



Universal Prevention For COVID-19 (การป้องกันขั้นสูงสุด)

ให้คิดเสมอว่า ทุกคนอาจจะติดเชื้อโควิด-19 โดยไม่รู้ตัวและไม่มีอาการ ทุกคนต้องป้องกันอย่างสุดความสามารถที่จะไม่ให้ตนเองไปรับเชื้อหรือแพร่เชื้อแก่ผู้อื่น

บัญญัติ 10 ประการ



1 ออกจากบ้าน
เมื่อจำเป็นเท่านั้น



2 เว้นระยะห่าง จากผู้อื่น
อย่างน้อย 1-2 เมตร



3 สวมหน้ากากอนามัย
และทับด้วยหน้ากากผ้า ใส่ให้แนบสนิทกับใบหน้า
ปิดทั้งจมูก และปากตลอดเวลา



4 ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่
หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง
หลังสัมผัสสิ่งของร่วมกับผู้อื่น



5 หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัส
หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า
ที่สวมใส่อยู่ รวมทั้งใบหน้า ตา
ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น



6 ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น
ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังให้เลี่ยงการออกนอกบ้าน
เว้นแต่จำเป็น ให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุด
และใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด



7 ทำความสะอาด
และฆ่าเชื้อพื้นผิว ที่ถูกสัมผัสบ่อยๆ



8 แยกของใช้ส่วนตัวทุกชนิด
ไม่ควรใช้ของร่วมกับผู้อื่น



9 เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ
และให้แยกกัน แยกสำรับ
ไม่ว่าจะภายในบ้านหรือที่ทำงาน



10 หากมีความเสี่ยงให้แยกตัวจากผู้อื่น
และตรวจหาเชื้อเบื้องต้นด้วย ATK หากตรวจแล้วไม่พบเชื้อ
ให้ตรวจซ้ำหลังจากตรวจครั้งแรก 3-5 วัน หรือเมื่อมีอาการ



กรมอนามัย
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

5 อาการใหม่ ไอมีครอน



เจ็บคอ



ปวดกล้ามเนื้อ



เหนื่อยมาก



ไอแห้ง



เหงื่อออกตอนกลางคืนแม้จะนอนหลับในห้องแอร์



นอกจากนี้ยังไม่พบผู้ป่วยคนใด

สูญเสียกลิ่นหรือการรับรส

รวมถึงไม่พบผู้ป่วยที่มีระดับออกซิเจนลดลง



3 ขั้นตอน การบริการช่องทางสายด่วน

ผู้พิทักษ์อนามัย COVID Watch 0 2590 4111

1



ประชาชนโทรเข้าสายด่วน

- เล่าอาการ
- ขอรับคำปรึกษา

2

เจ้าหน้าที่ คักกรอง ประเมินอาการ

- ประเมินอาการ
- บริการสร้างความรอบรู้ตามกลุ่มสี ■ ■ ■



3

ประเมินการติดเชื้อโควิด-19 แบ่งออกเป็น 3 สี



อาการผู้ติดเชื้อสีเขียว

- ไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย

แนวทางจัดบริการ กลุ่มสีเขียว

- สร้างความรอบรู้และความมั่นใจ
- ส่งต่อให้รับบริการส่งยาให้แบบ OPD
- ส่งต่อให้รับการรักษาแบบ Home Isolation (HI)
- ส่งต่อศูนย์แยกกักตัวในชุมชน Community Isolation (CI)
กรณีไม่สะดวกรับการรักษาดังที่บ้าน



อาการผู้ติดเชื้อสีเหลือง

- มีอาการร่วมกับปัจจัยเสี่ยง 608

แนวทางจัดบริการ กลุ่มสีเหลือง

- ส่งต่อศูนย์แยกกักตัวในชุมชน Community Isolation
- ส่งต่อรับการรักษาในโรงพยาบาล



อาการผู้ติดเชื้อสีแดง

- เหนื่อยง่าย
- หายใจไม่สะดวก
- ปอดอักเสบ

แนวทางจัดบริการ กลุ่มสีแดง

- ส่งต่อรับการรักษาในโรงพยาบาล



70 ปี กรมอนามัย ดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย ไร้ปลอดภัย รอบรู้ อยู่ได้กับโควิด

ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา กรมอนามัย ในฐานะหน่วยงานที่ส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี ยังคงมุ่งมั่นให้ความรู้ ในการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย ทั้งด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม โดยเริ่มจาก...

- **กลุ่มเด็กเล็ก** ให้คำแนะนำพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแลเด็ก สอนให้เด็กล้างมือที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการพาเด็กไปรวมตัวคนหมู่มาก หรือมี โอกาสใกล้ชิดผู้ป่วย และหมั่นสังเกตสุขภาพเด็กอยู่เสมอ

- **กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น** ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การเว้น ระยะห่างทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน จำกัดการเดินทางเท่าที่จำเป็น และไม่ไปในที่ มีคนหนาแน่น เมื่อกลับถึงบ้านควรอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าทันที สวมหน้ากากตลอดเวลา ยกเว้นเฉพาะเวลา กินอาหาร ไม่กินอาหารร่วมกัน พร้อมทั้งงดการรวมกลุ่มกับเพื่อน และประเมินความเสี่ยงตนเองผ่าน “ไทยเซฟไทย” ทุกวัน หากพบมีความเสี่ยงสูงให้แจ้งผู้ปกครองทันที

- **กลุ่มวัยทำงาน** เน้นย้ำให้ปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะ อย่างยิ่ง เมื่อเดินทางกลับถึงบ้านควรทำความสะอาดตัวเอง ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ ไปยังคนในครอบครัว หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเด็กและผู้สูงอายุ ถ้าจำเป็นต้องใกล้ชิด ควรสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ไม่ควร กินข้าวร่วมกัน แยกสำรับ อุปกรณ์ ช้อน ส้อม และเน้นกินอาหารปรุงสุกร้อนอยู่เสมอ

- **กลุ่มผู้สูงอายุ** ต้องให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ หลีกเลี่ยงออกจากบ้านในช่วงที่มีการระบาดของโรค หรือบริเวณที่มีคนหนาแน่น หากจำเป็น ต้องสวมใส่หน้ากากอนามัย และใช้เวลาให้น้อยที่สุด รักษาระยะห่าง จากบุคคลอื่น 1 - 2 เมตร ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือมีภูมิคุ้มกันต่ำ ควรจัดเตรียมยาสำรองไว้ด้วย

สำหรับการก้าวสู่ปีที่ 71 เป็นปีที่ยังคงต้องเฝ้าระวังและป้องกันตนเองจากโควิด-19 กรมอนามัยจึงขอ ความร่วมมือทุกคนปฏิบัติตามหลัก UP (Universal Prevention) พร้อมสร้างความรอบรู้ให้สามารถดูแลสุขภาพ ตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่ออยู่ให้



(นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)
อธิบดีกรมอนามัย

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



6 วิธี เพื่ออาหารปลอดภัย ในหน้าร้อน

1

เลือกสถานที่จำหน่าย
ที่มีการรับรองของ
หน่วยงานราชการ



Free
Setting
THAI STOP COVID 2 PLUS

2



อาหารสด ผัก-ผลไม้
ล้างให้สะอาด
ก่อนนำมาปรุงอาหาร

3



ล้างมือให้สะอาด
ทุกครั้งก่อนกิน-ปรุงอาหาร
และหลังสัมผัสสิ่งสกปรก

4



ปรุงอาหารให้สุกด้วย
ความร้อนอย่างทั่วถึง
โดยเฉพาะเนื้อสัตว์

5



อาหารปรุงสำเร็จมีการปกปิด
หากกินไม่หมด ควรเก็บในตู้เย็น
และอุ่นให้ร้อนก่อนกินทุกครั้ง

6



ใช้ภาชนะ-อุปกรณ์ส่วนตัว
และเว้นระยะห่าง
ในการกินอาหารร่วมกัน



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 2565

ที่ปรึกษา	นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ นายแพทย์สราวุฒิ บุญสุข นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา นายแพทย์มณฑิเรศ คณาสวัสดิ์	อธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาสนันท์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นายคัมภีร์ งานดี นายบรรณรัฐ มณฑิสวัสดิ์	กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กองบรรณาธิการวิชาการ	นายแพทย์กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง ดร.อัมพร จันทวิบูลย์ นายธนชีพ พีระธรณิษฐ์ ดร.ทันตแพทย์หญิงเพ็ญเพ็ญ ลากยี่ง แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล นายสุคนธ์ เจียสกุล ดร.ทวิสุข พันธุ์เพ็ง แพทย์หญิงนิพรพรรณ วรมงคล ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดร.วิระวรรณ ถิ่นยืนยง ดร.พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ รศ.ดร.มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ รศ.ดร.สลิสร เทพตระการพร แพทย์หญิงสายพิน ไซติวิเชียร นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ นายแพทย์มนัส งามเกียรติศักดิ์ ทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย ดร.สุพิชชา วงศ์จันทร์ ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา นางวิมล โรมา	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ) สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปรึกษากรมอนามัย(ด้านทันตสาธารณสุข) นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำนักโภชนาการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
เจ้าของ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวพิมพ์ภาวดี ศรีจันทร์ นางอรชรา ตะกรุดเงิน	กองคลัง สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
สำนักงาน	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0-2590-4153, 4157 โทรสาร 0-2591-8147 http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=jhealth	
กำหนดออก	ปีละ 4 เล่ม (มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)	
อัตราค่าสมาชิก	ปีละ 360 บาท ต่างประเทศเพิ่มค่าส่งตามอัตราไปรษณีย์	
ออกแบบและจัดพิมพ์	โรงพิมพ์ ดอกเบี๋ย โทร 0-2272-1169-72 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 วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่บททวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทที่บทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้เข้าใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร

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

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

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วิธีการดำเนินงาน อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือในการวิจัย และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โดยระบุคณะกรรมการฯ ชุดใด และเมื่อไร

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยตามลำดับหัวข้อตามวัตถุประสงค์ โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ หากมีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำ หรือทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ 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) การอ้างอิงเอกสารใดที่ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใช้ตัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง 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 และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มที่น่าปาก

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

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 131-156 ใช้เป็น 131-56 และไม่เว้นวรรคระหว่างเครื่องหมาย : และ ; ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่(ฉบับที่) เลขหน้า โดยใส่เฉพาะ 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 ภาวภูตานนท์ 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: Weatheral DJ, ed. The thalassemias. New York: Churchill Livingstone; 1983. p. 31-53.

2. สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน: สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์, 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. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

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

บทความในหนังสือพิมพ์

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

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

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษ ขนาด A4 (21.6X27.9 ซม.) ตัวอักษรขนาด 16 และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นไฟล์ภาพที่บันทึกในแผ่นซีดี ความคมชัดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสเตอร์ทดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล พร้อมหนังสือนำส่งถึงบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

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

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง 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, Victon 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.

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 (สั่งจ่าย ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข) ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งวารสาร)

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

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

โทรศัพท์.....

สั่งจ่าย ในนาม บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ไปรษณีย์กระทรวงสาธารณสุข 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

สถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ปี 2565 สายพันธุ์โอไมครอน (Omicron) เป็นเชื้อที่พบว่าเป็นสาเหตุการติดเชื้อที่ส่งถึงเกิดการแพร่ต่อได้ง่ายกว่า แต่ความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่า สายพันธุ์เดลต้าในระลอกที่ผ่านมาในปี 2564 แนวทางสาธารณสุขที่ใช้ในการขับเคลื่อนสังคมให้ก้าวเดินต่อไปได้ด้วยการรับวัคซีน การป้องกันแบบครอบจักรวาล การดูแลจัดการสิ่งแวดล้อม สถานประกอบการตามมาตรการ COVID free setting และตรวจด้วย ATK test เพื่อให้ก้าวผ่านโรคระบาดระยะหลังการระบาด ไปสู่ระยะที่เป็นโรคประจำถิ่น หากไม่เกิดการกลายพันธุ์ เป็นเชื้อที่มีความรุนแรงกว่าเดิม



เนื้อหาสาระในวารสารฉบับนี้ ยังคงได้รับการสนับสนุนโดยนักวิชาการส่งบทความอันมีประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม มานำเสนอต่อท่านผู้สนใจ

โอกาสเทศกาลสงกรานต์ปี 2565 ที่จะมาถึง ขออาราธนาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากล และคุณพระศรีรัตนตรัย โปรดประทานพรให้ทุกท่านโชคดี มีความสุข สุขภาพแข็งแรง และเดินทางด้วยความปลอดภัย

นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์

บรรณาธิการ

มีนาคม 2565

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

บทความปริทัศน์

บทเรียนจากการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศ “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก”

- ปทุมรัตน์ สามารถ ทับทิม ศรีวิไล วัชรินทร์ แสงสัมฤทธิ์ผล ธวัชชัย ทองบ่อ เสวต เชียงลี
 ลีติกร โตโพธิ์ไทย.....11

บทวิชาการ

การพัฒนารูปแบบกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข
 ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

- ปติมา หิริสัจจะ.....27

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่นในจังหวัดแพร่

- ชนกนันท์ ฝากมิตร รุ่ง วงศ์วัฒน์39

รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น
 และเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 เขตสุขภาพที่ 5

- ศิริลักษณ์ ขณะฤกษ์ รัชณี ลักษณะานนท์.....53

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยบทเรียน E-Learning สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์
 ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

- พรชเนตต์ บุญคง เปรมฤทัย เกตุเรน ชลธิชา ชัยหนองแปน.....68

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน
 จังหวัดขอนแก่น

- ประจักษ์ จันทะราช..... 81

การให้บริการทันตกรรมโดยทันตภิบาลที่ผ่านหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือนทันตกรรมผู้สูงอายุ ปี 2562

- วาสินี เกียรติอดิศร สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา พิริยา วัฒนารุ่งกานต์ ณิชมนันท์ ศรีทอง.....91

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรม
 การป้องกันโรคเมเร็งเต้านมของสตรีอายุ 30-55 ปี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

- สุนันท์ ศรีประจันต์ ปาริชา นิพพานนท์.....103

การพัฒนาคุณภาพน้ำเสียและน้ำทิ้งของสถานพยาบาลในประเทศไทย

- ธนชีพ พิระธรรณิศร์ ศิราณี ศรีใส วันนี มากันต์ วาสนา คงสุข สุภาวิดา สุวรรณศิลป์.....117

บทเรียนจากการพัฒนาและ ขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศ “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก”

ปทุมรัตน์ สามารถ^a
ทับทิม ศรีวิไล^a
วัชรินทร์ แสงสัมฤทธิ์ผล^a
ธวัชชัย ทองป่อ^a
เสวต เชียงลี^a
จิตติกร โตโพธิ์ไทย^{a,b,*}

บทคัดย่อ

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด ส่งผลให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัวและพัฒนาทักษะพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและแก้ไขปัญหาก็ไม่อาจคาดเดาได้ในอนาคต การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ควรเริ่มตั้งแต่เด็กปฐมวัย (0-6 ปี) เนื่องจากสมองมีการสร้างเซลล์สมองและเส้นใยประสาทในจำนวนมากและรวดเร็วที่สุด โดยเฉพาะการเล่น ในปีงบประมาณ 2563 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้ประกาศนโยบาย “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” เพื่อให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการเล่น ด้วยหลักการ 3F คือ 1) ครอบครัว (family) 2) อิสระ (free) และ 3) สนุก (fun) ผ่านการบริหารจัดการ 4 องค์ประกอบ (4P) คือ 1) พื้นที่เล่น (play space) 2) กระบวนการเล่น (play process) 3) ผู้อำนวยการเล่น (play worker) และ 4) หน่วยบริหารจัดการการเล่น (play management unit) บทความนี้ศึกษากระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกสู่ระดับพื้นที่ การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเล่นเปลี่ยนโลก มีกระบวนการสำคัญ คือ การพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนานโยบายที่ชัดเจน ความมุ่งมั่นจากภาครัฐ ความร่วมมือจากภาคประชาสังคม ผสานรวมกับความต้องการของสังคม แม้จะดำเนินการได้ตามเป้าหมาย นโยบายเล่นเปลี่ยนโลกยังต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อขยายผลให้ครอบคลุมในพื้นที่ เพิ่มคุณภาพ มีความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการบูรณาการการเล่นในแผนการเรียนการสอน 6 กิจกรรมของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น ทั้งในครูผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ ควรมีการทบทวนการดำเนินนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกอย่างสม่ำเสมอ ตามสถานการณ์บริบท และวิชาการของประเทศและของโลกที่เปลี่ยนแปลงไป

คำสำคัญ: การเล่น นโยบาย ปฐมวัย การพัฒนา การขับเคลื่อน ประเทศไทย

^a กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

^b สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้รับผิดชอบบทความ : จิตติกร โตโพธิ์ไทย, champhititikom@gmail.com

Lessons learnt from the formulation and implementation of the national policy named “Thai children change the world through play”

Pathumrat Samart^a,

Thapthim Sriwilai^a,

Watcharin Sangsamritpol^a,

Tawadchai Thongbo^a,

Sawed Seunglee^a,

Thitikorn Topothai^{a, b, *}

Abstract

The Covid-19 pandemic and digital disruption have brought a need for new sets of human skills to cope with rapid changes and unpredictable future problems. A process of human developments should be started since early years (aged 0–6) based on a rapid development of brain in these ages. This can be done through a play promotion. In 2020 fiscal budget, the Ministry of Public Health with various stakeholders have launched the national policy of “Thai children change the world through play” with the concept of 3F: family, free and fun by 4P components: play space, play process, play worker, and play management unit. This article reviews the processes of policy formulation and implementation of this policy. The processes were begun with a knowledge generation, clear policy formulation, full commitment from policy makers, collaboration from civil societies and social needs for the policy. Although the initial goals of the policy were achieved, there were several remaining challenges. An engagement with wider stakeholders is needed for an expansion of the policy throughout targeted areas in Thailand alongside with a need for a higher quality and sustainability of policy implementation especially an integration of play into national core syllabus of young children, and a capacity building of play workers such as teachers, parents, health personnel, and village health volunteers. In addition, a regular evaluation of policy implementation according to new global and domestic situation, context and evidence on play is needed.

Keywords: play, policy, early childhood, formulation, implementation, Thailand

^a Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health

^b International Health Policy Program, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Thitikorn Topothai, champthitikorn@gmail.com

■ บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ และเร่งรัดให้มนุษย์ต้องปรับตัวและพัฒนาทักษะพื้นฐานที่จำเป็น เช่น ทักษะการคิดวิเคราะห์ การมีจินตนาการ การตั้งเป้าหมาย การแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และการควบคุมอารมณ์ เพื่อพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและแก้ไขปัญหาก็ไม่อาจคาดเดาได้ในอนาคต⁽¹⁻⁵⁾

การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ควรเริ่มตั้งแต่เด็กปฐมวัย (0-6 ปี) เนื่องจากสมองมีการสร้างเซลล์สมองและเส้นใยประสาทในจำนวนที่มากและรวดเร็วที่สุด การที่เด็กปฐมวัยได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ จะช่วยให้ประเทศชาติมีทรัพยากรบุคคลที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงได้เป็นอย่างดี^(1, 4-7) ทั้งนี้การเล่นมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาสมอง โดยกระตุ้นให้มีการเพิ่มขึ้นของการส่งสัญญาณประสาท และเพิ่มการประสานงานระหว่างเซลล์สมองกับการทำงานของร่างกายได้ดีขึ้น การเล่นยังช่วยพัฒนาตัวตนและการตระหนักรู้ของเด็ก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเล่นจึงเป็นการเรียนรู้อย่างเป็นธรรมชาติที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์^(2, 4-6, 8-9) การส่งเสริมการเล่นจำเป็นต้องมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม อันหมายถึงพื้นที่ที่เพียงพอสำหรับการเคลื่อนไหวร่างกาย การมีกิจกรรมที่กระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน การมีกิจกรรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การมีผู้ดูแลที่มีความเข้าใจและสร้างโอกาสให้เด็กได้เล่นอย่างอิสระ โดยบูรณาการกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะความคิดสร้างสรรค์ แก้ไขปัญหา และทำทนายความสามารถตนเองภายใต้หลักการความปลอดภัย⁽⁴⁻⁶⁾

อย่างไรก็ตามในระดับโลกพบว่าร้อยละ 39 ของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ไม่ได้รับการส่งเสริมการเล่นอย่างเพียงพอ เนื่องจากขาดการกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ทั้งจากพ่อแม่ ผู้ปกครองที่บ้าน สถานศึกษา หรือชุมชน⁽¹⁾ สมาคมการเล่นนานาชาติ (International Play Association) ได้แสดงความกังวลต่อการให้ความสำคัญของการศึกษาทฤษฎีและวิชาการ ที่ส่งผลให้เวลาการเล่นของเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁰⁾ ในประเทศไทย มีหลากหลายหน่วยงานให้ความสำคัญในการสร้างพื้นที่เล่นสำหรับเด็ก กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ และมูลนิธิสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา ร่วมกันดำเนินโครงการสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา โครงการเล่นตามรอยพระยุคลบาท และสนามเด็กเล่นต้นแบบเพื่อสุขภาวะ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในด้านความต่อเนื่องของนโยบาย การขยายผลครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายทั่วประเทศ การบริหารจัดการส่งเสริมการเล่นอย่างเป็นระบบ ที่ยังเน้นเฉพาะการพัฒนาพื้นที่เล่นเป็นหลัก เป็นต้น

ในปีงบประมาณ 2563 กระทรวงสาธารณสุข สสส. มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน และเครือข่ายเล่นเปลี่ยนโลก ได้ประกาศนโยบาย “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” เพื่อให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการเล่น ด้วยหลักการ 3F คือ 1) ครอบครัว (family) คือ การเล่นกับครอบครัว/เพื่อน พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่มีทักษะส่งเสริมการเล่น 2) อิสระ (free) คือ การเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นตามอิสระตามความต้องการ โดยมีมุมเล่น ลานเล่น สนามเด็กเล่น ทั้งที่บ้าน สถานศึกษา และชุมชน และ 3) สนุก (fun)

คือ การเล่นให้มีความสุข โดยมีกิจกรรม สื่อของเล่นหลากหลาย หาได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และสอดคล้องกับวัย ผ่านการบริหารจัดการ 4 องค์ประกอบ (4P) คือ 1) พื้นที่เล่น (play space) 2) กระบวนการเล่น (play process) 3) ผู้อำนวยการเล่น (play worker) และ 4) หน่วยบริหารจัดการการเล่น (play management unit) โดยสื่อสารนโยบายและขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” อย่างน้อย 300 แห่ง ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ 2564 และตั้งเป้าหมายขยายพื้นที่ไปทุกตำบล ในปีงบประมาณ 2565⁽¹¹⁾

ในประเทศไทย มีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเล่นในเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 12 แห่งในประเทศไทย โดยธีรพงษ์ คำพูน และคณะ ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นให้เด็กได้ลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทั้งร้องเพลง เต้นรำ ทำเกษตร ทำอาหาร และวิ่งเล่นอิสระ รวมถึงจัดสถานที่ให้มีพื้นที่นอกรอการเรียนที่กว้างขวาง และจัดมุมเล่นในห้องเรียน⁽¹²⁾ การศึกษารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนอนุบาล และบ้าน ที่มีความแตกต่างในระดับของเมือง ทั้งชนบทและเมือง ใน 5 ภูมิภาค โดยวัชรินทร์ แสงสัมฤทธิ์ผล และคณะ ในปี พ.ศ. 2563⁽¹³⁾ และการศึกษาการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบสร้างสรรค์เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน 4 ภูมิภาค โดยทับทิม ศรีวิไล และคณะ ในปี พ.ศ. 2563⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายระดับประเทศด้านการส่งเสริมการเล่นในเด็กปฐมวัย รวมถึงการขับเคลื่อนสู่ระดับพื้นที่ คณะผู้ศึกษาจึงเห็นความจำเป็นในการศึกษากระบวนการก่อ

ร่างนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก และการแปลงนโยบายดังกล่าวสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประเด็นดังกล่าว อันจะนำไปสู่การพัฒนานโยบายที่จำเป็นและมีประโยชน์ในอนาคตต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อทบทวนการก่อร่างนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ในด้านกระบวนการพัฒนานโยบาย และการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

■ เนื้อหา

1. กระบวนการพัฒนานโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก

กระบวนการพัฒนานโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก เริ่มจาก ปี พ.ศ. 2560-2561 ดังรูปที่ 1 โดยเริ่มจากการศึกษาทบทวนความต้องการของสังคมด้านทรัพยากรมนุษย์ในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว และทักษะที่สำคัญที่จะใช้แก้ไขปัญหาที่ไม่อาจคาดเดาได้ในอนาคต (ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างและปลูกฝังตั้งแต่ปฐมวัยผ่านกระบวนการเล่น ส่งผลให้เกิดความตระหนักต่อความสำคัญของการส่งเสริมการเล่นในเด็กปฐมวัย และได้จัดทำคู่มือ “เล่นให้ได้เรื่องพ่อแม่ 4.0 รู้ทันเรื่องเล่นเจนอัลฟ่า”⁽¹⁵⁾ ดังรูปที่ 2 เพื่อสื่อสารกับสังคมให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมการเล่นในเด็กปฐมวัยและรูปแบบการเล่นที่เหมาะสมกับวัยนี้ นอกจากนี้คณะทำงานกรมอนามัยได้ศึกษาการดำเนินการส่งเสริมการเล่นที่ผ่านมา ในระดับประเทศผ่านเอกสาร และการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในพัฒนาการของโครงการ กิจกรรม และช่องว่าง และความ

ทบทวนสถานการณ์ และพัฒนางานองค์กรความรู้	พัฒนานโยบาย “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก”	ขับเคลื่อนนโยบาย “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก”
พ.ศ. 2560 - 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2563-2564
<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาคู่มือ “เล่นให้ได้เรื่อง พ่อแม่ 4.0 รู้ทันเรื่องเล่นเจนอัลฟา” - วิจัยรูปแบบการส่งเสริมการเล่นและกิจกรรมทางกายในเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 12 แห่งในประเทศไทย - วิจัยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของเด็กปฐมวัยในประเทศไทย กรณีศึกษาใน 5 ภูมิภาค - พัฒนาคู่มือข้อเสนอแนะกิจกรรมทางกายและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายของเด็กปฐมวัย สำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาเนื้อหาสาระและกิจกรรมของนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก - พัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ คู่มือเล่นเปลี่ยนโลก สำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แนวทางการดำเนินงานเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก และ คู่มือผู้อำนวยการเล่น (play worker) เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก - ประกาศนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก - แลกเปลี่ยนกิจกรรมเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - บรรจุเป็นหนึ่งในนโยบายหลักของรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข - ประชุมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยของศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพภาวะเขตเมือง และครูผู้ดูแลเด็ก - หลักรัฐธรรมนูญ (Play worker) ผ่านระบบเรียนออนไลน์ของกรมอนามัย - ประเมินผลการดำเนินงาน

รูปที่ 1 กิจกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก^(11, 15-19)



รูปที่ 2 คู่มือการส่งเสริมการเล่นและกิจกรรมทางกายในเด็กปฐมวัย^(15, 17)

ทำทนาย รวมถึงการดำเนินการวิจัยรูปแบบการส่งเสริมการเล่นและกิจกรรมทางกายในเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 12 แห่งใน

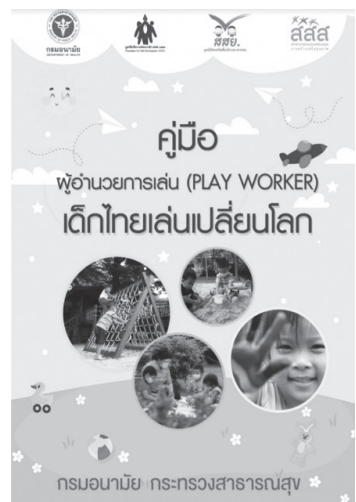
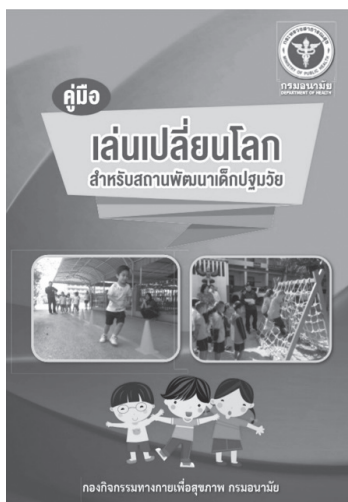
ประเทศไทย⁽¹²⁾

ในปี พ.ศ. 2562 มีการดำเนินการวิจัยศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเล่นและกิจกรรมทางกายในบริบทที่กว้างขวางกว่าศูนย์พัฒนา

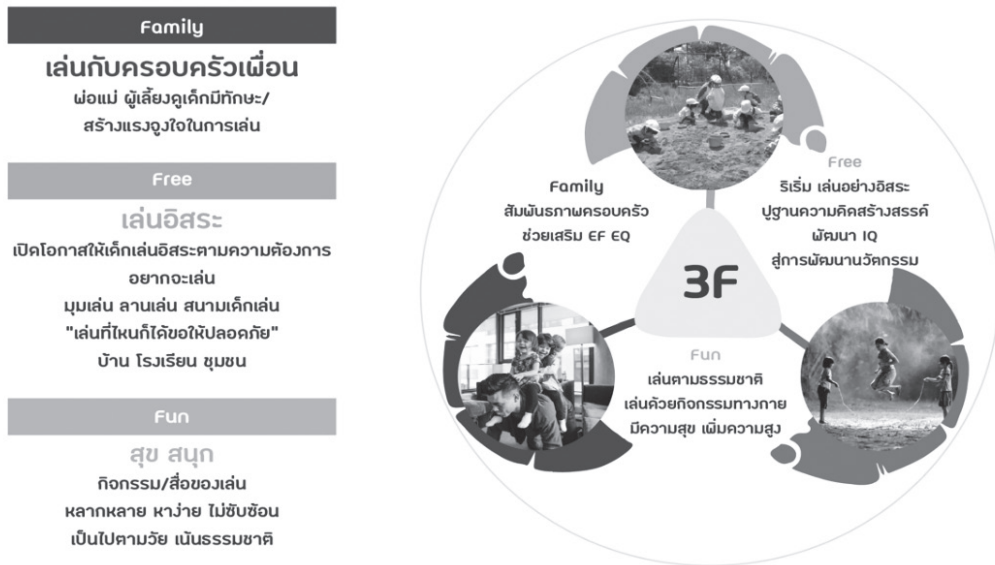
เด็กเล็ก โดยขยายการศึกษาไปถึงระดับอนุบาล และบ้าน เพื่อให้ครอบครัวคลุกคลีส่งเสริมการเล่น ตลอดทั้งวัน และตลอดช่วงปฐมวัย ทั้งในบริบท เมืองและชนบทใน 5 ภูมิภาค ของประเทศไทย⁽¹³⁾ และจัดทำคู่มือข้อเสนอแนะกิจกรรมทางกายและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายของเด็กปฐมวัยสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย⁽¹⁷⁾ ดังรูปที่ 1 และดำเนินการถ่ายทอดรูปแบบไปยังศูนย์อนามัยเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

ในปี พ.ศ. 2563 มีการพัฒนาเนื้อหาสาระและกิจกรรมของนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ผ่านกระบวนการหารือและระดมสมองร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้บริหารกรมอนามัยและกระทรวงสาธารณสุข โดยเนื้อหาสาระของนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงทฤษฎีพัฒนาการตามช่วงวัย โดยการเล่นที่เหมาะสมกับช่วงวัยหรือพัฒนาการของเด็กจะช่วยเสริมสร้างพัฒนาการด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย การเล่นเป็นการพัฒนากล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกาย การเคลื่อนไหวขณะเล่นจะเป็นการกระตุ้น การหด และคลายตัวของกล้ามเนื้อ การ

รักษาสมดุลของร่างกาย การพัฒนาระบบหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงระบบการหายใจ ส่งผลต่อสมรรถภาพร่างกายที่ดียิ่งขึ้น 2) ด้านจิตใจ และอารมณ์ การเล่นจะช่วยสร้างจิตใจที่ดีและปรับอารมณ์ของเด็ก เด็กจะรู้จักการแก้ปัญหา คลายความเครียด วิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง 3) ด้านสติปัญญา การเล่นสอนให้เด็กได้มีโอกาสคิด แก้ไขปัญหา กระตุ้นจินตนาการ รู้จักยืดหยุ่น 4) ด้านสังคมและศีลธรรม เด็กจะเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นผ่านการ เล่น เรียนรู้ที่จะแบ่งปัน ถ้อยทีถ้อยอาศัย รู้จักการรอคอย เรียนรู้ที่จะปรับตัวเพื่อให้อยู่ในกลุ่มเพื่อนได้อย่างมีความสุข คณะทำงานกรมอนามัยได้จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานทั้งหมด 3 เล่ม ได้แก่ คู่มือเล่นเปลี่ยนโลก สำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แนวทางการดำเนินงานเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก และคู่มือผู้อำนวยการเล่น (play worker) เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก^(11, 16, 18) ดังรูปที่ 3 และดำเนินการวิจัยศึกษาการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบสร้างสรรค์เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน 4 ภูมิภาค โดยทับทิม ศรีวิไล และคณะ ในปี พ.ศ. 2563⁽¹⁴⁾



รูปที่ 3 คู่มือแนวทางการดำเนินงานนโยบายนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก^(11, 16, 18)

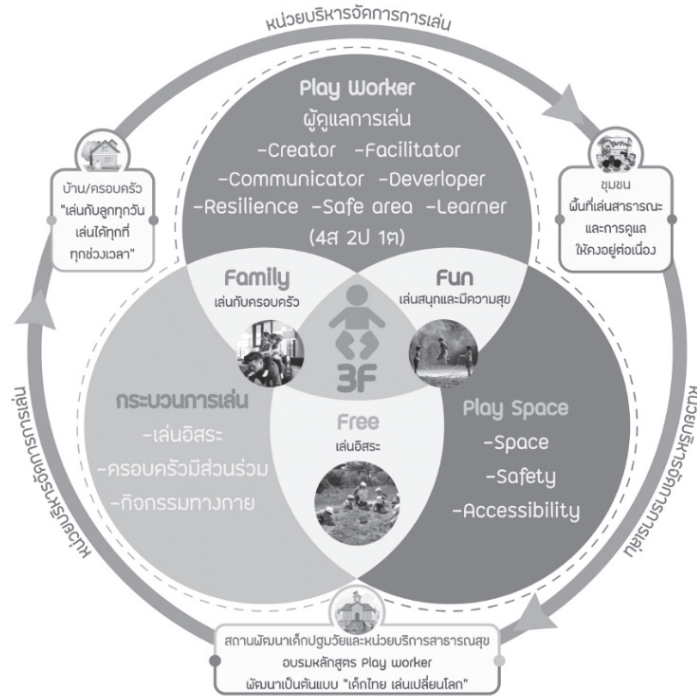


รูปที่ 4 หลักการ 3F (family, free, fun) ของนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (11, 14)

หลักการ 3F ของนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ประกอบด้วย 1) family คือ การเล่นกับครอบครัว/เพื่อน พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีทักษะ/สร้างแรงจูงใจในการเล่น 2) free คือ การเปิดโอกาสให้เด็กเล่นอิสระตามความต้องการอยากจะทำ โดยไม่มีมุมเล่น ลานเล่น สนามเด็กเล่น ที่บ้าน โรงเรียน ชุมชน ให้เด็ก “เล่นที่ไหนก็ได้ขอให้ปลอดภัย” และ 3) fun คือ การเล่นให้สุข สนุก โดยมีกิจกรรม/สื่อของเล่น หลากหลาย ง่าย ไม่ซับซ้อน เป็นไปตามวัย เน้นธรรมชาติ (11, 14) ได้รับการพัฒนาโดยอ้างอิงหลักการพัฒนาการเด็กปฐมวัยข้างต้น โดยเน้นที่การสร้างโอกาสและสนับสนุนการเล่นของเด็กผ่านหลักการ 3F ดังรูปที่ 4

ทั้งนี้ การจะแปลงหลักการของนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกให้เป็นรูปธรรมในพื้นที่ จำเป็นต้องมี 4 องค์ประกอบสำคัญ (4P) ดังนี้ 1) พื้นที่เล่น (play space) คือ พื้นที่เล่นตามบริบท สภาพแวดล้อมรอบตัวเด็กต้องกระตุ้นการเรียนรู้บรรยากาศในการเล่น มีความรักและความอบอุ่น สถานที่ปลอดภัย พื้นที่เล่นเข้าถึง

ได้ง่าย ไม่ถูกจำกัดด้วยกฎระเบียบหรือข้อห้ามในการเข้าถึง “เล่นได้ทุกที่ ทุกช่วงเวลา” 2) กระบวนการเล่น (play process) คือ การส่งเสริมกระบวนการเล่นให้กับเด็กปฐมวัยด้วยการเล่น 3 แบบ คือ (1) การเล่นอิสระ เด็กเป็นผู้นำการเล่น มีโอกาสเลือกและมีความยืดหยุ่น เด็กได้เล่นอย่างเป็นตัวของตัวเอง (2) การเล่นที่ครอบครัวมีส่วนร่วม ภายใต้แนวคิดกิจกรรมในบ้านและเลี้ยงลูกเชิงบวก และ (3) การเล่นด้วยกิจกรรมทางกาย ส่งเสริมสุขภาพทางกายและการเจริญเติบโต เช่น การคลาน ยืน เดิน วิ่ง กระโดด ขว้าง ปีนป่าย ว่ายน้ำ เดินขึ้นที่สูง ขึ้น-ลงบันได วิ่งเปี้ยว วิ่งเก็บของ เป็นต้น 3) ผู้อำนวยการเล่น (play worker) ที่สนับสนุนการเล่นของเด็ก เพิ่มการเรียนรู้ ความคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ให้กับเด็ก จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ของเด็ก ช่วยให้เด็กผ่อนคลาย รู้สึกปลอดภัยทางด้านจิตใจ และช่วยให้ได้รับความปลอดภัยระหว่างการเล่น ผู้อำนวยการเล่นเป็นได้ทั้งครูผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่



รูปที่ 5 องค์ประกอบ 4P (play space, play process, play worker and play management unit) ของนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก^(11, 14)

ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 4) หน่วยบริหารจัดการการเล่น (play management unit) คือ หน่วยที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ ดูแลและพัฒนาระบบการสร้างโอกาสการเล่น เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน เกิดจากความร่วมมือกัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) บ้าน/ครอบครัว (2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/หน่วยบริการสาธารณสุข และ (3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน^(11, 14) ดังรูปที่ 5

การแปลงหลักการ 4P ให้เป็นรูปธรรมเป็นหัวใจของการขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ในปีงบประมาณ 2564 แนวทางการดำเนินงาน เป้าหมาย ตัวชี้วัด ได้รับการหารือและกำหนดผ่านการประชุมกลุ่มงานประชุมหน่วยงาน ประชุมคณะกรรมการกลุ่ม

สตรีและเด็กปฐมวัยกรมอนามัย และการปรึกษารัฐมนตรีหรือกับผู้บริหารกรมอนามัย ได้ข้อสรุปในการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงาน คือ ไตรมาสที่ 1 จัดงานมหกรรม play day ไตรมาสที่ 2 จัดอบรมผู้อำนวยการเล่น (play worker) จำนวน 500 คน ไตรมาสที่ 3 พัฒนาพื้นที่เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (เข้าร่วมโครงการ) จำนวนอย่างน้อย 500 แห่ง (ครอบคลุมทุกจังหวัด) และไตรมาสที่ 4 พัฒนาพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (ผ่านเกณฑ์องค์ประกอบ 4P ครบถ้วน) จำนวนอย่างน้อย 300 แห่ง (ครอบคลุมทุกจังหวัด)⁽¹¹⁾

2. การขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก

การขับเคลื่อนนโยบายเริ่มจากการประกาศนโยบาย “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” โดย ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 18 มกราคม

2563 ณ โรงแรมฟอร์จูน ราชพฤกษ์ จังหวัด นครราชสีมา ร่วมกับมูลนิธิเพื่อการพัฒนา เด็ก สมาคมการเล่นนานาชาติ (International Play Association) และ สสส. ดังรูปที่ 6 และการแถลงข่าวกิจกรรมเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก โดย ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการ กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 27 สิงหาคม 2563 ณ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ จังหวัด นนทบุรี ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมกิจการเด็กและเยาวชน คณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน และ สสส. และบรรจุเป็น หนึ่งในนโยบายหลักของรัฐมนตรีช่วยว่าการ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 ดังรูปที่ 6 จากนั้นประชุมชี้แจงการดำเนินงาน แก่ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยของศูนย์อนามัย ที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง เพื่อถ่ายทอดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และแนวทาง ในการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทย

เล่นเปลี่ยนโลก ปี 2564 ⁽¹¹⁾

กิจกรรมการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการ เล่น (Play worker) ครู ก ดำเนินการผ่านการ ประชุมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้รับผิดชอบงานเด็ก ปฐมวัยของศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบัน พัฒนาสุขภาพเขตเมือง และครูผู้ดูแลเด็ก ให้ มีความรู้ เจตคติ และทักษะในการเป็นผู้อำนวยการ เล่น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับเด็ก ปฐมวัย และนำไปถ่ายทอดต่อ (ครู ข) แก่ครู ผู้ดูแลเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัย โดยมีหัวข้อการอบรมทั้งหมด 12 เรื่อง ดังนี้

- 1) แลกเปลี่ยนทัศนคติเรื่องการเล่นของเด็ก
- 2) เรียนรู้ธรรมชาติและความต้องการของเด็ก
- 3) การเล่นอิสระ
- 4) การเล่นคืออะไร กิจกรรมคืออะไร
- 5) ความสำคัญและประโยชน์ของการเล่น
- 6) เข้าใจโมเดลเล่นเปลี่ยนโลก
- 7) เล่นตาม ช่วงวัย
- 8) คุณค่าของการเล่น
- 9) การพัฒนา สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก



รูปที่ 6 การประกาศนโยบาย “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” โดย ดร. สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾

10) คุณสมบัติและบทบาทของผู้อำนวยความสะดวก
 เล่น 11) พัฒนาทักษะผู้อำนวยความสะดวก และ
 12) การประเมินความเสี่ยงในการเล่นของเด็ก
 โดยเน้นให้ผู้อำนวยความสะดวกมีทักษะที่สำคัญ
 ดังนี้ 1) เพิ่มการเรียนรู้และความคิดสร้างสรรค์
 สิ่งใหม่ให้กับเด็ก (creativity) 2) จัดกระบวนการ
 เรียนรู้เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและส่งเสริม
 บรรยากาศการเรียนรู้ของเด็ก (facilitating)
 3) เติมเต็มการเรียนรู้ให้แก่เด็กอย่างต่อเนื่อง
 (learning) 4) พัฒนาทักษะการสื่อสารการ
 เจรจาพูดคุยกับเด็กอย่างเข้าใจด้วยเหตุและผล
 (communication) 5) ส่งเสริมความสามารถ
 ของเด็กได้อย่างเต็มศักยภาพ (capacity
 building) 6) ช่วยให้ปลอดภัยผ่อนคลายภาวะ
 กดดันภายในด้วยตัวเอง รู้สึกปลอดภัยทางด้าน
 จิตใจ และมีตัวตน (resilience) และ 7) ช่วยให้
 ได้รับความปลอดภัยระหว่างการเล่น (safe) ต่อ
 มาได้พัฒนาหลักสูตรผู้อำนวยความสะดวก (Play
 worker) สำหรับศึกษาด้วยตนเอง ในรูปแบบ
 ออนไลน์ผ่านระบบเรียนออนไลน์ของกรม
 อำนวยการศึกษา <https://mooc.anamai.moph.go.th/>
 ดังรูปที่ 7 โดยมีแผนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน
 ดังนี้ 1) แบบทดสอบก่อนเรียน 2) แบบเรียนรู้
 ด้วยตัวเอง ประกอบด้วย 11 บท ได้แก่ บทที่ 1
 เล่นเปลี่ยนโลก คืออะไร? บทที่ 2 สถานีความคิด

บทที่ 3 เรียนรู้ธรรมชาติและความต้องการของ
 เด็ก บทที่ 4 ความสำคัญและประโยชน์ของการ
 เล่น บทที่ 5 เล่นตามช่วงวัย บทที่ 6 การพัฒนา
 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก บทที่ 7
 คุณสมบัติ และบทบาทของผู้อำนวยความสะดวก
 บทที่ 8 พัฒนาทักษะผู้อำนวยความสะดวก บทที่ 9
 การประเมินความเสี่ยง บทที่ 10 โมเดลเล่น
 เปลี่ยนโลก บทที่ 11 การเล่นด้วยกิจกรรมทางกาย
 3) แบบทดสอบหลังเรียน และ 4) การเก็บ
 ประสพการณ์ 12 ชั่วโมง⁽¹⁹⁾

ศูนย์อนามัยสนับสนุนสถานพัฒนาเด็ก
 ปฐมวัยแต่ละพื้นที่ในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ
 เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกตามองค์ประกอบ 4P
 และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทำแบบประเมิน
 การดำเนินงานด้วยตนเอง⁽¹¹⁾ โดยกรมอนามัย
 เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานระดับพื้นที่
 เพื่อติดตามการดำเนินงาน สนับสนุน รั้งฟัง
 ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรคในการ
 ดำเนินงานของศูนย์อนามัยและสถานพัฒนา
 เด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมการพัฒนาเป็นพื้นที่
 ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก โดยผลการ
 ดำเนินงานวัดจากจำนวนพื้นที่ต้นแบบเด็กไทย
 เล่นเปลี่ยนโลกตามองค์ประกอบ 4P จากแบบ
 ประเมินข้างต้น พบว่ามีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
 ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานในระดับพื้นที่ต้นแบบ



รูปที่ 7 หลักสูตรผู้อำนวยความสะดวก (Play worker) ผ่านระบบเรียนออนไลน์ของกรมอนามัย⁽¹⁹⁾

ผู้อำนวยความสะดวก (Play worker)				พื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก	
ศูนย์อนามัย	Onsite	Online	รวม	ศูนย์อนามัย	จำนวน (แห่ง)
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่	100	11	111	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่	45
ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก	90	9	99	ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก	41
ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์	53	13	66	ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์	44
ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	57	25	82	ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	27
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี	0	712	712	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี	77
ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี	0	434	434	ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี	88
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	63	15	78	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	51
ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี	88	45	133	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี	90
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	190	14	204	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	158
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี	74	9	83	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี	55
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช	104	21	125	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช	36
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา	189	6	195	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา	75
รวม	1,008	1,314	2,322	รวม	787

รูปที่ 8 ผลการดำเนินงานนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก⁽¹¹⁾

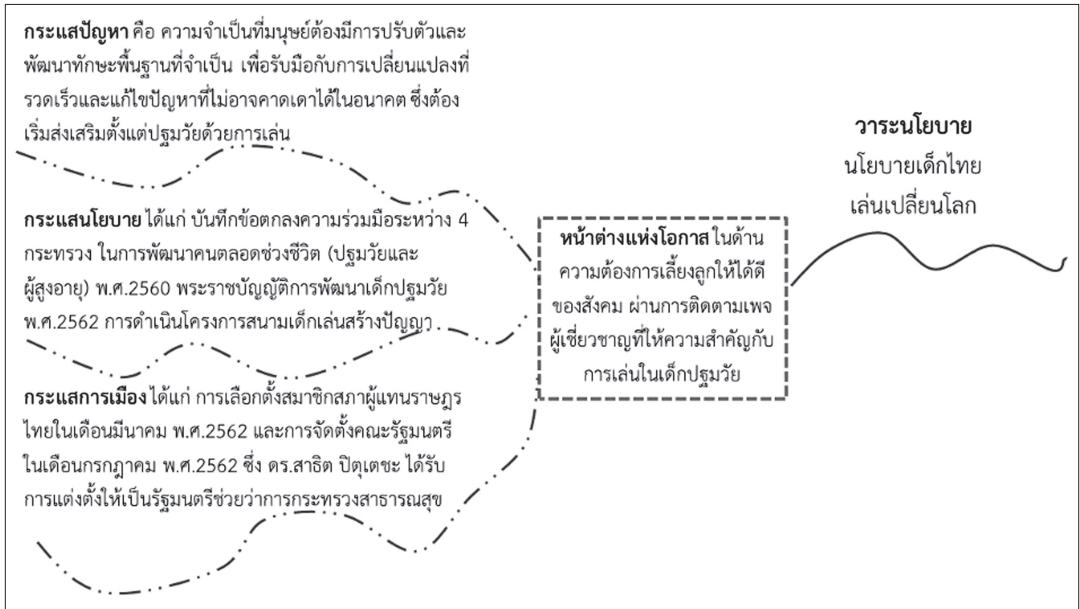
จำนวน 787 แห่ง (ผ่านเกณฑ์องค์ประกอบ 4P ครบถ้วน) จากเป้าหมาย 300 แห่ง และจำนวนผู้อำนวยความสะดวก (play worker) จำนวน 2,322 คน จากเป้าหมาย 500 คน⁽¹¹⁾ ดังรูปที่ 8

■ วิจารณ์

ประเด็นที่ 1 การพัฒนานโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก

การพัฒนานโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก เป็นหนึ่งตัวอย่างที่ชัดเจนของรูปแบบนโยบาย (policy model) ที่อธิบายโดยศาสตราจารย์จอห์น เวล คิงดอน (Kingdon's model)⁽²⁰⁾ ว่า กระบวนการเข้าสู่วาระนโยบายจะเกิดขึ้นได้ต้องมีอย่างน้อย 2 ใน 3 กระแส คือ กระแสปัญหา (problem stream) กระแสนโยบาย (policy stream) และกระแสการเมือง (political stream) มาบรรจบกัน พร้อมกับการเปิดของหน้าต่างแห่งโอกาส (window of opportunity) โดยกระแสปัญหา คือ ความจำเป็นที่มนุษย์ต้องมีการปรับตัวและพัฒนาทักษะ

พื้นฐานที่จำเป็น เช่น ทักษะการคิดวิเคราะห์ การมีจินตนาการ ตั้งเป้าหมาย แก้ปัญหาการทำงานเป็นทีม และการควบคุมอารมณ์เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและแก้ไขปัญหที่ไม่อาจคาดเดาได้ในอนาคต ซึ่งต้องเริ่มส่งเสริมตั้งแต่ปฐมวัยด้วยการเล่น กระแสนโยบาย ได้แก่ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง 4 กระทรวง ในการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (ปฐมวัยและผู้สูงอายุ) พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 การดำเนินโครงการสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา โครงการเล่นตามรอยพระยุคลบาท และสนามเด็กเล่นต้นแบบเพื่อสุขภาพ กระแสการเมือง ได้แก่ การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรไทยในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 และการจัดตั้งคณะรัฐมนตรี ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ซึ่ง ดร.สาธิต ปิตุเตชะ ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่ดูแลกรมอนามัยซึ่งมีภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะ



ปรับจาก Kingdon J. Agendas, Alternatives, and Public Policies. 2 ed. New York: Pearson; 2010.

รูปที่ 10 การพัฒนาวาระนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก

กลุ่มเด็กปฐมวัย รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงถือเป็นผู้ผลักดันนโยบาย (policy entrepreneurs) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อวาระนโยบาย หน้าต่างแห่งโอกาสในด้านกระแสด้านความต้องการของสังคมโดยเฉพาะพ่อแม่รุ่นใหม่ และการสื่อสารโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีชื่อเสียงทางอินเทอร์เน็ต เช่น เพจนายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ เพจเลี้ยงลูกนอกบ้านโดยแพทย์หญิงจิราภรณ์ อรุณากูร ที่ให้ความสำคัญกับการเล่นในเด็กปฐมวัย และมีผู้ติดตามจำนวนมาก ทั้งหมดนี้ มาผนวกรวมกันนำไปสู่นโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ในที่สุดดังรูปที่ 10

ประเด็นที่ 2 การขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก

การขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกมีความสอดคล้องกับทฤษฎี

สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ที่เปรียบเทียบการเคลื่อนนโยบายระดับชาติซึ่งเป็นสิ่งที่ยาก กับ “ภูเขา” ซึ่งการจะเคลื่อนภูเขาได้ นั้นต้องอาศัยองค์ประกอบทั้งสาม คือ หนึ่ง การสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้อง โดยอาศัยความร่วมมือจากภาควิชาการ สอง นโยบายที่ชัดเจนและมีความมุ่งมั่นจากภาคนโยบายหรือภาครัฐ และสาม การมีส่วนร่วมของสังคมโดยภาคประชาสังคมและประชาชน หากขาดองค์ประกอบด้านใดไปมักจะทำสิ่งที่ยากไม่สำเร็จ⁽²¹⁾ โดยการศึกษาพบว่านโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก เริ่มพัฒนาจากการสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการด้านการเล่น พัฒนาการ กิจกรรมทางกายในเด็กปฐมวัย ร่วมกับมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั้งจากการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง การศึกษาวิจัย การลง

พื้นที่ศึกษาดูงานทั่วประเทศ และการประชุมหารือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันต่อกัน การนำเสนอนโยบายต่อผู้กำหนดนโยบาย การปรับนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย ทรัพยากร งบประมาณ การเชื่อมประสานกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น ศูนย์อนามัยเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมถึงการขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและประชาสังคม เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ สสส. สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ และมูลนิธิสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา เป็นต้น และการสร้างการมีส่วนร่วมจากครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครอง และนายแพทย์มนตรีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ตรงกลางระหว่างมุมทั้งสามของสามเหลี่ยม คือ ทีมงานกรมอนามัยที่เป็นผู้ประสานขับเคลื่อนนโยบาย มีความสำคัญอย่างมากต่อการรวมพลังทั้งสามมุมให้เคลื่อนหมุนงูเขาหรือนโยบายไปได้

การขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกพบความท้าทายหลายประการ ดังนี้ 1) ความพร้อมของแต่ละองค์ประกอบ 4P ในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน โดยส่วนมากพื้นที่ที่จะมีความพร้อมในองค์ประกอบพื้นที่เล่น (play space) จากนโยบายสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา และความพร้อมของหน่วยบริหารจัดการการเล่น (play management unit) คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนกระบวนการเล่น (play process) และผู้อำนวยการเล่น (play worker) ยังเป็นองค์ประกอบที่ต้องการการพัฒนาต่อยอด โดยเฉพาะการบูรณาการการเล่น

และกิจกรรมทางกายในแผนการเรียนการสอน 6 กิจกรรมของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น ทั้งในครูผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักที่ต้องดำเนินการในปีงบประมาณ 2565 2) การอบรมออนไลน์ ผู้อำนวยการเล่น พบว่า มีความท้าทายในการจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ด้วยตนเองให้มีประสิทธิภาพเทียบเท่าหรือดีกว่าการอบรมในห้องเรียนแบบเดิม โดยมีการใช้สื่อการเรียนการสอนที่เป็นวีดิทัศน์เพื่อสร้างความเข้าใจเพิ่มเติมจากการอ่านเนื้อหาที่เป็นข้อความเพียงอย่างเดียว การออกแบบให้มีการฝึกปฏิบัติทักษะจากการอบรมในสถานการณ์จริง 12 ชั่วโมง ด้วยการถ่ายวีดิทัศน์ส่งเข้ากลุ่มไลน์แอฟลิเคชั่นที่มีเจ้าหน้าที่ช่วยตรวจทานและให้ข้อเสนอแนะตามแต่ละกิจกรรมการเรียนรู้ 3) สถานการณ์การปิดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เด็กไม่ได้รับประสบการณ์จากการจัดกิจกรรมในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และต้องใช้พื้นที่ที่บ้าน และชุมชนแทน ยิ่งเน้นความสำคัญของการขยายกลุ่มเป้าหมาย ผู้อำนวยการเล่นให้กว้างขวางมากกว่าครูผู้ดูแลเด็ก ไปยังพ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 4) ศักยภาพและความพร้อมของทรัพยากรบุคคลากรที่เป็นคณะทำงานกรมอนามัยและงบประมาณในการดำเนินการพบความท้าทายในการเปลี่ยนบทบาทการทำงานจากการพัฒนาวิชาการไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายลงสู่พื้นที่ ที่ต้องใช้ทักษะการประสานงาน และทักษะการติดต่อสื่อสาร โดยเฉพาะทางด้านอิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต

และคอมพิวเตอร์ ซึ่งที่ผ่านมา คณะทำงานใช้กลวิธีในการทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากกอง/สำนักอื่นในกรมอนามัย และใช้ทรัพยากรของกรมที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพสูงสุด

ทั้งนี้ บทความนี้มีประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจต่อกระบวนการพัฒนานโยบายระดับประเทศด้านการส่งเสริมการเล่นในเด็กปฐมวัย การขับเคลื่อนสู่ระดับพื้นที่ การทบทวนช่องว่างและความท้าทาย และข้อเสนอเพื่อพัฒนานโยบายส่งเสริมการเล่นของประเทศหรือปรับใช้กับการส่งเสริมสุขภาพระดับชาติในประเด็นอื่นต่อไป

■ ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ สสส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัยของประเทศ ควรระดมทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกไปในทิศทางเดียวกัน ครอบคลุมในทุกพื้นที่ เพิ่มคุณภาพ เกิดความต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์ต่อเด็กปฐมวัยให้มากที่สุด โดยเฉพาะการบูรณาการการเล่นในแผนการเรียนการสอน 6 กิจกรรมของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น ทั้งในครูผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. กรมอนามัย โดยกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ควรร่วมกับหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้องศึกษาวิจัยและประเมินผลการดำเนินนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกอย่าง

สม่ำเสมอ ตามสถานการณ์ บริบท และวิชาการของประเทศและของโลกที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อพัฒนานโยบายส่งเสริมการเล่นของประเทศให้ดียิ่งขึ้น

■ สรุป

การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเล่นเปลี่ยนโลก มีกระบวนการสำคัญคือการพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนานโยบายที่ชัดเจน ความมุ่งมั่นจากภาครัฐ ความร่วมมือจากภาคประชาสังคม ผสมรวมกับความต้องการของสังคมและความพร้อมทางการเมือง นโยบายเล่นเปลี่ยนโลกยังต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อขยายผลให้ครอบคลุมในพื้นที่เพิ่มคุณภาพ มีความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการบูรณาการการเล่นในแผนการเรียนการสอน 6 กิจกรรมของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น ทั้งในครูผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ควรมีการทบทวนการดำเนินนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกอย่างสม่ำเสมอ ตามสถานการณ์ บริบท และวิชาการของประเทศและของโลกที่เปลี่ยนแปลงไป

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร อธิบดีอธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ รองอธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์บัญชา คำของ อธิบดีรองอธิบดีกรมอนามัย ดร.จินตนา

พัฒนพงศ์ ธร อติตผู้ทรงคุณวุฒิด้านส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และแพทย์หญิงชนิกา สุจริตวงศานนท์ รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ สำหรับการสนับสนุนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกอย่างดี มาโดยตลอด ขอขอบคุณกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ สสส. สำนักงาน

บริหารและพัฒนาองค์ความรู้ มูลนิธิสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับความร่วมมือในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ทั้งนี้ผลการศึกษาเกิดจากการวิเคราะห์และความคิดเห็นอย่างอิสระของทีมผู้วิจัย โดยไม่เกี่ยวข้องกับองค์กรแต่อย่างใด

เอกสารอ้างอิง

1. Aboud FE, Yousafzai AK. Very Early Childhood Development. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N, editors. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2). Washington (DC); 2016.
2. Tandon PS, Tovar A, Jayasuriya AT, Welker E, Schober DJ, Copeland K, et al. The relationship between physical activity and diet and young children's cognitive development: A systematic review. *Prev Med Rep* 2016;3:379-90.
3. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization; 2019.
4. Wass SV. Applying cognitive training to target executive functions during early development. *Child Neuropsychol* 2015;21(2):150-66.
5. Yogman M, Garner A, Hutchinson J, Hirsh-Pasek K, Golinkoff RM, Committee On Psychosocial Aspects Of C, et al. The Power of Play: A Pediatric Role in Enhancing Development in Young Children. *Pediatrics* 2018;142(3):e20182058.
6. Blair C. Educating executive function. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci* 2017;8(1-2): 10.1002/wcs.1403.
7. Shaheen S. How child's play impacts executive function--related behaviors. *Appl Neuropsychol Child* 2014;3(3):182-7.
8. Hinkley T, Timperio A, Watson A, Duckham RL, Okely AD, Cliff D, et al. Prospective associations with physiological, psychosocial and educational outcomes of meeting Australian 24-Hour Movement Guidelines for the Early Years. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2020;17(1):36.
9. Scott HK, Cogburn M. Peer Play. *StatPearls: Treasure Island (FL)*; 2021.
10. International Play Association. Declaration on the Importance of Play: International Play Association [Internet]. 2014 [cited 2021 Oct 11]. Available from: http://ipaworld.org/wp-content/uploads/2015/05/IPA_Declaration-FINAL.pdf.
11. Division of Physical Activity and Health. The guidance on implementing the Thai children change the world through play. Nonthaburi: Division of Physical Activity and Health; 2021.
12. Khamput T, Patsorn K, Thongbo T, Seunglee S, Keryai T, Sangsamritpol W, et al. Administration of Physical Activity Promotion by Twelve Local Administrative Organizations in Thailand. *Health Systems Research* 2019;13(1):63-89.
13. Sangsamritpol W, Samart P, Puangkrampun M, Seunglee S, Khamput T, Thongbo T, et al. Physical Activity Promotion for Early Childhoods in Thailand: A Case Study in Five Regions. *Regional Health Promotion Center 7 Journal* 2020;12(2):28-45.

14. Sriwilai T, Chainongpan C. The prototype play area in child development centers of Subdistrict Administrative Organization in four regions. *Journal of the Association of Researchers*. 2020;25(3):81-95.
15. Division of Physical Activity and Health. The guidance on playing with young children. Nonthaburi: Division of Physical Activity and Health; 2018.
16. Department of Health. The manual of play worker: Thai children change the world through play. Nonthaburi: Department of Health; 2021.
17. Division of Physical Activity and Health. The guidance on physical activity promotion in young children for early child development centers. Nonthaburi: Division of Physical Activity and Health; 2019.
18. Division of Physical Activity and Health. The manual on implementing the Thai children change the world through play for early development centers. Nonthaburi: Division of Physical Activity and Health; 2021.
19. Department of Health. MOOC Anamai: play worker online learning. Nonthaburi: Department of Health; 2021.
20. Kingdon J. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2 ed. New York: Pearson; 2010.
21. Wasi P. "Triangle That Moves The Mountain" and Health Systems Reform Movement in Thailand. *Human Resources for Health Development* 2000;4(2):106-10.

HEALTH

การพัฒนารูปแบบกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ปติมา หิริสังข์จะ

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

วันรับ 22 กุมภาพันธ์ 2565, วันแก้ไข 10 มีนาคม 2565, วันตอบรับ 11 มีนาคม 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ให้ได้รับสิทธิ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยแบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์กลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่มีอยู่เดิม 2) การพัฒนากลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แบบมีส่วนร่วมให้ได้รับสิทธิตาม พ.ร.บ. มี 2 ขั้นตอน คือ (1) ระดม สมอผู้เกี่ยวข้อง จากพื้นที่วิจัยที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา สระบุรี และนครนายก จำนวน 40 คน (2) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการ จำนวน 5 คน เพื่อหาข้อสรุป 3) การนำกลไกที่พัฒนาขึ้น ทดลองใช้ในจังหวัดน่านอง คือ อุตรดิตถ์ 4) ประเมินผลการดำเนินงาน โดยเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ เชิงลึกและสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า วัยรุ่นยังไม่รับรู้ ว่ามีกลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ องค์ประกอบสำคัญของกลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นระดับจังหวัด ควร ประกอบด้วย คณะทำงานดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ระดับจังหวัด ช่องทางรับเรื่องที่หลากหลายเข้าถึงง่าย ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือมีค่าใช้จ่ายน้อย มีคลินิกวัยรุ่น (YFHS) ที่ทำงานเชิงรับและเชิงรุก เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงการปรึกษาทางเลือกและ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ และต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครอง ซึ่งกลไกนี้ ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจระดับสูง (ร้อยละ 82.5) ข้อเสนอแนะจากการศึกษาค้นคว้านี้ ทุกจังหวัดควรมีกลไกการ ดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยอมรับ มีแนวปฏิบัติที่ ชัดเจน เป็นระบบ สามารถช่วยเหลือและติดตามวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตาม พ.ร.บ.

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ กลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559,

Development of Model of Mechanism for Helping Pregnant Adolescents to Receive Rights under the Act for Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem, B.E. 2559 (2016)

Patima Hirisajja

Bureau of reproductive Health, Department of Health

Received 22 February 2020, Revised 10 March 2022, Accepted 11 March 2022.

Abstract

The purpose of this action research was to develop a mechanism for helping pregnant adolescents to receive rights under the Act for Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem, B.E. 2559 (2016). The study was divided into 4 phases as follows: 1) To study the basic information, review the relevant documents, and analyze the mechanism for helping former pregnant adolescents; 2) To develop a participatory mechanism for pregnant adolescents to receive rights under the Act, consisting of 2 steps: (1) There was a brainstorming among 40 involved persons from specifically selected research areas, namely Phra Nakhon Si Ayutthaya, Saraburi, and Nakhon Nayok, and (2) The data was analyzed by 5 experts and academics to come to a conclusion; 3) To bring the developed mechanism to a trial in the pilot province, Uttaradit; and 4) To evaluate the operation by research tools, including in-depth interview, group discussion, and satisfaction questionnaire. Quantitative data analysis was conducted by finding the percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data analysis was conducted by classifying and grouping the data. The results showed that adolescents were not aware that there was a mechanism for helping and supporting pregnant adolescents. Important components of a province-level adolescent care and assistance mechanism should consist of a working group for helping pregnant adolescents at the provincial level, a variety of receiving channels that are easy to access and free or low-cost, the Youth Friendly Health Services (YFHS) that works passively and proactively to enable adolescents to have access to alternative counseling services and to make their own decisions, and a systematic follow-up and parental cooperation to ensure that this mechanism provides a high level of satisfaction among those involved (82.5%). The recommendations from this study are that all provinces should have a mechanism to support adolescent pregnancy through the participation of relevant sectors to achieve acceptance and to provide clear and systematic guidelines that can help and track pregnant adolescents to receive rights under the Act.

Keywords: Development of model, Mechanism for helping pregnant adolescents, Act for Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem, B.E.2559 (2016).

■ unna

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ รายงานองค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 90 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลก เกิดในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ การเสียชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ทั่วโลก มีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ประมาณร้อยละ 11 ของหญิงคลอดทั้งหมด⁽¹⁾ การช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์นับเป็นภารกิจสำคัญที่จะต้องให้การช่วยเหลือเพื่อให้วัยรุ่นสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้⁽²⁾ ข้อมูลการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทยจากรายงานการติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ลดลงจาก 1.8 ต่อพันในปี พ.ศ. 2555 เหลือเพียง 1.1 ต่อพันในปี พ.ศ. 2562 เช่นเดียวกับอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ที่ลดลงจาก 53.4 ต่อพันในปี พ.ศ. 2554 เหลือเพียงเท่ากับ 31.3 ต่อพันและมีแนวโน้มจะลดลงอีก⁽³⁾ แม้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีแนวโน้มลดลง แต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่น เด็กที่จะเกิดมา ครอบครัว สังคม ชุมชน และประเทศในภาพรวม แม่วัยรุ่นจะมีความเสี่ยงทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น ครรภ์เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การแท้ง นอกจากผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ยังส่งผลกระทบต่อโอกาสทางการศึกษา การมีรายได้การมีงานทำที่มั่นคง การขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้เด็กจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้ง หรือเติบโตอย่างไม่มีความสุข⁽³⁻⁴⁾ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมาจากหลายสาเหตุ

อาทิ การขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ความอยากรู้อยากลอง การไม่รู้คุณค่าของตนเอง การขาดทักษะชีวิต มีค่านิยมเปลี่ยนไปจากในอดีต การรักนวลสงวนตัวกลายเป็นเรื่องที่ล้าสมัย ขาดความอบอุ่นในครอบครัว มีปัญหาทางการเงิน ไม่ได้รับความรัก ความเอาใจใส่อย่างเพียงพอ และบางส่วนเกิดจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาใหญ่ มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งในด้านสภาพสังคม พัฒนาการทางร่างกายที่เข้าสู่วัยรุ่นที่เร็วขึ้น การขาดความรู้ในเรื่องเพศวิถีศึกษาที่ครบถ้วนเพียงพอ การไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตร ทศนคติในเชิงลบที่สังคมไทยมีต่อเรื่องเพศวิถีศึกษาและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้โดยไร้ขีดจำกัด และจากค่านิยมผิด ๆ ของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เร็วขึ้น ขาดความรู้และการป้องกันอย่างเพียงพอและก่อให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การให้การช่วยเหลือจึงไม่อาจทำได้ด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง สภานิติบัญญัติแห่งชาติจึงได้เห็นชอบต่อพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2559 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2559 เพื่อให้มีกลไกในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานของเอกชน และประชาสังคม เพื่อบูรณาการให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นรูปธรรม มีความเป็น

เอกภาพ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁽⁶⁾ เพื่อให้ วิทยาลัยได้รับสิทธิตามที่กำหนดไว้ รวมถึงขจัด ปัญหาในการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อเปิดช่องว่างการดำเนินงาน ที่พบว่า ยังคงมีวิทยาลัย ตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับสิทธิ อาทิ การถูกให้ออกจาก สถานศึกษาเดิมทั้งโดยสมัครใจและไม่สมัครใจ การเข้าไม่ถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งเรื่องการคุมกำเนิด การขอคำปรึกษาทาง เลือกร การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การเข้า ถึงสวัสดิการที่พักระหว่างรอคคลอด การศึกษา ครั้งนี้จึงมีเป้าหมายสำคัญในการพัฒนา กลไกดูแลช่วยเหลือวิทยาลัยที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับ สิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 เพื่อให้ ได้รูปแบบการดูแลช่วยเหลือวิทยาลัยที่ตั้งครรภ์ ที่มาจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ วิทยาลัยที่ตั้งครรภ์ได้รับสิทธิและเข้าถึงการ ดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เหมาะสม และเป็น ไปตามความต้องการของวิทยาลัยแต่ละราย

■ **วัตถุประสงค์การศึกษา**

เพื่อพัฒนารูปแบบกลไกดูแล ช่วยเหลือ วิทยาลัยที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตามพระราช บัญญัติการ ป้องกันและแก้ไข ปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

■ **กรอบแนวคิดการวิจัย**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) โดยผู้วิจัยมี ส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของ การพัฒนากลไกการดูแลช่วยเหลือวิทยาลัยที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และใช้การมีส่วนร่วมของทุกภาค ส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อร่วมกันพัฒนา กลไกการดูแลช่วยเหลือวิทยาลัยที่ตั้งครรภ์ให้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และเห็นผลอย่าง เป็นรูปธรรม โดยกำหนดรอบแนวคิดจากการ ทบทวนวรรณกรรม ดังแผนภาพที่ 1

■ **วิธีการศึกษา**

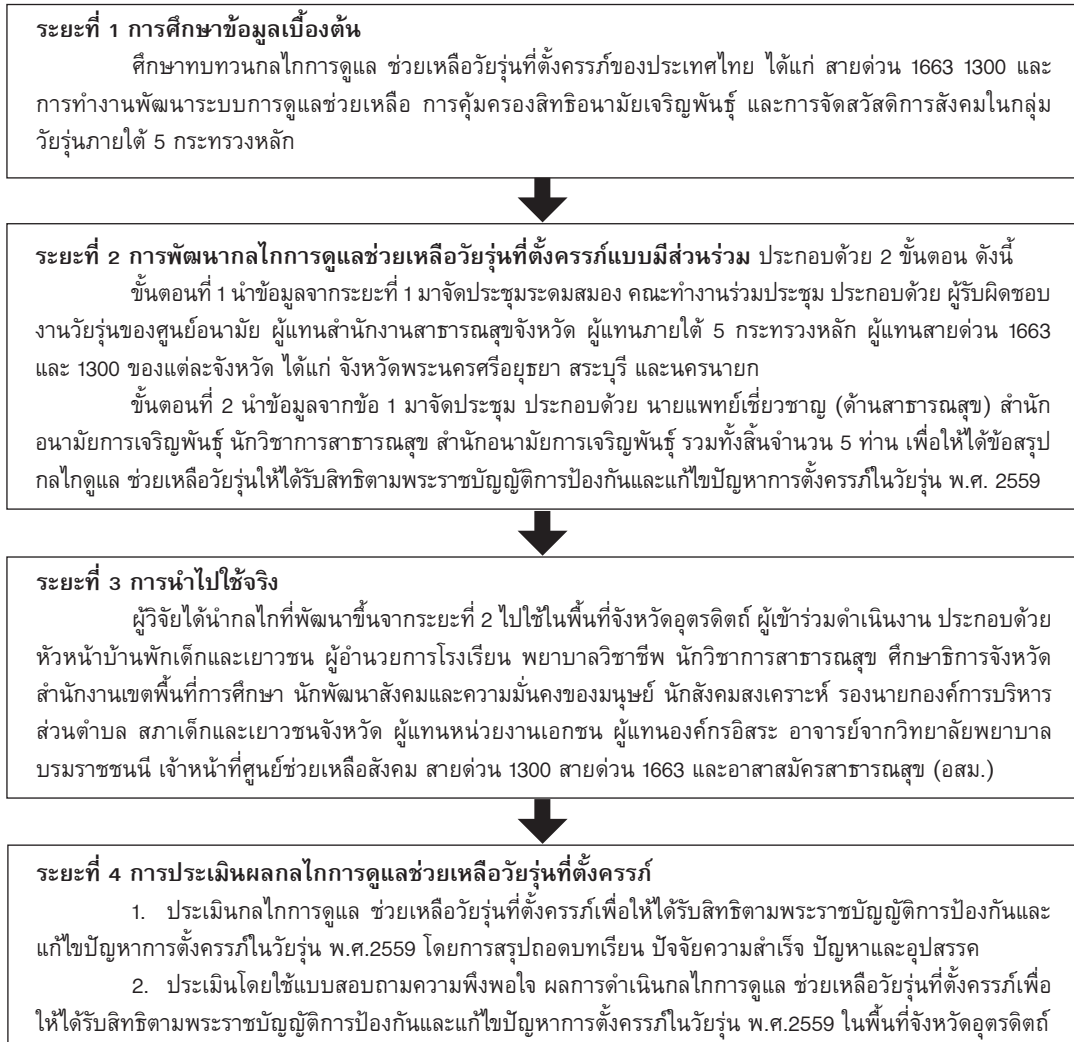
การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการ ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2565 โดยใช้ เทคนิคการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษาแบ่งตามระยะของการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยทบทวนกลไกการดูแลช่วยเหลือวิทยาลัยที่ตั้ง ครรภ์ที่มีอยู่ จากเอกสารรายงานการประชุม ของคณะกรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงาน ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนทบทวนกฎหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ และกลไกการดูแลช่วยเหลือวิทยาลัย ที่มีอยู่เดิม

ระยะที่ 2 การพัฒนากลไกการดูแล ช่วยเหลือวิทยาลัยแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาจัด ประชุมระดมสมอง คณะทำงานร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานวิทยาลัยของ ศูนย์อนามัย ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทน 5 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวง ศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ผู้แทนสายด่วน 1663 และ 1300 ของจังหวัดพื้นที่วิจัย 3 แห่ง ที่คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา สระบุรี และนครนายก รวม 40 คน จัดเก็บข้อมูลโดย แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ด้านที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประกอบด้วย 1) สถานการณ์และปัญหาการ

ตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่ 2) การดูแลและช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้แก่ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มีส่วนในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับสิทธิและเข้าถึงสิทธิได้อย่างไร 3) ประสพการณ์ที่ผ่านมาหน่วยงานมีระบบและกลไกการทำงานในพื้นที่อย่างไร 4) แนวคิดแก้ไขปัญหาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ตามแนวทางการพัฒนาการดูแล

ช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เป็นอย่างไร 5) เป้าหมาย และคาดหวังกับผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นจากการนำแนวทางการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไปใช้ และ 6) การติดตามและประเมินผลการทำงานช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาจัดประชุมหารือกับผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข) และนักวิชาการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 ท่าน เพื่อให้ได้ข้อสรุปกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ระยะที่ 3 การนำไปใช้จริง ผู้วิจัยได้นำกลไกที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 2 ไปใช้ในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้เข้าร่วมดำเนินงานประกอบด้วย หัวหน้าบ้านพักเด็กและเยาวชน ผู้อำนวยการโรงเรียน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ศึกษานิเทศก์จังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา นักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นักสังคมสงเคราะห์ รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล สภาเด็กและเยาวชนจังหวัด ผู้แทนหน่วยงานเอกชน ผู้แทนองค์กรอิสระ อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เจ้าหน้าที่ศูนย์ช่วยเหลือสังคม สายด่วน 1300 สายด่วน 1663 และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จัดเก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 4 การประเมินผลกลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

ในจังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องจัดเก็บข้อมูลโดยการสรุปถอดบทเรียน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale)⁽⁶⁾ 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จัดระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี \geq ร้อยละ 80 (40-50 คะแนน) ระดับปานกลาง \geq ร้อยละ 60-79 (30 - 39 คะแนน) ระดับต่ำ \leq ร้อยละ 60 (20-29 คะแนน) เป็นข้อมูลแบบช่วงมาตรา แบบสอบถามการรับรู้มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Coefficient Alpha เท่ากับ 0.96 โดยมีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 20 คน

● **คุณภาพของเครื่องมือวิจัย** แบบสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์การวิจัยเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสาธารณสุข จากกระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน และจากมหาวิทยาลัยจำนวน 2 ท่าน) จากนั้นปรับปรุงให้มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหามากขึ้น นำเครื่องมือไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แอลฟาของครอนบาค พบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพอุปกรณ์ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสังเกตมีแบบมีส่วนร่วม และแบบบันทึกการถอดความจากการสัมภาษณ์

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงปริมาณทางสถิติใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เริ่มจากถอดเทป ให้รหัสข้อมูล (Coding) โดยตั้งข้อมูลที่เป็นกลุ่มคำ สิ่งเดียวกัน เหตุการณ์ที่สำคัญ โดยมีการใช้รหัสเป็นชื่อเดียวกัน และสรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์การศึกษา

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**
งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 512/2565 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 และได้รับอนุญาตจากผู้บริหารและกลุ่มตัวอย่างให้เข้าไปทำการเก็บแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มต้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ ผู้วิจัยมีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล/ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการนำเสนอข้อมูล ภาพรวมโดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

■ ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้น
พบว่า สาเหตุตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเกิดจากพฤติกรรมของเด็ก การขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ความอยากรู้ยากลอง การขาดความรู้สึกสำนึกถึงความมีคุณค่าในตน เมื่อตั้งครรภ์วัยรุ่นจะไม่กล้าบอกให้ผู้ปกครองรับรู้ จะรู้สึกอับอายและหากลวิธีจากเพื่อนสื่อ

อินเทอร์เน็ต เมื่อวัยรุ่นท้อง ความรู้สึกกลัว 'ไม่รู้จะไปติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครเป็นอันดับแรก จนเด็กบางรายปล่อยให้ท้องโตจนยากจะแก้ไข แม้จะมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 แต่มีนักเรียนที่ต้องออกจากสถานศึกษาอันเนื่องมาจากการสมรสและการตั้งครรภ์ ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) พบว่า มีนักเรียนต้องออกจากสถานศึกษาเพื่อไปสมรสระหว่างปีการศึกษา 2560 จำนวน 381 ราย จากนักเรียนทั้งหมด 4,039 คน คิดเป็นร้อยละ 9.43 ของนักเรียนที่ออกกลางคัน ข้อมูลของสายด่วน 1663 ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการปรึกษาเรื่องท้องไม่พร้อม พบว่า ตั้งแต่ปี 2559 - 2561 มีวัยรุ่นร้อยละ 43.3 ของผู้รับบริการสายด่วน 1663 ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ระบุว่า การตั้งครรภ์เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา มีวัยรุ่นที่ถูกละเมิดสิทธิด้านการศึกษา เช่น ถูกกีดกันให้ออกจากสถานศึกษา ขอให้ลาออก ถูกพักการเรียน นอกจากนี้ยังพบการถูกละเมิดสิทธิด้านอื่น ๆ เช่น การไม่ได้รับการช่วยเหลือในการยุติการตั้งครรภ์ การฝังยาคุมกำเนิด การถูกออกจากงาน ฯลฯ ความท้าทายของการจัดการปัญหา คือ การรับรู้สิทธิตาม พ.ร.บ. และช่องทางในการเรียกร้องสิทธิเข้าถึงยาก โดยช่องทางการร้องเรียนหรือช่วยเหลือวัยรุ่นส่วนใหญ่มักเป็นหน่วยงานของรัฐ เช่น โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เฟสบุ๊ค ไลน์กลุ่มของโรงพยาบาลในพื้นที่ ซึ่งวัยรุ่นบางส่วนไม่สะดวกใจในการไปรับบริการในพื้นที่ เพราะกังวลใจเรื่องการรักษาความลับ กลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์เดิม ยังไม่

สามารถตอบโจทย์ได้ ใช้เวลานาน บางครั้งแก้ปัญหาไม่ทันการณ์ทำให้วัยรุ่นหันไปจัดการปัญหาด้วยตนเอง จึงต้องพัฒนารูปแบบกลไกช่วยเหลือให้มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรรค์ที่เร็วขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนากลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรรค์แบบมีส่วนร่วม จากช่องว่างที่พบจากการศึกษาข้อมูลระยะที่ 1 ได้นำมาพัฒนารูปแบบกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรรค์แบบใหม่ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดกลไกดูแลช่วยเหลือ ดังแผนภาพที่ 2

ระยะที่ 3 การนำไปใช้จริง ในจังหวัดน่านรองคือ อุตระดิตถ์ พบว่า กลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นควรมีองค์ประกอบ คือ 1) คณะทำงานดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรรค์ระดับจังหวัด ที่ประกอบด้วยผู้แทนจาก 5 กระทรวงหลัก ซึ่งอาจเป็นคณะทำงานที่มีอยู่เดิม หรือแต่งตั้งใหม่ก็ได้ แต่จะต้องมีการระบุอำนาจหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรรค์อย่างชัดเจน 2) ช่องทางรับเรื่องที่หลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือมีค่าใช้จ่ายน้อย และไม่ต้องแสดงตัวตน เช่น สายด่วน 1300 1663 ไลน์ Teen club คลินิกวัยรุ่น (YFHS) ที่ทำงานเชิงรับและเชิงรุก 3) มีการติดตามผลการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ และ 4) ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครอง

ระยะที่ 4 การประเมินผล

1) ผลจากการถอดบทเรียน พบว่าการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรรค์จะมีประสิทธิภาพได้เมื่อกลไกการดูแลช่วยเหลือเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยยึดวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง เพราะ

สาเหตุของการตั้งครรรค์มีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของวัยรุ่นแต่ละคน ไม่สามารถใช้วิธีการเดียวกันในทุกรายได้ ที่สำคัญคือ ทำอย่างไรให้วัยรุ่นมีความรู้ มีทักษะชีวิต และสามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างสะดวกใจ เป็นมิตร เมื่อเกิดการตั้งครรรค์สามารถเข้าถึงบริการปรึกษาทางเลือกได้เร็วที่สุด สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ได้รับการรักษาความลับและการเป็นส่วนตัว คณะทำงานที่แต่งตั้งมีความเข้าใจ มีความละเอียดอ่อนและมีทัศนคติที่ดี ไม่ทำให้เกิดการตีตรากับวัยรุ่น และมีการประสานงานที่ดีเพื่อให้วัยรุ่นได้รับสิทธิตามความจำเป็นและความต้องการอย่าเสมอภาค เท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติ

2) ผลจากการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย

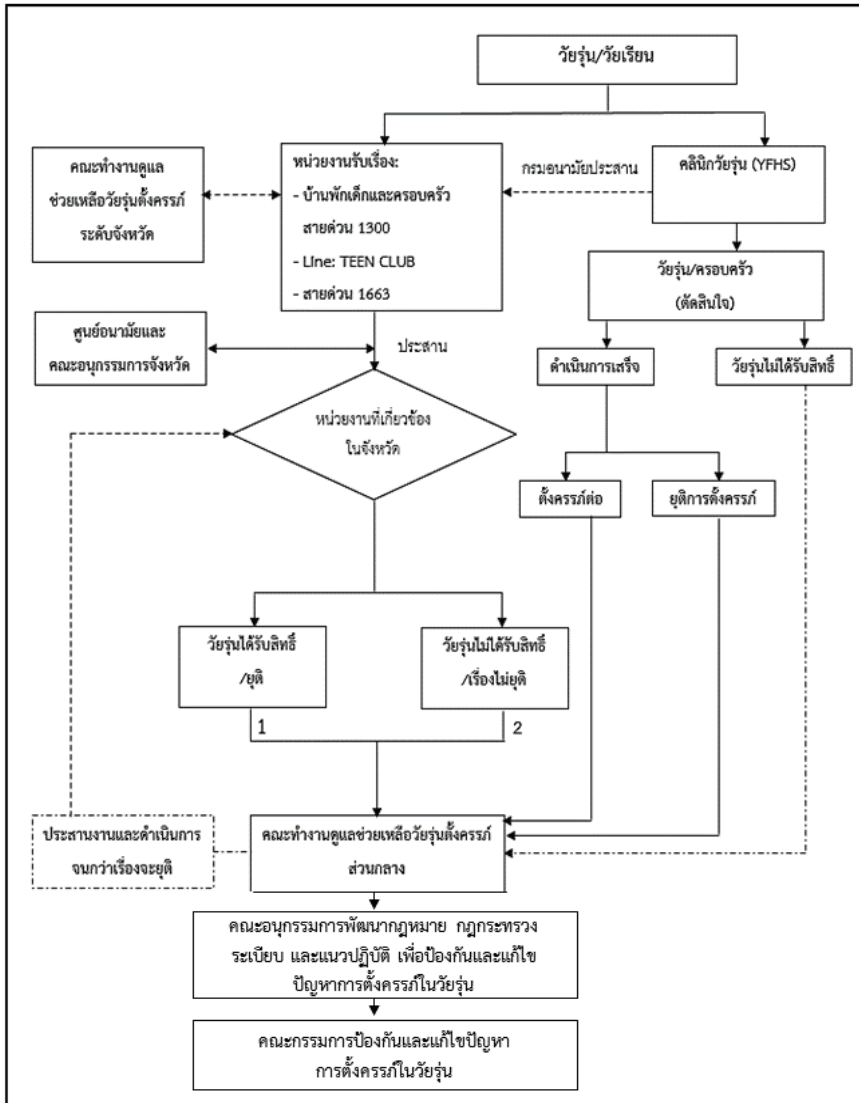
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.5 (S.D.=5.9338) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.0 และเป็นภาคีเครือข่ายภาคท้องถิ่น ร้อยละ 70.0 (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายการดำเนินงานกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรรค์ให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรค์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50 (ตารางที่ 2)

■ อภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรรค์ในวัยรุ่น พบว่า สาเหตุตั้งครรรค์ก่อน

แผนภาพที่ 2 กลไกช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่ได้รับสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด



วัยรุ่นอันควรเกิดจากพฤติกรรมของเด็ก การขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ความอยากรู้อยากลอง การขาดความรู้สึกสำนึกถึงความมีคุณค่าในตน เมื่อตั้งครรภ์วัยรุ่นจะไม่กล้าบอกให้ผู้ปกครองรับรู้ จะรู้สึกอับอายและหากลวิธีจากเพื่อนสื่ออินเทอร์เน็ต เมื่อวัยรุ่นท้อง ความรู้สึกกลัว ไม่รู้จะไปติดต่อขอความช่วยเหลือ

จากใครเป็นอันดับแรก จนเด็กบางรายปล่อยให้ท้องโตจนยากจะแก้ไข สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดหนึ่ง ณ ระนอง และนันทวัน หอมเกตุ ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลกระทบต่อ การตั้งครรภ์ ในมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบว่า สาเหตุของการตั้งครรภ์เกิดจาก

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ศึกษา (N=20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
30-39 ปี	7	35.0
40-49 ปี	10	50.0
50-59 ปี	3	15.0
Mean = 42.5, S.D. =5.9338, Min =32, Max=53		
2. เพศ		
ชาย	3	15.0
หญิง	17	85.0
3. ประเภทของภาคีเครือข่าย		
ภาครัฐ	6	30.0
ภาคท้องถิ่น	14	70.0

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย (N=20)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (40-50 คะแนน)	9	45.0
ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	10	50.0
ระดับต่ำ (20-29 คะแนน)	1	5.0
Mean = 39.75 , S.D. = 4.3634 , Min =29, Max=47		

การขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัวที่ถูกต้อง⁽⁷⁾ มีวัยรุ่นที่ถูกละเมิดสิทธิด้านการศึกษา เช่น ถูกกีดกันให้ออกจากสถานศึกษา ขอให้ลาออก ถูกพักการเรียน นอกจากนี้ยังพบการถูกละเมิดสิทธิด้านอื่น ๆ เช่น การไม่ได้รับการช่วยเหลือในการยุติการตั้งครรภ์ การฝังยาคุมกำเนิด การถูกออกจากงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรุตยา รองเลื่อน, ภัทรวัลย์ ตลิ่งจิตร, สมประสงค์ ศิริบริรักษ์ ศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น : การสำรวจปัญหาและความต้องการ การสนับสนุนในการรักษาพยาบาล ที่พบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีผลต่อการศึกษา ถูกพักการเรียน ลาออกหรือไล่ออก คิดเป็นร้อยละ 49.3⁽⁸⁾ ความท้าทายของ

การจัดการปัญหาเพื่อให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้รับสิทธิ คือ การรับรู้สิทธิตาม พ.ร.บ. และช่องทางในการเรียกร้องสิทธิเข้าถึงยาก โดยช่องทางในการร้องเรียนหรือช่วยเหลือวัยรุ่นส่วนใหญ่มักเป็นหน่วยงานของรัฐ เช่น โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เฟสบุ๊ค ไลน์กลุ่มของโรงพยาบาลในพื้นที่ ซึ่งวัยรุ่นบางส่วนไม่สะดวกใจในการไปรับบริการในพื้นที่ เพราะกังวลใจเรื่องการรักษาความลับ

กลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นควรมีองค์ประกอบ คือ 1) คณะทำงานดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ระดับจังหวัด ที่ประกอบด้วยผู้แทนจาก 5 กระทรวงหลักและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นคณะทำงานที่มีอยู่เดิม

หรือแต่งตั้งใหม่ก็ได้ แต่จะต้องมีการระบุอำนาจหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อย่างชัดเจน 2) ช่องทางรับเรื่องที่หลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือมีค่าใช้จ่ายน้อย และไม่ต้องแสดงตัวตน เช่น สายด่วน 1300 1663 ไลน์ Teen club คลินิกวัยรุ่น (YFHS) ที่ทำงานเชิงรับและเชิงรุก 3) มีการติดตามผลการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ และ 4) ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร โคตรคันทา, ประภัสสร ปรีเอี่ยม, ยุภาพร ยุภาศ ที่ศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนเพื่อสุขภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ของนักเรียน พบว่า ความร่วมมือของผู้ปกครองและเครือข่ายโรงเรียนในการวางแผนขับเคลื่อนช่วยเหลือนักเรียนเพื่อสุขภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ของนักเรียน มีความสัมพันธ์มากที่สุด และเป็นพลังที่มีความสำคัญซึ่งก่อให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งภายในและนอกที่มีอยู่จะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ⁽⁹⁾ และกลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะมีประสิทธิภาพได้ เมื่อกลไกการดูแลช่วยเหลือเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยยึดวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง เพราะสาเหตุของการตั้งครรภ์ มีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของวัยรุ่นแต่ละคนไม่สามารถใช้วิธีการเดียวกันในทุกรายได้ ที่สำคัญคือ ทำอย่างไรให้วัยรุ่นมีความรู้ มีทักษะชีวิต และสามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างสะดวกใจ เป็นมิตร เมื่อเกิดการตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการปรึกษาทางเลือกได้เร็วที่สุด สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ได้รับการรักษาความลับและการเป็นส่วนตัว ขณะทำงานที่แต่งตั้งมีความเข้าใจ มีความละเอียดอ่อนและมีทัศนคติ

ที่ดี ไม่ทำให้เกิดการตีตรากับวัยรุ่น และมีการประสานงานที่ดีเพื่อให้วัยรุ่นได้รับสิทธิตามความจำเป็นและความต้องการอย่างเสมอภาคเท่าเทียม และไม่เลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง ศึกษาการรับรู้และการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 พบว่า ความสำเร็จของการขับเคลื่อน พ.ร.บ. ได้นั้น ทุกภาคส่วนในสังคมจะต้องให้ความสนใจในปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร่วมกัน และพร้อมที่จะระดมพลังทั้งด้านทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยี งบประมาณ และทรัพยากรอื่นๆ เข้ามาร่วมกันเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยกระตุ้นและเสริมพลังให้ชุมชนหรือสังคมนั้นเกิดความตระหนักในปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น⁽¹⁰⁾

■ ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ทุกจังหวัดควรมีกลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยอมรับ มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นระบบ สามารถช่วยเหลือและติดตามวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตาม พ.ร.บ.

2. ควรมีช่องทางรับเรื่องที่หลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือมีค่าใช้จ่ายน้อย และไม่ต้องแสดงตัวตน เช่น สายด่วน 1300 1663 ไลน์ Teen club คลินิกวัยรุ่น (YFHS) ที่ทำงานเชิงรับและเชิงรุก รักษาความลับและความเป็นส่วนตัว

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ นพ.กิตติพงศ์ แซ่จิ่ง ที่ได้มอบโอกาสให้รับผิดชอบโครงการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และให้คำปรึกษาด้านวิชาการทำให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย ขอขอบคุณ นพ.บุญฤทธิ์ สุวรัตน์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ นพ.พีระยุทธ สาธุกุล ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่ให้การสนับสนุนใน

การดำเนินงานมาโดยตลอด ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ และขอขอบคุณ บุคลากรกลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งทางตรงและทางอ้อม

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Adolescents : health risks and solutions [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 6]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
2. Tork HM, Al Hosis KF. Effects of Reproductive Health Education on Knowledge and Attitudes Among Female Adolescents in Saudi Arabia. J Nurs Res 2015;23(3):236-42.
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
5. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: คิวคัมเบอร์ (ประเทศไทย); 2560.
6. Likert R. New patterns of management. New York: McGraw - Hill Book Company; 1961.
7. สุดคณิง ณ ระนอง, นันทวัน ทอมเกตุ. รายงานการวิจัยการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลกระทบต่อ การตั้งครรภ์ ในมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง. ตรัง: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2560.
8. ศรีตยา รongเลื่อน, ภาทวีลย์ ตลิ่งจิตร, สมประสงค์ ศิริบริรักษ์. การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น : การสำรวจปัญหาและความต้องการ การสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศิริราช 2555;5(1): 14-28.
9. ศศิธร โคตรคันทา, ประภัสสร ปรีเอี่ยม, युภาพร युภาศ. รูปแบบการขับเคลื่อนระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนเพื่อ สุขภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ของนักเรียน. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2562;7(2):163-73.
10. กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง. การรับรู้และการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(2):189-201.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง ของวัยรุ่น ในจังหวัดแพร่

ชนกนันท์ ฝากมิตร

สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

รุ่ง วงศ์วิวัฒน์*

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันรับ 30 มิถุนายน 2564, วันแก้ไข 21 กันยายน 2564, วันตอบรับ 2 ตุลาคม 2564.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น ในจังหวัดแพร่ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี จำนวน 368 คน คัดเลือกสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.8) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ($P=0.046$) อายุ ($P=0.003$) ระดับการศึกษา ($P=0.046$) ทศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง ($P < 0.001$) การได้รับสนับสนุนจากเพื่อน ($P=0.002$) ความสามารถทางการกีฬา ($P=0.027$) ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมให้วัยรุ่นตระหนักถึงความสำคัญ รวมถึงเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวออกแรงและสนับสนุนให้เคลื่อนไหวออกแรงโดยการเล่นกีฬาที่เป็นทีม

คำสำคัญ : การเคลื่อนไหวออกแรง วัยรุ่น

*Corresponding author, อีเมล: rungw@nu.ac.th, โทร: 0873188878

Factors Affecting Physical Activity Behaviors among Adolescents In Phrae

Chanoknun Fakmit

Master of Public Health Student, Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok

Rung Wongwat*

Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok

Received 30 June 2021, Revised 21 September 2021, Accepted 2 October 2021.

Abstract

The objective of this cross-sectional research study was to study factors affecting the physical activity behaviors among adolescents in Phrae Province. The samples were consisted of 368 adolescents aged (13-17 years old) by multi-stages random sampling. The data were collected by using a questionnaire. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and multiple regression analysis. The results showed that the samples mostly had physical activity behaviors at moderate level (54.8%). The factors affecting physical activity behaviors with statistically significant at 0.05 level were gender ($p = 0.046$), age ($p = 0.003$), education level ($p = 0.046$), attitude about the exercise ($p < 0.001$), support from friends ($p = 0.002$) and sports ability ($p = 0.027$). Regarding recommendation, the government organization should motivate and encourage adolescents to realize the importance of the benefits of physical activity and encourage physical activity through sports team.

Keywords: Physical activity, Adolescents

*Corresponding author, Email: rungw@nu.ac.th, Tel: 0873188878

■ บทนำ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรค (NCDs) ได้เป็นปัญหาสุขภาพที่ได้รับความสำคัญในระดับโลก ไม่ใช่เพียงได้รับความสำคัญจากองค์การอนามัยโลกหรือองค์การสาธารณสุขเท่านั้น⁽¹⁾ แต่โรค NCDs ยังได้รับความสำคัญในองค์การสหประชาชาติ⁽²⁾ ถือเป็นครั้งแรกของโลกที่ประเด็นในเรื่องสุขภาพได้รับความสำคัญและการอภิปรายอย่างกว้างขวางในที่ประชุมสมัชชาใหญ่ขององค์การสหประชาชาติ โดยโรค NCDs มีผลกระทบอย่างสูงต่อประชากร

โลก และเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกมากกว่าสาเหตุอื่น ๆ โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง 38 ล้านคนต่อปี ร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดในปี พ.ศ.2561 และในขณะที่กลุ่มโรค NCDs ในประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตปีละ 320,000 คน ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁽³⁾ ส่วนสาเหตุโรค NCDs ส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และโรค NCDs ส่วนใหญ่ที่พบในประเทศไทย ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและ

หลอดเลือด ซึ่งโรคดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่สำคัญคือการเคลื่อนไหวออกแรงที่ไม่เพียงพอ⁽⁴⁾

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามคำว่าการเคลื่อนไหวออกแรง หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายโดยมีการใช้กล้ามเนื้อหลักซึ่งทำให้เกิดการใช้พลังงาน และได้จำแนกกิจกรรมเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การทำงาน การเดินทางไปยังที่ต่าง ๆ และนันทนาการ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวน้อยซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมเนือยนิ่ง⁽⁵⁾ ทั้งนี้การเคลื่อนไหวออกแรงอย่างเพียงพอเหมาะสมถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกกลุ่มวัยซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุตั้งแต่ 6-18 ปี ควรมีการเคลื่อนไหวออกแรง ในระดับปานกลางถึงหนักสะสมอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน ซึ่งเมื่อเด็กและเยาวชนมีการเคลื่อนไหวออกแรงที่เพียงพอจะทำให้เกิดผลประโยชน์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ป้องกันภาวะโรคอ้วน ลดระดับไขมันในเลือด ลดความเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ ลดปริมาณคอเลสเตอรอล และช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ด้านจิตใจ เช่น ลดอาการซึมเศร้า ลดความเครียด และเพิ่มความมั่นใจตัวเอง และด้านสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย และได้ความสัมพันธ์ทางด้านสังคมที่ดีขึ้น⁽⁶⁾

จากการสำรวจสถานการณ์การเคลื่อนไหวออกแรง ในเด็กและเยาวชนไทยอายุ 6-17 ปี ในปี พ.ศ.2558 พบว่า ร้อยละ 23.2 ของเด็กและเยาวชนไทย อายุ 6-17 ปี มีการเคลื่อนไหวออกแรง ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า กลุ่มอายุที่มีการเคลื่อนไหว

ออกแรงน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุ 14-17 ปี ร้อยละ 19.1 และจากการสำรวจสถานการณ์พฤติกรรมเนือยนิ่งของเด็กและเยาวชนไทยอายุ 6-17 ปี ในปี พ.ศ.2558 พบว่า กลุ่มอายุ 14-17 ปี มีพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงถึง ร้อยละ 18.5 นอกจากนี้ผลการสำรวจสถานการณ์การเคลื่อนไหวออกแรงในเด็กและเยาวชนไทยในช่วงอายุ 14-17 ปี ในปี พ.ศ.2558 พบว่า เด็กและเยาวชนชายและหญิงมีการเดินทาง ไป-กลับระหว่างบ้านและโรงเรียนแบบที่มีการเคลื่อนไหวออกแรง ร้อยละ 52.7⁽⁷⁾

จากการสำรวจโรคอ้วนในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2558 พบว่า เด็กและเยาวชนเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 14.9⁽⁷⁾ ซึ่งต้นทุนทางเศรษฐกิจที่สูญเสียจากการเป็นโรคอ้วนในไทยมีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 12,142 ล้านบาท คิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพ โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดจากค่ารักษาพยาบาลมีมูลค่าสูงถึง 5,584 ล้านบาท ซึ่ง 2 ลำดับแรก มาจากโรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด มูลค่าประมาณ 3,387 ล้านบาท และ 1,071 ล้านบาท ตามลำดับ⁽⁸⁾ โดยการเคลื่อนไหวออกแรงที่ไม่เพียงพอ และการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม และคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น ในจังหวัดแพร่ ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสาธารณสุขและบุคลากรด้านการศึกษาในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการวางแผนส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่นที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

■ **วัตถุประสงค์การศึกษา**

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น ในจังหวัดแพร่

■ **วิธีการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey)

• **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่นที่มีอายุ 13-17 ปีที่ได้เข้ารับการศึกษานในโรงเรียนรัฐในสังกัดของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาแพร่ จำนวน 8,779 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณของ Parel et.al.⁽⁹⁾ ตามสูตร

$$n = \frac{(8,779)(1.96)^2 \times (0.5)(0.5)}{(8,779)(0.05)^2 + 1.96^2(0.5)(0.5)} = 368 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 368 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stages Random Sampling)

• **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง มีค่าอำนาจจำแนก 0.2-0.8 และมีค่าความน่าเชื่อถือ (KR20) 0.731 และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง มีค่าความน่าเชื่อถือ (Alpha Cronbrach) 0.712

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ

ประกอบด้วย การเข้าถึงทรัพยากร ทักษะการเคลื่อนไหวออกแรง และสื่อโฆษณาเกี่ยวกับ

การเคลื่อนไหวออกแรง มีค่าความน่าเชื่อถือ (Alpha Cronbrach) 0.755

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริมประกอบด้วย การได้รับสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับสนับสนุนจากเพื่อน และการได้รับสนับสนุนจากครูในโรงเรียน มีค่าความน่าเชื่อถือ (Alpha Cronbrach) 0.813

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง มีค่าความน่าเชื่อถือ (Alpha Cronbrach) 0.762

• **การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Multiple Regression Analysis

• **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ P3-0139/2563 วันที่รับรอง 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563

■ **ผลการศึกษา**

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.8 มีอายุ 17 ปีมากที่สุด ร้อยละ 28.0 ($\bar{x} = 15.38, SD = 1.338$) ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.1 ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 31.5 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 25.8 เงินเดือนที่ได้รับจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 1,001 – 2,000 บาท ร้อยละ 70.1 ($\bar{x} = 1934.32, SD = 632.721$) ส่วนสูงต่ำกว่า 160 เซนติเมตรมากที่สุด ร้อยละ 37.2 ($\bar{x} = 163.95, SD = 7.598$) น้ำหนักอยู่ในช่วง

46 – 59 กิโลกรัมมากที่สุด ร้อยละ 47.3 (\bar{x} = 55.44, SD = 11.080) และส่วนใหญ่มีความสามารถในการเล่นกีฬา ร้อยละ 72.3

2. ปัจจัยนำ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง

ความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง เป็นรายชื่อพบว่า คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ ถูกมากที่สุด คือ ข้อที่ 5.การออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น รองลงมาคือ ข้อที่ 6.การออกกำลังกายช่วยให้ท่านมีสุขภาพจิตที่ดี ข้อที่ 7.การออกกำลังกายช่วยให้ท่านนอนหลับง่ายขึ้น และ ข้อที่ 10.การออกกำลังกายช่วยให้ท่านมีบุคลิกภาพที่ดี ข้อที่ 12. การออกกำลังกายควรเริ่มต้นที่เบาๆ แล้วค่อยเพิ่มความหนักขึ้นเรื่อย ๆ มีค่าร้อยละที่เท่ากัน ในขณะที่ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อที่ 13. การออกกำลังกายแล้วเหงื่อออกมาก ๆ จะทำให้สดชื่นได้เร็ว รองลงมาคือ ข้อที่ 4. การออกกำลังกายสม่ำเสมอลดภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน ข้อที่ 8.การออกกำลังกายทำให้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลง และข้อที่ 9. การออกกำลังกายช่วยชะลอความชราได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง ในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.2 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 14.1 ดังตารางที่ 2

2.2 ทักษะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง

ทัศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับ

สูง เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงในระดับสูง จำนวน 17 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 ข้อ โดยรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 16.การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้สดชื่นและคลายเครียด รองลงมาคือข้อที่ 2. คนที่มีสุขภาพที่ดีแล้วไม่ต้องออกกำลังกาย ข้อที่ 12. การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น และ ข้อที่ 4. การออกกำลังกายเป็นเรื่องน่าอายต่อผู้อื่น ดังแสดงในตารางที่ 3

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.04 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.96 ดังตารางที่ 4

3. ปัจจัยเอื้อ

ในด้านการเข้าถึงทรัพยากรภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง 9 ข้อ โดยรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อที่ 6. การเดินทางไป – กลับจากบ้านท่านและสถานที่ออกกำลังกายสะดวก รองลงมาคือ ข้อที่ 5. ท่านคิดว่าแหล่งการให้บริการทางด้านการออกกำลังกายในชุมชน อยู่ใกล้บ้านง่ายต่อการเดินทางที่สุดเหมาะสม ในด้านทักษะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง จำนวน 1 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 ข้อ พบว่า โดยรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 12. ท่านคิดว่าการมีทักษะในการออกกำลังกายจะ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงรายชื่อ

ความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง	ถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดไขมันในเส้นเลือดได้	324	88.0
2. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้	309	84.0
3. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยให้ระบบการย่อยอาหารได้ดี	320	87.0
4. การออกกำลังกายสม่ำเสมอลดภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน 2	243	66.0
5. การออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น	365	99.2
6. การออกกำลังกายช่วยให้ท่านมีสุขภาพจิตที่ดี	348	94.6
7. การออกกำลังกายช่วยให้ท่านนอนหลับง่ายขึ้น	336	91.3
8. การออกกำลังกายทำให้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลง	235	63.9
9. การออกกำลังกายช่วยชะลอความชราได้	234	63.6
10. การออกกำลังกายช่วยให้ท่านมีบุคลิกภาพที่ดี	331	89.9
11. การออกกำลังกายที่เหมาะสมควรขึ้นอยู่กับเวลาและสถานที่	296	80.4
12. การออกกำลังกายควรเริ่มต้นที่เบา ๆ แล้วค่อยเพิ่มความหนักขึ้นเรื่อย ๆ	331	89.9
13. การออกกำลังกายแล้วเหงื่อออกมาก ๆ จะทำให้ลดไขมันได้เร็ว	257	69.8
14. หลังจากออกกำลังกายทุกครั้งควรยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	330	89.7
15. การออกกำลังกายให้ได้ประโยชน์สูงสุด ต้องคำนึงถึงปริมาณความหนักความนาน และความบ่อยในการออกกำลังกาย	279	75.8
16. การไม่ออกกำลังกายทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	305	82.9
17. การไม่ออกกำลังกายทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น	276	75.0
18. การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยให้ปวดขยายและการหายใจสะดวกขึ้น	329	89.4
19. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้เป็นลมหมดสติได้ง่าย	328	89.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงในภาพรวม

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	214	58.2
ปานกลาง	102	27.7
ต่ำ	52	14.1

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงรายชื่อ

ทัศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การออกกำลังกายทำให้ท่านเป็นโรคหัวใจได้	2.55	0.58	สูง
2. คนที่มีสุขภาพที่ดีแล้วไม่ต้องออกกำลังกาย	2.80	0.49	สูง
3. การออกกำลังกายช่วยทำให้ท่านอารมณ์ดี	2.74	0.50	สูง
4. การออกกำลังกายเป็นเรื่องน่าอายต่อผู้อื่น	2.79	0.54	สูง
5. การออกกำลังกายช่วยทำให้ท่านหายเหงา	2.50	0.59	สูง
6. การออกกำลังกายเป็นภาระที่ท่านต้องกระทำสม่ำเสมอ	2.11	0.83	ปานกลาง
7. การออกกำลังกายที่ถูกต้อง ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค	2.54	0.57	สูง
8. การทำงานภายในบ้านเป็นการออกกำลังกาย เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน	2.73	0.48	สูง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงรายข้อ (ต่อ)

ทัศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
9. การออกกำลังกายเป็นเรื่องของนักกีฬาเท่านั้น	2.74	0.60	สูง
10. การออกกำลังกายช่วยลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	1.98	0.71	ปานกลาง
11. การออกกำลังกายที่ถูกต้องทำให้ท่านเสียเวลา	2.74	0.52	สูง
12. การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น	2.80	0.47	สูง
13. การออกกำลังกายทำให้ร่างกายทรุดโทรมเร็วกว่าที่ควร	2.74	0.53	สูง
14. การออกกำลังกายสม่ำเสมอทำให้กล้ามเนื้อดูไม่สวยงาม	2.62	0.60	สูง
15. ท่านคิดว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อน	2.63	0.56	สูง
16. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้สดชื่น และคลายเครียด	2.82	0.41	สูง
17. การออกกำลังกายทำให้เหนื่อยล้าและนอนไม่หลับ	2.63	0.59	สูง
18. ผู้ที่มีโรคประจำตัวต้องปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย	2.70	0.47	สูง
19. การออกกำลังกายทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ	2.58	0.55	สูง
รวม	2.61	0.55	สูง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงในภาพรวม

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	324	88.04
ปานกลาง	44	11.96

ช่วยให้ท่านออกกำลังกายได้นานขึ้น และในด้านข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 ข้อ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 13. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายจากวิทยุ สื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ดังตารางที่ 5

ระดับปัจจัยเอื้อในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.22 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 28.53 และระดับต่ำ ร้อยละ 9.23 ดังตารางที่ 6

4. ปัจจัยเสริม

ในด้านการได้รับสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการได้รับสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 7 ข้อ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 7. ท่านได้รับกำลังใจจากครอบครัวเมื่อท่านออกกำลังกาย รองลงมาคือ ข้อที่ 1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายจากครอบครัว ในด้านการได้รับสนับสนุนจากเพื่อนภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการได้รับสนับสนุนจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 ข้อ โดยรายข้อ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับจำแนกตามปัจจัยเอื้อรายข้อ

ปัจจัยเอื้อ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การเข้าถึงทรัพยากร			
1. อุปสรรคในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในชุมชนหรือลานกีฬาใกล้บ้านท่าน สะดวกในการใช้งาน/พร้อมต่อการใช้งาน	1.97	0.63	ปานกลาง
2. อุปสรรคในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในชุมชนหรือลานกีฬาใกล้บ้านท่าน เพียงพอต่อการใช้งาน	1.83	0.63	ปานกลาง
3. การเข้ารับบริการการใช้อุปกรณ์การออกกำลังกายในชุมชนหรือลานกีฬาใกล้บ้านท่าน มีความสะดวกสบายและง่ายต่อการเข้ารับบริการ	2.07	0.72	ปานกลาง
4. ระยะทางจากสถานที่ออกกำลังกายไม่ไกลจากบ้าน	2.18	0.62	ปานกลาง
5. ท่านคิดว่าแหล่งการให้บริการทางด้าน การออกกำลังกายในชุมชน อยู่ใกล้บ้านง่ายต่อการเดินทาง	2.29	0.71	ปานกลาง
6. การเดินทางไป – กลับจากบ้านท่านและสถานที่ออกกำลังกายสะดวก	2.33	0.66	ปานกลาง
7. มีสถานที่การออกกำลังกายอยู่บริเวณที่พักอาศัยของท่าน	1.93	0.74	ปานกลาง
8. สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน มีความเหมาะสม	2.09	0.66	ปานกลาง
9. กิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชนที่มีอยู่ มีความเหมาะสม	2.12	0.63	ปานกลาง
รวม	2.09	0.66	ปานกลาง
ทักษะการเคลื่อนไหวออกแรง			
10. ชุมชนของท่านมีการส่งเสริมและสนับสนุนการออกกำลังกายของคนในชุมชน	1.97	0.70	ปานกลาง
11. ท่านมีทักษะในการใช้อุปกรณ์การออกกำลังกาย	2.04	0.55	ปานกลาง
12. ท่านคิดว่าท่านมีทักษะในการออกกำลังกายจะช่วยให้ท่านออกกำลังกายได้มากขึ้น	2.37	0.62	สูง
รวม	2.12	0.62	ปานกลาง
สื่อโฆษณาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง			
13. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายจากวิทยุ สื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต	2.32	0.58	ปานกลาง
14. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย จากหนังสือพิมพ์ แผ่นพับ คู่มือ ป้ายประกาศ	2.03	0.68	ปานกลาง
15. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย จากเจ้าหน้าที่ในโรงเรียน (ผู้อำนวยการ คุณครู) เพื่อนร่วมชั้นเรียน	2.05	0.61	ปานกลาง
รวม	2.13	0.62	ปานกลาง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับปัจจัยเอื้อในภาพรวม

ระดับปัจจัยเอื้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	105	28.53
ปานกลาง	229	62.22
ต่ำ	34	9.23

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับจำแนกตามปัจจัยเสริมรายชื่อ

ปัจจัยเสริม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การได้รับสนับสนุนจากครอบครัว			
1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายจากครอบครัว	2.07	0.65	ปานกลาง
2. ท่านได้รับคำแนะนำการหาอุปกรณ์ในการออกกำลังกายจากครอบครัว	1.99	0.62	ปานกลาง
3. ท่านได้รับบริการการดูแลหลังออกกำลังกาย เช่น หาเครื่องดื่ม เกลือแร่ให้ อาหารเสริมบำรุงจากครอบครัว	1.72	0.68	ปานกลาง
4. ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการออกกำลังกายจากครอบครัว	1.96	0.63	ปานกลาง
5. ท่านได้รับคำชื่นชมจากครอบครัวเมื่อท่านออกกำลังกาย	2.02	0.65	ปานกลาง
6. บุคคลในครอบครัวพาท่านไปออกกำลังกายในสวนสาธารณะ	1.71	0.66	ปานกลาง
7. ท่านได้รับความสนใจจากครอบครัวเมื่อท่านออกกำลังกาย	2.11	0.69	ปานกลาง
รวม	1.94	0.65	ปานกลาง
การได้รับสนับสนุนจากเพื่อน			
8. ท่านได้รับคำแนะนำการออกกำลังกายจากเพื่อน	2.22	0.61	ปานกลาง
9. ท่านได้รับการชักชวนให้ออกกำลังกายจากเพื่อน	2.30	0.65	ปานกลาง
10. ท่านออกกำลังกายเนื่องจากมีเพื่อนร่วมในการออกกำลังกาย	2.31	0.69	ปานกลาง
11. ท่านได้รับการดูแลจากการซักถามเรื่องการออกกำลังกายจากเพื่อน	2.04	0.61	ปานกลาง
12. ท่านมีโอกาสแสดงความคิดเห็นเรื่องการออกกำลังกายในกลุ่มเพื่อน ที่ออกกำลังกายอยู่และได้รับการตอบสนองที่ดี	2.12	0.66	ปานกลาง
รวม	2.17	0.63	ปานกลาง
การได้รับสนับสนุนจากครูในโรงเรียน			
13. การให้คำแนะนำและข่าวสารการออกกำลังกายของโรงเรียน หรือ ชั่วโมงพลศึกษาเป็นประโยชน์ต่อการออกกำลังกายของท่าน	2.30	0.61	ปานกลาง
14. การให้ความรู้และแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม ในชั่วโมงวิชาพลศึกษา	2.35	0.58	สูง
15. ผู้นำโรงเรียน คุณครูให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนท่านไปออกกำลังกาย	1.98	0.71	ปานกลาง
รวม	2.21	0.63	ปานกลาง

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับปัจจัยเสริมในภาพรวม

ระดับปัจจัยเสริม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	274	74.45
ปานกลาง	85	23.09
ต่ำ	9	2.44

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับจำแนกตามพฤติกรรมการเล่นไหว ออกแรงรายข้อ

พฤติกรรมการเล่นไหวออกแรง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ก่อนการออกกำลังกายท่านมีการอบอุ่นร่างกายอย่างถูกต้อง และหลังออกกำลังกายท่านมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย	2.43	0.52	สูง
2. ท่านมีการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน โดยใช้เวลาน้อย 30 นาที	2.11	0.59	ปานกลาง
3. ท่านหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในขณะที่มีอากาศร้อนจัด	2.44	0.61	สูง
4. ท่านเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเอง	2.56	0.54	สูง
5. ท่านไม่รับประทานอาหารก่อนและหลังการออกกำลังกายทันที	2.27	0.63	ปานกลาง
6. ท่านออกกำลังกายที่สวนสุขภาพ/สถานที่ของชุมชนจัดให้	2.02	0.63	ปานกลาง
7. ท่านเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ง่าย ถนัด มีความชอบเพื่อสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายให้กับตนเอง	2.55	0.50	สูง
8. ท่านออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ว่างเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตนเอง	2.48	0.52	สูง
9. ท่านสวมอุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บขณะออกกำลังกาย	1.86	0.70	ปานกลาง
10. ท่านมีการวางแผนหรือจัดสรรช่วงเวลาในการออกกำลังกายทุกครั้ง	2.18	0.64	ปานกลาง
11. ท่านเริ่มออกกำลังกายโดยเริ่มต้นที่เบาๆ แล้วค่อยเพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย	2.40	0.55	สูง
12. ก่อนและหลังการออกกำลังกายท่านจับชีพจร เพื่อวัดจำนวนครั้ง การเต้นของชีพจร	1.65	0.64	ปานกลาง
13. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดิน	2.32	0.62	ปานกลาง
14. ท่านออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬา เช่น ฟุตบอล ฟุตซอล วอลเลย์บอล แบดมินตัน บาสเกตบอล เป็นต้น	2.33	0.62	ปานกลาง
15. ท่านออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้ง	2.27	0.58	ปานกลาง
รวม	2.25	0.59	ปานกลาง

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการเล่นไหวออกแรง ในภาพรวม

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	164	44.56
ปานกลาง	201	54.61
ต่ำ	3	0.81

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการเล่นไหวออกแรงของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรทำนาย	B	Beta	T	P-value
1. เพศ	1.006	0.117	1.964	0.046*
2. อายุ	-1.201	- 0.388	- 2.971	0.003**
3. ระดับการศึกษา	0.699	0.265	2.002	0.046*
4. ทิศนคติเกี่ยวกับการเล่นไหวออกแรง	1.031	0.311	6.204	0.000**
5. การได้รับสนับสนุนจากเพื่อน	0.209	0.161	3.191	0.002**
6. ความสามารถทางการกีฬา	0.219	0.111	2.219	0.027*

Constant (a) = 0.602 R square = 0.363 Adjusted R square = 0.328 F = 10.431 P-value = 0.00

ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 10. ท่านออกกำลังกาย เนื่องจากมีเพื่อนร่วมในการออก ในด้านการได้ รับสนับสนุนจากครูในโรงเรียนภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการได้รับสนับสนุนจาก ครูในโรงเรียนอยู่ในระดับสูง จำนวน 1 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 4 ข้อ โดยรายข้อที่มี ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 14. การให้ความรู้ และแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสมในชั่วโมงวิชาพลศึกษา รองลงมา คือข้อที่ 13. การให้คำแนะนำและข่าวสาร การออกกำลังกายของโรงเรียนหรือชั่วโมง พลศึกษาเป็นประโยชน์ต่อการออกกำลังกาย ของท่าน ดังแสดงในตารางที่ 7

ระดับปัจจัยเสริมในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสริมอยู่ในระดับ สูง ร้อยละ 74.45 รองลงมาปานกลาง ร้อยละ 23.09 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.44 ดังตารางที่ 8

5. พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น

ในด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงอยู่ในระดับ สูง จำนวน 6 ข้อ และระดับปานกลาง 9 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 4.ท่านเลือก การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความสามารถ ของตนเอง รองลงมาคือ ข้อที่ 7.ท่านเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ง่าย หนัก มีความชอบเพื่อ สร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายให้กับตนเอง ข้อที่ 8. ท่านออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ว่าง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตนเอง และข้อที่ 1.

ก่อนการออกกำลังกายท่านมีการอบอุ่นร่างกาย อย่างถูกต้อง และหลังออกกำลังกายท่านมีการ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ดังแสดงในตารางที่ 9

ระดับพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.61 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 44.56 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.81 ดังแสดงในตารางที่ 10

6. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น

ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิง พหุคูณแบบมีขั้นตอน (Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบาย ความผันแปรของพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง มี 6 ตัวแปร ได้แก่ 1.เพศ 2.อายุ 3.ระดับการศึกษา 4.ทัศนคติเกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวออกแรง 5.การได้รับสนับสนุน จากเพื่อน 6.ความสามารถทางการกีฬา สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการ เคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 36.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในการสร้างสมการของปัจจัยที่มีผล ต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\hat{Y} (\text{พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น}) = 0.604 + 1.006 (\text{เพศ}) + -1.201 (\text{อายุ}) + 0.699 (\text{ระดับการศึกษา}) + 1.031 (\text{ทัศนคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง}) + 0.209 (\text{การได้สนับสนุนจากเพื่อน}) + 0.219 (\text{ความสามารถทางการกีฬา})$$

■ อภิปรายพล

1. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว
ออกแรงของวัยรุ่น

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายด้วยวิธีที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเอง จะทำให้สามารถปฏิบัติได้เลย โดยไม่ต้องไปเสียเวลาในการฝึกฝน หรือเรียนรู้ใหม่ นอกจากนี้ยังสะดวกและคล่องตัวในการปฏิบัติมากกว่า การออกกำลังกายด้วยวิธีที่ตนเองไม่ถนัดหรือเกินความสามารถ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ คำรส⁽¹¹⁾ พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ข้อที่ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและวัย รองลงมา คือ การเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ง่าย ถนัด ชอบ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ
เคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น

1. เพศ มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีผลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมเกียรติยศ วรเดช และปัญญาพันธ์ไชยเมล์⁽¹²⁾ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนิสิตหญิงมีการออกกำลังกายน้อยกว่านิสิตชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศชายนิยมที่จะเล่นกีฬาและออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง

2. อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีผลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหว

ออกแรงของวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมเกียรติยศ วรเดช และปัญญาพันธ์ไชยเมล์⁽¹²⁾ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า นิสิตที่มีอายุเพิ่มขึ้นมีการออกกำลังกายลดลง ทั้งนี้เป็นเพราะอายุที่มากขึ้นย่อมทำให้บุคคลมีการอยากเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ซึ่งอาจจะเพราะความคล่องตัวที่ลดลง ทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายก็ลดลงไปด้วย

3. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีผลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ คำรส และคณะ⁽¹¹⁾ ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมสามารถรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า และเมื่อบุคคลรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ในด้านใดบ้าง ย่อมทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง และการออกกำลังกายมากขึ้น

4. ทักษะคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีผลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ คำรส และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า ทักษะคติต่อการเคลื่อนไหวออกแรง มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ แววจี พันภัย และอมร ไกรดิษฐ์⁽¹³⁾ พบว่า ปัจจัยด้านทักษะคติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว

ออกแรง สามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายได้ ทั้งนี้เพราะการมีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใด มักจะส่งผลให้บุคคลนั้นๆ มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นวัยรุ่นที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเคลื่อนไหวออกแรง จึงมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงมากกว่าวัยรุ่นที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเคลื่อนไหวออกแรง

5. การได้รับสนับสนุนจากเพื่อน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีผลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อโนทัยผลิตนนท์เกียรติ และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับเพื่อนค่อนข้างมาก เมื่อมีบุคคลที่สนใจในทางเดียวกัน หรือมีคนชักนำหรือชักจูงให้ทำกิจกรรมใดๆ ก็มักจะเพิ่มความสนใจในการทำกิจกรรมนั้นๆ มากยิ่งขึ้น

6. ความสามารถทางการกีฬา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีผลต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงของวัยรุ่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัยรุ่นรู้สึกสนุกเมื่อได้เล่นกีฬาที่ตนชื่นชอบ จึงเป็นแรงกระตุ้นทำให้เกิดการออกกำลังกายมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา

เสนะสุทธิพันธ์ุ และอาภาวรรณ หนูคง⁽¹⁵⁾ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมของนักเรียน คือ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ซึ่งเมื่อวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถทางการกีฬา จึงเป็นผลให้ชอบการออกกำลังกายไปด้วย

■ ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมให้วัยรุ่นตระหนักถึงความสำคัญ รวมถึงเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวออกแรงและสนับสนุนให้เคลื่อนไหวออกแรงโดยการเล่นกีฬาที่เป็นทีม

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการ คุณครู และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ของโรงเรียนดาราวิทยาลัย โรงเรียนนารีรัตน์จังหวัดแพร่ โรงเรียนร่องกางอนุสรณ์ โรงเรียนสองพิทยาคม โรงเรียนม่วงไข่พิทยาคม โรงเรียนลองวิทยา โรงเรียนสูงเม่นชนูปถัมภ์ โรงเรียนวิไลเกียรติอุปถัมภ์ และโรงเรียนวังชันวิทยา ที่อนุเคราะห์ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในระหว่างการลงพื้นที่เก็บข้อมูลการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Status Report on Non-communicable Diseases Switzerland: World Health Organization; 2014.
2. United Nations. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases (A/66/L.1), in 66th Session of General Assembly; 2011.

3. กระทรวงสาธารณสุข. สธ.ห่วง คนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชั่วโงมละ 37 คน เร่งวางแผนทางป้องกัน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.khaosod.co.th/monitor-news/news_1421769
4. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. หลักการส่งเสริมสุขภาพ. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
5. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Switzerland: World Health Organization; 2010.
6. คุณาศาสตร์ คนหาญ, จิระชัย คารวะ, ชีรชพันธ์ มณีธรรม, อารีกุล พวงสุวรรณ, มัลลิกา โกศลศักดิ์ และเกษม นครเขตต์. ความตรง และความเที่ยงของแบบสอบถามสำหรับวัดกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทย 2558 สำหรับกลุ่มอายุ 14-17 ปี. วารสารวิจัย มข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2563];17(1): 19-36. เข้าถึงได้จาก:<https://ph02.tcithaijo.org/index.php/gskku/article/view/99114/77087>
7. อารีกุล อมรศรีวัฒนกุล, เกษม นครเขตต์, ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และคณะ. PHYSICAL ACTIVITY รายงานสำรวจกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทย ปี 2558. นนทบุรี: กรีน แอปเปิ้ล กราฟิค พรินติ้ง; 2562.
8. กุลทัต หงษ์ขยางกูร, พงศ์เทพ สุทธิวุฒิ และณัฐดิพงษ์ แก้วทอง. คู่มือการเพิ่มกิจกรรมทางกายในคนไทย. สงขลา: สำนักพิมพ์ไฟ-บาร์ด; 2561.
9. อุไรพร คล้าณิม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในจังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
10. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika; 1951 p. 297-334.
11. วราภรณ์ คำรศ, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, ชนิตา มัททวงกูร และคณะ. พฤติกรรมการเข้าถึงการออกกำลังกายของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>
12. สมเกียรติยศ วรเดช และปัญญาพัฒน์ ไชยเมล์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการออกกำลังกายของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณวิทยาเขตพัทลุง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2563];44(3):288-99. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/jph/article/view/51285>
13. แวใจ พันภัย และอมร ไกรดิษฐ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2563];4(ฉบับพิเศษ):180-95. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/scnet/article/view/84870>
14. อโนทัย ผลิตนทร์เกียรติ, ปิยวรรณ สืบวิเศษ, อรพรรณ กันนัง และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสาร มฉก.วิชาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2563];21(42):55-64. เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/PC/Downloads/146726-Article%20Text-392476-1-10-20180921.pdf>
15. วนิตา เสนะสุทธิพันธุ์ และอภาวรรณ หนูคง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายและทำกิจกรรมของวัยรุ่น. วารสารสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2563];30(2):46-59. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/39657>

รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรอง มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 เขตสุขภาพที่ 5

ศิริลักษณ์ ขณะฤกษ์
รัชณี ลักษิตานนท์
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

วันรับ 1 กันยายน 2564, วันแก้ไข 3 พฤศจิกายน 2564, วันตอบรับ 30 พฤศจิกายน 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยผสมวิธี (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ความคิดเห็นและการรับรู้การดำเนินงานตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) ฉบับ พ.ศ.2563 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS 3) ประเมินผลการจัดบริการสุขภาพตามมาตรฐาน YFHS ประชากร คือ โรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน YFHS รวม 17 แห่ง การศึกษามี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน ความคิดเห็น และการรับรู้การดำเนินงานที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ระยะที่ 2 ระยะขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS โดยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) คัดเลือกโรงพยาบาล (จากระยะที่ 1) จำนวน 3 แห่ง เข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์การคัดเลือก ดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาตามกรอบมาตรฐาน YFHS ระยะที่ 3 ระยะติดตามผล โดยการนิเทศติดตาม การประเมินรับรองโรงพยาบาล และประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูล โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา ข้อมูลสถานการณ์ จากบุคลากรจำนวน 44 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.5 มีประสบการณ์ทำงานด้านเด็ก วัยรุ่น หรือเยาวชน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.8 พบว่าการรับรู้การดำเนินงาน YFHS องค์ประกอบที่ 2 ระบบบริการ ในระดับน้อย ($\bar{x} = 2.49, SD 0.33$) ระยะขับเคลื่อนได้วางแผนการดำเนินงานด้วยการอบรม สร้างความเข้าใจในเครือข่ายการดูแลกลุ่มวัยรุ่น วางแผนการจัดบริการร่วมกัน และทีมพี่เลี้ยงชี้แนะ ให้คำแนะนำการพัฒนาตามมาตรฐาน YFHS ระยะติดตามผล พบว่าโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินรับรอง 2 แห่ง มีคะแนนรวม 82.73 และ 82.36 ในระดับดีมาก (คะแนนเท่ากับ 80-89 คะแนน) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการต่อการให้บริการ และบุคลากรที่มีต่อการเยี่ยมพัฒนา ให้คำปรึกษาและการเป็นที่เลี้ยง (Coach) ภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 4.28, SD = 0.63$), ($\bar{x} = 4.03, SD = 0.51$) และ ($\bar{x} = 4.18, SD = 0.36$) ตามลำดับ ปัจจัยสำเร็จในการจัดบริการ คือ มีนโยบายที่ชัดเจน มีบุคลากรที่รับผิดชอบในการให้บริการ และมีความร่วมมือของทุกเครือข่าย จะเห็นได้ว่าการพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ควรได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากบริบทของการจัดบริการในโรงพยาบาลนั้น ๆ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินการพัฒนาระบบบริการเกิดการบูรณาการงานร่วมกัน

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนา มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563
เขตสุขภาพที่ 5

Model Development for initially uncertified Hospitals of YFHS Criteria Standard version 2020 in Health Region 5

Siriluk Khanarook

Ratchanee Laksitanon

The 5th Region Health Promotion Center

Received 1 September 2021, Revised 3 November 2021, Accepted 30 November 2021.

Abstract

This is a mixed methods research aimed to: 1) study the situations, opinions and recognitions of 2020 Youth-Friendly Health Services (YFHS) Program operation; 2) develop the operation pattern of hospitals that have not been accredited with YFHS Program; and 3) evaluate the result of health service management under YFHS Program. The populace are 17 hospitals that have not been accredited with YFHS Program. The research is divided into 3 phrases: Phrase 1 is the survey research to study the situations, opinions and recognitions of YFHS Program operation; Phrase 2 is the propelling of hospital development under YFHS Program through participatory action research by selecting 3 hospitals from Phrase 1 to participate in the program according to the screening criteria and manage to propel the development under the YFHS Program; and Phrase 3 is the follow-up period by supervision, hospital accreditation assessment and satisfactory evaluation. The data analysis is made via frequency distribution, percentage, average, standard deviation and content analysis. According to the study results, the situation data showed that out of 44 personnel were mostly female, 79 percent having experiences with youth and adolescence for over 10 years and 31.8 percent having 'little' level ($\chi = 2.49$, SD 0.33) of recognition over the Component 2 or Service System of YFHS Program operation. In the propelling stage, the operation plan was made via training, creating the understanding of adolescence care network, co-planning the service management and having the coaching team giving development advices under YFHS Program. In the follow-up stage, it is found that 2 hospitals passed the accreditation assessment criteria with the total score of 82.73 and 82.36 in 'very good' level (equivalent to the score of 80-89). The overall satisfactory evaluation of the service taker, the service provider towards the provided service and the personnel towards the development visit, counseling and coaching were in 'much' level: ($\chi = 4.28$, SD = 0.63), ($\chi = 4.03$, SD = 0.51) and ($\chi = 4.18$, SD = 0.36), respectively. The factors of success in service provisions included the clear-cut policies, the responsible personnel in service provisions and the cooperation of all networks. Apparently, the development of health services under YFHS Program should be initiated from the context of health service management in each hospital while all concerned sectors participating in planning and operating the service system development for work integration.

Keywords: development pattern, Youth-Friendly Health Services (YFHS), Health Region 5

■ บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทั่วโลก เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพและแนวโน้มปัญหาการตั้งครรภ์ ความเครียด สุขภาพจิต การติดสารเสพติด การเจ็บป่วยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของวัยรุ่นและเยาวชน ทวีความรุนแรงและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย พฤติกรรมการใช้สารเสพติด การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และปัญหาด้านสุขภาพจิต ในการแก้ปัญหาดังกล่าวองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) เห็นชอบร่วมกันในด้านสุขภาพและการพัฒนาของวัยรุ่น ซึ่งมีเป้าหมายสองด้าน คือ การส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพในวัยรุ่น และการป้องกันและรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กันมากขึ้นถึงแม้ว่ามีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายและหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคนรัก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.5 และ 54.6 ในปีพ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 84.6 และ 69.2 ในปีพ.ศ.2562 ตามลำดับ แต่พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ จากอัตรา 127.1 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2558 เป็น 178.1 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี 100,000 คน ในปีพ.ศ.2562⁽²⁾ โดยพบว่าเพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงทุกโรค และส่วนหนึ่งของการติดเชื้ออาจเป็นเพราะ

แนวโน้มการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนเพิ่มขึ้น ซึ่งเพศชายตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง ทำให้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน⁽³⁾ ขณะที่สถานการณ์อัตราคลอดของหญิงอายุ 15 - 19 ปี ในช่วงปี พ.ศ.2555 - 2562 มีแนวโน้มลดลง จากอัตรา 53.4 เป็น 31.3 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน⁽²⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดำเนินการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559⁽⁴⁾ ซึ่งอาจทำให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิดได้มากขึ้น ถึงแม้ว่าแนวโน้มอัตราการคลอดในวัยรุ่นจะลดลง แต่ไม่ได้หมายความว่าปัญหาจะถูกคลี่คลายให้หมดไป ดังนั้นการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนจึงมีความสำคัญ

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมการพัฒนา Youth Friendly Health Services (YFHS) เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และประกาศเป็นนโยบายของประเทศไทยตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2553 ต่อมามีการบูรณาการแผนงาน โครงการ กำหนดมาตรการ แนวทางการดำเนินงานระหว่างกรมวิชาการ ได้แก่ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค เพื่อส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของวัยรุ่น โดยร่วมกันพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ฉบับบูรณาการ⁽⁵⁾ ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินจำนวน 4

องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1. การบริหารจัดการ 2. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างความต้องการในการใช้บริการ 3. บริการที่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย 4. ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ และเป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

ปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾ ได้จัดทำมาตรฐานระดับโลกในด้านการให้บริการสุขภาพแก่วัยรุ่นที่ได้คุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางให้ประเทศต่าง ๆ นำไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่วัยรุ่นและเยาวชน ในปี พ.ศ. 2562 กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง⁽⁷⁾ ได้ศึกษา เรื่อง การพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในประเทศไทย พบว่า มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ ยังขาดความชัดเจนด้านการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นและเยาวชน การสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของวัยรุ่นและเยาวชน และการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน YFHS สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย จึงได้พัฒนาปรับปรุงมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ เป็นมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563⁽¹⁾ โดยมีเกณฑ์การประเมินจำนวน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1. นโยบายและการบริหารจัดการ 2. ระบบบริการ 3. ชุมชนและภาคีเครือข่าย 4. ระบบข้อมูลสารสนเทศ และ 5. ผลลัพธ์ เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานองค์การอนามัยโลก

เขตสุขภาพที่ 5 มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 67 แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 16 แห่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชน 51 แห่ง ผลการจัดบริการ YFHS ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2563 มีโรงพยาบาลได้รับการรับรองตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ จำนวน

50 แห่ง (ผลงานสะสม) คิดเป็นร้อยละ 74.62 และยังมีโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS จำนวน 17 แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 7 แห่ง และเป็นโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง เป้าหมายในปี พ.ศ. 2564 คือ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการประเมินมาตรฐาน YFHS ร้อยละ 90⁽⁶⁾ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย ได้สนับสนุนและถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน YFHS ให้กับหน่วยงานในพื้นที่ จากการกำกับติดตามงานที่ผ่านมา พบว่า โรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS มีการจัดให้บริการวัยรุ่นและเยาวชนแบบบูรณาการในคลินิกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของวัยรุ่น และยังพบว่าโรงพยาบาลมีงานบริการอื่น ๆ ที่เร่งด่วนอีกหลายด้านที่ต้องดำเนินการ จึงอาจเป็นสาเหตุให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 5 ประเมินรับรองไม่ครบทั้งเขตสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้ มีเป้าหมายสำคัญที่จะศึกษาสถานการณ์ ความคิดเห็น การรับรู้การดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 และพัฒนาการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS ในเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญให้กับหน่วยงานภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติและระดับผู้รับประโยชน์ มาร่วมกันวางแผนจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐาน YFHS โดยยึดตามศักยภาพของโรงพยาบาลและสภาพชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 และเป็นแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์ ความคิดเห็น และการรับรู้การดำเนินงานที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ.2563

2. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ.2563

3. ประเมินผลการจัดบริการสุขภาพตามมาตรฐาน YFHS ของโรงพยาบาลเป้าหมาย และศึกษาปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ.2563

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ใช้การวิจัยผสมวิธี⁽⁹⁾ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS ในเขตสุขภาพที่ 5 ที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เป็นการศึกษาดูงาน การสังเกต และการรับรู้การดำเนินงาน YFHS กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหาร/ผู้แทนผู้บริหาร บุคลากรผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาล จำนวน 17 แห่ง แห่งละ 2 - 3 คน รวม 44 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2561 โดยก่อนนำไปใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและนำข้อคำถามของเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ (เกณฑ์ 4 องค์ประกอบ) มาจัดลำดับข้อคำถามให้สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน

YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 (เกณฑ์ 5 องค์ประกอบ) และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ และที่ปรึกษาโครงการวิจัยตรวจสอบเครื่องมือก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาล (จากระยะที่ 1) จำนวน 3 แห่งๆ ละ 10 - 12 คน รวม 30 - 36 คน ประกอบด้วย บุคลากรที่เป็นทีมนำ/ผู้รับผิดชอบงานในคลินิกเกี่ยวกับวัยรุ่น และเครือข่ายชุมชน การคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ได้แก่ เป็นโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบหลักมีความต้องการและสมัครใจเข้าร่วมพัฒนาระบบบริการก่อนขอรับการประเมิน ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีแผนงานโครงการเกี่ยวกับวัยรุ่น และคะแนนประเมินตนเองในภาพรวมไม่น้อยกว่า 50 คะแนน โดยจัดประชุมพัฒนาด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (Participatory community) 1 ครั้งเป็นเวลา 1 วัน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการสุขภาพ และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แบ่งเป็น 2 รอบ (รอบที่ 1) แบ่งตามบทบาทหน้าที่ ได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาล กลุ่มโรงเรียน และกลุ่มเครือข่ายชุมชน (รอบที่ 2) แบ่งตามพื้นที่ศึกษาวิจัย ได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาลและเครือข่ายทั้ง 3 แห่ง โดยทีมผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยง (Coach) ให้คำแนะนำปรึกษาในประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา

ระยะที่ 3 ระยะติดตามผล การนิเทศติดตาม เยี่ยมเสริมพลังและการประเมินรับรองโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นการประเมินผลระดับการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ.

2563 และสรุปบทเรียนการพัฒนา ปัจจัยความสำเร็จ ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรค เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ ชักถาม เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ YFHS (ข้อมูลทฤษฎี)

ในวิจัยระยะที่ 2 และ 3 ทีมผู้วิจัยพัฒนา คือ ผู้ให้คำปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยง (Coach) สำหรับผู้พิจารณาประเมินรับรอง คือ คณะกรรมการพิจารณาและตัดสินระดับเขตสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้ประเมินจากสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 5 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 และศูนย์อนามัยที่ 5 ซึ่งไม่เป็นบุคคลกลุ่มเดียวกัน

● **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางของข้อมูลเชิงคุณภาพ⁽⁹⁾

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**
 การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย เลขที่ 7/2564 วันที่ 19 มีนาคม 2564

■ **ผลการศึกษา**

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ผลการสำรวจความคิดเห็นและการรับรู้ของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิกที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS ทั้ง 17 แห่ง จำนวน 44 คน พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงการดำเนินงาน YFHS ภาพรวมองค์ประกอบที่ 1 - 5 ในระดับมาก (\bar{x} = 2.66, SD=0.45) องค์ประกอบที่มีการ

รับรู้ว่ามี การดำเนินงานมากที่สุด คือ องค์ประกอบที่ 3 ชุมชนและภาคีเครือข่ายในระดับมาก \bar{x} = 2.77 รองลงมาคือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ และองค์ประกอบที่ 5 ผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยมีการรับรู้ว่ามี การดำเนินงานในระดับมากเท่ากัน คือ \bar{x} = 2.70 ในองค์ประกอบที่ 4 ระบบข้อมูลและสารสนเทศ มีระดับการรับรู้ที่ระดับมาก \bar{x} = 2.68 ส่วน องค์ประกอบที่มีการรับรู้ว่ามี การดำเนินงานในระดับน้อย คือ องค์ประกอบที่ 2 ระบบบริการ มีระดับการรับรู้ที่ \bar{x} = 2.49 ตารางที่ 1

ในด้านความต้องการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพก่อนขอรับการประเมิน กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพัฒนาในทุกมิติขององค์ประกอบ เช่น 1) ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ : การจัดการ YFHS ให้เป็นระบบ การพัฒนาด้านองค์ความรู้ 2) ด้านระบบบริการ : มีคลินิกแยกเป็นสัดส่วน เข้าถึงง่าย และเป็นจุดให้บริการวัยรุ่นตามมาตรฐาน 3) ด้านชุมชนภาคีเครือข่าย : มีการทำงานร่วมกันและกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน 4) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยี: ที่ใช้สื่อสารกับวัยรุ่นและเครือข่าย 5) ด้านผลลัพธ์ : มีคุณภาพบรรลุตามเป้าหมายพัฒนาและขยายผลต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 ระยะขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพของแต่ละโรงพยาบาล โดยจัดประชุมพัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 ผลการศึกษามีดังนี้

1. นำเสนอผลการวิจัย (ในระยะที่ 1) ความคิดเห็นและการรับรู้ในการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนรวม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ การดำเนินงานตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ของโรงพยาบาล

ระดับการรับรู้ในการดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS ของโรงพยาบาล					
องค์ประกอบ	คะแนนรวม	Mean	SD	แปลผล	
องค์ประกอบที่ 1 นโยบายและการบริหารจัดการ	951	2.70	0.41	ระดับมาก	
องค์ประกอบที่ 2 ระบบบริการ	2,193	2.49	0.33	ระดับน้อย	
องค์ประกอบที่ 3 ชุมชนและภาคีเครือข่าย	366	2.77	0.46	ระดับมาก	
องค์ประกอบที่ 4 ระบบข้อมูลและสารสนเทศ	590	2.68	0.48	ระดับมาก	
องค์ประกอบที่ 5 ผลลัพธ์	237	2.70	0.57	ระดับมาก	
รวม	4,377	2.66	0.45	ระดับมาก	

ตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ.2563 และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็น 1) นโยบายและการบริหารจัดการ 2) ระบบบริการ 3) ด้านชุมชนและภาคีเครือข่าย 4) ด้านระบบข้อมูลและสารสนเทศ 5) ด้านผลลัพธ์ 6) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากศูนย์วิชาการระดับเขตและส่วนกลาง และ 7) ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการของโรงพยาบาล

2. การให้ความรู้ ในประเด็นที่ผู้ร่วมวิจัยเสนอมา (ในระยะที่ 1) และประเด็นสำคัญสำหรับนำไปดำเนินการเพื่อให้โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรอง ได้แก่ การบรรยายและร่วมอภิปราย หัวข้อ : ความสำคัญการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในประเทศไทย แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ.2563 สถานการณ์ปัญหาที่สำคัญในวัยรุ่นและเยาวชน องค์ประกอบของมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 และการประเมินตนเองด้วยโปรแกรม YFHS Application ตัวชี้วัดที่เป็นการติดตามงาน และประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา รวมถึงแนวทางในการขอรับการประเมินรับรอง โดยทีมพี่เลี้ยง (Coach) ให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษา

3. สัมภาษณ์กลุ่มเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพตามบทบาทความรับผิดชอบของโรงพยาบาล โรงเรียน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อค้นหาสภาพปัญหาอุปสรรค และแนวทางการดำเนินงาน ตามเกณฑ์องค์ประกอบของมาตรฐาน ได้แก่

3.1 องค์ประกอบที่ 1 นโยบายและการบริหารจัดการ ที่สนับสนุนการจัดบริการ : ผู้ให้ข้อมูลของโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลยังไม่ได้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก และบางหน่วยงานยังไม่มีแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรดังกล่าวที่ว่า

“ผู้บริหารของโรงพยาบาลไม่ได้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนโดยเฉพาะ ปัจจุบันสถานที่ในการให้บริการวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต้องใช้ห้องร่วมกับงานอื่นๆ และให้บริการเฉพาะในช่วงบ่ายวันพุธสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นที่เรานัดมาในระบบ QR Code ว่าจะมาใช้บริการเมื่อไร เวลาใด ซึ่งไม่ค่อยสะดวก” (แพทย์ ก)

“เดิมในการให้บริการวัยรุ่นจะมี

พยาบาลท่านหนึ่งที่ได้รับผิดชอบ ปัจจุบันมี ปัญหาสุขภาพจึงลาออกซึ่งวางแผนให้พยาบาล อีกท่านหนึ่งมารับผิดชอบแทน แต่พยาบาล ท่านนี้ก็มีงานที่ได้รับผิดชอบหลายงาน ประกอบ กับในปัจจุบันพยาบาลท่านนี้ต้องไปอบรม หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว จึงยัง ไม่มีผู้รับผิดชอบคลินิกวัยรุ่นในปัจจุบัน” (พยาบาล ก)

“การพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน จุดนี้ ควรให้มีการอบรมโดยเฉพาะการให้คำปรึกษา เพื่อให้มีทักษะ และบางครั้งก็ต้อง อบรมเพื่อทดแทนคนเก่า” (พยาบาล ข)

3.2 องค์ประกอบที่ 2 ระบบ บริการ : ผู้ให้ข้อมูลของโรงพยาบาล พบว่า บางหน่วยบริการยังไม่มีแนวทางในการให้ บริการที่ชัดเจน และผู้ให้บางท่านยังไม่ทราบ แนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แต่ละคลินิกต่างคนต่างทำตามบทบาทหน้าที่ ไม่ได้เชื่อมโยงบริการกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีอยู่วันหนึ่ง ผมอยู่เวรนอกเวลา ราชการ มี Case ผู้ปกครองพาลูกมารับบริการ แจ้งว่าลูกถูกล่วงละเมิดจนตั้งครรภ์ ลูกก็ยังไม่ เรียนอยู่ ไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ต่อ มาขอคำปรึกษา ผมก็เลยโทรไปปรึกษาเพื่อนหมอ ด้วยกันว่ามีแนวทางให้คำปรึกษาอย่างไร ก็ได้ คำแนะนำว่าให้ติดต่อสายด่วน โทร 1663 ผมจึงให้คำปรึกษาต่อได้” (แพทย์ ข)

“ปกติในการให้บริการฝากครรภ์ เรา ให้บริการรวมกันทั้งผู้มารับบริการที่เป็นวัยรุ่น กับผู้มารับบริการหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป โดยเรา จะให้บริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และมีการประเมินความเครียดของหญิง ตั้งครรภ์ตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก” (พยาบาล ค)

3.3 องค์ประกอบที่ 3 การเข้าถึง กลุ่มเป้าหมายในชุมชน : ผู้ให้ข้อมูลหลักของ

โรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า คุณครูมีการคัดกรองเด็กนักเรียนตาม ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน และ รพ.สต.ให้ บริการเชิงรุกในโรงเรียนและในชุมชน ดังคำ กล่าวที่ว่า

“โรงเรียนจะมีกรณีที่พบนักเรียนกลุ่ม เสี่ยงครูที่ปรึกษาจะช่วยกันดูแลและจะมีการ ประสานส่งต่อกับเจ้าหน้าที่ เช่น นักจิตวิทยา ประจำโรงพยาบาล” (ครู ก)

“การให้บริการกลุ่มวัยรุ่น จะให้ความ รู้ในโรงเรียนที่ได้รับผิดชอบ เช่น โครงการวัยใส ใฝ่ดี กลุ่มเป้าหมายเด็ก ม.1-ม.3 โดยให้ความ รู้ในโรงเรียน เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และยาเสพติดในโรงเรียน และ Drop in ให้คำปรึกษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยทำเชิงรุกในตลาดนัด” (พยาบาล ง)

3.4 องค์ประกอบที่ 4 ข้อมูล สารสนเทศ และ 5 ผลลัพธ์การดำเนินงาน : ผู้ให้ข้อมูลหลักโรงพยาบาล 3 แห่ง ทราบว่า ต้องนำหลักฐาน/เอกสาร/ข้อมูลบริการบันทึก เข้าโปรแกรม YFHS Application แต่ไม่ ทราบรายละเอียด ความสำคัญของข้อมูลบาง รายการที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาบริการ

4. การสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้และระดมสมอง แบ่งเป็น 2 รอบ ผลประชุม กลุ่ม ดังนี้

4.1 สนทนากลุ่ม (รอบที่ 1) เป็นการ ร่วมอภิปราย วิเคราะห์และเชื่อมโยงการ ดำเนินงานการดูแลวัยรุ่นและเยาวชนของ แต่ละภาคส่วน พบว่า 1) กลุ่มโรงพยาบาล มีการให้บริการและประสานงานกันภายใน โรงพยาบาล การให้บริการแบบแยกส่วนแต่ละ คลินิก ในภาพรวมไม่มีการรวบรวมข้อมูล วัยรุ่นและเยาวชน 2) กลุ่มโรงเรียน มีระบบ การช่วยเหลือนักเรียน สอนเพศศึกษา/ทักษะ ชีวิต สำหรับการคุมกำเนิดบางสถานศึกษา

จะเชิญเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้ ไม่มีทำเนียบเครือข่ายและโครงสร้างการประสานงาน การรับ/ส่งต่อ 3) กลุ่มเครือข่ายชุมชน มีการส่งเสริมสุขภาพ จัดบริการเชิงรุก ให้บริการฝากครรภ์ ติดตามหญิงหลังคลอด ให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิด อปท. สนับสนุนงบประมาณ มีการช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่น และการส่งต่อ case ที่ตั้งครมภ์ในวัยเรียนกับโรงพยาบาลเครือข่าย

4.2 สหชนากลุ่ม (รอบที่ 2) เป็นการร่วมกันระดมสมองวางแผนการดำเนินงานให้บรรลุตามกรอบมาตรฐาน YFHS เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมประเมินรับรองตามเป้าหมายที่กำหนด พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง มีกิจกรรม/การบริการในบางองค์ประกอบยังไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม ขาดหลักฐาน/ข้อมูลตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน เช่น มีนโยบายการดูแลวัยรุ่นแต่ขาดการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เก็บข้อมูลการให้บริการไม่ครบถ้วน เป็นต้น โดยกลุ่มได้สรุปว่าจะร่วมมือกันพัฒนาการดำเนินงานในระยะเวลาที่กำหนด

5 โรงพยาบาลให้คะแนนประเมินตนเอง พบว่า โรงพยาบาลแห่งที่ 1 - 3 มีคะแนนในภาพรวมทุกองค์ประกอบ คือ

คะแนน 62.66, 62.43 และ 55.68 คะแนนตามลำดับ

หลังจากการประชุมโรงพยาบาลและเครือข่าย ทั้ง 3 แห่ง ได้ร่วมกันพัฒนาตามแผนและมาตรฐาน และทีมผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยง (Coach) ให้คำแนะนำปรึกษาในประเด็นต่าง ๆ ที่สามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้

ระยะที่ 3 ระยะติดตามผล การนิเทศติดตาม การเยี่ยมเสริมพลัง ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนหลังจากการประชุมพัฒนาโรงพยาบาลและเครือข่ายร่วมกันพัฒนาตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด พบว่า โรงพยาบาล 2 แห่ง ขอรับการประเมินรับรองโรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลอีก 1 แห่ง พบอุปสรรคด้วยโรคระบาด Covid-19 ในพื้นที่รับผิดชอบ ส่งผลให้ยังไม่พร้อมที่จะขอรับการประเมินสรุปผลการประเมิน ตารางที่ 2

เกณฑ์คะแนนระดับคุณภาพการดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับดีเด่น 90-100 คะแนน, ระดับดีมาก 80-89 คะแนน, ระดับดี 70-79 คะแนน, และระดับพื้นฐาน คะแนนเท่ากับ 60-69 คะแนน โดยทุกองค์ประกอบต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่า 60 คะแนน

ตารางที่ 2 ผลการประเมินระดับการจัดบริการสุขภาพตามมาตรฐาน YFHS ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการให้คำปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยง (Coach) ของโรงพยาบาล 3 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการ

ร.พ.	ก่อนการให้คำปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยง คะแนนองค์ประกอบที่						หลังการให้คำปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยง คะแนนองค์ประกอบที่					
	1	2	3	4	5	ภาพรวม	1	2	3	4	5	ภาพรวม
แห่งที่ 1	64.44	62.41	61.67	65.68	60.00	62.66	90.00	85.74	80.00	76.75	80.00	82.73
แปลผล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	พื้นฐาน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ดีมาก
แห่งที่ 2	61.67	65.19	60.42	68.50	55.00	62.43	91.11	82.41	82.08	81.36	75.00	82.36
แปลผล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ดีมาก
แห่งที่ 3	53.33	79.63	36.25	68.21	30.00	55.68	ไม่พร้อมรับการประเมินฯ (วิกฤต Covid-19)					
แปลผล	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน						

1. ผลการประเมินการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า โรงพยาบาลแห่งที่ 1 และแห่งที่ 2 ผ่านการประเมินรับรองตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 ในระดับดีมาก

2. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสุขภาพ และบุคลากรที่มีต่อการเยี่ยมชมพัฒนาให้คำปรึกษาและการเป็นที่เลี้ยง (Coach) ของโรงพยาบาล พบว่า 1) ความพึงพอใจของวัยรุ่นต่อการจัดบริการคลินิกวัยรุ่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ผลรวมของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.28, SD = 0.63$) 2) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ผลรวมของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.03, SD = 0.51$) และ 3) ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อการเยี่ยมชมพัฒนา ที่เลี้ยง (Coach) ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.18, SD = 0.36$)

3. ปัจจัยความสำเร็จ ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคในการจัดบริการ YFHS ดังนี้ ปัจจัยความสำเร็จ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ 1. นโยบายที่ชัดเจนของผู้บริหาร 2. มีบุคลากรที่รับผิดชอบในการให้บริการ 3. ความร่วมมือของทุกเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 4. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ (ภายนอกหน่วยงาน เช่น อปท.) และ 5. การมีแผนงานโครงการในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพชัดเจน สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ 1. ระบบสุขภาพที่ยังมุ่งเน้นในเรื่องปัญหาของผู้สูงอายุและให้ความสำคัญในสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นน้อย 2. กลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงยาก ปกปิดข้อมูล บางคนยังไม่กล้ามารับบริการ ไม่กล้ามาปรึกษา 3. ภาวะโรคระบาด Covid-19 ภาระงานของเจ้าหน้าที่มากขึ้น โครงการต่าง ๆ ที่วางแผนไว้

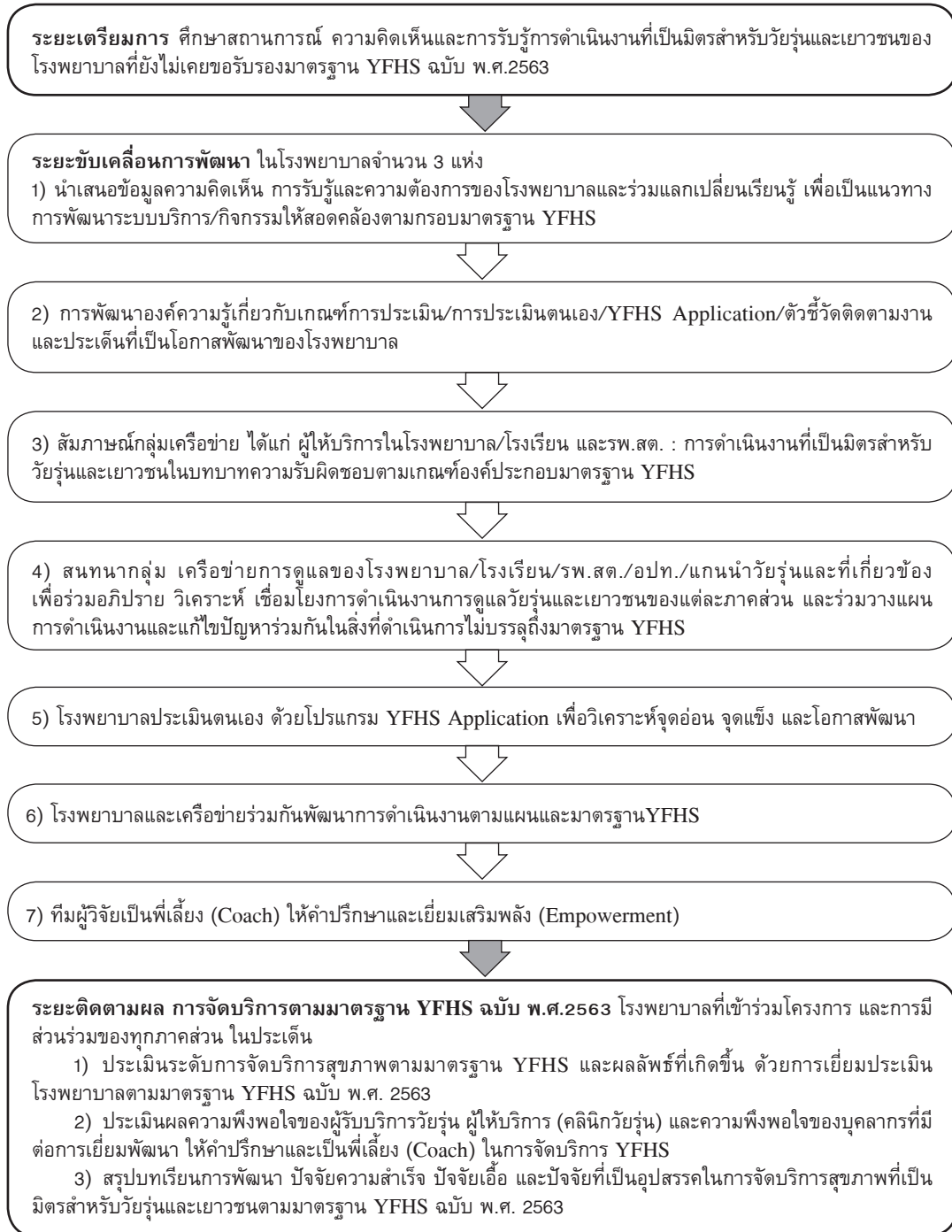
ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 4. ยังไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายในการให้บริการที่ประสบความสำเร็จและการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และ 5. ขาดการเชื่อมต่อด้านข้อมูล อนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่าง ๆ ทำให้วางแผนการดำเนินงานไม่ครอบคลุม

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนการพัฒนาโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 ตามสภาพเงื่อนไขของบริบทพื้นที่ ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังแผนภูมิที่ 1

■ อภิปรายผล

1) การศึกษาสถานการณ์ ความคิดเห็นและการรับรู้การดำเนินงานที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ และความต้องการและบริบทที่แท้จริงของโรงพยาบาล เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนพัฒนารูปแบบให้โรงพยาบาลสามารถได้รับการรับรองตามมาตรฐาน YFHS สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีรัตน์ เทียมหมอก เกตินิกิ สราวุธฤทธิชัย⁽¹⁰⁾ เรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในชุมชน ด้วยแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลของการวิจัย ทำให้ทราบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นมีความเสี่ยงหลายระดับ จากเสี่ยงน้อยถึงเสี่ยงมาก และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนพัฒนาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระดับบุคคล และยังสามารถสอดคล้องกับประกายดาว พรหมประพัฒน์⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็น

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 ตามสภาพเงื่อนไขของบริษัทพื้นที่ ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 5



มิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ที่ศึกษา สถานการณ์เงื่อนไขและความต้องการจำเป็น ในการดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS และ นำผลมาวางแผนการพัฒนาระบบบริการ ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

2) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ของโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐาน YFHS โดยการนำผลสำรวจความคิดเห็น การรับรู้การดำเนินงาน YFHS และความต้องการ ของโรงพยาบาล มาวางแผนพัฒนาระบบ บริการ ด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง (Participatory community) เกิด กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกัน พัฒนาการดำเนินงานให้ตรงกับสภาพปัญหา ของพื้นที่ โดยทีมพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแนะนำ ได้ตรงตามเป้าประสงค์ที่สอดคล้องตาม ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภายใต้พระราชบัญญัติการ ป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น พ.ศ.2559 ยุทธศาสตร์ข้อที่ 3 ของ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ ที่ว่าด้วยการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการ เจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร และดำเนิน การพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ.2563⁽¹⁾ และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ฉนิธน์ กวิวงศ์กำจร⁽²⁾ ที่ศึกษาการพัฒนา แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ใน วัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรในพื้นที่ ตำบลกุมภวาปี อำเภอ กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสร้างการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวชุมชนและองค์กรในพื้นที่เพื่อ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (improving by changing) จากวิธีการดูแลตนเองที่ไม่

เหมาะสม เป็นพฤติกรรมมาตรฐานที่เหมาะสม และยั่งยืน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ปรภายดาว พรหมประพัฒน์⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพของโรง พยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ เยาวชน ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความ ต้องการจำเป็น พบว่า ด้านการบริหารจัดการ และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและการสร้างความ ต้องการในการใช้บริการ (PNI=0.26) มีค่ามาก ที่สุด ผู้วิจัยได้วางแผนการดำเนินงานด้วยการ อบรม และสร้างความเข้าใจในเครือข่ายการดูแล กลุ่มวัยรุ่น และทีมการชี้แนะ ให้คำแนะนำการ พัฒนาบริการตามมาตรฐาน YFHS

3) ผลของการจัดบริการตามมาตรฐาน YFHS โดยโรงพยาบาลและเครือข่ายได้ ร่วมกันพัฒนาการดำเนินงานในทุกมิติ องค์กรประกอบและโรงพยาบาล 2 แห่ง ผ่านการ ประเมินรับรองโดยคณะกรรมการระดับเขต ผล การประเมินการจัดบริการอยู่ในเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีมาก ผลการประเมินความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการต่อการให้บริการ และ บุคลากรที่มีต่อการเยี่ยมพัฒนา ให้คำปรึกษา และการเป็นพี่เลี้ยง (Coach) ภาพรวมมีความ พึงพอใจในระดับมาก ($\bar{x} = 4.28, SD = 0.63$), ($\bar{x} = 4.03, SD = 0.51$) และ ($\bar{x} = 4.18, SD = 0.36$) สอดคล้องกับปรภายดาว พรหมประพัฒน์⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ยัง ไม่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พบว่า ผลการประเมินระดับการจัดบริการของ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการผ่านเกณฑ์การ ประเมินตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตร สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในทุกองค์ประกอบ

และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.83$ $SD=0.45$) และของบุคลากรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.11$, $SD=0.44$) เนื่องมาจากการจัดบริการได้ตามมาตรฐาน YFHS ของสถานบริการที่ได้รับการพัฒนาจากทีมพี่เลี้ยง (Coach) และยังสอดคล้องกับ Ambresin AE, Bennett K, Patton GC, Sancu IA, Sawyer SM⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการบริการด้านสุขภาพทางเพศที่คลินิก YFHS ในประเทศแซมเบีย ว่าเป็นมิตรต่อเยาวชนหรือไม่ ผู้วิจัยได้สรุปว่า คลินิก YFHS มีการให้บริการที่เป็นมิตรและให้ความสำคัญส่วนตัวต่อเยาวชนมากกว่าคลินิกทั่วไป โดยเยาวชนส่วนมากที่เข้ารับบริการพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ และผู้ให้บริการให้ความสำคัญส่วนตัวกับเยาวชน

4) ปัจจัยความสำเร็จ ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคในการจัดบริการ YFHS : ปัจจัยความสำเร็จ ปัจจัยเอื้อ 3 อันดับแรก คือ 1. นโยบายที่ชัดเจนของผู้บริหาร 2. มีบุคลากรที่รับผิดชอบในการให้บริการ 3. ความร่วมมือของทุกเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 4. ได้รับสนับสนุนงบประมาณ (ภายนอกหน่วยงาน เช่น อปท.) และ 5. การมีแผนงานโครงการในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพชัดเจน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ควรพัฒนาขึ้นมาจากบริบทของการจัดบริการในโรงพยาบาลนั้น ๆ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผนและพัฒนา เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน ทีมพี่เลี้ยงเป็นส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำเพื่อการแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น ส่งผลให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคคือ 1. ระบบสุขภาพที่ยังมุ่งเน้นในเรื่องปัญหาของผู้สูงอายุและให้ความสำคัญในสุขภาพกลุ่ม

วัยรุ่นน้อย 2. กลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นที่เสี่ยงเข้าถึงยาก ปกปิดข้อมูล บางคนยังไม่กล้ามารับบริการ ไม่กล้ามาปรึกษา 3. ภาวะโรคระบาด Covid-19 ภาระงานของเจ้าหน้าที่มากขึ้น โครงการต่างๆ ที่วางแผนไว้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 4. ยังไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายถึงแนวทางการให้บริการที่ประสบความสำเร็จ และการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และ 5. ขาดการเชื่อมต่อด้านข้อมูลนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่างๆ ทำให้ไม่สามารถวางแผนการดำเนินงานได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับประกายดาว พรหมประพัฒน์⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พบปัจจัยจูงใจในความสำเร็จในการจัดบริการ 1) นโยบายที่มีความชัดเจนในการดำเนินงาน 2) บุคลากรที่มีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ และ 3) มีแนวทางร่วมกันในการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่ายในการดำเนินงาน ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรค 1) ขาดข้อมูลสารสนเทศของกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่เพื่อนำมาใช้เป็นฐานในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรตามบริบทของพื้นที่ 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายถึงแนวทางการให้บริการที่ประสบความสำเร็จ และการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และ 3) เครือข่ายในการเข้าร่วมพัฒนาระบบบริการไม่ครอบคลุม และยังสอดคล้องกับ Huaynoca S, Svanemyr J, Chandra-Mouli VC, Moreno Lopez DJ.⁽¹⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อขยายบริการรูปแบบ YFHS ในประเทศโคลัมเบีย โดยศึกษาปัจจัยที่เกื้อหนุนและปัจจัยที่ขัดขวางการขยายบริการ YFHS ผู้วิจัยระบุปัจจัยที่ช่วยเกื้อหนุน

การขยายบริการ YFHS คือ 1) ระบุนโยบายไว้ชัดเจน เช่น วิธีการให้บริการ หน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้อง 2) ระบุชัดเจนว่าผู้ให้บริการและผู้สนับสนุน คือใคร 3) ผู้เกี่ยวข้องเหล่านี้ทุกคนต้องร่วมมือกัน เช่น ผู้ดูแลเรื่องงบการเงินต้องให้เงินสนับสนุนการบริการ 4) สังคมควรให้การสนับสนุน และให้ความร่วมมือกับการบริการ YFHS และ 5) มีการตรวจสอบติดตาม และประเมินการบริการอยู่เสมอ ส่วนปัจจัยที่จำกัดการขยายการบริการ YFHS คือ 1) จำนวนผู้ให้บริการที่ไม่เพียงพอ รวมถึงอัตราการลาออกของผู้ให้บริการที่สูง 2) การสนับสนุนทางการเงินที่ไม่เพียงพอ และ 3) ทักษะคิดที่เป็นลบของคนในสังคมต่อการให้การบริการและคำปรึกษาด้านสุขภาพทางเพศ

■ ข้อเสนอแนะ

- 1) การพัฒนาระบบบริการ YFHS ควรพัฒนาขึ้นมาจากริบทของการจัดบริการในโรงพยาบาล
- 2) ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการพัฒนาระบบบริการเกิด

การบูรณาการงานร่วมกัน

3) ทีมพี่เลี้ยงและการเยี่ยมเสริมพลังเป็นส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำตามบริบท ช่วยแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานยั่งยืน

4) ควรมีการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงาน YFHS สำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองฯ ร่วมกับการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

5) ทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด ควรนำรูปแบบการพัฒนาบริการสุขภาพ ไปขยายผลในโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการประเมินรับรอง

■ กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วย การสนับสนุนจากหลายฝ่าย ขอขอบพระคุณคุณประกายดาว พรหมประพัฒน์ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัยและเป็นที่ปรึกษาโครงการ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบปรับปรุงเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณโรงพยาบาลและเครือข่ายทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานมายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi64/1_13/1_13_1-12.pdf
2. สำนักงานมายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://rhold.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=86
3. สิริพร มนยฤทธิ์. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักในเยาวชนประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1006020200507053840.pdf>
4. สำนักงานมายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น พ.ศ.2559. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพปัญญาอินทร์; 2560.

5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (ฉบับบูรณาการ) และแบบประเมินตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2558.
6. World Health Organization (WHO). Global standards for quality health care services for adolescents Volume 1: Standards and criteria. Geneva: WHO Regional Office; 2015.
7. กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง. การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในประเทศไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563;43(2):90-103.
8. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ระยะ 3 ปี (ปีงบประมาณ 2562-2564). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
9. ประเวศน์ มหารัตน์สกุล. แนวคิด หลักการ และกระบวนการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ปัญญาชน; 2561.
10. มณีรัตน์ เทียมหมอก, เกตินิกี สราญฤทธิชัย. การพัฒนาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2560;33(3):38-46.
11. ปรกาศดาว พรหมประพัฒน์. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน. วารสารสุขภาพศึกษา 2561;41(2):128-40.
12. พิมพ์ฉนิชฉิน ภิวงค์กัจจร. การพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรในพื้นที่ ตำบลกุ่มกวางปี อำเภอกุ่มกวางปี จังหวัดอุตรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(4):609-17.
13. Ambresin AE, Bennett K, Patton GC, Sanci LA, Sawyer SM. Assessment of youth-friendly health care: A systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. J Adolesc Health 2013;52(6):670-81.
14. Huaynoca S, Svanemyr J, Chandra-Mouli VC, Moreno Lopez DJ. Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia. Reprod Health 2015;12:90. doi: 10.1186/s12978-015-0079-7

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยบทเรียน E-Learning สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

พรชเนตต์ บุญคง

เปรมฤทัย เกตุเรน

ชลธิชา ชัยหนองเปิน

สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย

วันรับ 18 สิงหาคม 2564, วันแก้ไข 1 ตุลาคม 2564, วันตอบรับ 10 ตุลาคม 2564

บทคัดย่อ

ข้อจำกัดของการดำเนินงานด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ กำลังคน งบประมาณ และเวลาปฏิบัติงาน จึงทำให้เกิดแนวคิดในการนำระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศเข้ามาช่วยในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยบทเรียน E-learning การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) รวมทั้งศึกษาผลสัมฤทธิ์การใช้งานและความพึงพอใจของผู้เรียน เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดของ ADDIE Model เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1. การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ผ่านบทเรียน E-learning ที่สร้างขึ้นด้วยโปรแกรม MOOC Anamai 2. ประเมินประสิทธิภาพบทเรียนโดยพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนก่อนเรียนและหลังเรียน 3. แบบทดสอบวัดความพึงพอใจของบทเรียน โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการทดสอบ Paired Samples T-test ผลการศึกษาพบว่า บทเรียน E-learning การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ E1 มีค่าเท่ากับ 73.02, E2 มีค่าเท่ากับ 80.36 ซึ่งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้พบว่า ผลคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และความพึงพอใจของผู้เรียนต่อบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ พบว่ามีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ : บทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ การเรียนรู้ด้วยตนเอง พัฒนาการเด็กปฐมวัย คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

Development of an E-learning course for healthcare workers studying the developmental surveillance and promotion manual (DSPM)

Phonchanet Bunkhong

Premruthai Ketren

Chonthicha Chainongpan

The National Institute of Child Development, Department of Health.

Received 18 August 2021, Revised 1 October 2021, Accepted 10 October 2021.

Abstract

Key problems in development of professional personal potential of healthcare workers are manpower, budget and working hours. Purpose of the study is to develop an E-learning course for healthcare workers for studying the developmental surveillance and promotion manual (DSPM) by adopting an instructional systems design framework, ADDIE Model. The sample group of healthcare workers enrolled in the E-learning course of DSPM through MOOC Anamai platform. The efficiency of the E-learning DSPM was measured from the intra- and post-learning scores of students using the percentage of mean value. The effectiveness of the E-learning DSPM was analyzed the pre- and post-learning scores of students using Paired Samples T-test. The results of the study found that E-learning course built effective according to the criteria E1/E2 is equal to 73.02/80.36, respectively. The efficiency result of the E-learning DSPM is higher than the standard criteria. In addition, by observing the satisfaction of students enrolled in the E-learning DSPM was found as high satisfied level

Keywords : E-learning, Self-Learning, Early Childhood Development, Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)

■ บทนำ

ในปัจจุบันเป็นยุคสังคมแห่งการเรียนรู้ ในภาวะที่โลกกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การพัฒนาทางเทคโนโลยีสารสนเทศคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตมีความก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว และเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ อาจกล่าวได้ว่าสังคมก้าวเข้าสู่ยุคอินเทอร์เน็ตในทุกสิ่ง (Internet of Things: IOT)⁽¹⁾ การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นสิ่งสำคัญมากในปัจจุบันเพราะโลกมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเรียนรู้ผ่าน

บทเรียน E-learning จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเสาะแสวงหาความรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ช่วยอำนวยความสะดวกให้ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ที่ใดในโลกก็สามารถเรียนรู้ได้เท่ากัน โดยไม่จำเป็นต้องเรียนรู้จากห้องเรียนเท่านั้น เพื่อตอบสนองต่อพฤติกรรมของคนในยุคปัจจุบัน⁽²⁻³⁾ ที่ต้องการความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการตัดสินใจ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชากรไทยเพื่อส่งเสริม

ให้คนไทยมีสุขภาพดี จึงจำเป็นต้องยกระดับคุณภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้มีความรู้ความสามารถที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับประชาชนได้ตามที่มุ่งหวังโดยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านมา รูปแบบจะเป็นการจัดฝึกอบรมทั้งระยะสั้นและยาวและมีข้อจำกัดจากงบประมาณที่ได้รับ เช่นเดียวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กในทุกพื้นที่พบปัญหาการขาดบุคลากรและมีการปรับเปลี่ยนบุคลากรในการทำงาน ส่งผลต่อการทำงาน และในสถานการณ์ปัจจุบันยังมีข้อจำกัดที่ต้องทำให้หน่วยงานเกือบทุกแห่งเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร⁽⁴⁻⁵⁾ ได้แก่ การเกิดโรคระบาดจากเชื้อโคโรนาไวรัส ซึ่งส่งผลต่อรูปแบบการใช้ชีวิตและรูปแบบการเรียนรู้การฝึกอบรม

จากปัญหาและสถานการณ์ดังกล่าว สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กระดับประเทศ จึงได้พัฒนาบทเรียน E-learning เพื่อพัฒนาทักษะการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)⁽⁶⁾ และเป็นการเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มผู้เรียนได้เข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และใช้เป็นช่องทางหนึ่งที่จะช่วยยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กในพื้นที่ต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้การใช้คู่มือ DSPM ผ่านบทเรียน E-learning สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์

2. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนการใช้คู่มือ DSPM ผ่านบทเรียน E-learning สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจการใช้คู่มือ DSPM ผ่านบทเรียน E-learning สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

■ กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ บทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

ตัวแปรตาม ได้แก่

1. ประสิทธิภาพการพัฒนาบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ที่ลงทะเบียนเรียน ในบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM

3. ความพึงพอใจการใช้บทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานและเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

● **กลุ่มประชากร** ผู้ที่ลงทะเบียนเรียนในบทเรียน E-Learning การใช้คู่มือ DSPM ปีงบประมาณ 2564 ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งสิ้น 135 คน

● **กลุ่มตัวอย่าง** คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ที่ลงทะเบียนเรียนบทเรียน E-Learning เรื่องการใช้คู่มือ DSPM ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงทั้งหมด (Purposive sampling) ซึ่งผ่านตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่เลือกคัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)

1.1 มีชั่วโมงการเข้าเรียนในบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM ครบจำนวน 62 นาทีและมีเวลาเรียนในแต่ละหัวข้อ ครบตามที่กำหนดไว้ในบทเรียน

1.2 ทำแบบทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียนครบทุกข้อ

1.3 ได้รับใบประกาศนียบัตรจากระบบ

1.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่เลือกคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

2.1 ไม่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

2.2 เรียนไม่ครบตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในบทเรียน

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 100 คน นำเข้ามาทำการศึกษาทั้งหมด

● **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

1. บทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

และบุคลากรทางการแพทย์ ที่สร้างขึ้น โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้เวลารวมทั้งหมด 62 นาที

2. แบบประเมินก่อนและหลังเรียนการใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแบบปรนัยชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ซึ่งได้นำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85 จากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้เรียน จำนวน 14 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ด้วยการหาค่าความยากง่าย (p) อยู่ระหว่าง 0.21-1.00 ค่าอำนาจจำแนก (r) ระหว่าง 0.20-0.80 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ เท่ากับ 0.70 โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) เพื่อนำไปใช้ในการวัดความรู้ก่อนและหลังเรียน

3. แบบทดสอบวัดความพึงพอใจในบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

● **การเก็บและรวบรวมข้อมูล** ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยใช้กรอบแนวคิดของ ADDIE Model มี 5 ขั้นตอน แสดงในรูปภาพที่ 1 และมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิเคราะห์ (A: Analysis)

1.1 วิเคราะห์วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย การส่งเสริมและการเฝ้าระวังพัฒนาเด็กปฐมวัยตามช่วงวัยที่สำคัญ ได้แก่ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน

1.2 การวิเคราะห์ผู้เรียน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ เพราะจะมีผลต่อการใช้บทเรียน

E-learning ซึ่งต้องมีทักษะการใช้งานโปรแกรมคอมพิวเตอร์ระดับพื้นฐาน และมีความสนใจในการเรียนด้วยบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์

1.3 การวิเคราะห์เทคโนโลยีที่ใช้ในการพัฒนาบทเรียน E-learning บนระบบ MOOC Anamai ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีมาบริหารจัดการการเรียนการสอนปัจจุบันผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และอุปกรณ์ไร้สายในรูปแบบของมัลติมีเดีย โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา

2. การออกแบบ (D: Design) การออกแบบเนื้อหาสำหรับบทเรียน E-learning ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการใช้คู่มือ DSPM สำหรับออกแบบในบทเรียนออนไลน์ โดยได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข ประกอบด้วย เนื้อหาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 9 แผนการจัดการเรียนรู้ ดังนี้

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 1 ที่มาและความสำคัญของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 2 ความสำคัญของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 3 การดูแลการเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-6 ปี

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 4 การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 5 การประเมินพัฒนาการเด็กช่วงอายุ 9 เดือน

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 6 การประเมิน

พัฒนาการเด็กช่วงอายุ 18 เดือน

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 7 การประเมิน

พัฒนาการเด็กช่วงอายุ 30 เดือน

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 8 การประเมิน

พัฒนาการเด็กช่วงอายุ 42 เดือน

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 9 การประเมิน

พัฒนาการเด็กช่วงอายุ 60 เดือน

3. การพัฒนา (D: Developments)

3.1 การพัฒนารายละเอียดเนื้อหาในแผนการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ ข้อความ ภาพ เสียง วิดีโอ

3.2 การสร้างบทเรียน E-learning โดยการสร้างบทเรียนลงในระบบโปรแกรมสำเร็จรูป MOOC Anamai ซึ่งเป็นแหล่งรวบรวมองค์ความรู้เพื่อใช้ในการสื่อสารผ่านการเรียนรู้ด้วยตนเองของกรมอนามัย มีการสร้างแบบประเมินความรู้ก่อน ระหว่างและหลังเรียน รวมถึงแบบประเมินความพึงพอใจ โดยนำเสนอ รายละเอียดเนื้อหาให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิด้านพัฒนาการเด็กเพื่อพิจารณา

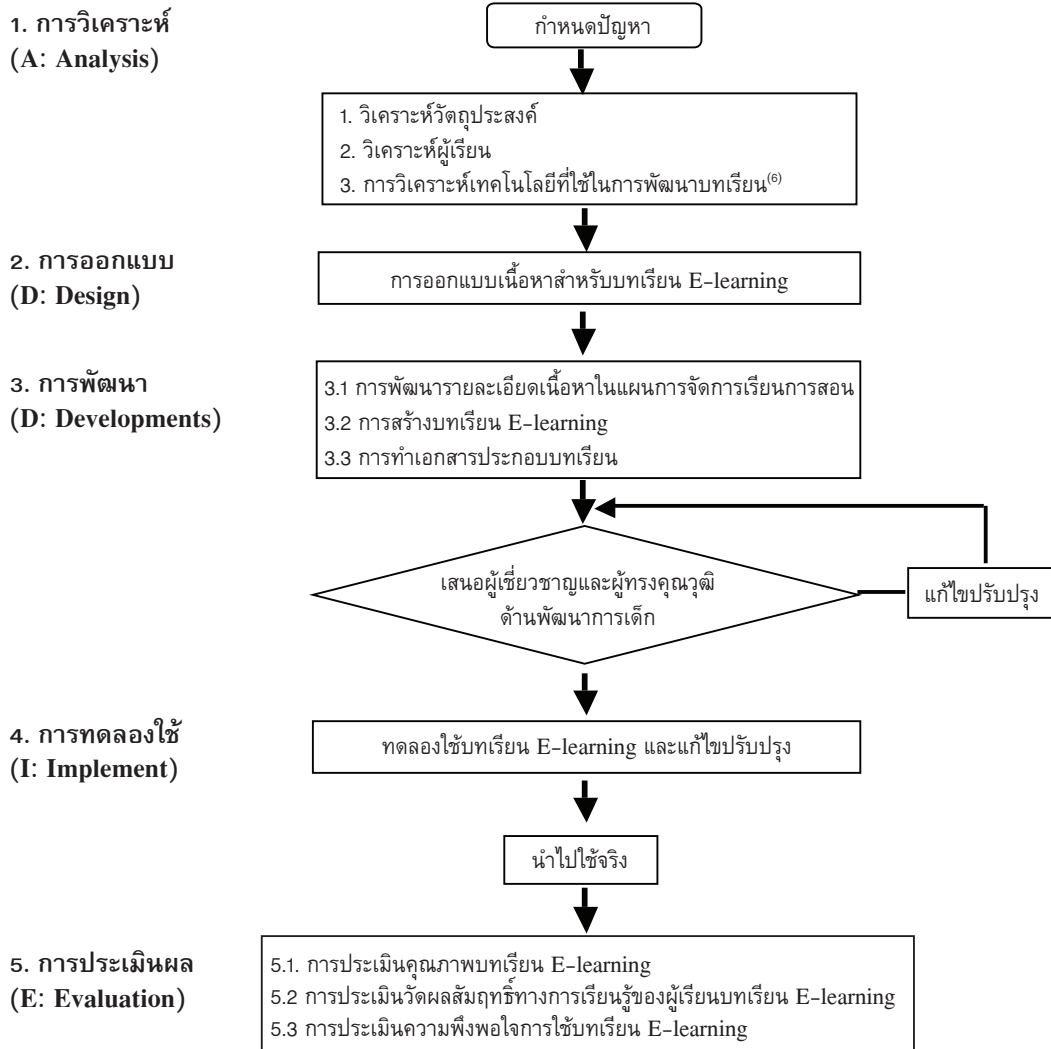
3.3 การทำเอกสารประกอบบทเรียน โดยจัดทำเป็นคู่มือการใช้งาน เพื่อแนะนำให้ผู้เรียนทราบถึงรายละเอียดการใช้งาน รวมถึงรายละเอียดเนื้อหาในแต่ละหน่วยการเรียนรู้

4. การทดลองใช้ (I: Implement)

นำบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ทดลองใช้กับผู้เรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน เพื่อหาประสิทธิภาพบทเรียน โดยการหาค่าประสิทธิภาพ (E1/E2) ซึ่งสามารถทำได้โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้เรียนที่ทำได้ระหว่างเรียน และคะแนนเฉลี่ยหลังเรียน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการเรียนรู้ในบทเรียน E-learning ต่อไป

5. การประเมินผล (E: Evaluation)

5.1 การประเมินคุณภาพบทเรียน



ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างการพัฒนาบทเรียนออนไลน์โดยใช้รูปแบบ ADDIE Model (ADDIE Instructional Design) มาประยุกต์ในกระบวนการออกแบบและพัฒนากระบวนการเรียนการสอน

E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

5.2 การประเมินวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของผู้เรียนผ่านบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

5.3 การประเมินความพึงพอใจการ

ใช้บทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

● การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.1 การตรวจสอบประสิทธิภาพของบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

1) การวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ใช้การหาค่าเฉลี่ย⁽⁷⁾ (Mean)

2) การหาค่าประสิทธิภาพของบทเรียน E-learning โดยใช้เกณฑ์ E1/E2⁽⁸⁾ เกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ 60/60 โดยการคำนวณหาค่าประสิทธิภาพตัวแรก (E1) จากร้อยละของคะแนนเฉลี่ยที่ผู้เรียนตอบถูกจากการทำแบบฝึกหัดระหว่างเรียน ส่วนค่าประสิทธิภาพตัวหลัง (E2) คำนวณหาโดยการนำผลการทดสอบที่ได้จากแบบทดสอบหลังเรียนไปหาราค่าร้อยละ (Percentage)

1.2 การหาค่าคุณภาพของแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยการหาค่าความเที่ยงตรง ของเนื้อหา (IOC) ค่าความยากง่าย (p) ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น (reliability)

2. ขั้นตอนหาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้

2.1 ระดับความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน โดยการทดสอบความแตกต่างของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่างหลังเรียนกับก่อนเรียน ใช้ค่า Paired Samples T-test แบบ dependent Sample รวมถึงการหาค่าดัชนีประสิทธิผลของบทเรียน (Effectiveness Index: E.I)⁽⁹⁾ เพื่อแสดงให้เห็นถึงขนาดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ที่เกิดขึ้นหลังการใช้บทเรียน E-learning ของกลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียว

2.2 ระดับความพึงพอใจของผู้เรียนใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากกรมอนามัย เอกสารรับรองเลขที่ 453/2564 รับรองเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2564

■ ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าศึกษาบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.00 เป็นเพศชายร้อยละ 8.00 มีอายุระหว่าง 22-40 ปี ร้อยละ 77.00 อยู่ระหว่าง 41-56 ปี ร้อยละ 15.00 เกินกว่าครึ่งมีตำแหน่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 67.00 ตำแหน่งพยาบาลร้อยละ 33.00 ดังตารางที่ 1

2. การพัฒนาและการหาประสิทธิภาพบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

ผลการพัฒนาบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ศึกษาพัฒนาบทเรียนโดยใช้รูปแบบ ADDIE Model มาประยุกต์ในกระบวนการออกแบบและพัฒนาบทเรียน ซึ่งผลการประเมินคุณภาพบทเรียนตามแผนการเรียนรู้ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ภาพรวมคุณภาพอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 0.79 ดังตารางที่ 2 ในส่วนของการหาประสิทธิภาพของบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ มาทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างเรียนเท่ากับ 19.71 คิดเป็นร้อยละ 73.02 หลังเรียนเท่ากับ 16.07

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	92	92.00
ชาย	8	8.00
อายุ		
22-40 ปี	77	77.00
41-56 ปี	15	15.00
ไม่ระบุ	8	8.00
\bar{X} = 33.59 ปี S.D= 7.48 อายุสูงสุด 56 ปี, อายุต่ำสุด 22 ปี		
อาชีพ		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	67	67.00
พยาบาล	33	33.00

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

รายการประเมิน	ผู้เชี่ยวชาญ (N=3)		ระดับคุณภาพ
	\bar{X}	SD	
1.ด้านเนื้อหา	4.20	0.86	มาก
2.ด้านการออกแบบ – กราฟิก	3.67	0.50	ปานกลาง
3.ด้านเทคโนโลยีและการจัดการบทเรียน	3.83	0.83	ปานกลาง
4.ด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	4.00	0.81	มาก
5.ด้านการวัดและประเมินผล	4.33	0.50	มาก
รวมเฉลี่ย	4.02	0.79	มาก

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ (n=14)

แบบทดสอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนรวม	คะแนนเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย
ระหว่างเรียน (E ₁)	27	276	19.71	2.12	73.02
หลังเรียน (E ₂)	20	225	16.07	1.52	80.36

* เกณฑ์ E1/E2 ที่กำหนดในการศึกษาคั้งนี้ 60/60

คิดเป็นร้อยละ 80.36 แสดงให้เห็นว่าบทเรียนมีประสิทธิภาพ 73.02/80.36 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังตารางที่ 3

3. ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่างก่อนเรียนและหลังเรียนด้วยบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์

พิจารณาจากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงขึ้นจากผลคะแนนที่ได้จากการทำแบบทดสอบหลังเรียน มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเรียน ซึ่งการศึกษาค้างนี้ได้พิจารณาจากการคำนวณค่า t-test แบบ Dependent Samples พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนที่เรียนรู้ผ่านบทเรียน E-learning สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4 รวมถึงการหาค่าดัชนีประสิทธิผลของบทเรียน (Effectiveness Index : E.I) พบว่าค่าดัชนีประสิทธิผลได้เท่ากับ 0.51 แสดงว่ากลุ่มผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 51.0 ดังตารางที่ 5

4. ผลความพึงพอใจของผู้เรียน

ที่มีต่อบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ($x=4.19$, $SD. =0.60$) ดังตารางที่ 6

■ อภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนาบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ อภิปรายผลได้ดังนี้

1. การสร้างและหาประสิทธิภาพบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ศึกษาพัฒนาบทเรียนโดยใช้รูปแบบ ADDIE Model มาประยุกต์ในกระบวนการออกแบบและพัฒนาระบบการเรียนการสอนมีขั้นตอนและรายละเอียด เป็นลำดับ มีเนื้อหา 9 แผนจัดการเรียนรู้ ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาประเมินคุณภาพบทเรียนโดยเฉลี่ยภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ศึกษาได้ทำการ

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนที่เรียนด้วยบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ (n=100)

การทดสอบ	(N)	\bar{X}	S.D.	df	t	Sig (1-tailed)
ก่อนเรียน	100	11.6	2.41	99	21.64*	0.05
หลังเรียน	100	15.93	1.60			

*มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 5 การทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้อีก่อนเรียนและหลังเรียน (n=100)

คะแนนทดสอบ	จำนวนนักเรียน	คะแนนเต็ม	ผลรวมคะแนน	ดัชนีประสิทธิผล
ทดสอบก่อนเรียน	100	20	1,160	0.51
ทดสอบหลังเรียน	100	20	1,593	

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ
 ใฝ่าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ
 บุคลากรทางการแพทย์ (n=100)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ด้านรูปแบบการนำเสนอ	4.09	0.67	ระดับดี
1.1 คุณภาพภาพนิ่ง	3.89	0.74	ระดับดี
1.2 คุณภาพของภาพเคลื่อนไหว	4.29	0.54	ระดับดี
2. ด้านเนื้อหา	4.22	0.59	ระดับดี
2.1 เนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์	4.28	0.53	ระดับดี
2.2 เนื้อหาที่มีความถูกต้อง	4.27	0.53	ระดับดี
2.3 ลำดับขั้นในการนำเสนอเนื้อหา	4.26	0.52	ระดับดี
2.4 ความเหมาะสมของปริมาณเนื้อหา	4.26	0.66	ระดับดี
2.5 ความชัดเจนในการนำเสนอเนื้อหา	4.27	0.51	ระดับดี
2.6 ความเหมาะสมของเนื้อหากับระดับของผู้เรียน	4.09	0.67	ระดับดี
2.7 ระยะเวลาในการนำเสนอเนื้อหา	4.09	0.69	ระดับดี
2.8 ความสอดคล้องของแบบทดสอบกับเนื้อหา	4.20	0.55	ระดับดี
ความพึงพอใจภาพรวม	4.19	0.60	ระดับดี

ค้นคว้าเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทเรียน E-learning ก่อนที่จะดำเนินการสร้างและหาประสิทธิภาพของบทเรียน E-learning ตามหลักการและขั้นตอนของการออกแบบและพัฒนา เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้การใช้คู่มือ DSPM ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาจากการตรวจนิเทศราชการร่วมกับพื้นที่ พบว่าปัญหาของการขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กที่สำคัญ คือ เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการใช้เครื่องมือ DSPM สาเหตุส่วนใหญ่ คือ ไม่มีเวลา ไม่มีงบประมาณ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรทำงาน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบอยู่เสมอ การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลาผ่านโทรศัพท์มือถือ หรือ

คอมพิวเตอร์พกพา จึงเป็นช่องทางหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการใช้งานในบทเรียน E-learning จึงได้มีการวิเคราะห์ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้งาน ซึ่งส่วนใหญ่มีความสามารถในการใช้งานคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต⁽¹⁰⁾ รวมถึงการวิเคราะห์เนื้อหาวัตถุประสงค์ สำคัญ ให้สอดคล้องกับสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องเรียนรู้ในการใช้คู่มือ DSPM เพื่อใช้ประกอบการทำงาน ในส่วนขั้นตอนของการพัฒนานั้นได้มีการสร้างบทเรียนโดยการนำบทเรียน ไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงนักวิชาการทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้คู่มือ DSPM เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข

2. ผลการหาประสิทธิภาพบทเรียน

E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ ให้มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 60/60 จากการศึกษาพบว่าบทเรียนมีประสิทธิภาพ 73.02/80.36 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด อาจเป็นเพราะว่าบทเรียนที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการใช้บทเรียน E-learning มีประสิทธิภาพที่เชื่อถือได้ เนื่องจากได้ศึกษาค้นคว้ารายละเอียดเนื้อหาที่ต้องใช้สำหรับการเรียนรู้การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ และในการสร้างบทเรียน E-learning ได้ผ่านการทดสอบหาค่าประสิทธิภาพของบทเรียน โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติที่เหมือนกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา และหาข้อบกพร่องต่างๆ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข ได้แก่ การปรับปรุงระบบให้รองรับกับจำนวนผู้เข้าเรียนที่เพิ่มมากขึ้น หรือมีการจำกัดจำนวนผู้สมัครเข้าใช้งาน การปรับรายละเอียดเนื้อหาเพื่อความเหมาะสมกับผู้เรียน ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาบทเรียนออนไลน์ที่ผ่านมา⁽¹¹⁻¹²⁾ พบว่าส่วนใหญ่แล้วบทเรียน E-learning จะมีการพัฒนาเนื้อหาที่ก่อนนำมาใช้ทำให้ประสิทธิภาพของบทเรียนสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

3. ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่างก่อนเรียนและหลังเรียนด้วยบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้นและผลคะแนนที่ได้จากการทำแบบทดสอบหลังเรียนมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แสดงให้เห็นว่าบทเรียน E-learning ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นเนื่องจากการสร้างและหาประสิทธิภาพของบทเรียนมาแล้วเนื้อหาจึงมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยในแต่ละแผนการเรียนรู้อิงของบทเรียน ผู้เรียนจะต้องทำแบบประเมินความรู้ระหว่างเรียน และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผ่านระบบ Line group ซึ่งมีการเชื่อมต่ออยู่ตลอดทำให้ผู้เรียนสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองได้ทันที เป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้เรียนสามารถทำข้อสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้ดีขึ้น ข้อสอบที่ใช้ในการวัดผลได้ผ่านการสร้างตามขั้นตอนและผ่านการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มีการวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์จากการนำไปทดลองใช้ หาความยากง่าย อำนวยความสะดวก และความเชื่อมั่น สอดคล้องกับการศึกษาการหาค่าประสิทธิผลจากการเรียนด้วยบทเรียน E-learning^(11,13) เมื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน พบว่าคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อบทเรียน E-learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะสามารถจัดการเรียนรู้ได้ทุกสถานที่ ทุกเวลา อีกทั้งบทเรียนมีความหลากหลาย ได้แก่ การเรียนรู้ผ่านคลิปวิดีโอผ่าน infographic รวมถึงการสื่อสารผ่านทาง Line group มีการให้ผลการเรียนรู้ออกกลับทันทีเมื่อเรียนสำเร็จในแต่ละแผนการเรียนรู้อาจทำให้เกิดความกระตือรือร้น มากกว่าการนั่งฟังบรรยายหรือการเรียนรู้อาจจากการจัดประชุมอบรมทั่วไป^(12,14-15) แต่มีบางการศึกษาพบว่าบทเรียน

ด้วยตนเองผ่านบทเรียน E-learning มีข้อจำกัดต่อการเรียนรู้ เช่น สิ่งแวดล้อมอุปกรณ์ รวมถึงสื่อที่จัดทำขึ้นในบทเรียนไม่น่าสนใจต่อการเรียนรู้⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ ทำให้รูปแบบการเรียนรู้แบบ E-learning อาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลบางกลุ่ม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นสำหรับการใช้บทเรียน E-learning คือความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้งาน ได้แก่ สัญญาณและความเร็วของสัญญาณอินเทอร์เน็ตของผู้เรียน แนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้บทเรียน E-Learning จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาห้องเรียนออนไลน์⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ เช่น ส่งเสริมการใช้งานให้มากขึ้น มีการกำหนดนโยบายการใช้งานห้องเรียนออนไลน์ในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยให้มีการเข้ารับการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ต่อปีขึ้นอยู่กับแต่หน่วยงานกำหนดต่อไป

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน

1. บทเรียน E-Learning มีข้อจำกัดสำหรับการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะ จึงจำเป็นต้องมีช่องทางหรือรูปแบบการฝึกปฏิบัติที่เข้ามาเสริมในบทเรียน E-Learning ได้แก่ การใช้โปรแกรมที่สามารถสื่อสารได้สองทาง เช่น โปรแกรม CISCO WebEx Meetings, ZOOM Meetings, Google Meet, AVAYA หรือการอัดวิดีโอการฝึกปฏิบัติส่งกลับมาให้ผู้สอนพิจารณา เป็นต้น เพื่อให้รูปแบบการเรียนรู้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2. พัฒนาช่องทางการเรียนรู้ด้วยตนเองในรูปแบบบทเรียน E-Learning การใช้คู่มือ DSPM สำหรับกลุ่มครูผู้ดูแลเด็กและกลุ่มพ่อแม่ ผู้ปกครอง เพื่อสร้างความรอบรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้กับบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการดูแลเด็ก

● ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความพร้อมในการเรียนรู้โดยการชี้นำตนเองของผู้เรียนในการพัฒนาการเรียนการสอน ด้วยบทเรียน E-Learning

2. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้ผ่านบทเรียน E-Learning สำหรับผู้เรียนในระยะยาวเพื่อนำมาใช้ในการประกอบผลการศึกษามีความสมบูรณ์

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.วัลลภ ไทยเหนือ พญ.ศิริพร ภัณฑนะ พญ.ศิริกุล อิศรานุรักษ์ ผู้บริหารและนักวิชาการจากสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย รวมถึงนักวิชาการที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กจากสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ และศูนย์อนามัยที่ 1-12 ที่ให้ความร่วมมือในการร่วมผลิตเนื้อหา รวมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา อีกทั้งยังอำนวยความสะดวกในการประชาสัมพันธ์การใช้งานในบทเรียน E-learning กับพื้นที่ ทำให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงศึกษาธิการ. การวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: วีทีซีคอมมิวนิเคชั่น; 2548.
2. พิชัย ทองดีเลิศ. การนำเสนอรูปแบบการเรียนรู้ร่วมกันบนเครือข่ายคอมพิวเตอร์สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรีที่มีรูปแบบการเรียนต่างกัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
3. ณัฐฐิลา ศิริรัตน์. แนวทางการสร้างและพัฒนาบทเรียน E-Learning. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาผู้บริหารการศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ; 2549.
4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.
5. Mistretta S. The New Netiquette: Choosing Civility in an Age of Online Teaching and Learning. *International Journal on E-Learning* 2021;20(3):323-45.
6. Halim A, Asslia JL, and Azhar AA. Developing E-Learning Media for ESP Learning Of English For Nursing Students. *Journal Pendidikan* 2019;11(2):243-55.
7. สุวิมล ติรภานนท์. การใช้สถิติในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุงใหม่. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
8. ชัยยงค์ พรหมวงศ์. การทดสอบประสิทธิภาพสื่อหรือชุดการสอน. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย* 2013;5(1): 1-20.
9. มานิตย์ อาษานอก. การพัฒนาและหาประสิทธิภาพและประสิทธิผลนวัตกรรมสำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง. *วารสารเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม* 2018;1(2):9-18.
10. Boghikian-Whitby S. and Mortagy Y. The effect of student background in e-Learning Longitudinal study. *Issues in Informing Science & Information Technology* 2008;5:107-26.
11. กรกนก ยงค์โภชน. ศึกษาการพัฒนาบทเรียนออนไลน์ตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ วิชาประวัติศาสตร์ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนเขาคะลาวิทยาคม [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง มหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2561.
12. กาญจนา รัตนธีระวิเชียร. การพัฒนาบทเรียนออนไลน์ วิชาอัลกอริทึมเบื้องต้น เรื่อง การเขียนผังงาน สำหรับนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง* 2012;1(1):99-110.
13. ศุภเศรษฐ์ ฝั่งบัว. การพัฒนาบทเรียนออนไลน์ วิชา อินเทอร์เน็ต ด้วยแอปพลิเคชัน Google classroom สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. *วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม* 2563;15(2):241-54.
14. ภาณุวัฒน์ วรพิทย์เบญญา, จำรัส กลิ่นหนู และณรงศักดิ์ ศรีสม. การพัฒนาแอปพลิเคชันการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนเสมือนจริงบนอุปกรณ์เคลื่อนที่. *วารสารวิชาการ คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง* 2015;8(2):58-67.
15. สุพิชชา ตันติวีระศักดิ์ และศิวินิต อรรถวุฒิกุล. ผลของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ตามแนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อส่งเสริมทักษะ การแก้ปัญหาการเขียนโปรแกรมของนักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยศิลปากร* 2016;9(3):1081-93.
16. Armatas C, Holt D. and Rice M. Impacts of an online-supported, resource-based learning environment: Does one size fit all?. *Distance Education* 2003;24(2):141-58.
17. Matti H. Factors related to perceived learning outcomes in e-Learning. *International J. of Knowledge and Learning* 2010;6(4):308-28.
18. Noesgaard SS, Orngreen R. The Effectiveness of E-Learning: An Explorative and Integrative Review of the Definitions, Methodologies and Factors that Promote e-Learning Effectiveness. *The Electronic Journal of eLearning* 2015;13(4):278-90.
19. Kaur I, Joordens S. The Factors That Make an Online Learning Experience Powerful: Their Roles and the Relationships amongst Them. *International Journal on E-Learning* 2021;20(3): 271-93.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดขอนแก่น

ประจักษ์ จันทะราช

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น

วันรับ 18 ตุลาคม 2564, วันแก้ไข 2 มีนาคม 2565, วันตอบรับ 7 มีนาคม 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-59 ปีในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น ที่มีผลการศึกษา ยืนยันความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชากรกลุ่มตัวอย่างสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 60 คน รวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มและอภิปรายวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test จากการศึกษา ระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่นก่อนการพัฒนา แต่ละด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 41.7 ($\bar{X}=6.0$ $SD=1.87$ $Max=10$ $Min=2$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ ร้อยละ 48.0 ($\bar{X}=6.5$ $SD=1.45$ $Max=10$ $Min=2$) ด้านการสื่อสารสุขภาพ ร้อยละ 56.7 ($\bar{X}=10.06$ $SD=1.45$ $Max=15$ $Min=5$) ด้านการจัดการตนเองร้อยละ 61.7 ($\bar{X}=16.83$ $SD=3.04$ $Max=25$ $Min=9$) และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 68.3 ($\bar{X}=32.96$ $SD=6.59$ $Max=43$ $Min=17$) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีคือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 75.0 ($\bar{X}=8.18$ $SD=1.29$ $Max=10$ $Min=5$) ด้านทักษะการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติ ร้อยละ 48.7 ($\bar{X}=14.90$ $SD=3.29$ $Max=20$ $Min=5$) จึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยเริ่มจากการวางแผนแสวงหาความร่วมมือและใช้ ทุนทางสังคม การศึกษาปัญหาความต้องการของชุมชนออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ ปฏิบัติตามแผนโดยการพัฒนาความรู้และทักษะประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ด้านการสื่อสาร ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการตัดสินใจ และด้านการจัดการตนเอง หลังจากนั้นร่วมกันสังเกตและสะท้อนผล หลังการศึกษาพบว่า ระดับปานกลางเพิ่มขึ้น 2 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ ร้อยละ 58.3 ($\bar{X}=7.18$ $SD=1.27$ $Max=10$ $Min=5$) ด้านการสื่อสารสุขภาพ ร้อยละ 58.3 ($\bar{X}=10.76$ $SD=2.05$ $Max=15$ $Min=7$) และระดับดีเพิ่มขึ้น 5 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 35.0 หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 ($\bar{X}=6.7$ $SD=1.58$ $Max=10$ $Min=4$) ด้านการจัดการตนเอง ร้อยละ 30.0 ($\bar{X}=17.48$ $SD=2.75$ $Max=25$ $Min=13$) ด้านการ รู้เท่าทันสื่อร้อยละ 86.7 ($\bar{X}=8.93$ $SD=1.12$ $Max=10$ $Min=6$) ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ร้อยละ 55.0 ($\bar{X}=15.50$ $SD=2.74$ $Max=20$ $Min=8$) และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 25.0 โดยทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้และควรดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการ เปลี่ยนแปลงและกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

Development of a model for promoting health literacy and health behaviors for people of Working Group in KhonKaen Province

Prachak Juntarach

MuangKhonKaen District Public Health Office

Received 18 October 2021, Revised 2 March 2022, Accepted 7 March 2022.

Abstract

The aims of this research and development were to study the effectiveness of a model for promoting health literacy and health behaviors for people of Working Group between 35–59 years old in MuangKhonKaen District. With screening results confirming the risk of chronic non-communicable diseases. The samples used were 60 people by random sampling, the equipment for collected the data were interview and Focus Group Discussions. The data were analyzed by percentage, mean and t-test. The research results were as follows, Before the development of each aspect found that most of them were at the moderate level in 5 areas, namely, cognitive knowledge 41.7% (\bar{X} =6.0 SD=1.87 Max=10 Min=2), Access to information and health services 48.0% (\bar{X} =6.5 SD=1.45 Max=10 Min=2), health communication 56.7% (\bar{X} =10.06 SD=1.45 Max=15 Min=5), self-management 61.7% (\bar{X} =16.83 SD=3.04 Max= 25 Min=9), and health behaviors 68.3% (\bar{X} =32.96 SD=6.59 Max= 43 Min=17). And most of them were at good level in 2 aspects, namely media literacy 75.0% (\bar{X} =8.18 SD=1.29 Max= 10 Min=5), In terms of discrimination decision-making skills 48.7% (\bar{X} =14.90 SD= 3.29 Max= 20 Min=5). A model for promoting health literacy and health behaviors of Working Group was developed, by participation process starting from planning, seeking cooperation and using social capital. A study of community needs Design activities to promote health literacy and health behaviors implement the plan by developing the knowledge and skills of Working Group. Communication access to information Media Literacy decision-making and self-management after that together, observe and reflect on the results. After the study found The moderate level increased in 2 aspects, namely, access to information and health services 58.3% (\bar{X} =7.18 SD=1.27 Max=10 Min=5), health communication 58.3% (\bar{X} =10.76 SD=2.05 Max=15 Min=7). And the good level increased in 5 areas, namely, cognitive knowledge 35.0%, self-management 30.0% (\bar{X} =17.48 SD=2.75 Max= 25 Min=13), media literacy 86.7% (\bar{X} =8.93 SD=1.12 Max=10 Min=6), discrimination decision-making skills 55.0% (\bar{X} =15.50 SD=2.74 Max=20 Min=8) and health behavioral 25.0%, with all aspects having a statistically significant increase in mean scores ($p < 0.05$). Knowledge of health and health behaviors Activities and assessments should be continued at regular intervals to ensure they are consistent with the changing context. And encourage the persistence of knowledge and health behaviors.

Keyword: Development of a model, health literacy, health behaviors, people of Working Group

■ บทนำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน⁽¹⁾ ประเทศไทยได้กำหนดเป้าประสงค์ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อก้าวสู่สังคมอุดมปัญญา (Smart Thailand) คือ คนไทยทุกคน ทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีการจัดการสุขภาพตนเองได้ และสภาพปฏิรูปได้เสนอให้มีการยกระดับการปฏิรูปความรอบรู้ด้านต่าง ๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรทุก 3-5 ปี⁽²⁾ จากสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2560 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 802,0127 ราย โรคความดันโลหิตสูง 1,231,910 ราย โรคหัวใจและหลอดเลือด 325,873 ราย และโรคหลอดเลือดสมอง 276,523 ราย⁽³⁾ เมื่อพิจารณาในด้านอัตราเพิ่มของความชุก พบว่าโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นมากในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุ 30-39 ปี โรคความดันโลหิตสูง พบในกลุ่มอายุที่มีอัตราเพิ่มสูงสุด คือ อายุ 15-29 ปี และ อายุ 30-39 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ชายเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุ 30-39 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้นในช่วงอายุ

40-49 ปี⁽⁴⁾ ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวเป็นผลมาจาก 4 พฤติกรรมเสี่ยงหลัก คือ การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์⁽⁵⁾ ดังนั้น การป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้ ต้องเริ่มด้วยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอกับตนเองเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) นั้นเอง⁽⁶⁾ จากผลการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.73 และ 50.25 ตามลำดับ⁽⁷⁾ จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอัตราป่วยสะสมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561-2563 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 52.81, 51.2, 54.13 และโรคเบาหวาน 26.35, 25.66, 26.99 ต่อ 100 ประชากรตามลำดับ⁽⁸⁾ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นให้ผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ร่วมพัฒนาเมืองมีความรู้มากขึ้นเรื่อย ๆ⁽⁹⁾ ตามแนวคิดการพัฒนากระบวนการวิจัยของ Kemmis & McTaggart⁽¹⁰⁾ เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบให้ประชาชนกลุ่ม

วัยทำงานมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ลดภาวะเสี่ยงและอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

■ **วัตถุประสงค์การศึกษา**

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดขอนแก่น

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดขอนแก่น

2.2 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

■ **วิธีการศึกษา**

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม – กันยายน 2564 โดยทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-59 ปี ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้

เกิดรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานต่อไป โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการวิจัยประกอบด้วย การปฏิบัติตามแผน (Action) Kemmis & McTaggart⁽¹⁾ กระบวนการวิจัยประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

● **ประชากรที่ศึกษา** เป็นประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs หรือ non-communicable diseases) ด้วยแบบคัดกรองของกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ประจำปี พ.ศ.2563 ผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลที่มีประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-59 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสูง ใน 6 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 987 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 35-59 ปี คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 คน จากพื้นที่ 6 ตำบล

● **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย 1) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2558⁽²⁾ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และโรคไม่ติดต่อ

เรีอรั้ง วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.812) เครื่องมือประเมินรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการถอดบทเรียนรายงานการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม

- **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative research) ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

- **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC 64032/2564 วันที่ 19 กรกฎาคม 2564

■ ผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชากรวัยทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 60 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.7 อายุ 55-59 ปี ร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.0 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 78.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.0 ได้รับตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 58.3 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 83.3 เมื่อวิเคราะห์หาค่าระดับความดันโลหิต พบว่าส่วนใหญ่ความดันโลหิต (ค่าบน) อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 43.3 ความดันโลหิต (ค่าล่าง) อยู่ในระดับ

ปกติ ร้อยละ 69.3

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับดี ปานกลาง และต่ำ พบว่า

ด้านความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.7 ($\bar{x}=6.0$ SD=1.87 Max=10 Min=2) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 ($\bar{x}=6.7$ SD=1.58 Max=10 Min=4) แต่ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.7 เป็นร้อยละ 35.0

ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 ($\bar{x}=6.5$ SD=1.45 Max=10 Min=2) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเพิ่มเป็นร้อยละ 58.3 ($\bar{x}=7.18$ SD=1.27 Max=10 Min=5)

ด้านการสื่อสารสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7v ($\bar{x}=10.06$ SD=1.45 Max=15 Min=5) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเพิ่มเป็นร้อยละ 58.3 ($\bar{x}=10.76$ SD=2.05 Max=15 Min=7)

ด้านการจัดการตนเองของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.7 ($\bar{x}=16.83$ SD=3.04 Max=25 Min=9) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่

ในระดับปานกลางเท่าเดิมร้อยละ 61.7 ($\bar{x}=17.48$ $SD=2.75$ $Max= 25$ $Min=13$) แต่ระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.0

ด้านการรู้เท่าทันสื่อของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.0 ($\bar{x}=8.18$ $SD=1.29$ $Max= 10$ $Min=5$) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเพิ่มเป็นร้อยละ 86.7 ($\bar{x}=8.93$ $SD=1.12$ $Max= 10$ $Min=6$)

ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติของประชาชนกลุ่มวัยทำงานกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.7 ($\bar{x}=14.90$ $SD= 3.29$ $Max= 20$ $Min=5$) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.0 ($\bar{x}=15.50$ $SD=2.74$ $Max= 20$ $Min=8$)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.3 ($\bar{x}=32.96$ $SD=6.59$ $Max= 43$ $Min=17$) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ($\bar{x}=35.73$ $SD=5.37$ $Max=46$ $Min=22$) โดยมีระดับดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.7 เป็นร้อยละ 25.0

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

■ อภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ

ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดขอนแก่น เริ่มต้นจากการศึกษาชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน การวางแผนและโครงการพัฒนาชุมชน ดำเนินงานพัฒนาชุมชน การประเมินผลและทบทวนเพื่อการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค โดยเน้นเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนโดยไม่ได้ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐเพียงอย่างเดียว และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนาอย่างเต็มที่ ตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม ซึ่งระดับของการมีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่มีโอกาสเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล มีการปรึกษาหารือกันอย่างใกล้ชิด คนในชุมชนมีโอกาสในการตัดสินใจว่าปัญหาของตนคืออะไร จะแก้ไขได้อย่างไร จนมีการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่มีส่วนสนับสนุนการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติตามหลัก 3 อ. และสร้างผู้นำสุขภาพ โดยมุ่งไปที่ผลของการเปลี่ยนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพงษ์ จันท์ โอวาท และคณะ⁽¹³⁾ และสอดคล้องกับแนวคิดของ สมใจ วินิจกุล⁽¹⁴⁾

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน เป็นกิจกรรมที่ออกแบบขึ้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพสหวิชาชีพและชุมชน (Participatory Approach) ของผู้ร่วมวิจัย โดยใช้ข้อมูลของชุมชน (Community-base) ในการสร้างชุดกิจกรรม โดยกิจกรรมประกอบด้วย

การตั้งเป้าหมายและการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การฝึกปฏิบัติ การติดตามผลการปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รูปแบบการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันและท้องถื่น การออกกำลังกายด้วยตนเอง การจัดการความเครียด และระยะติดตามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผ่านกลุ่มไลน์ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยมีกระบวนการจัดอบรมประชาชนกลุ่มวัยทำงานในแต่ละพื้นที่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกายและให้ผู้เข้าอบรมนำความรู้ไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งพบว่า ภายหลังจากอบรม 8 สัปดาห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมโครงการแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ พิชชาดา สุทธิแป้น⁽¹⁵⁾ ที่ทำวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการ กลุ่มทดลองมีสุขภาวะที่ดี และมีดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น ดังนั้นในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพและการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพนั้น ควรคำนึงถึงเรื่องระยะเวลาในการดำเนินการด้วย

ประสิทธิผลของการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามชุดกิจกรรมที่ออกแบบขึ้นจากกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยการนำแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างเจตคติที่ดีมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมด้วยการมีส่วนร่วมในการระดมความคิด และการสะท้อนผลจากการเป็นผู้จัดกิจกรรมในพื้นที่ และผู้เข้าร่วมโครงการฯ จนเป็นชุดกิจกรรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ “สุขภาพดีด้วย 3อ.2ส.และสร้างผู้นำสุขภาพ (Coaching)”

พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการอบรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีประสิทธิภาพที่จะใช้ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานอำเภอเมืองขอนแก่น อีกประการหนึ่งคือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มไลน์ เป็นการกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และได้ตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับกับเพื่อนถึงปฏิบัติตัวที่บ้าน พบว่า ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีความระมัดระวังในการเลือกรับประทานอาหารและมีการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งด้านการออกกำลังกายและการทำงานบ้านทุกวัน จึงเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นชัดเจน จึงถือได้ว่าการใช้

การสื่อสารสุขภาพผ่านกลุ่มไลน์ เป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นและส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงควรนำไปใช้ในการพัฒนาประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามความมุ่งหมายของการวิจัยเนื่องมาจาก 1) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community base) และการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วม เป็นชุดกิจกรรมที่สร้างขึ้น คือ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (Attitude) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) การกำกับตนเอง (Self-regulation) และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group) ที่ให้ทั้งความรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในการจัดกิจกรรม จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการวิจัยของ รุ่งนภา อาระหัง⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ระยะเวลาของการจัดกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 8 สัปดาห์ ที่

ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องออกแบบขึ้น โดยเป็นการจัดกระบวนการต่อเนื่องจำนวน 7 ครั้ง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1 ครั้ง ส่งผลต่อการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคา⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาการจัดการตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตโดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเอง และมีการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ กชกร ธรรมนำศีล และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 6 สัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง และติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดขอนแก่น มีกระบวนการ 7 ขั้นตอนซึ่งรูปแบบที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิด เนื่องมาจากการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน เป็นกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลและชุมชนในการดำเนินชีวิตให้ไปสู่การมีสุขภาพะ เป็นการเพิ่มสมรรถนะให้คนควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และส่งผลให้คนมีสุขภาพดีขึ้น มีหลักแนวคิดพื้นฐานในเรื่องของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ การมีความรู้ ความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลและ

บริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับ เอื้อจิต สุขพูล และคณะ⁽¹⁹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้และควรดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงและกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

■ ข้อเสนอแนะ

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารจากผลการศึกษาพบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการสื่อสารส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดขอนแก่น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายในการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีทางสุขภาพเพื่อรู้เท่าทันและสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพทั้งในสถานที่ทำงานและในชุมชนโดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ด้านสุขภาพคอยให้คำชี้แนะรวมถึงควรสร้างเครือข่ายในการดูแลด้านสุขภาพ

โดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา ร่วมคิดและปรับใช้ให้สอดคล้องบริบทวิถีชีวิตและความเชื่อ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองจากผลการศึกษาพบว่าด้านการจัดการตนเองและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน ควรมีการจัดโปรแกรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อเป็นการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ และควรมีการกำหนดโครงสร้างและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ

3. จากผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ควรสร้างโอกาสให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานได้เรียนรู้ทางเลือกในการปฏิบัติที่เหมาะสมจากบุคคลต้นแบบหรือจัดให้มีการศึกษาดูงาน ควรจัดกิจกรรมเสริมทักษะการวิเคราะห์และตัดสินใจในการเลือกและลงมือปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International 1998;13(4):349-64.
2. อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์. การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.anamai.moph.go.th/ppf2017/>
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561
4. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553- 2557). วารสารควบคุมโรค 2560;43(4):379-90.
5. จุรีพร คงประเสริฐ, ชิดารัตน์ อภิญา, บรรณาธิการ. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
6. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ:การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
7. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุศึกษา; 2560.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานภาวะสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.kkpho.go.th>.
9. Farmanova E, Bonneville L and Bouchard L. Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues, INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing 2018;55:46958018757848.
10. Kemmis S, McTaggart R. Participatory Action Research : Communicative Action and The Public Sphere. In Handbook of Qualitative Research. 3rd(Edit by Denzin NK. & Lincoln YS). London: Sage Publications; 2005.
11. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1990.
12. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา. การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
13. สมพงษ์ จันทรโอวาท, สุภาพร สุโพธิ์ และนวรรตน์ บุญาน. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพเก่า จังหวัดมหาสารคาม วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557;23(3):394-402.
14. สมใจ สมใจวิจิตรกุล. อนามัยชุมชน : กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา. กรุงเทพฯ: ฟันนี้พับลิชชิ่ง; 2558.
15. พิษขาดา สุทธิแป้น. การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง [ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์]. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2559.
16. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์การศึกษาด้านหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. นครปฐม: คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
17. ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
18. กชกร ธรรมนำศีล, ชขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, พัชรพร เกิดมงคล และจินตนา อาจสันเทียะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2558;29(2):43-55
19. เอื้อจิต สุขพล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรวิรงค์ หวังมัน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(3):419-29.

การให้บริการทันตกรรมโดยทันตภิบาล ที่ผ่านหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน ทันตกรรมผู้สูงอายุ ปี 2562

วาสนี เกียรติอดิสร

สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา

พิริยา วัฒนารุ่งกานต์

ณัฐมนันสนันท์ ศรีทอง

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

วันรับ 18 ตุลาคม 2564, วันแก้ไข 10 มีนาคม 2565, วันตอบรับ 18 มีนาคม 2565

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเป้าหมายโดยทันตภิบาลที่ผ่านหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือนทันตกรรมผู้สูงอายุ ปี 2562 เปรียบเทียบผลให้บริการทันตกรรมในผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีทันตภิบาลผ่านหลักสูตรก่อนและหลังศึกษาจากข้อมูลitudyภูมิบริการทันตกรรมจากคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข และจากระบบฐานข้อมูลของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ในการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบจับคู่กลุ่มทดสอบ (Paired t-test) พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีผู้ผ่านการฝึกเรียนได้รับบริการทันตกรรมเพื่อการรักษาและทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเพิ่มขึ้นจากก่อนฝึกเรียน ได้แก่ อุดฟัน ปี 2561 จำนวน 7,757 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย=861.89) เพิ่มในปี 2563 เป็น 8,391 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย=1,482.00) จำนวนครั้งการขูดหินน้ำลายเพิ่มขึ้นจาก 17,479 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย=104.04) เป็น 22,295 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย=208.44) และกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพช่องปากจาก 191 ราย (ค่าเฉลี่ย=153.83) เป็น 316 ราย (ค่าเฉลี่ย =174.96) ด้านทันตกรรมป้องกันการทา/เคลือบฟลูออไรด์เพื่อป้องกันรากฟันผุและสูญเสียฟันจำนวน 1,959 ราย (ค่าเฉลี่ย=5.35) หลังเรียน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากก่อนฝึกเรียน 546 ราย (ค่าเฉลี่ย=2.27) ($p < 0.05$) ข้อมูลการคัดกรองรอยโรค มะเร็งช่องปากพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและเนื้อเยื่อในช่องปากเพิ่มจาก 4,769 ราย (ค่าเฉลี่ย=107.54) เป็น 5,424 ราย (ค่าเฉลี่ย=164.93) โดยสรุปผู้สูงอายุได้รับบริการทันตกรรมจากทันตภิบาลที่ผ่านการเรียนหลักสูตรระยะสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการบริการทันตกรรมป้องกัน ได้แก่ การทา/เคลือบฟลูออไรด์ และการอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน ($p < 0.05$) ส่วนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ทันตภิบาลไม่ผ่านการเรียนการสอน การให้บริการ ในปี 2561 และปี 2563 ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ทันตกรรมผู้สูงอายุ ทันตภิบาล บริการทันตกรรม

Dental Services Provided by Dental Nurses after Completing Geriatric Dentistry Short-Term Course in 2019

Wasinee Kiatadisorn

Surat Mongkolchaiaranya

Piriya Wattanarungkarn

Nasmanasanan Srithong

Bureau of Dental Health, Department of Health

Received 18 October 2021, Revised 10 March 2022, Accepted 18 March 2022.

Abstract

This study aimed to follow the dental service results in the target group by dental nurses who completed the short-term course of Geriatric Dentistry in 2019. This research had compared the results of dental services by dental nurses before and after graduating from the program. Secondary data was retrieved from HDC program from the Informative Technology and Communication Center and data of Oral Potentially Malignant disorders (OPMDs) screening were taken from the database of the Bureau of Dental Health, Department of Health. Data were analyzed by frequency, mean, standard deviation and compared with Paired t-test in the areas before and after dental nurses received the training. The results presented geriatric patients received more dental services in both curative treatment and oral preventive programs in the areas where dental nurses attended the training. The number of tooth fillings increased from 7,757 visits (mean=861.89) to 8,391 visits (mean=1,482.00). and that of full-mouth scaling from 17,479 (mean=104.04) to 22,295 visits (mean=208.44). For patients with long-term care, from 191 (mean=153.83) to 316 persons. (mean =174.96) had been evaluated. Regarding preventive program services in oral health care, the number of older adults receiving fluoride varnish application for root caries protection significantly increased from 546 (mean=2.27) to 1,959 patients (mean=5.35) ($p < 0.05$). The number of clinical oral screenings and risk factor interviews for OPMDs also rose from 4,769 persons (mean=107.54) to 5,424 persons (mean=164.93). In conclusion, there was a significant increase ($p < 0.05$) in the number of geriatric patients receiving dental services, including fluoride varnish application and tooth-colored fillings, in these areas where dental nurses completed the short-term training. However, there was no difference in the number of dental services provided for the geriatric patients in nearby areas where the dental nurses did not join the geriatric dentistry course in 2018 and 2020.

Keywords: Geriatric Dentistry, Dental Nurse, Dental Services

■ บทนำ

ความก้าวหน้าทางการแพทย์และระบบสาธารณสุขทำให้อายุเฉลี่ยของคนไทยยืนยาวมากขึ้นโดยเฉลี่ย 77 ปี ส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยมีความเปลี่ยนแปลงไป คาดว่าในปี 2579 จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 ของประเทศ⁽¹⁾ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในช่องปาก ได้แก่ โรคปริทันต์อักเสบ สภาวะปากแห้ง/น้ำลายน้อย รากฟันผุ สูญเสียฟัน โรคประจำตัว และรอยโรคเนื้อเยื่อในช่องปาก⁽²⁾ จึงต้องการบุคลากรที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ให้ได้รับประทานอาหารได้และมีสุขภาพช่องปาก เพื่อให้มีคุณภาพชีวิต เมื่อวันที่ 3 มกราคม 2558 คณะรัฐมนตรีอนุมัติแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565 ยุทธศาสตร์ที่ 3 ในแผนนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มียุทธศาสตร์และปริมาณที่เหมาะสมต่อการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุสำหรับทันตภิบาลให้สามารถดูแลป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ⁽³⁾ มีการจัดเรียนระยะสั้น 4 เดือนและหลักสูตรต่อเนื่องระยะยาว เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 หลักสูตรระยะสั้น 40 ชั่วโมง ในปี 2562 เปิดฝึกเรียนที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (วสส.) 3 แห่ง ได้แก่ ชลบุรี ขอนแก่น และพิษณุโลก และปี 2564 เปิดหลักสูตรเดียวกันเพิ่มที่วิทยาลัยการสาธารณสุข จ. ตราชู รับผู้เข้าเรียนเฉลี่ยปีละ 50 คนต่อแห่ง และหลักสูตรระยะยาว (ต่อเนื่อง 2 ปีปริญญาตรี) ได้แก่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ⁽⁴⁻⁵⁾ หลักสูตรระยะสั้นจะเปิดตามปีการศึกษาและแบ่งช่วงเวลาการเรียนเป็น 4 ช่วง ได้แก่ มิถุนายน สิงหาคม กันยายน และพฤศจิกายน

ผู้เข้าฝึกเรียนหลักสูตรระยะสั้นทันตกรรมผู้สูงอายุต้องมีคุณสมบัติเป็นเจ้าพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีสัญญาผูกมัดในการฝึกเรียนนี้และผู้เรียนต้องมีประสบการณ์การทำงานด้านทันตสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ปีหวังผลให้ผู้เรียนนำความรู้และวิธีการต่างๆ ไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมและดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานตัวชี้วัดของหน่วยงาน กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการดูแลสุขภาพและมีเครือข่ายการทำงานส่งเสริมและดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในระดับต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของเครือข่าย⁽⁶⁾

สมรรถนะ (competency) ของทันตภิบาลทั่วไปจะทำได้เพียงตรวจและประเมินสุขภาพช่องปากวางแผนการรักษาเบื้องต้นและจัดทำโครงการพัฒนาหรือแก้ปัญหาในพื้นที่ตามผลและประเมินสุขภาพ ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพได้ แต่สมรรถนะของผู้ผ่านการฝึกเรียนหลักสูตรนี้จะเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความสามารถประเมินสุขภาพและเข้าใจบริบทของผู้สูงอายุ และคัดกรองเฝ้าระวังปัญหาทันตสุขภาพที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบได้ เช่น มะเร็งช่องปาก เบาหวาน และสภาวะปริทันต์ เป็นต้น ผู้เรียนเข้าใจด้านศาสตร์ของผู้สูงวัย เน้นการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงวัย และวิเคราะห์ปัญหา รวมถึงเชื่อมโยงสาเหตุแต่ละประเด็นได้ การฝึกเรียนตามยุทธศาสตร์ที่ 3 จะเสริมส่วนทักษะในการทำงานระดับเครือข่าย ในด้านการป้องกันสุขภาพช่องปากและสุขภาพองค์รวม โดยการให้ทันตสาธารณสุขไม่ใช่แค่การสอนแปรงฟันแต่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ได้ เช่น การเคี้ยว การกลืน การเข้าสังคม⁽⁷⁻⁸⁾

จากผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่าสาเหตุของการสูญเสียฟันหลักของผู้สูงอายุมาจากโรคปริทันต์ และรองมาคือฟันผุ และรากฟันผุ นอกจากการส่งเสริมป้องกันและให้ความรู้ผู้สูงอายุแล้วมีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุควรได้รับบริการที่ทั่วถึงและครอบคลุมด้วยเพื่อป้องกันการสูญเสียฟันในอนาคต⁽⁹⁾ การศึกษาในสหราชอาณาจักร พบว่าทันตภิบาลมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับที่ดีและมีประสิทธิภาพการทำงานในการดูแลผู้ป่วย แต่ในพื้นที่ห่างไกล การฝึกเรียนทันตบุคลากรเป็นสิ่งจำเป็น โดยการฝึกเรียนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มพูนทักษะและสมรรถนะแก่บุคลากรที่เรียนจบในหลักสูตรพื้นฐาน⁽¹⁰⁾

ในปัจจุบันประเทศไทยมีหลักสูตรด้านวิชาชีพทันตกรรมหลังปริญญาสำหรับทันตภิบาลหลักสูตรเดียว คือหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ โดยเน้นการเรียนรู้เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การประเมินสุขภาพช่องปาก การพัฒนาวัตกรรม และการดำเนินงานผ่านโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ หลักสูตรการฝึกเรียนนี้มีจุดประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และเสริมทักษะเพื่อปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินการด้านทันตสาธารณสุขและพัฒนาไกล่เกลี่ยให้บริการ การเฝ้าระวังการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่รองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน⁽⁶⁾

งานวิจัยนี้จะประเมินผลการฝึกเรียนของทันตภิบาลในมิติเดียวคือปริมาณการให้บริการทันตกรรมทั้งการรักษาและส่งเสริม

ป้องกัน เนื่องจากโครงการส่งเสริมสุขภาพและนวัตกรรมในกลุ่มผู้ฝึกเรียนกำลังดำเนินการอยู่และค่อนข้างยากในการประเมินผลพร้อมกันทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน มิติการให้บริการของผู้ฝึกเรียนสามารถติดตามเชิงปริมาณได้สมบูรณ์โดยเปรียบเทียบก่อน (ปี 2561) และหลังเรียน (ปี 2563) เพื่อมุ่งหวังให้ทันตภิบาลที่ผ่านการเรียนมีสมรรถนะเหนือกว่าทันตภิบาลที่ไม่ผ่านการเรียนในการบริการทันตกรรมรักษาและส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังคัดกรองและประเมินความเสี่ยงสุขภาพช่องปากและฝึกปฏิบัติให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองและร่วมดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับสาขาชีพและภาคีเครือข่ายได้⁽¹¹⁻¹²⁾ จึงเป็นที่มาของการรวบรวมข้อมูลการให้บริการทางทันตกรรมของผู้ผ่านการเรียนระยะสั้น 4 เดือนทันตกรรมผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการต่อเนื่องและติดตามผลการดำเนินการจากการฝึกเรียนในหลักสูตรระยะสั้น ในปี 2562

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ติดตามผลการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเป้าหมายโดยทันตภิบาลที่ผ่านหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน ทันตกรรมผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2562

2. เปรียบเทียบผลให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเป้าหมายโดยทันตภิบาลที่ผ่านหลักสูตรและไม่ได้ผ่านหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ

■ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) เพื่อติดตามผลการให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาลผู้สำเร็จ

หลักสูตรระยะสั้นทันตกรรมผู้สูงอายุในปี 2562 โดยเปรียบเทียบผลการได้รับบริการของผู้สูงอายุก่อนและหลัง เข้าเรียนในปี 2561 และ 2563 กับทันตภิบาลที่ไม่ได้ผ่านหลักสูตรการฝึกเรียนผู้สูงอายุ

● **ประชากรที่ศึกษา** คือทันตภิบาลที่ผ่านหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุปี 2562 ที่ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่และพื้นที่ข้างเคียงที่ให้บริการ

● **กลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยใช้ข้อมูลitudy ภูมิการให้บริการทันตกรรมผู้สูงอายุของทันตภิบาลที่ผ่านหลักสูตร และทันตภิบาลจากพื้นที่ใกล้เคียงที่ไม่ผ่านหลักสูตร เก็บข้อมูลจากรหัสสถานพยาบาลที่ใกล้กันที่สุด เช่น รหัสสถานพยาบาล 5 หลัก ได้แก่ XX7840 จะใช้รหัสพื้นที่ข้างเคียงในจังหวัดเดียวกัน คือ XX7841 โดยต้องเป็นข้อมูลที่อยู่ในอำเภอเดียวกันหรือถ้าเป็นรหัสโรงพยาบาลชุมชนจะเป็นรหัสจากโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงในจังหวัดเดียวกันสุ่มโดยใช้วิธี Purposive Sampling ตัวแปรตามคือข้อมูลให้บริการนำข้อมูลitudy ภูมิจาก 2 ส่วน

ข้อมูลส่วนที่ 1 คือการให้บริการทางทันตกรรมที่มีการบันทึกสมบูรณ์ที่ถูกส่งออกไปที่โปรแกรม HDC ของกระทรวงสาธารณสุข โดยขออนุญาตการใช้ข้อมูล data exchange จากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเป็นข้อมูลภาพรวมจากรายงาน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์

ข้อมูลส่วนที่ 2 คือข้อมูลเรื่องการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องปากประมวลผ่านระบบเฝ้าระวังของสำนักทันตสาธารณสุขโดยทำหนังสือขออนุญาตประมวลข้อมูลไปที่ผู้อำนวยการสำนักทันต

สาธารณสุข และประธานคณะกรรมการพัฒนาวิชาการและการวิจัยของสำนักทันตสาธารณสุข การเฝ้าระวังรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก หมายถึง การติดตามสังเกต พินิจพิจารณา ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิดรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เคี้ยวหมาก และใส่ฟันเทียมที่ไม่เหมาะสมและไม่พอดี เพื่อการวางแผน วินิจฉัย การรักษา ส่งต่อ และติดตามหลังการรักษา รวมถึงการประเมินมาตรการป้องกันโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾

การเก็บข้อมูล แบ่งเป็นข้อมูลก่อนเรียนตามปีงบประมาณ ได้แก่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561 และข้อมูลหลังเรียน จาก 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 เก็บจากสถานพยาบาลจำนวน 234 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มที่ผู้สำเร็จการฝึกเรียนในปี 2562 จำนวน 117 แห่งและไม่ได้เรียน 117 แห่ง

เกณฑ์ในการรับข้อมูลเข้าในการวิจัย (Inclusion criteria)

ส่วนที่ 1 : ข้อมูล HDC คือ ข้อมูลของการให้บริการผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ ประกอบด้วย รหัสวินิจฉัย รหัสหัตถการ และบันทึกโดยผู้ให้บริการ Provider code คือ 05 06 รหัส 05 หมายถึงทันตภิบาลที่จบด้วยหลักสูตร 4 ปี สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต 06 หมายถึงทันตภิบาลที่ผ่านหลักสูตร 2 ปี หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข โดยข้อมูลที่น่ามาใช้ต้องผ่านการประมวลผลถูกต้องซึ่งจะมีสัญลักษณ์ proved by MOPH นิยามคือ ข้อมูลดังกล่าวนั้นต้องเป็นข้อมูลนำเข้าที่สมบูรณ์และนำมาทำ data exchange ได้ โดยรายงานผลผ่านโปรแกรม HDC การวิจัยครั้งนี้ ไม่รับ

provider code อื่นๆ เช่น 02 รหัสทันตแพทย์ มาประมวล⁽¹⁵⁾

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลการคัดกรองรอยโรค ช่องปากและมะเร็งช่องปาก จากเว็บไซต์สำนักทันตสาธารณสุข ในหน่วยบริการที่ทันตภิบาล รับผิดชอบก่อนและหลังเรียน และลงโดย username ที่เป็นทันตภิบาลโดยแอดมิน ของสำนักทันตสาธารณสุข กำหนดตัวกรองเฉพาะ data ที่ทันตภิบาลเองลงเท่านั้น

เกณฑ์ไม่รับข้อมูลเข้าในการวิจัย (Exclusion criteria)

ข้อมูลจาก HDC: ข้อมูลที่มีตัวแปร หรือข้อมูลที่ลงบันทึกไม่สมบูรณ์ที่จะทำให้วิเคราะห์ผลได้ เช่น ไม่ระบุรหัส provider ไม่ระบุรหัสเหตุการณ์ที่กำหนดไว้ และเหตุการณ์ที่ซ้ำซ้อนกันในแต่ละครั้ง (visit) ในพื้นที่เดียวกันลง 2 ครั้ง ข้อมูลจากคัดกรองมะเร็งช่องปากจากสำนักทันตสาธารณสุข: ข้อมูลที่ปราศจากการซักประวัติปัจจัยเสี่ยงรอยโรค เสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก เช่น การเคี้ยวหมาก สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการใส่ฟันเทียมที่ไม่พอดี และข้อมูลที่ลงบันทึกไม่สมบูรณ์ เช่น ตรวจไม่ครบทุกจุดหรือ 9 ตำแหน่ง⁽¹²⁾

● **เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล** การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ ผ่านโปรแกรม HDC บันทึกบริการทันตกรรม ทั้งการรักษาและส่งเสริมป้องกันในผู้ป่วยนอก และข้อมูลการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก สำนักทันตสาธารณสุข

● **วิธีการเก็บข้อมูล**

1. ยืนยันการตรวจสอบผู้ผ่านหลักสูตรจำนวน 117 ราย โดยขอรายชื่อจากสถาบันพระบรมชนก กระทรวงสาธารณสุข และหารหัสจากสถานพยาบาลใกล้เคียงที่อยู่ในจังหวัดเดียวกัน 117 แห่ง และทำการ merge

ID ก่อน-หลังผ่านโปรแกรม Microsoft excel® 2019 ที่มีลิขสิทธิ์

2. เก็บข้อมูลส่วนแรกโดยขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารจาก 31 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย นครสวรรค์ กำแพงเพชร ชัยนาท ปทุมธานี ลพบุรี สระบุรี เพชรบุรี สุพรรณบุรี ฉะเชิงเทรา ขอนแก่น กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร ชัยภูมิ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ มุกดาหาร บุรีรัมย์ กระบี่ สงขลา ปัตตานี พัทลุง สตูล และ กรุงเทพมหานคร และประมวลรหัสบริการทันตกรรมที่ใช้ ได้แก่ ตรวจคัดกรองและให้ทันตสุขศึกษา รหัสเหตุการณ์อุดฟันแท้ ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย การทา/เคลือบฟลูออไรด์ในผู้สูงอายุ และประเมินผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (long-term care)

3. ขออนุญาตผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุขผ่านระบบข้อมูลเฝ้าระวังและระบบข้อมูลทันตบุคลากรสำนักทันตสาธารณสุข ในการใช้ข้อมูลรอยโรคมะเร็งช่องปาก โดยให้ผู้ดูแลเว็บไซต์คัดเฉพาะทันตภิบาลเท่านั้น

4. กำหนดรหัสผ่านตามพื้นที่ผู้สำเร็จการเรียน ปี 2562 และกำหนดรหัสแฟ้มรหัสเหตุการณ์ (Procedure OPD) ซึ่งเป็นแฟ้มข้อมูลการให้บริการเหตุการณ์ โดยใช้รหัสเหตุการณ์ตาม ICD 10 ฉบับประเทศไทย (ICD 10 TM) Ver. 2016 สำหรับบริการทันตกรรมแบบผู้ป่วยนอก⁽¹⁵⁾ เปรียบเทียบผลงานบริการระหว่างทันตภิบาลที่ผ่านหลักสูตรกับทันตภิบาลที่ไม่ผ่านหลักสูตรที่อยู่ในอำเภอหรือจังหวัดเดียวกัน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

● **การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้** สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย

ค่ามัธยฐาน) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการของผู้ผ่านการฝึกเรียนและไม่ผ่านการฝึกเรียน การตรวจและให้สุขศึกษา ได้รับการบริการทันตกรรมพื้นฐานและป้องกัน

สถิติเชิงวิเคราะห์ที่ใช้ ได้แก่ Paired t-test เป็นการเปรียบเทียบผลการให้บริการผู้สูงอายุก่อนและหลังฝึกเรียน ของผู้ผ่านการฝึกเรียนหลักสูตร 4 เดือน โดยใช้การทดสอบ Paired t-test ค่า $p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁹⁾ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์คือข้อมูลก่อนเรียนและหลังเรียน เป็นข้อมูลชุดเดียวกันจากประชากรกลุ่มเดียวกัน ทันตภิบาลคนเดียวกันลง และผู้สูงอายุในอำเภอเดียวกัน จากนั้นทำการเชื่อมต่อรหัสสถานพยาบาล (merge ID) สถานบริการและการรักษาผ่านโปรแกรม Microsoft Excel® เป็นก่อนเรียนและหลังเรียน ประมวลผล Paired t-test โดยโปรแกรม SPSS Ver. 26⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

● **การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย เลขที่ 435 วันที่รับรอง 8 มกราคม 2564

■ ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป จากการรวบรวมข้อมูลการให้บริการผู้สูงอายุในพื้นที่ให้บริการที่มีทันตภิบาลผ่านหลักสูตร 4 เดือน ในปี 2561 และ ปี 2563 มีทันตภิบาลลงข้อมูลอย่างสมบูรณ์ในโปรแกรม HDC จำนวน 85 จาก 117 แห่งคิดเป็นร้อยละ 72.64 และข้อมูลส่วนที่ 2 พื้นที่ลงข้อมูลครบทั้งหมด 31 จังหวัด โดยข้อมูลคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ถูกตั้งให้รายงานเป็นจังหวัด

ข้อมูลการให้บริการผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่ทันตภิบาลฝึกเรียนผู้สูงอายุได้รับการ

ตรวจประเมินช่องปากจากจำนวน 54,223 ราย (ค่าเฉลี่ย=645.51) เพิ่มขึ้น 108,446 ราย (ค่าเฉลี่ย=845.65) การฝึกทักษะแปรงฟันและดูแลอนามัยช่องปากเพิ่มขึ้นจาก 3,282 ราย (ค่าเฉลี่ย=352.85) เป็น 3,942 ราย (ค่าเฉลี่ย=465.98) การบริการหัตถการเพื่อการรักษาอื่นๆ ได้แก่ การอุดฟัน เพิ่มขึ้นเป็น 8,391 ที่ (ค่าเฉลี่ย=1,482.00) จาก 7,757 ราย (ค่าเฉลี่ย=861.89) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพช่องปากจากจำนวน 191 ราย (Mean=2.27) เป็น 316 ราย (Mean=5.35) (SD=14.94)

ด้านทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน การทาเคลือบฟลูออไรด์พบว่าผู้สูงอายุได้รับการทาเคลือบฟลูออไรด์ในการป้องกันรากฟันผุและสูญเสียฟันจำนวน 549 ราย (ค่าเฉลี่ย=2.27) เป็น 1,959 ราย (ค่าเฉลี่ย=5.35) ส่วนการคัดกรองมะเร็งช่องปากจาก 4,769 ราย (ค่าเฉลี่ย= 107.54) เพิ่มขึ้น 5,424 ราย (ค่าเฉลี่ย=164.93) ขณะที่พื้นที่ไม่ได้ผ่านหลักสูตร ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองมะเร็งช่องปากและรอยโรคลดลงจาก 3,334 ราย (ค่าเฉลี่ย=107.54) เป็น 3,145 ราย (ค่าเฉลี่ย=92.58) จากการกำหนดตัวแปรกลุ่มที่ 1 คือจำนวนครั้งการรับบริการก่อนเรียน และกลุ่มที่ 2 จำนวนครั้งการรับบริการหลังเรียน พบว่าการอุดฟันหน้าด้วยวัสดุอุดสีเหมือนฟันในฟันหน้าและฟันหลังและทันตกรรมป้องกันฟันผุและรากฟันด้วยการทาเคลือบฟลูออไรด์ ในผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ตามตารางที่ 2

ผลการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากและมะเร็งช่องปากในผู้สูงอายุ ก่อน – หลังฝึกเรียน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การเปรียบเทียบผลการคัดกรองมะเร็งช่องปากและรอยโรคช่อง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุที่มีทันตภิบาลผ่านการฝึกเรียนหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุระยะสั้น (ก่อน-หลังเรียน)

จำนวนการเข้าถึงบริการ	ปี 2561	ปี 2563	ค่าเฉลี่ย ปี 61	ค่าเฉลี่ยปี 63	SD
การตรวจฟันและวางแผนการรักษา (ครั้ง)	54,223	108,446	645.51	845.65	141.52
สอนแปรงฟันและดูแลอนามัยช่องปาก (ครั้ง)	3,282	3,942	352.85	465.98	79.99
อุดฟัน (ซี่)	7,757	8,391	861.89	1,482.00	438.48
ถอนฟัน (ซี่)	2,531	4,940	30.13	90.21	42.48
ขูดหินน้ำลาย (บน) (ครั้ง)	8,812	11,167	104.9	208.45	73.22
ขูดหินน้ำลาย (ล่าง) (ครั้ง)	8,667	11,128	103.18	198.71	67.54
เคลือบฟลูออไรด์ผู้สูงอายุ (ครั้ง)	549	1,959	2.27	5.35	2.17
ตรวจฟันในผู้ป่วยกลุ่ม LTC (ครั้ง)	191	316	153.83	174.96	14.94
คัดกรองมะเร็งช่องปากในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	4,769	5,424	107.54	164.93	66.56

ตารางที่ 2 การให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาลที่ผ่านหลักสูตรระยะสั้นทันตกรรมผู้สูงอายุก่อน/หลังเรียน

Dental Service	Front Teeth Composite filling 3 sides (visit)	Front Teeth Composite Filling 4 Sides (visit)	Extraction (tooth)	Upper arch Scaling (visit)	Lower arch Scaling (visit)	Fluoride Application In aging (visit)	Long Term Care (visit)
Group I (before)	8.07	8.91	44.24	155.84	153.04	0.71	3.24
Group II (after)	14.64	13.51	89.82	208.45	198.71	20.51	5.36
t	-2.175	-2.682	-1.495	-1.922	-1.881	-2.025	-1.376
Sig	0.034***	0.010***	0.141	0.060	0.065	0.048***	0.174

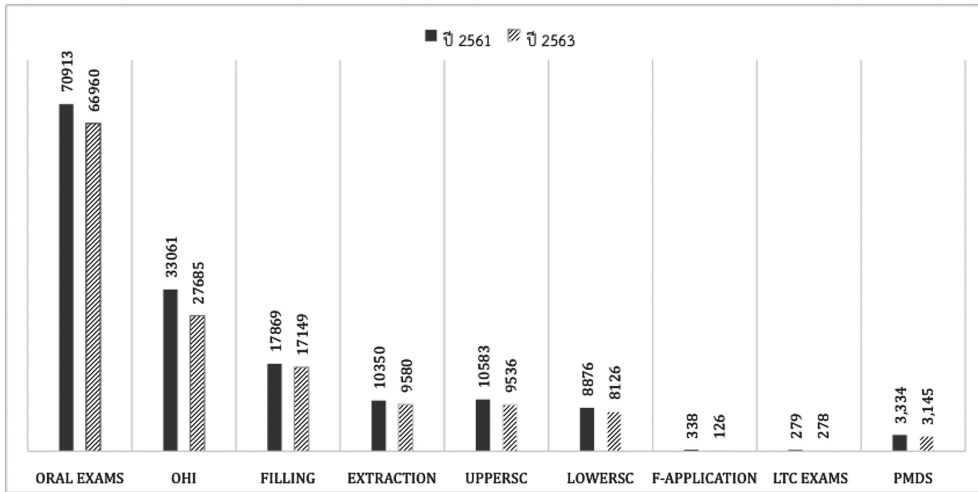
ตารางที่ 3 ผลการตรวจคัดกรองผู้ป่วย ก่อน - หลังฝึกอบรม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พื้นที่	N	Mean	S.D.	t	Sig
ก่อน	31	153.84	116.31	- 1.610	.118
หลัง	31	174.98	160.23		

ปากของผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีในพื้นที่ที่มีผู้ฝึกอบรมก่อนเรียนในกลุ่มทันตภิบาล ดังตารางที่ 3

ส่วนในพื้นที่ที่ไม่มีทันตภิบาลผ่านการฝึกเรียนหลักสูตรระยะสั้นการให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและรักษาใกล้เคียงกันระหว่างปี 2561 และปี 2563 ได้แก่ การตรวจ

ฟัน ก่อนเรียนจำนวน 70,913 ราย (ค่าเฉลี่ย=854.37) น้อยลงเป็น 66,960 ราย (ค่าเฉลี่ย=806.74) การขูดหินน้ำลายทั้งปาก 19,465 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย=127.51) และหลังตัวเลขใกล้เคียงกันที่ 19,116 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย=114.89) ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน พบว่าได้รับการเคลือบฟลูออไรด์จาก 338 ราย (ค่าเฉลี่ย=7.61)



แผนภูมิที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบการให้บริการก่อนและหลังฝึกอบรมของทันตภิบาลที่ไม่ผ่านหลักสูตร

ลดเหลือ 126 ราย (ค่าเฉลี่ย=2.37) ส่วนมะเร็ง และรอยโรคช่องปากได้รับการคัดกรองใกล้เคียงกันคือ ก่อนเรียน 3,334 ราย และหลังเรียน 3,145 ราย ตามแผนภูมิที่ 1

■ อภิปรายผล

หลักสูตรฝึกเรียนทันตกรรมผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในวิชาชีพกลุ่มทันตภิบาลและพัฒนาคุณภาพในการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและนวัตกรรมที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่จากการศึกษานี้ได้ประเมินผลการให้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุพบว่าผู้ผ่านการฝึกเรียนมีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในเชิงปริมาณ เช่น การตรวจประเมินสุขภาพช่องปากผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง ทา/เคลือบฟลูออไรด์วานิช การให้ทันตสุขศึกษา โดยงานวิจัยนี้กำหนดรหัส provider เป็นกลุ่มทันตภิบาลและทำ data exchange ในโปรแกรม HDC เห็นถึงการเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องไป

กับการศึกษาในปี 2563 ในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เปิดหลักสูตรต่อเนื่องของทันตภิบาลผลลัพธ์ที่ได้คือมีป้องกันการสูญเสียฟันและป้องกันโรคฟันผุเกิดใหม่ได้มากกว่า 23,000 ซี่ในพื้นที่ที่ทันตภิบาลผ่านการฝึกอบรม⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแคนาดา ใน ค.ศ.1999 และประเทศญี่ปุ่น ค.ศ.2005 โดยมุ่งเน้นให้พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรเรียนหลักสูตรต่อเนื่องและปรับปรุงระบบการศึกษาที่เพิ่มพูนทักษะและสร้างความเข้าใจผู้สูงอายุทั้งด้านชีวการแพทย์และสภาพจิตสังคม เพิ่มศักยภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในสังคมสูงวัยผ่านประสบการณ์การเรียนการสอนและกันลงมือปฏิบัติจริง โดยเป้าหมายสูงสุดการดูแลผู้สูงอายุนั้นเพื่อมุ่งเน้นการประเมินโรคที่พบในช่องปาก โรคทางระบบและให้ความเข้าใจถึงสภาวะของผู้สูงอายุ เน้นการทำงานร่วมกันแบบไร้รอยต่อเพื่อบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงวัยเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพช่องปากและร่างกาย โดยจำนวนฟันของผู้สูงอายุที่เก็บรักษาได้มากขึ้นส่งผลต่อ

คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ⁽²⁰⁻²¹⁾

ในการคัดกรองรอยโรคมะเร็งในช่องปากเบื้องต้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ทันตภิบาลในพื้นที่ที่มีการฝึกเรียนคัดกรองปัจจัยเสี่ยงรอยโรคมะเร็งช่องปากเพิ่มจาก 4,769 รายเป็นจำนวน 5,424 ราย ในเชิงการเฝ้าระวัง ควรส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของทันตบุคลากรมีความสามารถในการคัดกรองช่องปาก (oral screening) ในรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก และมะเร็งช่องปากให้มีความแม่นยำ รวมถึงปฏิบัติตามแนวทางในการรักษาโรคอื่น ๆ ในช่องปากเพื่อป้องกันความรุนแรงในอนาคต ยิ่งคัดกรองได้รวดเร็ว อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยจะยิ่งสูงขึ้น⁽²²⁾

ยอดการเข้าถึงการบริการทันตกรรมเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลลัพท์การมีสุขภาพที่ดีในเชิงปริมาณทั้งด้านสุขภาพช่องปากและสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุที่มากขึ้น ตามเป้าหมายของแผนพัฒนาทันตสุขภาพช่องปากแห่งประเทศไทย โดยสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศญี่ปุ่นใน พ.ศ.2563 ทันตบุคลากรควรที่ให้บริการผู้สูงอายุ และสามารถประเมินสภาวะช่องปากและคัดกรองผู้สูงอายุเบื้องต้นทำให้ล่วงรู้สภาวะปัญหาสุขภาพช่องปากได้และป้องกันสภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและส่งต่อได้ทันเวลา สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกาย เช่น การฝึกการกลืนในผู้สูงอายุ ช่วยป้องกันสภาวะ aspiration pneumonia หรือสภาวะ ventilator-associated pneumonia ได้ หรือในผู้ป่วยฟื้นฟูจากมะเร็งช่องปากที่ได้รับเคมีบำบัด การคัดกรองเบื้องต้นและดูแลสุขภาพช่องปากสม่ำเสมอ ช่วยลดสภาวะความเจ็บปวดจากเนื้อเยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis pain) ได้⁽²³⁾ หลักสูตรของทันตกรรมผู้สูงอายุที่

วิทยาลัยการสาธารณสุขออกแบบหลักสูตรมาตั้งแต่ปี 2561 นั้นเน้นเนื้อหาการฝึกเรียนเรื่องการประเมินผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพช่องปากส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองและมีการเลือกใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินที่เหมาะสมเพื่อให้การส่งต่อที่ถูกต้อง จะเห็นว่าการให้บริการพื้นฐานและส่งเสริมป้องกันเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นสมรรถนะที่เหนือจากทันตภิบาลทั่วไปที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมในเชิงปริมาณ

องค์ประกอบในการประเมินหลักสูตรได้แก่ เนื้อหาหลักสูตร ความรู้ที่ผู้เรียนจะได้รับคือความสามารถในการปฏิบัติได้จริงทั้งทางคลินิกหรือทันตกรรมชุมชน การเรียนต่อในหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ ควรมุ่งเน้นให้ความสำคัญในผู้สูงอายุกลุ่มพิเศษที่มีภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียง (long term-care) ด้วยและทันตบุคลากรควรมีการออกเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอและประเมินสภาวะของผู้สูงอายุด้วยสอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาในปี 2003 และ 2017⁽²⁴⁻²⁵⁾ ด้านการประเมินหลักสูตรนี้ควรทำควบคู่ไปกับการประเมินความรู้ ความเข้าใจและความชำนาญที่เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติและประเมินผลจากโครงการส่งเสริมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ แม้ว่าหลักสูตรจะไม่มีทดสอบวัดผลความรู้หรือให้เกรดแบ่งระดับความรู้ผู้เรียน หลักเกณฑ์การประเมินวัดจากความสำเร็จของโครงการหรือนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากซึ่งอาจขาดความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและต้องอาศัยผลระยะยาวนำมาวิเคราะห์ความต่อเนื่อง⁽⁵⁻⁶⁾

ในภาพรวมแล้วการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลที่ทันตภิบาลฝึกอบรมเพิ่มขึ้น สอดคล้องไปกับวัตถุประสงค์ของแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุประเทศไทย ยุทธศาสตร์ที่ 3 ในการพัฒนาศักยภาพทันต

บุคลากรให้มืองค์ความรู้และปริมาณที่เหมาะสมต่อการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ให้สามารถดูแลป้องกันรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ การศึกษานี้ติดตามผลจากการจัดเรียนระยะสั้นเท่านั้น ควรมีการศึกษาในหลักสูตรต่อเนื่อง 2 ปีปริญญาตรีเพิ่มเติม และศึกษาในมิติอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุด้วย ทั้งด้านคุณภาพของผู้เข้ารับบริการ นวัตกรรม และโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

■ สรุป

ผลการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเป้าหมายโดยทันตภิบาลที่ผ่านหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน ทันตกรรมผู้สูงอายุ ปี 2562 ของผู้เข้าฝึกเรียนเพิ่มขึ้นทั้งในด้านการให้บริการทันตกรรมรักษาขั้นพื้นฐาน เช่น การอุดฟัน และทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและจะส่ง

ผลระยะยาวต่อการป้องกันการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในสังคมผู้สูงอายุ

■ ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามหลักสูตร และปรับปรุงพัฒนาสมรรถนะของทันตภิบาลต่อเนื่องเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในอนาคต

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ทพ.ญ.วรางคณา เวชวิธี ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สถาบันพระบรมชนก สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทพ.ญ.ดร.เพ็ญแข ลาภยั้ง ทพ.ญ.นนทินี ตั้งเจริญดี และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ขอนแก่น จ. พิษณุโลก และ จ.ชลบุรี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. คู่มือสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2561.
2. Wong FMF, Ng YTY, Leung WK. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents—A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(21):1-29.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานทันตสุขภาพสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://e-meeting.anami.moph.go.th/agenda_att/file_emeeting_agenda_att__789_178_20210602_1242099707.pdf
4. มูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์. รายงานการประชุม คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. สรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดการระบบบริการทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยทันตบุคลากรแบบไร้รอยต่อครั้งที่ 2 ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
6. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น. โครงการเรียนหลักสูตรทันตกรรมเฉพาะทางสาขาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข(ทันตภิบาล). ขอนแก่น: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น; 2562.
7. วารุณี สุตา. สมรรถนะของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข. *วารสารทันตภิบาล* 2562;30(1):69-80.

8. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาท และสมรรถนะของทันตภิบาลในการจัดบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://164.115.41.179/dental/sites/default/files/%E0%B8%99%E0%B8%B3%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%99%E0%B8%AD%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B8%B2%E0%B8%A0%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A5%20v4%20F_%E0%B9%93%E0%B9%91%E0%B8%81%E0%B8%84%E0%B9%96%E0%B9%93_0.pptx
9. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dent.chula.ac.th/upload/news/791/file_1_5834.pdf
10. Clifford R. Dental nurse registration with GDC. Br Dent J 2003;194(11):585.
11. อุดม พรศักดิ์, พัชรี เหมือนพันธ์. เอกสารประกอบการนำเสนอ ทันตภิบาล: ผลปฏิบัติการศึกษาต่อเนื่องของทันตภิบาลที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://dental.anamai.moph.go.th/web.upload/>
12. กิตติ กล้าหาญพันธ์. คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบองค์รวม. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
13. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แนวทางการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561.
14. ศูนย์มาตรฐานและรหัสข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ. กลุ่มมาตรฐานพัฒนารหัสสุขภาพแห่งชาติ. ICD-10-TM 2016 Vol.5. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
15. สำนักทันตสาธารณสุข. ระบบเฝ้าระวังและข้อมูลทันตบุคลากร. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561.
16. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ 43 แฟ้มการจัดเก็บและกรงส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานด้านข้อมูลสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
17. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.). คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล(องค์การมหาชน); 2562.
18. อรทัย ดั่งวลวิจิตรชัย. สถิติวิเคราะห์. ชีวสถิติ/ SPSS BIostatistics/ SPSS. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550 หน้า 52-64.
19. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, SPSS version 26; NY: IBM Corp [Internet]. 2017 (updated 2020) [cited 2021 Jul 9]. Available from: <https://hadoop.apache.org>
20. Matear DW. Demonstrating the need for oral health education in geriatric institutions. Probe. 1999;33(2):66-71.
21. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33(2):81-92.
22. นนทินี ตั้งเจริญดี, ปิยะดา ประเสริฐสม, นิรมล ลีลาอดิศร. รายงานการวิจัย การคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากในชุมชน จ.ร้อยเอ็ด ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://dental2.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/dental/ewt_dl_link.php?nid=1983
23. Haresaku S, Uchida S, Aoki H, Akinaga K, Yoshida R, Kubota K, et al. Factors associated with nurses' performance of oral assessments and dental referrals for hospital inpatients. BMC Oral Health 2020;20(1):68.
24. Mohammad AR, Preshaw PM, Ettinger RL. Current status of predoctoral geriatric education in U.S. dental schools. J Dent Educ 2003;67(5):509-14.
25. Cooper D, Kim J, Duderstadt K, Stewart R, Lin B, Alkon A. Interprofessional Oral Health Education Improves Knowledge, Confidence, and Practice for Pediatric Healthcare Providers. Front Public Health 2017;5(1):209.

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรคเมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 30-55 ปี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

สุนันท์ณี ศรีประจันท์

สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปาริชา นีพพานนท์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันรับ 28 มิถุนายน 2564, วันแก้ไข 16 ธันวาคม 2564, วันตอบรับ 20 ธันวาคม 2564.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 30-55 ปี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีการเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ สุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมแทรกแซงแบบบูรณาการที่ประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 7 ครั้ง ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม วิทยุทัศน์ บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติในการเข้าถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และสังคมออนไลน์ รวมถึงการฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง การให้แรงสนับสนุนทางสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา; ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมาน Pair sample t-test และสถิติ Independent sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง การตัดสินใจปฏิบัติ และการรู้เท่าทันสื่อสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เจตคติในการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย ควรมีการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเมะเร็งเต้านมให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยงในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเมะเร็งเต้านม

ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The Effects of A Program by Application The Health literacy and Social Support to Promote Behaviors on Breast Cancer Prevention Among Women Aged 30-55 years in Muang District, KhonKaen Province

Sunantinee Sriprajan

Paricha Nippanon

Khon kaen University

Received 28 June 2021, Revised 16 December 2021, Accepted 20 December 2021.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effects of program by using the on application health literacy and social support to promote behaviors on breast cancer prevention. Sample were selected by criteria. 70 were simple random sampling technique and divided into two group. Each group 35 women. intervention program by the applying of health literacy and social support on occasions in 10 weeks. The intervention program consisted of an integrated activities such as group discussion group process, videos, lectures, demonstration and practice to assess internet and social media including to practice on breast self- exam (BSE), social support and home visit. the comparison group received only a routine service from Health Center. Data were collected though pre-test and post-test by questionnaires. Descriptive statistic: frequency, percentage, mean standard deviation and inference statistics were as paired simple t-test and independent t-test at 0.05 level of significantly. The main results were as follows: after the experiment show that the experimental group mean score of health literacy :accessibility of health information& health service, cognitive of health information, communication of health information, self-management, decision making and literacy media about breast cancer prevention, higher than the comparison group as well as higher than before the experiment at the significant level $p\text{-value}<0.05$. Attitude, and practice for health promotion, knowledge of breast cancer and breast self examination(BSE) higher than the-comparison group as well as higher than before the experiment at the significant level $p\text{-value}<0.001$. Recommendation : It would be to reinforce breast health literacy for promote behaviors on breast cancer prevention among women at high risk in other communities .

Keywords : Health Literacy, Social Support, Promote Behaviors on Breast Cancer

Granting supported by Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People.
Khon kaen University

■ บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของสตรีทั่วโลก และมีแนวโน้มการเกิดโรคมะเร็งเต้านมจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี⁽¹⁾ จากสถิติทั่วโลกปี 2561 มีอัตราการตาย 13.0 ต่อแสนประชากร อัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเท่ากับ 46.3 ต่อแสนประชากรพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 2.1 ล้านรายทั่วโลก⁽²⁾ ในทวีปต่างๆ พบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมสูงสุด 5 อันดับแรกทั่วโลก คือ ทวีปยุโรป ทวีปอเมริกา ทวีปเอเชีย ทวีปแอฟริกา และทวีปออสเตรเลีย⁽¹⁾ จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมส่วนมากจะเป็นประเทศที่มีความเจริญทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) เห็นว่าสาเหตุปัจจัยเริ่มต้นของปัญหาด้านสุขภาพแท้จริงที่ยังไปไม่ถึงผลลัพธ์ของการมีสุขภาวะที่ดี (Wellbeing) ได้ เป็นเพราะประชาชนขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy-HL)⁽³⁾

จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3028 ของประชาชนในกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี โดยกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้านประกอบด้วย เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ การจัดการสุขภาพ การตัดสินใจปฏิบัติ และการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 49.7 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 45.5 และระดับดีมากร้อยละ

5.5 และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 63.0⁽⁴⁾ จากการประเมินในภาพรวมพบว่า ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เป็นต้น โดยเฉพาะโรคมะเร็งเต้านมที่พบมากสูงสุดของสตรีไทย นอกจากนี้มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีปัญหาเกี่ยวกับความเข้าใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและอาการของโรค⁽⁵⁾ และผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ⁽⁶⁾ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านของสตรีไทยเพื่อให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ.2561-2563 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 581 665 และ 732 ราย ตามลำดับซึ่งในปี พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 46 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 865 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.3⁽⁷⁾

การเสริมสร้างให้สตรีมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและตรวจเต้านมด้วยตนเองได้เป็นผลสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนควรมีการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเต้านม (Breast Health Literacy) นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะใน
ภาวะที่บุคคลมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็ง
เต้านม มีการศึกษาของ ไพวัลย์ กานา และ
ปาริชา นิพพานนท์ เรื่อง ผลการประยุกต์ใช้
แบบแผนความเชื่อร่วมกับแรงสนับสนุนทาง
สังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านม
ด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอ
สีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบว่า สตรีกลุ่ม
ทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการ
ปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูง
กว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(๑) จากการทบทวน
วรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าวแสดงว่า
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเต้านมและ
แรงสนับสนุนทางสังคม มีความเหมาะสมที่จะ
นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

■ **วัตถุประสงค์การศึกษา**

ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์
ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน
โรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 30-55 ปี อำเภอ
เมือง จังหวัดขอนแก่น

■ **นิยามศัพท์**

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

และการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี
อายุ 30-55 ปี

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง
แรงสนับสนุนที่สตรีอายุ 30-55 ปีได้รับจากผู้วิจัย
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข
ในด้านข้อมูลสุขภาพ ด้านอารมณ์ การให้กำลังใจ
แสดงความห่วงใย การใช้เพลงลูกทุ่งชวนตรวจ
เต้านม ด้านทรัพยากรและด้านการประเมิน
ได้แก่ การแจกคู่มือการตรวจเต้านม สมุดบันทึก
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการเยี่ยมบ้าน

■ **กรอบแนวคิดการวิจัย**

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบ
แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกอง
สุختศึกษา กระทรวงสาธารณสุข มาประยุกต์ใช้
ในการจัดโปรแกรมเพื่อให้สตรีมีความรอบรู้
ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการ
ป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 6 ด้าน
คือ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการ
สุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การจัดการ
ตนเอง ตัดสินใจปฏิบัติ และรู้เท่าทันสื่อ รวมทั้ง
ชี้แนะให้บุคคลอื่นสามารถปฏิบัติในการ
ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน
เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และใช้ทฤษฎีแรง
สนับสนุนทางสังคมของเฮาท์ (House) 4 ด้าน
ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้าน
ทรัพยากร และด้านการประเมิน ดังรูปภาพ

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรอบรู้
ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม



1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน
2. เจตคติในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม
3. การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
4. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
5. การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ two-group pretest-posttest design ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองได้รับการแทรกแซงแบบบูรณาการตามโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามที่กำหนดขึ้น กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โปรแกรมจัดกิจกรรม จำนวน 7 ครั้ง ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2564 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ จีรวัฒน์กุล⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวมจำนวน 70 คน คัดเลือกพื้นที่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะสภาพภูมิศาสตร์ ภูมิอากาศ การเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูง สภาพลักษณะทั่วไป คุณลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ ประเพณีและวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน ได้ตำบลพระลับเป็นกลุ่มทดลอง ตำบลเมืองเก่าเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายตามทะเบียนรายชื่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

● เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ การเป็นประจำเดือนครั้งแรก ประวัติเคยตรวจพบก้อนหรือถุงน้ำที่เต้านม ประวัติญาติสายตรง/คนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านม และการได้รับทราบข้อมูลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน

17 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 46 ข้อ ส่วนที่ 3 เจตคติในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 6 การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 13 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพความตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมใช้วิธีการของ Kuder-Richardson 20 (K-R 20) ได้ค่าเท่ากับ 0.70 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม เจตคติในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94, 0.89, 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ

2. โปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 7 ครั้ง ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) “เข้าถึง เข้าใจ ห่างไกลมะเร็งเต้านม” โดยใช้กระบวนการกลุ่มฝึกปฏิบัติการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเลือกรับข้อมูลทางสุขภาพ 2) “รู้รอบด้าน ด้านภัยมะเร็งเต้านม”

ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โดยการบรรยายประกอบวีดิทัศน์ 3) “โสหุ่ยต้านภัยมะเร็งเต้านม” การสื่อสารข้อมูลสุขภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มไลน์ การใช้บุคคลตัวแบบที่เคยป่วยเป็นมะเร็งเต้านม และกิจกรรม “ซัวร์ ก่อนแซร์” ในการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันมะเร็งเต้านม 4) “3 นิ้ว 3 สัมผัสสกัดมะเร็งเต้านม” ผู้วิจัยสอนและสาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้เพลงลูกทุ่งชวนตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 5) เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม การบริโภคอาหารและออกกำลังกาย การจัดการความเครียด 6) “เยี่ยมเยือน เดือนตรวจเต้านม” การให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน ประเมินการตรวจเต้านมด้วยตนเองจำนวน 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับก่อนทดลองในสัปดาห์ที่ 10

- **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้ Independent Samples t-test และ Paired Sample t-test

- **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามเอกสารรับรองเลขที่ HE

642014 เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2564 และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้สมัครใจ และลงนามหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยก่อนเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกราย

■ ผลการศึกษา

1. **ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**
พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 50-55 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.9 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 37.1 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมีคู่ ร้อยละ 74.3 และร้อยละ 62.9 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.1 กลุ่มเปรียบเทียบมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. มากที่สุด ร้อยละ 28.6 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีประจำเดือนครั้งแรกอายุระหว่าง 12-15 ปี ร้อยละ 57.1 และร้อยละ 71.4 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านม ตรวจโดยวิธีการตรวจด้วยตนเองมากที่สุด ร้อยละ 65.7 และร้อยละ 54.3 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเคยตรวจพบก้อนผิดปกติหรือถุงน้ำที่เต้านม ร้อยละ 65.7 และร้อยละ 82.9 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีประวัติญาติสายตรง/คนในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 100 และร้อยละ 94.3 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เคยทราบข้อมูลการตรวจเต้านมด้วยตนเองจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 77.1 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบพบว่า มีคุณลักษณะใกล้เคียง แต่พบคุณลักษณะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ตัวแปรได้แก่ อายุที่พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p\text{-value} = 0.006$) สถานภาพสมรส ($p\text{-value} = 0.012$) และตัวแปรอาชีพ ($p\text{-value} = 0.002$) (ตารางที่ 1)

2. เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ในด้าน 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) การจัดการตนเอง 5) การตัดสินใจปฏิบัติ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 2)

3. เปรียบเทียบเจตคติในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 3)

4. เปรียบเทียบการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการ

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 3)

5. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 3)

6. การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 3)

7. การหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้โปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติในการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษาเมื่อควบคุมตัวแปรอายุ สถานภาพและอาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบให้คงที่ พบว่าการใช้โปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติในการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	
อายุ (ปี)			0.006 ^{*A}
$\bar{X} \pm SD$	49.17 \pm 5.85	44.17 \pm 8.45	
30-39	3 (8.6)	13 (37.2)	
40-49	9 (25.7)	11 (31.4)	
50-55	23 (65.7)	11 (31.4)	
สถานภาพสมรส			0.012 ^{*B}
โสด	0 (0.0)	6 (17.1)	
คู่	26 (74.2)	22 (62.9)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	9 (25.8)	7 (20)	
การศึกษา			0.499 ^C
ประถมศึกษา	13 (37.1)	9 (25.7)	
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	9 (25.7)	7 (20.0)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	9 (25.7)	10 (28.6)	
ปริญญาตรี	4 (11.5)	9 (22)	
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.0)	1 (2.8)	
อาชีพ			0.002 ^{*B}
ทำงานบ้าน (แม่บ้าน)	8 (22.9)	8 (22.9)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11 (31.4)	17 (48.5)	
ทำไร่/ทำนา	6 (17.1)	3 (8.6)	
รับจ้าง	7 (20.0)	1 (2.9)	
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	0 (0.0)	2 (5.7)	
พนักงานบริษัทเอกชน	0 (0.0)	4 (11.4)	
ไม่ได้ทำงาน	3 (8.6)	0 (0.0)	
รายได้ต่อเดือน			0.248 ^C
เพียงพอมีเงินเก็บ	8 (22.8)	11 (31.4)	
เพียงพอไม่มีเงินเก็บ	15 (42.9)	17 (48.6)	
ไม่เพียงพอ	12 (34.3)	7 (20.0)	
การมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ (ปี)			0.308 ^A
$\bar{X} \pm SD$	14.71 \pm 1.96	14.26 \pm 1.75	
< 12 ปี	5 (14.3)	5 (14.3)	
12-15 ปี	20 (57.1)	25 (71.4)	
16-19 ปี	10 (27.8)	5 (14.3)	
การตรวจเต้านมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา			1.00 ^C
เคยตรวจ	25 (71.4)	25 (71.4)	
ไม่เคยตรวจ	10 (28.6)	10 (28.6)	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	
ตรวจเต้านมด้วยวิธี (ตอบได้ > 1 ข้อ)			
ตรวจด้วยตนเอง	23 (65.7)	19 (54.3)	
ญาติพี่น้อง	0 (0.0)	1 (2.9)	
แพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5 (14.3)	5 (14.3)	
อาสาสมัครสาธารณสุข	4 (11.1)	3 (8.6)	
ประวัติเคยตรวจพบก้อนหรือถุงน้ำที่เต้านม			0.200 ^B
ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ	8 (22.9)	5 (14.3)	
ไม่เคย	23 (65.7)	29 (82.8)	
เคย	4 (11.4)	1 (2.9)	
ประวัติญาติสายตรง/คนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านม			0.493 ^B
ไม่มี	35 (100)	33 (94.3)	
มี	0 (0.0)	2 (5.7)	
การทราบข้อมูลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง			1.000 ^C
ไม่เคยทราบ	8 (22.9)	8 (22.9)	
เคยทราบ	27 (77.1)	27 (77.1)	

Significant at $p < 0.05$ and A,B,C=p-value from student t-test, Fisher's exact test and Chi-Square test, respectively

■ อภิปรายผล

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง การตัดสินใจปฏิบัติและการรู้เท่าทันสื่อสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองและเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมทั้ง 6 ด้าน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการให้ความรู้ผ่านกลุ่มไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

รุ่งนภา อาระหัง⁽¹²⁾ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม “โสเหล่ต้านภัยมะเร็งเต้านม” จึงทำให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		p- value between group
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	33.86	5.16	33.06	4.75	0.502
หลังการทดลอง	37.74	3.15	33.60	4.79	< 0.001
p- value within group	< 0.001		0.070		
2. การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	21.88	3.54	24.82	2.58	0.770
หลังการทดลอง	24.82	2.58	22.91	4.29	0.028
p- value within group	< 0.001		0.022		
3. การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	31.85	5.32	31.40	5.64	0.728
หลังการทดลอง	35.05	3.39	31.57	5.52	0.002
p- value within group	< 0.001		0.136		
4. การจัดการตนเอง					
ก่อนการทดลอง	19.82	4.79	19.68	3.94	0.892
หลังการทดลอง	23.45	2.57	20.14	3.97	< 0.001
p- value within group	< 0.001		0.019		
5. การตัดสินใจปฏิบัติ					
ก่อนการทดลอง	35.60	4.78	35.45	7.51	0.925
หลังการทดลอง	42.42	3.92	36.22	7.00	< 0.001
p-value within group	< 0.001		0.006		
6. การรู้เท่าทันสื่อ					
ก่อนการทดลอง	17.88	4.07	17.91	3.79	0.976
หลังการทดลอง	20.82	2.67	18.4	3.47	0.002
p- value within group	< 0.001		0.001		
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน					
ก่อนการทดลอง	160.14	22.53	160.20	23.21	0.010
หลังการทดลอง	185.17	14.07	163.00	22.92	< 0.001
p- value within group	< 0.001		<0.001		

Significant at p<0.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติในการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		p- value between group
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1. เจตคติ ในการส่งเสริมสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	34.05	5.48	33.34	4.96	0.570
หลังการทดลอง	39.25	4.36	34.02	4.69	< 0.001
p- value within group	< 0.001		0.006		
2. การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	40.45	5.80	40.40	5.25	0.966
หลังการทดลอง	47.17	5.25	41.29	5.35	< 0.001
p- value within group	< 0.001		< 0.001		
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม					
ก่อนการทดลอง	10.97	3.90	8.71	3.36	0.012
หลังการทดลอง	15.82	2.45	10.54	3.80	< 0.001
p- value within group	< 0.001		< 0.001		
4. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
ก่อนการทดลอง	25.22	8.50	22.68	8.06	0.204
หลังการทดลอง	34.97	7.61	23.20	2.92	< 0.001
p- value within group	< 0.001		0.001		

Significant at $p < 0.05$

ญานิสา จารุพันธ์ และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรม การมาตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมการตัดสินใจและการจัดการตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านทางกลุ่มไลน์ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเรื่องโรค

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณหลายตัวแปร (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้โปรแกรมประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติในการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	b	Beta	t-value	p-value
1. โปรแกรมฯกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่				
1.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	-4.327	-.480	-4.372	< 0.001
1.2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	-2.717	-.375	-3.290	0.02
1.3 การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	-4.636	-.479	-4.471	< 0.001
1.4 การจัดการตนเอง	-3.887	-.526	-4.980	< 0.001
1.5 การตัดสินใจปฏิบัติ	-6.553	-.512	-4.527	< 0.001
1.6 การรู้เท่าทันสื่อ	-3.046	-.465	-4.279	< 0.001
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-25.610	-.588	-5.860	< 0.001
2. โปรแกรมฯกับเจตคติในการส่งเสริมสุขภาพ	-4.888	-.472	-4.212	< 0.001
3. โปรแกรมฯกับการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ	-5.678	-.511	-4.648	< 0.001
4. โปรแกรมฯกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	-5.440	-.661	-6.970	< 0.001
5. โปรแกรมฯกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	-10.919	-.667	-7.578	< 0.001

*Significant at $p < 0.05$ เมื่อควบคุมตัวแปร อายุ สถานภาพ และอาชีพให้คงที่แล้ว ด้วยสถิติ Multiple Linear

มะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต ได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมจากผู้วิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพวัลย์ กานา และปาริชา นิพนานนท์⁽⁸⁾ การศึกษาของ อุบลรัตน์ วาจรัด และปาริชา นิพนานนท์⁽¹⁰⁾ และการศึกษาของ จุฑาธิป โยพันธ์⁽¹¹⁾ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับกิจกรรมตาม

โปรแกรมประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับเพียงการส่งเสริมสุขภาพตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้แจกคู่มือ แผ่นพับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อนำไปใช้ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และจากการศึกษาการใช้โปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อควบคุมตัวแปร อายุ สถานภาพ และอาชีพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เจตคติในการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สรุปได้ว่าผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 30-50 ปี ได้โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม การใช้กลุ่มไลน์ในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตาม กระตุ้นเตือน และให้คำปรึกษาแก่สตรี

■ ข้อเสนอแนะ:

● ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมไปประยุกต์ใช้กับสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อื่นๆ ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน

โรคมะเร็งเต้านมต่อไป

● ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติในการส่งเสริมสุขภาพกับการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. ควรมีการวิจัยในระดับนโยบายหรือนำผลการวิจัยไปกำหนดเป็นนโยบายเพื่อพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในพื้นที่ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ พร้อมอำนวยความสะดวก และให้คำแนะนำเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Cancer Research Fund International. Breast cancer statistics. [Internet]. [cited 2020 Oct 20]. Available from: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics>.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018. GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancer in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424.
3. World Health Organization. Health literacy and health promotion.definitions, Individual Empowerment Conference Working Document.7 th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. 26-30 October 2009; Nairobi, Kenya; 2009 p 26-30.
4. กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.

5. Sentell TL, Tsoh JY, Davis T, Davis J, Braun KL. Low health literacy and cancer screening among Chinese Americans in California: a cross-sectional analysis. *BMJ Open* 2015;5(1):1-9.
6. Yadollahi M, Siavashi E, Mostaghim S. The relationship between health literacy and patient participation in medical decision making among breast cancer patients. *Archives of breast cancer* 2018;5(4):183-8.
7. โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2563.
8. ไพวัลย์ กานา และปาริชา นิพพานนท์ . ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2559;9(2):211-20.
9. อรุณ จีรวัดน์กุล, ชิวสถิตติ, พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
10. อุบลรัตน์ วาจรัต และปาริชา นิพพานนท์ . ผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-60 ปี ตำบลกุดกุง อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2559;9(2):62-74.
11. จุฑาทิพย์ โยพันธ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหญ้าขาว อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ] ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
12. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
13. ญาณิสสา จารุพันธ์ และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข]. ราชบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง; 2563.

HEALTH

การพัฒนาคุณภาพน้ำเสียและน้ำทิ้ง ของสถานพยาบาลในประเทศไทย

ธนชีพ พิระธรณิศร์

สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

ศิราณี ศรีใส

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันนี มากันต์

วาสนา คงสุข

ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย

สุภาวิตา สุวรรณศิลป์

นักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ 15 กุมภาพันธ์ 2565, วันแก้ไข 28 มีนาคม 2565, วันตอบรับ 30 มีนาคม 2565.

บทคัดย่อ

น้ำเสียจากโรงพยาบาล เป็นน้ำที่กฎหมายกำหนดให้ต้องมีการบำบัดด้วยระบบบำบัดน้ำเสีย โดยน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดแล้วต้องมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานน้ำทิ้ง ก่อนปล่อยสู่สาธารณะ หรือสิ่งแวดล้อม ประเทศไทยมีน้ำเสียเกิดจากสถานพยาบาลให้บริการทั้งภาครัฐ และเอกชนมากกว่า 25,747 แห่ง โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโรค Covid-19 ซึ่งเกิดจากเชื้อ SARS-CoV-2 จึงมีผลต่อสุขภาพของประชาชน ดังนั้นการวิจัยจึงมุ่งเน้นที่จะดูสถานการณ์และแนวโน้มของคุณภาพน้ำเสียและน้ำทิ้ง ศึกษาพัฒนากระบวนการเพิ่มประสิทธิภาพการฆ่าเชื้อของระบบบำบัด ให้เกิดแนวทางใหม่ นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการน้ำเสีย น้ำทิ้ง ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ผลการศึกษาพบว่า มีตัวอย่างน้ำเสียและน้ำทิ้ง เฉลี่ย 1,355 ตัวอย่าง/ปี ผ่านมาตรฐานน้ำทิ้ง เพียงร้อยละ 15.1-56.0 แนวโน้มคุณภาพลดลง พบค่าเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้สูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) ปริมาณของแข็งละลายทั้งหมด 2) โคลิฟอร์มแบคทีเรีย 3) ฟิคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย เกินมาตรฐานเฉลี่ยร้อยละ 40, 31, และ 31 ตามลำดับ การบำบัดน้ำเสียยังมีผลดีต่อคุณภาพน้ำทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกพารามิเตอร์ รวมถึงน้ำเสียและน้ำทิ้งที่ตรวจพบเป็นเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วย ยังพบอีกว่าสัดส่วนของของแข็งละลายทั้งหมด คือ Total Dissolved Solid (TDS) บีโอดี ซีโอดี โคลิฟอร์มแบคทีเรีย และฟิคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.01) จำแนกประเภทน้ำและการปนเปื้อนเชื้อ SARS-CoV-2 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.023) ยังพบค่าความเสี่ยงระหว่างค่าพารามิเตอร์และการปนเปื้อนเชื้อ SARS-CoV-2 คือ บีโอดี และซีโอดี โดยน้ำเสีย/น้ำทิ้งที่มีค่าบีโอดี ที่ไม่ได้มาตรฐาน จะตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 ประมาณ 2.956 เท่าเมื่อเทียบกับที่ได้มาตรฐาน และมีค่าซีโอดีที่ 2.881 เท่า น้ำเสียและน้ำทิ้งจึงอันตรายหากปล่อยสู่ธรรมชาติ สำหรับการทดสอบเปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำลายเชื้อของคลอรีนกับเปอร์อะซิดิก พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) เปอร์อะซิดิกสามารถฆ่าเชื้อได้ดีกว่าที่ระยะเวลาสัมผัส 30 นาที และกรดเปอร์อะซิดิกยังมีผลทำให้ปริมาณของแข็งละลายได้ทั้งหมด ปริมาณไนโตรเจนทั้งหมด ซีโอดี และบีโอดี ในน้ำทิ้งลดลง คุณภาพน้ำหลังการใช้กรดเปอร์อะซิดิกเป็นสารทำลายเชื้อดีกว่าการใช้คลอรีนได้อย่างชัดเจน การวิจัยมีข้อเสนอแนะ ในการจัดการน้ำเสียของสถานพยาบาล และการเฝ้าระวังเชื้อ SARS-CoV-2 ในน้ำเสียและน้ำทิ้งจากจึงมีข้อเสนอการบริหารจัดการทั้งระดับหน่วยงานและระดับประเทศ คือ 1) ควร

มีการออกแบบระบบควบคุมคุณภาพน้ำ ประเภทต่างๆ ที่ยังไม่ได้มาตรฐาน ให้เป็นระบบที่สามารถบูรณาการ และเชื่อมโยงให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์คุณภาพน้ำของพื้นที่และประเทศไทยได้ โดยต้องร่วมกำหนดวัตถุประสงค์การใช้ข้อมูลคุณภาพน้ำ แนวทางการออกแบบระบบควบคุมคุณภาพน้ำ และการจัดการใช้ประโยชน์ข้อมูลคุณภาพน้ำอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การดำเนินงานต้องครอบคลุมบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน 2) กรมอนามัย ควรมีการออกแบบระบบบริการและควบคุมคุณภาพตัวอย่างน้ำที่ทำการวิเคราะห์ ตั้งแต่การออกแบบและนำเข้าสู่ระบบ ข้อมูลตัวอย่างน้ำ การควบคุมคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ และการประมวลผลข้อมูล เพื่อสอดคล้องกับระบบควบคุมคุณภาพน้ำที่ภาคส่วนต่างๆ ออกแบบไว้ 3) ควรมีการดำเนินงานทวนสอบ ระบบควบคุมคุณภาพน้ำ และติดตามตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบบริหารจัดการ โดยจัดทำเป็นฐานข้อมูล ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่ายและเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ 4) ศึกษา และพัฒนาการใช้เปอร์อะซิดิก แทนคลอรีนที่ยังมีสารตกค้างอันตราย และสนับสนุนให้เป็นมาตรการหลักของการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ในอนาคต 5) สร้างและพัฒนา Test kit จากการวัดน้ำเสียน้ำทิ้งที่สามารถบ่งชี้คุณภาพและปริมาณจุลินทรีย์จากค่า BOD และ COD ที่เป็นตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยนี้

คำสำคัญ : น้ำเสีย น้ำทิ้ง การฆ่าเชื้อ SARS-CoV-2 คุณภาพน้ำเสีย

A Thailand health services wastewater and effluent quality development

Thanacheep Perathornich

Office of Senior Advisors Committee, Department of Health.

Siranee Sreesai

Faculty of Public Health, Mahidol University.

Wanee Magun

Wassana Kongsuk

Research and Laboratory Development Center, Department of Health.

Supavita Suwannasin

Faculty of Public Health, Mahidol University

Received 15 February 2022, Revised 28 March 2022, Accepted 30 March 2022.

Abstract

The health services or Hospital's wastewater and effluents has been treated with the standard before eliminated to a public or environment. They are many services activities to generate waste water. They are 25,474 government and public places in Thailand. Especially in the situation of the Covid-19 outbreak, which is caused by SARS-CoV-2, thus affecting public health. Therefore, the research focuses on the situation and trends of wastewater and effluents quality, study and develop the new process to increase the efficiency of disinfection of the treatment system and leading to policy proposals for greater quality wastewater and effluents management. The results showed that there were an average of 1,355

wastewater and effluent samples/year. Most of them sustained the parameters standard just 15.1 – 56.0 percentage. With a quality trend was decreasing. The three level of a water parameters got over the standard were; Total dissolved solid, Coliform bacteria and Fecal coliform bacteria. They were over average 40, 31 and 31 percentage respectively. A Wastewater treatment also had a statistically significant effect on effluent quality in all parameters. including the wastewater contaminated with SARS-CoV-2. It was also found that the proportion of total dissolved solids (TSS), BOD, COD, coliform bacteria and fecal coliform bacteria significantly different (p -value < 0.01). The water type and SARS-CoV-2 contamination were significantly related (p -value = 0.023). Also found the risk values between the parameters and the contamination of SARS-CoV-2 were BOD and COD. A non-standard BOD value of wastewater/effluent with SARS-CoV-2 will be detected approximately 2.956 times as compared to the standard and 2.881 times of COD value. Then a wastewater and effluents are dangerous if released into nature. The comparison effectiveness disinfection microorganism test by Chlorine and Peracetic acid found significant difference ($p < 0.05$). The Peracetic was better disinfected than Chlorine. Peracetic acid helped dissolved all solid particles and Nitrogen, reduced BOD, COD in waste water. Then Peracetic was treated wastewater and effluents quality absolutely perfect than Chlorine. These research suggestion on the hospital management of wastewater and surveillance of SARS-CoV-2 from medical services by improving the management. Then the organization and country suggestion on waste water management are; 1) A different types of water quality control systems should be designed as a system that can integrate and have linked to an overview of the water quality situation of the area and country, by various departments must jointly the objectives for the use of water quality data Design guidelines on water quality control systems and efficient management of water quality data utilization, the operation must cover the roles of all stakeholders. 2) There should be an operation to verify the water quality control system and monitor the efficiency of the management system by creating a database that relevant stakeholder can easily use and keep up with changing. 3) Economic principles and systematic performance appraisals should be applied to assist in the continuous assessment of management efficiency every year. In order for agencies at both local and national levels to adjust their management to be more efficient and maximum efficiency 4) Study and develop the use of peracetic instead of chlorine that still has harmful substances and support it as the main measure of microorganism disinfection in the future. 5) Build and develop a test kit based on the measurement of wastewater and effluents that can indicate the quality and quantity of microorganisms from the BOD and COD values as indicators from this research.

Keywords: Waste water, Effluent, Disinfection, SARS-CoV-2, Waste water Quality

■ บทนำ

ประเทศไทยเกิดน้ำเสีย น้ำทิ้ง จากกิจกรรมต่างๆ ของสถานพยาบาลต้องเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียให้ได้มาตรฐานน้ำทิ้ง ก่อนปล่อยสู่ท่อสาธารณะหรือสิ่งแวดล้อม⁽¹⁾ ด้วยเหตุที่น้ำเสีย น้ำทิ้งมีเชื้อโรค มีสารเคมีอันตราย ประสิทธิภาพและคุณภาพการกำจัดจึงขึ้นอยู่กับระบบบำบัดน้ำเสียของสถานพยาบาล รวมถึงในระหว่างปี 2563 ถึง 2564 มีการระบาดของ

โรคโควิด-19 ด้วยเชื้อ SARS-CoV-2⁽²⁾ มีการสร้างสถานพยาบาลเร่งด่วนต่างๆ มากมาย แต่ยังคงขาดระบบจัดการบำบัดน้ำเสียอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ น้ำเสียจำนวนมากของสถานพยาบาลต่างๆ จึงเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของมลพิษในแหล่งน้ำ น้ำทิ้งในโรงพยาบาลมีสารมลพิษที่เป็นอันตราย เช่น สารเคมีที่ใช้ในห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรค สารคัดหลั่งของผู้ป่วยและผู้ติด

เชื้อ อินทรียสาร อินทรียสาร สิ่งปฏิภูล จุลินทรีย์ก่อโรค และอื่น ๆ จึงต้องมีการบำบัด จนมีคุณภาพได้มาตรฐานทั้งทางกายภาพ เคมี และชีวภาพ และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ ประชาชนและสิ่งแวดล้อม⁽³⁾

โดยทั่วไปน้ำเสียของโรงพยาบาลเกือบ ทั้งหมดในประเทศไทย ได้รับการปรับปรุง คุณภาพทางกายภาพ เคมี และจุลินทรีย์ ส่วนการบำบัดจุลินทรีย์ที่มีอยู่ในน้ำ ก่อนที่จะ ปล่อยเป็นน้ำทิ้ง ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพน้ำที่ สำคัญ⁽¹⁾ มักจะบำบัดด้วยคลอรีนที่ได้รับความนิยม ในการใช้เป็นสารทำลายเชื้อ เนื่องจากมี ราคาที่ต่ำกว่า และความสามารถในการทำลาย เชื้อที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับสารทำลายเชื้อเชิง พาณิซย์อื่น ๆ แต่การใช้สารคลอรีนทำลายเชื้อ มากเกินไป จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ของประชาชนและสิ่งแวดล้อม การใช้คลอรีนใน ปริมาณมากเกินไป และ/หรือการใช้คลอรีน อย่างไม่เหมาะสมอาจสร้างการก่อตัวของ ผลพลอยได้จากการทำลายเชื้อ (DBPs) หรือ ไตรฮาโลมีเทน⁽⁴⁾ ที่เป็นสารก่อมะเร็งที่สำคัญ ดังนั้นการวิจัยนี้ จึงวิจัยพัฒนากระบวนการ ฆ่าเชื้อที่สำคัญ ให้เกิดประสิทธิภาพ ได้ทำการ ทดสอบ ทดลอง เปรียบเทียบ กระบวนการฆ่าเชื้อ ระหว่างคลอรีน และกรดเปอร์อะซิดิก ในน้ำเสีย น้ำทิ้งจากสถานพยาบาล ในเวลาที่ต่าง ๆ กัน จึงเป็นที่มาของการวิจัยพัฒนาคุณภาพน้ำเสีย และน้ำทิ้งของสถานพยาบาลในประเทศไทย ครั้งนี้

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์ แนวโน้ม คุณภาพน้ำเสียและน้ำทิ้งจากสถานพยาบาล 11 ปีย้อนหลังของประเทศไทย
2. ศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการฆ่า

เชื้อที่มีประสิทธิภาพของน้ำเสียและน้ำทิ้งที่ได้ มาตรฐาน

3. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการ บริหารจัดการน้ำเสียและน้ำทิ้งจากสถาน พยาบาลของประเทศไทย

■ วิธีการศึกษา

ส่วนที่ 1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย Descriptive อธิบายข้อมูลทุติยภูมิจากฐาน ข้อมูลน้ำเสียและน้ำทิ้งของโรงพยาบาลที่ได้รับการ ตรวจสอบคุณภาพน้ำจากศูนย์ห้องปฏิบัติการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ย้อนหลัง 11 ปี ทุกตัวอย่าง ตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2563 จำนวน 14,912 ตัวอย่าง⁽¹⁾ และการเฝ้าระวังการ ปนเปื้อนเชื้อโควิด ในน้ำเสียหรือน้ำทิ้ง และ น้ำเสียที่กฎหมายกำหนด⁽⁵⁾ของสถานพยาบาล ที่รักษาผู้ป่วยโควิด-19 ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 100 ตัวอย่าง ตามระบบของกรมอนามัย ทำการตรวจมาตรฐานน้ำทิ้ง และการตรวจหาเชื้อ โควิด โดยข้อมูลพารามิเตอร์ทั้งหมดจะถูก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อน การวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลที่ถูกระบุว่า not define จะไม่ถูกนำมาคิดวิเคราะห์ในการศึกษา พารามิเตอร์ของน้ำเสีย-น้ำทิ้งจะถูกนำมา จำแนกตามเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบาย น้ำทิ้งจากสถานพยาบาล ตามประกาศกระทรวง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจาก อาคารบางประเภทและบางขนาด ประกาศใน ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 122 ตอนที่ 125 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2548⁽⁶⁾ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ จำนวนและ ร้อยละเพื่อใช้ในการอธิบายพารามิเตอร์ใน แต่ละชนิด ใช้สถิติเชิงอนุมาน Chi square และ

Fisher's exact test เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างพารามิเตอร์ การหาค่าความเสี่ยงและความสัมพันธ์ของพารามิเตอร์เชื่อมโยงกับเชื้อโควิดที่ตรวจพบในน้ำเสียและน้ำทิ้ง

ส่วนที่ 2 ทดสอบประสิทธิภาพการฆ่าเชื้อด้วยคลอรีนและเปอร์อะซิติกในน้ำเสียของโรงพยาบาลจากระบบกรมนาอิมยอย่างละ 36 ตัวอย่าง (ทำซ้ำเพื่อความถูกต้องเพิ่ม 3 ตัวอย่างตามช่วงเวลา) ที่ยังไม่ผ่านการฆ่าเชื้อจากระบบบำบัดมาก่อน ตัวอย่างจะถูกเก็บที่ท่อระบายน้ำหลังจากน้ำเสียผ่านการบำบัดไปที่บ่อตกตะกอนและไม่เติมด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเคมีหรือสารฆ่าเชื้ออื่นๆ น้ำเสียได้รับการบำบัดโดยระบบบำบัดตะกอนเร่ง เป็นเบื้องต้น ให้ได้ปริมาณ ความเข้มข้น และเวลาในการฆ่าเชื้อที่เหมาะสม

- การใช้คลอรีน ประกอบด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรท์ 10% โดยน้ำหนัก ความเข้มข้นของคลอรีนที่ศึกษาจะเป็นคลอรีนตกค้างหลังจากพบคลอรีนทำปฏิกิริยาถึงจุด Break point chlorination ในน้ำทิ้งที่ศึกษาของโรงพยาบาล ตัวอย่าง

- การใช้กรดเปอร์อะซิติก ประกอบด้วยกรดอะซิติก (CH_3COOH) และไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (H_2O_2) ในสารละลายน้ำ เป็นการผลิตเชิงพาณิชย์และจะได้รับจากบริษัทเอกชน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปอร์เซ็นต์ ใช้สำหรับอธิบายผลการศึกษาลักษณะสมบัติของน้ำเสีย น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัด และสถานการณ์ทั่วไป

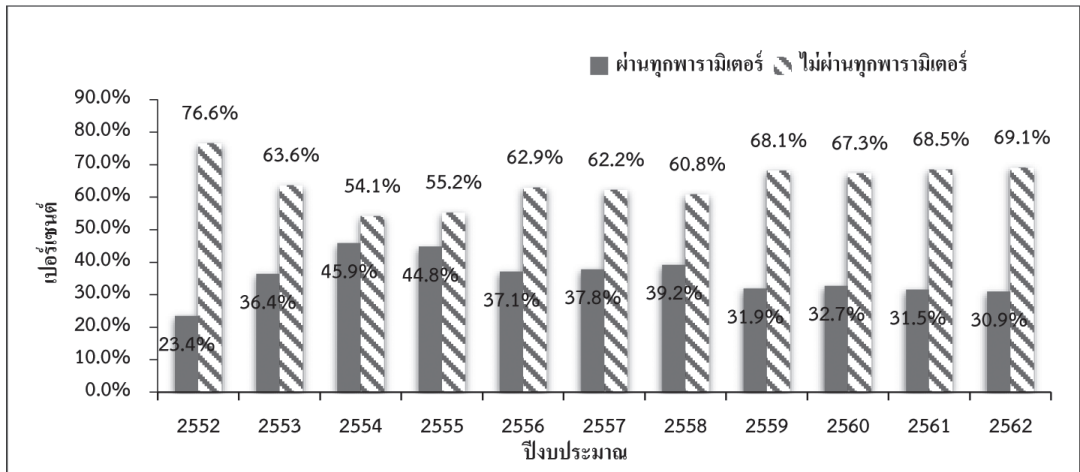
2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ One-way ANOVA ใช้สำหรับการอธิบาย

ความสัมพันธ์ของตัวแปรในตำหรับทดลองต่างๆ และประสิทธิภาพของสารทำลายเชื้อจุลินทรีย์บ่งชี้ต่างๆ ในน้ำทิ้งของโรงพยาบาล ตัวอย่าง

- การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์กรมนาอิมย เลขที่ 552/2565

■ ผลการศึกษา

1. จากการทบทวน รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลคุณภาพน้ำเสีย และน้ำทิ้งของสถานพยาบาลต่างๆ จากห้องปฏิบัติการของศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมนาอิมย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2552 ถึง 2563 โดยมีแหล่งที่มาของตัวอย่างน้ำเสีย และน้ำทิ้งหลากหลาย⁽¹⁾ โดยพารามิเตอร์ที่วิเคราะห์หมีทั้งพารามิเตอร์ตามมาตรฐานคุณภาพน้ำ และเชื้อ SARS-COV-2 โดยในแต่ละปีจะมีการเก็บตัวอย่างน้ำเสียและน้ำทิ้งจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ของรัฐทั่วประเทศไทย จำนวนเฉลี่ย 1,355 ตัวอย่าง น้ำทิ้งจากสถานพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านมาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งจากสถานพยาบาลเพียงร้อยละ 15.1-56.0 แนวโน้มคุณภาพน้ำเสียที่ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์มีแนวโน้มที่ลดลง ดังรูปที่ 1 ค่าเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้สูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) ปริมาณของแข็งละลายทั้งหมด 2) โคลิฟอร์มแบคทีเรีย 3) ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย เกินมาตรฐานเฉลี่ยร้อยละ 40, 31, และ 31 ตามลำดับเมื่อแบ่งประเภทน้ำ (น้ำเสียและน้ำทิ้ง) ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2563 คัดคุณภาพข้อมูลมีเพียงจำนวน 10,970 ตัวอย่าง จำแนกเป็นน้ำทิ้งจำนวน 6,408 ตัวอย่าง และน้ำเสียจำนวน 4,562 ตัวอย่าง พบว่ามีดัชนีคุณภาพน้ำอยู่ใน



รูปที่ 1 น้ำเสียในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทบางขนาด ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2562

เกณฑ์มาตรฐานการควบคุมการระบายน้ำทิ้งประกอบด้วย ปริมาณของแข็งแขวนลอย (ร้อยละ 75.4) ตะกอนหนัก (ร้อยละ 82.1) ซัลไฟด์ (ร้อยละ 96.0) ความเป็นกรด-ด่าง (ร้อยละ 97.8) น้ำมันและไขมัน (ร้อยละ 97.2) ไนโตรเจนทั้งหมด (ร้อยละ 85.4) บีโอดี (ร้อยละ 75.8) ซีโอดี (ร้อยละ 74.6) โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (ร้อยละ 61.3) และ ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (ร้อยละ 61.6) แต่เมื่อพิจารณาตามประเภทน้ำ พบว่า การบำบัดน้ำเสียมีผลดีต่อคุณภาพน้ำทิ้งชัดเจนและมีนัยสำคัญทางสถิติทุกพารามิเตอร์ โดยน้ำทิ้งมีค่าของพารามิเตอร์ต่างๆ เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดในสัดส่วนที่มากกว่าน้ำเสียหลายพารามิเตอร์ อย่างไรก็ตามมากกว่าร้อยละ 20 ของตัวอย่างน้ำที่ยังมีดัชนีคุณภาพน้ำไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เช่น ปริมาณของแข็งละลายทั้งหมด (TDS) (ร้อยละ 41.4) โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (ร้อยละ 38.7) ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (ร้อยละ 38.4) ซีโอดี (ร้อยละ 25.4) ของแข็งแขวนลอย (ร้อยละ 24.6) และ บีโอดี (ร้อยละ

24.2) ตามลำดับน้ำทิ้งมีคุณภาพดีกว่าน้ำเสียก่อนเข้าระบบบำบัด

2. สำหรับการตรวจวิเคราะห์น้ำเสียและน้ำทิ้งของโรงพยาบาลโดยวิเคราะห์การปนเปื้อนเชื้อ SARS-CoV-2 ในระหว่างเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 100 ตัวอย่างจากการเฝ้าระวังของกรมอนามัยที่ยังไม่ผ่านการบำบัด พบว่า น้ำเสียมีค่าของแข็งแขวนลอย ตะกอนหนัก น้ำมันและไขมัน ไนโตรเจนทั้งหมด บีโอดี ซีโอดี โคลิฟอร์มแบคทีเรีย และฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ไม่ได้ตามมาตรฐานในสัดส่วนที่มากกว่าน้ำทิ้ง น้ำเสียและน้ำทิ้งมีสัดส่วนของค่าของแข็งละลายทั้งหมด (TDS) บีโอดี ซีโอดี โคลิฟอร์มแบคทีเรีย และฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.01) เฉพาะคุณภาพน้ำทิ้งหลังการบำบัดพบปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ ของแข็งละลายทั้งหมด (ร้อยละ 55.4) โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (ร้อยละ 37.9) ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (ร้อยละ 34.5) ของแข็ง

แขวนลอย (ร้อยละ 34.5) ไนโตรเจนทั้งหมด (ร้อยละ 20.7) และซีโอดี (ร้อยละ 20.7) และตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 ร้อยละ 57.1 ในน้ำเสีย ส่วนน้ำทิ้งตรวจพบ ร้อยละ 29.3 น้ำเสียและน้ำทิ้งตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 มีความสัมพันธ์กัน (p-value = 0.023) ดังตารางที่ 1 พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าพารามิเตอร์และการตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 จำนวน 2 พารามิเตอร์ ประกอบด้วย บีโอดี และซีโอดี ที่พบความสัมพันธ์กับการตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 โดยน้ำเสีย/น้ำทิ้งที่มีค่าบีโอดีที่ไม่ได้มาตรฐาน จะตรวจพบเชื้อ SARS-

CoV-2 ประมาณ 2.956 เท่าเมื่อเทียบกับน้ำเสีย/น้ำทิ้งที่มีค่าบีโอดีที่ได้มาตรฐาน (Crude OR=2.956, 95%CI=(1.114,7.840)) และค่าซีโอดี ประมาณ 2.881 เท่า (Crude OR=2.881, 95%CI=(1.069,7.765)) ตามลำดับดังตารางที่ 2

3. ผลการทดลองหาประสิทธิภาพการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ด้วยสารเคมี ในน้ำเสียและน้ำทิ้ง ตามระบบกรรมอนามัย จากระบบบำบัดน้ำเสีย จำนวน 36 ตัวอย่าง พบว่าลักษณะสมบัติทางแบคทีเรียในตัวอย่างน้ำทิ้งบ่งชี้ว่า น้ำทิ้งหลังการบำบัดด้วยระบบบำบัด

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทน้ำและการตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2

ประเภทน้ำ	ไม่พบเชื้อ COVID-19		พบเชื้อ COVID-19		Chi square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประเภทน้ำ					5.141 (1)	0.023
น้ำเสีย	11	42.9	15	57.1		
น้ำทิ้ง	52	70.7	22	29.3		
BOD					4.899 (1)	0.027
≤ 20	48	71.1	19	28.3		
>20	15	46.2	18	53.8		
COD					4.522 (1)	0.033
≤ 20	49	70.9	20	29.1		
>120	14	45.8	16	54.2		

*f = fisher's exact test

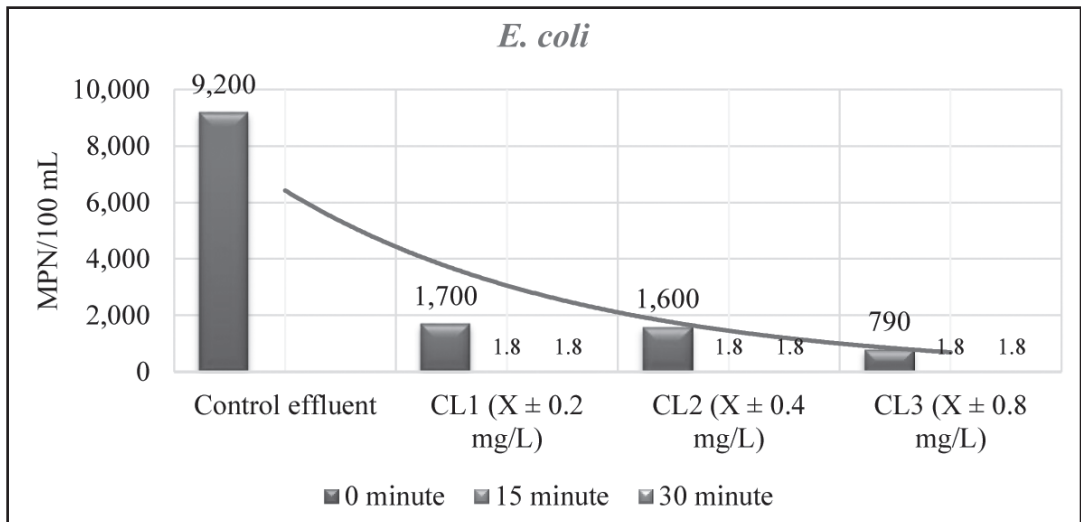
ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดความเสี่ยงปัจจัยของพารามิเตอร์ดัชนีคุณภาพน้ำและการตรวจพบเชื้อ COVID-19 ในตัวอย่างน้ำ

Parameter	Wald (df)	Crude OR	95%CI
BOD (Ref = >20)	4.740 (1)	2.956	(1.114,7.840)
COD (Ref = >120)	4.373 (1)	2.881	(1.069,7.765)

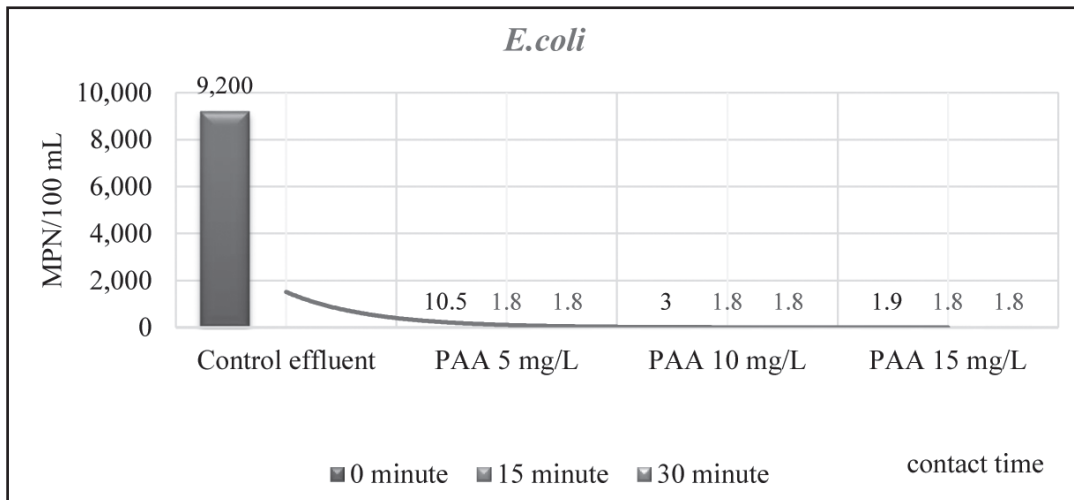
ของโรงพยาบาลซึ่งเป็นระบบตะกอนเร่ง (Activated Sludge) เป็นส่วนใหญ่ ยังพบเชื้อจุลินทรีย์บ่งชี้จำนวนมาก เช่น พบโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด (9.19×10^7 MPN/100 mL) ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (2.19×10^7 MPN/100 mL) และ *E. coli* (7.89×10^6 MPN/100 mL) ตามลำดับ โดยเกณฑ์ที่กำหนดคือ โคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมดไม่เกิน 5,000 MPN/100 mL และฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรียไม่เกิน 1,000 MPN/100 mL ตามลำดับ การทดลองเปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำลายเชื้อของคลอรีนกับเปอร์อะซิติกทำลายเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และ *E. coli* ที่แสดงดังรูปที่ 2 และ 3 มีความแตกต่างการฆ่าเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความเข้มข้นของคลอรีนที่สามารถลดโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และอีโคไลเท่ากับ 0.46 ± 0.26 มก./ล. ที่ระยะเวลาสัมผัส 15.00 ± 12.99 นาที ส่วนความเข้มข้นของกรด

เปอร์อะซิติกเท่ากับ 10.00 ± 4.33 มก./ล. ที่ระยะเวลาสัมผัส 15.00 ± 12.99 นาที ดังนั้นการใช้กรดเปอร์อะซิติกจะสามารถทำให้ลดจำนวนการปนเปื้อนของแบคทีเรียและกำจัดโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำทิ้งของโรงพยาบาลได้มากขึ้น โดยแนะนำสภาวะที่อัตราความเข้มข้นของกรดเปอร์อะซิติกระหว่าง 5 มก./ลิตร ถึง 10 มก./ลิตร ที่ระยะเวลาสัมผัส 30 นาที เป็นสภาวะที่เหมาะสมในการเลือกสำหรับทำลายเชื้อจุลินทรีย์บ่งชี้ในน้ำทิ้งโรงพยาบาล

ในส่วนของการติดตามผลพลอยได้จากการใช้สารทำลายเชื้อจุลินทรีย์ทั้งสองชนิดพบว่า น้ำทิ้งที่ทำการศึกษาก่อนใช้สารทำลายเชื้อมีลักษณะสมบัติทางเคมีที่ไม่ผ่านมาตรฐานคือ ปริมาณไนโตรเจนทั้งหมด ซีโอดี (Chemical Oxygen Demand) และบีโอดี (Biochemical Oxygen Demand) อีกทั้งยังตรวจพบสารกลุ่มไตรฮาโลมีเทน ดังนี้ Chloroform 46.9 ไมโครกรัม/ลิตร, Bromodichloromethane



รูปที่ 2 อีโคไลที่เหลืออยู่ในน้ำทิ้งโรงพยาบาลเมื่อใช้เข้มข้นของการบำบัดด้วยคลอรีน $X \pm 0.2$ มก./ลิตร, $X \pm 0.4$ มก./ลิตร และ $X \pm 0.8$ มก./ลิตร ที่เวลา 0, 15, และ 30 นาที



รูปที่ 3 E. coli ที่เหลืออยู่ในน้ำทิ้งของโรงพยาบาลที่มีความเข้มข้นของการบำบัดด้วยกรดเปอร์อะซิติก 5 มก./ล., 10 มก./ล. และ 15 มก./ล. ที่เวลาสัมผัส 0, 15 และ 30 นาที

20.9 ไมโครกรัม/ลิตร, Dibromochloromethane 7.3 ไมโครกรัม/ลิตร, และ Bromoform < 2.7 ไมโครกรัม/ลิตร น้ำทิ้งที่ทดลองมีคุณภาพดีกว่าก่อนใช้สารทำลายเชื้อ โดยตรวจไม่พบสารกลุ่มไตรฮาโลมีเทนที่ศึกษาทุกชนิด แต่การทดลองกรดเปอร์อะซิติกมีผลทำให้ปริมาณของแข็งละลายได้ทั้งหมด ปริมาณไนโตรเจนทั้งหมด ซีโอดี และบีโอดี ในน้ำทิ้งลดลง คุณภาพน้ำหลังการใช้กรดเปอร์อะซิติกเป็นสารทำลายเชื้อดีกว่าการใช้คลอรีนอย่างชัดเจน

■ อภิปรายผล

สถานการณ์ แนวโน้ม คุณภาพน้ำเสียจากสถานพยาบาลของรัฐ 795 แห่ง⁽⁷⁾ การเก็บตัวอย่างน้ำเสียและน้ำทิ้ง จำนวนเฉลี่ย 1,355 ตัวอย่าง/ปี ไม่ผ่านมาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้งจากสถานพยาบาลร้อยละ 15.1-56.0 แนวโน้มคุณภาพน้ำเสียที่ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์มีแนวโน้มที่ลดลง พบค่าเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้สูงสุด

3 อันดับแรก คือ 1) ปริมาณของแข็งละลายทั้งหมด (Total Dissolved Solids (TDS)) 2) โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Coliform Bacteria) 3) ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Fecal Coliform Bacteria) เกินมาตรฐานเฉลี่ยร้อยละ 40, 31, และ 31 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของกรมควบคุมมลพิษ⁽²⁾ และกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย⁽⁸⁾ ภาพรวมน้ำเสีย/น้ำทิ้งจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีดัชนีคุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานการควบคุมการระบายน้ำทิ้ง การบำบัดน้ำเสียมีผลต่อคุณภาพน้ำทิ้งชัดเจนและมีนัยสำคัญทางสถิติทุกพารามิเตอร์ แสดงถึงประสิทธิภาพของระบบบำบัด สำหรับการตรวจตัวอย่างในการเฝ้าระวังช่วงระบอบโควิด เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ปี พ.ศ. 2564 ตรวจวิเคราะห์น้ำเสียและน้ำทิ้งของโรงพยาบาลพร้อมทั้งตรวจการปนเปื้อนเชื้อ SARS-CoV-2 จำนวน 100 ตัวอย่าง พบว่าน้ำเสียตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 ร้อยละ 57.1 และน้ำทิ้งตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2

ร้อยละ 29.3 ประเภทของน้ำและการตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 มีความสัมพันธ์กัน (p-value = 0.023) โดยน้ำเสียจะตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 เป็น 3.216 เท่าเมื่อเทียบกับน้ำที่งั้นเตียวกักับการวิจัยของ Jayaprakash Saththasivam และคณะ⁽⁹⁾ ที่ตรวจพบเชื้อโควิดในน้ำเสีย ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างค่าพารามิเตอร์และการตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 ในตัวอย่างน้ำ พบว่า มีเพียงค่าบีโอดี และซีโอดี ที่พบความสัมพันธ์กับการตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 โดยน้ำเสีย/น้ำทิ้งที่มีค่าบีโอดีที่ไม่ได้มาตรฐาน จะตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 ประมาณ 2.956 เท่าเมื่อเทียบกับที่ได้มาตรฐาน และซีโอดี ประมาณ 2.881 แสดงให้เห็นว่าเชื้อโควิดติดตอทางน้ำเสีย น้ำทิ้งได้ จึงเป็นแนวทางใหม่ในการประมาณค่าความเสี่ยงจากการปนเปื้อนเชื้อ SARS-CoV-2 และการฆ่าเชื้อต่อไปได้

การศึกษาทดลองประสิทธิภาพการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ โดยใช้คลอรีนและกรดเปอร์อะซิติค ในส่วนของคลอรีนได้ใช้ทำการฆ่าเชื้อมาเป็นระยะเวลาานาน การทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรีย สามารถฆ่าเชื้อได้ ราคาถูก เข้าถึงได้ง่าย ในประเทศไทยใช้คลอรีนฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ทั้งในน้ำดื่ม และน้ำเสีย ในส่วนของการทดสอบความเข้มข้นในการทำลายเชื้อของกรดเปอร์อะซิติค ได้ทดสอบ 5 มก./ล., 10 มก./ล., และ 15 มก./ล. ที่เวลาสัมผัส 0 นาที (เริ่มต้น) ปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียเริ่มต้น 54,000 MPN/100 mL สามารถลดเหลือ 49-280 MPN/100 mL เมื่อเพิ่มเวลาสัมผัสที่ 15 นาที และ 30 นาที เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำลายเชื้อของคลอรีนกับกรดเปอร์อะซิติค พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) อย่างไรก็ตมาหากเราใช้คลอรีน

ฆ่าเชื้อเราควรใช้ในอัตราความเข้มข้นของคลอรีนระหว่าง $X \pm 0.2$ มก./ลิตร (1.3888 ppm) ถึง $X \pm 0.4$ มก./ลิตร (1.588 ppm) ที่ระยะเวลาสัมผัส 30 นาที เป็นสภาวะที่เหมาะสมในการเลือกสำหรับทำลายเชื้อจุลินทรีย์บ่งชี้ในน้ำทิ้งโรงพยาบาล ส่วนการใช้กรดเปอร์อะซิติค แนะนำสภาวะที่อัตราความเข้มข้นของกรดเปอร์อะซิติคระหว่าง 5 มก./ลิตร ถึง 10 มก./ลิตร ที่ระยะเวลาสัมผัส 30 นาที เป็นสภาวะที่เหมาะสมในการเลือกสำหรับทำลายเชื้อจุลินทรีย์บ่งชี้ในน้ำทิ้งโรงพยาบาล

ตามที่เราทราบกันแล้วว่า หากใช้คลอรีนฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ การวิจัยยังตรวจพบสารกลุ่มไตรฮาโลมีเทน⁽¹⁰⁾ ที่สำคัญคือ Chloroform 46.9 ไมโครกรัม/ลิตร, Bromodichloromethane 20.9 ไมโครกรัม/ลิตร, Dibromochloromethane 7.3 ไมโครกรัม/ลิตร, และ Bromoform < 2.7 ไมโครกรัม/ลิตร ถึงจะไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ก็ตาม และกรดเปอร์อะซิติค มีผลทำให้ปริมาณของแข็งละลายได้ทั้งหมด ปริมาณไนโตรเจนทั้งหมด ซีโอดี และบีโอดี ในน้ำทิ้งลดลง คุณภาพน้ำหลังการใช้กรดเปอร์อะซิติค⁽¹¹⁾ เป็นสารทำลายเชื้อจึงดีกว่าการใช้คลอรีนอย่างชัดเจน จึงควรเป็นแนวทางใหม่ในการฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ต่อไป

■ ข้อเสนอแนะ:

1. ควรมีการออกแบบระบบควบคุมคุณภาพน้ำประเภทต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับดัชนีที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ให้เป็นระบบที่สามารถบูรณาการและเชื่อมโยงให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์คุณภาพน้ำของพื้นที่และประเทศไทยได้ โดยหน่วยงานต่างๆ ต้องร่วมกำหนดวัตถุประสงค์การใช้ข้อมูลคุณภาพน้ำ แนวทางการออกแบบระบบควบคุมคุณภาพน้ำ

และการจัดการใช้ประโยชน์ข้อมูลคุณภาพน้ำ
อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การดำเนินงานต้อง
ครอบคลุมบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุก
ภาคส่วน

2. ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย
ควรมีการออกแบบระบบ การจัดเก็บ เฝ้าระวัง
ควบคุมคุณภาพตัวอย่างน้ำที่ทำการวิเคราะห์
ตั้งแต่การออกแบบและนำเข้าระบบข้อมูล
ตัวอย่างน้ำ การควบคุมคุณภาพทางห้องปฏิบัติ
การ การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ และการ
ประมวลผลข้อมูลเพื่อสอดคล้องกับระบบควบคุม
คุณภาพน้ำที่ภาคส่วนต่างๆ ออกแบบไว้

3. ควรมีการดำเนินงานทวนสอบ
ระบบควบคุมคุณภาพน้ำ และติดตามตรวจสอบ
ประสิทธิภาพของระบบบริหารจัดการ โดยจัด
ทำเป็นฐานข้อมูลที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่
เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่ายและ

เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

4. ควรมีการประยุกต์ใช้หลัก
เศรษฐศาสตร์ และการประเมินผลการ
ดำเนินงานเชิงระบบมาช่วยในการประเมิน
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง
ทุกปี เพื่อให้หน่วยงานทั้งระดับพื้นที่และ
ประเทศได้ปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการให้มี
ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด

5. ศึกษาและพัฒนาการใช้เปอร์
อะซิติก แทนคลอรีนที่ยังมีสารตกค้างอันตราย
และสนับสนุนให้เป็นมาตรการหลักของการ
ฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ในอนาคัด

6. สร้างและพัฒนา Test kit จากการ
วัดน้ำเสียน้ำทิ้งที่สามารถบ่งชี้คุณภาพและ
ปริมาณจุลินทรีย์จากค่า BOD และ COD
ที่เป็นตัวบ่งชี้จากผลการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย. รายงานผลการตรวจตัวอย่างน้ำเสียโรงพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://rldc.anamai.moph.go.th>.
2. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
3. Pumpimwater. ผลกระทบของน้ำเสียต่อสิ่งแวดล้อม. [อินเทอร์เน็ต]. มปป [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2564]. เข้าถึง
ได้จาก: <https://sites.google.com/site/pumpimwater/payha-na-seiy/phlk-ra-thb-khxng-na-seiy-tx-sing-waedlxm>
4. Jurairat N. 4 ลักษณะของ “น้ำดื่ม” ที่ควรหลีกเลี่ยง ก่อนเสี่ยงโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sanook.com/health/10793/>
5. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุม
มลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก:
[http:// https://www.pcd.go.th/publication/3657/](http://https://www.pcd.go.th/publication/3657/)
6. WHO. Guidelines for drinking-water quality [Internet]. 3rd ed.; Volume 1 – Recommendations
World Health Organization; 2008 [cited 2020 Sep 3]. Available from: [https:// www.who.int/
water_sanitation_health/publications/
gdwq3rev/en](https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/gdwq3rev/en).
7. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารสาธารณสุข. การพัฒนาการจัดการ
กำลังคนของสหวิชาชีพ ปี 2555. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
8. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการดำเนินงานตอบโต้
ภาวะฉุกเฉินด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม “มลพิษทางน้ำและผลกระทบต่อสุขภาพ”. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

9. Saththasivam J, El-Malah SS, Gomez TA, Jabbar KA, Remanan R, Krishnankutty AK, et.al. COVID-19 (SARS-CoV-2) outbreak monitoring using wastewater-based epidemiology in Qatar. *Sci Total Environ* [Internet]. 2021 [cited 3 Sep 2020];774:145608. Available from: www.elsevier.com/locate/scitotenv.
10. World Health Organization. Trihalomethanes in Drinking-water [Internet]. Background document for development of WHO Guidelines for Drinking-water Quality; 2005 [cited 2021 Sep 3]. Available from: https://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/chemicals/THM200605.pdf.
11. Technical Evaluation Report. Peracetic Acid. Handling/Processing [Internet]. 2016 [cited 2021 Sep 3]: 1-20. Available from: https://www.ams.usda.gov/sites/default/files/media/Peracetic%20Acid%20TR%203_3_2016%20Handling%20final.pdf.

HEALTH

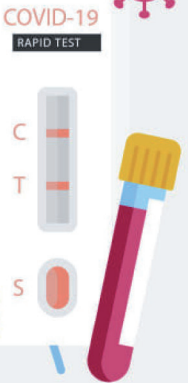


ไทยรู้
สู้โควิด

ชุดตรวจโควิด 19 (Antigen Test Kit)

ทั้งอย่างไร ปลอดภัย ลดเสี่ยงเชื้อโรค

Antigen Test Kit ประกอบด้วย 2 ส่วน



ขณะที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย หรือสารคัดหลั่ง เป็นขยะที่มีความเสี่ยงสูง ต้องแยกจัดการจากขยะทั่วไป

ขยะที่ไม่ได้ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย หรือสารคัดหลั่ง ให้เก็บรวบรวมทิ้งถึงขยะทั่วไป ที่มีฝาปิดมิดชิด

การจัดการขยะจากชุดตรวจโควิด 19 ในส่วนที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย หรือสารคัดหลั่ง

กรณีในพื้นที่หรือชุมชนมีระบบการเก็บขนขยะติดเชื้อ

- เก็บรวบรวมขยะติดเชื้อเป็นประจำทุกวัน ใส่ถุงขยะ (ถุงแดง) 2 ชั้น
 - ถุงชั้นแรก ให้มัดปากถุงด้วยเชือกให้แน่น แล้วฉีดพ่นบริเวณปากถุงด้วยสารฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ 70% หรือน้ำยาฟอกขาว (เช่น ไฮเตอร์)
 - ซ้อนด้วยถุงขยะอีก 1 ชั้น มัดปากถุงด้วยเชือกให้แน่น และฉีดพ่นบริเวณปากถุงด้วยสารฆ่าเชื้ออีกครั้ง
 - นำไปไว้ยังจุดพักขยะที่จัดไว้เฉพาะ
- ประสานหน่วยงาน อปท. หรือ สว.สด. ในพื้นที่ เพื่อเก็บขน และนำขยะติดเชื้อไปกำจัดอย่างถูกต้อง
- ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ทันที

กรณีในพื้นที่หรือชุมชนไม่มีระบบการเก็บขนขยะติดเชื้อ

- เก็บรวบรวมขยะติดเชื้อเป็นประจำทุกวัน ใส่ถุงขยะทั่วไป 2 ชั้น
 - ถุงชั้นแรกที่บรรจุขยะติดเชื้อ ให้ราดด้วยสารฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ 70% หรือน้ำยาฟอกขาวลงในถุง เพื่อทำลายเชื้อ
 - มัดปากถุงด้วยเชือกให้แน่น แล้วฉีดพ่นบริเวณปากถุงด้วยสารฆ่าเชื้อ
 - ซ้อนด้วยถุงขยะอีก 1 ชั้น มัดปากถุงด้วยเชือกให้แน่น และฉีดพ่นบริเวณปากถุงด้วยสารฆ่าเชื้ออีกครั้ง
- ขยะที่ผ่านการทำลายเชื้อแล้ว ให้ประสานและนำส่ง อปท. ในพื้นที่ เพื่อนำไปกำจัดเป็นขยะทั่วไป
- ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ทันที

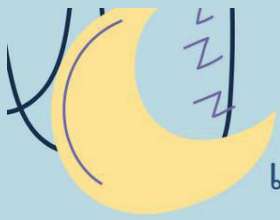
กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย

สแกนคิวอาร์โค้ด
รับความรู้เรื่อง COVID-19

เผยแพร่ : _____





หลัก 10 ประการ

เพื่อสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี
(SLEEP HYGIENE)



10. หากไม่หลับใน 30 นาที ควรลุกไปทำกิจกรรมอื่น แล้วกลับมานอนใหม่



1. เข้านอนและตื่นนอน ให้ตรงเวลาเป็นประจำ



2. รับแสงแดดตอนเช้า อย่างน้อย 30 นาที



9. ควรใช้ห้องนอน เพื่อการนอนเท่านั้น ไม่ควรเล่นโทรศัพท์มือถือ



3. ไม่ควรนอน ในเวลากลางวัน หากงีบหลับไม่ควรเกิน 30 นาที



8. ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล



4. ออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ



7. นอนเตียงนอนที่สบาย



6.งดดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ 4 ชั่วโมงก่อนนอน



5. หลีกเลี่ยงกาแฟเย็น และอาหารมีดึก 4 ชั่วโมงก่อนนอน



****ควรนอนเฉลี่ยวันละ 7-8 ชั่วโมง****

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

“ อ่อนหวาน น้ำตาลพอดีที่ 4 กรัม ”

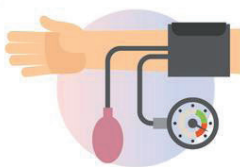
หวานมากไป เสี่ยงโรคอะไรบ้าง?



โรคอ้วน



โรคฟันผุ

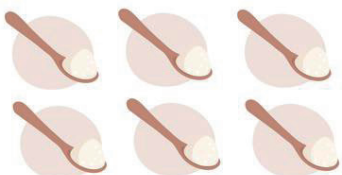


โรคความดันโลหิตสูง
โรคเบาหวาน



โรคไขมันพอกตับ
โรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อแนะนำ



กรมอนามัย แนะนำให้กินหวานอย่างพอดีที่ 4 กรัม
(1 ช้อนชา) ซึ่งทั้งวัน กินได้ไม่เกิน 6 ช้อนชา
หรือ 24 กรัม



Food4Health

เช็คความหวานได้ที่

ข้อมูลโภชนาการ		
หนึ่งหน่วยบริโภค : 8 ชิ้น (28 กรัม)		
จำนวนหน่วยบริโภคต่อซอง : ประมาณ 6		
คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค		
พลังงานทั้งหมด 130 กิโลแคลอรี		
		ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน *
ไขมันทั้งหมด	5 ก.	8 %
โปรตีน	2 ก.	
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด	19 ก.	6 %
น้ำตาล	2 ก.	
โซเดียม	190 มก.	8 %

* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี

พลังงาน
130
กิโลแคลอรี

น้ำตาล
2
กรัม

ไขมัน
5
กรัม

โซเดียม
190
มิลลิกรัม



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

รับข่าวสารและข้อมูลสุขภาพได้ที่

จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ

เผยแพร่ : กุมภาพันธ์ 2565





กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุขไทย

คู่มือการกักตัว สำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ฉบับประชาชน



คู่มือการกักตัวที่บ้านฉบับประชาชน สำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด-19

คลิกอ่านเพิ่มเติม <https://shorturl.asia/NmerE>



ร่วมส่งผลงาน
เข้าร่วมนำเสนอ

ประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 15 พ.ศ.2565

ระหว่างวันที่ 27 - 29 มิถุนายน 2565

กลุ่มผลงานและรูปแบบการนำเสนอ

1. ผลงานการวิจัยและพัฒนา
(Research & Development)
แบ่งเป็น

- การนำเสนอด้วยวาจา (Oral Presentation)
 - การนำเสนอด้วยบอร์ด (Poster Presentation)
2. ผลงานนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ (Innovation)
- การนำเสนอด้วยวาจา(Oral Presentation)



กรอกใบสมัครการนำเสนอผลงาน
พร้อมแนบไฟล์ บทความพร้อมเนื้อหา
ในรูปแบบ Microsoft Word
ความยาวไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ
ขนาด A4 ได้ที่



ปิดรับผลงาน
31 มีนาคม 2565

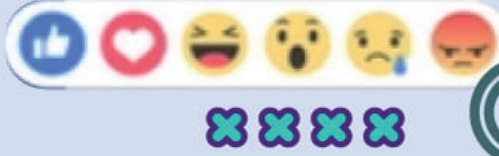
รายละเอียดเพิ่มเติม : สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
โทร : 0 2590 4596 , 0 2590 4597



ไทยรัฐ
สู้โควิด

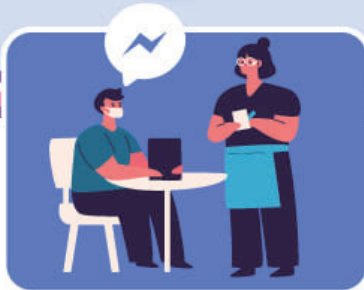
แนะนำ ติชม หรือร้องเรียน
สถานประกอบการในพื้นที่ COVID Free Area/Zone
ที่รักษามาตรฐานได้ดี หรืออาจจะเลย

000



Facebook

“ผู้พิทักษ์อนามัย
COVID WATCH”



ร่วมเป็นส่วนหนึ่ง
ในการพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข
เพื่อทำให้พวกเราเดินหน้าต่อไปได้
ในสถานการณ์โรคโควิด-19

ดูแลกกันและกันในวันที่เปิดเมือง

หรือโทร .0 2590 4333 , 08 1137 1633



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ