

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

Regional Health Promotion Center 9 Journal: The Journal for Health Promotion and Environmental Health

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และผลงานวิจัยของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

เจ้าของ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ที่อยู่ 177 ม.6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0-4430-5131 โทรสาร 0-4429-1506
Website: <http://hpc9.anamai.moph.go.th/>

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
นายแพทย์วีรพล กิตติพิบูลย์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

บรรณาธิการ

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
----------------------------	-----------------------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

เภสัชกรหญิง ดร.ปยุตต์ศรี ศิริทรัพย์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
-------------------------------------	-----------------------------

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป้นตามวา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรัณญา จุฬารี่	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
ดร.วิไลพร รังควัต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
รัชณี บุญเรืองศรี	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
ชนิษฐา ดีเริ่ม	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ประดับ ศรีหมื่นไวย	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ฝ่ายจัดการ

นิตยา สาสวน, ศิริรัตน์ รัตนสมบุญ, แสงจันทร์ จงนอก, กรรณิการ์ จันทร์ส่อง

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)

จำนวนตีพิมพ์ 100 เล่ม และฉบับออนไลน์ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal>

สำนักพิมพ์ โรงพิมพ์เลิศศิลป์ โทร 0-4425-2883 Fax 0-4434-2238 www.Lertsil.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)
วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
บทความที่ส่งตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
ได้ผ่านการพิจารณา และกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน/เรื่อง

ผู้ทรงคุณวุฒิภายในหน่วยงาน

ทพญ.กัณทิมา เหมพรหมราช	รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นพ.นิธิรัตน์ บุญตานนท์	รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
สมชาย แซ่มชุกกลีน	รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ดร.ยุพิน ไฉ่แปง	รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
เภสัชกรหญิง ดร.ปัญชรัสมิ์ ศิริทรัพย์	รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ทพ.วิภัทรพงษ์ บำรุงศิริ	หัวหน้ากลุ่มทันตสาธารณสุข
ทพญ.ณมน เพ็ชรนิล	กลุ่มทันตสาธารณสุข
ชัชฎา ประจูดทะเก	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก
ประดับ ศรีหมื่นไวย	กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก
ทรงคุณ ศรีดวงโชติ	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนวัยรุ่น
นายธานี เชียงหนู	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยผู้สูงอายุ
บุษรินทร์ พูนนอก	กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยผู้สูงอายุ
ศมกานต์ ทองเกลี้ยง	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

รศ.ภก.ดร.พัฒนพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
ผศ.ดร.ทองทิพย์ สละวงศ์ลักษณ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
อ.ดร.พัชรี ศรีภูตา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
อ.ดร.จรรवरณ ไตรทิพย์สมบัติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
อ.สิริสุตา ฐานะปัตโต	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
อ.ฐิติมา โพธิ์ชัย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
อ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
ผศ.ชนวัฒน์ จิตินานันท์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.นริลักษณ์ สุวรรณโนบล	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.ณัฐธิดา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.ธนภรณ์ สีสรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.กชกร เพี้ยซ้าย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ภรณ์ อนุสนธิ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรัญญา จุฬาริ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ประกาย จิโรจน์กุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
ทพญ.สุปราณี ดาโถม	มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์
ทพ.แมนสรวง วงศ์อภัย	กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย
ทพญ.วรมน อัครสุด	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
ทพญ.จุฑามาศ เทพไชย	นักวิชาการอิสระ
รัชณี บุญเรืองศรี	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
ดร.สมภาพ อาจชนะศึก	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
พญ.ธิดารัตน์ อริยานุชิตกุล	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
อ.ดร.มันทนา เหมชะญาติ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
อ.ดร.กุลธิดา พานิชกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
อ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
อ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.วิไลพร รังควัต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.จิรนุช สมโชค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและมีความเหมาะสม

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ปีที่ 14 ฉบับที่ 33 มกราคม – เมษายน 2563

ISSN 1905-7075 (Print) ISSN 2672-9504 (Online)

บทความวิจัย

การศึกษามลพิษอากาศและการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากเตาเผามูลฝอย สุกานดา พัดพาดี, พนิดา เจริญสุข, และ วาสนา ลุนสำโรง.....	1
ปัจจัยทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนกับการเลิกเสพยาเสพติด ประเภทเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ อัครวัฒน์ เพียวพงกวัต.....	22
การขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีในระดับพื้นที่จังหวัดจันทบุรี สมจิต ยาใจ, วสิมล สุวรรณรัตน์, วราภรณ์ นองเนื่อง, สดับพินท์ พสุธีรัมย์, จันจิรา ใจดี และ สุวารี หลิมเจริญ.....	35
การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา สันติ ทวยมีฤทธิ์.....	52
ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง และสภาวะ สุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ธิดา อารงวงศ์สวัสดิ์.....	71
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, ขนิษฐา ดีเริ่ม และ ยุพาพร หอมสมบัติ.....	88
การพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ ในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2563 อัญชลี มีเพียร.....	107

ภาคผนวก

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines)	A-1
การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์.....	A-5
ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์.....	A-6
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์.....	A-7

การศึกษามลพิษอากาศและการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ จากเตาเผามูลฝอย

สุกานดา พัดพาดี* พนิดา เจริญสุข** และ วาสนา ลุนลำโรง**

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 29 มีนาคม 2563

รับบทความที่แก้ไข: 29 เมษายน 2563

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 7 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปริมาณและการกระจายตัวของมลพิษอากาศจากเตาเผามูลฝอย 2) ศึกษาการรับรู้ผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชนโดยรอบเตาเผามูลฝอย 3) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน 4) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานและประชาชนในชุมชน พื้นที่ศึกษาได้แก่พื้นที่ตั้งเตาเผามูลฝอยที่มีการผลิตเป็นกระแสไฟฟ้า จำนวน 2 แห่งในจังหวัดภูเก็ตและจังหวัดสงขลา วิธีการศึกษา 1) ตรวจวัดคุณภาพอากาศในชุมชน และในสถานประกอบการ (Indoor Air) 2) สัมภาษณ์ประชาชนที่อาศัยโดยรอบในรัศมี 5 กิโลเมตรถึงการรับรู้ถึงผลกระทบต่อการดำรงชีวิต 3) สัมภาษณ์พนักงานที่ปฏิบัติงานจำนวนแต่ละ 30 คน 4) นำข้อมูลปริมาณความเข้มข้นของสารมลพิษอากาศมาประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการรับสัมผัส ผลการศึกษาพบว่าปริมาณและการกระจายตัวของสารมลพิษอากาศโดยรอบชุมชนมีค่าของสารไดออกซินเพียงชนิดเดียวในพื้นที่จังหวัดสงขลา มีปริมาณความเข้มข้นระหว่าง $0.037-0.17 \text{ pg-TEQ/m}^3$ สำหรับการตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในสถานประกอบการที่ปฏิบัติงาน 3 จุดได้แก่หน้าจุดป้อนเชื้อเพลิง ห้องควบคุม และห้องสำนักงาน พบว่าปริมาณความเข้มข้นของสารโลหะหนัก และค่าสารอินทรีย์ระเหยง่าย มีค่าตรวจวัดที่พบแต่ไม่เกินมาตรฐาน และนำค่าปริมาณความเข้มข้นของสารมลพิษที่มีการตรวจพบมาประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่าในจังหวัดภูเก็ต พบเฉพาะสารอินทรีย์ระเหยง่าย มีค่าความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวจากการรับสัมผัสเบนซีนของผู้ปฏิบัติงานในจุดป้อนเชื้อเพลิง ห้องควบคุมระบบและในห้องสำนักงานคือ 8.88×10^{-6} , 1.53×10^{-5} และ 1.38×10^{-5} ตามลำดับ ซึ่งมีค่ามากกว่า 1×10^{-6} ถือว่าเป็นค่าความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ สำหรับจังหวัดสงขลาพบความเสี่ยงต่อสุขภาพเฉพาะ

* ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย ** กองประเมินผลกระทบสุขภาพ กรมอนามัย

Corresponding author: สุกานดา พัดพาดี Email: sukanda1212@gmail.com

ในห้องสำนักงาน จากแคดเมียมซึ่งเป็นสารที่อาจก่อให้เกิดมะเร็งกระดุก และนิเกิลซึ่งมีผลต่อการเกิดมะเร็งปอด พบว่ามีความเสี่ยง 8.79×10^{-5} และ 1.23×10^{-3} ถือว่าเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ ประกอบกับข้อมูลพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวเองในขณะที่ปฏิบัติงานทั้งสองพื้นที่มีค่าเพียง 50-55% ที่ใช้อุปกรณ์ปิดจมูก และการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสมลพิษอากาศของประชาชนทั้งสองพื้นที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับที่ยอมรับได้ อย่างไรก็ตาม จากการสอบถามประชาชนทั้งสองพื้นที่พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้เตาเผามูลฝอยจะได้รับผลกระทบมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในระยะไกลออกไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลกระทบที่พบมากที่สุดคือการได้รับความเดือดร้อนรำคาญเรื่องกลิ่นเหม็นและฝุ่นละออง

คำสำคัญ : มลพิษอากาศ; การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ; เตาเผามูลฝอย

Air Pollution and Health Risk Assessment of Waste Incinerator

Sukanda Pudpadee* Panita Charoensuk**
& Wassana Loonsamrong**

Article History

Received: March 27, 2020

Revised: April 29, 2020

Accepted: May 7, 2020

Abstract

The objectives of this cross-sectional research were to 1) study the distribution and concentration of air pollution emitted from municipal solid waste (MSW) incinerator, 2) study the community perception of health impact from the incinerator operation, 3) study health behavior of municipal solid waste incinerator workers, and 4) assess the workers and community health risk from air pollution (VOCs and heavy metals). Two MSW incineration plants located in Phuket and Songkla provinces were selected for the samples. Ambient and indoor air quality sampling were conducted including VOCs (Benzene Toluene Ethylbenzene, Styrene and Zylene), Dioxin, and heavy metals (cadmium, arsenic and lead). In addition, quality of life perceptions among community in five kilometers radius around the plants were surveyed and 30 workers of each plant were interviewed. The results showed that dioxin concentration found in Songkhla plant area was at 0.037-0.17pq-TEQ/m³. Heavy metals and VOCs concentrations were found in control room, office room, and fuel feeding unit. However, the concentration met the national emission standards. The excess cancer risk (CR) for lifetime exposure to benzene was evaluated. The results suggested that potential cancer risk for life time exposure to benzene from fuel feeding unit, control unit, and office room in Phuket plant were at an unacceptable level and increased risk of leukemia at 8.88×10^{-6} , 1.53×10^{-5} , and 1.38×10^{-5} respectively. For the excess cancer risk, the life time exposure to

* Regional Health Promotion Center 4, Saraburi, Department of Health

** Health Impact Assessment Division, Department of Health

Corresponding author: Sukanda Pudpadee Email: sukanda1212@gmail.com

cadmium and nickel in office room increased for bone and lung cancers at 8.79×10^{-5} and 1.23×10^{-3} respectively. In addition, personal protective equipment, especially face masks, were used only 50-55%. Health risk assessments from air pollution exposure among community members residing near both plants were at an acceptable level. However, based on community perception data, the results suggested that the distance between the community and the plant had a significant negative association with the quality of life (p-value <0.001) with the most nuisance effects from solid waste odor and particulate matter.

Key words: Air pollution; Health risk assessment; Municipal solid waste

บทนำ

ปัญหามูลฝอยชุมชนของประเทศไทย (Municipal solid waste) นับว่าเป็นปัญหาสำคัญจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณมูลฝอย จากรายงานสถานการณ์มูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 ของกรมควบคุมมลพิษ พบว่ามีปริมาณมูลฝอย ถึง 26.85 ล้านตัน ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องเพียง 8.34 ล้านตันที่เหลือเป็นการกำจัดมูลฝอยที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งสามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้เพียง 4.94 ล้านตัน⁽¹⁾ มูลฝอยเหล่านี้เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อใช้วิธีจัดการไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหากลิ่นเหม็น น้ำเสีย มลพิษจากน้ำชะขยะปนเปื้อนออกสู่แหล่งน้ำและสิ่งแวดล้อม ไปจนถึงมลพิษทางอากาศจากการเผามูลฝอยในที่โล่งหรือไฟไหม้ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน เช่น กรณีบ่อขยะ ขององค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษา จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งลักลอบนำกากอุตสาหกรรมและมูลฝอยทิ้งเกินกำหนด จนเกิดปฏิกิริยาเคมีไฟลุกไหม้ครั้งใหญ่ สร้างความเสียหายและมลภาวะเป็นวงกว้างเมื่อเดือนมีนาคม 2557⁽²⁾ จึงได้มีการกำหนดให้เป็นวาระเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหามีการจัดทำแผน โดยมาตรการหนึ่งที่น่าสนใจในการจัดการคือส่งเสริมการใช้พลังงานสะอาดและพัฒนาพลังงานทางเลือก โดยสนับสนุนและสร้างมาตรการจูงใจเพื่อให้นโยบายการแปรรูปมูลฝอยเป็นพลังงาน⁽³⁾ ซึ่งการเผามูลฝอยในอุณหภูมิสูงเพื่อให้ได้พลังงานไฟฟ้าจะปลดปล่อยมลพิษอากาศออกมาสู่สิ่งแวดล้อม จากข้อมูล ที่สรุป 15 ประเทศ แสดงให้เห็นว่า ในปี 1995 ประมาณร้อยละ 50 ของไดออกซินที่ระบายเข้าไปในอากาศเกิดจากการเผา⁽⁴⁾ การเผามูลฝอยชุมชนถูกระบุว่าเป็นแหล่งปล่อยสารไดออกซิน ออกสู่อากาศในสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับเตาเผาประเภทอื่น⁽⁵⁾ ซึ่งสิ่งคุกคามและมลพิษหลักที่เกิดขึ้นจากเตาเผามูลฝอย คือ มลพิษทางอากาศ เช่น กรดกำขี้ โลหะหนัก สารอินทรีย์ระเหยง่าย สารอินทรีย์กลุ่มไดออกซิน ฟูละออง รวมถึงน้ำเสียและซีเมนต์ที่มีการปนเปื้อน ทั้งนี้สารมลพิษดังกล่าวมีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น เป็นสารก่อมะเร็ง ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ผลต่อทารกในครรภ์และระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับชนิดของสารมลพิษ ปริมาณและระยะเวลาที่ได้รับสัมผัส⁽⁶⁾ ดังนั้น ผู้ทำการศึกษาจึงเห็นว่าการศึกษามลพิษอากาศและความเสี่ยงต่อสุขภาพ จะเป็นข้อมูลที่นำไปสู่การวางมาตรการที่เหมาะสมกับเตาเผามูลฝอยเพื่อลดผลกระทบจากไฟฟ้าที่จะเกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะมาตรการที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาปริมาณมลพิษอากาศจากเตาเผามูลฝอย
- 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในโครงการเตาเผามูลฝอย
- 3) เพื่อศึกษาการรับรู้ผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชนโดยรอบโครงการเตาเผามูลฝอย
- 4) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศของผู้ปฏิบัติงานในโครงการเตาเผามูลฝอย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็น การศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

พื้นที่ศึกษา ศึกษาโครงการเตาเผามูลฝอยที่ผลิตไฟฟ้า ใช้เกณฑ์การคัดเลือกสถานที่ศึกษาคือเป็นโรงงานที่เปิดดำเนินการแล้ว 2 ปีขึ้นไป และยินดีให้เข้าไปเก็บข้อมูล ได้สถานที่ศึกษาทั้งหมด 2 แห่ง ตั้งอยู่ในจังหวัดสงขลาและภูเก็ต และกำหนดพื้นที่ศึกษาให้อยู่ในรัศมี 5 กิโลเมตรจากโครงการเตาเผามูลฝอยและผลิตไฟฟ้า โดยพื้นที่จังหวัดภูเก็ตอยู่ในเขตตำบลวิชิต ตำบลตลาดเหนือ ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง และพื้นที่จังหวัดสงขลา อยู่ในเขตเทศบาลเมืองควนลัง อำเภอหาดใหญ่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ส่วนได้แก่ 1) พนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานเตาเผามูลฝอยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แต่ละ 30 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ เป็นพนักงานที่ปฏิบัติงานในแผนกงานป้อนเชื้อเพลิง หรืองานควบคุมเผาไหม้ หรืองานสำนักงาน และทำงานในตำแหน่งดังกล่าวอย่างน้อย 6 เดือน มีเกณฑ์การคัดการออก (Exclusion Criteria) คือ หากพนักงานคนนั้น ตั้งครรภ์ หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง 2) ประชาชนโดยรอบโรงงานเตาเผามูลฝอยในรัศมี 5 กิโลเมตร คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการประมาณค่าสัดส่วน ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 5% ^{(7) (8)} ได้ขนาดตัวอย่างแต่ละ 184 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่และอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีเกณฑ์การคัดการออก คือ ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ทั้งนี้เมื่อเก็บข้อมูลแล้วได้ตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต 400 คน และจังหวัดสงขลา 196 คน

ช่วงเวลาดำเนินการ ดำเนินการระหว่างมกราคม 2559 ถึงกุมภาพันธ์ 2560

เครื่องมือ วิธีการ และการวิเคราะห์

1. การเก็บตัวอย่างและตรวจวิเคราะห์คุณภาพอากาศภายในสถานประกอบการ โดยใช้เครื่องมือเก็บตัวอย่างอากาศ Personal Pump ติดกับกระดาศกรอง Filter - MCE 225-3-01 เพื่อเก็บตัวอย่างแคะเมียม ตะกั่ว แมงกานีส นิเกิล โปรท และใช้ Personal Pump ติดกับ Charcoal tube 226-01 เพื่อเก็บตัวอย่างเบนซิน โทลูอิน เอธิลเบนซิน ไซลีน สไตรีน เก็บตัวอย่างในเวลาทำงานต่อเนื่อง 8 ชั่วโมง เก็บรักษาตัวอย่างที่ 4°C และส่งตัวอย่างไปวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ใช้วิธีมาตรฐานของ NIOSH Method no.7300⁽⁹⁾ no.6009⁽¹⁰⁾ และ no.1501⁽¹¹⁾ วิเคราะห์ข้อมูลเทียบกับค่ามาตรฐานของ OSHA⁽¹²⁾ และนำมาประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพโดยใช้วิธีการและแนวทางของ U.S.EPA⁽¹³⁾

2. การเก็บตัวอย่างและตรวจวิเคราะห์คุณภาพอากาศในบรรยากาศ สำหรับ TSP PM10 CO HCl SO2 NO2 ใช้รถ Mobile Unit ของกรมควบคุมมลพิษ วิเคราะห์ข้อมูล เทียบกับค่ามาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศของประเทศไทย⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ สำหรับ PM2.5 เปรียบเทียบกับมาตรฐานในบรรยากาศ ตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ⁽¹⁸⁾ สำหรับเก็บตัวอย่างอากาศและวิเคราะห์สารกลุ่มไดออกซิน

ในอากาศ (ประกอบด้วยไดออกซิน ฟิวแรน และ Dioxin like PCBs) ใช้วิธีตามมาตรฐานของกระทรวงสิ่งแวดล้อมประเทศญี่ปุ่น⁽¹⁹⁾ โดยใช้เครื่องมือเก็บตัวอย่างอากาศชนิด High Volume Air Sampler บีมผ่านกระดาษกรอง (Quartz Fiber Filter) ซึ่งทำการเติม sampling spike และโพสิทีฟไนโตรเจน และตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการที่สถาบันไดออกซิน ด้วยเครื่องแก๊สโครมาโตกราฟี วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานคุณภาพอากาศของประเทศแคนาดา⁽²⁰⁾ และมาตรฐานของประเทศญี่ปุ่น⁽²¹⁾

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงไฟฟ้าพลังงานขยะ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ)

4. แบบสอบถามการรับรู้ผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชนโดยรอบโครงการเตาเผามูลฝอย วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความคิดเห็นการเปลี่ยนแปลงของผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ในกลุ่มประชากรที่อาศัยในรัศมีที่แตกต่างกัน ได้แก่ ผู้ที่อาศัยในรัศมีน้อยกว่า 0.5 กิโลเมตร ผู้ที่อาศัยในรัศมีตั้งแต่ 0.5 – 1 กิโลเมตร ผู้ที่อาศัยในรัศมีมากกว่า 1– 3 กิโลเมตร และผู้ที่อาศัยในรัศมีมากกว่า 3 กิโลเมตร ใช้สถิติทดสอบครัสกัล-วอลลีส (Kruskal-Wallis Test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยระดับความคิดเห็นการเปลี่ยนแปลงผลกระทบได้กำหนดไว้ 5 ระดับ ได้แก่ แย่ลงมาก, แย่ลง, ไม่เปลี่ยนแปลง, ดีขึ้น และดีขึ้นมาก

5. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานและประชาชนโดยรอบโรงงานเตาเผามูลฝอย โดยใช้ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในสถานประกอบการ และคุณภาพอากาศในบรรยากาศบริเวณชุมชน มาใช้ในการประเมินความเสี่ยงตามวิธีการของ US.EPA⁽¹³⁾ ดังนี้

$$EC = (CA \times ET \times EF \times ED) / AT$$

และประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง (Cancer Risk) จากการรับสัมผัสเบนซิน แคดเมียม และนิเกิลในบรรยากาศ โดยคำนวณค่าความเสี่ยงจากสมการ

$$\text{Cancer risk} = IUR \times EC$$

ประเมินความเสี่ยงกรณีที่ไม่ใช่การก่อมะเร็ง (Non-carcinogenic risk) จากการรับสัมผัสเอซิลเบนซิน เบนซิน โทลูอิน เอซิลเบนซิน ไซลีน สไตรีน แมงกานีส โปรท โดยคำนวณค่าความเสี่ยงจากสมการ

$$\text{Hazard Quotient} = EC / RfC$$

การแทนค่าและคำอธิบาย ดังนี้

EC	ค่าการรับสัมผัส (mg/m ³)
CA	ความเข้มข้นของสารเคมีในบรรยากาศ (mg/m ³) ได้จากค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมง
ET	ระยะเวลาการรับสัมผัสสารเคมีในอากาศ (hours/day) (ทำงานวันละ 8 ชั่วโมง)
EF	ความถี่ของการรับสัมผัสสารเคมีในบรรยากาศ (days/year) (ทำงานปีละ 312 วัน)
ED	ช่วงเวลาที่รับสัมผัสสารเคมีในบรรยากาศ (years) ทำงานมาแล้วกี่ปี (คิดตามจำนวนปีที่เตาเผามูลฝอยเริ่มเปิดดำเนินการ) จังหวัดภูเก็ต 5 ปี, จังหวัดสงขลา 3 ปี

AT เวลาเฉลี่ย

- กรณีคำนวณ Cancer risk คำนวณจาก lifetime (70 years) x 365 days/year x 24 hours/day
- กรณีคำนวณ non-cancer risk AT คำนวณจาก ED (5 years) x 356 days/year x 24 hours/day

- IUR** Inhalation unit risk (21) - IUR ของ Benzene (Leukemia) is 7.8×10^{-6} per $\mu\text{g}/\text{m}^3$
- IUR ของ Cadmium (Respiratory : Lung, trachea, bronchus cancer) 1.8×10^{-3} per $\mu\text{g}/\text{m}^3$
 - IUR ของ Nickel (Respiratory (Lung) 4.8×10^{-3} per $\mu\text{g}/\text{m}^3$

RfC Inhalation reference concentration ⁽²²⁾

- RfC ของ Styrene (CNS effect) $1 \text{ mg}/\text{m}^3$
- RfC ของ Benzene (decreased lymphocyte count) $3 \times 10^{-2} \text{ mg}/\text{m}^3$
- RfC ของ Ethylbenzene (developmental toxicity) $1 \text{ mg}/\text{m}^3$
- RfC ของ Toluene (neurological effects) $5 \text{ mg}/\text{m}^3$
- RfC ของ Xylene (impaired motor coordination) $1 \times 10^{-1} \text{ mg}/\text{m}^3$
- RfC Manganese (Impairment of neurobehavioral function) $5 \times 10^{-5} \text{ mg}/\text{m}^3$
- RfC ของ ปรอท (nervous system: increases in memory disturbances) $3 \times 10^{-4} \text{ mg}/\text{m}^3$

Cancer risk ถ้าค่ามากกว่า 10^{-6} ให้ถือว่าเป็นระบบความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้

HQ HQ และ HI ถ้าค่ามากกว่า 1 ให้ถือว่าเป็นระบบความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้

HI Hazard Index คือผลรวมของ HQ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกมอ.น.มัย กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 31 มีนาคม 2559 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2560

ผลการศึกษา

1. ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศในบริเวณที่ปฏิบัติงาน (Workplace / Indoor Air)

1.1 ปริมาณความเข้มข้นของโลหะหนักภายในสถานที่ปฏิบัติงาน

ผลการตรวจวัดปริมาณโลหะหนัก บริเวณสถานที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ หน้าจุดบ่อนเชื้อเพลิง ห้องควบคุม ห้องสำนักงาน ทั้งสองพื้นที่พบว่า พื้นที่จังหวัดภูเก็ต ผลการตรวจวัดปริมาณความเข้มข้นของปรอท ตรวจวัดไม่พบ (Not Detect : ND) ทั้ง 3 จุด สำหรับแคดเมียม ตะกั่ว แมงกานีส และนิกเกิล

ผลการตรวจวัดมีค่าน้อยกว่า 0.001 mg/m³ ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐานที่กำหนดโดย OSHA ⁽¹²⁾ สำหรับพื้นที่จังหวัดสงขลา ตรวจพบ პროทั้ง 3 พื้นที่ที่มีค่าน้อยกว่า 0.001 mg/m³ สำหรับแคดเมียมมีค่าตรวจวัด <0.001 - 0.004 mg/m³ ตะกั่วมีค่าตรวจวัด <0.001 - 0.032 mg/m³ แมงกานีสมีค่าตรวจวัด <0.001 - 0.015 mg/m³ และนิเกิลมีค่าตรวจวัด<0.001 - 0.021 mg/m³ ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐานที่กำหนดโดย OSHA ⁽¹²⁾ แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเข้มข้นของโลหะหนักภายในสถานที่ปฏิบัติงาน

โลหะหนัก	ความเข้มข้น (mg/m ³) จ. ภูเก็ต			ความเข้มข้น (mg/m ³) จ. สงขลา			ค่ามาตรฐาน ⁽¹²⁾
	จุดป้อนเชื้อเพลิง	ห้องควบคุม	ห้องสำนักงาน	หน้าจุดป้อนเชื้อเพลิง	ห้องควบคุม	ห้องสำนักงาน	
ปรอท	ND	ND	ND	<0.01	<0.01	<0.01	0.1 mg/m ³
แคดเมียม	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.004	0.005 mg/m ³
ตะกั่ว	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.032	0.05 mg/m ³
แมงกานีส	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.015	5 mg/m ³
นิเกิล	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.021	1 mg/m ³

1.2 ปริมาณความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในสถานที่ปฏิบัติงาน

ผลการตรวจวัดปริมาณความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในสถานที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ หน้าจุดป้อนเชื้อเพลิง ห้องควบคุม ห้องสำนักงาน พื้นที่จังหวัดภูเก็ต พบว่าช่วงเช้าค่าเบนซินอยู่ในช่วง 0.39-0.51 mg/m³ ช่วงบ่ายพบค่าเบนซิน อยู่ในช่วง 0.005-0.48 mg/m³ ค่าความเข้มข้นโทลูอีน ทั้งช่วงเช้าและบ่ายมีค่าตรวจวัดน้อยกว่า 0.001 mg/m³ ค่าความเข้มข้นเอธิลเบนซิน ทั้งช่วงเช้าและบ่ายมีค่าตรวจวัดน้อยกว่า 0.001-0.1 mg/m³ ไซลีน ทั้งช่วงเช้าและบ่ายมีค่าตรวจวัดน้อยกว่า 0.001-0.176 mg/m³ ความเข้มข้น ของสไตรีน ทั้งช่วงเช้าและบ่ายมีค่าตรวจวัดน้อยกว่า 0.001 mg/m³ ในพื้นที่จังหวัดสงขลา พบค่าเบนซิน มีความเข้มข้นน้อยกว่า 0.001 mg/m³ เช่นเดียวกับค่าความเข้มข้นโทลูอีน เอธิลเบนซิน และสไตรีน ทั้งช่วงเช้าและบ่ายมีค่าตรวจวัดน้อยกว่า 0.001 mg/m³ ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐานที่กำหนดโดย OSHA ⁽¹²⁾ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่ายในสถานที่ปฏิบัติงานภายในโรงงาน

สารมลพิษ อากาศ	ความเข้มข้นในอากาศ พื้นที่ จ.ภูเก็ต			ความเข้มข้นในอากาศ พื้นที่ จ.สงขลา			ปริมาณค่าความเข้มข้นที่ อาจยอมให้มีได้ ⁽¹²⁾
	(mg/m ³)			(mg/m ³)			
	หน้าจุดป้อน เชื้อเพลิง	ห้องควบคุม	ห้อง สำนักงาน	หน้าจุดป้อน เชื้อเพลิง	ห้องควบคุม	ห้อง สำนักงาน	
ช่วงเวลาตรวจวัด : ช่วงเช้า 08.00 – 12.00 น.							
เบนซิน	0.051	0.047	0.039	<0.001	<0.001	<0.001	1 ppm (3.19 mg/m ³)
โทลูอีน	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	200 ppm (754 mg/m ³)

ตารางที่ 2 (ต่อ) ความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่ายในสถานที่ปฏิบัติงานภายในโรงงาน

	หน้าจุดป้อน เชื้อเพลิง	ห้องควบคุม	ห้อง สำนักงาน	หน้าจุดป้อน เชื้อเพลิง	ห้องควบคุม	ห้อง สำนักงาน	
เอธิลเบนซีน	<0.001	0.083	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	100 ppm (434 mg/m ³)
ไซลีน	<0.001	0.082	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	100 ppm (434 mg/m ³)
สไตรีน	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	100 ppm (426 mg/m ³)
ช่วงเวลาตรวจวัด : ช่วงบ่าย 12.30 – 16.30 น.							
เบนซีน	0.005	0.050	0.048	<0.001	<0.001	<0.001	1 ppm (3.19 mg/m ³)
โทลูอีน	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	200 ppm (754 mg/m ³)
เอธิลเบนซีน	<0.001	<0.001	0.100	<0.001	<0.001	<0.001	100 ppm (434 mg/m ³)
ไซลีน	0.048	<0.001	0.176	<0.001	<0.001	<0.001	100 ppm (434 mg/m ³)
สไตรีน	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	100 ppm (426 mg/m ³)

หมายเหตุ : ปริมาณต่ำสุดที่ตรวจวิเคราะห์ได้เท่ากับ 0.001 mg/m³

2 ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศในชุมชน

ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศ พบว่า PM_{2.5} มีค่าตรวจวัดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.008-0.0018 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ไม่เกินค่ามาตรฐานฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในบรรยากาศโดยทั่วไป⁽¹⁸⁾ รวมทั้ง PM₁₀ มีค่าตรวจวัดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 14-41 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ปริมาณก๊าซ SO₂ มีค่าตรวจวัดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-1 ppb ก๊าซ NO₂ มีค่าตรวจวัดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3-8 ppb ก๊าซ CO มีค่าตรวจวัดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.3-1 ppm ก๊าซ O₃ มีค่าตรวจวัดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 12-14 ppb ผลการตรวจวัดเฉลี่ยมีค่าต่ำกว่ามาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศทั่วไป⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ เช่นเดียวกับค่าความเข้มข้นของโลหะหนักมีค่าตรวจวัดเฉลี่ยของแคดเมียม <0.005 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร ตะกั่ว มีค่าความเข้มข้นในการตรวจวัดได้เฉลี่ย <0.005 -0.18 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตรปรอท มีค่าตรวจวัดได้เฉลี่ย 1 นาโนกรัม/ลูกบาศก์เมตร

ปริมาณและการกระจายของสารกลุ่มไดออกซินในบริเวณชุมชนพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ทุกจุดเก็บตัวอย่างไม่เกินค่ามาตรฐานทั้งมาตรฐานคุณภาพอากาศของประเทศแคนาดา⁽²⁰⁾ และมาตรฐานของประเทศญี่ปุ่น⁽²¹⁾ แต่ในพื้นที่จังหวัดสงขลา พบว่าที่ระยะ 0-1 km ระยะ 1.0-3.0 km และ 3.0-5.0 km มีค่าสูงสุดที่วัดได้ สูงกว่ามาตรฐานของประเทศแคนาดา แต่ไม่เกินค่ามาตรฐานของประเทศญี่ปุ่น ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การตรวจวัดคุณภาพอากาศ ในบรรยากาศ ของพื้นที่ทั้งสองจังหวัด

พารามิเตอร์	แสดงค่า	ผลการตรวจวัด		ผลการตรวจวัด		ค่ามาตรฐาน
		จ.ภูเก็ต		จ.สงขลา		
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
ฝุ่นละออง PM _{2.5} เฉลี่ย	ค่าสูงสุด	0.023	0.028	0.022	0.016	0.05 mg/m ³ (18)
24 ชั่วโมง (mg/m ³)	ค่าต่ำสุด	0.006	0.009	0.012	0.008	
วัดที่ระยะ 0.3-0.5 km.	ค่าเฉลี่ย	0.012	0.015	0.018	0.013	

ตารางที่ 3 (ต่อ) การตรวจวัดคุณภาพอากาศ ในบรรยากาศ ของพื้นที่ทั้งสองจังหวัด

พารามิเตอร์	แสดงค่า	ผลการตรวจวัด		ผลการตรวจวัด		ค่ามาตรฐาน
		จ.ภูเก็ต		จ.สงขลา		
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
ฝุ่นละออง PM _{2.5} เฉลี่ย 24 ชั่วโมง (mg/m ³)	ค่าสูงสุด	0.013	0.26	0.021	0.017	
	ค่าต่ำสุด	0.004	0.009	0.011	0.009	
วัดที่ระยะ 1–3 km.	ค่าเฉลี่ย	0.008	0.014	0.015	0.013	
ฝุ่นละออง PM ₁₀ เฉลี่ย 24 ชั่วโมง (ug/m ³)	ค่าสูงสุด	19	104	28	108	120 ug/m ³ ⁽¹⁶⁾
	ค่าต่ำสุด	12	17	17	6	
	ค่าเฉลี่ย	14	41	22	36	
ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO ₂) เฉลี่ย 1 ชั่วโมง (ppb)	ค่าสูงสุด	4	19	5	4	300 ppb ^{(14) (16)}
	ค่าต่ำสุด	1	0	0	0	
	ค่าเฉลี่ย	1	0	1	1	
ก๊าซไนโตรเจนได ออกไซด์ (NO ₂) เฉลี่ย 1 ชั่วโมง (ppb)	ค่าสูงสุด	16	23	10	13	170 ppb ^{(14) (15) (17)}
	ค่าต่ำสุด	1	1	2	0	
	ค่าเฉลี่ย	7	8	4	3	
คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) เฉลี่ย 1 ชั่วโมง (ppm)	ค่าสูงสุด	-	3.7	-	1.6	30 ppm ⁽¹⁴⁾
	ค่าต่ำสุด	-	0	-	0.2	
	ค่าเฉลี่ย	-	0.3	-	1	
ก๊าซโอโซน (O ₃) เฉลี่ย 1 ชั่วโมง (ppb)	ค่าสูงสุด	39	45	45	59	100 ppb ^{(14) (16)}
	ค่าต่ำสุด	1	0	0	0	
	ค่าเฉลี่ย	14	13	12	12	
ปรอท (Hg) เฉลี่ย 1 ชั่วโมง (ng/m ³)	ค่าสูงสุด	4	-	4	-	ไม่มีค่ามาตรฐาน
	ค่าต่ำสุด	1	-	1	-	
	ค่าเฉลี่ย	1	-	1	-	
แคดเมียม เฉลี่ย 1 ชั่วโมง (ug/m ³)	ค่าสูงสุด	<0.005	<0.005-	-	<0.005	ไม่มีค่ามาตรฐาน
	ค่าต่ำสุด	<0.005	<0.005-	-	<0.005	
	ค่าเฉลี่ย	<0.005	<0.005-	-	<0.005	
ตะกั่ว	ค่าสูงสุด	0.007	0.023	<0.005	<0.005	
เฉลี่ย 1 ชั่วโมง (ug/m ³)	ค่าต่ำสุด	<0.005	0.012	<0.005	<0.005	ไม่มีค่ามาตรฐาน
	ค่าเฉลี่ย	0.06	0.18	<0.005	<0.005	
สารกลุ่มไดออกซิน (pq-TEQ/m ³) วัดที่ระยะ 0-1.0 km	ค่าสูงสุด	0.0043	0.0077	0.077	0.18	- มาตรฐานประเทศ
	ค่าต่ำสุด	0.0039	0.0021	0.016	0.083	แคนาดา ปริมาณ
	ค่าเฉลี่ย	0.0041	0.0048	0.037	0.13	รวมของไดออกซิน
สารกลุ่มไดออกซิน (pq-TEQ/m ³) วัดที่ระยะ .0-3.0 km	ค่าสูงสุด	0.0024	0.011	0.062	0.11	ฟิวแรน และ Dioxin
	ค่าต่ำสุด	0.0022	0.0017	0.0065	0.048	like PCBs ไม่เกิน
	ค่าเฉลี่ย	0.0023	0.0048	0.25	0.074	0.1 pq-TEQ/m ³ ⁽²⁰⁾

ตารางที่ 3 (ต่อ) การตรวจวัดคุณภาพอากาศ ในบรรยากาศ ของพื้นที่ทั้งสองจังหวัด

พารามิเตอร์	แสดงค่า	ผลการตรวจวัด		ผลการตรวจวัด		ค่ามาตรฐาน
		จ.ภูเก็ต		จ.สงขลา		
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
สารกลุ่มไดออกซิน pq-TEQ/m ³) วัดที่ระยะ 3.0-5.0 km	ค่าสูงสุด	0.0015	0.00034	0.023	0.12	- มาตรฐานประเทศ ญี่ปุ่น ปริมาณรวม ของไดออกซิน พีว แรน และ Dioxin like PCBs 0.6 pq- TEQ/m ³ (21)
	ค่าต่ำสุด	0.0002	0.00017	0.087	0.046	
	ค่าเฉลี่ย	0.00064	0.00026	0.06	0.08	

2. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มพนักงานปฏิบัติงาน

กลุ่มที่ศึกษาได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเตาเผามูลฝอย ในพื้นที่ศึกษาแต่ละ 30 คน ในแผนกป้อนเชื้อเพลิงเข้าเตาเผา แผนกควบคุมการผลิต และแผนกสำนักงานตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ผลการศึกษา พบว่าในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 32 ปี สูงสุด 50 ปี ต่ำสุด 18 ปี ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่าผู้ปฏิบัติงานในส่วนป้อนวัตถุดิบเข้าเตาเผา ส่วนใหญ่มีการใช้ผ้าปิดจมูกทุกครั้งขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 50.00 ใส่บางครั้ง ร้อยละ 33.33 และไม่เคยใส่ ร้อยละ 16.67 และการสวมใส่ถุงมือขณะปฏิบัติงานครึ่งหนึ่งสวมใส่ถุงมือในบางครั้ง ร้อยละ 50.00 และไม่เคยใส่เลย ผู้ปฏิบัติงานในส่วนงานควบคุมการผลิต จำนวน 2 ใน 3 มีการใส่ผ้าปิดจมูกในบางครั้งขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 66.67 และใส่ทุกครั้งเป็นลำดับรองลงมา ส่วนการสวมถุงมือขณะปฏิบัติงานพบว่าใส่บางครั้ง และไม่เคยใส่ในอัตราส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 44.45 ส่วนน้อยที่สวมใส่ถุงมือทุกครั้ง ร้อยละ 11.10 และผู้ปฏิบัติงานในส่วนงานสำนักงานเกือบครึ่งหนึ่งมีการคาดผ้าปิดจมูกบางครั้งขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 46.67 รองลงมาคือ ไม่เคยใส่ ร้อยละ 40.00 และใส่ทุกครั้ง ร้อยละ 13.33 ส่วนการสวมถุงมือขณะปฏิบัติงานจำนวน 2 ใน 3 ร้อยละ 66.67 ไม่เคยใส่เลยรองลงมา คือ ใส่บางครั้ง ร้อยละ 26.67 และ ใส่ทุกครั้ง ร้อยละ 6.66

สำหรับพื้นที่จังหวัดสงขลา ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 31 ปี สูงสุด 45 ปี ต่ำสุด 25 ปี พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ผู้ปฏิบัติงานในส่วนป้อนวัตถุดิบเข้าเตาเผา จำนวนสองในสามพบมีการใช้ผ้าปิดจมูกในบางครั้งขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 66.67 และผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในส่วนงานนี้สวมใส่ถุงมือเป็นบางครั้งขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 83.33 ผู้ปฏิบัติงานในส่วนงานควบคุมการผลิตเกินครึ่งหนึ่งมีการใส่ผ้าปิดจมูกในบางครั้งขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 53.85 และใส่ทุกครั้งเป็นลำดับรองลงมา ส่วนการสวมถุงมือขณะปฏิบัติงานพบเกินครึ่งสวมใส่ถุงมือในบางครั้ง ร้อยละ 53.85 รองลงมา คือ ใส่ทุกครั้ง ร้อยละ 38.46 และยังมีผู้ที่ไม่เคยใส่ถุงมือขณะปฏิบัติงานแต่เป็นส่วนน้อย

ร้อยละ 7.69 และผู้ปฏิบัติงานในส่วนงานสำนักงานเกินครึ่งหนึ่งมีการคาดผ้าปิดจมูกขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 54.54 ที่เหลือไม่เคยใส่ การสวมถุงมือขณะปฏิบัติงานส่วนใหญ่ใส่บางครั้ง ร้อยละ 45.45 รองลงมา คือไม่เคยสวมใส่ถุงมือขณะปฏิบัติงานเลย ร้อยละ 36.35

3 การรับรู้ถึงผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชนโดยรอบเตาเผามูลฝอย

ผลการสำรวจการรับรู้ข้อมูลผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชน อาศัยโดยรอบเตาเผา มูลฝอย ในรัศมีน้อยกว่า 0.5 กิโลเมตร ผู้ที่อาศัยในรัศมีตั้งแต่ 0.5 – 1 กิโลเมตร ผู้ที่อาศัยในรัศมีมากกว่า 1– 3 กิโลเมตร และผู้ที่อาศัยในรัศมีมากกว่า 3 กิโลเมตร พบว่า มีประเด็นที่มีความแตกต่างกันในกลุ่ม ผู้อาศัยในรัศมีที่ต่างกัน โดยผู้ที่อาศัยใกล้กว่าจะรับรู้ถึงผลกระทบมากกว่าผู้ที่อาศัยไกลออกไป ได้แก่ ผลกระทบจากฝุ่นละออง ($p\text{-value} < 0.001$) ผลกระทบจากอุบัติเหตุจากการใช้ถนน ($p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การรับรู้ผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชน

ประเด็น ผลกระทบ	ระยะห่างจากโรงไฟฟ้า	ความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงจังหวัดภูเก็ต					p-value	ความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงจังหวัดสงขลา					p-value
		จำนวน (ร้อยละ)						จำนวน (ร้อยละ)					
		แย่ง มาก	แย่ง	ไม่ เปลี่ยนแปลง	ดีขึ้น	ดีขึ้น มาก		แย่งมาก	แย่ง	ไม่ เปลี่ยนแปลง	ดีขึ้น	ดีขึ้น มาก	
ฝุ่นละออง	<500 ม.	7 (5.69)	31 (25.20)	82 (66.67)	3 (2.44)	-		4 (11.43)	21 (60.00)	10 (28.57)	-	-	
	ตั้งแต่500 ม. - 1 กม.	1 (1.75)	2 (3.51)	52 (91.23)	2 (3.51)	-		1 (2.70)	19 (51.35)	17 (45.95)	-	-	
	มากกว่า 1 กม. - 3 กม.	-	16 (9.36)	149 (87.13)	6 (3.51)	-		3 (3.95)	19 (25.00)	53 (69.74)	1 (1.32)	-	
	>3 กม.	-	1 (2.04)	48 (97.96)	-	-		-	4 (8.33)	44 (91.67)	-	-	
	รวม	8 (2.00)	50 (12.50)	331 (82.75)	11 (2.75)	-	<0.001*	8 (4.08)	63 (32.14)	124 (63.27)	1 (0.51)	-	<0.001*
กลิ่นเหม็น รบกวน	<500 ม.	33 (26.83)	80 (65.04)	9 (7.32)	1 (0.81)	-		16 (45.71)	17 (48.57)	2 (5.71)	-	-	
	500 ม. - 1 กม.	4 (7.02)	36 (63.16)	15 (26.32)	2 (3.51)	-		3 (8.11)	30 (81.08)	4 (10.81)	-	-	
	1 กม. - 3 กม.	9 (5.26)	59 (34.50)	97 (56.73)	6 (3.51)	-		7 (9.21)	39 (51.32)	29 (38.16)	1 (1.32)	-	
	>3 กม.	-	4 (8.16)	45 (91.84)	-	-		-	12 (25.00)	36 (75.00)	-	-	
	รวม	46 (11.50)	179 (44.75)	166 (41.50)	9 (2.25)	-	<0.001*	26 (13.27)	98 (50.00)	71 (36.22)	1 (0.51)	-	<0.001*
อุบัติเหตุ จากการ คมนาคม	<500 ม.	-	1 (0.81)	120 (97.56)	2 (1.63)	-		-	-	35 (100)	-	-	
	500 ม. - 1 กม.	-	1 (1.75)	55 (96.49)	1 (1.75)	-		-	-	36 (97.30)	-	1 (2.70)	
	1 กม. - 3 กม.	-	-	166 (97.08)	5 (2.92)	-		1 (1.32)	3 (3.95)	72 (94.74)	-	-	
	>3 กม.	-	-	49 (100)	-	-		-	1 (2.08)	47 (97.92)	-	-	
	รวม	-	2 (0.50)	390 (97.5)	8 (2.00)	-	<0.001*	1 (0.51)	4 (2.04)	190 (96.94)	-	1 (0.51)	<0.001*

* Kruskal-Wallis Test แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศของผู้ปฏิบัติงานและประชาชน

4.1 การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศของผู้ปฏิบัติงาน จากผลการตรวจคุณภาพอากาศในสถานประกอบการเก็บตัวอย่างอากาศในจุดปฏิบัติงานทั้ง 3 จุด ในจังหวัดภูเก็ต ตรวจวัดแล้วไม่พบปรอท ทั้ง 3 จุด สำหรับแคดเมียม ตะกั่ว แมงกานีส และนิเกิล ผลการตรวจวัดมีค่าน้อยกว่า 0.001 mg/m^3 จึงไม่นำมาประเมินความเสี่ยง ส่วนสารอินทรีย์ระเหยง่ายพบความเข้มข้นแตกต่างกันในหลายจุด จึงนำมาประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ ผลพบว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวจากการรับสัมผัสเบนซีนของผู้ปฏิบัติงานในจุดป้อนเชื้อเพลิง ผู้ปฏิบัติงานในห้องควบคุมระบบ และผู้ปฏิบัติงานในห้องสำนักงานคือ 8.88×10^{-6} , 1.53×10^{-5} , และ 1.38×10^{-5} ตามลำดับ ซึ่งมีค่ามากกว่า 1×10^{-6} ถือว่าเป็นยอมรับไม่ได้ ส่วนความเสี่ยงที่ไม่ใช่มะเร็งพบว่า ค่า HQ ไม่เกิน 1 และเมื่อรวม HQ ของทุกสารแล้ว ค่า HI ก็ไม่เกิน 1 รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเตาเผามูลฝอย จังหวัดภูเก็ต

ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Critical effect)	Cancer Risk		Non-Carcinogenic risk (Hazard Quotient : HQ)			
	Benzene	Toluene	Ethylbenzene	Xylene	Styrene	Hazard Index(HI)
	Leukemia	Neurological effects	Developmental toxicity	Impaired motor coordination	CNS effect	
จุดป้อนเชื้อเพลิง	8.88×10^{-6}	2.92×10^{-5}	1.46×10^{-4}	0.0015	1.46×10^{-4}	0.002
ห้องควบคุมระบบ	1.53×10^{-5}	2.92×10^{-5}	1.22×10^{-2}	0.12	1.46×10^{-4}	0.132
สำนักงาน	1.38×10^{-5}	2.92×10^{-5}	1.46×10^{-2}	0.25	1.46×10^{-4}	0.272
ค่าเฉลี่ย	1.26×10^{-5}	2.92×10^{-5}	8.99×10^{-3}	0.12	1.46×10^{-4}	0.135

สำหรับจังหวัดสงขลา ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศในสถานประกอบการพบความเข้มข้นสารอินทรีย์ระเหยง่ายในทุกจุดมีค่าน้อยกว่า 0.001 mg/m^3 จึงไม่นำมาประเมินความเสี่ยง ยกเว้นสารไซลีน บริเวณจุดเก็บจุดป้อนเชื้อเพลิงที่มีค่าความเข้มข้น 0.048 mg/m^3 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานบริเวณจุดป้อนเชื้อเพลิงมีความเสี่ยงต่อระบบประสาท HQ เท่ากับ 0.08 ซึ่งไม่เกิน 1 ยังอยู่ในระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ส่วนสารโลหะหนักนั้นพบว่ามีค่าความเข้มข้นน้อยกว่า 0.001 mg/m^3 ยกเว้นจุดตรวจในห้องสำนักงานซึ่งมีค่าแคดเมียม 0.004 mg/m^3 ตะกั่ว 0.032 mg/m^3 แมงกานีส 0.015 mg/m^3 และนิเกิล 0.021 mg/m^3 จึงนำมาประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่า แคดเมียมซึ่งเป็นสารที่อาจก่อให้เกิดมะเร็งกระดุก และนิเกิล ซึ่งมีผลต่อการเกิดมะเร็งปอด เมื่อประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสตลอดช่วงอายุแล้ว พบว่ามีความเสี่ยง 8.79×10^{-5} และ 1.23×10^{-3} ถือว่าเป็นยอมรับไม่ได้ นอกจากนี้ ความเสี่ยงกรณีที่ไม่ใช่มะเร็งจากการสัมผัสสารแมงกานีสทางการหายใจสูงถึง 52 (HQ มากกว่า 52) ถือว่าเป็นยอมรับไม่ได้ รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเตาเผามูลฝอย จังหวัดสงขลา

ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Critical effect)	Cancer Risk		Non-Cancer risk (HQ)		
	แคะตเมียมม Respiratory (Lung)	นิกิล Respiratory (Lung)	แมงกานีส Impairment of neuro-behavioral function	ไซลีน Impaired motor coordination	Hazard Index : HI
จุดบ่อนเชื้อเพลิง	-	-	-	0.08	0.08
สำนักรงาน	8.79×10^{-5}	1.23×10^{-3}	52.58	-	52.58

4.2 การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการรับสัมผัสมลพิษอากาศในชุมชนโดยรอบโรงงานเตาเผา มูลฝอย

จากการตรวจวัดคุณภาพอากาศในชุมชนโดยรอบ ได้นำค่าความเข้มข้นเฉลี่ยของโลหะหนัก ได้แก่ โปรท ตะกั่ว และแคะตเมียม มาประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ กรณีความเสี่ยงกรณีเป็นมะเร็งพบว่ากลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสงขลา และจังหวัดภูเก็ตมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งกระดุกจากการสัมผัสแคะตเมียมทางการหายใจในระดับที่ยอมรับได้ คือ 3.85×10^{-7} และ 6.42×10^{-7} ตามลำดับ ส่วนความเสี่ยงกรณีที่ไม่ใช่มะเร็งจากการรับสัมผัสสารปรอททางการหายใจของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสงขลาและจังหวัดภูเก็ตพบว่า HQ เท่ากับ 0.002 และ 0.003 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 1 ซึ่งถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ อย่างไรก็ตาม จากการตรวจวัดพบไดออกซินในบรรยากาศที่มีค่าเกินมาตรฐานในบางจุด ซึ่งไดออกซินเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ แต่เนื่องจากไม่มีการกำหนดค่า Unit Risk ของช่องทางรับสัมผัสทางการหายใจ ดังนั้นจึงไม่สามารถประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพได้

อภิปรายผล

การศึกษามลพิษอากาศและการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากเตาเผามูลฝอยในจังหวัดภูเก็ต และจังหวัดสงขลา มีผลการศึกษาที่สนองตอบต่อวัตถุประสงค์ดังนี้

1) ปริมาณและการกระจายตัวของมลพิษอากาศในชุมชนและการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งสองพื้นที่พบว่าความเข้มข้นของสารมลพิษในอากาศ ได้แก่ PM_{2.5} PM₁₀ TSP SO₂ NO₂ CO O₃ แคะตเมียม ตะกั่ว และปรอท มีผลการตรวจวัดต่ำกว่ามาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศทั่วไป⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ และเมื่อนำค่าที่ตรวจวัดมาประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนพบว่าความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สำหรับปริมาณและการกระจายของสารกลุ่มไดออกซินพบว่าในพื้นที่จังหวัดสงขลาเท่านั้น ที่มีค่าตรวจวัดสูงสุดเกินค่ามาตรฐานเมื่อเทียบกับมาตรฐานคุณภาพอากาศของประเทศแคนาดา⁽²⁰⁾ ในจุดตรวจวัดทั้ง 3 ระยะ ซึ่งสารกลุ่มไดออกซินเป็นผลิตภัณฑ์ทางเคมีที่เกิดขึ้นมาโดยมิได้ตั้งใจจากกระบวนการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ จากข้อมูลการศึกษาในต่างประเทศ ระหว่างปี 1980 - 1990 การเผาขยะชุมชนมักจะถูกระบุว่าเป็นแหล่งที่ปล่อยสารไดออกซินเข้าสู่บรรยากาศ มีการประมาณการว่าประเทศ

เนเธอร์แลนด์ปี 1991 มีการปล่อยไดออกซินจากการเผามูลฝอยเข้าสู่บรรยากาศร้อยละ 79 ในประเทศอังกฤษ ปี 1995 มีการปล่อยไดออกซินจากเตาเผามูลฝอยชุมชนเข้าสู่บรรยากาศร้อยละ 53-82 ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการปล่อยไดออกซินจากเตาเผาร้อยละ 37⁽²³⁾ เช่นเดียวกับข้อมูลทำเนียบการปลดปล่อย PCDDs/PCDFs ในประเทศต่าง ๆ 14 ประเทศ แสดงให้เห็นว่า ในปี 1995 ประมาณร้อยละ 50 ของไดออกซินที่ระบายเข้าไปในอากาศเกิดจากการเผา⁽²⁴⁾ และมีข้อสังเกตว่าการเผาทุกประเภทในปี 1995 เป็นแหล่งปล่อยไดออกซินที่สำคัญในหลายประเทศ ซึ่งรวมถึงเตาเผาขยะ เตาเผาขยะอันตราย เตาเผาตะกอนน้ำเสียชุมชน เตาเผาเศษไม้ และเตาเผาศพ⁽⁴⁾

2) การรับรู้ผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชนโดยรอบโครงการเตาเผามูลฝอย พบว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้จะได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีพ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในระยะไกล โดยผลกระทบที่พบมากที่สุดคือการได้รับคือ เรื่องกลิ่นเหม็น และฝุ่นละออง แสดงให้เห็นว่าประชาชนที่อาศัยโดยรอบในชุมชนจะได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตโดยเฉพาะโรงงานเตาเผามูลฝอยที่มีอาคารลักษณะกึ่งเปิดเช่นในจังหวัดสงขลา อย่างไรก็ตามยังมีโอกาสรับความเสี่ยงจากสารมลพิษอากาศที่ปล่อยจากปล่อง โดยเฉพาะสารไดออกซิน ซึ่งเป็นสารที่จัดอยู่ในกลุ่มสารก่อมะเร็ง ดังนั้น ผู้ประกอบการและเทศบาลในฐานะหน่วยงานควบคุมกำกับควรกำหนดแนวทางป้องกันผลกระทบและกลไกการตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาเหตุร้องเรียนให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นยังพบความเสี่ยงการตรวจวัดค่าสารมลพิษอากาศที่เป็นความเสี่ยงคือ สารไดออกซิน จึงจำเป็นต้องมีมาตรการในการเฝ้าระวังและติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศที่ปล่อยออกมาอย่างเข้มงวดและต่อเนื่อง

3) ปริมาณความเข้มข้นของสารมลพิษอากาศในสถานประกอบการและความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน จากผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศใน 3 จุด ได้แก่ บริเวณจุดป้อนเชื้อเพลิง ห้องควบคุม และห้องสำนักงาน พื้นที่จังหวัดภูเก็ต พบว่าสารอินทรีย์ระเหย อันได้แก่ สารเบนซีน โทลูอิน ไซลีน เอธิลเบนซีน และสไตรีน ไม่เกินค่ามาตรฐาน⁽¹²⁾ และสารโลหะหนัก อันได้แก่ โปรท แคดเมียม ตะกั่ว แมงกานีส และนิกเกิล มีผลการตรวจวัดมีค่าต่ำกว่า 0.001 mg/m³ ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน⁽¹²⁾ และเมื่อนำค่าปริมาณความเข้มข้นของสารมลพิษอากาศดังกล่าว มาประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ผลการประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสสารมลพิษอากาศเกือบทุกสาร ทั้งกรณีเป็นมะเร็ง และกรณีความเสี่ยงที่ไม่ใช่มะเร็ง มีค่าความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ยกเว้น สารเบนซีน ซึ่งผลประเมินแสดงให้เห็นว่า ผู้ปฏิบัติงานในจุดป้อนเชื้อเพลิง ห้องควบคุมระบบ และ ห้องสำนักงาน มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวจากการสัมผัสสารเบนซีน (cancer risk มากกว่า 1×10^{-6} ซึ่งถือว่าเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้) ประกอบกับ ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในโครงการเตาเผามูลฝอย ที่พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีการป้องกันตนเอง เพียงร้อยละ 50 ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานจึงมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวจากโอกาสการสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยง่ายชนิดสารเบนซีน

สำหรับจังหวัดสงขลา พบค่าความเข้มข้นสารอินทรีย์ระเหยง่ายในทุกจุดมีค่าน้อยกว่า 0.001 mg/m^3 ยกเว้นสารไซลีน บริเวณจุดป้อนเชื้อเพลิงที่มีค่าความเข้มข้น 0.048 mg/m^3 ส่วนสารโลหะหนัก พบว่ามีค่าความเข้มข้นน้อยกว่า 0.001 mg/m^3 ยกเว้นจุดตรวจในห้องสำนักงานซึ่งมีค่าแคดเมียม 0.004 mg/m^3 ตะกั่ว 0.032 mg/m^3 แมงกานีส 0.015 mg/m^3 และนิเกิล 0.021 mg/m^3 ทุกจุดไม่เกินค่ามาตรฐาน (12) แต่เมื่อนำมาประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในห้องสำนักงาน มีความเสี่ยงต่อมะเร็งกระดูกจากการสัมผัสแคดเมียม และความเสี่ยงต่อเกิดมะเร็งปอดจากการสัมผัสนิเกิล (ค่าความเสี่ยง 8.79×10^{-5} และ 1.23×10^{-3} ตามลำดับ) และความเสี่ยงต่อระบบประสาทจากการสัมผัสสารแมงกานีส สูงถึง 52 ซึ่งถือว่าเป็นยอมรับไม่ได้

ดังนั้นทั้งสองพื้นที่ที่ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสสัมผัสกับความเสียหายต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารอินทรีย์ระเหยง่ายและโลหะหนัก ประกอบกับยังพบความเสี่ยงจากพฤติกรรมป้องกันตนเอง ที่ไม่ครอบคลุม ดังนั้นมาตรการในการตรวจเฝ้าระวังสุขภาพตามความเสี่ยงและการหมุนเวียนเปลี่ยนพื้นที่ปฏิบัติ จึงควรมีการกำกับติดตาม รวมทั้งควรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม สารกลุ่มไดออกซินเป็นสารที่หากปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม จะสะสมในห่วงโซ่อาหาร โดยเฉพาะในชั้นไขมันของสัตว์น้ำหรือสัตว์ครึ่งบกครึ่งน้ำ จึงมีการศึกษาประเมินความเสี่ยงผ่านช่องทางการกิน ส่วนการประเมินความเสี่ยงทางการหายใจนั้นมีการศึกษาน้อยจึงมีข้อจำกัดเรื่องข้อมูลหลักฐานทางพิษวิทยาตลอดจนการกำหนดค่า cancer unit risk และ reference concentration ซึ่งต้องใช้ในการคำนวณความเสี่ยง⁽²²⁾ การศึกษานี้จึงไม่ได้มีการประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสสารกลุ่มไดออกซิน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอต่อการศึกษาวิจัยต่อไปคือควรมีการศึกษาการปล่อยสารกลุ่มไดออกซินและผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยรอบจากการปนเปื้อนในดิน ห่วงโซ่อาหารจากกิจการอื่นที่มีการเผาด้วยอุณหภูมิสูง
2. ข้อเสนอต่อกรมอนามัย ให้ยกระดับการประกอบกิจการจัดการขยะด้วยวิธีเผาให้เป็นกิจการที่มีความเสี่ยงรุนแรงเพื่อให้มีมาตรการเข้มงวดขึ้นภายใต้กฎหมาย พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการตรวจประเมินความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ท้องถิ่นมีแนวทางการตรวจประเมิน ในบทบาทการติดตาม กำกับ
3. ข้อเสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีการเฝ้าระวัง ติดตามตรวจสอบการประกอบการเตาเผามูลฝอยอย่างต่อเนื่อง และควรมีการสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนโดยรอบ
4. ข้อเสนอต่อผู้ประกอบการเสนอให้มีการตรวจสอบสุขภาพความเสี่ยง ให้ความรู้และกำชับในการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวอย่างเคร่งครัด สนับสนุนมาตรการการหมุนเวียนหน้าที่การปฏิบัติงานสำหรับผู้ทำหน้าที่ในจุดเสี่ยง รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนในการติดตามตรวจสอบการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ; 2560.
2. กรมควบคุมมลพิษ. คุณภาพอากาศป่อขยะสมุทรปราการ. วารสารข่าวสารอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2560];7(1):23. เข้าถึงได้จาก: http://www.pcd.go.th/public/Publications/print_journal.cfm?task=airnews.
3. กรมควบคุมมลพิษ. Roadmap การจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย ฉบับผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการความสงบแห่งชาติ เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2557. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ; 2557.
4. Fiedler Heidelore. National and regional dioxin and furan inventories. Geneva, Switzerland: UNEP Chemicals; 1999.
5. Peter A.Behnisch, Kevin C.Jones, Hanspaul Hagenmaie, Ruth E.Alcock. Dioxin-like PCBs in the environment - human exposure and the significance of sources. Chemosphere; 1998.
6. Michela Franchini at al. Health effects of exposure to waste incinerator emission : a review of epidemiological studies. Ann 1st Super Sanita 2004; 40 (1) : 101-115
7. จุฬาลักษณ์ โกลลตรี. บทความพิเศษ : การคำนวณขนาดตัวอย่าง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2555;20(3):192-198.
8. ตติยาภรณ์ วรวงศ์ไกรศรี และโสภิตสุตา ทองโสภิต. การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาโรงไฟฟ้าพลังงานขยะในประเทศไทย กรณีศึกษาเทศบาลนครภูเก็ต. วารสารวิจัยและพลังงาน 2554;8(3):47-57.
9. National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH]. Manual of analytical methods, no.7300: ELEMENTS by ICP (Nitric/Perchloric Acid Ashing). 4th ed. Cincinnati, OH: NIOSH; 2003.
10. National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH]. Manual of analytical methods, no.6009: Mercury. 4th ed. Cincinnati, OH: NIOSH; 1994.
11. National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH].Manual of analytical methods, no.1501: hydrocarbon, aromatic. 4th ed. Cincinnati, OH: NIOSH; 2003.
12. OSHA. OSHA Occupational Chemical Database: Report Page. Occupational Safety & Health Administration [OSHA] [Internet]. 2018. [cited 14 Jan 2018.]. Available from: <https://www.osha.gov/chemicaldata>.

13. Environmental Protection Agency [U.S, EPA]. Risk assessment guidance for superfund volume i: human health evaluation manual (Part F, Supplemental Guidance for Inhalation Risk Assessment). Washington D.C: Office of Emergency and Re medial Response; 2009.
14. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2538) เรื่อง กำหนดมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศโดยทั่วไป ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 112 ตอนที่ 52ง. วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2538.
15. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 28 เรื่อง กำหนดมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศโดยทั่วไป ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนพิเศษ 58ง วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2550.
16. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 24 เรื่อง กำหนดมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศโดยทั่วไป ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 121 ตอนพิเศษ 104 ง. วันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2547.
17. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 33 เรื่องกำหนดมาตรฐานค่าก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ในบรรยากาศโดยทั่วไป ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 114ง วันที่ 14 สิงหาคม 2547.
18. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 36 เรื่อง กำหนดมาตรฐานฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในบรรยากาศโดยทั่วไป ออกตามความใน พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนพิเศษ 37ง วันที่ 24 มีนาคม 2553.
19. Environmental Management Bureau. Manual for examining Dioxins in ambient air; 2008.
20. Canadian Council of Ministers of the Environment. Canada – Wide Standards for Dioxin and Furans (Endorsed April 30-May 1, 2001, Winnipeg). [Internet]. 2001 [cited 14 Jan 2019]. Available from:https://www.ccme.ca/files/Resources/air/dioxins_furans/waste_incinerators_coastal_pulp/d_and_f_standard_e.pdf.
21. Ministry of the Environment Government of Japan. (1999). Environmental Quality Standards in Japan: Environmental Quality Standards for Dioxins (Notification on December 27,1999). Available from: <https://www.env.go.jp/en/air/aq/aq.htm>.

22. U.S. Environmental Protection Agency. Integrated Risk Information System : IRIS Assessment: List A to Z. Integrated risk information for ethylbenzene [Monograph on the internet] Washington, DC: U.S. Environmental Protection Agency [Internet]. 1992 [cited 2016 Dec 6]. Available from: https://cfpub.epa.gov/ncea/iris_drafts/AtoZ.cfm.
23. Pastorelli G., De Lauretis R., De Stefanis P., Morselli L. and Viviano G. PCDD/PCDF from municipal solid waste incinerators in Italy: an inventory of air emissions. *Organohalogen Compounds* 1991;41:495-8.

ปัจจัยทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนกับการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีน โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ อัศววัฒน์ เพียวพงภควัต*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 15 มีนาคม 2563

รับบทความที่แก้ไข: 29 เมษายน 2563

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 7 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีน ของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดโรงพยาบาลหนองกี่ จำนวน 147 ราย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่าง 1- 30 กันยายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการบำบัด การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชน และการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีน โดยมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของชุมชนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่ามีความสัมพันธ์กับการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.84$, $r = 0.57$, $r = 0.64$ $p < 0.001$ ตามลำดับ) โดยพบว่า สามารถร่วมกันทำนายการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีนได้ คิดเป็นร้อยละ 51.00 ($R^2_{adj} = 0.51$, $p < 0.001$)

สรุป การแสดงความเห็นใจในการเข้ารับการบำบัดเสพยาเสพติดจะช่วยสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านอารมณ์ของผู้เข้ารับการบำบัด เป็นปัจจัยที่จำช่วยให้ผู้ติดเสพยาเสพติดประเภทเมแทมเฟตามีนสามารถเลิกเสพยาได้สำเร็จ

คำสำคัญ : การสนับสนุนทางสังคม; ครอบครัวและชุมชน; เมแทมเฟตามีน; การเลิกเสพยาเสพติด

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองกี่ อำเภอนาทม จังหวัดบุรีรัมย์

Corresponding author: อัศววัฒน์ เพียวพงภควัต Email: Akkhrawat@gmail.com

Factors Predicting Family and Community Social Supports on Quitting of Methamphetamine in Nongki Hospital, Buriram Province Akkarawat Piawpongpakawat*

Article History

Received: March 15, 2020

Revised: April 29, 2020

Accepted: May 7, 2020

Abstract

The purpose of this research was to study factors predicting the quitting of methamphetamine in patients of Nongki hospital, Buriram province. The samples were 147 patients randomly selected from the patients who used methamphetamine and were being treated at Nongki Hospital. The data were collected during 1-30 September 2019. The instrument used for data collection was a questionnaire containing 3 parts: personal information, social support from family and community, and questions asking about quitting of methamphetamine with overall reliability using Cronbach's alpha coefficients of 0.87. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression.

Results showed that acceptance and value in family's and community's social support had statistically significant relationships with quitting methamphetamine ($r = 0.84$, $r = 0.57$, $r = 0.64$, $p < 0.001$). It was found from the multiple regression analysis that the variables could significantly predict the quitting of methamphetamine drugs with adjusted R^2 of 0.51 ($p < 0.001$).

This study concluded that supports both from family and community were important factors in helping the successful quitting of methamphetamine among the drug users.

Keywords : Social Support; Family and community; Methamphetamine; Quitting of drug use

* Doctor, Senior Professional Level, Nong Ki Hospital, Nong Ki District, Buriram Province

Corresponding author: Akkarawat Piawpongpakawat Email: Akkhrawat@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาเรื้อรังของประเทศที่มีมายาวนาน ความรุนแรงของปัญหาเปลี่ยนไปตามสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เอื้อต่อการเกิดปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นทั้งผู้เสพและผู้ค้า เช่น สูญเสียโอกาสในการศึกษา สุขภาพเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ สูญเสียความเป็นตัวเองเนื่องจากมีความผิด สูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว ประเทศชาติสูญเสียงบประมาณในการจับกุม คမ်းขัง บำบัด พิ้นพุนำมาซึ่งการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป จากการสำรวจพบเด็กและเยาวชนมีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเพิ่มขึ้นจากปี 2552 - 2557 เป็นจำนวน 12,352 คน และ 16,679 คน⁽¹⁾ การแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นปัญหาที่สร้างความเดือดร้อน และส่งผลกระทบต่อสังคม ชุมชนอย่างมาก จำเป็นที่จะต้องแก้ไขโดยเร่งด่วน ในขณะเดียวกันก็ยังมีตัวยาใหม่ ๆ ที่กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้นำมาเผยแพร่ ซึ่งจะต้องมีมาตรการป้องกันอย่างจริงจัง โดยเฉพาะชุมชนในเขตเทศบาลที่เป็นแหล่งแพร่ระบาดที่สำคัญที่มีทั้งผู้เสพและผู้ค้า ยาเสพติดที่เป็นปัญหาหลัก คือ ยาบ้า รongลงมา คือ กัญชา พืชกระท่อม ไอซ์ และเฮโรอีน นอกจากนี้ยังพบการใช้ยาควบคุม/ยาอันตรายในทางที่ผิดในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องทั้งในการเสพและกระทำความผิดที่มีอายุไม่เกิน 24 ปี มีสัดส่วนสูง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 40 ยังอยู่ในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 70 ของผู้เข้าไปเกี่ยวข้องมีอาชีพรับจ้าง แรงงาน และเกษตรกร และสถิติจากคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ระบุว่าในปีงบประมาณ 2559 สามารถยึดยาบ้า 90 ล้านเม็ด ในปีงบประมาณ 2560 ยึดไป 200 ล้านเม็ด⁽²⁾ พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ.2539 ประกาศกำหนดให้เมทแอมเฟตามีน หรือเรียกกันทั่วไปว่า ยาบ้า เป็นวัตถุออกฤทธิ์ที่กำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 พ.ศ. 2539 ดังนั้นผู้ผลิตครอบครองหรือขายจึงมีความผิดซึ่งเป็นยาอันตราย มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทสมองส่วนกลางทำให้ร่างกายสดชื่น ไม่รู้สึกเหนื่อยในระยะแรก ผลทางฤทธิ์จะทำให้มีอาการตื่นเต้น ใจสั่น มือสั่น เสียสมาธิ นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลต่อระบบไหลเวียนของโลหิตทำให้ความดันโลหิตสูง การใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สุขภาพทรุดโทรมถึงขั้นเป็นโรคจิตได้⁽³⁾

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีประชากรมากที่สุดถึง 1 ใน 3 ของประเทศไทย ในการสำรวจเพื่อประมาณผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดแต่ละครั้งที่ผ่านมาของหลายหน่วยงานแสดงให้เห็นว่า หลังปี พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดรุนแรงมากขึ้น⁽⁴⁾ กระทรวงสาธารณสุขถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการดูแล โดยถือว่าผู้เสพคือผู้ป่วย ต้องได้รับการบำบัดที่เหมาะสม ในแต่ละปีจะมีผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดไม่ต่ำกว่า 200,000 คน ทั้งสมัครใจ บังคับและต้องโทษ ซึ่งเข้าสู่ระบบการบำบัดของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 70,691 คน คิดเป็นร้อยละ 35.34 โดยกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการควบคุม กำกับ ด้านมาตรฐานการบำบัดและสนับสนุนองค์ความรู้และวิทยาการในการบำบัดฟื้นฟู ผลทางร่างกายที่ได้รับจากการเสพยาเสพติดมีหลายอย่าง ถ้ามีการเสพยาเสพติดต่ำอาจมีอาการเจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ อายากทานอาหารน้อยลง ถ้ามีการเสพยาเสพติดสูง อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จนถึงมีการตกเลือดในสมองและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังมีผลจากการเสพยาเสพติดระยะสั้นและระยะยาว

ที่แตกต่างกัน เช่น ระยะสั้นมีอาการเมื่อยล้า ระยะยาวเกิดการติดยา มีปัญหาโภชนาการ เป็นต้น ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจัดระบบบริการโดยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จัดให้มีบริการคัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู และลดอันตราย (Harm Reduction) จัดส่งคนบำบัด (Matrix Program) จัดส่งคนบำบัดในชุมชน โรงเรียน ในสถานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามบริบทของพื้นที่ มีการจัดระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการฝึกอาชีพและศึกษาต่อ รวมถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด เช่น เยี่ยมบ้าน เยี่ยมที่ทำงาน นัดพบที่สถานพยาบาล หรือติดตามจากบุคคลที่น้ำเชื่อถือ สนใจ เข้าใจการติดตามดูแลผู้เลิกยาเสพติดทางโทรศัพท์ กิจกรรมการติดตาม เช่น การสอบถามข้อมูล ให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไขปัญหา เสริมกำลังใจ และแนว ติดตามผลการเสพติดซ้ำ⁽⁵⁾

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกได้⁽⁶⁾ โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติด ประเภทเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากรายงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 – 2561 จำนวน 90 คน, 131 คน และ 230 คน ตามลำดับ⁽⁷⁾ มีแนวโน้มสูงขึ้นหากยังไม่มีการดูแลเพื่อควบคุมโรงพยาบาลหนองกี่ได้นำผู้ต้องขังเข้ารับการบำบัดรักษา Matrix program เมื่อผู้เสพเข้ารับการบำบัดรักษาครบจะกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน อยู่กับครอบครัว ซึ่งยังอยู่กับสิ่งแวดล้อมเดิม ยังไม่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชนอย่างแท้จริงในการเลิกหรือห่างไกลจากสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน จึงพบว่ามีจำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นทุกปีและมีการเสพติดซ้ำ ดังนั้นการที่ครอบครัวและชุมชนทราบถึงการสนับสนุนทางสังคมกับการเลิกเสพยาเกี่ยวข้องกันอย่างไร จะเป็นอีกทางที่จะช่วยให้ช่วยเหลือผู้บำบัดถูกต้อง ผู้วิจัยในฐานะแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ติดยาเสพติดในอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนกับการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน เพื่อจะได้ทราบถึงสาเหตุและแนวทางป้องกัน แก้ไขปัญหาอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1 เพื่อศึกษารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนกับการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์
- 2 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนกับการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชน สามารถทำนายการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิด



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational Predictive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ของผู้มารับบริการโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้เสพยาที่มารับการบำบัดโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 230 ราย จากข้อมูลผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล ระหว่างตุลาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรของ Taro Yamane⁽⁸⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 147 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่มารับการบำบัดโรงพยาบาลหนองกี่ สามารถเข้าใจภาษาไทย พูดคุยสื่อสารได้ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่นนอกเหนือจากเมทแอมเฟตามีน ผู้ที่ปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สูตรที่ใช้ คือ

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง
 N = จำนวนประชากรทั้งหมด (230 คน)
 e = ค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ (0.05)

โดยแทนค่าจะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 146.03 เพื่อความครอบคลุม ถูกต้องและสมบูรณ์มากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างขนาด 147 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Dropout rate) จำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 คิดเป็นร้อยละ 14.7 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้จำนวน 162 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำผู้เข้ารับการบำบัด 230 คน มาใส่หมายเลข แล้วนำหมายเลขทั้งหมดใส่กล่องเพื่อทำการจับฉลากสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างทีละหมายเลขโดยไม่ใส่คืนที่ให้ครบจำนวน 162 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89 ทำการแก้ไขแบบสอบถามเพื่อความสมบูรณ์ตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญก่อนนำแบบสอบถามมาทดสอบ ดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการบำบัด สร้างโดยผู้วิจัย จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดาในปัจจุบัน ระยะเวลาเสพเมทแอมเฟตามีน

2.2 การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของวัชรี้ แก้วงาม (2556)⁽⁶⁾ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมากที่สุด นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.85

2.3 การสนับสนุนทางสังคมของชุมชน ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของวัชรี้ แก้วงาม (2556)⁽⁶⁾ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมากที่สุด นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.88

2.4 การเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับการปฏิบัติ ได้แก่ ประจำ บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคย นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.85 ภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุดได้ค่าความเชื่อถือ เท่ากับ 0.87

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยการคัดเลือกจากเวชระเบียนผู้ป่วยเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัด

บุรีรัมย์ จากข้อมูลผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลผ่าน Matrix program ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2561 จากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้เก็บข้อมูลเข้าไปเก็บข้อมูลในชุมชน

3.2 การศึกษาครั้งนี้ยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในวันที่ 26 สิงหาคม 2562 เลขที่ BRO 2019-006 รหัสโครงการ 03-2019 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมที่ไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ พร้อมทั้งแนบใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไปกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามใบยินยอม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้อ่านให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเอง แล้วตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว รวบรวมแบบสอบถามจนครบ 162 ชุด และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติมีรายละเอียด ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนของผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชน ประเมินคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนกับการเลิกเสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเลิกเสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ใช้ ในการทดสอบที่ 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน จำนวน 147 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.94 อายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.29 อายุเฉลี่ย 31 ปี (S.D. = 9.83) การศึกษาสูงสุด ปวส.หรืออนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 52.38 สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 44.89 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 38.11 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดาหย่าร้างในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 39.45 เสพเมทแอมเฟตามีนเป็นเวลา 6 เดือน ถึง 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.93

คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวภาพรวมระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22$, $SD = 1.02$) เมื่อพิจารณารายด้านในภาพรวมพบว่า ด้านอารมณ์ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.21$, $SD = 0.98$) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.00$, $SD = 0.79$) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวระดับสูง ($\bar{X} = 2.35$, $SD = 0.85$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวของผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ($n = 147$)

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ด้านอารมณ์	2.21	0.98	ปานกลาง
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	2.00	0.79	ปานกลาง
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว	2.35	0.85	สูง
รวมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	2.22	1.02	ปานกลาง

คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนของผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนภาพรวมระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.01$, $SD = 0.98$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอารมณ์ ในภาพรวมระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.21$, $SD = 0.59$) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในภาพรวมระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.96$, $SD = 0.83$) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ในภาพรวมระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.02$, $SD = 1.02$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนของผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ($n = 147$)

การสนับสนุนทางสังคมของชุมชน	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ด้านอารมณ์	2.21	0.59	ปานกลาง
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	1.96	0.83	ปานกลาง
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน	2.02	1.02	ปานกลาง
รวมการสนับสนุนทางสังคมของชุมชน	2.01	0.98	ปานกลาง

พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน (n = 147)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมการเลิกเสพยา		
	t-test / r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	0.86	0.124	ไม่สัมพันธ์
การศึกษา	0.43	0.070	ไม่สัมพันธ์
สถานภาพสมรส	0.07	0.090	ไม่สัมพันธ์
อาชีพ	0.41	0.071	ไม่สัมพันธ์
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดาในปัจจุบัน	0.59	0.084	ไม่สัมพันธ์
อายุ	0.46	0.084	ไม่สัมพันธ์
ระยะเวลาเสพยาเมทแอมเฟตามีน	0.12	0.781	ไม่สัมพันธ์

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน และถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ร้อยละ 55.80 การสนับสนุนทางสังคมของชุมชนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ร้อยละ 42.50 และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ร้อยละ 37.30

ตารางที่ 4 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน (n = 147)

ตัวแปร	B	Beta	t-test	p-value
การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านอารมณ์	0.041	0.017	0.489	0.573
การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	0.558	0.792	5.534	< 0.001*
การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว	0.373	0.710	3.534	< 0.001*
การสนับสนุนทางสังคมของชุมชนด้านอารมณ์	0.076	0.052	0.552	0.542
การสนับสนุนทางสังคมของชุมชนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	0.425	0.342	3.342	< 0.001*
การสนับสนุนทางสังคมของชุมชนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว	0.017	0.026	0.159	0.751
ค่าคงที่ = 0.296, F = 96.297, P-value < 0.001 , R ² = 0.742, Adjust R ² = 0.510				

* p < 0.05

สรุปผลการศึกษา กล่าวได้ว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ($p\text{-value} < 0.001$) สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ได้ร้อยละ 51.00

อภิปรายผล

ปัจจัยที่ผู้เข้ารับการบำบัดเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนจะสามารถเลิกเสพยาได้ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยแสดงความสนใจในการเข้ารับการบำบัดเสพยาเสพติดให้ความไว้วางใจเชื่อว่าเลิกเสพยาได้และสมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความใกล้ชิด สนับสนุนกับสมาชิก ชุมชนไว้วางใจให้ปฏิบัติงานได้และจะเลิกเสพยาเมื่อชุมชนให้โอกาส สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรีย์ แก้วงาม⁽⁶⁾ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อวัยรุ่นในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจังหวัดจันทบุรี โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.51, SD = 0.50$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงคือด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 3.55, SD = 0.44$) รองลงมาด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ($\bar{X} = 3.52, SD = 0.53$) และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ($\bar{X} = 3.47, SD = 0.54$) การสนับสนุนทางชุมชนของครอบครัวต่อวัยรุ่นในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจังหวัดจันทบุรี โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.28, SD = 0.56$) พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงทุกด้านคือด้านการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ($\bar{X} = 3.44, SD = 0.53$) รองลงมาด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 3.26, SD = 0.55$) และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ($\bar{X} = 3.15, SD = 0.62$) และการศึกษาของพัชชา วงศ์สุวรรณ⁽⁹⁾ พบว่า พฤติกรรมการเสพยาบ้าของวัยรุ่นเกิดจากปัญหาส่วนตัว ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เนื่องจากต้องการกำลังใจ คนใกล้ชิด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของดวงฤดี ไกรระจำ⁽¹⁰⁾ ศึกษาปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและมาตรการของรัฐที่ส่งผลต่อการใช้แอมเฟตามีนของเด็กเยาวชน กรณีศึกษาศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 2 จังหวัดราชบุรี พบว่า เด็กและเยาวชนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอิทธิพลของครอบครัวภาพรวมอยู่ระดับน้อยสุด ($\bar{X} = 2.41$) ด้านที่อยู่อาศัยภาพรวมอยู่ระดับน้อยสุด ($\bar{X} = 2.54$) ด้านเพื่อนภาพรวมอยู่ระดับน้อยสุด ($\bar{X} = 2.60$)

ปัจจัยทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนกับการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถร่วมกันทำนายการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้ คิดเป็นร้อยละ 51.00 ($R^2\text{adj} = 0.51, p < 0.001$) สอดคล้องกับ คอบบ์ ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าการได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำและสิ่งของต่าง ๆ จากกลุ่มบุคคลทางสังคม ทำให้รับรู้ได้รับความรักใคร่ผูกพัน มีคนยกย่อง มองเห็นคุณค่า ผูกพันและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนด้าน

การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของของวัชร แก้วงาม⁽⁶⁾ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อวัยรุ่นในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจังหวัดจันทบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลิทยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.35, p < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านอารมณ์ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ก็มีความสัมพันธ์กับการเลิทยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.558, p < 0.001$) สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เพนเดอร์⁽¹¹⁾ ได้ว่า การที่บุคคลได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองทำให้ดำรงชีวิตได้เหมาะสม หากผู้ติดสารเสพติดต้องการเลิก จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำให้รู้สึกผูกพันและต้องการเลิก เชื่อว่ามีคนเห็นคุณค่า หากครอบครัวเชื่อว่าเลิกสารเสพติดได้ ให้ความสำคัญ ยอมรับการปฏิบัติงาน มีคำชื่นชมเมื่อปฏิบัติงานสำเร็จจะส่งผลอย่างสูงในการเลิกสารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภา กุลกานต์สวัสดิ์⁽¹²⁾ ศึกษาการตระหนักรู้ในตนเองและกลวิธีการเผชิญปัญหาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด พบว่าการตระหนักรู้ตนเองกับกลวิธีการเผชิญปัญหาในแบบมุ่งแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การสนับสนุนทางสังคมของชุมชนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.42, p < 0.001$) สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เพนเดอร์⁽¹¹⁾ ได้ว่า การที่บุคคลได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองทำให้ดำรงชีวิตได้เหมาะสม หากผู้ติดสารเสพติดต้องการเลิก จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากชุมชน เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ทำให้รู้สึกผูกพันและต้องการเลิก เชื่อว่ามีคนเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลในสังคมได้รับการสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ จิตใจ เศรษฐกิจ ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการได้รับการยอมรับนับถือ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการเอาใจใส่ ยกย่อง ได้รับการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ หากชุมชนยอมรับเมื่อเลิกเสพยาได้สำเร็จ แสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความช่วยเหลือให้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และไว้วางใจให้ปฏิบัติงานได้จะส่งผลต่อการเลิกเสพยาเสพติดได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ทิพย์ บุญทาและคณะ (2554)⁽¹³⁾ ศึกษาความต้องการการได้รับการสนับสนุนจากงานสังคมสงเคราะห์ในผู้ป่วยยาเสพติด ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดขอนแก่น พบความต้องการก่อนกลับสู่สังคม กลุ่มตัวอย่างต้องการให้สังคมยอมรับในตัวตนหลังบำบัดสำเร็จ

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.37, p < 0.001$) สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เพนเดอร์⁽¹¹⁾ ได้ว่า การที่บุคคลได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองทำให้ดำรงชีวิตได้เหมาะสม หากผู้ติดสารเสพติดต้องการเลิก จำเป็น

ต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำให้รู้สึกผูกพันและต้องการเลิก เชื่อว่ามีคนเห็นคุณค่าหากครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนม ดูแลเอาใจใส่ เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวจะทำให้มีความสุขและเลิกเสพยาเสพติดได้สูง สอดคล้องกับ อาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดสารเสพติดซ้ำ พบว่า สถาบันครอบครัวมีความสำคัญเป็นที่รักและไว้วางใจของผู้เลิกเสพยาเสพติด

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่สามารถเข้าใจความหมายของแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจึงต้องช่วยอธิบายความหมายในบางข้อของแบบสอบถาม อาจทำให้เกิดอคติในการตอบแบบสอบถามในรายนั้น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงปัจจัยที่ทำให้เลิกสารเสพติดได้สูง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านอารมณ์ เรื่องความสนใจในการเข้ารับการบำบัดเสพยาเสพติด ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เรื่องให้ความสำคัญและเชื่อว่าเลิกสารเสพติดได้ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เรื่องการดูแลเอาใจใส่ ใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้มีความสุข ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของชุมชน ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เรื่องไว้วางใจให้ปฏิบัติงานในชุมชนได้ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เรื่องการเลิกเสพยาเมื่อชุมชนให้โอกาส
2. ควรมีการนำปัจจัยทำนายการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมแทบอลิซึม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวมาเพิ่มในโปรแกรมการบำบัดผู้ติดสารเสพติด โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การเห็นคุณค่าความสามารถผู้เข้ารับการบำบัด ปฏิบัติกับผู้เข้ารับการบำบัดเสมือนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน ให้โอกาสประกอบอาชีพ
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาติดตามการเลิกเสพยาเสพติดระยะยาว หลังจากเข้ารับการบำบัดครบหลักสูตรและกลับสู่ครอบครัวและชุมชน ว่าครอบครัวและชุมชนการยอมรับและเห็นคุณค่าผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไม่กลับมาเสพยาซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. สถิติจำนวนและร้อยละของคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน (อินเทอร์เน็ต).2559 (เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2559). เข้าถึงได้จาก http://www2.djop.moj.go.th/media/k2/attachments/back_officnd.pdf.

2. คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 3/2561. แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วน (อินเทอร์เน็ต).2561 (เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2559). เข้าถึงได้จาก [www.nccd.go.th/upload/news/2\(29\).pdf](http://www.nccd.go.th/upload/news/2(29).pdf)
3. สังคม ตัดโส.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 : ศึกษาจากผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง(วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
4. มานพ คณะโต.โครงการศึกษาสถานการณ์และการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.ขอนแก่น : เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551
5. อัครพล ศุภศาสตรา. แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักบริหารการสาธารณสุข; 2559.
6. วชิร แก้วงาม. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนกับพฤติกรรมการเลิกเสพยาบ้าของวัยรุ่นในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในจังหวัดจันทบุรี(วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.
7. โรงพยาบาลหนองกี่. รายงานประจำปีโรงพยาบาลหนองกี่. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลหนองกี่; 2562.
8. Yamane Taro. Statistics: An Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row ; 1973.
9. พัทธชา วงศ์วรรณ. พฤติกรรมการเสพยาบ้าของวัยรุ่น(วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
10. ดวงฤดี ใจกระจ่าง. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและมาตรการของรัฐที่ส่งผลต่อการใช้แอมเฟตามีนของเด็กเยาวชน กรณีศึกษาศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 2 จังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์). นครปฐม : มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง; 2558.
11. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). Health promotion innursing practice (6th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
12. เพ็ญนภา กุลกานต์สวัสดิ์.การตระหนักรู้ในตนเองและกลวิธีการเผชิญปัญหาเกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเสพติด(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
13. สุคนธ์ทิพย์ บุญทาและคณะ.ความต้องการการได้รับการสนับสนุนจากงานสังคมสงเคราะห์ในผู้ป่วยยาเสพติด. ขอนแก่นศูนย์ : บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น; 2554.
14. อาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ.ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำส่วนวิชาการด้านยาเสพติดสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. กรุงเทพมหานคร : สำนักงาน ป.ป.ส.; 2550.

การขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีในระดับพื้นที่จังหวัดจันทบุรี
สมจิต ยาใจ* วสิมล สุวรรณรัตน์** วราภรณ์ นองเนื่อง***
สถาบันพิทักษ์สิทธิมนุษยชน**** จันจิรา ใจดี***** และ สุวารี หลิมเจริญ*****

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 17 เมษายน 2563

รับบทความที่แก้ไข: 8 พฤษภาคม 2563

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 10 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ และความคิดเห็นของทีมนักวิจัยในพื้นที่ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 3 กระบวนการ แผนและผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีในระดับพื้นที่จังหวัดจันทบุรี มาตรา 6, 7, 8, 9 และ 10 แห่งพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงสิทธิตามมาตรา 5 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบกิจการ ผู้นำชุมชน อ.ส.ม. แกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับตำบล แม่วัยรุ่นและครอบครัวจำนวน 137 คนจาก 10 อำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนข้อมูลจังหวัด การสัมภาษณ์เจาะลึก การบันทึกกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมระหว่างเดือน ต.ค. 2561-ก.ย. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์สรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำสภาเด็กและเยาวชนมีความคิดเห็นในเชิงบวกพร้อมร่วมพัฒนา การใช้กระบวนการเรียนรู้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทำให้ทีมนักวิจัยในพื้นที่สามารถวิเคราะห์ชุมชน แนวโน้มความเชื่อมโยงของปัญหาในอนาคต รวมทั้งกำหนดแผนและนำแผนไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ แผนและผลการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติภายใต้แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีในระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมปกติตามภารกิจขององค์กรยังไม่สอดคล้อง

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ **นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ *** นักวิชาการสาธารณสุข
****นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ *****เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงานกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
Corresponding author: สมจิต ยาใจ Email: oonyajai@yahoo.com

กับสภาพปัญหาจริงในพื้นที่ที่มีการบูรณาการประสานแผนการดำเนินงานค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ไม่มีการประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ นอกจากนี้ หน่วยงานรัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม ครอบครัว และพ่อแม่ในระดับพื้นที่มีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติฉบับนี้น้อย ทำให้วัยรุ่นในพื้นที่เข้าถึงสิทธิตามมาตรา 5 ได้น้อย

คณะกรรมการระดับจังหวัดควรมีการประสานบูรณาการแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติ โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และใช้ศูนย์พัฒนาครอบครัวตำบลเป็นกลไกในการพัฒนาบทบาทครอบครัว พัฒนาศักยภาพสภาเด็กและเยาวชนระดับตำบลให้เป็นแกนนำ สร้างระบบการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วม

ของทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ ให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพิ่มคุณภาพการตั้งครรภ์ ลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น สร้างระบบการเฝ้าระวังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศวิถีให้ครอบคลุม โดยคำนึงถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น และจัดระบบสวัสดิการ การดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นและครอบครัวให้เข้าถึงทุกกลุ่ม

คำสำคัญ : พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559; การมีส่วนร่วมของภาคีระดับพื้นที่

Mobilization of the Act for Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem, B.E. 2559 (2016) through Local Collaborations in Chanthaburi Province

Somchit Yajai* Wasimon Suwannarat** Waraporn Nongnueang***
Saduppin Pasuhirun**** Chunchira Jaidee****
a&d Suwaree Limcharoen*****

Article History

Received: April 17, 2020

Revised: May 8, 2020

Accepted: May 10, 2020

Abstract

The objective of this participatory action research was to investigate demographic, social, and economic characteristics including obtaining opinions from local research team, the three participatory learning process, plans and results according to sections 6, 7, 8, 9 and 10 of the Act for Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem, B.E. 2559 (2016) in order to ensure the accessibility among youths mandated in section 5 of the Act. The samples included 137 participants consisted of teachers, public health professionals, representatives from local governments, establishments, community leaders, village health volunteers, child and youth leader council, teenage mothers and families from 10 districts. The data were collected using reviews of documents at the provincial level, in-depth interview, and participant observation during October 2018 – September 2019. The data were analyzed using descriptive statistics for quantitative data and thematic analyses for qualitative data.

* Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Head of Health Promotion Cluster

** Public Health Technical Officer, Practitioner Level *** Public Health Technical Officer

**** Public Health Technical Officer, Professional Level *****Public Health Officer, Experienced Level

Health Promotion Cluster, Chanthaburi Provincial Public Health Office

Corresponding author: Somchit Yajai Email: oonyajai@yahoo.com

It was found that village health volunteers and child and youth leader council showed positive opinions toward the issue and were ready to participate the development process. The learning process promoted the participation among local researchers during analyses

of communities, trends and interconnectedness of the issues in the future as well as planning and implementing of the actions at the local level. The plans and outcomes of the activities according to the Act are mostly general activities according to organizations' missions. They did not show plans and activities that reflected the true problems in the communities.

The integration of the plans and collaborations were generally low. There was no evaluation of quality and effectiveness. Additionally, government, private sectors, civil society, families, and parents were not knowledgeable about this Act, resulting in limited access of adolescents and youths to the Section 5 as mandated in the Act.

It was recommended that the provincial committee should work collaboratively with other local entities to develop integrated plan that effectively prevent and solve adolescent pregnancy through district health boards (DHB) and utilizing the leadership of sub-district family development centers and child and youth leader council as a development mechanism at the family level to build the surveillance system on adolescent pregnancy with participations from all entities in the community. Furthermore, the development of an inclusive sexuality learning process based on the rights of the reproductive health of adolescents and the access of a welfare and care system should be required for all adolescents and families.

Keywords: the Act for Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem, B.E. 2559 (2016); Local collaborations

บทนำ

อนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย จิตใจที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งชายและหญิงทุกช่วงอายุของชีวิตที่ทำให้เขาเหล่านั้นมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ครอบคลุมถึงสิทธิของชายและหญิงทุกช่วงอายุในการตัดสินใจ สิทธิที่จะได้รับการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนสามารถที่จะเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ⁽¹⁾ 10 องค์ประกอบ คือการวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก โรคเอดส์ โรคติดต่อระบบสืบพันธุ์ การแท้งและภาวะแทรกซ้อน มะเร็งระบบสืบพันธุ์ ภาวะมีบุตรยาก เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่น ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ และผู้สูงอายุ ⁽²⁾ ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ ตั้งแต่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 เป้าหมายเพื่อให้ “คนไทยทุกคนทั้งหญิงและชายทุกกลุ่มวัยจะต้องมีอนามัย การเจริญพันธุ์ที่ดีเพื่อพัฒนาคุณภาพประชากร” ภายใต้พันธกิจ 1) ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีในทุกช่วงวัยของประชากรให้เอื้อต่อการมีบุตรที่มีคุณภาพและส่งเสริมให้คู่สมรสที่มีความพร้อมมีบุตรเพิ่มขึ้น 2) พัฒนาศักยภาพประชากรให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อยู่ในกรอบศีลธรรมและจริยธรรม สามารถแข่งขันในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก เป็นพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของประเทศให้เจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน 3) ส่งเสริมให้ประชากรไทยทุกคนสามารถพึ่งตนเองได้อยู่ในครอบครัว ชุมชนที่มีส่วนร่วมในการจัดบริการทางสังคมได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นตั้งแต่เริ่มมีการเจริญพันธุ์ เพื่อเพิ่มคุณภาพการเกิดของเด็กไทย รวมทั้งลดปัญหาการเจริญพันธุ์ที่ส่งผลกระทบต่อ การเจริญพันธุ์ในวัยอื่น ๆ อาทิเช่น การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การแท้ง หรือแม้แต่ปัญหาทางสังคมอื่น ๆ การทอดทิ้งเด็ก การล่วงละเมิดทางเพศ ⁽³⁾

วัยรุ่นและเยาวชนเป็นประชากรที่มีความสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ ที่ต้องรับช่วงต่อการพัฒนาประเทศชาติจากผู้ใหญ่ จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพ เป็นวัยแรงงานเป็นพลเมืองของประเทศ เป็นพ่อแม่และเป็นหัวหน้าครอบครัวที่มีคุณภาพสามารถรับภาระรับช่วงทุกอย่างจากผู้ใหญ่ เป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชน คือการทำให้วัยรุ่นและเยาวชนมีวิถีชีวิตสุขภาพที่ดี มีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ มีความรับผิดชอบต่อสังคม แต่จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคมและความเป็นอยู่ รวมทั้งวิวัฒนาการความเจริญในด้านต่าง ๆ ของโลกส่งผลต่อสถานการณ์สุขภาพการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชนที่ซับซ้อนมากขึ้นตามลำดับ นำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ ส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตของวัยรุ่นและเยาวชนรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาวต่อไป ⁽⁴⁾ จากการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นของจังหวัดจันทบุรี ⁽⁵⁾ พบว่า ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน ที่ทุกหน่วยงานต้องเร่งรัดจัดการเพื่อลดความรุนแรง อีกทั้งจากข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของประเทศมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจในภาพรวม ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความซับซ้อน ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง รัฐบาลจึงได้ตรา พ.ร.บ. การป้องกันและ

แก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยรุนพ.ศ.2559 ขึ้นประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2559 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2559 มีจุดมุ่งหมายให้เป็นกลไกในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ การดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งภาคประชาสังคมอย่างเป็น เอกภาพแบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ ⁽¹⁾

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยรุน พ.ศ. 2559 กำหนดให้ผู้ว่าราชการ จังหวัด เป็นประธานคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยรุนระดับจังหวัด โดยมีนาย แพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นกรรมการเลขานุการ มีหัวหน้าหน่วยงานกระทรวงต่าง ๆ ในระดับจังหวัดที่ กำหนดใน พ.ร.บ. เป็นกรรมการ เพื่อขับเคลื่อน พ.ร.บ. ดังกล่าวให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เชื่อมโยงบูรณาการ การดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายลดอัตราการตั้งครรภ การคลอดในวัยรุนอย่าง เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการเกิดและคุณภาพชีวิตของประชากรทุกกลุ่มวัย ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัย รุนจังหวัดจันทบุรี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จึงได้ศึกษาและพัฒนการขับเคลื่อนพระราช บัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยรุน พ.ศ. 2559 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีในระดับ พื้นที่ เพื่อแปลงนโยบายและแนวทางการขับเคลื่อน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยรุน พ.ศ. 2559 ระดับประเทศ ระดับจังหวัดสู่ระดับพื้นที่ โดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research, PAR) เพื่อการพัฒนากลไกการขับเคลื่อน พ.ร.บ. ดังกล่าวลงในระดับ พื้นที่ ขยายผลและต่อยอดการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและพัฒนการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยรุน พ.ศ. 2559 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีในระดับพื้นที่จังหวัดจันทบุรี

ขอบเขตการวิจัย

1. ด้านเนื้อหา ศึกษาคุณลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจและความคิดเห็นของทีมวิจัยในพื้นที่ ต่อการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยรุน พ.ศ. 2559 โดยการมี ส่วนร่วมของภาคีในระดับพื้นที่จังหวัดจันทบุรี กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 3 กระบวนการ คือการ วิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (PAR) การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (FSC) การประชุมแบบ มีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) แผนและผลการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัย รุนของภาคีในระดับพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ตามบทบาพามาตรา 6, 7, 8, 9 และ 10 แห่งพระราชบัญญัติการ ป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภในวัยรุน พ.ศ. 2559 เพื่อให้วัยรุนได้รับสิทธิตามมาตรา 5

2. ด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากความสมัครใจ อำเภอละ 1 ตำบลรวม 10 ตำบล ภาคี ประกอบด้วย ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนสถานประกอบกิจการ

ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำสภาเด็กและเยาวชนระดับตำบล แม่บ้านและครอบครัว รวมตำบลละ 10 – 20 คน

3. ด้านเวลา ระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. **ขั้นทำความเข้าใจ** ทบทวนวรรณกรรม จัดทำกรอบความคิดการวิจัย ประสานพื้นที่ คัดเลือกและแต่งตั้งทีมวิจัยในพื้นที่ สร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางในการดำเนินงาน ตลอดจนการวิจัย ประโยชน์และผลกระทบที่ชุมชนได้รับ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ แนวคิดให้ทีมวิจัยในพื้นที่

2. **ขั้นกำหนดแผนการขับเคลื่อน** โดยทีมวิจัยในพื้นที่ ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจเลือกและกำหนดแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับพื้นที่ ตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานแต่ละภาคี ผ่านกระบวนการเรียนรู้ 3 กระบวนการ ดังนี้

2.1. การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (PRA) เพื่อให้ทีมวิจัยในพื้นที่ วิเคราะห์ศึกษาทรัพยากร โครงสร้างของชุมชน สถานการณ์สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม ความปลอดภัยในชีวิต และปัญหาที่ชุมชนกำลังเผชิญร่วมกัน และวิเคราะห์ “ชุมชนที่ฉันภูมิใจ” “สิ่งที่ชุมชนควรพัฒนา” เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อสนับสนุนการพัฒนา ปัจจัยที่ต้องพัฒนาเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชน นำไปสู่ประเด็นการพัฒนา

2.2. ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (FSC) เพื่อให้ทีมวิจัยในพื้นที่ นำประสบการณ์และบทเรียนจากการวิเคราะห์ชุมชนมาทบทวนแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ทำความเข้าใจเหตุการณ์ในอดีตย้อนหลัง 5 ปี เชื่อมโยงกับปัจจุบันและแนวโน้มที่ส่งผลกระทบในอนาคต 5 ปี นำไปสู่การสร้างวิสัยทัศน์ กำหนดแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีในระดับพื้นที่

2.3. การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) เพื่อให้ทีมวิจัยในพื้นที่นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ชุมชน การค้นหาปัจจัยเอื้อในการพัฒนา ปัจจัยที่ต้องพัฒนาเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชนมาสร้างอนาคตตามประเด็นการพัฒนา โดยการวาดภาพฝันของชุมชน กำหนดวิสัยทัศน์ แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีในระดับพื้นที่ตามมาตรา 6, 7, 8, 9 และ 10 แห่งพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงสิทธิตามมาตรา 5

3. **ขั้นขับเคลื่อน** ทีมวิจัยในพื้นที่นำแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของแต่ละภาคีไปปฏิบัติในพื้นที่ โดยมีประจักษ์น้าเสนอผลการขับเคลื่อนตามแผนฯ ติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุงพัฒนาเดือนละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยหลักติดตามเยี่ยมเสริมพลังและสนทนากลุ่มเก็บข้อมูลในพื้นที่ ๆ ละ 1 ครั้ง

4. ขึ้นประเมินผล โดยการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการมีส่วนร่วมตามกระบวนการเรียนรู้ตลอดการวิจัย เยี่ยมเสริมพลัง ติดตามความก้าวหน้าการขับเคลื่อนฯ สังเกตการณ์ภาคสนาม ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีแต่ละมาตรา สัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล (In-depth Interview) แม่วัยรุ่นและครอบครัว ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประเมินความคิดเห็นของทีมวิจัยในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของทีมวิจัยในพื้นที่ แบบบันทึกกระบวนการเรียนรู้ 3 กระบวนการ แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล และแบบสรุปกิจกรรมภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลทุติยภูมิ แผนยุทธศาสตร์จังหวัด สถานการณ์สุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแผนและผลการขับเคลื่อน พ.ร.บ. ของคณะกรรมการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2562
2. ข้อมูลปฐมภูมิ วิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ ความคิดเห็นของทีมวิจัยในพื้นที่ การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (PRA) การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (FSC) การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม สรุปผลการเยี่ยมเสริมพลังภาคสนาม การถอดบทเรียนจากการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลเป็นคำร้อยละ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากกระบวนการเรียนรู้ตลอดกระบวนการวิจัย และตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลให้สอดคล้องกันระหว่างข้อมูลทุติยภูมิกับข้อมูลที่ได้จากกระบวนการเรียนรู้ตลอดการวิจัยแบบสามเส้า (Triangulation) จัดระเบียบข้อมูลตามวัตถุประสงค์ วิเคราะห์สรุปประเด็นย่อยเขียนเรียบเรียงหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ค้นพบในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย 306 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2562

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจำแนกออกเป็น ข้อมูลเชิงปริมาณ (ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4)

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจของทีมวิจัยในพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย อยู่ในวัยทำงาน มีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงระดับปริญญาตรีมากกว่าครึ่ง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รองลงมาเป็นสภาเด็กและเยาวชนและครอบครัว พันเพเป็นคนในพื้นที่ มีบทบาทในการให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา เฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกันเกี่ยวกับสุขภาพในพื้นที่

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของทีมวิจัยในพื้นที่ต่อการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีในระดับพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า การขับเคลื่อนโครงการนี้เป็นประโยชน์ทำให้ได้พัฒนาตนเองและมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชน สุขภาพมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลากหลาย การดูแลสุขภาพต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การนำกระบวนการเรียนรู้ มากระตุ้นสร้างบรรยากาศ การร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินร่วมรับผลประโยชน์ ทำให้รู้ปัญหา สามารถคาดคะเนแนวโน้มความรุนแรงปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ และทำให้เกิดบรรยากาศเป็นกันเอง มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถแก้ปัญหาได้สอดคล้องกับพื้นที่ และความต้องการของตนเองและชุมชน อีกทั้งมีความเห็นว่าควรจัดให้มีบริการสุขภาพเบื้องต้นที่ชุมชนสามารถดำเนินการเองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีในพื้นที่ การจัดกิจกรรมลักษณะนี้บ่อย ๆ เป็นการพัฒนาศักยภาพส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างการรับรู้ปัญหาและความต้องการของตนเอง สามารถจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนเบื้องต้นได้ และหากภาครัฐให้การสนับสนุนอย่างจริงจังจะเกิดการพัฒนาในพื้นที่อย่างต่อเนื่องซึ่งชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นต้นทุนตั้งต้นที่ร่วมขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่อยู่แล้ว แม้ว่าทุกคนมีภาระ ต้องทำงานก็พร้อมที่จะพัฒนา อย่างไรก็ตามยังมีบางคนไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยขาดความเชื่อมั่นว่าชุมชนสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง เห็นว่าเป็นเรื่องยากที่จะให้มีส่วนร่วมพัฒนาชุมชน ซึ่งประเด็นนี้แม้จะมีส่วนน้อยแต่หน่วยงานภาครัฐต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการสร้างพัฒนาต่อไป

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละความคิดเห็นของทมิวจัยในพื้นที่ต่อการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีในระดับพื้นที่ (n = 137)

ความคิดเห็น	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โครงการนี้ทำให้ท่านได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเองและชุมชน	136	99.30	1	0.70	0	0.00
การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมทำให้ท่านได้ศึกษาเรียนรู้ชุมชนอย่างมีระบบ	135	98.50	2	1.50	0	0.00
การทบทวนสถานการณ์/ปัญหาในอดีต ปัจจุบัน เชื่อมโยงกับอนาคตทำให้ทราบแนวโน้มและความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน	131	95.60	6	4.40	0	0.00
การร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมิน และร่วมรับผิดชอบทำให้ท่านมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ	130	94.90	4	2.90	3	2.20
การดูแลสุขภาพในระดับพื้นที่ควรให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินการ	133	97.10	4	2.90	0	0.00
การดูแลสุขภาพในระดับพื้นที่ ชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง	114	83.20	15	10.90	8	5.90
ชุมชนควรมีบริการสุขภาพที่ชุมชนสามารถจัดการด้วยตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน	134	97.80	2	1.50	1	0.70

ส่วนที่ 3 กระบวนการเรียนรู้ส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วม

1. การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (PRA) ทมิวจัยในพื้นที่วิเคราะห์โครงสร้าง สถานการณ์สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม ความปลอดภัยในชีวิตและปัญหาที่ตนเองและชุมชนกำลังเผชิญ โดยการนำประสบการณ์และสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบผ่านผังความคิด (Mind Map) เพื่อพัฒนาตนเองและชุมชนไปพร้อมกัน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองยืนได้ด้วยตนเอง อีกทั้งนำไปสู่การพัฒนาวัฒนธรรมของชุมชนต่อไป⁽⁶⁾ พบว่าลักษณะชุมชนของจังหวัดจันทบุรีมีลักษณะใกล้เคียงกัน มีการเปลี่ยนแปลงตามการพัฒนาสถานการณ์สุขภาพ สภาพความเป็นอยู่ของประชากร มีการเปลี่ยนแปลง มีประชากรแฝงเข้ามารับจ้างอยู่อาศัยเพิ่มขึ้น อาชีพมีความหลากหลายตามบริบทของภูมิประเทศ มีรายได้น้อยถึงปานกลาง แต่พอเพียง มีความเป็นอยู่แบบสบาย สถาบันครอบครัวไม่เข้มแข็ง มีเวลาให้ครอบครัวน้อย ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพวัยรุ่น สนใจสุขภาพน้อย สุขภาพเด็กและวัยรุ่นเริ่มมีสมาธิสั้น ติดโซเชียล โรคซึมเศร้า มีปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ชุมชนมีทุนทางสังคม มีวัฒนธรรมประเพณีส่งเสริมการรวมกลุ่มหลายเทศกาล มีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เอื้อในการพัฒนา แต่อย่างไรพื้นที่ยังมีจุดเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังและพัฒนา

การวิเคราะห์“ชุมชนที่ฉันทุนใจ” พบว่า ชุมชนมีทุนทางสังคมที่เอื้อต่อการพัฒนา มีความพร้อม มีความเข้มแข็ง ทั้งด้านการคมนาคม การสื่อสารที่เจริญขึ้น เศรษฐกิจดี มีศูนย์บริการให้คำปรึกษาทั้งในชุมชน ในโรงเรียนที่ได้กัวยร่นสามารถเข้าถึง มีศูนย์การเรียนรู้/ศึกษาดูงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายประเทศ ครอบครัวที่มีความเข้มแข็งให้ความร่วมมือดี มีแกนนำวัยร่น มีสภาเด็กและเยาวชนในระดับตำบล มีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง มีวัฒนธรรมประเพณีของท้องถิ่น

การวิเคราะห์ “สิ่งที่ชุมชนต้องพัฒนา” เพื่อการพัฒนาต่อยอด คือ ด้านความรู้ ทศนคติด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ของประชาชน ผู้นำในชุมชน เด็กและเยาวชน การขยายศูนย์บริการอนามัยเจริญพันธุ์ ในชุมชนให้ครอบคลุมและเป็นรูปธรรมชัดเจน การสร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำ ทีมงานสุขภาพ ให้มีความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยร่นแบบมืออาชีพ ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิวัยร่น การเข้าถึงบริการทุกด้าน การสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนทั้งวัยร่นและผู้ปกครอง พัฒนาการเขียนโครงการ ให้กับภาคประชาชน การทำแผนพัฒนามีการเจริญพันธุ์ในชุมชน การสนับสนุนงบประมาณ การปรับพื้นที่เสี่ยง การเฝ้าระวังแหล่งมั่วสุม และส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ในชุมชน การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมนอกจาก ได้ข้อมูลที่สุดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในชุมชนและความต้องการของคนในชุมชน ที่จะนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหของตนเองและชุมชน ยังช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพ และศักยภาพคน สร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของเกิดความหวงแหน ตระหนักถึงคุณค่าตนเองอยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเอง ชุมชน นำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนในพื้นที่⁽⁷⁾

2. การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (FSC) ทีมวิจัยในพื้นที่นำบทเรียนจากการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมมาทบทวนแลกเปลี่ยนทำความเข้าใจเหตุการณ์ในอดีตที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ในปัจจุบัน และแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบในอนาคต เพื่อให้ชุมชนได้เรียนรู้แนวโน้ม ความเชื่อมโยงของปัญหาที่ชุมชนต้องเผชิญปัญหาาร่วมกันในอนาคต เป็นการเรียนรู้เพื่อใช้อนาคตเป็นเป้าประสงค์ในการพัฒนา แทนการใช้ปัญหา เป็นตัวตั้ง ทำให้เห็นเป้าหมายแผนงานไปสู่อนาคตชัดเจนขึ้น⁽⁸⁾ ทีมวิจัยในพื้นที่สามารถทบทวนความเข้าใจเหตุการณ์ในอดีตที่มีผลต่อปัจจุบัน และแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบในอนาคตที่จะนำไปสู่การสร้างวิสัยทัศน์ กำหนดแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ของวัยร่นโดยการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ ภายได้ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยร่น พ.ศ. 2559 ได้

3. การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) เป็นการประชุมพัฒนาคนที่มีความรู้ และวิถีชีวิตต่างกันให้เรียนรู้และปรับปรุงตนเองร่วมกันพร้อมทั้งได้แผนงานโครงการรวมทั้งสร้างจิตสำนึก ความรับผิดชอบในการกิจที่ต้องรับผิดชอบนำไปปฏิบัติต่อไป⁽⁹⁾ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

3.1 ขั้นการสร้างความรู้ (A) เป็นขั้นการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้จินตนาการวาดภาพฝันที่คาดหวังเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น

3.2 ขั้นการสร้างแนวทางการพัฒนา (I) เป็นขั้นหาวิธีการเสนอทางเลือกการพัฒนาตามภาพฝัน กำหนดวิสัยทัศน์ มาตรการ วิธีการ ทางเลือกการพัฒนา เป้าหมาย กิจกรรม จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม

3.3 ขั้นการสร้างแนวทางปฏิบัติ (C) การนำข้อสรุป วิธีการมากำหนดแผนปฏิบัติการ บทบาทหน้าที่ และรับไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

การวิจัยครั้งนี้ให้ทีมวิจัยในพื้นที่ระดมพลังสมอง แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ โดยนำผลจากการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมและประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน มาทบทวนทำความเข้าใจ กำหนดเป้าหมาย หากวิธีให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการว่าจะทำอะไร เพื่ออะไร มีเหตุผลอย่างไร ใครรับผิดชอบ ใครร่วมมือ ติดตามประเมินผลอย่างไร การปฏิบัติตามแผน การติดตามผลเรียนรู้ ปรับปรุงภารกิจด้วยความเป็นมิตรเคารพซึ่งกันและกันเป็นพื้นฐานที่สำคัญ⁽¹⁰⁾ สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้คือ ภาพฝัน วิสัยทัศน์ เป้าหมาย แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคในระดับพื้นที่ตามมาตรา 6, 7, 8, 9 และ 10 แห่งพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงสิทธิตามมาตรา 5 คือ มีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง มีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ มีสิทธิได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ มีสิทธิได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว มีสิทธิได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และมีสิทธิได้รับสิทธิอื่นใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ตามพระราชบัญญัตินี้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ

ส่วนที่ 4 แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคในระดับพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ตามบทบาทมาตรา 6, 7, 8, 9 และ 10 แห่งพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 พบว่าแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคในระดับพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่เป็นไปตามภารกิจขององค์กรที่ดำเนินการตามบทบาทปกติ ยังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ มีการประสานบูรณาการแผนน้อย ยังต่างคนต่างทำ แผนงานจำแนกตามหน่วยงานหลักของภาคในระดับพื้นที่ ประกอบด้วย 6 แผนงาน 26 แผนงานย่อย

ส่วนที่ 5 ผลการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ตามบทบาทมาตรา 6, 7, 8, 9 และ 10 ภายใต้แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคในระดับพื้นที่ของจังหวัดจันทบุรี เพื่อให้วัยรุ่นได้รับสิทธิตามมาตรา 5 ส่วนใหญ่ผลการดำเนินงานเป็นไปตามแผน เนื่องจากแผนงานส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมปกติที่ดำเนินการอยู่แล้ว แผนงาน/กิจกรรมยังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของวัยรุ่น ไม่มีการประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ ทั้งนี้ เพราะส่วนใหญ่หน่วยงานระดับพื้นที่ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม ครอบครัว พ่อแม่ ยังไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 การประชาสัมพันธ์ ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ยังไม่ถึงเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ การคุมกำเนิด สิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น ครอบครัวพ่อแม่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน พ.ร.บ.น้อยมาก มีความคิดว่าเป็นเรื่องใหม่ ไกลตัวสำหรับประชาชน การจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษายังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและต้องการของนักเรียนวัยรุ่น เนื้อหาไม่ครอบคลุมครบถ้วน 6 มิติ ครูผู้สอน สื่อ เทคนิคการสอนยังไม่ได้รับการพัฒนา ระบบดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ ยังไม่ครอบคลุมวัยรุ่น

ทุกกลุ่ม การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานบริการยังมีข้อจำกัดทั้งเวลา สถานที่ การจัดบริการ ในสถานประกอบกิจการมีน้อย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตามบทบาทหน้าที่ ตาม พ.ร.บ. การถ่ายโอน การมีส่วนร่วมของสภาเด็กและเยาวชนและครอบครัวน้อย ทำให้วัยรุ่นในพื้นที่ ส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงสิทธิตามมาตรา 5 ปัจจัยความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนฯ การสร้างความเข้มแข็ง ให้ครอบครัว ชุมชน เข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน การจัดเวทีสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน การสร้าง แกนนำวัยรุ่น การสร้างครอบครัวต้นแบบ ความเข้มแข็งของศูนย์พัฒนาครอบครัวระดับตำบล การมีสภา เด็กและเยาวชนระดับตำบล การขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ การเข้าถึง ของท้องถิ่นโดยการเยี่ยมบ้าน ปัญหาของการขับเคลื่อน พ.ร.บ. ภายใต้แผนฯ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอนามัย การเจริญพันธุ์ และ พ.ร.บ. ยังอยู่ระดับไม่ถึงท้องถิ่น การขับเคลื่อนแผนยังขาดการบูรณาการไม่ครบวงจร การขยายบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ในชุมชนยังไม่ชัดเจน การสนับสนุนไม่ต่อเนื่อง ทั้งด้านงบประมาณ ความรู้ ความสามารถของผู้ให้บริการ สื่ออุปกรณ์

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการพัฒนาชุมชนจากรากฐานโดยใช้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ชุมชนด้วยชุมชน เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน ผลการวิจัย คุณลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจ ของภาคีระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นภาคประชาสังคม และมีทัศนคติเชิงบวก นับว่าเป็นกลุ่มที่มีความพร้อม มีศักยภาพสามารถร่วมพัฒนาชุมชนได้เป็นอย่างดี การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กระตุ้น กระบวนการคิด วิเคราะห์ และร่วมดำเนินการด้วยตนเอง ทำให้ภาคีแต่ละภาคส่วนมองเห็นปัญหา เกิด ความตระหนักในปัญหาและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ อยากมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา แผนการป้องกัน และแก้ไขปัญหาคารังการในวัยรุ่นของภาคีในระดับพื้นที่ตามบทบาทแต่ละมาตราใน พ.ร.บ.การป้องกัน และแก้ไขปัญหาคารังการในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมปกติตามภารกิจขององค์กร ยังไม่ สอดคล้องกับสภาพปัญหา มีการประสานบูรณาการแผนค่อนข้างน้อย ยังต่างคนต่างทำ ผลการขับเคลื่อน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาคารังการในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ภายใต้แผนการป้องกันและแก้ไข ปัญหาคารังการในวัยรุ่นของภาคีในระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมประจำที่แต่ละหน่วยงานดำเนินการ ตามภารกิจขององค์กรไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ มีการประสานบูรณาการแผนค่อนข้างน้อย ไม่มีการประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ ปัจจัยสำคัญเพราะส่วนใหญ่หน่วยงานระดับพื้นที่ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคมครอบครัว พ่อแม่ ยังไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาคารังการ ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 แผนงานโครงการจึงมีในลักษณะเดิม ๆ ทำให้วัยรุ่นในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงสิทธิ ตามมาตรา 5

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. คณะอนุกรรมการระดับจังหวัด จัดทำแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการให้สอดคล้องตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 กำหนดกิจกรรม เป้าหมาย วิธีการขับเคลื่อนให้โดยบูรณาการประสานแผนการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ถ่ายระดับแผนปฏิบัติสู่ระดับพื้นที่ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยกำหนดให้เป็นประเด็นการพัฒนาที่สำคัญ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานศึกษาจัดกระบวนการเรียนรู้เพศวิถีให้ครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 6 มิติ โดยคำนึงถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น รวมทั้งพัฒนาศักยภาพผู้สอน ให้รู้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงความต้องการของวัยรุ่น
3. พัฒนาระบบการช่วยเหลือนักเรียนที่ตั้งครรภ์ให้สามารถอยู่ในระบบการศึกษาหรือสามารถศึกษาต่อแบบครบวงจรร่วมกันระหว่างครอบครัว โรงเรียน สาธารณสุข สวัสดิการ ท้องถิ่น
4. ส่งเสริมและสนับสนุนศูนย์พัฒนาครอบครัวตำบล เป็นกลไกในการพัฒนาครอบครัวในชุมชน เตรียมความพร้อม ส่งเสริมบทบาทครอบครัว พ่อแม่ในการดูแลลูก การสื่อสารสร้างสัมพันธ์กับครอบครัว โดยเฉพาะการสื่อสารเรื่องเพศ และบทบาททางเพศ
5. พัฒนาศักยภาพสภาเด็กและเยาวชนให้มีความพร้อม มีความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สามารถชี้ช่องทางเข้าถึงสิทธิ สามารถจัดกิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้
6. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน กำหนดเป้าหมายเพื่อ ชะลอการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเพิ่มคุณภาพการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น ลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ และสร้างระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน
7. สถานประกอบการกิจการทุกระดับส่งเสริมสนับสนุนให้ลูกจ้างที่เป็นวัยรุ่นเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์
8. สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตตามกลุ่ม และบรรจุแผนการขับเคลื่อนเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี

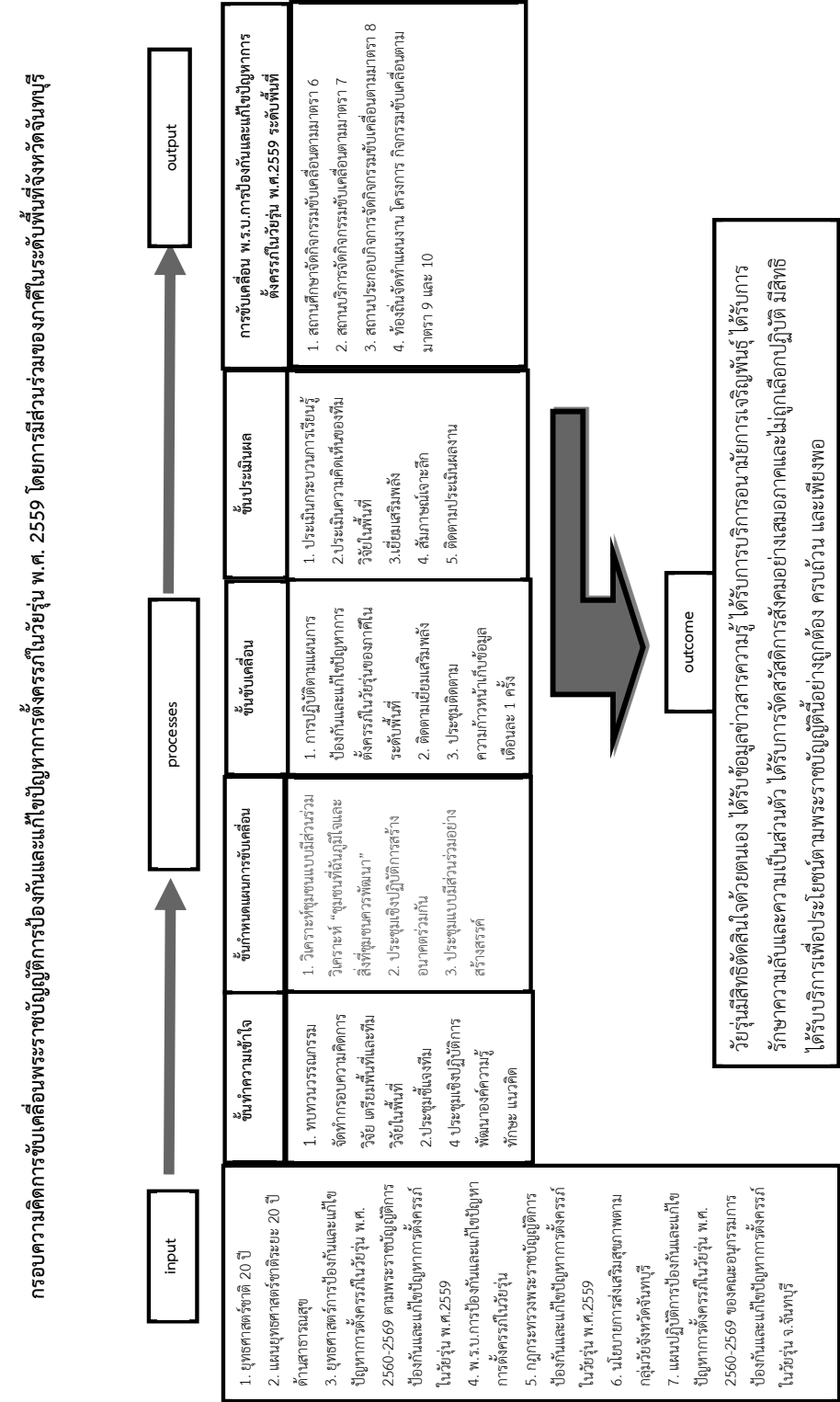
ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. พัฒนาศักยภาพ ชีตความสามารถและองค์ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ให้แก่คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. พัฒนาหลักสูตรครูผู้สอนเพศวิถี วิธีการ/กระบวนการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการและครบถ้วนทั้ง 6 มิติตั้งแต่พัฒนาการทางเพศ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ สุขภาวะทางเพศ และมิติทางสังคมและวัฒนธรรม ที่ส่งผลกระทบต่อเรื่องเพศ รวมถึงสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

3. พัฒนาระบบข้อมูลและการบริหารจัดการข้อมูลของจังหวัด เพื่อให้เครือข่ายทุกภาคส่วนเข้าถึงและสามารถใช้ประโยชน์ในการพัฒนาได้
4. ขับเคลื่อน พ.ร.บ.จากระดับจังหวัดผ่าน พขอ. ลงสู่ประชากรในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรตามกลุ่มวัย เน้นนโยบายการเกิดที่มีคุณภาพ
5. ส่งเสริมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาในชุมชน สร้างความเข้มแข็ง เปิดโอกาสในประชากรเข้าร่วมการพัฒนาชุมชนด้วยตนเอง สร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน
6. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมผ่านโครงสร้างทางสังคม เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ครอบครัว และวัยรุ่น
7. สนับสนุนการพัฒนาโดยใช้พื้นที่ระดับตำบลเป็นฐาน เน้นการพัฒนาผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรตามกลุ่มวัย ตั้งแต่ครอบครัว ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน วัด สถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบกิจการทุกขนาด ท้องถิ่น ท้องที่ ผู้นำตามธรรมชาติ และประชาชน
8. บูรณาการกิจกรรมของสภาเด็กและเยาวชนในโครงการ TO BE NUMBER ONE ให้เชื่อมโยงและครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาวัยรุ่น (เอดส์ เพศ และสิ่งเสพติด)

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ศึกษา “การพัฒนารูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศวิถีให้สอดคล้องกับบริบทปัญหาความต้องการของวัยรุ่น”
2. ศึกษา “การสร้างความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น” เพื่อเพิ่มความเข้มแข็ง และความตระหนักด้านสุขภาพให้แก่วัยรุ่น และครอบครัวในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง
3. วิจัยประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลการจัดกระบวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษา
4. วิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม “การขับเคลื่อน พ.ร.บ. การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในชุมชนโดยชุมชน”



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท คิวคัมเบอร์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2560.
2. สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การประชุมเชิงวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่5 ประจำปี 2559; “มุมมองใหม่ อนามัยการเจริญพันธุ์” กรุงเทพมหานคร; 2559.
3. สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.255 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์; 2560.
4. วรณดี จันทรศิริ. พัชรา ชุ่มชูจันทร์. ผลกระทบด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2558; ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
5. ยุพเยาว์ วิศพรณ. สมจิต ยาใจ. ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี. 2559; วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 27(1), 1-16
6. ประสิทธิ์ ลีระพันธ์. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. เอกสารประกอบคำบรรยายโครงการพัฒนารูปการส่งเสริมสุขภาพคนทำงานตามกลยุทธ์เมื่อนำอยู่; 2554.
7. ดุสิต ดวงสา และคณะ. คู่มือการใช้ PAR ในการทำงานด้านเอดส์ในชุมชน; 2535 เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
8. อีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็ง : ประชาคมประชาสังคม. 2543; ขอนแก่น : โครงการจัดตั้งมูลนิธิเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ชมรมนักวิชาการสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
9. วีระ นิยมวัน การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานวิชาการ; 2542.
10. ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม. ในชุมชนเข้มแข็งทุนทางสังคมของไทย. ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคมและธนาคารออมสิน; 2542.

การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา สันติ ทวymiฤทธิ์*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 27 เมษายน 2563

รับบทความที่แก้ไข: 8 พฤษภาคม 2563

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 12 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (2) พัฒนาระบวนการจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (3) พัฒนาระบวนการนำยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ (4) พัฒนาระบวนการควบคุม กำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (5) ประเมินผลการพัฒนาระบบการบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยใช้ CIPP Model ใช้แบบประเมินความคิดเห็น (Cronbach's alpha coefficient=0.95) และแบบสอบถามความพึงพอใจ (Cronbach's alpha coefficient = 0.95) กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมผู้บริหารและนักวิชาการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 235 คน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสรุปความแบบอุปนัย การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2018 – 050

ผลการศึกษา พบว่า (1) สถานการณ์ปัจจุบันในการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เป็นผลสืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) การปรับรูปแบบระบบบริหาร ภายใต้รูปแบบเขตสุขภาพ 1-12 การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของจังหวัดผ่านเกณฑ์เป้าหมายเพียงร้อยละ 81.58 ด้วยสาเหตุหลักที่ได้จากผลการทบทวน ได้แก่ กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในหลายขั้นตอนที่ยังไม่สมบูรณ์ จึงต้องพัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (2) พัฒนาระบบการจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ด้วยการพัฒนาขั้นตอน การบูรณาการยุทธศาสตร์ทุกระดับ การพัฒนาจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโดยการวิเคราะห์ SWOT Analysis ภายใต้กรอบ Six Building Blocks อย่างเป็นระบบ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนานโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมีส่วนร่วม จัดเวทีให้ความเห็นชอบนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพอย่างเป็นทางการ และพัฒนาแนวทางการจัดสรรงบประมาณ

* หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Corresponding author: สันติ ทวymiฤทธิ์ Email: sunjack957@gmail.com

ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (3) การพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่
ด้วยการพัฒนาขั้นตอน การถ่ายทอดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไประดับพื้นที่ในหลายช่องทาง
การจัดทำคู่มือ โปสเตอร์นโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างผู้บริหาร
การประชุมเชิงปฏิบัติจัดทำแผนปฏิบัติการ มาตรการ กิจกรรมหลักโดยใช้แนวทาง PDCA การพัฒนาทีม
พี่เลี้ยงจังหวัดเพื่อร่วมพัฒนางานพื้นที่ การพัฒนาโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์ (SMS) เพื่อควบคุมกำกับ
ประเมินผลแผนปฏิบัติการ (4) การพัฒนากระบวนการควบคุม กำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ
ด้วยการพัฒนาขั้นตอน การนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน การประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ
การกำหนดผู้จัดการโครงการ

การพัฒนาโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์ (SMS) เพื่อการควบคุม กำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์
และงบประมาณแบบ Real Time การพัฒนาระบบรายงานแบบ Monitoring Cockpit ⁽⁵⁾ ความคิดเห็น
ต่อ การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไป (ร้อยละ 84.5)
ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 84.5)
(Mean=4.4, S.D.=1.2) ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารทุกระดับควรให้ความสำคัญต่อกระบวนการบริหาร
ยุทธศาสตร์สุขภาพและถือเป็นนโยบายปฏิบัติ นำโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์ (SMS) ไปพัฒนาต่อเนื่อง
ขยายผลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งอื่น

คำสำคัญ : การบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

The Improvement Process of Strategic Health Management In Nakhon Ratchasima Province Sunti Tuaymeerit*

Article History

Received: April 27, 2020

Revised: May 8, 2020

Accepted: May 12, 2020

Abstract

The purposes of this research were to (1) study the situations of health strategy management, (2) develop the process for health policy and strategic plan, (3) develop the implementation of health strategies into action (4) develop the control, monitoring, and evaluation of health strategic plan, and (5) evaluate the development of health strategic management process using the CIPP model. The data were collected using an opinion evaluation questionnaire (Cronbach's alpha coefficient = 0.95) and a satisfaction questionnaire (Cronbach's alpha coefficient = 0.95). The samples were 235 administrators and personnel in knowledge worker positions working under Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office. The data were analyzed using percentages and standard deviations for quantitative data and inductive summary for qualitative data. The study was approved by Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office's human research ethics committee (code: KHE 2018 – 050).

The results of the study showed that (1) The current situations of health strategic management were the results of the Ministry of Public Health's formulation of the 20-year strategic plan for health and the adjustment of management system under health zones 1 – 12. The implementation of public health plans resulted in the overall performances of the provincial public health office's 81.58 percent passing of all indicators at the provincial level. This was because process of managed the strategic plan in many

* Head of Public Health Strategic Management Cluster, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office
Corresponding author: Sunti Tuaymeerit Email: sunjack957@gmail.com

steps was not complete. It was necessary to develop a strategic management process. (2) the Development of policy making, health strategic plan had integrated strategies at all levels, development of policy making, strategic plan by SWOT analysis and the systematic Six Building Blocks. (3) The development of strategic health plan into action was done using various measures including creating handbooks and health strategic plan posters, signing of memorandum of understanding (MOU) between administrators, conducting workshops to develop action plans,

measures, and key activities through PDCA process, developing coaching teams to help mobilizing the health strategies at the local levels, and developing the strategic management system (SMS) to control and monitor the action plans. (4) The system to control, supervise, and evaluate the health strategic plan with the development of integrated public health supervision, health performance evaluation, program for strategic management system (SMS) that showed the real-time evaluation and budget data, and a monitoring cockpit reporting system. (5) The overall opinions on the strategic health management process were at a high level (84.5%). The satisfaction with the use of the strategic management system program was at the high to highest level (84.5%; Mean = 4.4, SD = 1.2). It was suggested that executives at all levels should pay attention to the strategic management process especially when transferring the policy into practices. The strategic management program (SMS) should be taken into consideration for further development and implementation to every public health provincial offices.

Keywords : Strategic health management

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 ฉบับที่ 5 ตามมาตรา 42 และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 หมวดที่ 3 กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข และกล่าวไว้ว่า การบริหารราชการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต้องจัดทำแผนปฏิบัติราชการ โดยแปลงมาจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ โดยจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ในการปฏิบัติ ตามภารกิจ ตามขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละส่วนราชการ สอดคล้องกับเป้าหมายและนโยบายของส่วนกลาง ตลอดจนสภาพแวดล้อมขององค์การที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยกำหนดภารกิจที่จำเป็นต้องกระทำ กำหนดเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ขององค์การ และรัฐบาลโดยเจ้ากระทรวง ต้องจัดสรรงบประมาณให้ส่วนราชการ ในแต่ละปี ประกอบกับรัฐบาลได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) เพื่อเป็นกรอบ การขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน โดยคณะรัฐมนตรีเห็นชอบเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2558 ภายใต้กรอบการดำเนินงานโดยมีวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การสร้างความมั่นคง โดยมีความมั่นคงปลอดภัยจากภัยและการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศในทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ สังคม ชุมชน ครอบครัว และมีความมั่นคงในทุกมิติ ทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมือง ประเทศไทยมีความมั่นคงในเอกราชและอธิปไตย มีสถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ที่เข้มแข็ง เป็นศูนย์กลาง และเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของประชาชน ด้านที่ 2 ความมั่งคั่ง โดยประเทศไทยต้องมีการขยายตัวของเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ยกระดับเป็นประเทศรายได้สูง ประชากรได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาอย่างเท่าเทียมกัน เศรษฐกิจมีความสามารถในการแข่งขันสูง สามารถสร้างรายได้ทั้งภายในและภายนอกประเทศ สร้างฐานเศรษฐกิจและสังคมแห่งอนาคต เป็นจุดสำคัญของการเชื่อมโยงในภูมิภาค ทั้งการคมนาคมขนส่ง การผลิต การค้า การลงทุน ธุรกิจ มีบทบาทสำคัญในระดับภูมิภาคและระดับโลก มีความสมบูรณ์ในทุนที่จะสามารถสร้างการพัฒนาต่อเนื่อง ได้แก่ ทุนมนุษย์ ทุนทางปัญญา ทุนทางการเงิน ทุนที่เป็นเครื่องมือเครื่องจักร ทุนทางสังคม และทุนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้านที่ 3 ความยั่งยืน สร้างการพัฒนาที่สามารถสร้างความเจริญ รายได้และคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจที่ไม่ใช้ทรัพยากรธรรมชาติเกินพอดี ไม่สร้างมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อมจนเกินความสามารถในการรองรับและเยียวยาระบบนิเวศน์ คนมีความรับผิดชอบต่อสังคม เอื้ออาทร และมีความเสียสละ มุ่งประโยชน์ส่วนรวมอย่างยั่งยืน

ในส่วนกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้สิ่งที่ท้าทายและปัญหาที่เผชิญในสภาวะปัจจุบัน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการด้านสุขภาพมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐมีอย่างจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องประชุมผู้บริหารระดับสูง “การถอยเพื่อทบทวนหรือถอยตั้งหลัก ก่อนที่จะก้าวไปข้างหน้า”

(Retreat) โดยทบทวนจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์การทำงาน เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานด้านสุขภาพในอนาคต จากผลการประชุม เมื่อวันที่ 13 – 14 มกราคม 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) ภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลัก ด้านสุขภาพที่รวมพลังทางสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี” ภายใต้พันธกิจ “พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน” โดยมีเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพ ภายใต้ค่านิยม MOPH : Mastery, Originality, People – Centered Approach, Humility (เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม) และกำหนดยุทธศาสตร์หลักสู่การพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ (1) Prevention & Promotion Excellence : การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (2) Service Excellence : บริการเป็นเลิศ (3) People Excellence : บุคลากรเป็นเลิศ และ (4) Governance Excellence : บริหารจัดการเป็นเลิศ เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย และแบ่งออกเป็น 4 ช่วง ๆ ละ 5 ปี ดังนี้ ช่วงที่ 1 (2560 – 2564) ปฏิรูประบบ ช่วงที่ 2 (2565 – 2569) สร้างความเข้มแข็ง ช่วงที่ 3 (2570 -2574) สู่ความยั่งยืน ช่วงที่ 4 (2575 – 2579) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย

(1) ในส่วนเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ เป็นผลพวงจากการปฏิรูประบบบริหารจัดการใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข โดยปรับโครงสร้างการบริหารจัดการเป็นรูปแบบเขตสุขภาพ ที่ครอบคลุม 4 – 8 จังหวัด ประชากร 3 – 6 ล้านคน แบ่งเป็น 12 เขต และกรุงเทพมหานคร มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพ (Chief Executive Officer: CEO) และมีตัวแทนจากหน่วยบริการระดับต่าง ๆ เป็นคณะกรรมการเขตสุขภาพ (Service Provider Board) มาเพื่อรองรับการดำเนินงานดังกล่าว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับบทบาทหน้าที่และกลไกการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ เสมอภาค เป็นธรรม ใช้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพหรือ Service Plan เป็นเครื่องมือในการบริหารงาน ในส่วนการขับเคลื่อนของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาด้วยวิสัยทัศน์ว่า “สร้างความฉลาดรู้ทางสุขภาพให้ประชาชนจัดการสุขภาพตนเอง พัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐานสูง ด้วยบุคลากรการสาธารณสุข ที่ทรงคุณค่าและความเป็นเลิศของการบริหารเขตสุขภาพบนฐานธรรมาภิบาล พันธกิจ ได้แก่ (1) เสริมสร้าง ชีตความสามารถของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ (2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพและเครือข่ายทุกระดับ (3) บริหารจัดการและพัฒนาทรัพยากรบุคคลทางการสาธารณสุข (4) ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ โดยกำหนดเป้าประสงค์ ประชาชนสุขภาพดี มีความเชื่อมั่นและไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ และกำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 6 ข้อ ได้แก่ (1) การส่งเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อความฉลาดรู้ เห็นคุณค่าของสุขภาพดีที่พึ่งตนเองทางสุขภาพ (2) เสริมสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน และประชาชนเข้าถึงอย่างครอบคลุม (3) เสริมสร้างความเป็นเลิศในบริการสุขภาพและการพัฒนาการบริการทางการแพทย์สู่สากล (4) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการพัฒนากำลังคนด้านการสาธารณสุข และเสริมสร้างความสุข ภาคภูมิใจในหน้าที่ (5) การส่งเสริมระบบการจัดการความรู้ การ

วิจัย และการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ (6) การพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการและการอภิบาลระบบสุขภาพ ที่มีคุณภาพ ธรรมชาติ มีสมรรถนะสูงและทันสมัย⁽²⁾

ในส่วนจังหวัดนครราชสีมา มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นหน่วยราชการกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าส่วนราชการตามมาตรา 55 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 ฉบับที่ 5 ดำเนินการภายใต้พันธกิจตามกฎหมาย ได้แก่ จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุข กำกับดูแลประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานสาธารณสุข และตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีอำนาจบังคับบัญชาข้าราชการ ติดตาม กำกับ ควบคุม และประเมินผล กลุ่มงาน 13 กลุ่ม ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 30 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 32 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 347 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คลินิกเอกชน ร้านขายยา หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการหลักประกันสุขภาพและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มุ่งเน้นการจัดระบบบริการสุขภาพในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภค ภายใต้การจัดสถานบริการสาธารณสุข 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ โดยขึ้นตรงต่อผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมาและปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมุ่งเน้นการบริหารจัดการ เพื่อแปลงนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา ไปสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ ให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม เชื่อมโยงไร้รอยต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพและแผนปฏิบัติการประจำปี กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และแผนงาน /โครงการ ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยมีการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) มาโดยตลอด⁽³⁾

จากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์และผลการดำเนินงานของนครราชสีมา โดยประเมินผลจากเป้าหมายด้านสุขภาพ และตัวชี้วัดด้านสุขภาพทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2561 พบว่าสาเหตุสำคัญของปัญหาที่ทำให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ได้แก่ (1) การกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ยังขาดการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน ขาดความสอดคล้องกับสภาพปัญหาพื้นที่ ขาดหลักวิชาการในการกำหนดนโยบาย (2) การนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ยังมีประสิทธิภาพต่ำ (3) การควบคุม กำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพยังไม่ชัดเจน และมีคุณภาพ ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่ครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และการนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพยังเป็นระบบยังไม่มีประสิทธิภาพ จากความเป็นมาและสภาพปัญหาดังกล่าว และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้มีส่วนรับผิดชอบในการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จึงได้ดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา อันจะส่งผลให้กระบวนการจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (Strategy Formulation) กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ (Strategy Implementation) กระบวนการควบคุม กำกับ ประเมินผล แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (Strategy Evaluation) มีประสิทธิภาพและคุณภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ จังหวัดนครราชสีมา
4. เพื่อพัฒนากระบวนการควบคุม กำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา
5. เพื่อประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยใช้ CIPP model

ขอบเขตการวิจัย

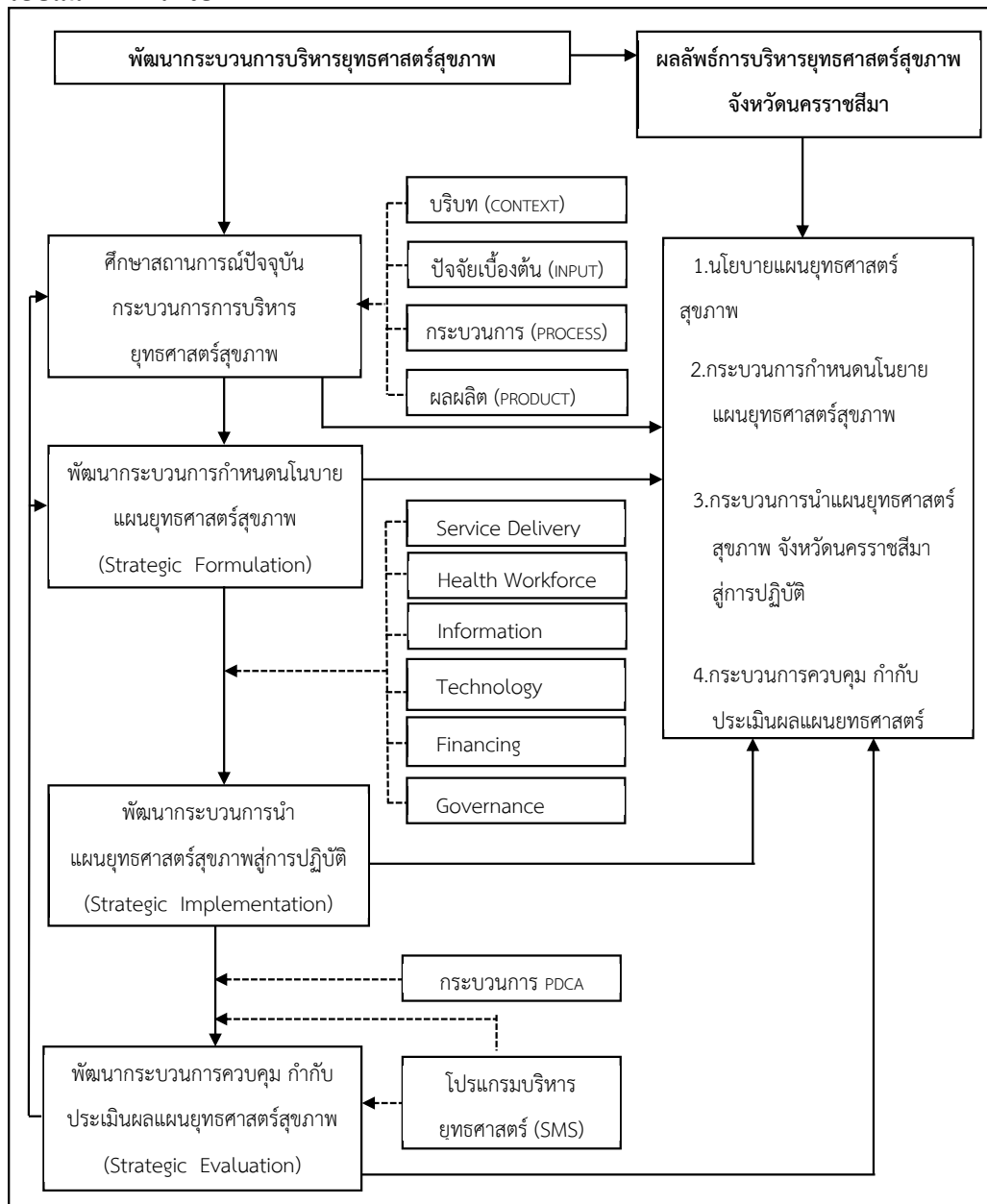
1. **รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างปี 2561 – 2562 โดยการศึกษาสถานการณ์กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพด้านสุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา ในสถานการณ์ปัจจุบัน โดยศึกษาหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบระบบสุขภาพจังหวัด และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ใน 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การพัฒนากระบวนการสร้างนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (2) การพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ (3) การพัฒนากระบวนการควบคุม กำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ แล้วดำเนินการ ประเมินผลกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพสุขภาพ ด้วยหลัก CIPP Model ในขั้นตอนสุดท้าย

2. **ประชากร** เป็นบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 235 คน

3. **วิธีการศึกษา** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยนำวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มาศึกษาและวิจัยร่วมกัน ประกอบด้วยวิธีการศึกษาใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (2) พัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ด้วยการออกแบบขั้นตอนต่างๆที่สำคัญ ใช้กระบวนการวิเคราะห์ SWOT ภายใต้กรอบ Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก(4) (3) พัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ด้วยการออกแบบขั้นตอนต่างๆ ที่สำคัญ และใช้กระบวนการ PDCA (4) พัฒนากระบวนการควบคุม

กำกับประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ด้วยการออกแบบขั้นตอนต่างๆที่สำคัญ และการสร้างเครื่องมือควบคุมกำกับประเมินผลยุทธศาสตร์ และขั้นตอนสุดท้าย (5) การประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยใช้การประเมินแบบ CIPP Model⁽⁵⁾ ได้แก่ การประเมินบริบท การประเมินปัจจัยนำเข้า การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลผลิต เพื่อประเมินผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของจังหวัด นครราชสีมา โดยวิธีการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน นำวิธีวิจัยเชิงปริมาณและวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ มาศึกษา วิจัยร่วมกัน ประกอบด้วยวิธีการศึกษา 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของกระบวนการ บริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (2) พัฒนาระบบการกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (3) พัฒนา กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ (4) พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ประเมินผล แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ และ (5) ประเมินผลการพัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5,404 คน ⁽⁶⁾

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณสัดส่วนประชากร ⁽⁷⁾ คือ

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

n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

N = จำนวนประชากรเป้าหมาย ได้แก่บุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา จำนวน 5,404 คน

P = ค่าสัดส่วนความคิดเห็นต่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ร้อยละ 80.4 หรือเท่ากับ 0.80

Z = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

e = ค่าความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ โดยกำหนดเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{5,404 \times (1.96)^2 \times (0.80(1-0.80))}{(5,404 - 1) \times (0.05)^2 + (1.96)^2(0.80(1-0.80))} = 235$$

ได้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ จำนวน 235 คน

2.3 เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ดำเนินการโดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง โดยคัดเลือกจากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ระดับจังหวัด ได้แก่ ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงาน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานแผนงานของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับอำเภอ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานแผนงานของ

โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และนักวิชาการสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีสุ่มสอบถามแบบสะดวก ในการประชุมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่จัดขึ้น ให้ได้ครบตามจำนวน 235 คน

2.4 เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) จะคัดออกในกลุ่มที่ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งไม่พบผู้ไม่ประสงค์เข้าร่วมงานงานวิจัยในครั้งนี้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ กระบวนการประเมินผลการบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนคำชี้แนะ คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ การจัดทำเป็นเครื่องมืองานวิจัย โดยแบ่งตามประเภทของการเก็บได้ 2 ประเภท มีรายละเอียด ดังนี้

ประเภทที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินความคิดเห็นต่อเนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยใช้สอบถามความคิดเห็นของผู้เข้าประชุมจัดทำร่างนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ประจำปี 2562 โดยมี 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเพื่อประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา โดยแบบสอบถาม มี 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 การประเมินกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จำนวน 42 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นคำถามปลายเปิด

ประเภทที่ 2 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guideline) สำหรับเจาะลึกประเด็นที่สนใจศึกษาเพื่อได้ข้อมูลที่นำเชื่อถือ และมีน้ำหนักเพียงพอในการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย⁽⁸⁾ ประกอบด้วยการศึกษาสภาพการดำเนินงานตามการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2562 ซึ่งแนวทางการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยเนื้อหา การจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่แผนปฏิบัติ และการควบคุมกำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามชุดที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ชาญชัย บุญอยู่ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ดร.คมกริช ฤทธิ์บุรี และ ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์ เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วไปหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามต่อไป

4.2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามชุดที่ 2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ ผู้บริหารระดับจังหวัด ผู้บริหารระดับอำเภอ และนักวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราซ (Cronbach's alpha coefficient)⁽⁹⁾ ซึ่งผลการวิเคราะห์ ได้ค่า Reliability Coefficients ของแบบสอบถามการประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เท่ากับ 0.96 และผลการวิเคราะห์แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (SMS) ได้ค่า Reliability Coefficients เท่ากับ 0.95

4.3 แนวทางสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ นายแพทย์ชาญชัย บุญอยู่ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ดร.คมกริช ฤทธิ์บุรี และ ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์ ได้ตรวจสอบด้านภาษาและเนื้อหา แล้วปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินเนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ใช้การสอบถามความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2562 มีลักษณะเป็นแบบ Nominal scale แบ่งความคิดเห็นในการประเมิน เป็น 2 ลักษณะคือ คงเดิม, ปรับปรุงแก้ไข

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบสอบถามมีเนื้อหาเกี่ยวกับบริบทพื้นที่ (Context : C) ปัจจัยนำเข้า (Input : I) กระบวนการ (Process : P) ผลผลิต (Product : P) มีลักษณะเป็น Rating Scale คะแนนรวมระดับความคิดเห็น ทั้ง 4 ด้าน

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมการบริหารยุทธศาสตร์ (SMS) มีลักษณะเป็น Rating scale การคำนวณคะแนนรวมระดับความพึงพอใจ

5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ที่ได้จากการเก็บข้อมูลด้วยการจดบันทึก พร้อม การบันทึกเสียงด้วยเทปบันทึกเสียง หลังจากที่ได้ผู้วิจัยถอดและเรียบเรียงข้อความเรียบร้อยแล้ว จะทำ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และตีความสรุปแบบอุปนัย (Induction Analysis)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ปัจจุบันกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

จากผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า จากที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) เพื่อตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล สู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ทำให้กระทรวงปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์สุขภาพ และปรับกระบวนการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยการจัดตั้งเขตสุขภาพ 1 – 12 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพในส่วนภูมิภาค ประกอบกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพในภาพรวมของจังหวัดนครราชสีมาในปีที่ผ่านมา ผ่านเกณฑ์เป้าหมายเพียงร้อยละ 81.58 ด้วยสาเหตุหลักที่ได้จากผลการทบทวน ได้แก่ กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพที่ยังไม่สมบูรณ์ โดยพบว่า มีหลายกระบวนการที่ยังไม่สมบูรณ์เพียงพอที่จะทำให้ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ บรรลุเป้าหมาย ตามที่กำหนด รวมถึงปัญหาพื้นที่ ที่ต้องการแก้ไข

2. การพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

ในการพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ได้พัฒนาขั้นตอน การบูรณาการยุทธศาสตร์ทุกระดับให้สอดคล้องเชื่อมโยง การพัฒนาการจัดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์ SWOT Analysis ตามกรอบ Six Building Blocks โดยพิจารณาจากนโยบายผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 ปัญหาสุขภาพของจังหวัดและปัญหาการบริหารจัดการระบบสุขภาพของจังหวัด เพื่อนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความจำเป็นที่ต้องพัฒนา ด้วยการเตรียมบุคลากรและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนานโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมีส่วนร่วม จัดเวทีให้ความเห็นชอบนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดอย่างเป็นทางการ และการพัฒนาการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัด

3. การพัฒนากระบวนการนำยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ จังหวัดนครราชสีมา

การพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ ได้พัฒนาขั้นตอน การถ่ายทอดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไประดับพื้นที่ อำเภอ ตำบล ในหลายช่องทาง การจัดทำคู่มือ โปสเตอร์ นโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างผู้บริหาร การประชุมเชิงปฏิบัติ จัดทำแผนปฏิบัติการ มาตรการและกิจกรรมหลักด้านสุขภาพ โดยใช้แนวทาง PDCA (Plan, Do, Check, Action) แล้วถ่ายทอดลงสู่ระดับอำเภอและตำบล พัฒนาทีมพี่เลี้ยงในรูปคณะกรรมการนิเทศงาน

สาธารณสุขระดับโซน โดยมุ่งเน้น การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผิดชอบ และการควบคุม กำกับ ระดับอำเภอ ตำบล และได้พัฒนาโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (SMS) ที่ใช้งานแบบ Real Time ทาง Internet ในส่วนการควบคุมกำกับแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

4. การพัฒนากระบวนการควบคุมกำกับประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

การพัฒนากระบวนการควบคุมกำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ได้พัฒนาขั้นตอน การนิเทศ งานสาธารณสุขผสมผสาน ปีละ 1 ครั้ง การประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ ปีละ 2 ครั้ง การกำหนด ผู้จัดการโครงการ (Project Manager) การพัฒนาโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์ (SMS) ในส่วน การควบคุม กำกับ ประเมินผล แผนยุทธศาสตร์สุขภาพและแผนงบประมาณแบบ Real Time การพัฒนาระบบรายงาน แบบ Monitoring Cockpit ทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล สามารถ ตัดสินใจในการพัฒนางานและบริหารทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

จากการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ในขั้นตอน (1) การพัฒนากระบวนการ สร้างนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (2) การพัฒนากระบวนการนำยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ (3) การพัฒนากระบวนการควบคุมกำกับประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จากการเก็บข้อมูลอย่างเป็น ระบบทั้งเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของ จังหวัดนครราชสีมา และความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (SMS) ปรากฏผล การพัฒนาดังนี้ ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 235 คน สัดส่วนใกล้เคียงกันระหว่าง เพศหญิง : ชาย เท่ากับ 138 : 97 คน (ร้อยละ 58.72 : 41.3) อายุเฉลี่ย 46 ปี แบ่งเป็นกลุ่มวุฒิการศึกษา บริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 64.68 ข้าราชการ ร้อยละ 93.91, สังกัดหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุข อำเภอ มากที่สุด ร้อยละ 29.78 รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 28.93 และร้อยละ 22.12 ตามลำดับ ผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 37.02, มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการวางแผนมากกว่า 5 ปีมากที่สุดร้อยละ 61.70 เฉลี่ย 8 ปี และมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของหน่วยงาน ร้อยละ 88.08

การประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา สรุปได้ว่า มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบเป็นไปตามหลัก CIPP Evaluation Model จากการประเมินความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า ระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไป (ร้อยละ 84.5) โดยพบค่าร้อยละของคะแนนตามลำดับ ได้แก่ ด้านกระบวนการจัดทำแผน (ร้อยละ 92.70) ด้านสภาวะแวดล้อม (ร้อยละ 90) ด้านผลผลิต (ร้อยละ 84.50) และด้านปัจจัยนำเข้า (ร้อยละ 81.60) และ จาก การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (SMS) พบว่ามีความ พึงพอใจระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 84.5

ผลลัพธ์ของการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา จากการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ผลลัพธ์การปฏิบัติราชการส่งผลทำให้ปี 2562 จังหวัดนครราชสีมา มีผลการดำเนินงานด้านสุขภาพตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายร้อยละ 93.02 มีผลงานเป็นอันดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 9 และได้รับรางวัลผลปฏิบัติงานดีเด่น Good Practices จำนวน 9 รางวัล แบ่งเป็นรางวัลระดับประเทศ จำนวน 2 รางวัล ระดับกระทรวง จำนวน 4 รางวัล และระดับเขต จำนวน 3 รางวัล และโปรแกรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (SMS) ได้ถูกนำไปพัฒนาต่อเนื่องร่วมกับเครือข่ายนักยุทธศาสตร์สาธารณสุขแห่งประเทศไทย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดสำนักกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เพื่อขยายผลและประกาศใช้เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

- เมื่อพิจารณาสถานการณ์ปัจจุบันกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมาพบว่า มีขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ ขั้นตอนการกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ขั้นตอนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ และขั้นตอนการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ แต่ยังไม่สมบูรณ์ในหลายขั้นตอนเนื่องจาก กระทรวงสาธารณสุขได้ทบทวนยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) เพื่อตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล สู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน และกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับกระบวนการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยการจัดตั้งเขตสุขภาพ 1 – 12 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพในส่วนภูมิภาค ประกอบกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพในภาพรวมของจังหวัดนครราชสีมาในปีที่ผ่านมา ผ่านเกณฑ์เป้าหมายเพียงร้อยละ 81.58 ด้วยสาเหตุหลักที่ได้จากผล การทบทวน ได้แก่ กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพที่ยังไม่สมบูรณ์ โดยพบว่ามีหลายกระบวนการที่ยังไม่สมบูรณ์เพียงพอที่จะทำให้ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด รวมถึงปัญหาพื้นที่ ที่ต้องการแก้ไข ซึ่งสรุปได้ว่า กระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัด ยังไม่ตอบสนองต่อนโยบายของผู้บริหารและปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของประภาส อนันดา และ เสฐียรพงษ์ ศิริวิภา⁽¹⁰⁾ ที่ได้กล่าวว่า รูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการวางแผน เป็นขั้นตอนการกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและมีความพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ (2) ขั้นตอนการนำแผนไปปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (3) ขั้นตอนการติดตามประเมินผลขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอน การประเมินผลโดยประเมินที่ตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์องค์กร และ (4) ขั้นตอนปรับมาตรฐานเป็นขั้นตอนที่ควรกำหนดให้มีคณะทำงานเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน

- เมื่อพิจารณาการพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า ได้การพัฒนาขั้นตอน การบูรณาการยุทธศาสตร์ทุกระดับให้สอดคล้องเชื่อมโยง การพัฒนาการจัดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์ SWOT Analysis ตามกรอบ Six Building Blocks โดยพิจารณา

จากนโยบายผู้บริหาร ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 9 ปัญหาสุขภาพของจังหวัด และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนานโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมีส่วนร่วม จัดเวทีให้ความเห็นชอบอย่างเป็นทางการ และจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้อง ส่งผลให้เกิด Intermediate Outcome ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Access) การเพิ่มการครอบคลุมการบริการ (Coverage) คุณภาพบริการ และความปลอดภัย (Quality and Safety) และส่งผลให้เกิด Outcome ของระบบใน 4 ด้านคือ สุขภาพดีขึ้น (Improve health) ตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน ไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (Social and Risk Protection) และเพิ่มประสิทธิภาพ (Improved Efficiency) ครอบคลุมการใช้หลักการบริหารงานพัฒนาองค์กร อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ว่า ประสิทธิภาพของโครงการให้ความรู้เป็นโครงการที่มีมาตรฐานมีแนวทางการปฏิบัติงาน มีมาตรฐานการจัดการเรียนรู้ มีการให้ความรู้ที่มีคุณภาพ และมีการประเมินความรู้ผู้รับบริการ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงวิธีการศึกษาและรูปแบบการประเมินผลโครงการ ให้ความรู้ที่ครอบคลุม ทั้ง 4 ด้าน อย่างเป็นระบบ

3. เมื่อพิจารณา การพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ พบว่ามีการพัฒนาขั้นตอน การถ่ายทอดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไประดับพื้นที่ อำเภอ ตำบล ในหลายช่องทางการจัดทำคู่มือ โปสเตอร์นโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างผู้บริหาร การประชุมเชิงปฏิบัติ จัดทำแผนปฏิบัติการ มาตรการและกิจกรรมหลักด้านสุขภาพ โดยใช้แนวทาง PDCA (Plan, Do, Check, Action) แล้วถ่ายทอดลงสู่ระดับอำเภอและตำบล พัฒนาทีมพี่เลี้ยงในรูปคณะกรรมการนิเทศงานสาธารณสุขระดับโซน โดยมุ่งเน้น การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผิดชอบ และ การควบคุม กำกับ ระดับอำเภอ ตำบล และได้พัฒนาโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (SMS) ที่ใช้งานแบบ Real Time ทาง Internet ในการควบคุมกำกับแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า ประสิทธิภาพของโครงการให้ความรู้ เป็นโครงการที่มีมาตรฐาน มีแนวทางการปฏิบัติงาน มีมาตรฐานการจัดการเรียนรู้ มีการให้ความรู้ที่มีคุณภาพ และมีการประเมินความรู้ผู้รับบริการ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงวิธีการศึกษาและรูปแบบการประเมินผลโครงการให้ความรู้ที่ครอบคลุม ทั้ง 4 ด้าน อย่างเป็นระบบ

4. เมื่อพิจารณา การพัฒนากระบวนการควบคุมกำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า มีการพัฒนาขั้นตอน การนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน ปีละ 1 ครั้ง การประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ ปีละ 2 ครั้ง การกำหนดผู้จัดการโครงการ (Project Manager) การพัฒนาโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์ (SMS) ในส่วนการควบคุม กำกับ ประเมินผล แผนยุทธศาสตร์สุขภาพและแผนงบประมาณแบบ Real time การพัฒนาระบบรายงานแบบ Monitoring Cockpit ทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล สามารถตัดสินใจในการพัฒนางานและบริหารทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่ามีความเห็นในระดับมาก ต่อกระบวนการพัฒนาและความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม ผลการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Beers⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อทำการ

ประเมินความพึงพอใจในการทำงานพบว่ามีความพึงพอใจด้านการบริหารจัดการกระบวนการและเห็นว่าการลงทุนด้านบุคลากรเป็นพลังหลักในการขับเคลื่อนองค์กร ส่วนความพึงพอใจในการทำงานถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความสำเร็จขององค์กร และสอดคล้องกับ Khan⁽¹³⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพขององค์กรมีความสำคัญต่อความสำเร็จในด้านผลผลิตขององค์กรพบว่า ผลการประเมินองค์กรนำมาใช้เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจว่าแผนงานโครงการหรือปัจจัยนำเข้านั้นมีคุณประโยชน์เพียงพอต่อการนำไปดำเนินการต่อไป

5. เมื่อพิจารณา การประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ อย่างเป็นระบบตามหลัก CIPP Evaluation Model พบว่า ระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไป (ร้อยละ 84.5) ด้านกระบวนการ ด้านสภาวะแวดล้อม ด้านผลผลิต และด้านปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสมในระดับระดับมาก ร้อยละ 92.70, 90.00, 84.50, 81.60) ตามลำดับ และจากการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมระบบบริหารยุทธศาสตร์ พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 84.5) ผลลัพธ์การปฏิบัติราชการ ส่งผลทำให้ปี 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของเขตสุขภาพที่ 9 บรรลุเป้าหมายร้อยละ 93.02 มีผลงานเป็นอันดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 9 และได้รับรางวัลผลงานดีเด่น Good Practices จำนวน 9 รางวัล แบ่งเป็นรางวัลระดับประเทศ จำนวน 3 รางวัล ระดับกระทรวง จำนวน 2 รางวัล และระดับเขต จำนวน 4 รางวัล และโปรแกรมได้ถูกนำไปพัฒนาต่อเนื่องร่วมกับเครือข่ายนักยุทธศาสตร์สาธารณสุขแห่งประเทศไทย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดสำนักกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เพื่อขยายผลและประกาศใช้เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามการให้ความหมายองค์ประกอบหลักของรูปแบบการประเมินและความสัมพันธ์กับโครงการ CIPP Evaluation ของโครงการคือ การประเมินบริบท การประเมินปัจจัยนำเข้า ใช้สำหรับจัดทำแผนปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานหรือการกระทำตามแผนต้องมีการประเมินกระบวนการ และท้ายที่สุดหากจะประเมินผลลัพธ์ทั้งหมดของโครงการก็ต้องทำการประเมินผลผลิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการวิจัยพบว่า กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไป โดยพบว่าด้านกระบวนการ ด้านสภาวะแวดล้อม ด้านผลผลิต และด้านปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสมในระดับระดับมากตามลำดับ และผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมระบบบริหารยุทธศาสตร์พบว่ามีความพึงพอใจระดับมาก ส่งผลให้มีผลลัพธ์การปฏิบัติราชการอยู่ในระดับสูงและได้รับรางวัลผลงานดีเด่น Good Practices ในทุกระดับ จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

1.1 ผู้บริหารทุกระดับ (กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ คปสอ.) ควรต้องให้ความสำคัญต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และถือเป็นนโยบายปฏิบัติในทุกระดับ

1.2 การพัฒนาระบบการควบคุมกำกับประเมินผล โดยใช้โปรแกรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (SMS) บนอินเทอร์เน็ตตลอดเวลา ให้หน่วยงานระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานระดับอำเภอ ตำบลถือปฏิบัติ จะช่วยให้ผู้บริหารทุกระดับ มีข้อมูลเพื่อใช้ในการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล สามารถตรวจสอบผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ใช้เป็นแหล่งข้อมูล แนวทาง และเป็นเครื่องมือในการบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ เนื่องจากมีข้อมูลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ กระบวนการกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ กระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ กระบวนการควบคุม กำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ

2.2 หน่วยงานระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานระดับอำเภอ หน่วยงานระดับตำบล ใช้โปรแกรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (SMS) บนอินเทอร์เน็ตตลอดเวลา เป็นเครื่องมือ ในการควบคุม กำกับ ประเมินผลค่าใช้จ่ายงบประมาณ การประเมินผลงานหน่วยงานและบุคลากรในระดับพื้นที่

2.3 ใช้เป็นแหล่งข้อมูล แนวทาง ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานทุกระดับ

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

3.1 การวิจัยพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับเขตสุขภาพ

3.2 การวิจัยกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในภาพระดับประเทศ เพื่อสรุปเป็นแนวทางสำหรับสร้างรูปแบบการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ที่เป็น Best Practice ในระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) พ.ศ.2560 - 2579. นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9. แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ฉบับที่ ปีงบประมาณ 2560 - 2564. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. สำนักงานพัฒนาระบบราชการ. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2556 - พ.ศ.2561) ปี 2557. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2559]. สืบค้นได้จาก : <http://www.opdc.go.th/content.php>.
4. WHO. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Switzerland : World Health Organization; 2007.

5. Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, (Eds.), Evaluation models. (2nd Eds.). (Chapter 16). Boston : Kluwer Academic Publishers; 2000
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ทะเบียนบุคลากร. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2561.
7. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. (6th Eds.). Singapore: John Wiley & Sons; 1995
8. วิโรจน์ สารรัตน์. การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : อักษราพัฒนา; 2550.
9. กัลยา วาณิชยบัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
10. ประภาส อนันตา และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา. ศึกษารูปแบบการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติและประเมินผลแผนเชิงกลยุทธ์หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเกษตรวิสัย. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. วารสารการจัดการสมัยใหม่ 2556; 11(1) มกราคม – มิถุนายน : 9 – 18.
11. Zhang G, Zelle N, Griffith R, Metcalf D, Williams J, Shea C, et al. Using the Context, Input, Process, and Product Evaluation Model (CIPP) as a Comprehensive Framework to Guide the Planning, Implementation, and Assessment of Service-learning Programs. Journal of Higher Education Outreach and Engagement 2011; 15(4) : 57 – 84.
12. Beers M. Organizational size and job satisfaction. Academy of Management J 1964; 7 : 34 - 44.
13. Khan MT, Khan NA, Ahmed S, Ali M. Connotation of Organizational Effectiveness and Factors Affecting It. Pakistan: Inter. Jour. Business and Behavioral Sciences 2012; 2 (9) September : 21 – 30.

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง และสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียน ในอำเภอปรางค์ชัย จังหวัดนครราชสีมา ธิดา อารงวงศ์สวัสดิ์*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 30 มกราคม 2563

รับบทความที่แก้ไข: 5 พฤษภาคม 2563

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 12 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง และความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอปรางค์ชัย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 337 คน และผู้ปกครองจำนวน 337 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 17 พฤษภาคม 2561 ถึงวันที่ 14 กรกฎาคม 2561 โดยใช้แบบตรวจสุขภาพช่องปากเด็กและแบบสอบถามผู้ปกครองซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบไคสแคว์ Fisher's Exact Test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Correlation)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 337 คน เป็นเพศชายร้อยละ 49.6 เป็นเพศหญิงร้อยละ 50.4 กลุ่มตัวอย่างมีฟันผุร้อยละ 74.8 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 5.5 ซึ่ง/คน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองในระดับปานกลางเท่ากับร้อยละ 62.3 ระดับดีเท่ากับร้อยละ 33.8 และพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองกับอายุของผู้ปกครอง ($p=0.005$) กับการศึกษาของผู้ปกครอง ($p=0.019$) และ กับความสัมพันธ์ของเด็กกับผู้ปกครอง ($p=0.039$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสภาวะฟันผุของเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.015$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองรายด้านที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ได้แก่ด้านการทำความสะอาดช่องปาก และด้านการบริโภคอาหาร แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุของเด็กกับด้านการตรวจฟันผุของผู้ปกครอง

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก; สภาวะการเกิดฟันผุ; เด็กวัยก่อนเรียน

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปรางค์ชัย จังหวัดนครราชสีมา

Corresponding author: ธิดา อารงวงศ์สวัสดิ์ Email: tidatham028@gmail.com

The relationship between dental health care behaviors of guardians and dental caries of preschool children in Pak Thong Chai District

Tida Thamrongvongsawas*

Article History

Received: January 30, 2020

Revised: May 5, 2020

Accepted: May 12, 2020

Abstract

The objectives of this descriptive research were to study the relationships between guardian's characteristic and the guardian's dental health care behaviors for preschool children and between guardian's dental health care behaviors for preschool children and dental caries among preschool children in Pak Thongchai district, Nakhon Ratchasima province. The samples were 337 preschool children and 337 preschool children's guardians. The data were collected during May – October 2018. Instruments used in this study included oral health examination forms and questionnaires on guardian's dental health care behaviors for preschool children and demographic information. The descriptive data were analyzed using frequencies, percentages, means and standard deviations. The relationships among variables were analyzed using chi-square tests, Fisher's exact tests, and Spearman's correlations.

The results showed that the preschool children had the prevalence rate of dental caries of 74.8 percent while dmft was at 5.5. The majority of the guardian's dental health care behaviors were at a moderate level (62.3%), followed by a good level (33.8%). The guardian's characteristics that were significantly associated with the dental health care behaviors of guardian included age ($p=0.005$), educational level ($p=0.019$), and relations with the preschool children ($p=0.0399$). There was a significant association between

* Dentist, Senior Professional Level, Pak Thong Chai Hospital, Nakhon Ratchasima Province
Corresponding author: Tida Thamrongvongsawas Email: tidatham028@gmail.com

preschool children's dental caries and their guardian's dental health care behaviors ($p=0.015$). When looking at different dental health care behaviors, it was found that the guardians' attention on their children's tooth brushing and appropriate food consumption behaviors had significant negative associations with dental caries ($p<0.01$). The guardian's behaviors in checking their children for dental caries was found not associated with the dental caries.

Keywords : Dental health care behavior; Dental caries; Preschool children

บทนำ

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 (พ.ศ. 2560) พบว่าเด็กอายุ 3 ปีมีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 52.9 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 2.8 ซี่/คน และในเด็กอายุ 5 ปีมีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 75.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 4.5 ซี่/คน ⁽¹⁾ และจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับเขตสุขภาพที่ 9 ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2560) พบว่าจังหวัดนครราชสีมามีความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 59.8 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 2.8 ซี่/คน ในเด็กอายุ 5 ปี มีอัตราการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 77.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 4.5 ซี่/คน ⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าเด็กเล็กมีฟันผุเป็นจำนวนมาก ปัญหาฟันน้ำนมผุส่งผลต่อพัฒนาการด้านการเจริญเติบโตของเด็กได้ ฟันน้ำนมผุทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ทำให้น้ำหนักตัวลดลงบางคนถึงขั้นขาดสารอาหาร ⁽³⁾ และยังทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์เพราะเด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากอาจต้องได้รับการรักษาด้วยการถอนฟันทำให้เด็กอายุที่จะยิ้มและทำให้ออกเสียงได้ไม่ชัดเจน และมีผลให้ฟันขึ้นได้ช้ากว่าปกติหรือเกิดปัญหาฟันซ้อนเกได้ ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ฟันผุที่มีอาการรุนแรงจะส่งผลให้เกิดโรคหัวใจรูมาติก(Rheumatic heart disease) ⁽⁵⁾ และเพิ่มความรุนแรงของโรคหัวใจได้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองมีความสำคัญต่อเด็กเนื่องจากเด็กในกลุ่มนี้ยังดูแลตัวเองไม่ได้ต้องได้รับการดูแลจากผู้ปกครอง กล้ามเนื้อบางมัดของเด็กยังไม่แข็งแรงการแปรงฟันจึงต้องได้รับการดูแลจากผู้ปกครอง อาหารและนมที่ได้รับก็ต้องขึ้นกับผู้ปกครอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ได้หมายถึงการแปรงฟันเพียงอย่างเดียวยังรวมถึงการดูแลเรื่องการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ การตรวจฟันและการไปพบทันตบุคลากรด้วย

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าโรคฟันผุในเด็กเป็นเรื่องสำคัญและการป้องกันไม่ให้เกิดโรคฟันผุนั้นเป็นสิ่งจำเป็นเพราะถ้าเด็กที่มีสุขภาพช่องปากที่ดีจะเกิดผลดีกับทั้งตัวเด็กเอง ผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขอีกด้วย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง และ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองกับสภาวะฟันผุของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอบักรังชัย จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรในการศึกษาคือผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและนักเรียนอนุบาลในโรงเรียนประถมศึกษาที่ตั้งอยู่ในอำเภอปักธงชัย ปีการศึกษา 2560 จำนวน 3,787 คน กำหนดขนาดตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณดังนี้ (6-7)

$$n = N (Z^2 \alpha/2 P_A Q_A) / (Z^2 \alpha/2 P_A Q_A + Ne^2)$$

PA = สัดส่วนของเหตุการณ์ A คือความชุกของการเกิดโรคฟันผุในจ.นครราชสีมา = 0.45

QA = 1- PA

N = จำนวนประชากร = 3,787 คน

Z = 1.96 (ระดับความเชื่อมั่น 95%)

e = ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าในตัวอย่าง = 0.05

จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณตามสูตร เท่ากับ 346 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 แบบบันทึกผลตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3- 5 ปีที่ดัดแปลงมาจากแบบตรวจของการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติของสำนักทันตสาธารณสุข ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560⁽¹⁾ และปรับมาใช้รหัสฟันถาวร (ตัวเลข) ในการตรวจฟันน้ำนม (ตัวอักษรภาษาอังกฤษ) เพื่อความสะดวกในจดบันทึกและการสื่อสารของผู้จดบันทึกและผู้ตรวจ ซึ่งผู้วิจัยจะทำการตรวจสภาวะการเกิดโรคฟันผุของเด็กโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ตรวจเพียงคนเดียวจึงมีการปรับมาตรฐานในผู้ตรวจคนเดียว (Intra-examiner calibration) โดยเปรียบเทียบผลตรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 20 คนที่เป็นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ตรวจจำนวน 2 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แคปปาได้เท่ากับ 0.92 กำหนดรหัสบันทึกผลการตรวจฟันดังนี้

t55	t54	t53	t52	t51	t61	t62	t63	t64	t65
t85	t84	t83	t82	t81	t71	t72	t73	t74	t75

โดยจำแนกผลการตรวจเพื่อกรอกข้อมูลฟันแต่ละซี่ ดังนี้

0 = ปกติ

1 = ฟันผุ

2 = ฟันอุดแล้วมีผุอีก

3 = ฟันอุดแล้วไม่มีผุอีก

4 = ฟันถอนเนื่องจากผุ

5 = ฟันถอนเนื่องจากสาเหตุอื่น

6 = มีเคลือบหลุมร่องฟัน

7 = crown (SSC)

8 = ฟันยังไม่ขึ้น

9 = ไม่บันทึก

T = ฟันกระแทก

คำอธิบายสัญลักษณ์ดังนี้

t หมายถึงซี่ฟันน้ำนม (tooth)

ตัวเลขหลักสิบ ได้แก่	5 หมายถึง	ฟันบนด้านขวา
	6 หมายถึง	ฟันบนด้านซ้าย
	7 หมายถึง	ฟันล่างด้านซ้าย
	8 หมายถึง	ฟันล่างด้านขวา
ตัวเลขหลักหน่วย ได้แก่	1 หมายถึง	ฟันตัดซี่กลาง
	2 หมายถึง	ฟันตัดซี่ข้าง
	3 หมายถึง	ฟันเขี้ยว
	4 หมายถึง	ฟันกรามซี่ที่หนึ่ง
	5 หมายถึง	ฟันกรามซี่ที่สอง

2.2 แบบสอบถามผู้ปกครอง เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน ทุกข้อมีค่า ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม (Index of Item Objective Congruence : IOC) มากกว่า 0.67 และนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียนที่ตำบลอื่นที่ไม่ใช่

กลุ่มตัวอย่างที่ได้เลือกไว้จำนวน 30 คนนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นภายในของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient- α) เท่ากับ 0.806 แบบสอบถามจำนวน 50 ข้อแบ่งออกเป็น 5 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง (6 ข้อ) ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก (7 ข้อ) ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน (12 ข้อ) ส่วนที่ 4 ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน (10 ข้อ) และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง (15 ข้อ)

โดยให้คะแนนพฤติกรรมเชิงบวกและพฤติกรรมเชิงลบตามความถี่ของพฤติกรรมดังนี้

1. พฤติกรรมเชิงบวก เช่น ท่านให้เด็กดื่มนมรสจืดกี่วันต่อสัปดาห์

0 = ไม่เคย	1 = 1-2 วัน	2 = 3-4 วัน
3 = 5-6 วัน	4 = ทุกวัน	

2. พฤติกรรมเชิงลบ เช่น ท่านให้เด็กดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานบ่อยแค่ไหนในหนึ่งสัปดาห์

4 = ไม่เคย	3 = 1-2 วัน	2 = 3-4 วัน
1 = 5-6 วัน	0 = ทุกวัน	

เมื่อนำคะแนนรายคนของผู้ปกครองมาจัดช่วงคะแนนตามแนวคิดของเบสท์⁽⁸⁾ โดยนำคะแนนเฉลี่ยสูงสุดที่จะเป็นไปได้ของพฤติกรรมแต่ละบุคคลคือ 15 ข้อ คูณด้วยคะแนนเต็มข้อละ 4 จะได้เท่ากับ 60 คะแนน ลบด้วย คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 0 คะแนน หารด้วยระดับที่ต้องการวัด 3 ระดับ $= (60-0) \div 3 = 20$ จำแนกเป็นช่วงคะแนนได้ดังนี้

0-20 พฤติกรรมไม่ดี

21-40 พฤติกรรมดีปานกลาง

41-60 พฤติกรรมดี

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในระหว่าง วันที่ 7 พฤษภาคม 2561 ถึงวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2561

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 นำข้อมูลร้อยละของเด็กที่มีฟันผุจากรายงานผลการตรวจสุขภาพช่องปากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ตั้งอยู่ในอำเภอปักธงชัย 19 แห่งมาเรียงลำดับแล้วเลือก 3 อันดับแรกที่มีร้อยละสูงสุดและ 3 อันดับที่มีร้อยละต่ำสุด ขั้นที่ 2 แบ่งสถานศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง ในขั้นที่ 1 ออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และกลุ่มโรงเรียนที่มีชั้นอนุบาล แล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 1 แห่ง และโรงเรียนที่มีชั้นอนุบาลจำนวน 1 แห่ง ขั้นที่ 3 สุ่มอย่างง่ายจากบัญชีชั้นเรียนของเด็กในแต่ละโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 เมื่อได้ห้องเรียนในแต่ละชั้นเรียนแล้วจึงประสานกับสถานศึกษากำหนดนัดหมายวันประชุมชี้แจงผู้ปกครอง และวันตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก

การเก็บข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงผู้ปกครองของเด็กที่มาตรวจสุขภาพช่องปากโดยแจกเอกสารชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขอให้ผู้ปกครองอ่านเอกสารและซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจ

ขั้นที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยอธิบายถึงความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามและให้ผู้ปกครองเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเซ็นยินยอมให้ตรวจสุขภาพช่องปากเด็กหลังจากนั้นแจกแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้ผู้ปกครองเขียนตอบ ในกรณีที่ผู้ปกครองไม่สะดวกในการเขียนตอบจะเป็นการสอบถามแล้วบันทึกข้อมูลตามคำตอบของผู้ปกครอง

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3- 5 ปีแล้วบันทึกสภาวะการเกิดโรคฟันผุของเด็กโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ตรวจเพียงคนเดียวโดยตรวจเฉพาะเด็กที่ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากแบบสอบถามมาจับคู่กับแบบบันทึกผลตรวจสุขภาพช่องปากเด็กพบว่า มีบางข้อมูลที่ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ได้เพราะผู้ปกครองตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนและบางแบบสอบถามไม่มีแบบตรวจฟัน เมื่อติดตามเก็บเพิ่มเติมแล้วจึงมีข้อมูลที่ครบถ้วนจำนวน 337 ชุดคิดเป็นร้อยละ 97.4 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเพื่อรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานโครงการวิจัยเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา หมายเลข KHE 2017-032 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยได้จัดกระทำกับข้อมูลตามนิยามปฏิบัติการ และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. นิยามปฏิบัติการ

1.1 เด็กอายุ 3-5 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 36 เดือนเป็นต้นไปจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและนักเรียนอนุบาลในโรงเรียนประถมศึกษาที่ตั้งอยู่ในอำเภอปักธงชัย

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง หมายถึง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และความสัมพันธ์กับเด็กของบุคคลที่ใช้เวลามากที่สุดในการดูแลเด็กและเป็นผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจในการดูแลเด็ก

1.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก หมายถึง คะแนนรวมจากการตอบแบบสอบถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ เกี่ยวกับการดูแลทำความสะอาดช่องปากเด็ก การดูแลการบริโภคอาหารของเด็ก การตรวจฟันเด็ก และการพาเด็กไปพบทันตบุคลากร จำนวน 15 ข้อ

1.4 สภาวะโรคฟันผุ หมายถึง ค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด (dmft) ซึ่งคำนวณจากผลรวมจำนวนซี่ฟันที่มีประสบการณ์ผุของเด็กตามที่กำหนดไว้ในแบบตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี คือหมายเลข 1+2+3+4+7 เมื่อ 1=ฟันผุ 2=ฟันอุดแล้วมีผุอีก 3=ฟันอุดแล้วไม่มีผุอีก 4=ฟันถอนเนื่องจากผุ 7=crown (SSC) นำผลรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนเด็กทั้งหมด มีหน่วยเป็นซี่ต่อคน

1.5 สภาวะฟันผุของเด็กคือค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด (dmft) ของเด็กแต่ละคน การศึกษานี้ในกรณีที่ตรวจได้ 3=ฟันอุดแล้วไม่มีผุอีกก็จะถือว่าเป็นฟันผุ การศึกษารังนี้พบว่ามีเด็ก ปราศจากฟันผุ (caries free) และเด็กที่มีฟันผุ ถอน อุด ตั้งแต่ 1-20 ซี่ เมื่อนำมาแบ่งเป็นความรุนแรง 4 ระดับ โดยใช้ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุดหารด้วย จำนวนระดับความรุนแรงของสภาวะฟันผุในเด็กจึงเท่ากับ $(20-1) \div 3 = 6.33$ จำแนกสภาวะฟันผุได้เป็น

- 0 = ไม่มีฟันผุ/ปราศจากฟันผุ (caries free)
1-7 = ฟันผุน้อย
8-14 = ฟันผุปานกลาง
15-20 = ฟันผุมาก

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กเป็นการคำนวณค่าร้อยละ ในการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ จะใช้ Pearson's Chi-square ถ้ามี cell ที่มีจำนวนน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวน cell ทั้งหมดจะวิเคราะห์ด้วย Exact Test สำหรับความสัมพันธ์รายพหุติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองกับสถานะฟันผุของเด็กวิเคราะห์ด้วย Spearman's correlation

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ปกครองของเด็กจำนวน 337 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.6) อายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 35.3) ไม่ได้เรียนและศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 28.8) รับจ้างเป็นอาชีพหลัก (ร้อยละ 42.7) มีรายได้ 5,001-10,000 (ร้อยละ 30.9) และเป็นบิดา-มารดาของเด็ก (ร้อยละ 68.5) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง	n	%
เพศ		
ชาย	72	21.4
หญิง	265	78.6
อายุ		
น้อยกว่า 30	83	24.6
30-39	119	35.3
40-49	57	16.9
50-59	40	11.9
60 ปีขึ้นไป	38	11.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	97	28.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	79	23.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง	n	%
มัธยมศึกษาตอนปลาย	87	25.8
อนุปริญญา/ปวส	27	8.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	47	13.9
อาชีพ		
เกษตรกร	36	10.7
รับจ้าง	144	42.7
ค้าขาย	49	14.5
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	49	14.5
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/ลูกจ้าง	42	12.5
อื่น ๆ	17	5.0
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,001	47	13.9
1,001-5,000	90	26.7
5,001-10,000	104	30.9
มากกว่า 10,000	96	28.5
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา/มารดา	231	68.6
ตา-ยาย-ปู่-ย่า	89	26.4
อื่น ๆ	17	5.0

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนที่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครองเป็นเด็กหญิงร้อยละ 50.4 ส่วนใหญ่ มีอายุ 48-59 เดือน (ร้อยละ 40.4) เป็นบุตรคนที่ 1 (ร้อยละ 54.3) มีพี่น้องรวมทั้งตัวเด็กด้วย 2 คน และ 1 คน ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 43.9 และ 41.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก

ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก	n	%
เพศ		
ชาย	167	49.6
หญิง	170	50.4

ตารางที่ 2 (ต่อ) ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก

ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก	n	%
อายุ (เดือน)		
36-47	86	25.5
48-59	136	40.4
60-71	115	34.1
เป็นบุตรคนที่		
1	183	54.3
2	115	34.1
ตั้งแต่ คนที่ 3 ขึ้นไป	39	11.6
จำนวนพี่น้อง (รวมทั้งตัวเด็กด้วย)		
1	141	41.8
2	148	43.9
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	47	13.9
Mean=1.7, S.D.= 0.7		

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง

เมื่อจัดช่วงคะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (8) โดยนำคะแนนเฉลี่ยสูงสุดที่จะเป็นไปได้ของพฤติกรรมแต่ละบุคคลคือ 15 คูณ 4 เท่ากับ 60 คะแนน ลบด้วย คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 0 คะแนน หาค่าด้วยระดับที่ต้องการวัด 3 ระดับ = $(60-0) \div 3=20$ จำแนกเป็น 0-20 = พฤติกรรมไม่ดี 21-40 = พฤติกรรมดีปานกลาง และ 41-60= พฤติกรรมดี

ผลการแจกแจงความถี่และคำนวณร้อยละพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่คือร้อยละ 62.3 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอีกร้อยละ 33.8 และ 3.9 อยู่ในระดับดีและปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครอง

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี	13	3.9
ปานกลาง	210	62.3
ดี	114	33.8
รวม	337	100.0

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง
พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ได้แก่ อายุ การศึกษา และความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

ปัจจัยส่วนบุคคล	n=337	ร้อยละของผู้ปกครองที่มีพฤติกรรม			สถิติที่ทดสอบ
		ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
เพศ					
ชาย	72	5.5	66.7	27.8	Pearson Chi-Square $\chi^2=1.953$ $p=0.377$
หญิง	265	3.4	61.1	35.5	
อายุ (ปี)					
น้อยกว่า 30 ปี	83	9.6	68.7	21.7	Fisher's Exact Test Value=20.387 $p=0.005$
30-39	119	2.5	62.2	35.3	
40-49	57	1.8	45.6	52.6	
50-59	40	2.5	65.0	32.5	
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	38	0.0	71.1	28.9	
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนและ	97	3.1	63.9	33.0	Fisher's Exact Test Value=17.207 $p=0.019$
มัธยมศึกษาตอนต้น	79	11.4	60.8	27.8	
มัธยมศึกษาตอน	87	1.1	69.0	29.9	
อนุปริญญาหรือ	27	0.0	55.6	44.4	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้น	47	0.0	53.2	46.8	
อาชีพ					
เกษตรกร	36	0.0	69.4	30.6	Fisher's Exact Test Value=8.459 $p=0.544$
รับจ้าง	144	5.5	64.6	29.9	
ค้าขาย	49	6.1	61.2	32.7	
พ่อบ้าน , แม่บ้าน	49	4.1	59.2	36.7	
ข้าราชการ /	42	0.0	52.4	47.6	
อื่น ๆ	17	0.0	64.7	35.3	

ตารางที่ 4 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

ปัจจัยส่วนบุคคล	n=337	ร้อยละของผู้ปกครองที่มีพฤติกรรม			สถิติที่ทดสอบ
		ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
น้อยกว่า 1,001	47	2.1	66.0	31.9	Fisher's Exact
1,001-5,000	90	5.6	54.4	40.0	Value=8.109
5,001-10,000	104	5.8	67.3	26.9	p=0.207
มากกว่า 10,000	96	1.0	62.5	36.5	
ความสัมพันธ์กับเด็ก					
บิดา/มารดา	231	4.8	61.0	34.2	Fisher's Exact
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	89	1.1	70.8	28.1	Value=9.599
อื่น ๆ	17	5.9	35.3	58.8	p=0.039

จากตารางที่ 4 จะเห็นว่าผู้ปกครองที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีระดับพฤติกรรมที่ไม่ดีมากกว่าทุกกลุ่มอายุ (ร้อยละ 9.6) และมีระดับพฤติกรรมที่ดำน้อยกว่าทุกกลุ่มอายุ (ร้อยละ 21.7) ตรงกันข้ามกับผู้ปกครองที่มีอายุ 40-49 ปี ที่มีระดับพฤติกรรมที่ไม่ดำน้อยกว่าทุกกลุ่มอายุ (ร้อยละ 1.8) และมีระดับพฤติกรรมที่ดีมากกว่าทุกกลุ่ม (ร้อยละ 52.6)

สำหรับตัวแปรการศึกษาจะเห็นว่าผู้ปกครองที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่าและตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีระดับพฤติกรรมที่ไม่ดีเท่ากับ 0 โดยผู้ปกครองที่มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีระดับพฤติกรรมที่ดีมากกว่าทุกกลุ่ม (ร้อยละ 46.8)

ส่วนตัวแปรความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก พบว่า ปู่/ย่า/ตา/ยาย มีระดับพฤติกรรมที่ไม่ดีและดีน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.1 และร้อยละ 28.1) และกลุ่มอื่น ๆ มีระดับพฤติกรรมที่ไม่ดีและดีมากที่สุด (ร้อยละ 5.9 และร้อยละ 58.8)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองกับสถานะฟันผุของเด็ก

4.1 สถานะทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน

สถานะทันตสุขภาพของเด็กหมายถึงสถานะฟันผุของเด็กอายุ 3-5 ปี สถานะฟันผุของเด็กหมายถึงฟันน้ำนมที่ผุ (d) + ฟันที่ถอนเนื่องจากฟันผุ (m) + ฟันที่ได้รับการอุดไปแล้ว (f)

ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กทั้งหมด 337 คนพบว่าไม่มีเด็กปราศจากฟันผุ (caries free) ร้อยละ 25.2 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 5.5 ซึ่งต่อคน เด็กที่มีอายุ 60-71 เดือนมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด มากที่สุดคือ 6.8 ซึ่งต่อคน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สภาวะทันตสุขภาพเด็ก

อายุ (เดือน)	จำนวนเด็ก	ผลรวมฟันผุถอนอุด (ซี่)	ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด (ซี่/คน)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
36-47	86	361	4.2	4.5
48-59	136	699	5.1	5.1
60-71	115	782	6.8	5.1
รวม	337	1842	5.5	5.1

4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองกับสภาวะฟันผุของเด็กพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.015$) เด็กที่ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ในระดับดี จะมีร้อยละของเด็กที่ปราศจากฟันผุสูงกว่าเด็กที่ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ในระดับปานกลางและระดับไม่ดี (ร้อยละ 33.4, ร้อยละ 21.4 และร้อยละ 15.4) และสอดคล้องกับการพิจารณาจากร้อยละของเด็กที่มีฟันผุระดับมากที่สุดและลดลงตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง (ร้อยละ 7.7, ร้อยละ 3.8 และร้อยละ 2.6) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองกับสภาวะฟันผุของเด็ก

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปาก	จำนวน ผู้ปกครอง	ร้อยละของเด็กที่มีฟันผุ				สถิติที่ทดสอบ
		ปราศจาก ฟันผุ	น้อย 1-7 ซี่	ปาน กลาง 8-15 ซี่	มาก 16-20 ซี่	
ไม่ดี	13	15.4	30.8	46.1	7.7	Fisher's Exact Test Value=14.732 $p=0.015$
ปานกลาง	210	21.4	40.5	34.3	3.8	
ดี	114	33.4	45.6	18.4	2.6	
รวม	337	25.2	41.8	29.4	3.6	

เมื่อนำคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองเป็นรายข้อและรายด้านมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุของเด็กโดยใช้ Spearman's correlation พบว่าสภาวะฟันผุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้านการแปรงฟันและด้านการบริโภคอาหารอย่างมีทางสถิติ ($p<0.01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมด้านการตรวจฟันผุกับสภาวะฟันผุ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman's correlation ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองรายด้านและรายข้อกับสถานะฟันผุของเด็ก

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองรายด้านและรายข้อ	spearman correlation	Significant (2-tailed)
ด้านการแปรงฟัน	-0.258**	0.000
เด็กมีการแปรงฟันก่อนนอน	-0.238**	0.000
ท่านให้เด็กทำความสะอาดฟันหลังรับประทานอาหาร	-0.178**	0.001
ผู้ปกครองแปรงฟันซ้ำให้เด็กหลังจากเด็กแปรงเอง	-0.147**	0.007
เด็กแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	-0.200**	0.000
หลังแปรงฟันแล้วแปรงลิ้นให้เด็กด้วย	-0.151**	0.006
เด็กแปรงฟันช่วงเวลาใดบ้าง	-0.110*	0.044
เด็กทำความสะอาดช่องปากโดยวิธีใด	-0.076	0.165
ด้านการบริโภคอาหาร	-0.160**	0.003
ท่านอนุญาตให้เด็กรับประทานน้ำอัดลม หรือน้ำหวานบ่อยแค่ไหน	-0.105	0.053
ท่านให้เด็กรับประทานขนมถุง ขนมกรุบกรอบ บ่อยแค่ไหน	-0.037	0.495
ท่านให้เด็กกินผลไม้บ่อยแค่ไหน	-0.046	0.403
ท่านอนุญาตให้เด็กรับประทานลูกอม อมบ่อยแค่ไหน	-0.112*	0.040
หลังรับประทานอาหารหรือลูกอมท่านให้เด็กบ้วนน้ำหรือแปรงฟัน	-0.153**	0.005
ท่านให้เด็กดื่มนมหวาน, ไมโล, โอวัลติน หรือ นมเปรี้ยว บ่อยแค่ไหน	-0.083	0.127
ท่านให้เด็กดื่มนมจืด	-0.133*	0.015
ด้านการตรวจฟัน	-0.101	0.065
ท่านตรวจฟันให้เด็กว่ามีฟันผุหรือไม่	-0.101	0.065

* p< 0.05

** p< 0.01

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่อายุ ($p=0.005$), การศึกษา ($p=0.019$) และความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็ก ($p=0.050$) ผู้ปกครองที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในระดับที่ดีมากกว่าโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุ 40-49 ปี ผู้ปกครองที่เป็นบิดา/มารดามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในระดับคะแนนที่ดีกว่าผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์ในแบบอื่นทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะบิดา/มารดาเป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ให้ความสนใจในสุขภาพช่องปากเด็กมากกว่าผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์ในรูปแบบอื่น ผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ดีกว่าพ่อแม่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสกาวิต วังคันทิพย์⁽⁹⁾ ที่พบว่าในการปฏิบัติเกี่ยวกับการเกิดโรคฟันผุของผู้ปกครองที่มีอาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะรายจ่ายต่อเดือนและระดับการศึกษาต่างกัน การปฏิบัติต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองกับสภาวะฟันผุของเด็กมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.015$ โดยผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยรวมทุกด้านในระดับที่ดี เด็กจะมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยรวมทุกด้านในระดับปานกลางและไม่ดี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองเป็นรายด้านนำมาหาความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุของเด็กโดยใช้ Spearman's correlation พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองด้านการทำความสะอาดฟันและด้านการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในด้าน การตรวจฟันผุของผู้ปกครองกับสภาวะฟันผุของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของเกตุวดี เชื้อจันทร์ (10) ที่พบว่าสภาวะฟันผุนั้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากเด็กของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กันทางลบอยู่ในระดับต่ำ ($r=-0.26$, $p<0.01$) และสอดคล้องกับเจียรโน ตั้งติยะและคณะ (11) ที่พบว่าการแปรงฟันให้เด็กสัมพันธ์กับฟันไม่ผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.033$) ขัดแย้งกับการศึกษาของ วลัยณี ปิ่นแก้ว (12) ที่พบว่าการตรวจฟันโดยผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของสภาวะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

สภาวะผุของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอปรางค์กู่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.5 ซึ่งต่อคนและมีเด็กฟันผุถึงร้อยละ 74.8 ถือว่าเป็นจำนวนที่เยอะมากดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้เด็กในวัยนี้มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นโดยเน้นถึงการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองที่จะต้องเป็นคนสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้เหมาะสมเช่น แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ผู้ปกครองต้องแปรงฟันช่วยให้เด็กหลังจากที่เด็กแปรงเอง ให้เด็กดื่มนมรสจืด ให้เด็กกินลูกอมขนมน้อยลงกินผลไม้และผักให้มากขึ้น และพฤติกรรมอื่นๆที่จะทำให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป ควรมีการศึกษาต่อไปถึงการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กโดยทันตบุคลากร จะมีผลต่อสุขภาพช่องปากเด็กมากน้อยอย่างไร และทำอย่างไรสภาวะการเกิดโรคฟันผุในอำเภอปรางค์กู่จะดีขึ้นและน้อยกว่าค่าระดับประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการให้ความรู้กับผู้ปกครองในกลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่าอนุปริญญาหรือเทียบเท่าเพื่อให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนเรียนหันมาดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้มีฟันผุน้อยลง
2. มีการศึกษาถึงชุดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนเรียนในรูปแบบใดให้ผลดีต่อสุขภาพช่องปากเด็ก ทำให้เด็กมีสภาวะฟันผุลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560
2. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. สรุปผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับเขตสุขภาพที่ 9 ครั้งที่ 7 ปี 2560
3. ธนันท์ เพ็ชรวิจิตร, ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล. ทันตกรรมป้องกันในเด็กและวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ. เบสท์ บุ๊คส์ ออนไลน์; 2554.
4. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม. บทความโรคฟันผุในฟันน้ำนม. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2006;1(11):9-14
5. นฤมล ทวีเศรษฐ์. ฟันผุเสี่ยงต่อโรคหัวใจ. [วันที่สืบค้น 26 เมษายน 2563]; Available from: URL: https://med.mahidol.ac.th/th/knowledge_awareness_health/07162015-1053-th
6. เพ็ญแข ลาภยิ. การวิจัยประเมินผลด้านสุขภาพช่องปาก. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข;2561
7. Dobson AJ. Calculating sample size. Trans Menzies Found. 1984;7:75-9.
8. Best, J.W. Research in education. 3rd . New Jersey: Prentice Hall; 1977
9. สกาวรัตน์ วงศ์จันทิพย์. ความรู้และการปฏิบัติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการเกิดโรคฟันผุของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 2558;8(17): 103-105.
10. เกตุวดี เชื้อจันทร์, อธิยา สินไชย, อรรณณ นามมนตรี, อโนชา สิลาลัย หฤทัย สุขเจริญโกศล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองและสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา2559;22(1):5-17.
11. เจียรโน ตั้งติยะพันธ์, นิตยา เพ็ญศิริณา, ธีระวุธ ธรรมกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมทันตสุขภาพและฟันผุในเด็ก2-3ปี อำเภอมูลนาท จังหวัดพิจิตร. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2018;23(2):28-37.
12. วไลยนิ ปิ่นแก้ว. สภาวะฟันผุและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยผู้ปกครองของเด็กอายุ 2-6 ปี อำเภอแม่เมาะ จ.ลำปาง [วิทยานิพนธ์สม. สาขาทันตสาธารณสุข]. เชียงใหม่:บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี* ขนิษฐา ดีเริ่ม** และ ยุพาพร หอมสมบัติ*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 16 เมษายน 2563

รับบทความที่แก้ไข: 10 พฤษภาคม 2563

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 13 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-Sectional Study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 505 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพแปลจาก Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (286 คน, 56.6%) สถานภาพสมรส (285 คน, 56.4%) อายุระหว่าง 70-79 ปี (175 คน, 34.7%) นับถือศาสนาพุทธ (500 คน, 99.0%) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ (426 คน, 85.0%) ไม่ได้ทำงาน (356 คน, 71.8%) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการรักษาพยาบาล (427 คน, 85.7%) ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุเท่ากับ 31.84 (SD=7.02) จากคะแนนระหว่าง 0-50 แปลผลอยู่ในระดับมีปัญหา เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายมิติ พบว่า ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรียงจากมากไปน้อยคือ มิติการดูแลรักษา ($\bar{X}$ =32.50, SD=7.07) มิติการป้องกันโรค ($\bar{X}$ =32.26, SE=6.96) และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X}$ =30.78, SD=8.49) ตามลำดับ โดยทั้งสามด้านแปลผลอยู่ในระดับมีปัญหา เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสมรรถนะในกระบวนการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้แก่ 1) การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ =32.65, SD=7.54), 2) การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ($\bar{X}$ =31.79, SD=7.86), 3) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ =31.60, SD=7.44), และ 4) การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ =31.58, SD=7.15) ตามลำดับ โดยการแปลผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกขั้นตอนในกระบวนการที่ผู้สูงอายุจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับเป็นปัญหา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
Corresponding author: ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี Email: srisaowalak@knc.ac.th

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการเสริมสร้างความสามารถของผู้สูงอายุในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในทุกมิติ และทุกสมรรถนะที่ผู้สูงอายุต้องจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ทุกหน่วยงานและภาคส่วนควรให้ความสำคัญ เพื่อพัฒนาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของสหภาพยุโรป; ผู้สูงอายุ

Health Literacy in Elderly from Nakhon Ratchasima Province

Srisaowalak Aunprom-me* Khanittha Deeroem

** and Yupaporn Homsombut*

Article History

Received: April 16, 2020

Revised: April 30, 2020

Accepted: May 13, 2020

Abstract

The objective of this descriptive cross-sectional study was to examine the health literacy level among elderly residing in Nakhon Ratchasima province. The samples were 505 elderly aged 60 years and older randomly selected through cluster sampling technique. The instrument used in this study was the Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU) Thai version with Cronbach's Alpha Coefficient of 0.97. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results showed that the majority of the elderly were females (n=286, 56.6%), were married (n=285, 56.4%), aged between 70-79 years old (n=175, 34.7%), practiced Buddhism (n=500, 99.0%), could read and write (n=426, 85.0%), were unemployed (n=356, 71.8%), and were enrolled in universal health care coverage (n=427, 85.7%). Health literacy index (HLI) ranged from 0 to 50 and the average overall HLI among elderly was 31.84 (SD=7.02) which interpreted as problematic. The averages HLI in 3 different areas from highest to lowest were health care area ($\bar{X}$ =32.50, SD=7.07), disease prevention ($\bar{X}$ =32.26, SE=6.96), and health promotion ($\bar{X}$ =30.78, SD=8.49) respectively. Health literacy in all 3 areas were interpreted as problematic. It was found from this study that average HLI in 4 steps in the process that elderly dealt with health information from highest to lowest were 1) understanding health information ($\bar{X}$ =32.65, SD=7.54), 2) applying health information ($\bar{X}$ =31.79, SD=7.86), 3) finding health information ($\bar{X}$ =31.60, SD=7.44), and 4) judging health information ($\bar{X}$ =31.58, SD=7.15) respectively. Health literacy in all 4 steps were also interpreted as problematic.

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

** Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

Corresponding author: Srisaowalak Aunprom-me Email: srisaowalak@knc.ac.th

Results from this study revealed urgent needs in improving elderly's competencies in dealing with health information in all areas and in every step that elderly had to deal with health information. All parties from all levels need to set this issue as priority to improve health among elderly in the future.

Keywords : Health literacy; Health Literacy Survey-European Union; HLS-EU; Elderly

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ปี 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 18 มีการคาดการณ์ว่าอัตราส่วนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดภายในปี 2565 และเพิ่มสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดภายในปี 2581⁽¹⁾ จำนวนประชากรผู้สูงที่เพิ่มมากขึ้นนี้ ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองในการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน การศึกษาพฤติกรรมการศึกษาข้อมูลสุขภาพออนไลน์ในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยหาข้อมูลผ่านระบบมือถือถึงร้อยละ 75.3 ส่วนใหญ่เป็นการหาข้อมูลรูปแบบการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 11.4) การรักษาพยาบาล (ร้อยละ 11.0) และการใช้ยารักษาโรค (ร้อยละ 9.9)⁽²⁾ การศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมา เป็นการการศึกษาที่เน้นความเจ็บป่วยหรือโรคที่เฉพาะเจาะจง⁽³⁻⁵⁾ หรือเน้นที่ความแตกต่างด้านสุขภาพในภาพรวม ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นสมรรถนะของการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในแต่ละมิติที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยสามารถนำผลการศึกษาค้นคว้าไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนายุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุให้สามารถพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองด้านสุขภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

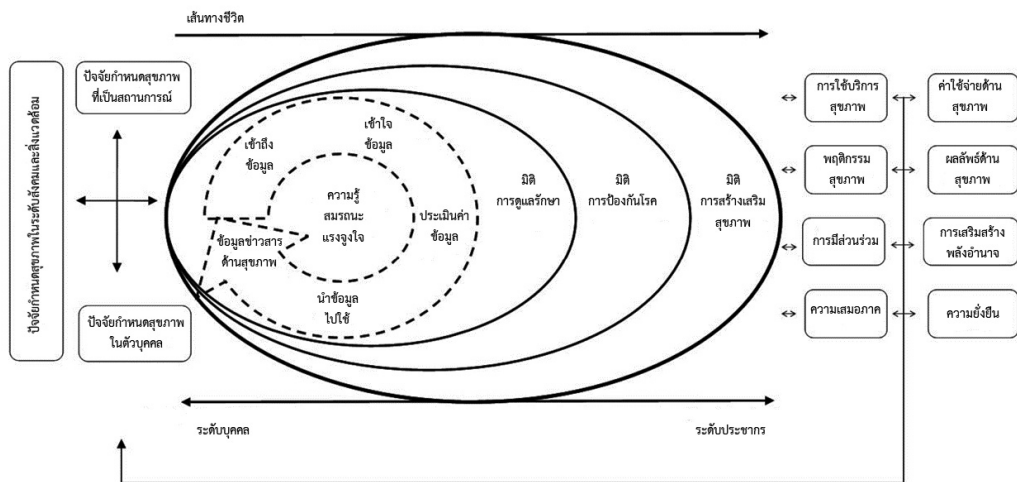
การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen⁽⁶⁾ ที่เสนอว่าสมรรถนะของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health information) ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ได้แก่

- 1) การเข้าถึง (Access) คือ ความสามารถในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
- 2) การเข้าใจ (Understand) คือ ความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึง
- 3) การประเมินค่า (Appraise) คือ ความสามารถในการตีความ ประเมินค่า และตัดสินใจเลือกข้อมูลสุขภาพจากข้อ 1 และ 2
- 4) การนำไปใช้ (Apply) คือ ความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพจากข้อ 1, 2 และ 3 ไปใช้ในการสื่อสาร ดูแลรักษา และปรับปรุงสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

สมรรถนะเหล่านี้จะสร้างความรู้และทักษะที่สำคัญสำหรับบุคคลในการดูแลสุขภาพ 3 มิติ ได้แก่

- 1) มิติการดูแลสุขภาพ (Health care) ในกรณีที่บุคคลมีภาวะเจ็บป่วยและต้องรับการรักษาพยาบาล
- 2) มิติการป้องกันโรค (Disease prevention) ในกรณีที่บุคคลมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

3) มิติการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ในกรณีปกติที่บุคคลต้องการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ทั้งสมรรถนะและมิติการดูแลสุขภาพจะเกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคล (Individual level) และระดับประชากร (Population level) และเกิดขึ้นตลอดช่วงอายุ ตั้งแต่เกิดจนตาย (Life course) ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen (6-7)

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเน้นที่สมรรถนะในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมินค่า และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ใน 3 มิติ ได้แก่ มิติการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุชาวไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและอาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา จากข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2561 จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนประชากรกลางปีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 436,554 คน⁽⁸⁾ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรคำนวณเมื่อทราบจำนวนประชากร⁽⁹⁾ ดังนี้

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

โดยกำหนดให้

- n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
P = สัดส่วนลักษณะที่สนใจในประชากร ในที่นี้กำหนดให้ P เท่ากับ 0.5
e = ระดับความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ในที่นี้กำหนดให้ e เท่ากับ 0.05
Z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% (ความคลาดเคลื่อน 0.01) กำหนดให้ Z = 2.58
N = จำนวนประชากร

ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 383.82 บวกเพิ่มร้อยละ 25 ในกรณีที่แบบสอบถามมีการสูญหาย ไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 480 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) โดยในขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือก อำเภอจำนวน 3 อำเภอจากอำเภอในจังหวัดนครราชสีมาทั้งหมด 32 อำเภอ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกตำบล ใน 3 อำเภอที่สุ่มได้ในขั้นตอนแรกมาจำนวนอำเภอละ 2 ตำบล รวมจำนวนตำบลทั้งสิ้น 6 ตำบล แต่ละ ตำบล ผู้วิจัยวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุจำนวน 80 คน

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ แปลด้วยเทคนิค การแปลไปข้างหน้าพร้อมกับการทดสอบ (Forward-only translation with testing)⁽¹⁰⁾ จาก Health Literacy Survey-European Union ที่พัฒนาโดย Sørensen และคณะ⁽¹¹⁾ แบบสอบถามฉบับนี้มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ มี 10 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามที่ถามสมรรถนะในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ในกระบวนการ ที่ผู้สูงอายุต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง การทำความเข้าใจ การตัดสินใจเลือก และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองใน 3 มิติได้แก่ มิติการดูแลสุขภาพ มิติการป้องกันโรค และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ ข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ เป็นมาตราส่วน ประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1) ยากมาก 2) ค่อนข้างยาก 3) ค่อนข้างง่าย และ 4) ง่ายมาก ได้วิเคราะห้ ความเที่ยง โดยใช้ดัชนีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97 จำนวนข้อคำถามแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกรายด้านและขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง กับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน	การดูแลรักษา	การป้องกันโรค	การสร้างเสริมสุขภาพ	รวม
ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 4 สมรรถนะที่จัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ				
1. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	4	4	5	13
2. การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	4	3	4	11
3. การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	4	5	3	12
4. การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้	4	3	4	11
รวม	16	15	16	47

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม 2562 ผู้วิจัยประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในตำบลที่สุ่มได้ เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้สูงอายุ 6 ตำบล ๆ ละ 80 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลบางพื้นที่ มีผู้สูงอายุมีความประสงค์ให้ข้อมูลจำนวนมากกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 505 คน คิดเป็นร้อยละ 105.21 ประมวลผลข้อมูลที่ได้รวบรวมได้ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้วิจัยนำคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในรายมิติ (มิติการดูแลรักษา มิติการป้องกันโรค และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ) และในแต่ละสมรรถนะที่ผู้สูงอายุต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (การเข้าถึง การทำความเข้าใจ การตัดสินใจเลือก และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง) มาคำนวณค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Index-HLI) โดยใช้สูตร⁽¹²⁾

$$HLI = (mean - 1) * \left(\frac{50}{3}\right)$$

โดยกำหนดให้

HLI = ดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ

mean = ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ

ค่าดัชนีความรู้ด้านสุขภาพที่คำนวณได้จะมีค่าตั้งแต่ 0-50 โดยกำหนดให้ค่าดัชนีแต่ละช่วงมีการแปลผลดังนี้⁽¹²⁾

0-25 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ (Inadequate health literacy)

>25-33 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับเป็นปัญหา (Problematic health literacy)

>33-42 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (Sufficient health literacy)

>42-50 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยม (Excellent health literacy)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัคร และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างจากปฏิเสธและขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้วิจัยรายงานข้อมูลที่ได้ในภาพรวม รวมถึง จัดเก็บเอกสารไว้ในที่ปลอดภัย และทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 505 คน เป็นดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 505 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 286 คน (ร้อยละ 56.6) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส จำนวน 256 คน (ร้อยละ 50.7) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-97 ปี และมีอายุเฉลี่ย 70.26 ปี (SD = 7.52) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี จำนวน 175 คน (ร้อยละ 34.7) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 500 คน (ร้อยละ 99.0) จำนวนปีเฉลี่ยที่เรียนในโรงเรียน (โดยนับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เป็นปีที่ 1) เท่ากับ 4.57 ปี (SD = 2.906) ส่วนใหญ่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ จำนวน 426 คน (ร้อยละ 84.4) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 356 คน (ร้อยละ 70.5) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 427 คน (ร้อยละ 84.6) ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n=505)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	219	43.4
หญิง	286	56.6
สถานภาพสมรส		
โสด	18	3.6
อยู่ด้วยกัน	35	6.9
สมรส	285	56.4
หย่า/แยกกันอยู่	15	3.0
หม้าย	152	30.1
อายุ		
60-64 ปี	142	28.1
65-69 ปี	123	24.4
70-79 ปี	175	34.7
80 ปีขึ้นไป	65	12.9
ศาสนา		
พุทธ	500	99.0
คริสต์	2	0.4
อิสลาม	3	0.6
สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้หรือไม่		
อ่านและเขียนหนังสือได้	426	85.0
อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้	75	15.0
สถานภาพการทำงาน		
ทำงานเต็มเวลา	105	21.2
ทำงานบางเวลา (Part-time)	35	7.1
ไม่ได้ทำงาน	356	71.8
สิทธิการรักษาพยาบาล		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	427	85.7
ประกันสังคม	10	2.0
ต้นสังกัด (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	61	12.2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา มีรายละเอียด ดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา เท่ากับ 31.84 (SD=7.02) แปลผลว่าเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 261 คน (ร้อยละ 51.7) รองลงมาคือระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 136 คน (ร้อยละ 26.9) (ตารางที่ 4)

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายมิติ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านได้ 3 มิติ ดังนี้

ก) มิติการดูแลสุขภาพ (Health care settings)

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการดูแลสุขภาพเท่ากับ 32.50 (SD=7.07) แปลผลว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการดูแลสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 214 คน (ร้อยละ 42.4) รองลงมาคือระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 184 คน (ร้อยละ 36.4) (ตารางที่ 4)

ข) มิติการควบคุมโรค (Disease prevention settings)

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติการควบคุมโรคเท่ากับ 32.26 (SD=6.96) แปลผลว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการควบคุมโรคของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการควบคุมโรคในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 208 คน (ร้อยละ 41.2) รองลงมาคือระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 183 คน (ร้อยละ 36.2) (ตารางที่ 4)

ค) มิติการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion settings)

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 30.78 (SD=8.49) แปลผลว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการสร้างเสริมสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 192 คน (ร้อยละ 38.0) รองลงมาคือระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 171 คน (ร้อยละ 33.9) (ตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบกันทั้ง 3 มิติ พบว่า มิติที่มีค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุดคือ มิติการควบคุมโรค ($\bar{X}$ =32.50, SD=7.07) รองลงมาคือ มิติการป้องกันโรค ($\bar{X}$ =32.26, SD=6.96) และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X}$ =30.78, SD=8.49) ตามลำดับ

3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละสมรรถนะในกระบวนการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กระบวนการที่ผู้สูงอายุต้องจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ก) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Finding health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่ากับ 31.60 (SD=7.44) แปลผลว่าความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 198 คน (ร้อยละ 39.2) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 180 คน (ร้อยละ 35.6) (ตารางที่ 4)

ข) การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Understanding health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่ากับ 32.65 (SD=7.54) แปลผลว่าความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 222 คน (ร้อยละ 44.0) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 163 คน (ร้อยละ 32.3) (ตารางที่ 4)

ค) การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Judging health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่ากับ 31.58 (SD=7.15) แปลผลว่าความสามารถในการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 198 คน (ร้อยละ 39.2) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 181 คน (ร้อยละ 35.8) (ตารางที่ 4)

ง) การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพ (Applying health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพเท่ากับ 31.79 (SD=7.86) แปลผลว่าความสามารถในการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level)

(ตารางที่ 3) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 190 คน (ร้อยละ 37.6) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความสามารถในการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 182 คน (ร้อยละ 36.0) (ตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบกันทั้ง 4 สมรรถนะ พบว่า สมรรถนะที่มีค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุดคือ ขั้นการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ =32.65, SD=7.54) ส่วนอีก 3 ขั้นตอนนั้นมีค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงกัน เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ขั้นการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ ($\bar{X}$ =31.79, SD=7.86) ขั้นการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ =31.60, SD=7.44) และขั้นการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ =31.58, SD=7.15) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม จำแนกตามมิติ และจำแนกตามสมรรถนะ

ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม	31.84	7.02	เป็นปัญหา
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ			
มิติการรักษาพยาบาล	32.50	7.07	เป็นปัญหา
มิติการป้องกันโรค	32.26	6.96	เป็นปัญหา
มิติการสร้างเสริมสุขภาพ	30.78	8.49	เป็นปัญหา
ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละสมรรถนะ			
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	31.60	7.44	เป็นปัญหา
การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	32.65	7.54	เป็นปัญหา
การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	31.58	7.15	เป็นปัญหา
การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้	31.79	7.86	เป็นปัญหา

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม
ในรายมิติ และในรายสมรรถนะ

ระดับของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	%
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม		
ไม่เพียงพอ (0-25)	63	12.5
เป็นปัญหา (>25-33)	261	51.7
เพียงพอ (>33-42)	136	26.9
ดีเยี่ยม (>42-50)	45	8.9
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ		
มิติการรักษาพยาบาล		
ไม่เพียงพอ (0-25)	60	11.9
เป็นปัญหา (>25-33)	214	42.4
เพียงพอ (>33-42)	184	36.4
ดีเยี่ยม (>42-50)	47	9.3
มิติการป้องกันโรค		
ไม่เพียงพอ (0-25)	61	12.1
เป็นปัญหา (>25-33)	208	41.2
เพียงพอ (>33-42)	183	36.2
ดีเยี่ยม (>42-50)	53	10.5
มิติการสร้างเสริมสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	101	20.0
เป็นปัญหา (>25-33)	192	38.0
เพียงพอ (>33-42)	171	33.9
ดีเยี่ยม (>42-50)	41	8.1
ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละสมรรถนะ		
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	85	16.8
เป็นปัญหา (>25-33)	180	35.6
เพียงพอ (>33-42)	198	39.2
ดีเยี่ยม (>42-50)	42	8.3

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ
ในภาพรวมในรายมิติ และในรายสมรรถนะ

ระดับของดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ	n	%
การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	62	12..
เป็นปัญหา (>25-33)	163	32.3
เพียงพอ (>33-42)	222	44.0
ดีเยี่ยม (>42-50)	58	11.5
การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	87	17.2
เป็นปัญหา (>25-33)	198	39.2
เพียงพอ (>33-42)	181	35.8
ดีเยี่ยม (>42-50)	39	7.7
การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้		
ไม่เพียงพอ (0-25)	81	16.0
เป็นปัญหา (>25-33)	190	37.6
เพียงพอ (>33-42)	182	36.0
ดีเยี่ยม (>42-50)	52	10.3

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวม การสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละมิติ (มิติการดูแลสุขภาพ, มิติการป้องกันโรค และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ) และการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละสมรรถนะ (การเข้าถึง, การทำความเข้าใจ, การตัดสินใจเลือก และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง) ของผู้สูงอายุ ทั้งหมดอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา การศึกษาในต่างประเทศด้วยเครื่องมือ Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU) กับกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เป็นปัญหาเช่นเดียวกัน Stonska และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไปมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด (ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ+เป็นปัญหา) ถึงร้อยละ 61.3 เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น (กลุ่มอายุ 51-64 ปี พบร้อยละ 46.0 และกลุ่มอายุ 50 ปีลงมา พบร้อยละ 39.9) นับว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น การศึกษาในประเทศฟินแลนด์ โดย Eronen และคณะ⁽¹⁴⁾ กับผู้สูงอายุจำนวน 292 คน พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 35.05 (SD=6.32) ถึงแม้ว่าจะแปลผลว่ามีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ แต่นับว่า

ค่าเฉลี่ยอยู่ใกล้ระดับที่เป็นปัญหามาก (HLI อยู่ระหว่าง >25-33) การศึกษากับผู้สูงอายุในกลุ่มประชากรเยอรมันตะวันออก⁽¹⁵⁾ พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 36.9 (SD=6.9) นับว่าค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับผลการศึกษาในครั้งนี้ การศึกษาใน 6 ประเทศในทวีปเอเชีย ได้แก่ อินโดนีเซีย คาซัคสถาน มาเลเซีย เมียนมาร์ ไต้หวัน และเวียดนาม พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพของแต่ละประเทศอยู่ระหว่าง 29.6 และ 34.4 โดยประเทศที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพเรียงลำดับจากมากไปน้อยมีดังนี้ 1) ไต้หวัน ($\bar{X}$ =34.4, SD=6.6), 2) มาเลเซีย ($\bar{X}$ =32.9, SD=7.2), 3) คาซัคสถาน ($\bar{X}$ =31.6, SD=9.3), 4) อินโดนีเซีย ($\bar{X}$ =31.4, SD=5.8), 5) เมียนมาร์ ($\bar{X}$ =31.3, SD=8.7), และ 6) เวียดนาม ($\bar{X}$ =29.6, SD=9.1)⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากปัจจัยหลายประการ ตามที่อธิบายในกรอบแนวคิดของ Sørensen^(6,11) ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ นอกจากปัจจัยในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ สมรรถนะ และแรงจูงใจแล้ว ยังมีปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสถานการณ์ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอีกด้วย การศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพควบคู่กับระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความจำเป็น หากต้องการทราบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในอนาคต

การศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับประชากรมีความสำคัญต่อการวางแผนพัฒนาสุขภาพของประชากรทุกระดับ การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ง่าย สั้น กระชับ แต่มีความตรงและความเที่ยงสูง (Valid and reliable) เป็นแนวทางที่หลายประเทศดำเนินการ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของสหภาพยุโรป (Health Literacy Survey-European Union หรือ HLS-EU) แบบเต็มรูปแบบมีข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ เป็นเครื่องมือที่มีความละเอียด แต่อาจไม่เหมาะกับการนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองความรู้ด้านสุขภาพในระดับประชากร ในอนาคต ควรมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่มีจำนวนข้อน้อยลงแต่มีคุณภาพในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมที่มีประสิทธิภาพ เช่น แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพแบบ 16 ข้อคำถาม (HLS-EU-Q16) พบว่ามีการนำไปใช้ในการศึกษาหลายโครงการ เช่น การสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างชาวเยอรมันตะวันออกที่มีอายุระหว่าง 55 ถึง 91 ปีจำนวน 1,107 คน พบว่าเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88⁽¹⁵⁾ การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวฟินแลนด์ที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุ 75 ปี จำนวน 292 คน ด้วยการทดสอบซ้ำในเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพจากการสำรวจครั้งแรกเท่ากับ 35.9 (SD=5.9) และค่าเฉลี่ยจากการสำรวจครั้งที่สองในเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์เท่ากับ 35.4 (SD=5.5) เมื่อทดสอบด้วย Intra-class correlation coefficient พบว่าค่าที่สำรวจได้ทั้งสองครั้งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.782⁽¹⁴⁾ การศึกษากับชาวสวีเดนจำนวน 323 คน ด้วยวิธีทดสอบซ้ำเช่นเดียวกัน พบว่ามีค่าความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงถึง 0.86⁽¹⁷⁾ มีการศึกษาหลายโครงการที่พัฒนาเครื่องมือประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพให้สั้นยิ่งขึ้น โดยพัฒนาแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพแบบ 6 คำถาม (HLS-EU-Q6) ได้แก่ การศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 คนในกรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส⁽¹⁸⁾ การทดสอบคุณภาพเครื่องมือระหว่าง HLS-EU-Q16 และ HLS-EU-Q6 กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 452 คนในเมืองฟลอเรนซ์ ประเทศอิตาลี⁽¹⁹⁾ การศึกษาความรู้

ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยหลายโรคที่มารับบริการในสถานบริการปฐมภูมิจำนวน 888 คน ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ด้วย HLS-EU-Q6⁽²⁰⁾ ซึ่งการศึกษาในทุกโครงการพบว่าเครื่องมือที่พัฒนามีคุณภาพในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมสูงใกล้เคียงกับเครื่องมือฉบับเดิมที่มีข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนากิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในทุกมิติ และทุกสมรรถนะ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีในลำดับต่อไป
2. พัฒนากิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคต
3. พัฒนาระบบการคัดกรองในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ กับประชากรทุกกลุ่มวัย โดยมีกำหนดการคัดกรองความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประจำทุก 2-5 ปี ตามศักยภาพและความพร้อม เพื่อทราบแนวโน้มและนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกกลุ่มต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการพัฒนาด้านการศึกษาและสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
2. Kheokao, J, Ubolwan, K, Tipkanjanaraykha, K, & Plodpluang, U. Online health information seeking behaviors among the Thai elderly social media users. TLA Research Journal 2019;12(1):60-76.
3. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(1):26-30.
4. นิชดา สารถวัลย์แพทย์, สมยศ ศรีจารนัย, เมทนี ระดาบุตร, ปฐยาวัชร ประกฤษผล, วนิตา ขวเจริญพันธ์ และ ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์. การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4. วารสารพยาบาลตำรวจ 2562;11(1):95-106.
5. พิษณุรักษ์ กันทวิ และสิทธิกร พงศ์พานิช. ความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลป่าตึงอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2562;11(1):73-83.
6. Sørensen, K, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration

- of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80; DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.
7. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา; 2562.
 8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2561. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน[ออนไลน์]/มปป. เข้าถึงวันที่ 7 มกราคม 2562, เข้าถึงจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/pop61_v2.xls
 9. จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2555;20(3):192-8.
 10. นันทกา สวัสดิพานิช และ สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในการงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(1):19-28.
 11. Sørensen, K, Van den Broucke, S, Pelikan, JM, Fullam, J, Doyle, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health 2013; 13:948.
 12. Pelikan JM, Röthlin F, & Canahl K Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study [Oral presentation], 6th Annual Health Literacy Research Conference; 2014, Oct. 3-4; Bethesda, MD.
 13. Słomska, Z, Borowiec, AA, & Aranowska, AE. Health literacy and health among the elderly: Status and challenges in the context of the Polish population aging process. Anthropological Review 2015;78(3):297-307.
 14. Eronen, J, Paakkari, L, Protegijs, E, Saajanaho, M, & Rantanen, T. Assessment of health literacy among older Finns. AGING CLIN EXP RES 2019;31:549-56.
 15. Tiller, D, Herzog, B, Kluttig, A, & Haerting, J. Health literacy in an urban elderly East-German population – results from the population-based CARLA study. BMC Public Health 2015;15:883.
 16. Duong, TV, Aringazina, A, Baisunova, G, Nurjanah, Pham, TV, Pham, KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. J Epidemiol 2016;<http://dx.doi.org/10.1016/j.je.2016.09.005>.
 17. Wångdahl, J, Jaensson, M, Dahlberg, K, & Nilsson, U. The Swedish version of the electronic health literacy scale: Prospective psychometric evaluation study including thresholds levels. JMIR Mhealth Uhealth 2020;8(2):e16316; DOI:10.2196/16316.

18. Rouquette, A, Nadot, T, Labitrie, P, Van den Broucke, S, Mancini, J, Rigal, L, et al. Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European health literacy survey questionnaire. PLOS ONE 2018;13(12); e0208091.
19. Lorini, C, Lastrucci, V, Mantwill, S, Vettori, V, Bonaccorsi, G, & the Florence Health Literacy Research Group. Measuring health literacy in Italy: A validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS-EU-Q6 in Italian language, conducted in Florence and its surroundings. Ann Ist Super Sanità 2019;55(1):10-8.
20. N’Goran, AA, Pasquier, J, Deruaz-Luyet, A, Burnand, B, Haller, DM, Neuner-Jehle, S, et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: A cross-sectional study in Switzerland. BMJ Open 2018;8:e018281.

การพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ ในการจัดการพฤติกรรม ทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2563

อัญชลี มีเพียร*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 14 มีนาคม 2563

รับบทความที่แก้ไข: 16 เมษายน 2563

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 14 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และ 2) ศึกษาผลของการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กอายุ 12 ปี จำนวน 468 คน และ อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ จำนวน 94 คน เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์พฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี และการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอสม. มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดเลือก อสม. 2) การพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ 3) การริเริ่มพัฒนา 4) การวางแผนพัฒนา 5) การดำเนินการพัฒนา และ 6) การประเมินผลการพัฒนา อสม.มีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลของการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม. พบว่าเด็กอายุ 12 ปี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยแปรงฟันก่อนนอนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.9 เป็นร้อยละ 73.5 แปรงฟันแต่ละครั้งนานประมาณ 2 นาทีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.1 เป็นร้อยละ 42.3 ดื่มน้ำอัดลม 4-6 วัน/สัปดาห์ลดลงจากร้อยละ 20.9 เป็นร้อยละ 10.7 ดื่มน้ำผลไม้ น้ำหวาน ลดลงจากร้อยละ 16.7 เป็นร้อยละ 8.7 กินลูกอมทุกวันลดลงจากร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 5.6 ใช้เงินซื้อขนมและเครื่องดื่มวันละมากกว่า 21 บาท ลดลงจากร้อยละ 50.6 เป็นร้อยละ 47.9 แต่ยังคงพบกินขนมกรุบกรอบทุกวันเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 24.6 เป็นร้อยละ 25.4 โดยรวมปัญหาทันตสุขภาพลดลงโดยมีปัญหาการปวดฟัน เสียฟัน เหงือกอักเสบ เจ็บบวม มีเลือดออก ฟันผุ ฟันเป็นรู หินน้ำลาย และมีกลิ่นปาก ลดลงจากร้อยละ 37.2 เป็นร้อยละ 15.4 ซึ่งเด็กที่ยังมีปัญหาสุขภาพ

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Corresponding author: อัญชลี มีเพียร Email ameephian@gmail.com

ช่องปากนี้ได้รับผลกระทบและสาเหตุทางช่องปากตามความรู้สึกรับรู้ด้านการกินอาหาร ร้อยละ 66.7 และด้านการทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 33.3

คำสำคัญ : การวิจัยและพัฒนา; กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; พฤติกรรมทันตสุขภาพ; กลุ่มเด็กอายุ 12 ปี

The Participatory Learning Mechanisms for Village Health Volunteers Specialized in Oral Health for Oral Health Behavior Management among 12 years old in Nong Han District, Udon Thani, 2020

Anchalee Meechain*

Article History

Received: March 14, 2020

Revised: April 16, 2020

Accepted: May 14, 2020

Abstract

Objectives of this research and development study were to 1) develop the participatory learning mechanism for village health volunteers (VHV) specialized in oral health for the management of oral health behaviors among 12-year old children in Nong Han District, Udon Thani province, and 2) examine the results of the participatory learning mechanism that was developed. The samples were consisted of 468 children aged 12 years old and 94 village health volunteers. The data were collected through interviews with children about their dental health behaviors and with VHV regarding their involvements in the management of children's oral health behaviors. The quantitative data were analyzed using percentages and means. The qualitative data were analyzed using content analyses. The results showed that the development process through participatory learning mechanisms with VHV had 6 components: 1) selecting VHV, 2) developing VHV in oral health area, 3) initiating the program, 4) planning the program, 5) implementing the program, and 6) evaluating the program. VHV showed their participations in the management of dental health behaviors among 12-year old at a moderate level. The evaluation of the participatory learning mechanism with the VHV showed improvements in oral health behaviors among children. Brushing teeth before bedtime improved from 51.9% to 73.5%. Brushing teeth for at least 2 minutes or more each time increased from 14.1% to 42.3%.

* Dentist, Senior Professional Level, Nong Han Hospital, Udon Thani Province
Corresponding author: Anchalee Meechain Email ameechain@gmail.com

Drinking soft drinks 4-6 days/week decreased from 20.9% to 10.7%. Drinking sweetened fruit juices decreased from 16.7% to 8.7%. Eating candies every day decreased from 7.0 % to 5.6 %. Having spent more than 21 Baht/day for snacks and sweetened beverages decreased from 50.6% to 47.9%. However, it was found that children's eating crispy snacks every day still slightly increased from 24.6% to 25.4%. Children's overall dental health problems, including toothache, tooth hypersensitivity, swollen and bleeding gingivitis, tooth decay, tartar and bad breath reduced from 37.2% to 15.4%. It was reported that children with such problems had decreased appetites (66.7%) and oral cleaning 33.3%.

Keywords: Research and development; Participatory learning; Village health volunteer; Dental health behavior; Children aged 12 years

บทนำ

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพโดยทั่วไปทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการมีสุขภาพช่องปากที่ดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งกลุ่มเด็กอายุ 12 ปีเป็นกลุ่มอายุที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นกลุ่มอายุที่ใช้ในการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพช่องปากในระดับสากล เป็นกลุ่มอายุที่มีฟันถาวรขึ้นครบ 28 ซี่ และเป็นช่วงที่ย่างเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งสำนักทันตสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดในการส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและลดคามมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยร้อยละ 54 ของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ จากผลการสำรวจข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ครั้งที่ 8 ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าความชุกของโรคฟันผุและฟันผุยังไม่ได้รับการสูงที่สุดอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 61.1 และ 36.3 ตามลำดับ และความชุกการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร⁽¹⁾ เนื่องจากอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ไม่ได้เป็นพื้นที่ที่สุ่มตัวอย่างได้ในการสำรวจสภาวะช่องปากระดับประเทศในครั้งที่ 8 ดังกล่าว จึงทำให้ขาดข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญในการวางแผนแก้ไขปัญาสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประเมินพฤติกรรมทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชื่อมโยงถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดการปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 12 ปี ประกอบกับงานทันตสาธารณสุขเป็น 1 ใน 14 กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งงานสาธารณสุขมูลฐานหรืองานสุขภาพภาคประชาชนเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยมีเป้าหมายหลักคือการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ ซึ่งผ่านการฝึกอบรมและจัดกระบวนการเรียนรู้จากบุคลากรสาธารณสุขในรูปแบบ อสม.เชี่ยวชาญ โดยเป็นหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อมุ่งสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ อสม. มีศักยภาพและมีความเชี่ยวชาญในการทำงานเฉพาะด้าน ซึ่งหนึ่งในหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญ คือ หลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ⁽²⁾ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของ กลุ่มเด็กอายุ 12 ปี อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยวางแผนการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบ เริ่มต้นจากการสำรวจพฤติกรรมทันตสุขภาพ การรับรู้และการรับบริการด้านทันตสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพสภาวะช่องปากเพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาสำรวจสู่การแก้ไขปัญหาการพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนาและประยุกต์ใช้กลไก “Deming Cycle หรือ PDCA” (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ)⁽³⁾ และกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของพัฒนาศูนย์พัฒนาทรัพยากรการศึกษา (CARD) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนริเริ่มพัฒนา ขั้นตอนวางแผนพัฒนา ขั้นตอนดำเนินการพัฒนา และขั้นตอนประเมินผลการพัฒนา เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานวิจัย ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาระบบการจัดการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี และเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดการปัญหาพฤติกรรมทันตสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนา “สุขภาพ” และ “คุณภาพชีวิต” ที่ดีของประชาชนอันเป็นเป้าหมายสูงสุดของงานบริการทันตกรรม

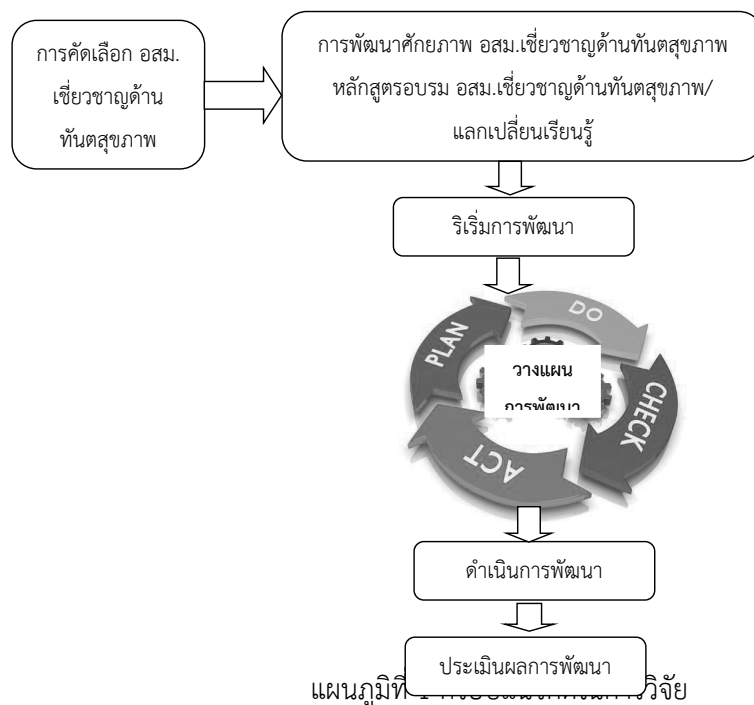
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ ในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

1. ด้านกรอบทฤษฎีเชิงวิจัย การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยกรอบแนวคิด ทฤษฎีที่สำคัญ 2 ประการ คือ
 - 1.1 การวิจัยและพัฒนา
 - 1.2 กลไกการพัฒนาตามวงจร Deming Cycle: PDCA และแนวคิดการมีส่วนร่วมของพัฒนา ศูนย์พัฒนาทรัพยากรการศึกษา (CARD) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนริเริ่มพัฒนา ขั้นตอนวางแผนพัฒนา ขั้นตอนดำเนินการพัฒนา และขั้นตอนประเมินผลการพัฒนา
2. ด้านพื้นที่ กลุ่มเป้าหมายและช่วงระยะเวลาดำเนินงาน
 - 2.1 พื้นที่อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี
 - 2.2 กลุ่มประชากรเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มเด็กอายุ 12 ปี จำนวน 468 คน และกลุ่ม อสม. จำนวน 94 คน
 - 2.3 ด้านระยะเวลาดำเนินงาน ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development-R&D) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะเวลา ระยะที่ 1 คือวิจัย (Research) ระยะที่ 2 คือการพัฒนา (Development) ระยะที่ 3 คือการศึกษาผลของการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1.1 กลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ในเขตอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1,395 คน

2.1.2 กลุ่ม อสม. ในเขตอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 2,322 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

2.2.1 กลุ่มเด็กอายุ 12 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามโซนบริการสาธารณสุขในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โซนละ 1 สถานบริการ รวม 4 สถานบริการ เด็กอายุ 12 ปีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 468 คน

2.2.2 กลุ่ม อสม. กำหนดพื้นที่ตามกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี โดยใช้ฐานข้อมูล อสม. ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง อสม. 1 คนต่อจำนวนเด็กอายุ 12 ปี 5 คน สัดส่วน 1:5 อสม. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 94 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์ 2 ชุด โดยชุดที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เด็กอายุ 12 ปี เพื่อรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี โดยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์โครงการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ การมีส่วนร่วมของ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว

ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม. ในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี

1.1 คัดเลือก อสม. เพื่อเข้ารับการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม. ในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี

2.1 ดำเนินการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ หลักสูตร 3 วัน

ในเดือนพฤษภาคม 2562

2.2 ประเมินพฤติกรรมทันตสุขภาพ การรับรู้และการรับบริการด้านทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ก่อนการขับเคลื่อนการปฏิบัติงานของ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ

2.3 อสม.ที่ผ่านการอบรมร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาและลงมือปฏิบัติงานจริงในชุมชนเพื่อจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลของการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม. ในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี

3.1 ประเมินพฤติกรรมทันตสุขภาพเฉพาะประเด็นที่พบว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนจากการประเมินช่วงแรกและประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเบื้องต้นของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ตามคำนิยามศัพท์เฉพาะและข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย ภายหลังดำเนินการขับเคลื่อนงานในเดือนกุมภาพันธ์ 2563

3.2 จัดเวทีคืนข้อมูลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเบื้องต้นของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ภายหลังการพัฒนากลไกการเรียนรู้ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพโดยกลไก PDCA ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลระดับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 12 ปี ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ข้อมูลพฤติกรรมทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การคัดเลือก อสม. ได้กำหนดคุณสมบัติ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพไว้ 4 ข้อ คือ 1) ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. มาแล้วไม่น้อยกว่า 10 ปี 2) มีความพร้อมในการเข้ารับการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ ตลอดระยะเวลาหลักสูตร 3 วัน 3) อ่านออก เขียนได้ และมีศักยภาพเบื้องต้นในการแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนได้ และ 4) สนใจเข้าร่วมการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพให้ อสม. มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านทันตสุขภาพ มีทักษะและการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมทันตสุขภาพ ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ สามารถสร้างการมีส่วนร่วม ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนในชุมชนและการจัดกิจกรรมขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมทันตสุขภาพของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปีในชุมชน

2. การพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้หลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) โดยเพิ่มเติมเนื้อหาหลักสูตรจาก 2 วัน เป็น 3 วัน เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากทันตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนางานทันตสาธารณสุข

3. การริเริ่มพัฒนา โดยจัดเวทีให้ อสม.ได้การแสดงความคิดเห็นสำหรับการมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาด้านพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปีในชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รวมถึงการกำหนดความต้องการของชุมชนและมีส่วนในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ ซึ่งพบว่า อสม.มีความต้องการร่วมกันในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี โดยใช้เวลาดำบะละ 1 วัน

4. การวางแผนพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยได้นำวงจร Deming cycle : PDCA มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างกลไกการวางแผนพัฒนาการมีส่วนร่วมของ อสม. ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดกลไกการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ซึ่ง อสม. สามารถวางระบบการบริหารจัดการได้ และจัดให้ อสม. ได้มีการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแผนงาน/โครงการ รวมถึงการเสนอแผนงาน/โครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณและแบ่งหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ตลอดจนมีการจัดทำแผนปฏิบัติการในพื้นที่และแผนการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานรวมถึงแผนการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเป็นระยะทุก 1 เดือนในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย และบูรณาการการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงาน รวมถึงสำรวจข้อมูลพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ก่อนดำเนินการขับเคลื่อนกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

5. การดำเนินการพัฒนา เป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติงานจริงตามแผนที่วาง โดย อสม.ขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานการออกปฏิบัติงานจัดการปัญหาพฤติกรรมทันตสุขภาพในโรงเรียน และการออกปฏิบัติงานจัดการปัญหาพฤติกรรมทันตสุขภาพในชุมชน ตลอดจนการเข้าร่วมประชุมและเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในระหว่างขับเคลื่อนการดำเนินการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี พร้อมทั้งรายงานความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง

6. การประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นตอนการศึกษาผลการขับเคลื่อนการพัฒนา กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม.ในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ตั้งแต่เริ่มดำเนินการวิจัยถึงสิ้นสุดระยะเวลาของการวิจัย โดย อสม.สำรวจพฤติกรรมทันตสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมทันตสุขภาพ การรับรู้และการรับบริการด้านทันตสุขภาพและประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย ซึ่งสัมภาษณ์เฉพาะประเด็นความชุกของปัญหาแต่ละกิจกรรม 8 ประเภท และสาเหตุทางช่องปากตามความรู้สึก (perceived cause) เท่านั้น รวมถึง อสม. ได้ดำเนินการวางแผนการจัดการปัญหาพฤติกรรมทันตสุขภาพในวงรอบต่อไปตามกลไกการเรียนรู้ของวงจร Deming cycle: PDCA

การมีส่วนร่วมของ อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประเมินจากการใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน โดยการมีส่วนร่วมทุกครั้ง/ส่วนใหญ่ตอบ 2 การมีส่วนร่วมเป็นบางครั้งตอบ 1 และการไม่มีส่วนร่วมตอบ 0 ผู้วิจัยประเมินระดับการมีส่วนร่วมระดับสูงเมื่อค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.20-2.00 การมีส่วนร่วมระดับปานกลางเมื่อค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.80-1.19 และคะแนนที่ต่ำกว่า 0.80 หมายถึงการมีส่วนร่วมในระดับต่ำ ในภาพรวม อสม.ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพ

ของเด็กอายุ 12 ปี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ 1.08) โดยเมื่อจำแนกการมีส่วนร่วมเป็นรายขั้นตอน พบว่า อสม.มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง 1 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนดำเนินการพัฒนา ($\bar{X}$ 1.34) และมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนริเริ่มพัฒนา ขั้นตอนวางแผนพัฒนา และขั้นตอนประเมินผลการพัฒนา (ค่าเฉลี่ย 0.93, 1.14 และ 0.88) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี ของอสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในภาพรวมและแต่ละขั้นตอน (n=94)

การมีส่วนร่วมในแต่ละ ขั้นตอน	การมีส่วนร่วมของ อสม. จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$	SD	การแปลผล
	ทุกครั้ง/ส่วนใหญ่	บางครั้ง	ไม่มี			
1. ริเริ่มการพัฒนา	37 (39.4)	43 (45.7)	14 (14.9)	0.93	0.51	ปานกลาง
2. วางแผนพัฒนา	37 (39.3)	45 (47.9)	12 (12.8)	1.14	0.66	ปานกลาง
3. ดำเนินการพัฒนา	51 (54.3)	35 (37.2)	8 (8.5)	1.34	0.48	สูง
4. ประเมินผลการพัฒนา	27 (28.7)	41 (43.6)	26 (27.7)	0.88	0.51	ปานกลาง
ภาพรวม	38 (40.4)	41 (43.6)	15 (16.0)	1.08	0.55	ปานกลาง

ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 12 ปี รายขั้นตอนของการพัฒนา พบว่า อสม.กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 12 ปี ขั้นตอนริเริ่มการพัฒนา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.93) โดยกิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุดคือการค้นหาปัญหาพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 12 ปี (ค่าเฉลี่ย 1.03) และกิจกรรมที่มีส่วนร่วมต่ำที่สุดคือการวิเคราะห์ความต้องการของเด็กอายุ 12 ปีในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ และการวิเคราะห์ความต้องการของชุมชนในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 0.87 เท่ากัน) ขั้นตอนวางแผนการพัฒนา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.14) โดยกิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุดคือการเข้าประชุมเพื่อพัฒนาระบบและจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพเด็กอายุ 12 ปี (ค่าเฉลี่ย 1.34) และกิจกรรมที่มีส่วนร่วมต่ำที่สุดคือ การมอบหมายงานและแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพเด็กอายุ 12 ปี (ค่าเฉลี่ย 0.93) ขั้นตอนดำเนินการพัฒนา โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 1.34) โดยกิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุดคือการออกปฏิบัติงานจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 1.79) และกิจกรรมที่มีส่วนร่วม

ต่ำที่สุดคือการบริหารงบประมาณ (ค่าเฉลี่ย 0.94) ขั้นตอนประเมินผลการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.88) โดยกิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุดคือการถอดบทเรียน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมทันตสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 1.10) และกิจกรรมที่มีส่วนร่วมต่ำที่สุดคือการสร้างสรรค์นวัตกรรมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพ เด็กอายุ 12 ปี (ค่าเฉลี่ย 0.59) ส่วนขั้นตอนประเมินผลการพัฒนา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.88) โดยกิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุดคือการถอดบทเรียน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมทันตสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 1.10) และกิจกรรมที่มีส่วนร่วมต่ำที่สุดคือการสร้างสรรค์นวัตกรรมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพ เด็กอายุ 12 ปี (ค่าเฉลี่ย 0.59) ดังตารางที่ 2-5

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี ของอสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในขั้นตอนริเริ่มการพัฒนา (n=94)

การมีส่วนร่วม ในแต่ละกิจกรรม	การมีส่วนร่วมของ อสม. จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$	SD	การแปลผล
	ทุกครั้ง/ส่วน ใหญ่	บางครั้ง	ไม่มี			
1. ค้นหาปัญหา	46 (48.9)	48 (51.1)	0 (0.0)	1.03	0.49	ปานกลาง
2. วิเคราะห์ความต้องการ ของเด็ก	30 (31.9)	38 (40.4)	26 (27.7)	0.87	0.58	ปานกลาง
3. วิเคราะห์ความต้องการ ของชุมชน	30 (31.9)	38 (40.4)	26 (27.7)	0.87	0.58	ปานกลาง
4. วิเคราะห์ศักยภาพของ อสม.	35 (37.2)	42 (44.7)	17 (18.1)	0.89	0.49	ปานกลาง
5. จัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาทันตสุขภาพ	44 (46.8)	47 (50.0)	3 (3.2)	1.01	0.44	ปานกลาง
ภาพรวม	37 (39.4)	43 (45.7)	14 (14.9)	0.93	0.51	ปานกลาง

ตารางที่ 3 การมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี ของอสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในขั้นตอนวางแผนพัฒนา (n=94)

การมีส่วนร่วม ในแต่ละกิจกรรม	การมีส่วนร่วมของ อสม. จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$	SD	การแปลผล
	ทุกครั้ง/ส่วน	บางครั้ง	ไม่มี			
	ใหญ่					
1. เข้าประชุม	52 (55.3)	42 (44.7)	0 (0.0)	1.34	0.49	สูง
2. กำหนดวิธีการหลักใน การจัดการปัญหา	34 (36.2)	47 (50.0)	13 (13.8)	1.14	0.44	ปานกลาง
3. จัดทำแผนงาน/ โครงการ ขับเคลื่อนการ ปฏิบัติงาน	34 (36.2)	47 (50.0)	13 (13.8)	1.14	0.44	ปานกลาง
4. วิเคราะห์ความเป็นไป ได้ของแผนงาน/โครงการ	34 (36.2)	47 (50.0)	13 (13.8)	1.14	0.44	ปานกลาง
5. เสนอแผนงาน/ โครงการ	34 (36.2)	47 (50.0)	13 (13.8)	1.14	0.44	ปานกลาง
6. แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ	33 (35.1)	44 (46.8)	17 (18.1)	0.93	0.44	ปานกลาง
ภาพรวม	37 (39.3)	45 (47.9)	12 (12.8)	1.14	0.66	ปานกลาง

ตารางที่ 4 การมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี ของอสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในขั้นตอนดำเนินการพัฒนา (n=94)

การมีส่วนร่วม ในแต่ละกิจกรรม	การมีส่วนร่วมของ อสม. จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$	SD	การแปลผล
	ทุกครั้ง/ส่วน	บางครั้ง	ไม่มี			
	ใหญ่					
1. ประสานกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	29 (30.9)	49 (52.1)	16 (17.0)	1.09	0.43	ปานกลาง

ตารางที่ 4 (ต่อ) การมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี ของอสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในขั้นตอนดำเนินการพัฒนา (n=94)

การมีส่วนร่วม ในแต่ละกิจกรรม	การมีส่วนร่วมของ อสม. จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$	SD	การแปลผล
	ทุกครั้ง/ส่วน ใหญ่	บางครั้ง	ไม่มี			
2. บริหารงบประมาณ	45 (47.9)	27 (28.7)	22 (23.4)	0.94	0.49	ปานกลาง
3. ออกปฏิบัติงานใน โรงเรียน	65 (69.1)	29 (30.9)	0 (0.0)	1.51	0.53	สูง
4. ออกปฏิบัติงานใน ชุมชน	81 (86.2)	13 (13.8)	0 (0.0)	1.79	0.33	สูง
5. ติดตามความก้าวหน้า	37 (39.4)	56 (59.6)	3 (3.2)	1.34	0.44	สูง
ภาพรวม	51 (54.3)	35 (37.2)	8 (8.5)	1.34	0.48	สูง

ตารางที่ 5 การมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี ของอสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในขั้นตอนประเมินผลการพัฒนา (n=94)

การมีส่วนร่วม ในแต่ละกิจกรรม	การมีส่วนร่วมของ อสม. จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$	SD	การแปลผล
	ทุกครั้ง/ส่วน ใหญ่	บางครั้ง	ไม่มี			
1. จัดระบบควบคุมกำกับ งาน	24 (25.5)	33 (35.1)	37 (39.4)	0.65	0.47	ต่ำ
2. ประเมินแผนงาน/ โครงการ	35 (37.2)	45 (47.8)	14 (14.9)	1.09	0.53	ปานกลาง
3. ร่วมรับรู้ผลการพัฒนา	34 (36.2)	43 (45.7)	17 (18.1)	1.04	0.54	ปานกลาง

ตารางที่ 5 (ต่อ) การมีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี ของอสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในขั้นตอนประเมินผลการพัฒนา (n=94)

การมีส่วนร่วม ในแต่ละกิจกรรม	การมีส่วนร่วมของ อสม. จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$	SD	การแปลผล
	ทุกครั้ง/ส่วนใหญ่	บางครั้ง	ไม่มี			
4. ถอดบทเรียน/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้	30 (31.9)	53 (56.4)	11 (11.7)	1.10	0.43	ปานกลาง
5. สร้างสรรค์นวัตกรรม	10 (10.6)	31 (33.0)	53 (56.4)	0.59	0.42	ต่ำ
ภาพรวม	27 (28.7)	41 (43.6)	26 (27.7)	0.88	0.51	ปานกลาง

จากการประเมินพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการขับเคลื่อนการพัฒนา
กลไกการเรียนรู้ของ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมทันตสุขภาพเชิงลบที่เป็นปัญหา
มากที่สุดคือ การกินขนมกรุบกรอบทุกวัน โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.6 เป็นร้อยละ 25.4 ส่วนพฤติกรรม
การแปรงฟัน พบว่านักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการแปรงฟันที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะ
การแปรงฟันก่อนนอนทุกวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.9 เป็นร้อยละ 73.5 ผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
พบว่านักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลงจากร้อยละ 37.2 เป็นร้อยละ 15.4 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบร้อยละของพฤติกรรมทันตสุขภาพและปัญหาทันตสุขภาพของเด็กอายุ 12 ปี ก่อน
และหลังการพัฒนากลไกการเรียนรู้สำหรับ อสม.ในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพ (n=468)

พฤติกรรมทันตสุขภาพ/ปัญหาทันตสุขภาพ	ร้อยละของพฤติกรรม		การเปลี่ยนแปลง
	ก่อน	หลัง	
1. แปรงฟันตื่นนอนตอนเช้าทุกวัน	100	100	คงเดิม
2. แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน	51.9	73.5	เพิ่มขึ้น
3. แปรงฟันแต่ละครั้งนานประมาณ 2 นาทีขึ้นไป	14.1	42.3	เพิ่มขึ้น
4. ดื่มน้ำอัดลม 4-6 วัน/สัปดาห์*	20.9	10.7	ลดลง*
5. ดื่มน้ำผลไม้ น้ำหวาน 4-6 วัน/สัปดาห์*	16.7	8.7	ลดลง*
6. กินลูกอมทุกวัน*	7.0	5.6	ลดลง*
7. กินขนมกรุบกรอบทุกวัน*	24.6	25.4	เพิ่มขึ้น*

ตารางที่ 6 (ต่อ) เปรียบเทียบร้อยละของพฤติกรรมทันตสุขภาพและปัญหาทันตสุขภาพของเด็กอายุ 12 ปี ก่อนและหลังการพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้สำหรับ อสม.ในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพ (n=468)

พฤติกรรมทันตสุขภาพ/ปัญหาทันตสุขภาพ	ร้อยละของพฤติกรรม		การเปลี่ยนแปลง
	ก่อน	หลัง	
7. กินขนมกรุบกรอบทุกวัน*	24.6	25.4	เพิ่มขึ้น*
8. ใช้เงินซื้อขนมและเครื่องดื่ม วันละมากกว่า 21 บาท*	50.6	47.9	ลดลง*
9. ไม่มีอาการปวดฟัน เสียฟัน เหงือกอักเสบเจ็บบวม มีเลือดออก และฟันผุ ฟันเป็นรู หินน้ำลาย หรือกลิ่นปากในรอบปีที่ผ่านมา	62.8	84.6	เพิ่มขึ้น

* พฤติกรรมเชิงลบ

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเบื้องต้น ของเด็กอายุ 12 ปี ในประเด็นความชุกของปัญหาแต่ละกิจกรรม 8 ประเภท สาเหตุทางช่องปากตามความรู้สึก (perceived cause) ในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาของปากและฟันที่เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 72 คน พบว่าความชุกของกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบและสาเหตุทางช่องปากตามความรู้สึกมากที่สุด คือ การกินอาหาร เช่น ข้าว ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำเย็น กินขนม ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ การทำความสะอาดช่องปาก เช่น บ้วนปากหรือแปรงฟัน ร้อยละ 33.3 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี จำแนกตามกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบจากการพิจารณาสาเหตุทางช่องปากตามความรู้สึก (n=72)

กิจกรรมที่ได้รับผลกระทบสาเหตุทางช่องปากตามความรู้สึก	จำนวน	ร้อยละ
1. การกินอาหาร เช่น ข้าว ไอศกรีม น้ำหวาน น้ำเย็น กินขนม	48	66.7
2. การทำความสะอาดช่องปาก เช่น บ้วนปาก แปรงฟัน	24	33.3
รวม	72	100.0

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดเลือก อสม. 2) การพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ 3) การริเริ่มพัฒนา 4) การวางแผนพัฒนา 5) การดำเนินการพัฒนา และ 6) การประเมินผลการพัฒนา

สรุปผลการวิจัยโดยภาพรวมจากการพัฒนาหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม.ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมขึ้นอย่างชัดเจนในด้านการแปรงฟัน และพฤติกรรมการรับประทานน้ำอัดลม น้ำหวาน ลูกอม แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากคือการกินขนมกรบรอบเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และพบว่าสถานะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 12 ปีกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยภาพรวมมีเด็กอายุ 12 ปีที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลงจากร้อยละ 37.2 เหลือร้อยละ 15.4

ข้อมูลพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งรัดจัดการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ได้แก่ การแปรงฟันก่อนนอน ซึ่งส่วนใหญ่แปรงเป็นบางวัน มีพฤติกรรมแปรงฟันแล้วไม่ได้เข้านอนทันที และเวลาที่ใช้ในการแปรงฟันแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ไม่ทราบ/ไม่แน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับสาระสำคัญของหลักการเสริมการพัฒนาหลักการเรียนรู้ทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย⁽⁵⁾ ที่สรุปว่าเด็กประถมศึกษาถือเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาหลักการเรียนรู้เสริมสุขภาพช่องปาก เพราะเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงชุดฟันในช่องปากและเด็กยังไม่สามารถแปรงฟันได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้เกิดโรคฟันผุและสภาวะเหงือกอักเสบ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของเด็กกลุ่มวัยนี้ และส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของร่างกายและความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กอย่างมาก และอาจจะส่งผลกระทบต่อระบบการบดเคี้ยวตลอดชีวิต และถ้าไม่ดูแลสุขภาพช่องปากให้ดี ปัญหาสุขภาพช่องปากจะสะสมและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยทำงาน และวัยสูงอายุ การจัดระบบการพัฒนาหลักการเรียนรู้เสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับเด็กกลุ่มวัยนี้ จะเป็นการวางรากฐานสำหรับการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในช่วงวัยต่อไป และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อิตารัตน์ ตั้งกิตติเกษม⁽⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดหนองคาย มีพฤติกรรมเสี่ยง คือ ร้อยละ 66.96 ดื่มน้ำอัดลมอย่างน้อยที่สุด 1 วันต่อสัปดาห์และเฉลี่ยดื่มน้ำอัดลม 1.45 วันต่อสัปดาห์ เด็กบริโภคขนมมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์หรือร้อยละ 11.46 ขณะที่แปรงฟันก่อนเข้านอนร้อยละ 60.36 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชัย ศรีคำและคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการกินที่มีผลต่อสุขภาพในช่องปากของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ในจังหวัดนครปฐม และเมื่อวิเคราะห์สุขภาพในช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นจำนวนมากกึ่งหนึ่งมีปัญหาสุขภาพในช่องปาก โดยมีปัญหาเกี่ยวกับฟันผุ มากที่สุด รองลงมาคือ มีหินน้ำลายเกาะฟัน และมีกลิ่นปาก สำหรับการแก้ไขปัญหาค้นพบว่าเด็กอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในด้านการแปรงฟันไม่สะอาด ไม่ถูกวิธี และมีพฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางช่องปาก ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยและพัฒนาโดยการพัฒนาหลักการเรียนรู้กระบวนการเรียนรู้สำหรับ อสม. โดยการฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ ซึ่งเป็นการเพิ่มเติมเนื้อหาและระยะเวลาจากหลักสูตรจาก 2 วัน เป็น 3 วัน และ อสม.ที่ผ่านการอบรมมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูงทั้งขั้นตอนวางแผนการพัฒนาและขั้นตอนดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอายุ 12 ปี ก่อนและหลังการขับเคลื่อนหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน และ อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพมีการเรียนรู้ด้วยหลักการ PDCA ซึ่งผลจากการขับเคลื่อนงานวิจัยและพัฒนา พบว่าพฤติกรรมทันตสุขภาพเชิงลบของเด็กอายุ 12 ปีที่เป็นปัญหาก่อนการวิจัยส่วนใหญ่ อสม.เชี่ยวชาญสามารถจัดการปัญหาได้โดยมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

อย่างชัดเจน เช่น พฤติกรรมการแปร่งฟันพบว่านักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการแปร่งฟันพบว่าการแปร่งฟันก่อนนอนทุกวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.9 เป็นร้อยละ 73.5 แต่ก็ยังมีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ คือ การกินขนมกรุบกรอบทุกวัน โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.6 เป็นร้อยละ 25.4 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักเรียนได้เงินไปโรงเรียนแต่ละวันเป็นจำนวนมากจึงมีเงินเหลือสามารถซื้อขนมกรุบกรอบมารับประทานได้และอาจจะมีการนำเงินไปซื้อขนมกรุบกรอบนอกไปจำหน่ายขนมกรุบกรอบในบริเวณด้านหน้าโรงเรียนหรืออยู่ใกล้บริเวณโรงเรียน ซึ่งจะต้องเร่งรัดแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

การพัฒนาการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมถือว่าเป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของ อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพแล้วนำไปสู่การจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยและพัฒนาของอุทัย บุญประเสริฐ⁽⁸⁾ ที่สรุปว่าการวิจัยและพัฒนาเป็นการวิจัยประยุกต์ที่เน้นการแสวงหาผลิตภัณฑ์ใหม่ สิ่งประดิษฐ์ใหม่ พัฒนาระบบการ พัฒนาระบบการทำงานและใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ โดยใช้การวิจัยเป็นฐาน สำหรับการพัฒนาสิ่งที่ต้องการ และสอดคล้องกับหลักคิดของสุภัทธร พิบูลย์⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนาเป็นลักษณะหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ใช้กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ มุ่งพัฒนาทางเลือกหรือกระบวนการใหม่ ๆ เพื่อใช้ในการยกระดับคุณภาพงานหรือคุณภาพชีวิต การวิจัยและพัฒนาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยและพัฒนาจะให้ผลลัพธ์ที่สำคัญอยู่ 2 ลักษณะ คือ นวัตกรรมวัตถุที่เป็นชิ้นอันและนวัตกรรมประเภทที่เป็นรูปแบบ วิธีการ กระบวนการ หรือระบบปฏิบัติการ เช่น รูปแบบการสอน วิธีสอน รูปแบบการบริหารจัดการ และสอดคล้องกับแนวคิดของญาณภัทร สีหะมงคล⁽¹⁰⁾ ที่สรุปว่าการวิจัยและพัฒนาเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้า คิดค้นอย่างเป็นระบบและนำเชื่อถือ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาผลผลิต เทคโนโลยีสิ่งประดิษฐ์ สื่อ อุปกรณ์ เทคนิควิธีหรือรูปแบบการทำงาน หรือระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นอย่างชัดเจน รวมถึงสอดคล้องกับแนวคิดของสมคิด พรหมจรรย์⁽¹¹⁾ ที่สรุปว่าการวิจัยและพัฒนาที่มีความสำคัญคือช่วยให้เกิดความรู้ใหม่หรือวิทยาการใหม่ แนวคิด ทฤษฎีใหม่ การวิจัยช่วยให้เกิดความรู้ใหม่เป็นการเพิ่มพูนวิทยาการให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้นคือทำให้รู้สิ่งที่ยังไม่รู้หรือสิ่งใดที่พอรู้อยู่แล้วก็ทำให้รู้และเข้าใจดียิ่งขึ้น ช่วยในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพช่วยในการกำหนดนโยบายและวางแผนได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนนำไปใช้ในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ การวิจัยดังกล่าวจะศึกษาค้นคว้า เพื่อนำมาเป็นแนวทางกำหนดทิศทางการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งการวิจัยจะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยชี้แจงในการวางแผนนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยพัฒนาระบบการบริหารและดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น งานวิจัยบางเรื่องเป็นงานวิจัยที่มีส่วนช่วยเสริมสร้างสมรรถนะทางการบริหารโดยการใช้ความรู้ทางวิชาการมาอธิบายพฤติกรรมและปัญหาทางการบริหาร การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ประเมินประสิทธิภาพของการทำงาน จะช่วยให้ทราบข้อเท็จจริงตามความเป็นจริง ชี้ให้เห็นทั้งประสิทธิภาพ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญให้นักเรียนบริหารใช้ในการวินิจฉัย สั่งการ หรือแก้ไขปัญหาได้ดีมีประสิทธิภาพ และเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการปรับปรุงหรือพัฒนางานนั้นให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นและสอดคล้องกับแนวคิดของทศนา แหม่มณิ⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่ากระบวนการวิจัยและพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และพัฒนางานของตนซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิรูปการเรียนรู้ทั้งระบบให้ประสบความสำเร็จและมีความ

ยั่งยืน เป็นเครื่องมือหรือยุทธวิธีในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในทิศทางหรือลักษณะที่ต้องการ โดยใช้กระบวนการวิจัยในการพัฒนางานซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพของงานและมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบระเบียบ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้วิจัยหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถค้นหาข้อเท็จจริง และอาจนำเอาข้อเท็จจริงหรือผลการวิจัยนั้น มาพิจารณาใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง นับตั้งแต่การค้นคว้าหาความรู้ใหม่ๆ การกำหนดนโยบาย การวางแผน การแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเบื้องต้นของเด็กอายุ 12 ปี ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบจากการพิจารณาสาเหตุทางช่องปากตามความรู้สึก จำนวน 72 คน ร้อยละ 15.4 โดยมีความชุกของปัญหาเกิดจากกิจกรรมการรับประทานอาหารมากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือกิจกรรมการทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 33.3 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อิศระพงศ์ แก้วกำเนิดพงษ์ และคณะ⁽¹³⁾ ที่ได้ดำเนินการประเมินคุณภาพชีวิตช่องปากโดยรวมและที่เกี่ยวข้องกับโรคทางช่องปากแต่ละชนิดของเด็กไทยอายุ 12 ปี อย่างครบวงจร และเปรียบเทียบการสำรวจที่ผ่านมาพบว่าความชุกของผลกระทบต่อแต่ละกิจกรรมที่พบมากที่สุดคือการรับประทานอาหาร รองลงมาคือการทำทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการพัฒนาไกลการเรียนรู้ความเข้าใจต่อสาเหตุของผลกระทบอันจะนำไปสู่การวางแผนพัฒนาทันตสาธารณสุขเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. ในการศึกษาครั้งนี้ อสม.มีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 12 ปี อยู่ในระดับต่ำในขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนา ซึ่งควรได้รับการแก้ไขโดยทันตบุคลากรเร่งรัดเสริมองค์ความรู้และพัฒนาทักษะ แก่ อสม.ในการจัดการควบคุมกำกับติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการ และการกำหนดทิศทางการพัฒนาสู่ความสำเร็จ รวมถึงการค้นหาและสร้างสรรค์นวัตกรรมในการแก้ไขปัญหา
2. บุคลากรผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ควรนำสารสนเทศที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการกำหนดทิศทางการจัดการปัญหาทันตสุขภาพทุกกลุ่มวัย โดยใช้กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพเป็นแนวทางหลักในการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 12 ปี ได้ครบทั้ง 8 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การพูด การทำความสะอาดช่องปาก การพักผ่อน การนอนหลับ การรักษาอารมณ์ การยิ้ม การศึกษา และกิจกรรมทางสังคมในโอกาสต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปี 2561. สืบค้นจาก http://dental2.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/dental/ewt_dl_link.php?nid=1691&filename=st;2561.
2. จุลพันธ์ สุวรรณ. การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการวิจัย;2559.

3. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.Operations, บทความสำหรับบุคคลทั่วไป, องค์ความรู้. สืบค้นจาก <https://www.ftpi.or.th/2015/2125;2558>.
4. ศูนย์พัฒนาทรัพยากรการศึกษา (CARD) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.หลักพื้นฐานการทำงานอย่างมีส่วนร่วม.สืบค้นจากhttp://www.elearning.msu.ac.th/opencourse/0109501/Unit04/unit04_004.htm.;2555.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.คู่มือหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชียงราย.สืบค้นจาก<http://www.yimsodsai.com/upload/frontDownload.คู่มือหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชียงราย-14658865750.pdf;2555>.
6. อติรัตน์ ตั้งกิตติเกษม.สภาวะช่องปากและพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดหนองคาย ประจำปี 2553.สืบค้นจากhttp://dental2.anamai.moph.go.th/download/Journal/v17no2_1.pdf.;2553.
7. วิชัย ศรีคำ และคณะ.พฤติกรรมการกินที่มีผลต่อสุขภาพในช่องปากของเด็กวัยรุ่นตอนต้นใน จังหวัดนครปฐม Eating Behavior Affecting Oral Health of Early Adolescents in Nakornpatom Province, Thailand.(บทคัดย่อ).สืบค้นจาก <http://jahs.ssru.ac.th/index.php/JAHS1/article/view/27;2558>.
8. อุทัย บุญประเสริฐ.การวิเคราะห์ห่อภิมาณ(Mata-Analysis).กรุงเทพฯ: นิชนเอดเวอร์ไทซิงกรุฟ; 2555.
9. สุพัทธ์ พิบูลย์.หลักการเขียนวิจัยเชิงคุณภาพ.สืบค้นจาก<http://www.nur.psu.ac.th/about/Graduate;2556>.
10. ญาณภัทร สีหะมงคล. เคล็ดลับการทำวิจัยในชั้นเรียน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย;2557.
11. สมคิด พรหมจ้อย. การดำเนินงานโรงเรียนปฏิรูปการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพผู้เรียน.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี;2556.
12. ทิศนา ขัมมณี. การศึกษาแนวทางการบริหารจัดการการศึกษาของสถานศึกษาในรูปแบบการบริหาร โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน.กรุงเทพฯ:โครงการวิจัยภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.รายงานการวิจัย;2557.
13. อิศระพงศ์ แก้วกำเนิดพงษ์ และ คณะ. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กไทย อายุ 12 ปี จากกลุ่มตัวอย่างย่อยของการสำรวจสภาวะช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย;2560.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นวารสารในระบบการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index) โดยได้รับการประเมินให้อยู่ใน TCI Tier 2 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567 ที่เผยแพร่ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และความรู้ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข รวมถึงข่าวสารการดำเนินงานของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมาและภาคีเครือข่าย ดังนั้น จึงใคร่ขอเชิญชวนให้ท่านส่งบทความที่ยังไม่เคยเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน ลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กองบรรณาธิการจึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือบทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านการสาธารณสุข ในสาขาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวน (Review Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ด้านการสาธารณสุข ในสาขาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในประเด็นที่มีความสำคัญ เป็นปัญหา หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความประเภทกับบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่แสดงถึงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 10 หน้า

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมานำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า

ปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ดที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความนำรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป รวมทั้งเรื่องแปลจากบทความวิชาการที่น่าสนใจในภาษาต่างประเทศ โดยต้องมีการขอลิขสิทธิ์ก่อน บทความควรมีความยาวไม่เกิน 5 หน้า

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) เป็นงานเขียนบทความที่วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ รายงาน หรือบทความ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และต่อยอด บทความควรมีความยาวไม่เกิน 3 หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น โดยผู้เขียนคนที่หนึ่งต้องแนบหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 (แบบฟอร์มในหน้า A-7)

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 Point ตลอดทั้งบทความ จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ประกอบด้วย

3.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 **ชื่อผู้เขียน (Authors' Names)** ชื่อและนามสกุลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุสถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดงรายละเอียดด้านล่าง

3.3 **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียงเลยก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง และไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ

3.4 **บทนำ (Introduction)** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้างานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือ สมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 วิธีดำเนินการวิจัย หรือ ขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology)

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว

3.6 ผลการวิจัย (Results) นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจนขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations) ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัย และอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและในส่วน
ของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะทำการอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ด้วย” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾

2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

¹ สำนักหอสมุดกลาง. การอ้างอิงในทางวิทยาศาสตร์ตามระบบแวนคูเวอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. มิถุนายน 2557. เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2558. จาก URL: <http://lib.swu.ac.th/th/images/endnote/forweb%20vancouver0614.pdf>

3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศสงฆ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างอิงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น (4, 6, 10)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างอิงในเนื้อหาของปริิญญานิพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

บทความวารสาร

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ (ถ้าเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม) /ปีที่ตีพิมพ์;เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พิเชฐ สัมปทานกุล,/นิพนธ์ อุดมสันติสุข,/รสสุคนธ์ ศรีพัฒน์วัฒน์./วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน./จุฬาลงกรณ์เวชสาร//2539;40(5):383-91.

2. Liou GI,/Wang M, Matragoon S./Precocious IRBP gene expression during mouse development./Invest Ophthalmol Vis Sci//1994;35:1083-8.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์;/ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. Norman IJ,/Redfern SJ,/editors./Mental health care for elderly people./New York:/Churchill Livingstone;/1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

4. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์.//การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว/[ปริญญาานิพนธ์วท.ม./สาขาเคมีชีวภาพ].//กรุงเทพฯ:/บัณฑิตวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ;/2542.
5. Kaplan SJ.//Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization/[Dissertation Ph.D.Medicine].//St. Louis (MO):/Washington Univ.:/1995.

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

6. Morse SS.//Factors in the emergence of infectious diseases.//Emerg Infect Dis/[serial online]/1995 Jan-Mar//[cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens].//Retrieved December 25, 1999,/from/URL:/http://www.cdc.gov /ncidod/EID/eid.htm
7. LaPorte RE,/Marler E,/Akazawa S,/Sauer F.//The death of biomedical journals. BMJ/[serial online] 1995;310:1387-90.//Retrieved September 26, 1996,/from/URL:/http://www.bmj.com/ bmj/archive/6991 ed2.html

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

1. ส่งต้นฉบับที่เป็นไฟล์ Word โดยแนบไฟล์ (Attachment) ส่งมาที่ RHPC9Journal@gmail.com โดยตั้งชื่อเรื่องอีเมลเป็นชื่อต้นฉบับ พร้อมระบุชื่อผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อมสถานที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขมือถือ และอีเมลที่ใช้ในการติดต่อประสานงานในข้อความในอีเมล

2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาความสอดคล้องของบทความที่ส่งมากับวัตถุประสงค์ของวารสารในเบื้องต้น รวมถึงความครบถ้วนของบทความ แล้วตอบกลับทางอีเมล

3. บทความทุกฉบับที่ผ่านการพิจารณาในเบื้องต้น จะได้รับการประเมินคุณภาพจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ในระบบ Double-blinded system ในลำดับต่อไป

4. ผลการประเมินคุณภาพจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ก) รับลงตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข ข) รับลงตีพิมพ์โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไข และ ค) ไม่รับลงตีพิมพ์ หากต้องมีการแก้ไข กองบรรณาธิการจะติดต่อเจ้าของบทความ เพื่อดำเนินการแก้ไขให้เรียบร้อยตามคำแนะนำของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิก่อนจึงจะสามารถลงตีพิมพ์ได้

5. เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและวารสารตอบรับแล้ว ทางวารสารจะออกหนังสือรับรองการลงตีพิมพ์บทความในวารสารให้ ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อต้องโอนเงินค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ (เฉพาะบทความวิจัยและบทความทบทวน) จำนวนบทความละ 2,500 บาท หน้าที่บัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ธนาคารกรุงไทย สาขานครราชสีมา เลขที่บัญชี 301-0-04317-1 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินมาทาง Email ที่ RHPC9Journal@gmail.com

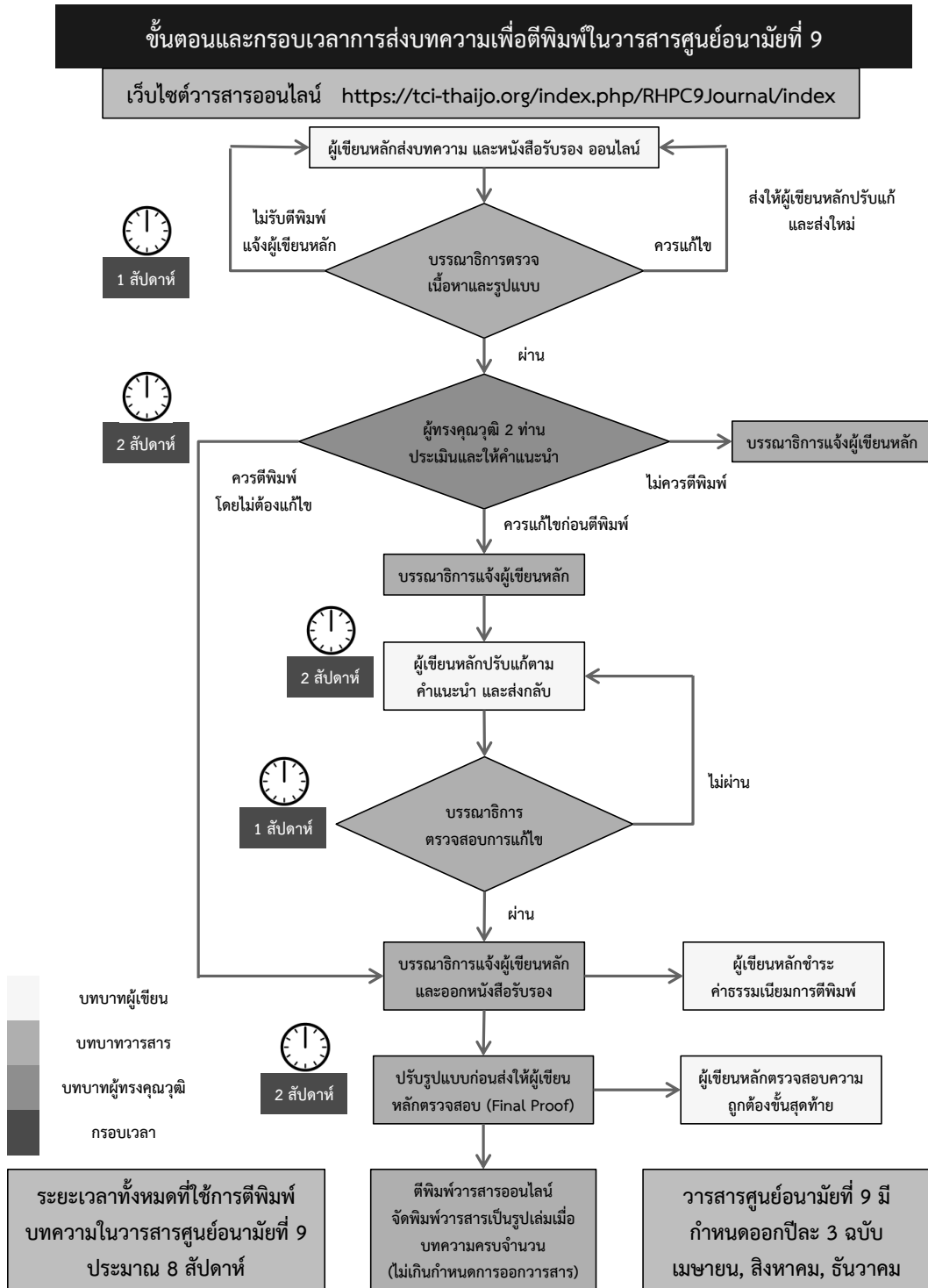
6. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนคนแรก/ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ จะได้รับวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ฉบับที่บทความได้รับการลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ฉบับ

7. บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง กองบรรณาธิการมีสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้ และผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิถือเป็นที่สุด

ติดต่อวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์

ติดตามวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ฉบับปัจจุบัน และฉบับย้อนหลัง
อ่านบทความฉบับเต็ม ส่งบทความ รับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบทความ

ผ่านระบบออนไลน์ ทาง Thai Journal Online (ThaiJO)
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index>





กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ตามที่ข้าพเจ้า.....

ได้ส่งบทความเรื่อง.....

.....

เพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 นั้น ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม (ถ้ามี) ขอรับรองว่าบทความที่เสนอมานี้ยังไม่เคยได้รับการตีพิมพ์หรือไม่ได้อยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือแหล่งตีพิมพ์อื่นใด หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วมยอมรับหลักเกณฑ์การพิจารณาต้นฉบับ ทั้งยินยอมให้กองบรรณาธิการมีสิทธิพิจารณาและตรวจแก้ต้นฉบับได้ตามที่เห็นสมควร พร้อมนี้ขอมอบลิขสิทธิ์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ให้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หากมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับภาพ แผนภูมิ ข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง และ/หรือ ข้อคิดเห็นที่ปรากฏในบทความ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว

หาก กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ตรวจพบว่าคำรับรองดังกล่าวไม่เป็นความจริง รวมทั้งหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 กองบรรณาธิการฯ มีสิทธิ์ยกเลิกบทความของข้าพเจ้าออกจากวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า และข้าพเจ้า และผู้นิพนธ์ร่วม (ถ้ามี) ขอรับรองและยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งลงนามรับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรองฉบับนี้

ลงนามผู้นิพนธ์หลัก (ชื่อที่ 1)

.....

(.....)

...../...../.....