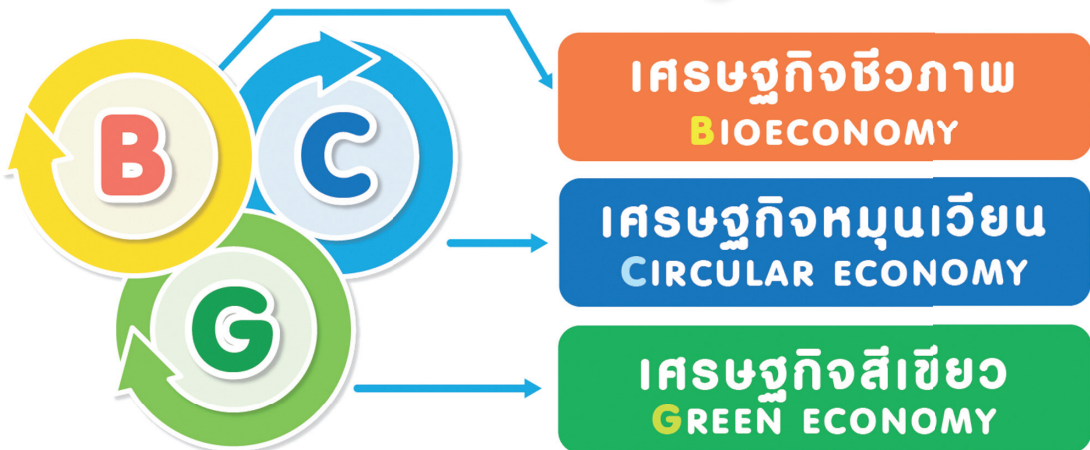
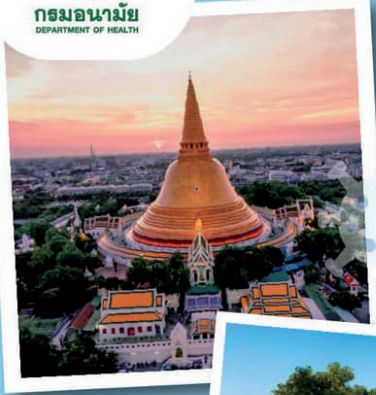


BCG Economy Model





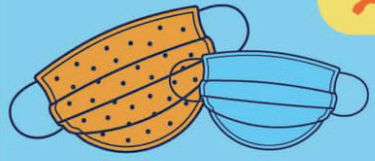
เที่ยวได้ ป้องกันด้วย UP-DMHTA



#อยู่ได้กับโควิด



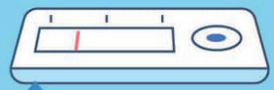
ลดเสี่ยงโควิด-19 ได้ทุกที่



● สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า
เมื่ออยู่ในสถานที่ปิด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก
หรือต้องทำกิจกรรมที่มีคนร่วมกันจำนวนมาก



● ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง
เมื่อสัมผัสวัตถุ หรือสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน
และให้หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณใบหน้า



● คัดกรองตนเองเมื่อมีอาการ
หรือเมื่อมีความเสี่ยงด้วย ATK



● รับวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด



กลุ่มที่ต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ
คือ กลุ่ม 608 ที่ไม่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์





ระดับสีค่าฝุ่นละออง บอกอะไรเราบ้าง?

PM 2.5

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป



สีเขียว

ระดับดีมาก (0 - 25 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร)

สามารถทำกิจกรรมนอกบ้านได้ตามปกติ

สีเหลือง

ระดับดี (26 - 37 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร)

สามารถทำกิจกรรมนอกบ้านได้ตามปกติ



สีเหลือง

ระดับปานกลาง (38 - 50 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร)

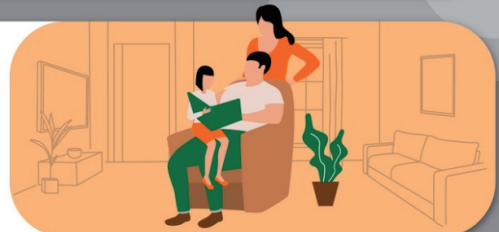
หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง เช่น ปั่นจักรยาน/วิ่ง และเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง



สีส้ม

เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ (51 - 90 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร)

ลดการทำกิจกรรมนอกบ้าน ลดการออกกำลังกายกลางแจ้ง ถ้าออกนอกบ้านให้สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น และสังเกตตนเอง หากมีอาการผิดปกติให้รีบไปพบแพทย์



สีแดง

มีผลกระทบต่อสุขภาพ (91 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร ขึ้นไป)

ลดหรืองดการทำกิจกรรมนอกบ้าน เปลี่ยนมาออกกำลังกายในบ้าน ถ้าออกนอกบ้านให้สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น และสังเกตตนเอง หากมีอาการผิดปกติให้รีบไปพบแพทย์



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ

สถานควอาร์โค้ด
รับความรู้เรื่อง COVID-19



เผยแพร่ : ธันวาคม 2565

**โครงการพัฒนเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติ
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา
72 พรรษา 28 กรกฎาคม 2567**



ใส่ฟันเทียม

สำหรับประชาชนที่ไม่มีฟัน
ทุกสิทธิการรักษาและเบิกตามสิทธิ



ขอเชิญผู้ที่สนใจ
เข้ารับบริการ



ฝังรากฟันเทียม

สำหรับประชาชนที่ฟันเทียมหลวม
หรือทันตแพทย์ประเมินว่าจำเป็นต้อง
ฝังรากฟันเทียมร่วมกับใส่ฟันเทียม
และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ติดต่อขอรับบริการได้ที่

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมรายชื่อตาม QR Code
หรือสอบถามเพิ่มเติมที่ สายด่วนสปสช. โทร 1330

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566



ปี 2566 ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย “มอบปันเทียม ฟังรากลึงเทียม” เป็นของขวัญปีใหม่ให้ผู้สูงวัย

ปี 2566 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะองค์กรหลักด้านสุขภาพของประเทศ จึงประกาศให้ปีนี้ เป็น “ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย” เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ และทั่วถึง พร้อมมอบบริการและวัสดุอุปกรณ์เพื่อการดูแลสุขภาพแก่ ผู้สูงอายุ เป็นของขวัญปีใหม่ตลอดปี 2566 ซึ่งภายใต้การกิกจรมอนามัยได้ เลือกให้โครงการฟันเทียม ฟังรากลึงเทียม เป็นหนึ่งในของขวัญปีใหม่ของ ผู้สูงวัย มีเป้าหมายดำเนินการใส่ฟันเทียมทั้งปาก หรือเกือบทั้งปาก ในผู้ที่ สูญเสียฟัน สำหรับประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ทั้งสิทธิหลักประกัน สุขภาพ สิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม โดยในปี 2566 มีเป้าหมาย จำนวน 36,000 ราย และตั้งเป้าหมายเพิ่มเป็น จำนวน 72,000 ราย ในปี 2567



สำหรับการฟังรากลึงเทียม เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ทันตแพทย์วินิจฉัยว่า สันเหงือก แบน ละลายตัว ไม่สามารถใส่ฟันเทียมให้แน่นตามวิธีการปกติได้ จำเป็นต้องทำฟันเทียมร่วมกับการฟังรากลึง เทียมในสันเหงือก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยว มีเป้าหมายในปี 2566 จำนวน 3,500 ราย และปี 2567 จำนวน 3,700 ราย รวมทั้งสิ้น จำนวน 7,200 ราย

โดยขณะนี้ หน่วยบริการทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุข สามารถจัดบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือ เกือบทั้งปากได้ ส่วนการฟังรากลึงเทียมในโครงการนั้น มีหน่วยบริการที่เข้าร่วม จำนวน 214 แห่ง จาก 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งเพิ่มจำนวนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยการประสานกับกลุ่มอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สื่อสาร คัดกรอง ประสานส่งต่อ และการจัดการระบบรายงานข้อมูลใน พื้นที่ต่าง ๆ รวมทั้งกรุงเทพมหานคร

ดังนั้น การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธีจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกกลุ่มวัย เพราะการสูญเสียฟัน ทั้งทั้งปาก ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน สุขภาพร่างกาย และคุณภาพชีวิตชัดเจน กรมอนามัยจึงได้ ส่งเสริมให้ประชาชน มีความรอบรู้ เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ควบคู่กับการสื่อสารผ่านเครือข่ายแกนนำชุมชน อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี ให้สามารถดูแลเฝ้าระวังอนามัยช่องปากตนเอง และเข้ารับบริการเมื่อจำเป็น เพื่อเก็บรักษาฟันให้ ใช้งานได้ตลอดชีวิต

(นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)

อธิบดีกรมอนามัย





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



Environmental Health Training Center

โครงการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
สำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

ประจำปี 2566

เปิดอบรมหลักสูตร

การวางแผน การจัดการมูลฝอยทั่วไป

ตามประกาศกรมอนามัย เรื่อง หลักสูตรฝึกอบรม
เจ้าหน้าที่ควบคุมกำกับในการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. 2563

ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท
รับจำนวน 80 ท่าน เท่านั้น



อบรมระหว่าง
วันที่ 19-21 เมษายน 2566
(3 วัน)



เปิดรับสมัคร
13 - 17 มีนาคม 2566



สถานที่
โรงแรมทีเค พาเลซ
กรุงเทพมหานคร

► หัวข้ออบรม

- การคาดการณ์ปริมาณมูลฝอยในอนาคต
- การวางแผนการจัดการมูลฝอยแบบครบวงจร
- กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอย
- ศึกษาดูงานการวางแผนและการจัดการมูลฝอย

**** สงวนสิทธิ์เปิดการอบรม
จำนวน 50 คนขึ้นไป****

ผู้เข้ารับการอบรมที่ผ่านการประเมินผลการอบรม
จะได้รับประกาศนียบัตรจากกรมอนามัย

► กลุ่มเป้าหมาย

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการจัดการมูลฝอยทั่วไป
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ติดต่อสอบถาม 0 2590 4398

รายละเอียด/ใบสมัคร

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 นายแพทย์มณฑิลา คณาสวัสดิ์	อธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาสนันท์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นายคัมภีร์ งานดี นายบรรณรัฐ มณฑิลาสวัสดิ์	กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กองบรรณาธิการวิชาการ	นายแพทย์กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง ดร.อัมพร จันทวิบูลย์ นางวิมล โรมา แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล นายสุคนธ์ เจียสกุล ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง แพทย์หญิงนิพวรรณพร วรมงคล ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดร.วิระวรรณ ถิ่นยืนยง ดร.พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ รศ.ดร.มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ รศ.ดร.สลีธร เทพตระการพร แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ นายแพทย์มนัส รามเกียรติศักดิ์ ทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย ดร.สุพิชชา วงศ์จันทร์ ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ) สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปรึกษากรมอนามัย(ด้านทันตสาธารณสุข) นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำนักโภชนาการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนาอนามัยระหว่างประเทศ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
เจ้าของ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวพิมพ์ภาวดี ศรีจันทร์ นางอรชยา 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	บริษัท ทริปเปิ้ล เอ คอนซัลแทนท์ จำกัด 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 เนื้อหาที่บทบทวน 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 ce in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227232. 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. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

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

บทความในหนังสือพิมพ์

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

1. วฤตดา 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.

องค์ประกอบของบทความการที่มีมาตรฐาน

1. ชื่อเรื่องไทย/อังกฤษ

2. บทคัดย่อ/ABSTRACT ต้องไม่ยาวเกินไป และต้องไม่มีหัวข้อและย่อหน้ามาก

3. ชื่อผู้เขียนและสถานที่ทำงาน

1. ชื่อเรื่อง

2. บทคัดย่อ

3. เนื้อหา

ชื่อเรื่องไทย/อังกฤษ

บทคัดย่อ/ABSTRACT ต้องไม่ยาวเกินไป และต้องไม่มีหัวข้อและย่อหน้ามาก

ชื่อผู้เขียนและสถานที่ทำงาน

บทคัดย่อ

บทคัดย่อต้องย่อสรุปเนื้อหาสำคัญของงานวิจัยให้ครบถ้วนกระชับ และต้องไม่มีข้อความที่ซ้ำซ้อนหรือเกินความจำเป็น

2. บทคัดย่อ

บทคัดย่อต้องย่อสรุปเนื้อหาสำคัญของงานวิจัยให้ครบถ้วนกระชับ และต้องไม่มีข้อความที่ซ้ำซ้อนหรือเกินความจำเป็น

3. เนื้อหา

เนื้อหาประกอบด้วยข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับงานวิจัย ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

1. บทคัดย่อ

บทคัดย่อต้องย่อสรุปเนื้อหาสำคัญของงานวิจัยให้ครบถ้วนกระชับ และต้องไม่มีข้อความที่ซ้ำซ้อนหรือเกินความจำเป็น

เนื้อหาที่มีการแบ่งหัวข้อชัดเจน

อีกทั้งมีการสรุปเป็นกราฟ/ตาราง

หรือมีรูปภาพประกอบ

1. ชื่อเรื่อง

1. ชื่อเรื่อง

2. บทคัดย่อ

2. บทคัดย่อ

3. เนื้อหา

3. เนื้อหา

4. อ้างอิง

4. อ้างอิง

5. หมายเหตุ

5. หมายเหตุ

6. บรรณานุกรม

6. บรรณานุกรม

7. หมายเหตุ

7. หมายเหตุ

8. บรรณานุกรม

8. บรรณานุกรม

9. หมายเหตุ

9. หมายเหตุ

10. บรรณานุกรม

10. บรรณานุกรม

11. หมายเหตุ

11. หมายเหตุ

12. บรรณานุกรม

12. บรรณานุกรม

13. หมายเหตุ

13. หมายเหตุ

14. บรรณานุกรม

14. บรรณานุกรม

15. หมายเหตุ

15. หมายเหตุ

เอกสารอ้างอิงใช้ระบบ VANCOUVER

NOTE : เพื่อความถูกต้องของข้อมูล ควรส่งต้นฉบับในรูปแบบ

ของแผ่นดิสก์ที่แก้ไขครั้งสุดท้ายแล้วมายัง

บรรณาธิการ รูปภาพ ควรส่งต้นฉบับมา และรูป

ถ่ายประกอบบทความใช้ภาพสีขนาดปกติ

HEALTH

ใบสมัครสมาชิก/สมาชิกอุปถัมภ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

หมายเลขสมาชิก.....

วัน เดือน ปี.....

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกในนาม

สมาชิกใหม่

ต่ออายุสมาชิก

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

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

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

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

โดยได้แนบ ธนาคัตติ (ส่งจ่าย ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข) ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งวารสาร)

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

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

โทรศัพท์.....

ส่งจ่าย ในนาม บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไปรษณีย์กระทรวงสาธารณสุข 11000

ที่อยู่ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์

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



Editor's Desk

ในปี 2565 กรมอนามัยได้มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) มีตำบลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ จำนวน 7,124 ตำบล หรือร้อยละ 98.19 ซึ่งจากข้อมูลระบบ Long Term Care 3C วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan จำนวน 387,122 คน นอกจากนี้ ยังขับเคลื่อนการดำเนินงานพันเทียมและรากฟันเทียม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันได้รับบริการใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ และผู้ที่มีความจำเป็นต้องฝังรากฟันเทียม เพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากได้รับบริการอย่างทั่วถึงด้วย และในปี 2566 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และจะมีคนไทยอายุ 60 ปี เพิ่มขึ้นปีละ 1 ล้านคน ส่งผลให้ภายในปี พ.ศ. 2576 ประเทศไทย



จะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28 ของประชากร รัฐบาลจึงได้ปรับแผนงานรองรับ เพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างครอบคลุมในทุกมิติ สำหรับกระทรวงสาธารณสุขในฐานะองค์กรหลักด้านสุขภาพของประเทศ ได้ประกาศให้ปี 2566 เป็น “ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย” ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้หน่วยงานในสังกัดทั้งส่วนกลางและภูมิภาค บูรณาการความร่วมมือกันให้เกิดความครอบคลุม อาทิ กรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต ร่วมพัฒนาแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน ด้วยแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) เพื่อค้นหาความเจ็บป่วย และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และมีนโยบายให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึงทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 1) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุกว่า 10 ล้านคน 2) ให้โรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข มีคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง 3) สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ แวนสายตา 500,000 อัน ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 5 ล้านชิ้น ฟันเทียม 50,000 ชุด และรากฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการใส่ฟันเทียม 5,000 ราก เพื่อส่งเสริม “สุขภาพ” เพิ่ม “ความสุข” ให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ช่วยสนับสนุนให้ครอบครัวมีพลังในการดำเนินชีวิต เกิดความเข้มแข็งทางสุขภาพ ซึ่งถือเป็นต้นทุนในการสร้างรายได้ สร้างเศรษฐกิจของประเทศ นำไปสู่เป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง”

สำหรับเนื้อหาสาระทางด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมยังมีอยู่ครบถ้วน ขอเชิญชวนนักวิชาการและผู้สนใจได้ติดตามเนื้อหาสาระในวารสารฉบับนี้ต่อไป

นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโสภานนท์

บรรณาธิการ

ธันวาคม 2565

บทความปริทัศน์

เสริมพลังอำนาจชุมชนต้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่ด้วยชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ :

อะไร อย่างไร และทำไม?

- สายชล คล้อยเอี่ยม 11

การพัฒนาเกณฑ์ประเมินรับรององค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของประชาชน จากผลกระทบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

- วิมล โรมา มุกดา สำนวนกลาง 24

บทวิชาการ

ความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของบุตรในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส จังหวัดชลบุรี

- จากุพัจน์ นายวัฒน์ กนิษฐา จำริญสวัสดิ์ พิทยา จารุพูนผล ปิยะธิดา ขจรชัยกุล 34

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของ ครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี

- ณัฐพล หอมหวล ประจักษ์ บัวผัน 46

ประสิทธิผลของคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย

- สุกัตรา บุญเจียม วิโสภิญ ทองไทย นิตยา ศรีมานนท์ 63

การพัฒนารูปแบบของกลไกการดูแลและช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ จังหวัดสระบุรี: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ อย่างมีส่วนร่วม

- ปติมา หิริสัจจะ 81

การพัฒนารูปแบบตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต

- ศุภลักษณ์ ดำรงค์เชื้อ 95

ปัจจัยสัมพันธ์ที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด ประเทศไทย

- นวีวรรณ ต้นพุดชา 108

ปัจจัยด้านการได้รับข่าวสารความรู้ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

- สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา วรางคณา เวชวิธี 116

เสริมพลังอำนาจชุมชน ต้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่ ด้วยชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ : อะไร อย่างไร และทำไม?

โดย สายชล คล้อยเอี่ยม*

บทคัดย่อ

ด้วยปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่อย่างเช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทำให้เกิดการกระตุ้นให้ประชาชนมีการตื่นตัวและเน้นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนที่ยังไม่ป่วยและป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้นเพื่อลดภาระทางด้านการรักษาพยาบาลและให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตาม ประชาชนในชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลากหลายช่องทางและการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีทรัพยากรในชุมชนสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยแล้ว แต่เมื่อกลับมาบ้านยังไม่มียุทธศาสตร์เชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลถึงชุมชน หลายประเทศจึงได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อเสริมพลังอำนาจชุมชนและเชื่อมการส่งเสริมสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมพลังอำนาจชุมชนให้สามารถต้านโรคภัยไข้เจ็บและโรคอุบัติใหม่ จากการสังเคราะห์ผลการศึกษารายงาน 16 เรื่องที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ระหว่างปี 2560 - 2565 โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 3 คำถาม (Ask me 3) ที่เป็นเครื่องมือในการเพิ่มประสิทธิผลของการสื่อสารผ่านการเรียบเรียงเนื้อหาที่เพียงพอสำหรับการนำลงสู่การปฏิบัติ เริ่มจาก “ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพคืออะไร?” “จะพัฒนาให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้องทำอะไรบ้างและอย่างไร?” และ “ทำไมถึงต้องทำตามกระบวนการอย่างนั้น?” ซึ่งอาจช่วยให้ผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจ นำไปปฏิบัติ และนำไปบอกต่อกับเครือข่ายเพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ การเสริมพลังอำนาจ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่

กลุ่มพัฒนวิชาการและนวัตกรรม กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมลล์: saichon.k@anamai.mail.go.th

Community Health Literacy as an empowerment tool for preventing non-communicable and emerging infectious diseases: What, How, and Why?

Saichon Kloyiam*

Abstract

Non-communicable diseases and emerging Infectious diseases such as the coronavirus disease 2019 (COVID-19) have impacted the global citizens. The prevention of those diseases can be achieved by modifying daily lifestyles. Therefore, efforts have been paid to raise awareness and promote healthy lifestyles and preventive measures among people at the community level. However, people in communities have consumed enormous health information from various channels and many have received continuous trainings from health professionals. Many communities have supportive environments for healthy living, but there is still lack of efficient and effective transitions from hospitals to the communities. In many countries, health literacy and community health literacy have been applied to build a bridge between hospitals and communities to assist the transition of care and health promotion and empower people in communities. This article will guide evidence-based practices for developing health literate communities as an empowerment tool for preventing non-communicable and emerging Infectious diseases. The practices were drawn from 16 studies that aimed to develop community-based health literacy programs and health literate communities in Thailand. The studies were carried out between 2017–2022. The content of this article is presented based on the concept of communication enhancing technique “Ask me 3”. It starts with “what is a health literate community?”, followed by “What needs to be done?”, and “why is it important to do those developing processes?”. By organizing the content in line with the Ask me 3 technique, it might help the readers to better understand, apply, and convey the messages to those who are seeking better ways to empower their communities.

Keywords: Community Health Literacy, Empowerment, Non-communicable disease, Emerging infectious disease

Unit of Knowledge and Innovation, Division of Health Literacy and Health Communication,
Department of Health, Ministry of Public Health

*Corresponding author, Email: saichon.k@anamai.mail.go.th

■ บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน โดยอัตราความชุกของโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดความเสียหายด้านเศรษฐกิจของประเทศเป็นจำนวนมาก คาดการณ์ว่าจะมีการสูญเสียรายได้จากผลผลิตประชาชาติสะสมประมาณ 52,150 ล้านบาท ทำให้ประเทศไทยต้องแบกรับไปกับการรักษาพยาบาลและสูญเสียภาวะทางเศรษฐกิจ⁽¹⁾ นอกจากนี้ โลกและประเทศไทยกำลังเผชิญกับโรคอุบัติใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตและความอยู่รอดของประชากรโลก

ในปี พ.ศ.2563 เกิดสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ร่างกายไม่เคยสัมผัสมาก่อน เมื่อเข้าสู่ร่างกายก็เพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต⁽²⁾ จากสถานการณ์พบว่า แนวโน้มของการแพร่ระบาดของโรคโควิดมีจำนวนมากและโอกาสเกิดการแพร่ระบาดที่รุนแรงของเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทยอาจเกิดขึ้นได้ ประชาชนจึงต้องปรับตัวด้วยการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี และมีภูมิคุ้มกันโรคและใช้ชีวิตวิถีใหม่ควบคู่กับการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมอย่างเคร่งครัด⁽³⁾

อัตราป่วยและตายสูงขึ้นอันเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดที่

ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่รัดกุม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ประชาชนขาดความรู้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ สภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี กระทรวงสาธารณสุขจึงปรับแนวคิดในการทำงานด้านสุขภาพด้วยการกระตุ้นให้ประชาชนมีการตื่นตัวและเน้นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่ยังไม่ป่วยและป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้นเพื่อลดภาระทางด้านการรักษาพยาบาลและให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม การกระตุ้นและส่งเสริมสุขภาพประชาชนยังคงประสบปัญหากับการเข้าถึงกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง ประสิทธิภาพของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมักลดลงเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ไม่ดี เช่น กลุ่มที่มีการศึกษาน้อย กลุ่มคนที่มีข้อจำกัดในการอ่านและเขียน กลุ่มประชากรที่ว่างงาน เป็นต้น

ในหลายประเทศ ความรอบรู้ด้านสุขภาพถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือทางนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเปราะบาง (vulnerable groups) การส่งเสริมการจัดการสุขภาพของตนเอง และการลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลโดยตรงกับความเป็นธรรม (equity) สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสิทธิมนุษยชนในภาพรวม รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพยังถูกกล่าวถึงว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคทางจิตประสาท⁽⁴⁾

ในปัจจุบัน ประชาชนในชุมชนได้รับ

ข้อมูลข่าวสารจากหลากหลายช่องทางและการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีทรัพยากรในชุมชนสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยแล้ว แต่เมื่อกลับมาบ้านยังไม่มีระบบเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลถึงชุมชน และผู้ดูแลในครอบครัวยังไม่รู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในชุมชนและมีความต้องการให้เริ่มจากการปรับเปลี่ยนในครอบครัว ผู้ป่วยที่ยังปรับไม่ได้⁽⁵⁾ การพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสะพานเชื่อมระหว่างโรงพยาบาลถึงชุมชน

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมพลังอำนาจชุมชนให้สามารถต้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่ จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาวิจัยจำนวน 16 เรื่อง^(1, 4-16) ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ระหว่างปี 2560 – 2565 โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 3 คำถาม (Ask me 3) ที่เป็นเครื่องมือในการเพิ่มประสิทธิผลของการสื่อสารผ่านการเรียบเรียงเนื้อหาที่เพียงพอสำหรับการนำลงสู่การปฏิบัติ เริ่มจาก “อะไรคือปัญหาที่เป็นอยู่ (What is my main problem?)” “ต้องทำอะไรบ้างและอย่างไร (What do I need to do?)” และ “ทำไมถึงต้องทำอย่างนั้น (why is it important for me to do this?)”⁽¹⁹⁻²¹⁾ ซึ่งจะช่วยให้ผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจนำไปปฏิบัติ และนำไปบอกต่อกับเครือข่ายได้

ง่ายขึ้น

■ เนื้อหา

คำถามที่ 1: ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ อะไร?

ยุทธพงษ์ ขวัญชื่น⁽⁸⁾ ได้ศึกษากระบวนการและประเมินผลการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพใน 12 พื้นที่ แบ่งตามเขตสุขภาพๆ ละ 1 พื้นที่ โดยสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู ผู้แทนชมรมในพื้นที่ๆ ละ 5-10 คน และประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพกับคนในชุมชน พบว่าลักษณะของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่ทำให้คนในชุมชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างได้ผล จะทำกิจกรรมต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง

1. กำหนดนโยบายการดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพแบบบูรณาการ ซึ่งมีการดำเนินงานทั้งในชุมชน โรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีแกนนำหรือทีมพัฒนา ในลักษณะคณะกรรมการหรือคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและประชาชนในพื้นที่
2. ศึกษาชุมชนโดยมีระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของประชาชน ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุของปัญหาข้อมูลบริบทของพื้นที่
3. วางแผนพัฒนาร่วมกันของภาคีเครือข่ายและประชาชน
4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้และ

การสื่อสารสุขภาพในชุมชนและโรงเรียน หลากหลายรูปแบบ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สื่อบุคคล สื่อชุมชน และสื่อออนไลน์ มีจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับกลุ่มผู้มารับบริการของสถานบริการสาธารณสุข เช่น มีมุมความรู้ สื่อการสอนและการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การให้ความรู้ การสาธิตเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม

5. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ในโรงเรียน เช่น สถานที่จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพในหมู่บ้าน ป้ายความรู้ในกาปฏิบัติตัวตามจุดต่างๆ รวมทั้งมีข้อตกลงร่วมกันของชุมชน

6. เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ เยี่ยมติดตาม และนำผลไปใช้ในการปรับกิจกรรมในโครงการ

7. ประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งกลุ่มวัยทำงานและวัยเรียน

การจัดกิจกรรมข้างต้นของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพนอกจากจะช่วยให้ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของชุมชนแล้วยังทำให้คนในชุมชนมีความรู้และทักษะในการจัดการสุขภาพในกลุ่มโรคเฉพาะได้ด้วย เช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้กจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา⁽⁴⁾ การลดการบริโภคเค็มของคนในชุมชนบ้านป่าเหียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง⁽¹⁾ การสื่อสารความเสี่ยงในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษในกลุ่มแม่บ้านที่บ้าน

หัวเข้ ตำบลวังงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี⁽¹²⁾ การเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM2.5) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ⁽¹³⁾ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา⁽⁵⁾ การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์⁽¹⁶⁾ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์⁽⁹⁾ การป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดบึงกาฬ⁽¹⁶⁾ การพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่หมู่บ้านนิหารแดง ตำบลนิหารแดง อำเภอวิหารแดง และหมู่บ้านหัวปลวก ตำบลหัวปลวก อำเภอเสาให้ จังหวัดสระบุรี⁽⁷⁾ การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครปฐม⁽⁶⁾ การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพะให้แก่แรงงานข้ามชาติ ตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่⁽¹⁷⁾

จากการสังเคราะห์การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่กล่าวไว้ข้างต้น พบว่า การจะประเมินว่าชุมชนนั้นเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพหรือไม่ จึงจำเป็นต้องสอบถามความคิดเห็นจากกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมข้างต้นทั้ง 7 อย่าง และผู้ได้รับประโยชน์จากทั้ง 7 กิจกรรม นั่นก็คือคนในชุมชนนั่นเอง

คำถามที่ 2: จะพัฒนาให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้องทำอะไรบ้างและอย่างไร ?

เมื่อได้ทราบว่ชุมชนรอบรู้ด้าน

สุขภาพคืออะไรแล้ว ต่อไปคือการคิดต่อว่า แล้วจะเริ่มต้นจากอะไรและอย่างไร เพื่อให้ชุมชนสามารถทำกิจกรรมทั้ง 7 อย่างได้อย่างครบถ้วนและสมบูรณ์ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างแสดงกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนอย่างหลากหลาย อย่างไรก็ตาม กระบวนการพัฒนาสู่ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (หาปัจจัยสนับสนุนให้ชุมชนทำกิจกรรม 7 อย่างได้) ของแต่ละแห่งมีลักษณะคล้ายกัน ดังนี้

1. การเตรียมคณะทำงานและจัดตั้งในรูปแบบคณะกรรมการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. การประชาสัมพันธ์รณรงค์สร้างกระแสความตระหนักชุมชน
3. การค้นหาและประกาศเกียรติคุณบุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพ

4. การสร้างข้อกำหนดตกลงร่วมของการเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คำถามที่ 3: ทำไมถึงต้องทำตามกระบวนการอย่างนั้น?

1. การเตรียมคณะทำงานและจัดตั้งในรูปแบบคณะกรรมการหมู่บ้าน การแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย ร่วมกันในรูปแบบ บ.ว.ร.ท.ร. (บ้าน, วัด, โรงเรียน, ท้องถิ่น, ราชการ) และมีตัวแทนของแต่ละครอบครัวร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงาน การจัดตั้งในรูปแบบคณะกรรมการหมู่บ้านหรือชุมชนที่มาจากหลากหลายภาคส่วนเป็นกุศโลบายให้มีการร่วมมือกันทำงานในส่วนที่ตนเองเกี่ยวข้องและเอื้อต่อการประสานงานข้าม

หน่วยงานที่ราบรื่น⁽¹⁾ อย่างเช่น หมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่หมู่บ้านวิหารแดง ตำบลวิหารแดง อำเภอวิหารแดง และหมู่บ้านห้วยปลวก ตำบลห้วยปลวก อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี ที่มีคณะกรรมการเป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูงานอนามัยโรงเรียน ผู้นำศาสนาหรือพระสงฆ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน เครือข่ายชุมชน และตัวแทนภาคประชาชน⁽⁷⁾ และการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ที่มีคณะกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตที่ 9 และเครือข่ายความร่วมมือ โดยลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือขับเคลื่อนระหว่างนายอำเภอสาธารณสุข ปศุสัตว์อำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข⁽¹⁶⁾

เมื่อได้คณะกรรมการหมู่บ้านหรือชุมชนแล้ว กิจกรรมต่าง ๆ ที่จะพาชุมชนสู่ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพก็สามารถเกิดขึ้นได้ เช่น การสำรวจต้นทุนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อตอบสนองความจำเป็นและต้นทุนของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นต้นทุนด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ แหล่งเข้าถึงข้อมูล และการบริการสุขภาพ และต้นทุนเรื่องสิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่ออกกำลังกาย วิทยุชุมชน ตัวอย่างเช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันใน 17 หมู่บ้าน จาก 17 ตำบลของอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

ที่คณะกรรมการได้นำข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและต้นทุนของชุมชนมาหารือร่วมกันกับกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง จนทำให้ผู้นำหมู่บ้านกำหนดและสื่อสารนโยบายของหมู่บ้าน มีทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิและแกนนำร่วมประสานขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชน และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม บรรยากาศ และกิจกรรมชุมชนที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยน (3อ.2ส.) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและคนในชุมชน⁽¹⁰⁾

การมีคณะกรรมการจากหลากหลายภาคส่วนยังช่วยให้เกิดการขยายเครือข่ายการทำงานออกไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ด้วย เช่น การลดการบริโภคเค็มของชุมชนบ้านป่าเหียงอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน มีเครือข่ายในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ทั้งจากทีมเภสัชกรจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง มีผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงมีกลุ่มแกนนำที่เป็นจิตอาสาที่เข้มแข็ง มีพระสงฆ์ซึ่งเป็นพระนักเทศน์และมีความสามารถในการเทศน์สั่งสอนชาวบ้านในชุมชนที่มาทำบุญในวัดเกี่ยวกับการลดการบริโภคเค็มและเน้นย้ำเรื่องการถวายอาหารที่ไม่เค็มจนเกินไปให้กับพระสงฆ์ มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้แก่ การมีร้านขายของชำในชุมชนที่มีฉลากโภชนาการที่ถูกต้อง การจัดมุมในร้านที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ลดเค็มเป็นตัวอย่างในชุมชน และส่งเสริมการเลือกสินค้าที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพเข้ามาจำหน่ายในชุมชน นอกจากนี้ ยังมีบุคลากร

ในรพ.สต. ที่รับผิดชอบงานในหมู่บ้านเป็นหลักสำคัญในการดำเนินงานด้วย⁽¹⁾

2. การประชาสัมพันธ์รณรงค์สร้างกระแสความตระหนักชุมชน เป็นการสร้างค่านิยมด้านสุขภาพของหมู่บ้านโดยเน้นการปลูกฝังให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง⁽⁷⁾ การประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนได้รับทราบถึงสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องเป็นการกระตุ้นการสื่อสารแบบทางตรง (direct communication) หรือการถ่ายทอดองค์ความรู้จากการบอกเล่าในกลุ่มคนในชุมชนด้วยตนเองในโอกาสต่าง ๆ เช่น การเข้าร่วมพบปะสังสรรค์กับเพื่อน การพูดคุยปรึกษาหารือกัน การไปร่วมในเทศกาลงานบุญต่างๆ สมาชิกในกลุ่มได้รับข่าวสารใหม่ๆ จากกลุ่มของตนซึ่งเพิ่มโอกาสให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นด้วย เช่น การเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่แรงงานข้ามชาติตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ที่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลสุขภาพผ่านวิทยุชุมชนด้วยภาษาของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเพื่อกระตุ้นการพูดคุยเรื่องสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพทำให้แรงงานข้ามชาติในพื้นที่เข้าถึงบริการที่จำเป็นมากขึ้น⁽¹⁷⁾

3. การค้นหาและประกาศเกียรติคุณบุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพ ศศิธร อธิยาศัย และยอดชาย สุวรรณวงษ์⁽⁷⁾ ดำเนินการถอดความรู้รูปแบบการบริหารจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหมู่บ้าน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบของจังหวัดสระบุรี โดยสัมภาษณ์พูดคุยกับนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูงานอนามัยโรงเรียน ผู้นำศาสนาหรือพระสงฆ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน เครือข่ายชุมชน และตัวแทนภาคประชาชน จากการสัมภาษณ์พบว่า บุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบมีส่วนสำคัญในกิจกรรมของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การสำรวจต้นทุนของชุมชน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ กำกับ ติดตาม ประเมินผลของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และช่วยออกแบบแนวปฏิบัติที่เข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายในชุมชนได้ดีขึ้น เช่น ในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ บุคคลต้นแบบแนะนำให้ใช้สื่อหมอลำพื้นบ้านที่เข้าใจง่ายและคุ้นเคยในชีวิตประจำวัน เปิดผ่านเสียงตามสายหรือทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ซึ่งมีส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับ⁽⁹⁾

4. การสร้างข้อกำหนดตกลงร่วมของการเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการสรุปว่าแนวปฏิบัติที่ได้ผลเป็นอย่างไร และใครควรทำอะไรบ้าง เพื่อให้ทุกคนในชุมชนได้ตระหนักและนำไปปฏิบัติอย่างพร้อมเพรียงกัน จนเกิดเป็นค่านิยมที่คนในชุมชนยอมรับ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้มีกิจกรรมของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังกระตุ้นให้เกิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

ด้วย⁽⁷⁾ เช่น การประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในจังหวัดบึงกาฬ โดยมาตรการที่ได้เกิดจากการที่ประชาชนในชุมชนร่วมกันคิดและเสนอขึ้น มีรูปแบบ กิจกรรม สื่อการสอนให้เกิดความรู้ ที่พัฒนาขึ้นโดยชุมชนและนำไปใช้โดยชุมชน รูปแบบสื่อการสอนมีการพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อยืนยันว่ารูปแบบสื่อการสอนนี้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีพอในการส่งผลให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ⁽¹⁸⁾

■ วิจารณ์

จากลักษณะกิจกรรมของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจะพบว่า หลักการสำคัญคือการเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยและหน่วยงานจากหลายภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยให้แกนนำหรือบุคคลต้นแบบเข้าร่วมออกแบบ พัฒนา วางแผน และดำเนินการกิจกรรมในชุมชน ซึ่งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่พัฒนาขึ้นจะมีความหลากหลายสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย แต่จะมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ เป็นกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ เช่น การบรรยาย การสาธิต การฝึกทักษะ การจัดกิจกรรมชมรมด้านสุขภาพ การจัดมุมความรู้ หรือศูนย์การเรียนรู้ตามจุดหรือสถานที่ต่างๆ ซึ่งการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลเกิดจากการร่วมมือกันและการกระตุ้นของเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ที่จะทำให้ประชาชนทุกคนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมหรือเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่กองสุขศึกษา

ดำเนินการอยู่⁽⁹⁾

การเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักและแสวงหาความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองจากกิจกรรมแลกเปลี่ยนพูดคุยระหว่างกลุ่มของตนเองและกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลต่อวิถีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี เป็นการเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชน ถือได้ว่าเป็นการบริการเชิงรุกด้านสาธารณสุข ทำให้ชุมชนมีความพร้อมที่จะรับช่วงต่อจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยงยุทธ แก้วเต็ม และคณะ⁽¹⁾ ที่กล่าวว่า การที่จะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี บุคคลนั้นต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความรู้สึกตระหนักจากภายในตนเองเสียก่อนจนรู้สึกอยากจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยบุคคลนั้นต้องรับรู้ความสามารถของตนเองว่า ตนเองจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมาย วางแผนและกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง อีกทั้งยังมีผลงานเชิงประจักษ์ให้เห็นแล้วในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา ที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และการควบคุมปริมาณอาหารและรสชาติไม่ให้หวาน มัน เค็ม จัดทุกมื้อของผู้ป่วยดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมการบริการที่โรงพยาบาลแล้วและกลับมาใช้ชีวิตในหมู่บ้านตนเอง⁽⁴⁾

การมีเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชนนั้น จะส่งผลให้เกิดการประสานงานในการดำเนิน

งานอย่างราบรื่น ซึ่งเป็นการใช้ทุนทางสังคมในชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการช่วยพูดคุย สื่อสาร สร้างความเข้าใจต่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง^(1,14) ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือในการสานพลังเครือข่ายในชุมชนและกระตุ้นทักษะความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในการสร้างเสริมปัญญา ระดับปฏิสัมพันธ์และวิจรณ์ญาณ ด้วยทักษะทางสังคมที่ถูกกระตุ้นจากการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ควบคุมจัดการ สถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันของตนเองได้ สอดคล้องกับการดำเนินการสื่อสาร ความเสี่ยงในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเห็ดพิษในกลุ่มแม่บ้าน บ้านห้วยแซ่ ตำบลบัวงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี⁽¹²⁾ และการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธี บ.ว.ร. ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค NCD บ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม⁽¹⁵⁾ ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งสามระดับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในบุคคล บางรายและในบางสถานการณ์นั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก แม้ว่าการมีความรู้อยู่ในระดับดีมาก แต่การมีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เสมอไป^(5,14) ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้มุ่งเน้นไปที่ปัจจัยด้านบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและกระตุ้นให้คนในชุมชนใช้ความรู้และทักษะความรู้ด้านสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวันด้วย อย่างเช่น การลดการบริโภคเค็มในชุมชนบ้านป่าเหียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่มีร้านขายของชำใน

ชุมชนร่วมกันแสดงฉลากโภชนาการที่ถูกต้อง การจัดมุมในร้านที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ลดเค็ม เป็นตัวอย่างในชุมชน และส่งเสริมการเลือกสินค้าที่มีสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพเข้ามาจำหน่ายในชุมชน⁽¹⁾

การนำเสนอผลการสังเคราะห์ผลการศึกษาวิจัย จำนวน 16 เรื่อง^(1,4-18) ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ระหว่างปี 2560 – 2565 โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 3 คำถาม (Ask me 3) ที่เป็นเครื่องมือในการเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารผ่านการเรียบเรียงเนื้อหาที่เพียงพอสำหรับการนำลงสู่การปฏิบัติ เริ่มจาก “อะไรคือปัญหาที่เป็นอยู่ (What is my main problem?)” “ต้องทำอะไรบ้างและอย่างไร (What do I need to do?)” และ “ทำไมถึงต้องทำอย่างนั้น (why is it important for me to do this?)”⁽¹⁹⁻²¹⁾ เป็นการลดปริมาณข้อมูลที่อาจเกินความจำเป็นสำหรับการทำความเข้าใจและนำไปปฏิบัติในช่วงระยะเริ่มต้น การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับคำถาม 3 คำถามข้างต้นช่วยให้ผู้รับสารเข้าใจสถานการณ์ แนวปฏิบัติ และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากขึ้น เนื่องจากการให้ข้อมูลที่เริ่มจาก อะไร ช่วยกระตุ้นการอยากเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับหัวข้อที่ได้รับว่า จะต้องทำอะไรบ้างจึงจะบรรลุผลที่คาดหวัง และปิดท้ายด้วยการอธิบายความสำคัญของการปฏิบัตินั้น ๆ ว่ามีเหตุผลและผลกระทบอย่างไรต่อความสำเร็จ⁽²⁰⁻²²⁾ อย่างไรก็ตาม เทคนิคคำถาม 3 ข้อนี้ จะได้ผลดีขึ้น เมื่อนำไปใช้ในการสื่อสารสองทาง และควรทำควบคู่กับเทคนิคอื่น ๆ เช่น การสอนกลับ (Teach

Back) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)⁽²²⁾ ซึ่งช่วยกระชับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้สารกับผู้รับสาร เพิ่มความเข้าใจ และเพิ่มโอกาสการนำข้อมูลไปปฏิบัติมากขึ้น

■ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการถ่ายทอดวิธีการดำเนินงานและตัวอย่างพื้นที่ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และกระตุ้นให้เกิดกระบวนการดำเนินงานและพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ โดยอาจเตรียมและเรียงลำดับการนำเสนอข้อมูลโดยใช้คำถาม 3 คำถาม และใช้เทคนิคการสอนกลับกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเพิ่มความเข้าใจต่อการขับเคลื่อนงานชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น

- หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ควรเข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยน ชักถาม ฝึกพัฒนาทักษะด้านความรู้ความเข้าใจของเนื้อหา ทักษะการตัดสินใจ ทักษะด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และวิธีใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่

- ควรผลักดันให้กิจกรรมของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทางกลางในการเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชนในการจัดการสุขภาพของตนเอง ผ่านคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.)

■ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรมีการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือและแนวทางการเสริมศักยภาพความรู้ทางสุขภาพใหม่ๆ สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพให้กับภาคประชาชนที่มีลักษณะทางประชากรหลากหลาย โดยเน้นการวิจัยอย่างมีส่วนร่วมกับคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

■ สรุป

การพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการเสริมพลังอำนาจให้กับคนในชุมชนให้สามารถเรียนรู้และเท่าทัน

สถานการณ์สุขภาพของคนในชุมชนและตนเองอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมที่ร่วมกันออกแบบและดำเนินการในลักษณะเครือข่ายชุมชนทั้งบ้าน วัด โรงเรียน ท้องถิ่น ราชการ และมีตัวแทนของแต่ละครอบครัวร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงาน ทั้งนี้ การจะดำเนินกิจกรรมของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ชุมชนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและสนับสนุนในเรื่องการจัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้านหรือชุมชน การประชาสัมพันธ์รณรงค์สร้างกระแสความตระหนักชุมชน การค้นหาและประกาศเกียรติคุณบุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพ และการสร้างข้อกำหนดตกลงร่วมของการเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Kaewtem Y, Panchakhan N, Suntep W, Wongthida K, Nirattisai P. The Key Success and Failure Factors in Health Literacy to Reduce Salty Consumption Ban Pa Hiang Community, Mueang District, Lampang Province. Academic Journal of Community Public Health 2022;8(1):28-44. (in Thai).
2. COVID-19 of Archives: Empowerment in COVID-19 Crisis [press release]. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Press; 2020. (in Thai).
3. Munsraket K. New Normal Life and Self-Care Techniques to Strengthen Immunity During the COVID-19 Pandemic. Journal of Health and Nursing Education 2021;27(1):206. (in Thai).
4. Niammuenwai A. Effectiveness the Development Program on Health Literacy and 3A 2S Health Behaviors of The Village Health Volunteers Health Manager In Banlueam District, NakhonRatchasima Province. Journal of Health Research and Development 2018;4(2):78-92.(in Thai).
5. Sunha T, Jard-ngoen G. Development of a Community Health and Behavior Modifying System for Family's Care Giver with Health Network Center, Bangpakong Districts. Princess of Naradhiwas University Journal 2019;11(1):11-24. (in Thai).
6. Arahung R, Hoontrakul S, Roojanavech S. The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of Pre-hypertension Risk Group at a Community in Nakhon Pathom Province. Royal Thai Navy Medical Journal 2018;45(3):509-26. (in Thai).

7. Athayasai S, Suwannawong Y. The Management Model Base on a Community-Based for Enhance Health Literacy of The Role Model of Health Behavior modification Village in Saraburi Province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2021;6(1):87-110. (in Thai).
8. Kwanchuen Y. The Development of Health Literacy Community. Department of health Service Support Journal 2021;17(3):5-14. (in Thai).
9. Pussadu T, Promarak T, Putthanachote N. Community health literacy developing process on liver fluke prevention among people in Yot Kaeng Sub District, Namon District, Kalasin Province. UBRU Journal for Public Health Research 2019;8(1):140-8. (in Thai).
10. Rochanavipart K, Nota W, Panya C. Health Literate Community Model for Health Behavioral Changes in Diabetic and Hypertensive Patients in Wiang Sa District, Nan Province. Journal of reventive Medicine Association of Thailand 2020;10(2):274-90. (in Thai).
11. Sarawasee R, Wanichritta T. The Creation of Health, Financial and Digital Literacy in The Community towards Sustainable Development. Journal of Legal Entity Management and Local Innovation 2020;6(3):203-20. (in Thai).
12. SingKham N, Limpavithayakul M, Nopparat C. Development of a Risk Communication Model for Health Literacy on Poisonous Mushrooms for Housewives Case Study Buntharik District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong 2021;5(3):93-105. (in Thai).
13. Sripha W. Developing environmental health literacy to tackle the problem of microscopic Particles (PM2.5) in the village health volunteers, Sophisai District, Buengkan Province. Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen 2022;14(1):29-39. (in Thai).
14. Sunyamo T, Nilkote R, Rueangsri W, Lundam C, Chairapathong S. Potentiality Local health Literacy in Suan Phueng District, Ratchaburi Province. Journal of Social Science and Cultural 2021;5(2):70-88. (in Thai).
15. Thokaew N. Health Literacy Developing by way of Home, Temple, School, and Hospital in Ban Nong Hin, Kok Ko Subdistrict, Mueang District, Maha Sarakham Province. Mahasarakham Hospital Journal 2021;18(1):61-72. (in Thai).
16. Valaisathien J, Unrat B. Development of a model for enhancing health literacy to prevent and control rabies in the model area, Srinarong District, Surin Province. The office of disease prevention and control 9th Nakhon Ratchasima Journal 2022;28(1):27-37. (in Thai).
17. Wathinutthiporn D, Unaromlert T. Development On Learning Activity Management Model For Migrant Worker Health Literacy. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2017;10(1):502-18. (in Thai).
18. Yangsri H, Suwan P, Chantamolee S. Development of health literacy community model on opisthorchiasis prevention in Bueng Kan province. Disease Control Journal 2021;47(suppl 1):848-58. (in Thai).
19. Baur C, Harris L, Squire E. The US National Action Plan to improve health literacy: a model for positive organizational change. Stud Health Technol Inform 2017; 240:186-202.

20. Mika VS, Wood PR, Weiss BD, Trevio L. Ask Me 3: Improving communication in a Hispanic pediatric outpatient practice. *American Journal of Health Behavior* 2007;31(1):S115-S21.
21. Toibin M, Pender M, Cusack T. The effect of a healthcare communication intervention—ask me 3; on health literacy and participation in patients attending physiotherapy. *European Journal of Physiotherapy* 2017;19(suppl1):12-4.
22. Janchai N, Deoisres W, Chaimongkol N. A Improving Health Literacy using the Health Education and Health Empowerment Program in Thai Adults with Uncontrolled Hypertension:A Randomized Controlled Trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2021;25(4):600-13.

HEALTH

การพัฒนาเกณฑ์ประเมินรับรององค์กร และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของประชาชน จากผลกระทบการระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

วิมล โรมา*

มุกดา สำนวนกลาง**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพัฒนา มีวัตถุประสงค์ พัฒนาเกณฑ์การประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพองค์กร และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย ประชากร คือ องค์กร และชุมชนที่มีการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนา องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ถอดบทเรียน คัดเลือกแบบเจาะจงตามความสมัครใจ จำแนกตาม setting ประกอบด้วย หน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน สถานประกอบการ และชุมชน รวม 8 แห่ง กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้ เกณฑ์คัดเลือกแบบเจาะจง จากหน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน สถานประกอบการ และชุมชน ประกอบด้วย ผู้บริหาร แกนนำองค์กร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ หน่วยละ 10-12 คน รวมทั้งสิ้น 85 คน วิธีการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาเกณฑ์การประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเทศไทย ด้วยการทบทวนองค์ความรู้ต่างประเทศและในประเทศเกี่ยวกับเกณฑ์ประเมินอย่างเป็นระบบด้วยวิธี meta-analysis และถอดบทเรียนองค์กร และชุมชนที่มีการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) กระบวนการ ตรวจสอบ (verify) คุณภาพ เกณฑ์การประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) การทดลองใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ 4) การปรับแก้เกณฑ์ ประเมินรับรององค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ 5) เผยแพร่และขยายผลการใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อการรับรอง คุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษา ได้เกณฑ์ประเมินรับรององค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 setting และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเป็นองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะ ทำให้คนมารับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือมีทักษะจัดการข้อมูลสุขภาพ และเข้าถึง บริการ จนสามารถดูแลจัดการสุขภาพของตนเองได้ ในปี 2565 มีโรงพยาบาลนำเกณฑ์ไปใช้พัฒนา 5,000 แห่ง ประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ 1,200 แห่ง และมีโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ ที่ผ่านการประเมินโดยคณะกรรมการ ระดับเขต 13 แห่ง ข้อเสนอแนะ ผลักดันให้มีนโยบายการนำเกณฑ์ไปใช้พัฒนา และขยายผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

* สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

** นักวิชาการอิสระ

The Development of Assessment Criteria to certify Health Literate Organizations and Communities to Strengthen the people from the Impact of pandemic of the Coronavirus disease 2019 (Covid-19)

Wimon Roma*

Mookda Sumnuanklang**

Abstract

This research is a development research, it have a purpose to develop assessment criteria for quality assurance of the organization and health literate communities in Thailand. Populations are organizations and communities that operate according to the guidelines for developing health literate organizations. The sample size was chose a voluntary specific type, classified by setting, consisting of health service units, schools, workplaces and communities it totaling 8 locations. The Methodology consist of 1) Reviewing international's knowledge on assessment with meta-analysis method and lessons learned the operations of health literate organizations and communities 2) Process of verifying the validity of the criteria review and lessons learned. 3) Try out the criteria to target group in 8 areas according to implementation science research guidelines. 4) Adjusting criteria for health literate organizations and communities. 5) Disseminate and expand the results of the assessment criteria for quality assurance of organizations and health literate communities. The results of this research were the criteria to certify health literate organizations and communities and success factors. It was an important factor for people to receive services and stakeholders to have health literate, there was skilled in managing health information and access to services until able to take care of their own health. In 2022, 5,000 hospitals using the criteria for development, 1,200 of which are self-assessed through the criteria, and there are 13 health literate hospitals and community models that have been assessed by district committees. The recommendations to push for a policy to use the criteria for continuous development and expansion.

Keywords: Health Literate Organization, Health Literate Community

*Office of Senior Advisors Committee

** Independent academician

■ บทนำ

มิติสุขภาพ เป็นประเด็นร่วมของสังคมที่ทุกคนเห็นพ้องต้องกันว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนทั่วทั้งสังคม และปัจจัยแวดล้อมรอบตัวคน มีผลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคล หากในทุกบริบทที่ห้อมล้อมอยู่ เป็นสังคมองค์กร ชุมชนที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่จะไปสนับสนุนให้ประชาชนตัดสินใจจัดการสุขภาพตนเอง สอดรับกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขประเด็นความรู้และการสื่อสารสุขภาพ และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี บรรจุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขด้วยมาตรการพัฒนาองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ต้องใช้เครื่องมือในการประเมินรับรององค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีความหมายมากกว่าการมีความรู้ นั่นคือประชาชนต้องสามารถเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น เข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยง่ายและปลอดภัยเมื่อประเมินตนเองว่าเสี่ยงต่อสุขภาพ พิจารณาใช้ข้อมูลมาตัดสินใจเพื่อจัดการตนเองและสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ในขณะเดียวกัน องค์กรต้องมีนโยบาย/มาตรการด้านสุขภาพ พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ให้สามารถสื่อสารข้อมูลและบริการตอบสนองความต้องการของประชาชน เรียกได้ว่าเป็นองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate organization/community) องค์กรอนามัยโลกมีข้อเสนอแนะว่าองค์กรควรมีนโยบาย การบริหารจัดการ การพัฒนาบุคลากร การสื่อสารกับผู้รับบริการ⁽¹⁾ และรูปแบบการดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ หลายประเทศ เช่น รูปแบบของ

Institute of Medicine ประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²⁾ มองว่า คุณลักษณะองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 10 ประการ คือ การนำองค์กรให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปสู่วิสัยทัศน์ แผนและการประเมินผลขององค์กร เตรียมบุคลากรให้รอบรู้ นำกลุ่มเป้าหมายร่วมออกแบบการบริการ เน้นความต้องการของผู้รับและไม่เลือกปฏิบัติ ใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่กลุ่มเป้าหมายเข้าใจได้ง่าย มีข้อมูล สื่อเข้าถึงได้ เน้นประชากรกลุ่มเสี่ยง และข้อมูลค่าใช้จ่าย ส่วนรูปแบบเวียนนา ประเทศออสเตรีย⁽³⁾ กล่าวถึง 9 มาตรฐานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization standard) องค์กรจะต้องมีนโยบายโครงสร้าง ทรัพยากรสำหรับความรู้ด้านสุขภาพ มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพ จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ เป็นองค์กรที่ช่วยให้มีการสื่อสารที่เป็นไปตามหลักการของความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้รับบริการและญาติ ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพทั้งในชุมชน องค์กร โรงเรียน สถานประกอบการ มีบริการและสื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และกระจายโมเดลสู่องค์กรต่างๆ ในขณะที่รูปแบบประเทศนิวซีแลนด์ โดยกระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพมองว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญลำดับต้น (health literacy a priority) ประกอบด้วย 6 มิติ คือ การนำและการจัดการ ผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วม กำลังคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ บรรลุความต้องการของผู้รับบริการ เข้าถึงผู้รับบริการและสื่อสารที่เข้าใจได้ง่าย

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยและสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย จึงเห็นความสำคัญ

ของการพัฒนาองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีเกณฑ์ประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพใดๆ สำหรับองค์กรและชุมชนที่จะเป็นแนวทางการประเมิน เพื่อพัฒนาเป็นองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทประเทศไทย ดังนั้นการพัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพ สำหรับองค์กร และชุมชนเพื่อรับรองคุณภาพองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน โดยผ่านการรับรองที่เป็นหลักประกันสำหรับประเทศและประชาชนว่าองค์กร หน่วยงานและชุมชนเหล่านั้น มีส่วนสนับสนุนให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะต้องเร่งพัฒนาเกณฑ์ เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเกณฑ์ประเมินเพื่อรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของประชาชนจากผลกระทบการระบาดของโรคโควิด-19

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาเกณฑ์การประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพองค์กร (Health Literate Organization) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Community) ประเทศไทย จำแนกตาม setting (หน่วยบริการสุขภาพ โรงเรียน สถานประกอบการและชุมชน

■ นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เกณฑ์ประเมินรับรององค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ตัวบ่งชี้ คุณลักษณะ และองค์ประกอบการดำเนินงานที่สื่อให้เห็นการเป็นองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่ใช้เป็นการตรวจสอบและการเรียนรู้เพื่อพัฒนา

2. องค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพ สถานประกอบการ โรงเรียน และชุมชนที่ถือว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน มีการจัดระบบ กระบวนการ และบริการที่ให้ความสำคัญกับเรื่องข้อมูลและการสื่อสารและเอื้อให้คนทุกคนมีความสามารถในการสื่อสาร การให้ข้อมูลสุขภาพจนทำให้ผู้รับบริการเกิดการเข้าถึง เข้าใจ นำข้อมูลไปใช้ดำเนินชีวิตได้ไม่ว่าจะในสถานการณ์ใดๆ จะเป็นใครและมีลักษณะประชากรเป็นอย่างไร

■ วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยและพัฒนา (R&D) ประชากร คือ องค์กร และชุมชนที่มีการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ถอดบทเรียน คัดเลือกแบบเจาะจงตามความสมัครใจ จำแนกตาม setting ประกอบด้วย หน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน สถานประกอบการ และชุมชน รวม 8 แห่ง กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้เกณฑ์ คัดเลือกแบบเจาะจงจากหน่วยบริการสาธารณสุข โรงเรียน สถานประกอบการ และชุมชน ประกอบด้วย ผู้บริหาร แกนนำองค์กร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ หน่วยละ 10-12 คน รวมทั้งสิ้น 85 คน

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาเกณฑ์การประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.1 ศึกษาข้อมูล องค์กรความรู้ และเกณฑ์ประเมินรับรององค์กรความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ทั้งงานวิชาการ/งานวิจัยความรู้เรื่องเกณฑ์/มาตรฐานการประเมิน สำหรับสถานประกอบการ โรงเรียน หน่วยบริการ

สุขภาพ และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน (ระยะไม่เกิน 10 ปี) ศึกษา ค้นคว้าใน 3 กลุ่มประเทศชั้นนำ กล่าวคือ -Asia-Oceania ที่ประกอบด้วย ประเทศ แอแปเซียรวมไทย จีน ออสเตรเลีย และ นิวซีแลนด์ -กลุ่ม EU ทั้ง 9 ประเทศ และกลุ่ม อเมริกา-อเมริกาใต้และแคนาดา เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษาด้วยการกำหนดโจทย์การศึกษา ทบทวนเกณฑ์และสังเคราะห์ผลการศึกษาคือ (1) แนวคิด health literacy และ health literate Organization ถูกนำไปใช้อย่างไร (2) เครื่องมือ (tools) และชุดปฏิบัติการ (A set of intervention strategies) ที่นำไปใช้ มีอะไรบ้าง (3) รูปแบบ/โมเดลการประเมิน สถานประกอบการ โรงเรียน หน่วยบริการ สุขภาพ และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ มีแบบ ใดบ้าง (4) การนำเกณฑ์ มาตรฐาน และการ ประเมินรับรองคุณภาพไปปฏิบัติตามแนวคิด health literate Organization ด้วยแนวคิด และกระบวนการอะไรบ้าง (5) องค์ประกอบใด ของเกณฑ์/มาตรฐานเมื่อนำไปใช้แล้วมีผล ต่อการเป็นสถานประกอบการ โรงเรียน หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ มากที่สุด

1.2 การถอดบทเรียนการพัฒนาองค์กร และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทประเทศไทย ประกอบด้วย องค์กรที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการ ยกย่ององค์กรให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (โรงเรียน โรงงาน สถานือนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ (สอน.) และ รพ.สต. และชุมชน รวม 8 แห่ง ด้วยเทคนิคการค้นหาค้นเรื่อง กระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเล่าเรื่อง (storytelling) ความสำเร็จ ใช้การตั้งคำถามสร้างพลัง (Appre-

ciative Inquiry) ด้วยประเด็นการถอดบทเรียน ความสำเร็จ/ความภาคภูมิใจในการพัฒนาสถาน ประกอบการ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/สถานี ออนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ/โรงเรียน/ชุมชน เป็น องค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจนสามารถ ผ่านวิกฤติการระบาดโรคโควิด-19

1.3 นำผลการทบทวนและบทเรียน มาสังเคราะห์จนได้แนวคิดที่ชัดเจน และระบุ คุณลักษณะองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และยกร่างเป็นเกณฑ์ประเมินรับรองฯ ให้มี ลักษณะและรูปแบบตามเกณฑ์มาตรฐานระดับ สากล

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการตรวจสอบ (verify) คุณภาพ เกณฑ์การประเมินเพื่อการ รับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยใช้ แนวคิด เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)⁽⁶⁾ และองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยแบบสอบถาม และหาค่าสถิติ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้เกณฑ์การ ประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชน รอบรู้ด้านสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ดำเนินงาน บันทึกผลการใช้เกณฑ์ตามแนวทาง การสนทนากลุ่ม และการตอบแบบสัมภาษณ์ความ เป็นไปได้ (feasibility testing) จากผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 4 การปรับเกณฑ์ประเมิน รับรององค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับ เนื้อหาและภาษาตามผลการประเมินโดยผู้ทรง คุณวุฒิจำนวน 6 คน และจากผลการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ จำนวน 85 คน

ขั้นตอนที่ 5 เผยแพร่และขยายผลการ ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพ

องค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ จัดทำต้นฉบับส่งโรงพิมพ์เพื่อเผยแพร่และนำไปใช้ 4 settings พร้อมคู่มือการใช้

■ ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาข้อมูล องค์ความรู้ และเกณฑ์ประเมินรับรององค์กรความรู้ด้านสุขภาพ วิธีการ systematic review พบว่า เกณฑ์/มาตรฐานที่ถูกนำไปใช้ในโรงพยาบาล เป็นส่วนใหญ่ทั้ง 10 attributes of Health literate Health care organization ของสถาบันการแพทย์ (IOM-Institute of Medicine) ในเรื่อง Healthcare จึงใช้สำหรับโรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่มีมิติของ risk approach จึงไม่ครอบคลุมในมิติของ Health promotion และปรับมาสู่เกณฑ์มาตรฐาน 8 มาตรฐานของประเทศเวียดนาม เป็น V-HLO⁽⁶⁾ หรือ OHL-Hos ตามลำดับ ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจาก OHL-Hos คือ updated version ของ V-HLO และมีแบบประเมินตนเองที่พร้อมใช้ และผ่านความเห็นชอบจาก International HPH conference in Warsaw May 31st 2019⁽⁷⁾ ส่วนเกณฑ์ setting อื่นๆ ยังไม่ปรากฏชัดเจนในการประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ มีเพียงการนำเอาแนวคิด Health literacy ไปใช้ดำเนินงานในระดับบุคคล

2. ผลการถอดบทเรียน สถานประกอบการ พบว่าแม้เป็นองค์กรที่มีการดำเนินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ก็มีมาตรฐานสากลที่มาช่วยให้เกิดการพัฒนาเร็วขึ้น รวมทั้งที่มำทุกระดับ และที่โดดเด่นมากในสถานการณ์โควิด คือ การสื่อสารและระบบสนับสนุนขององค์กร การถอดบทเรียนในหน่วยบริการสุขภาพ

พบประเด็นการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสู่งานชุมชนได้ ในขณะที่โรงเรียนมีความชัดเจนของภาวะการนำ การสื่อสาร การจัดส่งแวดล้อมทั้งโรงอาหารและกิจกรรมที่เอื้อให้นักเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในขณะที่ชุมชนเป็นการมองชุมชนในระดับประเทศที่มีข้อจำกัดในการสังเคราะห์เป็นร่างเกณฑ์ในระดับชุมชนของประเทศไทย แต่ประเด็นสอดคล้องกับการถอดบทเรียนชุมชนในเรื่องภาวะการนำ และการสื่อสาร

3. ผลการตรวจสอบ (verify) ความถูกต้องของการทบทวนเกณฑ์และถอดบทเรียน พบว่า ผลการศึกษาส่วนใหญ่สามารถนำไปใช้ ยกเว้นเกณฑ์ประเมินความรอบรู้ทั้ง 4 settings ตามกรอบ TQM สังเคราะห์จนได้แนวคิดที่ชัดเจน และระบุคุณลักษณะสถานประกอบการ โรงเรียน หน่วยบริการสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และยกเว้นเป็นเกณฑ์ประเมินรับรองฯ ที่พร้อมนำไปทดสอบคุณภาพ

4. ผลการประเมินคุณภาพเกณฑ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละ settings ทั้ง 4 settings พบผลการประเมิน คือ เกณฑ์สถานประกอบการ หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาล ผ่านการประเมินคุณภาพในรอบแรก ด้วยค่า CVI=.82 (จำนวนข้อที่ได้ 3 และ 4 จากผู้เชี่ยวชาญ/จำนวนข้อทั้งหมด ต้องไม่น้อยกว่า 0.8), ค่า S-CVI=.95 (ผลรวม I-CVI/จำนวนข้อทั้งหมด ต้องไม่น้อยกว่า .90), CVI=.95, S-CVI=.98 และ CVI=.83, S-CVI=.94 ตามลำดับ ส่วนเกณฑ์ชุมชนและโรงเรียนผ่านการประเมินคุณภาพในรอบที่ 2 ด้วยค่า CVI=.89, ค่า S-CVI=.96 และ CVI=.92, S-CVI=.98 ตามลำดับ

5. โดยภาพรวมของเกณฑ์ ผู้ใช้และองค์กรที่มีความพร้อมและยินดีให้การสนับสนุนแนวทางการพัฒนาองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่คาดว่าจะปรับระบบให้รองรับได้ และต้องการพัฒนาองค์กรและยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เกณฑ์ประเมินรับรองพร้อมคำแนะนำการใช้ ถูกจัดพิมพ์และเผยแพร่ประกอบด้วย เกณฑ์ประเมินรับรองโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เกณฑ์ประเมินรับรองสถานประกอบการรอบรู้ด้านสุขภาพ เกณฑ์ประเมินรับรองหน่วยบริการสุขภาพ และเกณฑ์ประเมินรับรองชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 5,000 เล่ม

■ อภิปรายผล

ผลจากการทบทวนวิจัยด้วยวิธี systematic review ร่วมกับการถอดบทเรียนในพื้นที่ดำเนินงานจริง นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและสังเคราะห์เพื่อนำมาพัฒนาเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งนำเกณฑ์ไปพัฒนาให้ประชาชนและองค์กรต่างๆ ได้ใช้ข้อค้นพบทางวิชาการผนวกกับความเป็นจริงของการทำงานและการดำรงชีวิตแต่ละองค์กรมาเข้ากระบวนการวิจัยและพัฒนาผ่านการทดลองใช้กับผู้ใช้ (user) จนได้เป็นเกณฑ์ประเมินรับรองด้วยฐานวิชาการที่จะสร้างความมั่นใจให้ประชาชนและองค์กรสามารถควบคุมและป้องกันภัยคุกคามจากโรคโควิด-19

ข้อค้นพบผลการพัฒนาเกณฑ์นี้สอดคล้องกับแนวทางพัฒนาองค์กรคุณภาพตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)⁽⁵⁾ เกณฑ์ 10 attributes of Health literate Health care organization ของสถาบันการแพทย์ (IOM-Institute of Medicine)⁽²⁾ เกณฑ์

การประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการศึกษา ระดับปฐมวัย ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน⁽⁸⁾ รวมถึง เกณฑ์ ISO 9001 ระบบการบริหารงานคุณภาพ (Quality Management System) ที่ใช้ในสถานประกอบการ⁽⁹⁾ เกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ แม้ในระดับชุมชนก็มีแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่⁽¹¹⁾ โดยที่ทุกเกณฑ์รวมทั้งที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้ มีความสอดคล้องทางแนวคิดว่าเป็นเกณฑ์/มาตรฐานที่บุคคลในองค์กรนั้นร่วมมือกันประเมินและพัฒนา เป็นเกณฑ์ปฏิบัติได้ง่าย ประเมินได้จริงและมีประโยชน์ที่จะสามารถนำไปสู่การพัฒนางานและผู้รับบริการให้ดีขึ้นกว่าเดิมและต่อเนื่อง เป็นเกณฑ์ที่เน้นคุณภาพของผู้รับบริการ คุณภาพกระบวนการบริหารและจัดการคุณภาพของกระบวนการ (ผลิต/รอบรู้ด้านสุขภาพ/การเรียนรู้การสอน/คุณภาพชีวิตและสุขภาพ)

ผลการถอดบทเรียนโรงงานและไซต์ก่อสร้างในสถานการณ์โควิด⁽¹²⁾ ด้วยกรอบเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจากงานวิจัยนี้ ชี้ชัดว่าองค์กรประกอบต่างๆ เป็นสิ่งที่สอดคล้องต่อการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อเพื่อให้สถานประกอบการอยู่รอดทั้งเจ้าของผู้ประกอบการและแรงงาน

ทั้งนี้ เกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาถือได้ว่าเป็นความก้าวหน้าอีกระดับหนึ่งเนื่องจากในระดับสากลมีเพียงการประเมินรับรองหน่วยงานบริการด้านสุขภาพเท่านั้น โดยมีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบจำนวนมากว่า และยังไม่มีการประเมิน

องค์กรอื่นๆ เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังตัวอย่างสถานประกอบการจากงานวิจัยและงานวิชาการที่สืบค้นมาพบว่า ยังไม่มีรูปแบบหรือโมเดลการประเมินสถานประกอบการรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงงานโดยตรง นั่นคือ ยังไม่มีการศึกษาโมเดลการประเมินสถานประกอบการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy in a workplace) ในโรงงานในภาพรวมทั้งองค์กร แต่เน้นการนำองค์กรและการสื่อสารด้วยกระบวนการฝึกอบรม เป็นสำคัญ⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับระดับชุมชน⁽¹⁴⁾ และโรงเรียน⁽¹⁵⁾

นับว่าเป็น innovation intervention ที่ปรับจากเกณฑ์ต่างประเทศมาใช้ (low fidelity) มาสู่วิธีของประเทศไทย (medium fidelity) ด้วยฐานการเรียนรู้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งองค์ความรู้จากต่างประเทศและบทเรียนของประเทศไทย และการวัด ประเมินด้วยฐานวิทยาศาสตร์ทั้งการ verify ข้อมูล องค์ความรู้ที่ได้ การประเมินความสอดคล้องด้วยค่า criterion validity index และการทำ usability testing พร้อมการออกแบบ fidelity assessment เตรียมการนำไปใช้ในระบต่อไป

นั่นคือการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นับแต่เดือนมกราคม 2563 เป็นต้นมา เป็นปรากฏการณ์ที่ศาสตร์ด้าน Foresight Management เรียกกันว่า Black Swan ซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างคาดไม่ถึง การระบาดของโรคที่รุนแรง และยังไม่มีความเห็นว่าการจัดการที่ชัดเจน ทำให้เกิดมาตรการใหม่ๆ ออกมาต้านการระบาดของโรคด้วยการป้องกันของแต่ละบุคคลนำไปสู่ความปลอดภัยร่วมกันในภาพรวม ปรากฏการณ์นี้ทำให้ความสำคัญของ Health Literacy มีความคมชัดขึ้น

และมีแนวโน้มที่น่าสนใจว่าจะเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นคำตอบของการดำเนินการด้านสาธารณสุขในเชิงการป้องกันและสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน ซึ่งตรงกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ปรากฏในเว็บไซต์ของ Shaping Tomorrow ว่าในอนาคตการดูแลด้านสุขภาพจะอยู่ในชุมชน ไม่ใช่โรงพยาบาลอีกต่อไป นั่นหมายถึงคนในชุมชน และองค์กรต่างๆ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากพอที่จะดูแลตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

การวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการวิจัยวิธี systematic review ร่วมกับการถอดบทเรียนในพื้นที่ดำเนินงานจริง นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและสังเคราะห์และพัฒนาด้วยการทดสอบทางสถิติ และทดสอบกับผู้ใช้จริง จนได้เกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพรวม 4 settings คือ หน่วยบริการสุขภาพ โรงเรียน สถานประกอบการและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

■ ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดนโยบายให้สถานบริการสุขภาพ สถานศึกษา สถานประกอบการ และชุมชน พัฒนาตนเองเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. สสส.ควรสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน สวรส.ควรสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย และหน่วยงาน กรม กอง ต่างๆ มูลนิธิสถาบันส่งเสริมความรู้ และสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทยผนึกกำลังสนับสนุนด้านงบประมาณ วิชาการและเวที

เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามภารกิจ
ของหน่วยงาน

■ กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ
นักวิชาการอาสาร่วมพัฒนาเกณฑ์ประเมิน
รับรององค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ
จากกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
คือ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรม

สนับสนุนบริการสุขภาพ และคณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จนทำให้การ
ดำเนินงานวิจัยดังกล่าวเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี
ขอขอบพระคุณ ท่านอธิบดี ท่านรองอธิบดี
กรมอนามัย ผู้อำนวยการ หัวหน้างาน และ
เจ้าหน้าที่โครงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ที่ให้กำลังใจ ความช่วยเหลือ แนะนำ ในการทำงาน
วิจัยชิ้นนี้จนงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The implications for training of embracing : a life course approach to health [Internet]. [cited 2019 Oct 30]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_en.pdf.2000
2. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreye B, et al. Ten attributes of health literate health care organizations [Internet]. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies; 2012 [cited 2019 Oct 30]. Available from: https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf.
3. Sorensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health 2012;12(80):1-13
4. Kowalski C, Lee SY, Schmidt A, Wesselmann S, Wirtz MA, Pfaff H, et al. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv Res 2015;15:47. doi: 10.1186/s12913-015-0707-5.
5. สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ กระทรวงอุตสาหกรรม. เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ปี 2561-2562. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตะวันออก (มหาชน); 2560.
6. Dietscher C and Pelikan J. Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. Machbarkeitsstudie zur organisationalen Selbstbewertung mit dem Wiener Instrument in österreichischen Krankenhäusern [Health literate health care organizations : Feasibility study of the self-assessment tool following the hospitals]. Prävention & Gesundheitsförderung 2016;11:53-62.
7. International Working Group, HPH & HLO. International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals - SAT-OHL-Hos-v1.1-EN international. WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH). Wien; 2019.
8. สำนักทดสอบทางการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แนวทางการประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการศึกษา ระดับปฐมวัย ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานและระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานศูนย์การศึกษาพิเศษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2561.

9. ศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล และมณัญญา เรือจิตร. รายงานผลถอดบทเรียนองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการดำเนินงานด้านภัยโควิด-19 สถานประกอบการ: เอ็นเอ็กซ์พี แมนูแฟคเจอร์ริง (ไทยแลนด์) (NXP); 2563.
10. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
11. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54ง วันที่ 9 มีนาคม 2561; 2561.
12. สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย. รายงานผลการถอดบทเรียนและความสำเร็จของโรงงานและแคมป์คนงาน ในการป้องกันการติดต่อและควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19. นนทบุรี: สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย; 2565.
13. อังกิณห์ อินทรกำแหง. รายงานผลการทบทวนวรรณกรรมสถานประกอบการ (โรงงาน) รอบรู้สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
14. ชีระ วรธนารัตน์. รายงานการศึกษาทบทวนองค์ความรู้เพื่อพัฒนาเกณฑ์ประเมินรับรองชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
15. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. รายงานผลการสังเคราะห์โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.

HEALTH

ความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโฟลิก เพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของบุตร ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส จังหวัดชลบุรี

จากแพทย์ ชาญวิวัฒน์

นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร)

ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์

พิทยา จารุพูนผล

ปิยะธิดา ขจรชัยกุล

ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ 27 เมษายน 2565, วันแก้ไข 26 กันยายน 2565, วันตอบรับ 4 ตุลาคม 2565.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส จังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสอายุ 20-34 ปี จำนวน 400 คน การสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน คือ การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิและการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมืองและเขตอำเภอสัตหีบ ระยะเวลาทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2561 ถึง เดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษาพบ สัดส่วนของความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโฟลิกคิดเป็นร้อยละ 48.2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโฟลิก ประกอบด้วย 8 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ความพอเพียงของรายได้ ความรู้ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในครอบครัว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หน่วยงานให้บริการด้านสาธารณสุขรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักต่อการป้องกันความพิการแต่กำเนิด ให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ ครอบครัวและชุมชน เพื่อสนับสนุนให้เกิดเจตคติเชิงบวก และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะรับประทานวิตามินโฟลิกก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน

คำสำคัญ : วิตามินโฟลิก ความพิการแต่กำเนิด หญิงวัยเจริญพันธุ์

Intention to Take Folic Acid to Prevent Birth Defect Among Married Reproductive-Aged Women, Chonburi Province

Jatupat Chaiwatthana

Graduate student in Master of Science (Public Health)

Major in Family Health. Faculty of Public Health, Mahidol University

Kanittha Chamroonsawadi

Phitaya Charupoonphol

Piyatida Khajornchaikul

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

Received 27 April 2022, Revised 26 September 2022, Accepted 4 October 2022.

Abstract

This study aimed at identifying factors related to intention to take folic acid to prevent birth defect among married of reproductive age women. The research was done by a cross-sectional survey study. Data were collected by a self-administered questionnaire among 400 married, reproductive aged women whose age was between 20-34 years old. Two-stage random sampling, stratified sampling and simple randomization by grouping of labels method. In the area subdistrict health promotion hospitals, Muang District and Sattahip District. The data collection was done from January 2018 to September 2019. Data were analyzed by descriptive statistics, analytical statistics with the chi-square test. The results revealed that 48.2% of the respondents had their intention to take folic acid during pregnancy and eight factors could predict probability of taking folic acid with Education level, Average monthly income, Sufficiency of income, Level of knowledge on folic acid, Attitude on folic acid taking, Subjective norms of family members, Subjective norms of health professionals, Self-efficacy to take folic acid Significant at p -value < 0.05 Healthcare services and health professionals in Chonburi Province should promote knowledge and understanding to raise awareness on the prevention of birth defects among women of reproductive age their families, and communities in order to enhance positive attitude and perception on self-efficacy to take folic acid at least 3 months prior to their pregnancy.

Key words: intention to take folic acid, birth defect, reproductive aged women

■ unna

ความพิการแต่กำเนิด (Birth defect หรือ Congenital anomalies) เป็นความผิดปกติทางด้านโครงสร้างหรือความผิดปกติในการทำหน้าที่การทำงานของร่างกาย อาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตในระยะแรกๆ ของการคลอด เป็นปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว⁽¹⁾ จากอุบัติการณ์ความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ความพิการหัวใจพิการแต่กำเนิดพบ 16-40 ต่อ 10,000 ประชากร ภาวะหลอดประสาทไม่ปิด 7-10 ต่อ 10,000 ประชากร ภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ 7.8-9.12 ต่อ 10,000 ประชากร ภาวะพิการแขนขา 3.4-7.6 ต่อ 10,000 ประชากร และกลุ่มอาการดาวน์ พบได้ถึงร้อยละ 75⁽²⁾ โดยสาเหตุของความพิการแต่กำเนิดมีการประมาณ ร้อยละ 40-60 ไม่สามารถหาสาเหตุได้ ร้อยละ 15 มีสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของพันธุกรรม ร้อยละ 10 เกิดจากสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 20-25 เกิดจากหลายปัจจัย⁽³⁾ ความพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เกิดความอับอาย และการถูกตีตราทางสังคมต่อการมีบุตรพิการในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อสังคมด้านเศรษฐกิจในด้านการศึกษาดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾

ความพิการแต่กำเนิดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความพิการของอวัยวะ ที่พบได้ชัดเจน ร้อยละ 2-3 ของการคลอดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตตั้งแต่แรกคลอด ปัญหาความพิการส่งผลกระทบโดยตรงในด้านการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งความพิการที่เกิดแบบเดี่ยวและความพิการที่เกิดซ้ำซ้อนมากกว่าหนึ่งปัญหา ซึ่ง

พบได้มากกว่าครึ่งของเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด ถึงแม้ว่าเด็กพิการแต่กำเนิดจำนวนมากที่รอดชีวิตแต่ก็จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ บ่งชี้ได้ว่าเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน ทั้งในสถานบริการระดับปฐมภูมิ จนถึงสถานบริการในระดับตติยภูมิ จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากเช่นเดียวกับระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานกว่าเด็กปกติ ดังนั้นการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงวัยเจริญพันธุ์ควรได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนรวมถึงวิตามินโฟลิก (Folic acid) ก่อนการตั้งครรภ์เพื่อลดอุบัติการณ์ของความพิการแต่กำเนิด⁽⁶⁾

แนวทางการจัดการปัญหาความพิการแต่กำเนิด ที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ โดยวางแผนเพื่อป้องกันการเกิดความพิการแต่กำเนิดก่อนมีบุตร เช่น การตรวจคัดกรองภาวะพาหะของโรคที่เกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การงดดื่มสุราและงดสูบบุหรี่ และที่สำคัญที่สุดคือภาวะโภชนาการที่ควรได้รับก่อนตั้งครรภ์ รวมทั้งโฟเลตซึ่งมีอยู่ในอาหาร ส่วนวิตามินโฟลิกเป็นรูปสังเคราะห์ของโฟเลต ซึ่งอยู่ในรูปของวิตามิน B9 มีความสำคัญในการสังเคราะห์ DNA รวมถึงการแบ่งตัวของเซลล์ระบบประสาทและไขสันหลัง วิตามินโฟลิก (Folic acid) หรือโฟเลต (Folate) มีความสำคัญในการสร้างหลอดประสาทซึ่งเกิดภายใน 28 วันหลังจากการปฏิสนธิ⁽⁷⁾

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ในแผนปฏิบัติการ

ของยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการ สาธารณสุขและสร้างการเข้าถึงบริการอย่าง เท่าเทียม โดยเน้นถึงความสำคัญของการตรวจ สุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองโรค ชาติสซีเมียก่อนมีบุตร และหญิงที่ต้องการมีบุตร ต้องได้ยาเสริมธาตุเหล็ก และวิตามินโพลีคก่อน การตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อให้การเกิดทารก ปลอดภัยทั้งแม่และลูก⁽⁸⁾ นอกจากนี้ยังมีการ ดำเนินโครงการระดับชาติป้องกันดูแลรักษาความ พิการแต่กำเนิดในพื้นที่ 22 จังหวัดนำร่อง พบว่า โครงการควรมีการขับเคลื่อนของทุกภาคส่วน โดย เน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ทั้งภายในและ นอกโรงพยาบาล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และ แกนนำชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาความหาคความ พิการแต่กำเนิด⁽⁹⁾

จากสถานการณ์นโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติในพื้นที่ จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2562 ได้เริ่มแจก วิตามินโพลีคในกลุ่มนักเรียนช่วงอายุ 6-14 ปี อย่างน้อย 1 เม็ดต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง⁽¹⁰⁾ และ โรงพยาบาลชลบุรีได้มีการรวบรวมสถิติความ พิการแต่กำเนิดใน 5 กลุ่มโรคที่สามารถป้องกัน ด้วยวิตามินโพลีค พบว่ายังมีอัตราการเกิดความ พิการแต่กำเนิด ได้แก่ กลุ่มอาการดาวน์ 20 ราย ภาวะหลอดประสาทไม่ปิด 3 ราย ภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ 27 ราย ภาวะกล้ามเนื้อเสื่อม พันธุกรรม(ดูเซน) 19 ราย ภาวะแขนขาพิการ 14 ราย และร้อยละ 3.5 พบทารกที่เป็นโรค ชาติสซีเมีย นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิต ของทารก 4.7 ต่อ 1,000 ประชากร⁽¹¹⁾ ซึ่งความ พิการแต่กำเนิดส่งผลกระทบต่อตรงในการดูแล รักษาในระยะยาวอย่างต่อเนื่องของจังหวัดชลบุรี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความตั้งใจที่จะรับ

ประทานวิตามินโพลีค เพื่อป้องกันความพิการแต่ กำเนิด โดยประยุกต์กรอบแนวคิดของ เอเซน Ajzen I.⁽¹²⁾ ศึกษาในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ช่วง อายุ 20-34 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เหมาะสมพร้อมให้ กำเนิดบุตร โดยสอดคล้องกับโครงการสาวไทย แก้มแดง มีลูกเพื่อชาติด้วยวิตามินแสนวิเศษใน จังหวัดชลบุรี⁽¹⁰⁾ เพื่อการศึกษาสัดส่วนที่มีความ สัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามิน โพลีค เพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด ประกอบ ด้วย ปัจจัยพื้นฐานด้านสังคมประชากร ความรู้ เกี่ยวกับวิตามินโพลีค เจตคติต่อการรับประทาน วิตามินโพลีค การคล้อยตามของกลุ่มอ้างอิง การ รับรู้ความสามารถที่จะรับประทานวิตามินโพลีค ซึ่งผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเป็น แนวทางในการวางแผนเพื่อส่งเสริมป้องกันความ พิการแต่กำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยใน อนาคต

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจที่จะรับประทาน วิตามินโพลีค ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส จังหวัด ชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ ความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีคในหญิง วัยเจริญพันธุ์ที่สมรส จังหวัดชลบุรี

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบ ภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิด ตอบด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2562 ถึง 11 เมษายน พ.ศ. 2562 จังหวัดชลบุรี

- **ประชากรที่ศึกษา** เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสอายุ 20-34 ปี จำนวน 400 คน

- **การคำนวณขนาดตัวอย่าง** ใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่สนใจในประชากรกลุ่มเดียวของแดเนียล⁽¹³⁾ โดยใช้การประมาณค่าสัดส่วน (P) จากงานวิจัยของ จำรัส วงศ์คำ และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาความรู้และทัศนคติในการรับประทานกรดโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของสตรีตั้งครรภ์ เท่ากับ 0.38 ได้ขนาดตัวอย่าง 362 คนและผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายหรือไม่ครบถ้วนของข้อมูล ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องเก็บจำนวนไม่น้อยกว่า 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การคัดเลือกแบบสองขั้นตอน โดยขั้นตอนแรกแบ่งชั้นภูมิ ตามเขตการปกครอง 2 ชั้นภูมิ ได้แก่ เขตอำเภอเมือง และนอกเขตอำเภอเมือง จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก ได้เขตอำเภอเมืองชลบุรีและเขตอำเภอสัตหีบ จากนั้นผู้วิจัยสุ่มตัวอย่าง รพ.สต. ในเขตอำเภอเมืองชลบุรีและอำเภอสัตหีบ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีรายชื่อตามทะเบียนของ รพ.สต.

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีรายชื่ออยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี รวมถึงหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่จดทะเบียนสมรสและไม่จดทะเบียนสมรส และหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีบุตรและไม่มีบุตร ที่สมัครใจเข้าร่วมศึกษาโดยลงนามในเอกสารยินยอมตนเป็นลายลักษณ์อักษร

- **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen I.⁽¹²⁾ และทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัย

ที่เกี่ยวข้องโดยเครื่องมือแบ่งออกเป็น 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานเป็นข้อความทั้งปลายเปิดและปลายปิด รวมทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 การเข้าถึงแหล่งข้อมูลการรับประทานวิตามินโฟลิกให้เลือกตอบแบบ Rating scale 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับวิตามินโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด เป็นข้อความให้เลือกตอบถูกผิดแบบ Rating scale 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 4 เจตคติต่อการรับประทานวิตามินโฟลิก เป็นข้อความเชิงบวกและเชิงลบให้เลือกตอบแบบ Rating scale 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่จะรับประทานวิตามินโฟลิก เป็นข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ให้เลือกตอบแบบ Rating scale 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 6 การรับรู้ความสามารถที่จะรับประทานวิตามินโฟลิก เป็นข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ให้เลือกตอบแบบ Rating scale 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 ความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด เป็นข้อความเชิงบวก ให้เลือกตอบแบบ Rating scale 5 ระดับ จำนวน 2 ข้อ

- **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติพรรณนาประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐาน ในส่วนที่ 1-6 และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistics) โดยนำข้อมูลตัวแปรอิสระ มาจัดกลุ่มเพื่อทำการหาความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test)

- **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ MUPH 2019-029 วันที่ 25 กุมภาพันธ์
2562

■ วิธีการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว
ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 400 คน พบว่าราว 1
ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 20-24 ปี
ร้อยละ 36.5 ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันกับกลุ่มอายุ
30-34 ปี ร้อยละ 35.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 27.04 ปี
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.65 ปี อายุ
ต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 34 ปี กลุ่มตัวอย่าง
มากกว่าครึ่งร้อยละ 67.5 จบการศึกษาระดับ
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ขึ้นไป รายได้ของ
กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งร้อยละ 65.8 ต่ำกว่า
เท่ากับ 15,000 บาท โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ
12,000 บาท (Q1 , Q3 = 9,000 , 18,000) รายได้
ต่ำสุด 3,000 บาท และรายได้สูงสุด 100,000 บาท
กลุ่มตัวอย่าง มากกว่าครึ่งร้อยละ 51.3 มีรายได้
เพียงพอ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98 นับถือ
ศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง
ร้อยละ 54.3 ไม่มีบุตร ประสบการณ์ความพิการ
แต่กำเนิดของบุคคลในครอบครัว ของกลุ่ม

ตัวอย่างร้อยละ 93 ไม่มีความพิการ การเข้าถึง
แหล่งข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า
ครึ่งร้อยละ 58 อยู่ในระดับมาก และจากแหล่ง
อื่น ๆ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลจากบุคคลใน
ครอบครัวได้แก่ สมาชิกในครอบครัว พ่อ-แม่ และ
คูรัก/สามี การเข้าถึงแหล่งข้อมูลจากบุคคลอื่น ๆ
ได้แก่ เพื่อน และ ครูที่โรงเรียน และการเข้าถึง
แหล่งข้อมูลจากสื่อ ได้แก่ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต
นิตยสาร และหนังสือพิมพ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
น้อยคิดเป็น ร้อยละ 88.2, 89 และ 89 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับวิตามินโพลีกเพื่อป้องกัน
ความพิการแต่กำเนิด หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส
แล้วมากกว่าครึ่งร้อยละ 62.5 มีความรู้ระดับต่ำ
รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 28
เจตคติต่อการรับประทานวิตามินโพลีก มากกว่า
ครึ่งร้อยละ 74.2 มีเจตคติเชิงลบ การคล้อยตาม
กลุ่มอ้างอิง ที่เป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 74.3
มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่เป็นบุคคลใน
ครอบครัวเชิงลบการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่เป็น
บุคลากรทางการแพทย์มากกว่าครึ่งร้อยละ 70 มี
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่เป็นบุคลากรทางการ
แพทย์เชิงลบ และการรับรู้ความสามารถที่จะรับ
ประทานวิตามินโพลีก มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 72.5
มีการรับรู้ความสามารถระดับปานกลาง รองลงมา
เป็นการรับรู้ความสามารถในระดับสูงร้อยละ 15

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด (n=400 คน)

ระดับความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีกเพื่อป้องกัน ความพิการแต่กำเนิดของบุตรในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส	จำนวน	ร้อยละ
ตั้งใจ (7-10 คะแนน)	193	48.2
ไม่ตั้งใจ (0-6 คะแนน)	207	51.8
Mean ± SD = 7.14 ± 1.74 , Min - Max = 2 - 10		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีกเพื่อป้องกัน
ความพิการแต่กำเนิด (n=400) (Chi-square test)

ปัจจัยพื้นฐาน	ระดับความตั้งใจ		χ^2 (df)	p-value
	ตั้งใจ n (%)	ไม่ตั้งใจ n (%)		
อายุ (ปี)			3.985	0.136
20-24	68(46.6)	78(53.4)	(2)	
25-29	47(42.3)	64(57.7)		
30-34	78(54.5)	65(45.5)		
ระดับการศึกษา			23.57	<0.001**
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	40(30.8)	90 (69.2)	(1)	
ตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ขึ้นไป	153(56.7)	117(43.3)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			11.237	0.001*
ต่ำกว่าเท่ากับ 15,000	111(42.2)	152(40.1)	(1)	
มากกว่า 15,000 ขึ้นไป	82(59.9)	55(39.1)		
ความเพียงพอของรายได้			25.222	<0.001**
ไม่เพียงพอ	69(35.4)	126(64.6)	(3)	
เพียงพอ	124(60.5)	81(39.5)		
ศาสนา			5.037	0.025*
พุทธ	186(47.4)	206(52.6)	(1)	
อื่นๆ	7(87.5)	1(12.5)		
ประสบการณ์เกิดความพิการแต่กำเนิดของบุคคล ในครอบครัว			0.954	0.329
มีความพิการ	16(57.1)	12(42.9)	(1)	
ไม่มีความพิการ	177(47.6)	195(52.4)		
ความรู้เกี่ยวกับวิตามินโพลีก			53.355	<0.001**
ระดับสูง	31(81.6)	7(18.4)	(2)	
ระดับปานกลาง	76(67.9)	36(32.1)		
ระดับต่ำ	86(34.4)	164(65.6)		
เจตคติต่อการรับประทานวิตามินโพลีก			102.782	<0.001**
เชิงบวก	94(91.3)	9(8.7)	(1)	
เชิงลบ	99(33.3)	198(66.7)		
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อบุคคลในครอบครัว			89.333	<0.001**
เชิงบวก	91(88.3)	12(11.7)	(1)	
เชิงลบ	102(34.3)	195(65.7)		
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อบุคลากรทาง การแพทย์			35.015	<0.001**
เชิงบวก	85(70.8)	35(16.9)	(1)	
เชิงลบ	108(38.6)	172(61.4)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด (n=400) (Chi-square test) (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	ระดับความตั้งใจ		χ^2 (df)	p-value
	ตั้งใจ n (%)	ไม่ตั้งใจ n (%)		
การการรับรู้ความสามารถที่จะรับประทานวิตามินโพลีก			65.166 (1)	<0.001**
ระดับสูง	57(95.0)	3(5.0)		
ระดับปานกลาง	122(42.1)	168(57.9)		
ระดับต่ำ	14(28.0)	36(72.0)		

*Significant at p-value < 0.05 **Significant at p-value < 0.001

ส่วนที่ 2 ความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด

พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง มีความตั้งใจ และไม่ตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 48.2 และ ร้อยละ 51.8 (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 ผลวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียวเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีก เพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และยอมรับสมมติฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความรู้เกี่ยวกับวิตามินโพลีกเพื่อป้องกันความพิการ

แต่กำเนิด เจตคติต่อการรับประทานวิตามินโพลีก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อบุคคลในครอบครัว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อบุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ความสามารถที่จะรับประทานวิตามินโพลีกในขณะเดียวกัน พบว่า อายุ และประสบการณ์ความพิการแต่กำเนิดของบุคคลในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจรับประทานวิตามินโพลีกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด

■ อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีก ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และยอมรับสมมติฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความรู้เกี่ยวกับวิตามินโพลีกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด เจตคติต่อการรับประทานวิตามินโพลีก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อบุคคล

ในครอบครัว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อบุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ความสามารถที่จะรับประทานวิตามินโพลีก

ทั้งนี้ผลการศึกษา พบว่า ความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีก เพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว มีความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีก ร้อยละ 48.2 ซึ่งสนับสนุนงานวิจัยของ Rosenberg KD, et al.⁽¹⁶⁾ พบว่า ร้อยละ 33.2 มีความตั้งใจที่จะรับประทานโพลีกก่อนการตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bener A, et al.⁽¹⁷⁾ พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-45 ปี จำนวน 1,480 ราย มีความตั้งใจที่จะรับประทานวิตามินโพลีกอยู่ในระดับต่ำ โดยการศึกษาในศึกษาในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ช่วงอายุ 20-34 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมทางด้านร่างกาย สามารถป้องกันผลกระทบของการตั้งครรภ์จากความพิการแต่กำเนิดได้ สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์⁽⁸⁾ ในโครงการสาวไทยแก้มแดงมีลูกเพื่อชาติด้วยวิตามินแอสกีพิเศษ โดยรัฐบาลสนับสนุนให้หญิงวัยเจริญพันธุ์วางแผนการตั้งครรภ์ รวมถึงคัดกรองโรคที่เสี่ยงจากพันธุกรรม และสนับสนุนให้มีการแจกวิตามินโพลีกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่พร้อมให้กำเนิดบุตรในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 20-34 ปี และจากผลการศึกษาพบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วเกือบครึ่งมีบุตร ร้อยละ 45.7 ในจำนวนนี้พบความพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 1.6 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รวบรวมสถิติความพิการแต่กำเนิด 77 จังหวัด⁽¹⁵⁾ พบว่าในปี 2561 พบภาวะพิการแต่กำเนิดของทารกของประเทศไทย ร้อยละ 2.17 แสดงให้เห็นว่า ความพิการแต่กำเนิดยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับวิตามินโพลีกอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 65.5 เจตคติของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อยู่ในระดับเชิงลบ ร้อยละ 74.2 และการรับรู้ความสามารถที่จะรับประทานวิตามินโพลีกของการศึกษานี้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.5 ซึ่งให้เห็นว่าความสามารถในการรับประทานวิตามินโพลีกยังปฏิบัติไม่ได้เต็มที่ จากข้อคำถามเชิงลบ “ฉันรับประทานวิตามินโพลีกก็ต่อเมื่อฉันตั้งครรภ์” ปฏิบัติได้ ร้อยละ 41.5 ซึ่งให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถจะปฏิบัติได้ก็ต่อเมื่อตั้งครรภ์เท่านั้น จากข้อคำถามสะท้อนให้เห็นว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ยังไม่สามารถรับประทานวิตามินโพลีกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความรู้ และสร้างความตระหนักถึงการป้องกันความพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะใน 5 กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันด้วยการรับประทานวิตามินโพลีกก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน ได้แก่ กลุ่มอาการดาวน์ ภาวะหลอดประสาทไม่ปิด ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ภาวะกล้ามเนื้อเสื่อมพันธุกรรม (ดูเซน) และภาวะแขนขาพิการแต่กำเนิด และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนอธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถของบุคคลว่าสามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ได้ที่จะรับประทานวิตามินโพลีก โดยการเรียนรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสันนิษฐานได้ว่า เกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมหรือขัดขวางต่อพฤติกรรม โดยเฉพาะความสามารถในการป้องกันความพิการแต่กำเนิด โดยการรับประทานวิตามินโพลีก ดังนั้นการที่หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สามารถรับรู้ได้ว่าตนเองสามารถป้องกันความพิการแต่กำเนิดได้ หญิงวัยเจริญพันธุ์ก็จะรับ

รับประทานวิตามินโพลีกก่อนการตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน

■ ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เป็นภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรผนึกกำลังในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การป้องกันความพิการแต่กำเนิด และสร้างเจตคติเชิงบวก จากผลการศึกษาพบว่า 3 ใน 4 ของหญิงวัยเจริญพันธุ์มีเจตคติเชิงลบต่อการรับประทานวิตามินโพลีก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นกิจกรรมที่สร้างเจตคติเชิงบวกต่อการรับประทานวิตามินโพลีกก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน โดยเฉพาะกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสทั้งในระดับครอบครัว และระดับชุมชน โดยช่องทางการให้ความรู้ในชุมชนอาจใช้หอกระจายข่าวร่วมกับทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. โรงเรียนควรสอดแทรกความรู้ความเข้าใจ รวมถึงความตระหนักต่อการป้องกันความพิการแต่กำเนิด ในเนื้อหาการเรียนการสอนรายวิชาสุขศึกษา ตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษา และชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อสร้างเจตคติเชิงบวกต่อการรับประทานวิตามินโพลีก ในการป้องกันความพิการแต่กำเนิด

3. บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาท และเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญต่อการรับประทานวิตามินโพลีกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ ควร

สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการรับประทานวิตามินโพลีกให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว พ่อ-แม่ และคู่รัก/สามี ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อสร้างเจตคติเชิงบวกต่อการรับประทานวิตามินโพลีกก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน รวมถึงสนับสนุนให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับรู้ความสามารถของตนเองที่จะป้องกันความพิการแต่กำเนิดด้วยตนเอง

4. สื่อมวลชน ควรมีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ การป้องกันความพิการแต่กำเนิด โดยการรับประทานวิตามินโพลีก ผ่านช่องทางสื่อ ได้แก่ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต นิตยสาร และหนังสือพิมพ์ หรือสร้างแหล่งเรียนรู้ออนไลน์เป็นช่องทางเลือก ในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลการป้องกันความพิการแต่กำเนิด เพื่อให้กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำมัธยมศึกษาตอนต้น และกลุ่มรายได้ไม่เพียงพอให้สามารถเข้าถึงวิตามินโพลีก ตามโครงการสาวไทยแถมแดงโดยรัฐบาลสนับสนุนให้มีการแจกวิตามินโพลีก ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 20-34 ปี ที่พร้อมให้กำเนิดบุตรก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน เพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี และสาธารณสุขอำเภอสัตหีบ ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุทธิพงษ์ ปึงคานนท์. ตำราประกอบภาพ โรคทางพันธุกรรมและความพิการการแต่กำเนิดที่พบบ่อย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. กระทรวงสาธารณสุข, ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย, ชมรมเวชพันธุศาสตร์กุมารแห่งประเทศไทย, ชมรมความพิการแต่กำเนิดแห่งประเทศไทย. National Forum on Birth Defect and Disabilities. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: ชมรมเวชพันธุศาสตร์กุมารแห่งประเทศไทย; 2559.
3. สุทธิพงษ์ ปึงคานนท์. รายงานประจำปี 2558 ความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: วงศ์สว่างพับลิชชิงแอนด์พริ้นติ้ง; 2558.
4. สุธันหา ยิ้มแย้ม. การพยาบาลครอบครัวที่มีบุตรพิการแต่กำเนิด. เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนารีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
5. วัชรารัตน์ ไร่บุญลอย, ปัทมา ศิริเวช, พรรณพิมล วิบุลากร, ชาติชาย มุกแสง, แพรว เอี่ยมน้อย. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: ประสพการณ์ทำงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิง; 2553.
6. Haider BA, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for woman during pregnancy. Cochrane Australia: The Cochrane Library; 2015.
7. สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑู, ภาวดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ, กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง. การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
8. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
9. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. โครงการระดับชาติพัฒนาต้นแบบจังหวัดและอำเภอเพื่อป้องกันและดูแลรักษาความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย (ระยะที่ 2 พ.ศ. 2558-2560). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2560.
10. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์; 2560.
11. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี; 2561.
12. Icek A. Theory of Planed Behavior Diagram [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 20]. Available from: URL: <http://people.umass.edu/aizen/publications.html>.
13. Daniel WW. Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences. 9th ed. Massachusetts: John Wiley & Sons, Inc; 2010.
14. จำรัส วงศ์คำ, ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, มาสินี ไพบูลย์, พรรณวดี ชาติวิเศษ, นุชวรา สุทศศรี, ปิยะมาศ ศักดิ์ศิริวุฒไธ, และคณะ. ความรู้และทัศนคติในการรับประทานกรดโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของสตรีตั้งครรภ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559;31(4):92-6.

15. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 3 มีนาคม “วันทารกและเด็กพิการแต่กำเนิด” [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: URL: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/123797/>.
16. Rosenberg KD, Gelow JM, Sandoval AP. Pregnancy intendedness and the use of periconceptional folic acid. *Pediatrics* 2013;111(5 pt 2):1142-5.
17. Bener A, Al-Maadid MG, Al-Bast DA, Al-Marri S. Maternal knowledge, attitude and practice on folic acid intake among Arabian Qatari women. *Medline* 2016;21(1):21-5.

HEALTH

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของ ครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี

ณัฐพล หอมหวล

สาขารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประจักษ์ บัวผัน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันรับ 25 กุมภาพันธ์ 2565, วันแก้ไข 24 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับ 26 กรกฎาคม 2565

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี ประชากรที่ศึกษา คือ ครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1,004 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับแรงจูงใจและระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านนโยบายและการบริหาร และปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ซึ่งมีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้ร้อยละ 66.4 ($R^2 = 0.664$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : คุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

The Personal Characteristics and Motivation affecting the Performance according to the National Standard for Early Childhood Care, Development and Education Thailand of Child Care Teachers at Early Childhood Care in Udon Thani province, Thailand.

Nattapon Homhual

Master of Public Health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Prachak Bouphan

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received 25 February 2022, Revised 24 May 2022, Accepted 26 July 2022.

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristics and motivation affected the performance according to the national standard for early childhood care, development and education Thailand of child care teachers at early childhood care in Udon Thani province, Thailand. 225 samples were randomly selected by using stratified random sampling techniques from the 1,004 populations and 12 key informants were used in-depth interview guidelines. Data was collected by using the questionnaires and analysis was performed by descriptive and inferential statistics at the significance level of 0.05. The results showed that overall motivation and the national standard for early childhood care, development and education Thailand of child care teachers at early childhood care in Udon Thani province, Thailand were at high level The four variables consisted of three variables of the hygiene factors; personal life, interpersonal relationship, policy and administration, and one variable of the motivation factors; a responsibility, that were affected and could jointly predict the national standard for early childhood care, development and education Thailand of child care teachers at early childhood care in Udon Thani province, Thailand at 66.4 percent ($R^2 = 0.664$, p -value < 0.001).

Keywords: Personal characteristics The Motivation, The National Standard for Early Childhood Care, Development and Education Thailand, Early Childhood Care

■ บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่มีการพัฒนาด้านสมองและการเรียนรู้เป็นไปอย่างรวดเร็วมากที่สุดของชีวิตมนุษย์ หากช่วงวัยนี้ไม่ได้รับการพัฒนา จะทำให้การสร้างสติปัญญา บุคลิกภาพ ค่านิยม

เจตคติ และอุปนิสัยที่ดีในวัยผู้ใหญ่พัฒนาได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งการลงทุนในเด็กปฐมวัยนั้นเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เต็มศักยภาพ⁽¹⁾ โดยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของเด็กปฐมวัยตามอนุสนธิว่าด้วยสิทธิเด็ก

ปฐมวัยพึงจะได้รับสิทธิที่จะมีชีวิตรอดให้ได้รับการพัฒนา และความคุ้มครอง ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนาคุณภาพของมนุษย์ที่ควรได้รับการต่อยอดในช่วงอายุต่อ ๆ ไป อีกทั้งในช่วงวัยเริ่มแรกของชีวิตจำเป็นต้องมีผู้เลี้ยงดูทั้งกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยพัฒนารอบด้านอย่างเต็มศักยภาพ ลดความเหลื่อมล้ำทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ⁽²⁾ ดังนั้น การพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทยถือเป็นสิ่งที่รัฐบาลควรให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง โดยกระตุ้นให้เกิดการบูรณาการของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชน นอกจากนี้ต้องใช้กฎหมาย นโยบาย มาตรฐานต่าง ๆ เข้ามาเป็นเครื่องกำกับการดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัยของประเทศไปในทิศทางเดียวกัน⁽³⁾ ซึ่งมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติมีเจตนารมณ์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและยกระดับการปฏิบัติงานของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติเป็นมาตรฐานกลางของประเทศที่ใช้แทนมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2562 เพื่อให้ทุกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพจัดบริการการศึกษาเด็กปฐมวัย และใช้ประเมินผลการดำเนินงานพร้อมทั้งยกระดับคุณภาพการศึกษา รวมถึงใช้เป็นเครื่องมือประกันคุณภาพรองรับการตรวจประเมินจากหน่วยงานต้นสังกัด และจากหน่วยงานภายนอก⁽⁴⁾ โดยมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ประกอบด้วย 3 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มาตรฐานที่ 2 การดูแลเด็กปฐมวัย และมาตรฐานที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย⁽⁵⁾ ซึ่งมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

แห่งชาติมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานครูผู้เลี้ยงดูเด็กเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรง มีพัฒนาการตามวัย เป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม มีความพร้อมในการเข้าศึกษาต่อในระดับการศึกษาที่สูงขึ้น และสามารถเติบโตเป็นสมาชิกที่ดีของครอบครัวและประเทศชาติ ในการจะปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น พบว่ามีอยู่หลายปัจจัยที่ได้ทำการศึกษา โดยเฉพาะคุณลักษณะส่วนบุคคลซึ่งถือเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็ก

คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากการที่บุคคลนั้นกระทำหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในด้านต่าง ๆ ที่ทำให้แต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ทั้งปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยทางบุคลิกภาพ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย 8 ตัวแปร ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่งงาน 6) รายได้ 7) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และ 8) การได้รับการอบรม⁽⁶⁾ และนอกจากปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้วยังพบว่าแรงจูงใจก็เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินงานของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

แรงจูงใจถือเป็นแรงผลักดันหรือแรงกระตุ้นที่ทำให้เกิดกระบวนการปฏิบัติงานของตัวบุคคล และการแสดงออกถึงพฤติกรรมความต้องการได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยจูงใจ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความสำเร็จในการทำงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ความรับผิดชอบ 4) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ และ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง และปัจจัยค้ำจุนประกอบด้วย

8 ด้าน ได้แก่ 1) เงินเดือนและค่าตอบแทน 2) การปกครองบังคับบัญชา 3) นโยบายและการบริหาร 4) สภาพการปฏิบัติงาน 5) สถานภาพทางวิชาชีพ 6) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และ 8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว⁽⁷⁾

จังหวัดอุดรธานีได้กำหนดนโยบาย UDON SMART KIDS เด็กอุดรแข็งแรง เก่ง ดี มีวินัย มีความสุข ซึ่งเป็นนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดอุดรธานี ภายใต้กรอบการพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อแก้ปัญหาด้านเด็กปฐมวัยในจังหวัดอุดรธานี โดยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ในโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย พัฒนาการสมวัยเด็กไทยอุดรสมองดี ซึ่งอาศัยการดูแลของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของผู้เลี้ยงดูเด็กในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยภายใต้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของจังหวัดอุดรธานี ซึ่งแม้ว่าคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัดจะมีการกระต้นการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบปัญหาว่า สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยหลายแห่งยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ โดยเฉพาะในมาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านการจัดสรรบุคลากรครูผู้เลี้ยงดูเด็กต่อจำนวนเด็กปฐมวัยที่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด อีกทั้งครูผู้เลี้ยงดูเด็กบางส่วนไม่ได้จบการศึกษาในสาขาปฐมวัยโดยตรง และในมาตรฐานที่ 2 การดูแลเด็กปฐมวัย พบว่า สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยบางแห่งยังขาดความตระหนักในการใช้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในการปฏิบัติงาน⁽⁸⁾

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถาน

พัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์แก่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมถึงบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประโยชน์หรือประยุกต์ใช้ในการวางแผน พัฒนา และแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี ให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี

■ วิธีการศึกษา

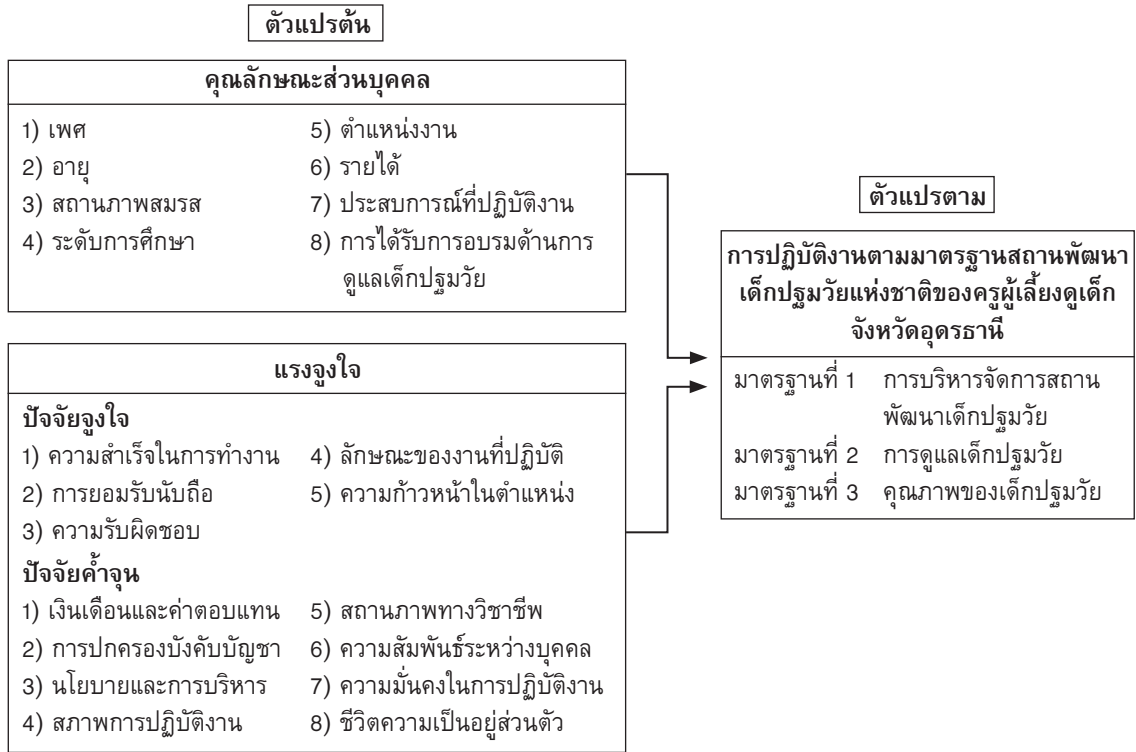
● **รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Descriptive Research) โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** ครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1,004 คน⁽⁹⁾

2. **กลุ่มตัวอย่าง** ครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Linear Regression)

■ กรอบแนวคิด



Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988)⁽¹⁰⁾ ใตขนาดตัวอย่างจำนวน 225 คน

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของครูผู้เลี้ยงดูเด็กสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่นในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่งงาน 6) รายได้ 7) ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงาน และ 8) การได้รับการอบรมด้านการดูแลเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ 1) ความสำเร็จใน

การทำงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ความรับผิดชอบ 4) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ และ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง และปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ 1) เงินเดือนและค่าตอบแทน 2) การปกครองบังคับบัญชา 3) นโยบายและการบริหาร 4) สภาพการปฏิบัติงาน 5) สถานภาพทางวิชาชีพ 6) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และ 8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ 5, 4, 3, 2 และ 1⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย มาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการ

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มาตรฐานที่ 2 การดูแลเด็กปฐมวัย และมาตรฐานที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ 5, 4, 3, 2 และ 1⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี ให้แสดงความเห็นได้โดยอิสระ

เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (Validity) และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งแต่ละข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ไม่ต่ำกว่า 0.5⁽¹²⁾ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด ซึ่งได้มีการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในรายข้อคำถามและรายชุดของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป⁽¹³⁾ พบว่า ด้านแรงจูงใจมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 ด้านการปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามทั้งชุดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 เมื่อได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์แล้วผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามออนไลน์ผ่านกูเกิ้ลฟอร์มโดยไม่ระบุชื่อ-สกุลและตอบแบบสมัครใจ และผู้วิจัยได้ทำการเรียงลำดับจากการตอบเมื่ออำเภอไหนมีการตอบครบแล้วจึงยุติการรับข้อมูล

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In - Depth

Interview guidelines) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกด้านแรงจูงใจ ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความสำเร็จในการทำงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ความรับผิดชอบ 4) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ และ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง และปัจจัยค่าจูง 8 ด้าน ได้แก่ 1) เงินเดือนและค่าตอบแทน 2) การปกครองบังคับบัญชา 3) นโยบายและการบริหาร 4) สภาพการปฏิบัติงาน 5) สถานภาพทางวิชาชีพ 6) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และ 8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว

ส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกด้านการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 3 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มาตรฐานที่ 2 การดูแลเด็กปฐมวัย และมาตรฐานที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกด้านปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี ให้ความเห็นได้โดยอิสระผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้สัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคคลที่มีความสามารถและเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (Key Information) และบุคคลดังกล่าวมีความยินดีที่จะให้ข้อมูล โดยนัดวันและเวลาแยกเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัยขออนุญาตจดข้อมูลระหว่างการสนทนา แต่ไม่มีการบันทึกเสียงซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มบุคคลจำนวน 12 คน

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป รายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล

1.1) กรณีตัวแปรที่มีลักษณะเป็นตัวแปรกลุ่มหรือตัวแปรแจกแจง มีมาตรวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) และมาตรอันดับ (Ordinal scale) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และการได้รับการอบรมด้านการศึกษา (เคย/ ไม่เคย) ผู้วิจัยนำเสนอใช้ค่าสถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

1.2) กรณีตัวแปรที่มีลักษณะเป็นตัวแปรต่อเนื่อง มีมาตรวัดแบบมาตราส่วน (Ratio scale) ได้แก่ อายุ รายได้ ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงาน และจำนวนครั้งของการได้รับการอบรมด้านการศึกษาและเด็กปฐมวัย นำเสนอค่าสถิติด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2) ระดับแรงจูงใจและระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็ก จังหวัดอุดรธานี นำเสนอค่าสถิติด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็ก จังหวัดอุดรธานี นำเสนอค่าสถิติโดยวิธีพรรณนาและนำเสนอความถี่และร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product

Moment Correlation Coefficient ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ ตัวแปรทั้งสองตัวนั้นจะต้องมีมาตรวัดแบบมาตราแบบช่วง (Interval scale) หรือมาตราส่วน (Ratio scale) จึงต้องหาตัวแปรที่มีมาตรวัดแบบมาตราแบบบัญญัติ และมาตรวัดแบบมาตรอันดับ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่งงาน และการได้รับการอบรมด้านการศึกษาและเด็กต้องทำการเปลี่ยนให้สามารถวิเคราะห์ได้โดยการทำเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) และกำหนดค่าตัวแปรที่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 1 และค่าตัวแปรที่ไม่สนใจให้มีค่าเป็น 0⁽¹¹⁾

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ลำดับที่ 4.3.02 : 41/2564 เลขที่ HE642261 วันที่รับรอง 12 มกราคม 2565

■ ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คุณลักษณะส่วนบุคคลของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 98.7 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 42.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.04 ปี (S.D. = 7.82 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสภาพสมรสคู่ จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานเป็นครูผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 75.6 มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 41.0 โดยมีรายได้เฉลี่ย 22,114.61 บาท (S.D. =

7,971.94 บาท) รายได้ต่ำสุด 8,900 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อยู่ระหว่าง 11 – 20 ปี จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 โดยมีประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเฉลี่ย 14.57 ปี (S.D. = 7.10 ปี) ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต่ำสุด 1 ปี ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสูงสุด 36 ปี ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลเด็กปฐมวัยใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 และส่วนใหญ่จำนวนครั้งในการอบรมด้านการดูแลเด็กปฐมวัยในปีที่ผ่านมา น้อยกว่า 5 ครั้ง จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 95.0 มีค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง ค่าต่ำสุด 1 ครั้ง และค่าสูงสุด 13 ครั้ง

2. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.04 (S.D. = 0.39) แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D. = 0.40) และค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.42) ตามลำดับ ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านของปัจจัยจูงใจ พบว่าด้านความรับผิดชอบมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.21 (S.D. = 0.44) รองลงมา คือ ด้านการยอมรับนับถือและด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D. = 0.47) ส่วนด้านที่มีค่าน้อยที่สุด คือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D. = 0.58) รองลงมา คือ ด้านความสำเร็จจากการทำงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D. = 0.49) และรายด้านของปัจจัยค้ำจุน พบว่า ด้านสถานภาพทางวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.39 (S.D. = 0.49)

รองลงมาคือ ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.20 (S.D. = 0.49) ส่วนด้านที่มีค่าน้อยที่สุด คือ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D. = 0.67) รองลงมา คือ ด้านสภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D. = 0.54) (ตารางที่ 1)

3. ระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.22 (S.D. = 0.47) เมื่อพิจารณา rayมาตรฐานพบว่า มาตรฐานที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัยเป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.30 (S.D. = 0.53) รองลงมา คือ มาตรฐานที่ 2 การดูแลเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.28 (S.D. = 0.55) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D. = 0.48) (ตารางที่ 2)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมด้านการดูแลเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.225$, $p\text{-value} = 0.008$) ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี

แรงจูงใจ	Mean	S.D.	การแปลผล
ปัจจัยจูงใจ	4.03	0.40	มาก
1. ด้านความสำเร็จในการทำงาน	3.94	0.49	มาก
2. ด้านการยอมรับนับถือ	4.05	0.47	มาก
3. ด้านความรับผิดชอบ	4.21	0.44	มาก
4. ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	4.05	0.47	มาก
5. ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	3.89	0.58	มาก
ปัจจัยค้ำจุน	4.06	0.42	มาก
1. ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน	3.67	0.67	มาก
2. ด้านการปกครองบังคับบัญชา	4.04	0.56	มาก
3. ด้านนโยบายและการบริหาร	4.01	0.52	มาก
4. ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	3.95	0.54	มาก
5. ด้านสถานภาพทางวิชาชีพ	4.39	0.49	มาก
6. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.16	0.46	มาก
7. ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	4.11	0.60	มาก
8. ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	4.20	0.49	มาก
ภาพรวมแรงจูงใจ	4.04	0.39	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี

การปฏิบัติงานตามมาตรฐาน	Mean	S.D.	การแปลผล
มาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	4.07	0.48	มาก
มาตรฐานที่ 2 การดูแลเด็กปฐมวัย	4.28	0.55	มาก
มาตรฐานที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย	4.30	0.53	มาก
ภาพรวมแรงจูงใจ	4.22	0.47	มาก

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการได้รับการอบรมด้านการดูแลเด็กปฐมวัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี (ตารางที่ 3)

4.2 แรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจ

มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.717$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยภาพรวมของปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การปฏิบัติงานตามมาตรฐาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
1. เพศ (หญิง)	0.054	0.422	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	0.043	0.522	ไม่มีความสัมพันธ์
3. สถานภาพสมรส (สมรส)	0.129	0.053	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ระดับการศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป)	0.110	0.100	ไม่มีความสัมพันธ์
5. ตำแหน่งงาน (ครูผู้เลี้ยงดูเด็ก)	0.076	0.258	ไม่มีความสัมพันธ์
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.086	0.199	ไม่มีความสัมพันธ์
7. ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	0.073	0.273	ไม่มีความสัมพันธ์
8. การได้รับการอบรมด้านการดูแลเด็กปฐมวัย (เคย)	0.011	0.866	ไม่มีความสัมพันธ์
9. จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมด้านการดูแลเด็กปฐมวัย	0.225***	0.008	ต่ำ

***Correlation is significant at the 0.008 level

จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.662$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ($r = 0.506$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านการยอมรับนับถือ ($r = 0.589$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านความรับผิดชอบ ($r = 0.591$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ($r = 0.586$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ($r = 0.471$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนภาพรวมของปัจจัยค่าจูนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.699$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ($r = 0.343$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านการบังคับบัญชา ($r = 0.439$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านนโยบายและการบริหาร ($r = 0.634$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ($r = 0.654$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านสถานภาพทางวิชาชีพ ($r = 0.581$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($r = 0.659$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ($r = 0.475$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ($r = 0.641$, $p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 4)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงานตามมาตรฐาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	0.717***	<0.001	สูง
ปัจจัยจูงใจ	0.662***	<0.001	ปานกลาง
1. ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.506***	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านการยอมรับนับถือ	0.589***	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านความรับผิดชอบ	0.591***	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	0.586***	<0.001	ปานกลาง
5. ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.471***	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	0.699***	<0.001	ปานกลาง
1. ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน	0.343***	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.439***	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านนโยบายและการบริหาร	0.634***	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.654***	<0.001	ปานกลาง
5. ด้านสถานภาพทางวิชาชีพ	0.581***	<0.001	ปานกลาง
6. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.659***	<0.001	ปานกลาง
7. ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.475***	<0.001	ปานกลาง
8. ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.641***	<0.001	ปานกลาง

***Correlation is significant at the 0.001 level

ทางสถิติมาอธิบายตัวแปรตามโดยการเพิ่ม และพิจารณาตัวแปรเป็นขั้น ๆ ทีละตัวแปร จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (p-value<0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (p-value=0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร (p-value=0.011) และปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ (p-value=0.013) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

6. ตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี จากผลการศึกษาได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4$$

$$Y = 0.312 + (0.311) (\text{ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว}) + (0.279) (\text{ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล}) + (0.173) (\text{ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร}) + (0.172) (\text{ปัจจัยจูงใจด้านความ}$$

ตารางที่ 5 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.311	0.330	4.651	<0.001	0.716	0.512	0.508	-
2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.279	0.273	3.545	0.001	0.791	0.625	0.620	0.113
3. นโยบายและการบริหาร	0.173	0.195	2.570	0.011	0.805	0.649	0.641	0.023
4. ความรับผิดชอบ	0.172	0.166	2.518	0.013	0.815	0.664	0.654	0.016

ค่าคงที่ 0.312, F = 66.349, p-value < 0.001, R = 0.815, R² = 0.664, R²adj = 0.654

รับผิดชอบ)

เมื่อ Y = การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี

a = ค่าคงที่

b₁ = สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 1

x₁ = ตัวแปรอิสระตัวที่ 1 คือ ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว

b₂ = สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 2

x₂ = ตัวแปรอิสระตัวที่ 2 คือ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

b₃ = สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 3

x₃ = ตัวแปรอิสระตัวที่ 3 คือ ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร

b₄ = สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 4

x₄ = ตัวแปรอิสระตัวที่ 4 คือ ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ

7. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด

225 ฉบับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอนะทั้งหมด 139 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 61.8 โดยปัญหาอุปสรรคของปัจจัยสูงใจมากที่สุดคือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งร้อยละ 27.3 น้อยที่สุดคือ ด้านการยอมรับนับถือร้อยละ 3.6 ปัญหาอุปสรรคของปัจจัยค่าจุนมากที่สุดคือ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ร้อยละ 29.5 น้อยที่สุดคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร้อยละ 2.9 และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานีมากที่สุดคือ มาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ร้อยละ 71.2 น้อยที่สุดคือ มาตรฐานที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย ร้อยละ 55.4

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น คือ ประเด็นปัญหาสุขภาพของครูผู้เลี้ยงดูเด็กทำให้การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยไม่เต็มที่นั้น ผู้บริหารควรมีการวางแผนในการตรวจสอบสุขภาพประจำปีสำหรับครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกแห่ง ประเด็นการขาดผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้ามาช่วยแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาจากการปฏิบัติงานนั้น

ผู้บริหารระดับจังหวัดควรจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และประเด็นความเหลื่อมล้ำในการขึ้นเงินเดือนและค่าตอบแทนของครูผู้เลี้ยงดูเด็กที่ได้รับการบรรจุและครูผู้เลี้ยงดูเด็กอัตราจ้างนั้น ผู้บริหารระดับจังหวัดควรกำหนดนโยบายอัตราจ้างขั้นต่ำในการขึ้นเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ มีความต่อเนื่อง และพัฒนาคุณภาพของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

■ อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดอุดรธานี ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.04 (S.D. = 0.39) โดยแรงจูงใจเป็นตัวกระตุ้นให้ครูผู้เลี้ยงดูเด็กปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ จังหวัดอุดรธานี มีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะปฏิบัติงานและแสดงความสามารถอย่างเต็มที่เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นแรงจูงใจจึงเป็นความตั้งใจที่จะนำความพยายามของบุคคลไปสู่เป้าหมายขององค์กร การจัดบรรยากาศในการปฏิบัติงาน รวมถึงการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติสิ่งต่างๆ ตามความคาดหวังที่สามารถสนองความพึงพอใจ ซึ่งจะเป็นแนวทางทำให้บุคคลปฏิบัติตนไปในทิศทางที่พึงปรารถนาด้วยความเต็มใจ⁽¹⁴⁾ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D.=0.30)⁽¹⁵⁾, 4.01 (S.D.=0.50)⁽¹⁶⁾, 3.65 (S.D.=0.17)⁽¹⁷⁾, 4.22

(S.D.=0.73)⁽¹⁸⁾, 4.14 (S.D.=0.48)⁽¹⁹⁾ และเนื่องจากในแต่ละสถานศึกษาที่อาจมีบริบทแตกต่างกันทำให้การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าภาพรวมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 (S.D.=0.90)⁽²⁰⁾, 3.44 (S.D.=0.48)⁽²¹⁾, 3.27 (S.D.=0.77)⁽²²⁾ และแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณค่าชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (p-value<0.001) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (p-value<0.001) ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร (p-value=0.003) และปัจจัยด้านความรับผิดชอบ (p-value=0.010) ซึ่งปัจจัยด้านคุณค่าชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว เป็นชีวิตความเป็นอยู่ส่วนบุคคลรวมถึงครอบครัวของบุคคลนั้นเกิดความพึงพอใจกับสภาพความเป็นอยู่ในที่ทำงาน ความสะดวกในการมาทำงาน การไม่มีปัญหาสุขภาพที่กระทบกับการทำงาน ชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัว สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสำเร็จและเกิดแรงบันดาลใจในการปฏิบัติเพื่อให้เด็กปฐมวัยมีคุณภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยด้านคุณค่าชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย⁽¹⁵⁾ แต่เนื่องจากครูมีชีวิตความเป็นอยู่ในบริบทที่ต่างกันด้วยวิถีชีวิต เป้าหมายชีวิต การงาน สุขภาพ ภาระการเงิน และครอบครัว จึงทำให้ปัจจัยด้านคุณค่าชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวมีความสามารถในการ

พยากรณ์การปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยคำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย^(18,23-24) ปัจจัยคำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นสภาพความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่ว่าจะเป็นผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงานที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล ปรีกษาหารือ และช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีความลุล่วงตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยคำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย^(21,25) แต่เนื่องจากครูผู้เลี้ยงดูเด็กอยู่ในต่างสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยคำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย^(20,26-27) ปัจจัยคำจุนนโยบายและการบริหาร เป็นการบริหารจัดการและบริหารงานภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมถึงการกำหนดแผนงานของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในการปฏิบัติงาน เพื่อนำพาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสู่เป้าหมายที่วางไว้ ซึ่ง

นโยบายภายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้องสอดคล้องกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติโดยมีครูผู้เลี้ยงดูเด็กมีโอกาสร่วมในการกำหนดนโยบายและแผนงานจนนำไปสู่การปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนแผนงานได้ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ โกวิท บุญด้วง และคณะ⁽²⁸⁾ ที่พบว่า ปัจจัยคำจุนด้านนโยบายและการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แต่เนื่องจากแต่ละสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีวิสัยทัศน์ผู้บริหาร และสภาพปัญหาที่ต่างกัน ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยคำจุนด้านนโยบายและการบริหารไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย^(18,20,27) และปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ เป็นการปฏิบัติงานตามที่ตนเองรับผิดชอบให้ลุล่วง โดยมีการจัดลำดับความสำคัญของการปฏิบัติงาน ทำงานที่ได้รับมอบหมายด้วยความตั้งใจและมีความมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพของเด็กปฐมวัย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ นูรมาแวดีเอระ และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แต่เนื่องจากแต่ละบุคคลมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแตกต่างกัน ตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยคำจุนด้านความรับผิดชอบไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

แห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็ก
ปฐมวัย^(18,20,22)

■ สรุป

ผลการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและ
แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน
สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดู
เด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี
แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านจิตชีวิตความเป็นอยู่
ส่วนตัว ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้าน
นโยบายและการบริหาร และปัจจัยด้านความ
รับผิดชอบมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน
สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดู
เด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอุดรธานี
ดังนั้นผู้บริหารในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงควร
ส่งเสริม สนับสนุนปัจจัยดังกล่าวให้กับครูผู้เลี้ยงดู
เด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้สามารถ
ปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายที่หน่วยงานวางไว้ มี
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และพัฒนาคุณภาพของ
เด็กปฐมวัยเพื่อให้การปฏิบัติงานตามมาตรฐาน
สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดู
เด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเกิดความต่อเนื่อง
และมีประสิทธิภาพต่อไป

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้บริหารจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้ครูผู้เลี้ยงดูเด็กได้ตรวจสุขภาพ
ประจำปี เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพของครูผู้เลี้ยงดู
เด็กและป้องกันโรคที่เกิดจากครูผู้เลี้ยงดูเด็กนำไป
สู่เด็กปฐมวัย
2. ผู้บริหารจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากการ
ปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

แห่งชาติ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาและป้องกัน
ปัญหาที่อาจเกิดผลกระทบต่อเด็กปฐมวัย

3. ผู้บริหารจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรเปิดโอกาสและส่งเสริมให้ครูผู้เลี้ยงดูเด็ก
มีส่วนร่วมในการวางแผนตามมาตรฐานสถาน
พัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางใน
การดูแลเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
และเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานที่ตรงกัน

4. ผู้บริหารจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีการอบรมให้ความรู้กับครูผู้เลี้ยงดูเด็ก
เพื่อให้มีความสามารถจัดลำดับความสำคัญในการ
ดูแลเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็ก
ปฐมวัยแห่งชาติ

● ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้ง ต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบในการส่งเสริม
และสนับสนุนการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถาน
พัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กใน
สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
2. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการ
ปฏิบัติงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
แห่งชาติของครูผู้เลี้ยงดูเด็กในสถานพัฒนาเด็ก
ปฐมวัย

■ กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรอง
ศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน อาจารย์ที่
ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้เสียสละเวลาอันมีค่าใน
การเรียนการสอน ให้คำปรึกษา ชี้แนะ แก้ไข
ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง
และคอยให้กำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบแนวทาง
และทำการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์อย่าง
ต่อเนื่อง จนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: กรมกิจการเด็กและเยาวชน, กองส่งเสริมการพัฒนาและสวัสดิการเด็ก เยาวชน และครอบครัว; 2564.
2. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาและองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย. แนวทางการเลี้ยงดู ดูแล และพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามสมรรถนะเพื่อเพิ่มคุณภาพเด็กตามวัย 0-5 ปี. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา; 2561.
3. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา; 2560.
4. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ข้อเสนอเชิงนโยบาย แนวทางการขยายผลการจัดการเรียนรู้อย่างมีคุณภาพในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
5. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา; 2562.
6. Schermerhorn JR, Richard N, Osborn RN, Uhl-Bien M, Hunt JG. Organizational behavior. 11th ed. New York: John Wiley & Sons; 2011.
7. Herzberg F, Mausner B & Snyderman BB. The motivation to work. New York: Transaction Publishers; 2017.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. สถานการณ์เด็กปฐมวัยจังหวัดอุดรธานี. การตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ จังหวัดอุดรธานี รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2564 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2564.
9. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดอุดรธานี. การรับวัคซีนป้องกันโควิดสำหรับครูผู้เลี้ยงดูเด็ก. อุดรธานี: สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดอุดรธานี; 2564.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.
11. สำเร็จ จันทสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา; 2547.
12. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
13. บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์; 2560.
14. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
15. นูรมา แวดือเร๊ะ และเรชา ชูสุวรรณ. แรงจูงใจในการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อโรงเรียนของคุณในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานีเขต 2. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี 2563;31(1):171-80.
16. พรหมพิริยะ พนาสนธิ์ และกรปภา เจริญชันษา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจของครูในการปฏิบัติงานและปัจจัยค่าจูงในการปฏิบัติงานของครูผู้สอนกับบทบาทหน้าที่ของครูในการทำงานของครูในโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชลบุรี เขต 2. วารสารสังคมศาสตร์ 2563;9(2):60-9.
17. ผ่องศรี พูลพิพัฒน์ และพิมพ์ฤทธิ์ เทียงภักดี. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของครูผู้สอนกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูผู้สอน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาระยองเขต 2. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2563;13(2):29-39.
18. ณิชพร คำเถียร และมัทนา วัฒนอมศักดิ์. แรงจูงใจกับการทำงานเป็นทีมของข้าราชการครู ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร 2561;9(1):1-13.

19. ภูริวิชัย โทสุรินทร์ และรุ่งอรุณ รั้งรองรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับความผูกพันองค์กรของข้าราชการครูโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 2; วันที่ 31 ตุลาคม 2561; ณ บัณฑิตวิทยาลัย อาคาร 21 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพมหานคร; 2561 หน้า 576-86.
20. ณัฐสนันท์ บัวโฉม, สิทธิพร เข่าอ่อน และทศพร ชีวะพระ. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของวิทยาลัยในสังกัดอาชีวศึกษาจังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2564;8(1):679-701.
21. ธนัญฉัตร เอี่ยมเพ็ชร, ภาวดี อนันต์นาวิ, สถาพร พงกตภูมิกุล และเจริญวิชัย สมพงษ์ธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กร แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562;27(54):320-42.
22. สุวีรัตน์ สุคนธ์, สมบัติ เดชบำรุง และสมใจ เดชบำรุง. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดการปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร 2562;10(1):888-901.
23. ไพรินทร์ ขุนศรี และมัทนา วัฒนอมศักดิ์. แรงจูงใจของครูกับคุณภาพผู้เรียนในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 9. วารสารบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร 2561;3(2):52-66.
24. วิภาคนก เต็งประกอบกิจ และนันทิยา น้อยจันทร์. การศึกษาความสัมพันธ์ของแรงจูงใจกับความสามารถในการปฏิบัติงานของครู ในสังกัดเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท. วารสารวิชาการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ 2555;7(20):85-94.
25. สุทธิพร มิตติศิลป์, ภาวดี อนันต์นาวิ, และสถาพร พงกตภูมิกุล. ภาวะผู้นำเชิงวิชาการของผู้บริหารโรงเรียนวัฒนธรรมองค์กรของโรงเรียนที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดฉะเชิงเทรา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 6. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ 2561;18(1):191-201.
26. วิศรดา โยธา, วัลลภา อารีรัตน์ และเกื้อจิตต์ ฉิมทิม. วัฒนธรรมคุณภาพที่ส่งผลต่อสมรรถนะครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดหนองคาย. วารสารบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563;16(2):318-32.
27. จุติพร จินาพันธ์ และสฎายุ ชีระวิชิตระกุล. แรงจูงใจของครูที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 18. วารสารศึกษาศาสตร์ 2560;28(2):267-83.
28. โกวิท บุญด้วง, กฤษณะ ดาราเรือง และสมศักดิ์ สุภีรักษ์. ภาวะผู้นำทางวิชาการของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูและบุคลากร สังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยวิชาการ 2564;4(3):125-36.

ประสิทธิผลของคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย สำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย

สุภัทรา บุญเยี่ยม

ธิโสภิญ ทองไทย

นิตยา ศรีมานนท์

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

วันรับ 29 เมษายน 2565, วันแก้ไข 18 ตุลาคม 2565, วันตอบรับ 21 ตุลาคม 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย โดยการเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังได้รับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มทดลองได้รับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง 104 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 52 คน) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดู และตรวจพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM และ Denver II 3 ครั้ง ก่อนเริ่มใช้คู่มือฯ ติดตามที่ 3 เดือนและ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสมการประมาณค่าหนึ่งทั่วไป (Generalized Estimating Equation: GEE) ผลการวิจัยพบว่า เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ได้รับคู่มือฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 3.9 เท่า 95%CI 1.26 – 6.75, P value 0.004 (Denver II) เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ได้รับคู่มือฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 2.1 เท่า 95%CI 1.44 – 2.71, P value 0.018 (DSPM) เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ได้รับคู่มือฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 2.5 เท่า 95%CI 1.16 – 4.17, P value 0.034 (DSPM และ Denver II) สรุปคือคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย มีประสิทธิผลที่ดีเมื่อผู้เลี้ยงดูได้ใช้ในการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กสามารถส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นได้ กิจกรรมที่สำคัญคือ การคืนข้อมูลรายบุคคล หากผู้เลี้ยงดูเด็กเห็นประโยชน์ของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ก็จะเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยได้ผลที่ดีกับเด็กปฐมวัย เพื่อเป็นการแก้ไขและป้องกันปัญหาในระยะยาวที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: ประสิทธิผล พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปู่ ย่า ตา ยาย

The Effectiveness of Surveillance and Promotion for Early Childhood Development Manual of Grandparents

Supattra Boonjeam

Thisophon Thongthai

Nittaya Srimanont

Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen

Received 29 April 2022, Revised 18 October 2022, Accepted 21 October 2022.

Abstract

The purposes of this research were analyze the effectiveness of surveillance and promotion for early childhood development manual of grandparents by comparing the child's development before and after receiving the manual. This research was a quasi-experimental study. The experimental group received surveillance and promotion for early childhood development manual of grandparents and the control group received the developmental surveillance and promotion manual (DSPM). Sample of 104 (52 experimental group and 52 control group) was collected by interviewing the caregivers' general information, child development was examined with DSPM and Denver II tools 3 times before starting to use the manual, follow-up at 3 months and 6 months. Data were also analyzed by frequency distribution, percentage, mean standard deviation and generalized estimating equation (GEE). The early childhood in the experimental group showed more normal development than the control group. Children raised from caregivers who received manual had 3.9 times more normal development than children who were raised from caregivers who did not receive manual, 95%CI 1.26–6.75, P value 0.004 by Denver II tool. Children raised from caregivers who received manual had 2.1 times more normal development than children who were raised from caregivers who did not receive manual, 95%CI 1.44 – 2.71, P value 0.018 by DSPM tool. Children raised from caregivers who received manual had 2.5 times more normal development than children who were raised from caregivers who did not receive manual 95%CI 1.16 – 4.17, P values 0.034 by DSPM and Denver II tool. Conclusion was the surveillance and promotion for early childhood development manual of grandparents had effectiveness if caregivers use it to promote and surveillance the development of children, which can result in increased early childhood normal development. The important activities was individual data return If the caregivers see the benefits of surveillance and promotion child development will learn and adjust behavior in surveillance and promotion child development and solving that problem until it has good results for early childhood. In order to solve and prevent problems in the long term that are continuous and sustainable.

Keywords: Effectiveness, Early Childhood Development, Grandparents

■ บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของสังคม เด็กจึงต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่า มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีอย่างน้อย 200 ล้านคน มีพัฒนาการไม่สมวัย ปัจจัยที่ส่งผลให้เด็กพัฒนาการไม่สมวัยคือความยากจน ปัจจัยด้านสุขภาพ โภชนาการและสังคม⁽¹⁾ การสำรวจพัฒนาการเด็กอายุ 1-5 ปี ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี 2560 ด้วยการใช้เครื่องมือ Denver II⁽²⁾ พบว่า ภาพรวมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยสมวัย ร้อยละ 70 โดยพื้นที่ภาคเหนือมีพัฒนาการสมวัยสูงสุดประมาณร้อยละ 85 ที่น่าเป็นห่วงคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพัฒนาการสมวัยอยู่ที่ ร้อยละ 50 - 60 เท่านั้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านชีวภาพ ได้แก่ ลักษณะทางพันธุกรรม หรือชุดหน่วยของยีนที่เด็กได้รับสืบทอดมาจากบิดามารดา⁽³⁾ ในส่วนของการเลี้ยงดู มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ส่วนสำคัญคือ ขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็กคือ การทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก จากการศึกษาพบว่า การอ่านหนังสือร่วมกับเด็กจะส่งผลบวกด้านสติปัญญามากกว่า 6 จุด⁽⁴⁾ ด้านปัจจัยการเลี้ยงดูที่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก คือ การปล่อยให้เด็กใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์ เล่นอินเทอร์เน็ต ส่งผลต่อปัญหาด้านสมาธิ การเรียน การนอน และการกินในเด็ก โดย American Academy of Pediatrics ได้มีคำแนะนำไม่ให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี ดูโทรทัศน์ หรือใช้สื่อเพื่อความบันเทิงอื่น ๆ⁽⁵⁾

ซึ่งสอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทยโดยพบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการ โดยปัจจัยหนึ่งคือ การปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์ตามลำพัง ดังนั้นพฤติกรรมการเล่นดูของผู้เลี้ยงดูจึงมีส่วนสำคัญในการสร้างเด็กคุณภาพที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ผลการดำเนินงานพัฒนาการของเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2563 ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด⁽⁶⁾ ได้แก่ การคัดกรองพัฒนาการเด็กได้มากกว่า ร้อยละ 90 คัดกรองเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้มากกว่า ร้อยละ 20 การติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้มากกว่า ร้อยละ 90 และเด็กมีพัฒนาการสมวัยได้มากกว่า ร้อยละ 85 แต่มีข้อสังเกตว่า พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ครั้งแรก) ร้อยละ 39.20 ซึ่งตัวชี้วัดตั้งเป้าหมายไว้ที่ มากกว่า ร้อยละ 20 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการโดยพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูยังไม่ดีพอ เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการจึงพบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามาก และบริบทของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เด็กจะได้รับการเลี้ยงดูจากปู่ย่าตายาย เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่/แม่ มากกว่า ร้อยละ 30 เกิดลักษณะครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นคนรุ่นปู่ ย่า ตา ยาย และข้ามไปเป็นคนในรุ่นหลานโดยไม่มีสมาชิกที่เป็นรุ่นพ่อแม่ หรือที่เรียกกันว่า “ครอบครัวแห่วงกลาง”(skip generation family)⁽⁷⁾ เด็กอยู่กับผู้เลี้ยงดูที่เป็นผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบคือ การเฝ้าระวังเรื่องพัฒนาการ อาจทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร เครื่องมือที่สำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยคือ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย:

Development Surveillance and Promotion Manual (DSPM)⁽⁶⁾ จากการประเมินผลโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 ปี 2563 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾ มีข้อเสนอแนะของผู้เลี้ยงดูหลักเพื่อการพัฒนาคู่มือ DSPM ว่า คู่มือ DSPM มีขนาดเล่มใหญ่เกินไป พกพาไม่ค่อยสะดวก ควรทำเล่มขนาดเล็กลง เช่น ขนาดเท่าสมุดสี่ชมพู ตัวหนังสือมีขนาดเล็ก อ่านไม่ค่อยเห็นอยากให้มีเจ้าหน้าที่อธิบายการใช้งานและการนำไปใช้มากขึ้น และเนื้อหาควรกระชับ คุณภาพกระดาษไม่ฉีกขาดง่าย และพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ได้รับคู่มือ DSPM อ่านแล้วใช้ ร้อยละ 35.3 ไม่ได้รับ DSPM ร้อยละ 44.9 แสดงให้เห็นว่า ความครอบคลุมของการได้รับคู่มือ DSPM อาจยังไม่ทั่วถึง การใช้คู่มือ DSPM ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังไม่ดีเท่าที่ควร

จากปัญหาเรื่องการใช้คู่มือ DSPM เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบในแต่ละด้านของคู่มือพบว่า เล่มคู่มือหนา จำนวนหน้า 82 หน้า ตัวหนังสือในแต่ละหน้ามีเนื้อหามากไป มีศัพท์ภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจ ตัวหนังสือเล็ก ไม่สะดวกต่อการใช้สำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กที่เป็นปู่ย่าตายาย ได้เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างแท้จริง กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้พัฒนาและจัดทำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็กปู่ย่าตายาย⁽¹⁰⁾ โดยได้ทดลองใช้คู่มือกับ

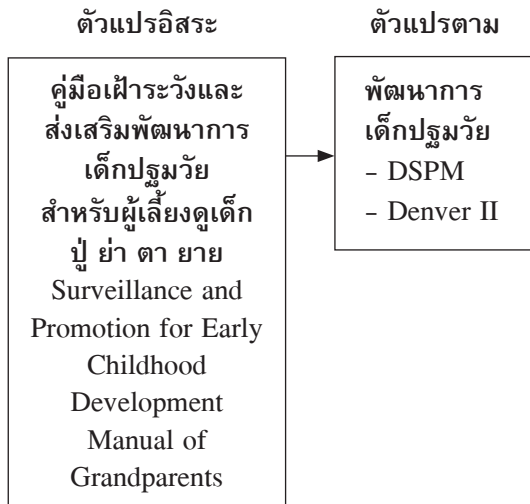
ผู้เลี้ยงดูเด็ก 60 คน ประเมินผลคู่มือ 3 ด้านคือ ด้านเนื้อหา รูปแบบและการนำคู่มือไปใช้ พบว่าส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูเห็นว่าคู่มือดี ความพึงพอใจคู่มือภาพรวมทั้งฉบับ คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.28 (คะแนนเต็ม 5) ผู้เลี้ยงดูมีความพึงพอใจด้านการนำคู่มือไปใช้มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านรูปแบบ และด้านเนื้อหาคู่มือ โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.43, 4.22 และ 4.21 ตามลำดับ ข้อเสนอแนะที่มีต่อคู่มือ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าคู่มือดี นำไปใช้ได้จริง แม้ชื่อคู่มือจะเป็นคู่มือสำหรับ ปู่ย่าตายาย แต่สมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ครู หรือบุคคลที่เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยก็สามารถใช้คู่มือนี้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ ดังนั้นการประเมินผลคู่มือฯ ภายหลังจากผู้เลี้ยงดูได้ใช้คู่มือฯ ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พัฒนาการเด็กเป็นอย่างไร การศึกษาประสิทธิผลของคู่มือฯ นี้ จึงมีความจำเป็น จะได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูได้ใช้คู่มือฯ ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชุมชน และสร้างเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ เป็นทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย

การวัดประสิทธิผลของคู่มือฯ โดยการเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังได้รับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย ในกลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือฯ กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือฯ

■ กรอบแนวคิดในการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2564 – มกราคม 2565 กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สูตรการเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนเฉลี่ยของเด็กพัฒนาการสมวัย ในการศึกษานี้มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คำนวณจากค่าสัดส่วนของเด็กพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 40.9⁽⁹⁾ และตั้งเป้าหมายว่าหากผู้เลี้ยงดูได้ใช้คู่มือฯ อย่างต่อเนื่องจะมีเด็กที่พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 65 ขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มที่ใช้ในการวิจัยใช้สูตรของ อรุณ จิรวัดณ์กุล และคณะ⁽¹¹⁾ ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 52 คน ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 104 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) การเลือกพื้นที่ในการศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น ใช้การสุ่มแบบ Simple random sampling 1 แห่ง เป็นกลุ่มทดลอง และ 1 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม โดยที่

ผู้เลี้ยงดูเด็กมีลักษณะทางสังคมและประชากรคล้ายคลึงกัน ร้อยละของเด็กมีพัฒนาการสมวัยใกล้เคียงกัน (ตรวจพัฒนาการครั้งแรกก่อนเริ่มใช้คู่มือฯ) และพื้นที่ในการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะห่างกัน เด็กปฐมวัยเป็นเด็กสัญชาติไทย อายุตั้งแต่แรกเกิด (อายุน้อยที่สุดที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กรับเข้า) ถึง 6 ปีบริบูรณ์ (ติดตามระยะเวลา 6 เดือน เด็กจะต้องอายุไม่เกิน 6 ปี) ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการตามการศึกษาฯ ใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย สามารถให้ประวัติได้ครบถ้วน และสามารถสื่อสาร เขียน อ่าน ภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เด็กปฐมวัยที่อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตเครือญาติ เด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ และย้ายโรงเรียน ป่วยหรือลาในวันตรวจพัฒนาการ ผู้เลี้ยงดูที่ย้ายที่อยู่ หรือไม่ได้เข้าร่วมการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีเกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการวิจัย (Withdrawal criteria) คือ เด็กปฐมวัยที่ตรวจพัฒนาการพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า เพราะต้องส่งต่อเด็กเข้ารับการตรวจ คัดกรอง รักษาและกระตุ้นพัฒนาการที่สถานบริการตามระบบส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุของเด็กที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดู ลักษณะครอบครัว การอาศัยอยู่

ร่วมกับบิดามารดาของเด็ก การได้รับคู่มือ DSPM และการใช้คู่มือ DSPM

2. แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Development Surveillance and Promotion Manual (DSPM) พัฒนาการเด็กทุกช่วงวัย (ทั้งช่วงเฝ้าระวังและช่วงคัดกรอง) ตามอายุของเด็ก มี 5 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเองและสังคม

การแปลผลข้อทดสอบโดยรวม จะแปลผลออกเป็น 2 ระดับคือ 1) ปกติ (Normal) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็ก ผ่านทุกข้อ 2) สงสัยล่าช้า (Suspect) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็ก ไม่ผ่าน 1 ข้อขึ้นไป

3. แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver Developmental Screening Test (Denver II) การแปลผลข้อทดสอบโดยรวม จะแปลผลออกเป็น 2 ระดับคือ

1) ปกติ (Normal) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กโดยไม่มีข้อทดสอบ พบว่าล่าช้า และ/หรือมีข้อทดสอบ พบว่าควรระวัง เพียง 1 ข้อเท่านั้น

2) สงสัยล่าช้า (Suspect) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กมีข้อทดสอบ พบว่าควรระวัง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป และ/หรือมีข้อทดสอบ พบว่าล่าช้า 1 ข้อขึ้นไป

4. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย⁽⁹⁾ (รับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รหัสโครงการ 429/2564) คู่มือฯ ใช้กับกลุ่มทดลอง ฉบับสมบูรณ์ มีทั้งหมด 9 หน้า เนื้อหาพัฒนาการมี 7 หน้า ขนาดคู่มือ กระดาษ A3 เย็บมุมบน แขนงคล้ายปฏิทิน เนื้อหาเรียง

ลำดับอายุตั้งแต่แรกเกิด – 78 เดือน (0 – 6 ปี 6 เดือน) โดยหน้าปกจะเน้นย้ำข้อความ “ฝึกสอนตามวัย ทำได้ทุกข้อ” และช่วงอายุคัดกรองคืออายุ 9 เดือน / 1 ปีครึ่ง / 2 ปีครึ่ง / 3 ปีครึ่ง และ 5 ปี ตรวจพัฒนาการฟรี ที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน แต่ละหน้าที่มีช่วงอายุคัดกรองจะทำสีพื้นหลังต่างจากช่วงวัยอื่น และมีข้อความเน้นย้ำว่า “อย่าลืม ฝึกสอน และพาลูกหลานไปตรวจพัฒนาการ” การแบ่งอายุเด็กชัดเจน ไม่เป็นช่วงอายุ แต่ละอายุให้ผู้เลี้ยงดูได้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กรายข้อ ตามพัฒนาการเด็กปฐมวัย 5 ด้านคือ การเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ในคู่มืออธิบายพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาคือ “การทำตามคำสั่ง” การใช้ภาษาคือ “การพูด การออกเสียง” ปรับขนาดตัวหนังสือและรูปภาพให้เหมาะสมกับผู้เลี้ยงดูที่เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ปรับคำและวิธีการฝึกเด็กให้เป็นภาษาไทยที่เข้าใจง่าย ไม่มีศัพท์ทางวิชาการหรือภาษาต่างประเทศ ภาพประกอบที่ชัดเจนและสัมพันธ์กับข้อความการฝึกในแต่ละรายข้อ

● **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**
การประเมินพัฒนาการใช้แบบประเมินพัฒนาการ DSPM และแบบประเมินพัฒนาการ Denver II ฉบับภาษาไทย ที่ได้รับการประเมินและการรับรองที่ใช้ในระดับประเทศ ส่วนคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องเด็กปฐมวัย 1 ท่าน นักวิชาการศึกษาผู้เชี่ยวชาญเด็กปฐมวัย 1 ท่าน และอาจารย์มหาวิทยาลัย 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของ

เนื้อหาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในคู่มือ และแบบประเมินผลคู่มือ ให้ตรงกับเรื่องที่ต้องการจะวัด หากค่าดัชนีความสอดคล้องด้วยสูตรการหาความเที่ยงตรงของคู่มือ (Index of Congruence: IOC) ได้ผลเท่ากับ 0.94 จากนั้นนำคู่มือ และแบบประเมินผลคู่มือ ทดลองใช้กับผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 60 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ผลเท่ากับ 0.95

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัยอธิบายด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด มีมาตรฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละเด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย ก่อนและหลังการใช้คู่มือ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ (ANCOVA) อธิบายด้วย RR, 95%CI และ p-value ก่อนและหลังการใช้คู่มือ ของกลุ่มทดลอง ซึ่งทำการวัดผลซ้ำ 3 ครั้งคือ ก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน (Follow up 2 time) ใช้สถิติ (Generalized Estimating Equation: GEE) และการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Stata version 13.1 (Stata Corp, College Station, TX)

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการ 457 วันที่ 26 เมษายน 2564 – 25 เมษายน 2565

■ ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดู

กลุ่มทดลองจำนวน 52 ราย พบว่า ผู้เลี้ยง

ดูเด็กอายุเฉลี่ย 48.2 ปี อายุน้อยที่สุด 17 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำสวน/ทำนา ร้อยละ 48.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 28.8 มีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นยาย ร้อยละ 48.1 เด็กปฐมวัยอายุเฉลี่ย 37.8 เดือน อายุน้อยที่สุด 10 เดือน อายุมากที่สุด 61 เดือน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.5 เลี้ยงดูเด็กตั้งแต่เกิด ร้อยละ 90.4 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 67.3 อยู่กับมารดา ร้อยละ 38.5 ได้รับความรู้คู่มือ DSPM ร้อยละ 48.1 และได้ใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ 15.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

กลุ่มควบคุมจำนวน 52 ราย พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุเฉลี่ย 46.7 ปี อายุน้อยที่สุด 24 ปี อายุมากที่สุด 64 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำสวน/ทำนา ร้อยละ 44.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 26.9 มีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นยาย ร้อยละ 38.5 เด็กปฐมวัยอายุเฉลี่ย 36.4 เดือน อายุน้อยที่สุด 9 เดือน อายุมากที่สุด 60 เดือน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.7 เลี้ยงดูเด็กตั้งแต่เกิด ร้อยละ 88.5 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 76.9 ไม่ได้อยู่ร่วมกับบิดามารดา ร้อยละ 42.3 ได้รับความรู้คู่มือ DSPM ร้อยละ 44.2 และได้ใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ 23.1 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

พัฒนาการเด็กปฐมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM

ระยะก่อนทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรม จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 40.4 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 48.1 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 73.1 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดู (n = 104)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (52 คน)		กลุ่มควบคุม (52 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุของผู้เลี้ยงดู (ปี)				
Mean (\pm SD)	48.2(11.9)		46.7(12.9)	
Median (min: max)	52.0(17: 63)		51.5(24: 64)	
เพศของผู้เลี้ยงดู				
ชาย	6	11.5	3	5.8
หญิง	46	88.5	49	94.2
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	34	65.4	30	57.7
มัธยม ปวช./ปวส.	12	23.1	14	26.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	11.5	8	15.4
อาชีพ				
เกษตรกร ทำสวน/ทำนา	25	48.1	23	44.2
แม่บ้าน พ่อบ้าน ไม่ทำงาน	18	34.6	18	34.6
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	5	9.6	7	13.5
รับราชการ/พนักงานรัฐ	1	1.9	3	5.8
รับจ้าง	3	5.8	1	1.9
โรคประจำตัว				
มี	15	28.8	14	26.9
ไม่มี	37	71.2	38	73.1
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก				
พ่อแม่	5	9.6	7	13.5
ปู่	1	1.9	1	1.9
ย่า	11	21.2	9	17.3
ตา	10	19.2	15	28.8
ยาย	25	48.1	20	38.5
อายุของเด็ก (เดือน)				
Mean (\pm SD)	37.8(14.9)		36.4(16.2)	
Median (min: max)	36.5(10: 61)		34.5(9: 60)	
เพศของเด็ก				
ชาย	19	36.5	22	42.3
หญิง	33	63.5	30	57.7
ระยะเวลาที่เลี้ยงเด็ก				
ตั้งแต่เด็กเกิด	47	90.4	46	88.5
รับมาหลังเด็กเกิด	5	9.6	6	11.5
ลักษณะครอบครัว				
เดี่ยว	17	32.7	12	23.1
ขยาย	35	67.3	40	76.9
การอาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดา				
อยู่กับมารดา	20	38.5	16	30.8
อยู่กับบิดา	2	3.8	5	9.6
อยู่กับบิดามารดา	11	21.2	9	17.3
ไม่ได้อยู่ร่วมกับบิดามารดา	19	36.5	22	42.3
การได้รับคู่มือ DSPM				
ได้รับ (ที่บ้านมีคู่มือ DSPM)	25	48.1	23	44.2
ไม่ได้รับ	27	51.9	29	55.8
การใช้คู่มือ DSPM				
ใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	8	15.4	12	23.1
ไม่ใช้	44	84.6	40	76.9

พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 50.0 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 1.9 เท่า (95%CI: 1.10-3.14) p-value 0.033 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 86.5 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 69.2 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 2.3 เท่า (95%CI: 1.26-5.09) p-value <0.001

สรุปภาพรวมหลังการได้รับคู่มือฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 2.1 เท่า (95%CI: 1.44-2.71) p-value 0.018

พัฒนาการเด็กปฐมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ Denver II

ระยะก่อนทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 46.2 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 51.9 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.8 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 55.8 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 2.3 เท่า (95%CI: 1.21-4.34) p-value 0.044 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 94.2 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 61.5 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 4.7 เท่า (95%CI: 1.43-15.28) p-value 0.002

สรุปภาพรวมหลังการได้รับคู่มือฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ Denver II มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 3.9 เท่า (95%CI: 1.26-6.75) p-value 0.004

พัฒนาการเด็กปฐมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM และ Denver II

ระยะก่อนทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 30.8 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 32.7 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 57.7 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 46.2 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 1.5 เท่า (95%CI: 0.85-2.91) p-value 0.064 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 82.7 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 55.8 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 2.8 เท่า (95%CI: 1.25-3.65) p-value 0.021

สรุปภาพรวมหลังการได้รับคู่มือฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM และ Denver II มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 2.5 เท่า (95%CI: 1.16-4.17) p-value 0.034

พัฒนาการเด็กปฐมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM รายด้าน 5 ด้าน

ด้านการเคลื่อนไหว ระยะก่อนทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่ม

ตารางที่ 2 ร้อยละเด็กพัฒนาการสมวัย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลาการทดลอง

ปัจจัย	ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		RR	95%CI	P-value
		n = 52		n = 52				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
พัฒนาการสมวัย (DSPM)	ก่อนทดลอง	21	40.4	25	48.1			
	3 เดือน	38	73.1	26	50.0	1.9	1.10-3.14	0.033
	6 เดือน	45	86.5	36	69.2	2.3	1.26-5.09	<0.001
	overall					2.1	1.44-2.71	0.018
พัฒนาการสมวัย (Denver II)	ก่อนทดลอง	24	46.2	27	51.9			
	3 เดือน	42	80.8	29	55.8	2.3	1.21-4.34	0.044
	6 เดือน	49	94.2	32	61.5	4.7	1.43-15.28	0.002
	overall					3.9	1.26-6.75	0.004
พัฒนาการสมวัย (DSPM & Denver II)	ก่อนทดลอง	16	30.8	17	32.7			
	3 เดือน	30	57.7	24	46.2	1.5	0.85-2.91	0.064
	6 เดือน	43	82.7	29	55.8	2.8	1.25-3.65	0.021
	overall					2.5	1.16-4.17	0.034

ทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 82.7 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 76.9 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90.4 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.8 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือ 1.4 เท่า (95%CI: 0.47-4.13) p-value 0.023 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88.5 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือ 1.7 เท่า (95%CI: 1.32-3.57) p-value 0.041

สรุปภาพรวมหลังการได้คู่มือ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้คู่มือ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวประเมินด้วย

เครื่องมือ DSPM มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือ 1.6 เท่า (95%CI: 1.17-3.28) p-value 0.027

ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ระยะก่อนทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 80.8 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 73.1 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 84.6 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 76.9 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือ 1.2 เท่า (95%CI: 0.99-2.91) p-value 0.056 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.3 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75.0 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้

รับคู่มือ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือ 1.6 เท่า (95%CI: 1.15–3.30) p-value 0.048

สรุปภาพรวมหลังการได้รับคู่มือ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือ 1.5 เท่า (95%CI: 1.14–2.90) p-value 0.020

ด้านการเข้าใจภาษา ระยะเวลาก่อนทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ 65.4 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 61.5 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.8 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 67.3 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือ 1.8 เท่า (95%CI: 1.23–5.00) p-value 0.048 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.3 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 73.1 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือ 2.2 เท่า (95%CI: 1.44–4.32) p-value 0.023

สรุปภาพรวมหลังการได้รับคู่มือ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษาประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือ 2.0 เท่า (95%CI: 1.56–4.89) p-value 0.044

ด้านการใช้ภาษา ระยะเวลาก่อนทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่ม

ทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 67.3 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 63.5 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 78.8 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 71.2 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือ 0.9 เท่า (95%CI: 0.83–2.38) p-value 0.112 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90.4 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 76.9 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือ 1.6 เท่า (95%CI: 1.12–3.78) p-value 0.049

สรุปภาพรวมหลังการได้รับคู่มือ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านการใช้ภาษาประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือ 1.5 เท่า (95%CI: 1.24–2.60) p-value 0.032

ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ระยะเวลาก่อนทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ร้อยละ 90.4 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.3 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 94.2 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.3 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือ 0.8 เท่า (95%CI: 0.26–3.79) p-value 0.067 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

ตารางที่ 3 ร้อยละเด็กพัฒนาการสมวัยรายด้าน (DSPM) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลา

พัฒนาการรายด้าน	ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		RR	95%CI	P-value
		n = 52		n = 52				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเคลื่อนไหว	ก่อนทดลอง	43	82.7	40	76.9			
	3 เดือน	47	90.4	42	80.8	1.4	0.47-4.13	0.023
	6 เดือน	52	100	46	88.5	1.7	1.32-3.57	0.041
	overall					1.6	1.17-3.28	0.027
การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา	ก่อนทดลอง	42	80.8	38	73.1			
	3 เดือน	44	84.6	40	76.9	1.2	0.99-2.91	0.056
	6 เดือน	48	92.3	39	75.0	1.6	1.15-3.30	0.048
	overall					1.5	1.14-2.90	0.020
การเข้าใจภาษา	ก่อนทดลอง	34	65.4	32	61.5			
	3 เดือน	42	80.8	35	67.3	1.8	1.23-5.00	0.048
	6 เดือน	48	92.3	38	73.1	2.2	1.44-4.32	0.023
	overall					2.0	1.56-4.89	0.044
การใช้ภาษา	ก่อนทดลอง	35	67.3	33	63.5			
	3 เดือน	41	78.8	37	71.2	0.9	0.83-2.38	0.112
	6 เดือน	47	90.4	40	76.9	1.6	1.12-3.78	0.049
	overall					1.5	1.24-2.60	0.032
การช่วยเหลือตัวเองและสังคม	ก่อนทดลอง	47	90.4	48	92.3			
	3 เดือน	49	94.2	48	92.3	0.8	0.26-3.79	0.067
	6 เดือน	51	98.1	48	92.3	1.1	0.99-2.45	0.089
	overall					1.2	0.51-3.31	0.591

ร้อยละ 98.1 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.3 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือ 1.1 เท่า (95%CI: 0.99-2.45) p-value 0.089

สรุปภาพรวมหลังการได้รับคู่มือ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือ 1.2 เท่า (95%CI: 0.51-3.31) p-value 0.591

โดยภาพรวมคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย มีประสิทธิภาพให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM 4 ด้านคือ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา และด้านการใช้ภาษา

พัฒนาการเด็กปฐมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ Denver II รายด้าน 4 ด้าน

ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ระยะเวลาก่อนทดลอง

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 86.5 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88.5 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 96.2 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88.5 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 1.1 เท่า (95%CI: 0.98-1.50) p-value 0.887 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.3 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 1.3 เท่า (95%CI: 1.11-2.57) p-value 0.045 สรุปภาพรวมหลังการได้รับคู่มือฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือฯ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อใหญ่ประเมินด้วยเครื่องมือ Denver II มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 1.6 เท่า (95%CI: 1.13-3.59) p-value 0.018

ด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว
 ระยะเวลาทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว ร้อยละ 71.2 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 76.9 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 84.6 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75.0 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 1.5 เท่า (95%CI: 1.03-8.60) p-value 0.044 การทดลอง 6 เดือน พบว่า

กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.3 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 76.9 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 2.5 เท่า (95%CI: 1.28-10.38) p-value 0.021

สรุปภาพรวมหลังการได้รับคู่มือฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือฯ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัวประเมินด้วยเครื่องมือ Denver II มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 2.2 เท่า (95%CI: 1.16-2.49) p-value 0.014

ด้านภาษา ระยะเวลาทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านภาษา ร้อยละ 67.3 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 63.5 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 86.5 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 69.2 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 2.6 เท่า (95%CI: 1.17-5.63) p-value 0.018 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 96.2 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 78.8 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 5.5 เท่า (95%CI: 1.38-13.60) p-value 0.009

สรุปภาพรวมหลังการได้รับคู่มือฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือฯ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านภาษาประเมินด้วยเครื่องมือ Denver II มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 4.4 เท่า

ตารางที่ 4 ร้อยละเด็กพัฒนาการสมวัยรายด้าน (Denver II) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลา

พัฒนาการรายด้าน	ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		RR	95%CI	P-value
		n = 52		n = 52				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
กล้ามเนื้อใหญ่	ก่อนทดลอง	45	86.5	46	88.5			
	3 เดือน	50	96.2	46	88.5	1.1	0.098-1.50	0.887
	6 เดือน	52	100	48	92.3	1.3	1.11-2.57	0.045
	overall					1.6	1.13-3.59	0.018
กล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว	ก่อนทดลอง	37	71.2	40	76.9			
	3 เดือน	44	84.6	39	75.0	1.5	1.03-8.60	0.044
	6 เดือน	48	92.3	40	76.9	2.5	1.28-10.38	0.021
	overall					2.2	1.16-2.49	0.014
ภาษา	ก่อนทดลอง	35	67.3	33	63.5			
	3 เดือน	45	86.5	36	69.2	2.6	1.17-5.63	0.018
	6 เดือน	50	96.2	41	78.8	5.5	1.38-13.60	0.009
	overall					4.4	1.28-7.95	<0.001
สังคมและการช่วยเหลือตัวเอง	ก่อนทดลอง	45	86.5	40	76.9			
	3 เดือน	50	96.2	45	86.5	1.6	0.88-4.23	0.566
	6 เดือน	52	100	50	96.2	1.1	0.55-1.11	0.386
	overall					1.4	0.74-0.56	0.742

(95%CI: 1.28-7.95) p-value <0.001

ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง ระยะก่อนทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านภาษา ร้อยละ 86.5 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 76.9 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 96.2 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 86.5 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 1.6 เท่า (95%CI: 0.88-4.23) p-value 0.566 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมี

พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 96.2 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้คู่มือฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 1.1 เท่า (95%CI: 0.55-1.11) p-value 0.386

สรุปภาพรวมหลังการได้รับคู่มือฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือฯ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยด้านภาษาประเมินด้วยเครื่องมือ Denver II มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้คู่มือฯ 1.4 เท่า (95%CI: 0.74-0.56) p-value 0.742

โดยภาพรวมคู่มือฯ เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย มีประสิทธิภาพให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Denver II 3 ด้านคือ

ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว และด้านภาษา

■ อภิปรายผล

การประเมินผลคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็กในครั้งนี้พบว่า เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ได้รับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย มีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมคือ เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้รับคู่มือฯ เนื่องจากคู่มือนี้มีข้อความและภาพที่ชัดเจนในรายชื่อของพัฒนาการที่เด็กต้องทำได้ในแต่ละอายุ ให้อิสระในการฝึก สอน และเล่นกับเด็ก ทำอย่างไรก็ได้ขอแค่เด็กทำผ่านในขั้นนั้น ซึ่งแตกต่างจากคู่มือ DSPM⁽⁶⁾ ที่มีข้อความวิธีฝึกทักษะที่ไม่ยืดหยุ่น และใช้ศัพท์ทางการที่เข้าใจและปฏิบัติตามได้ยาก ภาพที่คณะผู้วิจัยพบเมื่อถึงวันตรวจพัฒนาการเด็กในแต่ละครั้งจะเห็นภาพผู้เลี้ยงดูเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการประเมินพัฒนาการเบื้องต้นมาก่อน เป็นสิ่งที่สะท้อนในแง่ที่ว่า ผู้เลี้ยงดูมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับพัฒนาการเด็กที่ตนเลี้ยงดูมากขึ้น ส่วนผลของพัฒนาการเด็กที่ต่างกันก็ขึ้นกับการนำใช้ การเข้าถึงของคู่มือฯ และความสนใจในการฝึก สอน และเล่นกับเด็กบ่อยๆ ถือเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เลี้ยงดูหรือครอบครัวได้ใช้เวลาคุณภาพกับเด็กมากขึ้น ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย

คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย มีประสิทธิผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้น ยกเว้นพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม เป็นด้านที่เด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

มีพัฒนาการสมวัยไม่แตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการใช้คู่มือ ติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือน เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยใกล้เคียงกัน โดยด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมคือ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหารด้วยตัวเอง ถอดและใส่เสื้อผ้าแต่งตัว ฝึกขับถ่าย อาบน้ำ แปรงฟัน การเล่นสิ่งของตามการใช้งาน เรื่องการอยู่ในสังคม เช่น เลียนแบบท่าทาง การรอคิว การเข้าใจและทำตามกฎ แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อเห็นเพื่อนเจ็บหรือไม่สบาย การทำงานที่ได้รับมอบหมายสำเร็จด้วยตนเอง ด้านนี้เป็นด้านที่เด็กจะมีพัฒนาการที่สมวัยมากกว่าด้านอื่นๆ เพราะจะได้รับการฝึกและต้องทำในแต่ละวันทั้งที่บ้านและศูนย์เด็กเล็ก สอดคล้องกับผลการดำเนินงานพัฒนาการของเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2563⁽⁶⁾ การสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขปี 2563⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2564⁽¹²⁾ ที่พบว่า พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมเป็นด้านที่เด็กปฐมวัยสมวัยมากที่สุด จากผลการวิจัยนี้พบว่า เมื่อผู้เลี้ยงดูได้ฝึก สอน และเล่นกับเด็กอย่างสอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยของเด็ก กลุ่มทดลองที่ได้รับคู่มือฯ เด็กมีพัฒนาการสมวัยด้านภาษามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคู่มือฯ ถึง 4.4 เท่า คู่มือนี้น่าจะเป็นประโยชน์และเป็นทางเลือกให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ใช้กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้นได้

ผลการทดลองประสิทธิผลของคู่มือนี้พบว่า คู่มือฯ มีประสิทธิผลใช้แล้วส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย ที่พบผลเช่นนี้อาจเพราะว่าผู้เลี้ยงดูได้ใช้คู่มือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เมื่อผู้เลี้ยงดูเห็นความสำคัญเรื่องพัฒนาการเด็ก จะเล่นกับเด็กอย่างสอดคล้องกับ

พัฒนาการตามวัยของเด็ก ทำให้เด็กได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง พัฒนาการเด็กจึงสมวัย เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเรื่องการพัฒนาคู่มือที่ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมาก่อน ส่วนใหญ่ก็จะใช้คู่มือ DSPM การศึกษาประสิทธิภาพผลของคู่มือโดยการติดตามพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนใช้ ติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือนด้วยการใช้เครื่องมือ 2 เครื่องมือคือ DSPM และ Denver II มีการศึกษาไม่มากนัก ผลการวิจัยนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ ทศนีย์ รอดชมภู และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าผลการใช้โปรแกรมการเล่นของเด็กอายุ 3-5 ปี ในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าก่อนดำเนินการ โดยก่อนดำเนินการมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 64.79 หลังดำเนินการมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 80.09

คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย นี้ มุ่งเน้นให้ผู้เลี้ยงดูได้ใช้เวลากับเด็ก เวลาคุณภาพในการเล่น ฝึก สอนเด็กให้มีพัฒนาการสมวัยตามอายุของเด็กได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูที่สูงอายุสามารถใช้ได้อย่างสะดวก ตัวหนังสือและภาพมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย แม้ชื่อคู่มือจะเป็นคู่มือ ปู่ย่าตายาย แต่สมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง คุณ หรือบุคคลที่เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยก็สามารถใช้คู่มือนี้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้

ข้อจำกัดของงานวิจัย คู่มือนี้ใช้ได้เฉพาะกลุ่มผู้เลี้ยงดูที่อ่านหนังสือได้ การเลือกช่วงอายุเด็กเป็นเรื่องที่สำคัญ หากผู้เลี้ยงดูไม่ทราบอายุที่แท้จริงของเด็กจะทำให้เลือกช่วงพัฒนาการของเด็กไม่ตรงกับช่วงอายุ การเล่นกับเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการจะไม่ตรงช่วงวัย เช่น เลือก

เกินอายุจริงของเด็ก ก็จะทำให้เด็กไม่ผ่านพัฒนาการบางด้านต้องถึงวัยเป็นอายุที่แท้จริงเด็กถึงจะทำได้ เช่น การพูด การรู้จักจำนวน การบอกประโยชน์วัตถุ หากเลือกอายุน้อยกว่าอายุจริงเด็กก็จะขาดโอกาสในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการตามวัย

■ สรุป

คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย มีประสิทธิภาพใช้แล้วส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ได้รับคู่มือฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้รับคู่มือฯ พัฒนาการที่สมวัยเพิ่มขึ้นของ DSPM 4 ด้านคือ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษาและด้านการใช้ภาษา และ Denver II 3 ด้านคือ ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว และด้านภาษา สรุปคือ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย มีประสิทธิภาพที่ดี เป็นประโยชน์และเป็นทางเลือกหนึ่งให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ใช้ในการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กสามารถส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นได้

■ ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ส่งเสริมสนับสนุนการนำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย ให้มีการใช้แพร่หลาย เนื่องจากความสะดวกในการใช้ ตัวหนังสือและภาพมีความ

ชัดเจนและเข้าใจง่าย นำไปใช้ได้จริงและใช้มากขึ้นส่งผลต่อเด็กมีพัฒนาการสมวัยอย่างต่อเนื่อง

2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาหรือปรับปรุงคู่มือ DSPM ให้ นำมาใช้จากคู่มือ 82 หน้า ตัวหนังสือเล็กฯ ควรปรับปรุงทั้งรูปแบบและการนำคู่มือไปใช้ ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และผู้ใช้ เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ใช้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างแท้จริง

3. บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหน้าที่การประเมินพัฒนาการเด็ก ควรให้ความสำคัญกับการคืนข้อมูลผลการตรวจพัฒนาการของเด็กให้ผู้เลี้ยงดูได้ทราบด้วยวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เมื่อเด็กทำได้ทุกข้อ พัฒนาการสมวัย ผู้ตรวจต้องชื่นชมผู้เลี้ยงดูที่สามารถส่งเสริมและฝึกสอนเด็กได้เป็นอย่างดี ผู้เลี้ยงดูก็จะเกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีส่วนที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย และในเด็กที่ไม่ผ่านการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ ต้องหลีกเลี่ยงคำว่า ช้ากว่าวัย ไม่สมวัย ควรชื่นชมข้อที่เด็กทำผ่านก่อนแล้วค่อยแจ้งผู้เลี้ยงดูว่า ข้อที่เด็กทำไม่ผ่านคือ ให้ผู้เลี้ยงดูไปฝึก เล่นกับเด็กและติดตามพัฒนาการข้อนั้นภายใน 30 วัน หากผู้เลี้ยงดูเด็กเห็นประโยชน์ของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ก็จะเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมในการ

เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

4. คู่มือนี้เป็น Manual ในรูปแบบเล่มไม่สามารถหางบประมาณผลิตคู่มือใช้ได้เต็มพื้นที่ ดังนั้นการนำคู่มือนี้มาพัฒนาต่อยอดเป็นโปรแกรมการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับพื้นที่เป็นโปรแกรมที่สามารถคำนวณอายุ และเลือกช่วงการประเมินได้ตรงตามอายุจริงของเด็ก ให้ผู้เลี้ยงดูที่ใช้เทคโนโลยีได้ใช้เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ใช้กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้นได้

■ กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือในการดำเนินการและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างจากนางปานจันทร์ จิตวีพรต พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตุม และนางทรัพย์สิน พังทวย อสม. เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ขอขอบคุณ นายชาติรี เมฆาธราธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษา และขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กปฐมวัยทุกคน ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ร่วมมือในการดำเนินการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Child development in developing countries 2: Child development: risk factor for adverse outcome in developing countries 2007;164(2344):145-57.
2. นิตยา คชภักดี และอรพินท์ เลิศอวีศดาตระกูล. คู่มือการฝึกอบรมการประเมินทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัย. ฉบับแก้ไขปรับปรุง ครั้งที่ 4. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว; 2556.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

4. Kozuki N, Katz J, LeClerq SC, Khattry SK, West KP Jr, Christian P. The associations of parity and maternal age with small-for gestational-age, preterm and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. BMC Public Health 2013;13(3):119-28.
5. American Academy of Pediatrics. Media and Children Educated Health of all children [Internet]. 2014 [cited 2021 Jun 12]. Available from: <http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aaphealth-initiatives/Pages/Media-and-Children.aspx>.
6. ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์พัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2561 – 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2563]. <http://203.157.71.148/data/cluster/mom/download/SitMCH61-63.pdf>.
7. National Statistical Organization. Thailand multiple Indicator cluster survey. In Bangkok: National Statistical Organization and UNICEF; 2012.
8. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ; 2558.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินผลโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 ปี 2563. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. สุปัตรา บุญเจียม, ธิโสภิญ ทองไทย และปิยะ ปุริโส. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2564;44(2):97-112.
11. อรุณ จิรวินกุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2555.
12. สุปัตรา บุญเจียม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2565;14(1):40-60.
13. ทศนีย์ รอดชมภู, วันเพ็ญ ศิวารมย์ และกาญจนา เหลืองอุบล. การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ผ่านโปรแกรมการเล่นตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 7 และ 8. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(5):865-74.



การพัฒนารูปแบบของกลไกการดูแลและช่วยเหลือ วัยรุ่นตั้งครรภ์ จังหวัดสระบุรี: การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

ปติมา หิริสัจจะ

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

วันรับ 25 ตุลาคม 2565, วันแก้ไข 6 ธันวาคม 2565, วันตอบรับ 7 ธันวาคม 2565.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนากลไกดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นของจังหวัดสระบุรี ให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 โดยศึกษา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2565 แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น 2) พัฒนากลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในกระทรวงที่รักษาการตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ยกเว้น ผู้แทนจากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ซึ่งยังไม่ได้มีผู้แทนเข้าร่วมเป็นอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดสระบุรี โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มมาช่วยในการพัฒนากลไก 3) การนำกลไกดูแลช่วยเหลือไปใช้ 4) ประเมินผลและปรับปรุงกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ให้สมบูรณ์แล้วนำกลับไปทดลองใช้ซ้ำ โดยใช้แบบสรุปรายงานการให้บริการวัยรุ่นตั้งครรภ์ สำหรับสถานบริการสาธารณสุข และบ้านพักเด็กและครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยการหาความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการจำแนกข้อมูลและหาข้อสรุป พบว่า กลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ จ.สระบุรี ประกอบด้วย 5 ช่องทาง คือ สายด่วน 1330 บ้านพักเด็กและครอบครัว โรงเรียน/สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และสายด่วน 1663 สามารถให้การดูแลช่วยเหลือ และส่งต่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้ตามบทบาทภารกิจของหน่วยงาน เพราะมีการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อคือ การบูรณาการด้านข้อมูลการดูแลช่วยเหลือที่ถูกจัดเก็บไว้ในแต่ละหน่วยงาน โดยมีได้มีการเชื่อมโยงกัน ทำให้ขาดข้อมูลภาพรวมของจังหวัด ยากต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย อุปสรรคของการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คือ ความกังวลใจในการให้บริการ หากไม่มีการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครอง ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถตัดสินใจรับบริการได้ตามสิทธิ จึงมีข้อเสนอแนะคือ การนำกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไปใช้ ควรทำควบคู่ไปกับการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความกังวลใจในการให้บริการ วัยรุ่นก็จะสามารถได้รับสิทธิตาม พ.ร.บ.มากขึ้น และควรทำงานด้านการป้องกันอย่างเข้มข้น เพื่อตัดวงจรการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ที่ส่งผลกระทบต่อเด็กที่เกิดมาด้วย

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, กลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์, พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

Development of a mechanism model for care and support of pregnant adolescents in Saraburi Province: Participatory Action Research (PAR)

Patima Hirisajja

Bureau of Reproductive Health, Department of Health

Received 25 October 2022, Revised 6 December 2022, Accepted 7 December 2022.

Abstract

This action research was aimed at developing a mechanism for supporting adolescents in Saraburi Province to exercise their rights under the Act for Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem B.E. 2559 (2016). It was conducted from July to September 2022 and divided into four phases: 1) preliminary study, 2) development of a participatory mechanism for supporting pregnant adolescents, where the sample group included those responsible for the operations in the Ministries acting under the Act for Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem B.E. 2559 (2016), except for representatives from the Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation that did not participate in the Subcommittee for Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem in Saraburi Province, and an in-depth interview form and a group discussion were conducted to develop the mechanism, 3) implementation of the mechanism, and 4) evaluation, improvement, and re-implementation of the mechanism by using a report of pregnant adolescent services for public health service facilities and adolescent homes and families. Quantitative data were analyzed by determining the frequency and percentage, and qualitative data were analyzed by categorizing the data and finding the conclusions. It was found that the mechanism for supporting pregnant adolescents in Saraburi Province consisted of five channels: Hotline 1300, adolescent homes and families, schools and educational service area offices, public health service facilities, and Hotline 1663, which can provide pregnant adolescents with good care, assistance, and referral according to the respective agency's roles and missions because there is collaboration among the parties involved in the network. What needs to be further developed is an integration of support information kept in each agency without being linked to each other, causing a lack of general information of the province and thereby a difficulty in making policy decisions. An obstacle to the provision of reproductive health services is an anxiety in providing services. With no parental consent, adolescents are unable to decide to receive services under their rights. Therefore, it is suggested to implement the mechanism for supporting pregnant adolescents in conjunction with the development of knowledge and understanding of relevant laws in order to reduce an anxiety in providing services and allow adolescents to exercise their rights under the Act. An intensive prevention should also be considered to cut off the cycle of unprepared pregnancy that directly affects the children born.

Keywords: adolescent pregnancy, a mechanism for supporting pregnant adolescents, the Act for Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem, B.E. 2559 (2016)

■ บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO: World Health Organization, 2004) หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี⁽¹⁾ เป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติ จึงกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) ที่นานาชาติต้องบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573⁽²⁾ ซึ่งประเทศไทยก็เผชิญกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเช่นกัน โดยสาเหตุมาจากการขาดทักษะในการจัดการกับความต้องการทางเพศตามธรรมชาติ เมื่อเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ก็มีเพศสัมพันธ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ โดยขาดความรับผิดชอบต่อการป้องกัน⁽³⁾ นอกจากนี้ ยังมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การเข้าไม่ถึงเวชภัณฑ์การคุมกำเนิด เช่น ถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด⁽⁴⁾ ทำให้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงอยู่ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแม่และเด็กในหลายด้าน อาทิ การเผชิญกับความเสี่ยงทางการแพทย์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การเสียโอกาสทางการศึกษา หน้าที่การทำงาน รวมทั้งรายได้ในอนาคต ความไม่พร้อมทั้งหลายนี้ส่งผลต่อการเลี้ยงดูบุตร เด็กบางส่วนถูกทอดทิ้ง เด็กบางส่วนเติบโตแบบตามมีตามเกิดไม่ได้รับความอบอุ่น⁽⁴⁾ ทำให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง และมีการผลักดันให้มีกฎหมายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างจริงจัง จนกระทั่งเมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 คณะรัฐมนตรีได้มี

มติเห็นชอบต่อร่างพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2559 ให้มีผลบังคับใช้ในวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2559⁽⁵⁾ โดยแรกเริ่มมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข วิชาการตามพระราชบัญญัตินี้ และต่อมามีกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาการเพิ่มเติม รวมเป็น 6 กระทรวงหลัก เพื่อให้วัยรุ่นได้รับสิทธิตามมาตรา 5 ที่ระบุถึงสิทธิของวัยรุ่น 5 ประการ คือ 1) สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง 2) สิทธิในการได้รับความรู้ 3) สิทธิในการรับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ 4) สิทธิในการได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว และ 5) สิทธิในการได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 พบว่า มีแนวโน้มที่ดีขึ้น อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 53.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ในปี พ.ศ. 2554 เป็น 24.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ในปี พ.ศ. 2564 และอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ลดลงจาก 1.6 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน ในปี พ.ศ. 2554 เป็น 0.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน ในปี พ.ศ. 2564⁽⁴⁾ โดยจังหวัดสระบุรี มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นหญิง อายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 31.2 ต่อพัน ในปี พ.ศ.2563 เป็น 27.3 ต่อพัน ในปี

พ.ศ. 2564⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับของประเทศ ซึ่งแม้ว่าสถานการณ์ภาพรวมของการตั้งครรภในวัยรุ่นจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ข้อมูลจากการให้การปรึกษาทางเลือกสำหรับผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมที่รับบริการผ่านสายด่วน 1663 ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2564⁽⁴⁾ พบว่า ยังคงมีวัยรุ่นที่ถูกละเมิดสิทธิที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ. ทั้งในส่วนของ การไม่ได้รับโอกาสในการศึกษาต่อในสถานศึกษาเดิม การเข้าไม่ถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ การคุมกำเนิด การปรึกษาทางเลือกการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การเข้าถึงสวัสดิการที่พึงระหว่างรอคลอด และการเข้าถึงสวัสดิการสังคมอื่น ๆ ซึ่งจังหวัดสระบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่พบปัญหาในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่น โดยเฉพาะในประเด็นของการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การฝังยาคุมกำเนิด ที่การตัดสินใจไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัววัยรุ่น แต่มีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สามีครอบครัว การยุติการตั้งครรภ์ แม้จะพบไม่มาก แต่ก็ยังเป็นช่องว่างของการให้บริการเนื่องจากสถานบริการภาครัฐของจังหวัดไม่มีการจัดบริการนี้ แต่จะมีการส่งต่อไปรับบริการที่อื่น ดังนั้น เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนากลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภอย่างเป็นระบบ และเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับจังหวัด การวิจัยนี้จึงได้นำแนวคิด และทฤษฎีของ Cohen and Uphoff⁽⁶⁾ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ร่วมพัฒนา กำหนดบทบาท การเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันตั้งแต่การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และพิจารณาแนวทางแก้ไข ภายใต้หลัก 4 ประการคือ การตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข และออกแบบกลไกการแก้ไข การ

ทดลองใช้กลไกที่พัฒนา ประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกัน และการประเมินผล เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของร่วมกัน ให้วัยรุ่นได้รับสิทธิตามกฎหมายโดยมีวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง ด้วยความเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนารูปแบบของกลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภของจังหวัดสระบุรี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) ประยุกต์จากแนวคิดและทฤษฎีของ Cohen and Uphoff⁽⁶⁾ 4 ประการคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข และออกแบบกลไกการแก้ไข การทดลองใช้กลไกที่พัฒนา ประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกัน และการประเมินผล

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา/สถานการณ์ ช่องทางการเข้าถึงบริการ สายด่วน 1663 สายด่วน 1300 บริการที่ได้รับ เช่น ให้คำปรึกษาผ่านสายด่วน 1663 ให้การปรึกษาทางเลือก การส่งต่อเพื่อรับบริการการคุมกำเนิด บริการยุติการตั้งครรภ์ หรือฝากครรภจนถึงหลังคลอด การช่วยเหลือระยะยาว เช่น ช่วยเรื่องเลี้ยงดูบุตรและการกลับไปเรียนต่อ หน่วยงานที่รับผิดชอบยังเป็นปัญหา ไม่มีเจ้าภาพชัดเจน หรือยังไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบของกลไกการให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบในระยะที่ 1 ตามบทบาทของหน่วยงาน ผ่านกระบวนการ

มีส่วนร่วม ตัดสินใจ วางแผน หาทางเลือก ได้หน้าตาของกลไกมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน บ้านพักเด็กและครอบครัว และสายด่วน 1300

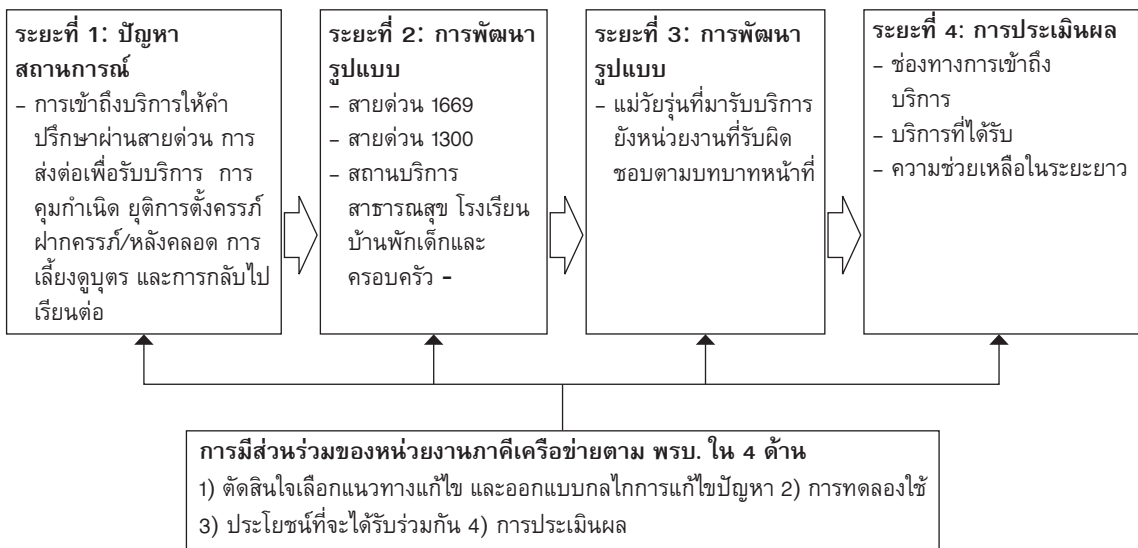
ระยะที่ 3 ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายได้นำรูปแบบของกลไกที่ได้พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด และบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสระบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2565 โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้มารับบริการจำแนกตามประเด็นของช่องทางการเข้าถึง จำแนกตามงานบริการที่ได้รับคำปรึกษาผ่านสายด่วน การส่งต่อเพื่อรับบริการการคุมกำเนิด ยุติการตั้งครรภ์ หรือฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด การเลี้ยงดูบุตร การกลับไปเรียนต่อ และเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

ระยะที่ 4 การได้รับบริการซัพพอร์ต ตรวจการตั้งครรภ์ ตรวจอายุครรภ์ ตรวจร่างกาย ก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ได้รับเงินสนับสนุนและกลับไปเรียนต่อ

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) ประยุกต์จากแนวคิดและทฤษฎีของ Cohen and Uphoff⁽⁶⁾ 4 ประการคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข และออกแบบกลไกการแก้ไข การทดลองใช้กลไกที่พัฒนา ประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกัน และการประเมินผล โดยศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2565 แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือในการวิจัย แบ่งตามระยะของการพัฒนาดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นด้านสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น และกลไกดูแลช่วยเหลือ ที่มีอยู่ของจังหวัดสระบุรี ช่องว่างของการให้การดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยทบทวนจากเอกสารบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยงานต่าง ๆ ที่บันทึกไว้และการสัมภาษณ์



เชิงลึกจากผู้แทนหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการให้การดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ ปัญหาที่พบจากระยะแรก เช่น การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาผ่านสายด่วน การส่งต่อเพื่อรับบริการการคุมกำเนิด ยุติการตั้งครรภ์ หรือฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด การเลี้ยงดูบุตร และการกลับไปเรียนต่อที่ยังเป็นปัญหาไม่มีเจ้าภาพชัดเจน หรือยังไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบหรือผู้แทน ที่อยู่ในคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดสระบุรี 2) กลุ่มวัยรุ่นที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมรอบด้านในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน จึงคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือกและคัดออก จำนวน และวิธีเก็บข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่าง มีวิธีการเลือกตามหลักเกณฑ์คือ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

- เป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. ซึ่งครอบคลุมกระทรวงที่รักษาการตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ยกเว้นผู้แทนจากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ซึ่งยังไม่ได้มีผู้แทนเข้าร่วมเป็นอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดสระบุรี สายด่วน 1663 ผู้แทนสภาเด็กและเยาวชน

- มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการ

ดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่น้อยกว่า 1 ปี

- มีความสนใจในการเข้าร่วมให้ข้อมูล

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาตลอดจนแล้วเสร็จ

- ปฏิเสธการให้ข้อมูลภายหลังจากเข้าร่วมในการวิจัยแล้วทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 20 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 8 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน นักจิตวิทยา 3 คน ประธานสภาเด็ก 1 คน ครู 4 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และครอบครัว 3 คน

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ และมีความสอดคล้องกับบริบทของการศึกษาวิจัย โดยเป็นข้อคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับหน่วยงาน วัยรุ่น และครอบครัว ดังนี้

แนวคำถามสำหรับหน่วยงาน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ หรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) เช่น ประสบการณ์การทำงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การร่วมเป็นอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด

ส่วนที่ 2 ประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 คำถามหลักคือ 1) ประสบการณ์การดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ 2) กระบวนการในการดูแล ช่วยเหลือ 3) ผลการ

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเลือก จำนวน และวิธีเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง	เกณฑ์คัดเลือก	จำนวน	วิธีเก็บข้อมูล
ผู้รับผิดชอบดำเนินงานตาม พรบ.	เกณฑ์คัดเลือก เป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานตาม พร.บ. ซึ่งครอบคลุมกระทรวงที่รักษาการ ตาม พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาคriminalในวัยรุ่น พ.ศ. 2559	พยาบาลวิชาชีพ 8 คน นักสังคมฯ 3 คน นักจิตวิทยา 3 คน ครู 4 คน ประธานสภาเด็ก 1 คน	การสนทนา กลุ่ม
	เกณฑ์คัดออก -ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาตลอดจนแล้วเสร็จ -ปฏิเสธการให้ข้อมูลหลังจากเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว	อปท 2 คน วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และครอบครัว 3 คน	
แม่วัยรุ่นและครอบครัว	แม่วัยรุ่นในช่วงอายุ 10-19 ปี	แม่วัยรุ่น 10 คน	สัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ดูแลช่วยเหลือและการรายงาน 4) ภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน 5) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

แนวคำถามสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 8 คำถามหลัก คือ 1) คนแรกที่แจ้งให้ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์คือใคร 2) ได้แจ้งเรื่องการตั้งครรภ์ให้กับทางโรงเรียนทราบหรือไม่ แจ้งใคร และแจ้งอย่างไร 3) ทางโรงเรียนให้การดูแลช่วยเหลืออย่างไร 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการตั้งครรภ์ต่อการเรียน และการเลี้ยงดูบุตรมีมากน้อยเพียงใด 5) ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างไร จากใครบ้าง 6) ปัจจุบันมีการดำเนินชีวิตอย่างไร การเลี้ยงดูบุตร การเรียน อาชีพ 7) ความคิดเห็นต่อกระบวนการช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร เพียงพอกับความต้องการหรือไม่ ต้องการให้มีการช่วยเหลืออะไรเพิ่มเติม 8) การวางแผนชีวิตในอนาคต

แนวคำถามสำหรับครอบครัวของแม่วัยรุ่น ประกอบด้วย 3 คำถามหลัก คือ 1) ช่องทางการเข้าถึงบริการ 2) บริการที่ได้รับ เช่น การให้คำปรึกษาผ่านสายด่วน การส่งต่อเพื่อรับ

บริการการคุมกำเนิด ยุติการตั้งครรภ์ หรือฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด 3) ความช่วยเหลือระยะยาว เช่น การเลี้ยงดูบุตร และการกลับไปเรียนต่อ

ระยะที่ 2 พัฒนากลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แบบมีส่วนร่วม ในระยะนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ จำแนกข้อมูลและหาข้อสรุปร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แล้วนำมาออกแบบเป็นภาพความเชื่อมโยงของกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์จังหวัดสระบุรี โดยเน้นให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดภาพความเชื่อมโยงในการทำงานร่วมกันในแต่ละกระบวนการของการช่วยเหลือมากที่สุด และร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้ และยอมรับผลร่วมกัน

ระยะที่ 3 การนำไปใช้จริง ผู้วิจัยได้นำกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 2 ให้ภาคีเครือข่ายของจังหวัดสระบุรี 2 หน่วยงาน คือ โรงพยาบาลสระบุรี และบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสระบุรี ได้ทดลองใช้เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีวัยรุ่นเข้าไปใช้บริการมากที่สุด โดยตรวจสอบว่ากระบวนการในการดูแล

ช่วยเหลือเป็นไปตาม flowchart ที่จัดทำขึ้นหรือไม่ โดยเป็นการสุ่มข้อมูลจากเคส

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแม่วัยรุ่น สุ่มเลือกจากเคสที่เคยได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2565 จากโรงพยาบาลสระบุรี 10 เคส จากบ้านพักเด็ก 4 เคส โดยคำนวณจำนวนเคสจากข้อมูลเฉลี่ยต่อเดือนกับระยะเวลาของการวิจัยที่มารับบริการย้อนหลัง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2565 จำนวน 10 เคส โดยใช้แบบสรุปรายงานการให้บริการวัยรุ่นตั้งครรภ์ (อายุ 10-19 ปี) โรงพยาบาลสระบุรี ที่ออกแบบมาจากการถอดกลไกดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ มีข้อมูลดังนี้ อายุของแม่วัยรุ่น สถานภาพสมรส **ส่วนที่ 2** กระบวนการให้บริการดูแล ช่วยเหลือ มีคำถาม 8 ข้อ ให้เลือกตอบว่า ดำเนินการ หรือ ไม่ได้ดำเนินการ โดยกระบวนการประกอบด้วย ชักประวัติ ตรวจการตั้งครรภ์ ตรวจอายุครรภ์ ตรวจร่างกาย การประเมินเพื่อส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์ การเข้ากลุ่มคลินิกวัยรุ่นตั้งครรภ์ เพื่อให้ความรู้ การให้บริการเรื่องการคุมกำเนิด การติดตามเยี่ยมบ้าน และการสรุปปิดเคส นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามสำหรับกรณีเป็นเคส OSCC อีก 7 ข้อ ให้เลือกตอบว่า ดำเนินการ หรือ ไม่ได้ดำเนินการ โดยกระบวนการประกอบด้วย ชักประวัติผู้รับบริการ ชักประวัติครอบครัว ประเมินความต้องการ ให้คำปรึกษา และหาทางออกร่วมกัน ท้องต่อ ส่งกลับไปฝากครรภ์ที่ ANC ยุติการตั้งครรภ์ การประสานส่งต่อ กรณีที่ รพ.ไม่ดำเนินการยุติการตั้งครรภ์ให้ การจัดทำรายงานการให้บริการ **ส่วนที่ 3** การสรุปปิดเคส เป็นคำถามปลายเปิด ให้เลือกผลสรุปข้อใดข้อหนึ่ง และอธิบายเพิ่มเติม คือ 1)

เคสตั้งครรภ์ต่อจนคลอด เมื่อคลอดแล้วได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีใด 2) เคสตั้งครรภ์ต่อแต่ตัวเอง (แท้งตอนอายุครรภ์เท่าไร? ได้รับการคุมกำเนิดหลังแท้งหรือไม่ ฯลฯ) 3) ยุติการตั้งครรภ์ (โดยแพทย์ของ รพ. หรือ แพทย์ที่อื่น ถ้าเป็นแพทย์ที่อื่น ประสานใคร/วิธียุติการตั้งครรภ์/ยุติเมื่ออายุครรภ์เท่าไร/ยุติการตั้งครรภ์ได้สมบูรณ์หรือไม่/มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ฯลฯ) 4) ไม่ทราบไม่สามารถติดต่อเคสได้ สำหรับแบบรายงานของบ้านพักเด็กและครอบครัว ใช้แบบรายงานการดูแล ช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม สำหรับบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสระบุรี เก็บข้อมูลย้อนหลังจำนวน 4 เคส ประกอบด้วยคำถาม หน่วยงานนำส่ง สาเหตุที่นำส่ง ความประสงค์ในการขอรับความช่วยเหลือ อายุ การศึกษา สถานภาพ ประวัติครอบครัว สภาพปัญหา การประเมินสถานะเบื้องต้น สภาพที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ครอบครัว การประเมินสถานะครอบครัว แผนให้การช่วยเหลือ การจำหน่าย และสถานภาพหลังคลอด

ระยะที่ 4 การประเมินผลและติดตามผล เพื่อนำมาปรับปรุงกลไกดูแล ช่วยเหลือให้สมบูรณ์ ตรงกับการดำเนินงานในพื้นที่ เป็นการนำข้อมูลจากระยะที่ 3 มาวิเคราะห์ว่าเป็นไปตามกลไกการดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์หรือไม่ หากตรงตามกลไกที่กำหนดไว้ก็จะได้ข้อยุติในการออกแบบกลไก หากมีช่องว่างก็ต้องหาหรือเพื่อเพิ่มเติมการดูแล ช่วยเหลือ

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการสรุปตีความหมายตามประเด็นหลัก (Key-

themes) และประเด็นรอง (Sub-themes) ที่นำไปสู่การวางแผนพัฒนารูปแบบของกลไกการดูแลให้ความช่วยเหลือ โดยผู้วิจัย 2 คนทำการสกัดข้อมูลที่เป็นประเด็นหลักและรองโดยอิสระต่อกัน แล้วนำมาสรุปผลดูความสอดคล้องร่วมกัน หรือในความแตกต่างที่มีนัยสำคัญของการให้ความหมายที่เชื่อมโยงกับบริบทของพื้นที่ในทัศนะของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่สรุปหรือให้ความหมายเองโดยผู้วิจัย

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่รับรอง 512/2565 เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 และมีการขออนุมัติแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2565

■ ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า

สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นของจังหวัดสระบุรี มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นหญิง อายุ 15 - 19 ปี ลดลงจาก 31.2 ต่อพัน ในปี พ.ศ.2563 เป็น 27.3 ต่อพัน ในปี พ.ศ. 2564⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของแผนกรับฝากครรภ์ ของโรงพยาบาลสระบุรี ที่พบว่า มีวัยรุ่นมาฝากครรภ์ลดลงจาก 318 ราย ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 278 ราย ในปี พ.ศ. 2564 การจัดเก็บข้อมูลการดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นการจัดเก็บภายใต้การดูแลของแต่ละหน่วยงาน ไม่มีการเชื่อมโยงด้านข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เว้นแต่มีการร้องขอ ไม่มีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ในการรวบรวมรายงาน ประกอบกับเจ้าหน้าที่ที่มีภาระงานและยังไม่เห็นความสำคัญในการจัดเก็บข้อมูลภาพรวม และต้องการรักษาความลับ เนื่องจากเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้จังหวัดไม่มีข้อมูลในภาพรวม ยากต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย

1) ช่องทางการเข้าถึงบริการ 2) บริการที่ได้รับ เช่น การให้คำปรึกษาผ่านสายด่วน การส่งต่อเพื่อรับบริการการคุมกำเนิด ยุติการตั้งครรภ์ หรือฝาก

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
หน่วยงานรับผิดชอบ/ ช่องทางการเข้าถึง บริการ	สายด่วน 1300 ของบ้านพักเด็กและครอบครัว ช่วยเหลือคุ้มครองสวัสดิภาพ จัดสวัสดิการสังคมให้กับแม่วัยรุ่น โรงเรียน/สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา โรงเรียนทำหน้าที่ออกแบบหลักสูตรเป็นรายบุคคล ให้เด็กหลังคลอดเลือกครูที่ไว้ใจเป็นที่ปรึกษาดูแลเรื่องการเรียนและสภาพจิตใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้เด็กเลือกรูปแบบการเรียนด้วยตัวเอง จนครบตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษา กำหนด สถานบริการสาธารณสุข มีการส่งต่อเพื่อรับบริการการคุมกำเนิด บริการยุติการตั้งครรภ์ หรือฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด สายด่วน 1663 เป็นสายด่วนส่วนกลาง จะให้การช่วยเหลือจากการที่วัยรุ่นโทรประสานโดยตรง เน้นเรื่องการให้คำปรึกษาทางเลือก การประสานส่งต่อ การช่วยเหลือตามความต้องการ โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการทำงานร่วมกัน
บริการที่ได้รับ ขณะเกิดปัญหา	การให้คำปรึกษาผ่านสายด่วน รับฟังปัญหา การส่งต่อเพื่อรับบริการการคุมกำเนิด ยุติการตั้งครรภ์ หรือฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด การเลี้ยงดูบุตร และการกลับไปเรียนต่อ
ความช่วยเหลือ ในระยะยาว	การเลี้ยงดูบุตร บ้านพักเด็กและครอบครัวของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ช่วยเหลือคุ้มครองสวัสดิภาพ จัดสวัสดิการสังคมให้กับแม่วัยรุ่น การกลับไปศึกษาต่อโรงเรียนทำหน้าที่ออกแบบหลักสูตรเป็นรายบุคคล ให้เด็กหลังคลอดเลือกครูที่ไว้ใจเป็นที่ปรึกษาดูแลเรื่องการเรียนและสภาพจิตใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้เด็กเลือกรูปแบบการเรียนด้วยตัวเอง จนครบตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษากำหนด

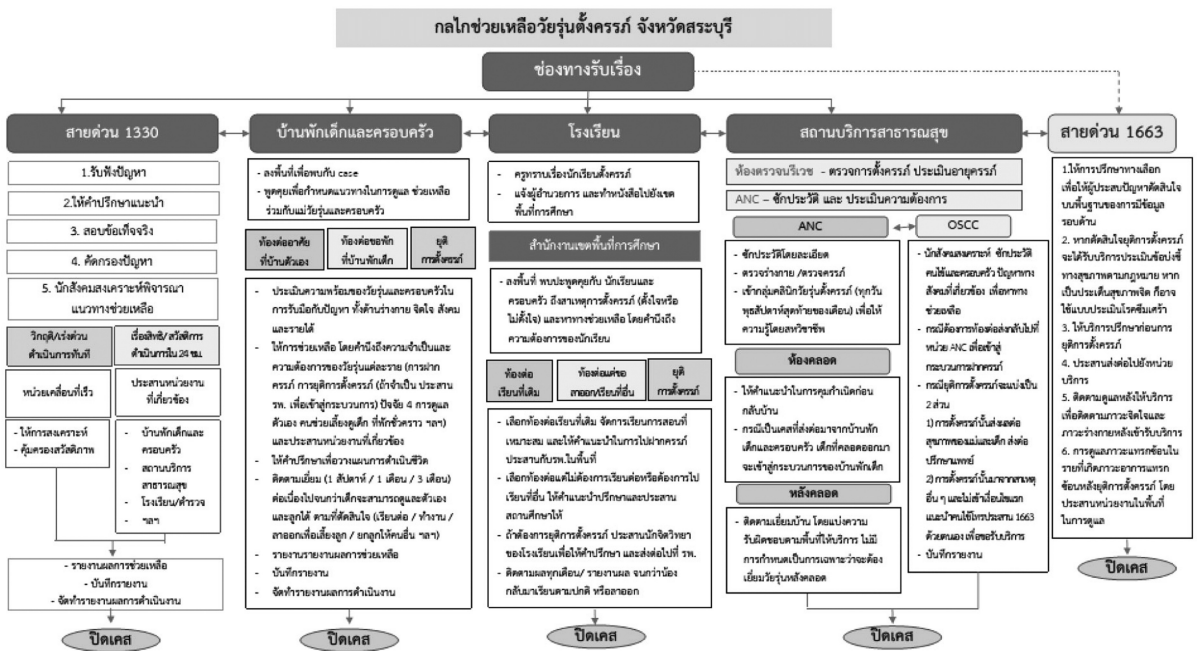
ครรภ์จนถึงหลังคลอด 3) ความช่วยเหลือระยะยาว เช่น การเลี้ยงดูบุตร และการกลับไปเรียนต่อ

ระยะที่ 2 การพัฒนากลไกดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาแบบของกลไกการดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่น ดังมีรายละเอียดตามไต่อะแกรม

ระยะที่ 2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียช่วยกันระบุช่องทางที่เกี่ยวข้องของจังหวัดสระบุรี โดยมีทั้งหมด 5 ช่องทาง คือ สายด่วน 1300 บ้านพักเด็กและครอบครัว โรงเรียน/สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และสายด่วน 1663 ซึ่งแต่ละช่องทางจะให้การดูแล ช่วยเหลือตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ช่องทางหลักที่วัยรุ่นไปรับบริการเมื่อตั้งครรภ์ คือ สถานบริการสาธารณสุข เพื่อไปฝากครรภ์และคลอด สำหรับ

ในช่องทางอื่นจะมีการดูแล ช่วยเหลือ เมื่อมีการร้องขอซึ่งเป็นการบริการเชิงรับ ได้แก่ สายด่วน 1300 กับบ้านพักเด็กและครอบครัวให้การช่วยเหลือด้านการจัดสวัสดิการสังคม โรงเรียน/สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ให้การช่วยเหลือเรื่อง การจัดการเรียน การสอนให้วัยรุ่นสามารถได้เรียนจนจบ สำหรับสายด่วน 1663 เป็นสายด่วนส่วนกลาง จะให้การช่วยเหลือจากการที่วัยรุ่นโทรประสานโดยตรง เน้นเรื่องการให้คำปรึกษาทางเลือก การประสานส่งต่อ การช่วยเหลือตามความต้องการ โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการทำงานร่วมกัน รายละเอียดตามแผนภาพที่ 2

ระยะที่ 3 การนำกลไกไปทดลองใช้ ในการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมมีความเห็นตรงกันว่า หากจะทราบผลควรทดลองใช้ในหน่วยงานที่มี



แผนภาพที่ 2 กลไกดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ จังหวัดสระบุรี

โอกาสในการดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ในช่วงเวลาที่มีการเก็บข้อมูลคือ โรงพยาบาลสระบุรีและบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสระบุรี เนื่องจากเป็นช่องทางหลักที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์เข้ามาใช้บริการ สำหรับหน่วยงานอื่น ๆ จะเป็นการนำกลไกไปทบทวนอีกครั้งว่าสอดคล้องกับกระบวนการดูแล ช่วยเหลือหรือไม่ แล้วค่อยนำผลมาสร่วมกัน ผลของการทดลองใช้กลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ จำนวน 10 ราย จากโรงพยาบาลสระบุรี 10 ราย พบว่า วัยรุ่นที่มารับบริการ ส่วนใหญ่อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 77.8 รองลงมาอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 22.2 โดยวัยรุ่นที่อายุน้อยที่สุดคือ 11 ปี และสูงที่สุดคือ 18 ปี อายุเฉลี่ย 15.3 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่ ไม่จดทะเบียนร้อยละ 80.0 รายละเอียดดังตารางที่ 2

กระบวนการในการดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ ร้อยละ 100 ได้รับการช้ประวัติ ตรวจการตั้งครรภ์ ตรวจอายุครรภ์ ตรวจร่างกาย ร้อยละ 100 ไม่ได้รับการประเมินเพื่อส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์เนื่องจากเป็นเคสที่ตั้งครรภ์ปกติ ไม่ได้เข้าหลักเกณฑ์การส่งต่อ และร้อยละ 100 ไม่ได้เข้ากลุ่มคลินิกวัยรุ่นตั้งครรภ์เพื่อให้ความรู้ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีวัยรุ่นรับบริการคุมกำเนิด 9 ราย อีก 1 รายยังไม่ตัดสินใจ โดยคุมกำเนิดด้วยวิธีฉีดยาคุมกำเนิดมากที่สุด ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ ผังยาคุม ร้อยละ 44.4 การติดตามเยี่ยมบ้านได้รับบริการ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ระยะที่ 4 การประเมินผลและติดตามผล พบว่า กลไกการดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์จังหวัดสระบุรี ที่ประกอบด้วย 5 ช่องทาง มีกระบวนการดูแลช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจที่

กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ยังคงมีช่องว่างซึ่งทางจังหวัดยอมรับร่วมกันว่ายังไม่สามารถปิดช่องว่างได้ คือการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งทางจังหวัดไม่สามารถจะจัดบริการได้ และมีความสะดวกใจในการแนะนำให้วัยรุ่น จุดแข็งสำคัญของกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ของจังหวัดสระบุรีคือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแนวปฏิบัติในการทำงานที่ชัดเจน มีผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ ความสามารถ และมีความเชี่ยวชาญในหน้าที่ ช่องว่างของการดำเนินงานคือ การบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายมีน้อย จะมีการประสานส่งต่อกันเฉพาะกรณีที่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต้องการความช่วยเหลือเกินกว่าอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่รับเรื่อง นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านข้อมูลการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ ซึ่งจะเก็บไว้ที่แต่ละหน่วยงาน แต่ไม่มีการแชร์ข้อมูลกัน เพราะไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและต้องรักษาความลับระบบฐานข้อมูลของหน่วยงานไม่เชื่อมโยงกัน มีภาระงานมาก และยังไม่เห็นความจำเป็นในการจัดเก็บข้อมูลภาพรวมของจังหวัด เนื่องจากไม่ได้มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ การยุติการตั้งครรภ์ยังเป็นข้อจำกัดของจังหวัด เนื่องจากจะให้บริการเฉพาะกรณีที่การตั้งครรภ์นั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายหรือชีวิตของแม่และเด็ก และกรณีถูกล่วงละเมิดทางเพศเท่านั้น หรือบางเคสจะมีการประสานส่งต่อให้วัยรุ่นรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขส่วนกลาง หากเป็นกรณีอื่น ๆ บุคลากรไม่สะดวกใจในการให้บริการ จึงแนะนำให้วัยรุ่นขอรับบริการปรึกษาทางเลือกกับสายด่วน 1663 หรือไปรับบริการที่คลินิกเอกชนที่เป็นเครือข่ายในการส่งต่อ ซึ่งไม่ได้ตั้งอยู่ในจังหวัด โดยวัยรุ่นจะต้องติดต่อขอรับบริการด้วยตนเอง แต่การ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ศึกษา (N=10)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ (N=9)		
10-14 ปี	2	22.2
15-19 ปี	7	77.8
Mean = 15.3, S.D. =2.5000, Min =11, Max=18		
2. สถานภาพสมรส (N=10)		
มีคู่ ไม่จดทะเบียน	8	80.0
หย่า/แยก	2	20.0

ตารางที่ 3 กระบวนการให้บริการเพื่อดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ เปรียบเทียบก่อนและหลังการนำกลไกไปทดลองใช้ (N=10)

การให้บริการ	ก่อนมีกลไก(n=10)		หลังมีกลไก (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ชักประวัติ	2	20.0	10	100.0
2. ตรวจการตั้งครรภ์	1	10.0	10	100.0
3. ตรวจอายุครรภ์	0	0	10	100.0
4. ตรวจร่างกาย	0	0	10	100.0
5. การประเมินเพื่อส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์	0	0	10	100.0
6. การเข้ากลุ่มคลินิกวัยรุ่นตั้งครรภ์เพื่อให้ความรู้	1	10.0	10	100.0
7. บริการคุมกำเนิด			9	90.0
การฝังยาคุม (N=9)	0	0	4	44.4
การฉีดยาคุม (N=9)	0	0	5	55.6
8. การคลอด			9	90.0
9. ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน	1	10.0	8	80.0
10. เรียนต่อ (N=9)	1	10.0	4	44.4
11. เงินสงเคราะห์ (N=9)	1	10.0	4	44.4

ตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดสระบุรีส่วนใหญ่จะตัดสินใจท้องต่อจนคลอด ทำให้กรณีช่วยเหลือเรื่องการยุติการตั้งครรภ์มีน้อย การให้บริการฝังยาคุมกำเนิดและการใส่ห่วงยังมีข้อจำกัด แม้กฎกระทรวงกำหนดประเภทของสถานบริการและการดำเนินการของสถานบริการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2562 จะกำหนดให้วัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี สามารถตัดสินใจด้วยตนเองในการรับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ยกเว้น กรณีการยุติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ

ต่ำกว่า 15 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง แต่ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ระบุว่า การบรรลุนิติภาวะของผู้เยาว์มี 2 กรณีคือ บรรลุนิติภาวะโดยอายุ เมื่อมีอายุ 20 บริบูรณ์ (มาตรา 19) และบรรลุนิติภาวะโดยการสมรส ผู้เยาว์ยอมบรรลุนิติภาวะเมื่อทำการสมรส หากการสมรสนั้นได้ทำเมื่อชายและหญิงมีอายุ 17 ปี บริบูรณ์แล้ว (มาตรา 20 และ 1448) ดังนั้น กรณีวัยรุ่นซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปี และยังไม่สมรส จะรับบริการคุมกำเนิดด้วยการฝังยาคุม หรือ การยุติ

การตั้งครรภ์ ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดอาการข้างเคียง ผู้ให้บริการยังคงต้องการให้ผู้ปกครองเซ็นยินยอมก่อน ดังนั้น วัยรุ่นจึงไม่สามารถรับบริการได้ด้วย การตัดสินใจด้วยตนเองตามสิทธิสำหรับการดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นในด้านอื่น ๆ เช่น ด้านการศึกษา พบว่า สถานศึกษาในจังหวัดสระบุรีได้รับทราบนโยบายในการจัดการกับปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในสถานศึกษาเป็นอย่างดี ทำให้ไม่มีนักเรียน/ นักศึกษาถูกกีดกัน หรือถูกให้ออกจากสาเหตุการตั้งครรภ์ การช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม บ้านพักเด็กและครอบครัว จะมีทีมที่ให้ความช่วยเหลือตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งแม่วัยรุ่นจะสามารถดูแลตนเองและลูกได้ ซึ่งกลไกที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้ตามภารกิจของหน่วยงานแต่ยังไม่สามารถเปิดช่องว่างเรื่องการจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ การฝังยาคุม และการจัดการด้านข้อมูลได้ ตามข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งผู้เกี่ยวข้องยอมรับในข้อจำกัดนี้ และถือเป็นโอกาสในการพัฒนางานในอนาคตร่วมกัน

■ อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลไกดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ จ.สระบุรี สามารถให้การดูแลช่วยเหลือ และส่งต่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดี เพราะมีการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง แม้จะเป็นการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อคือ การบูรณาการด้านข้อมูลการดูแล ช่วยเหลือ ที่ถูกจัดเก็บไว้ในแต่ละหน่วยงาน โดยมีได้มีการเชื่อมโยงกัน ทำให้ขาดข้อมูลภาพรวมของจังหวัด ยากต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพจน์ ทรัพย์สงวนบุญ และเวทยา

ไผ่ใจดี⁽⁷⁾ ที่พบว่า การจัดเก็บฐานข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และการเก็บข้อมูลของแต่ละหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลมีความแตกต่างกัน ยังคงเป็นอุปสรรคของการเปลี่ยนผ่านทางดิจิทัลในองค์กรภาครัฐ นอกจากนี้ การวิจัยยังพบว่า อุปสรรคของการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คือ ความกังวลใจในการให้บริการ หากไม่มีการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครอง ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถตัดสินใจรับบริการได้ตามสิทธิ โดยเฉพาะกรณีการรับบริการฝังยาคุมกำเนิด และการยุติการตั้งครรภ์ ที่ผู้ให้บริการต้องการให้ผู้ปกครองเซ็นยินยอมก่อนเพราะเป็นหลักปฏิบัติตามเวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศักดา สติรเรืองชัย⁽⁸⁾ ที่ระบุว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีหลักกฎหมายเรื่อง “ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว” ในมาตรา 8 ว่า ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการ จะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้ ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการ ไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่ เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้ (1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน (2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้และไม่สามารถแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตาม

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับผิดชอบต่อข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

■ ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรนำกลไกนี้ไปขยายพื้นที่การดำเนินการในจังหวัดอื่น โดยการนำกลไกดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไปใช้ ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความกังวลใจในการให้บริการวัยรุ่นก็จะสามารถได้รับสิทธิตาม พ.ร.บ.มากขึ้น
2. ควรมีการตีความกฎหมาย เพื่อหาข้อสรุปในประเด็นที่ทำให้เกิดความกังวลใจในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ให้บริการมากขึ้น
3. ควรทำงานด้านการป้องกันอย่าง

เข้มข้น เพื่อตัดวงจรการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ที่ส่งผลกระทบต่อเด็กที่เกิดมาด้วย

■ ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาขั้นตอนการดำเนินการซ้ำในพื้นที่อื่น เพื่อทดสอบว่ากลไกดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 สามารถแก้ไขปัญหาได้จริงหรือไม่ และสามารถใช้เป็นกลไกหลักในการดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ของประเทศได้หรือไม่
2. ควรศึกษาแนวทางการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในประเทศไทย เพื่อปิดช่องว่างในการดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ กรณีต้องการยุติการตั้งครรภ์ ให้สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. 2013 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth>.
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569. กรุงเทพฯ: โอ-วิท; 2562.
3. ศิริวรรณ ทุ่มเชื้อ, พรพรรณ พุ่มประยูร. วัยรุ่นตั้งครรภ์ : แนวคิดแก้ปัญหาด้วยกระบวนการระบบสุขภาพอำเภอ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561;12(2):29-38.
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: โอ-วิท; 2565.
5. นันทพร ศรีเมฆารัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563;5(3):46-50.
6. เลิศชาย หอมหวล และพิชัยรัฐ หมั่นดวง. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลนาอาน อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย. Journal of Roi Kaensarn Academi 2564;6(11): 210-22.
7. วิชพรจน์ ทรัพย์สงวนบุญ, เวทยา ใฝ่ใจดี และปรียากมล เอื้องอ้าย. การเปลี่ยนผ่านทางดิจิทัลขององค์การภาครัฐ เพื่อยกระดับความสามารถทางการแข่งขันของประเทศไทย. วารสารการจัดการสมัยใหม่ 2563;18(1):15-22.
8. ศักดา สติรเรืองชัย. ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวในเวชปฏิบัติทั่วไป. เวชบัณฑิตศิริราช 2557;7(1):30-5.

การพัฒนารูปแบบตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต

ศุภลักษณ์ ดำรงค์เชื้อ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

วันรับ 25 ตุลาคม 2565, วันแก้ไข 29 ธันวาคม 2565, วันตอบรับ 5 มกราคม 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตลาดประเภทที่ 2 ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานตลาดนัด นำชื่อระดับดีมาก 5 แห่ง ได้แก่ ตลาดนัดสวนท้าววัน ตลาดนัดวัดเทพ ตลาดนัดแมงโก้มาร์เก็ต ตลาดนัดยายออง ตลาดนัดแม่กิมฮั่ว แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะวางแผนปฏิบัติการ ศึกษาสถานการณ์ตลาด เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่ ระยะปฏิบัติการทดลองใช้ในพื้นที่ และระยะประเมินประสิทธิผลรูปแบบตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ก่อนดำเนินการ ตลาดประเภทที่ 2 ทั้ง 5 แห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด นำชื่อ แต่ยังไม่มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 จึงได้พัฒนารูปแบบตลาด โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เกิดข้อกำหนดตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่ 40 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านความปลอดภัยอาหาร และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการรองรับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตราย นำรูปแบบตลาดนัดวิธีใหม่ไปทดลองใช้กับตลาดประเภทที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า ตลาดนัดยายออง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน และตลาดนัดแม่กิมฮั่ว ผ่านระดับดี ผู้ประกอบการค้าในตลาดมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากกว่าเดิมมาก ร้อยละ 58.0 และประชาชนผู้บริโภคที่มาใช้บริการในตลาดมีความพึงพอใจตลาดอยู่ในระดับมากกว่าเดิมมาก ร้อยละ 66.5 ข้อเสนอแนะควรนำรูปแบบการพัฒนาตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19 ไปขยายผลในพื้นที่ตลาดอื่นๆ ในจังหวัดภูเก็ตต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ ข้อกำหนดตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่ โควิด 19

Development of the New Normal Type II Market Model, in Response to COVID-19, Phuket Province

Supaluck Dumrongchua

Phuket Provincial Public Health Office

Received 25 October 2022, Revised 29 December 2022, Accepted 5 January 2023.

Abstract

The objective of this action research is to develop a new normal type 2 market model, in response to COVID-19, Phuket province. The samples were selected from the type 2 market that has been certified by the temporary market standards, at very good level of 5 places, that are the Downtown Market, Wat Thep Market, Mango Market, Ya Ong Market and Mae Kim Hua Market. That was divided into 3 phases: Phase 1, Planning, studying the situation of market, lead to develop a new normal type 2 market model. Phase 2, Take action, running a local experiment with a new normal type 2 market model. Phase 3, assessment of operational effectiveness for type 2 market model. Data analysis used descriptive statistics. The results revealed that in the pretest, all of 5 type 2 markets have passed the healthy temporary market benchmark, but have no implementing the prevention and control of the Coronavirus Disease 2019. Therefore the type 2 market model has been developed through social participation networks, that is the benchmark of a new normal type 2 market model. The criteria is composed of 40 questions in 4 sections: environmental sanitation, personal hygiene, food safety and consumer protection, in response to the pandemic of dangerous communicable disease. And then the new normal type 2 market, a model based testing, implemented with the type 2 market. The results revealed that the effectiveness of upgrading to new normal type 2 market model were Ya Ong Market that passed basic standards, and Mae Kim Hua Market is a good level based on standard. After the development, the overall satisfied, 58.0% of the merchant market were higher level than before, and 66.5% of the customers in market were higher level than before. Suggestion; expanding the new normal type 2 market model into new regions in Phuket.

Keywords: Model development, The New Normal Type 2 market specification, COVID-19

■ บทนำ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อปริมาณนักท่องเที่ยวจังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นจังหวัดที่พึ่งพารายได้จากนักท่องเที่ยว

ต่างชาติถึงร้อยละ 90 สร้างรายได้ด้านการท่องเที่ยวเป็นอันดับ 2 ของประเทศ รองจากกรุงเทพฯ⁽¹⁾ ลดลงจาก 39.92 ล้านคน ในปี 2562 เป็น 6.7 ล้านคน ในปี 2563 และลดลงเหลือเพียงไม่ถึง 400,000 คน ในช่วงวิถีปกติระยะถัดไป

(Next Normal) เป็นช่วงของการฟื้นตัวของ เศรษฐกิจท่องเที่ยวนี้ ยุทธศาสตร์สำคัญที่ภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนต้องร่วมมือในการ ยกกระตือรือร้นของอุตสาหกรรมการบริการ ท่องเที่ยวต้องทำพร้อมไปกับการยกระดับ มาตรฐานด้านสาธารณสุขไปทั่ว รวมทั้งกิจการ และกิจกรรมสาธารณะ

ตลาด จัดเป็นกิจการสาธารณะที่มีความ สำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน และต้นทาง วัตถุดิบในการจัดบริการอาหารเพื่อสนับสนุน อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวของจังหวัดภูเก็ต จากการสอบสวนโรคพบว่า ตลาดสดเป็นคลัสเตอร์ (Cluster) ที่มีการระบาดของโควิด 19 ขนาดใหญ่ ที่ลุกลามจนถึงขั้นต้องปิดพื้นที่ชุมชนโดยรอบ ของตลาดที่เป็นแหล่งที่พักอาศัยรวมกันของ แรงงานต่างด้าว เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดไป ยังสถานที่อื่นในจังหวัดเป็นวงกว้าง ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน-12 กันยายน 2564 จังหวัด ภูเก็ต มีผู้ป่วยที่พบในตลาด จำนวน 313 ราย พบในตลาดจำนวน 24 แห่ง ซึ่งพบในตลาด ประเภทที่ 1 จำนวน 5 แห่ง จำนวนผู้ป่วย 202 คน และตลาดประเภทที่ 2 (ในที่นี้เรียกว่าตลาดนัด) จำนวน 19 แห่ง จำนวนผู้ป่วย 111 คน ซึ่งต้องมี มาตรการในการควบคุมป้องกันการระบาดของ โรค โดยการปิดตลาดจัดการทำความสะอาด ตลาด และวางมาตรการเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากสถิติที่มีคำสั่งปิดตลาดในช่วงสถานการณ์ แพร่ระบาดของโควิด 19 มีตลาดต้องปิด ตั้งแต่ 1 ครั้ง จนมากที่สุด 4 ครั้งต่อตลาด⁽²⁾ เป็นตลาดประเภท ที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 38.00 ที่ถูกพิจารณาให้ปิด จำนวนมากที่สุด เนื่องจากเป็นตลาดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การปิดตัว ของตลาด นอกจากจะส่งผลกระทบต่อ

ดำรงชีพที่จำเป็นของมนุษย์ในชีวิตประจำวัน ในพื้นที่ที่มีการระบาดแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อ ความมั่นใจของประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้องในตลาด ทัวไปว่าจะมีความปลอดภัยในการใช้ชีวิต ประจำวันหรือไม่ ซึ่งย่อมส่งผลต่อความมั่นคง ด้านอาหารในภาพรวมกับผู้เกี่ยวข้องในระบบ อาหารจำนวนมาก ได้อาศัยเป็นพื้นที่ชีวิต สร้าง อาชีพ สร้างรายได้ เศรษฐกิจฐานรากของผู้คน ในชุมชนเล็กๆ หรือแม้แต่คนที่ตกงาน ให้สามารถ นำผลผลิตที่ปลูกเอง หรือสินค้าที่ทำเอง มาวาง จำหน่ายเพื่อสร้างรายได้ ขณะเดียวกัน ก็เป็น พื้นที่ที่ผู้มีรายได้น้อยเข้าถึงได้ ยิ่งในช่วงภาวะ วิกฤต ที่รายได้ลดลง และต้องประหยัดค่าใช้จ่าย

ปัจจุบันการขยายตัวของตลาดประเภท ที่ 2 หรือ ตลาดนัด ในจังหวัดภูเก็ต เพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว มากกว่า 3 เท่าตัว จากปี 2554 ที่มีจำนวน 16 แห่ง เป็น 50 แห่ง ในปี 2564 มีการขออนุญาตถูกต้องจำนวน 32 แห่ง ผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด นำชื่อ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเพียง 18 แห่ง แบ่งเป็น ระดับพื้นฐาน 5 แห่ง ระดับดี 8 แห่ง ระดับดีมาก 5 แห่ง ยังคงไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 32 แห่ง⁽³⁾ ซึ่งมีความเสี่ยงด้านความปลอดภัย อาหารแก่ผู้บริโภค และความเสี่ยงการแพร่ ระบาดของโรคโควิด 19 การศึกษารั้วนี้ มุ่งให้เกิดการพัฒนาแบบตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต การรองรับการใช้ชีวิตแบบวิถีใหม่ อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับบริบท และวิถีชีวิตของประชาชน ของจังหวัดภูเก็ต เพื่อป้องกันและควบคุมโควิด 19 ในตลาด ตามมาตรการความปลอดภัย Thai Stop Covid Plus โดยมีแนวทางจากการพัฒนา รูปแบบตลาดสด (ประเภท 1) บนฐานวิถีใหม่⁽⁴⁾

และการใช้หลักการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลและปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สุขาภิบาลตลาด (ปัจจัยการจัดการภายในตลาด บุคคล และการจัดการขยะ) และการสุขาภิบาลและความปลอดภัยของอาหาร⁽⁵⁾ เน้นการมีส่วนร่วมและความร่วมมือกับผู้ประกอบกิจการตลาดนัดและเจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ควบคุมกำกับ เพื่อให้เกิดการยอมรับและปฏิบัติได้จริง โดยเลือกตลาดประเภท 2 ที่เคยผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัดนำซื้อ กรมอนามัย ระดับดีมาก ในปี พ.ศ.2564 จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ (1) ตลาดนัดดาวจันทร์ ตำบลตลาดเหนือ อำเภอเมือง (2) ตลาดนัดวัดเทพ ตำบลวิจิต อำเภอเมือง (3) ตลาดนัดแมงโก้มาร์เก็ต ตำบลเชิงทะเล อำเภอถลาง (4) ตลาดนัดยายออง ตำบลเทพกษัตรี อำเภอถลาง (5) ตลาดนัดแม่กิมฮั่ว ตำบลกะทู้ อำเภอกะทู้ เป็นต้นแบบในการพัฒนาอย่างยั่งยืน

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่ รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่ รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ประกอบการและประชาชนผู้ใช้บริการภายหลังการพัฒนาตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้ระยะเวลาศึกษา ระหว่างเดือนมิถุนายน-ตุลาคม 2565 โดย

กระบวนการดำเนินงานดัดแปลงจาก Kemmis S, et al⁽⁶⁾ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) โดยเริ่มทบทวน แนวคิด มาตรฐาน กฎหมาย มาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตลาดประเภทต่างๆ เป็นข้อมูลนำเข้า และได้มีการประเมินสภาพตลาดนัด 5 แห่ง ก่อนดำเนินการ เพื่อทราบถึงปัญหา ข้อจำกัด ในการปรับปรุงตลาดสดประเภท 2 และนำข้อมูลที่ได้เข้าสู่กระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ ปัญหาและเสนอแนวคิดในการพัฒนาตลาดจากผู้แทนมีส่วนได้ส่วนเสีย 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) เจ้าของหรือผู้จัดการตลาด จำนวน 5 คน (2) ผู้ประกอบการค้าในตลาด จำนวน 25 คน (3) ผู้ใช้บริการตลาด จำนวน 25 คน ร่วมกับคณะผู้วิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน/พนักงานท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต เพื่อสรุปแนวทาง/รูปแบบใหม่ตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต และทดลองใช้ในระยะถัดไป

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Take action) โดยเจ้าของตลาดและผู้ประกอบการค้าอาหารได้นำรูปแบบที่ได้ในระยะที่ 1 ไปทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน เนื่องจากข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการยกระดับตลาดสด เพื่อรองรับการเปิดรับนักท่องเที่ยว

ระยะที่ 3 การประเมินผล และการสะท้อนกลับ (Reflecting) ของผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ตลาดนัด โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในภาพรวมของตลาด สำหรับผู้ประกอบการและผู้ใช้บริการตลาด กลุ่มละ 200 คน

ในตลาดนัด 5 แห่ง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ค่าความถี่และร้อยละ

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ผ่านการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต รหัสโครงการ PKPH 012/65 วันที่ 17 สิงหาคม 2565

■ ผลการศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบจากกระบวนการวิจัยในแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทีมวิจัยได้มีการประเมินสภาพตลาดนัด 5 แห่ง ก่อนดำเนินการพบว่าตลาดไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด นำซื้อกรมอนามัย 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60 โดยไม่ผ่านในส่วนของสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในการจัดให้มีที่ล้างทำความสะอาดอาหารและภาชนะ 2 แห่ง และอีกตลาดไม่ผ่านในเรื่องการกำจัดน้ำทิ้งจากจุดที่มีที่ล้างอย่างถูกสุขลักษณะ ซึ่งในส่วนที่ตลาดไม่ผ่านนี้ อาจมีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้บริโภคและอาจก่อให้เกิดเหตุเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนข้างเคียง เมื่อนำผลการประเมินดังกล่าว เข้าสู่กระบวนการสนทนากลุ่มมีข้อเสนอแนวคิดในการพัฒนาตลาดประเภทที่ 2 ว่ายังคงรักษามาตรฐานตลาดนัด นำซื้อเดิมของกรมอนามัยไว้ เพื่อความปลอดภัยอาหารและคุ้มครองผู้บริโภค แต่ต้องเพิ่มมาตรการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต้องดำเนินการครอบคลุมให้ครบทั้ง 3 ด้าน คือ (1) ด้านสภาพแวดล้อม โครงสร้าง และระบบสาธารณูปโภค (Infrastructure & Hardware) (2) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้เกี่ยวข้องกับตลาด

และประชาชนผู้บริโภค หรือด้านคน (People-ware) (3) ด้านการบริหารจัดการตลาด (System-ware) และการกำกับดูแลการดำเนินกิจการตลาดให้เป็นไปตามสภาพของท้องถิ่น สุขอนามัยและความปลอดภัยของประชาชน (Good Governance)

ได้ข้อสรุปรูปแบบ “ตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่ จังหวัดภูเก็ต” ที่นำมาตรการ/แนวปฏิบัติที่จำเป็นเพิ่มเติมจากมาตรฐานการดำเนินงานตลาดนัด นำซื้อ (กรมอนามัย) ใน 3 หมวดเดิม ได้แก่ (1) ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (Environmental Sanitation) (2) ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล (Personal Hygiene) (3) ด้านความปลอดภัยอาหาร (Food Safety) และคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) เพิ่มเติมด้านที่ (4) ด้านการรองรับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตราย (Supporting the epidemic of dangerous communicable diseases) เพื่อการเตรียมความพร้อมในอนาคตและให้กิจการดำเนินการต่อเนื่องอย่างยั่งยืน รายละเอียดในตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 ผลการนำรูปแบบตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่ จังหวัดภูเก็ต ไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาตลาดนัด ภายในช่วงเวลาที่จำกัดระยะเวลา 1 เดือน ทุกตลาดสามารถผ่านเกณฑ์ตลาดสดนำซื้อเดิม แต่ยังไม่มิตลาดไหนสามารถดำเนินการได้ครบตามรูปแบบใหม่ ที่มีการเพิ่มข้อกำหนด อย่างไรก็ตาม พบว่า ตลาดทั้ง 5 แห่ง (ร้อยละ 100) สามารถผ่านตามข้อกำหนด ด้านการรองรับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตราย และ 2 ประเด็น ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม คือ การวางผังและกำหนดโซนสินค้าไม่ปะปน การแสดงป้ายราคาชัดเจน สำหรับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อกำหนดตามมาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ กรมอนามัย กับรูปแบบ “ตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่ จังหวัดภูเก็ต”

ข้อกำหนดมาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ กรมอนามัย (20 ข้อ)	ข้อกำหนด“ตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่ จังหวัดภูเก็ต”(40ข้อ) แสดงเฉพาะข้อกำหนดเพิ่มเติมจากตลาดนัด นำซื้อ (20 ข้อ)
<p>ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (15 ข้อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โครงสร้างตลาดมั่นคงแข็งแรง 2. ทางเดินกว้างไม่น้อยกว่า 2 เมตร 3. มีทะเบียนผู้ขายของในตลาด 4. บริเวณขายอาหารสดต้องจัดเป็นสัดส่วนโดยเฉพาะ 5. การป้องกันไม่ให้น้ำจากแผงไหลลงพื้นตลาด 6. แผงจำหน่ายอาหารสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร 7. จัดให้มีห้องส้วม ที่ปัสสาวะและอ่างล้างมือเพียงพอ 8. มีที่เก็บรวบรวมมูลฝอย เพียงพอ ถูกสุขลักษณะ 9. มีที่ล้างทำความสะอาดภาชนะ 10. จัดให้มีน้ำประปาหรือน้ำสะอาดใช้อย่างเพียงพอ 11. มีการทำความสะอาดเป็นประจำทุกวันที่เปิดทำการ 12. มีการกำจัดน้ำทิ้งจากจุดที่มีที่ล้างอย่างถูกสุขลักษณะ 13. ภาชนะและอุปกรณ์ต้องสะอาด ปลอดภัยและจัดเก็บถูกต้อง 	<p>ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (เพิ่ม 6 ข้อ รวมเป็น 19 ข้อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่ตั้งของตลาดต้องอยู่ห่างจากแหล่งที่ก่อให้เกิดมลพิษของเสีย ต่อสุขภาพอนามัย 2. ทางระบายน้ำเป็นรางเปิด ผิวเรียบมีความลาดเอียง มีตะแกรงดักมูลฝอยก่อนระบายน้ำออกสู่ทางระบายน้ำสาธารณะ 3. มีการวางผังและกำหนดโซนจำหน่ายสินค้า ไม่ปะปนกัน 4. จัดให้มีจุดล้างมือภายในตลาด บริเวณโซนจำหน่ายอาหารสดและอาหารปรุงสำเร็จ 5. จัดให้มีเจ้าหน้าที่ดูแลการจราจรในตลาด และจัดให้มีที่จอดรถ 6. จัดให้มีระบบรักษาความปลอดภัย เช่น กล้องวงจรปิด เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เป็นต้น
<p>(ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล)</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. ผู้ขายของและผู้ช่วยขายของต้องแต่งกายและปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร 15. ผู้ขายของและผู้ช่วยขายของผ่านการอบรมสุขาภิบาลอาหาร 	<p>ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล (เพิ่ม 1 ข้อ รวมเป็น 3 ข้อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ขายของและผู้ช่วยขายของ ต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีการตรวจสุขภาพประจำปี
<p>ด้านความปลอดภัยอาหาร (3 ข้อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาหารปรุงสำเร็จต้องมีการปิดกั้น 2. แผงจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์การตรวจสอบสารปนเปื้อน 3. อาหารสด เนื้อสัตว์ อาหารทะเล ต้องเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม 	<p>ด้านความปลอดภัยอาหารและคุ้มครองผู้บริโภค (เพิ่ม 7 ข้อ รวมเป็น 12 ข้อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ควบคุมมิให้มีสัตว์ทุกชนิดอยู่อาศัยหรือนำสัตว์เข้าไปในตลาด 2. แผงจำหน่ายสินค้าแสดงป้ายราคาสินค้าชัดเจน 3. มีคณะกรรมการตลาด 4. มีการสร้างกลุ่มไลน์ตลาด 5. มีจุดบริการเครื่องชั่งกลางที่ได้มาตรฐานไว้บริการและติดป้ายบอกไว้ชัดเจน 6. มีช่องทางการชำระเงินรูปแบบออนไลน์หรือคิวอาร์โค้ดพร้อมแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน 7. มีมาตรการไม่ใช้โฟมบรรจุอาหารในตลาด เว้นแต่ใช้สำหรับเก็บรักษาอุณหภูมิของอาหารสด
<p>ด้านคุ้มครองผู้บริโภค (3 ข้อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่ใช่แสลงหรือวัสดุอื่นใดที่ทำให้ผู้บริโภคมองเห็นอาหารต่างจากสภาพที่เป็นจริง 2. มีการควบคุมดูแลมิให้เกิดเหตุรำคาญ มลพิษ ที่เป็นอันตรายหรือการระบาดของโรคติดต่อ 	<p>ด้านการรองรับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตราย (เพิ่ม 6 ข้อ รวมเป็น 6 ข้อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการเว้นระยะห่างระหว่างผู้ขาย/ผู้ช่วยขาย และผู้ใช้บริการ 2. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาอยู่ในตลาด 3. มีจุดบริการอ่างล้างมือพร้อมสบู่เหลว หรือเจลแอลกอฮอล์สำหรับผู้ใช้บริการอย่างเพียงพอ 4. ให้มีการทำความสะอาดบริเวณตลาดตามหลักสุขาภิบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 5. มีการดูแลทำความสะอาดห้องส้วมทุก 2 ชม. 6. กรณีที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตราย ให้ปฏิบัติตามประกาศของทางราชการอย่างเคร่งครัด

ข้อกำหนดที่ตลาดยังไม่ผ่านมากที่สุดของตลาด ทั้ง 4 แห่ง (ร้อยละ 80) คือ ควบคุมมิให้มีสัตว์เข้าไปอาศัยในตลาด จัดระบบความปลอดภัยและระบบจราจร และจัดให้มีจุดบริการตาชั่งกลาง รองลงมาที่พบไม่ผ่านในตลาด 3 แห่ง (ร้อยละ 60) คือ การตรวจสอบสภาพประจำปีของผู้ขายและผู้ช่วยขาย การเพิ่มจุดล้างมือบริเวณโซนอาหารสดและอาหารปรุงสำเร็จ การมีคณะกรรมการตลาด การสร้างกลุ่มไลน์ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารตลาด และการมีมาตรการไม่ใช่โฟมบรรจุอาหาร และอย่างไรก็ตามพบว่า ทุกตลาดมีการยอมรับและตั้งใจปรับปรุงต่อไปเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดใหม่

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความพึงพอใจของผู้ประกอบการและประชาชนผู้ใช้บริการภายหลังการพัฒนาตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่ ดังนี้

(1) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ประกอบการค้าในตลาด พบว่า ทุกแห่งมีความพึงพอใจโดยภาพรวมภายหลังการพัฒนา อยู่ระดับมากกว่าเดิมถึงมากกว่าเดิมมาก ร้อยละ 98.7, 50.0, 78.1, 90.4 และ 92.3 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ประกอบการค้า ทั้ง 6 ด้าน (ยกเว้นด้านผลิตภัณฑ์) ได้แก่ (1) ด้านราคา (2) ด้านสถานที่บริการ (3) ด้านการส่งเสริมการตลาดและบริการ (4) ด้านบุคลากร (5) ด้านสภาพแวดล้อม (6) ด้านกระบวนการ พบว่า อยู่ในระดับเท่าเดิมมากกว่าเดิมและมากกว่าเดิมมาก ดังตารางที่ 2 อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจในภาพรวมของตลาดนัดทั้ง 5 แห่ง อยู่ในระดับมากกว่าเดิมถึงมากกว่าเดิมมาก ร้อยละ 89.5

(2) ผลการประเมินความพึงพอใจ

ของผู้ใช้บริการตลาด พบว่า ผู้ใช้บริการของตลาดนัดทั้ง 5 แห่ง ตลาดแม่กิมฮั่ว ตลาดยายออง ตลาดดาวนันทาวน ตลาดวัดเทพ แม่งโก้มาร์เกิด มีความพึงพอใจในการใช้บริการตลาดภายหลังการพัฒนาตามรูปแบบตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่ รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต โดยภาพรวมอยู่ระดับมากกว่าเดิมถึงมากกว่าเดิมมาก ร้อยละ 98.7, 100.0, 100.0, 96.1 และ 100.0 ตามลำดับ แยกตามปัจจัยทั้ง 7 ด้าน พบว่าอยู่ในระดับมากกว่าเดิมถึงมากกว่าเดิมมากมีระดับเท่าเดิมในด้านราคาของตลาดนัดวัดเทพ เท่านั้น ดังตารางที่ 2 โดยปัจจัยที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ เจ้าของตลาดส่งเสริมให้มีตาชั่งกลางเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้กับผู้ประกอบการค้า รองลงมา คือ เจ้าของหรือผู้ดูแลตลาดมีการดูแลผู้ประกอบการค้าในตลาดอย่างทั่วถึง และตลาดมีความปลอดภัยจากโรคติดต่อโควิด 19 ตามลำดับ มีเพียงประเด็นเดียวที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากกว่าเดิม คือ การจัดซอกซอมแผนเผชิญเหตุ เช่น อุบัติเหตุไฟไหม้ร่วมกันในตลาด

■ อภิปรายผล

1. จากกระบวนการวิจัยในแต่ละขั้นตอนพบว่า ขั้นตอนที่ 1 นับเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ ในการที่นำผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียกับตลาดมาร่วมกันรับรู้ถึงสภาพของตลาด รวมทั้งเหตุผลความจำเป็นในการต้องพัฒนา และประโยชน์ที่จะได้รับ จึงนำไปสู่ข้อกำหนด “ตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่ จังหวัดภูเก็ต” ซึ่งเพิ่มจากเกณฑ์มาตรฐานเดิม ตลาดนัด นำซื้ออีก 20 ซ้อ เป็นถึง 40 ซ้อ โดยไม่รู้สึกรับภาระและนำไปปฏิบัติในขั้นตอนที่ 2 ส่งผลให้ขั้นตอน

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ประกอบการค้า (ผปก.) และผู้ใช้บริการ (ผบ.) รายตลาดปัจจัย ความพึงพอใจ

ปัจจัยความพึงพอใจ	ตลาดแม่กิมฮั่ว ระดับพึงพอใจ			ตลาดยายอง ระดับพึงพอใจ			ตลาดดาวหว่าน ระดับพึงพอใจ			ตลาดวัดเทพ ระดับพึงพอใจ			แมงโก้มาร์เก็ต ระดับพึงพอใจ							
	ผปก.	ผบ.	ผ.	ผปก.	ผบ.	ผ.	ผปก.	ผบ.	ผ.	ผปก.	ผบ.	ผ.	ผปก.	ผบ.	ผ.					
ผลิตภัณฑ์	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
ราคา	1.7	35.0	63.3	1.6	5.6	58.3	36.1	1.3	6.3	28.1	65.6	1.6	16.6	37.2	46.2	1.3	42.3	56.4	1.6	
สถานที่บริการ	9.6	28.8	61.6	1.5	79.2	0.0	20.8	0.7	46.9	26.6	26.5	0.9	39.4	29.8	30.8	0.9	21.1	32.7	46.2	1.2
สิ่งเสริม	9.0	34.6	56.4	1.5	33.3	33.3	33.4	0.7	31.3	34.3	34.4	0.9	42.3	25.0	32.7	0.9	19.2	38.5	42.3	1.2
ตลาด/บริการ	1.6	27.7	70.7	1.7	52.3	31.0	16.7	0.9	41.5	33.5	25.0	1.2	20.0	32.2	47.8	1.2	13.7	33.0	53.3	1.5
บุคลากร	2.6	22.7	74.7	1.7	24.0	43.8	32.2	0.9	1.2	44.9	53.9	1.2	26.0	36.7	37.3	1.2	3.4	32.7	63.9	1.5
สิ่งแวดล้อม	3.8	31.3	64.9	1.6	51.2	29.8	19.0	0.9	36.6	36.6	26.8	1.2	24.0	30.7	45.3	1.2	23.1	41.2	35.7	1.3
กระบวนการ	3.1	36.9	60.0	1.6	16.6	56.7	26.7	0.9	2.5	38.7	58.8	1.2	20.4	35.4	44.2	1.2	0.8	49.2	50.0	1.3
รวม	5.9	35.3	58.8	1.6	46.4	29.8	23.8	1.0	40.6	37.1	22.3	1.1	21.1	26.7	52.2	1.3	13.7	35.7	50.6	1.5
	5.4	27.9	66.7	1.6	18.3	46.7	35.0	0.6	6.9	43.7	49.4	1.3	20.8	36.9	42.3	1.3	2.3	31.5	66.2	1.5
	3.2	28.8	68.0	1.6	75.0	4.2	20.8	0.6	42.2	39.1	18.7	1.3	20.2	37.5	42.3	1.1	11.5	21.2	67.3	1.5
	3.2	35.9	60.9	1.6	33.3	50.0	16.7	1.1	3.1	20.3	76.6	1.3	35.6	27.9	36.5	1.1	3.8	40.4	55.8	1.5
	3.3	31.3	65.4	1.7	54.8	22.6	22.6	1.1	34.8	43.8	21.4	1.2	19.8	32.7	47.5	1.2	13.7	27.0	59.3	1.5
	1.9	22.8	75.3	1.7	0.0	39.6	60.4	1.1	1.6	40.6	57.8	1.2	22.1	38.5	39.4	1.2	3.9	34.6	61.5	1.5
	1.3	24.3	74.4	1.8	50.0	25.0	25.0	1.0	21.9	50.0	28.1	1.4	9.6	36.6	53.8	1.5	7.7	23.1	69.2	1.6
	1.3	19.2	79.5	1.8	0.0	66.7	33.3	1.0	0.0	31.2	68.8	1.4	3.9	42.3	53.8	1.5	0.0	34.6	65.4	1.6
ภาพรวมเฉลี่ย	1.63			0.95			1.24			1.21			1.47							
	มากกว่าเดิมมาก			มากกว่าเดิม			มากกว่าเดิม			มากกว่าเดิม			มากกว่าเดิมมาก							

ที่ 3 สามารถดำเนินการได้เกือบครบทุกข้อ แม้จะใช้เวลาจำกัดเพียง 1 เดือน รวมทั้งมีผลการประเมินความพึงพอใจทั้งตัวผู้ประกอบการและผู้ให้บริการ อยู่ในเกณฑ์เท่าเดิมถึงมากกว่าเดิมมาก ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงาน ของ อัมพร จันทวิบูลย์, ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย⁽⁴⁾ การพัฒนารูปแบบ ตลาดสด (ประเภท 1) บนฐานวิถีชีวิตใหม่ ที่นำการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และชุมชน เป็นทุนเดิมจากการพัฒนางาน ด้านการสุขาภิบาลอาหารของทีมงานสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่สร้างชมรมผู้ประกอบการ ค้าอาหาร ในกลุ่มร้านค้าหน่วยอาหาร ตลาดสด นำซื้อ และอาหารริมบาทวิถี โดยมีตัวอย่างความสำเร็จของคณะกรรมการชมรมผู้ประกอบการค้า ตลาดทรัพย์สิน จังหวัดสุพรรณบุรี ให้ความร่วมมือในการพัฒนาตลาดและเป็นกลไกที่เชื่อมประสานกับเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี ได้อย่างดี และบุญเลิศ มาตราคุณ, ชัยยง ขามรัตน์⁽⁷⁾ ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาตลาดสด เทศบาลตำบลเฝ้าไร่ อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย ตลาดมีผลลัพท์ที่ดีขึ้น และพบการมีส่วนร่วม โดยผ่านขั้นตอนการดำเนินงานที่เกิดจากการขับเคลื่อนของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องโดยตรง เกิดการพัฒนาที่เริ่มจากระดับผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นแนวทางการพัฒนาตลาดสดที่ยั่งยืน

2. ข้อสังเกตเรื่อง ไม่ผ่านการประเมินตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่จังหวัดภูเก็ต ทั้ง 5 ตลาด คือ มาตรฐานด้านการสุขาภิบาล โดยเฉพาะข้อกำหนดจัดให้มีที่ล้างทำความสะอาดภาชนะ ในบริเวณแผงจำหน่ายอาหารสด เนื้อสัตว์ ข่าแหละ และอาหารปรุงสำเร็จ รวมทั้งข้อกำหนด เรื่องการกำจัดน้ำทิ้งจากจุดที่มีที่ล้างอย่างถูก

สุขลักษณะ จัดให้มีอ่างล้างมือในโซนอาหารสด และอาหารปรุงสำเร็จ การควบคุมมิให้มีสัตว์เข้าไปอาศัยในตลาด และการจัดระบบความปลอดภัยและระบบจราจร เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากสภาพของสถานที่ที่ไม่ถาวร และข้อจำกัดเรื่องการลงทุนพัฒนาของเจ้าของตลาดและผู้ประกอบการค้า ซึ่งสอดคล้องกับ ณัฐธยาน์ ศรีหาวงษ์, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม⁽⁶⁾ ที่ศึกษาสถานการณ์สุขาภิบาลอาหารในตลาดนัดส่วนใหญ่ไม่ผ่านด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และจริยา อินทรรศมี และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษารูปแบบการจัดการตลาดนัด ให้ถูกสุขลักษณะ กรณีศึกษา: พื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 ที่พบว่าสภาพปัญหาที่พบในตลาดประเภทที่ 2 เป็นข้อกำหนดจัดให้มีที่ล้างทำความสะอาดและภาชนะในบริเวณแผงจำหน่ายอาหารสด แผงจำหน่ายอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ข่าแหละ และแผงจำหน่ายอาหารประเภทปรุงสุก ทั้งนี้ในความเห็นผู้วิจัยมีข้อเสนอว่าในอนาคตตลาดประเภทที่ 2 ที่มีผลประกอบการดี ต้องมีการพัฒนาไปสู่การเป็นตลาดประเภทที่ 1 ทั้งหมดเพื่อทำให้เกิดมาตรฐานการสุขาภิบาลและเพื่อความปลอดภัยในการบริโภคตามแนวคิดในการพัฒนากฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย สุขลักษณะของตลาด พ.ศ. 2551

3. การประเมินความพึงพอใจของผู้ประกอบการและประชาชนผู้ให้บริการภายหลังการพัฒนาตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่ ผลการสะท้อนความพึงพอใจต่อการพัฒนาตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่ รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต ภายหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ประกอบการค้าในตลาดและผู้ให้บริการตลาดตลาดแมกิมฮั่วมีปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ประกอบการค้าและผู้ให้บริการตลาดอยู่

ระดับมากกว่าเดิมมากทุกปัจจัย รองลงมาตลาดแมงโก้มาร์เก็ตมีความพึงพอใจอยู่ระดับมากกว่าเดิมและอยู่ระดับมากกว่าเดิมมาก ท้ายสุดคือตลาดยายอองมีความพึงพอใจอยู่ระดับมากกว่าเดิมทุกปัจจัย ยกเว้นปัจจัยสภาพแวดล้อมอยู่ระดับเท่าเดิม และภาพรวมเฉลี่ย ตลาดแมงโก้มาร์เก็ตอยู่ระดับมากกว่าเดิมมาก ตลาดยายออง ตลาดดาวนัทาวน ตลาดวัดเทพอยู่ระดับมากกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบตลาดนัดชุมชนตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม⁽¹⁰⁾ ที่ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการใช้บริการตลาดภายหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากกว่าเดิม ปัจจัยที่ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจสูงสุด คือ การชำระเงินมีหลายช่องทาง รองลงมาคือ อาหารสด ใหม่ สะอาด ปลอดภัย โครงสร้างมั่นคงแข็งแรง สอดคล้องกับอำพัน ศิริสม และดิฐา แสงวัฒนะชัย⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษารูปแบบตลาดนัดชุมชนตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่ผู้ใช้มีความพึงพอใจในสินค้าทั้งด้านความหลากหลาย คุณภาพและราคาที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไสภิตา รัตนสมโชค⁽¹¹⁾ และรัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร และคณะ⁽¹²⁾ เกี่ยวกับองค์ประกอบของแนวคิดส่วนประสมทางการตลาด จากข้อสังเกต ผลการสะท้อนภายหลังการพัฒนาผู้ประกอบการในตลาดส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อตลาดอยู่ในระดับมากกว่าเดิมถึงมากกว่าเดิมมาก มีเพียงตลาดเดียวที่มีความพึงพอใจทุกด้านเท่าเดิม คือ ตลาดยายออง อาจเนื่องจากในช่วงที่ผ่านมามีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนในฝั่งผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจทุกด้านมากกว่าเดิมถึงมากกว่าเดิมมาก เนื่องจากเป็นผลประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการได้รับจากการพัฒนาตลาดในครั้งนี้

4. ความเป็นไปได้ ในการนำรูปแบบ “ตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต” ที่พัฒนาขึ้นนี้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างต่อเนื่อง ไปใช้เป็นต้นแบบให้ตลาดประเภทที่ 2 ที่มีการดำเนินการอยู่แล้วนำไปประยุกต์ใช้ตามสภาพ ปัญหา บริบท และวิถีชีวิตของแต่ละพื้นที่ ซึ่งท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการกำกับดูแล โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่สำคัญคือ ผู้ประกอบการ ชุมชน และประชาชน ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาในระยะยาว ซึ่งแต่ละตลาดอาจมีความพร้อมที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงขอเสนอให้ กำหนดให้ตลาดประเภทที่ 2 ของจังหวัดภูเก็ต ควรผ่านข้อกำหนดตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่จังหวัดภูเก็ต โดยเริ่มต้นให้ผ่านระดับพื้นฐาน จำนวน 22 ข้อก่อน และส่งเสริมให้ยกระดับเพิ่มเติมในระยะถัดไปคือ ระดับดี จำนวน 27 ข้อ และระดับดีมาก จำนวน 34 ข้อ หากมีการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตราย ต้องผ่านเกณฑ์ด้านการรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตราย เพิ่มอีก 6 ข้อในทุกระดับ จากข้อสังเกต ที่พบว่ามาตรการการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคที่เข้าสู่ร่างกายผ่านระบบทางเดินหายใจทำให้อ่างเคร่งครัดในมาตรการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วย การเว้นระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาที่เข้ามาใช้บริการในตลาด การล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสะอาดและสบู่หรือน้ำยาล้างมือหรือเจลแอลกอฮอล์ การทำความสะอาดจุดเสี่ยงและจุดสัมผัสร่วม การล้างตลาดตามหลักสุขาภิบาล สัปดาห์ละครั้ง รวมถึงการลดการสัมผัสเป็น

สังคมไร้เงินสด นอกจากจะทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคโควิด 19 แล้วยังทำให้โรกระบบทางเดินหายใจอื่นๆ และโรกระบบทางเดินอาหารลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิทักษ์ เต็มเกียรติไพบูลย์⁽¹³⁾ กล่าวว่า มาตรการดังกล่าวสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้บริโภคในการใช้บริการในร้านอาหาร และเป็นไปตามแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับตลาดนัด ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾

■ ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับนำสิ่งที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะ ต้องกำกับดูแล การดำเนินกิจการตลาด ให้มีคุณภาพและมีมาตรฐาน นำรูปแบบตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ เพื่อช่วยในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ครอบคลุม

1.2 กรมอนามัย ร่วมกับ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น นำรูปแบบ “ตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต” ขยายผลครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และนำรูปแบบ “ตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19” ไปจัดทำเป็นคู่มือ และแนวทางในการดำเนินงานมาตรฐานใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนิน

งาน แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ

1.3 ภาคเอกชนที่มีความประสงค์จะจัดตั้งตลาดประเภทที่ 2 นำรูปแบบ “ตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต” ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้ได้มาตรฐาน ปลอดภัย สร้างความมั่นใจแก่ประชาชน ผู้รับบริการ

1.4 เพิ่มการประชาสัมพันธ์ตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต ให้เป็นที่รู้จักแก่นักท่องเที่ยว และส่งเสริมสนับสนุนให้มีกิจกรรมการท่องเที่ยวภายในตลาดที่ผ่านมาตรฐานนี้ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

2.1 ศึกษาพัฒนาระบบและกลไกของตลาดประเภทที่ 2 ของจังหวัดภูเก็ต เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการควบคุม กำกับ และสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตลาดประเภทที่ 2

2.2 พัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภูเก็ต ให้มีความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมินและให้คำแนะนำเจ้าของตลาดประเภทที่ 2 ให้เป็นไปตามข้อกำหนดรูปตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่ จังหวัดภูเก็ต เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลวิจัยพบว่ารูปแบบตลาดประเภทที่ 2 วิถีใหม่ รองรับสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดภูเก็ต สอดคล้องและครอบคลุมตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ. 2551 และมาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ ของกระทรวงสาธารณสุข จึงเสนอแนะให้จังหวัดภูเก็ต ควรกำหนดนโยบายให้ตลาดประเภทที่ 2 ทุกแห่ง

นำข้อกำหนดตลาดประเภทที่ 2 วิธีใหม่รองรับ สถานการณ์โควิด 19 ไปพัฒนาตลาด และ บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อ ควบคุม กำกับให้เป็นไปตามข้อกำหนด และ ป้องกันการระบาดของโควิด 19

■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วง ตามวัตถุประสงค์ด้วยดี โดยได้รับความกรุณา

อย่างสูงจาก นายพิเชษฐ ปาณะพงศ์ รองผู้ว่า ราชการจังหวัดภูเก็ต นางจันทร์แรม ต้นทเวช เจ้าของตลาดนัดแมกิมฮั่ว นายสุวัฒน์ หลักฐาน เจ้าของตลาดนัดวัดเทพ นายการุณ เวชกุล เจ้าของตลาดนัดแมงโก้ นายสมนึก ตัณฑวณิช เจ้าของตลาดนัดดาวนันทาว์ นางจตุติอาภา นิวรรณ เจ้าของตลาดนัดยายออง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่และมี ส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศรัณย์ กิจวาทิน. ภูเก็ตพังสุด เมื่อไทยยังไร้นักท่องเที่ยวต่างชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://thestandard.co/phuket-economy-when-there-are-no-foreign-tourists/>.
2. กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย. รายงานสรุปสถานการณ์โควิด-19 ในตลาดจังหวัดภูเก็ต. ภูเก็ต: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต; 2564.
3. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. คู่มือตลาดนัด นำซื้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้ว เจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2564.
4. อัมพร จันทวิบูลย์, ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย, ประภัสสร ผลวงษ์, ศิริวรรณ ลิ้มปริงษ์, นันทิยาณี แก้วเรือง. การพัฒนารูปแบบตลาดสด (ประเภทที่ 1) บนฐานวิถีชีวิตใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม 2564;44(3):90-102.
5. นุชนาถ แซ่มซ้อย, อาภาภรณ์ บูลสถาพร, ไชยยศ บุญญากิจ. การป้องกันโควิด-19 ในมุมมองด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(2):S376-88.
6. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner. Doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
7. บุญเลิศ มาตราคุณ, ชัยยง ชามรัตน์, พิทยา ศรีเมือง. รูปแบบการพัฒนาตลาดนำซื้อเทศบาลตำบลเฝ้าไร่ อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561;41(2):103-15.
8. ณัฐชยาน์ ศรีหาวงษ์, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. สถานการณ์สุขาภิบาลอาหารในตลาดนัดอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560;10(3):54-64.
9. จริยา อินทรศรีศมี, นิตยาภรณ์ ศรีชัย, วาสนา คณะวาปี, นิธิวดี ศรีภักดิ์, จิรสุดา ทองปาน. รายงานการศึกษารูปแบบการจัดการตลาดนัดให้ถูกสุขลักษณะ กรณีศึกษา : พื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2560004901.pdf>.
10. อ่าพัน ศิริสม, ดิฐา แสงวัฒนะชัย. การศึกษารูปแบบตลาดนัดชุมชนตำบลนาโพธิ์ อ.กุดรัง จ.มหาสารคาม. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2561;37(3):207-21.

11. โสภิตา รัตนสมโชค. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (7Ps) ที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการรถไฟฟ้าเฉลิมพระเกียรติ (บีทีเอส) ของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
12. รัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร, ภาคภูมิ ภัควิภาส, เบญญาภา กันทะวงศ์วาร. พฤติกรรมและส่วนประสมทางการตลาดที่มีต่อการท่องเที่ยววิถีไทยของนักท่องเที่ยวต่างประเทศเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวในเขตภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2559;9(3):127-39.
13. พรพิทักษ์ เต็มเกียรติไพบุลย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการร้านอาหารในภาวะโควิด-19 (COVID-19). [การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม; 2564.
14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับตลาดสด ตลาดนัด ตลาดน้ำ ตลาดค้าปลีก/ส่ง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://stopcovid.anamai.moph.go.th/webapp/tsctype2.php?group=11>

HEALTH

ปัจจัยสัมพัทธ์ที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในทารกแรกเกิด ประเทศไทย

ฉวีวรรณ ตันพุดชา

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 18 มกราคม 2565, วันแก้ไข 14 ธันวาคม 2565, วันตอบรับ 21 ธันวาคม 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study design) โดยการศึกษาย้อนหลัง (Expose Factor Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดในบริบทของประเทศไทย และเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนางานการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด ตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ ทารกแรกเกิด ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 103 ราย โดยทำการเก็บข้อมูล ข้อมูลย้อนหลังจากแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และ/หรือ การเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน ระยะเวลาที่ศึกษา เดือนสิงหาคม 2563 - ธันวาคม 2563 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ผลการวิจัย พบว่า 1. ปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด ได้แก่ การมาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ ร้อยละ 52.32 เป็นการติดเชื้อในครรภ์แรก ร้อยละ 56.56 และพบว่ามี การติดเชื้อของสามีหรือคู่ร่วมด้วย ในการรับการรักษาพบว่าครึ่งหนึ่งได้รับการรักษาตามมาตรฐาน 2. ปัจจัยของทารกสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดพบว่าร้อยละ 30.10 มีการคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 9.71 ไม่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเมื่อแรกคลอด (PCR at birth) และร้อยละ 6.59 ได้กินนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล และขณะอยู่บ้านผู้ปกครองมีการเคี้ยวอาหารป้อน 3. สรุปสาเหตุที่เป็นปัจจัยต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารก พบว่าการฝากครรภ์ช้าและการไม่ฝากครรภ์ การให้บริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ การติดเชื้อภายหลังการคลอด และการไม่มารับการดูแลตามนัดหมาย ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การส่งเสริมสนับสนุนการฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อค้นหาความเสี่ยงและให้การดูแลตามมาตรฐาน เพิ่มความเข้มแข็งระบบบริการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เช่น การให้การปรึกษา การให้ยาต้านไวรัส การดูแลต่อเนื่องรายบุคคลและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไป เน้น การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน การป้องกันและการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : ปัจจัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

Relating Factor of Neonatal HIV Infection : A Case of Thailand

Chaweewan TonPutsa

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Received 18 January 2022, Revised 14 December 2022, Accepted 21 December 2022.

Abstract

The study is conducted with descriptive study design by studying the previous research (expose factor research) to find factors related to HIV infection in newborns in the context of Thailand, in order to create policy suggestions for the development of the termination of HIV in newborns. The data on HIV infection in newborns was collected by historical data collection method, from the new HIV infection reports and/or reports on mortality from HIV infection in children under the age of 18 among 103 samples. The period of study was August 2020 to December 2020. The results showed that (1) Factors of pregnant women related to infection HIV in newborns, including receiving antenatal care later than 28 weeks of gestation (52.32%). The infection was mostly found in the first pregnancy (56.56%), together with infection in husband or partner. In terms of treatment, it was found that half of the sample received treatment that met the standard. (2) Factors of newborns related to infection HIV, it was found that there were premature births at less than 37 weeks of gestation (30.10%). Other factors including the failure to receive PCR at birth (9.71%), exclusive breastfeeding while at the hospital (6.59%), and parents/guardians practiced mouth-to-mouth feeding with the newborns at home. (3) The causal factors of HIV infection in newborns including late antenatal care, or the lack of antenatal care, inefficient service, irregular usage of antiretroviral drugs, infection after birth, and failure to receive care according to the appointment. In conclusion, this study identified factors related to HIV infection in newborns in the context of Thailand to improve the development of the service system and the standard on protection of HIV transmission from mother to child, in order to sustainably achieve the elimination of new HIV infections.

keywords : Factors of HIV infection in newborns, Prevention of Mother to Child HIV Transmission

■ บทนำ

เมื่อปี พ.ศ. 2531 มีรายงานหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขจึงรณรงค์ส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ในขณะที่ตั้งครรภ์ ต่อเนื่องจนถึง

หลังคลอด โดยให้นมผสมสำหรับเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ขณะเดียวกันได้เริ่มดำเนินโครงการนาร่องการให้การปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ และให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในจังหวัดนาร่องภาคเหนือและภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ และในปี พ.ศ.2543 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายและแนวทางปฏิบัติระดับชาติให้สถานพยาบาลสาธารณสุข ดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยบูรณาการเข้ากับงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาล การบริการประกอบด้วย การให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ซีฟิลิส และตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ ให้ยาต้านไวรัส และให้นมผสมสำหรับเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี การดำเนินงานและการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องทั้งด้านสูตรยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ที่เริ่มจาก Short course โดยใช้สูตรยา Zidovudine (AZT) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ ตั้งแต่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ และให้ AZT Syrup ในทารก นาน 4 สัปดาห์ และในปี พ.ศ. 2553 เปลี่ยนสูตรยาเป็น Highly active antiretroviral treatment (HAART) ร่วมกับส่งเสริมให้มีการให้การปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่ในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ และในปี พ.ศ.2557 มีการแนะนำให้ยา HAART โดยเร็วที่สุดและต่อเนื่องหลังคลอด โดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 (WHO option B+) การดูแลทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในปีพ.ศ.2557 เป็นต้นมา ได้นำวิธีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทำโดยการ HIV PCR มาใช้ เพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก โดยจำแนกทารกตามความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นความเสี่ยงทั่วไปและเสี่ยงสูง ซึ่งทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเสี่ยงทั่วไปได้รับการตรวจ HIV PCR 2 ครั้ง เมื่ออายุ 1 เดือน และ 2-4 เดือน ส่วนทารกที่คลอดจากแม่ที่มีความเสี่ยงต่อ

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูงจะได้รับการตรวจ HIV PCR 3 ครั้ง เมื่อแรกเกิด อายุ 1 เดือน และ 2 เดือน เด็กทุกรายที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการตรวจ HIV antibody ยืนยันเมื่ออายุ 18 เดือน

ปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และภาคีเครือข่าย ได้มีความร่วมมือในการดำเนินโครงการการจัดการเชิงรุกรายบุคคลเพื่อเริ่มยาต้านไวรัสแก่ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีให้เร็วที่สุด กรมอนามัยได้ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมการฝากครรภ์เร็ว ส่งเสริมความครอบคลุมการให้การปรึกษาและตรวจเลือดหาสถานะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นคู่ การส่งเสริมให้หน่วยบริการดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกตามมาตรฐาน และการค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด เพื่อการพัฒนากิจกรรมบริการในการยุติถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในปี 2573 ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 ผลการดำเนินงาน จากรายงานระบบติดตามผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS) ปี 2561 และปี 2562 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเป็นร้อยละ 1.41 (จำนวน 56 ราย) และร้อยละ 1.27 (จำนวน 47 ราย) ตามลำดับ กรมอนามัย ซึ่งมีหน้าที่หลักในการพัฒนางานและลดอัตราการติดเชื้อให้ต่ำที่สุดในทารกแรกเกิด ตามยุทธศาสตร์ที่ 2 การยกระดับและบูรณาการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเต็ม ให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ จึงได้จัดทำแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และ/หรือการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กอายุต่ำกว่า

18 เดือนขึ้นไป โดยการประชุมผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแบบรายงาน เพื่อสืบค้นหาสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด เพื่อใช้ในการติดตามค้นหาสาเหตุที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด ที่เกี่ยวข้องกับตัวหญิงตั้งครรภ์ และระบบการบริการที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด ประเทศไทย

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดในบริบทของประเทศไทย
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนางานการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study design) โดยการศึกษาย้อนหลัง (Expose Factor Research) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด จากการเก็บข้อมูลรายงานการดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ปี 2561-2562

- **พื้นที่ศึกษา** ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐและเอกชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และมีรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด
- **กลุ่มตัวอย่าง** จำนวน 103 ราย ได้แก่ ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2561-2562 และได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR หรือ Anti HIV

ในช่วงอายุแรกเกิดถึง 2 ปี

- **การเก็บรวบรวมข้อมูล** 1) ทำหนังสือราชการถึงโรงพยาบาลที่มีการรายงานผลการติดเชื้อของทารก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และ/หรือการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน 2) เก็บรวบรวมแบบรายงานฯ ที่ตอบกลับจากโรงพยาบาล ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบรายงานฯ 3) นำข้อมูลจากแบบรายงานฯ ไปบันทึก วิเคราะห์ ด้วยโปรแกรม Excel 4) การวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากแบบรายงานฯ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ 5) สรุปผลและเขียนรายงาน

- **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย เลขที่ 419/2564 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2563

■ ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์ที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเป็นแนวทางการวิเคราะห์ ผลการศึกษาประกอบด้วย

1. ปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด 2. ปัจจัยของทารกสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด และ 3. สาเหตุที่เป็นปัจจัยต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารก สรุปได้ดังนี้
 1. ปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด
 - 1.1 การได้รับการดูแลขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 83.49 มีการฝากครรภ์ (ANC)

โดยร้อยละ 15.11 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และร้อยละ 52.32 มาฝากครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ และร้อยละ 16.50 ไม่ได้ฝากครรภ์ (No ANC)

1.2 การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ร้อยละ 56.56 ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวีในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 35.35 พบว่าติดเชื้อก่อนการตั้งครรภ์ และร้อยละ 8 พบการติดเชื้อภายหลังการคลอดบุตร

1.3 การติดเชื้อของสามีหรือคู่

ร้อยละ 24.3 สามีหรือคู่ มีผลเลือดเอชไอวีบวกร้อยละ 19.4 ไม่ติดเชื้อ และพบว่าร้อยละ 55.3 ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของสามีหรือคู่

1.4 การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ร้อยละ 53 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านไวรัสเป็นสูตรยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง (HAART) ถึงร้อยละ 51.8 และพบว่าร้อยละ 47 หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับยาต้านไวรัส โดยพบข้อมูลที่เป็นปัจจัยด้านตัวผู้รับบริการ คือการฝากครรภ์ช้าและการไม่ฝากครรภ์ ถึงร้อยละ 56.41 การติดเชื้อภายหลังคลอดบุตร ร้อยละ 20.51 การติดเชื้อก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 23.07 ในส่วนระบบบริการ พบว่า ผู้รับบริการมารับบริการฝากครรภ์ที่ รพ. เอกชน หรือคลินิกเอกชน และไม่ได้รับบริการตามแนวทางฯ ร้อยละ 50.00

2. ปัจจัยของทารกสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด

2.1 ลักษณะทั่วไป

น้ำหนักแรกเกิด พบว่า ร้อยละ 27.2 มีน้ำหนักแรกเกิด ต่ำกว่า 2,500 กรัม และร้อยละ 68.0 มีน้ำหนักแรกเกิดเท่ากับ 2,500–3,500 กรัม อายุครรภ์ที่คลอด พบว่า ร้อยละ 30.1

คลอดที่อายุครรภ์ น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และร้อยละ 51.5 คลอดครบกำหนดที่อายุครรภ์ 38–40 สัปดาห์

2.2 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 78.64 ได้รับการตรวจเอชไอวีเมื่อแรกเกิด (PCR at birth) ร้อยละ 90.29 ได้รับการตรวจเมื่อทารกอายุ 1 เดือน และร้อยละ 9.7 ไม่ได้รับการวินิจฉัย

2.3 การได้รับนมขณะอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 91.20 ได้รับนมผสมอย่างเดียว และพบว่าร้อยละ 2.19 ได้นมแม่พร้อมนมผสม และร้อยละ 6.59 ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียว และพบว่าเมื่อทารกกลับบ้านทุกราย ได้รับนมผสมอย่างเดียว มี 2 รายที่มีการเคี้ยวอาหารป้อนคิดเป็นร้อยละ 1.94

3. สรุปสาเหตุหลักที่เป็นปัจจัยต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารก

สาเหตุลำดับที่ 1 ร้อยละ 56.3 คือการฝากครรภ์ช้าและการไม่ฝากครรภ์ โดยนิยามการฝากครรภ์ช้าหมายถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มาเข้ารับการดูแลขณะตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ และการไม่มาฝากครรภ์ หมายถึงหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลในระยะตั้งครรภ์ตั้งแต่การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

สาเหตุลำดับที่ 2 ร้อยละ 18 คือการให้บริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยนิยาม หมายถึงความครอบคลุมในกระบวนการให้บริการตามมาตรฐานด้านอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงกระบวนการให้บริการการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ได้แก่ การไม่ได้ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์,

การให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้รับบริการซ้ำ การให้ยาต้านไวรัสที่ไม่ได้มาตรฐานตามสูตรยา

สาเหตุลำดับที่ 3 ร้อยละ 12 คือการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ โดยนิยาม หมายถึง การกินยาต้านไวรัสของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสเอชไอวีจากแม่สู่ลูกไม่สม่ำเสมอ และระยะเวลาน้อยกว่า 12 สัปดาห์ สาเหตุจากการไม่มารับยาที่โรงพยาบาล การไม่กินยาดูแลตนเอง/ปฏิเสธการรักษา

สาเหตุลำดับที่ 4 ร้อยละ 6 คือการติดเชื้อภายหลังการคลอด โดยนิยาม หมายถึง การตรวจพบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์หลังจากคลอดบุตร ได้แก่ กรณีตรวจพบหลังคลอดทันที และกรณีที่ทารกป่วยเข้ารับการรักษารักษา จึงกลับมาตรวจที่มารดาซ้ำ

สาเหตุลำดับที่ 5 ร้อยละ 2 คือ การไม่มารับการดูแลตามนัดหมาย โดยนิยาม หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่มารับการดูแลรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

สาเหตุลำดับที่ 6 ร้อยละ 5.7 ไม่สามารถระบุสาเหตุหลักที่ชัดเจนได้

■ อภิปรายผล

การให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ตามนโยบายของประเทศ⁽¹⁾ ดำเนินการครอบคลุมทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและภาคเอกชน สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานแนวทางของประเทศที่กำหนดไว้ และในปี 2540 ได้บรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการบริการฝากครรภ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และในกิจกรรมบริการนั้นส่งผลต่อการลดการถ่ายทอดเชื้อ

เอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยพบว่าปัจจัยของตัวหญิงตั้งครรภ์ที่สำคัญคือการที่ไม่ฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์ช้า ซึ่งสอดคล้องกับ Girma Alemayehu Beyene และคณะ⁽²⁾ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ในเอธิโอเปียที่ไม่ได้ฝากครรภ์หรือขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่เพื่อการดูแลป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (AOR:5.1;95%CI:1.4,18.1), และการมีส่วนร่วมของสามี/คู่ในการร่วมกันดูแลขณะฝากครรภ์ (AOR:6.9;95%CI:1.4,13.4), ความต่อเนื่องในการกินยาต้านไวรัส ขณะตั้งครรภ์ (AOR:3.1; 95%CI:1.3,7.5) ส่งผลให้การติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น และด้านปัจจัยของทารกสอดคล้องกับ Lígia M.D. de Lemos,⁽³⁾ หญิงตั้งครรภ์ในซิมบับเว และ Stella Ngwende⁽⁴⁾ หญิงตั้งครรภ์ในบราซิลได้ให้ทารกกินนมแม่อย่างเดียวหลังคลอด หรือให้นมผสมและนมแม่ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ทารกติดเชื้อมากขึ้น ส่วนด้านนโยบาย รวมถึงมาตรฐานการบริการ ตรงกับ Matida LH และคณะ⁽⁵⁾ พบว่าเธอไปโลประเทศบราซิล มีนโยบายในด้าน การฝากครรภ์คุณภาพสม่ำเสมอ นโยบายการให้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการงดนมแม่ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับประเทศไทยที่มีนโยบายที่ชัดเจน และแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานในการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ได้ดำเนินการตามกรอบแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ.2558-2562 ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานแบบผสมผสานและเชื่อมโยงการป้องกันให้ต่อเนื่องกับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุม จะเห็นได้จากการที่ดูแลในหญิง

ตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ ตั้งแต่การให้การปรึกษาแบบคู่ การตรวจสถานะการติดเชื้อเอชไอวี การส่งต่อการดูแลรักษาคู่ด้วยยาต้านไวรัส แต่ยังสามารถไม่ครอบคลุม

ในปี 2559 ประเทศไทยผ่านการรับรองการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก จากองค์การอนามัยโลก โดยถือเป็นประเทศแรกของเอเชีย เป็นประเทศที่ 2 ของโลก และในปี 2561 ได้รับการรับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 ในการประชุม GVAC ที่นครเจนีวา แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังมีความท้าทายในการดำเนินงาน เนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ช้าก่อน 12 สัปดาห์ ทำให้การรักษาตามมาตรฐานไม่ครอบคลุม ประกอบกับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรทุกกลุ่มวัยเพิ่ม การตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Stigma and discrimination) ทำให้ต้องปิดเป็นความลับส่งผลต่อการดูแลในช่วงตั้งครรภ์ ต่อเนื่องถึงทารกแรกเกิด เช่น การทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งทำให้ยาไม่ได้รับผลดีเท่าที่ควร เกิดการติดยาและส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาในเวลาต่อมา ดังนั้นการเผยแพร่ความรู้และรณรงค์ในวงกว้าง เพื่อให้ผู้หญิงทุกคนที่ตั้งครรภ์ และครอบครัวเข้าใจและมารับบริการ ตั้งแต่ช่วงต้นของการตั้งครรภ์ ยิ่งเริ่มยาเร็วก็ยิ่งป้องกันการติดเชื้อในทารกได้ดี

■ ข้อเสนอแนะ:

1. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ตลอดจนครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและการแพร่เชื้อเอชไอวี รวมถึง

การเตรียมความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ การมาฝากครรภ์โดยเร็ว เพื่อได้รับการดูแลตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

2. ควรส่งเสริมความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ของสังคมในการปฏิบัติอย่างเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติและการให้บริการที่ปราศจากการรังเกียจ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี

3. ควรเร่งรัดและส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ไปสู่การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ในกลุ่มอนามัยวัยเรียนและวัยรุ่น กลุ่มอนามัยวัยทำงาน และภาคีเครือข่ายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

4. ควรส่งเสริมความเข้มแข็งการให้บริการตามมาตรฐาน/แนวทางที่กำหนดแก่หน่วยบริการทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความมั่นใจและไว้วางใจ ในการเข้ารับบริการ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการรายงานข้อมูลตามแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และ/หรือการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน และคณะผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมดำเนินงานการขอรับการรับรองการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ที่ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษา จนทำให้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2557. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557 .
2. Beyene GA, Dadi LS, Mogas SB. Determinants of HIV infection among children born to mothers on prevention of mother to child transmission program of HIV in Addis Ababa, Ethiopia: a case control study [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30005617/>
3. de Lemos LMD, Lippi J, Rutherford GW, Duarte GS, Martins NG, Santos VS, et al. Maternal risk factors for HIV infection in infants in northeastern Brazil [Internet]. 2013 [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5463571/>
4. Ngwende S, Gombe NT, Midzi S, Tshimanga M, Shambira G, Chadambuka A. Factors associated with HIV infection among children born to mothers on the prevention of mother to child transmission programme at Chitungwiza Hospital, Zimbabwe, 2008 [Internet]. 2013 [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24330311/>
5. Matida LH, Santos NJ, Ramos AN Jr, Gianna MC, da Silva MH, Domingues CS, et al. Eliminating vertical transmission of HIV in São Paulo, Brazil: progress and challenges [Internet]. 2011 [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21857313/>
6. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์แห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557-2559. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.

HEALTH

ปัจจัยด้านการได้รับข่าวสารความรู้ที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา

วารางคณา เวชวิถี

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

วันรับ 16 สิงหาคม 2565, วันแก้ไข 10 ธันวาคม 2565, วันตอบรับ 23 ธันวาคม 2565.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการได้รับข่าวสารความรู้ดูแลสุขภาพช่องปาก การนำความรู้ไปปฏิบัติประจำ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ข้อมูลในการวิเคราะห์มาจากส่วนหนึ่งของการประเมินแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยระยะที่ 1 พ.ศ. 2559 - 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,050 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น สุ่มเลือกจังหวัดจากสี่ภาค ได้แก่ เชียงราย พิจิตร สิงห์บุรี กาญจนบุรี ปราจีนบุรี จันทบุรี บุรีรัมย์ นครพนม พัทลุง สุราษฎร์ธานี เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุमानใช้การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ข่าวสารความรู้ที่ผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด คือเรื่องการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และการแปรงฟันก่อนนอน คิดเป็นร้อยละ 89.9 และ 85.8 ตามลำดับ ความรู้ที่ได้รับน้อยที่สุดคือ การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟัน เช่น ไหมขัดฟัน พบร้อยละ 26.6 ส่วนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน พบการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งร้อยละ 71.8 การแปรงฟันก่อนนอนร้อยละ 68.8 การไปตรวจช่องปากปีละครั้งร้อยละ 23.7 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันระหว่างผู้ที่ได้รับข่าวสารความรู้กับผู้ที่ไม่เคยได้รับข่าวสารความรู้ในเรื่องนั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ช่องทางและสื่อในการได้รับข่าวสารความรู้ ได้แก่ โทรทัศน์ร้อยละ 55.0 โปสเตอร์/แผ่นพับร้อยละ 24.3 วิทยุร้อยละ 14.5 ช่องทางที่ผู้เข้าถึงน้อยที่สุดคือ สื่อออนไลน์ร้อยละ 5.4 การไปรับบริการทันตกรรมในรอบปี พบร้อยละ 66.3 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การแปรงฟันก่อนนอนเป็นประจำสัมพันธ์กับการได้รับข่าวสารความรู้เรื่องการแปรงฟันก่อนนอน ($p = 0.018$) การไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุข ($p = 0.001$) และประสบการณ์รับบริการทันตกรรมที่สถานบริการในพื้นที่ ($p = 0.008$)

คำสำคัญ : การได้รับข่าวสาร พฤติกรรมทันตสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Relationship between Oral Health Information Perception and Dental Behaviors in Older people

Surat Mongkolnchaiaranya

Warangkana Vejvithee

Dental Health Bureau, Department of Health

Received 16 August 2022, Revised 10 December 2022, Accepted 23 December 2022.

Abstract

This analytical study aimed to assess the oral health perception, dental health related practices, and affecting factors that were related to dental health behavior in older people. Data used is derived from a part of the evaluation of Thailand oral health plan for the elderly phase 1 (2016–2018). Samples consisted of 1,050 older persons (aged >/60 years), Two-Stage Sampling technique was used. Ten provinces were chosen by simple random from 4 regions including Chiang Rai, Pichit, Sing Buri, Kanchanaburi, Prachinburi, Chantaburi, Buriram, Nakhon Panom, Pattalung, and Surat Thani. Data was collected by interviewing and analyzed by percentage, means, standard deviation, and inferential statistics were analyzed by Multiple logistic regression. Results showed that dental health message received by samples the most were toothbrushing twice a day and brushing at bedtime, and the least was the use of additional cleaning devices such as dental floss. Dental health related frequently practices (behaviors) were brushing twice a day 71.8%, brushing at bedtime 68.8% and oral examination once a year 23.7%. Behaviors were different statistical significantly ($p=0.000$) between samples who received dental health message and those who did not. Media channels in which the elderly received dental health information were 55% televisions, posters/Leaflets 24.3%, radio 14.5 %, and the least accessibility is the online platform 5.4 %. Samples 66.3% utilized dental services in the last year. The correlation analysis showed the affecting factors ($p<0.05$) receiving toothbrushing at bedtime message was significantly related to brushing at bedtime behavior ($p= 0.018$). Perception of health services places related to yearly dental service utilization ($p=0.001$) and previous dental health services received in nearby health facility related to yearly dental service utilization ($p=0.008$).

Keywords : Oral health information perception, dental behavior, older people

■ บทนำ

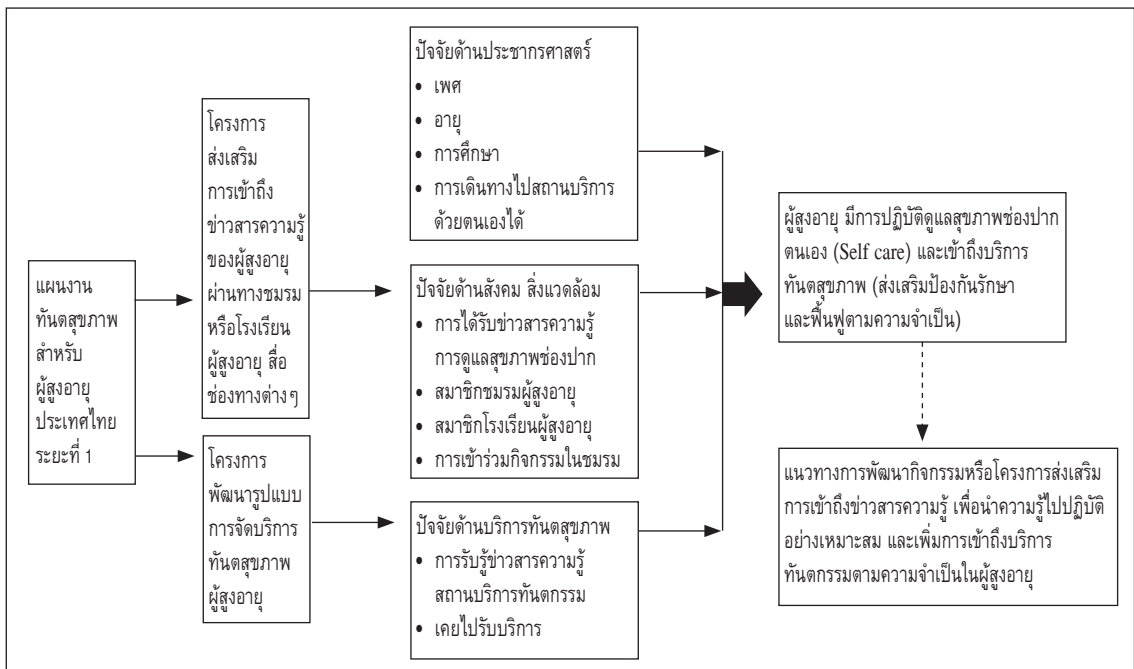
ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ย 85 ปีและมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 75 ปี⁽¹⁾ ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุขัยยืนยาวและสุขภาพดี คือการมีฟัน

ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่⁽²⁾ แต่ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ ยังมีความชุกและความรุนแรงสูง ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ในปี 2560⁽³⁾ พบผู้สูงอายุ 60–74 ปี ร้อยละ 56.9 มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง ในผู้สูงอายุ 80–85 ปี ร้อยละ 23.2 มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย

20 ซึ่ง พบความชุกของโรคและความผิดปกติ ในช่องปากของผู้สูงอายุ 60-74 ปี ได้แก่ ร้อยละ 52.6 มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 16.5 มีรากฟันผุ ร้อยละ 36.3 เป็นโรคปริทันต์อักเสบ และร้อยละ 12.2 เป็นปริทันต์อักเสบระดับรุนแรง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลป้องกันที่ยังไม่เหมาะสม พบว่าร้อยละ 53.7 แปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 8.4 ตรวจสุขภาพช่องปากรายปีเมื่อยังไม่มีอาการ ร้อยละ 38.6 ไปรับบริการเมื่อมีอาการ กรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดทำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ซึ่ง คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยระยะที่ 1 พ.ศ.2559-2561⁽⁴⁾ กรมอนามัยได้จัดทำโครงการพัฒนาทันตสุขภาพผู้สูงอายุตาม ยุทธศาสตร์ของแผนงานฯ แบ่งเป็นโครงการย่อยที่ 1 ส่งเสริมการเข้าถึงข่าวสารของผู้สูงอายุ

เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการให้ข่าวสารความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุทางผ่านสื่อตามช่องทางต่าง ๆ และสนับสนุนให้พื้นที่จัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ โครงการย่อยที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากตามความจำเป็น ด้วยการพัฒนารูปแบบแนวทางการจัดบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ⁽⁵⁾ การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยระยะที่ 1 พ.ศ.2559-2561 ในกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุด้านการรับข่าวสารความรู้และช่องทาง การนำความรู้ไปปฏิบัติและการไปรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ

■ กรอบแนวคิดในการศึกษา



■ วัตถุประสงค์การศึกษา

ประเมินการได้รับข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและช่องทาง การนำความรู้ไปปฏิบัติ การเข้าถึงบริการทันตกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

■ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical Study) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดในการศึกษา ข้อมูลในการวิเคราะห์เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยระยะที่ 1 พ.ศ.2559-2561

● ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สูงอายุไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป เลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนระดับประเทศและระดับภาค สุ่มจังหวัดแบบง่ายจาก 4 ภาค คำนวณขนาดตัวอย่างใช้สัดส่วนการรับบริการทันตกรรมป้องกัน/รักษาของผู้สูงอายุในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาใช้สูตร⁽⁶⁾

$$n = \frac{NZ_{\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{e^2(N-1) + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}$$

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$ ค่ามาตรฐานโค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

E ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ 0.05

P ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับบริการทันตกรรมป้องกัน/รักษา ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

N จังหวัดที่สุ่มได้ ประชากรอายุ 60-80 ปี ในจังหวัดที่สุ่มได้

สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Stratified 2-Stage

Sampling⁽⁷⁾ โดยสุ่มเลือกจังหวัดแบบง่าย 4 ภาค ได้แก่ เชียงราย พิจิตร สิงห์บุรี กาญจนบุรี ปราจีนบุรี จันทบุรี นุรีรัมย์ นครพนม พัทลุง และสุราษฎร์ธานี สุ่มตัวอย่างในระดับหมู่บ้านจังหวัดละ 3 จุด รวม 30 จุด จุดละ 35 คน โดยเกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารได้และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้หรือไม่สมัครใจเข้าร่วม ตัวอย่างทั้งหมด 1,050 คน

เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างออกแบบโดยทีมวิจัย ตรวจสอบความถูกต้องกับผู้เชี่ยวชาญและทดสอบมีค่าความเชื่อมั่น 0.81 ปรับมาตรฐานทีมผู้สัมภาษณ์สัมภาษณ์ผู้ที่มาชมรมผู้สูงอายุ หรือนัดหมายมาที่หน่วยบริการสาธารณสุข หรือเป็นผู้ที่อยู่ในบ้าน เพื่อให้ได้จำนวนตามที่ต้องการและประหยัดเวลา เก็บข้อมูล เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2562 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ผล ใช้สถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน Chi square, Logistic regression โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

● การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 325 วันที่ 24 มิถุนายน 2562

■ ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,050 คน อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 98 ปี อายุเฉลี่ย 69.7 ปี (SD 6.8) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบชั้นประถมศึกษา มีคู่สมรส อาชีพส่วนมากคือทำงานบ้านและเป็นเกษตรกร กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 80.0 มีโรคประจำตัวที่ระบุโดยแพทย์

โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน กว่าร้อยละ 85.0 มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สภาวะการมีฟันแท้และใส่ฟันเทียมจากการสัมภาษณ์ ไม่มีการตรวจสภาวะช่องปากโดยทันตบุคลากร ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้เฉพาะในปาก ร้อยละ 65.9 ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากและใส่ฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 15.7 (ตารางที่ 1)

2. แหล่งของข่าวสารความรู้ด้านทันตสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับ แบ่งตามประเภทเป็นสื่อสาธารณะ บุคคล และสถานที่ พบว่า 3 อันดับแรกของสื่อสาธารณะ คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 55 ไปสเตอร์ แผ่นพับ ร้อยละ 24.3 และวิทยุ ร้อยละ 14.5 น้อยที่สุดคือ สื่อออนไลน์ ร้อยละ 5.4 สื่อบุคคล 3 อันดับแรก คือ ทันตบุคลากร ร้อยละ 64.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 43.6 และอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ร้อยละ 38.6 น้อยที่สุดคือ เพื่อน และการค้นหาข่าวสารด้วยตนเอง ร้อยละ 16.0 สถานที่ได้รับข่าวสารความรู้ คือ สถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 61.0 ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือคลินิก รองลงมาคือ ที่บ้าน ร้อยละ 30.8 และชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.6 (ตารางที่ 2)

3. การรับรู้เกี่ยวกับการจัดบริการทันตกรรมและประสบการณ์การรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 87.1 รับรู้เรื่องสถานที่ของหน่วยบริการใกล้บ้านระดับตำบลหรืออำเภอ ร้อยละ 71.3 รู้ช่วงเวลาการเปิดให้บริการด้านทันตกรรม ร้อยละ 67.8 เคยเข้ารับบริการทันตกรรมที่หน่วยบริการของรัฐในพื้นที่ (โรงพยาบาล/รพสต./ศูนย์สุขภาพเขตเมือง)

(ตารางที่ 4) และการรับรู้เกี่ยวกับเครือข่ายผู้สูงอายุ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 38.5 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 9.0 เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ การรับรู้เรื่องกิจกรรมทันตสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 20.5 รู้ว่ามีกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ตรวจฟัน และให้ความรู้โดยทันตบุคลากร ร้อยละ 12.1 เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชมรมเป็นประจำ (ตารางที่ 3)

4. ข่าวสารความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับร้อยละ 85.0 ขึ้นไป คือ การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง แปรงฟันก่อนนอน การทำความสะอาดช่องปากกรณีไม่มีฟัน และทำความสะอาดฟันเทียมในเรื่องที่ได้รับความรู้ น้อยที่สุด ร้อยละ 26.6 คือ การใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดฟัน เช่น ไหมขัดฟัน ในส่วนของการปฏิบัติเป็นประจำพบว่า แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ทุกวัน ร้อยละ 71.8 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 68.8 การไปพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจช่องปากปีละครั้งทุกปี ร้อยละ 23.7 และพบว่าการนำความรู้ไปปฏิบัติแตกต่างกันระหว่างผู้ที่ได้รับข่าวสารความรู้กับผู้ที่ไม่เคยได้รับข่าวสารความรู้ในเรื่องนั้นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) (ตารางที่ 4)

5. พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึงการปฏิบัติตนด้านสุขภาพช่องปากเป็นประจำทุกวัน เช่น แปรงฟันวันละสองครั้ง แปรงฟันก่อนนอน การใช้ไหมขัดฟัน และการไปรับบริการทันตกรรมปีละครั้งทุกปี พบว่าโมเดลการวิเคราะห์ที่นำการปฏิบัติตนด้านสุขภาพช่องปากเป็นประจำ (พฤติกรรม)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุแสดงค่าเป็นร้อยละ

ตัวแปร	รายละเอียด	ร้อยละ (n=1050)
อายุ	เฉลี่ย (ปี)	69.7 (SD 6.8)
เพศ	ชาย	29.0
	หญิง	71.0
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	10.7
	ประถมศึกษา	77.6
	มัธยมศึกษา	7.5
	ปวช./ปวส./อนุปริญญา	1.5
	ปริญญาตรีและสูงกว่า	2.7
สถานภาพสมรส	คู่	57.9
	โสด	5.5
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	36.6
อาชีพ	อยู่บ้าน/ทำงานบ้าน	42.1
	เกษตรกร	38.8
	ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	6.8
	รับจ้าง ลูกจ้าง	6.2
	ข้าราชการบำนาญ	3.3
	อสม./ผู้ดูแลผู้ป่วย	2.8
รายได้ต่อเดือน	เฉลี่ย (บาท)	5137.75 (SD 8171)
โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	12.7
	เบาหวาน	21.4
	ความดันโลหิตสูง	50.0
	หลอดเลือดสมองและหัวใจ	8.7
	อื่นๆ ไต ปอด COPD มะเร็ง	7.2
การเดินทางไป	ไปด้วยตนเองได้	72.6
สถานพยาบาล	ไปด้วยตนเองไม่ได้	27.4
สวัสดิการรักษายาบาล (สิทธิ์หลัก)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	86.3
	สวัสดิการราชการ	13.7
	ประกันสังคม/รัฐวิสาหกิจ ประกันเอกชน	1.0
สภาวะในช่องปาก (จากการสัมภาษณ์)	มีเฉพาะฟันแท้	65.9
	มีฟันแท้และใส่ฟันเทียมบางส่วน	18.4
	ใส่ฟันเทียมทั้งปาก	15.7

ตารางที่ 2 แหล่งข้อมูล สื่อ บุคคล และสถานที่ ที่ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารความรู้ด้านทันตสุขภาพ

ประเภทของแหล่งข้อมูล	สื่อ/ช่องทาง	ร้อยละ
สื่อสาธารณะ	โทรทัศน์	55
	โปสเตอร์ แผ่นพับ	24.3
	วิทยุ	14.5
	เสียงตามสายในหมู่บ้าน	10.8
	หนังสือ/หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร	10.7
	คลิปรวีดีโอ (ออฟไลน์)	7.4
	สื่อออนไลน์ (เช่น ไลน์ เฟสบุค เว็บไซต์ YouTube)	5.7
บุคคล	ทันตบุคลากร	64.5
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	43.6
	อสม.	38.6
	คนในครอบครัว	27.5
	ค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง	16.3
	เพื่อน	16.1
สถานที่	โรงพยาบาล/รพ.สต/คลินิก	61.5
	บ้าน	30.8
	ชมรมผู้สูงอายุ	19.6
	วัด/ศาสนสถาน	8.5
	โรงเรียนผู้สูงอายุ	8.3
	อื่นๆ	2.3

ที่ศึกษามีความสามารถทำนายพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ร้อยละ 92.7 โดยตัดค่าที่ 0.64 (ตารางที่ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การได้รับข่าวสารความรู้เรื่องการแปรงฟันก่อนนอนสัมพันธ์กับพฤติกรรมแปรงฟันก่อนนอนเป็นประจำ ($p = 0.018, 95\% CI = 1.251 - 10.791$) การรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขสัมพันธ์กับพฤติกรรมไปรับบริการทันตกรรมในรอบปี ($p = 0.001, 95\% CI = 1.838 - 11.76$) และประสบการณ์รับบริการ

ทันตกรรมที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมไปรับบริการทันตกรรมในรอบปี ($p = 0.008, 95\% CI = 0.139 - 0.749$) (ตารางที่ 6)

■ อภิปรายผล

การรับรู้สภาวะฟันที่เหลืองในช่องปาก ร้อยละ 15.7 ระบุว่า มีสภาวะการสูญเสียฟันทั้งปาก ไม่มีฟันแท้และใส่ฟันเทียมทั้งปาก ต่างจากผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2560 ที่พบร้อยละ 8.7 และ 31.0 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี

ตารางที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการ ประสิทธิภาพการรับบริการทันตกรรมและการรับรู้เกี่ยวกับชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ

ตัวแปร	รายการ	ร้อยละ (n=1050)
การรับรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการ	สถานที่ที่ให้บริการทันตกรรม ในพื้นที่ตำบล/อำเภอ	87.1
	ช่วงเวลา การเปิดให้บริการทันตกรรม	71.3
ประสิทธิภาพการรับบริการทันตกรรม	เคยรับบริการที่หน่วยบริการในพื้นที่ (รพ/รพ.สต./ศสม)	67.8
	หน่วยบริการออกไปบริการที่บ้าน/ใกล้บ้าน	15.4
การรับรู้เกี่ยวกับเครือข่ายผู้สูงอายุ และกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ	รับรู้และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	38.5
	รับรู้และเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ	9
การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ	รับรู้ว่ามีกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุทำ โดยบุคลากร เช่น ตรวจฟัน ให้ความรู้	20.5
	รับรู้ว่ามีกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ โดยสมาชิกชมรม เช่น ตรวจฟัน เยี่ยมบ้าน-ตรวจผู้ป่วย ดัดเตียง	12.1
	รับรู้ว่ามีกิจกรรมหรือสอนเนื้อหาทันตสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ	7.8
	เข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำ	12.1
ทันตสุขภาพ	เข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง	11
	รับรู้ว่ามีกิจกรรมในชุมชนและเข้าร่วม	8
	ไม่มีกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน	87.9

และ 80-85 ปี ตามลำดับ⁽³⁾ น่าจะเนื่องมาจาก ความแตกต่างของอายุกลุ่มตัวอย่างและเป็นการ ประเมินด้วยตนเอง ไม่ได้มาจากการตรวจ ช่องปากโดยทันตบุคลากร

การรับรู้ข่าวสารความรู้ พบว่า ช่องทาง ที่ได้รับข่าวสารสูงที่สุดคือ โทรทัศน์ ร้อยละ 55 และน้อยที่สุดคือ สื่อออนไลน์ ร้อยละ 5.4 ซึ่งสอดคล้องกับช่องทางการรับข่าวสารจาก ผลการสำรวจระดับประเทศ⁽³⁾ สื่อบุคคลที่เป็น ผู้ให้ข่าวสารนอกจากบุคลากรด้านสาธารณสุข และอสม. คือ คนในครอบครัว ร้อยละ 27.5

การค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง มีสัดส่วนใกล้เคียง กันกับได้รับจากเพื่อนคือ ร้อยละ 16.4 และ 16.1 ตามลำดับ สถานที่รับข่าวสาร ได้แก่ สถานบริการ สาธารณสุข บ้านและชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งในการ ศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.8 และโรงเรียนผู้สูงอายุ ร้อยละ 9 ทั้งนี้สอดคล้องกับการที่กรมอนามัยได้ จัดทำโครงการพัฒนาทันตสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งคือ สนับสนุนให้พื้นที่ จัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชมรม ผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นสถานที่ที่มีผู้สูงอายุมา

ตารางที่ 4 การได้รับข่าวสารความรู้และการนำไปปฏิบัติด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประเด็นข่าวสารความรู้ การดูแลสุขภาพช่องปาก	การได้รับ ข่าวสารความรู้	จำนวน (ร้อยละ)	ร้อยละของการนำความรู้ไปปฏิบัติ			p value
			ไม่ทำ	บางครั้ง	ประจำ	
	รวม	885 (100.0)	10.0	18.2	71.8	0.000
แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง*	ไม่ได้รับ	89 (10.1)	56.2	20.2	23.6	0.000
	ได้รับ	796 (89.9)	8.7	17.4	74.0	0.000
	รวม	885 (100.0)	13.4	17.7	68.8	0.000
แปรงฟันก่อนนอน*	ไม่ได้รับ	125 (14.2)	55.2	25.6	19.2	0.000
	ได้รับ	759 (85.8)	6.6	16.3	77.1	0.000
	รวม	885 (100.0)	88.6	7.0	4.0	0.000
การใช้อุปกรณ์เสริมในการ ทำความสะอาดฟัน*	ไม่ได้รับ	650 (73.4)	99.0	1.0	1.0	0.000
	ได้รับ	235 (26.6)	60.9	25.1	77.1	0.000
(ไหมขัดฟัน/แปรงซอกฟัน)	รวม	885 (100.0)	88.6	7.0	4.4	0.000
การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์	ไม่ได้รับ	456 (51.5)	93.0	4.6	2.4	0.000
	ได้รับ	429 (48.5)	83.9	9.6	6.5	0.000
	รวม	1,049 (100.0)	36.5	35.7	27.7	0.000
การตรวจช่องปากด้วยตนเอง	ไม่ได้รับ	488 (46.5)	71.9	21.5	6.6	0.000
	ได้รับ	561 (53.5)	5.7	48.1	46.2	0.000
	รวม	1,049 (100.0)	53.8	22.5	23.7	0.000
การพบบุคลากรเพื่อตรวจ ช่องปาก ปีละ 1 ครั้ง	ไม่ได้รับ	545 (51.9)	86.1	10.8	3.1	0.000
	ได้รับ	504 (48.1)	18.8	35.1	46.0	0.000
	รวม	348 (100.0)	15.2	13.5	71.3	0.000
การทำความสะอาดฟันเทียม**	ไม่ได้รับ	60 (11.3)	71.7	20.0	8.3	0.000
	ได้รับ	288 (82.7)	3.5	12.2	84.4	0.000
	รวม	357 (100.0)	18.8	15.7	65.5	0.000
การทำความสะอาดช่องปาก ในกรณีไม่มีฟัน**	ไม่ได้รับ	80 (22.7)	72.5	15.0	12.5	0.000
	ได้รับ	276 (77.3)	3.3	15.6	81.2	0.000

หมายเหตุ : วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi square

*เฉพาะตัวอย่างที่มีฟันแท้ในปาก

**เฉพาะตัวอย่างที่ใส่ฟันเทียมและไม่มีฟันแท้ในปาก

ตารางที่ 5 การทำนายพฤติกรรมที่เหมาะสมจากโมเดลการวิเคราะห์ logistic regression

ข้อมูลการศึกษา	การทำนาย			
	พฤติกรรมทันตสุขภาพ		ร้อยละที่ถูกต้อง	
	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม		
พฤติกรรม	ไม่เหมาะสม	7.0	47.0	13.0
	เหมาะสม	6.0	67.1	99.1
ร้อยละในภาพรวม				92.7

รวมตัวกันและทำกิจกรรมร่วมกัน⁽⁹⁾ ข่าวสารความรู้ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับคือ การแปรงฟันวันละ 2 ครั้งและแปรงฟันก่อนนอน ซึ่งเป็นประเด็นหลัก (Key message) ที่สำนักทันตสาธารณสุขกำหนดและเผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ

การปฏิบัติดูแลทันตสุขภาพเป็นประจำทุกวัน หรือพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมพบว่า แปรงฟัน 2 ครั้งต่อวันร้อยละ 71.8 และแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 68.8 จัดว่าอยู่ในระดับสูง ขณะที่การใช้อุปกรณ์เสริมไหมขัดฟันอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 4.0 สอดคล้องกับผลการศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรีและการสำรวจระดับประเทศ พบว่าความสม่ำเสมอในการแปรงฟันของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่สูงแต่การใช้อุปกรณ์เสริมมีระดับน้อยถึงระดับปานกลาง^(8,3) ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าการได้รับความรู้เรื่องไหมขัดฟันมีสัดส่วนที่น้อยกว่าความรู้ด้านอื่นๆ และการศึกษาในบราซิลพบว่า ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพช่องปากที่ต่ำ สัมพันธ์กับโรคฟันผุและการมีพฤติกรรมดูแลอนามัยช่องปากที่ไม่ดี เช่น แปรงฟันไม่สม่ำเสมอและการไม่ใช้ไหมขัดฟัน⁽¹⁰⁾

การรับรู้เกี่ยวกับบริการทันตกรรมและประสบการณ์ของผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 87.1 รับรู้เรื่องสถานที่ให้บริการทันตกรรม และร้อยละ 67.8 เคยไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่หน่วยบริการในพื้นที่ และร้อยละ 23.7 มีพฤติกรรม

ไปพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจช่องปากปีละครั้ง ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพประเทศไทย ครั้งที่ 8 กล่าวคือ ร้อยละ 38.7 เคยไปรับบริการทันตกรรมในรอบปี และร้อยละ 21.8 ไปตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี⁽³⁾ การที่ผู้สูงอายุได้รับการตรวจช่องปากสม่ำเสมอจะทำให้ได้รับการส่งเสริมป้องกันและรักษาอย่างเหมาะสมจะช่วยลดปัญหาสุขภาพช่องปากได้ ทั้งนี้สาเหตุหนึ่ง que ผู้สูงอายุใช้บริการน้อยเพราะไม่สะดวกในการเดินทางและรอคอยคิวนาน⁽¹¹⁾

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสม พบว่า การแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และการไปรับบริการทันตกรรมในรอบปี สัมพันธ์กับการได้รับข่าวสารความรู้และประสบการณ์โดยตรงที่ผู้สูงอายุได้รับจากทันตบุคลากร และการเข้าถึงข่าวสารความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยในหลายๆ ประเทศที่ว่าการให้ความรู้ผู้สูงอายุควรเริ่มต้นจากการจัดทำนโยบายที่เหมาะสมและจัดทำช่องทางให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ทั่วถึง⁽¹²⁻¹³⁾ โดยเน้นให้ทันตศึกษาทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ระดับชุมชน สามารถเอื้อให้เกิดโอกาสที่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทันตกรรม และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹⁴⁾

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for Lower	EXP(B) Upper
อายุ 65-70 ปี	-0.254	0.363	0.490	1	0.484	0.776	0.381	1.580
การศึกษา	0.154	0.231	0.443	1	0.505	1.167	0.741	1.836
มีโรคเบาหวาน	0.319	0.423	0.57	1	0.450	1.376	0.601	3.150
การได้รับข่าวสารความรู้แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง	0.771	0.644	1.432	1	0.231	2.162	0.612	7.639
การได้รับข่าวสารความรู้แปรงฟันก่อนนอน	1.301	0.550	5.603	1	0.018*	3.674	1.251	10.791
การได้รับข่าวสารความรู้การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์	0.106	0.314	0.114	1	0.736	1.112	0.601	2.058
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	0.048	0.381	0.016	1	0.901	1.049	0.497	2.215
การเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ	0.326	0.734	0.197	1	0.657	1.385	0.329	5.837
การเดินทางไปสถานบริการสาธารณสุขได้เอง	0.318	0.884	0.129	1	0.719	1.374	0.243	7.771
การรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุข	1.537	0.474	10.532	1	0.001*	4.649	1.838	11.760
ประสบการณ์ไปรับบริการทันตกรรมจากสถานบริการในพื้นที่	-1.130	0.429	6.930	1	0.008*	0.323	0.139	0.749
ประสบการณ์จากหน่วยบริการออกไปให้บริการที่บ้าน	0.123	0.440	0.078	1	0.780	1.131	0.477	2.680
การเข้าร่วมกิจกรรมทันตสุขภาพในชมรมประจำ	0.170	0.633	0.072	1	0.788	1.185	0.343	4.097
กิจกรรมทันตสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ	.047	0.664	2.485	1	0.115	2.85	0.775	10.482
ดำเนินการโดยทันตบุคลากร								
โรงเรียนผู้สูงอายุมีกิจกรรมการสอนด้านทันตสุขภาพ	-0.242	0.889	0.074	1	0.785	0.785	0.137	4.486

หมายเหตุ : วิเคราะห์ผล ใช้สถิติ Logistic regression, * p < 0.05

■ ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาาระบบดูแลทันตสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ มีแนวคิดหลัก คือ การเพิ่มศักยภาพการดูแลทันตสุขภาพของตนเอง (Self care) และการจัดระบบบริการทันตกรรมให้ผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก ในส่วนของการเพิ่มศักยภาพการดูแลทันตสุขภาพตนเอง มีเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลอนามัยช่องปากที่บ้านเป็นประจำ และการไปรับบริการทันตกรรมอย่างน้อยปีละครั้งเพื่อรับการตรวจสุขภาพและส่งเสริมป้องกัน จากการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่รับรู้ข่าวสารความรู้และนำไปปฏิบัติมีแนวโน้มจะพัฒนาเป็นพฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ตรงในการไปรับบริการทันตกรรมจะมีแนวโน้มมีพฤติกรรมในการไปรับบริการทันตกรรมอย่างน้อยปีละครั้ง ดังนั้นในการพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุตนเองอย่างเป็นระบบ

ต้องออกแบบ ให้มีระบบการสื่อสารที่เข้าถึงผู้สูงอายุในวงกว้าง ใช้สื่อสาธารณะ (โทรทัศน์และวิทยุ) ในชุมชน สถานบริการและบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุข่าวสารเป็นช่องทางสำคัญในการรับรู้ข่าวสารของผู้สูงอายุ และในระดับครอบครัว เผยแพร่ข่าวสารความรู้ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และคนในครอบครัว นอกจากนี้ต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากสื่อออนไลน์ เนื่องจากสังคมกำลังเข้าสู่สังคมดิจิทัล อีกด้านหนึ่งคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในการรับบริการทันตกรรม ซึ่งจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการไปรับบริการในผู้สูงอายุต่อไป

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่างทันตบุคลากรผู้ประสานงานในพื้นที่ศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561- 2580. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561.
2. Watanabe Y, Okada K, Kondo M, Matsushita T, Nakazawa S, Yamazaki Y. Oral health for achieving longevity. *Geriatr Gerontol Int* 2020;20(6):526-38.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dent.chula.ac.th/upload/news/791/file_1_5834.pdf
4. สำนักทันตสาธารณสุข. แผนงานพัฒนาทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
5. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 1 ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558-2565. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย; 2563.

6. Krejcie RV & Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30:607-10.
7. อรุณ จิรวัดณ์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์เพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์; 2552.
8. สุวิทย์ คุณาวิสรุต, จันทภา จวนกระจำง, ภัทรา ทวีผล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อสภาวะการมีคูสบฟันหลังของผู้สูงอายุ อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม* [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565];1(2):1-13. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/article/view/247762>
9. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://dental2.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/dental/ewt_dl_link.php?nid=3237
10. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa MDLR. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health* 2017;18(1):60.

HEALTH

กระโดด โลดเต้น เล่นสนุก 60 นาที



แนะนำ

เด็กวัยเรียน วัยรุ่น
ควรกระโดด..โลดเต้น
เล่นสนุก จนรู้สึก...
"เหนื่อย หรือ หอบ"

อย่างน้อยวันละ 60 นาที ทุกวัน
(สะสมต่อเนื่อง 10 นาทีขึ้นไป)

ร่วมกับ

ฝึกความแข็งแรง
ของกล้ามเนื้อ



ฝึกความอ่อนตัว
ของกล้ามเนื้อ
เอ็น และ ข้อต่อ





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

4 ข้อ “ไม่” ควรทำ X เมื่อภัยหนาวมาเยือน

ไม่ดื่มสุรา แก้หนาว

เพราะสุราเป็นตัวเร่งให้ร่างกาย
สูญเสียความร้อน ทำให้อุณหภูมิร่างกาย
ลดต่ำลงจนอาจเสียชีวิตได้



ไม่ใช้เครื่องทำน้ำอุ่น แบบใช้ก๊าซหุงต้ม เป็นเวลานานๆ

หรืออบติดต่อกันหลายคน
ควรเปิดพัดลมดูดอากาศ
และเปิดประตูห้องน้ำทิ้งไว้
อย่างน้อย 10-15 นาที
ก่อนจะมีผู้ใช้งานในรายถัดไป



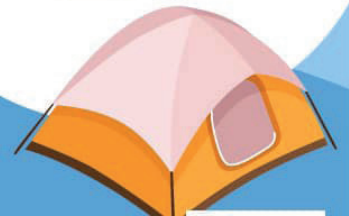
ไม่ก่อไฟ ในบริเวณที่อากาศ ถ่ายเท ไม่สะดวก

ขณะผิงไฟ
ควรนั่งหรือยืน
อยู่เหนือทิศทางลม



ไม่นำเตาถ่าน หรือตะเกียงน้ำมัน เข้าไปจุดผิงไฟในเต็นท์

ป้องกันก๊าซพิษที่เกิดจากการเผาไหม้
(ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์)
หากสูดดมเข้าไปในปริมาณมาก
จะทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน
ทำให้เกิดอาการง่วงหลับโดยไม่รู้ตัว
และเสียชีวิตได้



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ

สแกนเพื่อรับความรู้สุขภาพ

เผยแพร่ : ธันวาคม 2565





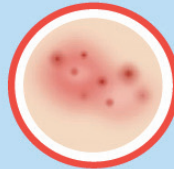
เสื้อหนาว

มือสอง

เรื่องที่คุณควรรู้ ก่อนซื้อมาใส่



โรคที่ (อาจ) มากับเสื้อ



โรคกลาก เกื้อื้อน จากเชื้อรา



โรคภูมิแพ้ เช่น แพ้ฝุ่น



โรคผิวหนัง จากพาหะนำโรค เช่น เห็บ หมัด โลน

วิธีทำความสะอาด

ซักแล้วต้ม

1



ซักด้วยผงซักฟอก

2



ต้มในน้ำเดือด

15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

3



ตากแดดจัดหรือตากในที่ที่มีอากาศถ่ายเทจนแห้ง

4



รีดทั้งด้านในและด้านนอกตัวเสื้อ

1



ใส่ผงซักฟอก และเติมน้ำให้เต็มเครื่อง

2



แช่ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ

3



ซักตามปกติ

4



ตากแดดจัดหรือตากในที่ที่มีอากาศถ่ายเทจนแห้ง

5



รีดทั้งด้านในและด้านนอกตัวเสื้อ

ซักด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

• น้ำยาล้างจานที่มีส่วนผสมไฮโปคลอไรต์ 1 ฟา ต่อน้ำ 10 ลิตร แช่น้ำไว้นาน 5-15 นาที

• น้ำส้มสายชู 2-3 ถ้วยตวง ต่อน้ำ 1-2 ลิตร แช่น้ำไว้ อย่างน้อย 1 ชั่วโมง

ข้อแนะนำ



หากมีอาการคัน ไม่ควรแคะ แคะ เกา หรือปล่อยให้จูนลูกกลม ควรรีบปรึกษาแพทย์ผิวหนัง เพื่อรับการรักษา

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ

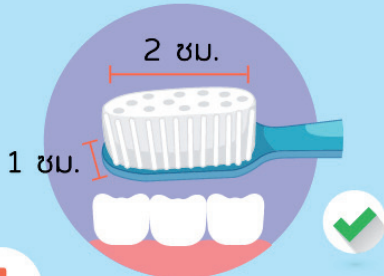
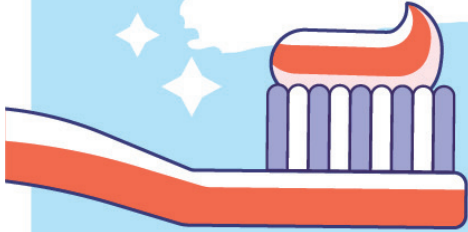
สแกนเพื่อรับความรู้สุขภาพ

เผยแพร่ : ตุลาคม 2565



4 วิธี เลือกแปรงสีฟัน

ร้านรับเด็ก



1

หัวแปรงเล็ก กว้างไม่เกิน 1 ซม.
ยาวไม่เกิน 2 ซม. หรือกลุ่มฟัน
ไม่เกิน 3 ซี่



2

ขนแปรงปลายมน
ไม่คม



3

ขนแปรงอ่อนนุ่ม



4

ด้ามแปรงยาวพอ
สำหรับผู้ใหญ่จับได้ถนัด
เวลาแปรงฟันให้เด็ก

อายุการใช้งานของแปรงสีฟัน ประมาณ 3 เดือน
หรือควรเปลี่ยนเมื่อแปรงสีฟันเสื่อมสภาพ
ขนแปรงบานมากหรือชอกขนแปรงมีคราบสกปรก





Call for paper

ส่งผลงานวิชาการ วิจัยและนวัตกรรม

“เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เกิด
Smart City Smart Citizen แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย”

ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2565 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2566

เปิดรับผลงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ประเภทและรูปแบบการนำเสนอ

1. ผลงานวิจัยและพัฒนา (Research & Development)
 - นำเสนอด้วยวาจา (Oral Presentation)
 - นำเสนอด้วยบอร์ดวิชาการ (Poster Presentation)
2. ผลงานนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ (Innovation)
 - นำเสนอด้วยวาจา (Oral Presentation)

ศึกษารายละเอียดและกรอกใบสมัคร
ได้ที่ <https://oec.anamai.moph.go.th/th/academic2566> หรือ Scan QR Code



ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกจะได้เข้าร่วมนำเสนอและรับรางวัล
ในงานประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 16



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



สายด่วน กรมอนามัย

1

4

7

8

ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
ใส่ใจอนามัยสิ่งแวดล้อม

ให้คำแนะนำ-ปรึกษา
COVID FREE SETTING
ปัญหาระบบTSC/TST
มาตรการ
สถานประกอบการ



ข้อกฎหมาย
เกี่ยวกับกัญชา
กัญชาในอาหาร