



กรมอนามัย
Department of Health

HEALTH

วารสาร การส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health



ปีที่ 49 ฉบับที่ 2 เมษายน- มิถุนายน 2569

Vol. 49 No. 2 April – June 2026

ISSN 3056-9877 (Print) ISSN 3056-9885 (Online)



กรมอนามัย
Department of Health

HEALTH

วารสาร การส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health



ปีที่ 49 ฉบับที่ 2 เมษายน- มิถุนายน 2569

Vol. 49 No. 2 April – June 2026

ISSN 3056-9877 (Print) ISSN 3056-9885 (Online)

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

จัดทำโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงาน และเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูล ความรู้ ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสร้างเครือข่ายวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์
แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันตนาพ
ดร.นายแพทย์ปองพล วรปาณี
นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์
นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา

อธิบดีกรมอนามัย
รองอธิบดีกรมอนามัย
รองอธิบดีกรมอนามัย
รองอธิบดีกรมอนามัย
รองอธิบดีกรมอนามัย

กองบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

บรรณาธิการ นายแพทย์กิตติพิงศ์ แซ่เจ็ง

บรรณาธิการรอง ทันตแพทย์หญิงจางรานา เวชวิธี

กองบรรณาธิการ นางนันทา อ่วมกุล

นางจันทนา อึ้งชูศักดิ์

นายแพทย์มนัส งามเกียรติศักดิ์

ดร.วิมล บ้านพวน

ศาสตราจารย์กิตติคุณสุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล

ศาสตราจารย์วงศา เล้าหศิริวงศ์

รองศาสตราจารย์กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์

รองศาสตราจารย์สสิธร เทพตระการพร

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา

นางสาวนิพรพรรณ วรรณมงคล

นางนภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล

นายบุญฤทธิ์ สุขรัตน์

นายนิธิรัตน์ บุญตานนท์

ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)

ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข)

ที่ปรึกษากรมอนามัย

ที่ปรึกษากรมอนามัย

ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)

ข้าราชการบำนาญ (นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ)

สถาบันพระบรมราชชนก

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นักวิชาการอิสระ

ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)

ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ กรมอนามัย

นายแพทย์เชี่ยวชาญ กรมอนามัย

คณะทำงานจัดทำวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

นางสาวปิยาพัชร ชูชัยมงคลา

นางสาววรินทร์ทิพย์ สันทัด

นายปรัชญา ต่านกลาง

นางสาวธัญญาภรณ์ พิบูลย์พล

สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

ติดต่อวารสาร

โทร. 0-2590-4228 E-mail : Jhealth.doh@gmail.com

ที่อยู่

สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย อาคาร 1 ชั้น 3

88/22 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

เว็บไซต์ <https://km.anamai.moph.go.th/th/health2568>

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 4 ครั้ง (มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)

คำแนะนำในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทความวิชาการ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุป ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทความความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิเคราะห์สืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ หากมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ให้ระบุเพียงสังกัดเดียว

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

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลา ของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วิธีการดำเนินงาน อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการ เลือกสุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือในการวิจัย และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ การผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โดยระบุคณะกรรมการฯ ชุดใด และเมื่อไร

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยตามลำดับหัวข้อตามวัตถุประสงค์ โดยเสนอหลักฐานข้อมูล อย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ หากมีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำ หรือทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงใน เนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง ถ้าเป็นภาพหรือแผนภูมิต้องมีความคมชัด ขนาดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels อาจเป็นภาพขาวดำหรือสี

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ เพียงใด และ ควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการ วิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติ ได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง มีย่อหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสาร อ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใส่ตัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลัง ชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับ รายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

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

วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มที่ปรากฏที่หน้าปก

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

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 131-156 ใช้เป็น 131-56 และไม่เว้นวรรคระหว่างเครื่องหมาย : และ ; ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่(ฉบับที่) เลขหน้า โดยใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

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

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

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

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

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

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

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

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

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

3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบมีดังนี้

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

บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต

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

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

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

บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (DOI number)

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

3.4 การอ้างอิงอื่นๆ

รายงานการประชุม สัมมนา

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

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

วิทยานิพนธ์

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

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

บทความในหนังสือพิมพ์

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

1. วฤตดา ทหาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา(จีน)ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. มติชน. 3 มี.ค. 2554: น. 10.

4.การส่งต้นฉบับ

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

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นไฟล์ภาพ .jpg ความคมชัดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด ระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล พร้อมหนังสือนำส่ง ถึงบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือส่งบทความออนไลน์ที่ <https://thaidj.org/index.php/tjha/index>

4.4 แนบสำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโครงการที่ส่งบทความเข้ามาตีพิมพ์

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณา
จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน
ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูล
ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
(Thai Journal Citation Index Centre : TCI)

วารสารฉบับนี้มีงานวิจัยที่น่าสนใจในงานส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในด้านความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่สำคัญ และการบังคับใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือวารสาร HEALTH ขอเชิญชวนท่านผู้สนใจ รวมถึงนักวิชาการที่มีผลงานวิชาการ บทความวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารฉบับไหนมาก่อน หรือมีความประสงค์จะนำเสนอความคิดเห็น และประเด็นต่าง ๆ ในรูปแบบบทความวิชาการ บทความพิเศษ และบทความปริทัศน์ ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถส่งบทความมายัง คณะบรรณาธิการผ่านทางเว็บไซต์ <https://thaidj.org/index.php/for4d/> เพื่อพิจารณานำลงเผยแพร่ต่อไป



นายแพทย์กิตติพงษ์ ไช้เจี๊ง
บรรณาธิการ
มิถุนายน 2569

บทวิชาการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ
ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่

อรสุรางค์ นวลวิจิตร*

10

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ปกครองในการรับบริการทางทันตกรรมในผู้ป่วย
ที่มีความต้องการพิเศษ ณ คลินิกทันตกรรมเด็ก โรงพยาบาลหาดใหญ่

มันทนา มุสิกะพันธุ์*

24

การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัยในเขตสุขภาพที่ 6

ศิริพร จริยาจิรวัฒนา*

นงลักษณ์ สุขเอี่ยม

40

ผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน (พ.ศ. 2564)

ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง*

ศุภรานันท์ ยุทธโกวิท

54

การประเมินผลการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1

นิธรัตน์ บุญตานนท์*

อังศุมาลิน บัวแก้ว

79

สถานการณ์การขาดสารไอโอดีนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีน
ในเด็ก 3-5 ปี กรุงเทพมหานคร

จันทร์รา นันทมงคลชัย*

พัชรีดา ศรีทะกุล

96

ปัจจัยด้านความเชื่อสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
ของพระภิกษุสงฆ์ ในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

กันยา สุวรรณศรีขันธุ์

นงนุช จิตรนิวรรณ์

อัจฉรา เดชขุน

เนาวรัตน์ กระมูลโรจน์

จริยา ทรัพย์เรือง

สมย์ธนิศา ฝ่ายหมื่นไวย*

111

ความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์ ในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง
(Atherosclerosis) ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง

สุทธิโชค ดีเสมอ

พรวิภา พวงบุบผา

วรรณีย์ จีระอังกูรสกุล

สุนทร พิมพินนท์*

124

บทความปริทัศน์

การวิเคราะห์คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์กับการสะท้อนช่องว่างเชิง
โครงสร้างในการบังคับใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

อัมพร เบญจพลพิทักษ์ สุพจน์ อาลีอุสมาน*

ทานต์ เจิมพวงผล

139

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่

อรสุรางค์ นวลวิจิตร*

ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่



วันรับ 10 มิถุนายน 2568



วันแก้ไข 6 กุมภาพันธ์ 2569




วันตอบรับ 19 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลระดับการบริการและความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนมกราคม 2568 ถึง เดือนพฤษภาคม 2568 โดยใช้ระยะเวลาทำการวิจัยทั้งสิ้น 5 เดือน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยรวมเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 172 คน คิดเป็น ร้อยละ 52.50 มีอายุเฉลี่ย 41-50 ปี และมากกว่า 51 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 29.80 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีสูงสุด คิดเป็น ร้อยละ 44.70 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็น ร้อยละ 28.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 10,001 - 15,000 บาท (บาท/เดือน) คิดเป็น ร้อยละ 57.80 สิทธิการรักษาสูงสุด คือ สิทธิประกันสังคม คิดเป็น ร้อยละ 37.10 มีจำนวนครั้งในการรับบริการ/ปีสูงสุด 1 - 5 ครั้ง/ปี คิดเป็น ร้อยละ 68.00 ปัจจัยการบริการโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M=4.10,SD=0.50) และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M=4.11,SD=0.60) ปัจจัยการบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ อยู่ในระดับสูงมาก ($r = 0.807^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ : ปัจจัยการบริการ ความพึงพอใจ สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่

*ผู้รับผิดชอบหลัก,  : sohanna24@gmail.com

Factors related to satisfaction of public health service center recipients Krabi Municipality Office

Onsurang Nualvijit*

Public health service center recipients Krabi Municipality Office

Abstract

This descriptive study aimed to investigate personal factors, service levels, and satisfaction among patients at the Krabi Municipality Public Health Center, and to examine the relationship between service factors and patient satisfaction. Data were collected from a sample of 275 individuals using accidental sampling. The research was conducted from January 2025 to May 2025, a total of five months. The research instrument was a questionnaire with an overall reliability of 0.79. Data were analyzed using frequency, percentage, mean (M), standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient. The significance level was set at 0.05.

The research results found that the majority of the sample were female, 172 people, accounting for 52.50 percent. The average age was 41-50 years and over 51 years, accounting for 29.80 percent. The highest level of education was bachelor's degree, accounting for 44.70 percent. They worked as government officials/state enterprises, accounting for 28.40 percent. The highest average monthly income was 10,001 - 15,000 baht (baht/month), accounting for 57.80 percent. The highest treatment right was social security, accounting for 37.10 percent. The highest number of service times/year was 1 - 5 times/year, accounting for 68.00 percent. Overall service factors were at a high level (M=4.10, SD=0.50) and overall satisfaction of service recipients was at a high level (M=4.11, SD=0.60). Service factors were positively related to the satisfaction of service recipients at the Krabi Municipality Public Health Service Center. It is at a very high level ($r = 0.807^{**}$) with statistical significance at the 0.01 level.

Keywords : Service factors, Satisfaction, Krabi Municipality Office

*Corresponding Author,  : sohanna24@gmail.com

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กำหนดให้รัฐกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น และในปี พ.ศ. 2542 มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งในแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 ในปี พ.ศ. 2543 และฉบับที่ 2 ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบูรณาการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง ได้แก่ แผนภารกิจด้านการสาธารณสุข ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล รวมทั้งแผนภารกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น แผนภารกิจด้านสาธารณสุขปโภคและสาธารณสุขการ แผนภารกิจด้านสวัสดิการสังคม แผนภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภค แผนภารกิจด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และแผนภารกิจด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ เป็นต้น⁽¹⁻²⁾

การจัดทำบริการสาธารณสุขและกิจกรรมสาธารณสุขใดที่สมควรให้เป็นหน้าที่และอำนาจ โดยเฉพาะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ หรือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น หน่วยงานหลักในการดำเนินการใดให้ปฏิบัติตามที่กฎหมายบัญญัติซึ่งต้องสอดคล้องกับรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามวรรคสี่ และกฎหมายดังกล่าวอย่างน้อยต้องมีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไก และขั้นตอนในการกระจายอำนาจและหน้าที่ ตลอดจนงบประมาณและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ และอำนาจดังกล่าวของส่วนราชการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ในการจัดทำบริการสาธารณสุข หรือกิจกรรมสาธารณสุขใดที่เป็นหน้าที่และอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้าการร่วมดำเนินการกับเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐ หรือการมอบหมายให้เอกชนหรือหน่วยงานของรัฐดำเนินการจะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนในท้องถิ่นมากกว่าการที่

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการเอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะร่วมหรือมอบหมายให้เอกชนหรือหน่วยงานของรัฐดำเนินการนั้นก็ได้⁽²⁾

เทศบาลเมืองกระบี่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการจัดตั้งตามประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 53 หน้า 802 เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2479 เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบหนึ่งของการปกครองแบบกระจายอำนาจ โดยรัฐบาลกลางกระจายอำนาจการบริหารการปกครองให้ประชาชนในท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินการให้บริการและการอำนวยความสะดวก ๆ สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง และเป็นส่งเสริมให้ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปกครองตามระบอบประชาธิปไตย และตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 ได้กำหนดให้หลักเกณฑ์และวิธีในการปฏิบัติราชการให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานที่เกินความจำเป็น ปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อเหตุการณ์ อำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการของประชาชน และประเมินผลการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ โดยเทศบาลเมืองกระบี่ ได้ดำเนินการให้บริการประชาชน ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านรายได้และด้านภาษี ด้านการศึกษา ด้านการขออนุญาตก่อสร้างอาคาร ด้านสาธารณสุข ด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ ด้านการทะเบียนราษฎรและบัตรประจำตัวประชาชน ด้านการท่องเที่ยว และงานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่^(3,8)

ซึ่งในปัจจุบันการบริการสาธารณสุขจัดเป็นภารกิจที่อยู่ในอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะที่ได้รับมอบหมายการกระจายอำนาจมาจากรัฐบาล จึงมีหน้าที่หลักสำคัญ คือ การให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในท้องถิ่น ลักษณะสำคัญที่สุดของการบริการสาธารณสุข คือ

ต้องเป็นกิจการที่รัฐหรือท้องถิ่นพึงปฏิบัติและละเลยไม่ได้ เพราะบริการสาธารณะเป็นเสมือนหลักประกันทางสังคมที่อำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต รวมถึงการสร้าง ความมั่นคงปลอดภัยขั้นพื้นฐานให้กับประชาชน ทั้งนี้ก็เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์ตอบแทนมากที่สุดในการจัด ทำบริการสาธารณะของรัฐ⁽²⁻³⁾

ดังนั้น ผู้ศึกษาวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการศูนย์บริการ สาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ เพื่อเป็น ประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข ที่จะนำไปใช้เป็น แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งให้บริการครอบคลุมใน

ด้านการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่ง การวัดความพึงพอใจของประชาชนนั้นเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดประสิทธิภาพในการจัดทำกิจการบริการ สาธารณะพร้อมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการให้ บริการและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาการบริหารราชการ และการบริการ ประชาชนสามารถดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่ง ขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ อย่างเต็มที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับของการบริการ และความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการ สาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการ กับความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการ สาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่

สมมติฐานการศึกษา

ปัจจัยการบริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงาน เทศบาลเมืองกระบี่

นิยามศัพท์

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คือ ความรู้สึกที่เป็น ปฏิกริยาทางอารมณ์กับประสบการณ์ของผู้รับบริการที่มี ต่อผู้ให้บริการ ผ่านกระบวนการประเมินระดับการรับรู้ ของผู้รับบริการต่อการให้บริการว่าได้รับตรงความต้องการ หรือเกินมาตรฐานที่ต้องการ/คาดหวังหรือไม่⁽⁴⁾

งานบริการสาธารณะ หมายถึง บริการที่จัดทำขึ้นโดย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือจัดทำโดยเอกชน แต่อยู่ใน ความควบคุมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนอง ต่อต่อความต้องการของประชาชน เพื่อประโยชน์ต่อ ประชาชน และเพื่อสาธารณะประโยชน์⁽²⁾

ปัจจัยการบริการ หมายถึง ความเป็นรูปธรรมของ การบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองผู้รับ บริการ การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ และการรู้จัก และเข้าใจผู้รับบริการ^(4,9)

ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ คือ พฤติกรรม ทักษะ และความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการส่งมอบ การบริการที่ดีแก่ผู้รับบริการ ซึ่งรวมถึงการยิ้มแย้มแจ่มใส, การต้อนรับอย่างเป็นมิตร, การรับฟังและเข้าใจความ ต้องการของผู้รับบริการ, การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง, การแก้ไข ปัญหาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ, การบริการด้วย

ความเต็มใจ, และการสร้างความประทับใจ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและเกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร (10-11)

ด้านการประสานงานการบริการ คือ การจัดระเบียบการทำงานและกิจกรรม ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เพื่อให้เกิดการร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความซ้ำซ้อนหรือขัดแย้งกัน เป็นการสื่อสารระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินงานบริการเป็นไปอย่างราบรื่น สอดคล้องกับเป้าหมาย และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการได้มากที่สุด (10-11)

ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ คือ ข้อมูลที่ถูกค้าหรือผู้ใช้บริการได้รับจากการใช้บริการต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินคุณภาพการบริการโดยรวม โดยข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้รับบริการประเมินได้ว่า ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ตามความคาดหวังหรือไม่ (10-11)

ด้านสิ่งแวดล้อมความสะดวก คือ ทรัพยากรและบริการทางกายภาพที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต การทำงานหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เกิดความสะดวกสบายปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งในแง่ของสิ่งปลูกสร้าง (เช่น อาคาร เครื่องจักร ระบบต่าง ๆ) และบริการ (เช่น การทำความสะอาด การบำรุงรักษา การรักษาความปลอดภัย) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างราบรื่น (10-11)

คุณภาพการบริการ คือ ผลลัพธ์ทั้งหมดที่มาจากประสบการณ์ที่รับรู้และประเมินออกมาได้ ซึ่งจะเทียบบริการที่รับรู้หลังใช้บริการของผู้รับบริการ รวมทั้งใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินความพึงพอใจ โดยจะนำข้อมูลที่ได้มาปรับใช้เพื่อเสนอบริการที่ดีแก่ผู้รับบริการ คุณภาพการบริการจำแนกเป็น 5 ด้าน (5-6,23) ได้แก่

1. ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ หมายถึง สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์บุคลากรและการใช้สัญลักษณ์หรือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ผู้รับบริการได้สัมผัสและการบริการนั้นมีความเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้
2. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ หมายถึง ความ

สามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้อง เหมาะสมและมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการบริการที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถให้ความไว้วางใจได้

3. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการโดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างทันทั่วทั้งที่จะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึงรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

4. ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ให้บริการมีทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพมีกริยาท่าทางและมารยาทดีในการให้บริการสามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด

5. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ หมายถึง ความสามารถในการดูแลความเอื้ออาทรเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการในแต่ละคน (5-6)

เทศบาล หมายถึง หน่วยงานบริหารราชการส่วนท้องถิ่นที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 เมื่อท้องถิ่นมีสภาพอันควรยกฐานะเป็นเทศบาล โดยกำหนดหลักเกณฑ์แบ่ง เทศบาลออกเป็น 3 ประเภท คือ เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และเทศบาลนคร โดยใช้เกณฑ์รายได้ และจำนวนประชากรเป็นหลักพิจารณา (2,7)

เทศบาลตำบล ได้แก่ ท้องถิ่นที่ประกาศกระทรวงมหาดไทยยกฐานะเป็นเทศบาลตำบล ประกาศกระทรวงมหาดไทยนั้นได้ระบุชื่อ และเขตเทศบาลไว้ด้วย (2,7)

เทศบาลเมือง ได้แก่ ท้องถิ่นอันเป็นที่ตั้งศาลากลางจังหวัดหรือท้องถิ่นชุมนุมชนที่มีราษฎรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไปทั้งมีรายได้พอสมควรแก่การที่จะปฏิบัติหน้าที่ซึ่งมีประกาศกระทรวงมหาดไทยยกฐานะเป็นเทศบาลเมือง ประกาศกระทรวงมหาดไทยนั้นได้ระบุชื่อและเขตเทศบาลไว้ด้วย (2,7)

เทศบาลนคร ได้แก่ ท้องถิ่นชุมนุมชนที่มีราษฎรตั้งแต่ 50,000 คนขึ้นไป ทั้งมีรายได้พอควรแก่การที่จะปฏิบัติ

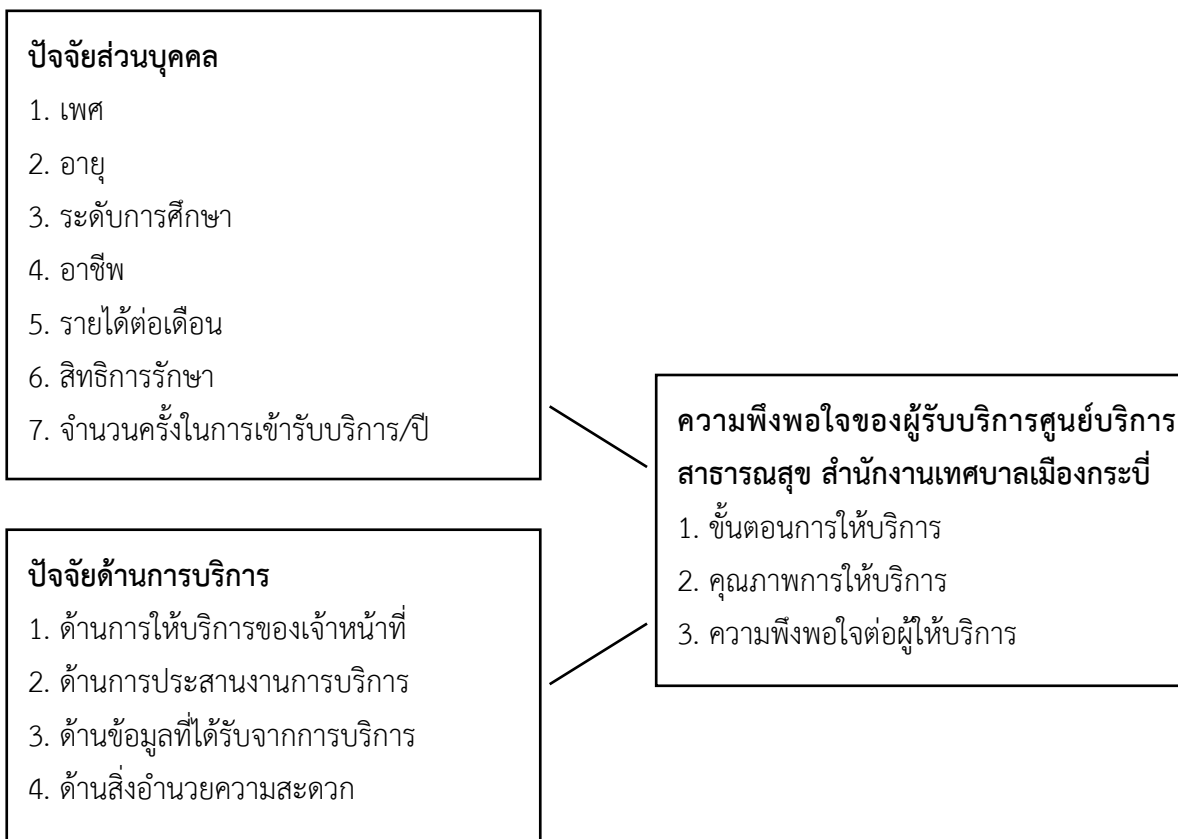
หน้าที่ ซึ่งมีประกาศกระทรวงมหาดไทยยกเป็นฐานะเป็นเทศบาลนคร ประกาศกระทรวงมหาดไทยนั้นได้ระบุชื่อและเขตเทศบาลไว้ด้วย^(2,7)

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการ

ทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ⁽²⁾

งานศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU : Primary Care Unit) ที่รับผิดชอบดูแลประชากรให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ทั้งนี้หน่วยบริการแต่ละแห่งจะรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ (หนึ่งหน่วยคู่สัญญา หรือ CUP มาจาก contracting unit of primary care) อาจจัดให้มีหลายหน่วยบริการปฐมภูมิได้ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดเล็กอาจรับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 10,000 คนได้⁽³⁾

กรอบแนวคิดการศึกษา



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ⁽¹⁴⁾ โดยทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการบริการและความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองกระบี่ ในเขตเทศบาลเมืองกระบี่ ปี 2567 จำนวน 880 คน ⁽³⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองกระบี่ ในเขตเทศบาลเมืองกระบี่ ทั้งหมด 275 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane ⁽¹²⁾ กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 หรือความเชื่อมั่นที่ 95% ได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non Probability Sampling) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ^(13,14) กับผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามปัจจัยการบริการกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ จำนวน 32 ข้อ แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการ/ปี ข้อคำถามเป็นลักษณะการตรวจรายการ(Checklist) ^(14,18)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่

จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านที่ 1 คือ ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่ จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 2 คือ ด้านการประสานงานการบริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 3 คือ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 4 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีระดับ 5, 4, 3, 2 และ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ตามลำดับ ^(14,16)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านคุณภาพการให้บริการ จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีระดับ 5, 4, 3, 2 และ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ตามลำดับ แปลความหมายของระดับความพึงพอใจตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ^(14,16)

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะปัญหา และอุปสรรค ของท่านต่อการบริการและความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ ให้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระเมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ

ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (Validity) และตรวจสอบเพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งแต่ละข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ^(14,21) โดยการตรวจสอบเครื่องมือในครั้งนี้พบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) ⁽¹⁴⁾ กับตัวแทนผู้รับบริการที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 30 คน ในช่วงเวลาก่อนที่จะเริ่มเก็บข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ⁽²²⁾ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ⁽¹⁴⁾ แบบสอบถามทั้งฉบับ 32 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เมื่อได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์แล้วผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามให้กับผู้มารับบริการที่เข้ามาใช้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขโดยไม่ระบุชื่อ-สกุล และตอบแบบสมัครใจ

• การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ปัจจัยการบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ⁽¹⁴⁾

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 เป็นเพศชาย จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีอายุ 41-50 ปี และ > 51 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 29.80 รองลงมาคือ อายุ 34-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.40 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการกับความพึงพอใจของผู้รับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แปลความหมายของความสัมพันธ์และแปลผลค่า r ตามเกณฑ์ของ Davis's Descriptors ^(14,17) โดยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.70 หรือสูงกว่า หมายถึง ระดับความสัมพันธ์กันสูงมาก

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.50 - 0.69 หมายถึง ระดับความสัมพันธ์กันสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.30 - 0.49 หมายถึง ระดับความสัมพันธ์กันปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.10 - 0.29 หมายถึง ระดับความสัมพันธ์กันต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.01 - 0.09 หมายถึง ระดับไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ⁽¹⁴⁾

• การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ การจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพร เขตอุดมศักดิ์ ที่ CPH-EC-021/2568 ลงวันที่ 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568

คิดเป็น ร้อยละ 44.70 ประกอบอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็น ร้อยละ 28.40 รองลงมาคือ ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท คิดเป็น ร้อยละ 28.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 - 15,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 57.80 สิทธิการรักษา เป็นสิทธิประกันสังคม คิดเป็น ร้อยละ 37.10 รองลงมาคือ สปสช. (30 บาท/บัตรทอง) คิดเป็นร้อยละ 30.90 จำนวนครั้งในการรับบริการ/ปี คือ 1 - 5 ครั้ง/ปี

คิดเป็น ร้อยละ 68.00 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการบริการและข้อมูลความพึงพอใจของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ ปัจจัยการบริการ ผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ ทั้ง 4 ด้าน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อยู่ในระดับสูง ($M=4.10, SD=0.50$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับสูง คือ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ($M=4.30, SD=0.80$) รองลงมา คือ ด้านการประสานงานการบริการ ($M=4.29, SD=0.51$) ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ($M=4.28, SD=0.52$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($M=3.87, SD=0.72$) (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ ทั้ง 3 ด้าน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อยู่ในระดับสูง ($M=4.11, SD=0.60$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับสูง คือ ด้านความพึงพอใจต่อขั้นตอนการให้บริการ ($M=4.14, SD=0.63$) รองลงมา คือ ด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ ($M=4.10, SD=0.63$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ ($M=4.07, SD=0.67$) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริการกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ ปัจจัยการบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ ในระดับสูงมาก ($r=0.807^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า ปัจจัยการบริการ ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.713^{**}$) ในระดับสูง ปัจจัยการบริการ ด้านสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ ในระดับสูงมาก ($r=0.807^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า ปัจจัยการบริการ ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.713^{**}$) ในระดับสูง ปัจจัยการบริการ

ด้านการประสานงานบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.732^{**}$) ในระดับสูง ปัจจัยการบริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.419^{**}$) ในระดับปานกลาง และปัจจัยการบริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.730^{**}$) ในระดับสูง ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ ปัญหา และอุปสรรคในการบริการและความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ คือ ประเด็นตำแหน่งที่ตั้งจัดทำป้ายบอกให้เห็นชัดเจนแก่ประชาชนผู้มารับบริการ ผู้บริหารควรปรับปรุงสถานที่ให้บริการ ตามมาตรฐานสถานพยาบาล และเพิ่มจำนวนบุคลากรผู้ให้บริการ เพื่อพัฒนาคุณภาพและมีความต่อเนื่องของการให้บริการมากขึ้น

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยการบริการของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ โดยภาพรวม (n = 275)

ปัจจัยการบริการ	M	SD	ระดับ
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่	4.28	0.52	สูง
ด้านการประสานงานการบริการ	4.29	0.51	สูง
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ	4.30	0.80	สูง
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3.87	0.72	สูง
รวม	4.10	0.50	สูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ โดยภาพรวม (n = 275 คน)

ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	M	SD	ระดับ
ด้านความพึงพอใจต่อขั้นตอนการให้บริการ	4.14	0.63	สูง
ด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ	4.10	0.63	สูง
ด้านความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ	4.07	0.67	สูง
รวม	4.11	0.60	สูง

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยการบริการกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ โดยภาพรวม

ปัจจัยด้านการบริการ	ความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่		
	R	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่	0.713**	0.001	สูง
ด้านการประสานงานบริการ	0.732**	0.001	สูง
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ	0.419**	0.001	ปานกลาง
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	0.730**	0.001	สูง
รวม	0.807**	0.001	สูงมาก

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ อยู่ในระดับสูงมาก ($r=0.807^{**}$, $p=0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ ได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่เป็นไปตามระบบขั้นตอน มีความชำนาญและมีความคล่องแคล่วในการให้บริการ ส่วนในด้าน การประสานงานการบริการ พบว่า เจ้าหน้าที่ประสานงานการบริการเป็นไปตามลำดับและมีการบริการที่ตรงตามความต้องการเป็นที่น่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ พบว่า ผู้รับบริการได้มีการแจ้งให้ทราบทุกครั้งเกี่ยวกับการให้บริการและอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการได้อย่างชัดเจน ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า การจัดสถานที่ที่มีความสะดวก มีความสะอาดอากาศถ่ายเทและเพียงพอต่อผู้มารับบริการ ที่จอดรถ ห้องน้ำ โทรศัพท์ สาธารณะที่นั่งคอยรับบริการ คู่มือและเอกสารให้ความรู้เพียงพอในการอำนวยความสะดวก⁽⁹⁾ ซึ่งปัจจัยการบริการโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อยู่ในระดับสูง ($M=4.10$, $SD=0.50$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการ

ศึกษาที่ผ่านมา⁽⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลค่ายเสนาณรงค์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลค่ายเสนาณรงค์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽⁵⁾ ได้ศึกษาคุณภาพการบริการที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการบริการด้านที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า คุณภาพการบริการด้านการตอบสนอง ความต้องการของผู้รับบริการ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และด้านการเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์กันระดับสูงในทิศทางเดียวกัน ส่วนคุณภาพการบริการด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการและด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จากการศึกษาพบว่ามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังนั้น ควรมีการปรับปรุงจัดทำป้ายบอกตำแหน่งให้เห็นชัดเจน ไม่ซับซ้อน และจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอให้กับผู้มารับบริการ

2. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ จากการศึกษาพบว่า ด้านความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ ต่อการได้รับการบริการตรงตามความต้องการ ถูกต้อง ครบถ้วน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังนั้น ควรมีการประเมินการให้บริการของเจ้าหน้าที่หรือให้มีการตั้งกล่องรับความคิดเห็นของ

ผู้มารับบริการเพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงการให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการ เกิดความพึงพอใจสูงสุด⁽¹⁵⁾

• ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ และในพื้นที่อื่นทุกปีงบประมาณอย่างต่อเนื่อง
2. ควรศึกษาการพัฒนานวัตกรรมบริการ หรืออาจจะ

นำเทคโนโลยีดิจิทัล มาพัฒนาแอปพลิเคชันต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการงานต่างๆ ผ่านแพลตฟอร์ม (platform) ต่างๆ

3. ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ตามภาระหน้าที่ของตนเองและเพื่อให้มีองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ

4. ควรศึกษาการพัฒนาระบบบริหารจัดการ โดยใช้หลักการมาภิบาลอย่างต่อเนื่อง โดยให้ทุกภาคส่วนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น (19-20)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจากคณาจารย์และผู้เกี่ยวข้องหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์จารี เกตุมาโร อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้คำแนะนำ ติดตามตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดีตลอด

มาจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณคณะผู้บริหารสำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ รวมถึงเพื่อนร่วมงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ ทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. คู่มือแนวทางปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.moph.go.th>.
2. อำนวย บุญรัตน์ไมตรี. แนวคิดการจัดทำบริการสาธารณสุขของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2559.
3. สำนักงานเทศบาลเมืองกระบี่ กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ. สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.krabicity.go.th/content/general>.
4. นาฏสิริ ผ่องมหิษฐ์. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลค่ายเสนาณรงค์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึง เมื่อ 29 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https:// kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/17207/4/6110521519.pdf](https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/17207/4/6110521519.pdf).
5. พัชรมน เชื้อนาคะ. คุณภาพการบริการที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 29 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: URL :<https://archive.cm.mahidol.ac.th/handle/123456789/2271.6>.
6. ช่อดาว เมืองพรหม. ความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลธนบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: URL :<https://e-research.siam.edu/kb/public-satisfaction-with-the-service-quality-of-thonburi-hospital>.

7. เทพนรินทร์ ทองสัมฤทธิ์. ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการงานทะเบียนราษฎรของเทศบาล ตำบลไม้เรียง อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารพุทธสังคมวิทยาปริทรรศน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 มิ.ย. 2567];4(2):1-15. เข้าถึงได้จาก: URL:<https://so01.tci-thaijo.org/index.php/gjournal-ksu/article/view/274125>.
8. สำนักงานทะเบียนราษฎรจังหวัดกระบี่. บัญชีครัวเรือนราษฎรจังหวัดกระบี่ ณ เดือน ธันวาคม 2563. กระบี่ : สำนักงานทะเบียนราษฎรจังหวัดกระบี่;2563.
9. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา บัณฑิตวิทยาลัย. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในเขตเทศบาลนคร สมุทรปราการ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: URL: <https://www.samutprakan city. go.th>.
10. สุธรรม วนาบัคค์ดี. ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการงานบริการสาธารณสุขเทศบาลนคร สงขลา อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึง เมื่อ 29 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: URL: https://www.songkhcity.go.th/files/com_content/2018-09/20180917_wm bcugnb.pdf.
11. วิรัตน์ ชนะสิมมา และทตมัล แสงสว่าง. คุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนที่ชำระภาษีท้องถิ่นกับเทศบาลตำบลหนองนาคำ กรณีศึกษาตำบลบ้านโคก อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึง เมื่อ 29 มิ.ย.2567];11(2). เข้าถึงได้จาก: URL: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/neuarj/article/view/246779>.
12. Yamane T. Statistic: An Introduction Analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row; 1976.
13. สุรเดช สำราญจิตต์. พฤติกรรมสุขภาพทางสาธารณสุข. เอกสารประกอบการสอนวิชา PHA 6303 พฤติกรรมสุขภาพทางสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2567.
14. ถาวร มาตัน และสาโรจน์ นาคจุ. ระเบียบวิธีวิจัยทางสาธารณสุข. เอกสารประกอบการสอนวิชา PHA 6301 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2567.
15. จันท์จारी เกตุมาโร. การบริหารการประชาสัมพันธ์และชุมชนสัมพันธ์.เอกสารประกอบการสอนวิชา PHA 7503 การบริหารการประชาสัมพันธ์และชุมชนสัมพันธ์.กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2567.
16. Hailemichael Kindie Abate and Chilot Kassa Mekonnen. Job Satisfaction and Associated Factors Among Health Care Professionals Working in Public Health Facilities in Ethiopia: A Systematic Review. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2021;14:821–30; Available form: <https://doi.org/10.2147/ JMDH.S300118>.
17. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, (NJ) : Prentice-Hall; 1977.
18. Davies JA. Elementary Survey Analysis. Englewood Cliffs, (NJ) : Prentice-Hall; 1971.
19. Maslow, Abraham H. Motivation and Personality. New York : Harpers and Row; 1970.

20. Maslow, Abraham H. *Motivation and Personality* (New York: Harper and Row Publisher, 1954), under A Theory of Human Motivation. Forbes [Internet]. 2018 [cited 2024 June 29]: [about 54 p]. Available from: http://s-f-walker.org.uk/pubsebooks/pdfs/Motivation_and_Personality-Maslow.pdf.
21. Shelly GB. *Business systems analysis and design*. Fullerton: Anaheim; 1975.
22. Millet, John D. *Management in public Services: the Quest of Effective Performance*. New York: McGraw-Hill; 1954.
23. Parasuraman A, Zeithaml VA and Berry LL. sSERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 1988;64: 12-40.

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ปกครองในการรับบริการ ทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ ณ คลินิกทันตกรรมเด็ก โรงพยาบาลหาดใหญ่

มัทนา มุสิกะพันธุ์*

กลุ่มภารกิจทันตกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่



วันรับ 7 พฤศจิกายน 2568



วันแก้ไข 2 มีนาคม 2569




วันตอบรับ 25 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การศึกษาภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจ และปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่มีความต้องการพิเศษ รวมถึงความคิดเห็นของผู้ปกครองที่มารับบริการทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก โรงพยาบาลหาดใหญ่ในช่วง เดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2567 จำนวน 123 ราย โดยใช้ข้อมูล 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง และผู้ป่วยจากแบบสอบถาม 2) ความพึงพอใจต่อการรักษาและบริการจากแบบสอบถาม 5 ด้าน (27 ข้อ) 3) ข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ผลการศึกษาพบ คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ถึง มากที่สุด และการวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจด้วย Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบกลุ่มอายุผู้ปกครองที่ต่างกัน มีความสัมพันธ์กับคะแนนความพึงพอใจในภาพรวม ($p = 0.00$) ต่อทันตแพทย์ ($p = 0.00$) และรูปแบบการบริการ ($p = 0.03$) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษาผู้ปกครองที่ต่างกัน พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนความพึงพอใจต่อทันตแพทย์ ($p = 0.04$) การศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มอายุ และระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่ต่างกัน มีผลต่อความพึงพอใจต่อทันตแพทย์และรูปแบบบริการ โดยพบประเด็นที่นำมาพัฒนา คือ การพัฒนาศักยภาพของทันตแพทย์ในการสื่อสารกับผู้ปกครองของผู้ป่วยที่มีอายุ และระดับการศึกษาที่ต่างกัน การออกแบบบริการทันตกรรมในเวลาราชการ รวมถึงสถานที่ให้บริการที่เอื้อความสะดวกในการเข้ารับบริการ ภายใต้การรักษาผู้ป่วยด้วยความเข้าใจถึงสภาวะร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยรวมถึงผู้ปกครอง ย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการรับบริการที่ดีขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ : บริการทันตกรรม ผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ ความพึงพอใจ อายุ ระดับการศึกษา

*ผู้รับผิดชอบหลัก,  : mmusekapan.mm@gmail.com

Factors associated with parents' satisfaction on dental service for special needs patients at pediatric dental clinic of Hatyai Hospital

Manthana Musikapan*

Dental Department , Hatyai Hospital

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine parents satisfaction and factors associated with satisfaction among parent of children with special health care needs who received dental services at the Pediatric Dental Clinic, Hatyai Hospital. The study also explored parents' opinions regarding the dental services provided. A total of 123 parents participated in the study between June and November 2024. Data were collected in three parts: (1) general information of parents and patients obtained through questionnaire, (2) parental satisfaction with dental treatment and services assessed using a 27-item questionnaire covering five domains, and (3) patient information obtained from medical records. The results showed that parents' satisfaction ranged from high to the highest level. Differences in satisfaction scores according to associated factors were analyzed using the Mann-Whitney U test and the Kruskal-Wallis test, with a significance level set at 0.05.. Differences in parental age groups showed significant differences in overall satisfaction ($p = 0.00$), satisfaction toward dentists ($p = 0.00$) and satisfaction toward service patterns ($p = 0.03$). In addition, Educational level differences were significantly associated with satisfaction toward dentists ($p = 0.04$). The findings indicate that parental age and educational level influence satisfaction with dentists and service patterns. Enhancing dentists' communication skills to suit parents with difference ages and educational backgrounds, along with designing dental services during regular office hours, including service settings that facilitate accessibility and treatment approaches that respect the physical and psychological conditions of patients and their parents dental care based on professional ethics and moral principles is expected to further enhance satisfaction and contribute to a better quality of life for children with special health care needs and their families.

Keywords : dental services, special needs patients, satisfaction, age, educational level

*Corresponding Author,  : mmusekapan.mm@gmail.com

บทนำ

เด็กพิเศษ (Special Child) หรือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (Special needs child) หมายถึง เด็กที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย พัฒนาการ จิตใจ ประสาทสัมผัส พฤติกรรม ความรู้ความเข้าใจ หรืออารมณ์ ภาวะดังกล่าวอาจมีมาตั้งแต่กำเนิด เกิดจากพัฒนาการ หรือเกิดขึ้นภายหลังจากโรค การบาดเจ็บ หรือสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม และอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง หรือข้อจำกัดอย่างมากในการทำกิจกรรมสำคัญในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่อาศัยความรู้เฉพาะทาง รวมถึงความตระหนักและความใส่ใจที่เพิ่มขึ้นต่างจากเด็กทั่วไป ⁽¹⁾ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ⁽²⁾ ได้จำแนกประเภทความพิการที่เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการเป็นพิเศษออกเป็นความพิการ 7 ประเภท คือ การมองเห็น การได้ยินหรือการสื่อความหมาย ร่างกาย หรือเคลื่อนไหว จิตใจหรือพฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก จากการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติและ ยูนิเซฟ ประเทศไทย ⁽³⁾ พบว่า มีเด็กในประเทศไทยในช่วงอายุ 2-17 ปี มีความพิการ 140,000 คน โดย ร้อยละ 27 ไม่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 4 ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลเมื่อป่วย นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต ⁽⁴⁾ พบว่าในกลุ่มเด็กวัย 5-9 ปี ประมาณ 1 ใน 14 คนมีพัฒนาการล่าช้า และรวมถึงโรคสมาธิสั้น ความบกพร่องด้านการเรียนรู้และปัญหาสุขภาพจิต

ในส่วนของสุขภาพช่องปากพบว่า เด็กที่มีความต้องการพิเศษมักมีอัตราการเกิดฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าเด็กทั่วไป อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ทักษะการแปรงฟันต่ำ พฤติกรรมไม่ร่วมมือ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ร่วมกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่จำกัด จากอุปสรรคทางความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม ปัจจัยทางด้านครอบครัว และระบบบริการ ^(5,6,7) การรักษาทางทันตกรรมเด็กพิเศษมีความยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะในกรณีที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ไม่สามารถใช้วิธีการรักษาแบบปกติได้ หรือในผู้ป่วยที่มีปริมาณ

งานที่ต้องรักษาจำนวนมาก ต้องให้การรักษากายใต้การดมยาสลบ ⁽⁸⁾ จากการศึกษาในปี ค.ศ.2021 พบว่าเด็กพิเศษที่ได้รับการรักษากายใต้การดมยาสลบมีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีฟันผุในระดับที่มาก หรือรุนแรง จึงเป็นเหตุผลว่า เด็กกลุ่มนี้ควรได้รับการส่งเสริมป้องกันมากขึ้น อีกทั้งหลังการให้การรักษากายใต้การดมยาสลบแล้ว ขาดการนัดหมายต่อเนื่อง และผู้ปกครองไม่ได้รับคำแนะนำให้เห็นความสำคัญการดูแลสุขภาพช่องปาก และการพบทันตแพทย์ตามนัดหมายต่อเนื่อง ^(9,10,11) ทศนคติในการตัดสินใจเลือกรับบริการเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความเชื่อมั่นหรือความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการ ⁽¹²⁾ Ali DA ปี ค.ศ. 2019 ⁽¹³⁾ ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจการรับบริการทางทันตกรรมจำแนกเป็น การบริการด้านการรักษา (clinical dental services) เกี่ยวข้องกับทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ วัสดุอุปกรณ์ และการบริการที่ไม่ใช่การรักษา (nonclinical services) เกี่ยวข้องกับสถานที่ การเข้าถึงบริการ เจ้าหน้าที่ต้อนรับและลงทะเบียนผู้ป่วย ผลการศึกษาพบคะแนนความพึงพอใจน้อย และควรได้รับการปรับปรุง ในส่วนของรูปแบบการให้บริการ เช่น ช่องทางการเข้ารับบริการ สถานที่ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยของอายุ เพศ ระดับการศึกษา วิถีชีวิต ประสบการณ์ทางการแพทย์ และความคาดหวังของผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล มีผลต่อความพึงพอใจต่อการรับบริการทางการแพทย์ ^(14,15) และบางการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางด้านร่างกายของเด็กพิเศษ มีผลต่อผู้ปกครองในการตัดสินใจไม่เข้ารับบริการทางทันตกรรม หรือไม่สนใจต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งส่งผลต่อการไม่เข้ารับการบริการ ⁽⁹⁾

งานทันตกรรมสำหรับเด็กโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นศูนย์ความเป็นเลิศสาขาสุขภาพช่องปากด้านเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อนของเขตสุขภาพที่ 12 ต้องมีการพัฒนาการบริการอย่างต่อเนื่อง จำนวนเด็กที่มีความต้องการเป็นพิเศษซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปีพ.ศ. 2565 มีจำนวน 91 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 138 และ

150 รายในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 ตามลำดับ โดยจาก ข้อมูลการให้บริการปีงบประมาณ 2567 พบว่าเด็กที่มีความต้องการเป็นพิเศษเข้ารับบริการทางทันตกรรมทั้งสิ้น จำนวน 150 รายนั้น ร้อยละ 32 เป็นกลุ่มออทิสติก รองลงมา ร้อยละ 26 เป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม หรืออารมณ์ ด้วยแนวคิดของการรักษาพยาบาลให้ได้ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพให้ความสำคัญ ทั้งมุมมองของผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ โดยในมุมมองผู้มารับบริการนั้น มีมาตรฐานโรงพยาบาลในด้าน ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย (Patient Needs and Expectations) ระบุไว้ว่า องค์กรรับฟังและ

เรียนรู้จากผู้ป่วย หรือ ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการ สุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง เพื่อให้มีข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ มาเรียนรู้ วิเคราะห์ ความต้องการ ความคาดหวัง และกำหนดทิศทาง วางแผน กลยุทธ์ การออกแบบระบบบริการ ปรับปรุงกระบวนการ ทำงาน และสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินการ ทั้งนี้ รวมไปถึงการมองมุมมองของความผูกพันของผู้ป่วย (Patient Engagement) ซึ่งประกอบไปด้วย ประสบการณ์ ของผู้ป่วย (Patient Experience) การประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ป่วย (Determination of Patient Satisfaction and Engagement)⁽¹⁶⁾

วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความ พึงพอใจของผู้ปกครอง และปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ ของผู้ปกครองในการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ป่วยเด็ก

ที่มีความต้องการเป็นพิเศษ รวมถึงความคิดเห็นของ ผู้ปกครอง เพื่อนำไปพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้

กรอบแนวคิดการศึกษา

การให้บริการทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็ก ความสำเร็จ ในการรักษาขึ้นกับ เด็ก ผู้ปกครอง และทันตบุคลากร โดยเฉพาะเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ผู้ปกครองเป็นปัจจัย หลักในการนำผู้ป่วยเด็กเข้ารับบริการทางทันตกรรม ความ พึงพอใจของผู้ปกครองเป็นการสะท้อนถึงแนวโน้มการเข้า รับบริการ และยังสามารถทราบความต้องการของผู้รับ บริการ⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ ความพึงพอใจ สามารถช่วยบอกถึง จุดแข็ง จุดอ่อนของหน่วยบริการ และนำไปสู่การวางแผน เพื่อพัฒนาคุณภาพการรักษาในอนาคตได้^(18, 19) โดยมี ประเด็นความพึงพอใจดังต่อไปนี้ 1) ความพึงพอใจต่อ ทันตแพทย์ 2) ความพึงพอใจต่อผู้ช่วยทันตแพทย์

3) ความพึงพอใจต่อวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ 4) ความ พึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการ และ 5) ความพึงพอใจ โดยรวมในการรักษา นำข้อมูลระดับความพึงพอใจ ในประเด็นต่าง ๆ มาวิเคราะห์หาว่าปัจจัยของผู้ป่วย ประวัติการรักษาทางทันตกรรมของผู้ป่วย และผู้ปกครอง มีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพึงพอใจ ของผู้ปกครอง เพื่อช่วยอธิบายความพึงพอใจในการเข้ารับ บริการอย่างเป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้องค์กรสามารถมุ่งเน้นการพัฒนาในปัจจัยที่สำคัญ ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

- **รูปแบบการศึกษา** เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study)
- **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก โรงพยาบาลหาดใหญ่ การคัดเลือกอาสาสมัครเป็นแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเกณฑ์การเข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กพิเศษทั้ง 7 ประเภท⁽²⁾ โดยจัดเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1) ความบกพร่องทางกายภาพ (Physical) ได้แก่ บุคคลที่มีความบกพร่องการมองเห็น ทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว กลุ่มที่ 2) ความบกพร่องของการพัฒนาการ (Development) ได้แก่ บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้ การได้ยิน หรือสื่อความหมาย และบุคคลออทิสติก กลุ่มที่ 3) ความบกพร่องทางอารมณ์และพฤติกรรม (Emotional and Behavior) โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Green 1991⁽²⁰⁾ $N \geq 50 + 8m$ โดย N คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ m คือ จำนวนปัจจัยที่ใช้ทำนายผลลัพธ์ ในที่นี้ m เท่ากับ 12 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณทั้งสิ้น 146 คน
- **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรักษาและบริการทันตกรรม พัฒนามาจากการศึกษาของ Ali DA ปี ค.ศ. 2019⁽¹³⁾ โดยการศึกษาครั้งนี้ออกแบบคำถามความพึงพอใจต่อ 5 ประเด็น ได้แก่ ทันตแพทย์

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ทั้งหมด 123 คน ในส่วนของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.3 อยู่ที่ช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ปี ร้อยละ 55.3 สิทธิการรักษามากที่สุดคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 52.8 รองลงมาคือสิทธิสวัสดิการรักษาข้าราชการ ร้อยละ 41.5 และสิทธิผู้พิการเพียง ร้อยละ 5.7 พบความบกพร่อง

ผู้ช่วยทันตแพทย์ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ รูปแบบการบริการ และความพึงพอใจโดยรวมในการรักษา 2) แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กพิเศษ และผู้ปกครอง 3) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน เช่น ชนิดความบกพร่อง งานที่ได้รับบริการ รูปแบบการบริการ ตมยาสลบหรือไม่ และการมารับการคงสภาพตามนัด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพการหาความถูกต้อง (Validity) ที่ 0.88 และความเชื่อมั่น (Reliability) ที่ 0.92 การเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2567 โดย ผู้ปกครองทำแบบสอบถามด้วยตนเอง และในรายที่ไม่สามารถอ่าน - เขียนได้ เช่น ผู้สูงอายุ ต่างด้าว จะได้รับการสัมภาษณ์โดยเจ้าหน้าที่ 1 ท่านในพื้นที่ที่จัดไว้ส่วนตัว

- **การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูป** โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ใช้สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ ได้แก่ Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05
- **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC 040-67-01 วันที่ 18 มิถุนายน 2567

ของการพัฒนาการ (Development) มากที่สุด ร้อยละ 50.4 รองลงมาคือ ความบกพร่องทางอารมณ์และพฤติกรรม (Emotional and Behavior) ร้อยละ 29.3 ในส่วนของผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.2 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดามารดา ร้อยละ 87.8 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 77.2 ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 58.5

ส่วนรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่รายได้อยู่ใน ช่วงน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 39.8 ในส่วนประวัติ ทางทันตกรรม พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาในรูปแบบการรักษาแบบรุกราน (Invasive treatment) เช่น การถอนฟัน ร้อยละ 51.2 รองลงมาคือ การบูรณะฟัน (Restoration) ร้อยละ 39.8 และการ

ส่งเสริมป้องกัน (Prevention) ร้อยละ 8.9 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยไม่ต้องดมยาสลบ ร้อยละ 80.5 ส่วนการนัด เพื่อคงสภาพภายหลังการรักษา (Maintenance) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการนัดติดตามการรักษาทุก 6 เดือน ร้อยละ 35.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ทั้งหมด 123 คน

		ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	%	
ผู้ป่วย	เพศ	- ชาย	84	68.3	
		- หญิง	39	31.7	
	กลุ่มอายุ	- ≤ 11 ปี	68	55.3	
		- 12-18 ปี	29	23.6	
		- > 18	26	21.1	
	สิทธิการรักษา	- สิทธิสวัสดิการรักษา ข้าราชการ	7	5.7	
		- หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	65	52.8	
		- ผู้พิการ	51	41.5	
	ประวัติ การรักษา ทางทันตกรรม	ความบกพร่อง	- ร่างกาย	25	20.3
			- พัฒนาการ	62	50.4
ชนิดงาน		- อารมณ์และพฤติกรรม	36	29.3	
		- ส่งเสริมป้องกัน	11	8.9	
วิธีการรักษา		- บูรณะฟัน	49	39.8	
		- รักษาแบบลูก้า	63	51.2	
การนัดเพื่อคงสภาพ		- ไม่ใช่ยา	99	80.5	
		- ใช้ยา(ภายใต้การดมยาสลบ)	24	19.5	
		- อยู่ระหว่างการรักษา	34	27.6	
		- ไม่สม่ำเสมอ	15	12.2	
	- ทุก 3 เดือน	30	24.4		
	- ทุก 6 เดือน	44	35.8		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ทั้งหมด 123 คน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	%
ผู้ปกครอง เพศ	- ชาย	17	13.8
	- หญิง	106	86.2
ความสัมพันธ์	- บิดา หรือมารดา	108	87.8
	- อื่นๆ	15	12.2
กลุ่มอายุ	- <40 ปี	28	22.8
	- ≥ 40	95	77.2
ระดับการศึกษา	- น้อยกว่าปริญญาตรี	72	58.5
	- ปริญญาตรี	48	39.0
	- มากกว่าปริญญาตรี	3	2.4
รายได้ครอบครัว ต่อเดือน	- < 10,000	49	39.8
	- ≥20,000	31	25.2

เมื่อแปลความหมายค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจตามเกณฑ์การแปลความหมายของ บุญชม ศรีสะอาด⁽²¹⁾ พบความพึงพอใจระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00) ความพึงพอใจระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50) โดยแบ่งการประเมินความพึงพอใจเป็น 5 ประเด็นคือ 1) ความพึงพอใจต่อทันตแพทย์ 7 หัวข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด เท่ากับ 4.85±0.36 ในเรื่องการอธิบายวิธีการรักษา ก่อนการรักษา และให้คำแนะนำหลังการรักษา ที่เข้าใจปฏิบัติได้ ทันตแพทย์มีความเต็มใจ ใส่ใจในการรักษา ปฏิบัติต่อผู้รับการรักษาด้วยความเสมอภาค เท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ และการให้ความรู้ ให้คำแนะนำวิธีการดูแลช่องปากผู้ป่วย ส่วนเรื่องการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษา ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุดที่ 4.59±0.54 2) ความพึงพอใจต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ค่าเฉลี่ย

สูงสุด 4.82±0.41 ในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์และสถานที่ โดยคำนึงถึงความสะอาด ปราศจากเชื้อ 3) ความพึงพอใจต่อวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ ค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.77±0.46 เรื่องสถานที่ให้บริการสะอาด ปลอดภัย และมีวัสดุอุปกรณ์ในการให้การรักษาที่เพียงพอ และทันสมัย ค่าเฉลี่ย 4.75±0.45 4) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการ ค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.82±0.38 ในเรื่องเอกสารการนัดหมายถูกต้องชัดเจน ส่วนการนัดหมายให้บริการช่วงนอกเวลาราชการ ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3.89±1.19 5) ความพึงพอใจโดยรวมในการรักษา ผู้ปกครองรู้สึกปลอดภัยในการเข้ารับการรักษา ค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.75±0.45 รองลงมา คือ การได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ ค่าเฉลี่ย 4.64±0.57 (ตารางที่2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนของความพึงพอใจและระดับความพึงพอใจ

	คะแนน	
	Mean ±SD	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจต่อทันตแพทย์ (35คะแนน)	33.28±2.27	
1.ทันตแพทย์รับฟัง พูดคุยให้ท่านคลายความกังวล และเปิดโอกาสให้ซักถาม	4.67±0.57	มากที่สุด
2.ทันตแพทย์ให้ข้อมูล คำแนะนำ และทางเลือกในการรักษา	4.73±0.51	มากที่สุด
3.ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษา	4.59±0.54	มากที่สุด
4.ทันตแพทย์ อธิบายวิธีการรักษาก่อนการรักษา และให้คำแนะนำ หลังการรักษา ที่เข้าใจ ปฏิบัติได้	4.76±0.45	มากที่สุด
5.ทันตแพทย์มีความเต็มใจ ใส่ใจในการรักษา ปฏิบัติต่อผู้รับการรักษาด้วยความเสมอภาค เท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ	4.85±0.36	มากที่สุด
6.ทันตแพทย์มีความรู้ความสามารถในการให้การรักษา และคำนึงถึงความปลอดภัย	4.85±0.39	มากที่สุด
7.ทันตแพทย์ ให้ความรู้ และแนะนำวิธีการดูแลช่องปากผู้ป่วย	4.85±0.36	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ (15 คะแนน)	14.14±1.14	
8.ผู้ช่วยทันตแพทย์มีความเต็มใจ ใส่ใจในการรักษา ปฏิบัติต่อผู้รับการรักษาด้วยความเสมอภาค เท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ	4.69±0.53	มากที่สุด
9.ผู้ช่วยทันตแพทย์มีความรู้ความสามารถในการช่วยให้การรักษา	4.63±0.52	มากที่สุด
10.ผู้ช่วยทันตแพทย์เตรียมอุปกรณ์และสถานที่โดยคำนึงถึงความสะอาด ปราศจากเชื้อ	4.82±0.41	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ (15 คะแนน)	14.15±1.20	
11.มีวัสดุอุปกรณ์ในการให้การรักษาที่เพียงพอ และทันสมัย	4.75±0.45	มากที่สุด
12.ห้องให้บริการเป็นสัดส่วน สะดวกในการให้บริการ	4.63±0.53	มากที่สุด
13.สถานที่ให้บริการสะอาด ปลอดภัย	4.77±0.46	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการ (55คะแนน)	48.63±5.30	

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนของความพึงพอใจและระดับความพึงพอใจ (ต่อ)

	คะแนน	
	Mean \pm SD	ระดับความพึงพอใจ
19.มีการนัดหมายติดตามต่อเนื่องทุก 3 เดือน	4.45 \pm 0.85	มาก
20.มีการนัดหมายติดตามต่อเนื่องทุก 6 เดือน	4.47 \pm 0.69	มาก
21.ท่านพึงพอใจในการนัดหมายให้บริการช่วงเช้า	4.39 \pm 0.85	มาก
22.ท่านพึงพอใจในการนัดหมายให้บริการช่วงบ่าย	4.10 \pm 1.09	มาก
23.ท่านพึงพอใจในการนัดหมายให้บริการช่วงนอกเวลาราชการ	3.89 \pm 1.19	มาก
24.ท่านรับทราบค่าใช้จ่ายก่อนการรับการรักษาครั้งต่อไป	4.27 \pm 0.93	มาก
ความพึงพอใจโดยรวมในการรักษา (15คะแนน)	14.00\pm1.40	
25.ท่านรู้สึกปลอดภัยในการเข้ารับการรักษา	4.75 \pm 0.45	มากที่สุด
26.ท่านได้รับการรักษา ช่วยเหลือ แก้ปัญหาตรงตามที่คาดหวัง	4.59 \pm 0.60	มากที่สุด
27.ท่านได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ	4.64 \pm 0.57	มากที่สุด
คะแนนรวม (135 คะแนน)	124.15\pm9.37	

สำหรับปัจจัยของผู้ป่วย ประวัติทางทันตกรรม และ ผู้ปกครองที่นำมาวิเคราะห์ความแตกต่างความพึงพอใจทั้ง 5 ด้าน และภาพรวมนั้น พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยของผู้ปกครองเท่านั้น โดยพบว่าอายุและระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีผลต่อความพึงพอใจต่อทันตแพทย์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00$ และ $p = 0.04$ ตามลำดับ) โดยผู้ปกครองที่อายุน้อยกว่า 40 ปี มีความพึงพอใจในทันตแพทย์มากกว่าผู้ปกครองที่อายุมากกว่า 40 ปี (34.07 ± 1.76 และ 33.05 ± 2.36 ตามลำดับ) และผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี มีความพึงพอใจในทันตแพทย์มากที่สุด (33.83 ± 2.05) รองลงมา คือ ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี ตามลำดับ (32.96 ± 2.36 และ 32.33 ± 2.52) นอกจากนี้อายุของผู้ปกครองยังมีผลต่อความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการ โดยผู้ปกครองอายุมากกว่า 40 ปี มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ปกครองอายุน้อยกว่า 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) โดยมีค่า Mean \pm SD ที่ 50.50 ± 5.20 และ 48.07 ± 5.23 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

เมื่อจำแนกตามข้อย่อยของความพึงพอใจที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่สัมพันธ์กับกลุ่มอายุของทั้ง 2 ด้าน คือ ทันตแพทย์ และรูปแบบการบริการ พบความแตกต่างของความพึงพอใจต่อทันตแพทย์ในข้อ 3 คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษา ($p = 0.02$) และข้อ 7 ทันตแพทย์ให้ความรู้และแนะนำวิธีการดูแลช่องปากผู้ป่วย ($p = 0.00$) และพบความแตกต่างของความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการในข้อ 23 ความพึงพอใจในการนัดหมายให้บริการช่วงนอกเวลาราชการ ($p = 0.00$) และข้อ 24 การได้รับทราบค่าใช้จ่ายก่อนการรับการรักษาครั้งต่อไป ($p = 0.00$) ส่วนระดับการศึกษาผู้ปกครองที่ต่างกันพบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจ 1 ด้าน คือ ทันตแพทย์ เมื่อจำแนกตามข้อย่อยของความพึงพอใจ พบความแตกต่างของความพึงพอใจต่อทันตแพทย์ในข้อ 5 คือ ทันตแพทย์มีความเต็มใจ ใส่ใจในการรักษา ปฏิบัติต่อผู้รับการรักษาด้วยความเสมอภาค เท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ ($p = 0.03$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 คะแนนความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของผู้ปกครอง

	คะแนนความพึงพอใจ											
	ทันตแพทย์		ผู้ช่วยทันตแพทย์		เครื่องมือ สถานที่		รูปแบบบริการ		การรักษา		คะแนนรวม	
	Mean ±SD	P- val ue	Mean ±SD	P- val ue	Mean ±SD	P- val ue	Mean ±SD	P- valu e	Mean ±SD	P- valu e	Mean ±SD	P- valu e
ความสัมพันธ์กับ												
ผู้ป่วย	33.31±2	0.8	14.10±1.	0.3	14.14±1	0.8	48.75±5	0.27	14.03±1	0.11	124.30±9	0.55
- พ่อ/แม่	.20	.9	.16	.2	.23	.3	.40		.43		.44	
(n=108)	33.07±2		14.40±0.		14.27±1		47.73±4		13.67±1		123.13±9	
- ญาติ หรือ ผู้ดูแล (n=15)	.79		.99		.03		.58		.23		.10	
เพศ												
- Male (n=17)	33.41±1	0.2	14.29±0.	0.7	13.93±1	0.3	49.18±3	0.87	14.24±0	0.87	125.06±5	0.73
- Female	.23	.0	.92	.6	.20	.1	.71		.75		.34	
(n=106)	33.26±2		14.11±1.		14.18±1		48.54±5		13.94±1		124.00±.	
	.40		.17		.20		.53		.49		.887	
กลุ่มอายุ												
- <40 (n=28)	34.07±1	0.0	14.43±0.	0.7	14.06±1	0.1	48.07±5	0.03	14.14±1	0.21	127.60±9	0.00
- ≥40 (n=95)	.76	0*	.99	.3	.24	.2	.23	*	.41		.20	*
	33.05±2		14.05±1.		14.46±1		50.50±5		13.93±1		123.14±9	
	.36		.17		.04		.20		.41		.22	
ระดับการศึกษา												
- ต่ำกว่าปริญญา ตรี (n=72)	32.96±2	0.0	13.97±1.	0.2	14.04±1	0.3	48.17±5	0.78	13.82±1	0.33	122.90±1	0.55
- ปริญญาตรี	.36	4*	.27	.5	.27	.9	.96		.52		.70	
(n=48)	33.83±2		14.38±0.		14.35±1		49.23±4		14.23±1		126.02±6	
- สูงกว่าปริญญา ตรี (n=3)	.05		.94		.06		.19		.22		.69	
	32.33±2		14.13±1.		13.67±1		50.00±4		14.00±1		124.33±.	
	.52		.15		.53		.58		.00		.71	
รายได้ครอบครัว												
- < 5,000 - 10,000 (n=49)	33.12±2	0.6	14.04±1.	0.6	14.22±1	0.8	48.04±6	0.85	13.93±1	0.42	123.37±1	0.73
- 10,001-20,000	.31	.8	.27	.8	.16	.3	.09		.53		.79	
(n=43)	33.34±2		14.26±1.		14.12±1		48.84±5		14.12±1		124.58±1	
- 20,001 (n=31)	.38		.07		.22		.29		.35		.08	
	33.45±2		14.13±1.		14.10±1		49.26±3		13.87±1		124.80±5	
	.11		.02		.27		.8		.31		.16	

The Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test ,P-value <.05

ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจต่อทันตแพทย์ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการในแต่ละข้อย่อยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในกลุ่มอายุ และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

	กลุ่มอายุผู้ปกครอง			ระดับการศึกษาผู้ปกครอง			
	Mean ±SD		p-value	Mean ±SD			p-value
	<40 (n=28)	≥40 (n=95)		ต่ำกว่า ปริญญาตรี (n=72)	ปริญญาตรี (n=48)	สูงกว่า ปริญญาตรี (n=3)	
ความพึงพอใจต่อทันตแพทย์ (Dentist)	0.00*			0.03*			
1.ทันตแพทย์รับฟัง พูดคุยให้ท่านคลายความกังวล และเปิดโอกาสให้ ชักถาม	4.75±0.52	4.64±0.62	0.54	4.59±0.66	4.77±0.42	4.67±0.58	0.36
2.ทันตแพทย์ให้ข้อมูล คำแนะนำ และทางเลือกในการรักษา	4.89±0.31	4.68±0.55	0.07	4.65±0.56	4.85±0.41	4.67±0.57	0.07
3.ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษา	4.82±0.39	4.52±0.56	0.02*	4.50±0.56	4.70±0.50	4.67±0.58	0.09
4.ทันตแพทย์ อธิบายวิธีการรักษาก่อนการรักษา และให้คำแนะนำหลังการรักษา ที่เข้าใจ ปฏิบัติได้	4.82±0.39	4.74±0.46	0.08	4.72±0.48	4.81±0.39	4.67±0.58	0.57
5.ทันตแพทย์มีความเต็มใจ ใส่ใจในการรักษา ปฏิบัติต่อผู้รับการรักษาด้วยความเสมอภาค เท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ	4.85±0.36	4.4±0.37	0.35	4.83±0.38	4.89±0.31	4.33±0.58	0.03*
6.ทันตแพทย์มีความรู้ความสามารถในการให้การรักษา และคำนึงถึงความปลอดภัย	4.93±0.26	4.82±0.41	0.06	4.81±0.43	4.92±0.28	4.67±0.58	0.22
7.ทันตแพทย์ ให้ความรู้ และแนะนำวิธีการดูแลช่องปากผู้ป่วย	5.00±0.00	4.81±0.39	0.00*	4.84±0.36	4.88±0.33	4.67±0.58	0.60
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการ (Pattern of Service)	0.04*			0.78			
14.จนท.มีความสนใจ และเต็มใจช่วยแก้ปัญหาให้ท่าน	4.61±0.69	4.52±0.68	0.70				
15.จนท.มีความรวดเร็วในการให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านขอความช่วยเหลือ	4.57±0.63	4.44±0.75	0.57				
16.จนท.พูดอธิบายขั้นตอนการมารับบริการให้ท่านเข้าใจชัดเจน	4.60±0.57	4.59±0.69	0.86				
17.เอกสารการนัดหมายถูกต้องชัดเจน	4.89±0.31	4.80±0.40	0.41				
18.ท่านได้รับความสะดวกในการติดต่อนัดหมาย หรือเลื่อนนัด	4.82±0.39	4.58±0.61	0.67				
19.มีการนัดหมายติดตามต่อเนื่องทุก 3 เดือน	4.64±0.62	4.39±0.90	0.89				
20.มีการนัดหมายติดตามต่อเนื่องทุก 6 เดือน	4.61±0.57	4.43±0.72	0.08				
21.ท่านพึงพอใจในการนัดหมายให้บริการช่วงเช้า	4.64±0.62	4.32±0.89	0.14				
22.ท่านพึงพอใจในการนัดหมายให้บริการช่วงบ่าย	4.25±1.04	4.05±1.10	0.61				
23.ท่านพึงพอใจในการนัดหมายให้บริการช่วงนอกเวลา ราชการ	4.29±0.98	3.77±1.22	0.00*				
24.ท่านรับทราบค่าใช้จ่ายก่อนการรับการรักษาครั้งต่อไป	4.57±0.69	4.19±0.97	0.00*				

The Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test ,P-value <.05

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม

จากการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ปกครอง ตอบแบบสอบถามในส่วนของข้อเสนอแนะแสดงความคิดเห็นจำนวน 42 ราย คิดเป็น ร้อยละ 34 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด โดยรวมแล้วผู้ปกครองมีทัศนคติเชิงบวกต่อการรับบริการทันตกรรม โดย ร้อยละ 74 ของผู้ให้ข้อเสนอแนะเป็นคำชมเชย ในมิติของทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ และการให้บริการ โดยเฉพาะในประเด็นเรื่อง

การให้บริการที่ดี ความเอาใจใส่ ให้ข้อมูลคำแนะนำที่ดีไม่เลือกปฏิบัติ และร้อยละ 26 ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นน่าสนใจ คือ สถานที่ให้บริการค่อนข้างคับแคบโดยเฉพาะกลุ่มผู้พิการ ไม่สะดวกสบาย ที่นั่งรอน้อย ในส่วนระบบบริการ การเรียกคิวไม่ได้ยิน ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะที่ดีในการปรับปรุงสถานที่และพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพดีขึ้นต่อไป

อภิปรายผล

จากการศึกษาเมื่อให้ความหมายตามเกณฑ์แปลความหมายค่าเฉลี่ยของบุญชม ศรีสะอาด และคณะ ปีพ.ศ. 2560⁽²¹⁾ พบว่า ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในภาพรวมของระบบบริการ 5 ด้าน อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของกลุ่มอายุผู้ปกครองที่ต่างกันต่อคะแนนความพึงพอใจในภาพรวม ต่อทันตแพทย์ และรูปแบบการบริการ โดยการศึกษาพบว่ากลุ่มอายุที่น้อยกว่า 40 ปีมีแนวโน้มความพึงพอใจต่อทันตแพทย์และรูปแบบการบริการมากกว่ากลุ่มอายุที่มากกว่า 40 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Harp และคณะ⁽²²⁾ อธิบายได้ว่า ผู้ปกครองที่มีอายุต่างกัน เมื่อมองด้านประสบการณ์และความคาดหวังต่อบริการทันตกรรม ผู้ปกครองที่มีอายุน้อยกว่าอาจจะคุ้นเคยกับเทคโนโลยีและวิธีการรักษาที่ทันสมัยมากขึ้น รวมถึงอาจมีการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากได้ง่ายกว่า ในขณะที่ผู้ปกครองที่มีอายุมากขึ้นอาจให้ความสำคัญกับความน่าเชื่อถือ ความเอาใจใส่ และประสบการณ์ของทันตแพทย์เป็นหลัก หากมองในด้านทัศนคติ ผู้ปกครองอายุน้อยอาจมองทันตแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำและร่วมตัดสินใจ ในขณะที่ผู้ปกครองที่มีอายุมากกว่าอาจมองทันตแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญที่ต้องเชื่อถือและปฏิบัติตามคำแนะนำในทางตรงกันข้ามมีการศึกษาของ Da Silva และคณะ⁽²³⁾ และ Rahmqvist⁽²⁴⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากมีความระดับความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อย โดย

การศึกษานี้ แบ่งกลุ่มอายุผู้ปกครองออกเป็น “มากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี” และ “น้อยกว่า 40 ปี” ด้วยเหตุผลของพัฒนาการทางจิตใจของมนุษย์ ของ Erik Erikson’s Psychosocial Development Theory⁽²⁵⁾ กลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี เป็นวัยกลางคน และสูงอายุ มักแตกต่างจากผู้ปกครองที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ (21-40 ปี) ซึ่งอาจส่งผลต่อความต้องการ ความคาดหวัง มุมมอง และความพึงพอใจต่อการบริการที่ต่างกัน

ส่วนผลของปัจจัยระดับการศึกษาผู้ปกครองที่ต่างกัน ในระดับความพึงพอใจต่อทันตแพทย์ในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมีความพึงพอใจต่อทันตแพทย์มากกว่าระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี และ ระดับการศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรีมีความพึงพอใจที่น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ⁽²⁶⁾ อธิบายได้ว่า ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่างกันอาจส่งผลต่อความเข้าใจในเรื่องสุขภาพช่องปาก ความคาดหวังต่อการรักษา และความสามารถในการประเมินคุณภาพของบริการ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าอาจมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา และผลลัพธ์ที่คาดหวังมากขึ้น รวมถึงอาจมีการประเมินทัศนคติของทันตแพทย์ที่ซับซ้อนกว่าโดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงอาจให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงลึก และความโปร่งใสในการรักษา ในขณะที่ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอาจให้ความสำคัญกับความเข้าใจง่าย ความเป็นมิตร และ

ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ โดยศึกษาของ Da silva และคณะ⁽²³⁾ พบผู้ป่วยครองที่มีระดับการศึกษาสูง มักมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา และความสำคัญของสุขภาพช่องปากมากกว่า จึงส่งผลให้มีความร่วมมือ และมีความพึงพอใจต่อการรักษามากขึ้น ส่วนการศึกษาของ Al Ghanem และคณะ⁽²⁷⁾ และ Balhaddad และคณะ⁽²⁸⁾ พบว่าผู้รับบริการที่มีการศึกษาสูง มีแนวโน้มความพึงพอใจต่ำเนื่องจากมีความคาดหวังสูง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจที่แตกต่างกันทั้งในประเด็นการให้ความรู้ และวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย รวมถึงการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา การรับทราบค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งต่อไป โดยพบว่าประเด็นเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการสื่อสารระหว่างทันตแพทย์และผู้รับบริการ ซึ่งให้เห็นว่าการสื่อสารในการให้บริการของทันตแพทย์ควรปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มอายุของผู้ปกครองที่แตกต่างกัน ดังนั้น การให้ข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เพียงพอและตรงประเด็นย่อมส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจต่อการรับบริการทันตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Szabo และคณะ⁽²⁹⁾ ที่พบว่าระดับความพึงพอใจที่สูงเป็นผลจากการสื่อสารที่ดี บุคลากรที่มีความชำนาญ และการให้คำแนะนำที่ดี นอกจากนี้ในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจที่แตกต่างกัน ในประเด็นการจัดบริการนอกเวลาราชการ โดยกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี มีความพึงพอใจน้อยกว่า และคะแนนที่ต่ำ (3.77 ± 1.22) อาจเนื่องมาจากการรับบริการนอกเวลาราชการมีข้อจำกัดด้านเวลาที่รับบริการและมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม ดังนั้น การเน้นจัดระบบบริการในเวลาราชการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น อาจเป็นทางเลือกสำหรับผู้ปกครองของผู้ป่วยบางรายที่มีข้อจำกัดดังกล่าว

สำหรับผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน อาจส่งผลต่อการให้ความสำคัญต่อทัศนคติของทันตแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ในประเด็นความเต็มใจ ใส่ใจในการรักษา ปฏิบัติต่อผู้รับบริการรักษาด้วยความเสมอภาค เท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ ดังนั้น ทันตแพทย์ควรให้การดูแล

รักษาผู้ป่วย ด้วยความเข้าใจสภาวะร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยรวมถึงผู้ปกครอง โดยสื่อสารให้ผู้ปกครองเห็นถึงความเต็มใจ และใส่ใจในการรักษาของทันตแพทย์

นอกจากนั้นในประเด็นที่มีความพึงพอใจในระดับมาก ควรพัฒนาให้ดีขึ้นทั้งประเด็นการนัดหมายติดตามต่อเนื่อง ในระยะเวลา 3 เดือน หรือ 6 เดือน และประเด็นเวลาการนัดหมายช่วงเช้า หรือบ่าย อาจเกิดจากไม่ตรงกับความสะดวก หรือความต้องการของผู้ปกครอง ดังนั้น ในการนัดหมายควรพิจารณาถึงความสะดวก หรือความต้องการของผู้ปกครองร่วมด้วย แต่ในผู้ป่วยบางรายที่การนัดไม่ตรงตามความต้องการของผู้ปกครอง ควรได้รับการอธิบายความจำเป็น เช่น ประเมินสภาวะในช่องปากแล้วจำเป็นต้องนัดในระยะเวลา 3 เดือน ช่วงเวลาในการทานยาที่มีผลต่อพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือ เป็นต้น อีกประเด็นคือการรับทราบค่าใช้จ่ายก่อนการรับการรักษาครั้งต่อไป ทั้งในกรณีที่มีหรือไม่มีค่าใช้จ่าย นอกจากแจ้งโดยการบอกกับผู้ปกครองแล้วอาจต้องมีเอกสารร่วมด้วยในรายที่มีค่าใช้จ่าย

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม ในประเด็นสถานที่ที่ค่อนข้างคับแคบโดยเฉพาะกลุ่มผู้พิการ ได้ดำเนินการจัดให้มีห้องทันตกรรมสำหรับผู้มีความต้องการพิเศษ โดยมีห้องแยกเป็นสัดส่วน สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยพร้อมรถเข็นได้สะดวก มียูนิตทำฟันเฉพาะทาง รวมถึงปรับปรุงห้องน้ำสำหรับผู้พิการ อย่างไรก็ตามพื้นที่นั่งพักคอยน้อยเป็นข้อจำกัดในเรื่องสถานที่ แต่นำระบบการนัดหมายเป็นช่วงเวลาเพื่อลดความแออัดของพื้นที่รอคอย ส่วนประเด็นการเรียกคิวไม่ได้ยินมีแผนปรับปรุงทั้งระบบเป็นการเรียกคิวขึ้นหน้าจอบนจอติดจอ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาน้อยกว่าจำนวนที่ได้จากการคำนวณเนื่องจากจำนวนประชากรเป้าหมายมีจำนวนไม่มากอีกทั้งมีบางส่วนไม่สามารถมาได้ตามการนัดหมาย อาจมีสาเหตุจากสภาวะร่างกายที่เจ็บป่วยบ่อยครั้งทำให้มีความไม่พร้อมในการรับการรักษาทางทันตกรรมและการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

สรุปผล

ความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มารับบริการอยู่ในระดับมาก ถึง มากที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงความไว้วางใจและความพึงพอใจต่อคุณภาพของการให้บริการในภาพรวม โดยปัจจัยของผู้ปกครองที่มีกลุ่มอายุที่ต่างกันมีผลต่อความพึงพอใจในภาพรวมต่อทันตแพทย์ และรูปแบบการบริการ สำหรับกลุ่มผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีผลต่อความพึงพอใจต่อทันตแพทย์เท่านั้น และพบประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ คือ การสื่อสารของทันตแพทย์ที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุ และระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่แตกต่างกัน การจัดบริการ

ในเวลาราชการให้เข้าถึงได้ง่าย สะดวกในการรับบริการ การดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจสภาวะร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยรวมถึงผู้ปกครอง และจัดให้มีห้องทันตกรรมสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษ โดยมีห้องแยกเป็นสัดส่วนสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยพร้อมรถเข็นได้สะดวก มียูนิคิตทำฟันเฉพาะทาง รวมถึงปรับปรุงห้องน้ำสำหรับผู้พิการ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ และเพิ่มระดับความพึงพอใจในการรับบริการ ส่งผลให้เกิดความตระหนักในการรักษาต่อเนื่องในระยะคงสภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. ทันตบุคลากรควรได้รับการส่งเสริมทักษะในการสื่อสารที่ดี และการให้ข้อมูลที่เหมาะสมตามความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น อายุ และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง
2. การจัดบริการในเวลาราชการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย และสะดวก เช่น มีช่องทางพิเศษในการเข้ารับบริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และ ประสานงานในการให้

- ข้อมูลบริการกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน เทศบาล รพสต. รวมทั้งประชาสัมพันธ์การบริการในหลายช่องทาง
3. การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากับผู้ปกครองในแต่ละกลุ่มอายุหรือกลุ่มระดับการศึกษาจะช่วยให้เข้าใจถึงเหตุผลเบื้องหลังความพึงพอใจที่แตกต่างกันได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. in: The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry; 2025.
2. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. ประเภทความพิการ 7 ประเภท ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dep.go.th>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ยูนิเซฟ ประเทศไทย. รายงานสถานการณ์เด็กและเยาวชนที่มีความพิการในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2025 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/th/reports/2565>.
4. สำนักข่าวออนไลน์ Hfocus. ห่วง! สุขภาพจิตเด็กไทย 5-9 ปี พบ 1 ใน 14 คนมีพัฒนาการล่าช้า [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/>

5. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MD, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc* 2012;143(8): 838-46.
6. Mehta V, Tripathy S, Merchant Y, Mathur A, Negi S, Shamim MA, et al. Oral health status of children with intellectual and developmental disabilities in India: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr* 2024;24:748.
7. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Spec Care Dentist* 2010;30(3):110-7.
8. Ismail N, Isa KAM, Wan Mokhtar I. A Randomised Crossover Trial of Behaviour Guidance Techniques on Children with Special Health Care Needs during Dental Treatment: physiological variations. *Children (Basel)* 2022;9(10):1-13.
9. Biasotto M, Poropat A, Porrelli D, Ottaviani G, Rupel K, Preda MTB, et al. Dental Treatment in Special Needs Patients and Uncooperative Young Children: a retrospective study. *Medicina (Kaunas)* 2024;60(1):1-10.
10. Molina G, Zar M, Dougall A, McGrath C. Management of dental caries lesions in patients with disabilities: update of a systematic review. *Front Oral Health* 2022;3:980048.
11. López-Velasco A, Puche-Torres M, Cañizares-Hernández FJ, Silvestre FJ. General anesthesia for oral and dental care in paediatric patients with special needs: a systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2021;26(4):510-9.
12. พงศกร รังศิลป์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสำคัญกับการตัดสินใจซื้อสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภคในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์* 2551;14(2):307-20.
13. Ali DA. Patient satisfaction in Dental Healthcare Centers. *Eur J Dent* 2016;10(3):309-14.
14. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45:1829-43.
15. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 1992;14(3):236-49.
16. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน); 2565.*
17. Omar O, Sawmong S. Customer Satisfaction and Loyalty to British Supermarkets. *J Food Prod Mark* 2007;13(2):19-32.
18. Handelman SL, Fan-Hsu J, Proskin HM. Patient satisfaction in four types of dental practice. *J Am Dent Assoc* 1990;121(5):624-30.
19. Cohen G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med* 1996;42(7): 1085-93.
20. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behav Res* 1991;26(3):499-510.
21. บุญชม ศรีสะอาด. *การวิจัยเบื้องต้น. ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.*

22. Harp B, de Riese C, de Riese WTW. Association of Age and Patient Satisfaction Scores: a systematic review. *Urol Pract* 2024;11(6):906-14.
23. Da Silva NB, Martiniano SG, Cardoso AMR, Cavalcanti YW, Figueiredo N, Padilha WWN. User satisfaction with Dental Specialty Centers in Brazil: proposal of satisfaction index and associated factors. *Community Dent Oral Epidemiol* 2022;50(1):67-73.
24. Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *Int J Qual Health Care* 2001;13(5):385-90.
25. Vogel-Scibilia SE, McNulty KC, Baxter B, Miller S, Dine M, Frese FJ. The recovery process utilizing Erikson's stages of human development. *Community Ment Health J* 2009;45(6):405-14.
26. Lee KT, Chen CM, Huang ST, Wu YM, Lee HE, Hsu KJ, et al. Patient satisfaction with the quality of dental treatment provided by interns. *J Dent Sci* 2013;8(2):177-83.
27. Al Ghanem EJ, AlGhanem NA, AlFaraj ZS, AlShayib LY, AlGhanem DA, AlQudaihi WS, et al. Patient satisfaction with dental services. *Cureus* 2023;15(11):e49223.
28. Balhaddad AA, Alshammari A, AlqADi A, Nazir MA. Patient satisfaction with dental services and associated Factors in a Saudi dental Institution. *J Clin Diagn Res* 2018;12(12):35-9.
29. Szabo RM, Buzas N, Braunitzer G, Shedlin MG, Antal MA. Factors influencing patient satisfaction and loyalty as perceived by dentists and their patients. *Dent J (Basel)* 2023;11(2):49.

การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย ในเขตสุขภาพที่ 6

ศิริพร จริยาจิรวัฒนา*
นางลักษณ์ สุขเยี่ยม
ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี



วันรับ 4 ธันวาคม 2568



วันแก้ไข 19 มีนาคม 2569



วันตอบรับ 25 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) นี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ เพื่อศึกษาการขับเคลื่อนและประเมินผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัยในเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ กรรมการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 77 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เอกสารรายงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนมกราคม 2567 ผลการวิจัยพบว่า การขับเคลื่อนงานผ่านกลไกคณะกรรมการระดับเขต ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผน 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย 3) การกำกับ ติดตาม และประเมินผล 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลการตรวจราชการ 5) การยกย่องเชิดชูเกียรติ และการประเมินผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัยภายใต้กรอบนโยบาย และยุทธศาสตร์ของกรมอนามัยร่วมกับการใช้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาพื้นที่ เพื่อจัดทำแผนบูรณาการระดับเขตสุขภาพที่ดำเนินการร่วมกันทั้ง 8 จังหวัด และแผนงาน/โครงการระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ และถ่ายทอดแผนงานสู่การปฏิบัติ ด้านกระบวนการ ภาคีเครือข่ายแต่ละภาคส่วนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงาน สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ มีการดำเนินการตามมาตรฐาน และกฎหมายที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการสื่อสารองค์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 มีแนวทางในการขับเคลื่อนงาน ดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) สร้างมาตรการสำคัญและวางแผนงาน 3) สร้างเครือข่าย 4) สร้างความรอบรู้สุขภาพ และ 5) กำกับ ติดตาม ซึ่งผลการดำเนินงานส่วนใหญ่ผ่านค่าเป้าหมาย ได้แก่ เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 58.6 การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 13.4 วัยทำงานอายุ 15-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 52.6 และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะฟุ้งฟิง ร้อยละ 97.2 ข้อเสนอแนะ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงครอบคลุมปัจจัยด้านบุคคลและสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก ส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพดี

คำสำคัญ : การขับเคลื่อนงาน การส่งเสริมสุขภาพ ประชากรทุกช่วงวัย เขตสุขภาพที่ 6

*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ : ptana07@outlook.com

Driving and Evaluation of Health Promotion Operations for Populations Across the Life Course in Health Region 6

Siripon Jariyajirawattana*

Nongluck Sukiam

Regional Health Promotion Center 6, Chon Buri

Abstract

This evaluation research applied System Theory to investigate the driving mechanisms and evaluate the outcomes of health promotion operations for populations across all age groups in Health Region 6. The sample consisted of 77 participants, including executives, health promotion practitioners, and administrative members of Local Administrative Organizations within Health Region 6. The research instruments included in-depth interview guides and relevant operational summary reports. The study was conducted between October 2022 and January 2024. The findings revealed that the driving mechanisms through regional committee structures comprised five key components: 1) situational analysis and planning, 2) capacity building for personnel and partner networks, 3) monitoring and evaluation, 4) knowledge exchange and synthesis of governmental inspection results, and 5) recognition and honorary awards. Regarding the systematic evaluation: Input: Health Region 6 operated under the policy framework and strategies of the Department of Health, integrated with local situational data. This resulted in a regional integrated plan covering eight provinces, alongside provincial-level 3 projects tailored to specific local contexts. Process: Partner networks from various sectors actively participated in driving the operations, providing resource and budgetary support. Operations adhered to relevant standards and regulations, incorporating health communication strategies to foster behavioral changes for improved well-being. Output/Outcome: The driving model in Health Region 6 followed a five-step process: 1) situational analysis, 2) strategic measures and planning, 3) network building, 4) health literacy enhancement, and 5) monitoring and evaluation. Most operational results achieved their targets, including: 58.6% of children aged 6–14 years meeting height and weight standards; a 13.4% repeat pregnancy rate among females under 20; 52.6% of the working-age population (15–59 years) having a normal Body Mass Index (BMI); and 97.2% of the elderly being non-dependent. Recommendations: The study suggests focusing on systematic participation and linking personal factors with complex environmental determinants. This approach aims to enhance health management capabilities and promote positive behavioral changes, ultimately leading to sustainable health outcomes.

Keywords : Driving Mechanism, Health Promotion, Populations Across the Life Course, Health Region 6

*Corresponding Author,  :ptana07@outlook.com

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2580) เป็นแผนการพัฒนาระดับประเทศที่กำหนดกรอบและแนวทางการพัฒนาให้หน่วยงานของรัฐทุกภาคส่วนดำเนินการเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ประเทศไทยที่ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมียุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ เป็น 1 ใน 6 ยุทธศาสตร์ เป้าหมายสำคัญคือ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยทุกช่วงวัย⁽¹⁾ ยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) กำหนดวิสัยทัศน์ให้กระทรวงสาธารณสุข “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี” เป้าหมายคือ “ประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ 1 ใน 4 ยุทธศาสตร์ คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ มี 4 แผนงาน 1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) 2) การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 3) การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และ 4) การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม⁽²⁾

การส่งเสริมสุขภาพเป็นการจัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบครอบคลุมทุกกลุ่มวัย และมีการเชื่อมโยงการส่งเสริมสุขภาพจากกลุ่มวัยหนึ่งไปยังอีกกลุ่มวัยหนึ่งเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ระบบสุขภาพเป็นระบบที่ต้องมีการทำงานร่วมกันอย่างมีส่วนร่วม ในระบบนิเวศวิทยาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคลและสภาพแวดล้อมเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ⁽³⁾ ในปี 2566 เขตสุขภาพที่ 6 มีประชากรทั้งสิ้น 6,318,721 คน ส่วนใหญ่เป็นประชากรกลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 65.70 ข้อมูลสถานการณ์งานส่งเสริมสุขภาพตามช่วงวัยของเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2563-2565 ส่วนใหญ่ไม่ผ่านค่าเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มแม่และเด็ก วัยเรียนวัยรุ่น อัตราการตายของแม่มีแนวโน้มสูงขึ้นและสูงกว่าค่าเป้าหมายตั้งแต่ ปี 2563-2565 โดยพบอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 28.6 38.9 และ 31.6 ต่อ

การเกิดมีชีพแสนคน เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าค่าเป้าหมายมาโดยตลอด แต่ปี 2565 กลับลดลงต่ำกว่าเป้าหมายอาจสืบเนื่องจากการแพร่ระบาดของ COVID 19 เด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วน อ้วน เตี้ย ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพเด็ก และวัยรุ่น ปี 2563-2565 อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปีต่อหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นลดลงแต่ยังไม่บรรลุค่าเป้าหมาย กลุ่มวัยทำงานปัญหา คือ ค่าดัชนีมวลกายปกติมีแนวโน้มลดลงจากปี 2563-2565 อย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 55.0, 54.1 และ 53.1 ตามลำดับ

ศูนย์อนามัยที่ 6 เป็นหน่วยงานหลักระดับพื้นที่ (Regional Lead) มีหน้าที่ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพเพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีพื้นที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว และสมุทรปราการ

การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาศูนย์อนามัยที่ 6 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการภายใต้นโยบาย และแผนงาน/โครงการสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัยของกรมอนามัย โดยถ่ายทอดระดับนโยบายและแผนงานจากจังหวัดสู่ระดับอำเภอ และพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล สถานศึกษา สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สถานประกอบการ ผู้นำชุมชน อสม. เป็นต้น ซึ่งแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่สามารถทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมาย ดังนั้น ศูนย์อนามัยที่ 6 จึงร่วมกับสำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 ในการรวบรวม วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาของพื้นที่เพื่อ

กำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันผ่านกลไกคณะกรรมการระดับเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 6 ระยอง เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกลไกระดับประเทศสู่ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ตั้งแต่กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีทุกช่วงวัย และเพื่อติดตามการขับเคลื่อนงานโดยอาศัย

กลไกดังกล่าว ผู้วิจัยจึงศึกษา “การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย ในเขตสุขภาพที่ 6” เพื่อศึกษาการขับเคลื่อนและประเมินผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย ในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนต่อไป

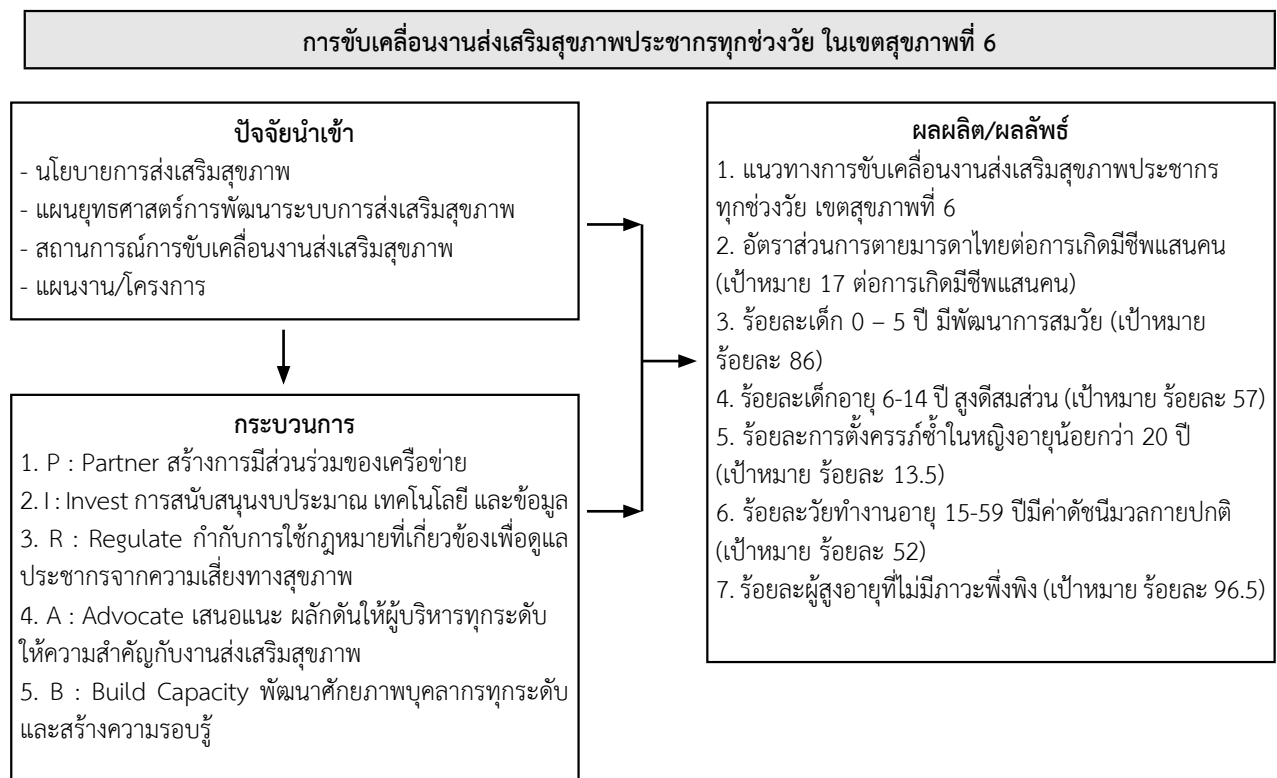
วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย ในเขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย ในเขตสุขภาพที่ 6

กรอบแนวคิดการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) ของแชลโต (Certo, 2006) เพื่อศึกษาการขับเคลื่อน และประเมินผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากร

ทุกช่วงวัย ในเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. ปัจจัยนำเข้า (Input) 2. กระบวนการ (Process) 3. ผลลัพธ์ (Output) ดังกรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อศึกษาการขับเคลื่อนและประเมินผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย ในเขตสุขภาพที่ 6 โดยกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหาใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ เซลโต (Certo, 2006) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) คือ การนำนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพสู่การขับเคลื่อนงาน และการวิเคราะห์สถานการณ์การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 2) กระบวนการ (process) ประยุกต์ใช้กลยุทธ์ PIRAB ในการประเมินกระบวนการ ได้แก่ P : Partner สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย I : Invest การสนับสนุนงบประมาณ เทคโนโลยี และข้อมูล R : Regulate กำกับการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลประชากรจากความเสี่ยงทางสุขภาพ A : Advocate เสนอแนะ ผลักดันให้ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพ B : Build Capacity พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ และสร้างความรอบรู้ 3) ผลผลิต/ผลลัพธ์ คือ แนวทางการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ประชากรทุกช่วงวัย และภาวะสุขภาพกลุ่มวัย

1. ประชากรที่ศึกษา เป็น ผู้บริหารที่มีบทบาทในการวางแผนการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ ติดตามและกำกับการขับเคลื่อนงานฯ ผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัยที่ 6 และคณะกรรมการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เขตสุขภาพที่ 6

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ประธานและเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคภัยสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม(CHPPO) เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 2 คน

2.2 หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย 8 จังหวัด ๆ ละ 3 คน รวม 24 คน

2.3 ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ศูนย์อนามัยที่ 6 กลุ่มละ 3 คน รวม 15 คน

2.4 นายกฯ หรือรองนายกฯ ปลัดตำบล ผู้แทนด้านสาธารณสุข ด้านพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ด้านการศึกษา ด้านละ 1 คน ผู้นำชุมชน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน รวมตำบลละ 9 คน จำนวนทั้งสิ้น 4 ตำบล 36 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติของการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย ซึ่งการวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก และการสนทนากลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 77 คน

• เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีระบบ และกลยุทธ์ PIRAB เป็นเครื่องมือที่ทีมวิจัยสร้างและพัฒนา โดยมีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนและความเหมาะสมของแนวคำถาม ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามแบบปลายเปิด เกี่ยวกับรูปแบบ มาตรการ วิธีการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงและพัฒนา จำนวน 6 ข้อ

2. การสนทนากลุ่ม เป็นแนวคำถามแบบปลายเปิดให้ผู้สนทนาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ตามกลยุทธ์ PIRAB ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงและพัฒนา จำนวน 6 ข้อ

3. แบบเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารรายงานประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2566 และเอกสารสรุปผลการตรวจราชการ ปี 2566 เขตสุขภาพที่ 6 เป็นแบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพกลุ่มวัย ในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ร้อยละของเด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดี

สมส่วน ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละวัยทำงานอายุ 15-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ และ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

• การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2566 พื้นที่ดำเนินการ ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และ สระแก้ว โดยการสัมภาษณ์ประธานและเลขานุการคณะกรรมการฯ การสนทนากลุ่มหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ทีมบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกสารรายงานประจำปีศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2566 และสรุปผลการตรวจราชการ ปี 2566 เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งในการสัมภาษณ์ต้องถามถึงรายละเอียด เหตุผล เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากประสบการณ์ และมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง และในการสนทนากลุ่มจะต้องระมัดระวังการขัดแย้งกันของกลุ่มตัวอย่าง การได้ข้อสรุปร่วมกัน ทีมสัมภาษณ์ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างมีระบบด้วยการบันทึกข้อมูลให้ละเอียด ร่วมกับการบันทึกเสียงซึ่งได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน สมบูรณ์ และ

ทีมสัมภาษณ์ได้ผ่านการฝึกการใช้แบบสัมภาษณ์ รวมทั้งมีความรู้ ศักยภาพละเอียดตามขั้นตอนการสัมภาษณ์ เชิงลึกตามแนวคำถามที่ใช้ในการศึกษาก่อนดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง เดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนมกราคม 2567

• การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม เอกสารรายงานประจำปีศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2566 และเอกสารสรุปผลการตรวจราชการ ปี 2566 เขตสุขภาพที่ 6 เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ประชากรทุกช่วงวัย หลังจากตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่เก็บข้อมูล จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Content Analysis) เพื่อสรุปการศึกษา

• การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย ตามหนังสือโครงการวิจัยเลขที่ 568 วันที่ 28 ตุลาคม 2565

ผลการศึกษา

1. การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัยในเขตสุขภาพที่ 6

การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัยในเขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่าขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพผ่านกลไกคณะกรรมการระดับเขต ได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาและขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภค และอนามัยสิ่งแวดล้อม (CHPPO) คณะอนุกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย คณะทำงานขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง โดยมีแนวทางการขับเคลื่อนงานส่งเสริม

สุขภาพ ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนงาน 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย 3) กำกับติดตามและประเมินผล 4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลการตรวจราชการ และ 5) ยกย่องเชิดชูเกียรติ

1.1 การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนงาน

พบว่า ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพใช้กลไกการประชุมบูรณาการแผนงานส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา โอกาสในการพัฒนา เพื่อวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผลการดำเนินงานส่วนใหญ่ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย โดยอัตราการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคนแนวโน้มสูงขึ้น และสูงกว่าค่าเป้าหมาย เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

ต่ำกว่าเป้าหมายซึ่งเกิดจากการคัดกรองไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทำให้เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่ได้รับการคัดกรอง และไม่เข้าถึงบริการส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการ เด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วน อ้วน เพิ่มขึ้นทำให้เด็กที่มีภาวะสูงตีสมีส่วนต่ำกว่าเป้าหมาย อัตราการคลอดและการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นแนวโน้มลดลงแต่ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ค่าดัชนีมวลกายปกติของกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มลดลง จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มวัยจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานภาพรวมเขตสุขภาพ โดยศูนย์อนามัยที่ 6 เป็นหน่วยงานหลัก และแผนงานระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และบริบทเชิงลึก โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนงาน โดยประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และวางแผนกำกับ ติดตามการขับเคลื่อนงาน ภายใต้คณะกรรมการระดับเขต

1.2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคี

เครือข่าย พบว่า ทุกจังหวัดมีปัญหาการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ย่างงาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนงาน ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มวัยของศูนย์อนามัยที่ 6 ได้ดำเนินการวิเคราะห์ความต้องการฝึกอบรม (Training Need) นำไปสู่การเตรียมหลักสูตรอบรมที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น การพัฒนาทักษะการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM สร้างนักเรียนแกนนำเด็กไทยทำได้สู่โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาเครือข่ายบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อม การฟื้นฟูความรู้เรื่องเทคโนโลยีการวางแผนครอบครัว อบรมผู้ให้บริการฝังยาคุมกำเนิด อบรมฟื้นฟูการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว สำหรับ Care Manager และ Care giver เป็นต้น นอกจากนี้ มีการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน หรือ online training รวมทั้งจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสเชิงสังคม เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่ทันสมัย สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

1.3 การกำกับ ติดตามและประเมินผล พบว่า

กระบวนการกำกับ ติดตาม ประเมินผล ใช้กลไกระดับเขตผ่านคณะกรรมการ CHPPO เขตสุขภาพที่ 6 ด้วยการประชุมสรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ปีละ 2 ครั้ง เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน ให้คำปรึกษา เพื่อปิด Gap ที่เกิดขึ้นในการขับเคลื่อนงาน ระดับจังหวัดผ่านการนิเทศงานและการตรวจราชการทั้งที่เป็นตัวชี้วัดตรวจราชการ และแผนงานที่วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน และระดับพื้นที่ผ่านการนิเทศรายอำเภอ เพื่อติดตาม เสริมพลังสนับสนุน ให้คำปรึกษา และแก้ไขปัญหาให้กับพื้นที่ นอกจากนี้ยังใช้ไลน์กลุ่มในการประสาน ติดตามการดำเนินงาน และสนับสนุนเครือข่ายได้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

1.4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลการตรวจราชการ พบว่า มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพโดยใช้เวทีสรุปผลการตรวจราชการ มีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินการ ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 6 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเด็นผลการดำเนินงาน ผลงานเด่น ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เพื่อหาแนวทาง โอกาสพัฒนา และการขยายผลงานเด่น

1.5 การยกย่องเชิดชูเกียรติ พบว่า การยกย่องเชิดชูเกียรติเป็นกลไกสำคัญในการสร้างแรงจูงใจ เสริมพลังใจในการทำงานของเครือข่าย ขยายผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนงานฯ ได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ เป็นบุคคล และองค์กรต้นแบบด้านส่งเสริมสุขภาพระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ ได้แก่ การขับเคลื่อนกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ด้านสุขภาพ 4D และด้านการส่งเสริมการเล่นในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยดีเด่นระดับเขต การขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน plus สู่ 2,500 วัน ดีเด่น ดีเยี่ยมระดับเขต สถานศึกษาที่มีสมาชิกก้าวทำใจมากที่สุด เขตสุขภาพที่ 6 องค์กรดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมรองชนะเลิศระดับประเทศ องค์กรและบุคคลดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับเขต ผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี

ชีวิตมีสุขดีเด่นระดับประเทศ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ดีเด่นระดับประเทศและระดับเขต และบุคลากรที่ขับเคลื่อนนโยบายและให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ดีเด่นระดับประเทศ

2. การประเมินผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัยในเขตสุขภาพที่ 6 จากการประเมินผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ พบว่า

2.1 ปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย ภายใต้กรอบนโยบาย และยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย ร่วมกับการใช้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาพื้นที่เพื่อจัดทำแผนบูรณาการระดับเขตสุขภาพที่ดำเนินการร่วมกันทั้ง 8 จังหวัด และแผนงาน/โครงการระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ และถ่ายทอดแผนงานสู่การปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าว ดังต่อไปนี้

“จังหวัดมีการประชุมชี้แจงแผน ชี้แจงนโยบายสู่การปฏิบัติ แต่ละฝ่ายก็เอาทุกอย่างเข้าไปในแผน เอาตัวชี้วัดตั้งแต่ระดับชาติ กรม กอง และ Implement ลงไปให้ข้างล่างได้รับรู้”

“มีการกำกับ ติดตามประเมินผล อย่างเป็นระบบ ผ่านคณะกรรมการ CHPPPO เขต และการประชุมติดตามงานของศูนย์อนามัยที่ 6 รวมทั้งการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อใช้กำกับติดตามงาน”

“ผู้บริหารให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนงานและติดตามผลการดำเนินงานระดับเขต” “กลไกสำคัญที่ใช้ในการสร้างเครือข่าย คือ การคืนข้อมูลเพื่อให้เค้าเห็นภาพว่าเป็นอย่างไร”

“การบูรณาการแผน ติดตาม และประเมินผลควรทำต่อเนื่องทุกปี”

2.2 กระบวนการการขับเคลื่อนงาน (Process)

การประเมินผลด้านกระบวนการประยุกต์ใช้ กลยุทธ์ PIRAB พบว่า

2.2.1 Partner : สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ภาคีเครือข่ายแต่ละภาคส่วนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงาน สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ ทั้ง

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สถานศึกษา พัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แรงงานจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ท้องถิ่นจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งภาคเอกชนและประชาสังคม ได้แก่ สถานประกอบกิจการ องค์กรเอกชน เพื่อสาธารณประโยชน์ (NGO) ผู้นำชุมชน เป็นต้น ดังจะเห็นได้จากคำกล่าว ดังต่อไปนี้

“หน่วยงานด้านการศึกษา ให้ความร่วมมือเป็นภาคีร่วมในการทำงานขับเคลื่อนในส่วนของวัยเรียนวัยรุ่น”

“ท้องถิ่นจังหวัด เป็นกระบอกเสียงช่วยเราขับเคลื่อนเชิงนโยบายโดยเฉพาะท้องถิ่นจังหวัด เช่น พรบ., ศูนย์เด็กเล็ก”

“แรงงาน ช่วยสนับสนุน การจัดตั้งมุนนมแม่ในสถานประกอบการ สนับสนุนการดำเนินงาน 10 package ในส่วนของวัยรุ่นช่วยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้”

“เทศบาลมีการจัดทำแผนด้านส่งเสริมสุขภาพ 5 ปี มีการบรรจุแผนงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัยในแผนส่วนนอกแผนจะมีกองทุนตำบล”

“รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จัดทำโครงการบรรจุในแผนปฏิบัติการประจำปีการศึกษา โครงการที่จัดทำก็มีโครงการส่งเสริมสุขภาพ และโครงการสุขภาพอนามัย”

“การทำแผนส่วนใหญ่ยึดตัวชี้วัดจากกระทรวง กรม สสจ. และนโยบายของสสอ.”

“มีเครือข่ายอสม.ช่วยติดตามประชาชนในพื้นที่ เช่น ติดตามหญิงท้องให้ฝากครรภ์”

“5 ปีที่ผ่านมา เริ่มมีภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมขับเคลื่อนงาน เมื่อก่อนไม่มี คนที่ทำคืองานสาธารณสุขอย่างเดียว ช่วงหลังเริ่มมีภาคีเครือข่ายเข้ามาบูรณาการ”

2.2.2 Invest : การสนับสนุนงบประมาณ เทคโนโลยี และข้อมูล

เขตสุขภาพที่ 6 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เทคโนโลยี และข้อมูลในการขับเคลื่อน

งานส่งเสริมสุขภาพจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งไม่เพียงพอ แต่มีหน่วยงานเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่สนับสนุนการขับเคลื่อนงาน เช่น สปสช. สสส. ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานประกอบการกิจการ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าว ดังต่อไปนี้

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณทั้ง 5 กลุ่มวัย ตั้งแต่การพัฒนาแผน การบรรจุแผนเข้าในแผนของท้องถิ่น”

“มีกองทุนคุ้มครองเด็ก เราสามารถเขียนแผนงานโครงการของงบประมาณต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย”

“การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัยในเขตสุขภาพที่ 6 ใช้งบประมาณของหน่วยงานในการจัดทำโครงการ ส่วนโครงการที่แก้ปัญหาเฉพาะประเด็นในพื้นที่ จังหวัดจัดทำโครงการของงบประมาณจากสปสช.”

“สปสช. มีเงินสนับสนุนทำให้พื้นที่ทำงานง่ายขึ้น และจ่ายตามผลการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนการทำงาน”

2.2.3 Regulate : กำกับการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลประชากรจากความเสี่ยงทางสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 6 สนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพดำเนินการตามมาตรฐาน และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น การขับเคลื่อนงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม แต่พบว่ายังขาดการบูรณาการประสานแนวทางและแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวดังต่อไปนี้

“มีพรบ.สาธารณสุขปี 2535, พรบ.สิ่งแวดล้อม, พรบ.รักษาความสะอาด, อาหารและยา”

“พรบ.ต่าง ๆ เป็นตัวช่วยขับเคลื่อนงาน ถ้ามีตัวงะสะท้อนปัญหาและคิดหารูปแบบการแก้ปัญหาหลายรูป

แบบโดยเรา เช่น พรบ.วัยรุ่น 4 กระทรวงมีกฎกระทรวงมาเรียบร้อยแล้ว น่าจะเห็นทิศทางชัดเจน”

2.2.4 Advocate : เสนอแนะ ผลักดันให้ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 6 ผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้น “การสร้างสุขภาพน่าซอมสุขภาพ” ต่อผู้บริหารและคณะกรรมการระดับเขตเพื่อมอบนโยบายในการสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานซึ่งผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนให้เครือข่ายทุกจังหวัดมีการดำเนินงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชากรทุกช่วงวัย รวมทั้งการสื่อสารองค์ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีแต่รูปแบบ วิธีการ อาจยังไม่น่าสนใจ ไม่ทำให้เกิดความตระหนัก และเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายได้ทุกบริบททุกสถานที่รวมทั้งขาดการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ สมรรถนะความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของประชาชน เช่น รณรงค์สร้างกระแส ก้าวทำใจ สาวไทยแค้นแดง สตรีไทยห่างไกลมะเร็งเต้านม กิจกรรมวันดีมนมโลก เป็นต้น ด้านสื่อและแอปพลิเคชันให้ความรู้ยังไม่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและใช้ภาษาเชิงวิชาการเข้าใจยาก ดังจะเห็นได้จากคำกล่าว ดังต่อไปนี้

“ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เห็นว่าบางแอปพลิเคชันใช้งานยากและใช้ภาษาเชิงวิชาการ ไม่น่าสนใจเน้นวิชาการเหมาะสำหรับคนมีความรู้และสนใจจริง ๆ”

“ใช้ข้อมูลในระบบมาวิเคราะห์ ซึ่งทำให้รู้สภาวะของแต่ละกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยง มีปัญหาอะไรบ้าง และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเราใช้ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์หลายแหล่ง เช่น ข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลจากรายงานที่ทำเอง”

2.2.5 Build capacity : พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ และสร้างความรอบรู้ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้สามารถขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ พบว่าศูนย์อนามัยที่ 6 เป็นแกนหลักในการจัดประชุม/อบรมทั้งออนไซต์และออนไลน์ เพื่อฟื้นฟูความรู้ ทักษะให้กับ

บุคลากรในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย แต่ในการดำเนินการพัฒนาความรู้ ส่วนใหญ่ เน้นองค์ความรู้ในมิติด้านบริการ ยังไม่มีการประสาน บูรณาการแผนพัฒนาศักยภาพให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียทั้งในระดับผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และ ประชาชนเป้าหมายโดยตรงที่จะนำไปสู่การกระบวนการ ส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย ให้มีความสามารถ ในการควบคุมและจัดการปัจจัยกำหนดของตนเอง และ ครอบคลุมได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังจะเห็นได้จากคำกล่าว ดังต่อไปนี้

“ส่วนใหญ่ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมของ ศูนย์อนามัย”

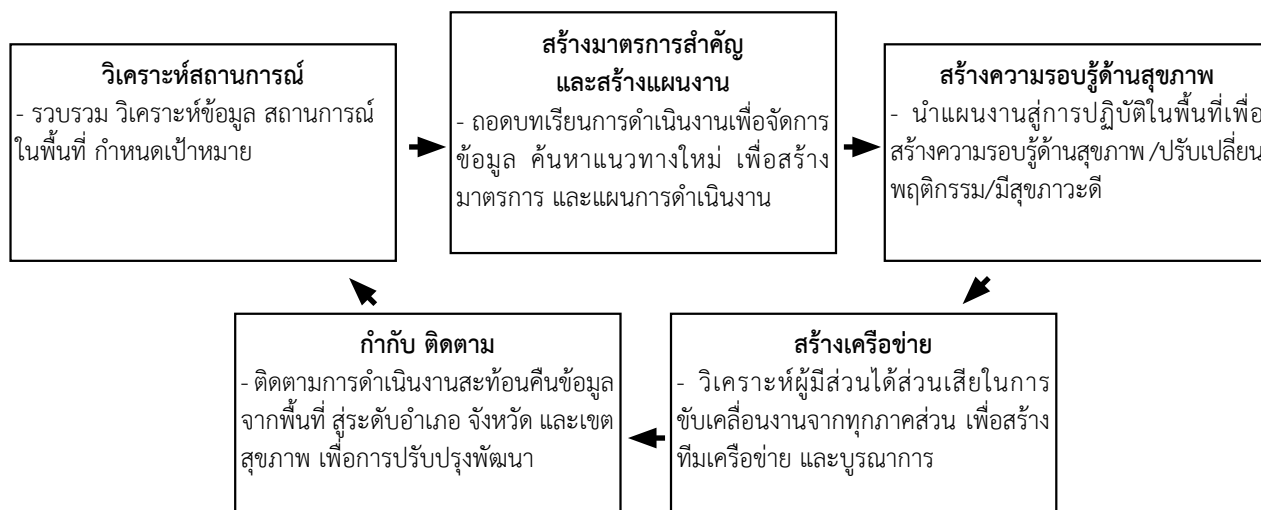
“ได้รับการอบรมความรู้การฝังยาคุมกำเนิดจาก ศูนย์อนามัย”

“ส่งครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดอบรมการ ตรวจพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM”

“ควรให้ความรู้แก่นักเรียนในโรงเรียน เพื่อนำความ รู้ไปสู่ผู้ปกครอง”

2.3 การประเมินผลผลิต/ผลลัพธ์การขับเคลื่อน งาน (Output/Outcome) จากการประเมินผลผลิต/ ผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงาน พบว่า

2.3.1 แนวทางการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย เขตสุขภาพที่ 6 ดังนี้



โดยมีโครงการและมาตรการสำคัญในการแก้ปัญหา ในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 6 โครงการครอบคลุม ทุกช่วงวัย ประกอบด้วย 1) โครงการส่งเสริมการเกิด คุณภาพ 2) โครงการส่งเสริมโภชนาการการเจริญเติบโต และพัฒนาการช่วง 2,500 วัน 3) โครงการส่งเสริมสุขภาพ เด็กไทยในศตวรรษที่ 21 4) โครงการพัฒนาระบบ ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น 5) โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อ สุขภาพ และ 6) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตาม แนวทางชะลอชราชีวิตยืนยาว ผลการดำเนินโครงการ มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 2 แห่ง

ตำบลหม้อจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน จำนวน 267 ตำบล, สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านมาตรฐานสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพ (4D) จำนวน 32 แห่ง, โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS) ทำได้ จำนวน 275 แห่ง, โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่าน เกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ เยาวชน ร้อยละ 30.1 และชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพผ่าน เกณฑ์จำนวน 329 ชมรม ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายโครงการ

2.3.2 ด้านผลลัพธ์เชิงสุขภาพ พบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 58.6 การตั้งครรรค์ซ้ำในหญิง อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 13.43 วัยทำงานอายุ 15-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 52.6 และ

ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 97.2 ซึ่งบรรลุเป้าหมาย ในปี 2566 ส่วนอัตราส่วนการตายมารดาไทย พบ 19.5 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และ เด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 81.5 ยังไม่บรรลุเป้าหมายในปี 2566

อภิปรายผล

การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัยในเขตสุขภาพที่ 6 ขับเคลื่อนงานผ่านกลไกคณะกรรมการระดับเขต ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนงาน โดยการประชุมบูรณาการแผนงานส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา โอกาสในการพัฒนา เพื่อวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ประชากรทุกช่วงวัยสอดคล้องกับบริบทปัญหาในพื้นที่ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน ใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า วัดผลความสำเร็จได้อย่างไร⁽⁴⁾ 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย เพื่อยกระดับความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพทั้งด้านองค์ความรู้ สมรรถนะ และทักษะสอดคล้องกับการศึกษาของ นิสากร กรุงไกรเพชร และคณะ พบว่า กลวิธีในการดำเนินกิจกรรมแต่ละกลุ่มวัยของ ตำบลท่ามะนาว มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพคนให้สามารถพึ่งตนเองได้ด้วยการให้ความรู้⁽⁵⁾ 3) การกำกับติดตามและประเมินผล เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผน และหาแนวทางในการปรับวิธีการดำเนินการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันหากไม่เป็นไปตามแผน⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิสากร กรุงไกรเพชร และคณะ ที่ศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะที่ทำมะนาว พบว่า ทำแล้วไม่ทิ้ง แต่วิเคราะห์ ประเมิน ทุกครั้งที่มีการคัดกรองภาวะสุขภาพ หรือคุณภาพชีวิตของกลุ่มวัยต่าง ๆ⁽⁵⁾ 4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลการตรวจราชการ โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเด็นผลการดำเนินงาน ผลงานเด่น ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เพื่อหาแนวทาง โอกาสพัฒนา และการขยายผลงานเด่น ซึ่งการตรวจราชการเป็นการติดตามประเด็นการขับเคลื่อนงาน

เชิงนโยบายติดตามงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ประเด็นที่มีความเสี่ยง (Key Risk Area: KRA) ที่เป็นอุปสรรค หรือที่จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายไม่ประสบความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคตามบริบทของพื้นที่ เพื่อวินิจฉัยปัญหา ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำต่อหน่วยรับตรวจ รวมทั้งการสะท้อนข้อมูลและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ต่อผู้บริหาร⁽⁷⁾ และ 5) การยกย่องเชิดชูเกียรติ เป็นกลไกสำคัญในการสร้างแรงจูงใจ เสริมพลังใจในการทำงานของเครือข่ายเพื่อขยายผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์การดำเนินงานตามมาตรการด้านส่งเสริมสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์และป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน การนำเสนอผลงานเด่นหรือนวัตกรรมของเครือข่าย และยกย่องเชิดชูเกียรติ ผู้ปฏิบัติงาน⁽⁸⁾

ประเมินผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ประชากรทุกช่วงวัยในเขตสุขภาพที่ 6

ปัจจัยนำเข้า ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ประชากรทุกช่วงวัยภายใต้กรอบนโยบาย และยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย ร่วมกับการใช้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาพื้นที่ เพื่อจัดทำแผนบูรณาการระดับเขตสุขภาพที่ดำเนินการร่วมกันทั้ง 8 จังหวัด และแผนงาน/โครงการระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ ซึ่งการประชุมถ้อยระดับแผนขับเคลื่อนงานสู่การปฏิบัติ ทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัดไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยให้การขับเคลื่อนงานมีระบบ ลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ คงสืบ และ

วิไลลักษณ์ เรื่องรัตนตรัย พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การกำหนดเป้าหมาย วางแผน การดำเนินงานและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ⁽⁹⁾

ด้านกระบวนการ ภาครัฐเครือข่ายแต่ละภาคส่วนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงาน สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ ทั้งหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมคิด ร่วมทำ แต่ยังคงพบว่าการยกระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติ กระบวนการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม การพัฒนาโลกการมีส่วนร่วม ปรับระบบบริหารจัดการ กำหนดบทบาทหน้าที่ กำหนดตัวชี้วัด รูปแบบการขับเคลื่อนระดับเขต จังหวัด อำเภอ และระดับตำบล ให้สอดคล้องสนับสนุนซึ่งกันและกัน ให้ชัดเจนเพื่อเกิดความคล่องตัว ผ่านกลไกต่าง ๆ ในแต่ละพื้นที่ เช่น กระบวนการ MOU คณะกรรมการ คณะทำงานระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล ท้องถิ่น และภาคประชาสังคมในพื้นที่ งบประมาณในการขับเคลื่อนงานมีหลายแหล่ง โดยเฉพาะสปสช. ซึ่งเป็นแหล่งงบประมาณสำคัญในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิสากร กรุงไกรเพชร และคณะ พบว่า องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการสร้างวิถีชุมชนสุขภาวะ ประกอบด้วย การบูรณาการทุกเรื่องและแสวงหาภาคีเครือข่ายสนับสนุนการทำงาน การระดมทุนจากภายในและภายนอก รวมทั้งมีกลไกในการผลักดันให้ทุกโครงการเข้าสู่แผนตำบล เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ รวมทั้งขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พร้อมทั้งผลักดันนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” ร่วมกับการสร้างความตระหนักรู้ การสื่อสาร การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจัดใน

รูปแบบการรณรงค์สร้างกระแสแต่พบว่า ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ไม่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในทุกช่วงวัย และสื่อให้ความรู้ส่วนใหญ่เนื้อหาใช้ภาษาเชิงวิชาการเข้าใจยาก และไม่น่าสนใจ ส่วนการพัฒนาศักยภาพ ทำให้บุคลากรระดับพื้นที่ มีความรู้ ความเข้าใจเชิงนโยบาย และมีทักษะในการขับเคลื่อนระดับพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานในระดับพื้นที่มีประสิทธิภาพ

ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ พบว่า โครงการและมาตรการสำคัญในการแก้ปัญหาในพื้นที่ ส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมายโครงการ ในส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพบรรลุเป้าหมาย 4 ตัวชี้วัด คือ 1) ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน 2) ร้อยละการตั้งครรถ์ฆ่าในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี 3) ร้อยละวัยทำงานอายุ 15-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ และ 4) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง อาจเนื่องจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัยในเขตสุขภาพที่ 6 มีแผนบูรณาการระดับเขตที่ดำเนินการร่วมกันทั้ง 8 จังหวัด ที่เกิดจากการใช้ข้อมูลจริง สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ บุคลากรและเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ รวมทั้งการกำกับติดตามและสะท้อนคืนข้อมูลเพื่อการปรับปรุงและพัฒนา ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่บรรลุเป้าหมาย 2 ตัวชี้วัด คือ 1) อัตราส่วนการตายมารดา และ 2) ร้อยละเด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย เนื่องจากมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเชิงระบบสุขภาพ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ประกอบกับการแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเป็นการจัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบครอบคลุมทุกช่วงวัย มีปัจจัยหลากหลายสัมพันธ์เชื่อมโยงเกี่ยวข้อง เป็นระบบที่ต้องมีการทำงานร่วมกันอย่างมีส่วนร่วม⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับนิเวศวิทยาของระบบสุขภาพใหม่ (New Health Ecosystem) ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคลและสภาพแวดล้อมเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต⁽³⁾ อีกทั้งเป็นภารกิจที่ไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยงานด้านสุขภาพเพียงลำพัง ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือจากหลายองค์กร

สรุปผล

การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย ในเขตสุขภาพที่ 6 ขับเคลื่อนงานผ่านกลไกคณะกรรมการระดับเขต ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผน 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย 3) การกำกับ ติดตาม และประเมินผล 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลการตรวจราชการ และ 5) การยกย่องเชิดชูเกียรติ การดำเนินงานโดยมองภาพรวมที่เป็นระบบเชื่อมโยงกัน มีแนวทางการขับเคลื่อนงานโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ กำหนดเป้าหมาย ร่วม

สร้างมาตรการสำคัญและแผนงานบูรณาการเขตขับเคลื่อนงานจากทุกภาคส่วน นำแผนสู่การปฏิบัติในพื้นที่เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกำกับติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งการสะท้อนคืนข้อมูล สามารถทำให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายของโครงการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมาย คือ เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี วัยทำงานอายุ 15-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1.1 ผลักดันให้เกิดข้อตกลง มาตรการ หรือนโยบายระดับเขตเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานในทิศทางที่ได้กำหนดตามข้อตกลงร่วมกัน

1.2 สร้างความเข้มแข็งในการติดตามประเมินผล การใช้ข้อมูลวางแผน และสะท้อนผลการดำเนินงานแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างไร้รอยต่อเพื่อปรับปรุงแผนการดำเนินงาน

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

2.1 สนับสนุนการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพผ่านกลไกต่าง ๆ ในระดับต่าง ๆ เช่น ระดับจังหวัดการทำ MOU คณะกรรมการ คณะทำงานต่าง ๆ ระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะกรรมการภาคประชาสังคมในพื้นที่อย่างจริงจัง

2.2 พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง กำกับติดตาม ประเมินการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายให้มีความรู้และทักษะในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ศึกษาบทบาทการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพตามกลยุทธ์ PIRAB 5 ประการ ของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 6

3.2 พัฒนากลไกการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพเชิงพื้นที่แบบบูรณาการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: กองแผนงาน กรมอนามัย; 2559.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. หลักการส่งเสริมสุขภาพ. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
4. ชาญวิทย์ ทรัพย์. หน่วยที่ 5 นิเวศวิทยาใหม่ของระบบสุขภาพ. ใน: บรรหาร สมสมัย, บรรณาธิการ. เอกสารการสอนชุดวิชาการวางแผนและประเมินผลงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562. หน้า 5-6.
5. นิสากกร กรุงไกรเพชร. รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะที่ทำมางนา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2559;24(3):34-46.
6. ชาญวิทย์ ทรัพย์. หน่วยที่ 1 แนวคิดและหลักการวางแผนงานสาธารณสุข. ใน: บรรหาร สมสมัย, บรรณาธิการ. เอกสารการสอนชุดวิชาการวางแผนและประเมินผลงานสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2566. หน้า 1-39.
7. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. หน่วยที่ 8 การนิเทศงานและการติดตามกำกับงานสาธารณสุขตามแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. ใน: บรรหาร สมสมัย, บรรณาธิการ. เอกสารการสอนชุดวิชาการวางแผนและประเมินผลงานสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2566. หน้า 8.
8. อรพินท์ ภาคภูมิ. การวิเคราะห์การดำเนินงานตามมาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเขตสุขภาพที่ 7 ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2564;11(1):15-27.
9. หทัยรัตน์ คงสืบ และ วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2562;5(1):72-84.
10. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. หลักการส่งเสริมสุขภาพ. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
11. ศรัณญา เบญจกุล. บทที่ 2 ระบบสุขภาพและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ. ในคู่มือวิชาการหลักสูตรแนวคิดและหลักการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับภาคีเครือข่าย สสส. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dol.thaihealth.or.th/File/media/54259f40-0d22-4b34-81ed-a23a4af301bf.pdf>.

ผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน (พ.ศ. 2564)

ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง

ศุภรานันท์ ยุทธโกวิท

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย



วันรับ 5 มกราคม 2569



วันแก้ไข 23 มีนาคม 2569



วันตอบรับ 31 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน (พ.ศ. 2564) โดยศึกษาการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิของวัยรุ่น ความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด และประเมินผลการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้รูปแบบการวิจัยแบบวิธีผสมวิธี (Mixed Methods Research) ตามกรอบแนวคิด CIPP Model สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนใน 6 จังหวัด ผลการศึกษาพบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เท่ากับ 0.9 และ 24.4 ต่อพันตามลำดับ วัยรุ่นร้อยละ 66.6 ทราบเรื่องการบังคับใช้พระราชบัญญัติฯ ผ่านสื่อออนไลน์เป็นหลัก วัยรุ่นร้อยละ 77.9 ยังไม่เคยได้รับบริการสุขภาพทางเพศจากบุคลากรสาธารณสุข การรับรู้และความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ ส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสำคัญระดับมาก และยุทธศาสตร์ฯ ประสบความสำเร็จในระดับสูง ปัญหาอุปสรรคสำคัญคือ ความไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด การขาดข้อมูลเชิงลึกในระดับพื้นที่ และงบประมาณไม่เพียงพอ โดยมีตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 83.3 สำหรับด้านทันตสาธารณสุขพบว่า วัยรุ่นเข้าถึงบริการต่ำเนื่องจากความกังวลเรื่องความปลอดภัยต่อทารก และขาดการเชื่อมโยงระบบนัดหมายระหว่างงานฝากครรภ์กับงานทันตกรรม ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ หน่วยงานเจ้าภาพทุกยุทธศาสตร์ควรเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ให้แก่คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด การเร่งจัดการระบบฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และเร่งรัดพัฒนาเครื่องมือการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดสำหรับใช้เก็บข้อมูลระดับจังหวัด ส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร และพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร (YFHS) ให้ครอบคลุมทั้งงานทันตกรรมและการคุมกำเนิดเพื่อลดปัญหการเข้าถึงบริการของวัยรุ่น

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ : am.piyarat@gmail.com

Implementation of the Strategy for Prevention and Resolution of Adolescent Pregnancy, 2017–2026: A Midterm Assessment (2021)

Piyarat Eaimkhong

Suparanan Yutakowit

Bureau of Reproductive Health , Department of health

Abstract

This research aims to evaluate the implementation of the National Strategy for Prevention and Resolution of Adolescent Pregnancy, 2017–2026, during the midterm phase (2021). It examined adolescents' awareness and access to rights, the opinions of provincial sub-committees, and evaluated the operation of oral health promotion services among pregnant adolescents. A mixed-methods research design was employed based on the CIPP Model framework. Multi-stage sampling was conducted across six provinces. The results showed that adolescent birth rates for females aged 10–14 and 15–19 were 0.9 and 24.4 per 1,000 population, respectively. While 66.6% of adolescents were aware of the Act's enforcement, primarily through online media. However, 77.9% of adolescents had never received sexual health services from public health personnel. Regarding the perception and opinions of the provincial sub-committees, the majority viewed the issue of adolescent pregnancy as highly important and considered the strategy to be highly successful. Key obstacles included a lack of understanding regarding the roles and responsibilities of the provincial sub-committees, a lack of in-depth local data, and insufficient budgets; nevertheless, 83.3% of the indicators met the criteria. Regarding dental public health, it was found that adolescent access to services was low due to concerns about fetal safety and a lack of linkage between antenatal care and dental appointment systems. The recommendations from this research are that host agencies for all strategies should urgently build knowledge and understanding of roles and responsibilities for provincial sub-committees, accelerate database system management to support operations, and expedite the development of data collection tools for indicators at the provincial level. Additionally, the role of Local Administrative Organizations should be promoted to support budgets and resources, and Youth-Friendly Health Services (YFHS) should be developed to cover both dental care and contraception to reduce service access issues for adolescents.

Keywords: Adolescent Pregnancy, Adolescent Pregnancy Strategy, Strategy Implementation, Oral Health Promotion in Pregnant Adolescents

*Corresponding Author,  : am.piyarat@gmail.com

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาสำคัญก่อให้เกิดผลกระทบต่อวัยรุ่น ครอบครัว และสังคมส่วนรวม มีการศึกษาจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นปัญหาและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งปัญหาสุขภาพของแม่ คุณภาพของทารกที่คลอด ปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคมของแม่วัยรุ่นและครอบครัว⁽¹⁻³⁾ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยนับอายุถึงวันคลอดบุตรในวัยรุ่นที่น้อยกว่า 20 ปี องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) ที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573⁽⁴⁾ อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีของประเทศไทยนับว่าสูงอยู่ในระดับต้นๆของกลุ่มประเทศอาเซียน ข้อมูล พ.ศ. 2563-2564 อัตราคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 0.9 ต่อพันทั้งสองปี และอัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 28.7, 24.4 ต่อพันตามลำดับ^(5, 6)

จากสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อยู่ในระดับสูง ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ โดยมีการตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้เกิดกลไกการดำเนินงานบูรณาการของทุกภาคส่วนหลักอย่างจริงจังเป็นรูปธรรม และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นมา⁽⁷⁾ โดยสาระสำคัญของ พ.ร.บ. คือ การให้วัยรุ่นได้รับสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ การได้รับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว และได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค โดยมีหน่วยงานหลัก 6 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกัน

กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 กำหนดเป้าหมายลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เหลือ 0.5 ต่อพัน และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25 ต่อพัน เมื่อสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ฯ ในปี พ.ศ. 2569⁽⁶⁾ ที่ผ่านมามีหน่วยงานต่าง ๆ ได้ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ฯ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการภายใต้ยุทธศาสตร์ฯ มาแล้ว 2 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2562 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2563-2564 จากการติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 1 ในปี 2562 พบปัญหาอุปสรรคหลายประการ เช่น ไม่มีการดำเนินการตามแผนงานที่กำหนด เป้าหมายยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการไม่สอดคล้องกัน ไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ได้ครบถ้วน⁽⁸⁾ อีกทั้งยังมีช่องว่างในการเชื่อมโยงแม่วัยรุ่นกับบริการสุขภาพด้านอื่นที่มีความสำคัญและสัมพันธ์กับสุขภาพของมารดาและทารก โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้ในปัจจุบันสุขภาพช่องปากได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนประกอบที่สำคัญและเป็นหัวใจหลักของสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดีโดยรวม โรคในช่องปากที่สำคัญ ได้แก่ ฟันผุ โรคปริทันต์ (โรคเหงือก) และมะเร็งในช่องปาก ซึ่งล้วนเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อประชากรจำนวนมากทั่วโลก โรคในช่องปากมักถูกละเลยโดยผู้กำหนดนโยบายและนักการเมือง และถูกมองว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่สำคัญนัก อย่างไรก็ตามในการประชุมสุดยอดสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันโรคไม่ติดต่อในปี 2554 สุขภาพช่องปากได้รับการเน้นย้ำว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ⁽⁹⁾ ผลการตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์จากรายงานวิจัยสำนักทันตสาธารณสุขเกี่ยวกับสภาวะช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ และผลของการได้รับบริการต่อปฏิบัติการของการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย พ.ศ. 2563 พบว่า สถานการณ์ฟันผุในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศอยู่ในระดับรุนแรง มีหญิงตั้งครรภ์มีฟันผุ ร้อยละ 90.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุถลอก 6.37 ซี่/คน

และจำเป็นต้องรับการขูดหินน้ำลายถึง ร้อยละ 91.8 นอกจากนี้ข้อมูลสถานการณ์ด้านทันตสุขภาพของประชาชนไทยแสดงถึงปัญหาสุขภาพช่องปากตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภในวัยเด็กและวัยรุ่น โดยพบว่า วัยรุ่นยังเข้าถึงบริการได้ไม่ครอบคลุม ผลการสำรวจวัยรุ่นอายุ 15 ปี ซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มวัยรุ่นพบว่า ร้อยละ 47.9 ไม่ทราบสิทธิหลักประกันสุขภาพในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของตน ส่งผลให้ได้รับการตรวจฟันและได้รับบริการทันตกรรมเพียง ร้อยละ 37.3 และ 24.8 ตามลำดับ ทำให้ยังคงพบปัญหาการเกิดโรคฟันผุ และสภาวะเหงือกอักเสบสูงถึง ร้อยละ 61.2 และ 79.5⁽¹⁰⁾ การไม่เข้าถึงการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากในกลุ่มที่ยังมีปัญหานั้น นับว่ากระทบต่อความสำเร็จในยุทธศาสตร์ในด้านส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของแม่วัยรุ่น และส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของมารดาและทารกในครรภ์จากการที่มารดาที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญประกอบด้วย ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย มีการศึกษาพบว่า โรคปริทันต์อักเสบอย่างรุนแรง (Severe Periodontitis) เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดและทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย⁽¹¹⁻¹³⁾

ดังนั้นเมื่อแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ได้ดำเนินการมาจนถึง พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นปีที่สิ้นสุดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับ พ.ศ. 2563-2564 และนับว่าได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาครึ่งแผนยุทธศาสตร์ จึงต้องมีการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เพื่อนำมาปรับปรุงการจัดทำแผนปฏิบัติการในระยะครึ่งหลังของแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2565-2569 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และ

สามารถกำหนดมาตรการและแนวทางปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจง เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคและช่องว่างการดำเนินงานที่มีอยู่ รวมทั้งการศึกษาประเด็นเพิ่มเติมที่มีความเกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและทารกในด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ซึ่งองค์การสหพันธ์ทันตกรรมโลกได้ให้คำนิยามใหม่ของคำว่าสุขภาพช่องปาก โดยกำหนดให้เป็นส่วนสำคัญของสุขภาพโดยทั่วไปทั้งร่างกายและจิตใจ การมีสุขภาพช่องปากที่ดีย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย⁽¹⁴⁾ การติดตามผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน พ.ศ. 2564 นี้ เป็นการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบด้วยการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed method) เพื่อช่วยให้สามารถประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณควบคู่กับการทำความเข้าใจปัญหาอุปสรรคเชิงลึกจากผู้ปฏิบัติงานผ่านข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงยุทธศาสตร์ในระยะครึ่งแผนหลังได้อย่างแม่นยำและครอบคลุม โดยใช้ทฤษฎีการประเมินผลแบบ CIPP Model ของ Daniel L. Stufflebeam เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาการดำเนินงานในระยะครึ่งหลัง รวมถึงการจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และตอบสนองต่อปัญหาอุปสรรค เพื่อให้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภรวมทั้งการแก้ไขปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อวัยรุ่น ครอบครัว และสังคมอย่างแท้จริงตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน (พ.ศ. 2564)

วัตถุประสงค์รอง

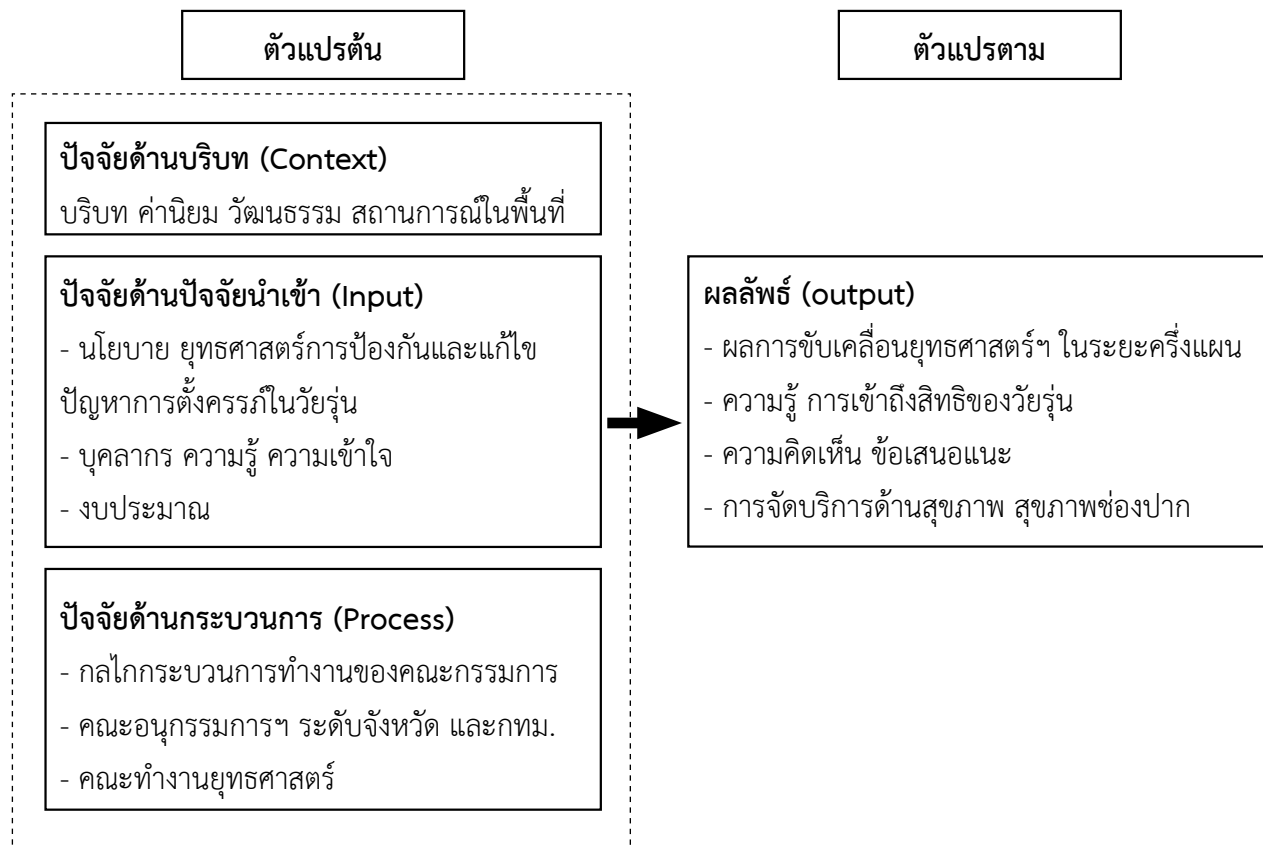
1. เพื่อศึกษาการรับรู้ ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิของวัยรุ่น ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

2. เพื่อศึกษาการรับรู้และความคิดเห็นของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดต่อพระราชบัญญัติ และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามองค์ประกอบของ CIPP Model

4. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

กรอบแนวคิดการศึกษา (Conceptual framework)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีการศึกษา

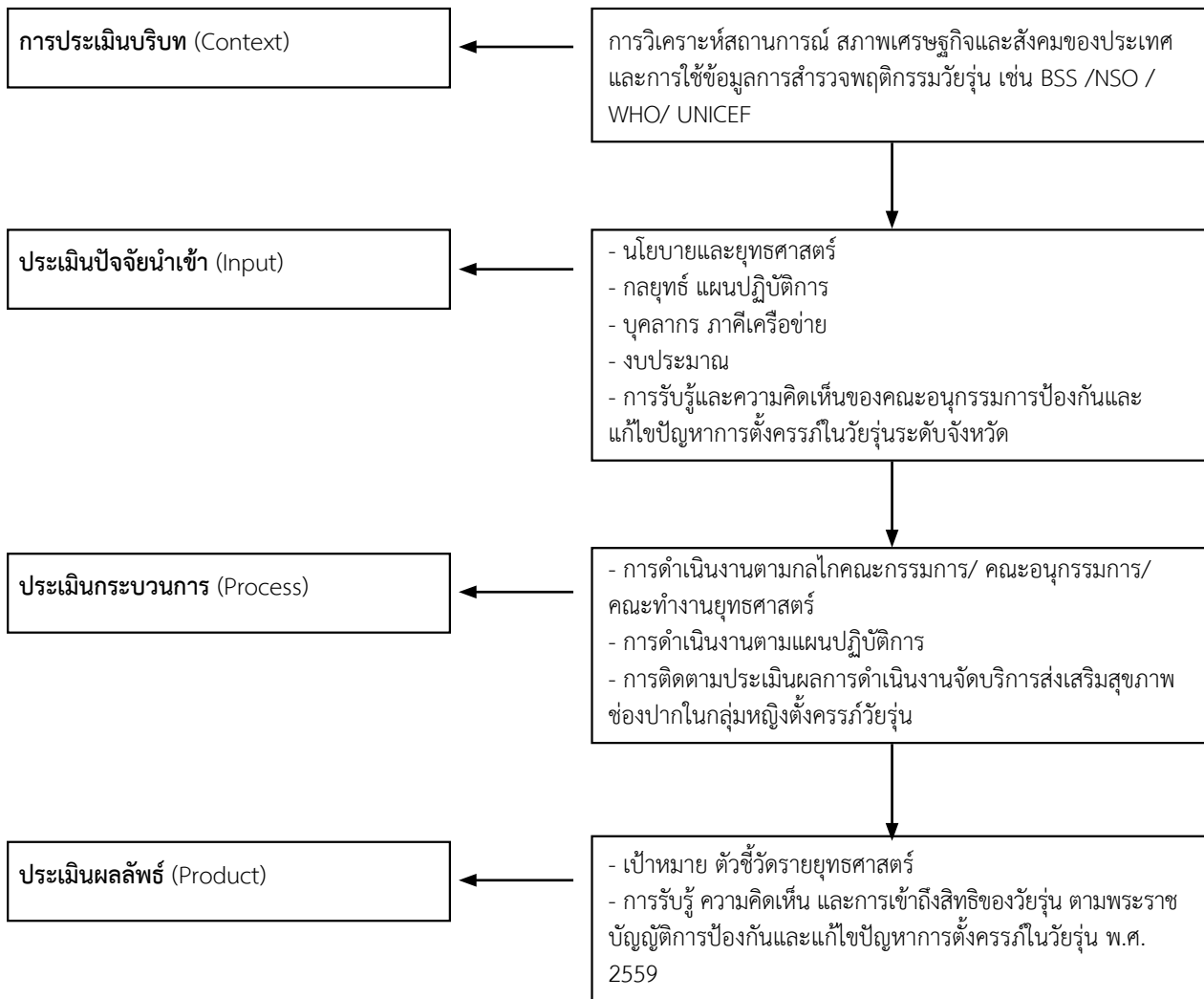
ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบวิธีผสมผสานรูปแบบผสมผสานพร้อมกัน (Convergent Parallel Mixed Methods Design) โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการพร้อมกันในช่วงระยะเวลาการวิจัยเดียวกัน และใช้รูปแบบการประเมินผลแบบ CIPP Model (Context, Input, Process, Product) ของ Stufflebeam ที่ประกอบด้วย 1) การประเมินบริบท (Context) 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) 3) การประเมินกระบวนการ (Process) 4) การประเมินผลลัพธ์

(Product) ^(15,16) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2564

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) วัยรุ่น ทั้งวัยรุ่นในสถานศึกษา และวัยรุ่นในสถานประกอบกิจการ และแม่วัยรุ่นในพื้นที่ 6 จังหวัด 2) ประธานหรือเลขานุการคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด จำนวน 77 จังหวัด

โดยความเชื่อมโยงระหว่างขั้นตอนการประเมิน CIPP Model และวัตถุประสงค์การวิจัยแสดงดังรูปที่ 2



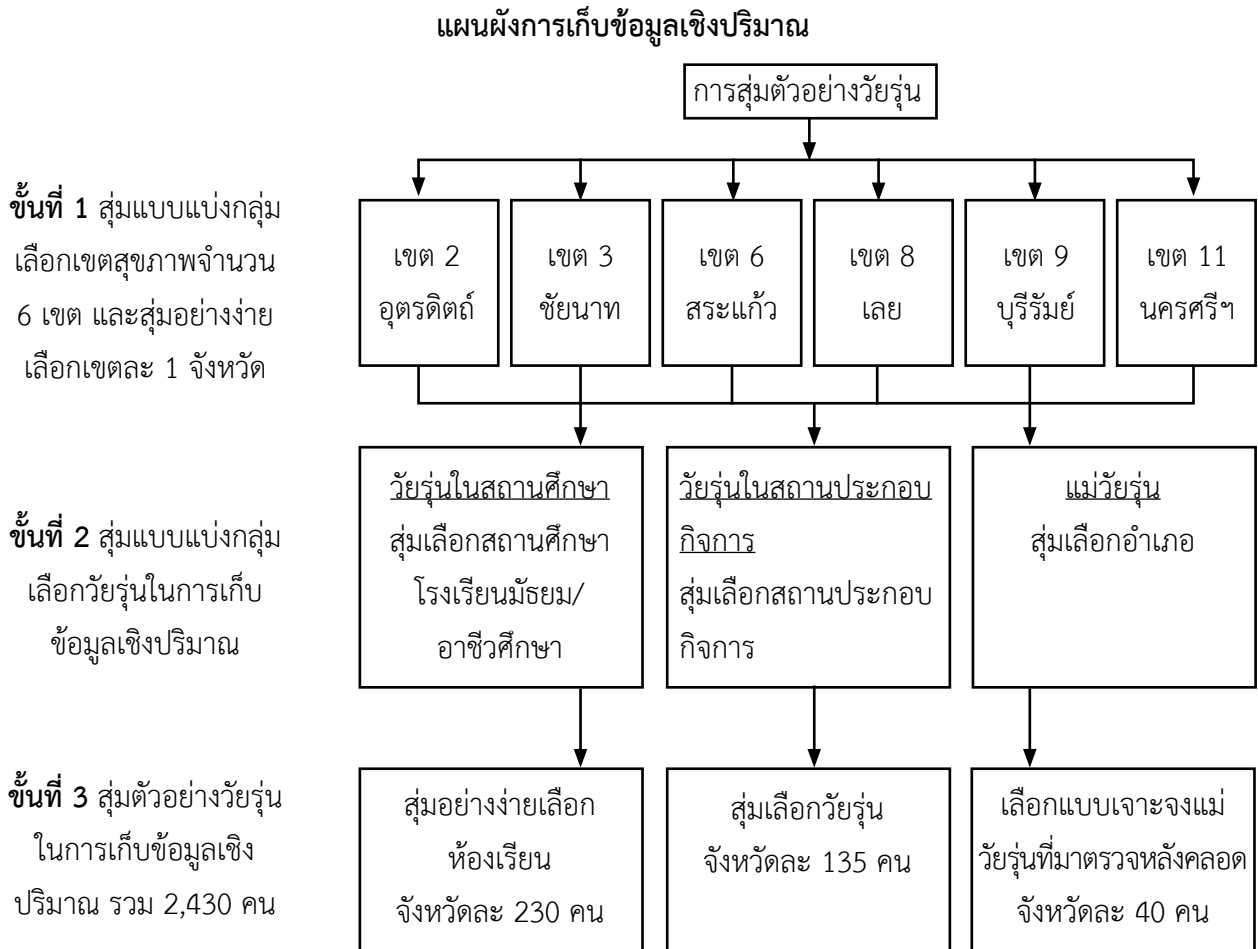
รูปที่ 2 ความเชื่อมโยงระหว่างขั้นตอนการประเมิน CIPP Model และวัตถุประสงค์การวิจัย

ประชากรในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1) คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด จำนวน 6 จังหวัด ๆ ละ 15-30 คน 2) เลขานุการคณะกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 1-5 ยุทธศาสตร์ละ 1 คน 3) ผู้รับผิดชอบการจัดบริการให้กับวัยรุ่นในสถานบริการ และทันตบุคลากรในสถานบริการของจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก ที่มีประสบการณ์ทำงานในจังหวัดมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มเป้าหมายและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ลำดับ	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	วิธีการ
1	วัยรุ่น	2,430 คน	แบบสอบถาม
2	ประธาน/เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด จังหวัดละ 1 คน	77 คน	แบบสอบถาม
3	เลขาธิการคณะทำงานยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ	5 คน	สัมภาษณ์เชิงลึก
4	ผู้แทนจากหน่วยงานคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในจังหวัดที่ได้รับการสุ่ม 6 จังหวัดๆ ละ 15-25 คน	150 คน	ประชุมกลุ่ม Focus group
5	บุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการ 5.1) แพทย์ พยาบาล นักวิชาการผู้รับผิดชอบการจัดบริการให้กับวัยรุ่นในสถานบริการ จังหวัดละ 1 คน รวม 6 คน 5.2) ทันตบุคลากร จังหวัดละ 1 คน รวม 6 คน	12 คน	สัมภาษณ์เชิงลึก



รูปที่ 3 การสุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

• การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นโดยใช้สูตรการคำนวณของ Cochran (1977) ⁽¹⁷⁾ สำหรับประชากรที่ไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน (Infinite Population) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 (Precision) โดยกำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจ = (p) เท่ากับ 0.5 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างสูงสุดให้ระดับความเชื่อมั่น 95% (Z=1.96) และยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ 5% (e=0.05) โดยไม่ทราบสัดส่วนประชากรมาก่อน (p=0.5)

$$\text{สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง } n = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2}$$

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรของ Cochran ⁽¹⁷⁾ สำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (Cochran's formula) กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 โดยกำหนดค่าสัดส่วนเบื้องต้น (p) เท่ากับ 0.5 ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 385 คน เนื่องจากการศึกษานี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) และประชากรเป้าหมายถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) วัยรุ่นในสถานศึกษา (2) วัยรุ่นในสถานประกอบการ และ (3) แม่วัยรุ่น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่าผลกระทบจากการออกแบบการสุ่มตัวอย่าง (Design Effect) เท่ากับ 3 เพื่อให้เหมาะสมกับการสำรวจภาคสนามที่มี 3 กลุ่มตัวอย่าง เมื่อนำค่า Design effect มาคำนวณร่วมด้วย จะได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการคือ 1,155 คน ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถประมาณค่าในระดับเขตสุขภาพได้อย่างมีความแม่นยำใกล้เคียงกันทุกเขต ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนเก็บข้อมูลไว้ที่ 405 รายต่อเขตสุขภาพ โดยดำเนินการสุ่มเลือกตัวแทนจำนวน 6 เขตสุขภาพ ส่งผลให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 2,430 ราย ซึ่งครอบคลุมและเพียงพอต่อขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้

ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้ 1) การสุ่มเลือกจังหวัด: สุ่มตัวอย่างเลือกเขตสุขภาพจำนวน 6 เขต จากนั้นสุ่มเลือกตัวแทน

เขตละ 1 จังหวัด ได้แก่ อุดรดิตต์ ชัยนาท สระแก้ว บุรีรัมย์ เลย และนครศรีธรรมราช 2) การจำแนกกลุ่มตัวอย่างในระดับจังหวัด: ในแต่ละจังหวัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) วัยรุ่นในสถานศึกษา และ (2) วัยรุ่นในสถานประกอบการ โดยกำหนดสัดส่วนจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรวัยรุ่นในพื้นที่ (3) แม่วัยรุ่น 3) การคัดเลือกหน่วยตัวอย่าง (Sampling Selection): กลุ่มที่ 1 วัยรุ่นในสถานศึกษา: ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มโดยจำแนกสถานศึกษาเป็นระดับมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา จากนั้นทำการสุ่มเลือกโรงเรียน/วิทยาลัยอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และทำการสุ่มห้องเรียนเพื่อเก็บข้อมูลกับนักเรียนทั้งห้องเรียน (Cluster Sampling) จนครบตามจำนวนที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า นักเรียนหญิงไม่มีประวัติการตั้งครรภ์ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มที่ 2 วัยรุ่นในสถานประกอบการ: เนื่องจากไม่มีฐานข้อมูลรายชื่อพนักงานวัยรุ่นที่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็กในพื้นที่จังหวัดที่ศึกษาที่มีการจ้างงานวัยรุ่น และดำเนินการเลือกตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) ในพนักงานที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ให้กระจายตามเพศและลักษณะงาน จนครบตามจำนวนที่กำหนด กลุ่มที่ 3 แม่วัยรุ่น กำหนดจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนร้อยละของแม่วัยรุ่นประมาณร้อยละ 10 โดยสุ่มอย่างง่ายเลือกอำเภอ และเก็บตัวอย่างจากสถานบริการที่แม่วัยรุ่นไปตรวจหลังคลอดหรือพาลูกไปรับวัคซีน เก็บทั้งหมดจนครบจำนวน โดยเกณฑ์การคัดเลือกคือ แม่วัยรุ่นที่มีประวัติอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนั้นไม่น้อยกว่า 1 ปี

• **เครื่องมือการวิจัย** ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายนโยบาย และผู้เชี่ยวชาญด้านวัยรุ่น) และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ตั้งแต่ 0.70-0.85 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และ แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม Focus group ดังนี้

• **การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ** ด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามการรับรู้ ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ.ฯ สำหรับกลุ่มวัยรุ่นประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถามและการรับรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ส่วนที่ 2 การได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษา เพศวิถีศึกษา และส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร โดยส่วนที่ 2-3 ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ และเลือกระดับความคิดเห็นที่ตรงกับตนเองมากที่สุดแบ่งเป็น 5 สเกล ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

2) แบบสอบถามการดำเนินงานขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ฯ สำหรับเลขานุการคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่นระดับจังหวัด ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นเกี่ยวกับ พ.ร.บ. และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น ส่วนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับ พ.ร.บ. และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อปัญหา ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ ในจังหวัด โดยส่วนที่ 2-3 ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 สเกล ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และคำถามปลายเปิด

• **การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ** เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น และบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ใน 6 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เก็บข้อมูลประกอบด้วยแพทย์พยาบาล นักวิชาการผู้รับผิดชอบการจัดบริการให้กับวัยรุ่น พันธบุคคลากรในสถานบริการของจังหวัดที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทำงานในจังหวัดมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบ

ด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ แนวคำถาม การประชุมกลุ่ม Focus group ในกลุ่มของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่นระดับจังหวัด ๆ ละ 15-30 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เลขานุการคณะกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 1-5 ยุทธศาสตร์ และผู้รับผิดชอบการจัดบริการให้กับวัยรุ่นในสถานบริการ และพันธุบุคลากรในสถานบริการของจังหวัดที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง

• **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบสรุปความ (Summative Content analysis) โดยมีการจัดหมวดหมู่หัวข้อเรื่อง หัวข้อเรื่องหลักและหัวข้อเรื่องย่อย และสรุปความเชื่อมโยงสัมพันธ์ในแต่ละประเด็น

• **ขั้นตอนการวิจัย**

ประกอบด้วยการประชุมฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น 5 ยุทธศาสตร์ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อหารือแนวทางการติดตามผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในระยะครึ่งแผน การพัฒนาเครื่องมือการวิจัย และการทดสอบเครื่องมือการวิจัย การประชุมชี้แจงการดำเนินงานให้กับภาคีเครือข่าย เจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัย และผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด (หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น

ตารางที่ 2 รายละเอียดและวิธีการประเมินผลตามกรอบแนวคิด CIPP Model

การประเมิน	รายการประเมิน	แหล่งข้อมูล	วิธีการเก็บข้อมูล
บริบท	<ol style="list-style-type: none"> สถานการณ์ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภในวัยรุ่นสถานการณ์ด้านสุขภาพและทันตสุขภาพของวัยรุ่น (Problem) ความต้องการของวัยรุ่น/หน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายต่อการมียุทธศาสตร์การดำเนินงาน (Need) ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา การเข้าถึงข้อมูลความรู้และบริการของวัยรุ่น (Assets) โอกาส และความเป็นไปได้ในการประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน (Opportunities) 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน - รายงานการเฝ้าระวังแม่วัยรุ่น - รายงานการวิจัย - การสำรวจข้อมูลการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น - รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการรายยุทธศาสตร์ที่ 1-5 พ.ศ. 2561-2563 - รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ (ประเมินบริบทด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่น) 	<ul style="list-style-type: none"> - แบบสอบถาม - ข้อมูลทุติยภูมิ
ปัจจัยนำเข้า	<ol style="list-style-type: none"> แผนปฏิบัติการ มาตรการ ตัวชี้วัด แผนงานโครงการ ตามยุทธศาสตร์ฯ กฎกระทรวง ระเบียบ ข้อปฏิบัติภายใต้ พ.ร.บ.ฯ กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานกรรมการ และบุคลากร ภาคีเครือข่าย งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ข้อมูลสารสนเทศ และเทคโนโลยี 	<ul style="list-style-type: none"> - ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น - แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น - คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น - รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการรายยุทธศาสตร์ที่ 1-5 พ.ศ. 2561-2563 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลทุติยภูมิ - แบบสอบถาม - การสัมภาษณ์เชิงลึก
กระบวนการ	กระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 1-5	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น - คณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด - รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการรายยุทธศาสตร์ที่ 1-5 พ.ศ. 2561-2563 	<ul style="list-style-type: none"> - การประชุมกลุ่ม (Focus group) - การสัมภาษณ์เชิงลึก
ผลลัพธ์	<p>ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ที่ 1-5</p> <p>ผลลัพธ์การดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขในกลุ่มแม่วัยรุ่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการรายยุทธศาสตร์ที่ 1-5 พ.ศ. 2561-2563 - รายงานการประชุมคณะ อนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ - การสำรวจข้อมูลการให้บริการด้านทันตสาธารณสุขในกลุ่มแม่วัยรุ่น - ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลทุติยภูมิ - การสัมภาษณ์เชิงลึก

- การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2564 รหัสโครงการวิจัย 448 เอกสารแนะนำอาสาสมัคร RF09-04-448 ใบยินยอม RF09-05-448

ผลการศึกษา

1. การรับรู้ ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิของวัยรุ่น ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ทั้งหมด 2,430 คน ประกอบด้วยวัยรุ่นชายหญิงอายุ 10-19 ปี ทั้งหมดจำนวน 2,190 คน เพศชาย 818 คน (ร้อยละ 37.4) หญิง 1,372 (ร้อยละ 62.6) ส่วนใหญ่ 918 คน (ร้อยละ 42.5) พักอาศัยกับพ่อแม่ รองลงมา 342 คน (ร้อยละ 15.8) พักอาศัยกับปู่ย่า ตายาย

กลุ่มแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งหมดจำนวน 240 คน ส่วนใหญ่จำนวน 112 คน (ร้อยละ 46.6) อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์ในปัจจุบันกับพ่อของลูกคนปัจจุบันจำนวน 113 คน (ร้อยละ 51.8) พักอาศัยอยู่ด้วยกัน สถานภาพสมรส จำนวน 151 คน (ร้อยละ 64.3) อยู่ด้วยกัน โดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด จำนวน 83 คน (ร้อยละ 45.5) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนกลุ่มแม่วัยรุ่นที่กำลังอยู่ระหว่างการศึกษา ส่วนใหญ่ 52 คน (ร้อยละ 22.2) กำลังศึกษาในระบบ กศน. โดยมีจำนวน 30 คน (ร้อยละ 12.8) ยังคงได้ศึกษาต่อเนื่องในระบบการศึกษาปกติ

วัยรุ่นร้อยละ 66.6 ทราบว่าประเทศไทยมีการบังคับใช้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยร้อยละ 44.4 ทราบข้อมูลจากสื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ตมากที่สุด ร้อยละ 52.3 ระบุว่ารับรู้ข้อมูลใน พ.ร.บ. ในระดับปานกลาง ในการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ. ร้อยละ 43.8 มีความคิดเห็นที่ตนเองได้รับความรู้เพศวิถีศึกษาจากการสอนในสถานศึกษา อย่างเพียงพอ สำหรับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง โดยวัดระดับความคิดเห็นแบบ Likert's scale 5 ระดับ ซึ่งกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ได้รับความรู้เพียงพอในระดับปานกลาง มาก และมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 39.6, 38.8 และ 14.0 ตามลำดับ วัยรุ่นร้อยละ 77.9 ไม่เคยได้รับการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (เช่น บริการรับคำปรึกษา การคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์) และในวัยรุ่นกลุ่มที่เคยได้รับการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ 525 คน ส่วนใหญ่ได้รับการด้านการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องสุขภาพทางเพศมากที่สุดร้อยละ 53.3 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี

หัวข้อ	วัยรุ่น		
	วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี n=2,190 (ร้อยละ)	แม่วัยรุ่นอายุ < 20 ปี n=240 (ร้อยละ)	รวม n=2,430 (ร้อยละ)
1. ทราบว่ามี การบังคับใช้ พ.ร.บ. ๓	ทราบ 1,495 คน (68.7)	ทราบ 124 คน (42.4)	ทราบ 1,619 คน (66.6)
2. ช่องทางที่ทำให้รับรู้ พ.ร.บ. ๓ มากที่สุด	สื่อออนไลน์ 997 คน (45.5)	สื่อออนไลน์ 83 คน (36.1)	สื่อออนไลน์ 1,080 คน (44.4)
3. ระดับการรับรู้ข้อมูลใน พ.ร.บ. ๓	ปานกลาง 1,214 คน (55.4)	ปานกลาง 57 คน (23.9)	ปานกลาง 1,271 คน (52.3)
4. ความเพียงพอของการได้รับความรู้เพศวิถีศึกษาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ	ปานกลาง 864 คน (39.6)	ปานกลาง 200 คน (84.0)	ปานกลาง 1,064 คน (43.8)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี (ต่อ)

หัวข้อ	วัยรุ่น		
	วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี n=2,190 (ร้อยละ)	แม่วัยรุ่นอายุ < 20 ปี n=240 (ร้อยละ)	รวม n=2,430 (ร้อยละ)
5. ช่องทางการได้รับความรู้เพศวิถีศึกษามากที่สุด	ครู 809 คน (37.1)	สื่อออนไลน์ 86 คน (36.1)	ครู 891 คน (36.7)
6. ความถี่การสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาจากสถานศึกษา	ทุกภาคเรียน 1,133 คน (51.9)	ทุกภาคเรียน 120 คน (51.1)	ทุกภาคเรียน 1,253 คน (51.6)
7. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศวิถีศึกษาจากการเรียนรู้ในสถานศึกษา	มาก 1,286 คน (58.7)	มาก 140 คน (59.0)	มาก 1,426 คน (58.7)
8. ความต้องการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง	ต้องการพูดคุย บางเรื่อง 1,320 คน (60.6)	ต้องการพูดคุย บางเรื่อง 125 คน (52.5)	บางเรื่อง 1,145 คน (59.5)
9. การได้รับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์จากบุคลากรสาธารณสุข	ไม่เคย 1,765 คน (80.5)	ไม่เคย 129 คน (54.2)	ไม่เคย 1,894 คน (77.9)
10. บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ได้รับ (เฉพาะผู้ที่เคยได้รับบริการ n=525 คน)	บริการความรู้ คำแนะนำเรื่อง สุขภาพทางเพศ 172 คน (40.5)	บริการความรู้ คำแนะนำเรื่อง สุขภาพทางเพศ 108 คน (97.3.)	บริการความรู้ คำแนะนำเรื่อง สุขภาพทางเพศ 280 คน (53.3)

2. การรับรู้และความคิดเห็นของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ต่อพระราชบัญญัติและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.6 คิดว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

เป็นปัญหาสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และ ร้อยละ 59.0 เห็นด้วยมากที่สุดกับใช้ พ.ร.บ.ฯ ในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ร้อยละ 46.7 เห็นว่ายุทธศาสตร์ฯ มีความสำเร็จในการดำเนินงานในระดับมาก (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การรับรู้และความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดต่อพระราชบัญญัติ และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น n=61 คน (ร้อยละ)					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
1. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญ	20 (32.8)	26 (42.6)	12 (19.7)	2 (3.3)	0 (0)	1 (1.6)
2. เห็นด้วยกับใช้ พ.ร.บ.ฯ ในการดำเนินงาน	36 (59.0)	21 (34.4)	3 (4.9)	0 (0)	1 (1.6)	0 (0)
3. ความคิดเห็นต่อระดับความสำเร็จของยุทธศาสตร์ระดับชาติ	9 (15.0)	28 (46.7)	19 (31.7)	2 (3.3)	2 (3.3)	0 (0)
4. ภาศึเครือข่าย 5 กระทรวงหลักในระดับจังหวัดมีความตื่นตัวในการร่วมกันขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ	5 (8.2)	17 (27.9)	24 (39.3)	11 (18.0)	4 (6.6)	0 (0)
5. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ	4 (6.6)	11 (18.0)	34 (55.7)	12 (19.7)	0 (0)	0 (0)
6. การดำเนินงานในระดับจังหวัดยึดแนวทางตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ	15 (25.0)	27 (45.0)	17 (28.3)	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)

3. ผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน (พ.ศ. 2564) 3.1 การประเมินผลด้านบริบท (Context evaluation)

ตารางที่ 5 ผลการประเมินด้านบริบท

บริบท	ผลการประเมิน
สถานการณ์ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สถานการณ์ด้านสุขภาพและทันตสุขภาพของวัยรุ่น (Problem)	- ข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า อายุที่วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลงเรื่อย ๆ จากประมาณ 17-18 ปี ในช่วงก่อนปี 2540-2550 เหลือ 15-16 ปี ในปัจจุบัน และข้อมูลในกลุ่มนักเรียนชั้น ม.5 หญิง ที่เคยมีเพศสัมพันธ์เพิ่มจาก ร้อยละ 15.5 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 18.2 ในปี 2558 และการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปีกลุ่มนักเรียนชั้น ม. 2 ม.5 และ ปวช. มีประมาณร้อยละ 60-80 ^(18,19) - แม่วัยรุ่นไม่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก - กลุ่มวัยรุ่นขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ขาดการดูแลส่งเสริมให้ได้รับการด้านทันตกรรมอย่างถูกต้องและเหมาะสม
ความต้องการของวัยรุ่น และหน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายต่อการมียุทธศาสตร์การดำเนินงาน (Need)	- หน่วยงานภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหานี้มีความสำคัญ และเห็นด้วยต่อการมี พ.ร.บ.ฯ - วัยรุ่นทราบว่ามีความหมายและมีการรับรู้ในระดับปานกลาง - ส่วนใหญ่ต้องการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่ในบางเรื่อง และไม่เคยรับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ - การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยรุ่น ยังไม่มียุทธศาสตร์การปฏิบัติที่ชัดเจนในกลุ่มวัยรุ่น
ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา การเข้าถึงข้อมูลความรู้และบริการของวัยรุ่น (Assets)	- กระทรวงศึกษาธิการมีความร่วมมือกับองค์กรภาคเอกชนจัดทำหลักสูตรการสอนเพศวิถีศึกษาในรูปแบบออนไลน์เพื่อให้ครูได้เข้าเรียนอย่างทั่วถึง - มีเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) กระจายอยู่เกือบทุกอำเภอ (รพช./รพท./รพศ.) - บริการด้านทันตสาธารณสุขแก่แม่วัยรุ่นขึ้นอยู่กับบริบทการดำเนินงานของแต่ละสถานบริการ บางแห่งมีระบบการส่งต่อเข้ารับบริการ บางแห่งแม่วัยรุ่นไม่ได้รับบริการ ดังนั้น การเข้าถึงบริการของแม่วัยรุ่นด้านทันตกรรมจึงไม่ทั่วถึงครอบคลุม

ตารางที่ 5 ผลการประเมินด้านบริบท (ต่อ)

บริบท	ผลการประเมิน
โอกาส และความเป็นไปได้ในการประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน (Opportunities)	<ul style="list-style-type: none"> - มียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 และภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในระดับจังหวัดในระดับภาค - บุคลากรภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญกับปัญหา และเห็นด้วยกับการมีกฎหมาย พร้อมกับใช้ยุทธศาสตร์ฉบับนี้เป็นแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงาน - มียุทธศาสตร์ที่ 3 ที่มุ่งเน้นให้วัยรุ่นเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และทั่วถึง จึงสามารถเพิ่มเติมประเด็นการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาในด้านสุขภาพช่องปากของวัยรุ่น โดยเฉพาะแม่วัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากให้เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมทุกสถานบริการ

3.2 การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า (Input evaluation)

ตารางที่ 6 ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

ปัจจัยนำเข้า	ผลการประเมิน
แผนปฏิบัติการ มาตรการ ตัวชี้วัด แผนงานโครงการตามยุทธศาสตร์ฯ	<ul style="list-style-type: none"> - มียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 หน่วยงาน 5 กระทรวงหลัก ภายใต้ พ.ร.บ.ฯ ร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ โดยร้อยละ 81.7 มีการจัดทำแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด ทำให้ขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ - มีมาตรการดำเนินงานส่งเสริมบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (YFHS) มีองค์ประกอบการทำงานครอบคลุมการจัดบริการด้านสุขภาพ
กฎกระทรวง ระเบียบ ข้อปฏิบัติภายใต้ พ.ร.บ.ฯ	<ul style="list-style-type: none"> - 5 กระทรวงหลักภายใต้ พ.ร.บ.ฯ มีการออกกฎกระทรวงเพื่อใช้เป็นหลักการดำเนินงาน - กรมอนามัยร่วมกับ สปสช. เพิ่มรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปากที่จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากสำหรับเด็กวัยเรียน และลดความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยเรียนวัยรุ่น
กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน กรรมการ และบุคลากร ภาคี เครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"> - มีคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ และมีคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด - คณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัดมีหน้าที่จัดทำแผนปฏิบัติการอย่างบูรณาการ สนับสนุนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับ พ.ร.บ.ฯ จัดระบบการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายโรงเรียน การประสานส่งต่อวัยรุ่นเพื่อให้ได้รับช่วยเหลือเยียวยา ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และยังมีอำนาจในการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานตามความเหมาะสม จากการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยพบว่า ความไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ เป็นปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด ร้อยละ 18.9 - มีคณะกรรมการพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (YFHS) ซึ่งสามารถบูรณาการงานทันตสาธารณสุขวัยรุ่นและแม่วัยรุ่นเข้ากับระบบบริการสุขภาพวัยรุ่นได้
งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้กับหน่วยงานในระดับจังหวัดโดยตรง แต่งบประมาณที่กรมอนามัยจัดสรรให้กับจังหวัดเป็นการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดประชุม คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ปีละ 2 ครั้ง - กระทรวง พม. สนับสนุนงบประมาณให้กับสภาเด็กและเยาวชนเพื่อจัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้กับทุกจังหวัด ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ และมีโครงการสวัสดิการเงินอุดหนุนสำหรับเลี้ยงดูทารกแรกเกิดถึง 6 เดือนให้แก่แม่ทุกกลุ่มอายุที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขของโครงการ - สปสช. สนับสนุนค่าตอบแทนในการให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ให้กับวัยรุ่น
ข้อมูลสารสนเทศ และ เทคโนโลยี	<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการฯ และผลการดำเนินงานตามรายตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในส่วนกลาง แต่ขาดผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด - มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งการดำเนินงานพัฒนาคลินิกวัยรุ่น (YFHS) - มีข้อมูลการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติทุก 5 ปี โดยดำเนินการมาแล้ว 9 ครั้ง ถึง พ.ศ. 2566

3.3 การประเมินผลด้านกระบวนการ (Process

evaluation)

ตารางที่ 7 ผลการประเมินด้านกระบวนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

การขับเคลื่อน	ผลการประเมิน
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการเพื่อพัฒนาครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาผ่านหลักสูตร E-learning การสอนเพศวิถีศึกษา การจัดการเรียนรู้ส่วนใหญ่บูรณาการเข้ากับหลักสูตรการเรียนในรายวิชาอื่น มีสถานศึกษาจำนวนน้อยที่จัดเป็นหลักสูตรการเรียนรู้อาชีวศึกษาเพศศึกษาโดยตรง - วัยรุ่นได้รับการดูแลช่วยเหลือ และคุ้มครองอย่างเป็นระบบเมื่อประสบปัญหาในสถานศึกษา ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลช่วยเหลือของกระทรวงศึกษาธิการ มีนโยบายให้การดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรแล้วเพื่อให้ได้เรียนอย่างต่อเนื่องจนจบการศึกษา
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการในการเลี้ยงดู สร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการดำเนินงานประกอบด้วยหน่วยงานเจ้าภาพหลัก 3 กระทรวงได้แก่กระทรวง พม. แรงงาน และมหาดไทย ในส่วนกระทรวง พม. นั้นการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ที่มีอยู่ในท้องถิ่น โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างครอบครัวเข้มแข็ง - กระทรวงแรงงาน มีการขอความร่วมมือสถานประกอบการ จัดให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีประเด็นเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม แต่ยังคงขาดข้อมูลอายุของลูกจ้างในสถานประกอบการ รวมทั้งไม่มีการรายงานผลการดำเนินงานของสถานประกอบการ - อปท. ที่ขับเคลื่อนงานในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันตามสภาพปัญหาและนโยบายของผู้บริหารพบว่า ในหลาย อปท. มีบทบาทมากในการส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมดำเนินงานของศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความอบอุ่นในครอบครัว การส่งเสริมกิจกรรมของเด็กและเยาวชน
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร</p>	<ul style="list-style-type: none"> - วัยรุ่นและเยาวชนมีส่วนร่วมน้อยในกระบวนการออกแบบบริการ YFHS ส่วนระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ยังมีโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อรองรับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยไม่ครบในทุกจังหวัด - วัยรุ่นเข้ามารับบริการคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับเยาวชนน้อย และพบปัญหาการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยล่าช้า มีวัยรุ่นที่กำลังอยู่ระหว่างการศึกษามากได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์เมื่อมีอายุครรภ์มากแล้ว โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด 19 ยิ่งทำให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเสี่ยงต่ออันตรายจากการไม่เข้าถึงบริการในโรงพยาบาล - การไม่เข้าถึงบริการด้านทันตสาธารณสุขของกลุ่มแม่วัยรุ่น ทั้งนี้ YFHS มีการระบุถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพช่องปากไว้ในองค์ประกอบการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่ในการปฏิบัติจริงการดำเนินงานในข้อนี้ได้ยังขาดการปฏิบัติอย่างจริงจังทั้งการให้ความรู้ และการส่งเสริมให้แม่วัยรุ่นมีการปฏิบัติตนเองถูกต้องเหมาะสม
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือ การคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และการจัดสวัสดิการสังคมในกลุ่มวัยรุ่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีช่องว่างในการทำงานเชิงรุก ที่ยังขาดข้อมูลวัยรุ่นที่ประสบปัญหาและต้องการได้รับการสวัสดิการสังคม มีปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานด้านการศึกษา - การดำเนินงานในระดับจังหวัดมีบ้านพักเด็กและครอบครัวเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่นที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ - มีสภาเด็กและเยาวชนในการสร้างเครือข่ายเด็กและเยาวชนในระดับจังหวัด เพื่อสร้างแกนนำในการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการบูรณาการการจัดการฐานข้อมูล งานวิจัย และการจัดการความรู้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ยังไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดในระดับจังหวัดได้ ตัวชี้วัดที่ไม่ได้อยู่ในระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่มีเฉพาะข้อมูลในระดับประเทศแต่ไม่มีข้อมูลในระดับจังหวัด เนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับจังหวัด ตัวชี้วัดบางตัวมีขอบเขตนิยามกว้างขวางมากเกินไป มีความไม่ชัดเจนของการกำหนดรายละเอียดตัวชี้วัด (Template) จึงไม่สามารถนำมาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลได้จริง หลายจังหวัดไม่เข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับนิยามและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าตัวชี้วัดภายใต้ยุทธศาสตร์มีจำนวนมากเกินไป - ส่วนใหญ่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียนในระดับจังหวัดทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะจังหวัดที่มีการบูรณาการภาคีเครือข่ายได้ดีจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานแบบไม่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอ

3.4 การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (Product evaluation)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์ทั้งหมด 34 ตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดเป้าหมายอัตราการคลออดมีชีพในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปีผ่านเกณฑ์เป้าหมายรายยุทธศาสตร์รายปีที่ตั้งไว้ ซึ่งกำหนดเป้าหมายอัตราการคลออดลดลงเป็นแบบขั้นบันได จนถึงสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ปี 2569 กำหนดให้อัตราการคลออดของทั้ง 2 กลุ่มอายุนี้ ไม่เกิน 0.5 และ 25 ต่อพัน ตามลำดับ โดยอัตราการคลออดมีชีพในกลุ่มอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2560-2563 (เป้าหมายรายปี) เท่ากับ 39.6 (50), 35.0 (35), 31.3 (33), 28.7 (31) ตามลำดับ และอัตราการคลออดมีชีพในกลุ่มอายุ 10-14 ปี พ.ศ. 2560-2563 (เป้าหมายรายปี) เท่ากับ 1.3(1.4), 1.2(1.3), 1.1(1.2), 0.9(1.1) ตามลำดับ⁽²⁰⁾ และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์ในระดับประเทศมีดังนี้ **ยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 4** ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 100 สะท้อนการดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จมีทั้งการพัฒนาศักยภาพครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาด้วยการใช้หลักสูตรแบบออนไลน์ และกระทรวง พม. ออกประกาศกระทรวงเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการในการส่งเสริมสนับสนุนการรับคำปรึกษา และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2563 เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการด้านสวัสดิการสังคมมากยิ่งขึ้น **ยุทธศาสตร์ที่ 2** มีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ ร้อยละของครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี ผล 72.1% (เป้าหมาย 76%) ส่วน**ยุทธศาสตร์ที่ 3** ซึ่งมีจำนวนตัวชี้วัดมากที่สุดนั้นไม่มีข้อมูล 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของวัยรุ่นที่เข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตร จำนวนของวัยรุ่นที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละของวัยรุ่นที่คลอดได้รับการดูแลหลังคลอด 6 สัปดาห์อย่างมีคุณภาพ และร้อยละของวัยรุ่นที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ในส่วนตัวชี้วัดที่มีข้อมูลจำนวน 8 ตัวชี้วัดนั้นมีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 62.5 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านคือ ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ผล 13.9% (เป้าหมาย ไม่เกิน 13.5%) การได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอด/หลังแท้งอย่างครอบคลุม ผล 67.8% (เป้าหมาย 80%) และความต้องการที่ยังไม่สมฤทธิ์สำหรับการคุมกำเนิดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ผล ร้อยละ 17.1 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 8) และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**ยุทธศาสตร์ที่ 5** มี 1 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ ระดับความสำเร็จในการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ ผล 88.2% (เป้าหมาย 100%) ดังข้อมูลสรุปผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์	จำนวนตัวชี้วัด	มีข้อมูล (ร้อยละ)	ผ่าน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน (ร้อยละ)
1	5	5 (100)	5 (100)	0 (0)
2	5	5 (100)	4 (80)	1 (20)
3	12	8 (66.7)	5 (62.5)	3 (37.5)
4	5	5 (100)	5 (100)	0 (0)
5	5	5 (100)	4 (80)	1 (20)
เป้าหมายหลัก	2	2 (100)	2 (100)	0 (0)
รวม	34	30 (88.2)	25 (83.3)	5 (16.6)

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามกลุ่มคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด พบปัญหาอุปสรรคสำคัญที่พบมากที่สุดคือ ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมเชิงคุณภาพพบว่า คณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด

สะท้อนถึงความไม่เข้าใจชัดเจนในการดำเนินงานตามบทบาทของหน่วยงานในการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินงานส่วนใหญ่จะเป็นงานประจำตามภารกิจของหน่วยงาน และยังมีปัญหาการบูรณาการระหว่างหน่วยงานในจังหวัด เช่น การส่งต่อนักเรียนที่มี

ปัญหาการตั้งครุฑเพื่อเข้าถึงบริการ การขอสนับสนุน ทรัพยากรและงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมสำหรับ วัยรุ่น เป็นต้น โดยปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด 3 ลำดับ แรก ได้แก่ ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะ อนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด 30 คน (ร้อยละ 18.9) ขาดข้อมูลเชิงลึก และข้อมูลแจกแจงระดับพื้นที่ (อำเภอ/ ตำบล/หมู่บ้าน) เพื่อใช้วางแผนและติดตามการดำเนินงาน จำนวน 28 คน (ร้อยละ 17.6) และขาดแคลนงบประมาณ ในการดำเนินงาน จำนวน 25 คน (ร้อยละ 15.7)

4. การดูแลสุขภาพช่องปากของแม่วัยรุ่นที่ตั้งครุฑ

เนื่องจากไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณของการได้รับบริการ ด้านทันตกรรมในกลุ่มหญิงตั้งครุฑที่เป็นแม่วัยรุ่นโดยตรง แต่มีข้อมูลเทียบเคียงด้านการรับบริการทันตกรรมของ หญิงตั้งครุฑที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล โดยข้อมูลการ เข้าถึงบริการที่สำคัญซึ่งเป็นตัวชี้วัดหลักในการติดตามการ เข้าถึงบริการด้านทันตสาธารณสุข มี 3 จังหวัดที่ร้อยละ หญิงตั้งครุฑที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และได้รับ การฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติอยู่ระดับต่ำกว่าร้อยละ 70 ได้แก่ นครศรีธรรมราช สระแก้ว และบุรีรัมย์ (ตาราง ที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละหญิงตั้งครุฑที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการฝึกแปรงฟันแบบ ลงมือปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดที่ดำเนินการวิจัย

จังหวัด	ร้อยละหญิงตั้งครุฑที่ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปาก		ร้อยละหญิงตั้งครุฑที่ได้รับการฝึกแปรงฟัน แบบลงมือปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุดรดิตต์	962	84.5	973	85.5
ชัยนาท	369	59.8	385	62.4
สระแก้ว	789	51.4	768	50.1
เลย	2173	75.1	2,160	74.7
บุรีรัมย์	2904	79.1	2,931	79.8
นครศรีธรรมราช	2731	44.9	2,182	35.8

*แหล่งข้อมูล HDC พ.ศ. 2565

สรุปผลการติดตามข้อมูลสถานการณ์และข้อมูล เชิงคุณภาพของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปาก มีดังนี้

1. สถานการณ์การเข้ารับบริการ มีอัตราการเข้ารับ บริการต่ำ แม้ว่าจะมีนโยบายให้หญิงตั้งครุฑได้รับการ ตรวจสุขภาพช่องปาก และบริการทันตกรรมที่จำเป็น แต่ พบว่า จำนวน 3 ใน 6 จังหวัดมีอัตราการเข้ารับบริการ ตรวจสุขภาพช่องปากต่ำกว่าเป้าหมายกำหนดไว้น้อย กว่าร้อยละ 70 ซึ่งจังหวัดเหล่านี้ก็มีร้อยละของหญิงตั้ง ครุฑที่ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติที่อยู่ใน ระดับต่ำ ถึงแม้จะมีโครงการดูแลมารดาวัยรุ่นแบบบูรณา การแต่ยังมีสัดส่วนของแม่วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อ

ตรวจทันตกรรม แสดงให้เห็นถึงปัญหาในการเชื่อมโยง บริการระหว่างงานฝากครรภ์และงานทันตกรรม

2. ปัญหาสุขภาพช่องปากและมีความชุกของโรคสูง หญิงตั้งครุฑส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะ โรคเหงือกอักเสบและฟันผุ ซึ่งโรคในช่องปากเหล่านี้มี ความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ในการตั้งครุฑ เช่น การคลอดก่อนกำหนด และทารก มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์

3. ปัจจัยและอุปสรรคสำคัญต่อการรับบริการ ปัจจัย ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจหรือไม่ตัดสินใจมารับบริการทันต กรรมในระหว่างตั้งครุฑของแม่วัยรุ่นมีดังนี้

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจหรือไม่ตัดสินใจมารับบริการทันตกรรมในระหว่างตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น

กลุ่มปัจจัย	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่รับบริการ
ความรู้ ทัศนคติ	- ความกลัวการทำฟัน หรือกลัวว่าการทำฟันจะส่งผลเสียต่อลูกในครรภ์ เป็นอุปสรรคที่พบบ่อยที่สุด - การไม่รับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปาก หรือไม่รับรู้ถึงความจำเป็นในการรักษาระหว่างตั้งครรภ์
ปัจจัยนำเข้า	- การไม่เคยรับบริการทันตกรรมมาก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงกับการตัดสินใจมารับบริการขณะตั้งครรภ์ - ระดับการศึกษาและอาชีพที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งกลุ่มแม่วัยรุ่นมักมีระดับการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า
การบริการ	- โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการจัดบริการด้านทันตสาธารณสุขให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยเฉพาะ โดยจัดให้ได้รับบริการร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอื่น ๆ และมีรูปแบบการให้บริการเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุอื่น ส่วนใหญ่ไม่มีการประสานงานกับคลินิกให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นโดยตรง คลินิกทันตกรรมในสถานบริการยังไม่มีข้อมูล ความเข้าใจเกี่ยวกับคลินิก YFHS จึงยังไม่มีการประสานงานบูรณาการในการให้บริการ - ทันตบุคลากรไม่เพียงพอ ไม่สามารถจัดทันตบุคลากรออกปฏิบัติงาน ณ คลินิกฝากครรภ์ได้

โดยมีข้อเสนอแนะจากทันตบุคลากรในการปรับปรุงการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะกลุ่มแม่วัยรุ่น ที่สอดคล้องกัน คือ 1) การให้สุขศึกษาเฉพาะกลุ่ม เน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อลดล้างความเชื่อผิด ๆ ว่าการทำฟันเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ โดยเน้นถึงความสำคัญของการรักษาโรคปริทันต์ 2) การบูรณาการ

จัดบริการตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของงานคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ (ANC) และมีการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังคลินิกทันตกรรมอย่างเป็นระบบและชัดเจน และ 3) เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีหรือครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

อภิปรายผล

1. การรับรู้ ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิของวัยรุ่น ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นร้อยละ 68.7 รับรู้ว่าการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 แล้ว ซึ่งใกล้เคียงการสำรวจในปี 2562 โดยสัดส่วนผู้ที่ทราบสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย โดยในปี 2562 มีวัยรุ่นที่รับรู้ข้อมูล ร้อยละ 68.6⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้และการขับเคลื่อน พ.ร.บ.ฯ ในระดับจังหวัดที่พบว่า อาสาสมัครและแกนนำเยาวชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ ร้อยละ 55.4 และร้อยละ 55.4 รับรู้ข้อมูลใน พ.ร.บ.ฯ ในระดับปานกลาง⁽²¹⁾ โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.5 ทราบข้อมูลจากสื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ตมากที่สุด เห็นได้ว่าในระยะครึ่งแผนแรกของยุทธศาสตร์นี้ ระดับการรับรู้ของวัยรุ่นสูงขึ้นนับจากปีแรก ๆ ที่มีการบังคับใช้ แต่

การมีกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิเพื่อการป้องกันและแก้ไขเมื่อวัยรุ่นประสบปัญหาการตั้งครรภ์ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการไม่เข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ที่บัญญัติไว้ในกฎหมายฉบับนี้ จึงจำเป็นต้องเร่งเผยแพร่ข้อมูล ประชาสัมพันธ์ไปสู่วัยรุ่นให้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาอุปสรรคด้านการนำความรู้ที่ได้รับจากการเรียนรู้ในสถานศึกษาไปปรับใช้ให้เกิดทักษะการปฏิบัติจริง ถึงแม้พบว่า วัยรุ่นร้อยละ 58.7 ระบุว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับเพศวิถีศึกษาที่ได้รับจากการเรียนในระดับมาก แต่ยังพบปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย โดยอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นชายชั้นปวช. ปีที่ 2 ลดลงจาก 15.5 ใน พ.ศ. 2557 เหลือ 15.1 ใน พ.ศ. 2562 และมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำ โดยร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มนักเรียนชั้น ม. 2 ม.5 และ ปวช. มีประมาณร้อยละ 60-80⁽¹⁹⁾ โดยมีการวิจัยเกี่ยวกับการสอนเพศวิถี

ศึกษาในสถานศึกษาไทย พบว่า การสอนเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนส่วนใหญ่ใช้วิธีการสอนแบบบรรยายเป็นหลัก ยังไม่เอื้อให้นักเรียนคิดวิเคราะห์และนำความรู้จากชั้นเรียนไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งนักเรียนทั้งสายสามัญและสายอาชีวศึกษาได้เรียนเพศวิถีศึกษาในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง นักเรียนส่วนใหญ่จึงเข้าใจว่าตนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับเพศวิถีศึกษาเป็นอย่างดีสิ่งที่ครูสอน แต่รูปแบบการสอนที่เป็นแบบบรรยายตามบทเรียน โดยไม่สอนให้ตั้งคำถามหรือให้เข้าใจฐานคิดของบทเรียนและค่านิยมในสังคมอย่างจริงจัง จึงอาจไม่กระตุ้นให้นักเรียนคิดวิเคราะห์และไม่ตรงกับความต้องการของวัยรุ่น และข้อมูลที่ระบุว่านักเรียนต้องการที่จะเรียนรู้เพศวิถีศึกษาในลักษณะที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ปรากฏในหนังสือเรียน และไม่ถูกกล่าวถึงในห้องเรียน⁽²²⁾ และยังไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาของไทย ที่เสนอว่า การจัดการเรียนรู้ต้องเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เคารพสิทธิ และปรับให้เข้ากับบริบทพื้นที่ เพื่อเสริมพลังให้วัยรุ่นรับผิดชอบต่อการเลือกของตนเอง เพศศึกษารอบด้านไม่ได้มีเพียงเรื่องเพศสัมพันธ์ แต่รวมถึงความเข้าใจชีวิตและการป้องกันที่มีคุณภาพ⁽¹⁾

2. การรับรู้และความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ข้อมูลการวิจัยนี้พบว่า ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดเห็นว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสำคัญอยู่ในระดับมาก และเห็นด้วยกับการกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพื่อใช้เป็นหลักในการดำเนินงาน และร้อยละ 46.7 เห็นว่ายุทธศาสตร์ระดับชาตินี้ประสบความสำเร็จในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้และการขับเคลื่อน พ.ร.บ.ฯ ที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่ามีความพึงพอใจ โดยให้เหตุผลว่าการทำงานเรื่องแก้ไขและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการทำงานที่บูรณาการความร่วมมือของหลายหน่วยงาน การมี พ.ร.บ.ฯ จะทำให้มีทิศทางการทำงานที่ชัดเจนขึ้น แต่ทั้งนี้ก็มีบางส่วนยังไม่แน่ใจว่าในทางปฏิบัติ

จะทำได้จริงหรือไม่ เพราะประเด็นปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่แม้รัฐบาลเห็นว่าเป็นปัญหาใหญ่ แต่ในบางหน่วยงานยังไม่ให้ความสำคัญเพราะมีงานด้านอื่นที่สำคัญกว่า ปัญหาอุปสรรคเรื่องความไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด เป็นปัญหาสำคัญที่ยังคงทำทนายการดำเนินงานอยู่ โดยในระยะแรกของการขับเคลื่อนพบว่าการทำงานในระดับจังหวัดเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องยังมีปัญหาไม่รับรู้ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ และยังคงมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับกลไกการขับเคลื่อน พ.ร.บ.ฯ^(8,21) และในการศึกษานี้ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ของฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด ร้อยละ 18.9 ไม่เข้าใจบทบาทการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ และผลจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า หน่วยงานต่าง ๆ ไม่สามารถประสานเชื่อมโยงดำเนินงานในระดับจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการส่งต่อวัยรุ่นที่มีปัญหาเพื่อให้เข้าถึงบริการยังทำได้จำกัด ไม่สามารถประสานงานเพื่อจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมสำหรับวัยรุ่นได้อย่างเพียงพอ การทำงานส่วนใหญ่จึงเป็นการปฏิบัติตามภารกิจประจำของแต่ละหน่วยงาน ส่งผลต่อการบูรณาการดำเนินงาน และการระดมทรัพยากรในจังหวัดเพื่อร่วมกันดำเนินงาน หลายหน่วยงานในจังหวัดไม่สามารถจัดหางบประมาณมาใช้ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ได้ ในขณะที่บางหน่วยงานงบประมาณแต่ขาดแผนงานโครงการที่จะดำเนินการ รongลงมา ร้อยละ 17.6 คือขาดข้อมูลเชิงลึกและข้อมูลแจกแจงระดับพื้นที่เพื่อใช้วางแผนและติดตามการดำเนินงาน ดังนั้นในระยะครึ่งหลังของแผนยุทธศาสตร์ฯ หน่วยงานเจ้าภาพหลักในส่วนกลางทุกยุทธศาสตร์จึงต้องเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่หน่วยปฏิบัติในระดับจังหวัด การบูรณาการดำเนินงานตั้งแต่ในระดับประเทศรวมทั้งสร้างช่องทางในการสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดที่ง่ายต่อการเข้าถึง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ การเร่งจัดการระบบฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และร่วมกันพัฒนาเครื่องมือการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดสำหรับใช้เก็บข้อมูลระดับจังหวัด

3. ผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน (พ.ศ. 2564)

3.1 ด้านบริบท สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงทั้งในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายรายปีที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน โดยกรมควบคุมโรคพบว่า วัยรุ่นยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องเพศทั้งการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในขณะมีอายุน้อย ทำให้ขาดการป้องกันตนเองจากการท้องและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยในกลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 มีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก ร้อยละ 77.6 และ ร้อยละ 60 ตามลำดับ และการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มนักเรียนชั้น ม. 2 ม.5 และ ปวช. มีประมาณร้อยละ 60-80⁽¹⁹⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะบรรลุเป้าหมายในการลดอัตราการคลอด แต่ยังมีวัยรุ่นอีกจำนวนมากที่ยังคงมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้จากการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2563-2564 พบว่า แม่วัยรุ่นร้อยละ 58.5 และ 65.6 ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ โดยแม่วัยรุ่นในทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่ไม่ตั้งใจตั้งครรรภ์ ยิ่งวัยรุ่นที่มีอายุน้อยยิ่งมีสัดส่วนมากขึ้น ส่วนแม่วัยรุ่นที่เป็นนักเรียน นักศึกษา เกินร้อยละ 80 ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรรภ์สำหรับการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรรภ์ แม่วัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรรภ์เกือบครึ่ง คือ ร้อยละ 45.2 และ 44.2 (พ.ศ. 2563-2564) ไม่มีการคุมกำเนิด นอกจากนี้ยังพบว่า มีการตั้งครรรภ์ซ้ำก่อนครบอายุ 20 ปีจำนวนมาก เนื่องจากแม่วัยรุ่นที่คลอดแล้วเลือกใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีชั่วคราว ถึงร้อยละ 96.8 และ 97.1 ตามลำดับ^(23,24) ดังนั้นถึงแม้อัตราการคลอดในวัยรุ่นโดยรวมลดลงแต่ยังคงมีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่อาจส่งผลต่อเป้าหมายความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ฯ ในปี 2569 รวมทั้งยังแสดงถึงว่าในการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานตาม

แผนยุทธศาสตร์จึงต้องคำนึงถึงปัญหาอันเนื่องมาจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนอกเหนือจากอัตราการคลอดที่ลดลงเท่านั้น ปัญหาเหล่านี้ทำให้มีความต้องการจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการนำยุทธศาสตร์มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในระดับจังหวัด และเห็นด้วยในระดับมากที่สุดต่อการมี พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งมีเครือข่ายการดำเนินงานทั้ง 5 กระทรวงหลักในส่วนกลางและผู้แทนในระดับจังหวัด

ส่วนด้านสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นพบปัญหาการเกิดโรคฟันผุ และสภาวะเหงือกอักเสบสูงถึงร้อยละ 61.2 และ 79.5⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการไม่รับรู้สิทธิของตนเอง ทำให้ไม่ได้รับการตรวจและรับบริการทางทันตกรรม ดังนั้นจากการประเมินบริบท จึงมีเหตุผลและความจำเป็นในการมียุทธศาสตร์และดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ โดยมีโอกาสประสบความสำเร็จจากการมีต้นทุนที่ดีในด้านเครือข่ายการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์กระจายอยู่ในทุกอำเภอ และการมีคลินิกให้บริการวัยรุ่น (YFHS) ที่สามารถประสานการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและรักษาสุขภาพช่องปากของแม่วัยรุ่นได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

3.2 ด้านปัจจัยนำเข้า มียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 เป็นแผนหลักที่ใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ฯ และมีแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่ประกอบด้วยรายละเอียดของแผนงาน โครงการ กิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้ทั้ง 5 กระทรวงหลักภายใต้ พ.ร.บ.ฯ ได้ออกกฎกระทรวงและประกาศกระทรวงภายใต้ พ.ร.บ.ฯ ที่นับเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ประสบความสำเร็จ หนึ่งในมาตรการสำคัญคือ การดำเนินงานส่งเสริมบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (YFHS) ซึ่งมีองค์ประกอบการดำเนินงานครอบคลุมการจัดบริการด้านสุขภาพตรงตามความต้องการของวัยรุ่น⁽²⁵⁾ ที่สามารถบรรจุมาตรการด้านการดูแลสุขภาพช่องปากแก่วัยรุ่น เพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งของการดำเนินงานคือ

มีคณะกรรมการระดับชาติที่มีรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน มีคณะอนุกรรมการระดับชาติ และคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการเป็นประธานทำหน้าที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับจังหวัด โดยผู้นำนับเป็นปัจจัยสำคัญต่อการประสบความสำเร็จ ดังเช่นในการศึกษาระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติภายใต้หลักธรรมาภิบาลที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ ผู้นำที่ประกอบด้วยความสามารถในการบริหารและความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน⁽²⁶⁾ แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ส่วนใหญ่ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของพื้นที่ รวมทั้งปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทั้งครูผู้สอนเพศวิถีสึกษาที่มีทักษะความรู้ความชำนาญ การขาดเวชภัณฑ์การให้บริการคุณภาพ กำเนิดชนิดกึ่งถาวร ปัญหาเหล่านี้จึงยังคงส่งผลให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันและเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ รวมทั้งปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนอายุครบ 20 ปี ตลอดจนการไม่มีข้อมูลผลการดำเนินงานรายยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด จึงทำให้เป็นปัญหาอุปสรรคต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน และจำเป็นต้องกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการทรัพยากรให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในส่วนองงบประมาณที่จำเป็นต้องมีภาคส่วนสำคัญ เช่น อปท. มาร่วมลงทุนดำเนินการด้วย

3.4 ด้านกระบวนการ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัดส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 มีการดำเนินงานยึดโยงกับแผนยุทธศาสตร์ในระดับชาติในระดับที่มากถึงมากที่สุด กระบวนการขับเคลื่อนงานมีความเข้มแข็งแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด ภาคีเครือข่าย 5 กระทรวงหลักมีความตื่นตัวในการร่วมกันดำเนินงานในระดับปานกลางถึงมาก โดยยุทธศาสตร์ที่ 1 กระทรวงศึกษาธิการมีความพยายามในการดำเนินงานตามกฎกระทรวงอย่างจริงจังเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดครูผู้สอนเพศวิถีสึกษาโดยการพัฒนาหลักสูตรพัฒนาครูแบบออนไลน์ รวมทั้งดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ตั้งครรภ์ในระหว่างกำลังศึกษา⁽²⁷⁾ ยุทธศาสตร์ที่ 2 แต่ละจังหวัดมีจุดเด่นในการดำเนินงานในยุทธศาสตร์แต่ละด้านที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับนโยบายและการกำกับ

ติดตามของผู้บริหาร ยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 5 การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบ โดยมีการพัฒนาและยกระดับมาตรการการให้บริการสุขภาพวัยรุ่นและดำเนินการอย่างจริงจังต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 แต่ก็ยังประสบปัญหาการที่วัยรุ่นเข้าถึงบริการน้อย และพบการไม่เข้าถึงบริการด้านทันตสาธารณสุขของกลุ่มแม่วัยรุ่น ทั้งนี้ YFHS มีการระบุดึงบริการด้านการดูแลสุขภาพช่องปากไว้ในองค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เพิ่มเติม หัวข้อ 2.1.20 บริการอื่น ๆ เช่น การดูแลสุขภาพช่องปาก โดยในการปฏิบัติจริงการดำเนินงานในข้อนี้ได้ยังขาดการปฏิบัติอย่างจริงจังทั้งการให้ความรู้ และการส่งเสริมให้แม่วัยรุ่นมีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม ส่วนกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด ยังมีช่องว่างที่ยังไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนทุกตัวชี้วัด และการขาดข้อมูลตัวชี้วัดในระดับจังหวัด จึงยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานในส่วนของครึ่งหลังของแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้การนำโครงการไปปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

3.5 ด้านผลลัพธ์ จากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์ทั้งหมด 34 ตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดเป้าหมายอัตราการคลอดมีชีพในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ผ่านเกณฑ์เป้าหมายรายยุทธศาสตร์ที่กำหนดเป้าหมาย อัตราคลอดลดลงเป็นแบบขั้นบันไดทุกปี จนสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ปี 2569 กำหนดให้อัตราคลอดของทั้ง 2 กลุ่มอายุนี้น่าไม่เกิน 0.5 และ 25 ต่อพัน ตามลำดับ โดยผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 4 ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 100 สะท้อนการดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จมีทั้งการพัฒนาศักยภาพครูผู้สอนเพศวิถีสึกษาด้วยการใช้หลักสูตรแบบออนไลน์ และกระทรวง พม. ยังออกประกาศกระทรวงเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการในการส่งเสริมสนับสนุนการรับค่าปรึกษา และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2563 เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการด้านสวัสดิการสังคมมากยิ่งขึ้น **ยุทธศาสตร์ที่ 2** มีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่

ร้อยละของครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการทั้งโครงสร้างครอบครัว การศึกษาของหัวหน้า ครอบครัว อาชีพหลักที่สร้างรายได้เลี้ยงครอบครัว รายได้ของครอบครัว เงินออมของครอบครัว และสถานภาพ การครอบครองที่อยู่อาศัย⁽²⁸⁾ ตัวชี้วัดนี้จึงมีความยากทั้งการวัดผลและการบรรลุผลสำเร็จ ยิ่งโดยเฉพาะในปีที่มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประชาชนจำนวนมากมีรายได้ลดลงทำให้เกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวได้ ส่วน **ยุทธศาสตร์ที่ 3** ซึ่งมีจำนวนตัวชี้วัดมากที่สุดนั้นไม่มีข้อมูลถึง 4 ตัวชี้วัด แสดงให้เห็นว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องมีการเร่งรัดผลักดันให้ดำเนินการทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด โดยควรเร่งรัดพัฒนาเครื่องมือการเก็บข้อมูล การชี้แจงทำความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล ซึ่งการมีข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตามและวางแผน เป็นปัจจัยสำคัญต่อการประสบความสำเร็จของการดำเนินงานโดยเฉพาะการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่จำเป็นต้องมีการกำกับทิศทางและมุ่งเป้าหมายไปสู่ความสำเร็จ ยิ่งจำเป็นต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องและรอบด้าน ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านคือ การได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอด/หลังแท้งอย่างครอบคลุม ร้อยละ การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ผลงาน 13.9% สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไม่เกิน 13.5% การได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอด/หลังแท้งอย่างครอบคลุม ผลงาน 67.8% ต่ำกว่าเป้าหมาย 80% และความต้องการที่ยังไม่สัมฤทธิ์สำหรับการคุมกำเนิดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ผลร้อยละ 17.1 ที่สูงกว่าเป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 8 เหล่านี้สะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นทั้งในช่วงก่อนตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยเฉพาะการคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัย (วิธีกึ่งถาวร) ซึ่งมีประสิทธิภาพป้องกันการตั้งครรภ์สูงเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำที่มากจนสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด อย่างไรก็ตามผลงานสำคัญที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายคือ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ซึ่งสามารถผสมผสานการ

ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเข้ากับบริการสำหรับวัยรุ่นได้ และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด **ยุทธศาสตร์ที่ 5** ที่มี 1 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ ความสำเร็จในการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ทั้งหมด ได้ครบถ้วนทั้ง 34 ตัวชี้วัด และการขาดข้อมูลของตัวชี้วัดในระดับจังหวัด ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผลการดำเนินงานในระดับประเทศ การมีข้อมูลของจังหวัดจะช่วยให้การทำงานสามารถมุ่งเป้าหมายที่ตอบสนองปัญหาของจังหวัดได้ นอกจากนี้แล้วเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มุ่งเน้นการคุ้มครองสิทธิของวัยรุ่นให้ได้รับความรู้ และบริการทั้งด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค จึงต้องพิจารณาถึงการได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านอื่นนอกเหนือจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ยังพบช่องว่าง ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงในระยะครึ่งหลังของแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จอย่างแท้จริงในการปกป้องคุ้มครองและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศ

4. ผลการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากข้อมูลในระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขในพื้นที่การวิจัย ยังคงพบปัญหาการเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ทั้งการตรวจสุขภาพช่องปาก รวมทั้งการฝึกแปรงฟันอย่างถูกต้องด้วยวิธีลงมือปฏิบัติ โดยข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับร้อยละ 59.0, 54.3, และ 53.4 ตามลำดับ ซึ่งยังคงอยู่ในระดับต่ำมากเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 และถึงแม้ว่าจะไม่มีสถิติของแม่วัยรุ่นที่ได้รับการด้านทันตกรรมโดยตรง แต่ข้อมูลการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติในปี 2566 วัยรุ่นยังเข้าถึงบริการได้ไม่ทั่วถึงครอบคลุม ผลการสำรวจวัยรุ่นอายุ 15 ปี ซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มวัยรุ่นพบว่า ร้อยละ 47.9 ไม่ทราบสิทธิหลักประกันสุขภาพในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก

ของตน ส่งผลให้ได้รับการตรวจฟันและได้รับการบริการทันตกรรมเพียง ร้อยละ 37.3 และ 24.8 ตามลำดับ⁽¹²⁾ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของมารดาส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกที่สำคัญประกอบด้วยความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย มีการศึกษาพบว่า โรคปริทันต์อักเสบอย่างรุนแรงเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด และทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย⁽⁹⁻¹⁰⁾ จึงส่งผลต่อความสำเร็จของยุทธศาสตร์ที่ 3 ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพแก่วัยรุ่นอย่างครอบคลุมทั้งกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปและแม่วัยรุ่น โดยแม้ว่าจังหวัดที่ดำเนินการเก็บข้อมูลจะมีโครงการดูแลมารดาวัยรุ่นแบบบูรณาการ แต่สัดส่วนของแม่วัยรุ่นที่ถูกส่งต่อเพื่อตรวจทันตกรรมจากห้องฝากครรภ์ยังอยู่ในระดับต่ำ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการจัดบริการด้านทันตสาธารณสุขให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเฉพาะ โดยจัดบริการให้กลุ่มแม่วัยรุ่นได้รับการร่วมกันกับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอื่น ๆ และมีรูปแบบการให้บริการเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุอื่น โดยมองว่ามีสถานะตั้งครรภ์เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุอื่น และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการทันตกรรมพบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์มากโดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปมีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี 2.546 เท่า นอกจากนี้พบว่า ความเชื่อและทัศนคติ

เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากโดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อและทัศนคติในระดับสูงมีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อและทัศนคติในระดับต่ำ 3.35 เท่า และความกังวลเกี่ยวกับการรักษาทางทันตกรรมโดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีความกังวลระดับต่ำมีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความกังวลระดับสูง 8.46 เท่า⁽²⁹⁾ ดังนั้นหน่วยบริการควรมีนโยบายและแนวทางการบูรณาการการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากเข้ากับบริการของคลินิกวัยรุ่น การจัดระบบส่งต่อที่เอื้อต่อการได้รับการลดระยะการรอคอย รวมทั้งการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้แม่วัยรุ่นได้รับการอย่างทั่วถึงครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน คือ มีนโยบายที่ชัดเจน มีบุคลากรที่รับผิดชอบในการให้บริการและมีความร่วมมือของทุกเครือข่าย จะเห็นได้ว่าการพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ควรได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากบริบทของการจัดบริการในโรงพยาบาลนั้น ๆ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการพัฒนาระบบบริการเกิดการบูรณาการงานร่วมกัน^(30,31) ซึ่งจะทำให้ประสบผลสำเร็จตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่นที่คำนึงถึงการเข้าถึงบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการในมิติที่ครอบคลุมในเรื่องสุขภาพช่องปากด้วย

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ปรับปรุงยุทธศาสตร์ที่ 1 ในการส่งเสริมให้วัยรุ่นและเยาวชนมีทักษะในการมีป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างแท้จริง และสร้างระบบคัดกรองในสถานศึกษา เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้เรียนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้ก่อนที่จะเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

2. ส่งเสริมบทบาทของ อปท. ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ในการดำเนินงานและสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรในการดำเนินงานระดับพื้นที่

3. ปรับปรุงยุทธศาสตร์ที่ 3 โดยเน้นการพัฒนากระบวนการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาล ให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างแท้จริง การส่งเสริมให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการคุมกำเนิดโดยเฉพาะการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ รวมถึงการสนับสนุนบทบาทของวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมในการออกแบบการจัดบริการ

4. พัฒนาการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 5 โดย

เร่งรัดการจัดทำรายละเอียดของทุกตัวชี้วัด จัดทำและ
ชี้แจงเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้สามารถเก็บ
ข้อมูลระดับจังหวัดในทุกยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
และเร่งผลักดันการสร้างระบบฐานข้อมูลแบบออนไลน์
เพื่ออำนวยความสะดวกในการบันทึกและส่งต่อข้อมูล
ระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ใช้งานทุกระดับเข้าถึงข้อมูล
ที่ต้องการและทันสมัย

5. บูรณาการบริการตรวจและให้คำแนะนำทาง
ทันตกรรม ให้เป็นส่วนหนึ่งของงานคลินิกบริการสุขภาพ
ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ รวมทั้ง
จัดให้มีการประสานงานส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังคลินิก
ทันตกรรมอย่างเป็นระบบและชัดเจน

• ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควบศึกษาค่าผลสัมฤทธิ์ของ พ.ร.บ.การป้องกันและ
แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างรอบด้าน ทั้งในด้าน
ความสำเร็จตามตัวชี้วัด ความสอดคล้องระหว่างเป้าหมาย
มาตรการ และแผนปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ระดับชาติ
2. ควบศึกษาประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการ
ดำเนินงานตามกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ภายใต้แผนปฏิบัติ
งานยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน
วัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา เพ็ญศิริธนา. ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับเพศศึกษารอบด้าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564;7(3):1-16.
2. ยูนิเซฟ ประเทศไทย. การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย: รายงานสังเคราะห์ 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org.thailand/files/2018-08/160705_SAAP_in_Thailand_report_TH.pdf
3. สมตี อนันต์ปฏิเวธ, สุทธิ หนองอหี, ปรียะดา ภัทรสัจธรรม. วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม: ผลกระทบ แนวโน้ม และการช่วยเหลือในสังคม
โลกไร้พรมแดน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2561;10(1):16-31.
4. SDG Move. SDG 101 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgmovement.com/sdg-101/>
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ
5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistics2563.pdf>
6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ
5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic64.pdf>
7. กรมอนามัย สำนักงานแม่การเจริญพันธุ์. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569
[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/act-strategy-action-plan/2560#wow-book/>
8. กรมอนามัย สำนักงานแม่การเจริญพันธุ์. รายงานผลโครงการประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประจำปี พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/act-strategy-action-plan/2567#wow-book/>
9. United Nations General Assembly. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on
the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (Resolution A/66/L1). New York: United Nations; 2011.
10. กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี:
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
11. Vergnes JN, Sixou M. Periodontal disease as a risk factor for preterm birth and low birth weight: A systematic
review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2007;196(2):e1-7.
12. สุทธิสา ไทยงาม. โรคปริทันต์อักเสบในหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ในบทความปริทัศน์. วิทยาสารทันต
สาธารณสุข 2553;15(1):18-27.

13. Acta Scientific. Oral Health Changes During Pregnancy: The Role of Hormonal, Salivary, and Psychological Factors: A Mini Review [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 5]. Available from: <https://actascientific.com/ASDS/pdf/ASDS-09-2032.pdf>
14. FDI World Dental Federation. Definition of oral health. *Int Dent J* 2016;66(6):322-4.
15. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. *Evaluation Models: Evaluation in Education and Human Services*. Vol 49. Dordrecht: Springer; 2000. p. 279-317.
16. Stufflebeam DL. CIPP evaluation model checklist [Internet]. 2007 [cited 2025 Aug 5]. Available from: https://files.wmich.edu/s3fs-public/attachments/u350/2014/cippchecklist_mar07.pdf
17. Cochran WG. *Sampling techniques*. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
18. บังอร เทพเทียน, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ประภาพรณ จูเจริญ. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกับการใช้สารเสพติดของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2560;26(2):239-52.
19. กองระบาศติทยา กรมควบคุมโรค. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://aidsboe.moph.go.th/app/book/>
20. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
21. กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง. การรับรู้และการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2562;25(2):189-201.
22. มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม. รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย. กรุงเทพฯ: องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ประเทศไทย; 2560.
23. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรถ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/2515#wow-book/>
24. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรถ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/3331#wow-book/>
25. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (ฉบับ พ.ศ. 2563). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
26. ปิยากร หวังมหาพร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติในด้านการปรับสมดุลและพัฒนาาระบบการบริหารจัดการภายใต้หลักธรรมาภิบาลขององค์การภาครัฐ. *MFU Connexion* 2563;9(2):9-23.
27. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แนวทางการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ตั้งครรถ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.spmsnicpn.go.th/th/download/servicemanual/takecare_pregnant.pdf
28. กวินารัตน์ สุทธิสุนทร, จิราพร ชมพิกุล, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล. ปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไทย. *วารสารการบริหารท้องถิ่น* 2560;10(2):151-68.
29. วราภรณ์ แฝงจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรถ์ที่มาฝากครรถ์ที่โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี. *Health Science, Science and Technology Reviews* 2568;18(1):33-45.
30. ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์, รชนี ลักษิตานนท์. รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563 เขตสุขภาพที่ 5. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2565;45(1):53-67.
31. วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, เป็รื่องจิตร์ ชมารัตน์, นพนนท์ ชัยภูมิ, อรุณณี โจ้เที่ยง. บริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่นในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2562;37(3):240-8.

การประเมินผลการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ในเขตสุขภาพที่ 1

นิธิรัตน์ บุญตานนท์*

อังศุมาลิน บัวแก้ว

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่



วันรับ 20 มกราคม 2569



วันแก้ไข 23 มีนาคม 2569



วันตอบรับ 31 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจนข้อมูลอิ่มตัว จำนวนรวม 40 คน ประกอบด้วยผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ 24 คน จากทุกระดับบริการและหลากหลายบริบทพื้นที่ และผู้สูงอายุที่ได้รับการตามนโยบาย 16 คน ซึ่งผ่านการคัดเลือกให้ครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ในจังหวัดทั้ง 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 1 ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติยังคงมีช่องว่างในบางตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมายผลผลิตและผลลัพธ์ โดยเฉพาะการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ และการจัดบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ปัจจัยสนับสนุนสำคัญมาจากการสนับสนุนเชิงบริหาร เครือข่ายสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง และความตระหนักรู้ของประชาชน ขณะที่อุปสรรคหลัก ได้แก่ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ความไม่ต่อเนื่องของการบริการ ช่องว่างในการประสานงานระหว่างหน่วยงานระดับพื้นที่ ความครอบคลุมของการคัดกรองในพื้นที่ห่างไกลที่ยังไม่เพียงพอ และการขาดระบบติดตามตรวจสอบผลการดำเนินงานที่เป็นระบบ ข้อเสนอแนะแนวทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการนโยบาย ได้แก่ การจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอและยั่งยืน การสร้างกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่เข้มแข็ง และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการออกแบบระบบบริการ

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ การนำนโยบายไปปฏิบัติ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1

*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ : drnest@hotmail.com

Evaluation of Elderly Health Care Policy Implementation in Health Region 1

Nithirat Boontanon*

Angsumalin Buakaew

Regional Health Promotion Center 1 Chiang Mai

Abstract

This qualitative research aimed to evaluate the effectiveness of Thailand's elderly health care policy implementation in Health Region 1 during the 2025 fiscal year. Data were collected through document analysis and interviews with key informants selected by purposive sampling until data saturation, totaling 40 participants. These consisted of 24 administrators and health professionals involved in elderly health care implementation across all levels of health services and diverse local contexts, and 16 older adults who had received services under the policy, selected to represent community-dwelling, homebound, and bedridden older persons in all eight provinces of Health Region 1. Data were analyzed using content analysis. The findings revealed that the effectiveness of policy implementation still exhibited gaps in several indicators that did not achieve the intended outputs and outcomes, particularly geriatric syndrome screening and home-based inpatient care (Home Ward). Key facilitating factors included strong administrative support, robust community health networks, and increased public awareness. Major barriers comprised resource constraints, discontinuity of service delivery, coordination gaps among local-level agencies, insufficient coverage of screening in remote areas, and the absence of a systematic monitoring and evaluation system. Recommended strategies to enhance policy management effectiveness include ensuring adequate and sustainable resource allocation, establishing clear inter-agency coordination mechanisms, strengthening monitoring and evaluation systems, and promoting meaningful stakeholder participation in the design of service delivery systems.

Keywords : Effectiveness, Policy Implementation, Elderly health care, Health Region 1

*Corresponding Author,  : drnest@hotmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) เป็นปรากฏการณ์ระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้ประกาศทศวรรษแห่งการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (UN Decade of Healthy Ageing 2021–2030) เพื่อผลักดันให้ประเทศต่าง ๆ ปรับระบบบริการสุขภาพจากการเน้นการรักษาไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบบูรณาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) แล้ว โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 13 ล้านคน⁽²⁾ คิดเป็นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2583⁽³⁾ สถานการณ์ดังกล่าวสร้างภาระต่อระบบสุขภาพและการดูแลระยะยาวของประเทศอย่างต่อเนื่อง

เขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.54 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ⁽²⁾ โดยเฉพาะในบางอำเภอและชุมชนที่มีการกระจุกตัวของผู้สูงอายุในระดับสูงมากเมื่อเทียบกับประชากรรวมในพื้นที่ ประกอบกับลักษณะภูมิประเทศที่หลากหลายทั้งพื้นที่เมือง ชนบท พื้นที่สูง และพื้นที่ห่างไกล ทำให้ภาระด้านการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีความซับซ้อนกว่าพื้นที่อื่นตามไปด้วยนอกจากนั้น ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 ยังมีความหลากหลายด้านสถานะสุขภาพและความสามารถในการดำเนินชีวิต โดยสามารถจำแนกเป็นผู้สูงอายุติดสังคมที่ยังทำกิจกรรมในชุมชนได้ ร้อยละ 97.30 ผู้สูงอายุติดบ้านที่ออกนอกบ้านได้จำกัด ร้อยละ 2.10 และผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 0.60 ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงและต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างใกล้ชิด⁽⁴⁾ ความแตกต่างเหล่านี้สะท้อนว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีรูปแบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม และต้องคำนึงถึงข้อจำกัดเชิงบริบทของแต่ละพื้นที่ควบคู่กันไป

เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว รัฐบาลไทยได้กำหนดกรอบกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุหลายประการ เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546⁽⁵⁾ และแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580) ที่มุ่งยกระดับคุณภาพชีวิตและปฏิรูประบบบริหารจัดการรองรับสังคมสูงวัย⁽⁶⁾ โดยในระดับปฏิบัติการ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประเด็นมุ่งเน้นสำคัญในการตรวจราชการปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ผ่านตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทั้ง (1) การจัดตั้งสถานชีวาภิบาล (2) การจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) สำหรับผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (3) การจัดบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) สำหรับผู้ป่วยระยะประคองที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (4) การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหว และ (5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) รายใหม่ รวมถึงการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) 9 ด้านอย่างครอบคลุม⁽⁷⁾ ซึ่งล้วนมีเป้าหมายครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียงในบริบทที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ดี แม้นโยบายและตัวชี้วัดจะถูกกำหนดอย่างชัดเจน แต่การนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่จริงของเขตสุขภาพที่ 1 ยังเผชิญช่องว่างหลายประการ ทั้งในมิติของการบริหารจัดการ ทรัพยากร และบริบทพื้นที่งานวิจัยจำนวนมากยังมุ่งประเมินในระดับประเทศ⁽⁸⁻⁹⁾ หรือเน้นเฉพาะผลลัพธ์ทางสุขภาพ มากกว่าการทำความเข้าใจบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ภาคเหนือตอนบนที่มีสัดส่วนและการกระจุกตัวของผู้สูงอายุสูงที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศนั้น

ดังนั้น การประเมินผลการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อจะได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการดำเนินงาน ปัจจัยที่ส่งเสริมและ

อุปสรรคที่ขัดขวางการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย ตลอดจนช่องทางที่ควรได้รับการปรับปรุงเชิงนโยบาย ซึ่งจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่หลากหลาย และสามารถใช้เป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลไปยังเขตสุขภาพอื่น ๆ ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

2. เพื่อวิเคราะห์เงื่อนไขที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1

3. เพื่อเสนอข้อเสนอแนะแนวทางในการเพิ่มประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

ประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ หมายถึง ระดับการบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ทั้งในด้านผลผลิต (การจัดตั้งสถานชิวาภิบาล การจัดบริการ Home Ward และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุรายใหม่) และด้านผลลัพธ์ (การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน การจัดทำ ACP และการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหว)

นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระบบ

บริการสุขภาพ โดยเฉพาะกรอบการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการดูแลระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดการตรวจราชการปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ในเขตสุขภาพที่ 1

เงื่อนไขที่ส่งผลต่อประสิทธิผล หมายถึง ปัจจัยด้านบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการดำเนินงาน (Process) ตามกรอบ CIPP Model ที่เอื้อต่อหรือเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายของนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ลักษณะพื้นที่และโครงสร้างประชากร ระบบทรัพยากรบุคคล งบประมาณ โครงสร้างบริการสุขภาพ กลไกการบริหารจัดการ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตด้านเนื้อหา : การศึกษามุ่งประเมินผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 โดยใช้ตัวชี้วัดการตรวจราชการปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดตั้งสถานชิวาภิบาล การจัดบริการ Home Ward การพัฒนาศักยภาพ CG รายใหม่ การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9

ด้าน การจัดทำ ACP และการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหว

ขอบเขตด้านพื้นที่ : การศึกษาครอบคลุมเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา และลำปาง

ขอบเขตด้านเวลา : การศึกษาครอบคลุมข้อมูลและการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามระหว่าง เดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2568

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากรและผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระดับเขต จังหวัด อำเภอล และหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 1 และ (2) ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการตามนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 โดยคัดเลือกให้ครอบคลุมสถานะสุขภาพที่หลากหลาย (ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง) และบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluative Research) เชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มุ่งประเมินประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 ครอบคลุม 8 จังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสาร (document analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากมุมมองของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการในระบบสุขภาพผู้สูงอายุ

• **กรอบแนวคิดการวิจัย** ประยุกต์ใช้ CIPP Model (Context, Input, Process, Product) ตามหลักการประเมินนโยบายสาธารณะร่วมกับแนวคิดว่าด้วยปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคของการดำเนินนโยบาย⁽¹⁰⁻¹¹⁾ โดยแปลงกรอบดังกล่าวเป็นประเด็นคำถามสัมภาษณ์และเกณฑ์การวิเคราะห์เอกสาร ครอบคลุม 3 มิติหลัก ได้แก่ ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้า (Input) สรรพคุณเพียงพอของทรัพยากรระบบสนับสนุน โครงสร้างบริการ และศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) กระบวนการ (Process) ศึกษากลไกการบริหารจัดการ การจัดระบบบริการและการดูแลต่อเนื่อง การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการดำเนินงานด้านการจัดตั้งสถานชีวาภิบาล การจัดทำ ACP การจัดการบริการ Home ward การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง การพัฒนา CG รายใหม่ และการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน ในบริบทที่ต่างกัน และ (3) ผลผลิต/ผลลัพธ์ (Product/Output & Outcome) ประเมินระดับการบรรลุตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ความครอบคลุมการ

เข้าถึงบริการ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อการรับบริการตามนโยบาย

• **เครื่องมือที่ใช้** คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ออกแบบตามกรอบ CIPP Model และที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรและมิติการประเมินที่กำหนด

• **กลุ่มเป้าหมายและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ** ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคำนึงถึงความเป็นตัวแทนของบริบทพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 1 และเก็บข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัว (Data saturation) รวมผู้ให้ข้อมูล 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ จำนวน 24 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกจากตัวแทนจังหวัดละ 3 คน ในทั้ง 8 จังหวัด ประกอบด้วย (1) ผู้บริหารระดับจังหวัดหรืออำเภอที่มีบทบาทกำหนดทิศทางและสนับสนุนการดำเนินนโยบายด้านผู้สูงอายุ (2) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หรือโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และ (3) ผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น ซึ่งดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ชนบท พื้นที่สูง พื้นที่ห่างไกล และพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยทุกคนต้องปฏิบัติงานในหน้าที่อย่างน้อย 1 ปี โดยการเลือกบุคลากรสาธารณสุขมุ่งสะท้อนมุมมองของผู้ที่มีบทบาทโดยตรงในการนำนโยบายไปปฏิบัติในระบบ

บริการสุขภาพ ในขณะที่บทบาทของภาคการศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ถูกรวบรวมผ่านเอกสารนโยบายและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการ จำนวน 16 คน จากตัวแทนจังหวัดละ 2 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1) อายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนั้น มาไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) เคยรับบริการตามนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ประเภท จากรายการต่อไปนี้ ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน การรับบริการ Home Ward การจัดทำ ACP และการได้รับการดูแลจาก CG ในชุมชน โดยการคัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุมีการคัดเลือกให้ครอบคลุมสถานะสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ตามความเป็นจริงของพื้นที่ และในแต่ละจังหวัด ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อช่วยเสนอรายชื่อผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ และเลือกผู้ให้ข้อมูลที่สามารรถสะท้อนทั้งประสบการณ์การเข้าถึงบริการ และปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติในบริบทพื้นที่ของตน การกำหนดเกณฑ์ดังกล่าวมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นตัวแทนกลุ่มเป้าหมายของนโยบายจริง ลดอคติจากการรับรู้เฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้มากกว่า และสะท้อนภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกันของเขตสุขภาพที่ 1

• **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2568 โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่อาศัยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการวิเคราะห์เอกสาร โดยมีขั้นตอนดังนี้

ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า

1. **ประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1** การศึกษาพบว่าการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขต

(1) เตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม ทบทวนประเด็นคำถาม และทำการประสานงานกับหน่วยงานและผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อนัดหมายวันเวลา

(2) ขั้นตอนระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามประเด็นที่ศึกษาร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและบริบทแวดล้อม พร้อมทั้งจัดบันทึกภาคสนาม การเก็บข้อมูลดำเนินไปอย่างต่อเนื่องจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (Data saturation) โดยในกลุ่มผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขพบว่า จุดอิ่มตัวของข้อมูลเกิดขึ้นก่อนสัมภาษณ์ครบ 24 คน และในกลุ่มผู้สูงอายุเกิดขึ้นก่อนสัมภาษณ์ครบ 16 คน แต่ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ต่อให้ครบตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนดไว้แต่ต้น

(3) ขั้นตอนหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และวิเคราะห์เอกสาร ได้แก่ รายงานผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดนโยบาย และแผนปฏิบัติการประจำปี แล้วดำเนินการจัดระบบข้อมูลและหมวดหมู่เพื่อเตรียมนำไปวิเคราะห์

• **การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจำแนกข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ (1) ประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (2) เงื่อนไขที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และข้อเสนอแนะแนวทาง พร้อมทั้งสรุป อภิปรายผล และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบการพรรณนาความ

• **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย 27/2568 วันที่เริ่มรับรอง 14 กรกฎาคม 2568

สุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้บรรลุวัตถุประสงค์ และค่าเป้าหมายหลายประการ ซึ่งผ่านการวิเคราะห์ผลผลิตและผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ ดังนี้

1.1 ผลผลิต (Output)

(1) การจัดตั้งสถานชีวาภิบาล ผลการศึกษาจากการทบทวนรายงานของเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า มีการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลทั้งสิ้น 31 แห่ง โดยทั้ง 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 1 มีการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลอย่างน้อย 2 แห่งตามค่าเป้าหมายที่กำหนด โดยจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 8 แห่ง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลนั้นได้รับการขับเคลื่อนอย่างจริงจังจากผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับการบรรลุเป้าหมายอย่างสูงสุด

(2) การจัดบริการ Home Ward สำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต จากการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของรัฐจากทั้ง 8 จังหวัด พบว่า มีการจัดบริการ Home ward จำนวน 60 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 59.40 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดการบริการ Home ward ทั้งหมดของเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 75 การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานพบว่า การจัดบริการ Home ward เป็นบริการใหม่ที่ต้องการการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และทักษะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังมีอุปสรรคในด้านทรัพยากรบุคลากร วิธีการเบิกจ่าย และการกำหนดกลุ่มโรคที่มีสิทธิได้รับการ ในมิติของบริบท (Context) พื้นที่ที่สามารถจัดบริการ Home Ward ได้ต่อเนื่องมักเป็นอำเภอการเดินทางสะดวก และมีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการบริการอยู่ในระดับที่จัดการได้ ในขณะที่พื้นที่สูงและพื้นที่ห่างไกลต้องใช้เวลานาน ทำให้ต้นทุนต่อครั้งของการให้บริการสูงกว่า ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พื้นที่ที่ทำได้ใกล้เคียงเป้าหมายมักมีทีมสหสาขาวิชาชีพด้านผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ค่อนข้างพร้อม ทั้งแพทย์ พยาบาล CM และ CG ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งยังขาดแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านผู้ป่วยระยะท้าย และในด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) พื้นที่ที่ทำได้ดีมักมีการวางระบบคัดกรองผู้ป่วยระยะท้ายอย่างชัดเจน การวางแผนการจำหน่ายร่วมกับครอบครัว และกำหนดตารางเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการจัดการด้านเอกสารการเบิกจ่ายค่าชดเชยที่มี

ประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้าม พื้นที่ที่ยังไม่สามารถให้บริการได้ตามเป้าหมายสะท้อนปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณและกลไกการเบิกจ่ายที่ซับซ้อน รวมถึงความไม่แน่นอนของงบประมาณทำให้ไม่สามารถวางแผนบริการระยะยาวได้ ภาพรวมดังกล่าวทำให้เห็นว่าความไม่เท่าเทียมกันด้านบริบทพื้นที่และทรัพยากร เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลการดำเนินงาน Home Ward ในเขตสุขภาพที่ 1 ยังต่ำกว่าเป้าหมาย แม้ว่าบางพื้นที่จะสามารถจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพก็ตาม

(3) การพัฒนาศักยภาพ CG รายใหม่ จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า มีการพัฒนาศักยภาพ CG รายใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 3,366 คน ซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ 923 คน โดยคิดเป็นประมาณ 3.6 เท่าของค่าเป้าหมาย การสัมภาษณ์กับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานพบว่า เนื้อหาของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลนั้นได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยการอบรมนำมาซึ่งผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น เนื่องจากเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้ดีขึ้นเช่นกัน

1.2 ผลลัพธ์ (Outcome)

(1) การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) 9 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 9 ด้าน ได้แก่ ความคิดความจำ การเคลื่อนไหวร่างกาย การขาดสารอาหาร การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การกลืนปัสสาวะ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพช่องปาก จำนวน 820,130 คน คิดเป็นร้อยละ 64.77 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 80 ในมิติของบริบท (Context) เขตสุขภาพที่ 1 มีลักษณะภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่สูงและห่างไกลในหลายจังหวัด อีกทั้งอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิไปยัง อบจ. ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการจัดบริการคัดกรอง โดยเฉพาะในพื้นที่เปราะบางที่การเข้าถึงบริการพื้นฐานยังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ ในมิติของปัจจัยนำเข้า (Input) แม้จะมีกลไกขับเคลื่อนหลัก

ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบข้อจำกัดสำคัญด้านบุคลากรที่ต้องรับผิดชอบงานหลายด้านพร้อมกัน และความไม่ชัดเจนของบทบาทหลังการถ่ายโอนหน่วยบริการ และในมิติของกระบวนการ (Process) พบว่า พื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานน้อยกว่าเป้าหมายมักขาดการจัดระบบการคัดกรองที่เป็นรูปธรรมและการติดตามผลการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง

(2) การจัดทำ ACP จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระดับประคองได้รับการจัดทำ ACP จำนวน 3,199 คน คิดเป็น ร้อยละ 78.89 ของผู้ป่วยระดับประคองทั้งเขตสุขภาพ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 75 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรสาธารณสุขพบว่า การจัดทำ ACP นั้นบรรลุผลสำเร็จ เนื่องจากมีการจัดการประชุมครอบครัว (Family Meeting) ที่มีคุณภาพ มีการอธิบายสถานะผู้ป่วยอย่างชัดเจนให้แก่ครอบครัว และครอบครัวเข้าใจถึงความจำเป็นในการเตรียมตัวสำหรับช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยบางอำเภอสามารถจัดทำ ACP ให้กับผู้ป่วยระดับประคองได้ทุกราย

(3) การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหว จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ 88.28 และผู้สูง

อายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแล ร้อยละ 76.80 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 40 ทั้งสองตัวชี้วัด โดยพบว่า ในมิติของบริบท (Context) เขตสุขภาพที่ 1 มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงและมีการตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รวมทั้งมีแนวทางการคัดกรองและส่งต่อที่เริ่มพัฒนามาต่อเนื่อง ในมิติของปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า หลายพื้นที่ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ครบถ้วนมากขึ้น เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำให้สามารถออกแบบแผนการดูแลเฉพาะรายได้เหมาะสม และในมิติของกระบวนการ (Process) พื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานสูงมักมีการจัดระบบส่งต่อที่ชัดเจนเมื่อพบความเสี่ยง จากหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล การนัดหมายตรวจซ้ำ และการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการปรับสภาพบ้านและการป้องกันการหกล้ม อย่างไรก็ตาม แม้จะบรรลุเป้าหมายในภาพรวม แต่การสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การส่งต่อในบางพื้นที่โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ขาดบุคลากรสหวิชาชีพในการร่วมจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุบางรายได้รับการคัดกรองความเสี่ยงแต่ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลรักษาต่อเนื่องได้ ช่องว่างนี้แสดงให้เห็นว่าการบรรลุผลลัพธ์ในระดับเขตเกิดจากความเข้มแข็งของบางพื้นที่ ขณะที่บางพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากร และระบบบริการ

ตารางที่ 1 ผลผลิตและผลลัพธ์ของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 เทียบกับเป้าหมาย

ตัวชี้วัด (Indicator)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลการดำเนินงาน (Result)	หมายเหตุ
ผลผลิต			
การจัดตั้งสถานชีวาภิบาล	จังหวัดละ 2 แห่ง รวม 18 แห่ง	ไม่ต่ำกว่าจังหวัดละ 2 แห่ง รวม 31 แห่ง	สูงกว่าเป้าหมาย
การจัดบริการ Home Ward สำหรับผู้ป่วยระยะ ประคองที่เข้าสู่ระยะ ท้ายของชีวิต	ร้อยละ 75	ร้อยละ 59.40	ต่ำกว่าเป้าหมาย
การพัฒนาศักยภาพ CG รายใหม่			
การพัฒนาศักยภาพ CG รายใหม่	923 คน	3,366 คน	สูงกว่าเป้าหมาย

ตารางที่ 1 ผลผลิตและผลลัพธ์ของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 เทียบกับเป้าหมาย (ต่อ)

ตัวชี้วัด (Indicator)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลการดำเนินงาน (Result)	หมายเหตุ
ผลลัพธ์			
การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 64.77	ต่ำกว่าเป้าหมาย
การจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP)	ร้อยละ 75	ร้อยละ 78.89	สูงกว่าเป้าหมาย
การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิด	ร้อยละ 40	ร้อยละ 88.28	สูงกว่าเป้าหมาย
การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว	ร้อยละ 40	ร้อยละ 76.80	สูงกว่าเป้าหมาย

2. เจ็อนไขที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ปัจจัยสนับสนุน (Facilitating Factors)

- การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับนโยบายและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารในเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า ปัจจัยสำคัญประการแรกที่น่าไปสู่การบรรลุเป้าหมายของนโยบาย คือ การสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้บริหารระดับสูง ทั้งในด้านการถ่ายทอดนโยบาย และการสร้างความเข้าใจให้กับทีมปฏิบัติงาน ผู้บริหารส่วนใหญ่ได้แสดงความตระหนักรู้ต่อความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประเด็นมุ่งเน้นในแผนปฏิบัติการประจำปี นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาแนวทางที่ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การมีเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งและหลากหลาย ผลการศึกษาพบว่า การมีเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปได้โดยไม่สม่ำเสมอและครอบคลุม เครือข่ายนี้ประกอบด้วย สถานชิวาภิบาลในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ สถานชิวาภิบาลในโรงพยาบาล สถานชิวาภิบาลใน

หน่วยบริการปฐมภูมิ และกฐิชีวาภิบาลในวัด นอกจากนี้ ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และองค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ ที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ความหลากหลายของเครือข่ายนี้ช่วยให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถเข้าไปยังในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลอำเภอ

- การตระหนักรู้ของชุมชนและครอบครัวต่อปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่า การตระหนักรู้ของชุมชนต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะหลังจากการมีการประชุมครอบครัว (Family Meeting) ในผู้ป่วยระดับประคอง ชุมชนและครอบครัวเข้าใจถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ปล่อยให้กลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2 ปัญหาและอุปสรรค (Barriers)

- ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการบริหารจัดการงบประมาณ โดยเฉพาะบุคลากรและงบประมาณ ผลการสัมภาษณ์ พบว่า ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากรและงบประมาณเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเฉพาะจำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้าน

ผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ ทั้งแพทย์ที่มีสมรรถนะด้านผู้สูงอายุ และผู้ป่วยประคับประคอง พยาบาลวิชาชีพ รวมถึงผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) บุคลากรเหล่านี้มีจำนวนน้อยในโรงพยาบาลชุมชน และพื้นที่ห่างไกล ข้อจำกัดนี้ยังเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้การจัดบริการ Home Ward อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย เนื่องจากโรงพยาบาลยังขาดบุคลากรในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการศึกษาพบว่า กลไกทางการเงินเป็นอุปสรรคเชิงโครงสร้างที่สำคัญ โดยเฉพาะประเด็นกับดักค่าชดเชยบริการ กล่าวคือ อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงของการจัดบริการในบริบทพื้นที่ภาคเหนือ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า โรงพยาบาลชุมชนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินใน 2 ประเด็นหลัก คือ (1) ต้นทุนแฝงในการเยี่ยมบ้าน โดยการให้บริการ Home Ward ในพื้นที่ห่างไกลและที่สูง มีต้นทุนค่าเดินทางและค่าสีกรอพาทนะสูงกว่าพื้นที่ราบหลายเท่า ซึ่งอัตราเหมาจ่ายรายหัวไม่ครอบคลุมส่วนนี้ และ (2) ความซับซ้อนของการเบิกจ่าย ระบบบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าชดเชยมีความซับซ้อนและไม่สอดคล้องกับหน้างานจริง ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลามากในการลงข้อมูล และบ่อยครั้งที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์จนไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ส่งผลให้หน่วยบริการได้รับค่าบริการไม่ตรงตามที่จัดบริการจริงและขาดแรงจูงใจในการขยายบริการ Home Ward ให้ครอบคลุมตามเป้าหมาย

- ความไม่ต่อเนื่องของการจัดบริการ ระหว่างหน่วยบริการต่างระดับและในชุมชน จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิยังไม่เป็นระบบที่เห็นได้ชัด คุณภาพและมาตรฐานการดูแลยังไม่สม่ำเสมอระหว่างหน่วยบริการ โดยเฉพาะการส่งต่อผู้สูงอายุเข้ารับการดูแลรักษาเมื่อคัดกรองพบความเสี่ยงด้านความคิดความจำและพลัดตกหกล้มจากหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ยังขาดการประสานงานและอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ นอกจาก

นั้น การส่งต่อผู้ป่วยประคับประคองที่ต้องกลับไปดูแลแบบ Home Ward ยังไม่มีการติดตามความก้าวหน้าของการดูแลหลังการส่งต่ออย่างครบถ้วน

- ช่องว่างในการประสานงานระหว่างหน่วยบริการและภาคส่วนต่าง ๆ ผลการศึกษา พบว่า การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังขาดความชัดเจนในด้านบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทางสังคมและเศรษฐกิจยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เต็มที่ เนื่องจากขาดสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ระบบขนส่งสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ รถรับ - ส่งผู้ป่วยระยะยาว และการจัดสถานที่ให้บริการที่รองรับเก้าอี้เข็นหรือเตียงเคลื่อนย้ายได้สะดวก รวมถึงยังไม่ได้รับการสนับสนุนเชิงรูปธรรมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ที่ยังไม่ได้จัดงบประมาณสนับสนุนค่าพาหนะหรือการปรับสภาพบ้านสำหรับผู้สูงอายุ และยังไม่มีการอำนวยความสะดวกเฉพาะผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนั้น การรับทราบและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานนอกสังกัด สธ. เช่น อปท. หรือกระทรวงอื่น ๆ ยังอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมากกว่าการมีระบบที่เป็นรูปธรรมและมีมาตรการที่ชัดเจน

- ความครอบคลุมของการคัดกรองและการบริการที่ยังไม่ทั่วถึง จากการวิเคราะห์ข้อมูลและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุยังครอบคลุมเพียง ร้อยละ 64.77 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากในพื้นที่เมืองมีหน่วยบริการและบุคลากรเพียงพอในการจัดบริการคัดกรองสุขภาพ ขณะที่ในพื้นที่ชนบทพื้นที่สูง และพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนหน่วยบริการไปยัง อปท. บุคลากรสาธารณสุขต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมคัดกรองได้อย่างครอบคลุม ไม่มีกิจกรรมคัดกรองเชิงรุกถึงบ้าน และในบางพื้นที่ยังไม่มีกำหนดบทบาทร่วมกันที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการสังกัด สธ. และหน่วยบริการที่ถ่ายโอนแล้ว

- ระบบติดตามและประเมินผลที่ยังไม่เป็นระบบ ผลการสัมภาษณ์ พบว่า การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานนโยบายในบางจังหวัดยังไม่เป็นระบบที่มีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ การติดตามผลการดำเนิน

งานมักจำกัดอยู่เพียงช่วงเวลาของการนิเทศประจำปี ซึ่งมีเพียง 1-2 ครั้งต่อปี ไม่มีการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นระบบ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หลายหน่วยบริการไม่เห็นความต่อเนื่องของปัญหาและการพัฒนา

3. ข้อเสนอแนะแนวทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติบนพื้นฐานของผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสนับสนุน ข้อเสนอแนะแนวทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ มีดังนี้

3.1 การจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอและยั่งยืน

ด้านทรัพยากรบุคคล สธ. และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ควรกำหนดแผนกำลังคนด้านผู้สูงอายุรายจังหวัดอย่างชัดเจน ระบุจำนวนแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และ CM ที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน Home Ward และคลินิกผู้สูงอายุ นอกจากนั้น สสจ. ร่วมกับโรงพยาบาลควรจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น จัดอบรมระยะสั้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง การประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน และการจัดการดูแลระยะยาว โดยอาศัยความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในพื้นที่ (คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยสาธารณสุขฯ) และศูนย์อนามัยที่ 1 ทำหน้าที่เป็นหน่วยกลางพัฒนากำกับมาตรฐานการอบรม CG รายใหม่ และจัดอบรมอย่างต่อเนื่องทุกปี ร่วมกับ อปท. เพื่อให้มี CG ครอบคลุมทุกตำบล โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลและพื้นที่สูง

ด้านงบประมาณ สธ. และ สปสช. ควรจัดสรรงบประมาณประจำปีแยกอย่างชัดเจนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการจัดตั้งและบำรุงรักษาสถานชีวาภิบาล การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม การจัดบริการดูแลระยะยาว รวมถึงการส่งเสริมการดูแลในชุมชน นอกจากนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 และ สสจ. ควรจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเป้าให้กับพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูง พื้นที่ห่างไกล และพื้นที่สูง โดยใช้ข้อมูลภาระงานและผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดเป็นฐาน

ในการจัดสรร และ อปท. ควรบูรณาการงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและแหล่งทุนอื่น เพื่อสนับสนุนค่าพาหนะเยี่ยมบ้าน การปรับสภาพแวดล้อมบ้าน และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ร่วมกับโรงพยาบาล ควรจัดให้มีเครื่องมือ อุปกรณ์สารสนเทศ และเทคโนโลยีสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชันสำหรับการดูแลติดตามผู้สูงอายุทางไกล เพื่อให้การบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและสามารถเข้าถึงผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ ควรพัฒนาการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพตั้งแต่การส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิไปสู่การดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยจัดทำแนวทางการดูแลและการบันทึกโรคที่ชัดเจน และสอดคล้องกับเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินของ สปสช.

3.2 การสร้างกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน

ในระดับเขตสุขภาพ การดำเนินงานนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่มีบทบาทต่างกัน ดังนั้น สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ควรจัดสร้างกลไกการประสานงานที่ชัดเจน มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน ควรมีการสร้างเครือข่ายสหวิชาชีพด้านผู้สูงอายุในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีบทบาทในการให้คำปรึกษาทางวิชาการ การให้การฝึกอบรมบุคลากร และการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนในระดับจังหวัด หรืออำเภอ สสจ. และโรงพยาบาลจังหวัด ควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานด้านผู้สูงอายุ ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์รวมข้อมูล จัดเก็บเอกสาร เชื่อมโยงการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยบริการ และสนับสนุนในการจัดการและส่งต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรจัดให้มีการบริการการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

แบบเชิงรุก โดยการประสานความร่วมมือกับ รพ.สต. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเดินทางได้รับการดูแลตามแนวทาง

และในระดับชุมชน อปท. โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ควรสร้างโครงสร้างการประสานงานที่รวมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนผู้สูงอายุ องค์กรชุมชน และผู้แทนครอบครัว เพื่อให้ข้อมูลผู้สูงอายุและการดูแลของตนเอง เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ และความจำเป็นเมื่อผู้สูงอายุต้องถูกส่งต่อในระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

3.3 การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่รูปธรรม เนื่องจากระบบติดตามและประเมินผลเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ทราบว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง และบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ดังนั้นควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่เป็นรูปธรรม คือ

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ร่วมกับ สสจ. และหน่วยบริการ การกำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยตัวชี้วัดเชิงปริมาณ เช่น จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองร้อยละของผู้ป่วยระดับประจักษ์ที่ได้จัดทำ ACP จำนวนบริการ Home Ward เป็นต้น ส่วนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ เช่น ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบริการ คุณภาพการให้บริการของเครือข่ายการดูแล การยอมรับนโยบายจากชุมชน เป็นต้น พร้อมกำหนดเป้าหมายและกรอบเวลาในการประเมินอย่างชัดเจน

หน่วยบริการทุกระดับควรใช้ระบบรายงานข้อมูลด้านผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในเขตสุขภาพ ลดความซ้ำซ้อนของแบบฟอร์มและขั้นตอนการบันทึก โดยสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ควรสนับสนุนระบบรายงานออนไลน์ที่สามารถสรุปผลรายงานให้ผู้บริหารทุกระดับเข้าถึงได้ เพื่อใช้ข้อมูลในการตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากร

สสจ. และโรงพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ เช่น ประเมินรายเดือน รายไตรมาส หรือรายปี โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผลการวิเคราะห์ควรถูกแสดงออกมาในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เช่น แผนภูมิ ตารางสรุปผล และควรมีการจัดเตรียมรายงานประจำปีที่สรุปผลการดำเนินงาน บทเรียน และ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบต่อเนื่องสำหรับแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ซึ่งจะช่วยให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำทริคไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

3.4 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการออกแบบระบบบริการ เนื่องจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วยหลากหลายกลุ่ม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มเหล่านี้จึงมีความสำคัญ เพราะจะเพิ่มความหลากหลายของมุมมองและทำให้นโยบายและระบบบริการที่ออกแบบได้มีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริง

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ควรส่งเสริมให้แต่ละจังหวัดจัดตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายผู้สูงอายุระดับจังหวัดที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและทบทวนระบบบริการ ส่วนในระดับชุมชน อปท. และ รพ.สต. ควรจัดการประชุมอย่างสม่ำเสมอ และให้ทุกกลุ่มมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ ควรจัดให้มีการสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้เข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบายเกณฑ์ในการดำเนินงาน ตัวชี้วัดความสำเร็จ และบทบาทของตนเองในการส่งเสริมการดำเนินงาน

หน่วยบริการและ อปท. ควรมีกลไกการรับฟังข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น หรือข้อร้องเรียนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะเหล่านั้น ในระยะเวลาที่เหมาะสม นอกจากนี้ ควรมีการจัดทำเอกสารสรุปผลการรับฟังและการตอบสนอง เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรู้ว่าข้อเสนอแนะของตนได้รับการพิจารณาและนำไปใช้อย่างไร

ควรให้การมีส่วนร่วมเกิดขึ้นจริง เช่น ให้มีสิทธิในการตัดสินใจ การวางแผน และการประเมินผล นอกจากนั้น ควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเอง โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เป็นหุ้นส่วนในการออกแบบและดำเนินงาน รวมทั้งในการแสดงบทบาทการเป็นผู้ให้คำแนะนำ ไม่ใช่เป็นแต่เพียงผู้รับบริการเท่านั้น

อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นทั้งความสำเร็จและช่องว่างของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 เมื่อพิจารณาตามกรอบ CIPP (Context, Input, Process, Product) พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติตามกรอบ Product เชื่อมโยงกับ Context-Input-Process

ด้านผลผลิต การพัฒนาศักยภาพ CG ที่เกินค่าเป้าหมายถึง 3.6 เท่า และการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลครบทุกจังหวัด สะท้อนให้เห็นความพร้อมด้านบริบททางสังคมและชุมชนของเขตสุขภาพที่ 1 ที่มีต้นทุนทางสังคม (Social capital) และวัฒนธรรมการเกื้อกูลสูง ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาคเหนือที่พบว่า วัฒนธรรมการเกื้อกูลและระบบเครือญาติในภาคเหนือเป็นฐานรากที่แข็งแกร่ง ที่ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทำได้ง่ายกว่าพื้นที่เมืองใหญ่⁽¹²⁾ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บูรณาการในชุมชนที่มีทุนทางสังคม ช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยครอบครัวในบริบทของสังคมไทย⁽¹³⁾ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เมื่อมีการจัดสรรงบประมาณและเครื่องมือสนับสนุน (Input) ที่เหมาะสม จึงสามารถขยายเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการมีทรัพยากรที่เหมาะสมโดยเฉพาะบุคลากรนั้น สอดคล้องกับการศึกษาในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นกุญแจในการปรับเปลี่ยนระบบบริการ⁽¹⁴⁾ และเป็นการตอบสนองต่อความเปราะบางของระบบดูแลระยะยาวในภูมิภาค

ในทางกลับกัน การจัดการบริการ Home Ward ที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย แม้ในบางอำเภอจะดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพ สะท้อนความเหลื่อมล้ำเชิงบริบท ระหว่างพื้นที่เมือง-ชนบท-พื้นที่สูง-พื้นที่ห่างไกล พื้นที่ที่มีระบบคมนาคมดี มีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อม และมีระบบคัดกรองและวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน สามารถพัฒนา Home Ward ได้ต่อเนื่อง ขณะที่พื้นที่สูงและพื้นที่ที่มี

การถ่ายโอนหน่วยบริการต้องเผชิญปัญหาต้นทุนการเดินทางสูง บุคลากรไม่เพียงพอ และกลไกเบิกจ่ายค่าชดเชยที่ไม่สอดคล้องกับหน่วยงาน ช่องว่างนี้ชี้ให้เห็นว่าการออกแบบตัวชี้วัดและระบบการเงินการคลังที่ไม่คำนึงถึงความแตกต่างเชิงบริบท อาจกลายเป็นอุปสรรคเชิงโครงสร้างต่อการนำไปปฏิบัติ⁽¹⁰⁾

ด้านผลลัพธ์ การบรรลุเป้าหมายในตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหว เป็นตัวอย่างของการที่บริบทของเขตสุขภาพที่มีการตั้งคลินิกผู้สูงอายุและทีมสหสาขาวิชาชีพในหลายระดับ (Context-Input) ถูกแปลงไปเป็นกระบวนการดูแลที่เป็นระบบ เช่น การคัดกรองในปฐมภูมิ การส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ การติดตามต่อเนื่อง (Process) จนนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในระดับผลลัพธ์ (Product) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Inouye และคณะ ที่ชี้ว่าการจัดการกลุ่มอาการผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาทีมสหวิชาชีพและกระบวนการดูแลต่อเนื่อง⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม การที่ยังพบความไม่ต่อเนื่องของการส่งต่อในบางพื้นที่ แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จในระดับเขตเกิดจากจุดแข็งของบางพื้นที่ ขณะที่พื้นที่ที่ขาดทีมสหสาขาหรือระบบส่งต่อที่ชัดเจนยังไม่สามารถแปลงบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ไปสู่ผลลัพธ์ที่เท่าเทียมกันได้

สำหรับการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน แม้มีการดำเนินงานครอบคลุมผู้สูงอายุจำนวนมาก แต่การที่ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ถึงสะท้อนช่องว่างในกระบวนการ (Process) โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนหน่วยบริการ ซึ่งบุคลากรต้องทำงานหลายบทบาทและยังไม่มีระบบติดตามหลังคัดกรองที่ชัดเจน ตามทฤษฎีการประเมินนโยบาย เครื่องมือและแนวทางปฏิบัติที่ออกแบบไว้อย่างดีในระดับนโยบายจะไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ หากไม่สอดคล้องกับขีดความสามารถเชิงปฏิบัติการของพื้นที่และภาระงานของบุคลากรด้านหน้า⁽¹⁰⁾

การจัดทำ ACP ที่เกินค่าเป้าหมายในหลายพื้นที่ แสดงให้เห็นผลเชิงบวกของการพัฒนากระบวนการ Family meeting และทักษะการสื่อสารภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายของทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยลดอุปสรรคทางวัฒนธรรมในเรื่อง การพูดคุยเกี่ยวกับความตายที่เคยถูกระงับในงานวิจัยในอดีต⁽¹⁶⁾ แต่การที่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการจัดทำ ACP ก็สะท้อนว่าในบางบริบท ทีมสุขภาพอาจยังไม่มั่นใจ ในการสื่อสารประเด็นอ่อนไหว หรือยังไม่มีเวลามากพอในการจัดประชุมครอบครัวอย่างมีคุณภาพ

2. เจือปนข้อสนับสนุนและอุปสรรคที่ส่งผลต่อ ประสิทธิภาพของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไปปฏิบัติตามกรอบ Context-Input-Process

ด้านปัจจัยสนับสนุน พบว่า การสนับสนุนเชิง นโยบายและการจัดการจากผู้บริหารระดับเขตและจังหวัด ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งและความตระหนักของผู้ของครอบครัว เป็น Context และ Input เชิงบวก ที่ช่วยให้หลายพื้นที่สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้อย่างเห็นผลรูปธรรม การมีสถานชีวาภิบาลหลายรูปแบบ อสม. และผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง ทำให้แนวคิด Aging in place ถูกแปลงเป็นการปฏิบัติจริงมากขึ้น สอดคล้องกับกรอบขององค์การอนามัยโลกที่เน้นบทบาทของชุมชน และครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในความสำเร็จของระบบดูแลระยะยาวในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽¹⁷⁾

ด้านปัญหาอุปสรรค พบว่า การขาดแคลนกำลังคน ที่มีทักษะเฉพาะด้านผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและพื้นที่ห่างไกล เป็นข้อจำกัดเชิง Input ที่ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการ จัดบริการ Home Ward การคัดกรองสุขภาพ และการ ติดตามต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ความไม่ชัดเจนของกลไก การประสานงานระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับกับ

อปท. ทำให้กระบวนการส่งต่อ (Process) ขาดความ ต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจึงอาจผ่านการคัดกรองสุขภาพแต่ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาเต็มรูปแบบ ช่องว่างนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยด้านการเปลี่ยนผ่าน การดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่เน้นบทบาทของการ สื่อสาร การนิยามบทบาท และการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ⁽¹⁸⁾

นอกจากนี้ การมีระบบติดตามและประเมินผลที่ยัง ไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง เป็นช่องว่างเชิง Process ที่ ทำให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารพื้นที่ไม่สามารถเห็น ภาพรวมของปัญหาและความก้าวหน้าได้อย่างทันทั่วทั้ง ที่ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในระดับนานาชาติที่ชี้ว่าการขาด ระบบติดตามประเมินผลที่แข็งแกร่ง เป็นหนึ่งในสาเหตุ สำคัญของช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติในระบบ ดูแลระยะยาว^(11, 17)

3. ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรคำนึงถึงใน การตีความผลลัพธ์ คือ 1) การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธี แบบเจาะจงในกลุ่มผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข และผู้ สูงอายุที่เคยรับบริการ ทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สามารถ สะท้อนมุมมองของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่ยังไม่ เคยเข้าถึงบริการตามนโยบาย 2) การใช้ข้อมูลตัวชี้วัดจาก ปีงบประมาณเดียวจำกัดความสามารถในการวิเคราะห์ แนวโน้มการดำเนินงานในระยะยาว และอาจได้รับอิทธิพล จากบริบทเฉพาะในปีนั้น และ 3) ข้อมูลเชิงปริมาณที่ใช้ใน การวิเคราะห์ผลผลิตและผลลัพธ์มาจากรายงานของหน่วย งาน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนและความ สอดคล้องของการบันทึกระหว่างพื้นที่ แม้ว่าผู้วิจัยจะใช้ การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าเพื่อลดอคติแล้วก็ตาม

สรุปผล

การศึกษานี้มุ่งประเมินประสิทธิผลของการนำ นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพ ที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยใช้กรอบ CIPP พบว่า

นโยบายดังกล่าวมีความก้าวหน้าอย่างชัดเจนในด้านการ สร้างโครงสร้างบริการและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเฉพาะการจัดตั้งสถานชีวาภิบาล การพัฒนา CG และ

การพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพและคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้ตัวชี้วัดบางด้านบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์เชิงบริบท ทรัพยากร และกระบวนการชี้ให้เห็นช่องว่างสำคัญในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ได้แก่ 1) ช่องว่างด้านความครอบคลุมของบริการ โดยเฉพาะการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้านและบริการ Home Ward ที่ยังเข้าถึงผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล พื้นที่สูง และพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนหน่วยบริการได้ไม่ทั่วถึง 2) ช่องว่างด้านทรัพยากรบุคคลและระบบการเงินการคลัง โดยเฉพาะการขาดแพทย์และบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะด้านผู้สูงอายุ และกลไกค่าชดเชยที่ไม่สอดคล้องกับต้นทุนการให้บริการ 3) ช่องว่างด้านกระบวนการประสานงานและการส่งต่อ ระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับกับอปท. ทำให้ผู้สูงอายุบางกลุ่มหยุดอยู่เพียงขั้นตอนการ

คัดกรองหรือการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยไม่เชื่อมต่อสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน และ 4) ช่องว่างด้านระบบติดตามและประเมินผล ที่ยังไม่สามารถประมวลผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานเชิงระบบช่องว่างและอุปสรรคเชิงรูปธรรมเหล่านี้เชื่อมโยงโดยตรงกับข้อเสนอแนะแนวทางที่ศึกษาได้เสนอไว้ ทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากร การสร้างกลไกการประสานงาน การพัฒนาระบบติดตามประเมินผล และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หากสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จะช่วยให้เขตสุขภาพที่ 1 เปลี่ยนแปลงจากการบรรลุตัวชี้วัดตามนโยบายไปสู่การลดช่องว่างการเข้าถึงบริการ และเข้าใกล้เป้าหมายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ทั่วถึงและเป็นธรรมมากยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับการออกแบบมาตรการสนับสนุนด้านทรัพยากรและสวัสดิการอย่างเพียงพอ เช่น การจัดสรรงบประมาณเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมตามต้นทุนบริการ หรือมาตรการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการดูแลรายวันสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุในความดูแล

2. ควรมีกลไกพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้นำชุมชน เช่น การอบรมทักษะภาวะผู้นำ การบริหารจัดการเชิงบูรณาการ การสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้าใจในแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายมีทิศทางเดียวกันและมีความต่อเนื่อง

3. ควรมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายผู้สูงอายุให้ชัดเจน พร้อมทั้งสร้างกลไกการบูรณาการระหว่าง สธ. อปท. หน่วยงานด้านสังคม และภาคประชาสังคม เพื่อ

ให้การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสอดคล้องและลดความซ้ำซ้อนของงาน นอกจากนี้ อบจ. ซึ่งรับถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปแล้วนั้น ควรประสานบทบาทหน้าที่ร่วมกับ สธ. ในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ไร้รอยต่อ

• ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรมีการทบทวนและประเมินประสิทธิผลของการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เช่น การทบทวนแผนงานประจำปี การประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงระเบียบ ข้อบังคับ แนวทางปฏิบัติ หรือขั้นตอนงานที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานในพื้นที่

2. ควรพัฒนาเครื่องมือหรือระบบสนับสนุนการประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข อปท. หน่วยบริการในชุมชน และเครือข่ายอาสาสมัคร เช่น ระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกัน ช่องทางสื่อสารออนไลน์ สำหรับทีมสหวิชาชีพ และคู่มือปฏิบัติงานร่วม เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นทีมและการส่งต่อบริการมีความต่อเนื่อง และมีเอกภาพ

3. ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

เพื่อนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ซึ่งจะช่วยให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำบทเรียนไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

• ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติระหว่างพื้นที่ที่มีลักษณะต่างกัน เช่น พื้นที่เมือง-ชนบท พื้นที่ราบ-ภูเขา หรือพื้นที่ที่มีโครงสร้างด้านผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน เพื่อให้เห็นปัจจัยเชิงบริบทที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน และสามารถออกแบบนโยบายแบบจำเพาะพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาบทบาทของภาคประชาสังคมและภาคเอกชนในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ เช่น องค์กร

ชุมชน มูลนิธิ กลุ่มจิตอาสา หรือผู้ประกอบการด้านบริการ ผู้สูงอายุ ในมิติของการมีส่วนร่วมเชิงนโยบาย การร่วมจัดบริการ และการร่วมลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐสมัยใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน

3. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อทดลองรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลาย เช่น การดูแลที่บ้าน การดูแลระยะยาวในชุมชน หรือการดูแลแบบผสมผสาน และประเมินผลในเชิงประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ก่อนขยายผลในระดับนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing: baseline report. Geneva: WHO; 2021.
2. กรมการปกครอง. สถิติประชากรรายเดือน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 2023. New York: UN; 2023.
4. กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51>
5. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก (ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2546).
6. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580). กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2566.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. นนทบุรี: กองตรวจราชการ; 2567.
8. ฉัตรสุมน พดุมิถิญา. การทบทวนกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุสู่การจัดการสุขภาพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2558;1(2):149-63.
9. Suriyanrattakorn S, Phibunyapong N, Kanjanapong S. Long-term care (LTC) policy in Thailand on the homebound and bedridden elderly's overall happiness. Healthcare (Basel) 2021;9(2):233.
10. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation theory, models, and applications. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2007.

11. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.
12. Chotibang J, Jintrawet U. Social Capital and Potential Enhancement of Community for Caring the Early Childhood in the Northern Part of Thailand. *SWTU* 2019;27(1):71-90.
13. Aung TNN, Lorga T, Moolphate S, Koyanagi Y, Angkurawaranon C, Supakankunti S, et al. Towards Cultural Adequacy of Experience-Based Design: A Qualitative Evaluation of Community-Integrated Intermediary Care to Enhance the Family-Based Long-Term Care for Thai Older Adults. *Healthcare (Basel)* 2023;11(15):2217.
14. Asian Development Bank. Better long-term care in Asia and the Pacific [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/797321/better-long-term-care-asia-pacific.pdf>
15. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA, Lipsitz LA, Jensen GL, et al. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(5):780-91.
16. Anantapong K, Angsuwatthachai T, Moungmee P, et al. Understanding attitudes and preferences towards advance care planning among older Thai adults in primary care settings: a cross-sectional study. *PLoS One* 2025;12(12):e12743807.
17. World Health Organization. Long-term care systems in the WHO South-East Asia Region: meeting people's needs. New Delhi: WHO SEARO; 2022.
18. Sehatkarlangrodi S, Heidarnia A, Yekaninejad MS, et al. Shaping older adults' care policy: a scoping review of key determinants of care transitions in the hospital to home settings. *Front Public Health* 2025;13:1584990.

สถานการณ์การขาดสารไอโอดีนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี กรุงเทพมหานคร

จันทิรา นันทมงคลชัย*

พัชรिता ศรีกระกุล

สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย



วันรับ 27 กุมภาพันธ์ 2569



วันแก้ไข 6 พฤษภาคม 2569



วันตอบรับ 14 พฤษภาคม 2569

บทคัดย่อ

ไอโอดีนเป็นสารที่จำเป็นต่อร่างกายมีบทบาทสำคัญในทุกช่วงวัย สำหรับเด็ก 3-5 ปี ส่งผลต่อกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกายและสติปัญญา การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การขาดสารไอโอดีน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี กรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบในเด็ก 3-5 ปี และผู้เลี้ยงดูเด็ก 150 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2567 ด้วยการสอบถามผู้เลี้ยงดูเด็ก และวัดปริมาณสารไอโอดีนในปัสสาวะของเด็กในห้องปฏิบัติการ โดยวิธี Enzyme linked immunosorbent assay; ELISA วิเคราะห์ข้อมูล ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า เด็ก 3-5 ปี ไม่มีการขาดสารไอโอดีน มีสารไอโอดีนในระดับเพียงพอ ร้อยละ 64.7 และเกินพอเพียง ร้อยละ 35.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน โดยพบว่า ผู้เลี้ยงดูที่มีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในระดับต้องปรับปรุง มีโอกาสที่เด็กจะได้รับไอโอดีนในระดับเกินพอเพียง 14.0 เท่าของผู้เลี้ยงดูที่มีความรู้ในระดับดี และผู้เลี้ยงดูที่มีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือนในระดับต้องปรับปรุง มีโอกาสที่เด็กจะได้รับสารไอโอดีนเกินพอเพียง 3.5 เท่าของผู้เลี้ยงดูที่มีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือนในระดับดี ในขณะที่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูเด็ก และพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในเด็ก ดังนั้น จึงควรสร้างเสริมความรู้ในการบริโภคสารไอโอดีนเพื่อให้ผู้เลี้ยงดูเด็กเข้าใจถึงประโยชน์ ความเสี่ยง ผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก และติดตามแนวโน้มการได้รับสารไอโอดีนในระดับเกินพอเพียงอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การขาดสารไอโอดีน ภาวะไอโอดีน เด็ก 3-5 ปี ผู้เลี้ยงดูเด็ก

*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ : chantira01@hotmail.com

The Situation of Iodine Deficiency and Factors Associated with Iodine Status among Children Aged 3-5 Years in Bangkok, Thailand

Chantira Nanthamongkolchai*

Patcharida Srikakul

Metropolitan Health and Wellness Institution, Department of Health

Abstract

Iodine is an essential micronutrient required throughout the life course, particularly in children aged 3–5 years, as it plays a crucial role in physical growth and cognitive development. This analytical study aimed to assess iodine status and identify factors associated with iodine status among children aged 3–5 years in Bangkok, Thailand. A total of 150 children and their caregivers were selected using systematic random sampling. Data were collected between July and August 2024 through caregiver questionnaires and urinary iodine concentration analysis conducted in a laboratory using the enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) method. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean, as well as the chi-square test and multiple logistic regression analysis. The results showed that none of the children had iodine deficiency. Most children had adequate iodine levels (64.7%), while 35.3% had more-than-adequate iodine levels. Factors significantly associated with iodine status (p -value < 0.05) included caregivers' knowledge of iodine deficiency prevention and household practices related to iodine supplementation. Children whose caregivers had poor knowledge were 14.0 times more likely to have more-than-adequate iodine levels than those whose caregivers had good knowledge. Similarly, children from households with poor iodine supplementation practices were 3.5 times more likely to have more-than-adequate iodine levels than those with good practices. In contrast, child-related factors, caregiver characteristics, and children's dietary behaviors were not significantly associated with iodine status. In conclusion, improving caregivers' literacy regarding iodine consumption is essential to enhance understanding of its benefits, risks, and health impacts on children. Continuous monitoring of excessive iodine intake should also be emphasized.

Keywords : iodine deficiency, iodine status, children aged 3–5 years, caregivers

*Corresponding Author,  : chantira01@hotmail.com

บทนำ

ไอโอดีนเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อการผลิตฮอร์โมนไทรอยด์ในร่างกาย ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านสติปัญญา การขาดสารไอโอดีนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย และผู้สูงอายุ สำหรับเด็กปฐมวัย ไอโอดีนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพัฒนาการของสมองและระบบประสาท⁽¹⁾ หากได้รับไม่เพียงพออาจส่งผลให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ กระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้โดยพบว่า ระดับสติปัญญาอาจต่ำกว่าเด็กที่ได้รับไอโอดีนเพียงพอได้สูงถึง 13.5 จุด⁽²⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทักษะการอ่าน ทักษะทางภาษา ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และการเจริญเติบโตในอนาคต⁽³⁾ จากผลการสำรวจสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนในกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ของประเทศไทยปี 2554 – 2556 พบว่า ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ 240.9 ไมโครกรัม/ลิตร ซึ่งอยู่ในระดับเกินพอเพียง จึงจำเป็นต้องมีการควบคุมและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾ การได้รับสารไอโอดีนเกินพอเพียงนี้ อาจนำไปสู่ภาวะคอพอกเป็นพิษและต่อมไทรอยด์อักเสบจากภูมิคุ้มกันตนเองได้⁽⁵⁾ ต่อมาในปี 2559 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำรวจสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี ของประเทศไทย โดยการสุ่มเลือก 24 จังหวัด พบค่า มัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะเด็กส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ได้รับสารไอโอดีนเพียงพอไปจนถึงเกินพอเพียง⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามยังคงมีการติดตามประเมินผลภาวะขาดสารไอโอดีนในกลุ่มเด็ก 3-5 ปีอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและ

ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ พ.ศ. 2565-2570⁽⁷⁾ โดยมีเป้าหมายสูงสุดในการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืน โดยมุ่งให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับปริมาณสารไอโอดีนที่เพียงพอกับความต้องการ นอกจากนี้ยังกำหนดให้เกลือบริโภคต้องมีปริมาณสารไอโอดีน 20-40 มิลลิกรัมต่อเกลือ 1 กิโลกรัม ผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยสลายโปรตีนถั่วเหลืองมีปริมาณไอโอดีน 2-3 มิลลิกรัมต่อลิตร เพื่อเป็นแนวทางที่ส่งเสริมให้ประชาชนไทยได้รับปริมาณสารไอโอดีนที่เพียงพอ จากผลการเฝ้าระวังคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ในสถานที่ผลิตสถานที่จำหน่าย และในครัวเรือน ระหว่าง พ.ศ. 2555-2564 พบว่า เกลือเสริมไอโอดีนมีคุณภาพดีขึ้น แต่การใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในครัวเรือนยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่⁽⁸⁾ ตามเกณฑ์ WHO ที่กำหนดความครอบคลุมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนไว้ ร้อยละ 90⁽⁹⁾ จึงต้องให้ความสำคัญและเร่งดำเนินการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนให้ครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทยตามเป้าหมาย ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี กรุงเทพมหานคร ภายใต้โครงการประเมินแนวโน้มระดับไอโอดีนในปัสสาวะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็กอายุ 3-5 ปี และผู้สูงอายุของประเทศไทยเพื่อเป็นข้อมูลระดับพื้นที่และเป็นการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังการขาดสารไอโอดีนตามนโยบายของประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของเด็ก 3-5 ปี กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน และพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี ของ

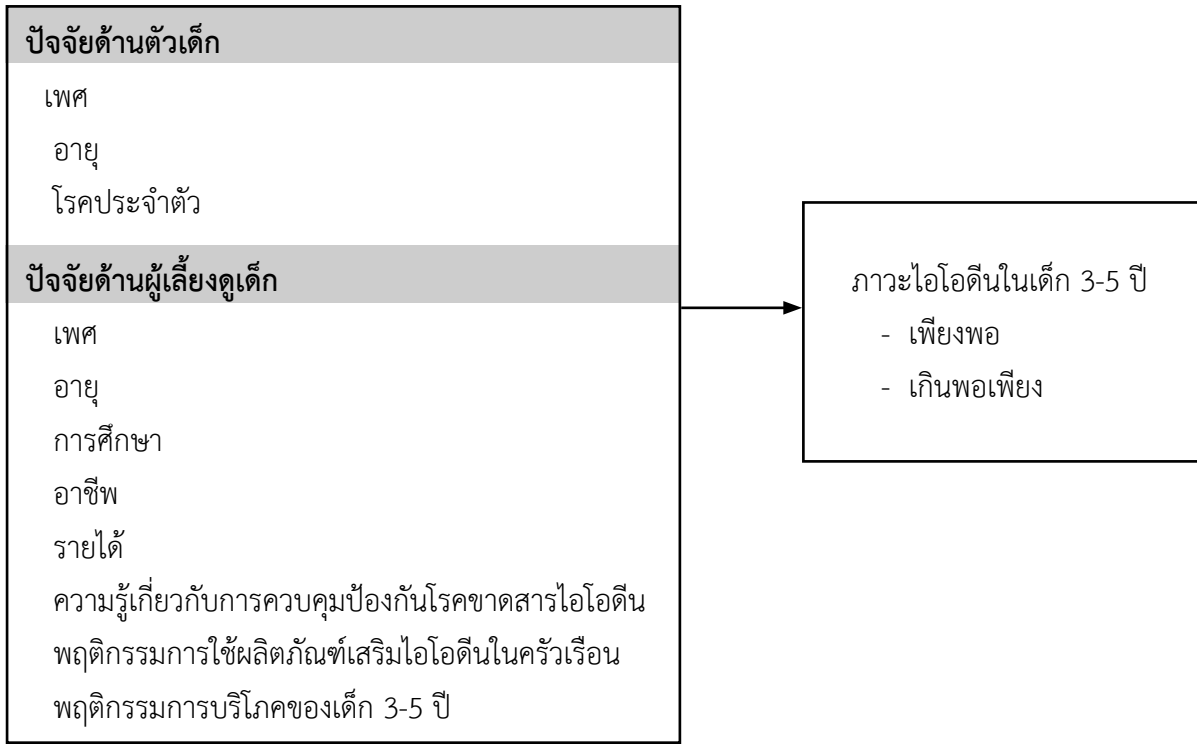
ผู้เลี้ยงดูเด็ก

3. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนของเด็ก 3-5 ปี กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการศึกษา

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



นิยามศัพท์

เด็ก 3-5 ปี หมายถึง เด็กชาย หรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 3 ปี – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ภาวะไอโอดีนเพียงพอ หมายถึง ดัชนีชี้วัดปริมาณสารไอโอดีนในปัสสาวะของเด็ก มีค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ 100-199 ไมโครกรัมต่อลิตร

ภาวะไอโอดีนเกินพอเพียง หมายถึง ดัชนีชี้วัดปริมาณสารไอโอดีนในปัสสาวะของเด็ก มีค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ 200-299 ไมโครกรัมต่อลิตร

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่องสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี กรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ โดยใช้ข้อมูลจากโครงการการประเมินแนวโน้มระดับไอโอดีนในปัสสาวะและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็กอายุ 3-5 ปี และผู้สูงอายุของประเทศไทย⁽¹⁰⁾ เก็บข้อมูล

โดยสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็กเรื่องความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน พฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี และเก็บปัสสาวะของเด็กกลุ่มตัวอย่างอายุ 3 – 5 ปี (ตั้งแต่ 3 ปี – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน)

• กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีจำนวนตัวอย่างเป็นเด็ก 3-5 ปี พร้อมผู้เลี้ยงดู จำนวน 150 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในโครงการประเมินแนวโน้มระดับไอโอดีนในปีสภาวะและพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็ก 3-5 ปี และผู้สูงอายุของประเทศไทย⁽¹⁰⁾ ดังนี้

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

$$n = \frac{(1.96*1.96)*(0.1*(1-0.1))}{(0.05*0.05)} = 138 \text{ คน}$$

P = สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างอายุ 3-5 ปีที่มีระดับไอโอดีนในปีสภาวะน้อยกว่า 100 ไมโครกรัมต่อลิตร จากข้อมูลระดับไอโอดีนในปีสภาวะเด็กอายุ 3-5 ปี ในปี 2554 มีสัดส่วนระดับไอโอดีนเท่ากับ 0.1 โดยการคิด drop out 10% = 13.8 กลุ่มตัวอย่าง = 138 + 13.8 = 151.8 คน สรุปลำดับจำนวน 150 คน และสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ 2 ขั้นตอน ขั้นที่ 1: สุ่ม 30 ชุมชนจากทุกเขตของกรุงเทพมหานคร โดยวิธีการกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาด (probability proportionate to size (PPS)) ขั้นที่ 2: นำชุมชนจากขั้นที่ 1 มาสุ่มเลือก 5 ชุมชนมีเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ในครัวเรือน จำนวน 10 หลังคาเรือน โดยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) (1 คน ต่อ 1 หลังคาเรือน) รวม 150 คน

• เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลและตัวแปรจากโครงการการประเมินแนวโน้มระดับไอโอดีนในปีสภาวะและพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็ก 3-5 ปี และผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีการให้คะแนนในข้อที่ตอบถูก เป็น 1 คะแนน ตอบผิด เป็น 0 คะแนน โดยคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป เป็นความรู้ระดับดี และต่ำกว่าร้อยละ 80 เป็นความรู้ระดับต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ให้คะแนนความถี่ในการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในการประกอบอาหาร โดยใช้มาตราวัดประมาณค่า (Likert Scale) กำหนดความถี่เป็น 4 ระดับ โดยค่าคะแนน 4 หมายถึง ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนทุกวัน คะแนน 3 ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน 4-6 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 2 ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน 2-3 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 1 ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน 1-3 วันต่อเดือน โดยคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง พฤติกรรมดี และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 80 หมายถึง พฤติกรรมในระดัต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็ก 3-5 ปี ในรอบ 7 วันที่ผ่านมา ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ให้คะแนนความถี่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็กโดยใช้มาตราวัดประมาณค่า (Likert Scale) กำหนดความถี่เป็น 4 ระดับ โดยค่าคะแนน 4 หมายถึง บริโภคทุกวัน คะแนน 3 หมายถึง การบริโภค 4-6 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 2 หมายถึง การบริโภค 2-3 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 1 หมายถึง การบริโภค 1-3 วันต่อเดือน โดยคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคระดับดี และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 80 หมายถึงพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกปริมาณสารไอโอดีนในปีสภาวะเด็ก 3-5 ปี และวิเคราะห์ปริมาณสารไอโอดีนในปีสภาวะของเด็กทางห้องปฏิบัติการ โดยวิธี Enzyme linked immunosorbent assay; ELISA โดยมีดัชนีชี้วัดปริมาณสารไอโอดีนในปีสภาวะ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ขาดสารไอโอดีน หมายถึง ค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปีสภาวะน้อยกว่า 100 ไมโครกรัมต่อลิตร ระดับเพียงพอ หมายถึง ค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปีสภาวะ 100-199

ไม่โครกรัมต่อลิตร และระดับเกินพอเพียง หมายถึง ค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปีสภาวะ 200-299 ไมโครกรัมต่อลิตร

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน จากนั้นนำไปทดสอบในผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในชุมชนกรุงเทพมหานคร โดยการทดสอบ Kuder-Richardson เท่ากับ 0.78 พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือนมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.71 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็ก 3-5 ปี เท่ากับ 0.73

• การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ความถี่ สถิติ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก 3-5 ปี และผู้เลี้ยงดูเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า เด็ก 3-5 ปีส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.3 เพศหญิงร้อยละ 32.7 อายุระหว่าง 3-4 ปี ร้อยละ 67.3 และ 4 ปีขึ้นไปถึง 5 ปี ร้อยละ 32.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 14.0 ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.3 เพศชายร้อยละ 16.7 อายุส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 80.7 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.3 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 88.0 ปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 22.0 อาชีพรับจ้าง ทำงานเอกชน และหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 51.4 นอกจากนั้นเป็น

เชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติ Chi-square test และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression)

• การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการประเมินแนวโน้มระดับไอโอดีนในปีสภาวะและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็กอายุ 3-5 ปี และผู้สูงอายุของประเทศไทย ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 747 รับรองวันที่ 5 กรกฎาคม 2567

แม่บ้าน ร้อยละ 48.6 รายได้ต่ำกว่า 20,000.00 บาท ร้อยละ 60.6 รายได้ 20,000.00 บาทขึ้นไปร้อยละ 39.4 และมีความสัมพันธ์สายตรงกับเด็กคือ เป็นพ่อแม่ของเด็ก ร้อยละ 56.7 เป็นเครือญาติ ร้อยละ 43.3

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของเด็ก 3-5 ปี กรุงเทพมหานคร

ผลการตรวจปริมาณไอโอดีนในปีสภาวะเด็ก 3-5 ปี ในการศึกษาที่ไม่พบภาวะขาดสารไอโอดีนและพบภาวะสารไอโอดีนอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 64.7 และ เกินพอเพียง ร้อยละ 35.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของเด็ก 3-5 ปี (n = 150)

ภาวะไอโอดีน	จำนวน	ร้อยละ
ขาด	0	0
เพียงพอ	97	64.7
เกินพอเพียง	53	35.3

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน และพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี

เมื่อวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน และพฤติกรรมการบริโภคของ

เด็ก 3-5 ปี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ระดับดีร้อยละ 15.3 ต้องปรับปรุงร้อยละ 84.7 พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือนระดับดี ร้อยละ 25.3 ระดับที่ต้องปรับปรุงร้อยละ 74.7 และพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี ระดับดี ร้อยละ 44.0 ต้องปรับปรุง ร้อยละ 56.0 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน และพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี (n = 150)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน		
ระดับดี	23	15.3
ต้องปรับปรุง	127	84.7
พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน		
ระดับดี	38	25.3
ต้องปรับปรุง	112	74.7
พฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี		
ระดับดี	66	44.0
ต้องปรับปรุง	84	56.0

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก อันดับที่ 1 คือ ผู้เลี้ยงดูเด็กร้อยละ 79.33 มีความรู้ว่าอาหารทะเล เช่น ปู กุ้ง ปลาหมึก เป็นแหล่ง

อาหารที่มีสารไอโอดีน อันดับที่ 2 ร้อยละ 30.67 รู้ว่าผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส ได้แก่ เกลือบริโภค น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว และน้ำเกลือ ที่ อย.อนุญาตให้จำหน่ายได้มีการเติมสารไอโอดีน และอันดับที่ 3 ร้อยละ 21.33 รู้ว่าการขาด

สารไอโอดีนทำให้เป็นโรคคอพอก ส่วนข้อที่ตอบได้คะแนนน้อยที่สุด คือ หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรถึง 6 เดือน ควรกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนวันละ 1 เม็ดทุกวัน ร้อยละ 16.67 พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน พบว่า ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนที่ใช้ในครัวเรือนมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ น้ำปลา ร้อยละ 85.33 ซีอิ๊ว ซอสปรุงรส ร้อยละ 84.67 และเกลือ ร้อยละ 77.33 นอกจากนี้พบว่ามีผู้เลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 70.66 ปรุงอาหารด้วยน้ำปลาเป็นหลัก มีซอส ซีอิ๊วปรุงรส เมื่อใช้ในการปรุงอาหารประเภทผัด และพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี พบว่า ชนิดอาหารที่มีไอโอดีนที่บริโภคเป็นประจำมากที่สุดคือ ปลาหู ร้อยละ 78.67 โดยให้เหตุผลว่าเป็นอาหารที่หาง่าย ราคาไม่แพง รองลงมาคือ ไข่ไก่ ไข่เป็ด ร้อยละ 47.33 บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ร้อยละ 34.0 ไส้กรอก/ลูกชิ้น ร้อยละ 32.67 และสาหร่ายสำเร็จรูป ร้อยละ 31.33 ชนิดอาหารที่บริโภคน้อยที่สุด คือ อาหาร

แห้ง เช่น ปลาเค็ม หมูเค็ม ร้อยละ 21.33

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนของเด็ก 3-5 ปี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยวิเคราะห์ไคสแควร์ โดยการจัดตัวแปรระดับไอโอดีนเป็น 2 กลุ่ม เนื่องจากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีระดับไอโอดีนระดับเพียงพอ และเกินพอเพียงเท่านั้น และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน ขณะที่ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ คือ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว ด้านผู้เลี้ยงดู ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก และพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสารไอโอดีนโดยการวิเคราะห์ไคสแควร์ (n = 150)

ปัจจัย	ไอโอดีนเพียงพอ		ไอโอดีนเกินพอเพียง		P-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านเด็ก						
เพศ	หญิง	33	67.3	16	32.7	.632
	ชาย	64	63.4	37	36.6	
อายุ	3 ถึง 4 ปี	30	61.2	19	38.8	.539
	4 ปีขึ้นไป ถึง 5 ปี	67	66.3	14	33.7	
โรคประจำตัว	ไม่มีโรค	87	67.4	42	32.6	.078
	มีโรค	10	47.6	11	52.4	
ด้านผู้เลี้ยงดูเด็ก						
เพศ	หญิง	80	64.0	45	36.0	.702
	ชาย	17	68.0	8	32.0	
อายุ	ต่ำกว่า 60	77	63.6	44	36.4	.590
	60 ปีขึ้นไป	20	69.0	9	31.0	
การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	79	65.8	41	34.2	.550
	ปริญญาตรีขึ้นไป	18	60.0	12	40.0	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสารไอโอดีนโดยการวิเคราะห์ไคสแควร์ (n = 150) (ต่อ)

ปัจจัย		ไอโอดีนเพียงพอ		ไอโอดีนเกินพอเพียง		P-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ	ไม่ประกอบอาชีพ	39	73.6	14	26.4	.091
	ประกอบอาชีพ	58	59.8	39	40.2	
รายได้	ไม่มีรายได้	61	67.0	30	33.0	.451
	มีรายได้	36	61.0	23	39.0	
ความสัมพันธ์	พ่อแม่	55	64.7	30	35.3	.991
	เครือญาติ	42	64.6	23	35.4	
ความรู้เกี่ยวกับการ						
ควบคุมป้องกันโรค	ระดับดี	22	95.7	1	4.3	.001*
ขาดสารไอโอดีน	ต้องปรับปรุง	75	59.1	52	40.9	
พฤติกรรมการใช้	ระดับดี	66	58.9	46	41.1	.012*
ผลิตภัณฑ์เสริม	ต้องปรับปรุง	31	81.6	7	18.4	
ไอโอดีนในครัวเรือน						
พฤติกรรมบริโภค	ระดับดี	57	67.9	27	32.1	.356
ของเด็ก 3-5 ปี	ต้องปรับปรุง	40	60.6	26	39.4	

*P-value<0.05

ในขณะที่การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการควบคุมตัวแปรอิสระเข้าด้วยกันโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value<0.05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน โดยพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในระดับต้องปรับปรุง มีโอกาสที่เด็กในครอบครัวจะได้รับไอโอดีนในระดับเกินเพียงพอ 14.0

เท่าของผู้เลี้ยงดูที่มีความรู้ในระดับดี และผู้ดูแลเด็กที่มีการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือนในระดับต้องปรับปรุงจะมีโอกาสที่เด็กในครอบครัวจะได้รับสารไอโอดีนเกินพอเพียง 3.5 เท่าของผู้เลี้ยงดูที่มีการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือนในระดับดี ในขณะที่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก และพฤติกรรมบริโภคของเด็ก 3-5 ปี ไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (n=150)

ปัจจัย	B	OR	P-value	95%CI
เพศของเด็ก				
หญิง	1			
ชาย	.182	1.200	.666	.525-2.743
อายุ				
ต่ำกว่า 3 ปี	1			
3 ปีขึ้นไป	-.030	.971	.941	.442-2.132
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรค	1			
มีโรค	.999	2.688	.082	.880-8.200
ด้านผู้เลี้ยงดูเด็ก				
เพศ				
หญิง	1			
ชาย	-.131	.877	.808	.304-2.530
อายุ				
ต่ำกว่า 60	1			
60 ปีขึ้นไป	.000	1.000	.999	.307-3.261
การศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1			
ปริญญาตรีขึ้นไป	.058	.905	1.060	.408-2.752
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	1			
ประกอบอาชีพ	.827	2.287	.076	.916-5.708
ความสัมพันธ์				
พ่อแม่	1			
เครือญาติ	.260	1.297	.602	.489-3.439
ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน				
ระดับดี	1			
ต้องปรับปรุง	2.642	14.048	.013*	1.730-114.095

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (n=150) (ต่อ)

ปัจจัย	B	OR	P-value	95%CI
พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน				
ระดับดี	1			
ต้องปรับปรุง	1.265	3.545	.016*	1.268-9.909
พฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี				
ระดับดี	1			
ต้องปรับปรุง	-.504	.604	.209	.276-1.325

หมายเหตุ *แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<0.05 B = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติก

OR = Adjust Odd Ratio 1 คือกลุ่มอ้างอิง

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของเด็ก 3-5 ปี กรุงเทพมหานคร ไม่พบภาวะการขาดสารไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี พบภาวะไอโอดีนอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 64.7 ระดับเกินพอเพียง ร้อยละ 35.3 สอดคล้องกับการประชุมคณะอนุกรรมการจัดระบบเฝ้าระวังและติดตามการขาดสารไอโอดีนในกลุ่มเสี่ยงครั้งที่ 1/2569 พบว่า กลุ่มเด็ก 3-5 ปี สถานการณ์ระดับไอโอดีนในปัสสาวะ อยู่ในเกณฑ์ได้รับไอโอดีนเพียงพอและจังหวัดที่ได้รับไอโอดีนเกิน 1 จังหวัด คือ จังหวัดสุรินทร์⁽¹¹⁾ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่เพศหญิง และกว่าครึ่งหนึ่งเป็นมารดา ซึ่งจะมีบทบาทในการดูแลอาหารสำหรับเด็ก และอยู่ในพื้นที่อยู่อาศัยในเขตเมืองเข้าถึงและเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงอาหารต่าง ๆ ได้ง่าย ประกอบกับการผลิตเครื่องปรุงรสต่าง ๆ ในปัจจุบันที่ผ่านการรับรองความปลอดภัย คุณภาพและมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ด้านอาหาร มีจำหน่ายในท้องตลาดจำนวนมาก และ พบว่าเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ณ สถานที่ผลิตมากกว่าร้อยละ 93.9 มีปริมาณไอโอดีนมาตรฐานสอดคล้องตามกฎหมาย (20-40 ppm)⁽¹²⁾ แต่การนำไปใช้ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ สอดคล้องกับผลการเฝ้าระวังคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในสถานที่ผลิต สถานที่จำหน่ายและในครัวเรือนระหว่าง

พ.ศ. 2555-2564 พบว่า เกลือเสริมไอโอดีนมีคุณภาพดีขึ้นแต่การใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในครัวเรือนยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่เช่นเดียวกัน⁽⁸⁾ จึงเป็นไปได้ว่าผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนมีจำหน่ายในร้านค้าทุกประเภทและผู้เลี้ยงดูเด็กเข้าถึงผลิตภัณฑ์เหล่านี้ได้ง่าย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการไอโอดีนของ World Health Organization (WHO) ได้กำหนดว่าค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะในเด็กวัยเรียนและเด็กก่อนวัยเรียนในระดับเพียงพออยู่ในช่วง 100-199 ไมโครกรัม/ลิตร⁽¹³⁾ จากผลการสำรวจสุขภาพคนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 โดยศักดา พริงลำภู และวิชัย เอกพลากร ได้รายงานค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของเด็กไทยทุกกลุ่มวัย ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 ว่าอยู่ในระดับเพียงพอ (100-199 ไมโครกรัม/ลิตร) แต่เมื่อจำแนกเพศ พบว่า เด็กชายได้รับสารไอโอดีนในระดับเกินพอเพียง ร้อยละ 29.71 และเด็กหญิงร้อยละ 28.35⁽¹⁴⁾ ต่อมา ผลการสำรวจของกรมอนามัยเมื่อปี พ.ศ. 2554-2556 ได้ระบุว่าค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะของเด็กไทยอายุ 3-5 ปี มีค่าเท่ากับ 229.2, 212.6 และ 226.6 ไมโครกรัม/ลิตร ตามลำดับ⁽⁹⁾ ซึ่งหมายถึงภาวะไอโอดีนเกินพอเพียง (200-299 ไมโครกรัม/ลิตร)

สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการไอโอดีนของเด็กอายุ 3-5 ปี ของนันทยา จงใจเทศ และคณะ ในปี พ.ศ. 2561 ได้ดำเนินการสำรวจค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ พฤติกรรมการบริโภคปริมาณไอโอดีนในเด็กวัยเรียน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณไอโอดีนที่ได้รับต่อวันกับปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ พบว่า เด็กมีค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเฉลี่ย 241.6 ไมโครกรัม/ลิตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูงเช่นเดียวกัน ผลสำรวจทางด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า เด็กมีแนวโน้มที่จะได้รับไอโอดีนจากนมสด ไข่ไก่ ไข่เป็ด บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ขนมกรุบกรอบและสาหร่ายปรุงรส ซึ่งเป็นอาหารที่เด็กนิยมรับประทาน โดยทำให้เห็นว่า เด็กมีแนวโน้มที่จะได้รับไอโอดีนเกินพอเพียง⁽¹⁵⁾

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน และพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในระดับดี ร้อยละ 15.3 พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือนในระดับดี ร้อยละ 25.3 ในขณะที่พฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี มีพฤติกรรมในระดับดี ร้อยละ 44.0 และต้องปรับปรุง ร้อยละ 56.0 ตามลำดับ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้เลี้ยงดูเด็กมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อาชีพรับจ้างและเป็นแม่บ้าน มีรายได้ต่ำกว่า 20,000.00 บาท เป็นส่วนใหญ่ ทำให้ใช้เวลาในการทำงานหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว เนื่องจากในบริบทเขตเมืองมีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนมีน้อย การจัดอาหารเป็นอาหารชุดเดียวกันทั้งครอบครัว โดยไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องการได้รับสารไอโอดีนของเด็ก สำหรับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือนนั้น เลือกซื้อจากร้านค้าในชุมชน แม้ว่าผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายนั้นเข้าถึงได้ง่าย แต่อาจเป็นชนิดที่ไม่เสริมไอโอดีนปะปนอยู่ด้วย สอดคล้องกับการวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนในเด็กเล็กและผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เป็น

อุปสรรคต่อการบริโภคไอโอดีน ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของไอโอดีน ทักษะคิดที่ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นของการใช้เกลือเสริมไอโอดีน และการเข้าถึงอาหารหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพไม่ทั่วถึง⁽¹⁶⁾

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนของเด็ก 3-5 ปี และทำการการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการควบคุมตัวแปรอิสระเข้าด้วยกันโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression Analysis) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุด (OR : 14.048, CI=1.730-114.095) รองลงมาคือพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน (OR : 3.545, CI=1.268-9.909) กล่าวได้ว่าความรู้และพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี หากผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในครัวเรือน จะช่วยส่งเสริมให้เด็กได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย มณีวงษ์⁽¹⁷⁾ ได้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาการขาดไอโอดีนในเด็กเล็กมีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ปกครองขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของไอโอดีน สอดคล้องกับ การวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนในเด็กเล็กและผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10 ที่พบว่า การขาดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของไอโอดีน ทักษะคิดที่ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นของการใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริโภคไอโอดีน⁽¹⁶⁾ และผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้เลี้ยงดู ความสัมพันธ์กับเด็ก และพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก 3-5 ปี ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในเด็กทั้งในระดับเพียงพอและเกินพอเพียง สอดคล้องกับการศึกษาการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายและปริมาณสารไอโอดีนในเกลือบริโภคในครัวเรือนของนักเรียนในพื้นที่ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริม

ไอโอดีนในคร่าวเรื้อน และความรู้ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในคร่าวเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁸⁾

อย่างไรก็ตามการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรายงานค่ามัธยฐานปริมาณสารไอโอดีนในปัสสาวะ ควรตระหนักถึงข้อจำกัดด้านความแปรปรวนและการแสดงผลในระดับประชากร/ชุมชน/จังหวัด หากแต่การวิจัยนี้มุ่งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไอโอดีนในเบื้องต้น ซึ่งผลการวิจัยสามารถแสดงให้เห็นถึงปัจจัยในระดับคร่าวเรื้อนที่สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาพัฒนามาตรการในพื้นที่หรือชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมนโยบายการควบคุมและป้องกันการได้รับสารไอโอดีนในเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง
2. สร้างเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ในการบริโภคสารไอโอดีน ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ ความเสี่ยง ผลกระทบต่อสุขภาพเด็กมีภาวะขาดสารไอโอดีน และได้รับสารไอโอดีนเกินพอเพียง
3. สนับสนุนการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในคร่าวเรื้อนอย่างต่อเนื่องและติดตามแนวโน้มการได้รับสารไอโอดีนเกินพอเพียง

• ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนแก่ผู้เลี้ยงดูเด็ก การเลือกใช้และอ่านฉลากผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนเพื่อใช้ในคร่าวเรื้อนอย่างต่อเนื่อง
2. ผลการศึกษาควรนำไปสู่การติดตามแนวโน้มเฝ้าระวังและควบคุมการได้รับสารไอโอดีนในระดับที่เกินพอเพียงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

ผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่า เด็ก 3-5 ปี ไม่มีภาวะการขาดสารไอโอดีน และได้รับสารไอโอดีนในระดับเพียงพอและเกินพอเพียง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไอโอดีนในเด็ก 3-5 ปี ได้แก่ ความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมการขาดสารไอโอดีน การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในคร่าวเรื้อน อย่างไรก็ตามการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงจากการได้รับสารไอโอดีนเกินพอเพียงในระดับอันตรายต่อสุขภาพเป็นสิ่งที่จะต้องดำเนินการต่อไปหากเด็กได้รับในปริมาณเกินเพียงพอ จะทำให้การทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ ส่งผลต่อพัฒนาการด้านร่างกายและสติปัญญาของเด็ก

• ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะของเด็ก 3-5 ปี เป็นตัวชี้วัดที่แสดงผลของภาวะไอโอดีนที่เป็นกลุ่มคน/ชุมชน/จังหวัด แต่มีข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย ทำให้การสรุปผลการศึกษามีครอบคลุมพื้นที่ ดังนั้นในการทำการศึกษารั้งต่อไปควรขยายกลุ่มตัวอย่างและความครอบคลุมพื้นที่เพื่อเป็นตัวแทนของประชากรเด็กกรุงเทพมหานคร และได้ผลการศึกษที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. การวัดปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของเด็ก 3-5 ปี เป็นการสะท้อนปริมาณไอโอดีนที่ร่างกายได้รับในแต่ละวัน เสนอให้มีการวิเคราะห์ในระดับชุมชนต่อไป เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
3. ควรศึกษาวิจัยระยะยาวเพื่อติดตามสถานการณ์การได้รับสารไอโอดีนในเด็กกลุ่มปฐมวัยอย่างต่อเนื่องถึงวัยเรียน และมีการติดตามเด็กด้านพัฒนาการ และความสามารถด้านสติปัญญา
4. ควรศึกษาวิจัยถึงทดลองเพื่อหารูปแบบหรือโปรแกรมการพัฒนาความรู้ และการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในคร่าวเรื้อนที่เหมาะสมกับบริบทเขตเมืองและ ขยายผลไปยังเขตเมืองอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Iodine deficiency [Internet]. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2013 [cited 2026 Jan 30]. Available from: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/iodine-deficiency>.
2. Redman K, Ruffman T, Fitzgerald P, Skeaff S. Iodine deficiency and the brain: effects and mechanisms. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2016;56(16):2695-713.
3. Melse-Boonstra A, Jaiswal N. Iodine deficiency in pregnancy, infancy and childhood and its consequences for brain development. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2010;24(1):29-38.
4. กรมอนามัย สำนักโภชนาการ. ผลการสำรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะเด็กอายุ 3-5 ปี ปี พ.ศ. 2556. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2557.
5. Bath SC, Steer CD, Golding J, Emmett P, Rayman MP. Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Lancet* 2013;382(9889):331-7.
6. กรมอนามัย. รายงานการเฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย ปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.พ. 2569]; เข้าถึงได้จาก: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/iodinedeficiency/>
7. กรมอนามัย. แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ พ.ศ. 2565-2570. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
8. กรมอนามัย สำนักโภชนาการ. รายงานการประชุมคณะกรรมการโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/iodinemeeting/download?id=104347&mid=33014&mkey=m_document&lang=th&did=31853
9. World Health Organization, United Nations Children's Fund, International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders. *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers*. 3rd ed. Geneva: WHO Press; 2007.
10. วิภาศิริ สุวรรณผล, สายพิน โชติวิเชียร, วิสารรัตน์ ธีระโกเมน, ธาวิต มงคล, จุฑารัตน์ สุภานุวัฒน์. การศึกษาสถานการณ์ระดับไอโอดีนในปัสสาวะและการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็กอายุ 3-5 ปี ใน 24 จังหวัดของประเทศไทย. *วารสารโภชนาการ* 2568;60(special):202-15
11. กรมอนามัย สำนักโภชนาการ. รายงานการประชุมคณะกรรมการจัดระบบเฝ้าระวังและติดตามการขาดสารไอโอดีนในกลุ่มเสี่ยงครั้งที่ 1/2569 [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 27 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก : <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/226663>
12. กรุงเทพธุรกิจ. อย. เปิดผลสุ่มตรวจปริมาณไอโอดีนในเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1219037>
13. World Health Organization. *Urinary iodine concentrations for determining iodine status in populations*. Geneva: World Health Organization; 2013.

14. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551–2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
15. นันทยา จงใจเทศ, นภาพรธรณ วิริยะอุตสาหกุล, ปัทมาภรณ์ อักษรชู, จุฑารัตน์ สุภานุวัฒน์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการไอโอดีนของเด็กอายุ 3–5 ปี. วารสารโภชนาการ 2561;53(2):37-53.
16. ปราณี อุษุพันธ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคไอโอดีนในเด็กเล็กและผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567;9(4):661-6.
17. สมชาย มณีวงษ์, วิชัย สุวรรณรัตน์, นภาพร ทองสุข. การสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีในจังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563;13(1):58-69.
18. จิรพิชชา บุญพอ, ฤทัยทิพย์ สุรเสียง, ชุติวัลย์ ธัญญศิรินนท์. การบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายและปริมาณสารไอโอดีนในเกลือบริโภค. วารสารโภชนาการ 2562;54(1).46-54

ปัจจัยด้านความเชื่อสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ ในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

กัญญา สุวรรณศิริพันธ์

อัจฉรา เดชขุน

จริยา ทรัพย์เรือง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

นงนุช จิตรนิวรรณ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองด่าน หมู่ 1

เนาวรัตน์ กระมูลโรจน์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

รมย์ธนิกา ฝ่ายหมื่นไวย*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



วันรับ 27 กุมภาพันธ์ 2569



วันแก้ไข 13 พฤษภาคม 2569



วันตอบรับ 19 พฤษภาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ พระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 110 รูป โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.86-0.89 มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) อยู่ระหว่าง 0.78-0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลวิจัยพบว่าพระภิกษุสงฆ์มีระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ด้านกิจกรรมทางกาย/การเคลื่อนไหวออกแรง และพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร) โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 1.44, SD. = 0.47) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ($r = .278, p < .001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ($r = .310, p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r = .248, p < .001$) ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์

คำสำคัญ : ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พระภิกษุสงฆ์

*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ : romthanika@gmail.com

Factors Related to the Health Beliefs and Hypertension Preventive Behaviors Among Buddhist Monks in Bangbo District, Samutprakan

Kanya Suvankereekhn

Adchara Dekun

Jariya Supruang

Faculty of Nursing, Huachiewchalermprakiet University

Nongnut Jitniwon

Khlong Dan Moo 1 of Tambon Health Promoting Hospital

Naowarut Hramulroj

Faculty of Nursing, Huachiewchalermprakiet University

Romthanika Faimuenwai*

School of Nursing, Rangsit University

Abstract

This correlational research aimed to study the level of hypertension preventive behaviors among buddhist monks and factors related to health beliefs model with hypertension preventive behaviors among buddhist monks. The participants were 110 buddhist monks living in Bangbo District, Samutprakan Province, selected by simple random sampling. The research instrument was a questionnaire with an item-level content validity index (CVI) between 0.86–0.89 and a reliability coefficient (Cronbach's Alpha) between 0.70–0.88. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation) and pearson's product moment Correlation Coefficient. The results revealed that the overall level of hypertension preventive behaviors (nutrition, and physical activity) was at a low level ($M = 1.44$, $SD = 0.47$). Factors that were positively correlated with hypertension preventive behaviors at the statistical significance level of .01 were perceived susceptibility of hypertension ($r = .278$), perceived severity to hypertension ($r = .310$), and perceived benefits to hypertension preventive behaviors ($r = .248$). Healthcare professionals should use research findings to develop programs for hypertension preventive behaviors among buddhist monks.

Keywords : Health Belief Model, Hypertension preventive behavior, Buddhist monk

*Corresponding Author,  : romthanika@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หายจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่หนึ่งของโลก ทั้งนี้สถานการณ์ภัยเงียบของโรคนั้นนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดปัญหาด้านสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 - 79 ปี ทั่วโลกมีภาวะโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.28 พันล้านคน และมีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 9.4 ล้านคน⁽¹⁾ ประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานข้อมูลอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ในการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁾ ในปี 2567 เพิ่มขึ้นเป็น 1,337.7 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราป่วย 16,364.1 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾ ซึ่งจากสถิตินี้สามารถอ้างอิงถึงโรคความดันโลหิตสูงในพระภิกษุสงฆ์ด้วย

พระภิกษุสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป จากผลการตรวจคัดกรองสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ สามเณรทั่วประเทศ พบว่า ในปี พ.ศ. 2562-2566 พระภิกษุสงฆ์ สามเณรที่มีภาวะเจ็บป่วย ร้อยละ 49.6 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.5 ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน⁽⁴⁾ ในปีพ.ศ. 2567 ผลการตรวจสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ และสามเณร ในเขตอำเภอบางบ่อ พบว่า พระภิกษุสงฆ์ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.23⁽⁵⁾ จากรายงานผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี ในปี พ.ศ. 2563-2566 พบว่า พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการที่ผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 32.17, 37.85 และ 38.80 ตามลำดับ⁽⁶⁾ และ

พระภิกษุสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จากข้อมูลปี พ.ศ. 2562-2566 พบพระภิกษุที่รับการรักษาตัวจำนวน 358 รูป, 430 รูป, 586 รูป และ 654 รูป ตามลำดับ⁽⁷⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะแสดงให้เห็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่ต้องได้รับการแก้ไขเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงในพระภิกษุสงฆ์นั้นเกิดจากหลายสาเหตุ และเมื่อป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงแล้วจะเกิดผลกระทบต่อตามมาหลายประการ

จากการศึกษางานวิจัยด้านสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ที่ผ่านมามีพบว่า การอาพาธของพระภิกษุสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ ส่งผลกระทบต่อการประกอบกิจกรรมทางพุทธศาสนาของพระภิกษุสงฆ์ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง^(3,4) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ค่อยปรากฏอาการที่ชัดเจนในช่วงแรก แต่ส่งผลกระทบต่อและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง หัวใจเต้นผิดจังหวะ หลอดเลือดในสมองแตก อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดแดงในไตตีบมากถึงขั้นไตวายเรื้อรัง อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการลดหรือควบคุมความดันโลหิตจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁽⁸⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีพบว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการแสดงออกที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมหรือการกระทำที่จะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี⁽⁹⁾ ดังนั้นสิ่งสำคัญคือ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง และเป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก สเทิร์ทซ์เชอร์ และเบคเกอร์⁽¹⁰⁾ ซึ่งให้แนวคิดไว้ว่าการรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ดังนั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรคต้องมีความเชื่อว่าเรามีโอกาส

เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น ๆ และโรคนั้นมีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต โดยการรับรู้ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย (perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผลกระทบคุกคามต่อชีวิต (perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ อันจะส่งผลดีต่อตนเอง ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย หรือลดความรุนแรงของโรค (perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามที่ตนได้คาดไว้ (perceived barriers) เช่น ค่าใช้จ่ายการได้รับการอำนวยความสะดวก ความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายใจต่าง ๆ โดยเปรียบเทียบกับผลดีที่มีมากกว่าปัญหาอุปสรรคที่ตนคาดไว้ 5) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองแค่ไหน ต้องปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังหรือตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยบุคคลจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องและมีสุขภาพที่ดีตามมา⁽¹¹⁾

พระภิกษุสงฆ์คือ ผู้ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและผ่านพิธีอุปสมบทถูกต้องตามธรรมวินัย ต้องมีวัตรปฏิบัติให้อยู่ในพระวินัยที่กำหนดอย่างเคร่งครัด⁽¹²⁾ พระวินัยบางข้อส่งผลต่อสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ อาทิเช่น การรับถวายอาหารจากประชาชนซึ่งเลือกอาหารไม่ได้ จึงทำให้มีโอกาสฉันทอาหารที่มีแคลอรีสูงจากการถวายของญาติโยมหรือผู้มีจิตศรัทธาโดยอาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารสำเร็จรูปที่ทำซื้อได้สะดวกและไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายเท่าที่ควร^(4,5) จากการปฏิบัติอยู่ในพระวินัยบางข้อจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์ นอกจากนี้พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การสูบบุหรี่ ต้มกาแฟ ต้มเครื่องต้มชูกำลัง และขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ เพราะมีเพียงการเดินบิณฑบาตและกวาดลานวัด เป็นต้น⁽¹³⁾ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่า สูบบุหรี่เฉลี่ยต่อเนื่องมา 16 ปี และสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 11 มวน มีการฉันทอาหารตามญาติโยม หรือผู้มีจิตศรัทธาถวายเท่านั้น^(4,6)

ซึ่งอาหารสำเร็จรูปที่เป็นอาหารถุงที่ประชาชนนำมาถวายส่วนใหญ่ประกอบด้วยอาหารประเภทแป้ง มีโซเดียมสูง ไขมันสูง และน้ำตาลสูง นอกจากนี้พระภิกษุสงฆ์มากกว่าร้อยละ 50 มีพฤติกรรมการต้มกาแฟสำเร็จรูป (3 in 1) วันละ 8 แก้ว ต้มเครื่องต้มชูกำลังเกินวันละ 2 ขวด ต้มเครื่องต้มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน เกินวันละ 2 ขวด ต้มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ 8 แก้วต่อวัน ส่วนใหญ่ออกกำลังกายตามกิจวัตรของพระภิกษุสงฆ์เท่านั้น เพราะคิดว่าผิดต่อพระธรรมวินัย รวมทั้ง ขาดการแนะนำในการปฏิบัติตนด้านออกกำลังกายที่ถูกต้องรวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพจึงเป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์ไทยในปัจจุบัน⁽¹⁴⁾

จากการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปีการศึกษา 2567 พบว่า ประชาชนในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ส่วนใหญ่จะเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปที่เป็นอาหารถุงถวายพระสงฆ์ซึ่งอาหารสำเร็จรูปส่วนใหญ่ประกอบด้วยอาหารที่มีโซเดียมสูง ไขมันสูง ของหวาน และผลไม้รสหวาน เป็นต้น จึงเป็นสาเหตุหลักและปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในพระภิกษุสงฆ์⁽¹⁵⁾ จากการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยการรับรู้ของบุคคลทั้ง 5 ด้านตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนทั่วไป⁽¹⁶⁾ แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ มีเพียงแต่การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในจังหวัดหรือภาคอื่น ๆ ซึ่งมีความแตกต่างในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของจังหวัดสมุทรปราการ จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ อ.บางบ่อ จ.สมุทรปราการ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ อ.บางบ่อ จ.สมุทรปราการ

สมมุติฐานการศึกษา

การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความ

สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ครั้งนี้ ตัวแปรต้นคือ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสตัดอก สเทร็ชเชอร์ และเบคเกอร์⁽¹⁰⁾ คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

เนื่องจากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มต่าง ๆ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่งพระภิกษุสงฆ์ที่มีการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย /การเคลื่อนไหวออกแรงดังแผนภูมิภาพที่ 1

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง



พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์

- การรับประทานอาหาร
- กิจกรรมทางกาย/การเคลื่อนไหวออกแรง

แผนภูมิภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบพรรณนาเชิง
หาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

• พื้นที่ศึกษา

วัดที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบางบ่อ จังหวัด
สมุทรปราการ

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระภิกษุสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ในวัด
เขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระภิกษุสงฆ์ที่อยู่ในอำเภอ
บางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ที่ไม่เคยได้รับการตรวจ
วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน และยินดีเข้าร่วม
การวิจัยโดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
G* Power Version 3.1.9.4 กำหนดสถิติ Multiple
regression กำหนดค่าความคาดเคลื่อนประเภท 1 เท่ากับ
.05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .90
และขนาดอิทธิพลของขนาดตัวอย่าง (effect size) เท่ากับ
.15 และจากผลการศึกษาที่ใกล้เคียงของพัชรินทร์ คำแก่น
และคณะ⁽¹⁷⁾ พบค่าความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ ($R = 0.450$) เมื่อแทน
ค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ
104 รูป⁽¹⁸⁾ และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง
ที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่ม
ตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
ทั้งหมด 110 รูป โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple
random sampling)

• เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

- เป็นพระภิกษุสงฆ์ที่อยู่ในอำเภอบางบ่อ จังหวัด
สมุทรปราการ
- บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
- ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดัน
โลหิตสูงมาก่อน
- มีความสมัครใจและยินดีร่วมให้ข้อมูล

• เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- ปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือติดภารกิจของสงฆ์ระหว่าง
เข้าร่วมโครงการ

• เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทั่วไปของกลุ่ม
ตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ จำนวนพรรษา ระดับการ
ศึกษาทางโลกและทางธรรม โรคประจำตัว ญาติสายตรง
ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้ำหนัก ส่วนสูง จำนวน
8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามข้อกำหนดตาม
ธรรมเนียมของพระภิกษุสงฆ์ มีจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น ด้าน
การรับประทานอาหาร 10 ข้อ กิจกรรมทางกาย/การ
เคลื่อนไหวออกแรง 10 ข้อ และด้านการจัดการอารมณ์
และความเครียด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตร
ประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก
แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก สเตชเชอร์
และเบคเกอร์⁽¹⁰⁾ จำนวน 50 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก
ทั้งหมด แบ่งเป็น 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
ความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรง
ของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ 3) การรับรู้
ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดัน
โลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
ตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ 5)
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดัน
โลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตร
ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

• การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) อยู่ระหว่าง 0.86-0.89 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.86 และส่วนที่ 3 ในรายด้าน เท่ากับ 0.82, 0.84, 0.88, 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ

• วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

1. หลังจากได้รับการอนุมัติการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงเจ้าคณะอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตแล้วผู้วิจัยติดต่อสื่อสารผู้รับผิดชอบในการติดต่อประสานงานของเจ้าคณะอำเภอ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อแนะนำตัวผู้วิจัย และมีผู้ช่วยวิจัยเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้ช่วยรวมเก็บข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลระยะเวลาในการศึกษาและขอความร่วมมือในการเป็นผู้ช่วยทำวิจัย

3. ทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายขั้นตอนคัดเลือกและเชิญตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยตามเอกสารคำชี้แจง

4. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กับผู้ช่วยวิจัยในการแจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนตั้งแต่ เดือนมีนาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 โดยนัดหมายในช่วงเวลา 09.00 – 16.00 น. โดยผู้ช่วยวิจัยจะนัดหมายกับตัวอย่างตามวันและเวลาที่ตัวอย่างสะดวกโดยให้เวลาผู้ตอบแบบสอบถามรายละ 30 นาทีในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวหลังจากที่ตัวอย่างทำเสร็จผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและส่งให้ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

• **การวิเคราะห์ข้อมูล** การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะประชากร ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) การวิจัยครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

• **ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย** ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2568

• **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ HCU-EC 1462/2568 เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของพระภิกษุสงฆ์

จากผลการศึกษาพระสงฆ์มีอายุน้อยที่สุด 20 ปี มากที่สุด 69 ปี จำนวนพรชาน้อยที่สุด 2 พรชามากที่สุด 25 พรช ส่วนใหญ่พระภิกษุสงฆ์มีอายุระหว่าง 20-39 ปี ร้อยละ 55.43 อายุเฉลี่ย 44.43 ปี (SD = 20.15) ระยะเวลาการบวชจำนวนพรชเฉลี่ย 15.85 พรช (SD = 10.56) การศึกษาทางโลกส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา

ร้อยละ 43.33 นอกจากนี้การศึกษาทางธรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับนักธรรมชั้นตรีแผนกบาลี ร้อยละ 58.72 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.36 เป็นไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 48.56 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 36.94 และดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับอ้วน/โรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 44.35

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์

ผลการศึกษาพฤติกรรมกำรป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ พบว่า พระภิกษุสงฆ์มีระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ใน

ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 1.44, SD. = 0.47) ซึ่งพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย/กำรเคลื่อนไหวออกแรงอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 1.78, SD. = 0.45) และพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 1.35, SD. = 0.31) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้าน (n=110)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านกำรรับประทานอาหาร	1.35	0.31	ระดับต่ำ
2. ด้านกิจกรรมทางกาย/กำรเคลื่อนไหวออกแรง	1.78	0.45	ระดับต่ำ
โดยภาพรวม	1.44	0.47	ระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์

ผลการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์พบว่า กำรรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .278, p < .001$) กำรรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 ($r = .310, p < .001$) กำรรับรู้ประโยชน์ของกำรปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .248, p < .001$) ส่วนกำรรับรู้อุปสรรคของกำรปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ ($r = .159, p = .098$) และกำรรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ ($r = .228, p = .017$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์ (n=110)

ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม	
	r	p-value
กำรรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	.278	<.001
กำรรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	.310	<.001
กำรรับรู้ประโยชน์ของกำรปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	.248	<.001
กำรรับรู้อุปสรรคของกำรปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	.159	.098
กำรรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	.228	.017

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค

ความดันโลหิตสูงโดยรวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 1.44, SD. = 0.47) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย/การเคลื่อนไหว ออกแรงระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 1.78, S.D. = 0.45) รองลงมา คือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (ค่าเฉลี่ย = 1.35, SD. = 0.31) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของพิศุทธิ์ ชนะรัตน์ (2567)⁽¹⁹⁾ ที่ทำการศึกษากการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.19, SD. = .43) เช่นเดียวกับการศึกษาของพัชรินทร์ คำแก่น และคณะ (2566)⁽¹⁷⁾ พบว่า พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.4, SD. = .41) ซึ่งแยกพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายด้านดังนี้

1.1 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 1.35, SD. = 0.31) ร่วมกับพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.56 เป็นไขมันในเลือดสูง รองลงมา โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.94 และมีดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับอ้วน/โรคอ้วน ระดับ 2 ร้อยละ 44.35 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านพระธรรมวินัย ซึ่งพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถเลือกอาหารหรือประกอบอาหารด้วยตนเองได้ จำเป็นต้องฉันอาหารตามที่ญาติโยมนำมาถวาย ซึ่งอาหารที่นำมาถวายส่วนใหญ่เป็นอาหารสำเร็จรูป อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม รวมถึงมีโซเดียม และไขมันสูง ประชาชนบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเลือกอาหารในการดื่กบาตร และไม่ได้คำนึงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิด

โรคความดันโลหิตสูงตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ คำแก่น และคณะ (2566)⁽¹⁷⁾ พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.2 (ค่าเฉลี่ย = 31.54, SD. = 3.51) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งตามหลักพระธรรมวินัยพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถเลือกฉันอาหารและไม่สามารถประกอบอาหารเพื่อบริโภคได้ จึงส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา โดยเฉพาะฉันอาหารที่มีรสชาติ หวาน มัน เค็ม และอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทพงศ์ ลัทธพิณท์ และคณะ (2564)⁽²⁰⁾ พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 14.53, SD. = 2.45) ซึ่งการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือ การส่งเสริมให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการถวายภัตตาหารที่ครบ 5 หมู่ ตามหลักธงโภชนาการ รวมถึงส่งเสริมให้ความรู้พระภิกษุสงฆ์ในการฉันอาหารในปริมาณที่เหมาะสมจะทำให้ลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้⁽²¹⁾

1.2 พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย/การเคลื่อนไหวออกแรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 1.78, SD. = 0.45) เนื่องจากรูปแบบการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงานต่ำ เช่น การทำวัตร สวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือศึกษาพระธรรม แม้ว่าจะมีการเดินบิณฑบาต หรือเดินจงกรม แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายอย่างเหมาะสม นอกจากนี้พระธรรมวินัยและบทบาททางศาสนาอาจเป็นข้อจำกัดต่อการออกกำลังกายในรูปแบบทั่วไป ส่งผลให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพงศ์ ลัทธพิณท์ และคณะ (2564)⁽²⁰⁾ พบว่า กิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 14.53, SD. = 2.45) เนื่องจากต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดตามหลักพระธรรมวินัยเพื่อการสำรวมตามหลักพระพุทธศาสนา ประกอบกับข้อจำกัดด้านบทบาทพระวินัยสงฆ์ทำให้มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ส่งผลให้พระสงฆ์บางส่วนมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary

behavior) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ การมีกิจกรรมทางกายน้อยมีความสัมพันธ์ต่อน้ำหนักตัว และดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ คำแก่น และคณะ (2566)⁽¹⁷⁾ พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายส่วนใหญ่ร้อยละ 52.3 ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 7.69, SD = 1.58) พบว่า ส่วนใหญ่ออกกำลังกายตามกิจวัตรของพระภิกษุสงฆ์เท่านั้น เช่น การปฏิบัติกรรมฐานโดยการเดินจงกรม ซึ่งไม่มีการออกกำลังกายรูปแบบอื่น เช่น กายบริหาร การใช้เครื่องช่วยออกกำลังกาย เนื่องด้วยพระธรรมวินัยไม่เอื้อต่อการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขาดการแนะนำในการปฏิบัติตนด้านออกกำลังกายที่ถูกต้อง รวมถึงขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพจึงเป็นสาเหตุหลักให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์ไทยในปัจจุบัน^(14,22)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .278, p < .001$) ซึ่งอธิบายได้ว่าพระภิกษุสงฆ์ที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมามากขึ้น ทั้งด้านการรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก สเตริชเซอร์ และ เบคเกอร์⁽¹⁰⁾ ให้แนวคิดว่าการรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ดังนั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรคต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น โดยเชื่อว่ามี ความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต และการศึกษาของพีระพล หมีเอี่ยม และคณะ (2020)⁽⁹⁾ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .310, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าพระภิกษุสงฆ์ที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และผลกระทบต่อสุขภาพชีวิต และการปฏิบัติกิจของสงฆ์ จะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพพามากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของโรเซนสต็อก สเตริชเซอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988)⁽¹⁰⁾ ให้แนวคิดว่าการรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคต้องมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและเชื่อว่าการเกิดโรคนั้นมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต และการศึกษาของอมรรัตน์ ลีอนาม และคณะ (2565)⁽²³⁾ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคของพระภิกษุสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .248, p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเกิดความคาดหวังถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับโดยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ คำแก่น และคณะ (2566)⁽¹⁷⁾ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของอาหารของพระภิกษุสงฆ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพระภิกษุสงฆ์ และอายุของพระภิกษุสงฆ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของวารัญญา หินกอง (2564)⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพระภิกษุสงฆ์ ในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ

การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของอาหารของพระภิกษุสงฆ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดของพระภิกษุสงฆ์และสอดคล้องกับการศึกษาของ พีระพล หมีเอี่ยม และคณะ (2563)⁽⁹⁾ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกสามารถอธิบายได้ว่าหากพระภิกษุสงฆ์มีความคิดและความเชื่อว่าหากตนปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพแบบนั้นร่างกายก็จะสมบูรณ์แข็งแรงลด

ความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดตามมาหลังจากการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพนั้น ดังนั้นการที่พระภิกษุสงฆ์มีการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติแล้วนั้นก็ทำให้พระภิกษุสงฆ์ เกิดความตระหนักในเรื่องของสุขภาพและกระตุ้นให้พระ ภิกษุสงฆ์เห็นความสำคัญของการปฏิบัติหรือการดูแล สุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. เนื่องจากเป็นการศึกษาในพระสงฆ์ เวลาในการ เก็บรวบรวมข้อมูลจึงต้องเป็นช่วงที่ไม่มีภารกิจของสงฆ์ ซึ่ง พระสงฆ์บางรูปติดภารกิจของสงฆ์ทั้งวัน ทำให้เกิดความ ล่าช้าในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การใช้ทฤษฎี Health Believe Model มีข้อจำกัด คือไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมได้

เพราะมุ่งเน้นที่ปัจจัยภายในของตัวบุคคลเป็นหลัก ในการ ศึกษาต่อไปควรเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม ที่จะช่วยปรับพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ให้ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรส่งเสริมในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความ ดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวใน การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเป็นการป้องกันและ ลดความเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุสงฆ์

2. ควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยจัดกิจกรรมที่ ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการรับรู้ ความรุนแรงของโรคและส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะการ ดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์

• ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเน้นควร พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของการ ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระภิกษุ สงฆ์ โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารและกิจกรรม ทางกาย

2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิง ปริมาณเพื่อทราบข้อมูลเชิงลึกด้านอุปสรรคตามพระวินัย และปัจจัยสนับสนุนต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคของ ภิกษุสงฆ์ ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทาน อาหาร เพื่อนำผลไปวางแผนกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

• กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง ทุกคนในพื้นที่อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ที่ให้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ตลอดจนอาสาสมัคร สาธารณสุขในพื้นที่ ที่ช่วยประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. World Health Organization; 2023.
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2567. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2568.
3. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายงานประจำปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual//Annual-report-2024.paf>.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2567.pdf.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองด่านหมู่ 1. รายงานข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของประชากรในตำบลบางบ่อ อำเภอคลองด่าน จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างปี 2564-2567. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบ่อ; 2568.
6. โรงพยาบาลบางบ่อ. เวชระเบียนสถิติ โรงพยาบาลบางบ่อ ระหว่างปี 2564-2567. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบ่อ; 2568.
7. Thai Health Promotion Foundation. The urgent situation of the health of monks [Internet]. 2013 [cited 2025 Nov 24]. Available from : <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.spx?NewsID=9560000064131>
8. กรมการแพทย์. สรุปรายการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 6 ครั้งที่ 1 ประจำปี 2567: คณะ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก :<http://www.spko.moph.go.th/wp-content/upload/2024/04/คณะสรุปรายการตรวจราชการกรมการแพทย์-เขต 6-รอบ-67.pdf>.
9. พีระพล หมีเอี่ยม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอดาเกี๋ย จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.51-5.
10. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly 1988;15(2):175-83.
11. ชนกันท์ แสงสุนนท์ และกฤษกันทร สุวรรณพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564;7(2):48-61.
12. พระมหากฤษิทธิ์ วิริโย. การคัดเลือกบุคคลเข้าสู่องค์กรสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัยและตามกฎระเบียบของมหาเถรสมาคม. วารสารพุทธนวัตกรรมการปริทรรศน์ 2565;3(2):52-64.
13. เอกภพ จันทร์สุคนธ์ และ กิ่งแก้ว สำรวรรื่น. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม 2565;18(2):409-18.
14. Thai Health Promotion Foundation. The urgent situation of the health of monks [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 24]. Available from : <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.spx?NewsID=9560000064131.16>.

15. กัญญา สุวรรณศิริพันธ์, อัจฉรา เดชขุน, นงนุช จิตรนิวัฒน์, จริยา ทรัพย์เรือง และ เนาวรัตน์ กระจุมโรจน์. รายงานปฏิบัติการพยาบาลชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2567.
16. ศนิกานต์ ศรีมณี, ชนิดา มัททวางกูร, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, ระวี ดิษฐจร และพรรณี ตรังคสันต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์และพฤติกรรมการถวายภัตตาหารแด่พระสงฆ์ของประชาชนในเขตภาษีเจริญ. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม 2565;19(37):22-38.
17. พชรินทร์ คำแก่น, ณิชวรรณ พินิจสุวรรณ, กัญญนิรินท์ ไชยแก้ว และภรณ์ยุ สุภาดา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ 2566;15(2):295-306.
18. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
19. พิศุทธิ์ ชนะรัตน์. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. มหाराชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2567;8(1):162-74.
20. นัทรพงศ์ ลัทธพินันท์ และสุจิตรา สุนทรทรัพย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมทางกายของพระภิกษุไทย. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ 2564;21(3):446-59.
21. รัชฎู ปินตาตง และธนภพ โสตรโยม. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระสงฆ์ในวัดเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรม พระจอมเกล้าพระนครเหนือ 2564;12(1) 119-26.
22. เจษฎาภรณ์ สุธรรม, วราภรณ์ บุญเชียง, อักษรา ทองประชุม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอเถิน จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2556;19(2) :102-16.
23. อมรรัตน ลือนาม, นิลาวรรณ งามขำ, ดวงหทัย แสงสว่าง, วิภาวรรณ เฟิงพานิช, กมลทิพย์ รัตน์สุวรรณชัย, วัชรตล เส็งลา และ กิตติ ประจันตเสน. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสาร มฉก.วิชาการ 2562;23(1):93-106.
24. วรัญญา หินกอง, วนลดา ทองใบ, จีราภรณ์ กรรมบุตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดของพระสงฆ์ในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565;7(4): 396-411.

ความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์ ในการป้องกัน ภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง

สุทธิโชค ดีเสมอ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแสวงหา อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง

พรวิภา พวงบุบผา

ภาควิชาชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

วรรณีย์ จิรอังการสกุล

สุนทร พิมพินนท์*

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร



วันรับ 24 มีนาคม 2569



วันแก้ไข 18 พฤษภาคม 2569



วันตอบรับ 20 พฤษภาคม 2569

บทคัดย่อ

ภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง (Hypertension) ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักที่เร่งกระบวนการเสื่อมของหลอดเลือด การมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันโรคร้ายแรงดังกล่าว งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง และตรวจสอบปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรู้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย 100 คน ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 63.0 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 34.0 มีความรู้ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 3.0 ที่มีความรู้ในระดับต่ำ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ($r = 0.347, p = 0.000$) การได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากคนในครอบครัว ($r = 0.411, p = 0.000$) การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรค ($r = 0.200, p = 0.046$) การช่วยเหลือด้านสุขภาพจากชุมชนหรือองค์กรสังคม ($r = 0.256, p = 0.010$) การได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างในการดูแลสุขภาพ ($r = 0.408, p = 0.000$) และประวัติการมีโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ($r = -0.292, p = 0.003$) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่บูรณาการทั้งความรู้ส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ภาวะหลอดเลือดแข็ง ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุ ความรู้ด้านสุขภาพ

*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ : suntornpimnon80@gmail.com

Health Literacy and Associated Factors in Atherosclerosis Preventing among Elderly Hypertensive Patients : A Study in a Subdistrict Health-Promoting Hospital, Ang Thong Province, Thailand

Sutthichok Deesamo

Subdistrict Health-Promoting Hospital in Sawaengha District, Ang Thong Province

Pornwipa Phuangbubpha

Faculty of Sciences, Silpakorn University

Wanee Jiraungkoorskul

Suntorn Pimnon*

Faculty of Public Health, Bangkokthonburi University

Abstract

Atherosclerosis is strongly linked to hypertension, a leading risk factor that accelerates vascular degeneration. Improving health literacy is crucial for preventing such complications and enhancing patient outcomes. This study aimed to assess the level of health literacy in preventing atherosclerosis and to explore demographic, health-related, and social factors associated with health literacy among patients with hypertension. A descriptive correlational design was used with 100 hypertensive patients receiving care at a Subdistrict Health-Promoting Hospital in Sawaengha District, Ang Thong Province. Data were gathered through a questionnaire with four sections: (1) demographic characteristics, (2) health perception, (3) social support, and (4) health literacy in preventing atherosclerosis (including knowledge, access to information, communication, self-management, and media literacy). Descriptive statistics and Pearson's correlation analysis were performed. Most participants exhibited high health literacy (63.0%), followed by moderate (34.0%) and low levels (3.0%). The factors found to have a significant correlation with health literacy were: knowledge ($r=0.347$, $p=0.000$), 0.347 , $p=0.000$), Receiving health care support from family members ($r = 0.411$, $p=0.000$), receiving advice on disease prevention ($r=0.200$, $p=0.046$), receiving health-related support from the community or social organizations ($r=0.256$, $p=0.010$), ($r = 0.256$, $p = 0.010$), Receiving encouragement from those around them regarding health care ($r = 0.408$, $p=0.000$), and a family history of hypertension ($r = -0.292$, $p=0.003$). -0.292 , $p = 0.003$). The study results underscore the importance of developing a comprehensive health literacy promotion strategy that integrates personal knowledge, family and community support, and care provided by healthcare professionals to prevent complications in elderly patients with sustained hypertension.

Keywords : Atherosclerosis, Elderly Hypertension Patients, Health Literacy

*Corresponding Author,  : suntornpimnon80@gmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ภาวะดังกล่าวเกิดจากการสะสมของไขมัน คอเลสเตอรอล และสารต่าง ๆ บนผนังหลอดเลือดแดง ส่งผลให้หลอดเลือดตีบแคบ แข็งตัว และมีการไหลเวียนของเลือดลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ ภาวะหลอดเลือดแข็งมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความดันโลหิตสูง (Hypertension) ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักที่เร่งกระบวนการเสื่อมของผนังหลอดเลือด ผ่านกลไกของแรงดันเลือดที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของเยื่อหลอดเลือด การอักเสบ และการสะสมของคราบไขมันบนผนังหลอดเลือดนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระบบหัวใจและหลอดเลือด หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากชี้ให้เห็นว่าการควบคุมระดับความดันโลหิตและการปรับพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ^(1,2) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม และยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ชนบท

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 20 ล้านคนต่อปี และกว่าร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ หากมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสม ทั้งโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะหัวใจล้มเหลว ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการของประชากรโลก⁽¹⁻³⁾

สอดคล้องกับข้อมูลจากสมาพันธ์หัวใจโลก (World Heart Federation: WHF) ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 20.5 ล้านคนต่อปี โดยร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตเกิดจากอาการหัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง^(1,2) สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรง โดยข้อมูลจากระบบรายงานฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2567 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีผู้ป่วยสะสม 358,062 ราย และมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 39,086 ราย ซึ่งสะท้อนถึงภาระโรคและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁾ เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง เป็นพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลด้านสุขภาพในพื้นที่สะท้อนให้เห็นแนวโน้มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด และการขาดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ⁽⁵⁾ แม้ว่าการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพจะเป็นแนวทางหลักในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง แต่ในมิติทางพฤติกรรมและสังคม พบว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (health literacy) ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ รู้ทันสื่อ มีทักษะในการตัดสินใจ มีการจัดการตนเองเพื่อสุขภาพที่ดี รวมถึงชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

การรับรู้ความเสี่ยง การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ งานวิจัยหลายฉบับ รายงานว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และไม่สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ชนบทยังมีการศึกษาที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งอยู่ อย่างจำกัด ส่งผลให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการ ออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลสีบัวทอง อำเภอสว่างหา จังหวัดอ่างทอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) การวิจัยนี้มุ่งเน้นการศึกษา ระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงโดยกลุ่มผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน และเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสีบัวทอง อำเภอสว่างหา จังหวัด อ่างทอง เก็บข้อมูลหลังจากงานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณา รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ระหว่าง เดือน กรกฎาคม-กันยายน พ.ศ.2568

การศึกษารอบคลุมการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง รวมทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ดังกล่าว ได้แก่ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพ การสนับสนุนทาง

ทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของชุมชน ดังนั้น การ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งในผู้ป่วย สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในอำเภอสว่างหา จังหวัด อ่างทอง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การวางแผน กิจกรรมเชิงป้องกัน และการกำหนดนโยบายสาธารณสุข ระดับท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของ พื้นที่ อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและ หลอดเลือดอย่างยั่งยืนในระยะยาว

(เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้) การได้รับการสนับสนุน ทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งในผู้ป่วย สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลสีบัวทอง อำเภอสว่างหา จังหวัดอ่างทอง

สังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสีบัวทอง อำเภอสว่างหา จังหวัด อ่างทอง จำนวน 377 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ครบถ้วน ระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สามารถบอก วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้
2. มีประวัติการรับบริการรักษาความดันโลหิตสูง อย่างต่อเนื่อง สามารถสื่อสาร พูด ฟัง และอ่านภาษาไทย ได้

3. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยโดยสมัครใจ และลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม (Informed Consent)

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ขณะสัมภาษณ์ มีอาการ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะ และกำลังของแขนขาอ่อนแรงทันทีทันใด และผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน หรือไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension และมีความเสี่ยงหรือแสดงภาวะที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดแข็ง โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสีบัวทอง ภายในระยะเวลาที่กำหนด ใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยโดยสมัครใจ และลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม (Informed Consent)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คำนวณจากหลักการของ Cohen (1992) โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ $n \geq 50 + 8m$ (n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ, m = จำนวนตัวแปรอิสระ) ตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ 90 ราย และเมื่อคำนึงถึงการเผื่อสูญเสียข้อมูลประมาณ 10% จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาไว้ที่ 100 ราย

• เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามที่แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามชุดนี้ใช้เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะนำไปใช้วิเคราะห์ลักษณะประชากรและปัจจัยพื้นฐานที่อาจเกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ หัวข้อประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน สิทธิการรักษาพยาบาล และอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ใช้ประเมินลักษณะข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย อาทิ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว, ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง, การมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ หรือไขมันในเลือดสูง จำนวน 3 ข้อ ได้ค่าเที่ยงตรงเท่ากับ 0.87 ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เป็นแบบสอบถามที่ประเมินระดับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบตัว เช่น ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ระดับการประเมินแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้ มาตราวัด Likert scale ตั้งแต่ 1 (ไม่มีเลย) ถึง 5 (ตลอดเวลา) จำนวน 3 ข้อ ได้ค่าเที่ยงตรงเท่ากับ 0.72 ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง (Health Literacy on Atherosclerosis Prevention) แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1: ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง เป็นแบบสอบถามแบบถูก-ผิด จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไป พฤติกรรมเสี่ยง และแนวทางการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง ได้ค่าเที่ยงตรงเท่ากับ 0.71 ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

ตอนที่ 2: การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ วัดความสามารถของผู้ป่วยในการค้นหา ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเอง โดยใช้มาตราวัด 4 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง, บ่อยครั้ง, นาน ๆ ครั้ง, ไม่ปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ ได้ค่าเที่ยงตรงเท่ากับ 0.69 ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

• การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เลขที่ 2568/ 131 วันที่รับรอง 17 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง และตรวจสอบปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคมที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง โดยได้มาจากการสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.0) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 46.0) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 42.0) ด้านดัชนีมวลกาย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 43.0) รองลงมาคือ กลุ่มอ้วนและท้วม (ร้อยละ 28.0 และ 22.0 ตามลำดับ) ด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 91.0) มีสถานภาพสมรสคู่สมรสมากที่สุด (ร้อยละ 63.0) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.0) สำหรับอาชีพ พบว่า กลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและเกษตรกรรมมีจำนวนเท่ากันมากที่สุด (ร้อยละ 36.0) ด้านรายได้ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 81.0) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) เป็นหลัก (ร้อยละ 89.0)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว จำนวน 75 คน (ร้อยละ 75.0) ขณะที่ผู้ที่ไม่มียังคงมีจำนวน 25 คน (ร้อยละ 25.0) ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นโรค 11 ปีขึ้นไป จำนวน 47 คน (ร้อยละ 47.0) รองลงมาคือ กลุ่มที่เป็นโรครมาแล้ว 6-10 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 30.0) และกลุ่มที่มีระยะเวลาในการเป็นโรค 1-5 ปี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 23.0)

สำหรับการมีโรคร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคหัวใจร่วม (ร้อยละ 86.0) โดยมีเพียง 14 คน (ร้อยละ 14.0) ที่ป่วยร่วมด้วยโรคหัวใจ ในส่วนของโรคเบาหวาน พบว่า มีผู้ป่วยร่วมเพียง 2 คน (ร้อยละ 2.0) ขณะที่ส่วนใหญ่ไม่มี (ร้อยละ 98.0) และในกรณีของภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า มีผู้ที่เป็นร่วมมากถึง 73 คน (ร้อยละ 73.0) ขณะที่อีก 21 คน (ร้อยละ 21.0) ไม่มีภาวะดังกล่าว

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากผลการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในระดับค่อนข้างสูง โดยค่าเฉลี่ยของทุกข้ออยู่ในช่วง 4.02-4.55 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตสูงที่สุด (mean = 4.55, SD = 0.67) รองลงมาคือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลสุขภาพ (mean = 4.42, SD = 0.96) และการทราบระดับความดันโลหิตล่าสุดของตนเอง (mean = 4.37, SD = 0.89)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังรายงานว่ามี การได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง (mean = 4.21, SD = 0.98) การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนหรือองค์กรทางสังคม (mean = 4.12, SD = 1.04) และการมีบุคคลที่สามารถไว้วางใจในการพูดคุยหรือตัดสินใจเรื่องสำคัญ (mean = 4.09, SD = 0.18) ขณะที่การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิดเพื่อการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่ม (mean = 4.02, SD = 1.10)

โดยสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว ชุมชน และบุคคลรอบข้าง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	SD
ครอบครัวให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของท่าน	4.42	0.96
เพื่อนหรือคนใกล้ชิดให้คำแนะนำในการป้องกันโรค	4.02	1.10
ชุมชนหรือองค์กรสังคมให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพ	4.12	1.04
มีการให้กำลังใจจากคนรอบข้างในการดูแลสุขภาพ	4.21	0.98
ท่านทราบระดับความดันโลหิตล่าสุดของท่านหรือไม่	4.37	0.89
ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตหรือไม่	4.55	0.67
ท่านสามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่าง ๆ หรือช่วยท่านตัดสินใจในเรื่องยาก ๆ	4.09	0.18

ส่วนที่ 2 การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) 36.0) โดยมีค่าเฉลี่ย 10.39 คะแนน และมีเพียง 3 คน (ร้อยละ 3.0) ที่อยู่ในระดับ ต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 7.00 คะแนน

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ เรื่องการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis)

จากการวิเคราะห์คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง จำนวน 61 คน (ร้อยละ 61.0) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.02 คะแนนจากคะแนนเต็ม 15 รองลงมาคือกลุ่มที่มีความรู้ในระดับ ปานกลาง จำนวน 36 คน (ร้อยละ

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งในระดับสูง ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มผู้ป่วยบางส่วนที่มีความรู้ในระดับต่ำ จึงควรได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติม เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การจำแนกคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งตามเกณฑ์ Bloom's Taxonomy

ระดับความรู้	จำนวนคน	ร้อยละ
สูง (12–15 คะแนน)	61	61.0
ปานกลาง (9–11 คะแนน)	36	36.0
ต่ำ (0–8 คะแนน)	3	3.0

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งในระดับสูง โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์และพฤติกรรมสุขภาพพื้นฐาน เช่น การมาตรวจรักษาตามนัด การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีสัดส่วนผู้ตอบถูกมากกว่า ร้อยละ 90 สะท้อนให้เห็น

ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับการทำหน้าที่ (functional health literacy) ที่ดี สามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในประเด็นที่ต้องอาศัยการประเมินข้อมูลเชิงวิพากษ์และการตัดสินใจด้านสุขภาพพบว่า ยังมีข้อจำกัดในบางประเด็น โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของยาสมุนไพร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบของความเครียด ซึ่งมีสัดส่วนผู้ตอบถูกต่ำกว่า ร้อยละ 70 และในบางข้อมีผู้ตอบถูกไม่ถึงครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังมี ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเชิงวิพากษ์ (critical health literacy) ที่จำกัด โดยเฉพาะในการแยกแยะข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องจากความเชื่อหรือข้อมูลที่ไม่มีสอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการ

นอกจากนี้ ความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเรื่องการใช้ยาสมุนไพรแทนการรักษาตามแพทย์สั่ง อาจสะท้อนอิทธิพลของบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่ชุมชน อาจทำให้ได้รับข้อมูลการใช้สมุนไพรไม่ถูกต้องจากช่องทางสื่อใดช่องทางหนึ่ง ซึ่งส่งผลต่อการตีความข้อมูลสุขภาพและการตัดสินใจด้านการรักษา สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการมีความรู้เชิงข้อเท็จจริงเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอ หากผู้ป่วยขาดทักษะในการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลและผลกระทบของการเลือกพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยตอบผิดเรื่องการใช้สมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบันถึง ร้อยละ 26 และจากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 51 เข้าใจผิดว่าความเครียดไม่ใช่สาเหตุของหลอดเลือดแข็ง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบถูกเกี่ยวกับการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง (n = 100)

ข้อมูล	ตอบถูก (%)	ตอบผิด (%)
1. โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis)	97.0	3.0
2. การรับประทานอาหาร เช่น ขนมไทยราดกะทิ หอยทอด ลูกชิ้นทอด สัปดาห์ละ 3-4 วัน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง	92.0	8.0
3. การรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปูเค็ม ปลาร้า น้ำพริกกะปิ สัปดาห์ละ 3-4 วัน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง	73.0	27.0
4. การรับประทานยาสมุนไพร ยาลูกกลอนแทนยาที่แพทย์สั่ง สามารถป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง	74.0	26.0
5. การสูบบุหรี่ และ ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ใช่สาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง	65.0	35.0
6. ความเครียดไม่ได้เป็นสาเหตุของภาวะหลอดเลือดแข็ง	49.0	51.0
7. การออกกำลังกายวันละอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน สามารถป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง	96.0	04.0
8. การมาตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามนัด สามารถป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งได้	98.0	2.0
9. ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแข็งมากกว่าคนวัยหนุ่มสาว	93.0	7.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบถูกเกี่ยวกับการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูล	ตอบถูก (%)	ตอบผิด (%)
10. การมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง	83.0	17.0
11. คนที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะไขมันชนิด LDL มีโอกาสสูงใน การเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง	95.0	5.0
12. การเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากอาหารทอดเป็นอาหารต้ม นึ่ง หรือย่าง ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแข็ง	96.0	4.0
13. การเลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม และน้ำหวาน มีส่วนช่วยลดความเสี่ยง ของภาวะหลอดเลือดแข็ง	86.0	14.0
14. การบริโภคปลาทะเลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีส่วนช่วยลดระดับ ไขมันเลว (LDL) และเพิ่มไขมันดี (HDL) ในร่างกาย	77.0	23.0
15. การเพิกเฉยต่อการควบคุมความดันโลหิตสามารถเพิ่มความเสี่ยงของ ภาวะหลอดเลือดแข็งและโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงได้	91.0	8.0

ตอนที่ 2 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis)

การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ใช้แบบสอบถามที่กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามความถี่ของพฤติกรรมหรือการรับรู้ ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จำนวน 63 คน (ร้อยละ 63.0) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 52.8 คะแนน รองลงมาคือผู้ที่มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 34 คน (ร้อยละ 34.0) โดยมีค่าเฉลี่ย 41.2 คะแนน และ

มีเพียง 3 คน (ร้อยละ 3.0) ที่มีความรอบรู้ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 29.0 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอที่จะสามารถนำไปปรับใช้กับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งได้

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้ที่สูง แต่ยังคงมีกลุ่มผู้ป่วยบางส่วนที่อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ซึ่งควรได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะเพิ่มเติม โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร และการใช้สื่อสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ Bloom's Taxonomy (n = 100)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เกณฑ์คะแนน (0-60)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	ค่าเฉลี่ยคะแนน
สูง	48-60	63	63.0	52.8
ปานกลาง	36-47	34	34.0	41.2
ต่ำ	0-35	3	3.0	29.0

เมื่อพิจารณาจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งกับปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ สุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยในส่วนของปัจจัยด้านความรู้ พบว่าความรู้ในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง ($r = .347, p < .001$) ซึ่งสะท้อนว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งมากกว่ามักมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าด้วย

สำหรับปัจจัยด้านประชากรศาสตร์พบว่า น้ำหนักส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับเล็กถึงปานกลาง ($r = 0.214-0.364, p < 0.05$ ถึง $p < 0.001$) ในด้านของปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าประวัติการมีโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = -0.292, p = 0.003$) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคดังกล่าวมักมีระดับความรอบรู้ต่ำกว่าเล็กน้อย อาจสะท้อนถึงการสืบทอดพฤติกรรมสุขภาพหรือการรับรู้ความเสี่ยงที่

แตกต่างจากผู้ที่ไม่ประวัติครอบครัว นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม ยังเป็นอีกปัจจัยสำคัญ โดยพบว่าทุกมิติของการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.200-0.411, p < 0.05$ ถึง $p < 0.001$) สะท้อนว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือบุคลากรทางสุขภาพอย่างเพียงพอ มักมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า

โดยสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับคะแนนความรู้ ปัจจัยทางกายภาพ (น้ำหนัก ส่วนสูง และ BMI) ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของทั้งด้านความรู้ส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกื้อหนุนต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งกับปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งกับปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ สุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม (n = 100)

กลุ่มตัวแปร	ตัวแปร	r	p-value
ข้อมูลส่วนบุคคล	น้ำหนัก/ส่วนสูง	0.214*	0.032
	ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	0.325**	0.001
ข้อมูลสุขภาพ	ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว	-0.292**	0.003
	การได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากคนในครอบครัว	0.411**	0.001
การสนับสนุนทางสังคม	การได้รับความแนะนำในการป้องกันโรค	0.200*	0.046
	การช่วยเหลือด้านสุขภาพจากชุมชนหรือองค์กรสังคม	0.256*	0.010
	การได้รับความกำลังใจจากคนรอบข้างในการดูแลสุขภาพ	0.408**	0.000
คะแนนความรู้	ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis)	0.347**	0.000

**p-value <0.01 level (1-tailed), *p-value <0.05 level (1-tailed), Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นภาพรวมของความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และบริบททางสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท ซึ่งมีความสำคัญต่อการออกแบบแนวทางส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งในประเด็นพื้นฐานอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะการมาตรวจรักษาตามนัด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงจากโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิต

สูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ผลดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพพื้นฐานแก่ผู้ป่วย และสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพเชิงหน้าที่ (functional health literacy) เป็นรากฐานสำคัญของการควบคุมโรคเรื้อรังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหลอดเลือดแข็ง⁽⁷⁾

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในบางประเด็น โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรแทนยาที่แพทย์สั่ง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบทบาทของความเครียดต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ซึ่งสอดคล้องกับ สุทัศน์ โชตนะพันธ์และคณะ (2556) โดยสภาวะความเครียดและ

พฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเฉียบพลัน ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้เช่นกัน⁽⁹⁾ ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านความรู้เชิงวิพากษ์ (critical health literacy) ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนชนบทยังคงได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทางวัฒนธรรมและข้อมูลจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการ

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยมีคะแนนสูงในด้านการจัดการตนเองและการปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไรก็ตาม ด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร และการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพยังอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานของ Sørensen และคณะ รวมถึง Ishikawa และ Kiuchi ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมักประสบปัญหาในการตีความข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะข้อมูลจากสื่อออนไลน์หรือแหล่งที่ไม่ได้ผ่านการคัดกรอง⁽⁶⁾

ผลการศึกษาด้านการสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในระดับสูง โดยเฉพาะจาก

บุคลากรสาธารณสุขและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการสนับสนุนในระดับสูง แต่หากขาดทักษะการประเมินข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ ผู้ป่วยอาจยังคงตัดสินใจด้านสุขภาพบนพื้นฐานของข้อมูลที่คลาดเคลื่อน

ผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งไม่ควรมุ่งเน้นเพียงการให้ข้อมูลเชิงความรู้ แต่ควรพัฒนาองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน ทั้งในระดับ functional, interactive และ critical health literacy โดยเฉพาะการออกแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชนชนบท เช่น การใช้สื่อภาพ การสาธิต การเรียนรู้แบบกลุ่ม และการสื่อสารสองทางระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ป่วย แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน^(4,8)

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.0) มีอายุระหว่าง 60–69 ปี (ร้อยละ 46.0) และส่วนใหญ่มิน้ำหนักตัวอยู่ในช่วง 50–69 กิโลกรัม (ร้อยละ 62.0) โดยค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5–22.9) คิดเป็นร้อยละ 43.0 ในด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 91.0) และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 81.0) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) เป็นหลัก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและโอกาสทางการศึกษาของกลุ่มผู้สูงอายุในชนบท

2. ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 75.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 47.0 มีระยะเวลาการป่วยมากกว่า 11 ปีขึ้นไป โดยโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 73.0) รองลงมาคือ โรคหัวใจ (ร้อยละ 14.0) และเบาหวาน (ร้อยละ 2.0)

3. การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.02–4.55 จากคะแนนเต็ม 5) โดยแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดคือ บุคลากรสาธารณสุข (mean = 4.55, SD = 0.67)

รองลงมาคือ ครอบครัว (mean = 4.42, SD = 0.96) และ การได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง (mean = 4.21, SD = 0.98)

4. ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง ผู้ป่วยมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ การมาตรวจตามนัดช่วยป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็ง (mean = 0.98) รองลงมาคือ การตระหนักถึงโรคประจำตัวและการออกกำลังกาย (mean = 0.96–0.97) ขณะที่ข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ การใช้สมุนไพรแทนยาที่แพทย์สั่ง (mean = 0.26)

5. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการจำแนกตาม Bloom's Taxonomy พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับสูง (63.0%) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (34.0%) และต่ำ (3.0%) โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 52.8 จากคะแนนเต็ม 60 กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง

โดยสรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในพื้นที่ศึกษาจะมีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองในระดับสูง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการ

เข้าถึง การตีความ และการใช้สื่อสารสนเทศอย่างมี วิจารณ์ญาณ จึงควรพัฒนานโยบายหรือโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ที่มุ่งเน้นทั้ง functional, interactive และ critical health literacy ควบคู่กัน โดยเฉพาะการใช้สื่อหลายรูปแบบ เช่น สื่อภาพ เสียง และกิจกรรมกลุ่ม เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ที่เข้าถึงง่ายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

การนำไปใช้ประโยชน์จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่ เข้าใจสภาวะการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมาก หรือครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าความเครียดเป็นสาเหตุของภาวะหลอดเลือดแข็ง และไม่ทราบว่า การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ข้อมูลที่ไม่ทราบว่า การรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปูเค็ม ปลาร้า น้ำพริกกะปิ สับดาห์ละ 3-4 วัน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดสภาวะหลอดเลือดแข็งได้มากขึ้น ดังนั้นชัดเจนขึ้นควรหลีกเลี่ยงหรือลดปริมาณ สาเหตุดังกล่าวที่จะให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหลอดเลือดแข็งของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อมูลศึกษาวิจัยที่ได้นำไปเสนอให้กับชุมชนที่เกี่ยวข้องเน้นย้ำเรื่องการจัดการความเชื่อเรื่องการใช้ยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นจุดที่กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำสุด

• ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ข้อมูลศึกษาวิจัยที่ได้นำไปเสนอให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เก็บข้อมูลให้ได้จัดกิจกรรม “Health Literacy Class” ที่เน้นการฝึกทักษะการเลือก ใช้ยาและสมุนไพร โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุ ที่จบระดับประถมศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดในงานวิจัยนี้ ทำให้การศึกษาพัฒนาสื่อที่เหมาะสมในการเรียนรู้เพื่อให้เข้าใจง่าย สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชนบทที่ยังไม่เข้าใจ ส่วนมากอาจจะมีปัญหาในเรื่องการอ่านออกเขียนได้

• ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารจัดการ จากข้อมูลงานวิจัยนี้สามารถนำความรู้ไปเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ โดยการส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมป้องกัน หรือ ฝึกระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหลอดเลือดแข็งของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงได้

2. ด้านการศึกษาวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพิ่มเติมในการศึกษาวิจัย และพัฒนา รวมถึงการคิดค้นนวัตกรรมต่าง ๆ หรือ การศึกษาพัฒนานำโปรแกรม AI มาพัฒนาปรับเปลี่ยน พฤติกรรม หรือการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

3. ด้านการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เช่น การสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของความเชื่อที่คลาดเคลื่อน หากวิเคราะห์เพิ่มเติมและพบว่ากลุ่มใดมีร้อยละของคนตอบผิดมากต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ เช่น เพศอายุ การศึกษา ระยะเวลา เป็นโรคก็จะสามารถระบุกลุ่มเสี่ยงได้เป็นประโยชน์ในการพัฒนางานต่อไป

4. ด้านการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการศึกษานี้อาจมีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะปัจจัยที่เกี่ยวข้องคล้ายกัน เช่น ส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง

มีเพียงร้อยละ 3 ที่คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงในทุกด้าน

• กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรีที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2568 และขอขอบคุณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสีบัวทอง อำเภอสว่างหา จังหวัดอ่างทอง และขอขอบคุณ การพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2025 [cited 2025 July31]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Department of Disease Control. Statistics on ischemic heart disease mortality in Thailand. Ministry of Public Health; 2024. (in Thai) [Internet]. 2025 [cited 2024 September26]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?news=46462&deptcode=odpc7>.
3. Roth GA, Forouzanfar MH, Moran AE, Barber R, Nguyen G, Feigin VL, Murray CJL. Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. *New England Journal of Medicine* 2015;372(14):1333–41. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1406656>JACC.
4. Ministry of Public Health Health Data Center. Stroke cases and mortality statistics in Thailand; 2024. (in Thai) [Internet]. 2025 [cited 2025 August 06]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>.
5. Ang Thong Provincial Statistical Office. Report on hypertension patients and cardiovascular risk in Ang Thong Province; 2022. (in Thai) [Internet]. 2025 [cited 2022 November 14]. Available from: <https://angthong.nso.go.th/images/2566/statistics%20report%2065.pdf>.
6. Ishikawa H, Kiuchi T. Association of health literacy levels between family members. *Frontiers in public health* 2019;7:169. doi: 10.3389/fpubh.2019.00169
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international* 2000;15(3):259-67.
8. Sørensen K, Broucke SVD, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

9. Chottanapund S, Wachirapun A, Chamroonsawasdi K, Tunyasitthisundhorn P. Association of modifiable behavioral risks and cardiovascular disease in Thai population. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute* 2023;17(1):1–12.

บทความปริทัศน์

การวิเคราะห์คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ กับการสะท้อนช่องว่างเชิงโครงสร้าง ในการบังคับใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

อัมพร เบญจพลพิทักษ์

กรมอนามัย

สุพจน์ อาลีอุสมาน*

กานต์ เจริมพวงผล

กองกฎหมาย กรมอนามัย



วันรับ 5 พฤษภาคม 2569



วันแก้ไข 29 พฤษภาคม 2569



วันตอบรับ 9 มิถุนายน 2569

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายสำคัญที่ให้อำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำกับดูแล และแก้ไขปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทว่าในทางปฏิบัติ การบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวก่อให้เกิดข้อพิพาทระหว่างประชาชน ผู้ประกอบกิจการ และหน่วยงานของรัฐจำนวนมาก อันนำไปสู่การอุทธรณ์คำสั่งทางปกครองต่อคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์

บทความนี้มุ่งวิเคราะห์คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเหตุรำคาญ การเพิกถอน และการไม่ต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ เพื่อสะท้อนปัญหาและช่องว่างเชิงโครงสร้างในการบังคับใช้กฎหมาย ผลการศึกษาพบว่า แม้กฎหมายจะให้อำนาจอย่างครอบคลุมในการคุ้มครองสุขภาพสาธารณะ แต่ก็ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติอันเกิดจากความคลุมเครือของบทบัญญัติ นอกจากนี้ยังพบปัญหาความแตกต่างในการใช้ดุลพินิจของเจ้าพนักงานท้องถิ่น และการขาดมาตรฐานกลางในการบังคับใช้กฎหมาย ที่สำคัญยังพบความไม่สอดคล้องระหว่างแนวคิดการควบคุมทางสาธารณสุขแบบดั้งเดิมกับหลักกฎหมายมหาชนสมัยใหม่ โดยเฉพาะหลักความได้สัดส่วน และหลักความชอบด้วยกฎหมาย

ผลการศึกษาได้เสนอแนะให้มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าพนักงานท้องถิ่น การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน มาตรฐาน และการปรับปรุงกฎหมายลำดับรองให้มีความชัดเจนเพื่อยกระดับประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย และลดข้อพิพาททางปกครองอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ เหตุรำคาญ หลักความได้สัดส่วน กฎหมายปกครอง

*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ : supojali@gmail.com

An Analysis of the Appeal Committee's Rulings Reflecting Structural Gaps in the Enforcement of the Public Health Act, B.E. 2535 (1992)

Amporn Benjaponpitak

Department of Health

Supoj Ali-usman*

Karn Jernpuangpol

Division of Legal Affairs, Department of Health

Abstract

The Public Health Act B.E. 2535 (1992), serves as a pivotal legislative framework empowering local government organizations to regulate and remediate environmental health issues impacting public well-being. In practice, however, the enforcement of this statute has given rise to numerous disputes among citizens, business operators, and state agencies, culminating in administrative appeals lodged with the Appeal Committee.

This article aims to analyze the Appeal Committee's rulings concerning nuisance control, as well as the revocation and non-renewal of business licenses, to elucidate the structural challenges and gaps in legal enforcement. The findings reveal that while the statute grants comprehensive authority for public health protection, practical impediments persist due to the ambiguity of statutory provisions. Furthermore, the study identifies significant disparities in the exercise of administrative discretion by local officials, coupled with the absence of centralized enforcement standards. Crucially, an incongruity exists between traditional public health control paradigms and modern public law principles, most notably, the Principle of Proportionality and the Principle of Legality.

Consequently, the study recommends enhancing the capacity of local officials, formulating standardized operational guidelines, and refining subordinate legislation to ensure greater clarity. These measures are imperative to elevate enforcement efficiency and sustainably mitigate administrative disputes.

Keywords : Public Health Act B.E. 2535 (1992), Appeal Committee, Nuisance, Principle of Proportionality, Administrative Law

*Corresponding Author,  : supojali@gmail.com

1. บทนำ

ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนทวีความซับซ้อนยิ่งขึ้นตามพลวัตของการพัฒนาเมือง และเทคโนโลยี ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบรูปแบบใหม่ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน อาทิ มลภาวะทางเสียง กลิ่น ฝุ่นละออง ไปจนถึงความร้อน และแสงสะท้อนจากนวัตกรรมสิ่งปลูกสร้าง พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 จึงเป็นเครื่องมือทางกฎหมายที่สำคัญในการ

ให้อำนาจเจ้าพนักงานท้องถิ่นเพื่อควบคุมและแก้ไขปัญหาดังกล่าว^[1,2] อย่างไรก็ตาม การใช้อำนาจทางปกครองย่อมกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของเอกชน ส่งผลให้คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ทำหน้าที่เป็นทั้งกลไกตรวจสอบความชอบด้วยกฎหมาย และกระจุกสะท้อนช่องว่างของการบังคับใช้กฎหมายในทางปฏิบัติ

2. การทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์ในการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน และรักษาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตโดยให้อำนาจปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการกำกับดูแลกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ หรือก่อเหตุเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชน^[1,2]

นักวิชาการด้านกฎหมายปกครองได้อธิบายว่า การใช้อำนาจของเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นการใช้อำนาจทางปกครองที่มีผลกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นการออกคำสั่งให้แก้ไขเหตุรำคาญ การสั่งให้ปรับปรุงแก้ไข/หยุดกิจการ การพักใช้ใบอนุญาต หรือการเพิกถอนใบอนุญาต^[3,4] ดังนั้น การใช้อำนาจดังกล่าวจึงต้องอยู่ภายใต้หลักกฎหมายปกครองที่สำคัญ ได้แก่ หลักความชอบด้วยกฎหมาย หลักความได้สัดส่วน หลักความเสมอภาค และหลักการใช้ดุลพินิจโดยสุจริตและสมเหตุสมผล^[5,6,7,8]

สำหรับแนวคิดเรื่อง “เหตุรำคาญ” นักวิชาการด้านกฎหมายการสาธารณสุขเห็นว่าเป็นบทบัญญัติที่มีลักษณะเป็นกฎหมายเชิงป้องกัน (Preventive Law) ซึ่งให้อำนาจ

รัฐเข้าแทรกแซงก่อนที่จะเกิดความเสียหายต่อสุขภาพของประชาชนอย่างร้ายแรง^[9] อย่างไรก็ตาม การบัญญัติถ้อยคำในลักษณะกว้าง และยืดหยุ่น แม้จะช่วยให้กฎหมายสามารถรองรับปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นในสังคมได้ แต่ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาความไม่แน่นอนในการตีความ และการใช้ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมาย^[10]

นอกจากนี้ แนวคำพิพากษาของศาลปกครองและคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ยังแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการของการนำหลักกฎหมายมหาชนสมัยใหม่มาใช้ในการตรวจสอบการใช้อำนาจของฝ่ายปกครอง โดยเฉพาะหลักความได้สัดส่วน ซึ่งกำหนดให้มาตรการที่รัฐเลือกใช้ต้องมีความเหมาะสม จำเป็น และไม่ก่อให้เกิดภาระแก่เอกชนเกินสมควรแก่เหตุ^[10,11]

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จึงอาจกล่าวได้ว่า ปัญหาสำคัญในการบังคับใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในปัจจุบัน มิได้อยู่ที่การขาดอำนาจทางกฎหมาย แต่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการตีความกฎหมาย การใช้ดุลพินิจ และการประยุกต์ใช้หลักกฎหมายปกครองควบคู่ไปกับการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

3. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมการใช้อำนาจทางปกครองภายใต้หลักนิติธรรม (Rule of Law) และหลักกฎหมายปกครองสมัยใหม่ ประกอบด้วย

- หลักความชอบด้วยกฎหมาย (Principle of Legality)
- หลักความได้สัดส่วน (Principle of Proportionality)

• หลักการใช้ดุลพินิจทางปกครอง (Administrative Discretion)

• หลักการคุ้มครองประโยชน์สาธารณะควบคู่กับการคุ้มครองสิทธิของเอกชน

กรอบแนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ เพื่อค้นหาช่องว่างเชิงโครงสร้างของการบังคับใช้กฎหมาย

4. ผลการศึกษา

จากการศึกษาคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์สามารถจำแนกผลการวินิจฉัยได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กรณีที่คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ยกอุทธรณ์ และกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เพิกถอนคำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่น

4.1 กรณีคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ยกอุทธรณ์

ประกอบด้วยกรณีข้อพิพาทอันเกิดจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และบริบทของเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น กรณีเสียงดัง และกลิ่นควันรบกวนจากการทดสอบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองของอาคารสูงไปยังผู้พักอาศัยในอาคารฝั่งตรงข้าม (คำวินิจฉัยอุทธรณ์ที่ 64/2568) กรณีแสง และความร้อนสะท้อนจากแผงโซลาร์เซลล์ของอาคารพาณิชย์ไปยังผู้พักอาศัยในอาคารฝั่งตรงข้าม (คำวินิจฉัยอุทธรณ์ที่ 50/2567) และกรณีการไม่ต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการฟาร์มสุกรเนื่องจาก ระบบบำบัดก๊าซชีวภาพไร้ประสิทธิภาพทำให้มีกลิ่นเหม็นรบกวนผู้อยู่อาศัยใกล้เคียงอย่างต่อเนื่อง (คำวินิจฉัยอุทธรณ์ที่ 119/2566)

ผลการวินิจฉัยแสดงให้เห็นว่า เจ้าพนักงานท้องถิ่นสามารถใช้อำนาจตามกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนภายใต้เจตนารมณ์ของคำว่า “เหตุรำคาญ” ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ความท้าทายสำคัญคือ การตีความความหมายของ “มลพิษอันใดอันเป็นเหตุให้เสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ” ซึ่งในทางวิชาการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และนิติวิทยาศาสตร์ หมายถึง ภาวะ

ที่สิ่งแวดล้อมถูกเปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะปกติวิสัย (Normal living conditions) จนก่อให้เกิดความเดือดร้อนรบกวนประสาทสัมผัส หรือความรู้สึกต่อสภาวะทางกายและจิตใจ แม้กิจกรรมนั้นจะดำเนินการตามนโยบายส่งเสริมของรัฐ (เช่น การติดตั้งแผงโซลาร์เซลล์เพื่อพลังงานสะอาด) แต่หากค่าความสว่าง (Lux) และการสะท้อนของแสงตกกระทบก่อให้เกิดแสงจ้า และอุณหภูมิความร้อนที่ส่งผลให้ประชาชนในบริเวณใกล้เคียงไม่สามารถใช้ชีวิตในเคหสถานได้ตามปกติวิสัยย่อมถือเป็นการรอนสิทธิและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือในกรณีของมลพิษทางเสียง แม้ผู้ประกอบการจะอ้างว่าดำเนินการในเวลากลางวัน แต่หากผลการตรวจวัดทางวิทยาศาสตร์พบว่า ค่าระดับเสียงรบกวน (Annoyance noise) สูงเกินกว่า 10 เดซิเบลเอ ตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ย่อมเข้าองค์ประกอบความผิดฐานก่อเหตุรำคาญตามมาตรา 25 (4) ทันที ^[12]

4.2 กรณีคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เพิกถอนคำสั่ง

กรณีตัวอย่างที่สำคัญคือ การเพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการฟาร์มไก่ (คำวินิจฉัยอุทธรณ์ที่ 86/2568) ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์เห็นว่า คำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่นที่สั่งเพิกถอนใบอนุญาตที่นั้นไม่ชอบด้วยกฎหมาย เนื่องจากขัดต่อมาตรา 60 และ “หลักความได้สัดส่วน (Principle of Proportionality)” การใช้อำนาจทางปกครองที่กระทบต่อสิทธิเสรีภาพในการ

ประกอบอาชีพของเอกชน จำเป็นต้องรักษาสมดุลระหว่าง “การคุ้มครองประโยชน์สาธารณะ” และ “การสิทธิของเอกชน” โดยมาตรการที่รัฐเลือกใช้ต้องมีความเหมาะสม (Suitability) มีความจำเป็น (Necessity) และได้สัดส่วนในความหมายอย่างแคบ (Proportionality stricto sensu) [5,6,7,8] กล่าวคือ ในกรณีที่มีเหตุอันควร เชื่อว่าผู้ประกอบการกระทำผิดเงื่อนไข กฎหมาย ได้ออกแบบมาตรการบังคับทางปกครองไว้เป็นลำดับขั้น ได้แก่ การออกคำสั่งให้ปรับปรุงแก้ไข การสั่งให้หยุดดำเนินกิจการชั่วคราว (มาตรา 45) และการสั่งพักใช้ใบอนุญาต

(มาตรา 59)^[3] การที่เจ้าพนักงานท้องถิ่นข้ามขั้นตอนไปใช้ มาตรการขั้นเด็ดขาดคือ “การเพิกถอนใบอนุญาต” ทั้งที่ผู้ประกอบการมิได้ถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตมาก่อน 2 ครั้ง หรือมิได้ก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพของ ประชาชนในระดับวิกฤต ถือเป็นการใช้ดุลพินิจที่เกินความ จำเป็น [11,13] ก่อให้เกิดความไม่สมดุลอย่างร้ายแรงระหว่าง ประโยชน์สาธารณะที่ต้องการระงับกลิ่นเหม็นกับสิทธิของ ผู้ประกอบการที่ต้องสูญเสียอาชีพ และทรัพย์สินมหาศาล [13] คำสั่งดังกล่าวจึงเป็นคำสั่งที่ใช้อำนาจเกินขอบเขตและ ต้องถูกเพิกถอนในชั้นอุทธรณ์

5. การวิเคราะห์ช่องว่างเชิงโครงสร้างของกฎหมาย

จากผลการศึกษาคำวินิจฉัยคณะกรรมการพิจารณา อุทธรณ์สามารถวิเคราะห์ช่องว่างเชิงโครงสร้างที่เป็น อุปสรรคต่อการบังคับใช้กฎหมายในเชิงรูปธรรมได้ดังนี้

5.1 ช่องว่างด้านความชัดเจนของบทบัญญัติ

การบัญญัติความหมายของ “เหตุร้ายคาญ” ตาม มาตรา 25 ในลักษณะกว้างและยืดหยุ่น แม้จะมีข้อดี ในการครอบคลุมมลพิษอุบัติใหม่ แต่กลับสร้างความ ไม่แน่นอนทางกฎหมาย (Legal Uncertainty) ยกตัวอย่าง เช่น กรณีแสงสะท้อนจากแผงโซลาร์เซลล์ที่กฎหมาย แม่บทไม่ได้ระบุถึง “มลพิษทางแสงทัศนียภาพ” ไว้อย่าง ชัดเจน ทำให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นขาดมาตรวัดทาง วิทยาศาสตร์ หรือเกณฑ์มาตรฐาน (Threshold) ที่เป็น รูปธรรมในการวินิจฉัยว่า ความสว่างระดับใดจึงจะถือว่า “เป็นอันตรายต่อสุขภาพ” ส่งผลให้เกิดข้อพิพาทและ การใช้ดุลพินิจที่คลุมเครือ

5.2 ช่องว่างระหว่างสมรรถนะ และอำนาจตาม กฎหมาย

การบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติการ สาธารณสุข พ.ศ. 2535 เรียกร้องทักษะที่บูรณาการทั้งมิติ “นิติศาสตร์” และ “วิทยาศาสตร์สุขภาพ” ยกตัวอย่างเช่น กรณีการเพิกถอนใบอนุญาตฟาร์มไก่ สะท้อนให้เห็นว่า เจ้าพนักงานท้องถิ่นระดับปฏิบัติการยังมีข้อจำกัดด้าน องค์ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับ “หลักวิธีปฏิบัติราชการทาง ปกครอง” การรวบรวมพยานหลักฐาน และการใช้ดุลพินิจ

ตามลำดับชั้นความร้ายแรงของมาตรการบังคับทาง ปกครอง จึงเป็นมูลเหตุสำคัญที่ทำให้คำสั่งถูกเพิกถอน ในชั้นอุทธรณ์ หรือชั้นศาลปกครอง [9,11]

5.3 ช่องว่างของระบบมาตรฐานกลาง

ปัจจุบันยังขาดคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) หรือแนวทางการใช้ดุลพินิจที่เป็นเอกภาพระดับประเทศ ยกตัวอย่างเช่น กรณีการตรวจวัดกลิ่นจากฟาร์มสุกร ที่แต่ละท้องถิ่นใช้มาตรวัดเชิงความรู้สึก (Subjective judgment) ที่แตกต่างกัน การขาดเกณฑ์มาตรฐานทาง วิทยาศาสตร์ที่ใช้เป็นหลักอ้างอิงตรงกันทั่วประเทศ ทำให้ เกิดความสับสนในการบังคับใช้กฎหมาย กระทั่งต่อหลัก ความเสมอภาค [11,12] และยากต่อการทำคำให้การเพื่อต่อสู้ ในชั้นศาล

5.4 ช่องว่างระหว่างกฎหมายเฉพาะ และหลัก กฎหมายมหาชนสมัยใหม่

ใช้อำนาจของเจ้าพนักงานท้องถิ่นยุคใหม่ไม่อาจ ยึดติดเฉพาะตัวบทแห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 แต่เพียงมิติเดียว ทว่าต้องบูรณาการร่วมกับ หลักสิทธิมนุษยชน หลักสิทธิชุมชน และข้อกำหนดของ กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง [11,12] เช่น กฎหมายควบคุมอาคาร ผังเมือง และสิ่งแวดล้อม การมองข้ามการบูรณาการมิติ กฎหมายมหาชนนี้ นำไปสู่การจัดทำคำสั่งทางปกครองที่ ขาดความสมเหตุสมผล และสุ่มเสี่ยงต่อการละเมิดสิทธิ ของเอกชน

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendations)

เพื่อให้การบังคับใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลักนิติธรรม และสร้างสมดุลระหว่างการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนกับการรักษาสิทธิของเอกชน คณะผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1) การบูรณาการหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์เข้าสู่กฎหมายลำดับรอง: กรมอนามัยควรผลักดันให้มีการปรับปรุงกฎกระทรวง หรือออกประกาศกระทรวงเพื่อกำหนด “ค่ามาตรฐานความทนได้ (Tolerance Limits)” ในกรณีเหตุรำคาญรูปแบบใหม่ เช่น กำหนดค่าความสว่าง (Lux) และองศาการตกกระทบของแสง หรือค่ามาตรฐานกลิ่น เพื่อให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นมีกรอบเกณฑ์ทางวิชาการ (Scientific thresholds) ที่ชัดเจนในการใช้ดุลพินิจ

2) การจัดทำ “คู่มือมาตรฐานการออกคำสั่งทางปกครองด้านสาธารณสุข” ระดับชาติ: ควรจัดทำแนวปฏิบัติ (SOPs) ที่ผนวกหลักวิชาการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเข้ากับขั้นตอนตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 อย่างเป็นรูปธรรม โดยระบุเงื่อนไขการเลือกใช้มาตรการจากเบาไปหาหนัก (Step-by-step enforcement) เพื่อป้องกันการออกคำสั่งที่ขัดต่อหลักความได้สัดส่วน

3) การยกระดับสมรรถนะบุคลากรท้องถิ่นแบบสหวิทยาการ: พัฒนาหลักสูตรการอบรมเจ้าพนักงาน

ท้องถิ่นที่เข้มข้น ครอบคลุมทั้งเทคนิคการตรวจวัดมลพิษด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ การเขียนคำสั่งทางปกครองที่สอดคล้องกฎหมาย และการรวบรวมพยานหลักฐานเพื่อจัดทำคำให้การในชั้นศาลปกครอง

4) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลบรรทัดฐานทางกฎหมาย (Legal Precedent Database): จัดตั้งแพลตฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ส่วนกลางที่รวบรวม “คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์” และ “คำพิพากษาศาลปกครอง” ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อม พร้อมบทวิเคราะห์ทางกฎหมาย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทั่วประเทศใช้เป็นบรรทัดฐาน (Jurisprudence) ในการเทียบเคียง และลดความคลั่งในการใช้ดุลพินิจ

5) การส่งเสริมกลไกการไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางสาธารณสุขก่อนกระบวนการทางปกครอง: ส่งเสริมให้มีการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการไกล่เกลี่ย (Mediation) ในระดับชุมชน สำหรับกรณีข้อพิพาทที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง เพื่อลดปริมาณคดีเข้าสู่ชั้นอุทธรณ์ และชั้นศาล และรักษาสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ประกอบการและชุมชน

7. บทสรุป

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่สะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมายในระดับท้องถิ่น ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสำคัญมิได้อยู่ที่การขาดอำนาจตามกฎหมาย แต่เกิดจากช่องว่างเชิงโครงสร้างหลายประการ ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของบทบัญญัติ ความแตกต่างในการใช้ดุลพินิจ การขาดมาตรฐานกลาง และความจำเป็นในการปรับตัวให้

สอดคล้องกับหลักกฎหมายมหาชนสมัยใหม่

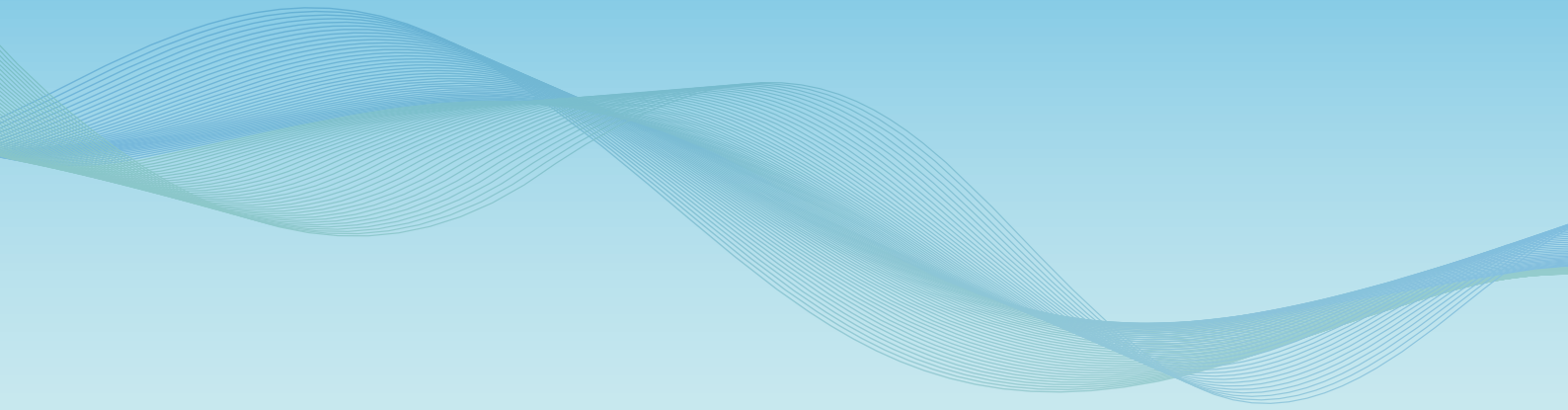
ดังนั้น การยกระดับประสิทธิภาพของการบังคับใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 จึงควรมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานการสร้างมาตรฐานกลางในการบังคับใช้กฎหมาย และการพัฒนาไกล่เกลี่ยทางกฎหมายให้สามารถคุ้มครองทั้งประโยชน์สาธารณะและสิทธิของประชาชนได้อย่างสมดุลและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. คู่มือการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2538.
2. กรมอนามัย. คู่มือเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพมหานคร: กองกฎหมาย กรมอนามัย; 2566.
3. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2568.
4. โกวิท พวงงาม. กฎหมายปกครองว่าด้วยองค์ประกอบส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2564.
5. นันทวัฒน์ บรมานันท์. กฎหมายปกครอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2565.
6. พิษณุ หัตถสงเคราะห์. หลักกฎหมายปกครองและการควบคุมฝ่ายปกครอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2563.
7. บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. กฎหมายมหาชน เล่ม 3 : ที่มาและนิติวิธี. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติธรรม; 2558.
8. วรเจตน์ ภาคีรัตน์. กฎหมายปกครอง ภาคทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติราษฎร์; 2564.
9. ชาญชัย แสงศักดิ์. กฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2565.
10. สำนักงานศาลปกครอง. รวมหลักกฎหมายเกี่ยวกับการใช้ดุลพินิจของฝ่ายปกครอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานศาลปกครอง; 2565.
11. สำนักงานศาลปกครอง. หลักกฎหมายปกครองและแนวคำพิพากษาศาลปกครอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานศาลปกครอง; 2563.
12. สำนักงานศาลปกครอง. แนวคำพิพากษาศาลปกครองเกี่ยวกับการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานศาลปกครอง; 2567.
13. สำนักงานศาลปกครอง. หลักความได้สัดส่วนกับการใช้อำนาจทางปกครอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานศาลปกครอง; 2566.



กรมอนามัย
Department of Health



กรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี