



เด็ก

ฉลาด

สร้างได้ตั้งแต่แรกเกิด

เริ่มที่แม่ฉลาดที่ลูก

ปิดจอเลี้ยงลูก

ใส่ใจมอบความรัก

เด็กฉลาดด้วยธาตุเหล็ก

อ่านแต่เล็กเด็กฉลาด

สร้างรากฐานพัฒนาการเป็นเลิศ

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

3 สิทธิรักษาพยาบาล

• ที่คนไทยควรรู้ •

ประเทศไทยมีระบบสิทธิการรักษาพยาบาลหลัก 3 ระบบ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เราทุกคนควรรู้ว่าตนเองใช้สิทธิการรักษาประเภทใด แต่ละสิทธิมีความครอบคลุม และเงื่อนไขอย่างไร

สิทธิบัตรทอง (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

เป็นสิทธิที่รัฐจัดให้แก่คนไทยทุกคนที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมหรือสิทธิข้าราชการ

- ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ได้ลงทะเบียนไว้
- สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี
- ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นและได้มาตรฐาน.
- ไม่ครอบคลุมการรักษาบางอย่าง เช่น ศัลยกรรมความงาม การรักษาที่อยู่ระหว่างการทดลอง

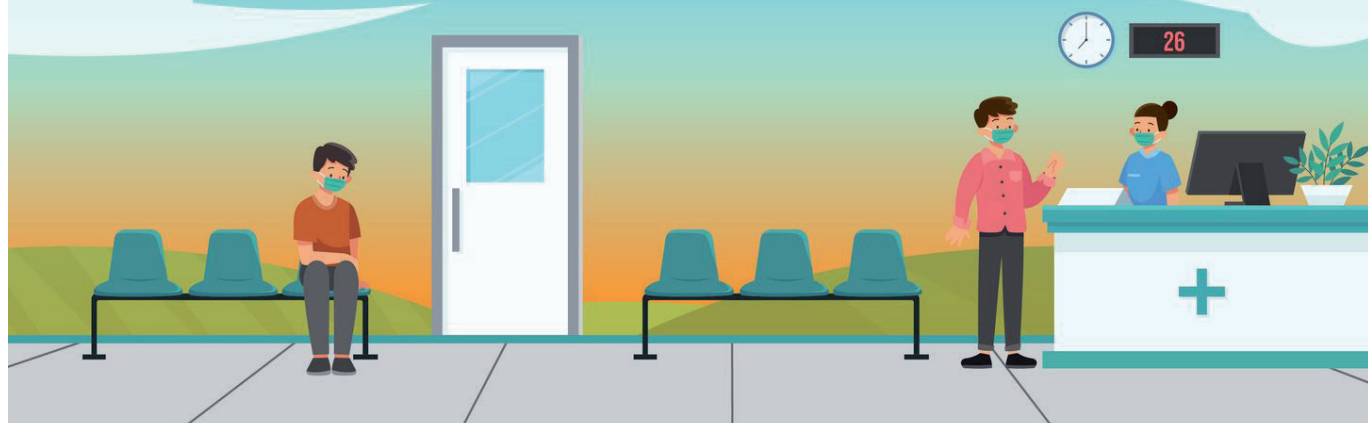


สิทธิประกันสังคม

- ผู้ประกันตนตามมาตรา 33, 39, และ 40 จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล
- ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามที่ได้เลือกไว้
- ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นและได้มาตรฐาน
- อาจมีข้อจำกัดในการเลือกสถานพยาบาลหรือการเข้ารับการรักษาบางอย่าง

สิทธิข้าราชการ

- ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวสามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลางได้
- ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการได้
- ผู้มีสิทธิสามารถใช้บัตรประชาชนในการเข้ารับบริการ
- สิทธิข้าราชการบางส่วนอาจมีการปรับปรุงสวัสดิการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน



นมแม่ล้วนๆ

6 เดือนแรก ไม่ต้องเสริมน้ำ

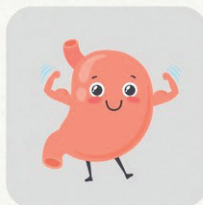
นมแม่ คือ ของขวัญล้ำค่าจากธรรมชาติ มีสารอาหารครบถ้วน
เหมาะสมตามวัย เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน
พัฒนาสมอง และสายใยรักอันแนบแน่นระหว่างแม่กับลูก



สารอาหารครบถ้วน
มากกว่า 200 ชนิด



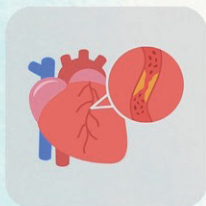
เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน



ย่อยง่าย ดูดซึมดี



ช่วยพัฒนาสมอง
และระบบประสาท



ลดความเสี่ยง
ของโรคเรื้อรังในอนาคต



สร้างสายใยความรัก
ระหว่างแม่ลูก



ประหยัด
และปลอดภัย

แนะนำ

หลัง 6 เดือน เริ่มกินอาหารตามวัย ควบคู่กับนมแม่
ต่อเนื่องจนลูกอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น

“นมแม่เพียงอย่างเดียว
6 เดือนแรก คือ เกราะป้องกันลูกน้อย
และรากฐานสุขภาพตลอดชีวิต”





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

6 เคล็ดลับ

เพื่อสร้างความอบอุ่น ป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในเด็ก



1



สร้างความรู้สึก ปลอดภัยในบ้าน

ผู้ปกครองอยู่เคียงข้างเสมอ
พร้อมรับฟังโดยไม่ตัดสิน
ไม่โทษเด็ก

2



เลี้ยงลูกเชิงบวก

ชมเชยพฤติกรรมที่ดีอย่างชัดเจน
หลีกเลี่ยงการตะคอก ดุด่า
หรือลงโทษด้วยอารมณ์

3



เสริมทักษะป้องกันตัวเอง เมื่อเกิดความขัดแย้ง

หากถูกทำร้าย ไม่ว่าจะเป็นใคร
ให้กลับบอกพ่อแม่
หรือผู้ใหญ่ที่เชื่อถือได้ทันที

4



ฝึกให้เด็กเข้าใจ และจัดการอารมณ์

ช่วยให้เด็กรู้จักสังเกต อธิบาย
และจัดการอารมณ์
เช่น “ตอนนี้หนูรู้สึกโกรธไหม”
แล้วชวนหาวิธีระบายอารมณ์
เช่น วาดภาพ หายใจลึก ๆ

5



ผู้ปกครองต้อง ควบคุมอารมณ์ และเป็นแบบอย่าง

“อารมณ์ไม่พร้อมจะสอน”
หยุด พักใจ ปลัดคนอื่นมาช่วยดูแล
หรือขอความช่วยเหลือ
จากผู้เชี่ยวชาญ

6



สร้างระบบสนับสนุน และประสานเครือข่าย

หากพบปัญหาจากโรงเรียน
หรือคนรอบข้าง ผู้ปกครองควรหารือ
กับครูประจำชั้น ในกรณีรุนแรง
หรือเด็กมีพฤติกรรมเสี่ยง
ควรประสานกับหน่วยงาน ด้านสุขภาพจิต
หรือองค์กรที่ช่วยเหลือด้านเด็ก



กรมอนามัย คว่า 4 รางวัลเลิศรัฐ ประจำปี 2568

ด้วยความมุ่งมั่นของกรมอนามัยที่มีต่อประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและอยู่ในอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม อีกทั้ง ยังตั้งใจพัฒนาคุณภาพระบบบริหารราชการมาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กรมอนามัยสามารถคว่ารางวัลเลิศรัฐ ประจำปี 2568 ทั้งหมดจำนวน 4 รางวัล ประกอบด้วย 1) สาขารางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำนวน 1 รางวัล ได้แก่ รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 4.0 (PMQA) ระดับก้าวหน้า 2) สาขารางวัลบริการภาครัฐ จำนวน 3 รางวัล ได้แก่ 1. รางวัลบริหารภาครัฐ ระดับดีเด่น ประเภทขับเคลื่อนเห็นผล ผลงานเรื่อง “จากเมืองธรรมดา สู่มืองสุขภาพดี” โดยกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ 2. รางวัลบริการภาครัฐ ระดับดี ประเภทนวัตกรรมบริการ ผลงานเรื่อง “อาโอยาม่า ต้นแบบการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคด้วยระบบเติมคลอรีนอัตโนมัติ” โดยสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และ 3. รางวัลบริการภาครัฐ ระดับดี ประเภทบริการตอบโจทย์ตรงใจ ผลงานเรื่อง “ชุดความรู้การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง” โดยศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ขยายขอบและแรงงานข้ามชาติ



ทุกผลงานที่ได้รับรางวัล นับเป็นความภาคภูมิใจของกรมอนามัย และเป็นสิ่งที่สร้างกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานที่ยังคงมุ่งมั่นพัฒนาการบริการประชาชนสู่การเป็นองค์กรหลักของประเทศ ในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี พร้อมทั้งจะยกระดับคุณภาพให้ก้าวสู่ในระดับสากลต่อไป

(แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์)
อธิบดีกรมอนามัย



กรมอนามัย ยกระดับ

มาตรฐาน SAN - SAN Plus

ผลักดันสถานประกอบการอาหาร ให้สะอาด ปลอดภัย ได้มาตรฐาน
สร้างความมั่นใจแก่ประชาชน



ยกเลิก การใช้ป้ายรับรองมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร



ข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ <https://foodsan.anamai.moph.go.th/th/food-sanitation/218057> หรือสแกนคิวอาร์โค้ด



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 ที่ปรึกษากกรมอนามัย (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปรึกษากกรมอนามัย (ด้านทันตสาธารณสุข) นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษากกรมอนามัย (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 เนื้อหาที่พบพบ บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทที่บทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกระชับรัดกุมให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 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 กระชับ แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

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

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยตามลำดับหัวข้อตามวัตถุประสงค์ โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ 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):227-232. 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. วฤตดา 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.

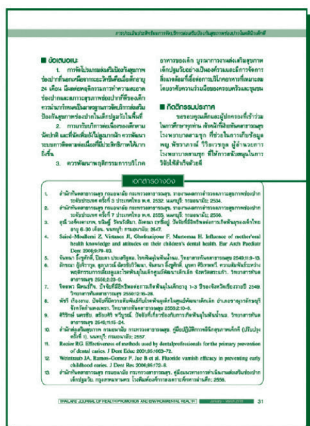
องค์ประกอบของบทความวิชาการที่มีมาตรฐาน



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

๒
ด

วยโครงสร้างประชากรและบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ถือเป็นความท้าทายต่อการดำเนินงาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการดำเนินงาน จึงต้องมีการพัฒนาและประเมินผล การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

วารสารฉบับนี้ยังคงมีงานวิชาการที่น่าสนใจครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ข้อเสนอ และคำแนะนำ ของท่านผู้อ่านที่มีต่อ วารสารฯ ยังคงมีคุณค่าสำหรับกองบรรณาธิการวารสารเสมอ ขอขอบพระคุณในทุกความคิดเห็นที่ท่านจะกรุณา ต่อวารสารของเรา มา ณ โอกาสนี้



นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง

บรรณาธิการ

กันยายน 2568

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

บทความวิชาการ

การประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ หลังการถ่ายโอนภารกิจ
ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

- ณิชชา เปรมประยูร บังอร สุภาเกตุ รัตนภรณ์ มั่นคง..... 11

รัฐนันท์ โล่ศุภกาญจน์ พรชนนต์ บุญคง

การศึกษาคุณภาพและความพึงพอใจต่อการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ตามมาตรฐานงานอนามัย
แม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 6

- วสุรัตน์ พลอยล้วน สุธรรม นันทมงคลชัย..... 28

การประเมินผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย

- กชธนาภรณ์ โพรหม อัจฉราภา กลิ่นสุวรรณ..... 42

การพัฒนาารูปแบบของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ
ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

- สุรัตน์ ผิวสว่าง..... 57

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

- กชนันท์ นาครรัตน์ นฤมล เอี่ยมณีกุล อาภาพร เผ่าวัฒนา..... 72

สถานการณ์แปร่งสีฟันในตลาดประเทศไทย (พ.ศ.2557-2568)

- ศิริวรรณ พิชัยรังษะภู นนทินี ตั้งเจริญดี พิณมาดา แซ่เอี้ย..... 89

รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์

- พรทิพย์ อนุตรพงศ์..... 102

การประเมินความคุ้มค่าในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพ
ในแหล่งท่องเที่ยว

- ชไมพร เป็นสุข ธีรนุช อาภาจรัส อังสุมาลิน จำนงชอบ..... 118

พงษ์เทพ หาญพัฒน์กิจ กัญจน์ ศิลป์ประสิทธิ์

การประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน สุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ณัชชา เปรมประยูร*

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บงอร สุภาเกตุ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

รัตนภรณ์ มั่นคง

รัฐันท์ โล่ศุภกาญจน์

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

พรชเนตต์ บุญคง

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ได้รับ 3 มิถุนายน 2568, วันแก้ไข 7 กรกฎาคม 2568, วันตอบรับ 20 กรกฎาคม 2568.

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หลังถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และการบริหารจัดการและกลไกขับเคลื่อนงานในระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สนอ.)) จำนวน 370 แห่ง และเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ตัวแทน 4 ภาค จำนวน 8 จังหวัด หลังการถ่ายโอนภารกิจ พบว่าการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐาน ลดลงร้อยละ 6.5 การสนับสนุนครุภัณฑ์/เครื่องมือทันตกรรม และวัสดุทันตกรรม ลดลงร้อยละ 24.1 และ 20.6 ตามลำดับ การส่งข้อมูลเข้าระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ลดลงร้อยละ 7.0 หน่วยบริการไม่ได้จัดบริการตรวจสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน และวัยทำงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4, 2.7, 3.0 และ 4.1 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากก่อนการถ่ายโอนภารกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า หน่วยบริการมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการงบประมาณและการจ้างบุคลากรมาช่วยงานเพิ่มขึ้น แต่การสนับสนุนด้านทันตบุคลากร งบประมาณและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายจำกัดลง ทั้งนี้การมีทิศทางดำเนินงาน ความร่วมมือ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหน่วยบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่ายทำให้ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง กลไกที่สำคัญคือ การมีข้อตกลงร่วมกัน ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการมีผู้ประสานงานที่ดีระหว่างสองหน่วยงาน ร่วมกับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจะช่วยให้การจัดบริการส่งเสริม ป้องกันด้านสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ ดำเนินไปได้ด้วยดี

คำสำคัญ: ประเมินผล การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ถ่ายโอนภารกิจ

* ผู้รับผิดชอบหลัก, อีเมล : kehjung5@gmail.com

Evaluation of Oral Health Promotion Services in Primary Care After devolution of Duties to the Provincial Administrative Organization.

Nutcha Premprayoon*

Bureau of Dental Health, Department of Health

Bang-on Supagat

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Rattanaorn Mankong

Rattanun Losupakarn

Bureau of Dental Health, Department of Health

Phonchanet Bunkhong

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Received 3 June 2025, Revised 7 July 2025, Accepted 20 July 2025.

Abstract

This mixed-methods research aimed to evaluate dental service delivery in primary care following the devolution of duties to Provincial Administrative Organizations (PAO) in terms of oral health promotion service provision, management and mechanism of service driving. Quantitative data were collected from 370 Health Promotion Hospitals after the devolution of duties to PAO (Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaloei Phrakiat 60 th Anniversary Nawaminthrachini Health Station). Qualitative data were gathered through in-depth interviews and focus group discussions with executives and operational staff from eight provinces across four regions. Results indicated that after decentralization, basic dental service provision decreased by 6.5%. Support for dental equipment/instruments and materials also decreased by 24.1% and 20.6%, respectively. Data submission to the Health Data Center (HDC) system declined by 7.0%. Oral health examination service provisions for various age groups (pregnant women, preschoolers, schoolchildren and working-age adults) decreased by 5.4, 2.7, 3.0 and 4.1 respectively. A statistically significant relationship was observed between oral health examinations across all age groups before and after decentralization (p -value < 0.05). Qualitative findings revealed increased flexibility in budget management and staff recruitment for primary care units. However, support from referral hospitals for dental personnel, budget, and medical supplies became more limited. Crucially, clear operational direction, strong cooperation, and positive relationships between primary care units and referral hospitals were continuous operations. Key facilitating mechanisms included MOU between PAOs and Provincial Public Health Offices, effective inter-agency coordinators, and ongoing support from referral hospitals, all contributing to successful primary oral health promotion and prevention services.

Keywords: Evaluation, Oral Health Promotion Service, Primary Care, Decentralization

* Corresponding Author, email : kehjung5@gmail.com

■ บทนำ

การพัฒนาสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของประเทศซึ่งมีพัฒนาการไปกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เริ่มตั้งแต่การเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสาธารณสุขมูลฐาน⁽¹⁾ ทศวรรษพัฒนาสถานีอนามัยที่มุ่งเน้นการดูแลในครอบครัว ชุมชน สถานีอนามัยจัดว่าเป็นสถานบริการด่านหน้าที่ใกล้ชิดชุมชน ให้บริการครอบคลุมด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพ ต่อมาปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) ทั้งนี้ ในระบบบริการสุขภาพ งานพัฒนาสุขภาพช่องปาก มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลให้บริการระดับปฐมภูมิและบริการรักษาที่ซับซ้อน โดยมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาลปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิใน รพ.สต. และ สอน. ให้บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากกับประชากรทุกกลุ่มวัย ให้บริการทันตกรรมพื้นฐาน เช่น ขูดหินปูน อุดฟัน และถอนฟัน ฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก รวมถึงจัดทำโครงการเพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพช่องปากในชุมชน⁽²⁾ ในปี พ.ศ. 2562 มีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ มุ่งหวังให้เกิดระบบดูแลให้ประชาชนสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ลดนอนโรงพยาบาล ลดป่วยลดพิการ โดย รพ.สต. และ สอน. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ ได้มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ คาดหวังให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่เชื่อมต่อกับระบบบริการโดยรวม และเชื่อมต่อระหว่างระดับบริการ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม มีหลักสำคัญคือ

การดูแลสุขภาพช่องปากแบบองค์รวมและบูรณาการกับสหวิชาชีพ โดยยึดประชาชนและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำหน้าที่เป็นจุดแรกรับจัดการปัญหาสุขภาพช่องปากของประชากรและประสานงานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลและศูนย์เชี่ยวชาญ⁽³⁾

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 กำหนดให้ถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบคลุมงานส่งเสริมสุขภาพการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ⁽⁴⁾ ต่อมาในปี 2564 มีประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)⁽⁵⁾ และคู่มือการถ่ายโอนภารกิจ⁽⁶⁾ มีผลให้มีการถ่ายโอนภารกิจไป อบจ.มากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2566 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 มีการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ไป อบจ. 49 จังหวัด จำนวน 3,263 แห่ง⁽⁷⁾ ถ่ายโอนบุคลากร จำนวน 21,185 คน

กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ปีงบประมาณ 2564 – 2565 พบว่ามีการจัดสรรงบประมาณและต้นทุนต่อหน่วยที่น้อยกว่า รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ เนื่องจากมีจำนวนบุคลากรที่ลดลง บางแห่งมีบุคลากรที่ถ่ายโอนไปเพียง 1-2 คน ส่งผลให้มีบริการที่ไม่ได้ดำเนินการต่อ ได้แก่ ทันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย สมรณิก โชติช่วงฉัตรชัย และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาการถ่ายโอนในช่วง มิถุนายน-พฤศจิกายน 2565 พบว่า อบจ. ส่วนใหญ่มีความพร้อม ปัญหาที่พบคือ อบจ. ส่วนใหญ่มีงบประมาณจำกัด และปัญหาความพร้อมบุคลากรใน รพ.สต. เมื่อโอนย้ายมาสังกัด

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจมีการเปลี่ยนแปลง สถานภาพและสิทธิประโยชน์ พูลพฤกษ์ โสภารัตน์⁽¹⁰⁾ ศึกษาที่อนามัยสันนาเม็ง จังหวัด เชียงใหม่พบว่า การจัดการบริการสุขภาพช่องปาก โดยรวมมีแนวโน้มดีขึ้น ประชาชนเข้าถึงบริการ มากขึ้น และวิไลลักษณ์ ทิวการกฎ⁽¹¹⁾ ศึกษาที่ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรก จังหวัด สมุทรสงคราม พบว่าประชาชนได้รับบริการด้าน สุขภาพช่องปากอย่างครอบคลุม และเจ้าหน้าที่มี ความพึงพอใจต่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพ การ สนับสนุนงบประมาณ ผลกระทบทางลบคือไม่ สามารถนิเทศ ติดตาม ประเมินตัวชี้วัดของ กระทรวงสาธารณสุขได้ อย่างไรก็ดีการศึกษาด้าน สุขภาพช่องปากเป็นการศึกษาในพื้นที่ระดับตำบล อีกทั้งปีงบประมาณ 2566 มีหน่วยบริการระดับ ปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปให้กับ อบจ.จำนวนมาก ซึ่งอาจมีผลกระทบกับการ ดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากประชาชน งานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้น

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (รพ.สต. และ สอน.) หลังถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. และการบริหารจัดการและกลไกขับเคลื่อน งานในระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจ ด้านสาธารณสุข

■ นิยามศัพท์

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนา นวมินทรราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนภารกิจไป องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ระดับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปาก ได้แก่ ปฏิบัติได้ดี หมายถึง ผู้ตอบคิด ว่าทำได้ครอบคลุมมากกว่า ร้อยละ 80 ของ ประชากรที่รับผิดชอบ, ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง หมายถึง ทำได้ครอบคลุมน้อยกว่า ร้อยละ 80 ของ ประชากรที่รับผิดชอบ, ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ ได้ดำเนินการใดๆ

■ ขอบเขตการศึกษา

ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากและบริการทันตกรรมในการศึกษานี้ไม่ได้เป็น ข้อมูลการให้บริการสุขภาพจากระบบคลังข้อมูล ด้านการแพทย์และสุขภาพ ของกระทรวง สาธารณสุข (HDC) แต่เป็นข้อมูลผลการดำเนิน งานจากแบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานโดยตรง เนื่องจากหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. พบว่ามีหลายพื้นที่ไม่ได้นำเข้าข้อมูลไปที่ HDC

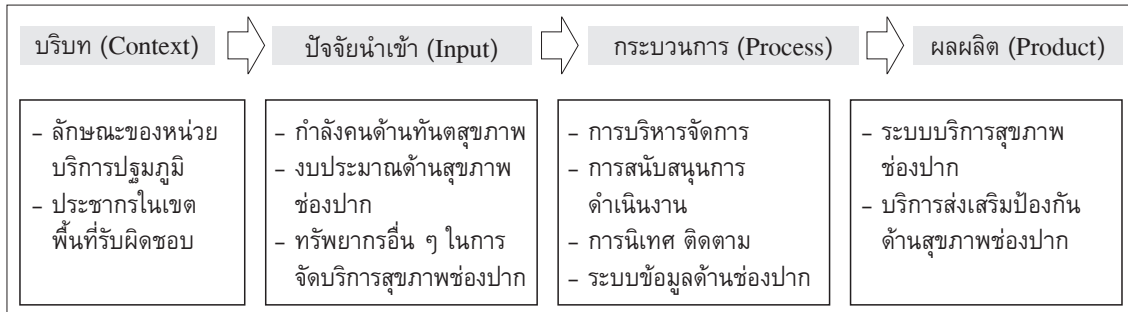
■ กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model⁽¹²⁾ ของสตัฟเฟิลบีม (Stuffle- beam's Model) ในการกำหนดตัวแปร ซึ่ง ประกอบด้วย บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ดังแผนภูมิที่ 1

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยศึกษาแบบภาค ตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูล แบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดย แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนา กลุ่ม (Focus Group Discussion) ระยะเวลาใน การเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2567

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model ของสตีฟเฟิลบีม)



● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ข้อมูลเชิงปริมาณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต. และ สอน. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. 49 จังหวัด ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 3,263 แห่ง คำนวณตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran⁽¹³⁾ ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

N = ขนาดประชากร จำนวน 3,263 แห่ง

Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

P = อัตราการเกิดเหตุการณ์ ในที่นี้กำหนดค่าเท่ากับ 0.5

E = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ในที่นี้กำหนดค่าเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 343 แห่ง ประเมินการการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 343+34 = 377 แห่ง การสุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดคำนวณตามสัดส่วนและสุ่มแบบง่ายโดยใช้คำสั่งโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จาก 49 จังหวัด แบ่งเป็น 4 ภาค จำแนกภาคละ 2 จังหวัด พื้นที่

ในการศึกษาแต่ละภาค ประกอบด้วย จังหวัดใหญ่และเล็กตามขนาดประชากร และมีการถ่ายโอนภารกิจมากกว่าร้อยละ 50 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นจังหวัดที่สมัครใจที่เข้าร่วมการศึกษาและเข้าร่วมตลอดการศึกษา รวม 8 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นผู้บริหารผู้กำหนดนโยบาย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บริหารผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข และสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ตัวแทนผู้บริหารและผู้ให้บริการใน รพ.สต. จังหวัดละ 8-10 คน

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขใน รพ.สต./สอน. ก่อน-หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เนื้อหากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากคัดเลือกมาจกแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ทดสอบความเชื่อมั่นจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.8 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาการ

บริหารจัดการและการขับเคลื่อนงานทันตสาธารณสุขระดับปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนภารกิจ

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และสถิติ Marginal Homogeneity Test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยยึดหลักเหตุผลและข้อมูลสถานการณ์แวดล้อมประกอบ การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการ 713/2567 วันที่ 27 พฤษภาคม 2567

■ ผลการศึกษา

นำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณตามกรอบ CIPP model ทั้งสี่ด้านและข้อมูลเชิงคุณภาพในด้านกระบวนการ มิติการบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อนงาน

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

การศึกษาเชิงสำรวจ สุ่มแบบสอบถามให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจ (รพ.สต./สอน.) พบว่ามีผู้ตอบกลับ 49 จังหวัด จำนวน 370 แห่ง ผู้ตอบส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.5 เป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล รองลงมาร้อยละ 36.8 เป็นนักวิชาการสาธารณสุข และอื่นๆ ร้อยละ 16.7

1.1) บริบท : หน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจและประชากร

ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยอิงตามจำนวนประชากรที่ดูแล พบว่า เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ขนาดกลาง (M) ซึ่งดูแลประชากรระหว่าง 3,001 – 8,000 คน มีจำนวนมากที่สุดถึง 265 แห่ง ร้อยละ 71.6 รองลงมาเป็นหน่วยบริการ

ปฐมภูมิ ขนาดเล็ก (S) ซึ่งดูแลประชากรไม่เกิน 3,000 คน มีจำนวน 61 แห่ง ร้อยละ 16.5 และหน่วยบริการปฐมภูมิ ขนาดใหญ่ (L) ดูแลประชากร 8,001 คนขึ้นไป มีจำนวน 44 แห่ง ร้อยละ 11.9

1.2) ปัจจัยนำเข้า : กำลังคน งบประมาณ และทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก

ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ มีทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานประจำใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 69.7 และ 68.6 และมีการหมุนเวียนทันตบุคลากร (ทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยช่างแก้ว) ไปให้บริการที่ รพ.สต. พบว่า หลังถ่ายโอนภารกิจทันตบุคลากรหมุนเวียนลดลง โดยเฉพาะทันตแพทย์ลดลงอย่างมากจากร้อยละ 24.1 เป็นร้อยละ 16.8 งบประมาณหลังการถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลแม่ข่ายลดลง การได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบจ. เพิ่มขึ้น ขณะที่มีอุปกรณ์และพร้อมใช้งาน ต่างกันเล็กน้อย คือ ร้อยละ 70.5 และ 70.3 ส่วนที่ลดลงคือความเพียงพอและพร้อมใช้งานของวัสดุทันตกรรมสำหรับบริการส่งเสริมป้องกัน จากเดิมร้อยละ 65.9 เป็น 62.4 (ตารางที่ 1)

1.3) กระบวนการ : การสนับสนุนการดำเนินงาน การนิเทศติดตามและระบบข้อมูล

การสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก หลังถ่ายโอนภารกิจ โดยมีการสนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร วิชาการ ทรัพยากร และการกำกับติดตาม จากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขลดลงทุกระดับ คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 กำลังคน งบประมาณ และทรัพยากรสนับสนุนในหน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)	หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)
ทันตบุคลากร		
1. มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำ	258 (69.7)	254 (68.6)
2. มีทันตแพทย์หมุนเวียน	89 (24.1)	62 (16.8)
3. มีทันตภิบาลหมุนเวียน	71 (19.2)	59 (15.9)
4. มีผู้ช่วยช่างแก้อัฒนเวียน	49 (13.2)	44 (11.9)
งบประมาณ		
1. งบสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข	272 (73.5)	123 (33.2)
2. งบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย	304 (82.2)	161 (43.5)
3. งบสนับสนุน จาก อบจ.	108 (29.2)	261 (70.5)
วัสดุอุปกรณ์		
1. มีอุปกรณ์และพร้อมใช้งาน ได้แก่ ยูนิตทันตกรรม เครื่องชุดหินปูนไฟฟ้า เครื่องฉายแสงสำหรับอุดฟัน เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อ	261 (70.5)	260 (70.3)
2. มีชุด Hand Instrument เพียงพอ	235 (63.5)	237 (64.1)
3. มีวัสดุทันตกรรมเพียงพอและพร้อมใช้งาน สำหรับการให้บริการส่งเสริมป้องกัน	244 (65.9)	231 (62.4)

ตารางที่ 2 การสนับสนุนวิชาการและบริการทันตสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)	หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)
การสนับสนุนจาก สสอ./สสจ.		
1. การพัฒนาศักยภาพ	317 (85.7)	241 (65.1)
2. วิชาการทันตสาธารณสุข	315 (85.1)	247 (66.8)
3. ร่วม นิเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินผล	330 (89.2)	232 (62.7)
การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย		
1. กำลังคนทันตสุขภาพ	277 (74.9)	189 (51.1)
2. ครุภัณฑ์/เครื่องมือทันตกรรม	303 (81.9)	214 (57.8)
3. วัสดุทันตกรรม	331 (89.5)	255 (68.9)
4. วิชาการทันตสาธารณสุข	299 (80.8)	224 (60.5)
5. ร่วมกำกับติดตามประเมินผล	327 (88.4)	234 (63.2)

ระบบข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก ก่อนถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการปฐมภูมิเกือบทั้งหมด มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลด้านทันตสุขภาพ มีการส่งข้อมูลมายังระบบคลังข้อมูล

ด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) พบว่า หลังการถ่ายโอนภารกิจการส่งข้อมูลมายัง HDC ลดลง ส่วนที่เพิ่มขึ้นคือการส่งเบิกค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

ตารางที่ 3 การดำเนินงานระบบข้อมูลด้านทันตสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)			หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)		
	ไม่มี	มีแต่ ไม่ครบถ้วน	มีและ ครบถ้วน	ไม่มี	มีแต่ ไม่ครบถ้วน	มีและ ครบถ้วน
1. มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลด้านทันตสุขภาพ เพื่อใช้ในหน่วยงาน	3 (0.8)	103 (27.8)	264 (71.4)	23 (6.2)	84 (22.7)	263 (71.1)
2. มีการส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้มด้านทันตสุขภาพมายังระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC)	3 (0.8)	68 (18.4)	299 (80.8)	25 (6.8)	72 (19.4)	273 (73.8)
3. มีการส่งเบิกค่าบริการทางการแพทย์ (e-claim)	69 (18.6)	82 (22.2)	219 (59.2)	64 (17.3)	65 (17.6)	241 (65.1)

ตารางที่ 4 ระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)	หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)
การจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ		
1. มีการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐาน	333 (90.0)	309 (83.5)
2. มีระบบส่งต่อ/นัดหมาย	339 (91.6)	315 (85.1)
3. มีระบบปรึกษาทันตกรรมทางไกล (Tele dentistry)	207 (55.9)	182 (49.2)
กิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากแบบบูรณาการ		
1. มีโครงการ/กิจกรรมด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในชุมชน	318 (85.9)	288 (77.8)

ถ้วนหน้า (สปสช.) หรือระบบ e-claim (ตารางที่ 3)

1.4) ผลผลิต: การจัดระบบบริการและการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

การจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากก่อนถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐาน มีระบบส่งต่อ/นัดหมาย และระบบปรึกษาทันตกรรมทางไกล (Tele dentistry) ในขณะที่หลังถ่ายโอนภารกิจการจัดบริการ และมีโครงการ/กิจกรรมด้าน

ส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในชุมชนลดลง (ตารางที่ 4)

การจัดบริการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก

การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามกลุ่มวัย พบว่า หลังการถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่มีการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น เช่น การให้บริการทาฟลูออไรด์วานิชในกลุ่มเด็กปฐมวัย และกลุ่มวัยเรียน ไม่ได้ปฏิบัติเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.0 และ 5.9 ตามลำดับ การจัดบริการ

ตารางที่ 5 การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)			หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง	ปฏิบัติได้ดี	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง	ปฏิบัติได้ดี
กลุ่มหญิงมีครรภ์						
1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและบันทึกผล	43 (11.6)	132 (35.7)	195 (52.7)	63 (17.0)	129 (34.9)	178 (48.1)
2. ย้อม Plaque/ฝึกการแปรงฟัน/สอนการใช้ไหมขัดฟัน/แปรงซอกฟัน	72 (19.5)	135 (36.5)	163 (44.0)	91 (24.6)	138 (37.3)	141 (38.1)
3. ชัดและทำความสะอาดฟัน	70 (18.9)	129 (34.9)	171 (46.2)	92 (24.9)	135 (36.5)	143 (38.6)
กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)						
1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและบันทึกผล	9 (2.4)	90 (24.3)	271 (73.3)	19 (5.1)	96 (26.0)	255 (68.9)
2. ฝึกปฏิบัติผู้ปกครองแปรงฟันเด็กแบบลงมือปฏิบัติ พร้อมแนะนำให้ความรู้เรื่องอาหาร/นม และขนมที่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุ 0-2 ปี	12 (3.2)	14 (30.8)	244 (66.0)	24 (6.5)	114 (30.8)	232 (62.7)
3. ทาฟลูออไรด์วานิช กรณีที่จำเป็น	22 (6.0)	80 (21.6)	268 (72.4)	37 (10.0)	94 (25.4)	239 (64.6)
4. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยคืนข้อมูลให้ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	13 (3.5)	95 (25.7)	262 (70.8)	28 (7.6)	104 (28.1)	238 (64.3)
5. ส่งเสริมและจัดการสภาพแวดล้อม เช่น อาหาร ขนม เครื่องดื่ม เป็นต้น	16 (4.3)	114 (30.8)	240 (64.9)	30 (8.1)	115 (31.1)	225 (60.8)
กลุ่มเด็กวัยเรียน (6-14 ปี)						
1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก/ประเมินความเสี่ยงโรคฟันผุ บันทึกและคืนข้อมูลให้ครู นักเรียน และผู้ปกครอง ปีละ 2 ครั้ง	10 (2.7)	95 (25.7)	265 (71.6)	21 (5.7)	101 (27.3)	248 (67.0)
2. ทา/เคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่	23 (6.2)	91 (24.6)	256 (69.2)	45 (12.1)	102 (27.6)	223 (60.3)
3. เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	27 (7.3)	117 (31.6)	226 (61.1)	60 (16.2)	136 (36.8)	174 (47.0)
4. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และสภาพแวดล้อมในโรงเรียน	14 (3.8)	117 (31.6)	239 (64.6)	25 (6.8)	126 (34.0)	219 (59.2)
กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)						
1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ร่วมกับคลินิก NCD ในหน่วยบริการ	27 (7.3)	166 (44.9)	177 (47.8)	42 (11.4)	167 (45.1)	161 (43.5)

ตารางที่ 5 การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถ่ายโอนภารกิจ (N=370) (ต่อ)

รายการ	ก่อนถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)			หลังถ่ายโอนฯ (ร้อยละ)		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง	ปฏิบัติได้ดี	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติได้ระดับปานกลาง	ปฏิบัติได้ดี
2. จัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน ให้บริการสุขภาพช่องปาก และมีการจัดการสภาพแวดล้อม ในสถานประกอบการ	37 (10.0)	180 (48.6)	153 (41.4)	55 (14.9)	171 (46.2)	144 (38.9)
กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)						
1. ส่งเสริม ป้องกัน สุขภาพช่องปากในหน่วยบริการ	14 (3.8)	159 (43.0)	197 (53.2)	25 (6.8)	150 (40.5)	195 (52.7)
2. จัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน ให้บริการสุขภาพช่องปาก และจัดการสภาพแวดล้อม ในชมรมผู้สูงอายุ/ชุมชน	26 (7.0)	174 (47.0)	170 (46.0)	30 (8.1)	177 (47.8)	163 (44.1)
3. ร่วมกับภาคีเครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	20 (5.4)	165 (44.6)	185 (50.0)	25 (6.7)	162 (43.8)	183 (49.5)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ (N=370)

การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ	S.D.	p-value
1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและบันทึกผล ในหญิงตั้งครรภ์	5.545	0.001
2. ชัดและทำความสะอาดฟันให้หญิงตั้งครรภ์	5.916	0.000
3. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและบันทึกผล ในเด็กปฐมวัย	4.637	0.005
4. ทาฟลูออไรด์วานิชกรณีที่เป็น ในเด็กปฐมวัย	5.477	0.000
5. ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ในเด็กวัยเรียน	4.637	0.003
6. ให้บริการทา/เคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ ในเด็กวัยเรียน	5.590	0.000
7. ให้บริการสุขภาพช่องปาก ร่วมกับคลินิก NCD ในวัยทำงาน	4.822	0.001
8. ส่งเสริม ป้องกัน สุขภาพช่องปากในหน่วยบริการ ในผู้สูงอายุ	4.822	0.178

หมายเหตุ: สถิติ Marginal Homogeneity Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตรวจสอบสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ได้ปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4 2.7 3.0 4.1 และ 3.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) และเมื่อหาความสัมพันธ์ของการจัดบริการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ ทดสอบ

ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Marginal Homogeneity Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการปฐมภูมิในกลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน และกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ มีความสัมพันธ์กับการ

จัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการปฐมภูมิ หลังการถ่ายโอนภารกิจ p-value 0.001, 0.005, 0.003 และ 0.001 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การบริหารจัดการและขับเคลื่อนงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิตถ่ายโอนภารกิจ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ฝ่ายบริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือหัวหน้ากลุ่มทันตสาธารณสุข และฝ่ายบริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ได้แก่ นายก อบจ.หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต./สอ.น.และทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.จังหวัดละ 10 คน เก็บข้อมูล 8 จังหวัด คือ นครสวรรค์ ปราจีนบุรี แพร่ เชียงราย มหาสารคาม ขอนแก่น สุราษฎร์ธานี และภูเก็ต พบว่า รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ มีการให้บริการด้านสุขภาพช่องปาก คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูทำงานเชื่อมประสานและส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายเดิมได้ แต่บริการส่งเสริมป้องกันทันต-สุขภาพและบริการภาพรวมลดลง ดังข้อมูลที่แสดงและมีชื่อหน่วยงานไว้ในวงเล็บ ดังนี้

2.1) งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และการบริหารจัดการ หลังถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ได้รับงบประมาณและการสนับสนุนด้านครุภัณฑ์มากขึ้น มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ สามารถนำเงินมาจ้างบุคลากรช่วยงานได้เพิ่มขึ้น บางแห่งต้องการปรับปรุงห้องทันตกรรมแต่ก็ติดขัดเรื่องการเงินสถานที่ไป อบจ.ยังไม่เรียบร้อย การจัดซื้อ

จัดจ้างมีขั้นตอนที่เปลี่ยนไป แต่มีขั้นตอนที่รวดเร็วขึ้น ยกเว้นวัสดุการแพทย์ที่ใช้ในการบริการทันตกรรม เดิมเคยเบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่เมื่อถ่ายโอนแล้ว มีข้อติดขัดบ้าง ซึ่งต้องอาศัยการเจรจาสื่อสารและตกลงกันในระดับผู้บริหารรวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างหน่วยงานทำให้ดำเนินงานไปได้

“การบริหารจัดการ... มีความคล่องตัวและมีเงินบำรุงมากขึ้น ก่อนถ่ายโอนภารกิจมีเงินแค่หลักหมื่น หลังถ่ายโอนภารกิจมีเงินหลักล้าน... ผอ.รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ที่สามารถทำแผนล่วงหน้า 1-2 เดือน เพื่อเสนอ อบจ. หลังจากได้รับพิจารณาและได้รับอนุมัติ สามารถดำเนินการซ่อมบำรุงได้เลย” (รพ.สต.)

“ การจัดการวัสดุอุปกรณ์ รพช. แม่ข่ายเป็นผู้ดูแล โดย รพ.สต. ต้องวางแผนและส่งให้ รพช. แม่ข่ายล่วงหน้า แต่ปัญหาคือ การแจ้งเบิกในระบบติดขัด ระบบออนไลน์มีปัญหา ทันตแพทย์ไม่ได้รับข้อมูล ทำให้ รพ.สต. ได้ของบ้างไม่ได้บ้าง บางอย่างต้องขอยืมกันเองระหว่าง รพ.สต.” (รพ.สต.)

“ อบจ. มีการสำรวจและสนับสนุนยูนิตทำฟันใหม่และวัสดุอุปกรณ์งานทันตกรรมให้ รพ.สต.” (อบจ.)

“เป้าหมายของการถ่ายโอนภารกิจ คือ การเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน แต่หลังจากการถ่ายโอนภารกิจแล้วประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการด้านทันตกรรมได้ยากขึ้น เพราะเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้บริการได้ งานอนามัยช่องปากกลุ่มเด็กในโรงเรียนก็ทำไม่ได้ การทำหัตถการ เช่น อุดฟันแท็กก็ห้ามทำ สุดท้ายทำให้ รพช. แม่ข่าย ต้องรับคนไข้เพิ่มมากขึ้นอย่างมาก” (สสจ.)

“ส่วนกลางไม่มีความชัดเจนในการถ่าย

โอนภารกิจ ทำให้ไม่ได้เตรียมการ... โดยเฉพาะเรื่องของการเปรียบเทียบด้านงบประมาณ บุคลากร และระเบียบเกี่ยวกับงานพัสดุ ทั้ง 2 กระทรวงมีระเบียบที่ต่างกัน ในช่วงแรกเรื่องคนเป็นเรื่องใหญ่เนื่องจากหน่วยงานมีการถ่ายโอนภารกิจ แต่คนไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจตามไปด้วยทั้งหมด อีกส่วนที่ยังเป็นปัญหาคือการโอนอาคารสถานที่ที่ยังมอบให้ท้องถิ่นไม่ได้ เช่น ที่ราชพัสดุ หรือที่ดินที่ได้รับบริจาค ซึ่งระเบียบและกฎหมายไม่เอื้ออำนวย ทำให้ดำเนินการต่อไปได้ยากมาก” (สสจ.)

2.2) ด้านกำลังคน กำลังคนทันตภิบาล หลังการถ่ายโอนภารกิจ ได้แก่ รพ.สต. ขาดแคลนทันตภิบาล จากหลายสาเหตุ คือ บางแห่งไม่มีทันตภิบาลปฏิบัติหน้าที่ประจำอยู่แล้ว บางแห่งทันตภิบาลไม่ยินดีโอนย้ายไป อบจ. ทันตภิบาลบางคนสอบเปลี่ยนตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข และหลายคนเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการจ้างและได้รับเงินค่าจ้างจากเงินรายได้ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และปัจจุบันไม่มีการผลิตทันตภิบาล (2 ปี) แล้ว อีกด้านหนึ่งคือ ขาดทันตแพทย์ที่จะควบคุมดูแลการให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาล ทำให้ทันตภิบาลไม่กล้าให้บริการจากความกังวลว่าจะผิดระเบียบ เนื่องจากเดิมอยู่ในความดูแลของทันตแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือ สสจ. หลังการถ่ายโอนภารกิจ ทันตแพทย์ก็กลัวจะผิดระเบียบ เพราะ รพ.สต. สังกัดต่างกระทรวง

“ข้อดีหลังถ่ายโอนภารกิจที่เด่นชัดคือการบริหารจัดการภายใน รพ.สต. ทำได้สะดวกขึ้น มีงบประมาณมากขึ้น สามารถจัดจ้างบุคลากรได้ง่ายขึ้น ในแง่ของการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ในแต่ละปี รพ.สต. จะมีแผนและกันงบประมาณสำหรับพัฒนาบุคลากรไว้เสมอ...ส่วนใหญ่สามารถขอเงินสนับสนุนและไปเข้าร่วมการอบรมได้ และ

ภาระงานที่ไม่เกี่ยวกับหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ลดลง งานของทันตภิบาลที่ไม่เกี่ยวกับงานทันตกรรมก็ลดลง จำนวนตัวชี้วัดลดลง... เจ้าหน้าที่ที่มีความสุขมากขึ้น ประชาชนก็ยังได้รับการมีความสุขดี” (รพ.สต.)

“พบปัญหามากในเรื่องของการบริหารจัดการกำลังคนในแหล่งตัว ...ปัญหาหลักด้านบุคลากรทันตภิบาลไม่เพียงพอ และตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ซึ่งได้รับการจ้างและเงินค่าจ้างจากเงินรายได้ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข...ยังต้องการให้ อบจ. จ้างงาน พกส. ทุกคนต่อไป ได้มีการกำหนดไว้เป็นส่วนหนึ่งของ MOU” (สสจ.)

“ทันตภิบาล ไม่มีกรอบอัตรากำลังเป็นนักวิชาการทันตสาธารณสุข ถ้าจะสอบเลื่อนระดับต้องเป็น นักวิชาการสาธารณสุข หากปรับตำแหน่งได้ก็จะไปทำหน้าที่นักวิชาการทำให้สูญเสียทันตภิบาลไปจากการให้บริการทันตกรรม และปัจจุบันไม่มีสถาบันผลิตทันตภิบาล 2 ปีแล้ว” (รพ.สต.)

“งานด้านทันตกรรมและสุขภาพช่องปาก อบจ. ยังขาดทันตแพทย์ที่จะมาควบคุมดูแลการให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาล ในช่วงแรกของการถ่ายโอน ประมาณ 6 เดือน ทันตภิบาลต้องหยุดให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชน การแก้ปัญหาคือสนับสนุนให้ทุนการศึกษาคนในพื้นที่ไปเรียนเพื่อกลับมาปฏิบัติงานในชุมชน เป็นการเติมส่วนที่ขาดแคลน (แต่ยังไม่เห็นผลทันทีในช่วงนี้)” (อบจ.)

“อบจ. ยังไม่มีทันตแพทย์และยังไม่มีฝ่ายที่ดูแลงานด้านทันตกรรมโดยตรง ต้องการให้ อบจ. มีระบบและผู้ดูแล supply ด้านทันตกรรมด้วย ประเด็นเหล่านี้ได้บรรจุไว้ในแผนของ อบจ. แล้ว แต่การดำเนินงานยังไม่ไปถึงสิ่งที่คาดหวัง”

(รพ.สต.)

“ประชาชนอาจจะไม่ได้รับบริการครบถ้วนเหมือนในอดีต เนื่องจากต้องมีการปรับตัวช่วงการเปลี่ยนผ่านและทันตภิบาลไม่เพียงพออาจทำให้สุขภาพช่องปากของประชาชนแย่ลง หากขาดการป้องกัน ส่งเสริม และรักษาอย่างต่อเนื่อง อนาคตปัญหาจะใหญ่มากขึ้น...(เพราะ) ปัจจุบันไม่มีการผลิตทันตภิบาลแล้ว (2 ปี) ซึ่งสิ่งที่ประชาชนต้องการ คือ ผู้ให้บริการที่มีทักษะด้านทันตกรรม ชาวบ้านต้องการหมอทำฟัน ไม่ใช่วิเคราะห์ฟันเท่านั้น” (สจ.)

นอกจากทันตภิบาลแล้ว ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นว่าการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือ อสม. ที่ทำงานร่วมกับ รพ.สต. อาจมีปัญหาในระยะยาว

“อีกกลุ่มที่เกี่ยวกับบริการในระดับปฐมภูมิ คือ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ซึ่งปัจจุบันยังอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข แต่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ไปสังกัด อบจ. ทำให้เกิดความล้าหลัง เช่น งานโครงการ 3 หมอ เกิดปัญหาระดับพื้นที่” (สจ.)

“ในอนาคตอาจมีปัญหากับการทำงานร่วมกับ อสม. เนื่องจากเริ่มมีการสอบถามมาว่า อสม. ไม่ได้สังกัด อบจ. ยังต้องทำงานให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนด้วยหรือไม่ เมื่อมีการประชุม ก็มาประชุมบ่อยลง รพ.สต. ก็เริ่มกังวลเพราะในอดีตจนถึงปัจจุบัน อสม. ช่วยงานได้เยอะมาก” (รพ.สต.)

2.3) ระบบข้อมูลและตัวชี้วัด ก่อนถ่ายโอนภารกิจ สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่บันทึกผลการให้บริการในโปรแกรม HOSxP และส่งออกข้อมูลไปที่ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center หรือ HDC) หลังการถ่าย

โอนภารกิจ รพ.สต. บางส่วนยังใช้แบบเดิม และหลายแห่งเปลี่ยนไปใช้โปรแกรม My PCU ซึ่งสามารถเชื่อมต่อกับระบบเดิมได้ ทั้งนี้พบว่าข้อมูลบริการใน HDC ลดลง ในส่วนตัวชี้วัดการดำเนินงาน อบจ. บางแห่งคัดลอกจากตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขและหลายแห่งพัฒนาตัวชี้วัดร่วมกับ สจ. ในภาพรวม รพ.สต. มีตัวชี้วัดลดลง การติดตามนิเทศ เป็นหน้าที่หลักของ อบจ. โดยในบางจังหวัดเป็นการนิเทศร่วมระหว่างทีมงานของ อบจ. และ สจ.

“เรื่องการส่งข้อมูลด้านบริการทันตกรรมเข้าระบบ HDC นั้น สจ. ไม่ได้จำกัดว่าจะต้องใช้โปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่งเท่านั้น ขอแค่ให้ส่งข้อมูลเข้าระบบครบถ้วน ปัญหาที่พบคือ ทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนแล้วและยังไม่ได้ถ่ายโอนต่างก็มีปัญหาว่าข้อมูลในระบบไม่แสดงข้อมูลบริการทันตกรรมที่เจ้าหน้าที่บันทึกเข้าระบบแล้ว โปรแกรม My PCU ที่ อบจ. ใช้ก็ยังมีปัญหาเรื่องการลงรหัส ถ้าลงไม่ถูกต้องครบทุกขั้นตอนผลงานก็จะไม่แสดงเช่นกัน สจ. มีข้อกังวลเรื่องนี้และจะหารือร่วมกันในอนาคต” (สจ.)

“จุดอ่อนที่พบหลังจากการถ่ายโอนคือการบันทึกข้อมูลมีปัญหาทำให้เบิกจ่ายไม่ได้ และการสำรวจข้อมูลห่างหายไปทำให้ไม่มีข้อมูลของพื้นที่” (สจ.)

“ปัจจุบันยังใช้โปรแกรม HOSxP และบางพื้นที่เปลี่ยนมาใช้ My PCU แต่ละ รพ.สต. สามารถเลือกใช้โปรแกรมได้ตามความต้องการ” (รพ.สต.)

2.4) กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในช่วงการเปลี่ยนผ่านหลังการถ่ายโอนภารกิจ กลไกที่ใช้ในหลายจังหวัด คือ การทำบันทึกความร่วมมือ หรือ Memorandum of Understanding (MOU) ระหว่าง สจ. กับ อบจ. การแต่งตั้ง

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ หรือ กสพ. และ คณะอนุกรรมการสุขภาพช่องปากของจังหวัด สสจ. ขับเคลื่อนงานผ่านการสนับสนุนด้านการ รักษาและการรับส่งต่อระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่าย สสจ. ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนข้อมูลให้แก่ อบจ. โดยบางจังหวัดมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขของทันตภิบาลและการควบคุมกำกับของทันตแพทย์ เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด และ สสจ. ที่ยังไม่ได้จัดทำ MOU ให้เหตุผลว่ารอแนวทางที่ชัดเจนจากกระทรวงสาธารณสุข

“งานบริการด้านสุขภาพช่องปากของ จังหวัด ก่อนการถ่ายโอนภารกิจมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข มีรายละเอียดบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลและการควบคุมกำกับของทันตแพทย์ 1 คนต่อทันตภิบาล 3 คน แนวทางการปฏิบัติงานนี้ ยังคงใช้งานต่อเนื่องจนถึงหลังการถ่ายโอนภารกิจ โดยมีการทำ MOU ระหว่างหน่วยงาน” (สสจ.)

“การจัดบริการของ รพ.สต. ยังเหมือนเดิม รวมทั้งงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากด้วย แต่จะมีช่วงหยุดชะงักคือรอยต่อก่อนจะมีการทำ MOU ซึ่งจะเป็นช่วงที่งานบริการด้านทันตกรรมมีปัญหาถูกร้องเรียนจากประชาชน เพราะทันตภิบาลไม่สามารถให้บริการได้ สาเหตุมาจากไม่มีทันตแพทย์ให้การรับรอง ทันตภิบาลได้รับข่าวลือเรื่องการเอาผิดทางกฎหมาย คือ แค่อ้าปากคนไข้ก็ผิดแล้ว” (รพ.สต.)

“เนื่องจาก อบจ. ไม่มีประสบการณ์ในการจัดซื้อจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ หลายๆ แห่งยังคงขอรับการสนับสนุนจาก สสจ. หาก สสจ. และ อบจ. มี MOU และคณะกรรมการสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ เจรจาทหาแนวทางเพื่อสนับสนุน เช่น มีการจัดทำคู่มือรายการเบิกจ่าย

วัสดุทันตกรรมที่ชัดเจน รวมทั้งคู่มือปฏิบัติงานของทันตภิบาล ทำให้มีแนวปฏิบัติที่ช่วยให้การทำงานราบรื่นอย่างต่อเนื่อง” (สสจ.)

“กสพ. ที่จัดตั้งขึ้นยังไม่เป็นที่ยอมรับจาก สสจ. เพราะกรรมการส่วนใหญ่มาจากทาง อบจ. เป็นหลัก ประเด็นนี้เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้การทำงานไม่ราบรื่น รวมถึงเรื่องการจัดสรรงบประมาณต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง...ซึ่ง อบจ. มองว่า รพช. แม่ข่ายได้งบประมาณในสัดส่วนที่มากกว่า รพ.สต.” (สสจ.)

“การพัฒนางานสุขภาพช่องปากขึ้นกับภาวะผู้นำ และทัศนคติของผู้นำของทั้งสองฝ่าย ซึ่งจำเป็นต้องมีคนเชื่อมประสาน ไม่เช่นนั้นก็จะกลายเป็นทางชนานกันตลอดไป คนเชื่อมประสานต้องเจรจาให้เกิดความร่วมมือ งานวิชาการของวิชาชีพ สสจ. ควรรับไว้อย่างเต็มที่ แต่งานบริการต้องช่วยประคองไป จนกว่าปากฝั่ง อบจ. จะแข็งแรง” (สสจ.)

“การทำงานด้านบริการสุขภาพ การส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟันฟู และการกำหนดตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ของ อบจ. โดย อบจ. กับ สสจ. ร่วมกันทำตัวชี้วัดระดับ รพ.สต. อบจ. ติดตามผลงานตามตัวชี้วัด” (สสจ.)

“การนิเทศงานใช้รูปแบบ 5 x 5 Plus หมายถึง ทีมนิเทศในระดับอำเภอ ประกอบด้วย สสจ. 5 คน และ อบจ. 5 คน ไปนิเทศงานด้วยกัน เพิ่มวิชาชีพเฉพาะ (Plus) เช่น ด้านยาเสพติด สุขภาพจิต และทันตะ” (สสจ.)

■ อภิปรายผล

ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจ ปัญหาที่ถกเถียงกัน ทันตภิบาลปฏิบัติงานใน รพ.สต. มี 2 ด้าน คือ ทันตภิบาลไม่ได้ให้บริการด้านทันตกรรมหรือกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน เพราะ

ในการปฏิบัติงานตามระเบียบฯ ต้องมีทันตแพทย์ ควบคุม⁽¹⁴⁾ และทันตแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ สสจ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีกด้านหนึ่ง คือการขาดแคลนทันตภิบาลใน รพ.สต. จากหลายสาเหตุ เช่น ทันตภิบาลไม่ยินดีโอนย้ายไป อบจ. รพ.สต. หลายแห่งไม่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานอยู่แล้ว และการที่ไม่มีกรอบอัตรากำลัง นักวิชาการทันตสาธารณสุข ทำให้ทันตภิบาล สอบเป็นนักวิชาการสาธารณสุขซึ่งทำให้ไม่ได้ ปฏิบัติงานบริการทันตกรรม ผลสอดคล้องการ ศึกษาที่พบว่า ระยะแรกของการถ่ายโอน รพ.สต. ให้บริการได้น้อยลง เนื่องจากประสบปัญหา การวางแผนปฏิบัติงานไม่ชัดเจนทั้งเรื่องระเบียบ ด้านงบประมาณและบุคลากร⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ หลัง ถ่ายโอน รพ.สต. ถ่ายโอน ที่ดำเนินการได้ดี ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น เพราะมีระบบ สนับสนุนที่ดีจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในด้านกำลัง คน เครื่องมือ วัสดุทันตกรรม และระบบข้อมูล⁽¹⁰⁾

ระบบข้อมูล รพ.สต. บางส่วนยังใช้ โปรแกรมการบันทึกข้อมูลสุขภาพแบบเดิมและส่ง ออกข้อมูลไปยัง HDC และพบว่าหลาย รพ.สต. มีการใช้โปรแกรมใหม่ที่ทาง อบจ. แนะนำ ซึ่ง สามารถเชื่อมต่อกับระบบเดิมได้ ทั้งนี้ในภาพรวม ข้อมูลบริการใน HDC ลดลง ซึ่งในระยะยาวอาจ จะมีผลกระทบต่อการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ ของพื้นที่ ในการวางแผนการจัดการแก้ปัญหา สุขภาพของประชาชน

กลไกการแก้ปัญหาการดำเนินงาน สุขภาพช่องปาก คือ บันทึกความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง สสจ. กับ อบจ. คณะกรรมการสุขภาพ พื้นที่ (สภพ.) และอนุกรรมการสุขภาพช่องปาก ของจังหวัด ทั้งนี้พบว่าจังหวัดที่มีความสำเร็จใน การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. มีลักษณะของการประสาน

งานที่มีประสิทธิภาพ มีเครือข่ายการทำงานที่ดี และใช้กลไกที่มีอยู่ตามนโยบาย เช่น MOU กสพ. และคณะอนุกรรมการสุขภาพช่องปาก อย่าง เหมาะสม กลไกที่มีอยู่เป็นการแก้ปัญหาระยะสั้น ในระยะเปลี่ยนผ่าน ในระยะยาวควรมีการแก้ไข กฎหมาย คณิดา นรตธิรักษา และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษา หน้าทีและอำนาจของ อบจ. ในเรื่องการรับ ถ่ายโอน รพ.สต. เสนอไว้ว่า ควรมีการแก้ไข กฎหมาย กำหนดให้ อบจ. มีอำนาจหน้าที่ในการ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพด้วยและให้จัดสรร งบประมาณสำหรับการดำเนินงานของ รพ.สต. ให้ กับ อบจ. โดยตรง

■ สรุป

ในช่วงแรกของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. พบว่างานบริการส่งเสริม สุขภาพช่องปาก มีการให้บริการที่ลดลงเมื่อเทียบ กับก่อนถ่ายโอนทั้งบริการทันตกรรมพื้นฐานและ บริการส่งเสริมป้องกันตามกลุ่มอายุ โดยเหตุผลที่ เกี่ยวข้องกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากที่ลดลง คือการขาดแคลนทันตภิบาล การปรับตัวกับสังกัดใหม่ การศึกษาระเบียบปฏิบัติ ต่างๆ รวมทั้งความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับระเบียบการ ปฏิบัติงานด้านทันตกรรมที่ต้องอยู่ในความ ควบคุมของทันตแพทย์ รพ.สต. ถ่ายโอนในบาง จังหวัด สามารถปรับตัวและมีการเปลี่ยนผ่านไป ได้อย่างดี โดยที่ปัจจัยสนับสนุนให้มีการจัดบริการ ได้ หรือมีการหยุดชะงักไม่นานนัก ได้แก่ การมี MOU ระหว่าง อบจ. และ สสจ. อย่างชัดเจน รวมทั้งมีผู้ประสานงานที่ทั้งสองฝ่ายรับฟังร่วมกันได้ สัมพันธภาพที่ดีของทั้งสองฝ่าย รวมทั้งการสื่อสาร ที่ชัดเจน และการมีข้อตกลงร่วมกัน ทำให้การจัด บริการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากของ รพ.สต. ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง และประชาชน

ไม่ได้รับผลกระทบมากนัก

■ ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข สื่อสารสร้างความร่วมมือกับ อบจ. ในการจัดทำแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับทุกช่วงวัย และแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านดูแลสุขภาพช่องปาก ให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการดำเนินงานประจำปีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีการจัดทำกรอบอัตรากำลังในโครงสร้างของหน่วยงาน กำหนดให้มีบุคลากรด้านสุขภาพช่องปาก ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ทันตแพทย์ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพช่องปาก ให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ข้อมูลร่วมกัน

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือในการผลิตนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ที่ตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่น เพื่อให้มีทรัพยากรกำลังด้านคนเพียงพอในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ผศ.ดร.เกษร สำเภาทอง จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และที่ปรึกษาโครงการ ทพ.ญ.ปิยะดา ประเสริฐสม ทพ.ญ.วรางคณา เวชวิธ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. วัฒนการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521 – พ.ศ. 2557). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
2. กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2564.
3. คณะกรรมการพัฒนางานสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2023/5/2365_6294.pdf
5. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2021/10/2321_6208.pdf
6. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://odloc.go.th/transfer/คู่มือแนวทางการดำเนินก/>

7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อมูลการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hsiu.hsri.or.th/>
8. กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย, ชนิตา เอกอัครรุ่งโรจน์, ชญาพัช ราชาดัน, เฉลียวลิณณู ประทุมสุวรรณ, ธนาบุตร เสรณ์โสภณ, ณชวิศ กิตติบรรดิฐ และคณะ. การศึกษาความพึงพอใจของทรัพยากรและงบประมาณของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการถ่ายโอนสู่ท้องถิ่นอย่างยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2024/09/hsri-journal-v18n1-p49-59.pdf>
9. สมรณี ไซติช่วงฉัตรชัย, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, ศรวณีย์ อวนศรี, วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, ธนินทร์ พัฒนศิริ, ศักดิธัช อิทธิพิสิฐ และคณะ. การประมวลสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจและองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปิงปงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ม.ย.-พ.ย. 2565) [อินเทอร์เน็ต]. มูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/13_LSM89EIJoPLWi6OcYrVw17xrW5xSc/view?usp=sharing
10. พูลพฤกษ์ ไสภรัตน์. ระบบงานทันตสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาสถานีอนามัยสันนาเม็ง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564;4(2): 108-18.
11. วิไลลักษณ์ ทิวารกภู. ความพึงพอใจและผลกระทบภายหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านทันตสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรก จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารแพทย์ เขต 4-5 2565;41(4):437-48.
12. Hakan K. & Fer S. CIPP evaluation model scale: Development, reliability and validity. Procedia Soc Behav Sci 2011;15:592-9.
13. Cochran WG. Sampling techniques 3rd Ed. New York: John Wiley & Sons; 1991.
14. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภากาชาดไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/dental2/n1057_eb33299040ea13026ae55229831bcd01_article_20161103152352.pdf
15. เชิดชาย ดวงมร. โครงการศึกษาสรุปบทเรียนและติดตามผลการพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา สถานีอนามัยบ้านโกรกสิงขร ตำบลด่านทับตะโก อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2460/hs1503.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
16. คณิดา นรัตถรักษา, ชีรเดช นรัตถรักษา, ปิยะ ศิริลักษณ์ และสุจินดา ศิริลักษณ์. การศึกษาหน้าที่และอำนาจของ อบจ. พิษณุโลก ในเรื่องการรับถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. พิษณุโลก กรณีศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิรูปกฎหมายและแก้ไขอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/1JB4tXZk9UjPuG_1fTz8JSgqWUNewKB57b/view

การศึกษาคุณภาพและความพึงพอใจต่อการจัดบริการ คลินิกเด็กสุขภาพดี ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 6

วสุรัตน์ พลอยล้วน*

กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย

สุธรรม นันทมงคลชัย*

ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ 7 พฤษภาคม 2568, วันแก้ไข 26 มิถุนายน 2568, วันตอบรับ 15 กรกฎาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความท้าทายในการดำเนินงานคลินิกเด็กสุขภาพดีของหนึ่งจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม โรงพยาบาล 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง เก็บข้อมูลจากผู้ให้บริการ 21 คน และผู้รับบริการ 70 คน โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแม่ผู้ให้บริการมากกว่าร้อยละ 80 จะดำเนินการตามมาตรฐาน แต่ยังคงพบช่องว่างในด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และการบริการที่ครบถ้วน โดยเฉพาะ ห้องตรวจร่างกาย เครื่องวัดความยาวและเครื่องวัดส่วนสูง และบริการต่างๆ เช่น การตรวจวัดสายตา การได้ยิน และวัดความดันโลหิต สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี บริการที่ไม่ได้รับบอ้ย คือ การเจาะเลือด ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สำหรับเด็กอายุ 3 – 5 ปี คือ การตรวจวัดสายตา ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และวัดความดันโลหิต มักจะไม่ได้รับบริการ ความพึงพอใจภาพรวมของผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.42) โดยเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับบริการได้รับคะแนนเชิงบวกมากที่สุด แต่เรื่องระยะเวลาการรอรับบริการและมุมส่งเสริมสุขภาพเป็นที่น่ากังวลอย่างยิ่ง ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ แนะนำให้หน่วยบริการสาธารณสุขจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีให้สอดคล้องกับตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ปรับปรุงเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และการอบรมเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ

คำสำคัญ: คลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ความพึงพอใจ คุณภาพ

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: tapewasurut@gmail.com, sutham.nan@mahidol.ac.th

The Study of Quality and Satisfaction with The Service Delivery of Well Child Clinic According to Maternal and Child Health Standards, Health Region 6

Wasurut Ployluan*

Maternal and Child Health Group, Health Promotion Center 6 Chonburi,
Department of Health

Sutham Nanthamongkolchai*

Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

Received 7 May 2025, Revised 26 June 2025, Accepted 15 July 2025.

Abstract

This descriptive research aimed to evaluate the service delivery, recipient satisfaction, and operational challenges of well child clinics in one province within a Thai 6 th health region, following national maternal and child health standards. Using random sampling, seven hospitals were selected: one general/regional hospital, two community hospitals, and four sub-district health promotion hospitals. Data were collected from 21 service providers and 70 service recipients. Through questionnaires and in-depth interviews. Results showed that while over 80% of providers adhered to standard practices, gaps remained in facility readiness and service completeness particularly in areas such as physical exam rooms, growth monitoring tools, and services like vision, hearing, and blood pressure checks. For children under two, common omissions included blood tests and iron supplementation; for those aged 3–5, vision testing, emotional development assessment, and blood pressure checks were frequently missed. Overall recipient satisfaction was high (average score 4.42), with cost rated most positively and wait times and child-friendly health promotion areas notes as key concerns. The study recommends aligning clinic operations with national guidelines, improving infrastructure, staffing, and ongoing staff training to enhance service quality.

Keywords: well child clinic, maternal and child health standards, satisfaction, quality

*Corresponding Author, e-mail: tapewasurut@gmail.com, sutham.nan@mahidol.ac.th

■ unuā

เด็กปฐมวัยเป็นวัยเริ่มต้นของชีวิตและการเจริญเติบโตในทุกด้าน เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงอายุ 6 ปี ซึ่งถือได้ว่าเป็นรากฐานที่สำคัญในอนาคต เด็กในช่วงวัยนี้มีอัตราการเจริญเติบโตและพัฒนาการสูง มีการเปลี่ยนแปลงทุกด้านอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และสติปัญญา

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ เป็นองค์กรหลักในการดำเนินการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health) ซึ่งเป็นงานบริการสุขภาพที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพประชากร ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการดูแลหลังคลอดต่อเนื่องถึงการให้การดูแลเด็กตามช่วงวัย รวมถึงการให้บริการการดูแลเด็กในช่วงปฐมวัย 0-5 ปี เพื่อให้ระบบบริการเป็นไปตามมาตรฐาน กรมอนามัยจึงได้กำหนดให้สถานพยาบาลมีการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก⁽²⁾ ทุก 3 ปี ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็กที่ต้องตามมาตรฐานโดยครอบคลุมการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบมาตรฐาน ดังนี้ 1) การนำองค์กร (Lead) 2) บริการฝากครรภ์คุณภาพ (Antenatal Care) 3) บริการห้องคลอดคุณภาพ (Labour Room) 4) บริการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดคุณภาพ (Postpartum Care) 5) บริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (Well Child Clinic) 6) บริการในหออภิบาลทารกแรกเกิดคุณภาพ (Neonatal Intensive Care Unit) 7) ชมรมจิตอาสาแม่และเด็ก (Club) 8) การประเมินโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกตาม

แนวทางบันได 10 ขั้น (Baby-friendly Hospital Initiative) ซึ่งสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กต้องผ่านทุกองค์ประกอบ คลินิกเด็กสุขภาพดีเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กที่มีการจัดบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ ได้แก่ การเฝ้าระวังพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการ การตรวจร่างกาย การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน เมื่อพบความผิดปกติตั้งแต่แรกเริ่ม จะได้รับการแก้ไข เพื่อให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการดีที่สุดตามศักยภาพ พ่อแม่และผู้ดูแลเด็ก ได้รับความรู้และทักษะการอบรมเลี้ยงดู การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความผิดปกติที่เป็นปัญหาต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก เฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรก และให้การรักษาทันที โดยมีการดำเนินงานตามแนวทางการจัดการบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี⁽³⁾ ตามประเด็นดังนี้ 1) กรอบแนวคิด นโยบาย เป้าหมาย และการพัฒนาคลินิกเด็กสุขภาพดี ที่นำเสนอเป็นลายลักษณ์อักษร 2) สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากรผู้ให้บริการเหมาะสม 3) การให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี 4) มีบริการเชิงรุกในชุมชน 5) มีระบบข้อมูลสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก และข้อมูลการส่งต่อเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพและพัฒนาการ

การศึกษาคุณภาพและความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อประเมินการได้รับบริการ การจัดการบริการ ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดการบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

โดยการตอบแบบสอบถามของพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในการจัดการบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการประกอบการพัฒนาแนวทางการจัดการบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี การกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานต่าง ๆ ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยไทยอย่างรอบด้านต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ประเมินการจัดการบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กของผู้ให้บริการ
2. ประเมินการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก
3. ประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีของผู้รับบริการ
4. ศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดการบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการศึกษา** เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลแบบผสมผสาน โดยเชิงปริมาณใช้การตอบแบบสอบถามและเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

● **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีและผู้รับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ที่ใช้ในการเลือกจังหวัดในเขตสุขภาพเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เมื่อได้จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพ นำมาเลือกกระดบโรงพยาบาลด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) ในเขตสุขภาพเลือก 1

จังหวัด ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลในจังหวัดนั้น โดยกำหนด ดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างให้เหมาะสมกับงานวิจัย

โดยทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มให้ข้อมูลปริมาณและเชิงคุณภาพ จำนวน 21 คน ผู้ให้บริการ คือ หัวหน้างานคลินิกเด็กสุขภาพดี และผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเด็กสุขภาพดี ปฏิบัติหน้าที่อย่างน้อย 1 เดือน โดยกำหนดให้หัวหน้างานไม่น้อยกว่า 1 คน/ผู้ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 2 คน แต่ละ 3 คน กลุ่มให้ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กหลักที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ดูแลเด็กไม่น้อยกว่า 6 เดือนขึ้นไปมารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี โดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel⁽⁴⁾ ด้วยความเชื่อมั่น 95% ใช้จำนวนผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีและเสนอแนะให้มีการปรับปรุงรูปแบบการจัดการบริการมากที่สุด ร้อยละ 20.44 จากข้อมูลการพัฒนาารูปแบบการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ในคลินิกเด็กดีของสถานอนามัยเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิจิตร ของโสภิต จำปาศักดิ์ และคณะ⁽⁵⁾ จำนวน 61 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีก 15% จึงใช้จำนวนตัวอย่างพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 70 คน จากนั้นจัดสรรจำนวนตัวอย่างแบบ Proportional Allocation แบ่งเด็กตามหน่วยบริการแต่ละ 10 คน กำหนดช่วงอายุเด็ก แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ อายุ 9 เดือน - 2 ปี (2 ปี 11 เดือน 29 วัน) จำนวน 5 คนต่อแหล่งบริการ และอายุ 3 - 5 ปี (5 ปี 11

เดือน 29 วัน) จำนวน 5 คน ต่อแหล่งบริการ

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี และแบบสัมภาษณ์การได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีสำหรับผู้ดูแลเด็ก อายุ 9 เดือน – 2 ปี และอายุ 3 – 5 ปี ประกอบด้วย การประเมินการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการรับบริการ

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์สำหรับผู้ให้บริการ แบ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มหัวหน้างานและปฏิบัติ งานในคลินิกเด็กสุขภาพดี ประกอบด้วย 5 ประเด็นปัญหา คือ ด้านการบริหารจัดการ ด้านสถานที่ในการให้บริการ ด้านเครื่องมือวัสดุ อุปกรณ์ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการ

การสร้างเครื่องมือมีผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาโครงการวิจัย 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กปฐมวัย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และนักวิชาการที่รับผิดชอบงานคลินิกเด็กสุขภาพดีของกรมอนามัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และนำแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้ให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีและผู้รับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี ณ จังหวัดจันทบุรี พัฒนาแบบสอบถามจนได้ฉบับสมบูรณ์ การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี เท่ากับ 0.92 แบบสอบถามการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีสำหรับผู้รับบริการสำหรับ

ผู้ดูแลเด็ก อายุ 9 เดือน – 2 ปี เท่ากับ 0.73 และอายุ 3 – 5 ปี เท่ากับ 0.79 และการประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี เท่ากับ 0.86 และ 0.87 ตามลำดับ

● **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ประเมินตนเองในการให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ประเมินการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก (ผู้รับบริการ) และความพึงพอใจผู้รับบริการต่อกิจกรรมบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นำเสนอโดยใช้การวิเคราะห์แบบสังเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามประเด็นที่กำหนด

● **ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย** ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2566

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 621/2566 วันที่ 3 กรกฎาคม 2566

■ ผลการศึกษา

1. ผู้ให้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดีเขตสุขภาพที่ 6 ตำแหน่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเด็กสุขภาพดี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 เป็นหัวหน้างานคลินิกเด็กสุขภาพดี/ผอ.รพ.สต./หัวหน้าหน่วยงาน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.5 เพศชาย ร้อยละ 9.5 อายุเฉลี่ย 39.5 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานที่คลินิกเด็กสุขภาพดีเฉลี่ย 7.9 ปี ผลการประเมิน

การให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี พบว่าส่วนใหญ่เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) สิ่งที่มีแต่ไม่ได้มาตรฐานหรือควรปรับปรุงมากที่สุด คือ ห้องตรวจร่างกาย/คัดกรองสุขภาพเด็ก/ตรวจพัฒนาการเด็ก มีเครื่องวัดความยาวสำหรับเด็กต่ำกว่า 2 ปี และเครื่องวัดส่วนสูงสำหรับเด็กอายุมากกว่า 2 ปี และมุมส่งเสริมสุขภาพ ในส่วนของบริการที่มีแต่ไม่ได้

มาตรฐานหรือสิ่งที่ควรปรับปรุง คือ การตรวจวัดสายตา (อายุ 3 – 4 ปี) ตรวจการได้ยิน (แรกเกิด – 3 เดือน) และวัดความดันโลหิต (อายุ 4 ปี) และบริการที่ไม่มีในคลินิกเด็กสุขภาพดี คือ การตรวจวัดสายตา (อายุ 3 – 4 ปี) ตรวจการได้ยิน (แรกเกิด – 3 เดือน) และวัดความดันโลหิต (อายุ 4 ปี) รายละเอียดดังตารางที่ 1

2. ผู้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีเขต

ตารางที่ 1 ร้อยละการให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก (n = 21)

มาตรฐาน	มีตาม มาตรฐาน	มี ไม่ได้มาตรฐาน/ สิ่งที่ควรปรับปรุง	ไม่มี
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. มีกรอบแนวคิด นโยบาย เป้าหมาย และการพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพเด็กดี ที่นำเสนอเป็นลายลักษณ์อักษร	100.0	–	–
2. สถานที่ให้บริการเหมาะสม			
2.1 ห้องตรวจร่างกาย/คัดกรองสุขภาพเด็ก/ตรวจพัฒนาการเด็ก	71.4	28.6	–
2.2 มุมส่งเสริมสุขภาพ ที่จัดเป็นสัดส่วนและมีสื่อแนะนำการใช้ประโยชน์จากมุมฯ อย่างครอบคลุมครบทุกองค์ประกอบ (โภชนาการ พัฒนาการ ฟัน)	85.7	14.3	–
3. กระบวนการให้ความรู้ตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่			
3.1 มีสถานที่ให้ความรู้	100.0	–	–
3.2 มีอุปกรณ์ สื่อการสอน/แผนการสอน	100.0	–	–
3.3 รูปแบบการให้ความรู้เป็นแบบมีส่วนร่วมใน 3 ขั้นตอน (ชั้นนำ ขึ้นสอนเนื้อหา ขึ้นสรุป)	85.7	9.5	4.8
3.4 มีการประเมินผลหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียน พ่อแม่	85.7	9.5	4.8
3.5 สามี และญาติ มีส่วนร่วม	90.4	4.8	4.8
4. วัสดุ อุปกรณ์			
4.1 อุปกรณ์ประเมินการเจริญเติบโต	100.0	–	–
4.2 มีเครื่องชั่งน้ำหนักมีความละเอียด 100 กรัม (0.1 กก.) หรือมีจุดศรนิยม 1 ตำแหน่ง และมีตุ้มมาตรฐาน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องชั่งน้ำหนัก	100.0	–	–
4.3 มีเครื่องวัดความยาว/ส่วนสูงมีความละเอียด 0.1 ซม. ตัวเลขเรียงต่อกัน และมีไม้ฉากสำหรับวัดค่าความยาว/ส่วนสูง รวมถึงเครื่องวัดความยาว สำหรับ เด็กต่ำกว่า 2 ปี และเครื่องวัดส่วนสูง สำหรับเด็กอายุมากกว่า 2 ปี	81.0	19.0	–
4.4 มีสายวัดรอบศีรษะ เป็นสายวัดที่ไม่ยืดไม่หด และสามารถโค้งงอแนบไปตามร่างกาย มีความกว้างประมาณ 0.6 – 1 ซม. มีความละเอียด 0.1 ซม. และตัวเลขเรียงกัน	100.0	–	–

ตารางที่ 1 ร้อยละการให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก (n = 21) (ต่อ)

มาตรฐาน	มีตาม มาตรฐาน	มี ไม่ได้มาตรฐาน/ สิ่งที่ควรปรับปรุง	ไม่มี
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
4.5 มีเครื่องมือประเมินพัฒนาการ	100.0	-	-
4.6 มีแปรงสีฟัน และยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ประกอบการสอน แบบลงมือปฏิบัติ (hand on)	100.0	-	-
5. การบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานบริการ			
5.1 มีสัดส่วนผู้ให้บริการ: ผู้รับบริการ 1:10 – 15 คน	100.0	-	-
5.2 ผู้ให้บริการมีความรู้หรือผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลเด็ก	100.0	-	-
5.3 มีการกำหนดวันให้บริการและประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการ รับทราบ	100.0	-	-
- รพท. อย่างน้อย 1 ครั้ง / สัปดาห์			
- รพศ. อย่างน้อย 1 ครั้ง / สัปดาห์			
- รพช. อย่างน้อย 2 ครั้ง / เดือน			
- รพ.สต. อย่างน้อย 1 ครั้ง / เดือน			
5.4 มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงของเด็กจากประวัติตั้งแต่ระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด	100.0	-	-
5.5 มีแนวทางการเฝ้าระวังติดตามดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง	100.0	-	-
5.6 มีการตรวจร่างกายเด็ก และตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
- ตรวจร่างกายทั่วไป	100.0	-	-
- ตรวจภาวะซีด (Hct/Hb) ในเด็กอายุ 6-12 เดือน และ 3-4 ปี	100.0	-	-
- วัดความดันโลหิต (อายุ 4 ปี)	76.2	19.0	4.8
- ตรวจการได้ยิน (แรกเกิด – 3 เดือน)	42.9	42.9	14.2
- ตรวจวัดสายตา (อายุ 3 – 4 ปี)	23.8	47.6	28.6
6. การให้บริการโภชนาการในเด็กทุกคน			
6.1 มีการประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กเป็นรายบุคคล	100.0	-	-
6.2 มีการจตุกราฟการเจริญเติบโต เป็นรายบุคคล ในสมุดบันทึก สุขภาพแม่และเด็ก	90.5	9.5	-
6.3 มีการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กทุกคน ตามช่วงอายุ	85.7	14.3	-
6.4 มีการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ทุกราย	100.0	-	-
6.5 มีการให้คำแนะนำทางโภชนาการตามภาวะการเจริญเติบโต ของเด็กเป็นรายบุคคล	100.0	-	-
7. การส่งเสริมพัฒนาการ			
7.1 มีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กทุกรายตามช่วงอายุ ที่มาบริการ	100.0	-	-

ตารางที่ 1 ร้อยละการให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก (n = 21) (ต่อ)

มาตรฐาน	มีตาม มาตรฐาน	มี ไม่ได้มาตรฐาน/ สิ่งที่ควรปรับปรุง	ไม่มี
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
7.2 มีการคัดกรองพัฒนาการเด็ก อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน	100.0	-	-
7.3 มีการให้การช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ตามแผนผังการดูแลเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 6 ปี ในคู่มือ DSPM/DAIM และคู่มืออื่นๆ เช่น TEDA4I	100.0	-	-
8. การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน			
8.1 มีการตรวจสุขภาพช่องปากและประเมินความเสี่ยงฟันผุโดยทันตบุคลากร/บุคลากรสาธารณสุข	100.0	-	-
8.2 มีการฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันให้เด็กแบบลงมือปฏิบัติ (hand on)	100.0	-	-
8.3 มีการทาฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงในกลุ่มเสี่ยง	100.0	-	-
9. มีการเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง	100.0	-	-
10. มีการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับวัคซีน	100.0	-	-
11. มีบริการเชิงรุกในชุมชน เช่น จัดบริการเคลื่อนที่หรือจัดนอกสถานที่, มีการจัดกิจกรรมรณรงค์/ประชาสัมพันธ์, มีนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหา, มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเด็กที่มีภาวะเสี่ยง/ไม่มาตามนัด	85.7	9.5	4.8
12. มีการส่งต่อข้อมูลสุขภาพและระบบการติดตามกลุ่มเป้าหมายโดยใช้กลไกของ อสม. หรืออื่นๆ ในชุมชน	100.0	-	-
13. มีข้อมูลและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก	100.0	-	-
14. มีการนำข้อมูลหรือตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานมาใช้เฝ้าระวังหรือวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงพัฒนาการ	100.0	-	-

สุขภาพที่ 6 ได้แก่ พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 9 เดือน - 2 ปี จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.4 เพศชาย ร้อยละ 8.6 อายุเฉลี่ย 33.5 ปี ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นแม่ ร้อยละ 82.8 เป็นพ่อ ร้อยละ 8.6 และเป็นยาย ร้อยละ 8.6 ในส่วนพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3 - 5 ปี จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 เพศชาย ร้อยละ 20.0 อายุเฉลี่ย 35.5 ปี ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นแม่ ร้อยละ 65.7 เป็นพ่อ ร้อยละ 20.0 เป็นยาย ร้อยละ 5.7 เป็นป้า ร้อยละ 5.7 และเป็น

ย่า ร้อยละ 2.9 ประเมินการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 9 เดือน - 2 ปี ส่วนใหญ่บริการที่ได้ครบถ้วนตามมาตรฐาน คือ การชักประวัติ, ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง/วัดความยาว, วัดคลื่นตามช่วงวัย บริการที่ไม่ได้รับตามมาตรฐาน คือ เจาะเลือด ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน และการตรวจพัฒนาการ และกลุ่มเด็กอายุ 3 - 5 ปี ส่วนใหญ่บริการที่ได้ครบถ้วนตาม

ตารางที่ 2 ร้อยละการได้รับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กของกลุ่มเด็กอายุ 9 เดือน – 2 ปี (n=35) และกลุ่มเด็กอายุ 3 – 5 ปี (n=35)

บริการที่ควรได้รับ	กลุ่มเด็กอายุ 9 เดือน – 2 ปี			กลุ่มเด็กอายุ 3 – 5 ปี		
	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ยังไม่ถึงช่วงวัย	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ยังไม่ถึงช่วงวัย
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การชักประวัติ	100.0	–	–	100.0	–	–
2. ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง/วัดความยาว	100.0	–	–	100.0	–	–
3. วัดรอบศีรษะ	100.0	–	–	–	–	–
4. ตรวจร่างกายทั่วไป	94.3	5.7	–	94.3	5.7	–
5. ตรวจระดับสายตา	–	–	–	8.6	88.5	2.9
5. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟัน	97.1	2.9	–	77.1	22.9	–
6. เจาะเลือด	74.3	25.7	–	71.4	28.6	–
7. วัดความดันโลหิต	–	–	–	51.4	45.7	2.9
8. คัดกรองออทิสติก	–	–	–	65.7	34.3	–
9. ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)	–	–	–	45.7	54.3	–
10. ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	80.0	20.0	–	91.4	8.6	–
11. วัดขึ้นตามช่วงวัย	100.0	–	–	100.0	–	–
12. กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่	82.9	17.1	–	88.6	11.4	–
13. การตรวจพัฒนาการ (DSPM/DAIM/Denver)	97.1	2.9	–	97.1	2.9	–

ตารางที่ 3 ร้อยละความพึงพอใจต่อการรับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (n=70)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ						
	Mean	S.D.	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ความพึงพอใจภาพรวม	4.42	0.75					
1. ขั้นตอนการให้บริการ	4.48	0.7	0.0	0.0	10.0	30.0	60.0
2. ระยะเวลาการให้บริการ	4.01	1.01	0.0	2.9	25.6	32.9	38.6
3. ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการ	4.32	0.79	0.0	1.4	18.6	30.0	50.0
4. อุปกรณ์และเครื่องมือ	4.54	0.61	0.0	1.4	4.3	37.1	57.2
5. มุมส่งเสริมสุขภาพ (พัฒนาการ/ฟัน/โภชนาการ)	4.18	1.11	8.6	4.3	22.9	28.6	35.6
6. การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่	4.31	0.75	0.0	1.4	5.7	38.6	54.3
7. การให้บริการของเจ้าหน้าที่	4.51	0.66	0.0	1.4	4.3	37.1	57.2
8. ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ	4.91	0.28	0.0	0.0	1.4	20.0	78.6
9. สถานที่มีความเหมาะสม	4.48	0.85	0.0	1.4	17.1	27.1	54.4

มาตรฐาน คือ การซักประวัติ, ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง/วัดความยาว, วัดคลื่นตามช่วงวัย และบริการที่ไม่ได้รับตามมาตรฐาน คือ ตรวจวัดสายตา ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) และวัดความดันโลหิต คัดกรองออทิสติก เจาะเลือดตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจพัฒนาการ รายละเอียดดังตารางที่ 2

3. ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีของผู้รับบริการ พบว่า มีคะแนนความพึงพอใจภาพรวมเฉลี่ย 4.42 จากคะแนนเต็ม 5 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พึงพอใจเรื่องค่าใช้จ่ายในการมารับบริการมากที่สุด ความพึงพอใจเฉลี่ย 4.91 รองลงมาคือ เรื่องอุปกรณ์และเครื่องมือ ความพึงพอใจเฉลี่ย 4.54 พึงพอใจเรื่องระยะเวลาการให้บริการน้อยที่สุด ความพึงพอใจเฉลี่ย 4.01 รองลงมาคือ เรื่องมุมส่งเสริมสุขภาพ (พัฒนาการ/ฟัน/โภชนาการ) ความพึงพอใจเฉลี่ย 4.18 รายละเอียดดังตารางที่ 3

4. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดการบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ผลการศึกษาของหัวหน้างานคลินิกเด็กสุขภาพดี/ผอ.รพ.สต./หัวหน้าหน่วยงานในหน่วยบริการ และผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเด็กสุขภาพดีในหน่วยบริการ จำนวน 21 คน พบลักษณะที่สำคัญ 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านที่ 1 การบริหารจัดการ พบปัญหาส่วนใหญ่คือ เรื่องบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเด็กสุขภาพดีไม่เพียงพอกับการให้บริการประชาชน ขาดการสนับสนุนเรื่องวิชาการ แนวทางปฏิบัติ สื่อในการทำงานที่คลินิกเด็กสุขภาพดี ดังจะเห็นได้จากคำถามดังต่อไปนี้

“บุคลากรไม่เพียงพอและมักจะมีปัญหาเรื่องการขอมูลวิชาการที่มีการอัปเดต อยากให้มี

การจัดอบรมเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน”

“ขาดบุคลากรเนื่องจากมีหลายงานบริการที่รอเจ้าหน้าที่ทำ”

“มีปัญหาเรื่องสื่อวิชาการความรู้ไม่เพียงพอกับความต้องการใช้งาน”

ด้านที่ 2 สถานที่ในการให้บริการ คลินิกเด็กสุขภาพดีส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสถานที่ให้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดียังไม่เป็นสัดส่วน มีการให้บริการอื่นร่วมด้วยในคลินิก

“สถานที่ไม่เป็นสัดส่วนและยังไม่ปลอดภัยเพียงพอ สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ฝนสาดเข้ามาและอากาศร้อน”

“พื้นที่ให้บริการยังไม่เป็นสัดส่วน ยังขาดมุมพัฒนาการและโภชนาการสำหรับให้ความรู้”

“สถานที่ให้บริการคับแคบไม่เป็นสัดส่วน ห้องหัตถการรวมทุกอย่าง ฉีดวัคซีน และเคลือบฟลูออไรด์”

ด้านที่ 3 เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ต่าง ๆ มีบางส่วนที่ยังขาดอุปกรณ์ตรวจพัฒนาการบางชิ้นเนื่องจากชำรุด สูญหาย และขาดที่วัดความยาวเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี

“ไม่เพียงพอ ขาดที่วัดความยาวเด็กทารก อยู่ระหว่างทำโครงการจัดซื้อ”

“อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ อุปกรณ์ตรวจพัฒนาการบางอย่างชำรุดตามอายุการใช้งาน”

“อยากให้มีการสนับสนุนอุปกรณ์พัฒนาการใหม่ เพราะส่วนใหญ่ชำรุด”

ด้านที่ 4 ผู้ให้บริการ ในคลินิกเด็กสุขภาพดี ผู้ให้บริการไม่เพียงพอกับการให้บริการประชาชนเนื่องจากมีการโอนย้ายและลาออกของผู้ให้บริการและขาดความรู้เรื่องในการทำงานที่คลินิก เช่น นมแม่ วัคซีน

“เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการให้บริการ

องค์ความรู้ในการปฏิบัติงานเพียงพอในการให้บริการ มีความรู้สึกที่ดีที่ได้ให้บริการกับเด็กและผู้ปกครอง ถ้าผู้รับบริการพึงพอใจเรารู้สึกดีไปด้วย”

“ขาดบุคลากรทันตสาธารณสุขเนื่องจากลาออกจากราชการ ทำให้ไม่มีบริการด้านนี้ เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมความรู้จาก สสจ. ทุกปี มีความรู้สึกพอใจในการปฏิบัติงานในคลินิกเด็กสุขภาพดี”

“จำนวนบุคลากรเพียงพอถ้าไม่ได้ไปราชการหรือประชุมในพื้นที่ ไม่ค่อยมีการจัดอบรมเพิ่มความรู้ ส่วนใหญ่จะมีแต่เรื่องนมแม่ ไม่มีการจัดอบรมข้อมูลอัปเดตเรื่องของวัคซีน”

ด้านที่ 5 ผู้รับบริการ ที่มาคลินิกเด็กสุขภาพดีส่วนใหญ่ไม่พบปัญหา แต่มีเรื่องความตระหนักในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก กรณีพ่อแม่ไม่ได้เลี้ยงลูกเอง ปู่ย่าตายายเป็นคนเลี้ยงจะไม่มี ความตระหนักในเรื่องพัฒนาการเด็ก

“ผู้รับบริการมีจำนวนมาก ผู้รับบริการรายใหม่จะไม่เข้าใจขั้นตอนเมื่อมารับบริการ และมีแรงงานต่างด้าวบ้าง เรื่องความตระหนัก ผู้ปกครองบางส่วนไม่ติดตามพัฒนาการลูก เจ้าหน้าที่ต้องติดตามสอบถามซ้ำ”

“ผู้รับบริการจำนวนเยอะมาก เข้าใจขั้นตอนในการรับบริการ แต่ยังไม่ค่อยมีความตระหนักในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก ไม่มีปัญหาเรื่อง การเข้าถึงบริการ แต่มีผู้รับบริการนอกเขตมาจากที่อื่นบ้างและไม่มีผู้รับบริการมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง”

“จำนวนผู้รับบริการมากพอสมควร เมื่อต้องคีย์ข้อมูลในระบบด้วยทำให้เกิดความล่าช้าต่อผู้รับบริการ เรื่องผู้รับบริการไม่เข้าใจขั้นตอนการบริการมีบางส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยเข้าใจ เรื่องความตระหนักในการเฝ้าระวัง

พัฒนาการเด็กในกลุ่มผู้ปกครองที่อายุน้อยกว่า 35 ปี จะมีความใส่ใจในการกระตุ้นพัฒนาการ แต่ถ้าอายุมากกว่า 35 ปี ที่ผู้ปกครองเป็นผู้สูงอายุ ตายาย ปู่ ย่า จะไม่ติดตามพัฒนาการ ด้านการไม่สามารถเข้าถึงบริการ ผู้รับบริการข้ามเขต/นอกเขต ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ผู้รับบริการไม่มีปัญหา”

■ อภิปรายผล

1. การประเมินการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กของผู้ให้บริการ 5 ด้าน พบว่าด้านกรอบแนวคิดนโยบาย เป้าหมายการพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพเด็กดี และด้านระบบข้อมูลสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก และข้อมูลการส่งต่อเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพและพัฒนาการมีการดำเนินงานตามมาตรฐานทุกแห่ง สิ่งที่มีแต่ไม่ได้มาตรฐานหรือควรปรับปรุงมากที่สุด คือ ห้องตรวจร่างกาย/คัดกรองสุขภาพเด็ก/ตรวจพัฒนาการเด็ก เครื่องวัดความยาวสำหรับเด็กต่ำกว่า 2 ปี และเครื่องวัดส่วนสูงสำหรับเด็กอายุมากกว่า 2 ปี และมุมส่งเสริมสุขภาพที่จัดเป็นสัดส่วน สอดคล้องกับการประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 2⁽⁶⁾ ที่พบปัญหาด้านสถานที่ให้บริการ สถานที่ค่อนข้างคับแคบ ไม่เป็นสัดส่วน ยังไม่เป็นพื้นที่คลินิก WCC โดยเฉพาะ ในส่วนของบริการที่มี แต่ไม่ได้มาตรฐานหรือสิ่งที่ควรปรับปรุง คือ การตรวจวัดสายตา (อายุ 3 – 4 ปี) ตรวจการได้ยิน (แรกเกิด – 3 เดือน) และวัดความดันโลหิต (อายุ 4 ปี) และบริการที่ไม่มีในคลินิกเด็กสุขภาพดี คือ การตรวจวัดสายตา (อายุ 3 – 4 ปี) ตรวจการได้ยิน (แรกเกิด – 3 เดือน) และวัดความดันโลหิต (อายุ 4 ปี) สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและ

การป้องกันโรคสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ในคลินิกเด็กดีของสถานอนามัยเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิจิตร⁽⁵⁾ ที่กล่าวว่า การจัดบริการตามมาตรฐาน กรมอนามัย ต้องประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของสถานอนามัย เช่น การตรวจหาความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง หากสถานบริการไม่พร้อม ให้ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย การตรวจวัดสายตาและการตรวจพัฒนาการตามช่วงวัย สามารถดำเนินการที่บ้านและศูนย์เด็กเล็ก แสดงให้เห็นว่านโยบายเกี่ยวกับการจัดการบริการคลินิกเด็กสุขภาพดียังไม่ชัดเจน และไม่มีการดำเนินงานจริงจังกตามแนวทางการจัดการบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ซึ่งจะส่งผลให้เด็กเสียโอกาสในการได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน ตรวจระดับสายตาที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต

2. การประเมินการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า บริการที่ผู้ดูแลหลักของเด็กที่ได้รับบริการครบถ้วนทุกสถานบริการ คือ การชักประวัติ, ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง/วัดความยาว, วัดรอบศีรษะ, วัดขึ้นตามช่วงวัย และบริการที่ไม่ได้รับตามมาตรฐานมากที่สุดในกลุ่มเด็กอายุ 9 เดือน – 2 ปี คือ เจาะเลือด ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในเด็ก ในกลุ่มเด็ก 3 – 5 ปี คือ การตรวจวัดสายตา ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) และวัดความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับเด็กแรกเกิด – 5 ปี และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของเด็กภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า บริการส่วนใหญ่ที่ได้รับคือ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และรับวัคซีน ส่วนการประเมินพัฒนาการได้รับคำแนะนำในการเลี้ยงดูบุตร และการ

ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการยังมีน้อยกว่า และมีความพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับมาก ดังนั้นกรมอนามัยควรเร่งพัฒนาระบบการบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีในหน่วยบริการสาธารณสุขให้ได้ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับบริการตามสิทธิ

3. การประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการภาพรวมเฉลี่ย 4.48 อยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่องค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ แต่เรื่องที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือ ระยะเวลาการให้บริการ และมุมส่งเสริมสุขภาพ (พัฒนาการ/ฟัน/โภชนาการ) สอดคล้องกับประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 2⁽⁶⁾ ที่พบว่า เรื่องที่ผู้รับบริการพึงพอใจมากที่สุดคือ ค่าบริการ เนื่องจากผู้รับบริการไม่ต้องจ่ายค่าบริการแต่อย่างใด ร้อยละ 93.9 แสดงให้เห็นว่าบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจต่อบริการดูแลสุขภาพที่คลินิกเฉพาะทางเด็กของศูนย์ส่งต่อแห่งชาติในมาเลเซีย⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ดูแลเด็กมีความพึงพอใจน้อยที่สุดกับเวลาในการรอรับบริการและมีกังวลว่าบริการจะไม่ได้รับตามเวลาที่ระบุไว้ ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขควรมีการปรับปรุงขั้นตอนการจัดบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีให้มีความรวดเร็วมากขึ้น เพื่อลดระยะเวลาการรับบริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจได้

4. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี พบปัญหาด้านการบริหารจัดการขาดการสนับสนุนเรื่องวิชาการและ

สื่ออุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน ด้านสถานที่ในการให้บริการไม่เป็นสัดส่วน สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ไม่มีมุมส่งเสริมสุขภาพสำหรับให้ความรู้ผู้รับบริการ ด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ในคลินิกเด็กสุขภาพดีมีบางส่วนที่อุปกรณ์ชำรุด ไม่มีเครื่องมือตรวจ อุปกรณ์ประเมินพัฒนาการเด็กไม่ครบ ด้านผู้ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอในบางแห่งที่มีการย้าย ลาออก ขาดแคลนทันตบุคลากร ด้านผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยตายายยังขาดความตระหนักในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก ส่วนใหญ่ให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก สอดคล้องกับประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 2⁽⁶⁾ ที่พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เรื่องเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานขาดแคลนมีจำนวนน้อย และไม่เพียงพอ ขาดแคลนเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานต่างๆ สำหรับให้บริการ ขาดเครื่องมือตรวจพิเศษประเภทต่างๆ ขาดชุดตรวจพัฒนาการเด็ก ขาดเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กและวิตามิน ขาดของเล่นเสริมพัฒนาการประเภทต่างๆ ขาดสื่อและเอกสารความรู้ต่างๆ เพื่อให้ผู้ศึกษา สถานที่ให้บริการค่อนข้างคับแคบ ไม่เป็นสัดส่วน ไม่เป็นพื้นที่คลินิกเด็กสุขภาพดีโดยเฉพาะ ดังนั้นผู้บริหารหน่วยงานควรมีการเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกเด็กสุขภาพดี ทำการสำรวจความต้องการและสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ในคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล และกรมอนามัยควรสร้างความรอบรู้ในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ดูแลเด็กได้แก่พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการที่จะส่งผลต่อเด็กในอนาคตผ่านช่องทางสื่อต่างๆ รวมทั้งชมรมผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วย

■ ข้อเสนอแนะ

1. สถานบริการสาธารณสุขควรปรับปรุงระบบบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีให้เป็นไปตามมาตรฐานทุกแห่งโดยเฉพาะเรื่องความเหมาะสมของสถานที่ ความครบถ้วนของบริการ ได้แก่ การเจาะเลือดตรวจภาวะซีด การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก การตรวจวัดสายตา และการวัดความดันโลหิต เพื่อให้เด็กได้รับบริการที่ครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์

2. กรมอนามัยควรผลิตชุดสื่อความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กแต่ละช่วงวัยและแจกจ่ายให้กับสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กใช้ในระหว่างรอรับบริการที่มุมส่งเสริมสุขภาพที่คลินิกเด็กสุขภาพดี รวมถึงการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กสุขภาพดีในการตรวจคัดกรองสุขภาพตามแนวทางดูแลเด็กวัย 0-5 ปี มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขและราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2564

3. สถานบริการสาธารณสุขควรจัดซื้อเครื่องมือตรวจคัดกรองสุขภาพ เช่น แผ่นทดสอบระดับสายตา Snellen Chart เครื่องวัดความยาว/ส่วนสูง และชุดตรวจพัฒนาการเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการตรวจคัดกรองทุกราย

4. ควรมีการศึกษาคุณภาพและความพึงพอใจต่อการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อประเมินการจัดบริการรวมถึงปัญหาและอุปสรรคในดำเนินงานคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานบริการสาธารณสุขในภาพประเทศ

■ กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ที่ให้การสนับสนุน

โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล
ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขต
สุขภาพที่ 6 ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ

ขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย
ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. วิสัยทัศน์และพันธกิจ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://anamai.moph.go.th/th/mission-vision>
2. กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน การเยี่ยมประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล และเครือข่ายระดับจังหวัด. ใน: พิระยุทธ สาณกุล. การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด; 19 ธันวาคม 2565; โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2565 หน้า 2-14.
3. กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก. คู่มือแนวทางการจัดการบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ; 2565.
4. Daniel WW, Cross LC. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. United States of America: John Wiley & Sons; 2013.
5. โสภิต จำปาศักดิ์, เสาวรส ฉันทธรรมสกุล, จิตาภรณ์ เรืองเรือง. การพัฒนารูปแบบการจัดการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ในคลินิกเด็กดีของสถานอนามัยเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิจิตร. วารสารกรมการแพทย์ 2561;6(1):30-7.
6. เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, สมชาย สิริวิริย์กุล. การประเมินผลโครงการจัดการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
7. ประดิษฐ์ สุขฉายา, ศรีมหา นิยมคำ, อมรรัตน์ งามสวย. การจัดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กแรกเกิด - 5 ปี และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของเด็กภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1370?locale-attribute=th>
8. Selvarajah TM, Yamamoto E, Saw Y, Kariya T, Hamajima N. Satisfaction with health care services at the pediatric specialist clinic of the national referral center in Malaysia: cross-sectional study of caregivers' perspectives. JMIRx Med 2022;3(2):e33025.

HEALTH

การประเมินผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ในหน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย

กชธนาณัติ โพธิมา*

อัจฉราภา กลิ่นสุวรรณ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 20 เมษายน 2568, วันแก้ไข 7 กรกฎาคม 2568, วันตอบรับ 5 สิงหาคม 2568.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเมินผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย กลุ่มตัวอย่าง 59 คน ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่กรมอนามัย 50 คน และ 2) ผู้บริหาร 9 คน โดยใช้แนวคิดการประเมินผลตามรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ผลการศึกษา ดังนี้ 1) ด้านบริบท กิจกรรมมีความสอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและความต้องการของหน่วยงาน ทำให้เกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์และการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน แต่สิ่งที่สำคัญคือการปรับปรุงกิจกรรมให้น่าสนใจรวมถึงความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม 2) ด้านปัจจัยนำเข้า การสนับสนุนด้านข้อมูลและอุปกรณ์เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการเริ่มต้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ แต่การขาดงบประมาณอาจส่งต่อการขับเคลื่อนกิจกรรมได้ 3) ด้านกระบวนการ การวางแผนการดำเนินกิจกรรมโดยการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จซึ่งส่งผลต่อรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมรวมถึงการติดตามพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ และ 4) ด้านผลผลิต การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ (น้ำหนักที่ลดลง รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต) มีแนวโน้มที่ดีขึ้น เนื่องจากได้รับการกระตุ้นจากกิจกรรมด้านโภชนาการและกิจกรรมการออกกำลังกายของแต่ละหน่วยงาน แต่ยังจำเป็นต้องปรับกิจกรรมเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินงาน ซึ่งความพึงพอใจนี้จะเป็ปัจจัยที่เสริมให้กิจกรรมมีความต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะ หน่วยงานควรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และเพิ่มการประสานงานความร่วมมือ เพิ่มการจัดสรรงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม พร้อมทั้งการปรับปรุงกระบวนการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อสร้างความยั่งยืนในโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยการพัฒนาศักยภาพและการเตรียมพร้อมสำหรับอนาคต

คำสำคัญ: ประเมินผล ส่งเสริมสุขภาพ วัยทำงาน รูปแบบชิปปี้

* ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล : kotthananat@gmail.com

Evaluation of the implementation of health promotion for working-age in the central agencies under the Department of Health

Kotthananat Pothima*

Atcharapa Klinsuwan

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Received 20 April 2025, Revised 7 July 2025, Accepted 5 August 2025.

Abstract

This study aimed to evaluate the implementation of workplace health promotion programs for working-age personnel within the central departments of the Department of Health. A total of 59 participants were selected, comprising 50 Department of Health staff and 9 executives. The evaluation was conducted using the CIPP Model, which includes four components: Context, Input, Process, and Product. 1) Context: The health promotion activities aligned with national health policies and the specific needs of the organization. This alignment contributed to a clearer understanding of the program objectives and enabled the design of activities that were appropriate to the organizational context. However, enhancing the appeal and continuity of the activities was identified as essential for maintaining engagement. 2) Input: Information and equipment support played a vital role in initiating behavior change for better self-care practices. Nonetheless, insufficient budget allocation emerged as a potential barrier to the implementation and sustainability of the activities. 3) Process: Participatory planning and implementation were key success factors. Involving personnel in the planning process positively influenced the program structure and enabled effective monitoring of health behaviors and conditions. This participatory approach also fostered motivation among staff to engage with the activities. 4) Product: Improvements in health indicators—such as reductions in weight, waist circumference, body mass index (BMI), and blood pressure—were observed. These positive trends were attributed to nutrition and physical activity initiatives conducted by each department. However, further refinement of the activities is needed to increase participant satisfaction, which is crucial for long-term program continuity. Recommendations: The organization should enhance supportive environments for health promotion, strengthen interdepartmental collaboration, allocate appropriate budgets and materials, and improve supervision and evaluation mechanisms. These efforts will contribute to the sustainability of health promotion initiatives through effective resource development and future readiness.

Keywords: Evaluation, Health promotion, working-age, CIPP Model

* Corresponding Author, e-mail : kotthananat@gmail.com

■ unna

ในประเทศไทยมีประชากรวัยทำงาน อายุ 15–59 ปี ที่เป็นวัยแรงงานประมาณ 40.61 ล้านคน โดยมีจำนวนผู้มีงานทำ 39.68 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป⁽²⁾ พบว่า มีอัตราป่วยของโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.5 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 ภาวะอ้วน ร้อยละ 42.2 และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 23.5 ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ควรกินผัก 400 กรัมต่อวันหรือวันละ 5 ทัพพี เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ลดโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 31 โรคเส้นเลือดสมองตีบ ร้อยละ 19 กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.6 และภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1⁽³⁾ และการนอนหลับที่ไม่เพียงพอของผู้ใหญ่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน 1.55 เท่า และนอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมง เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 1.48 เท่า แต่ถ้านอนเพิ่มขึ้นทุกๆ 1 ชั่วโมงจะช่วยลดดัชนีมวลกาย (BMI) 0.35 kg/m² ทั้งนี้ จากรายงานประจำปีระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม⁽⁴⁾ พบว่า พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของวัยทำงาน อายุ 25–59 ปี ในปี 2564–2566 มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ร้อยละ 45.0 43.4 และ 40.5 ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การกินผักวันละ 5 ทัพพี ตั้งแต่ 4 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป 2) การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ขึ้นไป 3) การนอนวันละ 7–9 ชั่วโมง ตั้งแต่ 3 วันต่อ

สัปดาห์ขึ้นไป และ 4) การแปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์นานอย่างน้อย 2 นาทีทุกวัน

ผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมอนามัยส่วนกลาง ในปี 2567 พบว่า อัตราป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 1.28 กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.65 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.81 ระดับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 10.74 และโรคอ้วน ร้อยละ 35.55 (อ้วนอันตรายระดับ 1 ร้อยละ 21.23 และอ้วนอันตรายระดับ 2 ร้อยละ 14.32) และภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 47.95 จากผลการตรวจสุขภาพดังกล่าว จึงได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่กรมอนามัยส่วนกลาง โดยกำหนดให้มีผู้นำสุขภาพของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งมีบทบาท ดังนี้ 1) สื่อสารและประสานงานภายในหน่วยงาน 2) จัดกิจกรรมในหน่วยงาน ได้แก่ กิจกรรมด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย หรือกิจกรรมอื่นๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละหน่วยงาน 3) ส่งผลการจัดกิจกรรมมายังทีมผู้วิจัย และทีมผู้วิจัยมีบทบาท ดังนี้ 1) ชี้แจงนโยบายและสนับสนุนแนวทางการจัดกิจกรรมภายในหน่วยงาน 2) กำหนดช่วงเวลาการตรวจสุขภาพ 3) ติดตาม ประมวลผล และวิเคราะห์ผลสุขภาพ

ด้วยแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเพื่อยกระดับสาธารณสุขไทย แข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง ด้านที่ 3 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพทุกมิติเพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (NCDs) และกรมอนามัยได้กำหนดนโยบาย 4H for a Healthy Future โดยนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ คือ ด้านที่ 4 HEALTHY : Organization driving

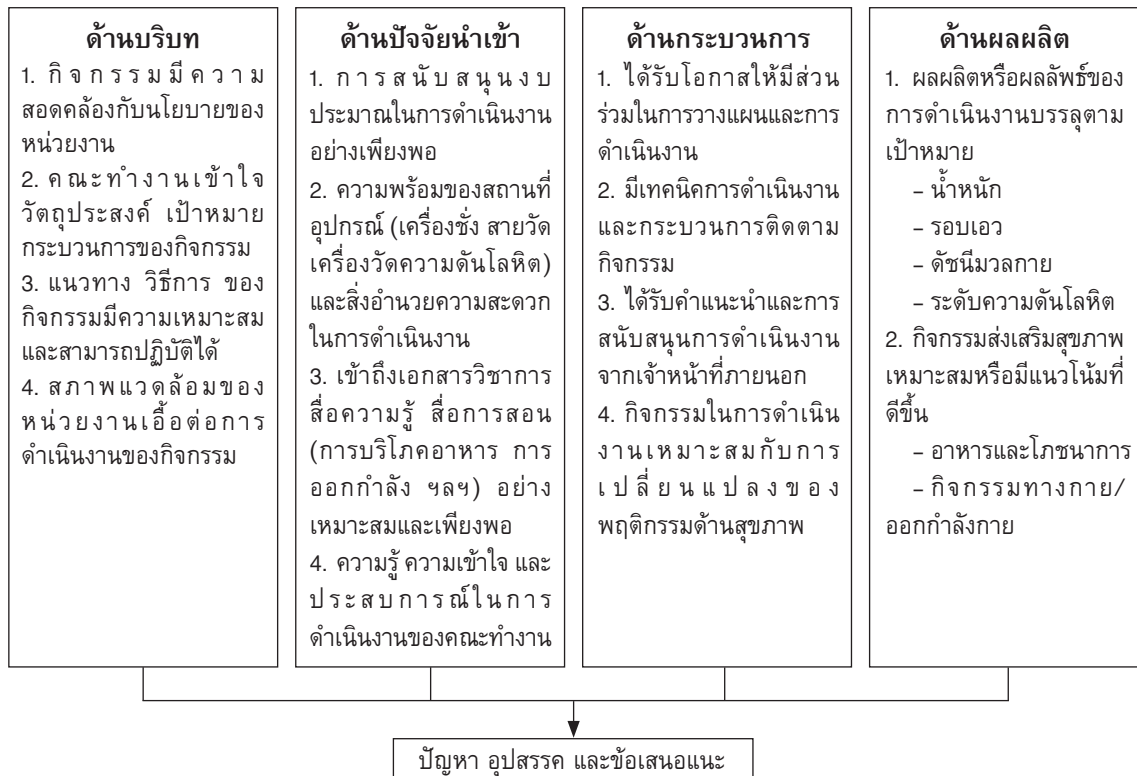
innovation เสริมสร้างองค์กรเข้มแข็ง พัฒนาบุคลากร และนวัตกรรมเพื่ออนาคต วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากำลังคนกรมอนามัยให้แข็งแรงทั้งกายและใจและเร่งสร้างนวัตกรรมเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มอนามัยวัยทำงานมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน จึงได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายหรือสนับสนุนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ ดังนั้น หน่วยงานส่วนกลางควรเป็นตัวอย่างและเป็นต้นแบบการดำเนินงานให้กับหน่วยงานอื่นๆ และประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานต่อไป

ดังนั้นเพื่อประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลางสังกัดกรมอนามัย จึงได้ดำเนินการประเมินผลโดยใช้การประเมินรูปแบบซีพีพี (CIPP Model) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานและปัญหา อุปสรรค เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย
2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค ของการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การออกแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบประเมินผล (Evaluation Research) การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลาง กรมอนามัย ด้วยรูปแบบการประเมิน CIPP Model ดำเนินการศึกษาในเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยประชากรที่ศึกษา คือ 1) ระดับผู้บริหารสำนัก/กอง หน่วยงานส่วนกลาง กรมอนามัย เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจงจากหน่วยงานที่ได้รับรางวัล จำนวน 9 คน คือ หน่วยงานที่ได้รับรางวัลองค์กรแห่งความสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสัมภาษณ์แนวทางการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานภายในหน่วยงาน และ 2) บุคลากร หน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย จำนวน 50 คน ที่ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสูตรสำเร็จ และจัดทำหนังสือขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม พร้อมประสานงานผู้นำสุขภาพเพื่อประชาสัมพันธ์การร่วมตอบแบบสอบถามให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ซึ่งเป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลาง กรมอนามัย สำหรับบุคลากรหน่วยงานส่วนกลาง กรมอนามัย จำนวน 50 คน และชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลาง กรมอนามัย สำหรับระดับผู้บริหารสำนัก/กอง หน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย จำนวน 9 คน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนที่จะนำไปสอบถามกลุ่มตัวอย่าง และนำผล

การประเมินมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence : IOC) ของแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการหาค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.97

● การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ผลโดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการประเมินผลแนวทางการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย วิเคราะห์ผลโดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อสรุปข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามโดยวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปเป็นความเรียง

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย ไปรับรองโครงการ 799/2567 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2568

■ ผลการศึกษา

1. ผลการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย

1.1) ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลาง กรมอนามัย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานส่วนกลาง กรมอนามัย จำนวน 50 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72 และเพศชาย ร้อยละ 28 อายุอยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 42 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่หน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย จำนวน 50 คน

ข้อมูล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	14	28
หญิง	36	72
รวม	50	100
2. อายุ		
21 – 30 ปี	11	22
31 – 40 ปี	21	42
41 – 50 ปี	10	20
51 – 60 ปี	8	16
รวม	50	100
3. ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา หรือ ต่ำกว่า	3	6
ปริญญาตรี	31	62
สูงกว่าปริญญาตรี	16	32
รวม	50	100
4. ประเภทตำแหน่ง		
สายงานวิชาการ	25	50
สายงานสนับสนุน	25	50
รวม	50	100

คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 62 และประเภทตำแหน่ง สายงานวิชาการและสายงานสนับสนุนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 (ตารางที่ 1)

ผลการวิเคราะห์ตามแบบสอบถาม พบว่า 1) ด้านบริบท มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.87 (S.D. = 0.82) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ คณะทำงาน เข้าใจวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กระบวนการของ กิจกรรม ($\bar{X}$ = 3.94, S.D. = 0.74) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ แนวทาง วิธีการ ของกิจกรรมมีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้ ($\bar{X}$ = 3.80, S.D. = 0.90) (ตารางที่ 2) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.81 (S.D. = 0.92)

โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความพร้อมของ สถานที่ อุปกรณ์ (เครื่องชั่ง สายวัด เครื่องวัด ความดันโลหิต) และสิ่งอำนวยความสะดวกในการ ดำเนินงาน ($\bar{X}$ = 3.92, S.D. = 0.97) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ ($\bar{X}$ = 3.64, S.D. = 0.96) (ตารางที่ 3) 3) ด้านกระบวนการ พบว่า มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.70 (S.D. = 0.96) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วม ในการวางแผนและการดำเนินงาน ($\bar{X}$ = 3.74, S.D. = 0.94) และกิจกรรมใน การดำเนินงาน เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้าน

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ด้านบริบทของแบบสอบถาม

ด้านบริบท	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
1. กิจกรรมมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน	3.90	0.76	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
2. คณะทำงานเข้าใจวัตถุประสงค์เป้าหมาย กระบวนการของกิจกรรม	3.94	0.74	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
3. แนวทาง วิธีการ ของกิจกรรม มีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้	3.80	0.90	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
4. สภาพแวดล้อมของหน่วยงานเอื้อต่อการดำเนินงานของกิจกรรม	3.84	0.87	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
ค่าเฉลี่ยรวม	3.87	0.82	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ด้านปัจจัยนำเข้าของแบบสอบถาม

ด้านปัจจัยนำเข้า	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
1. การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ	3.64	0.96	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
2. ความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ (เครื่องจักร สายวัด เครื่องวัดความดันโลหิต) และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน	3.92	0.97	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
3. เข้าถึงเอกสารวิชาการ สื่อความรู้ สื่อการสอน (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ฯลฯ) อย่างเหมาะสมและเพียงพอ	3.80	0.93	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
4. ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการดำเนินงานของคณะทำงาน	3.86	0.83	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
ค่าเฉลี่ยรวม	3.81	0.92	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม

สุขภาพ ($\bar{X} = 3.74$, S.D. = 0.99) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่ภายนอก

($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.99) (ตารางที่ 4) และ 4) ด้านผลผลิต มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.77 (S.D. = 0.85) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ด้านกระบวนการของแบบสอบถาม

ด้านกระบวนการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
1. ได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินงาน	3.74	0.94	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
2. มีเทคนิคการดำเนินงาน และกระบวนการติดตามกิจกรรม	3.70	0.93	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
3. ได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่ภายนอก	3.62	0.99	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
4. กิจกรรมในการดำเนินงานเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้านสุขภาพ	3.74	0.99	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
ค่าเฉลี่ยรวม	3.70	0.96	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ด้านผลผลิตของแบบสอบถาม

ด้านผลผลิต	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
1. ผลผลิตหรือผลลัพธ์ของการดำเนินงาน (น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต)	3.76	0.85	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
2. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (กิจกรรมอาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย)	3.78	0.86	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม
ค่าเฉลี่ยรวม	3.77	0.85	มาก	$\bar{X} = 3.41-4.20$ S.D. ≤ 1.0	เหมาะสม

1.2) ข้อมูลผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างการประเมินผลแนวทางการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากระดับผู้บริหารสำนัก/กอง หน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจงคือหน่วยงานที่ได้รับรางวัล จำนวน 9 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 และเพศชาย ร้อยละ

33.33 อายุอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 66.67 ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 88.89 และประสบการณ์ในการบริหารระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 55.56 ซึ่งประสบการณ์ในการบริหารระหว่าง 6 – 10 ปี และ 10 ขึ้นไป เท่ากันคือ ร้อยละ 22.22 (ตารางที่ 6)

ผลการวิเคราะห์การสัมภาษณ์ พบว่า 1) ด้านบริบท มีความคิดเห็นดังนี้ หน่วยงาน

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของระดับผู้บริหารสำนัก/กอง หน่วยงาน ส่วนกลาง กรมอนามัย จำนวน 9 คน

ข้อมูล	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง (n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	3	33.33
หญิง	6	66.67
รวม	9	100
2. อายุ		
41 – 50 ปี	3	33.33
51 – 60 ปี	6	66.67
รวม	9	100
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	1	11.11
สูงกว่าปริญญาตรี	8	88.89
รวม	9	100
4. ประสบการณ์ในการบริหาร		
1 – 5 ปี	5	55.56
6 – 10 ปี	2	22.22
10 ขึ้นไป	2	22.22
รวม	9	100

ดำเนินการและตั้งเป้าหมาย ให้สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความตระหนักให้มีสุขภาพที่ดี จัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับนโยบาย เช่น การกระตุ้นให้ออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการตรวจสุขภาพ ดำเนินการกระตุ้นให้ออกกำลังกาย เช่น การยืดเหยียดระหว่างช่วงพัก ความสำคัญของการบริโภคอาหาร เช่น เมนูสุขภาพ ไม่มีน้ำตาล นอกจากนี้ กิจกรรมควรครอบคลุมด้านการยศาสตร์และสุขภาพช่องปาก และทั้งนี้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานมีความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับที่ดี จึงให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนความรู้ กิจกรรมภายในหน่วยงาน (ตารางที่ 7) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า

มีความคิดเห็นดังนี้ กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่ไม่ใช้งบประมาณ เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การยืดเหยียดร่างกายภายในหน่วยงาน ระยะเวลาของกิจกรรมเหมาะสม เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่สามารถให้เห็นผลของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพได้ แต่อาจจะจำเป็นต้องทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรม จะเป็นอุปกรณ์ที่มีอยู่ภายในหน่วยงาน เช่น การเปิดลำโพงเพื่อเต้นแอโรบิก กิจกรรมยืดเหยียด (ตารางที่ 8) 3) ด้านกระบวนการ มีความคิดเห็นดังนี้ หน่วยงานต้องมีการสื่อสารผ่านการประชุมของหน่วยงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบเรื่องอย่างทั่วถึง และเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม เช่น การ

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ด้านบริบทของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

ด้านบริบท	จำนวน (ร้อยละ)	ความคิดเห็นด้านบริบท
1. แนวทางการดำเนินงานและเป้าหมายมีความสอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร สอดคล้อง ไม่สอดคล้อง	9 (100%) 0	หน่วยงานดำเนินการและตั้งเป้าหมาย ให้สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความตระหนักให้มีสุขภาพที่ดี จัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับนโยบาย เช่น การกระตุ้นให้ออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการตรวจสุขภาพ
2. การส่งเสริมสุขภาพมีความเหมาะสมกับความต้องการของหน่วยงานหรือไม่ อย่างไร เหมาะสม ไม่เหมาะสม	9 (100%) 0	หน่วยงานได้ดำเนินการกระตุ้นให้ออกกำลังกาย เช่น การยืดเหยียดระหว่างช่วงพัก ความสำคัญของการบริโภคอาหาร เช่น เมนูสุขภาพ ไม่มีน้ำอัดลม นอกจากนี้กิจกรรมควรครอบคลุมด้านกายศาสตร์และสุขภาพช่องปาก
3. หน่วยงานมีความพร้อมในการดำเนินงาน เช่น ความเข้าใจความร่วมมือของบุคลากร หรือไม่ อย่างไร พร้อม ไม่พร้อม	9 (100%) 0	เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานมีความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ ด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับที่ดี จึงให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนความรู้กิจกรรมภายในหน่วยงาน

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ด้านปัจจัยนำเข้าของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

ด้านปัจจัยนำเข้า	จำนวน (ร้อยละ)	ความคิดเห็นด้านบริบท
1. มีการจัดสรรงบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร จัดสรรงบประมาณ ไม่มีการจัดสรรงบประมาณ	1 (11.11%) 8 (88.89%)	กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่ไม่ใช้งบประมาณ เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การยืดเหยียดร่างกายหรือการเต้นภายในหน่วยงาน
2. ระยะเวลาในการดำเนินงานเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร เหมาะสม ไม่เหมาะสม	9 (100%) 0	ระยะเวลาของกิจกรรมเหมาะสม เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่สามารถให้เห็นผลของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพได้ แต่อาจจะจำเป็นต้องทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
3. หน่วยงานมีความพร้อมด้านงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์หรือไม่ อย่างไร พร้อม ไม่พร้อม	1 (11.11%) 8 (88.89%)	อุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรม จะเป็นอุปกรณ์ที่มีอยู่ภายในหน่วยงาน เช่น การเปิดลำโพงเพื่อเต้นแอโรบิก กิจกรรมยืดเหยียด

ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ด้านกระบวนการของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

ด้านกระบวนการ	จำนวน (ร้อยละ)	ความคิดเห็นด้านกระบวนการ
1. การประสานงานความร่วมมือภายในหน่วยงานเป็นอย่างไร		หน่วยงานมีเจ้าหน้าที่ค่อนข้างเยอะ ทำให้ต้องมีการสื่อสารผ่านการประชุมของหน่วยงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบเรื่องอย่างทั่วถึง และเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมบางอย่าง เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ
ประชุมหน่วยงาน	5 (55.56%)	
ผู้นำ หรือ ทีมผู้รับผิดชอบ	4 (44.44%)	
2. การกำกับการดำเนินงานภายในหน่วยงานอย่างไร		กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานในการประชุมของหน่วยงาน โดยมีการรายงานผลการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนแนวทาง รวมถึงการติดตามผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น line
ประชุมหน่วยงาน	9 (100%)	
3. บุคลากรภายในหน่วยงานให้ความร่วมมือหรือไม่ อย่างไร		เนื่องจากการประชุมหน่วยงานเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ติดตามผลการดำเนินงาน และหารือกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน
ให้ความร่วมมือ	9 (100%)	

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ด้านผลผลิตของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

ด้านผลผลิต	จำนวน (ร้อยละ)	ความคิดเห็นด้านผลผลิต
1. ผลการดำเนินงานกิจกรรมภายในหน่วยงาน และภาพรวมของการดำเนินงานเป็นอย่างไร		กิจกรรม (ด้านอาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย) ที่ดำเนินการในหน่วยงานเป็นไปตามเป้าหมาย สุขภาพมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต แต่ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมแบบกลุ่ม การจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรม
พอใจ/เป็นไปตามเป้าหมาย	7 (77.78%)	
ไม่พอใจ/ควรพัฒนา	2 (22.22%)	
*ผลลัพธ์ น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต		
**กิจกรรม ด้านอาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย		
2. การส่งเสริมให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาวอย่างไร		เนื่องจากเป็นหน่วยงานในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการกำหนดนโยบาย แผน และกิจกรรม จะช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ได้ และประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ได้ และประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ได้ และประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ได้
กำหนดนโยบาย	3 (33.33%)	
สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ	6 (66.67%)	

แลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งกำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานในการประชุมของหน่วยงาน โดยมีการรายงานผลการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนแนวทาง รวมถึงการติดตามผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น line และหารือกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน

(ตารางที่ 9) และ 4) ด้านผลผลิต มีความคิดเห็น ดังนี้ กิจกรรม (ด้านอาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย) ที่ดำเนินการใน หน่วยงานเป็นไปตามเป้าหมาย สุขภาพมีแนวโน้ม ที่ดีขึ้น ทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับ ความดันโลหิต แต่ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมแบบ กลุ่ม การจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรม เนื่องจาก เป็นหน่วยงานในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การกำหนดนโยบาย แผน และกิจกรรม จะ ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ได้ และ ประเด็นการสร้างตระหนักเพื่อให้สนใจและ สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งการสร้าง สิ่งแวดล้อมยังเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริม สุขภาพ เช่น เมนูสุขภาพ สถานที่ออกกำลังกาย (ตารางที่ 10)

2. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

2.1) ปัญหา อุปสรรค ได้แก่ ไม่มี กระบวนการที่สามารถทำให้กิจกรรมเกิดได้อย่าง ต่อเนื่องหรือการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรม ภาระงาน การจัดสรรเวลาและสถานที่ และการสร้างความ ตั้งใจของบุคคลหรือการขาดแรงจูงใจ

2.2) ข้อเสนอแนะ ได้แก่ วิธีการวัดผล ควรเป็นวิธีที่ง่าย การประเมินความเสี่ยงและการ วางแผนที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การสื่อสาร การสร้างความเข้าใจ แนวโน้มของสุขภาพ กิจกรรมที่เหมาะสมกับบุคคล กิจกรรมที่น่าสนใจ การเป็นแบบอย่างหรือต้นแบบในการส่งเสริม สุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเอง หรือการ สร้างภาพลักษณ์ของหน่วยงาน หรือการสร้าง วัฒนธรรมองค์กร การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การส่งเสริมสุขภาพ เช่น ร้านอาหารที่มีเมนู สุขภาพ สถานที่ออกกำลังกาย การกำหนด นโยบายของผู้บริหาร หรือที่ม้าน้องค์กร และการ

จัดสรรงบประมาณ หรือรางวัล

■ อภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์การวิจัยในการศึกษา การประเมินผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ วัยทำงานในหน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย ของ เจ้าหน้าที่ระดับหน่วยงานและระดับผู้บริหาร สำนัก/กอง หน่วยงานส่วนกลางกรมอนามัย ผลการวิเคราะห์ตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model พบว่า

ผลการวิเคราะห์ด้านบริบท พบว่า การ ดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับนโยบายการ ส่งเสริมสุขภาพและความต้องการของหน่วยงาน ส่งผลต่อการจัดกิจกรรมภายในหน่วยงานที่มี ประสิทธิภาพ⁽⁵⁾ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์และ เป้าหมายของกิจกรรมของคณะทำงานเป็นปัจจัย สำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม⁽⁶⁾ รวมถึงความสำคัญของการจัดสภาพแวดล้อมที่ เอื้อต่อการดำเนินกิจกรรม การที่ผู้บริหารมีความ คิดเห็นสอดคล้องและเห็นด้วยกับแนวทางการ ดำเนินงานของหน่วยงานแสดงให้เห็นถึงความ พร้อมและความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ⁽⁷⁾ แต่การดำเนิน กิจกรรมจำเป็นต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับความเหมาะสมและความ ต้องการของหน่วยงาน รวมถึงการขยายความ ครอบคลุมของกิจกรรมให้ครบทุกด้านของสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ปัจจัย นำเข้าที่มีผลต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ใน หน่วยงาน โดยเฉพาะความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งถือเป็น ปัจจัยที่สำคัญที่สุด การได้รับการสนับสนุนด้าน ข้อมูล สิ่งของ อาจจะมีแนวโน้มพฤติกรรมดูแล ตนเองที่ดีขึ้น⁽⁸⁾ รองลงมาคือ ความรู้ ความเข้าใจ

และประสบการณ์ในการดำเนินงานของคณะทำงาน⁽⁶⁾ ในขณะที่การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานถือเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดซึ่งสะท้อนถึงปัญหาที่หน่วยงานต้องเผชิญในการดำเนินกิจกรรมที่ต้องการงบประมาณ⁽⁹⁾ และยังขาดทรัพยากรในการดำเนินงาน^(5,10) แต่ก็ยังสามารถดำเนินกิจกรรมที่ไม่ใช้งบประมาณได้ และผลการสัมภาษณ์ระดับผู้บริหารยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอการดำเนินกิจกรรมในระยะเวลาและความพร้อมด้านงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อการดำเนินกิจกรรมภายในหน่วยงาน การชี้ให้เห็นถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินกิจกรรมสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานในอนาคต

ผลการวิเคราะห์ด้านกระบวนการ พบว่าความสำคัญของกระบวนการที่มีผลต่อการดำเนินงานในหน่วยงาน คือ การให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินงานซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กิจกรรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง สร้างแรงจูงใจการปฏิบัติ⁽¹¹⁾ การมีเทคนิคการดำเนินงานและกระบวนการติดตามกิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความมั่นใจว่ากิจกรรมจะประสบความสำเร็จ และช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้กับบุคลากรในหน่วยงานให้มีส่วนร่วมมากขึ้น⁽¹²⁾ แต่การขาดคำแนะนำและการสนับสนุนจากบุคลากรภายนอกอาจเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ การพัฒนากลไกในการขับเคลื่อนจากเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมและความตื่นตัว⁽¹³⁾ การประสานงานผ่านการประชุมและการกำกับติดตามผลการดำเนินงานภายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องช่วย

เสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือจากบุคลากรทุกคน

ผลการวิเคราะห์ด้านผลผลิต พบว่าผลผลิตหรือผลลัพธ์จากการดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้และมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน การที่กิจกรรมต่าง ๆ สามารถวัดผลได้อย่างชัดเจนตามที่กำหนดไว้ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้หน่วยงานสามารถประเมินผลความสำเร็จและปรับปรุงกิจกรรมในอนาคตได้ แต่ผลลัพธ์ที่ส่งผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคลากรที่เข้าร่วมยังคงต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความยั่งยืนและเกิดประโยชน์ในระยะยาว การส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพของบุคลากร และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน⁽¹⁴⁾ จากการสัมภาษณ์ระดับผู้บริหารยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมภายในหน่วยงานและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว ซึ่งการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและการกำหนดนโยบายเป็นปัจจัยสำคัญของผลลัพธ์ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กรมอนามัยและระดับหน่วยงาน ควรดำเนินการดังนี้

1. การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในการวางแผนและการดำเนินกิจกรรม โดยเน้นการสร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์และเป้าหมายของกิจกรรมให้ชัดเจน รวมถึงการเสริมสร้างทักษะและความรู้ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

2. การปรับปรุงและพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ควรมีการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนและเอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดหาสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีคุณภาพ และการสร้างบรรยากาศที่เหมาะสมในองค์กรที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมและดูแลสุขภาพ

3. การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เหมาะสม ควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับความจำเป็นของหน่วยงาน ถึงแม้ว่างบประมาณอาจเป็นข้อจำกัด แต่สามารถจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านการปรับรูปแบบกิจกรรมที่ไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณสูง

4. การส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ควรมีการเน้นย้ำในเรื่องการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว โดยการดำเนินกิจกรรมต้องมีการวัดผลลัพธ์ที่สามารถนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การสร้างนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรจะเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ

● ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ทีมส่งเสริมสุขภาพภายในองค์กร โดยมีตัวแทนจากหลายหน่วยงานเพื่อส่งเสริมกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม เช่น การระดมความคิด กำหนดแผนงานร่วมส่งเสริมสุขภาพ สร้างความเข้าใจ
2. พัฒนาคู่มือ/แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและกรสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางของหน่วยงาน
3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการวิเคราะห์

ประมวลผล และติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรโดยวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะสุขภาพ รวมถึงการรายงานผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ

● ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ให้ความสำคัญกับการสื่อสารภายในองค์กรเพื่อให้ทุกคนมีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับเป้าหมายของกิจกรรม ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จในระยะยาว โดยอาจใช้เครื่องมือการประชุม ระดมสมองหรือการทำเวิร์กช็อปเพื่อเพิ่มความเข้าใจร่วมในทีมงาน

2. พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมตามบริบท เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรสามารถทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การพัฒนากิจกรรมหรือแนวทางในการสนับสนุนกิจกรรมที่ไม่ต้องพึ่งพางบประมาณ เช่น การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในหน่วยงาน/องค์กร กิจกรรมที่ไม่จำเป็นต้องมีอุปกรณ์

● ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลกระทบของการส่งเสริมสุขภาพ การติดตามสุขภาพของบุคลากรในระยะยาว และผลกระทบที่มีต่อประสิทธิภาพการทำงาน การเปรียบเทียบผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงานต่างๆ ที่มีขนาดและลักษณะการดำเนินงานแตกต่างกัน รวมถึงการศึกษาแนวทางในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.วิมล บ้านพวน รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้คำแนะนำ และคำปรึกษาในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองเศรษฐกิจการแรงงาน สำนักปลัดกระทรวงแรงงาน. สถานการณ์ด้านแรงงานประจำปี 2566 (มกราคม – ธันวาคม 2566) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/2/2024/04สถานการณ์แรงงาน-รายปี-2566.pdf>
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 – 2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=46335&deptcode=dncd>
3. Natetida Bunnag. “ไม่ขยับ ไม่ออกกำลังกาย” เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น ภาวะสมองเสื่อมและความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgmovement.com/2021/04/01/physical-inactivity-associated-with-ncds-and-deaths/>
4. กรมอนามัย กองแผนงาน กลุ่มพัฒนาระบบข้อมูล. รายงานประจำปี 2566 ระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย Health Promotion and Environmental Health Surveillance Annual Report 2023 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://planning.anamai.moph.go.th/web-upload/20xa4d80079fdd38ace9fb48a050e5b52e4/202404/m_magazine/37317/4611/file_download/4eb5666fb23fb4591afd181049b18fda.pdf
5. Cassetti V, López-Ruiz MV, Egea-Ronda A, Ulpiano DAJ, Azagra CBB. Facilitators and barriers to implement community engagement approaches in health promotion projects: A qualitative study in 13 projects in Spain. *Public Health in Practice*. 2025;9:100595.
6. รณภพ เกตุทอง. การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่หมอบประจำปี 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน* 2567;9(1):638-49.
7. สมบูรณ์ ศรีภู, โยธกา แก้วคำ, จุฑามาต วงศ์จันทร์. การประเมินผลโครงการของสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดตามประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานของกรมอนามัย ปีงบประมาณ 2565. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9* 2566;17(2):559-75.
8. อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยทำงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *บูรพาเวชสาร* 2563;7(2):65-76.
9. อลงกต ภูจินาพันธ์, ณัฐริมา มากชู. การประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าปลา อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสาร มจร กาญจนบุรีธรรม* 2565;2(2):69-80
10. Foncubierta-Rodríguez MJ, Poza-Méndez M, Holgado-Herrero M. Workplace health promotion programs: The role of compliance with workers' expectations, the reputation and the productivity of the company. *J Safety Res* 2024;89:56-63.
11. เบญจวรรณ สอนอาจ, นพพร จันทร์นำชู, พรรณิศา เหล่าพวงศักดิ์. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *Journal of Management Science Nakhon Pathom Rajabhat University* 2565;9(2):1-16.
12. Saito J, Odawara M, Takahashi H, Fujimori M, Yaguchi-Saito A, Inoue M, et al. Barriers and facilitative factors in the implementation of workplace health promotion activities in small and medium-sized enterprises: a qualitative study. *Implement Sci Commun* 2022;3(1):52.
13. พริยา วัฒนารุ่งกานต์, สุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา, ปรียานุช บุรณะภักดี, ณัฐวดี แมนเมธี. การจัดการสุขภาพของชุมชนด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2564;44(1):73-87.
14. Basinska-Zych A, Springer A. Organizational and Individual Outcomes of Health Promotion Strategies—A Review of Empirical Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(6):383.

การพัฒนารูปแบบของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

สุรัตน์ ผิวสว่าง*

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 4 กรกฎาคม 2568, วันแก้ไข 6 สิงหาคม 2568, วันตอบรับ 15 สิงหาคม 2568.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้สามารถส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งานและบุคลากรสาธารณสุข ผ่านแบบสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึก 2) วางแผนพัฒนาเนื้อหาและรูปแบบของสมุดบันทึกโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพ และ 3) ทดลองใช้ต้นแบบสมุดฉบับใหม่ในพื้นที่ 4 ภูมิภาค พร้อมประเมินผลด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจ ผลการวิจัยพบว่า สมุดฉบับใหม่ที่ปรับรูปแบบด้วยแนวคิด LEAN และจำแนกเนื้อหาตามหลัก 4P สำหรับมารดา ได้แก่ การวางแผนสำหรับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด และ 4D สำหรับเด็กปฐมวัย ได้แก่ การดูแลป้องกันความเจ็บป่วยจากโรค โภชนาการ พัฒนาการเด็ก และสุขภาพช่องปาก มีการจัดหมวดหมู่ที่ชัดเจน ใช้งานง่าย เสริมเนื้อหาความรู้ผ่าน QR code เพื่อลดจำนวนหน้าและเสริมความยืดหยุ่นในการปรับข้อมูลให้ทันสถานการณ์ ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีระดับความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น วัดจากแบบประเมินก่อนและหลังการใช้สมุดบันทึกสุขภาพฉบับใหม่ โดยใช้สถิติแบบ One-group pretest-posttest design ผลวิเคราะห์พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t -statistic = 2.17 และ 3.97, p -value = 0.043 และ 0.0008 ตามลำดับ) ผู้ใช้งานในแต่ละกลุ่มมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 90-100) ข้อเสนอแนะคือ ควรขยายการใช้งานสมุดฉบับใหม่นี้ในระดับประเทศ และพัฒนาในรูปแบบดิจิทัล เพื่อรองรับพฤติกรรมผู้ใช้ยุคใหม่ และเพิ่มการเข้าถึงในระยะยาว

คำสำคัญ: สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ความรู้ทางสุขภาพ

* อีเมล : piwsawang@hotmail.com

A Model Development of Maternal and Child Health Handbooks to Promote Health Literacy among Pregnant Women and Early Childhood Caregivers in Thailand

Surat Piwsawang*

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Received 4 July 2025, Revised 6 August 2025, Accepted 15 August 2025.

Abstract

This action research aimed to develop a maternal and child health handbook to promote health literacy among pregnant women and early childhood caregivers in Thailand. The study was divided into three phases: 1) investigating the problems and needs of users and public health personnel through questionnaires and in-depth interviews; 2) planning the development of the handbook's content and format through a participatory process involving multidisciplinary professionals; and 3) piloting the new handbook prototype in four regions and evaluating its impact on knowledge, attitudes, health behaviors, and satisfaction. The results showed that the redesigned handbook, utilizing the LEAN concept and categorizing content according to the 4P principles for pregnant women (Plan for pregnancy, antenatal care, delivery, and postpartum) and 4D principles for early childhood (Disease prevention, Diet, Development, and Dental health), featured clear categorization and ease of use. Knowledge content was enhanced via QR codes to reduce page count and allow for flexible, up-to-date information adjustments. Participants in both the pregnant women and early childhood caregiver groups demonstrated a statistically significant increase in health literacy, as measured by pre- and post-intervention assessments using a one-group pretest-posttest design (t -statistic = 2.17 and 3.97, p -value = 0.043 and 0.0008, respectively). User satisfaction in each group was very high, ranging from 90% to 100%. Recommendations include expanding the use of this new handbook nationwide and developing a digital version to accommodate modern user behaviors and enhance long-term accessibility.

Keywords: Maternal and Child Health Handbook, Pregnant, Early Childhood Caregiver, Health Literacy

*e-mail: piwsawang@hotmail.com

■ บทนำ

ปัญหาสุขภาพแม่และเด็กในประเทศไทยยังคงเป็นความท้าทายสำหรับระบบสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นภาวะทุพโภชนาการและน้ำหนักแรกเกิดต่ำ ซึ่งยังพบได้ในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มชนบทที่ยากจนหรือในกลุ่มชนเผ่าพื้นเมืองที่

มีการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและบริการสุขภาพที่ไม่ทั่วถึง⁽¹⁾ หรือจะเป็นปัญหาอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ที่แม้ว่าการดูแลในช่วงก่อนและหลังคลอดจะพัฒนาไปมาก แต่การตายของหญิงตั้งครรภ์ยังพบได้ในพื้นที่ห่างไกลและในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ การ

ขาดความรู้และการเข้าถึงบริการ ส่งผลให้เกิดการดูแลที่ไม่ครบถ้วน อันเป็นสาเหตุให้เกิดการตายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง⁽²⁾

ความรู้ทางสุขภาพ หรือ Health literacy คือ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้องและมีสุขภาพดี⁽³⁾ องค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพด้านแม่และเด็กประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลทารก ความสามารถในการอ่านและตีความข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแม่และเด็ก การใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของแม่และเด็ก ความสามารถในการค้นหาและเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น การเข้าถึงการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน รวมถึงการได้รับการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพแม่และเด็กจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานในหลายด้านหนึ่งในนั้นคือ การจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามสุขภาพแม่ตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์จนถึงการดูแลเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 6 ปีบริบูรณ์ ซึ่งช่วยให้แม่และบุคลากรทางการแพทย์สามารถบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพและใช้เป็นข้อมูลเพื่อตัดสินใจในการดูแลที่เหมาะสม⁽⁵⁾

สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก งานวิจัยในต่างประเทศพบว่า สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ดีจะสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพต่อเนื่องตั้งแต่ตั้งครรภ์ไปจนถึงช่วงเด็กปฐมวัยและเป็น

เครื่องมือที่ช่วยสื่อสารระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข⁽⁶⁾ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในประเทศญี่ปุ่นเป็นหนึ่งในต้นแบบที่เก่าแก่และประสบความสำเร็จมากที่สุด โดยมีการใช้งานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2491 โดยมีองค์ประกอบหลักคือ ประวัติสุขภาพแม่และเด็ก การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการ การรับวัคซีน การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก รวมถึงบันทึกการเยี่ยมบ้านของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีการประเมินความรู้และทักษะของแม่ก่อนและหลังใช้สมุดบันทึกพบว่า แม่ที่ใช้สมุดมีความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กและสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าแม่ที่ไม่ได้ใช้⁽⁷⁾ สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยได้จัดทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กครั้งแรกในปี พ.ศ. 2528⁽⁸⁾ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการบันทึกสุขภาพของแม่ เช่น บันทึกการฝากครรภ์ การคลอด สุขภาพของเด็ก บันทึกการได้รับวัคซีน และบันทึกพัฒนาการเด็ก เป็นต้น แม้ว่าสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็ก แต่การใช้งานสมุดนี้ยังคงมีปัญหาทั้งในเรื่องความแพร่หลาย⁽⁹⁾ และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของหญิงตั้งครรภ์และแม่ของเด็กปฐมวัยอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ โดยงานศึกษาวิจัยในปี พ.ศ. 2549 พบว่า มีเพียง ร้อยละ 14.3 ของแม่ที่อ่านเนื้อหาทั้งหมดของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และมีเพียง ร้อยละ 0.9 ที่ทำการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กด้วยตนเอง ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งานสมุดดังกล่าว ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การศึกษา และอายุของหญิงตั้งครรภ์⁽⁵⁾ นับจนถึงปัจจุบัน มีการปรับเปลี่ยนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมาแล้ว 9 ครั้ง โดยเพิ่มเติมในส่วนของคุณค่าความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ทั้งด้านโภชนาการ ความรู้ใน

การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การประเมินสุขภาพจิตของแม่ การเลี้ยงดูบุตร การประเมินพัฒนาการเด็กในช่วงปฐมวัยการตีพิมพ์แต่ละครั้งจะมีการปรับปรุงเนื้อหาในประเด็นย่อยๆ ตามบริบทและข้อมูลวิชาการที่เปลี่ยนแปลง ดำเนินการปรับปรุงในรูปแบบคณะกรรมการ ซึ่งจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยพบว่า ข้อจำกัดของการปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กนี้ ขาดการศึกษาที่ประเมินประสิทธิผลของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในการติดตามสุขภาพของแม่และเด็กอย่างเป็นระบบ ขาดการรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งานจริงทั้งในฝั่งผู้ให้บริการประชาชน และฝั่งบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้เกิดปัญหาในการใช้งานจากทั้งสองฝั่ง เช่น ขาดความสนใจในเนื้อหาภายในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ขาดการบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วน เนื่องจากรูปแบบไม่เป็นมิตรต่อผู้ใช้งาน การเลือกที่จะจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของหน่วยงานหรือสถาบันของตนเอง ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่สำคัญไม่ครบถ้วน ความเข้าใจในเนื้อหาที่ขาดเคลื่อนจากความเป็นจริง กอปรกับการค้นหาข้อมูลในปัจจุบันพบว่า ยังไม่เคยมีรายงานการประเมินผลและทบทวนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมาก่อน ผู้วิจัยจึงจัดทำงานวิจัยนี้ขึ้น ผ่านการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยจะดำเนินการเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาสถานการณ์การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยและกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข ระยะที่ 2 วางแผนพัฒนาปรับปรุงเนื้อหา รูปแบบของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ระยะที่ 3 ไปทดลองใช้ ติดตามและประเมินผล โดยอาศัยทฤษฎีแบบจำลองข้อมูล แรงจูงใจ ทักษะทางพฤติกรรม ภายใต้การให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพ

ของหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย เป็นการสร้างแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความรอบรู้ทางสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของประเทศไทยให้น่าใช้งาน เกิดประสิทธิผล และนำไปสู่ความรอบรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก พัฒนารูปแบบและเนื้อหาของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์รอง

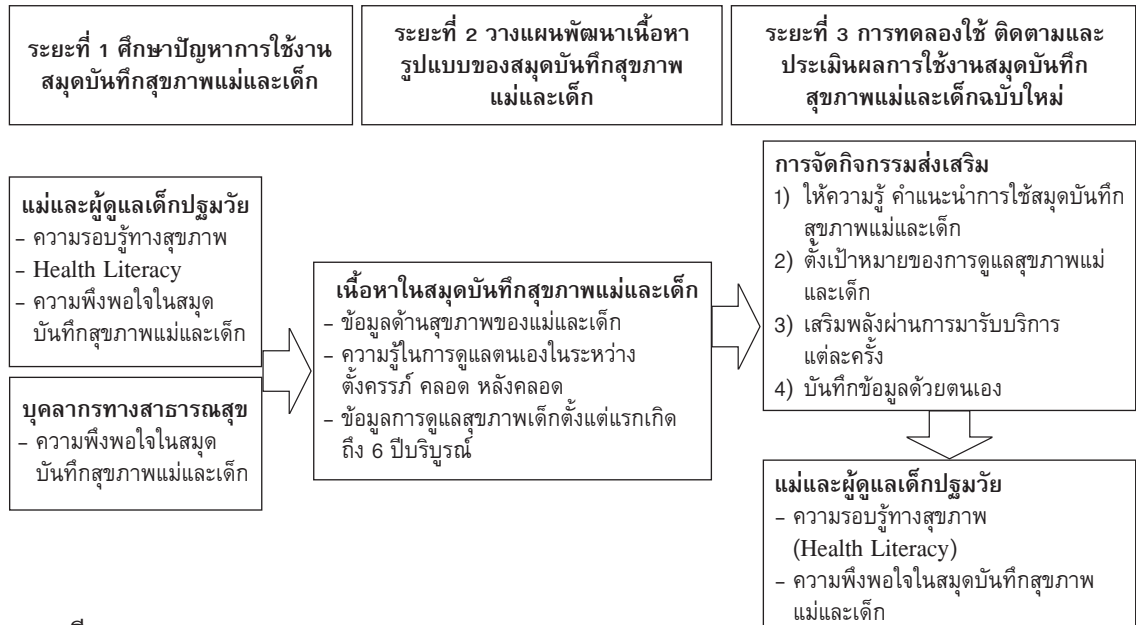
- 1) เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการใช้งานสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพ ทักษะการดูแลเด็กก่อนและหลังการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

■ วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์กลุ่มมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัยและกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานแม่และเด็ก จากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ในช่วงเดือนมกราคม 2568 จากพื้นที่ 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือที่เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ ภาคกลางที่เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี ภาคตะวันออกที่เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และภาคใต้ที่เขตสุขภาพที่ 11

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



นกรศรีธรรมราช

ระยะที่ 2 รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานแม่และเด็ก กลุ่มมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับปัจจุบัน วิเคราะห์ทุกหมวดหมู่ โดยจัดขึ้นในการประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนงานมารดาและเด็กปฐมวัย ช่วงเดือนมกราคม 2568 และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบและเนื้อหาของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในช่วงเดือนมกราคม ถึง เมษายน 2568

ระยะที่ 3 นำร่างสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับใหม่ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเดิมในการศึกษาระยะที่ 1 ทั้ง 4 เขตสุขภาพ เป็นระยะเวลา 2 เดือน ในช่วงกลางเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2568 จากนั้นเก็บข้อมูลแบบสอบถามเพื่อประเมินความเห็นจากการใช้งานในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในเดือนมิถุนายน 2568

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธี

การเลือกกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Purposive Sampling) เป็นวิธีสุ่มตัวอย่างโดยการเจาะจงของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเจาะจงคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (วัดก่อน-หลัง) โดยใช้สูตร

$$n = \frac{2\delta_d^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดยที่ Z_α = ค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% = 1.95

Z_β = ค่ามาตรฐานเมื่อกำหนด power of test ให้ ที่ 90% = 1.28

δ_d^2 = ค่าความแปรปรวนของตัวแปรที่ศึกษา ก่อน/หลัง

$$= \left\{ \frac{SD_{\text{ก่อน}} + SD_{\text{หลัง}}}{2} \right\}^2$$

$$\mu_1 - \mu_2 = \text{ค่าความแตกต่างระหว่าง}$$

ค่าเฉลี่ยตัวแปรที่สนใจศึกษา ก่อนและหลังการทดลอง ได้จากงานวิจัยครั้งก่อน

การศึกษานี้อ้างอิงจากงานวิจัยที่วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในลักษณะการเปรียบเทียบก่อนและหลังทดสอบ⁽⁹⁾ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนทดสอบ คือ 15.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.4 และคะแนนเฉลี่ยหลังทดสอบ คือ 20.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.8 เมื่อแทนค่าในสูตร

$$\delta_d^2 = \left\{ \frac{3.4+2.8}{2} \right\}^2 = 19.22$$

$$n = \frac{2 \times 19.22 (1.95 + 1.28)^2}{(20.5 - 15.2)^2} = 14.28 \approx 15 \text{ คน}$$

เก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล เป็น 20 คน

● การเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังตารางที่ 1

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แบบสอบถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์และดูแลเด็กปฐมวัย และ 2) แบบสอบถามสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประสิทธิภาพการใช้งานสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แบบประเมินประสิทธิภาพของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยในแบบสอบถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์และดูแลเด็กปฐมวัยจะมีข้อความเพิ่มเติมในการประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยเป็นอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ กุมารแพทย์ และ

ตารางที่ 1 รายละเอียดกลุ่มเป้าหมาย เกณฑ์คัดเข้าคัดออก วิธีเก็บข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะของการศึกษา	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (คน)	เกณฑ์คัดเข้า	เกณฑ์คัดออก	วิธีเก็บข้อมูล/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์/ปัญหา	1. หญิงตั้งครรภ์ 2. มารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย 3. บุคลากรทางสาธารณสุข	20 20 20	- สมัครใจและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการได้	- เจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้าโรงพยาบาล	- แบบสอบถาม - แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)
ระยะที่ 2: การพัฒนาเนื้อหาและรูปแบบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	คณะกรรมการพัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก รวมถึงมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย	20	- ผู้ที่มีประสิทธิภาพใช้งานสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - ผู้สนใจเข้าร่วมพัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	-	- การประชุมเชิงปฏิบัติการ
ระยะที่ 3: ทดลองใช้และประเมินผล	1. หญิงตั้งครรภ์ 2. มารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย	20 20	- สมัครใจและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการได้	- ผู้เข้าร่วมที่ไม่เต็มใจหรือไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของโครงการได้	- แบบสอบถาม

แพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน กลุ่มละ 1 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของสถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ ใช้แบบ One-group Pretest-Posttest design โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับความรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการ 795/2567 วันที่ 9 ธันวาคม 2567 และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้สมัครใจและลงนามในหนังสือยินยอมให้ทำการวิจัยก่อนเริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกคน

■ ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ข้อมูลการศึกษาเป็นดังตารางที่ 2 และกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข ข้อมูลการศึกษาเป็นดังตารางที่ 3

ความถี่ในการใช้งานสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ใช้เฉพาะไปพบแพทย์ ร้อยละ 40 ใช้หรืออ่านเป็นประจำทุกเดือน ร้อยละ 35 ใช้หรืออ่านเป็นประจำทุกสัปดาห์ ร้อยละ 25 ส่วนในกลุ่มมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ใช้หรืออ่านเป็นประจำทุกเดือน ร้อยละ 55 ใช้เฉพาะไปพบแพทย์ ร้อยละ 40 ใช้หรืออ่านเป็นประจำทุกสัปดาห์ ร้อยละ 5

หมวดหมู่ที่มีความถี่ของการใช้งานสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเรียงตามลำดับจากน้อยมากไปหาน้อย ในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ข้อมูลด้านการตั้งครรภ์และฝากครรภ์ ข้อมูลด้านวัคซีนในส่วนแม่และเด็ก ข้อมูลด้านโภชนาการ ข้อมูลด้านการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลด้านพัฒนาการเด็ก ข้อมูลด้านการเจริญเติบโตของเด็ก และข้อมูลด้านการดูแลลูกตามลำดับ ส่วนในกลุ่มมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ได้แก่ ข้อมูลด้านวัคซีนในส่วนแม่และเด็ก ข้อมูลด้านพัฒนาการเด็ก ข้อมูลด้านการเจริญเติบโตของเด็ก ข้อมูลด้านโภชนาการ ข้อมูลด้านการดูแลลูก ข้อมูลด้านการตั้งครรภ์และฝากครรภ์ และข้อมูลด้านการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ตามลำดับ

การประเมินประสิทธิผลของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ความเห็นในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เห็นว่าสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมีประโยชน์ในระดับมาก ร้อยละ 95 และ 100 มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายในระดับมาก ร้อยละ 95 และ 85 และช่วยให้แม่และเด็กได้รับการดูแลสุขภาพได้ในระดับมาก ร้อยละ 95 และ 90 ตามลำดับ ปัญหาที่พบในการใช้งานสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ได้แก่ บันทึกยาก สุ่มหาย และสมุดขาดง่าย

ความเห็นเกี่ยวกับการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 97.5 เห็นว่ามีส่วนช่วยในการปรับปรุงได้ โดยคิดว่าช่วยเป็นช่องทางการติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข ร้อยละ 65 ช่วยในเรื่องระบบแจ้งเตือน ร้อยละ 60 และช่วยให้รับรู้ข้อมูลทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างทันทั่วทั้ง ร้อยละ 60 มีความเห็น ร้อยละ 2.5 ที่คิดว่าไม่ช่วยเนื่องจากมีความกังวลในความเพิ่มความยุ่งยาก

ตารางที่ 2 แสดงผลการศึกษาของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

ข้อมูลทั่วไป	หญิงตั้งครรภ์ จำนวน (ร้อยละ) n = 20	มารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน (ร้อยละ) n = 20
อายุเฉลี่ย	28.5 (สูงสุด = 43 ปี ต่ำสุด = 16 ปี)	33.1 ปี (สูงสุด = 49 ปี ต่ำสุด = 17 ปี)
ระดับการศึกษา		
- ปริญญาตรี	6 (30)	11 (55)
- อนุปริญญา/ปวส.	0 (0)	3 (15)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	11 (55)	5 (25)
- มัธยมศึกษาตอนต้น	3 (15)	1 (5)
อาชีพ		
- แม่บ้าน/ว่างงาน	4 (20)	3 (15)
- เกษตรกร	2 (10)	1 (5)
- รับจ้าง	3 (15)	4 (20)
- พนักงานบริษัทเอกชน	6 (30)	3 (15)
- ค้าขาย/ทำธุรกิจ	3 (15)	2 (10)
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (10)	7 (35)
รายได้เฉลี่ย	11,736.5 บาท/เดือน	13,354 บาท/เดือน
จังหวัดที่อาศัยอยู่		
- เชียงใหม่	6 (30)	4 (20)
- นครศรีธรรมราช	5 (25)	5 (15)
- สระบุรี	4 (20)	3 (15)
- อ่างทอง	3 (15)	2 (10)
- นครราชสีมา	1 (5)	6 (30)
- แม่ฮ่องสอน	1 (5)	0 (0)

ตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษาของกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) N = 20
อายุเฉลี่ย	45.45 ปี (สูงสุด = 59 ปี ต่ำสุด = 28 ปี)
ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย	20.1 ปี (สูงสุด = 37 ปี ต่ำสุด = 5 ปี)
วิชาชีพ	
- พยาบาลวิชาชีพ	15 (75)
- แพทย์	4 (20)
- เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข	1 (5)
จังหวัดที่อาศัยอยู่	
- นครราชสีมา	5 (25)
- นครศรีธรรมราช	3 (15)
- เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน แพร่ พะเยา ลำพูน สระบุรี อ่างทอง นนทบุรี พระนครศรีอยุธยา สุราษฎร์ธานี ชุมพร	1 (5)

ในการเข้าถึงข้อมูล

ในกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข มีความถี่ของการใช้งานสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเรียงตามลำดับจากบ่อยมากไปหาน้อย ได้แก่ ข้อมูลด้านการตั้งครรภ์และฝากครรภ์ ข้อมูลด้านวัคซีนในส่วนแม่และเด็ก ข้อมูลด้านโภชนาการ ข้อมูลด้านการเจริญเติบโตของเด็ก ข้อมูลด้านพัฒนาการเด็ก ข้อมูลด้านการดูแลลูก และข้อมูลด้านการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ ตามลำดับ

ระดับความพึงพอใจสูงสุด 3 ลำดับแรก ลำดับที่ 1 ได้แก่ ประวัติหญิงตั้งครรภ์ปัจจุบัน อาการผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที อาการของทารกแรกเกิดที่ต้องพาเด็กไปพบแพทย์ทันที บันทึกทารกแรกเกิดและบันทึกการได้รับวัคซีนของเด็ก ลำดับที่ 2 ได้แก่ ประวัติวัคซีนหญิงตั้งครรภ์ คำแนะนำเกี่ยวกับการได้รับวัคซีน บันทึกการคลอด ลำดับที่ 3 ได้แก่ ประวัติสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว บันทึกการตรวจครรภ์ ทนสมองลูกด้วยนมแม่ กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ 0-5 ปี และกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาวของเด็กอายุ 0-2 ปี

ระดับความพึงพอใจต่ำสุด 3 ลำดับจากต่ำสุด ลำดับที่ 1 ได้แก่ การคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ ลำดับที่ 2 ได้แก่ แม่ตั้งครรภ์กับโควิด 19 ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร อุบัติเหตุแม่ท้องต้องระวังลำดับที่ 3 ได้แก่ โภชนาการหญิงตั้งครรภ์เพื่อลูกมีน้ำหนักแรกเกิด 2,500-3,500 กรัม แม่ตั้งครรภ์ก็ออกกำลังกายได้ การวางแผนเลือกวิธีการคลอด ฝึกลูกเข้านอน คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยให้เด็ก วันนัดตรวจสุขภาพและรับวัคซีนครั้งต่อไป

คะแนนประเมินประสิทธิผลของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก สมุดบันทึกสุขภาพแม่

และเด็กมีประโยชน์มาก ร้อยละ 100 มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายมาก ร้อยละ 70 และช่วยให้แม่และเด็กได้รับการดูแลสุขภาพได้ในระดับมาก ร้อยละ 85 ปัญหาที่พบในการใช้งานสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ได้แก่ สูญหาย ข้อมูลไม่ครบถ้วน และการบันทึกข้อมูลมีความยุ่งยาก เปิดหายาก ปรับเปลี่ยนเนื้อหาบ่อยเกิดความสับสน สมุดขาดง่ายวัคซีนไม่เป็นปัจจุบัน ไม่มีข้อมูลวัคซีนทางเลือก และหน้าบันทึกฝากครรภ์ไม่เพียงพอ

ความเห็นเกี่ยวกับการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 80 เห็นว่ามีส่วนช่วยในการปรับปรุงได้ โดยคิดว่าช่วยเป็นช่องทางการติดต่อกับบุคลากรทางสาธารณสุข ร้อยละ 85 ช่วยในเรื่องระบบแจ้งเตือน ร้อยละ 65 และช่วยให้รับรู้ข้อมูลทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างทันทั่วทั้ง ร้อยละ 60 มีความเห็น ร้อยละ 20 ที่คิดว่าไม่ช่วยเนื่องจาก ความยุ่งยากในการเข้าถึงข้อมูลและความกังวลเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหล ร้อยละ 15 และปัญหาความเลื่อมล้ำในการใช้งานของผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีที่ ร้อยละ 10

ระยะที่ 2 การพัฒนาเนื้อหาและรูปแบบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ผู้วิจัยได้จัดการประชุมหัวข้อ “เปลี่ยนผ่าน ก้าวต่อไปสมุดสีชมพู” ในการประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนงานมารดาและเด็กปฐมวัย เมื่อวันที่ 8 มกราคม 2568 ณ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ สโตนีส์ คอนเวนชัน นนทบุรี โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยประกอบด้วยผู้ที่มีประสบการณ์ใช้งานสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ทั้งในส่วนของ หญิงตั้งครรภ์ มารดา หรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย และบุคลากรทางสาธารณสุขจากสหสาขาวิชาชีพ เช่น สตรี-

ตารางที่ 4 หมวดหมู่ของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความเห็น 5 ลำดับแรก

ลำดับ	หมวดหมู่	ร้อยละ
เสนอให้คงไว้		
1	ประวัติหญิงตั้งครรภ์ปัจจุบัน	95
2	ประวัติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว, วันนัดตรวจสุขภาพและรับวัคซีนครั้งต่อไป	92.5
3	บันทึกการตรวจครรภ์, บันทึกทารกแรกเกิด	90
4	บันทึกการคลอด	87.5
5	ประวัติวัคซีนหญิงตั้งครรภ์, ตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์, การนับลูกดิ้น, อาหารทารกแรกเกิด - 12 เดือน, บันทึกวัคซีนของเด็ก	85
เสนอให้ปรับปรุง		
1	ปริมาณอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับใน 1 วัน และอาหารทดแทน	35
2	แม่ตั้งครรภ์ก็ออกกำลังกายได้, ฝากดูฟัน 5 ขวบปีแรก	32.5
3	โภชนาการหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลูกมีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 – 3,500 กรัม, คำแนะนำสำหรับผู้ปกครองเกี่ยวกับการให้เด็กปฐมวัยได้รับสื่อจออย่างเหมาะสม	30
4	แม่ตั้งครรภ์กับโควิด 19 ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร	27.5
5	ทุนสมองลูกด้วยนมแม่, โรคยอดฮิตของเด็ก, คำแนะนำใช้กราฟแสดงการเจริญเติบโต, กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กอายุ 2-5 ปี, ความสำคัญของโภชนาการในเด็กอายุ 1-5 ปี	22.5
เสนอให้ตัดออก		
1	แม่ตั้งครรภ์กับโควิด 19 ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร	30
2	การคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์, การวางแผนเลือกวิธีคลอด,	22.5
3	อุบัติเหตุแม่ท้องต้องระวัง, โรคยอดฮิตของเด็ก	20
4	ฝึกลูกเข้านอน	17.5
5	ส่งเสริมพัฒนาการลูกวัยโตอย่างมีคุณภาพ, คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับเด็ก, ข้อควรระวังสีของอุจจาระ, การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แรกเกิด – 6 ปี	15

นรีแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข
เป็นต้น เพื่อรวบรวมข้อมูลการใช้สมุดบันทึก
สุขภาพแม่และเด็กฉบับปัจจุบัน

ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมงานประชุม ในส่วน
ของรูปแบบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
ต้องการให้มีรูปแบบที่สบายตา สามารถค้นหา
หมวดหมู่ต่างๆ ได้ง่าย มีการเรียงลำดับเนื้อหาที่
ง่ายต่อการใช้งาน ไม่ปะปนส่วนของความรู้และ
ส่วนที่ใช้บันทึกสุขภาพ เนื้อหาความรู้ในส่วนที่
จำเป็นแต่ไม่เร่งด่วน เสนอแนะให้ปรับเป็นรูปแบบ
QR code ให้ผู้ใช้สแกนจากสมาร์ตโฟนแทน เพื่อ
ลดจำนวนหน้าของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และ

เด็กลง เสนอแนะให้รูปเล่มมีความคงทนแข็งแรง
มากขึ้น ไม่ฉีกขาดง่ายแบบฉบับปัจจุบัน
นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมประชุมบางความเห็นเสนอ
ให้แยกระหว่างสมุดบันทึกของหญิงตั้งครรภ์และ
สมุดบันทึกของเด็กปฐมวัยออกจากกัน

ในส่วนของหมวดหมู่เนื้อหา ความเห็น
ของการปรับปรุงเป็นดังตารางที่ 4

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและจัดทำร่างสมุด
บันทึกสมุดสุขภาพแม่และเด็กฉบับใหม่ โดยใช้
กระบวนการ LEAN (Lean Enterprise and
Agile Network)⁽¹⁰⁻¹¹⁾ นำมาประยุกต์ใช้ในการ
ปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้มี
ประสิทธิภาพมากขึ้น โดยลดความสูญเปล่าที่ไม่

จำเป็นในกระบวนการทำงาน หลักการมาจากคำย่อ DOWNTIME ซึ่งย่อมาจากประเภทของความสูญเสียได้แก่ Defects: การมีข้อมูลที่ผิดพลาดหรือไม่สมบูรณ์ในสมุดบันทึกฯ Overproduction: ข้อมูลที่มากเกินไปจนจำเป็น Waiting: ผู้ใช้งานต้องรอเพื่อกรอกข้อมูลหรือเข้าถึงข้อมูลที่ล่าช้า Non-utilized talent: การที่ไม่ได้ใช้ความรู้และทักษะที่มีอย่างเต็มที่ Transportation: การต้องขนย้ายหรือส่งต่อสมุดบันทึกในรูปแบบกระดาษที่ใช้เวลาหรือทรัพยากร Inventory: ข้อมูลที่สะสมหรือถูกเก็บไว้โดยไม่ใช้งาน Motion: การที่ผู้ใช้ต้องเคลื่อนไหวมากเกินไปในการค้นหาหรือเข้าถึงข้อมูลในสมุดบันทึก และ Excess Processing: ขั้นตอนการบันทึกข้อมูลที่ซับซ้อนหรือใช้เวลานานเกินไป เช่น การกรอกข้อมูลที่ไม่จำเป็นหลายขั้นตอน

ร่างสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับใหม่ได้ใช้หลักการ LEAN ร่วมกับข้อมูลที่รวบรวมจากงานวิจัยทั้งในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 โดยประกอบไปด้วยเนื้อหาจำนวน 64 หน้า ลดลงจากเดิมที่มีอยู่ 80 หน้า ปรับรูปแบบการค้นหาจากสารบัญแบบดั้งเดิมคือ การพลิกหาจากเลขหน้าไปเป็นแบบสารบัญดัชนี โดยใช้เป็นแถบสีด้านข้างของสมุดบันทึกฯ ใช้สีช่วยในการแบ่งหมวดหมู่ ปรับหมวดหมู่จาก 3 หมวดหมู่ (ช่วงตั้งครรภ์ ความรู้ และบันทึกของเด็กปฐมวัย) เป็น 9 หมวดหมู่ แบ่งเป็นช่วงตั้งครรภ์ 4 หมวด ตามหลัก 4P โดยกรมอนามัยประกอบด้วย ข้อมูลก่อนตั้งครรภ์ (Plan for pregnancy) ข้อมูลการฝากครรภ์ (Plan for ANC) ข้อมูลการตรวจครรภ์ (Plan for delivery) ข้อมูลประเมินระหว่างและหลังคลอด (Plan for postpartum) หมวดให้ความรู้ 1 หมวด รวบรวมแยกจากการบันทึกอย่างชัดเจนและปรับข้อมูลบางส่วนให้อยู่ในรูปแบบ

QR code และ 4 หมวดสำหรับเด็กปฐมวัย ตามหลัก 4D โดยกรมอนามัย ประกอบด้วย ประวัติสุขภาพเด็กและบันทึกวัคซีน (Disease) การเจริญเติบโตและอาหารตามวัย (Diet) พัฒนาการเด็ก (Development) และบันทึกการตรวจฟัน (Dental)

นอกจากการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาให้เข้าใจง่าย ตัดเนื้อหาในส่วนที่จำเป็นแต่ไม่เร่งด่วนไปเป็นแบบ QR code แล้ว ยังมีการเพิ่มเนื้อหาที่จำเป็นเพิ่มเติม เช่น กราฟการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์เพื่อติดตามน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพิ่มช่องบันทึกสุขภาพเด็กที่ต้องบันทึกโดยบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อใช้ติดตามและวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ประวัติการหอบที่ตอบสนองต่อยายายาลดลม ประวัติการชัก ยาที่ใช้ประจำ รายการยาที่แพ้รวมถึงอาการที่แพ้ การเพิ่มช่องบันทึกวัคซีนทางเลือก เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการกักขังเบื้องต้นกรณีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ การนัดหัวใจพื้นฐาน การปฐมพยาบาลเมื่อเด็กชัก เป็นต้น

ในส่วนของการรับความเห็นของผู้ใช้งานจริง มีการใช้ QR code เพื่อนำเข้าสู่แบบประเมินสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กแบบออนไลน์ช่วยเป็นอีกช่องทางในการรับความเห็นของผู้ใช้งานเพื่อนำมาปรับปรุงข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในอนาคต

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลร่างสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับใหม่

จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามเพื่อประเมินความเห็นจากการใช้งาน พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัยเห็นว่าร่างสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับใหม่มีประโยชน์ในระดับมาก ร้อยละ 95 และ 100 มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายในระดับมาก ร้อยละ

ตารางที่ 5 คะแนนประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนและหลังการใช้ร่างสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

คะแนน	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (เต็ม 20)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ต่ำสุด	สูงสุด	t-statistic	p-value
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์							
ก่อนการใช้	20	14.4	2.44	9	18	2.17	0.043
หลังการใช้	20	15.8	2.26	11	19	Cohen's d = 0.48	
กลุ่มแม่หรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย							
ก่อนการใช้	20	14.6	2.62	9	18	3.97	0.0008
หลังการใช้	20	17.1	1.45	14	19	Cohen's d = 0.89	

100 และ 90 และช่วยให้แม่และเด็กได้รับการดูแลสุขภาพได้ในระดับมาก ร้อยละ 95 และ 100 ตามลำดับ

การประเมินคะแนนประเมินความรู้ความเข้าใจเนื้อหาในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย จากกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการใช้จากแบบสอบถามระยะที่ 1 พบว่าคะแนนหลังการใช้ร่างสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับใหม่เพิ่มขึ้นจากก่อนใช้ ทั้งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t-statistic = 2.17 และ 3.97, p-value = 0.043 และ 0.0008 ตามลำดับ) โดยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีค่า Cohen's d = 0.48 บ่งชี้ถึงขนาดผลที่มีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นปานกลาง (medium effect size) และกลุ่มแม่หรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีค่า Cohen's d = 0.89 บ่งชี้ถึงขนาดผลที่มีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (large effect size) ดังข้อมูลในตารางที่ 5

■ อภิปรายผล

จากผลการวิจัยทั้ง 3 ระยะ พบว่าสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้ง

ครรภ์และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในด้านความเข้าใจเรื่องการฝากครรภ์และการดูแลสุขภาพเด็กอย่างครบถ้วน สอดคล้องกับข้อมูลในต่างประเทศที่สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กได้ถูกใช้อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในประเทศที่มีระบบสาธารณสุขเข้มแข็ง เช่น ญี่ปุ่น ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในต้นแบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด⁽¹²⁾ งานวิจัยหลายฉบับได้แสดงให้เห็นว่าสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ตัวอย่างเช่น การวิจัยในประเทศญี่ปุ่นและอินโดนีเซียพบว่า การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของแม่และเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹³⁻¹⁴⁾ นอกจากนี้ยังมีการวิจัยในแอฟริกาที่พบว่า การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กสามารถช่วยปรับปรุงการรับรู้และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ของแม่ได้ดีขึ้น⁽¹⁵⁾

คะแนนประเมินประสิทธิผลของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในงานวิจัยระยะที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่มเห็นว่ามีความประโยชน์ในระดับมากถึง ร้อยละ 95-100 เห็นว่าช่วยให้แม่และเด็กได้รับการดูแลสุขภาพได้ในระดับมาก ร้อยละ 85-95 สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมีประโยชน์ในการ

ปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยรายงานจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กช่วยให้แม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้นและได้รับการดูแลที่เหมาะสม⁽¹⁶⁾

ในด้านของข้อมูลและรูปแบบที่ใช้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับปัจจุบันนั้น พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยให้คะแนนความชัดเจนและเข้าใจง่ายมาก ร้อยละ 95 85 และ 70 ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย และบุคลากรทางสาธารณสุขตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าการออกแบบและพัฒนาสื่อสุขภาพที่มีประสิทธิผลนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการและลักษณะของผู้ใช้งาน สื่อสุขภาพที่ดีต้องมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ทันสมัย และสอดคล้องกับวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง⁽¹⁷⁾

แม้ว่าสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กจะมีประโยชน์มาก แต่ยังคงมีปัญหาและข้อจำกัดในการใช้งาน เช่น การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน การสูญหายของสมุด และการขาดความต่อเนื่องในการบันทึกข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่พบปัญหาในการใช้งานสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับปัจจุบัน ได้แก่ สูญหาย สมุดขาดง่าย การบันทึกข้อมูลมีความยุ่งยาก เปิดหายาก ปรับเปลี่ยนเนื้อหาบ่อยเกิดความสับสน วัคซีนไม่เป็นปัจจุบัน ไม่มีข้อมูลวัคซีนทางเลือก และหน้าบันทึกฝากครรภ์ไม่เพียงพอ สาเหตุหนึ่งอาจมาจากการสื่อสารของบุคลากรทางสาธารณสุขต่อผู้ใช้งาน และช่องทางการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ใช้งาน มีการศึกษาในฟิลิปปินส์ พบว่า ปัญหาหลักคือการที่แม่ไม่เข้าใจวิธีการใช้สมุดและการ

ขาดการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์⁽¹⁸⁾ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและท้าทายที่ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ต้องมีการดำเนินงานควบคู่ไปกับการพัฒนาเนื้อหาและรูปแบบของสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

การปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การเพิ่มข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การปรับปรุงรูปแบบให้ใช้งานง่ายขึ้น การอบรมและสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่า การออกแบบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้มีความกระชับ เข้าใจง่ายและนำใช้งาน สามารถเพิ่มความพึงพอใจและการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁹⁾ ปัญหาที่พบจากงานวิจัยนี้ ได้แก่ การบันทึกข้อมูลที่ยุ่งยาก การค้นหาข้อมูลลำบาก และเนื้อหาบางส่วนล้าสมัย

งานวิจัยนี้ได้ทำการปรับปรุงรูปแบบและเนื้อหาออกมาเป็นร่างสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับใหม่ โดยใช้แนวคิด LEAN⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ที่ประกอบด้วยกระบวนการ DOWNTIME และแยกหมวดหมู่ตามหลัก 4P และ 4D ทำให้สมุดฉบับใหม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานได้ดียิ่งขึ้น ทั้งในแง่ความชัดเจน การเข้าถึงที่สะดวก และการใช้งานจริงที่มีความยืดหยุ่น การใช้ QR code เพื่อเข้าถึงเนื้อหาความรู้ที่ไม่เร่งด่วน ช่วยลดความหนาของสมุดและตอบโจทย์การใช้งานยุคดิจิทัล และช่วยเพิ่มความสะดวกของผู้จัดทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในการปรับปรุงข้อมูลให้มีความเท่าทันสถานการณ์เสมอโดยไม่จำเป็นต้องรอให้มีการจัดพิมพ์ใหม่

การเปรียบเทียบผลความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนและหลังการใช้งานร่างสมุดฉบับใหม่โดยใช้เครื่องมือ One-group pretest-posttest design ในการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้

ทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มสูงขึ้น โดยในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ (t -statistic = 2.17, p -value = 0.043) และในกลุ่มของมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (t -statistic = 3.97, p -value = 0.0008) โดยเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้จากทฤษฎีข้อมูล-แรงจูงใจ-ทักษะ (Information-Motivation-Behavioral Skills Model) ที่ชี้ว่าการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายควบคู่กับแรงจูงใจและทักษะที่เหมาะสม จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁽²⁰⁻²¹⁾

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ ทั้งในเรื่องการเข้าถึงข้อมูล การตระหนักรู้ การศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง และการได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ผ่านบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งการสร้างระบบสนับสนุนและจัดกิจกรรมเรียนรู้ควบคู่กันไปจะช่วยเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับทั้งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และมารดาหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัยเพิ่มมากยิ่งขึ้นได้

■ สรุป

การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ใช้การมีส่วนร่วมของผู้ใช้งานจริงและการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ร่างสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับใหม่ที่ได้รับการพัฒนามีศักยภาพในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย และ

สามารถนำไปใช้ในระดับนโยบายเพื่อปรับปรุงเอกสารสุขภาพของประเทศให้มีความทันสมัยและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

■ ข้อเสนอแนะ

- **ระดับนโยบาย** ควรนำรูปแบบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับใหม่นี้ไปใช้ทั่วประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่การเข้าถึงข้อมูลยังจำกัด พิจารณาถึงแผนการพัฒนารูปแบบบันทึกในรูปแบบดิจิทัล (Digital MCH Handbook) และนำมาผนวกใช้ควบคู่กับรูปแบบปัจจุบันเพื่อเพิ่มทางเลือกในการใช้งาน

- **ระดับการดำเนินงาน** ควรจัดอบรมบุคลากรทางสาธารณสุขเรื่องการใช้สมุดฉบับใหม่ให้มีความเข้าใจตรงกันและสามารถสื่อสารกับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ใช้งานในการบันทึกข้อมูล มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงในอนาคต

- **การดำเนินการวิจัยครั้งต่อไป** ควรศึกษาในระยะยาวถึงผลของการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กฉบับใหม่ต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแม่และเด็ก ศึกษาความเหมาะสมในการใช้สมุดในกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มแม่วัยรุ่น หรือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมถึงการพัฒนาให้มีการแปลเป็นภาษาต่างประเทศ เพื่อครอบคลุมประชากรชนชาติอื่นที่อยู่ในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Negi S, Patel K, Mishra BK, Palo SK, Pati S. Challenges in Maternal and Child Health Services Delivery and Access during Pandemics or Public Health Disasters in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Healthcare 2021;9(7):828.

2. Mulikaburt T, Apidechkul T, Wongnuch P. Components of stigma and its impact on maternal and child health service and outcomes: perspective of Akha hill tribe women in Thailand. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):1263.
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15(3):259–67.
4. Kogan MD, Newacheck PW, Harmon J, et al. Health care use and health care needs of children with special health care needs in the United States. *Pediatrics* 2000;106(1):140–8.
5. Aihara Y, Isaranurug S, Nanthamongkolchai S, Voramongkol N. Effect of the Maternal and Child Health Handbook on maternal and child health promoting belief and action: Thailand case. *J Int Health* 2006;21(2):123–7.
6. Aoki A, Mochida K, Kuramata M, Sadamori T. The Maternal and Child Health Handbook for Improving the Continuum of Care and Other Maternal and Child Health Indicators in Angola: An Implementation Study Protocol. *Front Glob Women's Health* 2021;2:638766.
7. Nakamura Y, Kizuki M, Takano T. Evaluation of Maternal and Child Health Handbook in Japan for the Period of 1948–2006. *J Epidemiol* 2010;20(6):507–15.
8. Isaranurug S. Maternal and Child Health Handbook in Thailand. *J Int Health* 2009;24(2):61–6.
9. Smith J, Johnson K. The impact of the mother and child health book on maternal health literacy: A pretest–posttest study. *Health Literacy Res* 2022;37(2):145–55.
10. Womack JP, Jones DT. *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. New York: Free Press; 2003.
11. Graban M. *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement*. 3rd ed. Boca Roton: CRC Press; 2016.
12. Nakamura Y. Maternal and Child Health Handbook in Japan. *J Public Health Policy* 2010;31(1):114–20.
13. Osaki K, Hattori T. Impact of Maternal and Child Health Handbook on Maternal and Child Health in Japan. *J Int Health* 2014;29(1):75–80.
14. Takahashi K, Ganchimeg T, Ota E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M, et al. WHO multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011;11:286.
15. Magoma M, Requejo J, Campbell OM, Cousens S, Filippi V. High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: a case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10:13.
16. World Health Organization. *The Use and Benefits of Maternal and Child Health Handbooks: A Global Review*. Geneva: WHO; 2018.
17. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67(12):2072–8.
18. Villanueva EV, Cañari R, Velarde O. Knowledge and use of the maternal and child health handbook in the Philippines: a cross-sectional study. *Philipp J Sci* 2016;145(3):167–77.
19. Harvey M, O'Brien M, Jones D. The impact of maternal and child health books on parent education and behavior change. *Pediatrics* 2015;135(3):e567–74.
20. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS–risk behavior. *Psychol Bull* 1992;111(3):455–74.
21. Fisher WA, Fisher JD. Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behavior. In: Peterson JL, DiClemente RJ, editors. *Handbook of HIV prevention*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2000 p. 3–55.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยง วัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กชนันท์ นาครรัตน์*

สาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

นฤมล เอี่ยมณีกุล*

อาจารย์ผู้ช่วย

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ 7 พฤษภาคม 2568, วันแก้ไข 29 สิงหาคม 2568, วันตอบรับ 1 กันยายน 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และศึกษาปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร ประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครที่มีอายุ 20-30 ปี ดัชนีมวลกาย 23 - 24.9 กก./ม.² ใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ จำนวน 323 คน ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติความสัมพันธ์ไคส์แควร์ ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ สถิติถดถอยโลจิสติกหาค่ากำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วน (p -value < .05) ได้แก่ เพศ อายุ รายได้สุทธิต่อเดือน ลักษณะการทำงานแบบนั่ง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วน ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารและการสนับสนุนด้านประเมินตนเอง และพบปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร คือ เพศหญิง ลักษณะการทำงานแบบนั่ง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วนในระดับสูง ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารระดับต่ำ และการสนับสนุนด้านประเมินระดับต่ำ สามารถรวมทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานได้ร้อยละ 24.7 ($R^2=.247$) ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะต่อการสนับสนุนนโยบาย ข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการจัดกิจกรรมให้แก่ประชาชนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ให้ป้องกันภาวะอ้วนได้เหมาะสมตรงตามบริบทและความต้องการแท้จริง

คำสำคัญ: ภาวะอ้วน กลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน การป้องกันภาวะอ้วน กรุงเทพมหานคร

* ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: naruemon.aue@mahidol.ac.th

Predictive Factors for Obesity Preventive Behaviors Among Risk Working-Age in Metropolitan Area

Kotchanan Nakarat*

Community Nurse Practitioner, Department of Public Health Nursing,
Faculty of Public Health, Mahidol University

Naruemon Auemaneekul*

Arpaporn Powwattana

Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Received 7 May 2025, Revised 29 August 2025, Accepted 1 September 2025.

Abstract

This predictive correlational descriptive research aimed to examine the relationships among predisposing, enabling, and reinforcing factors, as well as to identify predictors of obesity prevention behaviors among at-risk working-age individuals in Bangkok. The study was based on the PRECEDE-PROCEED Model. The sample consisted of 323 working-age individuals in Bangkok, aged 20–30 years, with a body mass index (BMI) between 23 and 24.9 kg/m². Participants were selected through stratified random sampling and completed self-administered questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, relative risk, and binary logistic regression. Statistical significance was set at $p < .05$. The study found that the factors positively associated with obesity prevention behaviors (p -value $< .05$) included gender, age, monthly net income, nature of work, perceived barriers to obesity prevention, food purchasing costs, and appraisal support. Predictive factors for obesity prevention behaviors among at-risk working-age individuals in metropolitan area were identified as being female, having a desk-based nature of work, having a high level of perceived barriers to obesity prevention, having low food expenditure, and low levels of appraisal support. These factors collectively accounted for 24.7% of the variance in obesity prevention behaviors ($R^2 = .247$). This study offers recommendations for supporting policy development and provides foundational data to relevant agencies. It also informs the organization of targeted activities among at-risk working-age individuals in metropolitan areas to effectively prevent obesity in ways that are contextually appropriate and aligned with their actual needs. The findings provide valuable insights into policy and program development tailored to at-risk working populations in Metropolitan.

Keywords: Obesity, Risk Working-aged, Obesity Preventive, Metropolitan

*Corresponding Author, e-mail: naruemon.aue@mahidol.ac.th

■ unna

ภาวะอ้วน (Obesity) ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีผู้ที่มีภาวะอ้วนทั่วโลกกว่า 800 ล้านคน และจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่มีน้ำหนักเกินกว่า 1.9 พันล้านคน โดยในปี 2560 มีผู้เสียชีวิตจากการมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนอย่างน้อย 4.7 ล้านคน⁽¹⁾ ปัญหานี้ยังสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนในประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครที่มีความชุกของภาวะอ้วนสูงที่สุด ร้อยละ 56.12⁽²⁾ ประชากรวัยทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 20–30 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น⁽³⁾ มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารจานด่วนที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การพักผ่อนไม่เพียงพอ⁽⁴⁾ รวมถึงการใช้ชีวิตที่เร่งรีบในเขตเมืองใหญ่ ซึ่งเอื้อต่อพฤติกรรมเนือยนิ่ง ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ภาวะอ้วน ส่งผลให้เกิดภาระด้านเศรษฐกิจอย่างมาก ทั้งในระดับประเทศและระดับบุคคล เช่น ค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น และการสูญเสียรายได้จากการลาป่วย⁽⁵⁾ นอกจากนี้ กรุงเทพมหานครยังเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจและการจ้างงานของประเทศ⁽⁶⁾ ส่งผลให้ประชากรวัยทำงานในพื้นที่นี้ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างพื้นฐานด้านการเดินทางที่แออัด มีร้านอาหารที่เข้าถึงง่ายตลอด 24 ชั่วโมง ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตที่สูง รวมถึงวิถีชีวิตแบบเร่งรีบและใช้เวลาในที่ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว และได้แนะนำแนวทางในการ

ป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มวัยทำงาน ด้วยหลัก “3อ. 2ส. 1น.” ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และการนอนหลับอย่างเพียงพอ⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันอ้วนในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วน เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว ความถี่ในการออกกำลังกาย⁽⁷⁾ ความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการลดความอ้วน การได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ⁽⁸⁾ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันภาวะอ้วน⁽⁹⁾ การสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁰⁾ การเข้าถึงอาหารสุขภาพและสถานที่ออกกำลังกาย⁽¹¹⁾ รวมถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานอย่างเฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงน้ำหนักเกิน (BMI 23–24.9 กก./ม.²) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคอ้วนในอนาคตได้ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model⁽¹²⁾ ที่ได้รับการพัฒนาโดย Lawrence W. Green และ Marshall Krueter ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (Multiple Factors) ต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ นำ PRECEDE-PROCEED Model มาวิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (Multiple Factors) ที่จะ

ต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วน เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้สุทธิต่อเดือน โรคประจำตัว อาชีพ ประเภทตำแหน่ง ลักษณะการทำงานที่ทานใช้เวลามากที่สุดในแต่ละวัน พฤติกรรมเนือยนิ่ง การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วน การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วน ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย ค่าใช้จ่ายในอาหารในการซื้ออาหาร การรับรู้นโยบายการป้องกันภาวะอ้วน ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข่าวสาร และด้านการประเมิน ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยจะมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนที่เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อนำไปจัดทำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะอ้วนตามปัจจัยที่มีผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชนวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และนำไปพัฒนาโปรแกรมในการลดภาวะอ้วนของประชาชนวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษาในเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเพื่อนำข้อมูลสำคัญที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในเขตเมืองโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่กำลังเข้าสู่ภาวะเสี่ยง ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอ้วน และลดโอกาสการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

■ นิยามศัพท์

พฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วน หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลโดยความสมัครใจเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอ้วน ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา และพฤติกรรมนอนที่เหมาะสม

วัยทำงาน หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 20-30 ปี อยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครในปี 2567

ปัจจัยนำ หมายถึง เพศ อายุ ลักษณะการทำงาน พฤติกรรมเนือยนิ่ง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะอ้วน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะอ้วน

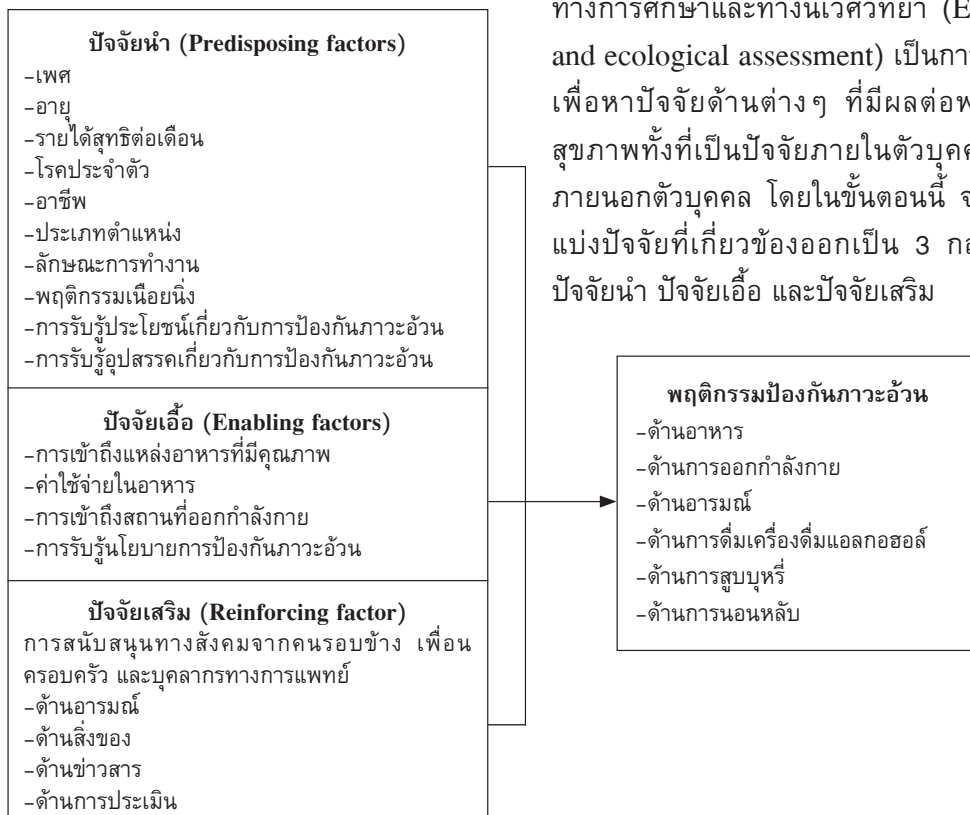
ลักษณะของการทำงาน หมายถึง การทำงานในรูปแบบนั่งโต๊ะ การทำงานที่มีการลุกเดินหรือการทำงานที่ยืนหรือเดิน และการทำงานลงพื้นที่ที่เป็นการทำงานในการเข้าไปยังพื้นที่ทำงาน ชุมชน หรือสถานที่ทำงานที่ไม่ใช่ ณ ที่ตั้ง ไม่มีอุปกรณ์การนั่งทำงานที่เหมาะสม เช่น การลงพื้นที่ก่อสร้าง การลงเยี่ยมบ้านในชุมชน

พฤติกรรมเนือยนิ่ง หมายถึง การนั่งหรือการอยู่กับที่เป็นเวลานานติดต่อกันจากการ

ทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวัน 8 ชั่วโมงต่อวัน

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะอ้วน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ ผลดีที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วนที่จะส่งผลดีต่อตนเองในด้านสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดภาวะอ้วน ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และการพักผ่อนนอนหลับ

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะอ้วน หมายถึง ความเชื่อ ความคิดของวัยทำงานที่มีต่อการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางในการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และการพักผ่อนนอนหลับ ประเมินด้วยแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วน



ปัจจัยเอื้อ หมายถึง การเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย การรับรู้นโยบายการป้องกันภาวะอ้วน ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร

ปัจจัยเสริม หมายถึง การที่ได้รับการสนับสนุนจากรอบข้าง ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Instrumental support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ด้านการประเมิน (Appraisal support)

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาได้มีการประยุกต์ใช้ PRE-CEDE-PROCEED Model ของ Green & Kreuter⁽¹²⁾ โดยใช้ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและทางนิเวศวิทยา (Education and ecological assessment) เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยในขั้นตอนนี้ จะสามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการศึกษา** เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ระยะเวลาระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2567

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชาชนที่มีเชื้อชาติไทย อายุระหว่าง 20-30 ปี อยู่ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Weiers กรณีทราบจำนวนประชากรแต่ประชากรไม่มาก กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ.05 กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง .05 จำนวน 323 คน

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N คือ ขนาดประชากร

P คือ สัดส่วนของประชากรที่มีภาวะอ้วน (ใช้สัดส่วน 0.5)

Z คือ ระดับความมั่นใจที่กำหนด หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96 (ความเชื่อมั่น 95%)

E คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

แทนค่า

$$\begin{aligned} n &= \frac{(0.5)(1-0.5)}{\frac{(0.05)^2}{(1.96)^2} + \frac{(0.5)(1-0.5)}{3,225,712}} \\ n &= \frac{0.25}{\frac{0.0025}{3.8416} + \frac{0.25}{3,225,712}} \\ n &= \frac{0.25}{0.0006507705+7.7502} \\ n &= 322.545 \\ n &\approx 323 \end{aligned}$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้จากการ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 323 คน

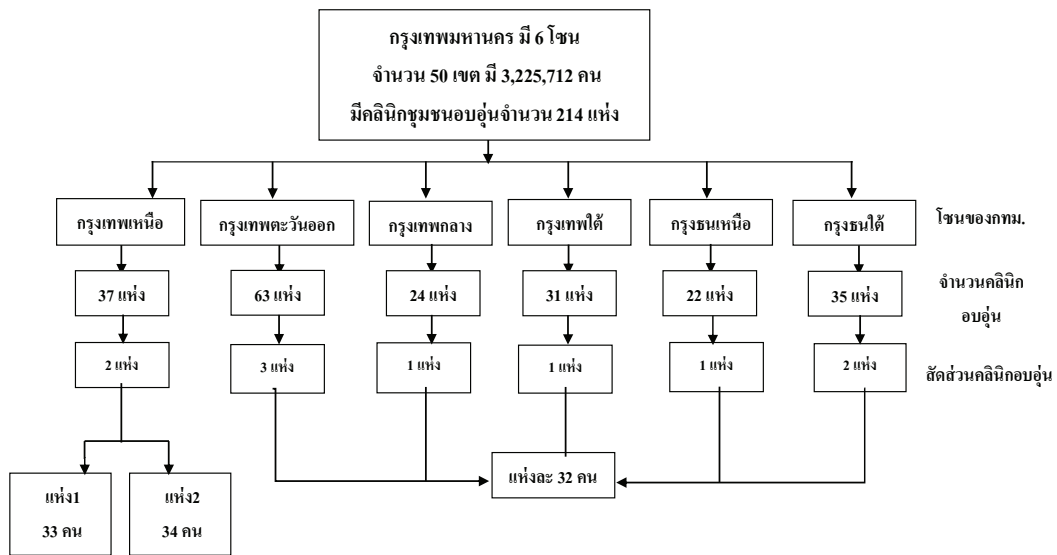
สุ่มโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) แบ่งโซนพื้นที่ของกรุงเทพมหานครและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนคลินิกชุมชนอบอุ่น กรุงเทพฯเหนือ จำนวน 8 เขต มี 37 แห่ง กรุงเทพฯตะวันออก จำนวน 9 เขต มี 63 แห่ง กรุงเทพฯกลาง จำนวน 9 เขต มี 24 แห่ง กรุงเทพฯใต้ จำนวน 10 เขต มี 31 แห่ง กรุงเทพฯเหนือ จำนวน 8 เขต มี 22 แห่ง และเขต กรุงเทพฯใต้ จำนวน 7 เขต มี 35 แห่ง จากนั้นใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากในแต่ละเขตมีจำนวนคลินิกชุมชนอบอุ่นไม่เท่ากัน จึงเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบเฉพาะเจาะจงตามจำนวนคลินิกอบอุ่น ซึ่งในแต่ละเขตจะสามารถแบ่งสัดส่วน 2:3:1:1:1:2 แห่ง โดยเก็บข้อมูลแห่งละ 32 คน จำนวน 8 แห่ง จำนวน 33 คน จำนวน 1 แห่ง และจำนวน 34 คน จำนวน 1 แห่ง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 เกณฑ์คัดเข้า คือ ประชาชนที่มีเชื้อชาติไทยมีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ จนถึงอายุ 30 ปี อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครในปี 2567 มีดัชนีมวลกาย 23 – 24.9 กก./ม.² สามารถอ่านออกเขียนได้ เกณฑ์คัดออก คือ กำลังอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร และไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

● เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล

ประกอบด้วย 7 ตอน 82 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนโดย



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

5 4 3 2 และ 1 หมายถึง ทำ 6-7 วัน 4-5 วัน 3 วัน 1-2 วัน และไม่เคยเลย จำนวน 4 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยคะแนน 16-20, 10-15 และ 4-9 หมายถึง ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะอ้วน ในด้านการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการนอนหลับที่เหมาะสม โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนโดย 5 4 3 2 และ 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์แปลผล โดยคะแนน 33-45, 21-32 และ 9-20 หมายถึง ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วน ในด้านการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการนอนหลับที่เหมาะสม โดย

ใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนโดย 5 4 3 2 และ 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์การแปลผล โดยคะแนน 33-45, 21-32 และ 9-20 หมายถึง ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณภาพ ค่าใช้จ่ายในอาหาร การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย การรับรู้นโยบายป้องกันภาวะอ้วน โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนโดย 5 4 3 2 และ 1 หมายถึง ทำ 6-7 วัน 4-5 วัน 3 วัน 1-2 วัน และไม่เคยเลย จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์การแปลผล ด้านการเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณภาพ คะแนน 8-10, 5-7 และ 2-4 ด้านการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย คะแนน 11-15, 7-10 และ 3-6 ด้านการรับรู้ นโยบายป้องกันภาวะอ้วน คะแนน 11-15, 7-10 และ 3-6 ด้านค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร คะแนน

5 3-4 และ 1-2 หมายถึง ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อน ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข่าวสาร และด้านการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนโดย 5 4 3 2 และ 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 21 ข้อ เกณฑ์การแปลผล การสนับสนุนด้านอารมณ์ คะแนน 19-25, 12-18 และ 5-11 การสนับสนุนด้านสิ่งของ คะแนน 16-20, 10-15 และ 4-9 การสนับสนุนด้านข่าวสาร คะแนน 11-15, 7-10 และ 3-6 และการสนับสนุนด้านการประเมิน คะแนน 33-45, 21-32 และ 9-20 หมายถึง ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการนอนหลับที่เหมาะสม โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนโดย 5 4 3 2 และ 1 หมายถึง ทำ 6-7 วัน 4-5 วัน 3 วัน 1-2 วัน และ ไม่เคยเลย จำนวน 22 ข้อ จัดเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม คะแนน 73-110 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในระดับสูง และคะแนน 36-72 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในระดับต่ำ

จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข ทั้ง 3 ท่าน (Coefficient

Alpha) เท่ากับ 0.91 และทดลองกับกลุ่มวัยทำงานที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าอยู่ที่ .71-.95

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยดำเนินการประสานติดต่อโดยขออนุญาตผ่านผู้จัดการคลินิกชุมชน

2. ทำการนัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูลกับคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิก ในวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ช่วงเวลา 09.00-17.00 น. หรือเป็นช่วงวัน เวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการทำแบบสอบถามวิจัย

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ตัดเข้าในคลินิกชุมชนอบอุ่นมาเรียงรายชื่อตามรหัส Hospital Number (HN) ของแต่ละบุคคล จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเรียงตั้งแต่หมายเลข 1 จนถึงหมายเลข 32 หากกลุ่มตัวอย่างครบแล้วจะถือว่าเสร็จสิ้น

4. ประสานโทรนัดหมายวัน เวลา กลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดเข้ามาร่วมตอบแบบสอบถาม ณ คลินิกชุมชนอบอุ่น โดยนัดมากลุ่มละ 5-7 คน จำนวน 3 ครั้งต่อคลินิก

5. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องนัดหมายที่คลินิกชุมชนอบอุ่น แนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมพร้อมแนบเอกสารหนังสือยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistic) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แต่เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ (Non-normal distribution) จึงนำความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds Ratio) มาเสนอขนาดของความสัมพัทธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะ และใช้สถิติ Binary Logistic regression มาวิเคราะห์หาอำนาจการทำนายอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนของวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

● **ระยะเวลาดำเนินการ** ตุลาคม - ธันวาคม 2567

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA No. MUPH 2024-028 วันที่ 11 มีนาคม 2567

■ ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 69.7) มีอายุ 30 ปีมากที่สุด รองลงมาคือ อายุ 29 ปี (ร้อยละ 13.6 และ 12.7 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 25 ปี 8 เดือน มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับราชการ และรองลงมาคือ พนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ 66.90 และ 13.30 ตามลำดับ) เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประเภทตำแหน่งอยู่ในระดับปฏิบัติการ/ผู้ปฏิบัติ รองลงมาคือ ลูกจ้างชั่วคราว (ร้อยละ 49.20 และ 23.80 ตามลำดับ) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.23 กก./ม.² และมีรายได้สุทธิต่อเดือนเฉลี่ย 16,355.82

บาท และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะการนั่งทำงานอยู่กับโต๊ะทำงานตลอดเวลา (ร้อยละ 36.50) ใช้เวลาในการนั่งอยู่กับที่ในแต่ละวันมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 32.50) มีการนั่งหรือเอนกายเฉยๆ ติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 30.30)

พฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วน พบว่า ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีการกินอาหารที่ครบ 5 หมู่ ในสัดส่วน 2:1:1 คือ ผักหลากสี 2 ส่วน เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 1 ส่วน ข้าว แป้ง 1 ส่วน 6-7 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 43.70) รองลงมาคือ มีการกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด กะทิ เนื้อติดมัน มีไขมันผสม เป็นต้น 3 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 36.50) และมีการกินอาหารหวาน หรือผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง เช่น มะม่วง ทุเรียน องุ่น 1-2 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 34.10) ตามลำดับ

ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสามมีการเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจากการทำกิจวัตรประจำวันประมาณ 30 นาที เช่น เดินไปทำงาน ทำงานบ้าน ทำงานโดยใช้แรง เป็นต้น 4-5 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 36.80) รองลงมาคือ เดินวันละ 10,000 ก้าว หรือเดินเร็ว จนรู้สึกเหงื่อซึมอย่างน้อย 20 นาที 3 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 29.10) และมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอควรไม่ถึงกับหอบติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10 นาที เช่น การก้าวเดินเร็วๆ หรือการยกถือของเบาๆ เป็นต้น 3 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 29.10) ตามลำดับ

ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งไม่มีการสูบบุหรี่หรือยาสูบหรือบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 55.70) รองลงมาคือ ไม่มีใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่หรือยาสูบหรือบุหรี่ไฟฟ้า

(ร้อยละ 28.20)

ด้านพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งไม่ดื่มวิสกี้หรือวอดก้ามากกว่า 30 มิลลิลิตรหรือ 3 ฝา (ร้อยละ 65.50) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งไม่ดื่มเบียร์มากกว่า 330 มิลลิลิตรหรือ 1 กระป๋อง (ร้อยละ 49.50) และไม่ดื่มไวน์มากกว่า 100 มิลลิลิตร (ร้อยละ 49.50) ตามลำดับ

ด้านพฤติกรรมการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตื่นขึ้นกลางคืนเพื่อเข้าห้องน้ำหรือสะดุ้งตื่นในระหว่างการนอนหลับ 1 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 36.50) รองลงมาคือ มีการนอนหลับพักผ่อนจำนวน 7-9 ชั่วโมงต่อวัน 6-7 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 29.40) ตามลำดับ

เมื่อจำแนกระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนต่ำ (ร้อยละ 83.33) รองลงมาคือ พฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนสูง (ร้อยละ 16.7) ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศ อายุ รายได้สุทธิต่อเดือน และลักษณะการทำงานแบบหนึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

(p -value<0.05) กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเพศหญิงมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนได้ต่ำกว่าเพศชาย 3.91 เท่า (OR = 3.91, 95%CI = 1.84-8.31) กลุ่มที่มีอายุ 27-30 ปี มีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนได้ต่ำกว่ากลุ่มที่มีอายุ 20-26 ปี 2.29 เท่า (OR = 2.29, 95%CI = 1.23-4.27) กลุ่มที่มีรายได้ $\geq 5,001$ บาทต่อเดือนมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนได้ต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้ <5,000 บาทต่อเดือน 2.27 เท่า (OR = 2.27, 95%CI = 1.18-4.36) และลักษณะการทำงานด้วยการนั่งมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนได้ต่ำกว่ากลุ่มที่มีลักษณะทำงานแบบยืน/เดิน/ลงพื้นที่ ร้อยละ 52 (OR = 0.52, 95%CI = 0.29-0.94) ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วนที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (p -value<0.01) กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วนในระดับสูงมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนต่ำกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรค

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ของพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วน (n=323)

พฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนต่ำ	269	83.33
พฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนสูง	54	16.7

Median = 59, S.D.= 12.739

Median = มัธยฐาน, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (n=323)

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วน		χ^2 (df)	p-value	OR 95%CI
	ต่ำ (%)	สูง (%)			
เพศ					
-หญิง	118 (43.9)	9 (16.7)	13.95* (1)	.000**	3.91 (1.84-8.31)
-ชาย	151 (56.1)	45 (83.3)			
อายุ					
-27-30 ปี	138 (51.3)	17 (31.5)	7.078* (1)	.008**	2.29 (1.23-4.27)
-20-26 ปี	131 (48.7)	37 (68.5)			
รายได้					
-≥5,001 บาท	19 (44.2)	14 (25.9)	6.226* (1)	.013*	2.27 (1.18-4.36)
-≤5,000 บาท	150 (55.8)	40 (74.1)			
ลักษณะการทำงาน					
-นั่ง	83 (30.9)	25 (46.3)	10.365* (1)	.001**	0.52 (0.29-0.94)
-ยืน/เดิน/ลงพื้นที่	186 (69.1)	29 (53.7)			

χ^2 = ค่าสถิติไคสแควร์, *p-value<0.05, ** p-value<0.01, OR=Odd Ratio, CI=Confidence Interval

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วนที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (n=323)

การรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันภาวะอ้วน	พฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วน		χ^2 (df)	p-value	OR 95%CI
	ต่ำ (%)	สูง (%)			
-ระดับสูง	184 (68.4)	22 (40.7)	14.894 (1)	.001**	3.15 (1.73-5.1)
-ระดับปานกลาง-ต่ำ	85 (31.6)	32 (59.3)			

χ^2 = ค่าสถิติไคสแควร์, *p-value<0.05, ** p-value<0.01, OR=Odd Ratio, CI=Confidence Interval

ในการป้องกันภาวะอ้วนในระดับปานกลาง-ต่ำ 3.15 เท่า (OR = 3.15, 95%CI = 1.73-5.1) ดังแสดงในตารางที่ 3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยเอื้อด้านค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยง

วัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (p-value < 0.05) กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารในระดับต่ำ มีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนต่ำกว่ากลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารในระดับปานกลาง-สูง 2.26 เท่า (OR = 2.26, 95%CI = 1.02-5.02) ดังแสดงในตารางที่ 4

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยเสริม

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ปัจจัยเอื้อ ด้านค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (n=323)

ปัจจัยเสริม การสนับสนุน ด้านการประเมิน	พฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วน		χ^2 (df)	p-value	OR 95%CI
	ต่ำ (%)	สูง(%)			
-ระดับต่ำ	76 (28.3)	8 (14.8)	4.22* (1)	.042*	2.26
-ระดับปานกลาง-ระดับสูง	193 (71.7)	46 (85.2)			(1.02-5.02)

χ^2 = ค่าสถิติไคสแควร์, *p-value<0.05, ** p-value<0.01, OR=Odd Ratio, CI=Confidence Interval

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ปัจจัยเสริม การสนับสนุนด้านการประเมินที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (n=323)

ปัจจัยเสริม การสนับสนุน ด้านการประเมิน	พฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วน		χ^2 (df)	p-value	OR 95%CI
	ต่ำ (%)	สูง(%)			
-ระดับต่ำ	163 (60.6)	17 (31.5)	15.45* (1)	.000**	3.35
-ระดับปานกลาง-ระดับสูง	106 (39.4)	37 (68.5)			(1.79-6.25)

χ^2 = ค่าสถิติไคสแควร์, *p-value<0.05, ** p-value<0.01, OR=Odd Ratio, CI=Confidence Interval

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายโอกาสในการเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรทำนาย	β	S.E.	p-value	Exp(β)	95%CI for Exp(β)	Nagelkerke R ²
เพศ (หญิง)	1.317	.412	.001	3.732	1.665-8.367	.247
อายุ (27-30 ปี)	.437	.384	.256	1.547	.729-3.286	
รายได้สุทธิต่อเดือน ($\geq 5,001$ บาท)	.683	.411	.096	1.980	.885-4.426	
ลักษณะการทำงานแบบนั่ง	.960	.341	.005	2.611	1.339-5.09	
การรับรู้อุปสรรค (ระดับสูง)	1.234	.439	.005	3.846	1.73-9.18	
ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร (ระดับต่ำ)	.867	.428	.043	2.380	1.028-5.506	
การประเมิน(ระดับต่ำ)	1.513	.349	.000	4.539	2.292-8.990	
Constant	-5.489	1.790	.002	.004		

การสนับสนุนด้านการประเมินที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัย ทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยง วัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (p-value<

0.01) กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพ- มหานครมีการสนับสนุนด้านการประเมินในระดับ ต่ำ มีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วน ต่ำกว่ากลุ่มที่มีการสนับสนุนด้านการประเมินใน ระดับปานกลาง-สูง 3.35 เท่า (OR = 3.35,

95%CI = 1.79-6.25) ดังแสดงในตารางที่ 5

ปัจจัยที่นำมาทำนายพฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานในเขต พื้นที่กรุงเทพมหานคร คือ เพศ ลักษณะการทำงานแบบนั้น การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน ภาวะอ้วน ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารระดับต่ำ และการสนับสนุนด้านประเมิน โดยเมื่อควบคุมอิทธิพล ของตัวแปรอื่นๆ พบว่า กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขต พื้นที่กรุงเทพมหานครเพศหญิงมีโอกาสเกิด พฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วนได้ต่ำกว่าเพศชาย 3.91 เท่า ($\text{Exp}(\beta) = 3.732$, 95%CI = 1.665-8.367) กลุ่มที่มีอายุ 27-30 ปี มีโอกาสเกิด พฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วนได้ต่ำกว่ากลุ่มที่มี อายุ 20-26 ปี 2.29 เท่า ($\text{Exp}(\beta) = 1.547$, 95%CI = .729-3.286) กลุ่มที่มีรายได้ $\geq 5,001$ บาทต่อเดือนมีโอกาสเกิดพฤติกรรม การป้องกัน ภาวะอ้วนได้ต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้ $< 5,000$ บาท ต่อเดือน 2.27 เท่า ($\text{Exp}(\beta) = 1.980$, 95%CI = .885-4.426) ลักษณะการทำงานด้วยการนั่งมี โอกาสเกิดพฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วนได้ต่ำ กว่ากลุ่มที่มีลักษณะทำงานแบบยืน/เดิน/ลงพื้นที่ ร้อยละ 48 ($\text{Exp}(\beta) = .960$, 95%CI = 1.339-5.09) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วนใน ระดับสูงมีโอกาสเกิดพฤติกรรม การป้องกันภาวะ อ้วนต่ำกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน ภาวะอ้วนในระดับปานกลาง-ต่ำ 3.15 เท่า ($\text{Exp}(\beta) = 3.846$, 95%CI = 1.73-9.18) ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารในระดับต่ำมีโอกาสเกิด พฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วนต่ำกว่ากลุ่มที่มีค่า ใช้จ่ายในการซื้ออาหารในระดับปานกลาง-สูง 2.26 เท่า ($\text{Exp}(\beta) = 2.380$, 95%CI = 1.028-5.506) และการสนับสนุนด้านการประเมินใน ระดับต่ำ มีโอกาสเกิดพฤติกรรม การป้องกันภาวะ อ้วนต่ำกว่ากลุ่มที่มีการสนับสนุนด้านการประเมิน

ในระดับปานกลาง-สูง 3.35 เท่า ($\text{Exp}(\beta) = 4.539$, 95%CI = 2.292-8.990) โดยสมการนี้ มีความสามารถในการร่วมทำนายได้ร้อยละ 24.7 ($R^2=.247$) ดังแสดงในตารางที่ 6

■อภิปรายผล

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขต พื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สุทธิต่อเดือน ลักษณะการทำงานแบบนั้น ค่า ใช้จ่ายในการซื้ออาหาร การประเมิน (p-value < 0.05) และมีความสามารถในการร่วมทำนายการ ป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 24.7 ($R^2=.247$)

2. ปัจจัยนำ (เพศหญิง ลักษณะการทำงานแบบนั้น และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการ ป้องกันภาวะอ้วน) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขต พื้นที่กรุงเทพมหานครได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ อภิปรายได้ว่า กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานครเพศหญิงมีโอกาสเกิดพฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วนได้ต่ำกว่าเพศชาย 3.91 เท่า ($\text{Exp}(\beta) = 3.732$, 95%CI = 1.665-8.367) กล่าว ได้ว่าเพศหญิงมีปัจจัยด้านเรื่องของฮอร์โมนเพศ หญิง การรับประทาน ลักษณะการใช้ชีวิตที่มีการ เคลื่อนไหวน้อย มีการออกกำลังกายในระดับน้อย ร่วมกับการรับประทานอาหารที่ไม่ส่งเสริมต่อ พฤติกรรม การป้องกันภาวะอ้วน⁽¹⁰⁾ ส่งผลให้มี โอกาสจะเกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนได้ต่ำ กว่าในเพศชายที่มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย มากกว่า มีการรับประทานอาหาร ลักษณะการทำงานที่เคลื่อนไหวมากกว่าในเพศหญิง หรือ กล่าวได้ว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน 1.79 เท่าของเพศหญิง⁽¹³⁾

และลักษณะการทำงานด้วยการนั่งมีโอกาสดังกล่าวเกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนได้ต่ำกว่ากลุ่มที่มีลักษณะทำงานแบบยืน/เดิน/ลงพื้นที่ ร้อยละ 52 ($OR = 0.52$, $95\%CL = 0.29-0.94$) เนื่องจากการทำงานแบบยืน/เดิน/ลงพื้นที่ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่บ่อยครั้งและสม่ำเสมอทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานร่างกายตลอดการเคลื่อนไหวจึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนได้มากกว่า สอดคล้องกับการมีพฤติกรรมการทำงานก็จะมีการเกิดภาวะอ้วนมากขึ้นเป็น 3.21 เท่า⁽¹⁴⁾ ในส่วนการรับรู้อุปสรรคกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วนในระดับสูงมีโอกาสดังกล่าวเกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนต่ำกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วนในระดับปานกลาง-ต่ำ 3.15 เท่า ($Exp(\beta) = 3.846$, $95\%CI = 1.73-9.18$) ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าคนที่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนอยู่ อาจพบเจอกับอุปสรรคในระหว่างการปฏิบัติ จึงทำให้การรับรู้อุปสรรคที่สูงพบเจอได้ในกลุ่มที่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนสูง การมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะอ้วน ส่งผลให้คนเกิดการรับรู้สิ่งที่จะเข้ามาเป็นอุปสรรคในการทำให้ตนเองมีพฤติกรรมที่จะทำให้อ้วน⁽¹¹⁾

3. ปัจจัยเอื้อ ด้านค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารในระดับต่ำ มีโอกาสดังกล่าวเกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนได้ต่ำกว่ากลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารในระดับปานกลาง-สูง 2.26 เท่า ($Exp(\beta) = 2.380$, $95\%CI = 1.028-5.506$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยและทำงานอยู่ในกรุงเทพต้องเผชิญกับค่าครองชีพที่สูงกว่าในเขตจังหวัดอื่น⁽¹⁶⁾ โดยอาหารเพื่อสุขภาพมักมีราคาที่สูง จึงทำให้กลุ่มประชากรที่มีรายได้ที่น้อยมีโอกาสในการเข้าถึงอาหารสุขภาพที่ยากด้วย

เช่นกัน ส่งผลให้เกิดตัวเลือกในการรับประทานได้ลดลง จึงเกิดผลการป้องกันภาวะอ้วนได้

4. ปัจจัยเสริม ด้านการประเมินในระดับต่ำ กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีการสนับสนุนด้านการประเมินในระดับต่ำ มีโอกาสดังกล่าวเกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนต่ำกว่ากลุ่มที่มีการสนับสนุนด้านการประเมินในระดับปานกลาง-สูง 3.35 เท่า ($Exp(\beta) = 4.539$, $95\%CI = 2.292-8.990$) กล่าวได้ว่ากลุ่มเสี่ยงวัยทำงานในกรุงเทพมหานครได้รับการสนับสนุนในด้านของด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งที่จะสามารถป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนได้เพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของตนเองจากครอบครัว เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ แต่ในด้านการประเมินตนเอง⁽¹⁰⁾ จากครอบครัว เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ยังไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมที่จะสามารถช่วยจัดการให้ตนเองมีพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนได้อย่างถูกต้อง

5. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร คือ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย เพศ ลักษณะการทำงานแบบนั่ง และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วน ปัจจัยเอื้อ คือ ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร และปัจจัยเสริมด้านการประเมินเมื่อพิจารณาตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005)⁽¹²⁾ ปัจจัยนำ กล่าวได้ว่า ปัจจัยนำจะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนของบุคคลหรือเป็นความพึงพอใจของบุคคลที่ได้มาจากการประสบการณ์ในการเรียนรู้ อาจจะมีผลทั้งด้านสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วน เน้นสิ่งที่เป็นพื้นฐานในการกระตุ้น

สนับสนุนให้เกิดหรือยับยั้งพฤติกรรม รวมทั้งการมีปัจจัยเอื้อที่แสดงถึงแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งลักษณะที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ด้วยและความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา และการหาได้ง่าย ของสิ่งที่เป็นในการแสดงพฤติกรรม และปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง อาจจะเป็นคำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจจะเป็นกฎระเบียบที่บังคับให้มีการปฏิบัติ โดยสิ่งเหล่านี้จะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้รับรองผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น⁽¹⁵⁾ พบว่าทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุปัจจัยนำและปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะอ้วน ได้แก่ เพศหญิงที่มีภาวะอ้วนลงพุงสูงสุด ร้อยละ 81.50 และค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารเครื่องดื่ม (เฉลี่ยต่อมื้อ)⁽¹³⁾ ปัจจัยนำในส่วนของการรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ และปัจจัยด้านชีวภาพ คือ รายได้ ($r = .190, p < .01$) ปัจจัยเสริมด้านสนับสนุนการประเมิน ($p\text{-value} = .001$)⁽¹⁰⁾ ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้⁽¹⁷⁾

■ สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่

กรุงเทพมหานคร ($p\text{-value} < .05$) จำแนกตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model⁽¹²⁾ ออกเป็นในส่วนของปัจจัยนำ ได้แก่ เพศหญิง อายุ 27-30 ปี รายได้ $\geq 5,000$ บาทต่อเดือน ลักษณะการทำงานแบบนั่ง การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วน ปัจจัยเอื้อด้านค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารในระดับต่ำ และปัจจัยเสริม ในการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านการประเมิน ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร คือ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย เพศหญิง ลักษณะการทำงานแบบนั่ง และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วนในระดับสูง ปัจจัยเอื้อ คือ ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร และปัจจัยเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านการประเมิน มีความสามารถในการร่วมทำนายการป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 24.7 ($R^2 = .247$)

■ ข้อเสนอแนะ

1. การจัดบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานที่ทำงานหรือสถานประกอบการที่เข้าถึงง่าย พร้อมทั้งให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และการนอนหลับ
2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะอ้วนที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยทำงานเพศหญิงโดยเฉพาะในช่วงอายุ 27 ปีขึ้นไป เช่น โปรแกรมออกกำลังกายออนไลน์ หรือ กิจกรรมกระตุ้นการเคลื่อนไหวระหว่างวันลดกิจกรรมเนือยนิ่ง

3. การจัดให้บริการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพในราคาที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร

4. จัดบริการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายระหว่างวันให้แก่วัยทำงานในสถานที่ทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานแบบนั่งทำงาน

● ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. มีการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานในเขตพื้นที่ขยายขอบเขตจากกรุงเทพมหานครไปยังส่วนภูมิภาค เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น กลุ่มวัยทำงานในต่างจังหวัด พื้นที่ชนบท หรือในภาคอุตสาหกรรมอื่นๆ ซึ่งอาจมีบริบทด้านสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างจากพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2. ควรพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะ

โปรแกรมที่อิงจากกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model เพื่อวัดประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน

3. ควรมีการศึกษาเชิงติดตามผล (Longitudinal Study) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนในระยะยาว และศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาในระยะเวลาต่างๆ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณคลินิกชุมชนอบอุ่นและหน่วยงานทั้งราชการและเอกชน ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย ที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mediadetail.php?id=14502>
3. จินดารัตน์ สมใจนึก และจอม สุวรรณโน. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนในกลุ่มวัยช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นตอนปลายสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น: การเปรียบเทียบความชุกในห้ากลุ่มอายุและสามกลุ่มอายุ. ว.พยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด 2563;31(1):142-59.
4. กรมอนามัย. กรมอนามัยเผยวัยทำงานมีภาวะอ้วนเฉลี่ย 30.2% สส 1% ลดเสี่ยง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/300465/>
5. วิชัย เอกพลากร, บรรณศิริกร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease5_NHES_5.pdf
6. เพชรลัดดา เพ็ชรภักดี. การท่องเที่ยวในเขตเมืองและการพัฒนา: กรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันพัฒนกรรมการออกแบบและการก่อสร้าง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2565];2(2):13-26. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/download/105280/84420/271352>

7. กนกนันท์ สมนึก, กุลรัตน์ สายธิไชย, กิตติพงศ์ อ้วนแก้ว, รุ่งนภา ศิริพรไพบูลย์, อานนท์ ทองคงหาญ. ความซุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วารสารเวชสารและวารสารศาสตร์เขตเมือง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2565];65(1):27-36. เข้าถึงได้จาก: <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/saujournalst/article/view>
8. สมศักดิ์ ถิ่นขี้, พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. พฤติกรรมการลดความอ้วนของนักศึกษาระดับปริญญาตรีจังหวัดนนทบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2566];10(1):72-82. เข้าถึงได้จาก: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JournalGradVRU/article/view/55943/47085>
9. ฉินญาณกร ใจยอด, อนุกุล มะโนทน. ประสิทธิผลการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566;9(1):54-68.
10. กุลยา โตระยาอ, วิสรา จันทรัตน์, ณัฐวดี ศรีเอี่ยม, ประเสริฐ ประสมรักษ์, พรพรรณ ประพัฒน์พงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงในกลุ่มวัยทำงาน(อายุ 15-59 ปี) ในตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2565];4(1):130-40. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/article/view/246642>
11. จันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา, นันทยา เสนีย์, วรรัตน์ สุขคุ้ม, รุ่งฤดี อุสาหะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินร.ส.ด.นาท่ามเหนือ จ.ตรัง. วารสารราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2563;10(1):54-69.
12. Green LW., Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
13. อริญา หมั่นธรรม, มุรธส ทิพยมงคลกุล, และวัชรภรณ์ เปาโรหิตย์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ. เวชสารแพทย์ทหารบก 2565;75(1):27-37.
14. กุลธิดา บรรจงศิริ, วรวิช นาคแป้น, ศรดา จิรัฐกุลธนา, อารยา ประเสริฐชัย, ปธานิน แสงอรุณ, พรสวรรค์ ศรีสวัสดิ์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายพฤติกรรมการนั่งอยู่กับที่ต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของพนักงานมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์สายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2566;9(1):1-16.
15. ปวีณา ประเสริฐจิตร, วงศ์พันธ์ ลิ้มปเสนีย์, ชวนันท์ สมนะเศรษฐกุล. วิถีชีวิตคนเมืองวัยทำงานที่มีผลต่อภาวะอ้วนลงพุง: กรณีศึกษามูลนิธิคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. วารสารเวชสารและวารสารศาสตร์เขตเมือง 2564;63(Suppl):71-84.
16. House JS., Umberson D., Landis KR. Structures and processes of social support annual reviews [Internet]. 1988 [cited 2023 May 5]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/234838341>.
17. ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์แซ, กิตติศักดิ์ หลวงพันทา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสาร มจร.วิชาการ 2561;22 (43-44):55-69.

สถานการณ์แปรงสีฟันในตลาดประเทศไทย (พ.ศ.2557-2568)

ศิริวรรณ พิทยรังษณัฐ*

หนทีนี้ ตั้งเจริญดี

พิณมาดา แซ่เอี้ย

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

วันรับ 19 พฤษภาคม 2568, วันแก้ไข 29 สิงหาคม 2568, วันตอบรับ 1 กันยายน 2568.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของแปรงสีฟันจากการสำรวจในปี 2557 และ 2562 และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของแปรงสีฟันในท้องตลาดประเทศไทยในปี 2562 รวมถึงศึกษาการกระจายจำหน่ายในตลาดระหว่างปี 2562 และปี 2568 ใช้วิธีการศึกษาวิเคราะห์ภาคตัดขวาง โดยส่วนที่ 1 ใช้ข้อมูลคุณลักษณะของแปรงสีฟัน ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิจากการเฝ้าระวังคุณภาพแปรงสีฟันที่สำรวจในปี 2557 และ 2562 จากฐานข้อมูลสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้จำหน่ายแปรงสีฟันจากร้านค้า 10 แห่ง และข้อมูลแปรงสีฟันที่จำหน่ายในปี 2568 ในร้านหรือขายออนไลน์ร่วมกับข้อมูลที่แสดงบนเว็บไซต์จากแพลตฟอร์มตลาดสินค้าออนไลน์ กลุ่ม e-Marketplace ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาปี 2568 ผลการศึกษาพบว่า จำนวนรุ่นของแปรงสีฟันที่ขายเพิ่มมากขึ้นจาก 270 และ 293 รุ่นในปี 2557 และ 2562 เป็น 557 รุ่นในปี 2568 สัดส่วนของแปรงสีฟันที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพในปี 2562 สูงกว่าปี 2557 ปัจจัย “การนำเข้าจากต่างประเทศ” ร่วมกับ “ราคาไม่เกิน 20 บาท” ส่งผลทางลบต่อคุณภาพของแปรงสีฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แปรงสีฟันที่มีทั้งสองปัจจัยดังกล่าวมีอัตราเสี่ยงที่คุณภาพจะไม่ผ่านเกณฑ์เป็น 8.7 เท่าของแปรงสีฟันที่มีราคาสูงกว่า 20 บาทและผลิตในประเทศ คุณภาพที่ไม่ผ่านเกณฑ์ส่วนใหญ่มาจากลักษณะปลายขนแปรงบกร่องซึ่งพบได้จากปลายขนเรียวแหลมมากกว่าปลายมนกลม รองลงมาคือ ความทนต่อแรงดึงกระดูกงูแปรงไม่ผ่านเกณฑ์ แปรงสีฟันที่มีชื่อรุ่นที่ยังคงจำหน่ายในตลาดถึงปี 2568 มีโอกาสผ่านเกณฑ์คุณภาพมากกว่าแปรงสีฟันที่ตกรุ่นไปแล้วถึง 2.6 เท่า ร้านค้าใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกสินค้ามาจำหน่ายจากความต้องการของลูกค้าโดยพิจารณาจากยอดขายในอดีตเป็นอันดับแรก ประกอบกับความเชื่อของการโฆษณาในสื่อ/การส่งเสริมการขาย และยี่ห้อ/บริษัทผู้ผลิตที่เชื่อถือได้ ดังนั้น ควรมีการสื่อสารผลการตรวจสอบคุณภาพแปรงสีฟันให้ผู้บริโภค ทั้งประชาชน และหน่วยงานที่มีโครงการจัดซื้อแปรงสีฟันได้ใช้เป็นแนวทางในการเลือกซื้อสินค้า

คำสำคัญ: แปรงสีฟัน การสำรวจ การคุ้มครองผู้บริโภค

* ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล : siriwan.p@anamai.mail.go.th

Situation of toothbrushes in the Thai market (2014-2025)

Siriwan Pitayarangsasit*

Nontinee Tangcharoendee

Pinchada Sae-ear

Bureau of Dental Health, Department of Health

Received 19 May 2025, Revised 29 August 2025, Accepted 1 September 2025.

Abstract

This study aimed to compare toothbrush characteristics from surveys conducted in 2014 and 2019 and to identify factors associated with the quality of toothbrushes in the Thai market in 2019, as well as to study the market sales continuity between 2019 and 2025. By using cross-sectional analytical study, the first part used data on toothbrush characteristics, which was secondary data from toothbrush quality surveillance surveys conducted in 2014 and 2019 from databased of the Dental Health Bureau, Department of Health. The second part consists of interview data with toothbrush sellers from 10 stores and data on toothbrushes sold in 2025 in stores or online, along with data displayed on websites from e-Marketplace platforms during the study period of 2025. The study found that the number of brush models sold increased from 270 and 293 in 2014 and 2019 to 557 in 2025. The proportion of toothbrushes that did not pass quality standards in 2019 was higher than in 2014. The factors “imported from abroad” together with “price not exceeding 20 baht” had a statistically significant negative effect on the quality of toothbrushes. Toothbrushes with the two factors had a risk of failing the quality criteria 8.7 times higher than toothbrushes priced higher than 20 baht and produced domestically. The most common failures were due to defective bristle tips, which were more commonly found in tapered tips than rounded tips, followed by tuft retention failures. Toothbrush which model name still listed on the market until 2025 is 2.6 times more likely to pass the quality criteria than an outdated toothbrush. The store used the criteria for selecting products to sell based on customer demand, first considering past sales, along with the frequency of advertising in the media/sales promotion, and the reliable brand/manufacturer. Therefore, the results of toothbrush quality testing and methods for checking the condition of the bristles should be communicated to consumers, both the public and organizations with toothbrush purchasing projects, to use as guidelines for purchasing products.

Keywords: toothbrush, survey, consumer protection

* Corresponding Author, e-mail : siriwan.p@anamai.mail.go.th

■ บทนำ

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่าประชาชนเก็บรักษาฟันแท้ไว้ใช้งานได้มากขึ้น แต่พบความชุกของรอยโรคปริทันต์เพิ่มขึ้นจากรอบการสำรวจปี 2560 ใน

ทุกกลุ่มอายุ ในขณะที่มีการใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงแข็งกว่าขนแปรงนุ่มตามมาตรฐานกรมอนามัยลดลงเล็กน้อยจากผลการสำรวจปี 2560 ดังนี้ ปี 2566 มีร้อยละ 22.7 13.6 และ 20.8 ในกลุ่มอายุ 15 ปี 35-44 ปี และ 60-74 ปี ตามลำดับ

และผลการสำรวจปี 2560 มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 23.8 18.1 และ 24.1 ตามลำดับ⁽¹⁾

คราบจุลินทรีย์บนผิวฟันเป็นตัวก่อโรค และเพิ่มการลุกลามของโรคปริทันต์และโรคฟันผุ และวิธีที่ดีที่สุดในการกำจัดคราบจุลินทรีย์นี้คือการ ใช้แปรงสีฟัน⁽²⁾ การศึกษาจำนวนไม่น้อยประเมิน ประสิทธิภาพของแปรงสีฟันแต่ละชนิดในการขจัด คราบจุลินทรีย์ แต่ก็ยังมีข้อถกเถียงเรื่องผลที่ดี กว่าของแปรงสีฟันแต่ละแบบ⁽³⁻⁹⁾ อย่างไรก็ตาม การกำจัดคราบจุลินทรีย์ที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้น อยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น เวลาในการแปรง ฟันที่เพียงพอ เทคนิคการแปรงฟัน แรงที่ใช้แปรง ฯลฯ ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การศึกษา ด้วยหุ่นยนต์แปรงฟันบนผิวฟันมนุษย์ครั้งล่าสุดใน ปี 2566 ที่ทดสอบคุณลักษณะของแปรงสีฟันยี่ห้อ เดียวกัน 8 รุ่น ที่มีขนแปรงผลิตจากไนลอนและ ลักษณะขนแปรงปลายมนกลมพบว่า ผลในการ กำจัดคราบจุลินทรีย์ของแปรงสีฟันที่มีขนาดหัว เล็กกะทัดรัดดีกว่าขนาดปกติ ขนแปรงที่มีความ นุ่มพิเศษดีกว่าขนแปรงนุ่ม (เส้นผ่านศูนย์กลางขน แปรงเล็กพิเศษ 0.12 มม. เทียบกับ 0.15 มม.) ความยาวขนแปรง 12 มม. ดีกว่า 9 มม. ขนแปรง ชนิดนุ่มดีกว่าชนิดปานกลาง (เส้นผ่านศูนย์กลาง ขนแปรง 0.15 หรือ 0.18 มม. เทียบกับ 0.23 มม.) และขนแปรงที่มีความสูงต่างระดับ 8.5/11 มม. ดีกว่า 10/11 มม.⁽¹⁰⁾

อย่างไรก็ตาม แปรงสีฟันควรมีความ สามารถในการทำสะอาดคราบจุลินทรีย์บน ฟันผิวฟันโดยมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด ภาวะ แทรกซ้อนที่อาจมีสาเหตุจากการแปรงฟัน เช่น เหงือกอักเสบ การสึกกร่อนของชั้นเคลือบฟัน และการ บาดเจ็บของเหงือก เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพแปรงสีฟันที่จำหน่าย ในท้องตลาด อาจมีผลมาจากทั้ง ปัจจัยของ

ผู้ผลิต⁽¹¹⁾ ปัจจัยในการคัดเลือกสินค้าของร้านที่ จำหน่าย และปัจจัยจากผู้บริโภค

ปัจจัยของผู้ผลิตที่สัมพันธ์คุณภาพ แปรงสีฟันที่จำหน่าย ได้แก่

- กระบวนการออกแบบและคัดเลือก วัสดุ: ประกอบด้วย การเลือกวัสดุทำขนแปรง รูป ทรงปลายขนแปรง ซึ่งชนิดวัสดุที่ใช้ทำขนแปรงที่ แตกต่างกันมีข้อจำกัดต่างกันด้วย ตัวอย่างเช่น ขนแปรงที่ทำมาจากไนลอน หรือโพลีเอไมด์ ต้อง มีความหนาเพื่อคงความยืดหยุ่นและปลายขน แปรงมนกลมเพื่อไม่ทำอันตรายเหงือก หากทำให้ มีเส้นผ่านศูนย์กลางของขนแปรงขนาดเล็กมากจะ พบการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง โค้งงอ เสียรูป หรือหัก งอของขนแปรงสีฟันก่อนการใช้งาน ส่วนขนแปรง ที่ทำจากโพลีเอสเตอร์ ซึ่งอาจจะเป็นโพลีบิวทิลีน เทเรฟทาเลต (PBT) หรือโพลีเอทิลีนเทเรฟทาเลต (PET) มีความคงทนมากกว่า จึงสามารถทำให้มี เส้นผ่านศูนย์กลางเล็กมากได้⁽¹²⁾

- กระบวนการยึดและตัดแต่งขนแปรง: การมนปลาย หรือการบดปลาย หรือการจุ่มปลาย ด้วยสารเคมีด้วยเทคนิคใหม่ๆ มีต้นทุนที่ผู้ผลิตจะ คำนึงถึง ซึ่งแปรงสีฟันที่ปลายคมมักไม่ได้ผ่าน กระบวนการขัดมนปลาย (blunting process สำหรับปลายกลม) หรือบดปลาย (grinding the ends สำหรับปลายเรียวแหลม) หรือใช้เทคนิคใหม่ ที่มีสิทธิบัตร ซึ่งแปรงสีฟันราคาถูกมักจะไม่ผ่าน กระบวนการเหล่านี้⁽¹³⁾

- การควบคุมคุณภาพและการตรวจสอบ: จะช่วยตรวจสอบข้อบกพร่อง เช่น ขนแปรง งอ ขนแปรงหลุด และข้อบกพร่องของด้ามจับ ซึ่ง มาตรการควบคุมคุณภาพยังรวมถึงการทดสอบ แปรงสีฟันเพื่อความทนทานและประสิทธิภาพ

ปัจจัยในการคัดเลือกสินค้าของร้านที่ จำหน่าย ในการตัดสินใจจัดสรรพื้นที่บนชั้นวาง สำหรับสินค้า ผู้ค้าปลีกจะรับสินค้าจากตัวแทน

จำหน่ายหรือผู้ค้าส่ง โดยคำนึงถึงราคาขายส่ง อัตรากำไร ประสิทธิภาพการขายจากข้อมูล ณ จุดขายและพื้นที่อื่นๆ และความถี่ของการโฆษณาในสื่อ⁽¹⁴⁾ หากผู้จำหน่ายให้ความสำคัญของราคามากกว่าคุณภาพก็อาจไม่ช่วยผู้บริโภคในการกลั่นกรองสินค้าที่มีคุณภาพ

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อแปรงสีฟันของประชาชนผู้บริโภค จากผลการศึกษาในต่างประเทศพบปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความอ่อนแอของขนแปรง (89.6%) 2) ยี่ห้อ (62.9%) และ 3) ประสบการณ์การใช้แปรงสีฟันที่ผ่านมา (64.4%)⁽¹⁵⁾ และจากผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่าปัจจัยสำคัญในการเลือกแปรงสีฟัน 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) ความอ่อนแอของขนแปรงตามต้องการ 2) ลักษณะปลายขนแปรงที่เข้าถึงทุกซอกทุกมุม 3) แปรงที่สามารถจับได้ถนัดและขนาดพอดีกับปาก 4) ยี่ห้อ/บริษัทผู้ผลิตที่เชื่อถือได้ และ 5) ราคาประหยัด⁽¹⁶⁾ ดังนั้นนอกจากราคาแล้ว ยี่ห้อ (หรือแหล่งผลิต) ก็เป็นข้อมูลที่ผู้บริโภคใช้ในการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์

กรมอนามัยได้จัดทำมาตรฐานวิชาการแปรงสีฟัน ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2541 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2547⁽¹⁷⁾ และมีการปรับปรุงเพิ่มรูปลักษณะมาตรฐานปลายเรียวแหลมใน พ.ศ. 2559⁽¹⁸⁾ และ พ.ศ. 2565⁽¹⁹⁾ สรุปเกณฑ์ที่สำคัญดังนี้ 1) บรรจุภัณฑ์ต้องมีฉลากตามที่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคกำหนด (สคบ.)⁽²⁰⁻²¹⁾ 2) มีความยาวของแปรงและขนาดหัวแปรงเหมาะสมตามอายุของผู้ใช้ 3) ขนแปรงต้องไม่แข็ง 4) ปลายขนแปรงมนกลมหรือปลายเรียวแหลมต้องเรียบร้อยไม่มีคมหรือบกร่อง 5) ขนแปรงแต่ละกระจุกต้องทนต่อแรงดึง ไม่หลุดง่าย และสำนักทันตสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการเฝ้าระวังคุณภาพแปรงสีฟันตั้งแต่ พ.ศ. 2543 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงแปรงสีฟันที่มีคุณภาพ

โดยสำรวจแปรงสีฟันทุกยี่ห้อทุกรุ่นที่วางจำหน่ายในประเทศไทย นำมาตรวจสอบความถูกต้องของฉลากและตรวจสอบคุณภาพด้วยห้องปฏิบัติการเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานวิชาการแปรงสีฟันกรมอนามัย ข้อมูลผลการตรวจสอบนำไปแจ้งให้บริษัทผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายทราบเพื่อปรับปรุงแก้ไขคุณภาพแปรงสีฟันให้ได้มาตรฐาน ซึ่งที่ผ่านมา ระหว่าง พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2557 พบแนวโน้มสัดส่วนแปรงสีฟันที่มีคุณภาพที่ผ่านมาตรฐานมีแนวโน้มดีขึ้นเป็นลำดับ ภาพรวมผ่านเกณฑ์ร้อยละ 73.3⁽²²⁾ แต่ผลการสำรวจครั้งล่าสุดในปี 2562⁽²³⁾ พบว่าแปรงสีฟันที่จำหน่ายในประเทศผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียงร้อยละ 51 ซึ่งลดลงจากเดิมอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ยังไม่ได้มีการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพแปรงสีฟันที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ ยังไม่มีข้อมูลสถานการณ์แปรงสีฟันที่จำหน่ายอย่างเป็นทางการในปัจจุบัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์แปรงสีฟันที่จำหน่ายในตลาดประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2557 ถึง 2568 เพื่อเป็นข้อมูลที่จะใช้สื่อสารกับผู้ประกอบการและผู้บริโภค และวางแผนในการเฝ้าระวังคุณภาพแปรงสีฟันต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เป็นการศึกษาสถานการณ์แปรงสีฟันที่จำหน่ายในตลาดประเทศไทย ระหว่างปี 2557-2568 โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของแปรงสีฟัน จากการสำรวจในปี 2557 และ 2562
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของแปรงสีฟันในท้องตลาดประเทศไทย ในปี 2562
3. เพื่อศึกษาการคงจำหน่ายของแปรงสีฟัน ระหว่างปี 2562 และปี 2568

■ นิยามศัพท์

แปร่งสีฟัน หมายถึง แปร่งสีฟันทั่วไป ประกอบด้วยหัวแปร่งและด้ามแปร่งใช้สำหรับเด็ก หรือผู้ใหญ่ ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เฉพาะอื่น และไม่รวมแปร่งสีฟันไฟฟ้า

การคงจำหน่ายของแปร่งสีฟัน หมายถึง การที่แปร่งสีฟันรุ่นนั้น ๆ ยังคงมีการขายอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาที่กำหนด

■ วิธีการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross sectional analytical study) ข้อมูลมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ใช้ข้อมูลจากเฝ้าระวังคุณภาพแปร่งสีฟัน เป็นผลการสำรวจในปี 2557 และ 2562 จากฐานข้อมูลสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการสำรวจจากผู้จำหน่ายแปร่งสีฟัน และข้อมูลแปร่งสีฟันที่จำหน่ายปี 2568 ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (เดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2568)

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ

ผู้จำหน่ายแปร่งสีฟัน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามแหล่งที่เก็บตัวอย่างในปี 2562 จำนวน 10 ราย เป็นแหล่งขายส่งขนาดใหญ่ 1 ราย ซุปเปอร์มาร์เก็ต 4 ราย ร้านค้าที่มีสาขา 4 ราย และตลาดนัด 1 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากหัวหน้าฝ่ายจัดซื้อหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากร้านค้าสาขาที่เก็บตัวอย่าง

แปร่งสีฟัน เป็นข้อมูลคุณลักษณะของแปร่งสีฟัน (พ.ศ. 2557 และ 2562) ที่มีอยู่ในฐานข้อมูลแปร่งสีฟัน สำนักทันตสาธารณสุข และข้อมูลแปร่งสีฟันที่จำหน่ายในปี 2568 ในร้านหรือขายออนไลน์ร่วมกับข้อมูลที่แสดงบนเว็บไซต์จากแพลตฟอร์มตลาดสินค้าออนไลน์ กลุ่ม e-Marketplace ยอดนิยมสูงสุด 2 แห่ง ที่จดทะเบียนธุรกิจในประเทศไทย ด้วยคำค้น “แปร่งสีฟัน”

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาพัฒนา** ขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้จำหน่ายแปร่งสีฟัน ประกอบด้วย 1) ให้คะแนนระดับความเห็นด้วยต่อหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกสินค้า 2) สอบถามความสนใจขอรับผลการตรวจสอบคุณภาพแปร่งสีฟันตามเกณฑ์วิชาการกรมอนามัย 3) แบบฟอร์มข้อมูลแปร่งสีฟัน ระบุตัวแปรที่สอดคล้องกับข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง ของสำนักทันตสาธารณสุข ได้แก่ 1) ชื่อยี่ห้อ 2) ชื่อรุ่น 3) ประเภท (เด็ก,ผู้ใหญ่, ไม่ระบุ) 4) ราคาต่อชุด 5) จำนวนด้ามต่อชุด 6) ราคาเฉลี่ยต่อด้าม 7) แหล่งผลิต (ในประเทศไทย, ต่างประเทศระบุชื่อประเทศ..., ไม่ระบุ)

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ สถิติไค-สแควร์ และสมการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) หาค่า Odds Ratio (OR) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพที่ไม่ได้มาตรฐานโดย สมการที่ใช้มีดังนี้

สมการที่ 1: คุณภาพไม่ผ่านมาตรฐาน

$$\text{Logit } P(Y1) = \beta_1 + a_1x_1 + a_2x_2 + e1$$

สมการที่ 2: คุณภาพไม่ผ่านมาตรฐาน

$$\text{Logit } P(Y1) = \beta_2 + a_1x_3 + e2$$

$Y1$ = คุณภาพแปร่งสีฟันไม่ผ่านมาตรฐาน (1,0) a เป็นสัมประสิทธิ์

$x1$ แหล่งผู้ผลิตจากต่างประเทศ (1,0) β เป็นค่าคงที่

$x2$ กลุ่มราคาไม่เกิน 20 บาท (1,0) e เป็นค่าความคลาดเคลื่อน

$x3$ ประเภทแปร่งสีฟันจัดกลุ่มด้วยปัจจัย $x1$ และ $x2$ (แบ่งเป็น 4 กลุ่ม)

● การดำเนินงาน

1) ส่งจดหมายพร้อมสรุปย่อโครงการ คำนะนำผู้ให้ข้อมูล และไต่ถามยอมให้ข้อมูลถึง

ผู้จัดการฝ่ายจัดซื้อสำนักงานใหญ่ของร้านค้าที่มีสาขา จากนั้นเดินทางไปเก็บข้อมูลที่ร้านค้าสาขา จำนวน 9 แห่ง และร้านขายแปรงสีฟันในตลาดนัด 1 แห่ง ทั้งนี้ นักวิจัยได้ยื่นเอกสารให้คำแนะนำ โครงการพร้อมขอความยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจต่อผู้ให้ข้อมูล ณ จุดจัดเก็บข้อมูล

2) รวบรวมข้อมูลรายชื่อแปรงที่จำหน่ายในท้องตลาด พ.ศ. 2568 ตรวจสอบข้อมูลโดยปรับชื่อยี่ห้อและรุ่นให้เป็นภาษาที่เทียบกันได้ แล้วจัดเรียงข้อมูลตามชื่อและรุ่นจากทุกแหล่งรวม 11 แหล่ง (e-Marketplace นับเป็น 1 แหล่ง เนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่ซ้ำซ้อนกัน) หากมีข้อมูลราคาเฉลี่ยต่อด้ามหลายค่าต่อ 1 รุ่น ผู้วิจัยจะเลือกใช้ราคาขนาดบรรจุชุดละ 1 ด้าม มาใช้ในการวิเคราะห์เป็นลำดับแรก

3) ประมวลผล วิเคราะห์ และจัดทำรายงาน

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษยธรรมอนามัย เลขที่ 771/2567 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2569

■ ผลการศึกษา

ยี่ห้อและรุ่นแปรงสีฟันที่พบในท้องตลาดประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา โดยผลการสำรวจปี 2557 พบ 270 รุ่น จาก 71 ยี่ห้อ ผลการสำรวจในปี 2562 พบ 293 รุ่น จาก 60 ยี่ห้อ ซึ่งมีเพียง 31 ยี่ห้อที่พบได้ทั้งรอบปี 2557 และ 2562 ทั้งนี้พบความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างแปรงสีฟันสองรอบดังนี้ 1) การระบุฉลากแปรงสีฟันเป็นไปตามประกาศ สคบ.เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.7 เป็นร้อยละ 80.9 2) สัดส่วนแปรงสีฟันที่มีคุณลักษณะผ่านมาตรฐาน ลดลงจากร้อยละ 73.3 เป็นร้อยละ 54.9 3) สัดส่วนแปรงสีฟันที่มีขนแปรงปลายมนกลมลดลง และ

สัดส่วนของแปรงที่มีลักษณะขนแปรงปลายเรียวแหลมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สัดส่วนแปรงสีฟันที่นำเข้าจากต่างประเทศเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 49.6 เป็นร้อยละ 66.9 เมื่อพิจารณารายประเด็นคุณภาพที่ไม่ผ่านมาตรฐานพบว่า ปี 2557 และ 2562 เป็นไปในทิศทางเดียวกันแต่สัดส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น ดังนี้ ลักษณะปลายขนแปรงบกพร่องเพิ่มจากร้อยละ 23.7 เป็นร้อยละ 34.5 ความทนต่อแรงดึงกระดูกขนแปรงไม่ผ่านมาตรฐานเพิ่มจากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 19.5 และหัวแปรงขนาดใหญ่กว่ามาตรฐานเพิ่มจากร้อยละ 2.6 เป็นร้อยละ 4.1 (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สองตัวแปรด้วยสถิติไค-สแควร์ พบเฉพาะปัจจัยแหล่งผู้ผลิตและกลุ่มราคา มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพของแปรงสีฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แปรงสีฟันในกลุ่มราคาควินไทล์ที่ 1 (ราคาไม่เกิน 20 บาท) มีสัดส่วนคุณภาพที่ไม่ผ่านมาตรฐานสูงสุดคือร้อยละ 70.0 แตกต่างจากกลุ่มราคาอื่นที่มีสัดส่วนไม่ผ่านมาตรฐานอยู่ระหว่างร้อยละ 29.3-46.4 อย่างชัดเจน เมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อยด้วยการจัดกลุ่มราคาและแหล่งประเทศผู้ผลิตพบว่า แปรงสีฟันราคาไม่เกิน 20 บาทที่นำเข้าจากต่างประเทศมีสัดส่วนคุณภาพที่ไม่ผ่านเกณฑ์สูงที่สุดคือร้อยละ 78.2 (ตารางที่ 2)

การวิเคราะห์ตัวแปรอิสระหลายตัวแปรด้วยสมการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) พบว่า แปรงสีฟันที่นำเข้าจากต่างประเทศ มีโอกาสที่คุณภาพจะไม่ผ่านเกณฑ์ เป็น 2.2 เท่าของแปรงที่ผลิตในประเทศ และแปรงที่มีราคาไม่เกิน 20 บาท มีโอกาสที่คุณภาพจะไม่ผ่านเกณฑ์ เป็น 3.6 เท่าของแปรงที่มีราคาสูงกว่า (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ไม่พบสหสัมพันธ์กันเองที่สูงระหว่างตัวแปรอิสระ และไม่พบปฏิกริยาร่วมของตัวแปรอิสระ เมื่อคำนวณใหม่ด้วยสมการที่ใช้ปัจจัยแบบ

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะของแปรงสีฟัน จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ.2562

รายละเอียด	2557 (n)	%	2562 (n)	%	P-value
จำนวนยี่ห้อ	74		60		
จำนวนรุ่น (ทั้งหมด)	270		293		
จำนวนรุ่น ประเภทสำหรับเด็ก	69	25.6	60	20.5	0.152
จำนวนรุ่น ประเภทสำหรับผู้ใหญ่	201	74.4	233	79.5	
ลักษณะปลายขนแปรง					
ลักษณะปลายมนกลม	169	62.6	104	35.5	< 0.001
ลักษณะปลายเรียวแหลม	53	19.6	162	55.3	
ลักษณะปลายเรียวแหลมผสมปลายตัด รวมอื่น ๆ	48	17.8	27	9.2	
แหล่งผู้ผลิต					
ผลิตในประเทศไทย	119	44.1	97	33.1	0.007
นำเข้าจากต่างประเทศ	134	49.6	196	66.9	
ไม่ระบุ	17	6.3	0	0.0	
คุณลักษณะผ่านมาตรฐานทุกข้อ	198	73.3	161	54.9	<0.001
คุณลักษณะที่ไม่ผ่านมาตรฐาน (ข้อ1-4 อย่างใดอย่างหนึ่ง)	72	26.7	132	45.1	
1. ขนแปรงแข็ง	0	0.0	0	0.0	
2. หัวแปรงขนาดใหญ่กว่ามาตรฐาน	7	2.6	12	4.1	
3. ลักษณะปลายขนแปรงบกพร่อง	64	23.7	101	34.5	
4. ความทนต่อแรงดึงกระจุกขนแปรง <15 Newton	24	8.9	57	19.5	
การระบุฉลากแปรงสีฟันเป็นไปตามประกาศ สคบ.	179	66.3	237	80.9	0.001
การระบุฉลากแปรงสีฟันไม่เป็นไปตามประกาศ สคบ.	91	33.7	56	19.1	
ไม่มีฉลากภาษาไทย	20	8.6	56	9.1	
ไม่ระบุชนิดขนแปรง ความอ่อนแข็ง	24	13.4	19	6.5	
ไม่ระบุลักษณะปลายขนแปรง	59	21.8	21	7.2	
ไม่ระบุวัสดุทำขนแปรง	29	16.2	37	12.6	
ไม่ระบุวัสดุทำด้ามแปรง	35	19.6	46	15.7	
ไม่ระบุคำแนะนำ วิธีใช้	16	8.9	5	1.7	
ไม่ระบุอายุ	16	8.9	9	3.1	

กลุ่มประเภทแปรงสีฟัน โดยให้กลุ่มแปรงสีฟันที่ผลิตในประเทศไทยราคาสูงกว่า 20 บาทเป็นตัวเปรียบเทียบพบว่า มีเฉพาะแปรงสีฟันนำเข้าที่ราคาไม่เกิน 20 บาทที่มีคุณภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีโอกาสไม่ผ่านเกณฑ์สูงเป็น 8.7 เท่าของกลุ่มแปรงสีฟันที่ผลิตในประเทศไทยราคาสูงกว่า 20 บาท (ตารางที่ 4)

เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามประเทศผู้ผลิตพบว่าในปี 2557 แปรงสีฟันที่ผลิตภายในประเทศมีจำนวนรุ่นแปรงสีฟันวางขายมากที่สุด แต่ในปี 2562 กลายเป็นแปรงสีฟันที่นำเข้าจากประเทศจีนมีจำนวนรุ่นมากที่สุด จำนวนรุ่นที่ผ่านเกณฑ์

มากที่สุดคือ แปรงที่ผลิตจากประเทศไทย รองลงมาคือ ประเทศจีน เวียดนาม มาเลเซีย และอินเดียตามลำดับ (ตารางที่ 5)

การสำรวจแปรงสีฟันที่จำหน่ายในปี 2568 พบแปรงสีฟัน 557 รุ่นจาก 84 ยี่ห้อ มีราคาตั้งแต่ 6-350 บาท แปรงสีฟันที่มีชื่อรุ่นคงจำหน่ายในตลาดทั้ง 2 ปี ระหว่างปี 2562 และ 2568 มีจำนวน 141 รุ่นจาก 41 ยี่ห้อ คิดเป็นร้อยละ 48.1 ของแปรงสีฟันที่สำรวจในปี 2562 (ตารางที่ 6) แปรงสีฟันที่มีชื่อรุ่นที่คงจำหน่ายในตลาดทั้ง 2 ปี มีโอกาสที่จะมีคุณภาพผ่านเกณฑ์สูงเป็น 2.4 เท่าของแปรงสีฟันที่ตกรุ่นไปแล้ว (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณลักษณะแปรปรวนสีฟัน พ.ศ. 2562 ที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ปัจจัย	ผ่านเกณฑ์ (n)	%	ไม่ผ่านเกณฑ์ (n)	%	P value
จำนวนทั้งหมด (n=293)	161	54.9	132	45.1	
ประเภท					
แปรปรวนสีฟันสำหรับเด็ก (n=60)	32	53.3	28	46.7	0.884
แปรปรวนสีฟันสำหรับผู้ใหญ่ (n=233)	129	55.4	104	44.6	
ลักษณะปลายชนแปรปรวน					
ลักษณะปลายมนกลม (n=104)	62	59.6	42	40.4	0.270
ลักษณะปลายเรียวแหลม และอื่นๆ (n=189)	99	52.4	90	47.6	
แหล่งผู้ผลิต					
ผลิตในประเทศไทย (n=97)	67	69.1	30	30.9	0.001
นำเข้าจากต่างประเทศ (n=196)	94	48.0	102	52.0	
กลุ่มราคา					
ควินไทล์ที่ 1 (6-20 บาท) (n=70)	21	30.0	49	70.0	<0.001
ควินไทล์ที่ 2 (21-33 บาท) (n=51)	32	62.7	19	37.3	
ควินไทล์ที่ 3 (34-50 บาท) (n=58)	37	63.8	21	36.2	
ควินไทล์ที่ 4 (51-69 บาท) (n=58)	41	70.7	17	29.3	
ควินไทล์ที่ 5 (69.5-149 บาท) (n=56)	30	53.6	26	46.4	
จัดกลุ่มราคาและประเทศผู้ผลิต					
ผลิตในประเทศราคาสูงกว่า 20 บาท (n=82)	58	70.7	24	29.3	<0.001
ผลิตในประเทศราคาไม่เกิน 20 บาท (n=15)	9	60.0	6	40.0	
นำเข้าจากต่างประเทศราคาสูงกว่า 20 บาท (n=141)	82	58.2	59	41.8	
นำเข้าจากต่างประเทศราคาไม่เกิน 20 บาท (n=55)	12	21.8	43	78.2	

หมายเหตุ: ราคาต่ำสุดของแปรปรวนสีฟันที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคือ 9 บาทและ 6 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพแปรปรวนสีฟันไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พ.ศ. 2562

ปัจจัย	95% C.I. for EXP(B)							
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
นำเข้าจากต่างประเทศ (1,0)	.774	.271	8.168	1	.004	2.169	1.275	3.687
ราคาไม่เกิน 20 บาท (1,0)	1.289	.300	18.517	1	.000	3.629	2.018	6.528
ค่าคงที่	-1.032	.233	19.619	1	.000	.356		

ตารางที่ 4 โอกาสเสี่ยงคุณภาพแปรปรวนสีฟันไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (พ.ศ. 2562)

กลุ่มประเภทแปรปรวนสีฟัน	95% C.I. for EXP(B)							
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
กลุ่มอ้างอิง: ผลิตในประเทศราคาสูงกว่า 20 บาท			28.945	3	.000			
ผลิตในประเทศราคาไม่เกิน 20 บาท	.477	.580	.676	1	.411	1.611	.517	5.024
นำเข้าจากต่างประเทศราคาสูงกว่า 20 บาท	.553	.297	3.476	1	.062	1.739	.972	3.111
นำเข้าจากต่างประเทศราคาไม่เกิน 20 บาท	2.159	.407	28.157	1	.000*	8.660	3.901	19.221
ค่าคงที่	-.882	.243	13.217	1	.000	.414		

หมายเหตุ: *ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 แปรงสีฟันที่ผ่านมาตรฐานกรมอนามัย ประเทศไทย จำแนกตามประเทศผู้ผลิต ปี 2557 และ 2562

ประเทศผู้ผลิต	2557		2562	
	N	ผ่านเกณฑ์ (%)	N	ผ่านเกณฑ์ (%)
ประเทศไทย	119	108 (90.8)	97	67 (80.4)
รวมนำเข้าจากต่างประเทศ	134	82 (61.2)	195	94 (56.4)
ประเทศจีน	90	46 (51.1)	122	45 (45.1)
ประเทศเวียดนาม	18	15 (83.3)	22	18 (90.9)
ประเทศเกาหลีใต้	6	5 (83.3)	7	1 (42.9)
ประเทศอินเดีย	5	5 (100.0)	6	6 (100.0)
ประเทศมาเลเซีย	5	2 (40.0)	13	11 (84.6)
ประเทศสวิตเซอร์แลนด์	0	-	8	5 (87.5)
ประเทศอื่น ๆ (น้อยกว่า 5 รุ่น/ประเทศ)	27	16 (59.26)	17	8 (47.1)

ตารางที่ 6 แหล่งผลิตและราคาของแปรงสีฟันและการคงจำหน่ายในตลาดระหว่างปี 2562 และ 2568

รายละเอียด	2562		2568	
	N	%	N	%
จำนวนยี่ห้อ ทั้งหมด (ยี่ห้อ)	60		84	
จำนวนยี่ห้อที่คงจำหน่ายทั้งสองปี	41		41	
จำนวนรุ่น ทั้งหมด (รุ่น)	293		557	
จำนวนยี่ห้อ รุ่น ที่คงจำหน่ายทั้งสองปี	141	48.1	141	25.3
จำนวนยี่ห้อ รุ่น ที่พบรอบเดียว	152	51.9	416	74.7
แหล่งผู้ผลิต				
ผลิตในประเทศไทย	97	33.2	158	28.4
นำเข้าจากต่างประเทศ	196	66.8	385	69.1
ไม่ระบุ	0	0	14	2.5
ราคา ต่ำสุด (บาท/ด้าม)	6		6	
ราคา สูงสุด (บาท/ด้าม)	149		350	
ราคาดมยฐาน	39		44	

ตารางที่ 7 แปรงสีฟันในปี 2562 ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน กรมอนามัย จำแนกตามการคงจำหน่ายในตลาดปี 2568

	คุณภาพผ่านเกณฑ์		ไม่ผ่านเกณฑ์		Chi-square	Exp(B)	95%CI for OR
จำนวนยี่ห้อที่คงอยู่ทั้งสองปี	93	66.0 %	48	34.0 %	P <.001	2.393	1.492 – 3.840
จำนวนยี่ห้อที่พบรอบเดียว	68	44.7 %	84	55.3 %			

จากการสอบถามความคิดเห็นของร้านค้าพบว่า ร้านค้าส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกเป็น 1) ยอดขายในอดีต 2) ความถี่ของการ

โฆษณาในสื่อ/การส่งเสริมการขาย 3) ยี่ห้อ/บริษัทผู้ผลิตที่เชื่อถือได้ เป็นสามอันดับแรกเรียงจากมากไปน้อย (ตารางที่ 8) โดยมีความเห็นเพิ่มเติม

ตารางที่ 8 ความคิดเห็นของร้านค้าต่อหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกสินค้ามาจำหน่าย

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกสินค้า	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	ค่าเฉลี่ย
1. ราคาขายส่งถูก	4	3	5	3	0	3	5	NC	NC	NC	3.29
2. อัตรากำไรสูง	1	4	5	4	4	3	NC	NC	NC	NC	3.50
3. ยอดขายดีในอดีต	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4.50
4. ความถี่ของการโฆษณาในสื่อ/การส่งเสริมการขาย	5	4	5	4	4	4	4	4	NC	5	4.33
5. ยี่ห้อ/บริษัทผู้ผลิตที่เชื่อถือได้	4	1	5	5	5	5	3	5	NC	5	4.22
6. มีเอกสารรับรองคุณภาพจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง	0	1	0	0	0	5	3	4	NC	0	1.44

คำอธิบาย: คะแนนระหว่าง 0-5 จากน้อยไปมาก, 0 คะแนน หมายถึง ไม่ใช้เกณฑ์นี้, NC หมายถึง ไม่มีความเห็น (No comment)

เช่น “เลือกสินค้าที่ผลิตด้วยตราสินค้าของตนเองเป็นอันดับแรก” “ที่มกลางจากสำนักงานใหญ่จะเป็นผู้คัดเลือกสินค้ารวมถึงสินค้าออกใหม่ ราคาและกำไรอยู่ที่สาขาใหญ่พิจารณา deal กับ supplier” และมี 1 รายระบุว่าแปรงสีพื้นต้องมีใบรับรองผ่านมาตรฐานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค “certificate ของ สคบ.” สรุปได้ว่าร้านที่เป็นสาขาจะดูยอดขายเป็นหลัก ส่วนร้านค้าที่ไม่มีสาขามีความเห็นเพิ่มเติมว่า “คัดเลือกสินค้าจากที่พบเห็นในงานประชุมวิชาการของทันตแพทย์หรือลูกค้าบอกว่าคุณภาพดี” ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลจากทั้ง 10 ร้าน ตอบว่า “ไม่สนใจ” ขอรับผลการตรวจสอบคุณภาพแปรงสีพื้นตามเกณฑ์วิชาการกรมอนามัย ตามรายชื่อยี่ห้อและรุ่นที่มีจำหน่ายในร้าน

■อภิปรายผล

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์สองตัวแปรด้วยสถิติไค-สแควร์ พบว่าปัจจัยแหล่งผู้ผลิตและกลุ่มราคามีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพของแปรงสีพื้นในปี 2562 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่แปรงสีพื้นที่มีลักษณะปลายขนแปรงมนกลมผ่านเกณฑ์คุณภาพ (รวม) ร้อยละ 59.6 สูงกว่าแปรงสีพื้นที่มีลักษณะปลายขนแปรงประเภทอื่นๆ (ร้อยละ 52.4) ทั้งนี้เพราะการมนปลายของ

ขนแปรงที่ทำจากไนลอนและ PBT เป็นเทคโนโลยีที่มีมาก่อนแล้ว ในขณะที่การทำปลายเรียวแหลมสำหรับขนแปรงที่ทำจากไนลอนต้องผ่านการปรับแต่งทางกายภาพซึ่งมีต้นทุนสูงขึ้น ส่วนขนแปรงที่ทำจาก PBT ซึ่งเป็นโพลีเอสเตอร์ประเภทหนึ่ง มีราคาถูกกว่าไนลอน ทนทานกว่าและดูดซับน้ำได้น้อยกว่า ผู้ผลิตแปรงสีพื้นจึงมักเลือกใช้วัสดุ PBT เพื่อลดต้นทุน แต่ขนแปรง PBT มีความแข็งแรงกว่าและความยืดหยุ่นไม่ดีซึ่งอาจทำให้เหวี่ยงเสียหายได้ ผู้ผลิตจึงนิยมทำให้ปลายเรียวแหลมเพิ่มความรู้สึกนุ่มด้วยวิธีการใช้สารเคมีทำให้ปลายแหลมแบบเข็ม แม้จะเข้าถึงลึกเข้าไปในร่องเหวี่ยงก็ได้อย่างง่ายดายแต่ก็ยังพบการบาดเจ็บที่เหวี่ยงได้ นอกจากนี้เนื่องจากปลายเรียวอาจงอหรือเสียรูปได้ง่ายระหว่างการใช้งานทำให้เกิดปัญหาอายุการใช้งานสั้นมากของแปรงสีพื้น จึงอาจจำเป็นต้องมนพื้นผิวตัดของส่วนปลายเรียว ซึ่งทำได้หลายวิธีตั้งแต่การจุ่มพื้นผิวหลังการตัดในสารเคมี หรือการบัดพื้นผิวการตัดในเครื่องขัด หรือการให้ความร้อนกับพื้นผิวการตัดในอุปกรณ์ทำความร้อน⁽²⁴⁾ ซึ่งทำให้ต้นทุนการผลิตสูงขึ้น แปรงสีพื้นราคาถูกจึงมักไม่ได้มนปลายและไม่มีการควบคุมคุณภาพและการตรวจสอบที่ดีพอ จึงอาจพบขนแปรงงอหรือขนแปรงหลุดออกได้ง่าย

ปลายเรียวแหลมที่มีคุณภาพผ่านมาตรฐานและราคาไม่เกิน 20 บาทจึงหาได้ยากในท้องตลาดประเทศไทย ซึ่งแปรงปลายเรียวแหลมกำลังเป็นที่นิยม สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ได้สนับสนุนประสิทธิภาพของแปรงสีฟันปลายเรียวแหลม ตัวอย่าง เช่น การทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่องประสิทธิภาพการลดคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบบริเวณด้านประชิดฟันของขนแปรงต่างกัน โดยเทียบจากดัชนี Plaque Index และดัชนี Gingival index พบว่ากลุ่มที่ใช้แปรงสีฟันขนแปรงนุ่มปลายเรียวแหลมมีค่าดัชนีลดลงอย่างมากและมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้แปรงสีฟันขนแปรงนุ่มปลายมนกลม นอกจากนี้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงปานกลางหรือแข็งกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ดีกว่าในบริเวณที่ไม่ใช้ด้านประชิด ไม่ว่าจะใช้แปรงที่มีขนแปรงปลายแหลมหรือมนกลม⁽²⁵⁾

การขยายตัวของตลาดแปรงสีฟันสูงขึ้นอย่างมากในปี 2568 และมีความแตกต่างของราคาต่อด้าม ตั้งแต่ 6-350 บาท มีการใช้เทคโนโลยีและวัสดุใหม่ เช่น การขึ้นรูปด้วย polyester resin มาทำขนแปรงเพิ่มจากการใช้วัสดุไนลอนและ PBT และมีการออกแบบทั้งด้ามและการจัดวางแนวขนแปรงใหม่ๆ เพื่อการส่งเสริมการตลาดให้ดึงดูดลูกค้าทั้งเก่าและใหม่เพื่อการแข่งขันทางการค้าและการตั้งราคาที่สูงขึ้น เป็นต้น ในขณะที่แปรงสีฟันนับเป็นสินค้าทั่วไป มีเพียงข้อปฏิบัติด้านฉลากที่ต้องเป็นไปตาม สคบ.

ผู้ประกอบการร้านค้าส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกสินค้าเป็นยอดขายในอดีต และการส่งเสริมการขายเป็นสองอันดับแรก ดังนั้นการสื่อสารโดยตรงกับผู้บริโภค อาจเป็นวิธีหนึ่งในการกำหนดคุณภาพของสินค้าในตลาด สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชัย ธนสารศิลป์⁽²⁶⁾ ที่พบว่าการส่งเสริมการขายด้วยการสาธิตการแปรงฟันที่ถูก

วิธีนั้น จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อแปรงสีฟันของกลุ่มวัยรุ่นในเวลาต่อมา ผู้ประกอบการร้านค้าส่วนใหญ่ “ไม่สนใจ” ขอรับผลการตรวจสอบคุณภาพแปรงสีฟันตามเกณฑ์วิชาการกรมอนามัย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลที่ร้านสาขาอาจไม่ได้มีอำนาจในการคัดเลือกสินค้าเอง แต่พบข้อสังเกตว่า ผู้จำหน่ายมีการอ้างถึงมาตรฐานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งมีประกาศควบคุมฉลากแปรงสีฟัน การใช้ประโยชน์จากมาตรฐานวิชาการแปรงสีฟันอาจเทียบเคียงได้กับบทเรียนของมาตรฐานกรมอนามัยอื่น เช่น เกณฑ์น้ำประปาดื่มได้ เป็นมาตรฐานด้านวิชาการ โดยใช้ความร่วมมือจากผู้ประกอบการและผู้เกี่ยวข้องในการนำไปปฏิบัติ ไม่ได้มีผลเชิงกฎหมายที่จะบังคับใช้ ซึ่งหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการออกข้อกำหนดเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปา ตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัด จากการที่ใช้ข้อมูลที่ผ่านมาหลายปีแล้วในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพแปรงสีฟัน ซึ่งอาจไม่สะท้อนสถานการณ์ของแปรงสีฟันรุ่นใหม่ๆ ในปัจจุบันอันเนื่องมาจากการพัฒนาเทคโนโลยีและการแข่งขันทางการตลาดเสรี นอกจากนี้คุณภาพแปรงสีฟันที่มีชื่อรุ่นเดียวกันแต่ต่างช่วงเวลาของการผลิตมีโอกาสที่จะให้ผลการตรวจสอบคุณภาพไม่เหมือนเดิม

■ สรุป

จำนวนแปรงสีฟันในปี 2557 พบ 270 รุ่น จาก 71 ยี่ห้อ ปี 2562 พบ 293 รุ่น จาก 60 ยี่ห้อ และปี 2568 พบ 557 รุ่น จาก 84 ยี่ห้อ จำนวนรุ่นของแปรงสีฟันที่จำหน่ายในประเทศไทยช่วงปี 2568 มีการขยายตัวอย่างมาก คิดเป็น 2.1 เท่าของแปรงสีฟันที่พบในปี 2557 ในขณะที่การสำรวจปี 2562 ขยายตัวเพียง 1.1 เท่า

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยแหล่งผลิตและราคามีอิทธิพลต่อคุณภาพของแปรงสีฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แปรงสีฟันราคาไม่เกิน 20 บาทที่นำเข้าจากต่างประเทศในการสำรวจปี 2562 มีสัดส่วนคุณภาพไม่ผ่านเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 78.2 และมีอัตราเสี่ยงที่คุณภาพจะไม่ผ่านเกณฑ์เป็น 8.7 เท่าของแปรงสีฟันที่ผลิตในประเทศและราคาสูงกว่า 20 บาท คุณภาพที่ไม่ผ่านมาตรฐานส่วนใหญ่มาจากลักษณะปลายขนแปรงบกร่องซึ่งพบได้จากขนแปรงปลายเรียวแหลม (รวมทั้งปลายเรียวแหลมผสมปลายตัด) มากกว่าขนแปรงปลายมนกลม รองลงมาคือกระดูกขนแปรงหลุดออกง่าย โดยรุ่นที่คงจำหน่ายในตลาดถึงปี 2568 มีโอกาสที่จะมีคุณภาพผ่านเกณฑ์สูงเป็น 2.4 เท่าของแปรงสีฟันที่ตกฐานไปแล้ว

■ ข้อเสนอแนะ

กรมอนามัยควร

1) มีการเฝ้าระวังคุณภาพแปรงสีฟันที่จำหน่ายในตลาดอย่างสม่ำเสมอ และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แปรงสีฟันที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานแก่ประชาชนและสาธารณะ

2) สื่อสารและส่งเสริมให้ผู้ประกอบการทั้งบริษัทผู้ผลิตและนำเข้าแปรงสีฟัน เรื่องมาตรฐานวิชาการแปรงสีฟันของกรมอนามัย และการพัฒนาคุณภาพแปรงสีฟันที่วางจำหน่าย

3) บูรณาการการดำเนินงานและการประชาสัมพันธ์แปรงสีฟันคุณภาพตามเกณฑ์วิชาการกรมอนามัย ร่วมกับ สคบ.

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณอริศรา พัตตาสิงห์ คุณกษิวิชัยย์ ต่าเกลี้ยง และคุณประณยา จงมีสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่ดำเนินการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการรอบการสำรวจ พ.ศ. 2562

เอกสารอ้างอิง

1. กรกมล นิยมศิลป์, จิราพร ชีตติ, นพวรรณ โพชนุกูล, ภัทราภรณ์ หัสดีเสวี, ณัฐมนันท์ ศรีทอง, ชนิกา ไรจน์สกุลพานิช. โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ.2565-2566 (ระยะที่ 2). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6086>
2. Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J* 2000;50(3):129-39.
3. Nygaard-Østby Pe, Edvardsen S, Spydevold B. Access to interproximal tooth surfaces by different bristle designs and stiffnesses of toothbrushes. *Eur J Oral Sci* 1979;87(6):424-30.
4. Zimmer S, Öztürk M, Barthel CR, Bizhang M, Jordan RA. Cleaning efficacy and soft tissue trauma after use of manual toothbrushes with different bristle stiffness. *J Periodontol* 2011;82(2):267-71.
5. Carvalho SR, Rossi V, Weidlich P, Oppermann RV. Comparative analysis between hard-and soft-filament toothbrushes related to plaque removal and gingival abrasion. *J Clin Dent* 2007;18(3):61-4.
6. Ren YF, Cacciato R, Whelehan MT, Ning L, Malmstrom HS. Effects of toothbrushes with tapered and cross angled soft bristle design on dental plaque and gingival inflammation: a randomized and controlled clinical trial. *J Dent* 2007;35(7):614-22.
7. Stroski ML, de Souza Dal Maso AM, Wambier LM, Chibinski AC, Pochapski MT, Santos FA, et al. Clinical evaluation of three toothbrush models tested by schoolchildren. *Int J Dent Hyg* 2011;9(2): 149-54.

8. วิกุล วิสาลเสสดี, จุฬาลักษณ์ เกษนธรรม, อารีรัตน์ ผลิตนทร์เกียรติ, นนทินี ตั้งเจริญดี, สุรัตน์ มลลชัยอริยญา, กนกวรรณ พัฒนไพโรจน์. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของแปรงสีฟันชนิดขนแปรงปลายเรียวแหลมผสมปลายตัด. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์มหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2568];31(1):47-55. เข้าถึงได้จาก: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/1082>
9. Hoogteijling F, Hennequin-Hoenderdos NL, Van der Weijden GA, Slot DE. The effect of tapered toothbrush filaments compared to end-rounded filaments on dental plaque, gingivitis and gingival abrasion: a systematic review and meta-analysis. *Int J Dental Hygiene* 2018;16(1):3-12.
10. Axe A., Mueller WD., Rafferty H. et al. Impact of manual toothbrush design on plaque removal efficacy. *BMC Oral Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 14];23:796. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03518-6>
11. Khatabook. Your Step-by-Step Guide to Toothbrush Manufacturing [Internet]. [cited 2025 May 15]. Available from: <https://khatabook.com/blog/toothbrush-manufacturing-process/>
12. ชญาดา เทียนไชย, ตามเสด็จ เกาศัลย์, ยสวิมล คูมาสุข, วรุณี เกิดวงศ์บัณฑิต. การศึกษาลักษณะขนแปรงสีฟันด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกราด. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์มหิดล 2556;33:114-28
13. Kwon YJ, Kwon SW, Kwon SH. Method of tapering bristles for toothbrushes, and toothbrush having bristles manufactured by said method. US Patent no. US8336967B2 [Internet]. 2012 [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://patents.google.com/patent/US8336967B2/en>
14. JETRO. Japanese Report No.62: -Regulation and Practices- Oral Care Products [Internet]. Tokyo: Japan External Trade Organization; 2002 [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://boletines.exportemos.pe/recursos/boletin/25614.pdf>
15. Opeodu OI, Gbadebo SO. Factors influencing choice of oral hygiene products by dental patients in a Nigerian teaching hospital. *Ann Ib Postgrad Med* 2017;15(1):51-6.
16. พวงทอง ผักถุยาคามิ และวิกุล วิสาลเสสดี. พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของคนไทย พ.ศ. 2554. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2556;36(3):49-53.
17. กรมอนามัย. ประกาศกรมอนามัย. เรื่อง มาตรฐานวิชาการแปรงสีฟัน กรมอนามัย พ.ศ. 2547. ลงวันที่ 22 เมษายน 2547.
18. กรมอนามัย. ประกาศกรมอนามัย. เรื่อง มาตรฐานวิชาการแปรงสีฟัน กรมอนามัย พ.ศ. 2559. ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2559.
19. กรมอนามัย. ประกาศกรมอนามัย. เรื่อง มาตรฐานวิชาการแปรงสีฟัน กรมอนามัย พ.ศ. 2565. ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2565.
20. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานนายกรัฐมนตรี. ประกาศคณะกรรมการว่าด้วยฉลาก ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2545): ให้แปรงสีฟันเป็นสินค้าที่ควบคุมฉลาก. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 119(ตอนพิเศษ 109 ง); 11 พฤศจิกายน 2545..
21. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานนายกรัฐมนตรี. ประกาศคณะกรรมการว่าด้วยฉลาก ฉบับที่ 33 (พ.ศ.2555): ให้แปรงสีฟันเป็นสินค้าที่ควบคุมฉลาก (ฉบับที่ 2). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 129(ตอนพิเศษ 89 ง); 6 มิถุนายน 2555.
22. วิกุล วิสาลเสสดี, แคทยา โฆษร, นนทินี ตั้งเจริญดี, โกวิศ เรียบเรียง. การสำรวจแปรงสีฟันที่จำหน่ายในประเทศไทย พ.ศ.2557. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2560;40(1):103-14.
23. กรมอนามัย. ภาพนิ่งนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการมาตรฐานวิชาการแปรงสีฟันกรมอนามัย. 2563. (ไม่เผยแพร่)
24. Yoonhoe K. Toothbrush bristles with rounded tapered ends and manufacturing method thereof. Patent No. WO2010101319A1 [Internet]. 2010. [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://patents.google.com/patent/WO2010101319A1/en>
25. Langa GPJ., Muniz FWG., Wagner TP., Silva CFE., Rösing CK. Anti-plaque and anti-gingivitis efficacy of different bristle stiffness and end-shape toothbrushes on interproximal surfaces: a systematic review with meta-analysis. *J Evid Based Dent Pract* 2021;21:101548. doi:10.1016/j.jebdp.2021.101548
26. สมชัย ธนสารศิลป์. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อแปรงสีฟันของกลุ่มวัยรุ่นในเขตกรุงเทพฯ [อินเทอร์เน็ต]. วิทยานิพนธ์พาณิชยศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2527 [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://doi.org/10.58837/CHULA.THE.1984.381>.
27. Evident. Observing Toothbrush Bristle Tips [Internet]. [cited 2025 Jul 8] Available from: <https://evidentscientific.com/en/applications/ie-observing-toothbrush-bristle-tips>

รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์

พรทิพย์ อนุตรพงศ์*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

วันรับ 2 กรกฎาคม 2568, วันแก้ไข 20 สิงหาคม 2568, วันตอบรับ 3 กันยายน 2568.

บทคัดย่อ

การวิจัยรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ ศึกษารูปแบบการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่สามารถจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่มีความสอดคล้องและเอื้อต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์คือ การสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) และเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน PAR (Participatory Action Research) ใช้แบบสอบถามเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ ของ WHO ในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 142 แห่ง จากนั้นคัดเลือกพื้นที่ จำนวน 14 แห่ง มาร่วมดำเนินการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 โดยแบ่งการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทของพื้นที่ ประเมินสถานการณ์ของพื้นที่ ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ในเกณฑ์มาตรฐาน 8 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลกเพื่อค้นหาประเด็นที่ต้องพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการคัดเลือกพื้นที่ที่ต้องพัฒนาและความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินการ จำนวน 14 แห่ง จัดกระบวนการสนทนากลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 10 คน ในพื้นที่คัดเลือก และขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลหลังดำเนินการพัฒนาด้วยแบบประเมินเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบของ WHO และติดตามคุณภาพชีวิตตามแบบประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประเมินและวิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยสถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครสวรรค์รับรู้เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ภาพรวม 8 องค์ประกอบ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเด่น รองลงมาในระดับดี เมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ องค์ประกอบบริการชุมชนและบริการสุขภาพ รองลงมาอาคารสถานที่และบริเวณภายนอก และการให้ความเคารพและทำการคัดเลือกพื้นที่เพื่อร่วมดำเนินการพัฒนาแบบกระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่ และดำเนินการเปรียบเทียบผลการประเมินเมืองที่มิตรกับผู้สูงอายุพบว่า มีการพัฒนาดีขึ้นทุกแห่งจากระดับพอใช้ เป็นระดับดีมาก จำนวน 2 แห่ง จากระดับพอใช้ เป็นระดับดี จำนวน 10 แห่ง และจากระดับกำลังพัฒนา เป็นระดับดี จำนวน 2 แห่ง ในส่วนเปรียบเทียบวิเคราะห์ผลการประเมินคุณภาพคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ก่อนและหลังการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุต้องอาศัยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ และเอกชน ภาคีเครือข่ายในชุมชนที่จะผลักดันให้สภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่ดี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

* อีเมล : pui18pui@hotmail.com

Age-Friendly City Model, Nakhon Sawan Province

Pornthip Anutarapong*

Nakhon Sawan Provincial Public Health Office

Received 2 July 2025, Revised 20 August 2025, Accepted 3 September 2025.

Abstract

This research on the age-friendly city model in Nakhon Sawan Province aims to study the development model of age-friendly cities based on the World Health Organization's framework in local administrative organizations that can manage age-friendly cities in a consistent manner and conducive to a good quality of life for older adults in Nakhon Sawan Province. The research employs a quantitative research method combined with qualitative research, with the objectives of conducting a cross-sectional survey and community participatory action research (PAR). Questionnaires were used as tools to collect data for evaluating age-friendly cities based on WHO's 8 components in 142 local administrative organizations. Subsequently, 14 areas were selected to participate in the development of age-friendly cities. The research was conducted from February 2024 to February 2025, divided into 3 phases: Phase 1: Study the context of the area, assess the situation of the area, and collaboratively analyze the situation against the standard criteria of WHO's 8 components to identify issues that need development. Phase 2: Select 14 areas that need development and are ready to participate. Organize focus group discussions with 10 stakeholders in the selected areas. Phase 3: Evaluate the results after development using the age-friendly city assessment tool based on WHO's 8 components and monitor the quality of life using the WHOQOL-BREF-THAI quality of life assessment tool's 4 domains. The statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test. The research findings indicate that local administrative organizations in Nakhon Sawan Province perceive age-friendly cities, across all 8 components, as mostly excellent, followed by good. When considering each component, the component with the highest mean was community services and health services, followed by buildings, outdoor spaces, and respect and social inclusion. The selection of areas for participatory development and the comparison of age-friendly city assessment results showed improvement in all areas: 2 areas improved from fair to very good, 10 areas improved from fair to good, and 2 areas improved from developing to good. In terms of comparing and analyzing the quality of life assessment results for older adults before and after the development of age-friendly cities, it was found that the quality of life of older adults in all 4 domains before and after the development of age-friendly cities differed significantly at the 0.05 level. This indicates that the development of age-friendly cities requires local administrative organizations, government, private sector, and community networks to promote an environment conducive to a good quality of life for older adults in the community.

Keywords: Older adults, Age-friendly city

* e-mail : pui18pui@hotmail.com

■ บทนำ

โลกกำลังมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น 11% ในปี 2006 (2549) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าคือ 22% ในปี 2050 (2593) และเมื่อถึงเวลานั้นจะมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ภายใน พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จะมีจำนวนเกิน 2,000 ล้านคนทั่วโลก⁽¹⁾ ในประเทศที่กำลังพัฒนาจะพบว่า มีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุมากและเร็วกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วใน 5 ทศวรรษที่ผ่านมา 80 % ของประชากรสูงอายุโลกล้วนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาทั้งสิ้น สังคมไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ มีการคาดประมาณว่า ภายใน พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2584) ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุมากถึง 20 ล้านคน⁽²⁾ ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งหากสำรวจข้อมูลที่ลี้ลับไปกว่านั้น ประชากรไทย ปี พ.ศ. 2566 ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566 จากฐานข้อมูลประชากรของกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย⁽³⁾ พบว่า ประเทศไทยมีประชากรจำนวน 66,054,830 คน จำนวนผู้สูงอายุสัญชาติไทย จำนวน 12,814,778 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.40 ของประชากรในประเทศ โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 56.69 รองลงมาอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 29.38⁽³⁾

จังหวัดนครสวรรค์เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีแนวโน้มของจำนวนประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มสูง

ขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากการศึกษาข้อมูลตั้งแต่ พ.ศ. 2550 มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.8 ต่อมา พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.5 จนถึง พ.ศ. 2562 จังหวัดนครสวรรค์ได้เปลี่ยนผ่านเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (Complete Aged Society) และตั้งแต่ พ.ศ. 2562-2566 ร้อยละ 20.0, 20.9, 21.1, 21.9 และ 22.7 ตามลำดับ⁽⁴⁾ และคาดว่าจะประมาณ พ.ศ. 2571 จังหวัดนครสวรรค์จะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ทั้งนี้ มุมมองด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ มีอัตราส่วนพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 18.1 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 22.3 ในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25.3 ในปี 2560⁽⁵⁾ จังหวัดนครสวรรค์มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในปี 2564-2566⁽⁴⁾ จำนวน ร้อยละ 1.95, 1.90 และ 2.81 ตามลำดับ บ่งบอกถึงความต้องการการดูแลและจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น ได้แก่ ระดับชุมชนคือ เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบันรัฐบาลไทยได้กำหนดให้เรื่อง “สังคมสูงอายุ” เป็นวาระแห่งชาติ⁽⁶⁾ โดยมีแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (25-59 ปี) และผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) โดยมี 6 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงแรงงาน ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์การรองรับสังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมให้เกิดการเตรียมความพร้อมในทุกมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ สำหรับการคุ้มครองสิทธิ รวมทั้งกลไกการดำเนินงานที่

เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ เช่น การมี พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546, แผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ดังนั้น เพื่อให้ประเทศไทยมีกรอบทิศทางการทำงานด้านผู้สูงอายุที่มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 – 2580) จึงถูกจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการบูรณาการและการทำงานเชิงรุกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย และนำไปสู่สัมฤทธิ์ผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดยการผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นองค์กรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ดำเนินการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่สมควรศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจารีรัตน์ สุดสมบูรณ์ และคณะ⁽⁸⁾ ซึ่งสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยส่วนใหญ่เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าส่วนกลาง เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง รวมทั้งเล็งเห็นสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน สามารถหาวิธีป้องกันและช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมกับปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ ได้สร้างกรอบแนวคิด และให้ความหมายในการสร้างเมืองสำหรับผู้สูงวัยไว้ว่า เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัย เป็นการกระตุ้นให้เกิดภาวะพลวัต เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพ การมีส่วนร่วม และการรักษาความปลอดภัยเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับทุกคนในสังคมได้อย่างเท่าเทียม สะดวก และปลอดภัย ซึ่งสามารถอธิบาย ได้ 3 วิธีดังนี้ 1) ด้านสังคม 2) ด้าน

เศรษฐกิจ 3) ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ปัจจุบันทั่วโลกมีเมืองที่จัดเป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 541 เมือง⁽¹⁰⁾ โดยนวัตกรรมกับเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 ประเด็นตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽¹¹⁾ ได้แก่ 1) ที่อยู่อาศัย 2) การเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม 3) การได้รับการยอมรับในสังคม 4) การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและการจ้างงาน 5) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร 6) การสนับสนุนของชุมชน และการบริหารด้านสุขภาพ 7) สภาพพื้นที่ภายนอกและตัวอาคาร และ 8) ระบบขนส่ง จากการเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์รวมทั้งข้อบ่งชี้ทางสุขภาพ และแนวโน้มโรคที่ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้น การจะทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขตามความต้องการและสรีระสภาพที่หลากหลาย ดังนั้น การพัฒนาหรือส่งเสริมให้เมืองสามารถรองรับสถานการณ์ดังกล่าว หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly City) จึงเป็นสิ่งจำเป็นและหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์จึงได้เล็งเห็นว่าปัจจุบันจังหวัดนครสวรรค์เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (Complete Aged Society) ควรมีการเตรียมความพร้อมจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เรื่องมาตรฐานสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ชุมชนหรือเมือง และโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ โดยอาศัยกลไกการขับเคลื่อนในชุมชนตามแบบองค์การอนามัยโลกที่กำหนด 8 องค์ประกอบเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุไว้ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อันจะก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิด 8 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก

2. เพื่อสร้างรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิด 8 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลกที่มีความสอดคล้องและเอื้อต่อชีวิตที่ดีมีคุณภาพของผู้สูงอายุ

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) และเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน PAR (Participatory Action Research) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทของชุมชน

1.1 จัดประชุมอธิบายสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนครสวรรค์และร่วมกันออกประเมินระดับศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์มาตรฐาน 8 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก ดังนี้ 1) อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก 2) ระบบขนส่งและยานพาหนะ 3) ที่อยู่อาศัย 4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 5) การให้ความเคารพและการยอมรับ 6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน 7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล 8) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ

1.2 นำผลที่ออกประเมินร่วมกันของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาวิเคราะห์ในเกณฑ์มาตรฐาน 8 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก

เพื่อจัดระดับศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการ

2.1 คัดเลือกชุมชนมีส่วนร่วมและมีความพร้อมในการพัฒนาทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาครัฐและเอกชน ภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 14 แห่ง ใน 14 อำเภอ

2.2 จัดกระบวนการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้เกี่ยวข้องสำหรับกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้สูงอายุ ประชาชนในชุมชน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขแกนนำในชุมชน จำนวน 10 คน และนำผลประเมินจากเกณฑ์มาตรฐาน 8 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลกมาร่วมกันรับทราบปัญหา และวางแผนแก้ไข รวมทั้งกำหนดวิธีการประเมินผลมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันก็คัดเลือกผู้สูงอายุในพื้นที่โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงเพื่อสอบถามการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล

หลังดำเนินการพัฒนา 8 เดือน ประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

- ประเมินเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ ทั้ง 8 องค์ประกอบ

- สอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมตามเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 142 แห่ง

2. คัดเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครสวรรค์ ที่มีศักยภาพในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับกำลังพัฒนาหรือระดับพอใช้ จำนวน 14 แห่ง ใน 14 อำเภอมาดำเนินการพัฒนา โดยผู้เข้าร่วมสนทนาประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ประชาชน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำในชุมชน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน

3. ผู้สูงอายุในชุมชนร่วมดำเนินการพัฒนาทั้ง 14 แห่ง ที่อาศัยในชุมชน 5 ปี ขึ้นไป คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ 1) อายุ 60-70 ปี 2) ไม่จำกัดความพิการ 3) การศึกษาอ่านออกเขียนได้ 4) ที่สามารถให้ข้อมูลการรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิต 5) ไม่กำหนดเศรษฐกิจ เพื่อสอบถามการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ในพื้นที่ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละ 30 คน รวม 450 คน

● เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบประเมินศักยภาพในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ (Age – Friendly Cities)

เป็นแบบคำถาม 2 คำตอบ

1 = มี หมายถึง รายการประเมินได้ตามมาตรฐาน ถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

0 = ไม่มี หมายถึง รายการประเมินสภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ควรปรับปรุง

นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันคิดเป็น

ร้อยละ คะแนนเต็มร้อยละ 100 แบ่งระดับ 5 กลุ่มดังนี้

กำลังพัฒนา คะแนนรวมน้อยกว่า

ร้อยละ 60

ระดับพอใช้ คะแนนรวม ร้อยละ

60 – 69.99

ระดับดี คะแนนรวม ร้อยละ

70 – 79.99

ระดับดีมาก คะแนนรวม ร้อยละ

80 – 89.99

ระดับดีเด่น คะแนนรวม ร้อยละ

90 ขึ้นไป

2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมตามเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI เป็นแบบคำถามประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับคือ

1 = ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแสบมาก

2 = เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแสบ

3 = ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแสบระดับกลางๆ

4 = มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

5 = มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่สมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันคิดเป็น

ร้อยละ คะแนนเต็มร้อยละ 100 แบ่งระดับ 5 กลุ่ม ดังนี้

คุณภาพชีวิตระดับไม่ดีเลย คะแนนรวม น้อยกว่า ร้อยละ 60

คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี คะแนนรวม ร้อยละ 60 – 69.99

คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนนรวม ร้อยละ 70 – 79.99

คุณภาพชีวิตระดับดี คะแนนรวม ร้อยละ 80 – 89.99

คุณภาพชีวิตระดับดีมาก คะแนนรวม ร้อยละ 90 ขึ้นไป

3) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มโดยใช้กระบวนการ กลุ่มเพื่อหาปัญหา อุปสรรค ในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเป็นคำถามปลายเปิดตามเกณฑ์มาตรฐาน 8 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (validity) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรง (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสร็จ เรียบร้อยแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความ ตรงของเนื้อหา จำนวน 3 คน เพื่อหาดัชนีความ สอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ของ งานวิจัย (Index of item – Objective Congru- ence : IOC) โดยข้อใดมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่า ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ของข้อนั้นมาก ถ้ามีค่าใกล้ 0 แสดงว่าความ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของข้อนั้นน้อย และถ้า มีค่าติดลบแสดงว่าเป็นข้อที่ไม่ได้ ทั้งนี้ข้อที่คง ไว้ต้องมีค่า IOC > 0.5 ซึ่งผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะ ต่างๆ มาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข

ข้อความและเนื้อหาให้เป็นมติจากผู้เชี่ยวชาญ และ ได้นำผลมาวิเคราะห์พบว่ามีความตั้งแต่ 0.6 – 0.8

การทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เป็นการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุง แก้ไข จากผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไป ทดลองใช้กับ

1. แบบประเมินศักยภาพขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุใช้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 แห่ง จากนั้นนำ ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าประสิทธิภาพของ เครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability Coefficient) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าแอลฟาต้องมากกว่าหรือ เท่ากับ 0.70 ผลการวิเคราะห์มีค่าอยู่ในช่วง 0.85 – 0.95 และมีค่าผลรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลวังใหญ่ อำเภอกำแพงเพชร จังหวัดนครสวรรค์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์หาค่าประสิทธิภาพของเครื่องมือ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability Coefficient) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดย ค่าแอลฟาต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 ผลการ วิเคราะห์มีค่าอยู่ในช่วง 0.88– 0.95 และมีค่าผล รวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

● การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ผลการประเมินศักยภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการ เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ (Age – Friendly Cities) และใช้สถิติการ แจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ

(Percentage) การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. การวิเคราะห์แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ NSWPHO-004/67 วันที่ 11 มกราคม 2567 ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

■ ผลการศึกษา

1. ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิด 8 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก พบว่าจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 132 แห่ง มีศักยภาพในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุใน 8 องค์ประกอบนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเด่น จำนวน 32 แห่ง ร้อยละ 24.2 รองลงมาในระดับดี จำนวน 27 แห่ง ร้อยละ 20.5 โดยในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 75.39 (อยู่ในระดับดี) ดังตารางที่ 1

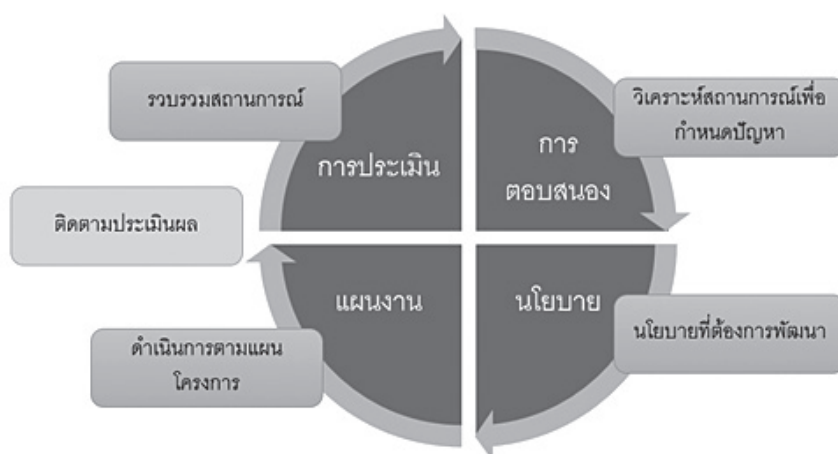
เมื่อแยกในแต่ละองค์ประกอบจะพบว่า 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ องค์ประกอบบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ ระดับดีเด่น (ค่าเฉลี่ย 93.79) อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 88.69) และการให้ความเคารพและการยอมรับ ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 79.38) ส่วนองค์ประกอบ 3 อันดับที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ องค์ประกอบระบบขนส่งและยานพาหนะ ระดับกำลังพัฒนา (ค่าเฉลี่ย 45.56) ที่อยู่อาศัย ระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 66.53) การสื่อสารและการให้ข้อมูล ระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 69.95) ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิด 8 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก จังหวัดนครสวรรค์ ในภาพรวม

ศักยภาพในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	จำนวน (N=132)	ร้อยละ
ภาพรวม ทั้ง 8 องค์ประกอบ		
กำลังพัฒนา (คะแนนรวมน้อยกว่า ร้อยละ 60)	26	19.7
ระดับพอใช้ (คะแนนรวม ร้อยละ 60 – 69.99)	21	15.9
ระดับดี (คะแนนรวม ร้อยละ 70 – 79.99)	27	20.5
ระดับดีมาก (คะแนนรวม ร้อยละ 80 – 89.99)	26	19.7
ระดับดีเด่น (คะแนนรวมมากกว่า ร้อยละ 90 ขึ้นไป)	32	24.2
ค่าเฉลี่ย = 75.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 15.59	ค่าต่ำสุด = 76.50 ค่าสูงสุด = 100	

ตารางที่ 2 ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกรายองค์ประกอบ

ศักยภาพใน 8 องค์ประกอบ	ค่าเฉลี่ย	ระดับศักยภาพ
1. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก	88.69	ดีมาก
2. ระบบขนส่งและยานพาหนะ	45.56	กำลังพัฒนา
3. ที่อยู่อาศัย	66.53	พอใช้
4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	75.67	ดี
5. การให้ความเคารพและการยอมรับ	79.38	ดี
6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน	74.15	ดี
7. การสื่อสารและการให้ข้อมูล	69.95	พอใช้
8. การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ	93.79	ดีเด่น



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

2. รูปแบบการบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่มีความสอดคล้องและเอื้อต่อชีวิตที่ดีมีคุณภาพของผู้สูงอายุ

จากการประเมินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุดำเนินการคัดเลือกชุมชนที่มีส่วนขาดและความพร้อมในการเข้าร่วมการพัฒนาจำนวน 14 แห่ง ใน 14 อำเภอ เพื่อเป็นชุมชนต้นแบบโดยการสนทนากลุ่มพัฒนาการขับเคลื่อนใน 8 องค์ประกอบ สามารถสรุปรูปแบบการพัฒนา

เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ว่ามีกระบวนการในการดำเนินการและมีหน่วยปฏิบัติการ จำเป็นต้องอาศัยกลไกที่จะคอยเป็นฟันเฟืองขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาคประชาสังคม โดยใช้ Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool)⁽¹²⁾ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาที่ประกอบด้วย

1. ประเมินสถานการณ์จากการประเมินการรับรู้เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

2. การตอบสนอง นำผลการประเมินมาวิเคราะห์หาส่วนที่ขาดน้ำ

3. กำหนดนโยบาย นำประเด็นกำหนดเป็นนโยบาย กำหนดผู้รับผิดชอบ

4. วางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและประเมินผล

ทั้งนี้ในชุมชนทั้ง 14 แห่งดังกล่าวได้มีการประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแบบ WHO 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมก่อนการดำเนินการเพื่อใช้ในการประเมินผลการดำเนินการร่วมด้วย

ในส่วนนี้จะประเมินผลหลังการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประเมินผลศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ตาม 8 องค์ประกอบ ก่อนและหลังจากการพัฒนา พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง 14 แห่ง ที่เข้าร่วมการพัฒนาก่อนและหลังการดำเนินการมีการพัฒนาที่เพิ่มขึ้น จากระดับพอใช้ เป็นระดับดีมากจำนวน 2 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลวัดไทรย์ และเทศบาลตำบลศาลเจ้าไก่อต้อ จากระดับพอใช้ เป็นระดับดี จำนวน 10 แห่ง และจากระดับกำลังพัฒนา เป็นระดับดี จำนวน 2 แห่ง ดังตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ผลการประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบว่าในภาพรวมเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของ

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

ชุมชน	ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
องค์การบริหารส่วนตำบลวัดไทรย์	พอใช้ (ร้อยละ 68)	ดีมาก (ร้อยละ 88)
เทศบาลตำบลศาลเจ้าไก่อต้อ	พอใช้ (ร้อยละ 68)	ดีมาก (ร้อยละ 81)
เทศบาลตำบลเก้าเลี้ยว	พอใช้ (ร้อยละ 65)	ดี (ร้อยละ 73)
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าตะโก	พอใช้ (ร้อยละ 63)	ดี (ร้อยละ 78)
องค์การบริหารส่วนตำบลเกยไชย	กำลังพัฒนา (ร้อยละ 58)	ดี (ร้อยละ 70)
องค์การบริหารส่วนตำบลวังบ่อ	พอใช้ (ร้อยละ 61)	ดี (ร้อยละ 73)
องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชนกัน	พอใช้ (ร้อยละ 68)	ดี (ร้อยละ 78)
องค์การบริหารส่วนตำบลนากลาง	พอใช้ (ร้อยละ 64)	ดี (ร้อยละ 75)
องค์การบริหารส่วนตำบลไพศาลี	พอใช้ (ร้อยละ 62)	ดี (ร้อยละ 79)
องค์การบริหารส่วนตำบลตาคลี	พอใช้ (ร้อยละ 69)	ดี (ร้อยละ 79)
องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชายธง	พอใช้ (ร้อยละ 61)	ดี (ร้อยละ 75)
องค์การบริหารส่วนตำบลเนินมะกอก	พอใช้ (ร้อยละ 62)	ดี (ร้อยละ 72)
องค์การบริหารส่วนตำบลหูกวาง	พอใช้ (ร้อยละ 65)	ดี (ร้อยละ 79)
องค์การบริหารส่วนตำบลแม่เปิน	กำลังพัฒนา (ร้อยละ 59)	ดี (ร้อยละ 76)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t	df	P
ด้านร่างกาย						
ก่อนดำเนินการ	450	27.27	6.22	2.450	449	0.015
หลังดำเนินการ	450	27.37	5.96			
ด้านจิตใจ						
ก่อนดำเนินการ	450	24.74	5.15	2.223	449	0.026
หลังดำเนินการ	450	24.84	4.89			
ด้านสังคม						
ก่อนดำเนินการ	450	25.15	5.223	4.458	449	0.000
หลังดำเนินการ	450	25.68	4.729			
ด้านสภาพแวดล้อม						
ก่อนดำเนินการ	450	28.49	5.59	20.557	449	0.000
หลังดำเนินการ	450	31.90	2.95			
ภาพรวม 4 ด้าน						
ก่อนดำเนินการ	450	105.67	20.179	13.029	449	0.000
หลังดำเนินการ	450	109.74	16.516			

ผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ก่อนและหลังการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุพบว่า คะแนนก่อนและหลังต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$, $t = 13.029$)

ถ้าจำแนกวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อมพบว่า คะแนนก่อนและหลังต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .015$, $t = 2.450$), ($p = .026$, $t = 2.223$), ($p = .000$, $t = 4.45$) และ ($p = .000$, $t = 20.557$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

■ อภิปรายผล

ในการวิจัยเรื่อง รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ เป็นการศึกษา

ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก 8 องค์ประกอบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ และเพื่อสร้างรูปแบบการบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่มีความสอดคล้องและเอื้อต่อชีวิตที่ดีมีคุณภาพของผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครสวรรค์มีศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุภาพรวม 8 องค์ประกอบ พบว่า ภาพเฉลี่ยในจังหวัดนครสวรรค์อยู่ในระดับดี ซึ่งใกล้เคียงกับของ เยาวลักษณ์ มีบุญมาก และคณะ⁽¹³⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกในแต่ละองค์ประกอบในภาพรวมจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า องค์ประกอบบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ อยู่ในระดับดีเด่น ซึ่งสอดคล้องกับ

เยาวชนลักษณะ มีบุญมาก และคณะ⁽¹³⁾ พบว่ารายด้านที่มีคะแนนระดับสูงที่สุดคือ ด้านบริการชุมชนและสุขภาพซึ่งอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจให้ความสำคัญกับการจัดบริการต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุทั้งในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งที่ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง จัดบริการอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนโดยมีการให้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ และระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันที่จัดให้มีผู้ดูแล (caregiver) ผู้สูงอายุรวมถึงในพื้นที่พบว่า มีการจัดอาคารสถานที่และบริเวณภายนอกอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 30⁽¹⁴⁾ กำหนดให้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ การให้บริการสาธารณะที่รัฐดำเนินการอยู่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะ ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงคุณภาพในการให้บริการที่ประชาชนจะได้รับ โดยให้เป็นไปตามความพร้อม ความจำเป็น และความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ส่วนองค์ประกอบระบบขนส่งและยานพาหนะ อยู่ในระดับกำลังพัฒนา ซึ่งบริบทของจังหวัดนครสวรรค์พื้นที่ที่จะเป็นส่วนองค์กรบริหารส่วนตำบลที่เป็นชนบทมากที่สุด สอดคล้องกับการวิจัยของกัมปนาท กุญแจทอง⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า การอาศัยอยู่ใน

เขตเทศบาลจะมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ไฟส่องสว่างทางเท้า สวนสาธารณะ บริการขนส่งมวลชน และสอดคล้องกับองค์ประกอบที่อยู่อาศัย ที่อยู่ระดับพอใช้ เพราะพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ส่วนใหญ่ยังเป็นสังคมชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของ Perales, et al (อ้างถึงในกัมปนาท กุญแจทอง)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าในชนบท และสอดคล้องกับขวัญชนก ทองปาน⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาโอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัยพบว่า มิติในการพัฒนาที่ไม่ได้ดำเนินการมากที่สุดคือ ด้านระบบขนส่งมวลชน และด้านที่มีบางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้ดำเนินการ คือด้านที่อยู่อาศัย และเช่นเดียวกับ ดำรงศักดิ์ จันทพิชัย และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่าการบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยก็ยังคงขาดความสามารถในการจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกในการออกไปสู่สังคม เช่น การจัดระเบียบทางเดินเท้า การสร้างระบบการขนส่งที่มีประสิทธิภาพ

ในส่วนของรูปแบบการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ที่มุ่งเน้นตาม 8 องค์ประกอบ โดยมุ่งเน้นรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรให้ครอบคลุมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีเพื่อเอื้ออำนวย และประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น การขับเคลื่อนในการสร้างเมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุให้ปรากฏเป็นรูปธรรมได้นั้นความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาคประชาสังคม โดยใช้ Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) มาเป็นแนวทางที่ประกอบด้วย 1) ประเมินสถานการณ์ 2) การตอบสนอง

3) กำหนดนโยบาย 4) วางแผนการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาและประเมินผล ซึ่งการขับเคลื่อนในการสร้างเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุให้ปรากฏเป็นรูปธรรมได้นั้น ปัจจัยสำคัญคือ 1) ชุมชน มีศักยภาพและมีความพร้อม 2) องค์กรในชุมชน มีการสนับสนุนทุกด้าน และ 3) ทู่นสังคมในชุมชน มีทรัพยากรที่สำคัญ ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรธรรมชาติ และทรัพยากรวัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเป็นแรงผลักดันและหนุนเสริมให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย โดยประเมินผลระดับการรับรู้เมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ก่อนและหลังจากการพัฒนา พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง 14 แห่ง ที่เข้าร่วมการพัฒนาก่อนและหลังการดำเนินการมีการพัฒนาที่เพิ่มขึ้น จากระดับพอใช้ เป็นระดับดีมาก จำนวน 2 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลวัดไทรย์ และเทศบาลตำบลศาลเจ้าไก่ต่อ จากระดับพอใช้ เป็นระดับดี จำนวน 10 แห่ง และจากระดับกำลังพัฒนา เป็นระดับดี จำนวน 2 แห่ง นอกจากนี้ยังได้ประเมินวิเคราะห์ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในภาพรวมเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ก่อนและหลังการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนก่อนและหลังต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ($p = .000$, $t = 13.029$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ กมลชนก ภูมิชาติ⁽¹⁸⁾ ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบว่า การพัฒนารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้พัฒนาขึ้นนั้น ต้องประกอบด้วยการดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุโดยตัวผู้สูงอายุเอง หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือครอบครัวและการดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุจากหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน ซึ่งมีกิจกรรม

4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม นอกจากนั้น ขวัญชนก ทองปาน⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาโอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ : ศึกษาเปรียบเทียบจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และสุราษฎร์ธานี พบว่า ในการพัฒนาเมืองให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ สิ่งที่จะช่วยสนับสนุนและผลักดันในการดำเนินงาน ได้แก่ ทิศทางนโยบาย มิติในการพัฒนาที่มีการดำเนินงานสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ สำหรับรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นโอกาสให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงานแบบร่วมมือกัน และรูปแบบการดำเนินงานด้วยตนเองแบบสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางของกรมกิจการผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ ในการขับเคลื่อนกิจกรรมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย สร้างงาน และรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ปรับสภาพแวดล้อมชุมชน บ้านปลอดภัย และพลิกโฉมนวัตกรรมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคมผู้สูงอายุ โดยสรุปการออกแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบด้าน และครอบคลุมในด้านกายภาพ ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านสุขภาพอนามัย รวมถึงการให้บริการทางสังคม อย่างเข้าใจ เข้าถึง จึงพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม โดยมุ่งเน้นการให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ขณะที่ดำรงศักดิ์ จันททัย และคณะ⁽¹⁷⁾ ศึกษาการบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยพบว่า ประเด็นสุดท้ายการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยยังคงสอดคล้องและสามารถอาศัยกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกได้ เพียงแต่จำเป็นต้องปรับปรุงในการปฏิบัติ

บางประการ เช่น การสร้างการยอมรับนับถือ และการมีสังกัดของผู้สูงอายุในสังคม และผลการศึกษาของ สิริรินทร์ยา พูลเกิด และคณะ⁽¹⁹⁾ รายงานการวิจัย โครงการการทบทวนและวิเคราะห์นโยบายรัฐด้านการจัดการที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ประเทศไทยควรให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในการสร้างที่อยู่อาศัยแบบอยู่ร่วมกันของคนหลายกลุ่มวัย ขยายกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เพิ่มบริการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ และปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานที่เข้าถึงได้ และปลอดภัย นอกจากนี้เมื่อพิจารณาแนวปฏิบัติที่ดีในต่างประเทศ พบว่าต่างประเทศเน้นให้ความสำคัญกับการดำเนินงาน 4 ด้าน ได้แก่ การอยู่อาศัยในที่เดิม กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย และผู้ที่มีรายได้น้อย การสร้างความเป็นเจ้าของในที่พักอาศัย และการสานสัมพันธ์หลายช่วงวัย และระหว่างวัยในที่อยู่อาศัย

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรมีนโยบายชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมาร่วมดำเนินการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม ต้องมีแนวทางที่ชัดเจน และมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง ซึ่งการออกแบบแนวนโยบายสำหรับผู้สูงอายุควรมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานตามแบบ 8 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก และปัจจัยที่ครอบคลุมทุกด้านทุกระดับของการบริหาร ดึงการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายมาร่วมกันแสดงความคิดเห็น และวางแผน

ร่วมกัน

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุควรร่วมมือกันในการพัฒนาการดำเนินงานสู่เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยอาศัย พ.ร.บ. การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดตั้งอำนวยการความสะอาดสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุตามสิทธิของผู้สูงอายุ

● ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ทำการเปรียบเทียบแนวทางการพัฒนาให้คงอยู่และเป็นต้นแบบที่สมบูรณ์ต่อเนื่องให้กับพื้นที่อื่นๆ

2. การพัฒนาตัวชี้วัดการเป็นเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อนำไปพัฒนากำหนดเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

■ กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหาร คณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภาควิเคราะห์ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, and Population Division. World Population Ageing, 2019 Highlights. New York: United Nations, 2019.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>
3. กระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง. ฐานข้อมูลประชากรปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. (อัดสำเนา) 2566.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.m.society.go.th/article_attach/14494/18145.pdf.
6. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ 6 Sustainable 4 Change (ฉบับปรับปรุง) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/5/155>
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2550-2554) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา: 2549.
8. สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, วิรัตน์ ธรรมาภรณ์, ทวีศักดิ์ พุฒสุขชี, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุไทย. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2559;9(1):121-8
9. World Health Organization. The WHO Age-friendly Cities Framework [Internet]. 2017 [cited 2024 Mar 2]. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-cities-framework/>
10. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva [Internet]. 2002 [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/67215>
11. กรมอนามัย สำนักงานผู้สูงอายุ. คู่มือการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Global Age-Friendly Cities : A Guide) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th/elderly-manual/201579>
12. กรมอนามัย สำนักงานผู้สูงอายุ. คู่มือการใช้เครื่องมือการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ในเขตเมือง (Urban HEART: User manual). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ: 2557
13. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, เพ็ญมาศ คำธนะ, จิรายุ อินทนา, ปริญญารักษ์ ธนะบุญปวง, ลักคณา บุญมี และคณะ. การศึกษาเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารทหารบก 2566;24(2):446-55.
14. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. มาตรฐานการส่งเสริมผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. มปป [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dla.go.th/work/e_book/eb1/stan16/16.htm
15. กัมปนาท กุญแจทอง, นฤมล เอื้อมณีกุล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, ทศนีย์ รวีวรกุล, ปารณนา สถิตวิภาวี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2562;33(3):78-94
16. ขวัญชนก ทองปาน. การศึกษาโอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ : ศึกษาเปรียบเทียบจังหวัด นครศรีธรรมราช สงขลา และสุราษฎร์ธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/11445/1/418304.pdf>
17. ดำรงค์ศักดิ์ จันทิพย์, กฤษณ์ รักษาจิเรณู, เมธิณี แสงกระจ่าง. การบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/RU.the.2014.1
18. กมลชนก ภูมิชาติ, ปรีชา สามัคคี, ลัญจกร นิลกาญจน์. รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. วารสารอินทนิลทักษิณสาร 2561;13(1):115-32.
19. สิริพันธ์ พูลเกิด, ณปภัช สันนากุล, ณัฐนี อมรประดับกุล. โครงการ: การทบทวนและวิเคราะห์นโยบายรัฐ ด้านการจัดการที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thainhf.org/work>

การประเมินความคุ้มค่าในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว

ชไมพร เป็นสุข*

ณิรนา อากาศรัส

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

อังสุมาลิน จำนงชอบ

พงษ์เทพ หาญพัฒนกิจ

กัญจน์ ศิลป์ประสิทธิ์

คณะวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันรับ 5 มิถุนายน 2568, วันแก้ไข 8 กันยายน 2568, วันตอบรับ 12 กันยายน 2568.

บทคัดย่อ

การประเมินความคุ้มค่าในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความคุ้มค่าในการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพ ภายในแหล่งท่องเที่ยว และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อย่างยั่งยืน โดยทำการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพของแหล่งท่องเที่ยวที่ได้รับรางวัลที่ 1 GREEN Health Attraction จำนวน 13 แห่ง ด้วยการสัมภาษณ์บุคคลที่มีบทบาทโดยตรงในการดำเนินโครงการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของ แหล่งท่องเที่ยว โดยใช้แบบประเมินความคุ้มค่าในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพใน แหล่งท่องเที่ยว และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่า SROI อยู่ในช่วงระหว่าง 1.01 ถึง 3.95 โดยแหล่งท่องเที่ยว ทุกแห่งมีค่า SROI มากกว่า 1 ซึ่งสะท้อนถึงความคุ้มค่าของการลงทุนด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัยด้านสุขภาพ โดยการลงทุน 1 บาท สามารถสร้างผลตอบแทนทางสังคมได้มากกว่าหนึ่งบาทขึ้นไป นอกจากนี้ การลงทุนด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลห้องน้ำสาธารณะ การจัดการขยะมูลฝอย การจัดหาผ้าห่ม-ผ้าใช้ที่ได้มาตรฐาน และการดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ท่องเที่ยว มีความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐกิจและ สังคม อีกทั้งยังส่งเสริมความพึงพอใจของนักท่องเที่ยว และสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับแหล่งท่องเที่ยวในระยะยาว การศึกษานี้มีข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาและยกระดับการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว และการสร้างความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวด้วยการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว โดยหน่วยงานภาครัฐควรผลักดันการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยวเป็นมาตรฐานสำคัญของการพัฒนาการท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวไทย

คำสำคัญ: ความคุ้มค่า อนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยด้านสุขภาพ แหล่งท่องเที่ยว

* ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล : chamaiporn.p@anamai.mail.go.th

Assessing the Cost-Effectiveness of Environmental Health and Safety Management in Tourist Attractions

Chamaiporn Pensuk*

Neeranuch Arpajarat

Bureau of Environmental Health, Department of Health

Angsumalin Jamnongchob

Phongthep Hanpattanakit

Kun Silprasit

Faculty of Environmental Culture and Ecotourism, Srinakharinwirot University

Received 5 June 2025, Revised 8 September 2025, Accepted 12 September 2025.

Abstract

The evaluation of the cost-effectiveness of environmental health and health safety management in tourist attractions has the objective of studying the cost-effectiveness of managing environmental health and health safety within tourist attractions and developing policy recommendations for promoting sustainable health and environmentally friendly tourism. The study was conducted using qualitative data from 13 tourist attractions which received the first-place GREEN Health Attraction award, through In-depth interviews with key personnel directly involved in implementing health and environmental initiatives at the attractions. An assessment tool for evaluating the cost-effectiveness of environmental health and health safety management in tourist attractions was applied, and data were analyzed using Social Return on Investment (SROI). The results of the analysis revealed that the SROI values ranged between 1.01 and 3.95, with every tourist attraction showing an SROI value greater than 1. This reflects the cost-effectiveness of investing in environmental health and health safety management, as one baht of investment can generate more than one baht in social return. Moreover, investments in environmental health management, such as maintaining public restrooms, managing solid waste, providing safe drinking and utility water, and ensuring safety in tourist areas were found to be cost-effective in both economic and social terms. These also enhanced tourist satisfaction and created a positive long-term image of tourist attractions. This study provides policy recommendations for the development and upgrading of environmental health and health safety management in tourist attractions, as well as for promoting tourist satisfaction through such management. Government agencies should push forward environmental health and health safety management in tourist attractions as a key standard for developing sustainable tourism that is both health-friendly and environmentally friendly in Thailand's tourism industry.

Keywords: Value for money, Environmental health, Health safety, Tourist destination

* Corresponding author, e-mail : chamaiporn.p@anamai.mail.go.th

■ บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาภาคการท่องเที่ยวไทยมีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ โดยสร้างรายได้คิดเป็นสัดส่วนกว่า ร้อยละ 22 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) และมีบทบาทในการจ้างงานใหม่อย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ โรงแรมและธุรกิจเกี่ยวเนื่องกับการท่องเที่ยวเป็นหนึ่งในฟันเฟืองหลักของระบบเศรษฐกิจนี้ อย่างไรก็ตาม ความท้าทายที่สำคัญที่ยังคงปรากฏคือ ประเด็นด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยว ซึ่งกลายเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาพลักษณ์และความมั่นใจของนักท่องเที่ยว การระบาดของโรคติดต่อ เช่น โรคเลิเจียนเนอร์ ซึ่งมีรายงานการติดเชื้อในนักท่องเที่ยวต่างชาติน่ากว่า 100 รายในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา⁽²⁾ รวมถึงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ส่งผลให้หลายกิจการในภาคบริการต้องปิดตัวชั่วคราวหรือล้มเลิกกิจการอย่างถาวร เป็นเครื่องชี้วัดที่ชัดเจนถึงความสำคัญของมาตรการด้านความสะอาด และสุขลักษณะของแหล่งท่องเที่ยว งานวิจัยในช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด 19 ยังชี้ว่าความสะอาด สุขลักษณะ และความปลอดภัยทางสาธารณสุขกลายเป็นปัจจัยลำดับต้นที่นักท่องเที่ยวทั้งไทยและต่างชาติใช้ในการตัดสินใจเลือกจุดหมายปลายทาง⁽³⁾ ท่ามกลางบริบทนี้ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยว เช่น การจัดการห้องน้ำสาธารณะ การจัดการขยะมูลฝอย การควบคุมคุณภาพน้ำดื่ม-น้ำใช้ และสภาพแวดล้อมโดยรวม จึงไม่ใช่เพียงประเด็นด้านสุขภาพสาธารณะเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงกับศักยภาพทางเศรษฐกิจของพื้นที่และคุณภาพชีวิตของชุมชนเจ้าบ้าน การลงทุนในด้านดังกล่าวจึงควรได้รับการประเมินถึงความคุ้มค่าอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบายใน

การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาความคุ้มค่าของการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยว ผ่านการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment : SROI)⁽⁴⁻⁷⁾ ในแหล่งท่องเที่ยวที่ได้รับรางวัล GREEN Health Attraction ระดับประเทศของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีความหลากหลายทั้งด้านภูมิศาสตร์ ประเภทกิจกรรมและบริบทชุมชน โดยแหล่งท่องเที่ยวมีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ประกอบด้วย การจัดการมูลฝอย การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล การจัดการด้านอนุรักษ์พลังงาน การจัดการอาคารและสิ่งแวดล้อม การจัดการสุขาภิบาลอาหาร อาหารปลอดภัยและน้ำดื่ม-น้ำใช้ และการส่งเสริมสุขภาพผู้บริการและพนักงาน⁽⁸⁻⁹⁾ โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยจะนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถขับเคลื่อนภาคการท่องเที่ยวไทยให้แข่งขันได้ในระดับสากล พร้อมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจและคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับทั้งนักท่องเที่ยวและประชาชนทั่วไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความคุ้มค่าในการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

■ ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคคลที่มีบทบาทและเกี่ยวข้องโดยตรงกับแหล่งท่องเที่ยว ได้แก่ เจ้าหน้าที่หรือ

ผู้ดูแลด้านการท่องเที่ยวในแหล่งท่องเที่ยวชาวบ้าน ราษฎรชาวบ้าน และผู้นำชุมชนในพื้นที่

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ พื้นที่ศึกษาคครอบคลุมแหล่งท่องเที่ยวต้นแบบด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 13 แห่ง ทั่วประเทศ ซึ่งได้รับรางวัลที่ 1 (ชนะเลิศ) จากการประกวด GREEN Health Attraction ระดับประเทศของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีความหลากหลายทั้งด้านภูมิศาสตร์ ประเภทกิจกรรมและบริบทชุมชน

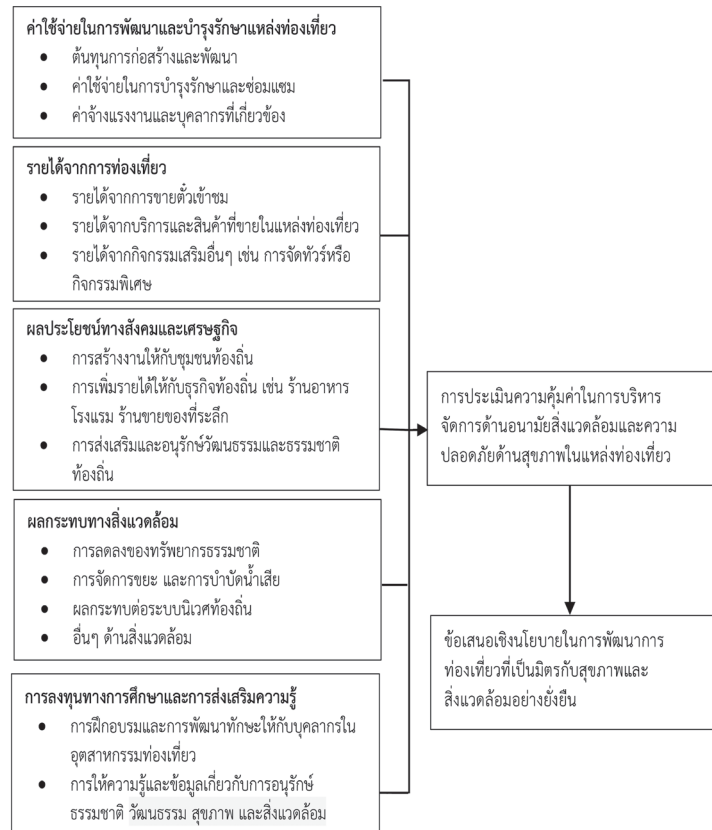
3. ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษานี้มุ่งเน้นการประเมินความคุ้มค่าของการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว โดยใช้กรอบแนวคิดผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI)⁽¹⁰⁾ เป็นแนวทางหลักในการวิเคราะห์ ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่ายด้านโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากร และการซ่อมบำรุง รายได้จากกิจกรรมการท่องเที่ยวและบริการที่เกี่ยวข้อง ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นกับชุมชนท้องถิ่น ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงบวกและลบจากการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว ความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวและชุมชนท้องถิ่น การลงทุนในด้านการศึกษาและการพัฒนาความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม เป็นต้น

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษานี้ดำเนินการในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

■ วิธีการศึกษา

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**
ประชากร ได้แก่ บุคคลที่มีบทบาทโดยตรง และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



กับการดำเนินโครงการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของแหล่งท่องเที่ยวที่ได้รับรางวัล GREEN Health Attraction ได้แก่ เจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลด้านการท่องเที่ยวในแหล่งท่องเที่ยวชาวบ้าน ราษฎรชาวบ้าน และผู้นำชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบโควตา (Quota Sampling) โดยคัดเลือกแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติและแหล่งท่องเที่ยวที่มนุษย์สร้างขึ้นจากแต่ละศูนย์อนามัย และได้รับรางวัลที่ 1 (ชนะเลิศ) รวมทั้งสิ้น 13 แห่ง ทั่วประเทศ เป็นตัวแทนของกลุ่มพื้นที่ศึกษา

● **ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1) กำหนดแนวทาง กรอบแนวคิด และตัวชี้วัดในการประเมินความคุ้มค่าด้วยแนวทาง SROI

2) ศึกษาเอกสาร กฎหมาย มาตรฐาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

3) พัฒนาเครื่องมือวิจัยและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้อง

4) ลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละแหล่งท่องเที่ยว

5) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เกณฑ์ SROI

6) สรุปผลและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** คือ แบบประเมินความคุ้มค่าในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของแหล่งท่องเที่ยว ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาและบำรุงรักษา รายได้จากการท่องเที่ยว ผลประโยชน์ทางสังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวและชุมชน รวมถึงการลงทุนทางการศึกษาและการส่งเสริมความรู้

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ดำเนินการโดยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน หรือ SROI (Social Return on Investment) ซึ่งเป็นเครื่องมือวิเคราะห์ที่สามารถประเมินทั้งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของโครงการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยขั้นตอนหลัก ดังนี้

1) การประเมินต้นทุน (Cost Analysis) วิเคราะห์ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับลงทุนเพื่อการ

ดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว ได้แก่ ค่าก่อสร้าง และปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวก (เช่น ห้องน้ำ ระบบน้ำดื่ม การจัดการขยะ) ค่าดำเนินงานประจำ เช่น ค่าบำรุงรักษา ค่าจ้างบุคลากร ต้นทุนด้านการส่งเสริมความรู้ การอบรม การประชาสัมพันธ์

2) การวิเคราะห์ผลประโยชน์ (Benefit Analysis) วิเคราะห์ผลลัพธ์และผลกระทบเชิงบวกที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนี้ เชิงเศรษฐกิจ: รายได้จากการท่องเที่ยว การสร้างงาน การกระจายรายได้สู่ชุมชน เชิงสังคม: ความพึงพอใจของนักท่องเที่ยว คุณภาพชีวิตของประชาชน ความร่วมมือในชุมชน เชิงสิ่งแวดล้อม: ความสะอาดของพื้นที่ การจัดการทรัพยากรอย่างยั่งยืน การลดผลกระทบต่อระบบนิเวศ เชิงสุขภาพ: ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ

3) การแปลงมูลค่าทางสังคมเป็นมูลค่าทางการเงิน (Monetization) ทำการแปลงค่าผลประโยชน์ที่เป็นนามธรรมให้เป็นมูลค่าทางการเงิน (monetized outcomes) โดยใช้ข้อมูลจากเอกสารรอง สถิติ หรือการประเมินเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อกำหนดมูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนสุทธิ

4) การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน โดยวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้ดัชนีอัตราผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) คำนวณจากมูลค่าผลประโยชน์สุทธิที่เกิดขึ้นต่อเงินลงทุน 1 หน่วย โดยเกณฑ์ยอมรับคือ SROI มากกว่า 1

5) การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียถูกวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัด

กลุ่มข้อมูลตามประเด็นหลักทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ค่าใช้จ่าย รายได้ ผลประโยชน์ ผลกระทบ ความพึงพอใจ และการส่งเสริมความรู้ จากนั้นนำผลวิเคราะห์มาสังเคราะห์ร่วมกับผลเชิงปริมาณ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าที่ครอบคลุมทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

● การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 787/2567 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567

■ ผลการศึกษา

แหล่งท่องเที่ยวทั้ง 13 แห่ง แบ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มนุษย์สร้างขึ้น (ศาสนสถาน โบราณสถานทางประวัติศาสตร์ ชุมชน และศูนย์การค้าในเขตเมือง) 7 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 53.85 และแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ 6 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 46.15 โดยแหล่งท่องเที่ยวทั้ง 13 แห่ง กระจายตัวอยู่ในทุกภูมิภาค ดังตารางที่ 1

การศึกษานี้แบ่งผลการศึกษาเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์ สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การประเมินความคุ้มค่าในการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว 13 แห่ง

1.1 ต้นทุนและผลตอบแทนของการบริหารจัดการโครงการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่แหล่งท่องเที่ยวได้ดำเนินการในระยะเวลา 1 ปี พบว่า แหล่งท่องเที่ยวมีการลงทุนในโครงการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมโดยมีต้นทุนที่แตกต่างกัน และได้รับผลตอบแทนเป็นมูลค่าของผลตอบแทนที่มากกว่าต้นทุนที่ได้ลงทุนไปในทุกโครงการ โดยสามารถแยกผลตอบแทนเป็น

ด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ดังตารางที่ 2

1.2 การประเมินความคุ้มค่าในการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว จากต้นทุนและผลตอบแทนในการดำเนินการโครงการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของแหล่งท่องเที่ยวทั้ง 13 แห่ง ได้ประเมินความคุ้มค่าในการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว ด้วยการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) พบว่า ทุกโครงการมีผลการประเมิน SROI มากกว่า 1 ดังตารางที่ 3

จากผลการประเมินความคุ้มค่าในการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพภายในแหล่งท่องเที่ยว 13 แห่งทั่วประเทศ พบว่า แหล่งท่องเที่ยวทุกแห่งมีค่า SROI มากกว่า 1 ซึ่งสะท้อนถึงความคุ้มค่าของการลงทุนในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยการลงทุน 1 บาทสามารถสร้างผลตอบแทนทางสังคมได้มากกว่าหนึ่งบาทขึ้นไป ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้จำกัดเพียงแค่ตัวเลขของผลตอบแทนเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงผลกระทบเชิงบวกในมิติเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างรอบด้าน

นอกจากนี้ จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้านความคุ้มค่าในมิติเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม มีความคุ้มค่าในการลงทุนในทุกด้าน และยังสามารถขยายผลและยกระดับการพัฒนาการท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับนักท่องเที่ยวเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า ในด้านเศรษฐกิจ การลงทุนเพื่อดำเนินโครงการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของแหล่งท่องเที่ยว สามารถช่วยสร้างโอกาสทางรายได้ให้แก่คนในชุมชน โดยเฉพาะใน

ตารางที่ 1 แสดงการกระจายตัวของแหล่งท่องเที่ยวเป้าหมาย จำนวน 13 แห่ง

ศูนย์อนามัย	ประเภทแหล่งท่องเที่ยว	จังหวัด
ศูนย์อนามัยที่ 1	แหล่งท่องเที่ยวที่มนุษย์สร้างขึ้น	เชียงราย
ศูนย์อนามัยที่ 2	แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ	เพชรบูรณ์
ศูนย์อนามัยที่ 3	แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ	กำแพงเพชร
ศูนย์อนามัยที่ 4	แหล่งท่องเที่ยวที่มนุษย์สร้างขึ้น	พระนครศรีอยุธยา
ศูนย์อนามัยที่ 5	แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ	เพชรบุรี
ศูนย์อนามัยที่ 6	แหล่งท่องเที่ยวที่มนุษย์สร้างขึ้น	ระยอง
ศูนย์อนามัยที่ 7	แหล่งท่องเที่ยวที่มนุษย์สร้างขึ้น	มหาสารคาม
ศูนย์อนามัยที่ 8	แหล่งท่องเที่ยวที่มนุษย์สร้างขึ้น	อุดรธานี
ศูนย์อนามัยที่ 9	แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ	ชัยภูมิ
ศูนย์อนามัยที่ 10	แหล่งท่องเที่ยวที่มนุษย์สร้างขึ้น	อุบลราชธานี
ศูนย์อนามัยที่ 11	แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ	ระนอง
ศูนย์อนามัยที่ 12	แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ	สตูล
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง	แหล่งท่องเที่ยวที่มนุษย์สร้างขึ้น	กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 2 แสดงต้นทุนในการดำเนินการและผลตอบแทนของโครงการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในระยะเวลา 1 ปี

แหล่งท่องเที่ยว	จังหวัด	ต้นทุน (บาท)	ผลตอบแทนด้านเศรษฐกิจ (บาท) (1)	ผลตอบแทนด้านสังคม (บาท) (2)	ผลตอบแทนด้านสุขภาพ (บาท) (3)	ผลตอบแทนด้านสิ่งแวดล้อม (บาท) (4)	รวมมูลค่าผลตอบแทน (บาท) (1)+(2)+(3)+(4)
มนุษย์สร้างขึ้น	เชียงราย	50,000,000	50,000,000	0	310,000	59,000	68,369,000
ทางธรรมชาติ	เพชรบูรณ์	600,000	160,000	280,000	120,000	100,000	660,000
ทางธรรมชาติ	กำแพงเพชร	769,000	870,000	476,000	250,500	19,200	1,615,700
มนุษย์สร้างขึ้น	พระนครศรีอยุธยา	2,645,000	1,972,000	560,000	20,000	126,000	2,678,000
ทางธรรมชาติ	เพชรบุรี	250,000	300,000	100,000	0	12,100	412,100
มนุษย์สร้างขึ้น	ระยอง	775,600	555,000	583,500	65,000	107,250	1,310,750
มนุษย์สร้างขึ้น	มหาสารคาม	500,000	1,160,000	0	200,000	31,980	1,391,980
มนุษย์สร้างขึ้น	อุดรธานี	45,000	17,600	20,000	11,000	2,472.5	56,072.5
ทางธรรมชาติ	ชัยภูมิ	928,000	1,093,600	786,750	475,200	55,000	2,410,550
มนุษย์สร้างขึ้น	อุบลราชธานี	40,000	9,000	20,700	8,500	5,000	43,200
ทางธรรมชาติ	ระนอง	13,520,000	10,469,000	7,750,000	1,000,000	200,000	19,419,000
ทางธรรมชาติ	สตูล	850,000	2,620,000	342,000	241,000	155,000	3,358,000
มนุษย์สร้างขึ้น	กรุงเทพฯ	563,121.57	864,000	0	100,000	440	964,440

รูปแบบของการจ้างงาน การค้าขายผลิตภัณฑ์ท้องถิ่น และการให้บริการในพื้นที่ท่องเที่ยวก่อให้เกิดการหมุนเวียนของรายได้ภายในชุมชน และส่งเสริมความเข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานราก นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่มมูลค่าของแหล่งท่องเที่ยว

ทำให้สามารถดึงดูดนักท่องเที่ยวได้ต่อเนื่องและยั่งยืน ในขณะเดียวกัน การลงทุนดังกล่าวยังส่งผลดีในด้านสังคม โดยเฉพาะเรื่องความปลอดภัยด้านสุขภาพ ความสะอาด และความเป็นระเบียบของพื้นที่ ส่งผลต่อความพึงพอใจของนักท่องเที่ยว

ตารางที่ 3 สรุปผลการประเมินความคุ้มค่าในการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว 13 แห่ง

แหล่งท่องเที่ยว	จังหวัด	ผลการประเมินความคุ้มค่าการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพ
มนุษย์สร้างขึ้น	เชียงราย	1.36
ทางธรรมชาติ	เพชรบูรณ์	1.10
ทางธรรมชาติ	กำแพงเพชร	2.10
มนุษย์สร้างขึ้น	พระนครศรีอยุธยา	1.01
ทางธรรมชาติ	เพชรบุรี	1.65
มนุษย์สร้างขึ้น	ระยอง	1.69
มนุษย์สร้างขึ้น	มหาสารคาม	2.78
มนุษย์สร้างขึ้น	อุดรธานี	1.25
ทางธรรมชาติ	ชัยภูมิ	2.60
มนุษย์สร้างขึ้น	อุบลราชธานี	1.08
ทางธรรมชาติ	ระนอง	1.44
ทางธรรมชาติ	สตูล	3.95
มนุษย์สร้างขึ้น	กรุงเทพฯ	1.71

และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณนั้น

เมื่อพิจารณาในช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวเปลี่ยนแปลงไป โดยให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมากยิ่งขึ้น นักท่องเที่ยวมีแนวโน้มเลือกเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีความปลอดภัย มีระบบสาธารณสุขที่ดี และมีมาตรการควบคุมด้านสุขอนามัยอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้แหล่งท่องเที่ยวต้องปรับตัวและให้ความสำคัญกับการยกระดับมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ทันต่อความต้องการของนักท่องเที่ยวในวิถีชีวิตใหม่ (New Normal)

อีกประเด็นสำคัญที่ปรากฏจากผลการศึกษา คือ ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ ซึ่งแสดงออกในรูปแบบของความร่วมมือในการดำเนินโครงการ การให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลรักษาแหล่งท่องเที่ยว การมี

ส่วนร่วมเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้โครงการมีความยั่งยืน และเกิดความต่อเนื่องในการบริหารจัดการ ทั้งยังสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่ให้แก่คนในชุมชน

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าในการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพภายในแหล่งท่องเที่ยว 13 แห่ง และข้อมูล รวมทั้งข้อเสนอแนะในมิติต่างๆ ของแหล่งท่องเที่ยว สามารถนำมาจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

2.1 ข้อเสนอต่อการพัฒนาและยกระดับการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการท่องเที่ยว ควรส่งเสริมให้แหล่งท่องเที่ยวทุกแห่งลงทุนในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่าง

ต่อเนื่อง เช่น การจัดการห้องน้ำให้สะอาดเพียงพอ การคัดแยกขยะอย่างถูกวิธี การจัดการน้ำเสียอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการสุขาภิบาลอาหาร และการควบคุมคุณภาพน้ำดื่ม-น้ำใช้ให้ได้มาตรฐาน เนื่องจากการลงทุนที่มีความคุ้มค่าในทุกมิติ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2) ควรบูรณาการการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยวให้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาท้องถิ่นและชุมชนอย่างยั่งยืน โดยการใช้ทรัพยากรอย่างรู้คุณค่า ลดของเสีย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลรักษาสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมของพื้นที่ท่องเที่ยว

3) ควรพัฒนาและยกระดับการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว ให้เป็นมาตรฐานสำคัญในการส่งเสริมการท่องเที่ยว ซึ่งไม่เพียงตอบโจทย์ด้านความปลอดภัยของนักท่องเที่ยว แต่ยังเป็นจุดแข็งในการพัฒนาการท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน สร้างภาพลักษณ์ที่ดีและสามารถแข่งขันในตลาดการท่องเที่ยวระดับโลกได้

4) ควรกำหนดให้มาตรฐานการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพเป็นเกณฑ์บังคับสำหรับแหล่งท่องเที่ยวที่ได้รับการรับรองหรือขึ้นทะเบียน เนื่องจากไม่เพียงเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้มาเยือน แต่ยังเป็นการยกระดับคุณภาพการท่องเที่ยวของไทยให้สอดคล้องกับแนวทางสากล

5) แหล่งท่องเที่ยว ควรมีการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพื่อแสดงให้เห็นถึง

ความคุ้มค่าของการลงทุนอย่างเป็นรูปธรรม โดยใช้ข้อมูลที่ได้จริงเพื่อวางแผนพัฒนาต่อเนื่องในระยะยาว

6) หน่วยงานด้านสาธารณสุข และด้านการท่องเที่ยวจัดทำแผนส่งเสริมการสื่อสารและประชาสัมพันธ์จุดแข็งของแหล่งท่องเที่ยวที่สะอาด ปลอดภัย และเป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับนักท่องเที่ยว โดยเฉพาะในช่วงหลังวิกฤตโรคระบาดซึ่งนักท่องเที่ยวให้ความสำคัญกับสุขอนามัยส่วนบุคคลและสุขลักษณะของแหล่งท่องเที่ยวมากยิ่งขึ้น

7) การสร้างระบบการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยวควรมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ไม่เพียงแต่ในด้านนโยบายแต่รวมถึงงบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือที่จำเป็น

2.2 ข้อเสนอต่อการสร้างความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวด้วยการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว

1) ควรใช้แนวคิด “สุขภาพและสิ่งแวดล้อม” เป็นจุดขายทางการตลาด (marketing positioning) สำหรับแหล่งท่องเที่ยวไทยในยุคหลังการระบาดของโรคโควิด 19 เนื่องจากนักท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศให้ความสำคัญกับความปลอดภัย สุขอนามัย และสิ่งแวดล้อมที่ดีเป็นอันดับต้นๆ ในการเลือกจุดหมายปลายทาง

2) การยกระดับคุณภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยวจะส่งผลต่อการเพิ่มความพึงพอใจและการกลับมาใช้บริการซ้ำของนักท่องเที่ยว ซึ่งจะนำมาสู่รายได้ที่ยั่งยืนแก่ชุมชน

ท้องถิ่นและประเทศในระยะยาว

3) ควรมีการสื่อสารความคุ้มค่าของการลงทุนในโครงการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของแหล่งท่องเที่ยวให้ประชาชนรับรู้ซึ่งจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

4) ควรประเมินความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แบบสอบถามหรือระบบ Feedback เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพบริการ โดยเฉพาะประเด็นด้านสุขอนามัย ความสะอาด ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจกลับมาเยือนซ้ำ

■ อภิปรายผล

การประเมินความคุ้มค่าของการลงทุนในการดำเนินโครงการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของแหล่งท่องเที่ยวทั้งแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติและแหล่งท่องเที่ยวที่มนุษย์สร้างขึ้นให้ความสำคัญและมีการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพได้สะท้อนให้เห็นถึงมิติของผลกระทบเชิงบวกที่ครอบคลุมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ไม่แตกต่างกัน โดยผลการศึกษาพบว่า โครงการที่ดำเนินการโดยมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสามารถสร้างผลตอบแทนทางสังคมต่อการลงทุนที่สูงอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การลงทุนในประเด็นดังกล่าวไม่เพียงตอบสนองต่อความคาดหวังของนักท่องเที่ยว แต่ยังสะท้อนถึงความสามารถของแหล่งท่องเที่ยวในการยกระดับคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยรอบอย่างเป็นระบบ การบริหารจัดการที่ดีครอบคลุมทั้ง การจัดการขยะ สุขาภิบาลอาหาร การควบคุมคุณภาพน้ำดื่ม-น้ำใช้ และความปลอดภัยในพื้นที่ท่องเที่ยว

ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างประสบการณ์ที่ดีแก่นักท่องเที่ยว ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วจินี อารีรอบ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ระบุว่าการกำหนดมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจนเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพราะสามารถเพิ่มความเชื่อมั่นและกระตุ้นให้เกิดการกลับมาใช้บริการซ้ำยิ่งไปกว่านั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมยังส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพของแหล่งท่องเที่ยวโดยรวม ดังเห็นได้จากงานวิจัยของ จิตติ มงคลชัยอรัญญา และคณะ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาในชุมชนบ่อเจ็ดลูกพบว่า การสนับสนุนจากชุมชนสามารถเสริมสร้างมิติความยั่งยืนในด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลให้เกิดการจัดการอย่างเป็นระบบและตอบโจทย์ในระยะยาว

ในเชิงนโยบาย งานวิจัยนี้เสนอให้ภาครัฐหน่วยงานท้องถิ่น และผู้ประกอบการท่องเที่ยวพิจารณาการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพเป็นกลยุทธ์หลักของการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว โดยต้องพัฒนาแนวทางหรือเกณฑ์มาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการฝึกอบรมบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพในพื้นที่ และพัฒนาเครื่องมือทางการตลาดเพื่อสื่อสารภาพลักษณ์ของแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อมไปยังกลุ่มเป้าหมาย เช่น ระบบมาตรฐาน GREEN Health Attraction หรือ มาตรฐาน STAR เป็นต้น ในส่วนของผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน หรือ SROI การศึกษาได้สะท้อนให้เห็นว่าแหล่งท่องเที่ยวที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม สามารถสร้างผลตอบแทนที่สูง โดยค่า SROI อยู่ในช่วงระหว่าง 1.01 ถึง

3.95 ซึ่งทุกแห่งมีค่ามากกว่า 1 แสดงถึงความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐกิจและสังคม ตัวอย่างเช่น โครงการติดตั้งทำเทียมเรือลอยน้ำบริเวณอ่าวประมง เกาะหลีเป๊ะ อุทยานแห่งชาติตะรุเตา จังหวัดสตูล ที่มีค่า SROI เท่ากับ 3.95 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเงินลงทุนทุก 1 บาท สามารถสร้างผลตอบแทนทางสังคมได้ 3.95 บาท ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ สิริพงศ์ กันธิยะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าโรงแรมที่เน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี สามารถสร้างค่า SROI สูงถึง 3.71

ผลการศึกษาเหล่านี้ยืนยันว่า การลงทุนในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวไม่เพียงสร้างความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ แต่ยังตอบสนองต่อเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) และสามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบนโยบายด้านการท่องเที่ยวของประเทศในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพและรอบด้าน

■ สรุป

งานวิจัยนี้ ได้ยืนยันถึงความคุ้มค่าด้านสังคมของการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยว โดยชี้ให้เห็นว่าความคุ้มค่าจะเกิดขึ้นมากที่สุดเมื่อโครงการสามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกในหลากหลายมิติ และมีการขับเคลื่อนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ

จากประสบการณ์และข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งท่องเที่ยวต้นแบบ ทำให้สามารถสรุปได้ว่า แนวทางการประเมินความคุ้มค่าแบบ SROI เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการวัดผลตอบแทนของโครงการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในมิติที่กว้างกว่าเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว โดยสามารถวัดผลตอบแทนในมิติทางสังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อมได้อย่างรอบด้าน จึงเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือ

มือที่สามารถเลือกใช้ในการนำไปขยายผลเพื่อใช้ประเมินประเมินความคุ้มค่าในการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยวอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ยังสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาใช้เป็นฐานข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของภาครัฐในการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมสนับสนุนโครงการ หรือกำหนดแนวทางการพัฒนาพื้นที่อย่างเป็นระบบ

ท้ายที่สุด ผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้แหล่งท่องเที่ยวเห็นประโยชน์จากการพัฒนาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการท่องเที่ยวไทยให้มีความปลอดภัย ยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสุขภาพของนักท่องเที่ยว ประชาชน และสิ่งแวดล้อมในระยะยาว

■ ข้อเสนอแนะ

ควรมีการวิจัยด้านพฤติกรรมผู้บริโภคเพิ่มเติม โดยเฉพาะในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวไทยและต่างชาติ ว่าการจัดการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อความพึงพอใจ ความเชื่อมั่น และการตัดสินใจเดินทางซ้ำในระดับใด เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงผลลัพธ์ทางสังคมกับมิติของการตลาดและการสื่อสารได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แหล่งท่องเที่ยวทั้ง 13 แห่งเป็นอย่างยิ่ง ที่ได้ให้การสนับสนุนข้อมูลงบประมาณและข้อมูลการดำเนินงานของแหล่งท่องเที่ยว เพื่อใช้ในการประเมินความคุ้มค่าของการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยว และขอขอบคุณ คณะอาจารย์ประจำ คณะวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม

และการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ศูนย์อนามัยทั้ง 13 เขต รวมถึง

เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บ
ข้อมูลภาคสนามอย่างเต็มที่

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาย ชีระวัฒนากุล, ธารธร รัตนฤมิตศร. ฉากทัศน์การท่องเที่ยวไทยหลัง COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=1473992102801911&id=232640690270398&set=a.907374049463722>
2. กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา. รายงานสถานการณ์โรคลีเจียนเนอริส (Legionellosis) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/สถานการณ์โรคลีเจียนเนอริส%20\(Legionellosis\)%20final-edit.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/สถานการณ์โรคลีเจียนเนอริส%20(Legionellosis)%20final-edit.pdf)
3. ศิริภา จิตผ่อง, อัญญา นฤปาไล. สภาพปัญหาความปลอดภัยระหว่างการท่องเที่ยวที่มีผลต่อการให้บริการการท่องเที่ยวในกรุงเทพมหานครของนักท่องเที่ยวต่างชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://ithesisir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/1994/1/57602420.pdf>
4. ทศนีย์ นาคเสนีย์, รุจิรา แสงแข, อมรพิมล พัทธกษ. ผลตอบแทนทางสังคมจากการดำเนินธุรกิจวิสาหกิจชุมชนเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงกีฬาในการจัดงานวิ่งจอมบึงมาราธอน กรณีศึกษา ศูนย์การเรียนรู้อุทยานขุนเขา วิถีไทย รามัญ. วารสารละติจูด มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี 2565;6(1):88-105.
5. พชร ชำนาญไพร. การวัดผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนในธุรกิจเพื่อสังคมของศูนย์การเรียนรู้เพาะปลูกปฐุ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:91021
6. โชติภา ภาชีผล. การประเมินผลตอบแทนทางสังคม. วารสารเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;45(4):342-52.
7. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำนักงานศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการจ้างที่ปรึกษาวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ทางสังคม (Social Impact Assessment - SIA) จากการพัฒนาการท่องเที่ยวโดยชุมชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dasta.or.th/uploads/file/202209/1663574314_b08282975da746df1180.pdf
8. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม. มาตรฐานแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม GREEN Health Attraction. ปทุมธานี: มินนี่ กรุ๊ป; 2566.
9. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม. รางวัลโรงแรมและแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ghh.anamai.moph.go.th/award>
10. SROI Network. A guide to Social Return on Investment [Internet]. 2012 [cited 2025 May 11]. Available from: <http://socialvalueint.org/wp-content/uploads/2016/12/The-SROI-Guide-2012.pdf>
11. วจิณี อารีรอบ, ธนัษพร มุสิกบุตร, มัสลิน บัวบาน, ชลิดา ตระกูลสุนทร. การพัฒนาโมเดลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภูมิภาคตะวันตกเพื่อการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างยั่งยืน. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม 2564;8(2):45-63.
12. จิตติ มงคลชัยอัญญา, วีรบูรณ์ วิสารทสกุล, เกศกุล สระแก้ว, เศรษฐภูมิ บัวทอง. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการประเมินผลโครงการวิจัยภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). นนทบุรี: สันสาย; 2563.
13. สิริพงศ์ กันธิยะ. การวัดผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนของโรงแรมรักษ์สิ่งแวดล้อม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.



กินอย่างไร ให้กระดูกแข็งแรง

สำหรับผู้ที่มีภาวะกระดูกบาง / เสี่ยงกระดูกพรุน

เพิ่มแคลเซียม

กินอาหารที่อุดมด้วย
แคลเซียม



นม ปลาเล็กปลาน้อย งาดำ ถั่วเหลือง คื่นฉ่าย

เสริมวิตามินดี

ช่วยดูดซึมแคลเซียม



8:00-10:00 น.
10-15 นาที/วัน

ออกแดดอ่อนๆ ตอนเช้า กินไข่แดง ปลาตากแห้ง

เติมโปรตีน

เสริมสร้างมวลกระดูก



ด้วย ไข่ไก่ ปลา เต้าหู้ ถั่ว

ออกกำลังกาย

การเดินเร็ว โยคะ หรือ
เวทเบาๆ ช่วยให้กระดูก
แข็งแรงขึ้น

ลด ละ เลี่ยง



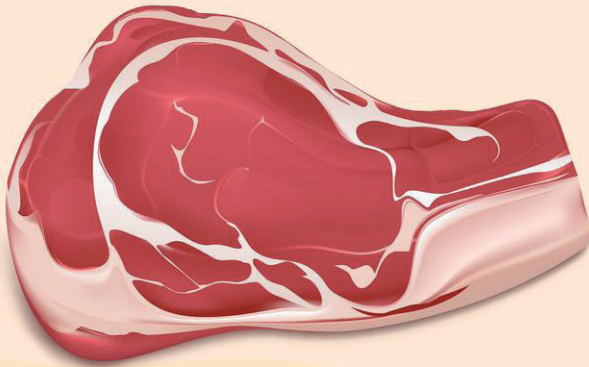
ชา/กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารหวาน มัน เค็ม



เนื้อดี

เลือกดี กินดี ไม่เสี่ยงป่วย

วิธีเลือกซื้อเนื้อวัวที่ถูกที่ต เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการเลือกซื้อ เนื้อที่สด สะอาด ปลอดภัย พิช กินได้ไม่เสี่ยงป่วย



สีสวย กลิ่นดี ไม่มีเมือก

สีเนื้อ: สีแดงสด ไม่คล้ำหรือซีด ถ้าเนื้อแก่หรือเก็บนานไปเป็นสีน้ำตาล

ไขมัน: สีขาวหรือเหลืองอ่อน ถ้าเป็นจุดเล็กๆ แดงง่ายยิ่งดี

ความชุ่มชื้น: พอดีๆ ไม่แห้งหรือแฉะเกินไป

กลิ่น: กลิ่นจืดธรรมชาติ แต่ไม่มีกลิ่นเหม็นเปรี้ยว หรือคาวจัด

ไม่มีเมือก/น้ำเยิ้ม: ถ้ามีแสดงว่าไม่สด

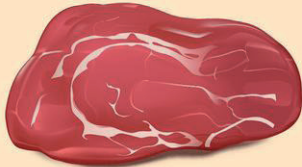
สะอาด ปลอดภัย มั่นใจแหล่งที่มา

แหล่งที่ซื้อ: เลือกจากร้านที่มีมาตรฐาน น่าเชื่อถือ

เช่น ตลาดสดที่มีใบอนุญาต หรือซูเปอร์มาร์เก็ตที่ควบคุมคุณภาพดี

มีใบรับรอง: มีเครื่องหมายรับรองเนื้อสัตว์ปลอดภัยจากกรมปศุสัตว์

อุณหภูมิ: เนื้อต้องแช่เย็นไม่เกิน 5°C ตลอดเวลา



สัมผัสเนื้อ: นุ่มแดง ไม่ยุ่ย

เนื้อ: กดแล้วต้องแน่น ยืดหยุ่น คืนตัวได้ดี ไม่มีรอยบุ๋ม ไม่เละ ไม่ยุ่ย

ไขมัน: สีขาวหรือเหลืองอ่อน ไม่ใช้เหลืองเข้ม

เม็ดสาคู: ห้ามมีเม็ดสาคูใส คล้ายเม็ดสาคูเตี๋ยน! (อันนี้คือพยาธิ)

น้ำซึม: วางทิ้งไว้สักพัก เนื้อสดจะมีน้ำสีแดงจางๆ ซึมออกมา

สัมผัส: เนื้อต้องไม่เหนียวหรือแฉะ



ตรวจสอบให้ละเอียด

วันผลิต/วันหมดอายุ: ดูวันหมดอายุ

บรรจุภัณฑ์: ต้องไม่มีรอยร้าวหรือฉีกขาด

น้ำในถาด: ไม่ควรมีน้ำมากเกินไป อาจแปลว่า

เนื้อละลายน้ำแข็งมาแล้วหรือเสียน้ำมาก

ข้อควรระวัง



เสี่ยงเนื้อที่มีสีเขียวคล้ำ
หรือกลิ่นเหม็นเปรี้ยว



เสี่ยงเนื้อที่มีเมือก
หรือน้ำเยิ้ม



เสี่ยงเนื้อที่มี
เม็ดสาคู



เสี่ยงเนื้อที่แห้ง เฝ็ง
หรือสีคล้ำผิดปกติ



ห้ามซื้อเนื้อที่วางบนเขียงกลางแจ้ง
ไม่มีอะไรป้องกันแมลงหรือความร้อน





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

แค่ฝนหยิมๆ ☁️💧 ฝนพริ้วมาก

เตรียมตัว 8 ข้อ ปะทะฤดูฝน



กินอาหารมีประโยชน์
กินครบ 5 หมู่และเสริมด้วย
กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ



ออกกำลังกายเป็นประจำ
อย่างน้อยวันละ 30 นาที
สัปดาห์ละ 5 วัน



ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ
อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
หรือประมาณ 1.5 - 2 ลิตร



เลี่ยงพื้นที่ชื้นแฉะและมีน้ำขัง
อาจทำให้เกิด โรคฉี่หนู
โรคพยาธิ โรคเชื้อรา



พักผ่อนให้เพียงพอ
นอนหลับอย่างน้อย
วันละ 6 - 8 ชม.



เลี่ยงการถูกยุงกัด
กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
แหล่งน้ำขังรอบบริเวณบ้าน



พกร่ม หรือ เสื้อกันฝน
และเช็กสภาพอากาศ
ก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง



เสริมวิตามินซี จากผักผลไม้
หรือ วิตามินซีเสริมได้
วันละ 500 - 1,000 มิลลิกรัม





เช็คลิสต์ เรื่องฝากครรภ์

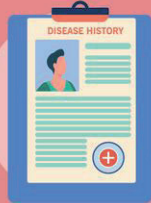
สำหรับคุณแม่มือใหม่

สำหรับคุณแม่มือใหม่ ต้องการฝากครรภ์ แต่ไม่ทราบว่าต้องทำอย่างไร
วันนี้กรมอนามัยมี ขั้นตอนการฝากครรภ์ที่ต้องรู้มาฝากเป็นเคล็ดลับความรู้เล็ก ๆ น้อย ๆ

อย่างแรก คือ สิ่งที่ต้องเตรียม



บัตรประชาชน



ประวัติ เจ็บป่วย แผล
โรคประจำตัว



ข้อมูลประจำเดือน
ครั้งสุดท้าย



ตรวจสอบสิทธิ
การรักษา การฝากครรภ์
การคลอดให้เรียบร้อย

เมื่อเตรียมครบแล้ว ก็มาเช็คลิสต์ขั้นตอนการฝากครรภ์กันเลย



พบคุณหมอ เพื่อซักประวัติอย่างละเอียด
(ประวัติส่วนตัว ประวัติด้านสุขภาพ การใช้ยา
และการคลอดบุตร)



ตรวจร่างกาย (วัดความดัน ปริมาณน้ำตาล
โปรตีนในปัสสาวะ)



ตรวจครรภ์ (ดูความสัมพันธ์ของขนาดมดลูก
กับอายุครรภ์)



ฟังการเต้นของหัวใจทารก หรือ ทำอัลตราซาวด์
(ตามอายุครรภ์ที่เหมาะสม)



รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก



รับยาบำรุงและวัคซีน





สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย

ตรวจฟรี มะเร็งช่องปาก



แดง



ขาว



แผล



ก้อน

เงื่อนไขการรับบริการ

- ประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
- มีประวัติสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เคี้ยวหมากเป็นประจำ
- พบรอยโรคในช่องปาก ลักษณะ "แดง ขาว แผล ก้อน" ที่เป็นไม่หายเกิน 2 สัปดาห์



หากเจอรอยโรค ท่านจะได้รับการตรวจวินิจฉัย
และตรวจชิ้นเนื้อ ฟรี!! โดยไม่มีค่าใช้จ่าย



คัดกรองฟรี Line Risk OCA
<https://riskoca.anamai.moph.go.th>



ติดต่อขอรับบริการได้ที่

สถานบริการของรัฐ หรือ
สถานบริการที่ลงทะเบียนกับสปสช.





สายด่วน กรมอนามัย

1

4

7

8

ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
ใส่ใจอนามัยสิ่งแวดล้อม

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



ข้อกฎหมาย
เกี่ยวกับกัญชา
กัญชาในอาหาร