพบว่า พื้นที่วิจัยยังมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนถึง ร้อยละ 45.5 ถึงแม้จะยังต่ำกว่าเป้าหมาย ในระดับพื้นที่ และส่งผลต่อเป้าหมายในระดับประเทศ จึงเสนอให้เพิ่มความเข้มข้น ของนโยบายการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน โดยเน้นการปลูกพืช หรือผลิตอาหารจากภูมิปัญญาท้องถิ่น และเสริมบทบาทของยายายในการให้คำแนะนำและสนับสนุนลูกหลานให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเป็นรูปธรรม

■ กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดีโดยได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยขอขอบคุณ บุคลากรศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และโรงพยาบาลบ้านนา ที่ร่วมการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ใจ

เอกสารอ้างอิง

1. สุสันหา ยิ้มแย้ม. สมุนไพรที่กระตุ้นการผลิตน้ำนม. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2561;45(1):133-45.
2. พนิดา กุมทชาติ, จุฑามาศ รัตนโคตร, อภิญาภรณ์ แก้วดี. ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการบริโภคอาหารของ มารดา หลังคลอด: กรณีศึกษาชุมชนภูไท ตำบลโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารหมอยา ไทยวิจัย. 2561;4(2):39-56.
3. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global Breastfeeding Scorecard, 2019 Increasing Commitment to Breastfeeding through funding and improved policies and programs. Geneva: WHO, UNICEF; 2019. Contract No.: WHO/NMH/NHD/19.22

4. กรมอนามัย.Anamainews .กระทรวงสาธารณสุข รมรณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ [อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2566].เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/050864/>
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. รายงานสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย; 2563.
6. Levy PS.& Lemeshaw S. Sampling of population: Methodology and applications. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1999.
7. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1977.
8. Ketkowitz KY. Thawornpitak W. Juntaraporn P. Thavondunstid P. Kompor P. Deesri, et al. Contemporary sustaining of Thai local wisdom on food consumption in pregnant women and post-partum mothers at Nong Rua district, Khon Kaen province. Srinagarind Medical Journal 2005;20(2):70-6.
9. นงเยาว์ ลาวิณห์, ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, สุมิตรา สิทธิฤทธิ์, พิมพ์พิศา ธนากรกลโกษฐ์, สุเมธนา มั่งมี, อัสพร ขานวิฑิตกุล. ความชุกของปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความพึงพอใจของการให้บริการตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์ ในศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;46(1):31-40.
10. ปภาวรินทร์ วังดี, วรรณ พาทูพัฒนกร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. อิทธิพลของอายุ ความรู้ ความเชื่อ การสนับสนุน และการเข้าถึงบริการ ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 สัปดาห์ ในมารดาหลังคลอดชาวเขา. NURS SCI J THAIL 2022;40(2):1-16.
11. Arpassakul P. Discouraging factors of breastfeeding among Thai women. Journal of Public Health Nursing 2016;30(2):133-46. [in Thai]

ประสิทธิภาพและประสิทธิผลโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่

พลาวัตร์ พุทธรักษ์*

ปาริศา ดิษยาวาณิช

ปริญญช เรืองศิริวิทยุ

สำนักสุขภาพิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย

วันรับ 31 มีนาคม 2568, วันแก้ไข 24 มิถุนายน 2568, วันตอบรับ 25 มิถุนายน 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ ของกรมอนามัย ซึ่งมีการพัฒนาโมเดลฯ ในปี พ.ศ. 2565 เพื่อให้แหล่งท่องเที่ยวของประเทศมีรูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตใหม่ตามมาตรฐานความปลอดภัยของภาครัฐ โดยใช้การศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในพื้นที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี และเทศบาลตำบลเกาะช้าง จังหวัดตราด ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญของประเทศ ประชากรที่ใช้ศึกษาวิจัยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ 1) กลุ่มสถานประกอบการ ได้แก่ สถานที่พัก (โรงแรม) สถานที่กิน (ตลาดสด ตลาดนัด ร้านอาหาร) และสถานที่เที่ยว (สปา/ร้านนวดเพื่อสุขภาพ ชายหาด) 2) ผู้บริหารและผู้ประกอบการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ 3) นักท่องเที่ยวในพื้นที่ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินมาตรฐานเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ ซึ่งได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Index of item objective congruence: IOC) 2) แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า เมืองพัทยามีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ ตามโมเดลฯ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดีในทุกมิติ และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับดี โดยมีปัจจัยที่ส่งผลสูงสุดต่อประสิทธิผลสำหรับสถานที่พัก คือด้านการจัดการความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 27.30) สถานที่กิน คือ ด้านสุขลักษณะของภาชนะอุปกรณ์ (ร้อยละ 35.80) และสถานที่เที่ยว กรณีนวดเพื่อสุขภาพ/สปา คือ ด้านความปลอดภัย (ร้อยละ 30.53) และสถานที่เที่ยวชายหาด คือ ด้านมาตรการสำหรับสถานประกอบการบริเวณชายหาด (ร้อยละ 21.20) ในขณะที่เทศบาลตำบลเกาะช้าง มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ ตามโมเดลฯ มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับพื้นฐานในทุกมิติ และมีประสิทธิผลอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีปัจจัยสูงสุดที่ส่งผลต่อประสิทธิผลสำหรับสถานที่พัก คือ ด้านการจัดการความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 53.90) สถานที่กิน คือ ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร (ร้อยละ 61.50) และสถานที่เที่ยว กรณีนวดเพื่อสุขภาพ/สปา คือ ด้านความปลอดภัย (ร้อยละ 34.00) และสถานที่เที่ยวชายหาด คือด้านการสุขภาพิบาล (ร้อยละ 13.60) จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่า โมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถสร้างความมั่นใจให้กับนักท่องเที่ยวด้านความปลอดภัย ข้อเสนอการศึกษาพบว่า โมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่นี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเมืองท่องเที่ยวของประเทศไทย เพื่อประชาชนและนักท่องเที่ยวมีสุขภาพดีต่อไป

คำสำคัญ: โมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่

ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: masterpp26@gmail.com

Efficiency and Effectiveness of Environmental Health Management Model Towards New Normal Healthy Tourism City

Palawat Phutarak*

Pavarisa Dissayavanich

Priyanoot Ruanghirunwanich

Bureau of Food and Water Sanitation, Department of Health

Received 31 March 2025, Revised 24 June 2025, Accepted 25 June 2025.

Abstract

This study aimed to evaluate the efficiency and effectiveness of the environmental health management model toward new normal healthy tourism city, developed by the Department of Health in 2022. The purpose of the model is to provide appropriate and adaptive environmental health management practices for tourist destinations in line with new lifestyle norms and national safety standards. A mixed-methods approach, combining both qualitative and quantitative research, was employed in two key tourist destinations: Pattaya City in Chonburi Province and Koh Chang Subdistrict Municipality in Trat Province. The study population was categorized into three main groups: 1) business establishments, including accommodations (hotels), food establishments (fresh markets, flea markets, and restaurants), and tourist attractions (spas/health massage services and beaches) 2) executives and environmental health officers of local administrative organizations 3) tourists in the study areas. Research instruments consisted of two main components: 1) The Healthy Tourism City Standard Assessment Form, which was validated by experts using the Index of Item-Objective Congruence (IOC) 2) A user satisfaction survey on environmental health management in business establishments. The research findings revealed that Pattaya City demonstrated good efficiency and effectiveness in all dimensions under the model. Key factors contributing most to effectiveness included safety and health promotion management for accommodations (27.30%), hygiene of utensils and equipment for food establishments (35.80%), safety measures for spas/health massage services (30.53%), and operational measures for beachside businesses (21.20%). In contrast, Koh Chang Subdistrict Municipality showed basic-level efficiency and moderate effectiveness. The highest contributing factors to effectiveness included safety and health promotion management for accommodations (53.90%), personal hygiene of food handlers for food establishments (61.50%), safety measures for spas/health massage services (34.00%), and sanitation measures for beach attractions (13.60%). The study concludes that the environmental health management model toward new normal healthy tourism city is both efficient and effective, providing tourists with a sense of safety. It is recommended that this model be applied as a framework for the development of healthy and sustainable tourism cities in Thailand, ensuring well-being for both residents and visitors.

Keywords: Environmental Health Management Model, Efficiency, Effectiveness, Healthy Tourism City, New Normal

*Corresponding Author, email: masterpp26@gmail.com

■ บทนำ

ในปัจจุบันแม้ว่ารัฐบาลไทยจะมีนโยบายเปิดประเทศและมีแนวทางส่งเสริมการท่องเที่ยว แต่คงต้องใช้ระยะเวลาอีกสักกระยะกว่ากิจกรรมการท่องเที่ยวจะกลับมาเป็นปกติ ดังนั้น การท่องเที่ยวจึงต้องพึ่งพาตลาดคนไทยเดินทางภายในประเทศเป็นหลัก ภาครัฐจึงต้องพิจารณาจัดทำมาตรการกระตุ้นตลาดการท่องเที่ยวภายในประเทศเป็นระยะเพื่อช่วยเหลือผู้ประกอบการ ในขณะเดียวกันผู้ประกอบการธุรกิจด้านการท่องเที่ยวก็ต้องเตรียมความพร้อมในการให้บริการด้านการท่องเที่ยวอย่างปลอดภัย เพื่อรองรับบริบทของธุรกิจแบบ New normal ซึ่งจำเป็นต้องปรับรูปแบบการให้บริการที่คำนึงถึงความปลอดภัยจากโควิด-19 และสอดคล้องกับคู่มือการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมด้านการท่องเที่ยวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)⁽¹⁾ โดยผู้ประกอบการต้องดำเนินธุรกิจในรูปแบบใหม่ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักท่องเที่ยวในส่วนต่างๆ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานที่ได้คุณภาพ เช่น ต้องมีแนวทางการปฏิบัติสำหรับป้องกันการติดเชื้อ และจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ได้มาตรฐานอย่างเพียงพอ การจัดบริการที่ปลอดภัยให้กับนักท่องเที่ยว และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยว เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19⁽²⁾ ทั้งนี้ หากมีการดำเนินการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่การเป็นเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่อย่างยั่งยืน

ในปี พ.ศ. 2565 กรมอนามัยได้มีการศึกษาพัฒนาโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

สู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ตามมาตรฐานความปลอดภัยของภาครัฐ การควบคุมและป้องกันโรคด้วยอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานสู่วิถีใหม่⁽³⁾ โดยโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่⁽⁴⁾ ประกอบด้วยมาตรฐานเมืองท่องเที่ยว สุขภาพดี วิถีใหม่ ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นผ่านการพิจารณาร่วมกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ รวมถึงผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาตรฐานนี้เป็นเกณฑ์ขั้นต้นที่เมืองท่องเที่ยวควรตั้งเป้าที่จะดำเนินการเพื่อยกระดับให้เป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีการจัดการที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี วิถีใหม่ แบ่งออกเป็น 3 มิติการประเมิน ได้แก่ มิติที่ 1 การจัดการโครงสร้างพื้นฐาน มิติที่ 2 การสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมด้านการรักษาสิ่งแวดล้อมและความสะอาด และมิติที่ 3 การจัดการและการตรวจสอบด้านสุขอนามัยและสุขภาพของแหล่งท่องเที่ยว โดยใช้เทศบาลเมืองหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นพื้นที่ศึกษา ผลที่ได้พบว่า เทศบาลเมืองหัวหินมีความสามารถในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ ตามรูปแบบของโมเดลอยู่ในระดับดี ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2566 จึงมีการศึกษาเรื่องการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองสุขภาพดี วิถีใหม่ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง โดยเลือกเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี และเทศบาลตำบลเกาะช้าง จังหวัดตราด เป็นพื้นที่ศึกษา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีสถานที่ท่องเที่ยวทางทะเลที่มีชื่อเสียง และมีลักษณะเป็นเมืองท่องเที่ยวที่คล้ายกับเทศบาลเมืองหัวหิน เพื่อให้แน่ใจว่าโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ดังกล่าว มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถนำมาใช้

เป็นต้นแบบหรือปรับใช้ในพื้นที่อื่นได้ ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับนักท่องเที่ยวด้านความปลอดภัย และส่งเสริมการท่องเที่ยวไทย มุ่งสู่การเป็นเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ อย่างยั่งยืนอีกด้วย

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพและประสิทธิผลโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ซึ่งมีทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ เนื่องจากมุ่งศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ ไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่ท่องเที่ยวอื่นของประเทศ โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ ศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2565 – มีนาคม 2567

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **พื้นที่ในการศึกษาวิจัย** คัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง คือ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี และเทศบาลตำบลเกาะช้าง จังหวัดตราด เนื่องจากทั้ง

สองพื้นที่เป็นพื้นที่ที่มีสถานที่ท่องเที่ยวทางทะเลที่มีชื่อเสียง และมีลักษณะเป็นเมืองท่องเที่ยวที่คล้ายกับเทศบาลเมืองหัวหิน ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องการศึกษา ในปี พ.ศ. 2565

2. ประชากรในการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1 สถานประกอบการกิจการในเมืองท่องเที่ยวประเภทต่างๆ ประกอบด้วย

1) ประเภทโรงแรม ได้แก่ โรงแรมในเมืองพัทยา จำนวน 82 แห่ง และในเทศบาลตำบลเกาะช้าง จำนวน 24 แห่ง

2) ประเภทที่กิน ได้แก่ ร้านอาหาร ตลาดสด ตลาดนัด ในเมืองพัทยา จำนวน 116 แห่ง และในเทศบาลตำบลเกาะช้าง จำนวน 60 แห่ง

3) ประเภทที่เที่ยว ได้แก่
- ร้านนวด/สปา ในเมืองพัทยา จำนวน 84 แห่ง และในเทศบาลตำบลเกาะช้าง จำนวน 38 แห่ง

- ชายหาด ในเมืองพัทยา จำนวน 2 แห่ง และในเทศบาลตำบลเกาะช้าง จำนวน 3 แห่ง

2.2 ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่

1) เมืองพัทยา จำนวน 4 คน
2) เทศบาลตำบลเกาะช้าง จำนวน 5 คน

2.3 นักท่องเที่ยวในพื้นที่

1) เมืองพัทยา จำนวน 320 คน
2) เทศบาลตำบลเกาะช้าง จำนวน 210 คน

● เครื่องมือที่ใช้ศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. การประเมินประสิทธิภาพโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สู่เมืองท่องเที่ยว

สุขภาพดี วิธีใหม่

ดำเนินการโดยใช้แบบประเมินมาตรฐานเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ ซึ่งได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Index of item objective congruence: IOC) โดยแบบประเมินฯ นี้ ใช้ประเมินสถานประกอบการกิจการในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีคะแนนรวมทั้งหมด 51 คะแนน ประกอบด้วย 3 มิติ การประเมิน ได้แก่

- มิติที่ 1 การจัดการโครงสร้างพื้นฐาน 22 คะแนน

- มิติที่ 2 การสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วม ด้านการรักษาสิ่งแวดล้อมและความสะอาด 11 คะแนน

- มิติที่ 3 การจัดการและการตรวจสอบด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาลของแหล่งท่องเที่ยว 18 คะแนน

การรับรองมาตรฐานเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ มีอายุการรับรอง 3 ปี และเมืองที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจะต้องมีการตรวจติดตามสถานะทุกๆ 1 ปี โดยแบ่งเกณฑ์การรับรองมาตรฐานออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระดับพื้นฐาน มีคะแนนรวมในมิติที่ 1 และ 2 ตั้งแต่ 26 คะแนนขึ้นไป หรือมีคะแนนมากกว่า ร้อยละ 80

ระดับดี มีคะแนนรวมในมิติที่ 1 และ 2 ตั้งแต่ 26 คะแนนขึ้นไป หรือมีคะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 และมีคะแนนในการประเมินมิติที่ 3 ตั้งแต่ 9 – 14 คะแนน หรือมีคะแนนมากกว่า ร้อยละ 50 แต่น้อยกว่า ร้อยละ 80

ระดับดีมาก มีคะแนนรวมในมิติที่ 1 และ 2 ตั้งแต่ 26 คะแนนขึ้นไป หรือมีคะแนนมากกว่า

ร้อยละ 80 และมีคะแนนในการประเมินมิติที่ 3 ตั้งแต่ 15 คะแนน ขึ้นไป หรือมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80

2. การประเมินประสิทธิผลโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่

ดำเนินการโดยใช้แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการต่างๆ ทั้งสถานประกอบการประเภทโรงแรม สถานประกอบการด้านอาหาร (ร้านอาหาร ตลาดสด และตลาดนัด) สถานประกอบการประเภทนวด/สปา รวมถึงสถานที่ท่องเที่ยวประเภทชายหาด โดยเป็นการสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในสถานประกอบการในพื้นที่ศึกษา เพื่อใช้ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

โดยแบ่งการวิจัย ออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัย เดือน ธันวาคม 2565 – มีนาคม 2566 เริ่มจากการศึกษาสภาพแวดล้อมและบริบทในพื้นที่ ศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์สถานการณ์ ตลอดจนการวางแผนการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสิทธิภาพและประสิทธิผลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ เดือนเมษายน – ธันวาคม 2566

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผล และสรุปผลการศึกษาวิจัย เดือนมกราคม – มีนาคม 2567

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัส

โครงการวิจัย 600/2565 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2566

■ ผลการศึกษา

1. ผลการประเมินประสิทธิภาพโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่

ผลการประเมินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ ของเมืองพัทยา อยู่ในระดับดี โดยมีผลการประเมินในมิติที่ 1 การจัดการโครงสร้างพื้นฐาน และมิติที่ 2 การสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วม ด้านการรักษาสิ่งแวดล้อมและความสะอาด เต็มทุกดัชนี รวมคะแนนในมิติที่ 1 และ 2 เท่ากับ 33 คะแนน แต่ได้คะแนนในมิติที่ 3 การจัดการและการตรวจสอบด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาลของแหล่งท่องเที่ยว เท่ากับ 13 คะแนน ส่วนเทศบาลตำบลเกาะช้าง มีผลการประเมินอยู่ในระดับพื้นฐาน โดยได้คะแนนในมิติที่ 1 และ 2 รวม 26 คะแนน และได้คะแนนในมิติที่ 3 เท่ากับ 3 คะแนน โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

2. ผลการประเมินประสิทธิผลโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่

1) เมืองพัทยา

จากการสำรวจการดำเนินการตามโมเดลเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ของเมืองพัทยา (ตารางที่ 2) พบว่า ในมิติที่ 1 การจัดการโครงสร้างพื้นฐานสามารถดำเนินการได้ร้อยละ 100.00 และมีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.74) ในมิติที่ 2 การสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วม ด้านการรักษาสิ่งแวดล้อมและความสะอาดสามารถดำเนินการได้ร้อยละ 100.00 และมีคะแนนความพึงพอใจของ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่
ของเมืองพัทยาและเทศบาลตำบลเกาะช้าง

มิติ	ดัชนี	คะแนนเต็ม	เมืองพัทยา	เทศบาลตำบล เกาะช้าง
มิติที่ 1 การจัดการ โครงสร้างพื้นฐาน	1.1 แผนการจัดการโครงสร้างพื้นฐานของเมือง	4	4	4
	1.2 ทรัพยากรธรรมชาติและมลพิษ	7	7	3
	1.3 ความสะอาดในพื้นที่สาธารณะ	7	7	6
	1.4 การบริการด้านสาธารณสุข (ระบบประปา)	4	4	2
	รวม	22	22	15
มิติที่ 2 การสร้าง การรับรู้และการมี ส่วนร่วมด้านการ รักษาสิ่งแวดล้อม และความสะอาด	2.1 การรับรู้และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ	2	2	2
	2.2 การรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น	3	3	3
	2.3 การรับรู้และการมีส่วนร่วมของนักท่องเที่ยว			
	2.4 การรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการแหล่งท่องเที่ยว	1	1	1
	2.5 การจัดการความเสี่ยงในการรับมือภาวะฉุกเฉินด้านสุขอนามัยและภัยธรรมชาติ	2	2	2
	รวม	11	11	11
มิติที่ 3 การจัดการ และการตรวจสอบ ด้านสุขอนามัย และสุขาภิบาล ของแหล่งท่องเที่ยว	3.1 การจัดการและตรวจสอบสถานประกอบการ ประเภทโรงแรม/ที่พัก	3	1	1
	3.2 การจัดการและตรวจสอบสถานประกอบการ ด้านอาหาร	9	8	1
	3.3 การจัดการและตรวจสอบสถานประกอบการ ประเภทนวด/สปา และสถานที่ท่องเที่ยวชายหาด	6	4	1
	รวม	18	13	3

ผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.66) และในมิติที่ 3 การจัดการและการตรวจสอบด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาลของแหล่งท่องเที่ยวสามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 80.69 และมีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดี $\bar{X}$ = 4.13) โดยแบ่งเป็น

- สถานประกอบการโรงแรม สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 85.41 มีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.23)

- สถานประกอบการนวด/สปา สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 75.05 มีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.05)

- สถานที่ท่องเที่ยวชายหาด สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 65.38 มีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.77)

- สถานประกอบการด้านอาหาร สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 84.56 มีคะแนน

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานตามโมเดลเมืองสุขภาพดี วิธีใหม่ และความพึงพอใจต่อการจัดการ
อนามัยสิ่งแวดล้อมเมืองพัทยา

มิติ	ร้อยละการ ดำเนินการ	คะแนนความพึงพอใจ		
		$\bar{X}$	SD	การแปลผล
มิติที่ 1 การจัดการโครงสร้างพื้นฐาน	100.00	3.74	0.74	ดี
มิติที่ 2 การสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วม ด้านการรักษา สิ่งแวดล้อมและความสะอาด	100.00	3.66	0.77	ดี
มิติที่ 3 การจัดการและการตรวจสอบด้านสุขอนามัยและ สุขาภิบาลของแหล่งท่องเที่ยว	80.69	4.13	0.55	ดี
- สถานประกอบกิจการโรงแรม/ที่พัก	85.41	4.23	0.72	ดีมาก
- สถานประกอบกิจการนวด/สปา	75.05	4.05	0.91	ดี
- สถานที่ท่องเที่ยวชายหาด	65.38	3.77	0.71	ดี
- สถานประกอบกิจการด้านอาหาร	84.56	4.21	0.74	ดีมาก
• ร้านอาหาร	85.91	4.36	0.46	ดีมาก
• ตลาดสด	78.02	4.02	0.78	ดี
• ตลาดนัด	79.17	4.36	0.63	ดีมาก

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานตามโมเดลเมืองสุขภาพดี วิธีใหม่ และความพึงพอใจต่อการจัดการ
อนามัยสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลเกาะช้าง

มิติ	ร้อยละการ ดำเนินการ	คะแนนความพึงพอใจ		
		$\bar{X}$	SD	การแปลผล
มิติที่ 1 การจัดการโครงสร้างพื้นฐาน	71.43	3.79	0.92	ดี
มิติที่ 2 การสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วม ด้านการรักษา สิ่งแวดล้อมและความสะอาด	100.00	4.05	0.83	ดี
มิติที่ 3 การจัดการและการตรวจสอบด้านสุขอนามัยและ สุขาภิบาลของแหล่งท่องเที่ยว	77.21	3.99	0.64	ดี
- สถานประกอบกิจการโรงแรม/ที่พัก	79.81	4.19	0.90	ดี
- สถานประกอบกิจการนวด/สปา	77.89	4.05	0.84	ดี
- สถานที่ท่องเที่ยวชายหาด	51.28	3.78	0.94	ดี
- สถานประกอบกิจการด้านอาหาร ประเภทร้านอาหาร	82.94	3.94	1.22	ดี

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.21)

- ร้านอาหาร สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 85.91 มีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.36)

- ตลาดสด สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 78.02 มีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.02)

- ตลาดนัด สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 79.17 มีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.36)

2) เทศบาลตำบลเกาะช้าง

จากการสำรวจการดำเนินการตามโมเดลเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ของเทศบาลตำบลเกาะช้าง (ตารางที่ 3) พบว่า ในมิติที่ 1 การจัดการโครงสร้างพื้นฐานสามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 71.43 และมีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.79) ในมิติที่ 2 การสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วม ด้านการรักษาสิ่งแวดล้อมและความสะอาดสามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 100.00 และมีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.05) และในมิติที่ 3 การจัดการและการตรวจสอบด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาลของแหล่งท่องเที่ยวสามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 77.21 และมีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.99) โดยแบ่งเป็น

- สถานประกอบการกิจการโรงแรม สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 79.81 มีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.19)

- สถานประกอบการกิจการนวด/สปา สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 77.89 มีคะแนน

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.05)

- สถานที่ท่องเที่ยวชายหาด สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 51.28 มีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.78)

- สถานประกอบการกิจการด้านอาหารประเภทร้านอาหาร สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 82.94 มีคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการดำเนินการในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 3.94)

■ อภิปรายผล

การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ ได้ประยุกต์การศึกษาประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในยุโรป โดยใช้เทคนิค Data Envelopment Analysis (DEA) และ Fuzzy Data Envelopment Analysis (FDEA)⁽⁵⁾ เพื่อวัดประสิทธิภาพในการจัดการระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ ซึ่งจากผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ (Index of item objective congruence: IOC) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า มาตรฐานโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ นั้นมีประสิทธิภาพ สามารถบ่งชี้ถึงการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิถีใหม่ ของเมืองพัทยา ว่าอยู่ในระดับดี และของเทศบาลตำบลเกาะช้าง ว่าอยู่ในระดับพื้นฐาน อีกทั้งยังมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับสถานการณ์การเป็นเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี รวมถึงส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและนักท่องเที่ยวในทางบวก ตามรายละเอียดดังนี้

1. เมืองพัทยา

การประเมินประสิทธิภาพโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ พบว่าทุกมิติมีความเที่ยงตรงหรือทุกมิติของโมเดลการท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยในมิติที่ 1 มิติที่ 2 และมิติที่ 3 มีค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (IOC) เท่ากับ 0.81, 0.93 และ 1.00 ตามลำดับ ในขณะที่มีผลการประเมินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ อยู่ในระดับดี โดยได้คะแนนเต็ม ในมิติที่ 1 เท่ากับ 22 คะแนน เช่นเดียวกับในมิติที่ 2 ได้คะแนนเต็ม เท่ากับ 11 คะแนน และได้คะแนนในมิติที่ 3 เท่ากับ 13 คะแนน (คะแนนเต็ม 18 คะแนน) รวมถึงสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมศักดิ์ ศิริวันรังสรรค์ และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า การประเมินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ของเทศบาลเมืองหัวหิน ซึ่งเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีมิติการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมคล้ายกับเมืองพัทยา ก็มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน ส่วนการประเมินประสิทธิผล โดยสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 มิติ อยู่ในระดับดี

2. เทศบาลตำบลเกาะช้าง

การประเมินประสิทธิภาพโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ พบว่าทุกมิติมีความเที่ยงตรงหรือทุกมิติของโมเดลการท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยในมิติที่ 1 มิติที่ 2 และมิติที่ 3 มีค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (IOC) เท่ากับ 0.80, 0.94 และ 1.00 ตามลำดับ ในขณะที่มีผลการประเมินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี

วิธีใหม่ อยู่ในระดับพื้นฐาน โดยได้คะแนนในมิติที่ 1 เท่ากับ 15 คะแนน (คะแนนเต็ม 22 คะแนน) ในขณะที่ได้คะแนนเต็มในมิติที่ 2 เท่ากับ 11 คะแนน และได้คะแนนในมิติที่ 3 เท่ากับ 3 คะแนน (คะแนนเต็ม 18 คะแนน) ส่วนการประเมินประสิทธิผลโดยสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 มิติ อยู่ในระดับดี

3. การศึกษาความสัมพันธ์ของประสิทธิภาพและประสิทธิผลโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ พบว่า เมืองพัทยามีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $r = 0.194$ ($p\text{-value} = 0.01$) สำหรับเทศบาลตำบลเกาะช้างความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $r = 0.048$ ($p\text{-value} = 0.05$) และในภาพรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $r = 0.130$ ($p\text{-value} = 0.01$)

4. การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ ของเมืองพัทยาและเทศบาลตำบลเกาะช้าง พบว่า มิติที่มีการดำเนินการได้มากที่สุด ได้แก่ มิติที่ 2 การสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมด้านการรักษาสิ่งแวดล้อมและความสะอาด ซึ่งมีผลการประเมินร้อยละ 100 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตต์ศจี ธฤตกุลวณิช⁽⁷⁾ ที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของประสิทธิภาพการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน ระดับตำบล ที่สำคัญที่สุด คือ ความร่วมมือระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและการใช้ข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน เพื่อวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนน

ฉะนั้น การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

■ สรุป

การประเมินมาตรฐานเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ โดยใช้โมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ เป็นการให้ความสำคัญกับการประเมินมาตรฐานของสถานประกอบการสำคัญในเมืองท่องเที่ยว ได้แก่ โรงแรม สถานประกอบการด้านอาหาร ร้านนวด/สปา และชายหาด ให้เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัย ถือได้ว่าเป็นโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเกณฑ์การประเมิน มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และมีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการสำคัญ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักด้านการท่องเที่ยว และส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและนักท่องเที่ยวเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่า โมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มีประสิทธิภาพมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลในทางบวก หรือแปลผันตรงกัน จึงกล่าวได้ว่า โมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่นี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเมืองท่องเที่ยวของประเทศไทย เพื่อประชาชน และนักท่องเที่ยวมีสุขภาพดีต่อไป

■ ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และกระทรวงมหาดไทย ควร

สนับสนุนการสร้างนโยบาย และกฎหมายที่ส่งเสริมการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเมืองท่องเที่ยว โดยแสดงถึงกระบวนการประเมินและสามารถระบุปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนได้อย่างชัดเจน รวมถึงการส่งเสริมและประชาสัมพันธ์ให้กับสถานประกอบการที่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งจะสามารถช่วยให้สถานประกอบการเหล่านี้มีแรงจูงใจในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน เช่น การสนับสนุนรางวัลให้แก่สถานประกอบการและนักท่องเที่ยวที่สามารถดำเนินกิจกรรมการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ดี

2) เสนอให้เทศบาลทั้งสองแห่งซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย นำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนพัฒนาเมืองในด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และใช้โมเดลการประเมินนี้ ในการประเมินตนเอง (Self-assessment) รวมถึงต้องพัฒนาเมืองอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นต้นแบบการดำเนินการให้พื้นที่ท่องเที่ยวอื่นๆ ต่อไป

3) เสนอให้กรมอนามัยนำโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ ขยายผลการดำเนินงานตามโมเดลฯ ให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่ท่องเที่ยวสำคัญของประเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโมเดลเมืองท่องเที่ยวสุขภาพดี วิธีใหม่ พร้อมจัดประชุม รับฟังความคิดเห็น เพื่อปรับปรุงการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และให้เกิดอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีและความปลอดภัยของนักท่องเที่ยว

4) เสนอให้มีการศึกษาพัฒนาต่อยอดโดยนำโมเดลนี้ไปพัฒนาเป็นต้นแบบเพื่อสร้างสมการทำนายประสิทธิผลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเมืองท่องเที่ยวชายทะเลแห่งอื่นๆ ของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์, กรมอนามัย. คู่มือการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมด้านการท่องเที่ยว เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dot.go.th/ebooks/ebooks-view/543>
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf
3. ธนชีพ พิระธรณิศร์. การควบคุมและป้องกันโรคด้วยอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานสู่วิถีใหม่ New Normal Life with HDC & Environmental Health Platform [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2020/10-5027-20201015104311/2e8f65ca915ecbaf4a48a3f05fb0213b.pdf>
4. สมศักดิ์ ศิริวนารังสรรค์, ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย, นัชชา ผลพอดน. โมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเมืองท่องเที่ยว สุขภาพวิถีใหม่ ในสถานการณ์โควิด-19: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองหัวหิน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2567;14:82-97.
5. Gómez-Gallego JC., Gómez-Gallego M., García-García JF., Faura-Martinez U. Evaluation of the Efficiency of European Health Systems Using Fuzzy Data Envelopment Analysis [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 6]. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare9101270>
6. สมศักดิ์ ศิริวนารังสรรค์, ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย, นัชชา ผลพอดน. รายงานผลการศึกษา เรื่อง โมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเมืองท่องเที่ยวสุขภาพวิถีใหม่, ในสถานการณ์โควิด-19: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองหัวหิน. นนทบุรี: สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ; 2565.
7. จิตต์จจี ธฤตกุลวณิชย์. ประเมินผลประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน ระดับตำบล อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://sro.moph.go.th/file/220120250437441_%8%9B%



ทุกบ้าน ทุกครัวเรือน ต้องมีไอโอดีน

25 มิถุนายน วันไอโอดีนแห่งชาติ

เลือกผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน



เกลือเสริมไอโอดีน

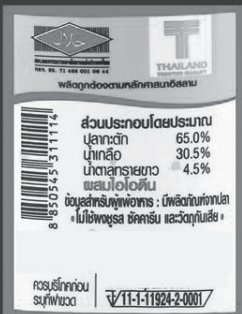
- มีการเติมสารไอโอดีนในปริมาณที่เหมาะสม (ประมาณ 20-40 มิลลิกรัมต่อ กิโลกรัม) เกลือเสริมไอโอดีน 1 ช้อนชา (ประมาณ 5 กรัม) ให้ไอโอดีน ประมาณ 150 ไมโครกรัม
- ซึ่งเพียงพอต่อความต้องการของวัยรุ่นและผู้ใหญ่ และมีโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม ตามคำแนะนำตาม WHO
- มีจำหน่ายทั่วไปตามซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านสะดวกซื้อ หรือร้านค้าทั่วไป

น้ำปลาเสริมไอโอดีน

- น้ำปลาเสริมไอโอดีน 1 ช้อนชา ให้ไอโอดีนประมาณ 16.6 ไมโครกรัม
- หาซื้อได้ตามซูเปอร์มาร์เก็ตและร้านค้าทั่วไป
- ซดข้าวสวย ซดปรุงรส มีการเสริมไอโอดีน ปริมาณ 2 - 3 มิลลิกรัมต่อลิตร



อ่านฉลากเพื่อสังเกตว่าผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเสริมไอโอดีน หรือไม่?



ส่วนประกอบโดยประมาณ
เกลือแกง ไม่น้อยกว่า 99.9%
ไอโอดีน 0.002-0.004%
สารป้องกันความชื้นเป็นก้อน (INS 535) ไม่เกิน 0.001%

เกลือบริโภค เสริมไอโอดีน
IODIZED REFINED SALT

- เกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ระบุข้อความอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ “เกลือบริโภคเสริมไอโอดีน” หรือ “เกลือเสริมไอโอดีน” หรือ “ผสมไอโอดีน” หรือ “ไอโอดีน... %”
- น้ำปลาเสริมไอโอดีน ระบุข้อความอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ผสมไอโอดีน ใช้เกลือบริโภคผสมไอโอดีน หรือ เกลือบริโภคเสริมไอโอดีน... %

ทั้งนี้ ควรบริโภค เกลือ ไม่เกิน 1 ช้อนชา ต่อวัน หรือ น้ำปลา ไม่เกิน 4 ช้อนชา ต่อวัน เพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคไต

สำนักโภชนาการ

กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ

สายด่วนกรมอนามัย

1 4 7 8

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่

AnamaiMedia

สื่อมวลชนเดียวกกรมอนามัย



One Day With Iodine Menu

หญิงตั้งครรภ์ (ต้องการไอโอดีนประมาณ 250 ไมโครกรัมต่อวัน)

ไอโอดีนเป็นส่วนประกอบสำคัญของไทรอยด์ฮอร์โมน"ช่วยพัฒนาสมองของการรก" ตั้งแต่ออยู่ในครรภ์



มื้อเช้า

- โจ๊กหมูสับ ใส่ไข่เสริมไอโอดีน 1 ฟอง: ให้ไอโอดีน 50 ไมโครกรัม
- นมรสจืด 1 กล่อง (200 มิลลิลิตร): ให้ไอโอดีน 20 ไมโครกรัม

รวมไอโอดีนในมื้อเช้า : $50 + 20 = 70$ ไมโครกรัม

มื้อกลางวัน

- ปลากระพง 2 ซ่อนกินข้าว: ให้ไอโอดีน 15 ไมโครกรัม
- ผักดอกกุยช่ายผัดตับ (ได้ธาตุเหล็กจากตับร่วมด้วย)
- ข้าวสวย

รวมไอโอดีนในมื้อกลางวัน: 15 ไมโครกรัม



มื้อเย็น

- กุ้งทะเลตัวเล็ก 2 ซ่อนกินข้าว: ให้ไอโอดีน 19.9 ไมโครกรัม
- แกงจืดสาหร่ายทะเล 2 ซ่อนกินข้าว: ให้ไอโอดีน 10.5 ไมโครกรัม
- ข้าวสวย

ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหาร: เกลือเสริมไอโอดีน 1 ช้อนชา ให้ไอโอดีน 150 ไมโครกรัม
การใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหารจะช่วยให้ได้รับไอโอดีนที่เพียงพอ

รวมไอโอดีนในมื้อเย็น: $19.9 + 10.5 = 30.4$ ไมโครกรัม (ไม่รวมจากเกลือเสริมไอโอดีน)



สรุป

ปริมาณไอโอดีนที่ได้รับจากเมนูอาหารเหล่านี้รวมกับเกลือเสริมไอโอดีน (1 ช้อนชาต่อวัน) จะอยู่ที่ประมาณ 265.4 ไมโครกรัม ซึ่งเพียงพอต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่ 250 ไมโครกรัมต่อวัน

คำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับหญิงตั้งครรภ์:

- ควรบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนร่วมกับการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน 150 ไมโครกรัม วันละ 1 เม็ด
- การขาดไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในช่วง 12 สัปดาห์แรกหลังปฏิสนธิ จะส่งผลให้สมองของการรกเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และอาจลดระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็ก 10-15 จุด
- ภาวะขาดไอโอดีนรุนแรงอาจทำให้เด็กแท้ง เสียชีวิต หรือหากรอดอาจเป็นโรคเอ๋ ไอคิวต่ำ หูหนวก เป็นใบ้ หรือพิการทางใจได้
- ควรบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน เพื่อให้ได้โซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม และได้ไอโอดีน 150 ไมโครกรัม เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย





ทุกบ้าน ทุกครัวเรือน ต้องมีไอโอดีน

25 มิถุนายน วันไอโอดีนแห่งชาติ

One Day With Iodine Menu

เด็กก่อนวัยเรียน (0-59 เดือน): 90 ไมโครกรัม เด็กวัยเรียน (6-12 ปี): 120 ไมโครกรัม

มื้อเช้า



- ข้าวต้มปลา

ปลากระพง 2 ซ่อนกินข้าว (30 กรัม) ให้ไอโอดีน 25.8 ไมโครกรัม
ข้าวสอย (ต้มเป็นข้าวต้ม) ประุงรสด้วยเกลือเสริมไอโอดีนเล็กน้อย
(การใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหารช่วยให้ได้รับไอโอดีนเพียงพอ)

- นมรสจืด 1 กล่อง (200 มิลลิลิตร): ให้ไอโอดีน 20 ไมโครกรัม

รวมไอโอดีนจากมื้อเช้า (ไม่รวมเกลือ): $25.8 + 20 = 45.8$ ไมโครกรัม

มื้อกลางวัน

- ข้าวสอยกับไข่พะโล้
- ใส่เนื้อหมู/ไก่และไข่เสริมไอโอดีน 1 ฟอง: ให้ไอโอดีน 50 ไมโครกรัม
ประุงรสด้วยน้ำปลาเสริมไอโอดีนเล็กน้อย
น้ำปลาเสริมไอโอดีน 1 ช้อนชา ให้ไอโอดีน 0.015 ไมโครกรัม

รวมไอโอดีนจากมื้อกลางวัน (จากไข่): 50 ไมโครกรัม เสริมผัก และผลไม้เพื่อเพิ่มวิตามิน และแร่ธาตุ



มื้อเย็น



- ผักผักรวมมิตรใส่กุ้งทะเลตัวเล็ก 2 ซ่อนกินข้าว: ให้ไอโอดีน 19.9 ไมโครกรัม
- แกงจืดสาหร่ายทะเล 2 ซ่อนกินข้าว: ให้ไอโอดีน 10.5 ไมโครกรัม
- ข้าวสอย

ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหาร: เกลือเสริมไอโอดีน 1 ช้อนชา ให้ไอโอดีน 150 ไมโครกรัม
การใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหารจะช่วยให้ได้รับไอโอดีนที่เพียงพอ

รวมไอโอดีนในมื้อเย็น: $19.9 + 10.5 = 30.4$ ไมโครกรัม (ไม่รวมจากเกลือเสริมไอโอดีน)

รวมปริมาณไอโอดีนที่ได้รับต่อวัน โดยประมาณ (ไม่รวมเกลือ/น้ำปลาเสริมไอโอดีนที่ใช้ปรุงเล็กน้อย)

มื้อเช้า: 45.8 ไมโครกรัม มื้อกลางวัน: 50 ไมโครกรัม มื้อเย็น: 30.4 ไมโครกรัม รวมทั้งสิ้น: $45.8 + 50 + 30.4 = 126.2$ ไมโครกรัม

คำแนะนำเพิ่มเติม

- เพื่อให้เด็กวัยเรียนได้รับไอโอดีนครบ 120 ไมโครกรัมต่อวัน ควรใช้ เกลือเสริมไอโอดีน ในการปรุงอาหารโดย 1 ช้อนชา ของเกลือเสริมไอโอดีนให้ไอโอดีน 150 ไมโครกรัม
- ควรส่งเสริมให้เด็กบริโภคอาหารที่หลากหลาย โดยเฉพาะอาหารทะเล นม และไข่เสริมไอโอดีน
- การที่ได้รับไอโอดีนอย่างเพียงพอมีความสำคัญต่อการพัฒนาการทางสมองและการเจริญเติบโตของเด็ก



One Day With Iodine Menu

วัยทำงานและผู้สูงอายุ (ต้องการไอโอดีนประมาณ 150 ไมโครกรัมต่อวัน)



มื้อเช้า

- โยเกิร์ต 1-2 ฟอง ให้ไอโอดีน 50-100 ไมโครกรัม
- ขนมปังโฮลวีก 2 แผ่น หรือ ข้าวต้มหนุ (โดยทั่วไป มีปริมาณไอโอดีนน้อยมาก)
- นมรสจืด 1 กล่อง (200 มิลลิลิตร) ให้ไอโอดีน 20 ไมโครกรัม

รวมไอโอดีนในมื้อเช้า : $50 + 20 = 70$ ไมโครกรัม

มื้อกลางวัน

- ยำปลาทุ (ใช้ปลาทุหนึ่ง 2 ซ้อนกินข้าว) ให้ไอโอดีน 15 ไมโครกรัม
- ข้าวสวย 1 จาน หรือเมนูอื่นๆ

รวมไอโอดีนในมื้อกลางวัน: 15 ไมโครกรัม



มื้อเย็น

- ผัดกะเพรากุ้ง (ใช้กุ้งทะเลตัวเล็ก 2 ซ้อนกินข้าว) ให้ไอโอดีน 19.9 ไมโครกรัม
- ข้าวสวย 1 จาน
- แกงจืดสาหร่ายทะเล (ใช้สาหร่ายทะเล 2 ซ้อนกินข้าว) ให้ไอโอดีน 10.5 ไมโครกรัม

ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหาร โดยเฉลี่ย 1 ซ้อนชา เกลือเสริมไอโอดีนให้ไอโอดีน 150 ไมโครกรัม (ในเมนูนี้เราจะเน้นการได้รับไอโอดีนจากอาหารอื่น ๆ และใช้เกลือเสริมไอโอดีนในปริมาณเล็กน้อยเพื่อสุขภาพ)

รวมไอโอดีนในมื้อเย็น: $19.9 + 10.5 = 30.4$ ไมโครกรัม (ไม่รวมจากเกลือเสริมไอโอดีน)

รวมปริมาณไอโอดีนที่ได้รับต่อวัน

มื้อเช้า : 70 ไมโครกรัม , มื้อกลางวัน : 15 ไมโครกรัม , มื้อเย็น : 30.4 ไมโครกรัม รวมทั้งสิ้น : $70 + 15 + 30.4 = 115.4$ ไมโครกรัม

หมายเหตุ

เพื่อให้ได้ไอโอดีนเพียงพอ 150 ไมโครกรัมต่อวัน คุณสามารถเพิ่มการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหาร (ควรไม่เกิน 1 ซ้อนชาต่อวัน ซึ่งจะให้ไอโอดีน 150 ไมโครกรัม) หรือเพิ่มปริมาณอาหารทะเลที่มีไอโอดีนสูง เช่น สาหร่ายทะเลในมื้อเย็น หรือเลือกบริโภคไข่เสริมไอโอดีนในมื้อเช้าเพิ่มเติมได้



12 วิธีดูแลสุขภาพคุณแม่ตั้งครรภ์

เนื่องในวันที่ 7 เมษายน 2568 World Health Day วันอนามัยโลก



เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ให้รีบ
ฝากครรภ์ทันที
และไปตามแพทย์นัด
ทุกครั้ง



หากมีโรคประจำตัว
ควรพบแพทย์
เพื่อแนะนำ
วิธีการดูแลสุขภาพ



กินยาบำรุงครรภ์
ตามแพทย์สั่ง
อย่างสม่ำเสมอ



หากต้องการทำฟัน
ควรทำก่อนอายุครรภ์
28 สัปดาห์



งดกระตุ้น หรือคลึง
บริเวณหัวนม



เลี้ยงสภาวะที่ทำให้
เกิดความเครียด



หากมีตกขาวผิดปกติ
ให้รีบพบแพทย์
ที่ฝากครรภ์ทันที



พักผ่อนให้เพียงพอ
อย่างน้อย 6-8 ชม.
ต่อวัน

งด ลด เลี่ยง



เลี่ยง
ดื่มชา กาแฟ
และแอลกอฮอล์



เลี่ยง
การใช้แรงกำลัง
หนักเกินไป



งด
เพศสัมพันธ์
หรืออายุครรภ์
7 เดือนขึ้นไป



ห้าม!
ใช้สารเสพติด
ทุกชนิด

“แม่” แต่สิ่งที่เราทำได้คือ เตรียมสุขภาพให้พร้อม ลดเลี่ยง
เสี่ยง การคลอดก่อนกำหนด เพื่ออนาคตที่สดใสของทารกน้อย



ปิดฝุ่นแบบเก่งกระเด็น

บ้านสะอาด ใจฟู

5

ขั้นตอนง่ายๆ เพื่อสุขภาพที่ดี

1

กวาดหยากไย่ ฝุ่นละออง
เก็บขยะทั้งภายในบ้าน
และบริเวณรอบบ้าน
ให้สะอาดอยู่เสมอ



2

ล้างทำความสะอาด
ห้องน้ำ ห้องส้วม
อย่างสม่ำเสมอ เพื่อลด
การแพร่กระจาย
ของเชื้อโรค



3

เก็บของให้เรียบร้อย
ไม่เกะกะ ป้องกันการ
สะสมทกลับ



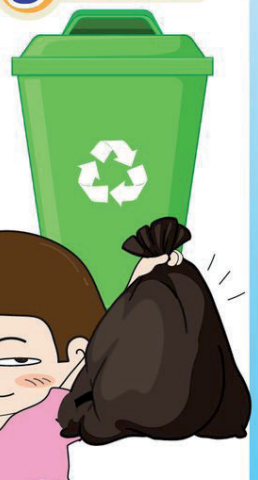
4

เช็ดถูทำความสะอาด
จุดคราบสิ่งสกปรก
ให้ทั่วบริเวณบ้าน



5

คัดแยกขยะ



การยับยั้งการทำความสะอาดบ้าน
เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมช่วยลดการเนื้อยนิ่ง

คัดแยกขยะก่อนทิ้งลงถัง
และช่วยกันลดปริมาณขยะ
ลดใช้พลาสติก
ลดภาวะโลกร้อน





ปรุงเพิ่ม เติมจิ้ม ซิมซุบ

ปริมาณโซเดียมที่คาดไม่ถึง

โซเดียม (Sodium) เป็นแร่ธาตุที่จำเป็นต่อร่างกาย แต่การบริโภคในปริมาณที่มากเกินไป อาจก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต ได้

โซเดียมในเครื่องปรุง



เกลือ 1 ช้อนชา
โซเดียม **2,000 มิลลิกรัม**



น้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะ
โซเดียม **1,300 มิลลิกรัม**



ซีอิ๊วขาว 1 ช้อนโต๊ะ
โซเดียม **1,260 มิลลิกรัม**



ผงปรุงรส 1 ช้อนชา
มีโซเดียม **815 มิลลิกรัม**



ผงชูรส 1 ช้อนชา
โซเดียม **600 มิลลิกรัม**

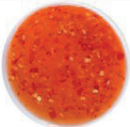
จิ้มน้อย เติมน้อย ชะลอไตเสื่อม



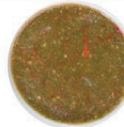
น้ำจิ้มสุกี้ 1 ช้อนโต๊ะ (16 กรัม)
โซเดียม **363 มิลลิกรัม**



น้ำจิ้มแจ่วฮ้อน 1 ช้อนโต๊ะ (16 กรัม)
โซเดียม **515 มิลลิกรัม**



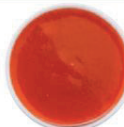
น้ำจิ้มไก่ 1 ช้อนโต๊ะ (16 กรัม)
โซเดียม **207 มิลลิกรัม**



น้ำจิ้มซีฟู้ด 1 ช้อนโต๊ะ (16 กรัม)
โซเดียม **351 มิลลิกรัม**



ซอสมะเขือเทศ 1 ช้อนโต๊ะ (15 กรัม)
โซเดียม **163 มิลลิกรัม**



ซอสพริก 1 ช้อนโต๊ะ (17 กรัม)
โซเดียม **246 มิลลิกรัม**

ลดซด ลดโซเดียม น้ำซุปรองคึกด้วยตัวเอง (100 กรัม)



น้ำซุปรองคึก
โซเดียม **629 มิลลิกรัม**



น้ำซุปรองคึก
โซเดียม **620 มิลลิกรัม**



น้ำซุปรองคึก
โซเดียม **555 มิลลิกรัม**



น้ำซุปรองคึก
โซเดียม **536 มิลลิกรัม**



น้ำซุปรองคึก
โซเดียม **241 มิลลิกรัม**



น้ำซุปรองคึก
โซเดียม **239 มิลลิกรัม**

ควรบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวันหรือเทียบเท่า เกลือ 1 ช้อนชา (5 กรัม)
เมื่อเฉลี่ยแล้วไม่ควรได้รับโซเดียมเกิน 600 มิลลิกรัมต่อมื้ออาหาร



ชิมทะลุถุง

อันตราย! ไม่แนะนำให้เขียนข้อความบนถุงอาหาร



ควรใช้วิธีแปะสติ๊กเกอร์
แทนการเขียนที่ถุงโดยตรง



• เลี่ยง •

ควรเลี่ยงการกิน
อาหารที่มีการเขียนถุง
ด้วยปากกาเคมี



ไม่ควรใช้ปากกาเคมี
มาเขียนบนถุงพลาสติก
ที่ใส่อาหารโดยตรง

ควรเลือก ถุงใส่อาหารที่ได้มาตรฐานทนความร้อนได้

เลือกร้าน มั่นใจ มีป้าย SAN



- ✓ อาหารสะอาด
- ✓ ปลอดภัย
- ✓ ได้มาตรฐาน





กรมอนามัย
Department of Health



ขอเชิญ ส่งผลงานวิชาการ เข้าร่วมนำเสนอ



ในการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 18

ขยายเวลา
รับสมัคร
ผลงาน

ตั้งแต่บัดนี้ – 15 มิ.ย.68

ประเภทและรูปแบบการนำเสนอ

1. ผลงานวิจัยและพัฒนา (Research & Development)

การนำเสนอผลงานด้วยวาจา (Oral Presentation)

ภาคภาษาไทย

กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม

ภาคภาษาอังกฤษ

กลุ่มส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

การนำเสนอด้วยโปสเตอร์ (Poster Presentation)

กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม

2. ผลงานนวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์ (Innovation)

การนำเสนอผลงานด้วยวาจา (Oral Presentation)

กลุ่มส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

3. ผลงาน LIKE Talk

การนำเสนอผลงานด้วยวาจา (Oral Presentation)

กลุ่มส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม



ศึกษารายละเอียด
และกรอกใบสมัครได้ที่

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม : สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

โทร. 02-590-4748, 4595, 4750



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



สายด่วน กรมอนามัย

1

4

7

8

ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
ใส่ใจอนามัยสิ่งแวดล้อม

ให้คำแนะนำ-ปรึกษา
COVID FREE SETTING
ปัญหาระบบ TSC/TST
มาตรการ
สถานประกอบการ



ข้อมูลหมาย
เกี่ยวกับกัญชา
กัญชาในอาหาร