วารสารสุขภาพภาคประชาชน

Primary Health Care Division Journal

ปีที่ 13 ฉบับที่ 4 ประจำเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2561
ISSN : 1905-2782

เวทีวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2561
"R2R To Future Health Care"

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องตีพิมพ์
วารสารสุขภาพภาคประชาชน

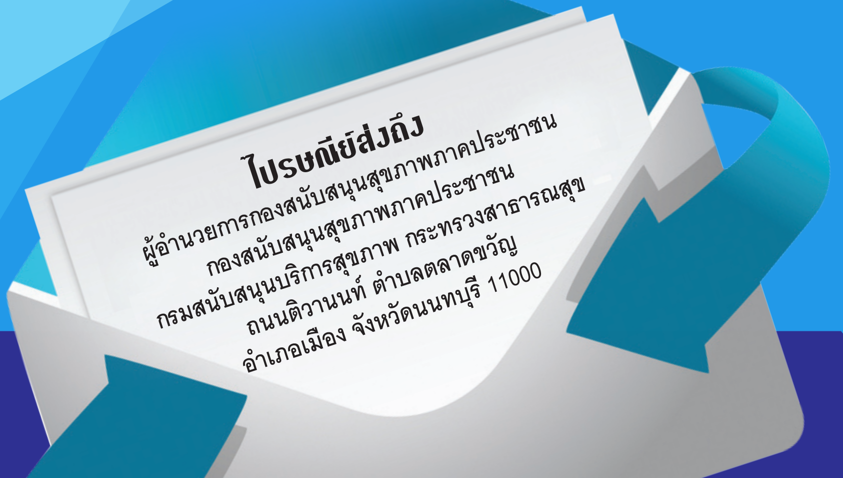
วารสารสุขภาพภาคประชาชนเป็นวารสารวิชาการของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่แนวคิดในการพัฒนาและผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพภาคประชาชน และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนและประสบการณ์การพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน ของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชนเป็นวารสารรายสามเดือน โดยกำหนดออกเผยแพร่ในเดือนธันวาคม มีนาคม มิถุนายน และกันยายน

กองบรรณาธิการยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ รายงานผลการศึกษาวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่เป็นความรู้ และเพื่อพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ ดังนี้

1. **ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพภาคประชาชน** เนื้อหาในการตีพิมพ์ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) ชื่อผู้วิจัยหรือผู้นิพนธ์ ตำแหน่งทางราชการ หน่วยงานที่สังกัด บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ บรรณานุกรม ต้นฉบับตัวอักษร Angsana ขนาด 16 point เนื้อหาจำนวน 6 - 8 หน้า A4 บรรณานุกรมไม่เกิน 1 หน้า A4

2. **บทความวิชาการ** ต้นฉบับ ตัวอักษร Angsana ขนาด 16 point ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ตำแหน่งทางราชการ หน่วยงานที่สังกัด บทสรุปย่อเรื่อง ความนำ เนื้อเรื่อง แหล่งที่มาของข้อมูล และเอกสารอ้างอิง ต้นฉบับจำนวน 2 - 4 หน้า A4 เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 1 หน้า A4

3. **การส่งต้นฉบับ** ข้อ 1 และ 2 ภายในวันที่ 5 ของเดือน โดยส่งต้นฉบับเป็นเอกสารตามระบบราชการ 1 ชุด พร้อมแนบซีดีข้อมูล โดยมีหนังสือนำส่งจากหัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัดในระดับจังหวัด/เขต/ภาค ถึงผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์ และต้นฉบับอีก 1 ชุด ส่งทาง E-mail มายังกองบรรณาธิการ E-mail address : phc0705.6@gmail.com หรือ amornsriy2506@gmail.com ติดต่อที่โทรศัพท์ 0 2193 7000 ต่อ 18712 และโทรสาร 0 2149 5645



บทบรรณาธิการ

กระทรวงสาธารณสุข โดย **นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข** ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดแถลงข่าว H4U **หรือ** HEALTH FOR YOU ณ โรงแรมโลตัส ปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นสมุดสุขภาพประชาชนที่กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาขึ้นมาในรูปแบบ**แอปพลิเคชันเป็นการดำเนินงานด้าน** DIGITAL TRANSFORMATION ในการพัฒนากระบวนการทำงาน การบริการให้มีประสิทธิภาพไปสู่เป้าหมาย THAILAND 4.0 โดยสนับสนุนการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและการสาธารณสุขสำหรับประชาชน (MHEALTH) ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและนำข้อมูลสุขภาพของตนเองในรูปแบบดิจิทัลไปใช้ประโยชน์ได้โดยง่ายและสะดวก รวมถึงรู้เท่าทันสุขภาวะของตนเอง และเกิดประโยชน์ในภาพรวมของประเทศทางด้านเศรษฐกิจ ช่วยลดต้นทุนการรักษาพยาบาลลงได้ ซึ่ง H4U เป็นแอปพลิเคชันที่ทำเกิดการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้รับบริการด้านการแพทย์และข้อมูลสุขภาพกับระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยใช้**หลักการเชื่อมโยงข้อมูลผ่าน** HIS GATEWAY ตามมาตรฐานการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ ภายใต้**การรักษาความปลอดภัยทางสารสนเทศตามแนวทาง** CYBER SECURITY ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (EHEALTH STRATEGY) ของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับการใช้งานแอปพลิเคชัน จะให้ประชาชนเป็นผู้บันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเพื่อเก็บประวัติด้านต่าง ๆ และการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ เช่น สถานพยาบาล สมุดสุขภาพครอบครัว ประวัติวัคซีน การจองคิวออนไลน์เพื่อพบแพทย์ในสถานพยาบาล ส่วนหน้าจอแสดงผลมีเมนูแสดง PHR ได้แก่ โรคประจำตัว ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ผลการตรวจ LAB ผลการวินิจฉัยโรค ประวัติการได้รับวัคซีน ข้อมูลเพื่อการส่งต่อ การนัดหมายแพทย์ และแบบประเมินเบื้องต้นคัดกรองซึมเศร้า และในอนาคตจะมีการเชื่อมต่อกับระบบหมอครอบครัว หมอประจำตัว สามารถปรึกษาผ่านระบบ CHAT ได้โดยตรง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการ ลดความแออัดในการรอรับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งแอพพลิเคชั่นดังกล่าว สามารถดาวน์โหลดและติดตั้งได้แล้วทั้งระบบ ANDROID และ IOS

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

02 : เรื่องจากปก

02 ✪ เวทีวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2561 "R2R To Future Health Care"

04 : งานวิจัย

04 ✪ แผนการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว *(นิ่มอนงค์ สายรัตน์)*

15 ✪ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี *(ธนวัน รัตนภานพ)*

28 ✪ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช *(แพทย์หญิงสุธารา อร่ามเจริญ)*

36 ✪ ผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปีของผู้ปกครอง อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี *(ประพันธ์ กาญจนดุษฎี)*

44 ✪ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช *(สุรพร นนทแก้ว)*

56 ✪ แนวทางการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) ของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราช *(สุทธิดา ผกากรอง)*

66 ✪ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน จังหวัดลำพูน *(กาญจนา เลิศวุฒิ, วันเพ็ญ โพธิยอด, ชัยธรณ์ อุ่นบ้าน)*

80 ✪ การศึกษาการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว เขตสุขภาพที่ 7 *(จีรวรรณ หัสโรค์)*

เรื่องจากปก

เวทีวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2561
“R2R To Future Health Care”

“R2R To Future Health Care” คือ หัวข้อการประชุมวิชาการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (MOPH R2R Forum) กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2561 ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 12–14 กันยายน 2561 ทั้งนี้ ศาสตราจารย์ คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานเปิดการประชุมได้ปาฐกถาพิเศษ “R2R กับแผนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี” โดยร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลจัดขึ้นเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพจากทั่วประเทศกว่า 4,500 คน ได้แลกเปลี่ยนความรู้แนวคิด ประสบการณ์ รวมทั้งงานวิจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำงานจริง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ นวัตกรรมที่ทันสมัย นำไปปรับปรุงระบบงานให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและวงการสาธารณสุข

“เราได้นำแนวคิดการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย หรือ R2R เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการประชาชน ให้ผู้ปฏิบัติงานได้เรียนรู้การแก้ปัญหาที่พบในการทำงานจริง หรือพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น โดยนำความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระบบการสื่อสารไร้สาย ระบบ Internet of Things (IOT) อุปกรณ์อินเทอร์เน็ตในทุกสรรพสิ่ง และ Big Data นำมาสร้างสรรค์ผลงาน R2R ที่เปลี่ยนแปลงระบบงานบริการ เปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานของผู้ให้บริการ และเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของผู้รับบริการ รวมทั้งเป็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้เกิดการพัฒนาตนเอง และสร้างสรรค์ผลงานเพื่อประโยชน์ของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตามค่านิยมองค์กร MOPH ของกระทรวงสาธารณสุข คือ Originality การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ให้เกิดขึ้นเพื่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขไทยในยุค Thailand 4.0 ทั้งการบริการ รักษา ส่งเสริม สุขภาวะที่ดีของประชาชน” รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าว

เป็นการประจำซึ่งเป็นเรื่องที่อยู่ใกล้ตัว เพื่อให้ได้ความรู้ใหม่หรือนวัตกรรม และนำผลที่ได้มาใช้พัฒนางานที่ทำอยู่ เกิดวงจรเรียนรู้จากการทำงานอย่างต่อเนื่อง และสร้างการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม

สำหรับการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เป็น**การพัฒนาไปสู่องค์กรการเรียนรู้** (Learning Organization) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคน ส่งเสริมยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข คือ บุคลากรเป็นเลิศ บริการเป็นเลิศ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันเป็นเลิศ ส่งเสริมให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเรียนรู้และต่อยอดการพัฒนาคุณภาพโดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ตั้งแต่ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คลินิกหมอครอบครัว รพ. สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป นำปัญหาในพื้นที่มาออกแบบวิจัยเพื่อหาคำตอบ เกิดการบริหารและแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูลจริง ช่วยให้การตัดสินใจเชิงนโยบายมีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้นทั้งนี้ การประชุมวิชาการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลงาน R2R ดีเด่นของกรมวิชาการและเขตสุขภาพมาจัดนิทรรศการ การมอบประกาศนียบัตรและเข็มเกียรติคุณผู้ทำความดีและสนับสนุนงานประจำสู่งานวิจัยให้กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงานอีกด้วย ...■

สำหับในปี 2561 นี้ มีผู้เสนอผลงานวิชาการ R2R เข้ารับการคัดเลือกจำนวน 1,000 เรื่อง ผ่านการคัดเลือกเป็นผลงานวิชาการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยดีเด่น จำนวน 31 เรื่อง และนำเสนอผลงานประเภทโปสเตอร์แววดีมีลุ้น 180 เรื่อง ซึ่งผ่านการคัดเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และผู้ทรงคุณวุฒิจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มาร่วมนำเสนอการประชุม พร้อมทั้งจัดนิทรรศการผลงานวิชาการ R2R ดีเด่นจากกรมวิชาการ เขตสุขภาพ และหน่วยงานในกำกับ การบรรยาย/อภิปรายทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ การประกวดผลงานทางวิชาการ การประกวดผลงานวิชาการดีเด่น นอกจากนี้ ยังได้จัดให้มีการนำเสนอผลงานวิชาการจากนักวิจัยระดับมืออาชีพ และผลงานจากกลุ่มพัฒนานักวิจัยเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ให้บุคลากรได้นำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่

ทางด้าน **นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข** ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงฯ สนับสนุนให้**เจ้าหน้าที่พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย** (Routine to Research : R2R) สร้างความรู้ใหม่ในกระบวนการทำงาน เรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม เพื่อการสาธารณสุขไทยในอนาคต โดยส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดทั่วประเทศ ศึกษาวิจัยงานที่ปฏิบัติ

งานวิจัย

โดย... นิ่มอนงค์ สายรัตน์
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แผนการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว

Plan for establish social health protection for Foreigners

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีแนวโน้มพึ่งพาแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเพื่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจปัจจุบันคาดการณ์ว่ามีแรงงานต่างด้าวทั้งในและนอกระบบกฎหมายจำนวนหลายล้านคน การเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวดังกล่าวหากไม่มีมาตรการดูแลที่ดีจะก่อให้เกิดปัญหาหลายประการ ซึ่งปัญหาด้านการไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญส่งผลกระทบด้านสุขภาพต่อคนไทยและคนต่างด้าว รัฐบาลจึงจำเป็นต้องสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวที่มาพำนักในประเทศไทยเพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนบนแผ่นดินไทย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดความคุ้มครองทางสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว โดยใช้กระบวนการวิจัยนโยบาย (Policy research) แบบผสม (Mixed Method) ประกอบด้วย 1) การศึกษาทบทวนวรรณกรรมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านระบบประกันสุขภาพของคนต่างด้าว ภายใต้บริบทของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและสิทธิด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นตามหลักสิทธิมนุษยชน 2) ประชุมกลุ่มเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านการคลังสุขภาพและตัวแทนจากหน่วยงานที่มีส่วนได้ - เสีย ภายในประเทศ 3) จัดทำข้อเสนอแผนการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว

ผลการศึกษาพบว่า กรอบกฎหมายไทยยังไม่ครอบคลุมการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่มีอยู่ยังขาดเอกภาพในทางปฏิบัติไม่มีการอภิบาลระบบในภาพรวม การจัดระบบประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลกระทบต่อยั่งยืนทางการคลังของประเทศและความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนทุกคนบนแผ่นดินไทย จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 1) ข้อเสนอแผนการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวระยะสั้น ควรมุ่งเน้นการประสิทธิผลของการป้องกันโรคทางด้านสาธารณสุขและการจัดระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพให้คนต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นขั้นพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพทั่วถึง และ 2) ในระยะยาวมุ่งให้เกิดกรอบกฎหมายใหม่และการอภิบาลระบบสำหรับการจัดระบบการคุ้มครองสำหรับกลุ่มคนต่างด้าวเพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ให้กับประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยอย่างยั่งยืน ซึ่งข้อเสนอทางนโยบายดังกล่าวได้นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยได้รับความเห็นชอบให้เป็นยุทธศาสตร์ข้อหนึ่งในแผนปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย

คำสำคัญ : คนต่างด้าว แรงงานต่างด้าว ความคุ้มครองด้านสุขภาพ

Abstract

Thailand has a tendency to rely on workers from neighboring countries for economic growth. Currently, it is expected that there will be many millions of foreign workers and their family both legal and illegal live in Thailand. The mobility of this populationwithout good care measures, would pose numerous problems. The problem of lacking health insurance system is an important one that impact on Thai people and foreigner's health. The government needs to provide health insurance for foreigners living in Thailand to build health security for all people in Thailand.

This research aims to study the current situation and related factors to the provision of social health protection for foreigners and establish social health protection for foreigners. This was the policy research with (Mixed Method) consists of 3 components 1) literature review study, social health protection for foreigners under the context of the constitution of the Kingdom of Thailand and basic of the rights to health under human rights 2) Conducting of group discussion meetings with health financing experts and responsible persons from key stakeholder agencies in the country. 3) Establishing the social health protection plan for Foreigners.

The results of these analyses showed that Social health protection for foreigners are not covered in any current Thai legal framework. Lacking of harmony of implementation. Social health protection schemes are fragmented and no system governance and functional impact on fiscal sustainability of the country and health security of all people in Thailand. Based on the major findings, it was recommended as follows : 1) Reform plan in short term should focus on increasing efficiency and integrated social health protection schemes, which provide health insurance protection for foreigners and 2) New legal framework and system governance are needed In the long run.The draft plan was presented to the Subcommittee on Mobilize and Reform Health Financing and Universal Health Coverage and the National Reform Committee on Health, which finally became one of national reform agenda.

Keywords : foreigner, migrant worker, social health protection

บทนำ (Introduction)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยเข้าสู่สังคผู้สูงอายุแนวโน้มโลกาภิวัฒน์ด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะกรอบความร่วมมืออาเซียน รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจของประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้ประเทศไทยมีคนต่างด้าวรวมทั้งผู้ติดตามเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้นทั้งถูกต้องตามระบบกฎหมาย และลักลอบเข้ามาทำงานในประเทศไทยแบบผิดกฎหมายเพิ่มขึ้น คาดการณ์ว่ามีจำนวนถึงประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรไทย คนต่างด้าวเหล่านี้มีส่วนช่วยให้ประเทศไทยมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจร้อยละ 1 - 1.5 ของผลผลิตมวลรวมแท้จริงของประเทศ การเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวดังกล่าวหากไม่มีมาตรการดูแลที่ดีจะก่อให้เกิดปัญหาหลายประการ ซึ่งปัญหาด้านการไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญ ส่ง

ผลกระทบด้านสุขภาพต่อคนไทยและคนต่างด้าว เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวที่มาพำนักในประเทศไทย เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนบนแผ่นดินไทย

ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมคนไทยทุกคน แต่ยังไม่มีการจัดระบบประกันภัยสุขภาพอย่างเป็นระบบให้กับคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว สำหรับกรณีที่อยู่อาศัยในประเทศไทยไม่เกิน 1 ปี ทั้งคนต่างด้าวที่พำนักในประเทศไทยระยะสั้น ด้วยวัตถุประสงค์ต่างกัน เช่น การท่องเที่ยว ติดต่อธุรกิจ ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ รักษาพยาบาล รอเดินทางต่อไปประเทศอื่น (Transit) พักผ่อนในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรทุกภาคส่วนในการสร้างระบบประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว เพื่อใช้เป็นเครื่องมือกำกับดูแลให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

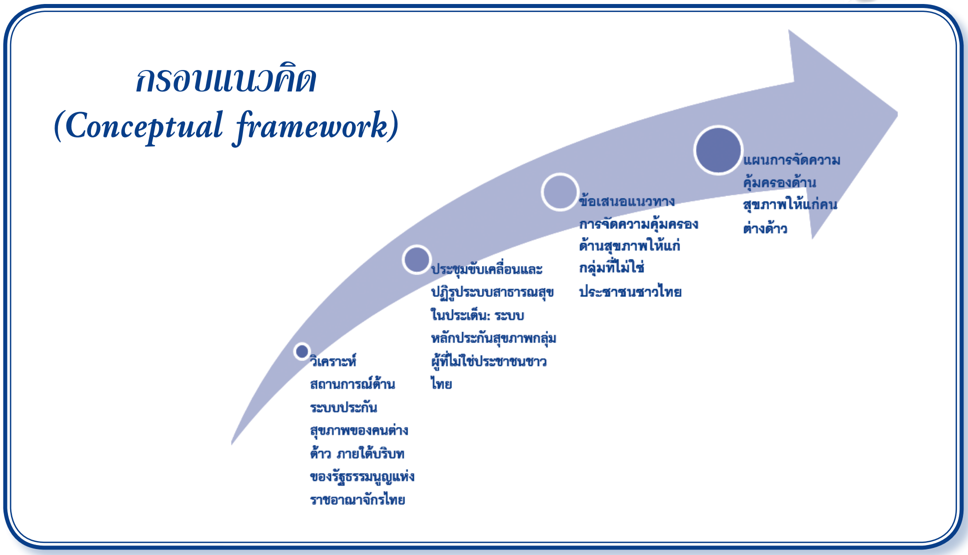
ปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพที่ได้มีการดำเนินการชัดเจนให้กับคนต่างด้าว มีเฉพาะผู้ที่เข้ามาประกอบอาชีพในหน่วยงานเอกชนที่ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสังคม คนต่างด้าวที่เป็นครอบครัวของข้าราชการในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ซึ่งกระทรวงแรงงานรับผิดชอบในการเสนอขออนุมัติในการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรจากคณะรัฐมนตรี ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 โดยมีมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 15 มกราคม 2556 อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการให้การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมและตรวจสุขภาพ ประกันสุขภาพคนสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักร รวมทั้งผู้ติดตามและบุตรอายุไม่เกิน 15 ปี โดยสมัครใจ ส่วนคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายกลุ่มอื่นต้องซื้อประกันภัยสุขภาพจากบริษัทประกันภัยเอกชนเอง

การที่ไม่มีการจัดระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพให้ครอบคลุมคนต่างด้าวในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ แม้ว่ายังไม่มีการรายงานหรืองานวิจัยที่แสดงให้เห็นปัญหาสุขภาพของคนต่างด้าวที่พำนักในประเทศไทยในภาพรวม แต่หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ามีคนต่างด้าวจำนวนมากที่ไม่การคุ้มครองด้านสุขภาพทำให้เกิดปัญหาเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ ในบางครั้งยังเป็นปัญหาต่อเนื่องมาถึงสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน เนื่องจากคนต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาล และ ภาพรวมความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศจากการเกิดโรคระบาด

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว บรรลุผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ดำเนินการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลข้อเสนอจากหน่วยงานอื่นๆ เพิ่มเติม ตลอดจนจัดประชุมรับฟังความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน สังเคราะห์ข้อเสนอแนวทางการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว และนำไปสู่การจัดทำแผนการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว โดยใช้หลักหลักสิทธิมนุษยชน หลักการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ หลักความยั่งยืนทางการคลัง และหลักประสิทธิภาพ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว ให้เกิดผลตามที่กำหนด อันจะส่งผลให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยมีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่ยั่งยืน บรรลุเป้าหมายความเพียงพอทางการคลังสำหรับสถานพยาบาลของรัฐ และความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนทุกคนบนแผ่นดินไทย

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อประเมินสถานการณ์และจัดทำแผนการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวอย่างเป็นระบบ



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดกระบวนการจัดทำแผนการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว

คำถามการวิจัย

รูปแบบการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวที่มีอยู่ในปัจจุบัน สามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมได้หรือไม่ ถ้าเป็นไปไม่ได้ ควรมีการดำเนินการอย่างไร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. คนต่างด้าวในประเทศไทยมีการคุ้มครองด้านสุขภาพ ส่งผลให้เข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ได้เพิ่มขึ้น ลดช่องว่างและความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข
2. ควบคุม ป้องกันการเกิดโรคติดต่อ ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย
3. ลดต้นทุนในการดูแลสุขภาพและมีแหล่งเงินในการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวที่เพียงพอและยั่งยืน สร้างความมั่นคงทางการคลังของประเทศ

วิธีการศึกษา (Methods)

ใช้กระบวนการวิจัยนโยบาย (Policy research) **แบบผสม** (Mixed Method) **ดังนี้**

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ภายใต้บริบทของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย สิ่งแวดล้อม และสังคมไทย กระแสโลกในปัจจุบัน รวมทั้งนโยบายรัฐบาลปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพ
2. วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษาด้านการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว
3. จัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ คณะทำงาน คณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
   1) ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการเงินการคลังและระบบหลักประกันสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
   2) คณะทำงานขับเคลื่อนความเพียงพอและยั่งยืนของงบประมาณ
   3) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
4. สังเคราะห์และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายแนวทางการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว
5. จัดทำแผนการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว เพื่อใช้เป็นเครื่องมือกำหนดทิศทางการดำเนินการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว บรรลุผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม และนำเสนอเพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ ดังนี้

1) คณะทำงานขับเคลื่อนความเพียงพอและยั่งยืนของงบประมาณ

2) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

6. เผยแพร่แผนการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ สำหรับการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว บรรลุผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการศึกษา (Results)

1. จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลักการในการจัดการคุ้มครองด้านบริการสุขภาพสรุปได้ 4 ประการ คือ (1) สิทธิมนุษยชนตามกฎหมายระหว่างประเทศ (2) หลักการเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (3) หลักความยั่งยืนทางการคลังและร่วมทุกข์ร่วมสุขในสังคม (4) หลักความคุ้มค่าของบริการ ซึ่งต้องมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการจัดการให้เข้าถึงบริการจากประสบการณ์ของต่างประเทศ เช่น สหภาพยุโรป สหรัฐอเมริกา และ ญี่ปุ่น ที่มีการบริหารการจัดระบบบริการสำหรับคนต่างด้าวพบว่า ในทางปฏิบัติแต่ละประเทศมีการประยุกต์หลักการดังกล่าวต่างกันไปตามบริบทประเทศ แต่อย่างน้อยที่สุดมีการดำเนินการตามหลักสิทธิมนุษยชน และมักมีการดำเนินการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โดยผู้เข้าเมืองแบบถูกกฎหมายในบางประเทศจะต้องเข้าสู่การประกันสุขภาพภาคบังคับที่ต้องมีการจ่ายเงินสมทบประกันสังคมหรือภาษีและได้สิทธิเท่าเทียมกับประชากรในประเทศนั้น โดยมีกฎหมายกำกับอย่างชัดเจน

2. ระบบการจัดการคุ้มครองการให้บริการสุขภาพคนต่างด้าวในปัจจุบันไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาทางการเงินทั้งกับคนต่างด้าวและสถานพยาบาลในประเทศไทย

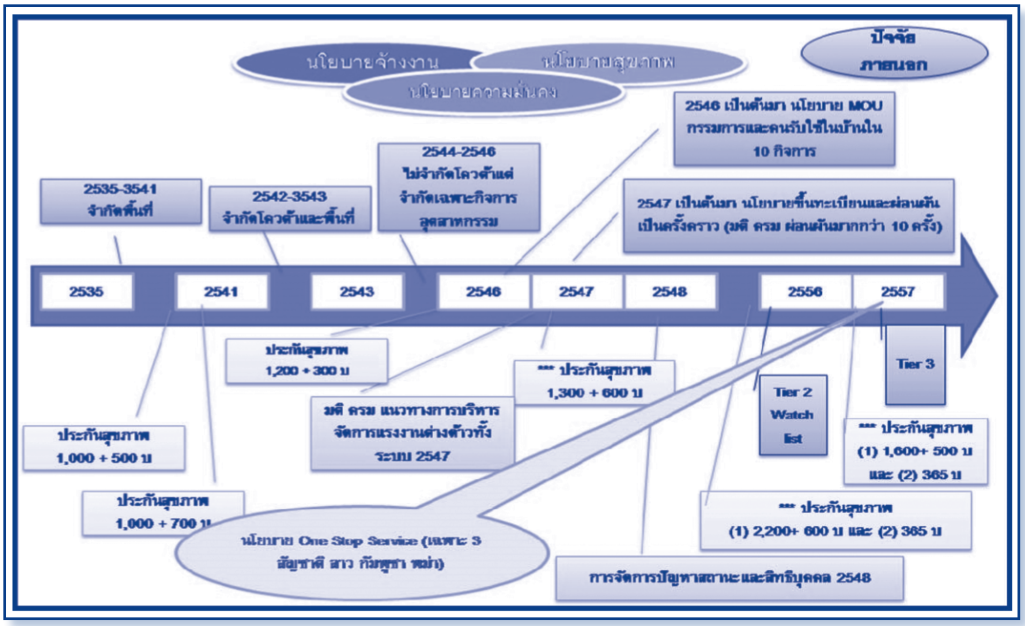
จากการทบทวนสถานการณ์การจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวในประเทศไทย พบว่ารูปแบบการจัดบริการคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวที่มีอยู่ยังแยกส่วน และไม่มีการอภิบาลระบบการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวในภาพรวมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปัจจุบันกรอบกฎหมายไทยยังไม่ครอบคลุมการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวประเทศไทยมีกฎหมายเพียง 3 ฉบับ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองทางสุขภาพแก่คนต่างด้าว ได้แก่ พระราชบัญญัติประกันสังคม (พ.ศ. 2533) พระราชบัญญัติเงินทดแทน (พ.ศ. 2537) พระราชกฤษฎีกาสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และอาศัยเพียงมติรัฐมนตรีในการยกเว้นไม่บังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมืองสำหรับคนต่างด้าวจากประเทศเมียนมาร์ สปป. ลาว และกัมพูชาที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ซึ่งรวมถึงการกำหนดให้มีการตรวจร่างกายและการทำประกันสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้สถานการณ์ของคนต่างด้าวแต่ละกลุ่ม เป็นดังนี้

1) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme) สำหรับแรงงานต่างด้าวที่ทำงานในภาคอุตสาหกรรมที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม และพระราชบัญญัติเงินทดแทน จะต้องจ่ายเงินสมทบตามที่กฎหมายกำหนด และได้รับสิทธิประโยชน์เท่าเทียมกับคนไทยที่เป็นผู้ประกันตน คนต่างด้าวกลุ่มนี้รวมถึงแรงงานต่างด้าวที่พิสูจน์สัญชาติแล้วหรือเข้ามาประเทศไทยตามบันทึกความเข้าใจ (MOU) ที่ประเทศไทยได้ทำไว้กับประเทศเพื่อนบ้าน ประเด็นปัญหาของคนต่างด้าวกลุ่มนี้มีเพียงประเด็นเรื่องประสิทธิภาพและประสิทธิผล เนื่องจากรูปแบบการจัดบริการยังอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของคนต่างด้าว โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2) คนต่างด้าวที่ได้สิทธิตามคู่สมรสที่เป็นข้าราชการโดยไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ ประเด็นปัญหาของคนต่างด้าวกลุ่มนี้มีเพียงประเด็นเรื่องประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3) ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (Migrant Health Insurance Scheme : MHIS) อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับแรงงานต่างด้าว

จากประเทศเมียนมาร์ สปป. ลาว และกัมพูชาที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายโดยการยกเว้นไม่บังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมืองตามมติคณะรัฐมนตรีซึ่งกระทรวงแรงงานต้องดำเนินการขออนุมัติคณะรัฐมนตรีเป็นระยะ โดยกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดระบบประกันสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าวเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจากประเทศเมียนมาร์ สปป. ลาว และกัมพูชา (พ.ศ. 2552) (ฉบับปรับปรุงแก้ไข ปี พ.ศ. 2556) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะตามนโยบายรัฐบาล เช่น การให้ผู้ติดตามสามารถซื้อประกันสุขภาพ การกำหนดราคาเบี้ยประกัน เป็นต้นดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 *แสดงสรุปภาพรวมความสัมพันธ์ของนโยบายที่เกี่ยวกับคนต่างด้าวของประเทศไทยในแต่ละช่วงเวลา*

ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวนี้รวมถึงแรงงานต่างด้าวที่พิสูจน์สัญชาติแล้วหรือเข้ามาประเทศไทยตามบันทึกความเข้าใจ (MOU) ที่ประเทศไทยได้ทำไว้กับประเทศเพื่อนบ้านที่ไม่อยู่ในการครอบคลุมของระบบประกันสังคม ได้แก่ ผู้ที่ทำงานในภาคประมง เกษตรกรรม กรรมกร เลี้ยงสัตว์ป่าไม้งานบ้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ลักษณะระบบประกัน	บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว 15 ม.ค.2556	บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ตามนโยบาย One Stop Service (OSS)
ความครอบคลุม (คน)	~700,000	~1,400,000 (บางส่วนทับซ้อนกับบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวประมาณ 700,000 คน ที่ ได้บัตรก่อนนโยบาย OSS)

ลักษณะระบบประกัน	บัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว 15 ม.ค.2556	บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ตามนโยบาย One Stop Service (OSS)
รายได้	การขายบัตร	
การได้มาซึ่งระบบประกัน	สมัครใจ	ภาคบังคับโดยนายจ้างเป็นผู้พาลูกจ้างแรงงานมาขึ้นทะเบียน
เงื่อนไข	เปิดกว้าง (ถ้าไม่เลขประจำตัวบุคคล 13 หลัก สามารถให้ระบบกำหนดเลขเองได้)	แรงงานต่างด้าวนอกระบบประกันสังคมที่มีนายจ้างชัดเจน (มีใบอนุญาตทำงาน)
ชุดสิทธิประโยชน์	ค่อนข้างครอบคลุมทั้งหมด ยกเว้นบางรายการ เช่น ล้างไตระยะสุดท้าย โรคจิตฟั่นเฟือน ฟื้นฟูยาเสพติด	
ราคาบัตรต่อปี (บาท)	(1) 2,200 + 600 และ (2) 365 (สำหรับเด็กน้อยกว่า 7 ปี)	(1) 1,600 + 500 และ (2) 365 (สำหรับเด็กน้อยกว่า 7 ปี)
หน่วยงานควบคุม	โรงพยาบาล + กลุ่มประกันสุขภาพ (เฉพาะบริการค่าใช้จ่ายสูงและยาต้านไวรัสHIV/AIDS)	
สถานพยาบาล	สถานพยาบาลของรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร	
วิธีการจ่ายเงิน	จ่ายตามราคาบัตร (แต่เฉพาะถ้าเป็นบริการผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงจึงจะจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)	

4) กลุ่มคนต่างด้าวอื่นๆ ที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายที่พักอาศัยในประเทศไทยในระยะยาว ซึ่งมีหลากหลายตั้งแต่ เข้ามาศึกษาต่อ ทำงานในอาชีพที่ไม่ครอบคลุมโดยกฎหมายประกันสังคม รวมทั้งกลุ่มที่มาพักอาศัยโดยไม่ได้ทำงาน ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่เข้าเมืองตามนโยบายการอาศัยอยู่ระยะยาว (long stay) ของรัฐบาล พบว่ามีเพียงบางส่วนที่มีซื้อประกันสุขภาพแบบสมัครใจ บางส่วนไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องจ่ายเงินสำหรับการรักษาพยาบาลเอง ซึ่งหากไม่มีรายได้ที่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาการเงินส่วนตัวและปัญหาหนี้สูญของสถาน-พยาบาล จากสถิติของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน พบว่ามีชาวต่างชาติค้างชำระค่าบริการประมาณ 100 ล้านบาทต่อปี ในส่วนสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่ามีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้จากคนต่างด้าวที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก 216.5 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2555 เป็น 399.5 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งในภาพรวมน่าจะสูงกว่านี้ เนื่องจากมีสถานพยาบาลอื่นที่ไม่ได้รายงานสถานการณ์อย่างเป็นระบบ แต่เห็นได้จากกรณีที่เป็นข่าวตามสื่อต่างๆ

5) กลุ่มคนต่างด้าวอื่นๆ ที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายที่พักอาศัยในประเทศไทยในระยะสั้น สำหรับกรณีที่อยู่อาศัยในประเทศไทยไม่เกิน 1 ปี ทั้งคนต่างด้าวที่พำนักในประเทศไทยระยะสั้น ด้วยวัตถุประสงค์ต่างกัน เช่น การท่องเที่ยว ติดต่อธุรกิจ ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ รักษาพยาบาล รอเดินทางต่อไปประเทศอื่น (Transit) เป็นต้น ปัจจุบันการประกันสุขภาพในกลุ่มนี้ยังเป็นแบบสมัครใจ หรือในกรณีผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถหาซื้อประกันสุขภาพได้หรือถ้ามีก็จะมีเบี้ยประกันที่สูงมาก ปัจจุบันยังไม่มีการรายงานสถานการณ์อย่างเป็นทางการ แต่มีการประมาณการขนาดของปัญหาจากรายงานการศึกษาในต่างประเทศ คาดว่า ถ้ามีนักท่องเที่ยวที่

เข้ามาประเทศไทย 20 ล้านคน จะมีคนต้องเข้ารับการรักษา 26,054 ครั้ง (0.05 ครั้งต่อคนต่อปี) ต้องส่งต่อ 20,000 ราย และตาย 200 คน ทั้งนี้บางส่วนอาจเป็นการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บรุนแรงทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงจนไม่สามารถจ่ายได้ ตัวอย่างเช่น เหตุการณ์ระเบิดที่ราชประสงค์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเรือล่มที่ภูเก็ต เป็นต้น

6) กลุ่มคนต่างด้าวอื่นๆ ที่เข้าเมืองโดยมีวัตถุประสงค์เข้ามารับการรักษาพยาบาลโดยตรง เนื่องจากประเทศไทยมีขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลเทียบเคียงได้กับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีค่าใช้จ่ายถูกกว่า จึงมีคนต่างชาติที่มีกำลังจ่ายนิยมเดินทางเข้ามารับบริการจนมีการพัฒนานโยบายส่งเสริมให้เป็น Medical Hub นอกจากนั้น ยังมีการเดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาลจากประเทศข้างเคียง และมีงานวิจัยพบว่า คนต่างด้าวบางส่วนไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้เป็นภาระกับสถานพยาบาล โดยเฉพาะสถานพยาบาลของราชการ

3. ระบบการจัดการคุ้มครองการให้บริการสุขภาพคนต่างด้าวในปัจจุบันไม่เพียงพอสำหรับการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2557 ยังพบว่า ในพื้นที่ 10 จังหวัดของเขตเศรษฐกิจพิเศษ ที่มีแรงงานต่างชาติเป็นจำนวนมาก มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคมาลาเรีย อัตราการป่วยจากวัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าพื้นที่อื่นของประเทศ โดยมีสัดส่วนระหว่าง 10 จังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ : ประเทศ คิดเป็นสัดส่วน 2.26 2.10 และ 1.57 ตามลำดับ รวมทั้งมีรายงานการระบาดของโรคติดต่อซึ่งเกิดขึ้นจากชุมชนคนต่างด้าว

จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ว่า รูปแบบการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวที่มีอยู่ในปัจจุบัน ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมได้ รวมทั้ง ได้มีการดำเนินการสังเคราะห์ข้อเสนอใหม่ไปพร้อมกับโครงการศึกษาวิเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอการจัดระบบการคลังการดูแลและป้องกันควบคุมโรคสำหรับคนต่างด้าวในประเทศไทย : กรณี โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งได้มีข้อสรุปที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับสำคัญ คือ

1) บริการสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวทุกกลุ่ม ต้องครอบคลุมกิจกรรมการดูแลและป้องกันควบคุมโรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพและข้อตกลงพันธะสัญญาที่ประเทศไทยลงนามกับนานาประเทศ โดยมีแหล่งเงินจากงบประมาณรายงานประจำปี หรือกองทุนภาครัฐ ซึ่งมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

2) บริการสุขภาพอื่นสำหรับคนต่างด้าว ควรทำภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ซึ่งปัจจุบัน 2 ระบบย่อย คือ ระบบประกันสังคมสาหรับแรงงานต่างด้าว และระบบบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว ของกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ครอบคลุมตนต่างด้าวทั้งหมด และยังขาดการประสานงาน

ทั้งนี้อาจมีการคลังแบบกองทุนพิเศษที่กำกับดูแลโดยหน่วยงานภาครัฐ โดยมีแหล่งเงินมาจากภาครัฐ - เอกชน ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งไม่สามารถใช้จ่ายเงินจากรูปแบบที่ 1 หรือ 2 ได้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมบริการสำหรับคนต่างด้าวของเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคในระดับพื้นที่ และชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้ให้กับโรงพยาบาล และไม่เป็นภาระต่อการคลังของประเทศในระยะยาว

จึงนำไปสู่ข้อเสนอในการขับเคลื่อนการดำเนินงานขยายความครอบคลุม และสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว โดยจำเป็นต้องมีการจัดทำกฎหมายหลักประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวเพื่อให้สามารถจัดระบบการคลังสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวและการอภิบาลระบบ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการดูแลและป้องกันควบคุมโรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพข้อตกลงพันธะสัญญาที่ประเทศไทยลงนามกับนานาประเทศ และบริการสุขภาพอื่นสำหรับคนต่างด้าวที่ควรทำภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ซึ่งอาจดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐที่มีอยู่หรือให้บริษัทประกัน

ข้อเสนอดังกล่าวข้างต้น ได้นำเข้าสู่กระบวนการรับฟังความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน โดยผ่านการประชุมของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ และการประชุมวิชาการด้านหลักประกันสุขภาพนำมาสังเคราะห์และจัดทำข้อเสนอการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ ระยะที่ 1 โดยเรื่อง การจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ และที่ไม่ใช่ประชาชนชาวไทย (ประกอบด้วย คนต่างด้าว นักท่องเที่ยวต่างชาติ และผู้ป่วยข้ามแดน) เพื่อความเพียงพอทางการคลังสำหรับสถานพยาบาลของรัฐ และความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนชาวไทย เป็น 1 ใน 6 ประเด็น เร่งด่วน ที่ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ 4 คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านสาธารณสุข เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2560 และนำเสนอคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยได้เห็นชอบในประเด็นปฏิรูปของระบบหลักประกันสุขภาพ เป็น 2 ระยะ

แผนระยะสั้น : ปรับปรุงและขยายความครอบคลุมระบบประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว โดยจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มคนต่างด้าว แรงงานต่างด้าว ครอบคลุมทั้งกลุ่มถูกกฎหมาย กลุ่มผิดกฎหมายและผู้ติดตาม โดยดำเนินการนำร่องระบบประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวในพื้นที่ที่พร้อม และขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ พัฒนาสิทธิประโยชน์ การศึกษาเบี้ยประกันที่เหมาะสม และกำหนดแหล่งเงินสำหรับใช้ในการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว

แผนระยะยาว : ปรับปรุงกฎหมายและจัดทำร่างกฎหมายสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว เพื่อพัฒนากลไกหลักในการบริหารจัดการทางการคลังสุขภาพระดับประเทศเพื่อให้เกิดเอกภาพในการบริหารจัดการ

อภิปรายผล (Discussion)

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว ภายใต้มติคณะรัฐมนตรี แบบเดิม ไม่สามารถจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมได้และข้อเสนอทางเลือกการจัดระบบประกันสุขภาพภาคบังคับน่าจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงนำไปสู่การพัฒนากลไกขับเคลื่อนและจัดทำแผนการดำเนินงานจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวให้บรรลุผลสำเร็จ

ในระยะสั้น ต้องทำการทบทวนอัตราเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการเก็บเบี้ยประกัน ให้เชื่อมโยงกับการตรวจคนเข้าเมือง ปรับปรุงระบบสารสนเทศให้เป็นระบบรวมศูนย์เช่นเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐอื่นปัญหาทางภาษาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการสื่อสารทางการแพทย์เนื่องจากแปลความผิดพลาดจากคำสั่งแพทย์ คนที่มีข้อจำกัดด้านภาษาควรมีล่ามคอยแปลให้โรงพยาบาลและหน่วยงานที่ดูแลสิทธิประกันสุขภาพของรัฐควรจะมีล่ามและบริการแปลภาษาจึงควรสนับสนุนอาสาสมัครต่างด้าว (อสต.) และพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการ ระบบประกันสุขภาพยังต้องการลดการจำกัดการเข้าถึง ปรับปรุงรูปแบบการบริหารเป็นกองทุนเดียว และปรับวิธีบัญชีจากแบบเกณฑ์เงินสดเป็นเกณฑ์เงินคงค้าง เพื่อให้กองทุนสามารถรับทราบภาระทางการเงินที่แท้จริงของกองทุน รวมทั้งปรับกลไกในการบริหารจัดการทางการคลังสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวระดับประเทศเพื่อให้เกิดเอกภาพในการบริหารจัดการ โดยปรับปรุงกลไกการจ่ายเพื่อใช้ร่วมกันในระดับประเทศ

ในระยะยาวปรับปรุงกฎหมาย และจัดทำร่างกฎหมายสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวแผนการจัดระบบความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวมุ่งให้

เกิดกรอบกฎหมายใหม่และการอภิบาลระบบสำหรับการจัดระบบการคุ้มครองให้แก่กลุ่มคนต่างด้าว ซึ่งควรใช้วิธีการคลังสุขภาพ โดยบริหารความเสี่ยงทางการเงินแบบรวมกลุ่ม (Collective Finance) แบบประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับดำเนินการจัดประกันภัยสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวโดยมีแหล่งรายได้จากเบี้ยประกันและผลตอบแทนการลงทุนจากเงินเบี้ยประกัน เพื่อใช้จ่ายในการชดเชยค่าบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยเบี้ยประกันที่คำนวณต้องคำนึงถึงต้นทุนการจัดบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

ในส่วนการจัดบริการและปรับปรุงคุณภาพบริการควรพัฒนาสิทธิประโยชน์ที่ปรับให้สอดคล้องมากขึ้นกับบริบทของคนต่างด้าวกลุ่มต่างๆ รวมถึงจัดหาบุคลากรเฉพาะสำหรับให้บริการคนต่างด้าง เช่น ล่าม และป้ายสัญลักษณ์เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะหน่วยบริการสามารถจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค ป้องกันโรค และรักษาพยาบาล ตามสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมและลดช่องว่างที่สำคัญในการจัดหาความคุ้มครองด้านสุขภาพให้กับคนต่างด้าว

สรุปผล (Conclusion)

การศึกษานี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมวิเคราะห์สถานการณ์ ภายใต้บริบทของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย สิ่งแวดล้อมและสังคมไทย กระแสโลกในปัจจุบัน ประชุมกลุ่ม เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการนำข้อเสนอแนะจากความเห็นที่ประชุมคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ คณะทำงานขับเคลื่อนความเพียงพอและยั่งยืนของงบประมาณ มาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแผนการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าว ใน 3 ประเด็นหลักดังนี้ คือ การพัฒนาระบบประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับคนต่างด้าว การปรับปรุงและขยายความครอบคลุมระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวการปรับปรุงกฎหมายให้ครอบคลุมการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวซึ่งครอบคลุมการอภิบาลระบบสำหรับการจัดระบบการคุ้มครองให้แก่คนต่างด้าวในระยะยาวโดย ข้อเสนอดังกล่าวข้างต้นได้รับการบรรจุอยู่ในแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขแล้ว

ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

ในการแก้ไขปัญหาเรื่องการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จำเป็นต้องมีการจัดตั้งกองทุนเฉพาะสำหรับดำเนินการจัดประกันภัยสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวโดยมีแหล่งรายได้จากเบี้ยประกันและผลตอบแทนการลงทุนจากเงินในกองทุน เพื่อใช้จ่ายในการชดเชยค่าบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์โดยเบี้ยประกันที่คำนวณต้องคำนึงถึงต้นทุนการจัดบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพและส่วนเพิ่มสำหรับการปรับปรุงคุณภาพบริการทั้งในเรื่องการจัดหาบุคลากรและการลงทุนระยะยาวในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ โดยการปรับจากการที่คนต่างด้าวต้องจ่ายเงินเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพมาเป็นการทำประกันสุขภาพ ซึ่งจำนวนเบี้ยประกันไม่สูงมาก แล้วใช้เงินจากประกันสุขภาพนี้มาจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามอัตราค่าบริการที่กำหนด ทำให้ลดหนี้สูญจากกรณีที่ไม่สามารถรับภาระจากค่ารักษาพยาบาลประเภทค่าใช้จ่ายสูง ...■

บรรณานุกรม

มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง., **โครงการการจัดทำข้อเสนอนโยบายและแนวทางการบริหารเงินคงคลังและเงินนอกงบประมาณ.**, กรมบัญชีกลาง., 2554.

มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง., **โครงการศึกษาเปรียบเทียบกรณีต่างประเทศเพื่อกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยในการรับมือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ** (AGING SOCIETY)., สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข., 2557.

มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง., **รายงานการจัดทำข้อเสนอนโยบายและแนวทางการบริหารเงินคงคลังและเงินนอกงบประมาณ.**, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข., 2554.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)., **การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์.**, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข., 2556.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย., **โครงการวิจัยเรื่องการประมาณการงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุและแหล่งที่มาของเงิน.**, สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.)., 2555.

อรวรรณ ประสิทธิศิริผล และคณะ. มปท., **รายงานการศึกษาโครงการทบทวนอัตราเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 15 มกราคม 2556 (ระยะที่ 1).**

กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข., **รายงานแนวทางการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ ระยะที่ 1 คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุข ด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ และคณะกรรมการจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ.**, โรงพิมพ์บริษัท โอ - วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด., 2559.

กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข., **รายงานการดำเนินงานประกันสุขภาพคนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555 - 2558.**, โรงพิมพ์บริษัทบียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด., 2558.

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects : the 2010 Revision, http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm

Ku, Leighton and Matani, Sheetal. Left Out : Immigrants' Access To Health Care And Insurance. HEALTH AFFAIRSVOL. 20, NO. 1 : EXPANDING HEALTH COVERAGE, 247-256. 2001.

รายงานคาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2559 - 2565. มปท.

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal : SDGs).

รัฐธรรมนูญแห่งชาติอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560.

คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา 12 กันยายน 2557.

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579).

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564).

ร่าง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564).

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559.

ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ (SAFE).

รายงานของคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สภาปฏิรูปแห่งชาติ วาระที่ 24 ระบบการคลังด้านสุขภาพ (สปช.).

รายงานของคณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (สปท.).

งานวิจัย

โดย... ธนวัน รัตนภานพ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

The Development of Model for Promoting Early Child Aged 3 - 5 years in Nadee Municipality, Nadee District, Prachinburi Province.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี พัฒนาและตรวจสอบรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี และนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ไปใช้ประโยชน์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 436 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสำรวจบทบาทการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี สำหรับผู้ปกครอง แบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 แบบประเมินความคิดเห็นของคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอนาดี (District Health System : DHS) ที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ผลการประเมินคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 หมายความว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และสถิติ Pair t - test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี มีกลวิธีหลัก 3 กลวิธี ดังนี้ 1) การจัดประสบการณ์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในโรงเรียนโดยใช้เกมการละเล่นพื้นบ้านไทย 2) การเฝ้าระวังและประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยงและบุคลากรสาธารณสุขปีละ 2 ครั้ง 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม การส่งต่อเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไปรับการส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการในสถานบริการสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินด้านต่างๆ

ผลการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี จำนวน 436 คน มีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา พัฒนาการด้านการใช้ภาษา และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ ครูจะต้องมีความเชื่อมั่นในการจัดประสบการณ์การละเล่นพื้นบ้านไทย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายๆ ในการอธิบาย โดยเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้การจัดกิจกรรมเป็นไปตามเวลาที่กำหนด และส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยอีกด้วย ลดบทบาทจากผู้สอนมาเป็น ผู้แนะนำ และคอยกระตุ้นเป็นระยะๆ ต่อเนื่องเปิดโอกาสให้เด็กปฐมวัยได้มีอิสระในการเรียนรู้ จะทำให้ เด็กปฐมวัยมีความมั่นใจ กล้าที่จะแสดงออกให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย

Abstract

The objectives of this study learn about basic information for early childhood development promotion aged 3 - 5 years. Create and monitor the development of model for promoting early child aged 3 - 5 years. Trial the development of model for promoting early child aged 3 - 5 years. And take the development of model for promoting early child aged 3 - 5 years in Nadee Municipality, Nadee District, Prachin Buri Province to be advantage. The sample consisted of 436 early childhood children aged 3 - 5 years in Nadee Municipality, Nadee District, Prachin Buri Province. Data were collected by questionnaire. Analysis of the data by content analysis, mean ($\overline{X}$) and standard deviation (SD) and Pair t - test.

The study indicated that : The development of model for promoting early child aged 3 - 5 years to be advantage has three main strategies : 1) Organizing events for early childhood development promotion aged 3 - 5 years in school by using Thai traditional games. 2) Surveillance and evaluation and screening the early childhood development by teachers. And health personnel twice a year. 3) Community participation in economic and social assistance. Transit the early childhood with delayed development to receive promotion and stimulate development in public health. Support the budget in various areas.

The results of the study on the development of model for promoting early child aged 3 - 5 years in Nadee Municipality, Nadee District, Prachin Buri Province : Changes in Early Childhood Development aged 3 - 5 years before and after using the development of model for promoting early child aged 3 - 5 years in Nadee Municipality, Nadee District, Prachin Buri Province. Early childhood 436 peoples were on the Gross Motor, Fine Motor, Receptive Language, Expressive Language, Personal and Social. There were statistically significant differences at the .05 level.

Suggestion : Teachers must have confidence in organizing thai traditional games events. Use simple language to explain. Prepare sdequate and appropriate materials for the activities. To be organized according to the time schedule. And to promote the learning of early childhood. Reduce the role of teacher as a facilitator and stimulate periodically, Continuing and opportunity for early childhood children have the freedom to learn. This will make the early childhood confidence, dare to express and more participate in activities.

Keywords : The Development of Model, Promoting Early Child, Early Childhood.

บทนำ

การสร้างประชาชนให้มีคุณภาพจะต้องเริ่มปลูกฝังมาตั้งแต่วัยแรกเริ่มของชีวิต คือ วัยแรกเกิดจนถึง 5 ปี มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างฐานะความพร้อมให้แก่เด็กที่จะเจริญเติบโตขึ้นเป็นกาลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้กำหนดยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ประเด็นยุทธศาสตร์ 1.1 ส่งเสริม การเกิดและเติบโตคุณภาพ เป้าประสงค์ที่ 2 เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติภายใต้สังกัดกรมอนามัยเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจหลักในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยไทยให้มีพัฒนาการสมวัยด้วย 3 กลยุทธ์ คือ 1) ส่งเสริมบทบาทพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม 2) การพัฒนาระบบบริการและกลไกในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3) บูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กองค์รวม จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกรมอนามัย เมื่อปี 2557 พบเด็กแรกเกิด - 2 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 22 ส่วนเด็กอายุ 3 - 5 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยสูงถึงร้อยละ 34 หรือ 1 ใน 3 (บีบีซี นิวส์, 2559) และจากผลของการรณรงค์การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยที่ผ่านมาในช่วงเดือนกรกฎาคม ปี 2558 ภายใต้การดำเนินงานโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีเนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 ได้เริ่มทดลองคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย อายุ 42 เดือน ในปี พ.ศ. 2558 และในปี พ.ศ. 2559 คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน ทั่วประเทศพร้อมกันนั้น พบเด็กไทยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 76.7 พัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 23.3 เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้ให้พ่อแม่ผู้ปกครองกลับไปส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน 1 เดือน แล้วกลับมาให้เจ้าหน้าที่ประเมินพัฒนาการซ้ำพบว่า เด็กที่เคยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้านั้นพ่อแม่ผู้ปกครองสามารถส่งเสริมให้มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 96.0 (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, 2560) จังหวัดปราจีนบุรี ได้ร่วมรณรงค์การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยพร้อมกันทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีปัญหาหลายด้าน ได้แก่ การประสานงาน เครื่องมือ และองค์ความรู้ ตลอดจนความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุม ภาคีเครือข่าย ชุมชน และผู้ปกครองไม่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ผลการรณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในปี 2559 พบว่าเด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรกคิดเป็น ร้อยละ 85.6, 80.1, 79.8 และ 69.2 ตามลำดับ การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของจังหวัดปราจีนบุรีที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อที่เหมาะสม โดยในปี 2558 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับ การส่งต่อเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการจากสถานบริการสาธารณสุขเพียง ร้อยละ 30.3 การส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า ในหน่วยบริการสุขภาพของจังหวัด ยังดำเนินงานได้ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยในชุมชน สำหรับการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3 - 5 ปี ในโรงเรียน พบว่า การจัดการเรียนการสอนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอเพียง ร้อยละ 3.14 เนื่องจากยังขาดหลักสูตรและแผนการสอนที่เหมาะสม ดังนั้นในปีงบประมาณ 2559 จังหวัดปราจีนบุรีได้จัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาในทุกมิติ จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน พบว่าเด็กอายุ 42 เดือน มีพัฒนาการสมวัยเมื่อตรวจครั้งแรกต่ำสุด การที่จะส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากสถานศึกษา เพราะเนื่องจากเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี จะเข้าสู่ระบบการศึกษาแล้ว สถานศึกษาที่เปิดการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลขึ้นไป จึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่จะมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี
3. เพื่อศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี
4. เพื่อประเมินรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านนโยบาย : ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้กำหนดรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ของจังหวัดปราจีนบุรี ได้
2. ด้านวิชาการ : ผลงานศึกษานี้เป็นการพัฒนาเครือข่ายวิชาการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี และนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ไปใช้ประโยชน์

วิธีการศึกษา

1. **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ดำเนินการโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งขั้นตอนการศึกษาออกเป็น 4 ขั้นตอน และมีการกำหนดขอบเขตของการศึกษาแต่ละขั้นตอนดังนี้

2. **วิธีการศึกษา**

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ของโรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 398 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ ผู้ศึกษากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีคำนวณจากสูตรของ Yamane (บุญชม ศรีสะอาด, 2546) ได้กลุ่มตัวอย่าง 200 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยจากการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละโรงเรียน โดยสร้างเครื่องมือแบบสำรวจการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี สำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยเป็นประจำ และส่วนที่ 3 บทบาทการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จัดประชุมชี้แจงให้ ครูปฐมวัยของโรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลนาดี สำรวจและดำเนินสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลของแบบสำรวจบทบาทการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี สำหรับผู้ปกครองโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ของตำบลนาดี เพื่อยกร่างรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานสำหรับรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาล ตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรีตามขั้นตอนที่ 1 มาใช้เป็นเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของแบบสำรวจ นำแบบประเมินคุณภาพฯ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้วยดำเนินการตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาล ตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรีโดยนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ที่ได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ มาใช้ในการศึกษา โดยบุคลากรสาธารณสุขทำการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 เป็นรายบุคคล บันทึกข้อมูลในรูปแบบ Excel ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวนทั้งสิ้น 436 คน โดยดำเนินการตามแนวทางของ วาโร เพ็งสวัสดิ์ (2553) ดังนี้ 1) การทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก เป็นการทดลองเบื้องต้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม ผลประเมินเชิงคุณภาพเบื้องต้นของรูปแบบ มักนิยมทดลองใช้เด็กนักเรียน 6 - 12 คน 2) การทดลองกับกลุ่มใหญ่ เป็นการนำผลิตภัณฑ์ไปทดลองกับกลุ่มเป้าหมายที่มีขนาดใหญ่ หรือเรียกว่า กลุ่มนำร่อง (Pilot group) เด็กนักเรียนจำนวน 20 - 100 คน และ 3) การทดลองความพร้อมนำไปใช้ หลังจากปรับปรุงรูปแบบจนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพ ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบไปทดลองใช้เด็กนักเรียนจำนวน 40 - 200 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และสังเกต เพื่อตรวจสอบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความพร้อมที่จะนำไปใช้ในโรงเรียนได้หรือไม่เพียงใด วิเคราะห์ข้อมูลของแบบประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Pair t - test

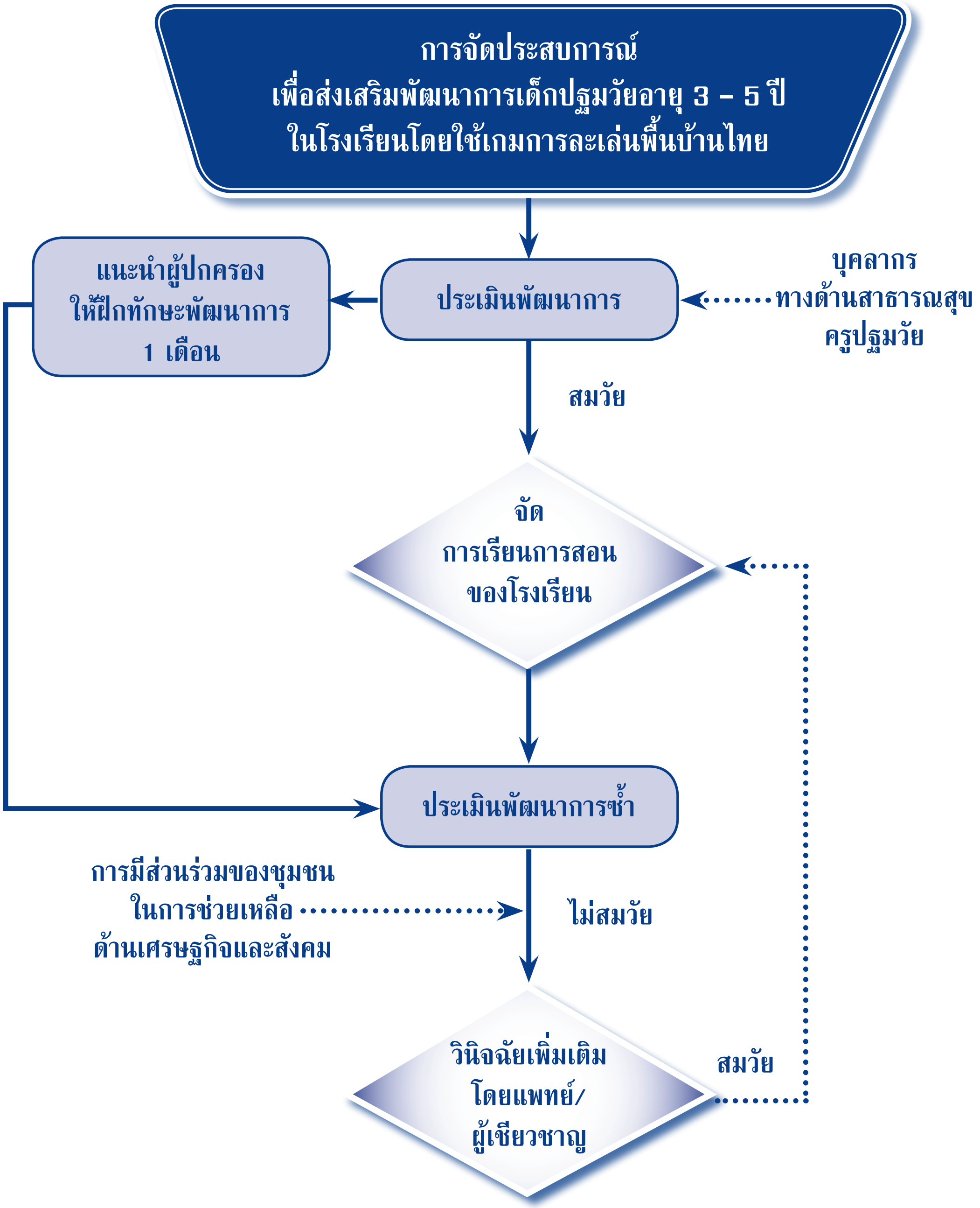
ขั้นตอนที่ 4 การนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ไปใช้ประโยชน์โดยสร้างแบบประเมินความคิดเห็นของคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอนาดี (District Health System : DHS) ที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรีและนำแบบประเมินความคิดเห็นของคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอนาดี (District Health System : DHS) ที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรีที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นชุดเดียวกันที่ทำการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของแบบสำรวจ จัดพิมพ์แบบประเมินความคิดเห็นของคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอนาดี (District Health System : DHS) ที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี เป็นฉบับสมบูรณ์ นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นผลการการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี แจกแบบประเมินความคิดเห็นของคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอนาดีที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ให้กับคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอนาดีทุกคน วิเคราะห์ข้อมูลของแบบประเมินความคิดเห็นของคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอนาดีที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และใช้สถิติ เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำเสนอด้วยการหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และสถิติเชิงอนุมาน((Inferential Statistics) โดยใช้ Pair t-test

ผลการศึกษา

1. **ข้อมูลทั่วไป** จากสำรวจบทบาทการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี พบว่า อายุ 3 - 4 ปี ร้อยละ 44.50 อายุ 4 - 5 ปี ร้อยละ 55.50 เพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 51.00 และร้อยละ 49.00 ตามลำดับ ข้อมูลพื้นฐานครอบครัว ตัวผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 87.21 ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็กเป็นแม่ของเด็ก เป็นย่าหรือยายของเด็ก ผู้เลี้ยงดูเด็กสม่ำเสมอใกล้ชิดเด็กมากที่สุด คือ แม่ของเด็ก ร้อยละ 36.58 สถานภาพสมรสของผู้เลี้ยงดูเด็ก ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80.19 ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย มีขนาดใหญ่

มีสมาชิกอยู่รวมกัน 6 - 10 คน ร้อยละ 43.09 อายุของผู้เลี้ยงดูเด็ก ส่วนมากมีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 40.21 การศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็ก ส่วนมากจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 43.83 การประกอบอาชีพ ส่วนมากผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 35.25 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 22.54 **บทบาทการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ของผู้ปกครอง** พบว่า มีบทบาทในการ เลี้ยงดูโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งที่ทุกรายการล้วนมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของเด็กปฐมวัยทั้งสิ้น เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบ 5 ใน 8 รายการที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การพาไปตรวจสุขภาพโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะฟันและการสร้างภูมิคุ้มกัน การดูแลระวังความปลอดภัยจากไฟ ยาและสิ่งของอันตราย การฝึกให้เด็กรู้จักช่วยตนเองในเรื่องการกินและการแต่งกาย การจัดของเล่นสถานที่เล่นที่เหมาะสม และการฝึกการใช้สายตา จัดหนังสือให้อ่าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองไม่คิดว่าเป็นหน้าที่ของตนเอง ควรเป็นหน้าที่ของโรงเรียน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากการสนทนากลุ่มได้กล่าวไว้ ดังนี้ *“ผู้ปกครองไม่มีส่วนร่วมกับการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยเลย ปล่อยให้เป็นหน้าที่ของครู” “จากการไปติดตามเยี่ยมบ้านของเด็กปฐมวัยไม่เห็นหนังสืออ่านเล่นเลยสักเล่ม ไปเยี่ยมทีไรก็เห็นแต่นั่งหน้าโทรทัศน์” “ไปติดตามเยี่ยมบ้านของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้เจอพ่อแม่ เจอแต่ตากับยาย”* **บทบาทการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ของโรงเรียน** พบว่า กิจกรรมสำหรับเด็กปฐมวัย สามารถนำมาจัดเป็นกิจกรรมประจำวันได้หลายรูปแบบเป็นการช่วยให้ครูผู้สอนหรือผู้จัดประสบการณ์ทราบว่าแต่ละวันจะทำกิจกรรมอะไร เมื่อใด และอย่างไร ทั้งนี้ การจัดกิจกรรมประจำวันสามารถจัดได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการนำไปใช้ของแต่ละโรงเรียน ที่สำคัญครูผู้สอนต้องคำนึงถึงการจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมพัฒนาการทุกด้านการจัดกิจกรรมประจำวันมีหลักการจัดและขอบข่ายกิจกรรมประจำวัน การดำเนินการจัดการศึกษาปฐมวัย ประกอบด้วย บุคลากรหลายฝ่ายร่วมมือประสานงานกันพัฒนาเด็กทางตรงและทางอ้อมให้มีพัฒนาการ ทักษะ ความสามารถ คุณธรรม จริยธรรม ค่านิยมและคุณลักษณะที่พึงประสงค์โดยผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องควรได้รับการรายงานผลการประเมินพัฒนาการของเด็กเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงาน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากการสนทนากลุ่ม ได้กล่าวไว้ ดังนี้ *“การประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย กับการคัดกรองพัฒนาการของทางสาธารณสุข ไม่เหมือนกัน” “การจัดประสบการณ์ให้กับเด็กปฐมวัยใช้ระยะเวลา 20 สัปดาห์ต่อ 1 ภาคเรียน ทางโรงเรียนได้จัดเตรียมแผนการจัดประสบการณ์ไว้ล่วงหน้า ถ้าทางสาธารณสุขจะดำเนินการหรือส่งเสริมเรื่องใด ก็เขียนแผนมาบูรณาการงานร่วมกันได้”* **บทบาทการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี** ของหน่วยงานสาธารณสุข บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข ที่ชัดเจน คือ เรื่องการเฝ้าระวัง และคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี ปี 2559 คัดกรองได้ ร้อยละ 94.26 พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ปี 2559 เพียงร้อยละ 4.41 รายที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ส่งให้ผู้ปกครองกระตุ้นพัฒนาการ เมื่อพบผิดปกติส่งพบผู้เชี่ยวชาญต่อไป **รูปแบบการดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี** ควรมีผู้รับผิดชอบชัดเจน กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการควรเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการเล่น ชุมชนสนับสนุนงบประมาณ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากการสนทนากลุ่ม ได้กล่าวไว้ ดังนี้ *“การจัดประสบการณ์ให้กับเด็กปฐมวัยในโรงเรียนส่วนใหญ่ที่ครูจัดให้นั้นเป็นกิจกรรมที่บูรณาการผ่านการเล่น เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า” “เครื่องเล่นสนามภายในโรงเรียนเก่า เลยไม่ให้เด็กปฐมวัยเข้าไปเล่น เพราะกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก อีกทั้งในชุมชนไม่มีสนามเด็กเล่นให้กับเด็กปฐมวัยเลย ทางเทศบาลน่าจะจัดให้มี เพื่อให้เด็กปฐมวัยเข้าไปใช้เมื่อกลับไปบ้าน”*

2. การพัฒนาและตรวจสอบรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปีในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี



3. การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปีในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี โดยดำเนินการตามแนวทางของวาโร เพ็งสวัสดิ์ (2553)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมของพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี (กลุ่มเล็ก)

พัฒนาการเด็กปฐมวัย	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	10	11.80	0.91	5.775	0.000*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	10	16.00	1.82		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05**

จากตารางที่ 1 พบว่า การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี (กลุ่มเล็ก) ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมของพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี (กลุ่มใหญ่)

พัฒนาการเด็กปฐมวัย	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	20	13.35	1.89	13.100	0.000*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	20	18.65	1.78		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05**

จากตารางที่ 2 พบว่า การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี (กลุ่มใหญ่) ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมของพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี (กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่)

พัฒนาการเด็กปฐมวัย	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	406	12.53	1.90	55.642	0.000*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	406	17.51	2.29		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05**

จากตารางที่ 3 พบว่า การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี (กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่) ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การประเมินรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความคิดเห็นของคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอนาดี ที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

ข้อที่	รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	แปลผล	อันดับ
1	การจัดประสบการณ์ช่วยให้เด็กปฐมวัยสร้างความรู้ ความเข้าใจด้วยตนเองได้	4.63	0.49	มากที่สุด	4
2	การจัดประสบการณ์เช่นนี้ทำให้เด็กปฐมวัยเล่นรวมกับผู้อื่นได้	4.47	0.68	มาก	10
3	บรรยากาศของการจัดประสบการณ์ทำให้เด็กปฐมวัยมีความรับผิดชอบต่อตนเอง และกลุ่ม	4.60	0.56	มากที่สุด	5
4	รูปแบบการจัดประสบการณ์ท้าทายให้คิด	4.50	0.51	มากที่สุด	8
5	อยากให้จัดประสบการณ์รูปแบบเช่นนี้ในครั้งต่อไป	4.73	0.45	มากที่สุด	2
6	กิจกรรมต่างๆ ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน	4.70	0.47	มากที่สุด	3
7	เด็กปฐมวัยได้ลงมือปฏิบัติจริง	4.57	0.50	มากที่สุด	6
8	เด็กปฐมวัยได้เรียนรู้อย่างหลากหลาย	4.43	0.86	มาก	13
9	เด็กปฐมวัยนำประสบการณ์ไปใช้ได้จริง	4.50	0.57	มาก	9
10	การจัดประสบการณ์รูปแบบนี้พัฒนาการใช้ภาษาของ เด็กปฐมวัยได้	4.43	0.63	มาก	12
11	เด็กปฐมวัยมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างอิสระ	4.83	0.38	มากที่สุด	1
12	เด็กปฐมวัยร่วมกิจกรรมด้วยความสนุกสนาน	4.40	0.62		14
13	การจัดประสบการณ์ทำให้เด็กปฐมวัยมีโอกาสแสดงความคิดเห็น	4.53	0.63	มากที่สุด	7
14	การจัดประสบการณ์รูปแบบนี้ทำให้เด็กปฐมวัย กล้าคิดกล้าตอบ	4.40	0.72	มาก	15
15	การจัดประสบการณ์เช่นนี้ทำให้ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น	4.47	0.73	มาก	11
	เฉลี่ย	4.55	0.73	มากที่สุด	

จากตารางที่ 4 พบว่า ความคิดเห็นของคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอนาดีที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรีโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.55 และ SD = 0.73) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะพบว่า เด็กปฐมวัยมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างอิสระ ($\bar{X}$ = 4.83 และ SD = 0.38) รองลงมาคือ อยากให้จัดประสบการณ์รูปแบบเช่นนี้ในครั้งต่อไป ($\bar{X}$ = 4.73 และ SD = 0.45) และกิจกรรมต่างๆ ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน ($\bar{X}$ = 4.70 และ SD = 0.47) ตามลำดับ

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ผู้ศึกษาของอภิปรายผล ดังนี้

1. รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี มีกลวิธีหลัก 3 กลวิธี ดังนี้ 1) การจัดประสบการณ์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในโรงเรียนโดยใช้เกมการละเล่นพื้นบ้านไทย 2) การเฝ้าระวังและประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยง และบุคลากรสาธารณสุข

ปีละ 2 ครั้ง 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม การส่งต่อเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไปรับการส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการในสถานบริการสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินด้านต่างๆ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ในภาพรวมอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.71 SD= 0.46) ทั้งนี้เนื่องจากขั้นตอนในการสร้างขึ้นนั้นมีการสร้างอย่างเป็นระบบ เป็นลำดับขั้นตอนตาม โดยเริ่มจากศึกษาหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์หลักสูตรสถานศึกษา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของมาตรฐานคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ตัวบ่งชี้ สภาพที่พึงประสงค์ของ เด็กปฐมวัย เพื่อนำไปพิจารณาสาระการเรียนรู้ กำหนดรูปแบบการจัดประสบการณ์ แล้วเขียนแผนการจัดประสบการณ์ที่ผู้สอนนำไปใช้จริงและเกิดประโยชน์ต่อเด็กปฐมวัยที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ยังได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ทำการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของแผนการจัดประสบการณ์ฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้แผนการจัดประสบการณ์ฯ ที่เหมาะสมกับวัย และความสามารถของเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี การจัดกิจกรรมเป็นแบบบูรณาการ 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ กิจกรรมเสริมประสบการณ์ กิจกรรมสร้างสรรค์ และกิจกรรมกลางแจ้ง ได้เรียนรู้ผ่านการเล่นครอบคลุมพัฒนาการครบทุกด้านสอดคล้องกับ สาลี่ พรหมมิ (2548) การจัดประสบการณ์ให้กับเด็กระดับปฐมวัยควรเป็นการจัดกิจกรรมแบบบูรณาการให้เด็กได้เรียนรู้ผ่านการเล่นและได้รับการพัฒนาการทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ และสติปัญญา ดังนั้น ครูต้องรู้จักการวางแผนและวิธีเขียนแผนการจัดประสบการณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและนำไปใช้ปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการจัดประสบการณ์การละเล่นพื้นบ้านไทย ผู้ศึกษากำหนดให้เด็กปฐมวัยเป็นศูนย์กลางในการจัดประสบการณ์แต่ละครั้งมีการใช้เทคนิคการจัดประสบการณ์ที่หลากหลาย เช่น การถาม - ตอบ เกมแข่งขัน การระดมสมอง การร่วมกันคิด การสาธิต การอภิปราย การปฏิบัติ ตั้งคำถาม กระบวนการกลุ่ม การนำเสนอผลงาน การจัดการเรียนการสอนลักษณะนี้ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยได้มีโอกาสสร้างความรู้จากการเรียนปนเล่น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการของ Bandura (สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์, 2553) ที่ว่าวิธีการเรียนรู้เกิดจากประสบการณ์ซึ่งมีทั้งประสบการณ์ตรงและประสบการณ์อ้อม โดยการสังเกต อ่าน ฟัง การบอกเล่าที่เกิดกับผู้อื่น ทำให้คนเราเรียนรู้ได้อย่างกว้างขวาง ประเภทการละเล่นพื้นบ้านของไทยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ซ่อนหา โมราเรียกชื่อ มอญซ่อนผ้า วิ่งเปี้ยว รีรีข้าวสาร และกระต่ายขาเดียว เป็นกิจกรรมการละเล่นกลางแจ้ง ไม่เน้นการแข่งขันแพ้ ชนะ สอดคล้องกับจิรกรณ์ ศิริประเสริฐ (2545) ที่กล่าวว่า การเล่นไม่มีกฎกติกาที่แน่นอน เป็นเวลาเล่นที่คล้ายกับเกมมาก แต่ไม่มีการแข่งขัน จึงไม่มีผลของการเป็นฝ่ายแพ้หรือฝ่ายชนะ เป็นการเล่นเพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน

2. ผลการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีคู่มือการจัดประสบการณ์ มีการจัดกิจกรรมที่เป็นไปตามลำดับขั้นตอน มีการวัดผลอย่างต่อเนื่อง ครูที่ทำหน้าที่จัดประสบ-การณ์ให้เด็กปฐมวัย สามารถนำคู่มือดังกล่าวไปใช้ได้ ในแต่ละครั้งมีการใช้เทคนิคการสอนที่หลากหลาย ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยได้มีโอกาสสร้างความรู้จากการเรียนปนเล่น รู้จักปรึกษาวางแผนร่วมกัน มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน มีปฏิ-สัมพันธ์กับเพื่อนในกลุ่มในการทำงานทำให้เด็กเรียนรู้ร่วมกันแบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน การเล่นของเด็กจะรวมอยู่กับกิจกรรมต่างๆ การเล่นของเด็กช่วยให้เด็กได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ช่วยพัฒนาด้านทักษะในการฟัง พูด การเคลื่อนไหว ทางด้านสังคมรู้จักผลัดเปลี่ยน รอคอย เป็นผู้นำ ผู้ตาม รู้จักหน้าที่ รู้จักทำงานซึ่งการเล่นชนิดต่างๆ จะช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับชีวิตในอนาคต และวริษฐา อุกฤษณ์ (2558) พบว่า

การละเล่นพื้นบ้านในจังหวัดกระบี่ที่ส่งเสริมพัฒนาการอย่างครอบคลุมมากที่สุดคือ ตุ๊กตาตัวแข็ง รีรีข้าวสาร ลากทางหมาก และเสือกินวัว หากเด็กปฐมวัยได้เล่นการละเล่นพื้นบ้านจะทำให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างครอบคลุมครบทั้ง 4 ด้าน

3. ผลการประเมินความคิดเห็นของคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอนาดีที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรีโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.55 และ SD = 0.73) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะพบว่า เด็กปฐมวัยมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างอิสระ ($\bar{X}$ = 4.83 และ SD = 0.38) รองลงมาคือ อยากให้จัดประสบการณ์รูปแบบเช่นนี้ในครั้งต่อไป ($\bar{X}$ = 4.73 และ SD = 0.45) และกิจกรรมต่างๆ ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน ($\bar{X}$ = 4.70 และ SD = 0.47) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งเนื้อหาที่ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เหมาะสมกับวัยของเด็ก อีกทั้งมีคู่มือการจัดประสบการณ์อย่างละเอียด ครูที่ทำหน้าที่จัดประสบการณ์ให้กับเด็กปฐมวัยนำไปใช้ได้จริง

สรุปผล

1. ข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรีจากสำรวจบทบาทการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี พบว่า อายุ 3 - 4 ปี ร้อยละ 44.50 อายุ 4 - 5 ปี ร้อยละ 55.50 เพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 51.00 และร้อยละ 49.00 ตามลำดับ ตัวผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 87.21 ผู้เลี้ยงดูเด็กสม่ำเสมอใกล้ชิดเด็กมากที่สุด คือ แม่ของเด็ก ร้อยละ 36.58 รองลงมา ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 27.27 พ่อและแม่ดูแลร่วมกัน ร้อยละ 25.79 สถานภาพสมรสของผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันร้อยละ 80.19 ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย มีขนาดใหญ่ มีสมาชิกอยู่รวมกัน 6 - 10 คน ร้อยละ 43.09 จากการสำรวจบทบาทของพ่อ แม่หรือผู้ปกครองที่ต้องจะต้องจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับเด็กปฐมวัยและเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ พบ 5 ใน 8 รายการที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การพาไปตรวจสุขภาพโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเฉพาะฟันและการสร้างภูมิคุ้มกัน การดูแลระวังความปลอดภัยจากไฟ ยาและสิ่งของอันตราย การฝึกให้เด็กรู้จักช่วยตนเองในเรื่องการกินและการแต่งกาย การจัดของเล่น สถานที่เล่นที่เหมาะสมและการฝึกการใช้สายตา จัดหนังสือให้อ่าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองไม่คิดว่าเป็นหน้าที่ของตนเอง ควรเป็นหน้าที่ของโรงเรียน การกิจกรรมสำหรับเด็กปฐมวัย อายุ 3 - 6 ปีบริบูรณ์ สามารถนำมาจัดเป็นกิจกรรมประจำวันได้หลายรูปแบบเป็นการช่วยให้ครูผู้สอนหรือผู้จัดประสบการณ์ทราบว่าแต่ละวันจะทำกิจกรรมอะไร เมื่อใด และอย่างไร ทั้งนี้การจัดกิจกรรมประจำวันสามารถจัดได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการนำไปใช้ของแต่ละโรงเรียน ที่สำคัญครูผู้สอนต้องคำนึงถึงการจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมพัฒนาการทุกด้านการจัดกิจกรรมประจำวันมีหลักการจัดและขอบข่ายกิจกรรมประจำวัน การดำเนินการจัดการศึกษาปฐมวัย ประกอบด้วย บุคลากรหลายฝ่ายร่วมมือประสานงานกันพัฒนาเด็กทางตรงและทางอ้อม ให้มีพัฒนาการทักษะความสามารถ คุณธรรม จริยธรรม ค่านิยมและคุณลักษณะที่พึงประสงค์โดยผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องควรได้รับการรายงานผลการประเมินพัฒนาการของเด็กเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขที่ชัดเจนคือ เรื่อง การเฝ้าระวัง และคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี ปี 2559 คัดกรองได้ ร้อยละ 94.26 พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ปี 2559 เพียงร้อยละ 4.41 รายที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ส่งให้ผู้ปกครองกระตุ้นพัฒนาการ เมื่อพบผิดปกติส่งพบผู้เชี่ยวชาญต่อไป

2. รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรีมีกลวิธีหลัก 3 กลวิธี ดังนี้

กลวิธีที่ 1 การจัดประสบการณ์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในโรงเรียนโดยใช้เกมการละเล่นพื้นบ้านไทย

กลวิธีที่ 2 การเฝ้าระวังและประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยงและบุคลากรสาธารณสุขปีละ 2 ครั้ง

กลวิธีที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม การส่งต่อเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไปรับการส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการในสถานบริการสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินด้านต่างๆ

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ในภาพรวมอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.71 และ SD = 0.46)

3. การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี (กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่) ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลการประเมินความคิดเห็นของคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอนาดีที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรีโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.55 และ SD = 0.73)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการจัดประสบการณ์

1. ครูจะต้องมีความเชื่อมั่นในการจัดประสบการณ์การละเล่นพื้นบ้านไทยว่าสามารถส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยได้ รู้จักการวางแผน ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย และบริบทของโรงเรียนเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรม

2. การจัดประสบการณ์การละเล่นพื้นบ้านไทย ครูควรลดบทบาทจากผู้สอนมาเป็นผู้แนะนำ คอยดูแล เปิดโอกาสให้เด็กปฐมวัยได้มีอิสระในการเรียนรู้ จะทำให้เด็กปฐมวัยมีความมั่นใจ กล้าที่จะแสดงออก ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมมากยิ่งขึ้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายๆ ร่วมสาธิตเพื่อให้เด็กปฐมวัยได้เข้าใจดียิ่งขึ้น และกระตุ้นเป็นระยะๆ ต่อเนื่องในขณะที่เด็กปฐมวัยทำกิจกรรม เช่น ตบมือ ชมเชยให้กำลังใจ เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมไปตามเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. นำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในเขตเทศบาลตำบลนาดี อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี กำหนดเป็นนโยบายและแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในโรงเรียน และขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมสถานศึกษาทุกแห่งของจังหวัดปราจีนบุรี

2. ส่งเสริมและพัฒนาให้สถานศึกษาเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของชุมชนเพื่อให้เด็กปฐมวัยในชุมชนทุกคนมีโอกาสเข้ามาเรียนรู้ และได้รับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องตามรูปแบบดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการละเล่นพื้นบ้านไทยอย่างจริงจังเป็นระบบ และนำมาจัดเป็นหน่วยการจัดประสบการณ์สำหรับเด็กปฐมวัย

2. ควรมีการศึกษาการจัดประสบการณ์การละเล่นพื้นบ้านไทย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม และความสามารถทางด้านอื่นๆ ของเด็กปฐมวัย เช่น วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ จริยธรรม เป็นต้น ...■

บรรณานุกรม

วริษฐา อุกฤษณ์. **การละเล่นพื้นบ้านของเด็กปฐมวัยในจังหวัดกระบี่.** วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์. ปีที่ 30 (1). 62 - 69., 2558.

บีบีซี นิวส์. **ยูนิเซฟแนะไทยลงทุนเพิ่มด้านการพัฒนาสมองเด็กเล็กแก้ปัญหาพัฒนาการไม่สมวัย.** สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2561., https://www.bbc.com/thai/thailand-38621270., 2559.

สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. **รายงานประจำปี 2560 สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ : บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด., 2560.

บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่** 6). กรุงเทพฯ : สุวีริยสาสน์., 2546.

วาโร เพ็งสวัสดิ์. **การวิจัยพัฒนารูปแบบ.** วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. (4), 12 - 13., 2553.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564.** กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี., 2559.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579).** กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี., 2560.

สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. **การวัดและประเมินผลแนวใหม่ : เด็กปฐมวัย (ปรับปรุงแก้ไข).** กรุงเทพฯ: ดอกหญ้าวิชาการ., 2553.

สาลี่ พรหมมิ. **การพัฒนาแผนการจัดประสบการณ์เพื่อเตรียมความพร้อมด้านสติปัญญาหน่วยการเรียนธรรมชาติ เรื่องกล้วย ชั้นอนุบาลปีที่** 2. การศึกษาค้นคว้าอิสระ กศ.ม. มหาสารคาม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม., 2548.

จิรกรณ์ ศิริประเสริฐ. **เกมเบ็ดเตล็ด.** กรุงเทพฯ : อมรการพิมพ์., 2545.

งานวิจัย

โดย...แพทย์หญิงสุธารา อร่ามเจริญ
อายุรแพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลทุ่งสง
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการให้ยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Patients with St Elevation Myocardial Infarction and Factors Associated with Failure in The use of Streptokinase at Thungsong Hospital, Nakhonsrithammarat.

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับแรกของโรงพยาบาลทุ่งสงและทางโรงพยาบาลมีศักยภาพในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) เท่านั้น ข้อมูลการเสียชีวิตในผู้ป่วยชนิดนี้ตั้งแต่ปี 2556 - 2559 ร้อยละ 12.12, 19.11, 15.49, 12.30 ตามลำดับและอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 58, 85.93, 78.51, 83.07ตามลำดับ ดังนั้นจำเป็นต้องพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค อาการนำที่มาโรงพยาบาล ระดับความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือ ผลลัพธ์จากการดูแลรักษา และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการให้ยาละลายลิ่มเลือด วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (STEMI) ที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุ่งสงจังหวัดนครศรีธรรมราช ช่วงปีงบประมาณ 2560 (1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560) สถิติที่ใช้คือ student's T - test, chi - squared test, cox proportional hazard analysis และ multivariate analysis โดยรายงานผลเป็น mean, percentages และ odd ratio

ผลการศึกษาพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI จำนวน 87 ราย อายุโดยเฉลี่ย 59.8 (51.0 - 70.0) ปี และเป็นผู้ชาย 75 คน (ร้อยละ 82.2) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 80 ราย คิดเป็น ร้อยละ 92 หลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด Reperfusion 55 ราย คิดเป็น ร้อยละ 68.75 ผลลัพธ์จากการดูแลรักษาคือเสียชีวิต ร้อยละ 18.4 ระยะเวลาการนอนเฉลี่ย 5.12 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 22,175 บาทต่อคนโดยผู้ป่วยที่ No Reperfusion จะมีเอนไซม์หัวใจมากกว่า (CKMB เฉลี่ย 92.83 เทียบกับ 42.87, p = 0.04, TnI เฉลี่ย 25.94 เทียบกับ 9.44, p = 0.03) Onset to needle time นานกว่า (เฉลี่ย 202.8 เทียบกับ 145.6 นาที, p = 0.05) และเป็นกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้า (Anterior wall MI) มากกว่า (ร้อยละ 64 เทียบกับ 38.9, p = 0.05) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์หาขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่ากล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้า (Anterior wall) [อัตราส่วนออดส์ (odds ratio) 7.59, ร้อยละ 95 ช่วงความเชื่อมั่น 1.27 - 45.11, p = 0.03] และ door to needle time มากกว่า 30 นาที (อัตราส่วนออดส์ 12.15, ร้อยละ 95 ช่วงความเชื่อมั่น 1.29 - 111.40, p = 0.03) มีความสัมพันธ์ต่อความล้มเหลวในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ คือ นอกจากโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญแล้วยังพบว่าเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันจึงเป็นส่วนที่สำคัญต้องลดประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูบบุหรี่และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพควรพัฒนาเรื่องความรวดเร็วในการให้ยาละลายลิ่มเลือด เฝ้าระวังผู้ป่วยที่เป็น Anterior wall MI ซึ่งมีปัญหาเรื่อง No Reperfusion ได้มากกว่าและติดตามรักษาเรื่องความดันโลหิตต่ำซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการให้ยาเพื่อลดปริมาณผู้ป่วยเสียชีวิตและปลอดภัยจากการให้ยามากที่สุด

คำสำคัญ : กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยาละลายลิ่มเลือด

Abstract

ST Elevated Myocardial Infarction (STEMI) is one of the main causes of death in Thungsong hospital which only fibrinolysis therapy (Streptokinase) can be offered. Since 2012 - 2016, the mortality rate of STEMI patients was 12.2, 19.11, 15.49, and 12.30%, respectively. The rate of Streptokinase used was 58, 85.93, 78.51, and 83.07 %, respectively. Therefore, we need to improvethe clinical management guideline for STEMI patients. Objectives: The purpose of this study was to determine the site of infarction, risk factors, chief complaint, Killip classification, complication, result of treatment and to explore the factors associated with medication failure in the use of Streptokinase. Methods : A retrospective descriptive and inferential study was conducted in STEMI patients who were visited to Thungsong Hospital, Nakhonsrithammarat from 1st October 2016 to 30th September 2017.

Results : A total number of 87 STEMI patients were identified, with a mean age of 59.8 (51.0 - 70.0). There were 75 males (82.2%). About 92 percent were received Streptokinase. Of 80 cases were received Streptokinase, the repurfusion rates were 68.75%. Lengths of hospital stayed were approximately 5.12 days and mortality rate were 18.4 percent. Costs were approximately 22,175 baths per person. Factors significantly associated with no reperfusion are CKMB (mean 92.83 vs 42.87, p = 0.04), TnI (mean 25.94 vs 9.44, p = 0.03), onset to needle time (mean 202.8 min vs 145.6 min, p = 0.05) and anterior wall MI (64% vs 39.9%, p = 0.05). Multivariate analysis showed anterior wall MI (OR 7.59, 95% CI 1.27 - 45.11, p = 0.03) and door to needle time more than 30 minutes (OR 12.15, 95% CI 1.29 - 111.4, p = 0.03)were independent risk factors of failure of Streptokinase.

Conclusions : Moreover, STEMI is one of the main causes of death, including the cost of treatment. Therefore we suggested improving prevention of coronary artery disease such as smoking cessation and blood pressure control in hypertensive patients. Patients should alert of chest pain symptoms, supported to STEMI health care team to shorten door to needle time and also awareness of anterior wall MI patients, complication of hypotension to reduce mortality and increase safety of STEMI patients.

Keywords : ST elevation myocardial infarction, Streptokinase

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดของคนทั่วโลกโดยเฉลี่ยมากกว่า 17.7 ล้านคนต่อปีหรือคิดเป็น ร้อยละ 31 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด[1,2] แม้ว่าการรักษาจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแต่โรคหลอดเลือดหัวใจก็ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในประเทศไทยและมากขึ้นทุกๆ ปี[3] จากข้อมูลมีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุ่งสงจังหวัดนครศรีธรรมราชช่วงปีงบประมาณ ปี 2556 - 2559 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 12.12, 19.11, 15.49, 12.30 ตามลำดับและอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 58, 85.93, 78.51, 83.07 ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลทุ่งสงเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 250 เตียง มีความสามารถในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Streptokinase) เท่านั้น ประกอบกับลักษณะภูมิศาสตร์อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งสามารถทำการเปิดเส้นเลือดโดยการสวนหัวใจ (Primary percutaneous coronary intervention) เมื่อรวมกับระยะเวลาเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งตัวและประสานส่งต่อต้องใช้เวลามากกว่า 120 นาที ทำให้จำเป็นต้องพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยการให้ยา Streptokinase ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อศึกษาถึงตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอาการนำที่มาโรงพยาบาลระดับความรุนแรง (killip class) ภาวะแทรกซ้อนหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผลลัพธ์จากการดูแลรักษา และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิผลลดอัตราการป่วยอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอาการนำที่มาโรงพยาบาลระดับความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดผลลัพธ์จากการดูแลรักษา
2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอาการนำที่มาโรงพยาบาลระดับความรุนแรง (killip class) ภาวะแทรกซ้อนหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดผลลัพธ์จากการดูแลรักษาเพื่อนำมาวางแผนรักษาผู้ป่วย
2. ทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนำข้อมูลมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิผลลดอัตราการป่วยอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต
3. กลุ่มตัวอย่างและประชากรที่ศึกษาทราบข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอาการนำที่มาโรงพยาบาลภาวะแทรกซ้อนหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด เกิดความตระหนัก และสามารถเป็นกรณีศึกษาในการให้ข้อมูลเชิงประจักษ์กับกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective study) ประชากรคือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (STEMI) ที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุ่งสงจังหวัดนครศรีธรรมราช ช่วงปีงบประมาณ 2560 (1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (STEMI) จำนวน 87 ราย โดยทำการศึกษาจากแฟ้มประวัติและฐานข้อมูลในเวชระเบียน (HosXP) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (STEMI) 4 ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากร ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ตำแหน่งการขาดเลือด

ระยะเวลาการเข้าถึงบริการ ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ผลการรักษา โดยความล้มเหลวของการรักษาผู้ป่วยด้วยยา Streptokinase นิยามจากอาการและผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจร่วมกันได้แก่อาการคงอยู่ของการแน่นหน้าอกหลังได้ยาเกิน 90 นาที และผลของการตรวจคลื่นหัวใจมี ST resolution <50% เมื่อเทียบกับก่อนให้ยา5 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ค่าเฉลี่ยความถี่และร้อยละและใช้การเปรียบเทียบโดย student's T - test และ chi - squared test ค่า P< 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการให้ยาละลายลิ่มเลือดใช้ cox proportional hazard analysis และ multivariate analysis วิเคราะห์เป็นค่า odd ratio (OR) และ 95% confidence intervals (CI) ผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ทางสถิติการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI จำนวน 87 รายอายุโดยเฉลี่ย 59.8 (51.0 - 70.0) ปี และเป็นผู้ชาย 75 คน (ร้อยละ 82.2) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 80 รายและไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์หรือมีข้อห้ามของการให้ยา จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 92 และ 8 ตามลำดับ ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพส่วนใหญ่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้า (Anterior wall MI) ร้อยละ 47.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคคือการสูบบุหรี่ ร้อยละ 63.2 และผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.9 อาการนำที่มาโรงพยาบาลคือ Typical chest pain ร้อยละ 88.5 ระดับความรุนแรง (Killip class) Class 1 ร้อยละ 79.3 ในจำนวน 80 ราย ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดระยะเวลาที่เจ็บหน้าอกถึงได้รับยา Streptokinase (Onset to needle time) เฉลี่ย 163.49 นาที (2 ชั่วโมง 43 นาที) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลถึงได้รับยา Streptokinase (Door to needle time) เฉลี่ย 34.71 นาที ในจำนวน 80 ราย หลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดส่งผลให้มีการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับไปเลี้ยงหัวใจใหม่ (Reperfusion) 55 รายคิดเป็นร้อยละ 68.75 และ No Reperfusion 25 รายคิดเป็น ร้อยละ 31.25 ภาวะแทรกซ้อนหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่พบบ่อยคือเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 57.5 ผลลัพธ์จากการดูแลรักษาคือเสียชีวิต ร้อยละ 18.4 และส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อ ร้อยละ 14.9 ระยะเวลาการนอนเฉลี่ย 5.12 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 22,175 บาทต่อคน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย reperfusion และ no reperfusion

ข้อมูล	ผู้ที่ได้ SK (N=80)	Reperfusion (N=55)	No Reperfusion (N=25)	p-value
อายุ, ปี	59.11	57.47	62.72	0.09
เพศชาย, N (%)	69 (86.3)	49 (89.1)	20 (80)	0.30
BMI, kg/m2	23.29	22.86	24.24	0.13
SBP, mmHg	130.96	129.22	134.96	0.44
DBP, mmHg	78.51	78.87	77.67	0.80
เคสนอกเวลา	59 (73.8)	40 (74.1)	19 (83.4)	0.37
killip class I	66 (82.5)	48 (87.3)	18 (72)	0.12
anterior wall MI	37 (46.8)	21 (38.9)	16 (64)	0.05

ข้อมูล	ผู้ที่ได้ SK (N=80)	Reperfusion (N=55)	No Reperfusion (N=25)	p-value
โรคประจำตัว				
ความดันโลหิตสูง	30 (37.5)	18 (32.7)	12 (48)	0.22
เบาหวาน	12 (15)	6 (10.9)	6 (24)	0.18
ไขมันโลหิตสูง	8 (10)	5 (9.1)	3 (12)	0.07
เส้นเลือดหัวใจตีบ	8 (10)	5 (9.1)	3 (12)	0.07
เส้นเลือดสมองตีบ	2 (2.5)	0	2 (8)	0.10
เส้นเลือดสมองตีบ	2 (2.5)	0	2 (8)	0.10
ไตเรื้อรัง	4 (5)	2 (3.6)	2 (8)	0.59
สูบบุหรี่	52 (6.5)	38 (70.4)	14 (58.3)	0.31
ผลตรวจเลือด				
CKMB	58.44	42.87	92.83	0.04
TnI	14.58	9.44	25.94	0.03
FBS	135	127	158	0.06
HDL	40	41	39	0.05
LDL	122	126	101	0.07
Cr	1.18	1.06	1.47	0.06
ระยะเวลา				
onset	163.49	145.62	202.80	0.05
door	34.71	38.31	26.80	0.03
onset>180min	55 (68.8)	41 (74.5)	14 (56)	0.12
door>30 min	44 (55)	26 (47.3)	18 (72)	0.05

โดยผู้ป่วยที่ Reperfusion มีอายุน้อยกว่า (อายุเฉลี่ย 57.47 เทียบกับ 62.72 ปี, p = 0.09), เป็นผู้ชายมากกว่า (ร้อยละ 89.1 เทียบกับร้อยละ 80, p = 0.30) จากตารางที่ 1 จะเห็นว่ากลุ่มที่No Reperfusion จะมีเอนไซม์หัวใจมากกว่า (CKMBเฉลี่ย 92.83 เทียบกับ 42.87, p = 0.04, TnIเฉลี่ย 25.94 เทียบกับ 9.44, p = 0.03) Onset to needle time นานกว่า (เฉลี่ย 202.8 เทียบกับ 145.6 นาที, p = 0.05) และเป็นกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้า (Anterior wall MI) มากกว่า (ร้อยละ 64 เทียบกับ 38.9, p = 0.05) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระหว่างผู้ป่วยที่มี reperfusion และ no reperfusion จากการวิเคราะห์เชิงพหุ (multivariate analysis) พบว่ากล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้า (Anterior wall) [อัตราส่วนออดส์ (odds ratio) 7.59, ร้อยละ 95 ช่วงความเชื่อมั่น 1.27 - 45.11, p = 0.03] และ door to needle time มากกว่า 30 นาที (อัตราส่วนออดส์ 12.15, ร้อยละ 95 ช่วงความเชื่อมั่น 1.29 - 111.40, p = 0.03) มีความสัมพันธ์ต่อความล้มเหลวในการให้ยาละลายลิ่มเลือดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวของการให้ Streptokinase โดยใช้ cox proportional hazard analysis

ข้อมูล	Odd ratio	95% CI	P-Value
อายุ, ปี	1.034	0.995-1.075	0.09
เพศชาย, N (%)	0.490	0.134-1.790	0.28
BMI, kg/m2	1.099	0.969-1.246	0.14
SBP, mmHg	1.006	0.990-1.023	0.44
DBP, mmHg	0.997	0.971-1.023	0.79
เคสนอกเวลา	0.451	0.116-1.760	0.25
anterior wall MI	2.794	1.045-7.466	0.04
โรคประจำตัว			
ความดันโลหิตสูง	0.527	0.201-1.385	0.19
เบาหวาน	0.388	0.111-1.353	0.14
ไขมันโลหิตสูง	0.733	0.161-3.342	0.69
เส้นเลือดหัวใจตีบ	0.733	0.161-3.342	0.69
ไตเรื้อรัง	0.434	0.058-3.272	0.42
สูบบุหรี่	1.696	0.624-4.011	0.30
ผลตรวจเลือด			
CKMB	1.005	1.000-1.033	0.07
TnI	1.017	1.001-1.033	0.04
FBS	1.007	0.999-1.015	0.08
HDL	0.913	0.831-1.063	0.06
LDL	0.983	0.964-1.002	0.08
Cr	1.700	0.859-3.365	0.13
ระยะเวลา			
onset	1.004	1.000-1.008	0.06
door	0.967	0.937-0.998	0.04
onset>180min	0.435	0.161-1.176	0.10
door>30 min	2.868	1.033-7.962	0.04

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวของการให้ Streptokinase โดยใช้ Multivariate analysis

ข้อมูล	Odd ratio	95% CI	P-Value
DTN > 30 min	12.149	1.290-114.403	0.029
Anterior wall MI	7.589	1.277-45.107	0.026

อภิปรายผล

ดังที่ทราบจากการศึกษาก่อนหน้านี้ว่าต้องลดประชาชนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย การไม่กินผักผลไม้ โรคอ้วนลงพุง จะช่วยลดอุบัติการณ์ STEMI[6] จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ จึงเป็นกลุ่มที่เราควรรณรงค์ให้ความรู้ในการดูแลรักษาป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน และเมื่อเกิดโรคแล้วผู้ป่วยควรทราบแนวทางการปฏิบัติตัว เช่นการมาโรงพยาบาลให้รวดเร็วเพื่อลด Onset to needle time คือระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดทำให้การให้ยา Streptokinase ได้ผลดียิ่งขึ้น[7,8] เนื่องจากโรงพยาบาลทุ่งสงไม่สามารถให้การรักษาด้วยวิธีสวนหัวใจได้และไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ทันเวลา ผู้ป่วย STEMI ที่มาใน 12 ชั่วโมง จึงจะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทุกรายถ้าไม่มีข้อห้ามตามการศึกษาชื่อ ISIS - 2 พบว่า การให้การรักษาด้วยยา Streptokinase ร่วมกับ Aspirin สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้[9] Door to needle time คือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้ยารักษา ซึ่งเป็นผลรวมของ Door to EKG time การคัดกรองข้อห้ามของการใช้ยาการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติการให้ความยินยอมรับการรักษาและการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นจากภาวะ Hypotension/ shock เพื่อให้การให้ยาละลายลิ่มเลือดมีประสิทธิภาพดีและภาวะแทรกซ้อนลดลงซึ่งเวลาที่ใช้ทั้งหมดควรอยู่ในเวลา 30 นาที[10,11] ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า Door to Needle time เฉลี่ย 34.71 นาที จากการศึกษาค่าที่เกิน 30 นาที สัมพันธ์กับความล้มเหลวของการให้ยา Streptokinase การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยควรมุ่งเน้นไปที่การลดระยะเวลาการเจ็บแน่นหน้าอกจนมาถึงโรงพยาบาลและลดระยะเวลาการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ดังนั้นต้องมีการพัฒนาตั้งแต่ Pre - hospital management เช่น ผู้ป่วยมาพบแพทย์เร็ว การวินิจฉัยรวดเร็ว การให้ยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลชุมชนก่อนการส่งต่อแทนการต้องส่งผู้ป่วยเข้ามาให้ยาที่โรงพยาบาลทุ่งสง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงบริการได้รวดเร็วก็จะทำให้โอกาสที่เปิดเส้นเลือดด้วยยาสำเร็จมากขึ้น

สาเหตุที่ทำให้เกิดความล่าช้าอื่นคือการประเมินคัดกรองการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และการรายงานผลต่อแพทย์ การวินิจฉัยและตัดสินใจดูแลรักษา การติดต่อสื่อสาร จึงพัฒนาแนวทางการรักษาที่จะช่วยลดขั้นตอนเหล่านี้ได้ทีมที่ดูแลผู้ป่วยในระบบ fast track ควรได้รับการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอรีบประเมินคัดกรองผู้ป่วยทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และรายงานผลต่อแพทย์เพื่อให้แพทย์ห้องฉุกเฉินสามารถรายงานอายุรแพทย์ได้ทันที

นอกจากนี้สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาล่าช้าเนื่องมาจากแนวโน้มของผู้ป่วยจะเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวมากขึ้น ทำให้โอกาสมีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดมีมากขึ้น และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (atypical chest pain) ชัดเจนอาจมาด้วยอาการหัวใจล้มเหลวกะทันหันทำให้การวินิจฉัยล่าช้าจน Onset to needle time มากกว่า 12 ชั่วโมงซึ่งไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ และสาเหตุอื่นๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายส่วนใหญ่เป็น anterior wall สัมพันธ์กับความล้มเหลวของการให้ยา Streptokinase ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้[12,13] โดยมักมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะหัวใจล้มเหลวและความดันโลหิตต่ำเป็นผลเสริมกันอาจส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูง ข้อมูลเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้รักษาสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สามารถนำมาทำนายประสิทธิผลของการรักษาได้อาจมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้การ reperfusion ด้วยการทำ primary PCI แทน

สรุปผล

นอกจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญแล้ว ยังพบว่าเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันจึงเป็นส่วนที่สำคัญ ต้องลดประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูบบุหรี่ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพควรพัฒนาเรื่องความรวดเร็วในการให้ยาละลายลิ่มเลือด เฝ้าระวังผู้ป่วยที่เป็น

Anterior wall MI ซึ่งมีปัญหาเรื่อง No Reperfusion ได้มากกว่า และติดตามรักษาเรื่องความดันโลหิตต่ำ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการให้ยา เพื่อลดปริมาณผู้ป่วยเสียชีวิตและปลอดภัยจากการให้ยามากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีจำนวนประชากรที่ทำการศึกษาน้อย จึงมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ทางสถิติและเป็นการศึกษาย้อนหลังข้อมูลบางส่วนไม่ครบเนื่องจากไม่ได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนนอกจากนี้การศึกษานี้บอกได้ถึงความสัมพันธ์ แต่ไม่อาจบอกว่าเป็นสาเหตุได้อาจจะมีการพัฒนาเป็นการศึกษาในประชากรกลุ่มใหญ่ขึ้นและเป็นการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อลดข้อจำกัดนี้ได้ ...■

บรรณานุกรม

1. Global hearts, www.who.int/cardiovascular_diseases/en/, 22 sep 2016.
2. Widimsky P. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe : description of the current situation in 30 countries. European Heart Journal. 2010 ; 31 : 943 - 57.
3. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558, สำนักงานระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข 216 - 218, www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/11/cad.pdf.
4. Prineas R, Crow R, Blackburn H. The Minnesota Code Manual of Electrocardiographic Findings. John Wright - PSG, Inc. Littleton, MA, June 1982.
5. Kovac J, Gershlick A. How should we detect and manage failed thrombolysis? Eur Heart J 2001;22 (6) :450 - 7.
6. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) : case control study. Lancet. 2004 ; 364 : 937 - 952 .
7. Fibrinolytic Therapy Trialists' (FTT) Collaborative Group. Indications for Fibrinolytic Therapy in Suspected Acute Myocardial Infarction : Collaborative Overview of Early Mortality and Major Morbidity Results from All Randomised Trials of More Than 1,000 Patients. Lancet 1994 ; 343 : 311 - 322.
8. Thanasomboonpan S. ST - segment elevation myocardial infarction (STEMI) in non - PCI - capable Hospital.J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center. 2014 (31) : 30 - 41.
9. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17, 187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS - 2. Lancet 1988 ; 2 : 349.
10. Nallamothu BK, Bates ER. Percutaneous Coronary Intervention Versus Fibrinolytic Therapy in Acute Myocardial Infarction : Is Timing (Almost) Everything?.Am J Cardiol 2003 ; 92 : 824 - 826.
11. Ghaffari S, Kazemi B, Golzari IG. Efficacy of a new accelerated streptokinase regimen in acute myocardial infarction : adouble blind randomized clinical trial. Cardiovasc. Ther. 2013 ; 31 (1) : 53 - 9.
12. สุราษฎร์ ว. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวของการใช้ยา Streptokinase ในการรักษาผู้ป่วย STEMI : การศึกษาแบบย้อนหลัง. Journal of Health Systems Research. 2014 ; 8 (3) : 238 - 45.
13. Nakthua Y. Evaluation and factors influencing on treatment outcomes of ST - Elevated myocardial infarction (STEMI) patients receiving streptokinase in Makarak hospital. TBPS 2014 ; 9 (1) : 24 - 37.

โดย...ประพันธ์ กาญจนดุษฎี
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

ผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

The effectiveness of oral health promotion model for parent's child 0 - 3 years old in Thap Than district Uthaithani province.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานีการศึกษาประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครอง 290 คน จากประชากร 1,341 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเลือกสุ่มตำบลและแบบแบ่งชั้นภูมิเครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองใช้วิธีศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน และทันตบุคลากร 6 คน คัดเลือกโดยวิธี Snowball Sampling Technic เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสังเคราะห์เนื้อหาผนวกเข้ากับผลการศึกษาขั้นตอนที่1 นำมากำหนดเป็นองค์ประกอบและจัดทำร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของความหมายองค์ประกอบของร่างรูปแบบโดยให้ผู้เชี่ยวชาญและขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองโดยทดสอบกับผู้ปกครองเด็กในตำบลทัพทันแบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลังคัดเลือกผู้ปกครองเด็ก 35 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired t - test

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 1 พบว่า อายุของเด็ก 0 - 3 ปี อายุของผู้ปกครองรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวนบุตรความรู้ทัศนคติการเข้าถึงบริการสิ่งอำนวยความสะดวกการได้รับสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการได้รับสนับสนุนกำลังใจและการได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ขั้นตอนที่ 2 พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองที่ได้พัฒนาขึ้นมาประกอบด้วย 1) กิจกรรมให้ความรู้ 2) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ 3) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ 4) กิจกรรมการกระตุ้นเตือนและให้คำปรึกษาขั้นตอนที่ 3 พบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองคะแนน

เฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p - value < 0.001

โดยสรุป การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองควรให้ความสำคัญกับการชักจูงด้วยคำพูดและให้คำปรึกษารายบุคคลจากทันตบุคลากร

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก, ผู้ปกครองเด็ก 0 - 3 ปี

Abstract

The objective of this study was to develop and examine the effectiveness of oral health promotion model for parent's child 0 - 3 years old. The study was conducted in 3 phases. The first phase aimed to study factors associate with oral health behavior for parent's child 0 - 3 years old. The samples were 290 participants from 1,341 population recruited by multistage random sampling. A questionnaire was administered by face to face interviews and analysis by frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficient. The second phase was to construct an oral health promotion model for children 0 - 3 years of parents. Use qualitative methods. The samples were 6 children, 5 public health volunteers and 6 dentists selected by Snowball Sampling Technic. Data collection by in - depth interview. Content analysis And synthesize content. In addition to the results of the study, Step 1 is defined as a component. And drafting the model of promoting oral health 0 - 3 years children. and the content validity which was approved by experts. The third phase was to evaluate effectiveness of oral health promotion model which were tested in TambonThapthan. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and paired t - test.

The result of first phase showed that such variables as age of child, age of parent, income, number of children, knowledge, attitude, access, facility, Information support, motivation, material support were associated with oral health behavior statistical significance (p<0.05) .The result of second phase, the resulting model consisted of 4 steps : (1) the learning oral health and control ; (2) exchange experiences ; (3) practice in oral health behavior (4) stimulus activity and counseling.And the result of third phase, there were a significant decreasing in the average score of knowledge and oral health behavior after the intervention (p < 0.001).

Therefore, this oral health promotion model for parent's child 0 - 3 years old should be stimulus activity and counseling from health personnel.

Keyword : oral health promotion, parent's child 0 - 3 years old

บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาเด่นชัดของเด็กในประเทศกำลังพัฒนา อาจจะไม่อันตรายถึงแก่ชีวิตแต่ทำให้เด็กเจ็บปวดทรมาน ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก[1] และการมีฟันผุหลายซี่มีความสัมพันธ์กับภาวะแคระแกร็น และเด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากจะมีแนวโน้มฟันแท้ผุมากขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีโรคจะลุกลามและสูญเสียฟันในที่สุด[2] โรคฟันผุพบได้ตั้งแต่อายุ 9 เดือนและผุมากขึ้นอย่างรวดเร็วใน 3 ขวบปีแรก ปี2555 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ฟันผุ ร้อยละ 51.7 ผุเฉลี่ย 2.7 ซี่/คน[3] ปี 2559 พบว่า ฟันผุ ร้อยละ 52 เฉลี่ย 3 ซี่ต่อคน ขณะที่เด็กอายุ 5 ปี มีปัญหาฟันผุถึงร้อยละ 78.5 ผุเฉลี่ย 4.4 ซี่/คน[4] พบมากในเด็กต่างจังหวัดซึ่งเกิดจากผู้ปกครองเริ่มแปรงฟันให้เด็กช้า[5] อัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็ก พบสูงสุดในภาคใต้และภาคกลาง ร้อยละ 61.0 และ 59.6 หรือเฉลี่ย 3.1 และ 3.0 ซี่/คน ภาคเหนือ ร้อยละ 46.0 ค่าเฉลี่ย 1.7 ซี่/คน อัตราการเกิดโรคในเขตชนบท ร้อยละ 55.3 เขตเมืองและกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 48.8 และ 49.5 ตามลำดับในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า เด็กอายุ 3 ปีฟันผุ ร้อยละ 25.6[6] จังหวัดอุทัยธานี พบว่า ปี 2558 เด็กอายุ 18 เดือนมีฟันผุ ร้อยละ15.87 ปี 2559 ร้อยละ 4.49 และปี 2560 ร้อยละ 3.95 ส่วนเด็กอายุ 3 ปี พบว่า ปี 2558 ฟันผุ ร้อยละ 44.15 ปี 2559 ฟันผุ ร้อยละ 37.21 ปี 2560 ร้อยละ 45.14 ส่วนอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ในปี 2558 - 2560 ช่วงอายุ 18 เดือน มีอัตราการเกิดฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 11.74, 13.89 และ 13.5 ตามลำดับ สอดคล้องกับ และพบว่า ช่วงอายุ 3 ปี มีอัตราการเกิดฟันน้ำนาผุ ร้อยละ 35.37, 38.68 และ 31.71 ตามลำดับ[7] เช่นกัน จากอัตราฟันน้ำนมผุทั้ง 2 ช่วงอายุ ดังกล่าว จะมีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงแสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในคลินิกเด็กดีทุกวันที่ 15 ของเดือน โดยให้บริการตรวจฟัน,สอนผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก, เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ นั้นยังขาดปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่แท้จริง โดยพบว่าผู้ปกครองจะแปรงฟันให้เด็กในช่วงแรกๆ ของการมารับบริการเท่านั้น ซึ่งขาดความต่อเนื่องในการดูแลจึงมีผลทำให้เกิดฟันผุตามมาการสร้างความตระหนักให้ผู้ปกครองที่จะรักษาสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอนอกจากนี้ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กมีเพียงการจัดกิจกรรมในศูนย์เด็กเล็กได้แก่ การตรวจและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน การให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กส่วนในชุมชนจัดกิจกรรม ได้แก่ นโยบายสาธารณะ เช่น งานบุญปลอดน้ำอัดลมร้านค้า จำหน่ายแปรงสีฟันสำหรับเด็กเล็กที่มีคุณภาพตามมาตรฐานกรมอนามัย เท่านั้น[8]

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงศึกษา พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนา ส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้เด็ก 0 - 3 ปี มีสุขภาพดี รวมถึงนำผลการวิจัยไปวางแผนแก้ไขปัญหาโรคฟันน้ำนมผุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง
3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาชนิดกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลัง (Quasi - Experimental Research : One group, Pre - test and Post - test Design) วิจัยแบบผสมผสานระหว่างเชิงปริมาณและคุณภาพ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง 290 คนจากประชากรจำนวนเด็ก 0 - 3 ปี ของอำเภอทัพทัน 1,341 คน โดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน[9] สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดย

สุ่มตำบล และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

2. ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองใช้วิธีศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ปกครองเด็ก 0 - 3 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและทันตบุคลากรคัดเลือกโดยวิธี Snowball Sampling Technicเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) และสังเคราะห์เนื้อหา (Content Synthesis) จากนั้นนำมาผนวกเข้ากับผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 แล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ และจัดทำร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี จากนั้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของความหมายองค์ประกอบของร่างรูปแบบ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ

3. ขั้นตอนการทดลองใช้เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง นำรูปแบบดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กในตำบลทัพทัน ทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลัง (Quasi - Experimental Research : One group, Pre - test and Post - test Design) โดยคัดเลือกผู้ปกครองเด็ก 0 - 3 ปี จำนวน 35 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t - test

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 74.5 อายุเฉลี่ย 35.37 ปี จบมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 54.1 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 8,877.16 บาท พ่อหรือแม่เป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 84.1 ระดับปัจจัยการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.5 ทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.1 การรับรู้นโยบายการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.4 การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 40.7 สิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.1 การได้รับสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสารระดับสูง ร้อยละ 67.2 การได้รับสนับสนุนด้านการให้กำลังใจระดับสูง ร้อยละ 62.4 การได้รับสนับสนุนด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ระดับสูง ร้อยละ 42.4 การได้รับสนับสนุนด้านการประเมินผลระดับสูง ร้อยละ 64.8 ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองระดับสูง ร้อยละ 79.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.8 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พบว่า อายุเด็ก 0 - 3 ปี อายุของผู้ปกครองรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวนบุตรความความรู้ทัศนคติการเข้าถึงบริการสิ่งอำนวยความสะดวกการได้รับสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการได้รับสนับสนุนกำลังใจและการได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ส่วนการรับรู้นโยบายและการได้รับสนับสนุนการติดตามประเมินผลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = - 063, p = 287) (r = 0.022, p = 706) ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง (n = 290)

ปัจจัยคัดสรร	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	
	r	p-value
อายุเด็ก 0-3 ปี	.270	<.001
อายุของผู้ปกครอง	.021	<.001

ปัจจัยคัดสรร	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	
	r	p-value
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.200	<.001
จำนวนบุตร	-.132	.024
ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก	.293	<.001
ทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก	.177	.002
การรับรู้นโยบายการดูแลสุขภาพช่องปาก	.022	.706
การเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพช่องปาก	.292	<.001
สิ่งอำนวยความสะดวกการดูแลสุขภาพช่องปาก	.232	<.001
การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปาก	.144	.014
การได้รับกำลังใจการดูแลสุขภาพช่องปาก	.298	<.001
การได้รับวัสดุอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก	.287	<.001
การได้รับการติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพช่องปาก	-.063	.287

ผลการศึกษาระยะที่ 2

สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ปกครองเด็ก 0 - 3 ปี จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 5 คน และกลุ่มผู้ให้บริการด้านทันตสุขภาพ จำนวน 6 คน ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองประกอบด้วย

1) กิจกรรมให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทันตสุขภาพ จำนวน 2 วันๆ ละ 3 ชั่วโมง รวมเวลา 6 ชั่วโมง

2) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี จำนวน 1 วัน เวลา 3 ชั่วโมง

3) กิจกรรมการเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กได้แก่ การดื่มนมจากขวด การรับประทานอาหาร การแปรงฟัน การทำความสะอาดฟันจำนวน 2 วันๆ ละ 3 ชั่วโมง รวมเวลา 6 ชั่วโมง

4) กิจกรรมการกระตุ้นเตือน การชักจูงด้วยคำพูดและให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อป้องกันฟันผุในเด็ก 0 - 3 ปี จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 30 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าระหว่าง 0.5 - 1 และเสนอแนะให้ปรับปรุงสำนวนภาษาให้มีความจัดเจนมากขึ้น

ผลการศึกษาระยะที่ 3

ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี และพฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p - value < 0.001 แสดงว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิผล (ตาราง 2) และ (ตาราง 3)

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0-3 ปีของผู้ปกครอง	n (mean)	Paired Differences		t	df	p-value
		mean	S.D.			
ก่อนการทดลอง	35(15.0857)	-2.48571	1.86881	-7.869	34	<0.001
หลังการทดลอง	35(17.5714)					

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0-3 ปีของผู้ปกครอง	n (mean)	Paired Differences		t	df	p-value
		mean	S.D.			
ก่อนการทดลอง	35(18.8857)	-4.85714	3.11677	-9.220	34	<0.001
หลังการทดลอง	35(23.7429)					

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.5 และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.293, p < 0.001) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 35.33 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมถึงระดับปริญญาตรีร้อยละ 90.0 ซึ่งสามารถหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี ศรีชัย (2545)[10] ที่พบว่า ความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กต่อการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของอุดม ผาทาเต (2550)[11] พบว่า ความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กันน้อยในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากผลการวิจัยพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจ อุปกรณ์และเครื่องมือการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทันตบุคลากรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และให้รางวัลการยกย่อง การชมเชยการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ปกครองเด็ก 0 - 3 ปี อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริอนงค์ อ่ำพุทรา (2548)[12] พบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดสามารถร่วมทำนายการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองได้ร้อยละ 36.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จาก

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมให้ความรู้ 2) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลตัวอย่าง 3) กิจกรรมการเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ 4) กิจกรรมการกระตุ้นเตือน การชักจูงด้วยคำพูดและให้คำปรึกษารายบุคคล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองเด็ก 0 - 3 ปี ต้องได้รับความรู้เพื่อเป็นฐานในการนำไปปฏิบัติ และมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์เพื่อเป็นแรงบันดาลใจในการป้องกันฟันผุ รวมถึงกิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความถูกต้องในการปฏิบัติ รวมถึงกิจกรรมการกระตุ้นเตือน การชักจูงเพื่อให้ผู้ที่ไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติได้สำเร็จ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kinnby, et al., (1991)[13] ที่พบว่า การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้านทันตสุขภาพจะเป็นการกระตุ้นให้พ่อแม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ดี ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญาแซ่ลี้และนิรมล เมืองโสม (2551)[14] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.05)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 55.5 เท่านั้นที่อยู่ในระดับสูง ดังนั้นทันตบุคลากรควรให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการวิจัย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพควรสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจ รางวัล อุปกรณ์และเครื่องมือการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

3. จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครอง สามารถปรับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี ของผู้ปกครองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปกครองเด็ก 0 - 3 ปี เพื่อให้เด็ก 0 - 3 ปี ปราศจากฟันผุ

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อพัฒนาครอบครัวต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี

2. ควรศึกษารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0 - 3 ปี

3. ควรศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดฟันน้ำนมผุในเด็ก 0 - 3 ปี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงได้ด้วยดีอันเนื่องมาจากความกรุณาอย่างยิ่งของ ดร.เสน่ห์ เงินแจ้ง ที่ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ จนงานวิจัยสำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณทุกท่านที่มิได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้ ...■

บรรณานุกรม

1. เพ็ญแข ลาภยิ่ง และกัญญา บุญธรรม. **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากของประเทศไทย พ.ศ. 2555 - 2559.** นนทบุรี : สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข., 2556.
2. HFOCUS เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2016 : online). **ปัญหาฟันผุทำเด็กไทยแคระแกร็น พัฒนาการล่าช้า.** สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2561 จาก https://www.hfocus.org/content/2016/09/12776., 2016.
3. กรมอนามัย. (2017: online). **สำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8.** สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2561 จาก https://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=10623., 2017.
4. Thai PBS. (2018 : online). **พบเด็กไทยเริ่มฟันผุตั้งแต่อายุ 9 เดือน.** สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2561 จากhttps://news.thaipbs.or.th/content/270135., 2018.
5. สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย. **รายงานผลการตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ (พิมพ์ครั้งที่ 7).** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข., 2555.
6. สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย (2017 : online). สถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปาก. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2561 จาก http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1855., 2017.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. **รายงานสรุปผลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มอายุ 3 ปี ในจังหวัดอุทัยธานี.** อุทัยธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี., 2560.
8. สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย. **แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี 2561.** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข., 2560.
9. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. **Determining Sample Size for Research Activities.** Educational and Psychological Measurement, 30 (3), pp. 607 - 610., 1970.
10. พัชรี ศรีชัย. **ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองต่อการป้องกันโรคฟันผุ ในกลุ่มเด็กอายุ 3 - 5 ปี ตำบลดงใหญ่ อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา.** รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ สบ. มหาสารคาม, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม., 2545.
11. อุดม ผาทาเต. **พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองเด็กในศูนย์สุขภาพชุมชนมะโบ่ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.** วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคอีสาน. ปีที่ 22 ฉบับที่ 3 (ฉบับพิเศษ) ประจำเดือนมีนาคม 2551, หน้า 12 - 16., 2551.
12. สิริอนงค์ อ่ำพุทรา. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น., 2548.
13. Kinnbychistina Granath, Palm Lare and Widen - heim Jan. **Evaluation of information on dental health care at child.** ACTA Odontology. 5 (10) : 25 - 30., 1991.
14. สุกัญญา แซ่ลี้ และนิรมล เมืองโสม. **การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนประถมศึกษา ตำบลนาข่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.** วารสารวิจัย มข. (บศ.) 8 (4) ตุลาคม - ธันวาคม 2551, หน้า 18 - 27., 2551.

งานวิจัย

โดย...สุรพร นนทแก้ว
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Affecting The Quality of Life Among Elderly Persons in Rural Areas, Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยสังคมประชากร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 11,078 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่ศึกษา ได้จำนวนตัวอย่าง 373 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบอย่างมีระบบเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยลักษณะสังคมประชากร ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.1 อายุเฉลี่ย 71.76 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้อยู่ระหว่าง 1,001 - 5,000 บาทต่อเดือน เงินออมเฉลี่ย 16,971.31 บาทต่อปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ป่วยด้วยกลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือดและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.1 ความรู้สึกมีคุณค่าตนเองและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ระดับสูง ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านร่างกายด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ระดับปานกลาง ส่วนด้านสภาพจิตใจอยู่ในระดับดีและ ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คือ ปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยสังคมประชากรด้านเงินออมมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.002 ส่วนปัจจัยทางด้านอายุมีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยปัจจัยทั้ง5 ตัวร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร้อยละ45.9

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในชนบทความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

The objectives of this survey research were to: identify socio-demographic factors including personal characteristics, self-esteem, family relationship, and social support;determine the quality of life ; and determine the influence of socio-demographic characteristics, self-esteem, family relationship, and social support on the quality of life, all involving the elderly living in rural areas of Hua Sai district, Nakhon Si Thammarat province.The study was conducted among a sample of 373 elderly persons, selected using the systematic sampling method from all 11,078 elders aged 60 years and over and living in the rural areas of the district.Calculate the sample size using the formula to estimate the proportion Known populationstudier.Data were collected using the Quality of Life tool (WHOQOL - 26) with the reliability value of 0.84. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation and multiple regression analysis.

The results revealed that:of all elderly respondents, most of them (65.1%) were female and married ; their mean age was 71.76 years ; they finished primary education, had an average monthly income of 1,001 - 5,000 baht with average annual savings of 16,971baht; most of them had chronic diseases such as hypertension and were elderly club members (57.1%) ; their self - esteem and social support were at a moderate level, and the family relationship was at a high level; their overall quality of life related to physical health, family relationship, and environment was at a moderate level, but the mental health status was at a good level ; and factors significantly affecting their quality of life were self-esteem, family relationship, and social support ($p < 0.001$) ; savings were positively related to their quality of life ($p < 0.002$) ; but age had a negative effect; the five factors collectively had a 45.9% predictive value for their quality of life.

Keywords : Quality of life, the elderly in rural area, self-esteem, family relationship, social support.

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations : UN) ได้ให้นิยามว่า **ผู้สูงอายุ** (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปและได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ (ชมพูนุช พรหมภักดิ์, 2556 : 2 - 3)

1. **ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ** (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่า ร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

2. **ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์** (Aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่า ร้อยละ14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

3. **ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่** (Super - aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

จากการสำรวจประชากรโลกในปี 2543 พบว่า ประมาณ 8% ของประชากรทั้งหมด (7,000 ล้านคน) มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยเพิ่มขึ้นจากเมื่อ 30 ปีที่แล้ว ที่มีเพียง ร้อยละ 5 โดยประเทศที่พัฒนาแล้ว ประชากรเกือบ ร้อยละ 16 เป็นผู้สูงอายุ เมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาเพียง ร้อยละ 6 ในระยะเวลาเดียวกัน ในขณะที่หลายประเทศในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรป อเมริกาเหนือ ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แบบแล้ว แต่ประเทศญี่ปุ่น ได้ก้าวไปอีกขั้นหนึ่งเนื่องจากได้เข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด จากการที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 30 และสำหรับประเทศไทย ร้อยละ 7 พ.ศ. 2553 (World Population Prospects, 2002)

จากที่กล่าวมาพบว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) แล้วตั้งแต่ปี 2548 เนื่องจากมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.4 และยังคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปี ข้างหน้าสังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยคาดว่าในปี 2571 ประเทศไทยจะมีผู้อายุเกิน 60 ปี ร้อยละ 23.5 ในขณะที่กลุ่มประเทศที่เป็นคลื่นระลอกแรกของสังคมผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เวลาค่อนข้างมากเช่นฝรั่งเศสใช้เวลา 115 ปี สวีเดน 85 ปี สหรัฐอเมริกา 72 ปี อิตาลี 63 ปี และญี่ปุ่น 26 ปี เป็นต้นขณะที่กลุ่มประเทศที่เป็นคลื่นลูกที่สองซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศกำลังพัฒนาใช้เวลาสั้นกว่ามาก เช่น เกาหลี ในเวลา 20 ปี จีน 25 ปี ไทย 20 ปี สิงคโปร์ 17 ปี เป็นต้นทำให้มีเวลาเตรียมตัวน้อย (ชมพูนุช พรหมภักดิ์, 2556 : 1)

จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2558 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 199,457 คน ร้อยละ 16.19 ประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี จำนวน 145,104 คน ร้อยละ 11.78 และปี 2561 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 210,838 คน ร้อยละ 18.31 ประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี จำนวน 154,902 คน ร้อยละ 13.45 ตามนิยามองค์การสหประชาชาติจังหวัดนครศรีธรรมราชกำลังเข้าสู่ **“สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์”** ในขณะที่อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2558 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 10,354 คน ร้อยละ 21.77 ประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี จำนวน 7,845 คน ร้อยละ 16.49 และปี 2561 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11,612 คน ร้อยละ 24.18 ประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี จำนวน 8,957 คน ร้อยละ 18.65 สรุปได้ว่า อำเภอหัวไทร เข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุไม่ว่าด้านรายได้ ด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ จากผลการวิเคราะห์อัตรา การเกิดโรคของกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เช่น (ผลการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง, 2560)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยทางเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ เงินออม ภาวะสุขภาพ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - Esteem) ตามแนวคิดของคูเปอร์สมิท (Coppersmith. 1984 : 95 - 132) ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวแนวคิดของ จอร์จ เฮอร์เบิร์ท มี๊ด (George Herbert Mead) (จิราพร ชมพิกุล และคณะ, 2552) และปัจจัยแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb) และแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al) (ชุติเดช เจียนดอน, 2554) มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. 2541: ออนไลน์) 4ด้านคือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยแรงสนับสนุนทางด้านสังคมว่ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช หรือไม่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการป้องกันปัญหา และหาแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของ

รัฐบาลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) มุ่งหวังให้การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุพื้นที่อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ประสบภาวะยากลำบากมากกว่าการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่รัฐบาลกำหนดไว้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะบุคคล ปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานของการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับปานกลาง
2. ปัจจัยลักษณะสังคมประชากร ปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและพักอาศัยอยู่ในอำเภอหัวไทร อย่างน้อย 6 เดือนสามารถสื่อสารได้ชัดเจนและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรับรู้และ/หรือมีความพิการ ได้แก่ พิการทางการเคลื่อนไหวพิการทางสติปัญญาตาบอดและหูหนวกคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่ศึกษา (ธีรวุฒิเอกะกุล, 2543) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% ค่าสัดส่วนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 - 79 ปี จำนวน 11,076 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 373 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) (ฉวีวรรณ บุญสุยา 2557 : 8 - 9) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 15 ธันวาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่โครงการ/รหัส 14/2560 เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2560 ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เงินออมภาวะสุขภาพ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ คูเปอร์สมิท (Coopersmith,1984) ฉบับผู้ใหญ่อายุ16 ปีขึ้นไป มีเนื้อหาครอบคลุมในองค์ประกอบและปัจจัยที่มีผลกับความรู้สึกในตนเอง จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวอาศัยแนวคิดของ จอร์จ เฮอร์ เบิร์ท มี๊ด (George Herbert Mead, 1934) จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม อาศัยทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) แนวคิดของแคปแลน (Caplan, G. 1974) พิลิซุก (Pilisuk M , 1982 : 20) และ (House 1985 : 9) จำนวน 20 ข้อ แบบสัมภาษณ์ใน ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 มีทั้งข้อคำถามที่มีความหมายทั้งเชิงบวก และเชิงลบ มีคำตอบให้เลือกตอบจาก 5 ตัวเลือก (วีนัส วัยวัฒนะ, 2550) เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต

ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL BREF THAI) จำนวน 26 ข้อ (WHOQOL - 26) ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมข้อคำภามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำภามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรา-ส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ข้อคำภามเชิงลบให้คะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ผู้วิจัยดำเนินการสร้างและพัฒนาแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96 การตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เงินออมภาวะสุขภาพการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัว ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์หาปัจจัยที่ร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \le .05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.1 อายุระหว่าง 60 - 79 ปี ร้อยละ 43.2 ($\bar{X}$ = 71.76, S.D. = 8.002) อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 99 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 60.9 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 77.0 รายได้อยู่ระหว่าง 1,001 - 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.0 เงินออมต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี ($\bar{X}$ = 16,971.31, S.D. = 52856.925) ต่ำสุดไม่มีเงินออม และเงินออมสูงสุด 750,000 บาท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ภาวะสุขภาพมีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.0 ป่วยด้วยกลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือด มากที่สุด ร้อยละ 30.32 รองลงมาป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง ร้อยละ 17.70 พบป่วยด้วยเนื้องอก รวมมะเร็ง ร้อยละ 0.37 และผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.1 รายละเอียดดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 373)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	130	34.9
หญิง	243	65.1
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	161	43.2
70-79 ปี	144	38.6
80-89 ปี	59	15.8
90-99 ปี	9	2.4
Mean = 71.76 ปี, S.D = 8.002, Minimum = 60 ปี, Maximum = 99 ปี		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	15	4.0
คู่	227	60.9
หม้ายแยกกันอยู่/หย่า/	131	35.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	46	12.3
ประถมศึกษา	287	77.0
มัธยมศึกษา	33	8.8
อนุปริญญาอุดมศึกษา/	3	0.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	1.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 1,000 บาท	118	31.6
1,001-5,000 บาท	194	52.0
5,001-10,000 บาท	37	9.9
10,001-15,000 บาท	15	4.0
15,000 บาทขึ้นไป	9	2.4
เงินออม (บาท)		
ต่ำกว่า 20,000 บาท	311	83.4
20,001-40,000 บาท	30	8.0
40,000-60,000 บาท	11	2.9
60,001-80,000 บาท	4	1.1
มากกว่า 80,000 บาท	17	4.6
Mean = 16,971.31 บาท, S.D = 52856.925,		
Minimum = 0 บาท, Maximum = 750,000 บาท	129	17.70
โรคประจำตัว		
ไม่มี	71	19.00
มี	302	81.00

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือด	80	10.97
จำแนกความเจ็บป่วยตามกลุ่มโรค(โรค/ความเจ็บป่วย ได้มากกว่า 1 กลุ่มโรค)		
โรคระบบไหลเวียนเลือด	221	30.32
โรคกล้ามเนื้อรวมโครงสร้าง	129	17.70
ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	101	13.85
โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือด	80	10.97
โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ	80	10.97
โรคตารวมส่วนประกอบของตา	46	6.31
โรคระบบย่อยอาหารรวมระบบปัสสาวะ	41	5.62
โรคระบบย่อยอาหาร	31	4.25
โรคหู	29	3.98
เนื้องอก รวมมะเร็ง	2	0.27
สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่เป็นสมาชิก	160	42.9
เป็นสมาชิก	213	57.1

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับด้านสัมพันธภาพในครอบครัว อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.89, S.D. = 0.54) ด้านความรู้สึกมีคุณค่าตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.24, S.D. = 0.39) และด้านการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.23, S.D. = 0.55) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยภาพรวม

ปัจจัย	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3.24	0.39	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	3.89	0.54	สูง
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	3.23	0.55	ปานกลาง

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.48, S.D. = 0.41) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตแต่ละด้านพบว่า ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.23, S.D. = 0.45) ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.74, S.D. = 0.52) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.23, S.D. = 0.55) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.55, S.D. = 0.51) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามองค์ประกอบโดยภาพรวม

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	แปลผล
องค์ประกอบด้านร่างกาย	3.23	0.45	ปานกลาง
องค์ประกอบด้านสภาพจิตใจ	3.74	0.52	ดี
องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.23	0.55	ปานกลาง
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	3.55	0.51	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตรวม	3.48	0.41	ปานกลาง

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์การถดถอย พหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรที่ใช้ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ 11 ตัว ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล 8 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ เงินออม โรคประจำตัว และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และตัวแปรอิสระ อีก 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าตนเอง สัมพันธภาพครอบครัว และ การสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม 1 ตัวแปร ได้แก่ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์การถดถอย เพื่อพยากรณ์ปัจจัยที่มีผล กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัย สัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ส่วนปัจจัยด้านอายุ มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ส่วนปัจจัยด้านเงินออม มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.002 โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัวดังกล่าว สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ร้อยละ 45.9 (R2 = .459) ความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์เท่ากับ 0.208 สามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ = 1.63 +.270 *(สัมพันธภาพในครอบครัว)* + .216 *(ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง)* +.182 *(การสนับสนุนทางสังคม)* +.001 (เงินออม) - .007 *(อายุ)*

ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยเพื่อพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตัวแปร	B	SEB	Beta	t	p-value
1. อายุ	-.007	.002	-.137	-3.540	<.001
2. เงินออม	<.001	.000	.120	3.080	.002
3. สัมพันธภาพในครอบครัว	.270	.037	.361	7.311	<.001
4. การสนับสนุนทางสังคม	.182	.031	.245	5.866	<.001
5. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.216	.049	.208	4.374	<.001

ค่าคงที่ = 1.63 SE_e = ± . 208 R = .678; R^2 = .459; F = 62.316; p-value <.001

อภิปลายผล

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน พบว่า ด้านร่างกายกายอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสภาพจิตใจอยู่ในระดับดี ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของ ลอว์ตัน (Lawton,1985 อ้างในสิทธิอาภรณ์ชวนปี, 2540) ได้ศึกษาการมีชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุผลการศึกษาสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจำเป็นต้องประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านบุคคล และด้านการรับรู้สอดคล้องกับ ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) ได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่บนพื้นฐานของบุคคลในด้าน คือความผาสุกทางด้านร่างกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเช่นความสัมพันธ์ของคู่สมรสบิดามารดาบุตรเพื่อนและบุคคลอื่นๆ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมชุมชนและ องค์กรการช่วยเหลือสนับสนุนของบุคคลอื่นรวมถึงชมรม องค์กรต่างๆ และกลุ่มที่ให้ประโยชน์แก่สังคมการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการเช่นมีพัฒนาการทางสติปัญญาเรียนรู้และเข้าใจตนเองมีการวางแผนในการพัฒนาตนเองรู้ตลอดจนการทำกิจกรรมต่างๆ เช่นมีการพบปะสังสรรค์ในบ้านและในสังคมทำให้มีเพื่อนใหม่และมีกิจกรรมสันทนาการต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรัทยากุลเกลี้ยง (2556) และชุติเดช เจียนดอน และคณะ (2554) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่าตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ อายุ เงินออม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 สอดคล้องกับแนวติดของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith. 1984 : 5) การที่บุคคลพิจารณาประเมินตนเองแล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเองความสำคัญความสำเร็จและความมีคุณค่าของตนเองรวมทั้งการสามารถยอมรับการเห็นคุณค่าที่ผู้อื่นมีต่อซึ่งเกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ (Self - Concept) ของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับ แนวคิดของจอร์จ เฮอร์เบิร์ท มี๊ด (George Herbert Mead, 1934) สาระสำคัญของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ในรูปของผู้กระทำทางสังคม (Active social actor) และผู้สะท้อนการกระทำทางสังคม (Reflective social actor) ซึ่งการกระทำทั้งสองชุดอยู่บนจิตสำนึกที่รู้ตัวของบุคคลที่กระทำ สอดคล้องกับแนวคิดของ แคพแพลน (Caplan, G. 1974) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

ปัจจัยด้านอายุ พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ คำดี (2553) ปัจจัยทางด้านอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านลบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น 1 หน่วย คุณภาพชีวิตลดลง 0.137 หน่วย สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี พงษ์นาค (2555 : 76) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาอภิปรายได้ว่า อายุของผู้สูงอายุที่มากขึ้นส่งผลให้ระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้นทั้งยังทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมจากการที่มีร่างกายทรุดโทรมลงหรือมีโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยด้านเงินออม พบว่าเงินออมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2552) พบว่า เงินออม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการศึกษาอภิปรายได้ว่าเงินออมเป็นตัวลดปัญหาสุขภาพและยกระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ สร้างความมั่นใจ เป็นปัจจัยในการสร้างที่อยู่อาศัยที่ดี อุปกรณ์อำนวยความสะดวก ตลอดจนด้านอาหารที่ดี

ปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช สอดคล้องกับการศึกษาของศุภญตา แสงสมเรือง (2554 : 137) พบว่า

การที่ผู้สูงอายุรู้จักคุณค่าของตนเองด้านมีการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อนจากการศึกษาอภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงด้วย และยิ่งมีการดูแลตนเองได้มากเท่าไหร่จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าการดูแลตนเองน้อย

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา คชภักดี (2554) พบว่า ปัจจัยสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเฉพาะด้านจิตใจจากการศึกษาอภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีความพอใจในคุณภาพชีวิตมากผู้สูงอายุสามารถพึ่งพึงและระบายความในใจกับบุคคลในครอบครัวได้การพูดคุยการแสดงออกซึ่งความรักและทำกิจกรรมอื่นๆ ร่วมกันทั้งในด้านสัมพันธภาพที่ดีและไม่ดีก่อให้เกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตในทุกด้าน

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี พงษ์นาค (2555) พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการศึกษาอภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวมากกว่าในชุมชนทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีอายุสูงขึ้นและสุขภาพทางร่างกายไม่อำนวยต่อการเดินทางหรือการร่วมกิจกรรมกับทางชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมักอยู่กับบ้านและมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและเพื่อนบ้านมากกว่า อย่างไรก็ตามพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตในระยะเวลาไม่เกิน10ปีข้างหน้าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นตลอดจนกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 70 - 80 ปี จะมีมากขึ้น และปัจจัยด้านอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทิศทางลบ จึงควรมีการวางแผนเตรียมการในระยะยาว ทั้งการเตรียมการของผู้ดูแล (Care giver) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ บูรณาการทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และตำบล (District Health Board) เพื่อบริหารจัดการระบบสุขภาพ บุคลากร และงบประมาณร่วมกัน

2. ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุและประชากรก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุควรจัดอาชีพเสริมให้กับผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญต่อการออมเงินเพื่อเป็นหลักประกันของการใช้จ่ายในอนาคต เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เนื่องจากเงินออมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัจจุบันรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อเงินออมเพื่อใช้ในวัยเกษียณ หรือยามชราแต่ยังไม่เข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบท การสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญในการออมเงินสร้างวินัยในการออม มีเป้าหมายในการวางแผนการออมความความสม่ำเสมอในการเก็บเงิน

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย ควรมีการสนับสนุนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกายและจิตใจแบบยั่งยืน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงองค์กรต่างๆ ควรจัดให้มีที่ออกกำลังกายสาธารณะและรณรงค์ให้ออกกลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้การตรวจสุขภาพประจำปี ของกลุ่มผู้สูงอายุก็เป็นวีหนึ่งในการดูแลสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง

4. ผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุสมัครเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุมากขึ้น ถึงแม้ว่าปัจจัยการเป็นสมาชิกชมรมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่จากการศึกษาในด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึงประโยชน์ของการพบปะผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมร่วมกันทำให้สุขภาพร่างกายทั้งทางร่างกายและจิตใจดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วย

5. จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุในเตชนบทมีความพึงพอใจการอยู่อาศัยในพื้นที่ว่ามีความมั่นคงและความปลอดภัย จึงเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มากในการเตรียมดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ เพราะคาดหวังได้ว่าผู้สูงอายุน่าจะไม่มีการย้ายแหล่งที่อยู่อาศัยหากไม่มีความจำเป็น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไปในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเชิงคุณภาพผสมผสานกับเชิงสำรวจเพื่อได้เพิ่มเติมช่องว่างในการศึกษาครั้งนี้เช่นการเข้าไปร่วมสังเกตการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ การดูแลรับผิดชอบของครอบครัว เพื่อนบ้าน และในชุมชน

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับจากครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน และชุมชน และควรเป็นศึกษาร่วมกับหลายภาคส่วนในชุมชนเพื่อนำไปใช้ในการจัดสวัสดิการ หรือจัดกิจกรรมที่เหมาะสมต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยด้านสุขภาพและภาวการณ์เจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเพื่อสามารถพยากรณ์โรคที่มีอิทธิพลได้ เป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยในกลุ่มโรค และจัดระบบบริการได้ครอบคลุมเหมาะสมต่อไป ...■

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย** (WHOQOL-BREF-THAI). กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี., 2559.

จิราพร ชมพิกุล และคณะ. **รายงานการวิจัย (ฉบับสมบูรณ์) สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. (พิมพ์ครั้งแรก)**. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล., 2552.

ฉวีวรรณ บุญสุยา. **ประชากรการเลือกตัวอย่างและขนาดตัวอย่างในการวิจัย.** ในประมวลสาระชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ (หน่วยที่ 8, น. 9). (พิมพ์ครั้งที่ 3).นนทบุรี: บริษัท เอเอ็นทีออฟฟิศ เอ็กซ์เพรส จำกัด., 2557.

ชุติเดช เจียนดอน และคณะ. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา.** วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 41 (3), 229 - 239., 2554.

ชมพูนุท พรหมภักดิ์. **บทความวิชาการการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย.** สำนักวิชาการ สำนักเลขาธิการวุฒิสภา. สืบค้นจาก http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF (วันที่สืบค้น 8 พฤษภาคม 2560)., 2556.

ดวงใจ ดำคง. **ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีวารินทร์ จังหวัดพัทลุง.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร-มหาบัณฑิต) สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ, พัทลุง., 2554.

ธีรวุฒิ เอกะกุล. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.** อุบลราชธานี : สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี., 2543.

นิตยา คชภักดี. **โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด “ครอบครัวอยู่ดีมีสุข” รายงานการศึกษาชั้นสุดท้าย.** สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว : มหาวิทยาลัยมหิดล., 2545.

มยุรี พงษ์นาค. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปะศาสตรา-มหาบัณฑิต) สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ., 2555.

ระบบข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ. **ผลการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหัวไทร. นครศรีธรรมราช.**, 2560.

วรัทยา กุลเกลี้ยง. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.** (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ธุรกิจคณะวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น., 2556.

ศุภญดา แสงสมเรือง. **การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการจากโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราช-ประชาสมาลัย จังหวัดสมุทรปราการ.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต) สาขาวิชาบูรณาการนโยบายสวัสดิการสังคมบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, สมุทรปราการ., 2554.

สิทธิอาภรณ์ ชวนปี. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ.** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร., 2540.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ทีคิวพี., 2552.

Caplan, G. **Support systems and community mental health.** New York. Behavioral Publications., 1974.

Coppersmith, S. **Self - Esteem.** New York : Bantam Books., 1984.

Flanagan, J.C. **Measurement of Quality of Life : Current State of the Art.** Arch Phys Med Rehabil : 56 - 59.5r., 1982.

George Herbert Mead. **Mind, Self and Society.** Internet Encyclopedia of Philosophy., 1934.

Pilisuk, M. **Delivery of Social Support : The Social Innovation.** American Journal Orthopsychiatry, 52 (January, p. 20)., 1982.

United Nations Population Division. **World Population Prospects : The 2002 Revision.**, 180, 1 - 17., 2003.

งานวิจัย

โดย...สุทธิดา ผกากรอง
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

แนวทางการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) ของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราช

The way for Good Pharmacy Practice of pharmacy entrepreneurs in Nakhon Si Thammarat Province.

บทคัดย่อ

การศึกษาแนวทางการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความพร้อม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อม ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป การรับรู้ และความรู้ ตลอดจนหาแนวทางการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 207 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิแอลฟา (α - Coefficient) ของ ครอนบัค ได้เท่ากับ 0.92 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ X^2-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 71.50 อายุเฉลี่ย 37.03 ปี จบการศึกษาทางด้านเภสัชศาสตร์ ร้อยละ 78.30 ส่วนใหญ่ขออนุญาตเปิดร้านก่อนปี 2556 ร้อยละ 65.20 ระยะเวลาดำเนินกิจการเฉลี่ย 7.69 ปี รายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 20,000 - 30,000 บาท มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 34.30 รองลงมา อยู่ในช่วง 30,000 - 40,000 บาท ร้อยละ 23.20 ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลเรื่องหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน จากแหล่งข้อมูลสื่อบุคคลในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 3.08) รับรู้จากหนังสือแจ้งจากหน่วยงานภาครัฐมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.40) การรับรู้ข้อมูลเรื่องหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนจากแหล่งข้อมูลสื่อมวลชนในภาพรวมอยู่ที่ระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 3.07) และพบว่าผู้ประกอบการรับรู้ข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต/เฟซบุ๊ค/ไลน์อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.87) ปัจจัยด้านความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.70 รองลงมาระดับพอใช้ ร้อยละ 20.30 และไม่มีต้องปรับปรุงความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในภาพรวมทั้ง 5 หมวด อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.20) เมื่อพิจารณารายหมวด พบว่า ทุกหมวดมีระดับความพร้อมอยู่ในระดับดีโดยหมวดบุคลากรมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.29) รองลงมาเป็นความพร้อมด้านสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ($\bar{X}$ = 4.28)

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ ประเภทของร้านยาที่ขออนุญาต และระยะเวลาดำเนินกิจการมีความสัมพันธ์กับ ระดับความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการทำกิจกรรมสนทนากลุ่มของ

ผู้ประกอบร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า 1) ต้องมีการจัดตั้ง Line Group เพื่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในกลุ่มประกอบด้วย ร้านขายยาแผนปัจจุบันทุกร้านและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน GPP จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช 2) ชมรมร้านขายยาจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นศูนย์กลางในการประสานงาน และ 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชจัดทำ Facebook ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นช่องทางประชาสัมพันธ์ สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับ GPP และสนับสนุนทีมเจ้าหน้าที่ เพื่อลงตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำ

คำสำคัญ : หลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน GPP ร้านขายยาแผนปัจจุบัน

Abstract

The purpose of this study is to identify relationships between personal characteristics, perception, knowledge of pharmacy entrepreneurs and readiness for Good Pharmacy Practice (GPP) in Nakhon Si Thammarat Province. Through finding way for Good Pharmacy Practice (GPP) in drug store. The sample size were 207 persons by using simple random sampling. Data were collected by questionnaire withreliabilitycoefficient of 0.92 by using Conbach's alpha. Statistic used for data analysis werepercentage,mean,standard deviation and chi-squaretest. The resulted revealed that the pharmacy entrepreneur's personal characteristics of samples were mostly female (71.50%) with average age 37.03 years old, 78.30% graduate in pharmacy bachelor's degree, 65.20% were mostly apply for grant of a licene sell drug before 2557 BE. Average duration of business were 7.69 years. Most of them the range of income were 20,000 - 30,000 per month (34.30%) and the range of income were 30,000 - 40,000 per month (23.20%). The perception factor of Pharmacy entrepreneurs from personal media were in fair level ($\bar{X}$ = 3.08), mostly fromthe official letter ($\bar{X}$ = 3.40). The perception from mass media were in fair level ($\bar{X}$ = 3.07) and perception from Internet/Facebook/line were in good level ($\bar{X}$ = 3.87). The knowledge factor of Pharmacy entrepreneurs mostly good level (79.70 %),fair level (20.30 %) and no unsatisfylevel. The readiness toGood Pharmacy Practiceof pharmacy entrepreneurs at a good levelall 5 categories ($\bar{X}$ = 4.20), the first one was pharmaceutical person ($\bar{X}$ = 4.29) andsecond one was the place for pharmaceutical service area ($\bar{X}$ = 4.28)

Result of this study found relationship between Age of pharmacy entrepreneurs, type of drug store, duration of business and the readiness to Good Pharmacy Practice of pharmacy entrepreneurs in Nakhon Si Thammarat Province (p - value < 0.05). From focused groupstudy suggested that 1) Line group should be established between the pharmacy entrepreneursand the public health officers who responsible for GPP of Nakhon Si ThammaratProvince Public Health Office 2) Drug store club in Nakhon Si Thammarat Province was a center for coordinate and 3) Nakhon Si Thammarat Province Public Health Office established facebook Page to publicize ,communicate GPP informationand support Inspection teamtovisit and to give recommendations for pharmacy entrepreneursat drug store.

Keyword : Good Pharmacy Practice (GPP), Drug store.

บทนำ

ร้านขายยาเป็นสถานที่ที่มีการกระจายยาของประเทศไทยมีมูลค่าเป็น ร้อยละ 20 ของมูลค่ายาทั้งหมด[1] ทั้งนี้เพราะร้านขายยาเป็นสถานที่ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก ประชาชนสามารถหาซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเองได้ง่ายและรวดเร็ว เนื่องจากกระจายอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ที่เป็นแหล่งชุมชน ร้านขายยาจึงเป็นหน่วยหนึ่งของระบบสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เป็นทางเลือกของประชาชนในการใช้บริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น แต่การที่ประชาชนตัดสินใจเลือกซื้อยากินเองจากร้านขายยาทำให้พบปัญหาที่ต่อเนื่องมากมาย มีทั้งการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมการใช้ยาฟุ่มเฟือยมากเกินความจำเป็นการใช้ยาอย่างไม่ต่อเนื่องรวมถึงเกิดอันตรายจากการใช้ยาในบางประเภททั้งยาชุดและยาควบคุมพิเศษต่างๆ[2] การใช้ยาของประชาชนที่ฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็นและไม่สมเหตุสมผลทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับยาอย่างมีประสิทธิผล เป็นสาเหตุของค่าใช้จ่ายที่สูญเปล่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งยาต้านจุลชีพ[3] และยังส่งผลทำให้ปัญหาเชื้อดื้อยานอกจากนี้ยังพบปัญหาการขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษโดยไม่มีเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยาสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้บริโภคที่เข้ามารับบริการในร้านขายยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จึงได้มีการนำหลักของ Good Pharmacy Practice (GPP) ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานที่ดีในการปฏิบัติในร้านขายยามาเป็นนโยบายในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อบังคับใช้กับร้านขายยาและเภสัชกร

ในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกฎกระทรวง เรื่อง การขออนุญาตและออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน และในปี พ.ศ. 2557 ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์และวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 โดยมีผลบังคับใช้ทันทีกับร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ขออนุญาตรายใหม่ และสำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันรายเดิมมีช่วงเวลาภายในระยะเวลาที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาไม่เกิน 8 ปี นับตั้งแต่วันที่กฎกระทรวงฉบับนี้บังคับใช้อย่างไรก็ตามการบังคับให้ร้านขายยาแผนปัจจุบันทุกร้านต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่ดีอาจทำให้ร้านขายยาจำนวนหนึ่งอาจต้องปิดตัวลงเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ได้ ซึ่งส่งผลทำให้ไม่สามารถต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันได้[4]

จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งอยู่ทางตอนกลางของภาคใต้ของประเทศไทยและมีขนาดพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับ 2 ของภาคใต้ รองจากสุราษฎร์ธานี มีประชากรมากที่สุดในภาคใต้ จำนวน 1,590,170 คน โดยประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวน 1,302,310 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2559) ส่งผลให้มีร้านขายยาเป็นจำนวนมากเพื่อรองรับความต้องการของประชาชน ประกอบกับมีร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย. 1) เกิดขึ้นใหม่เพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้ว่า ในปี พ.ศ. 2555 มีร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย. 1) จำนวน 157 ร้าน และในปี พ.ศ. 2559 มีร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ทั้งหมด จำนวน 265 ร้าน จึงสรุปได้ว่าในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - พ.ศ. 2559 มีร้านขายยาแผนปัจจุบันเปิดดำเนินกิจการใหม่จำนวน 108 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 40.75 โดยในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีข้อร้องเรียนจากผู้บริโภคเกี่ยวกับร้านขายยาในจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ มีการจำหน่ายยาน้ำแก้ไอให้แก่กลุ่มเยาวชนนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อย่างไม่เหมาะสม จำนวน 5 ราย ขายยาอันตรายโดยไม่ได้รับอนุญาต จำนวน 5 ราย ขายยาอันตรายโดยไม่มีเภสัชกรปฏิบัติหน้าที่ในร้านขายยา จำนวน 4 ราย และจากผลการดำเนินการตรวจสอบร้านขายยาทุกประเภทในจังหวัดนครศรีธรรมราชของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งประกอบด้วย ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย. 1) ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ข.ย. 2) ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (ข.ย. 3) และร้านขายยาแผนโบราณ (ข.ย.บ.) รวมทั้งหมด จำนวน 336 แห่ง เพื่อให้มีการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พบว่า มีร้านขายยาที่พบ

ข้อบกพร่องต้องปรับปรุง จำนวน 42 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 12.5 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2556, 2557 และ 2558 ที่พบข้อบกพร่อง มีร้อยละ 2.43, 3.94 และ 3.50 ตามลำดับ ข้อบกพร่องที่พบ เช่น ไม่จัดทำบัญชีซื้อขายยา เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ในเวลาที่ระบุไว้ในใบอนุญาต และไม่แสดงภาพถ่ายเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้านขายยา (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2559)

การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชรวมถึงหาแนวทางในการควบคุมกำกับให้สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชทุกแห่งในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ภายใน 8 ปี เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและการรักษาด้วยยาที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลการรับรู้ข้อมูลเรื่องหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนและความรู้เรื่องหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนกับความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) ของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐาน

1. ความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชอยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลการรับรู้ข้อมูลเรื่องหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนและความรู้เรื่องหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนกับความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีความสัมพันธ์กัน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 265 คน ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559 จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี simple random คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปของ Taro Yamnane ได้จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำ 152 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 207 คน

รูปแบบการวิจัยแบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่หนึ่ง เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิแอลฟา (α - Coefficient) ของ ครอนบาค ได้เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลเชิงพรรณนาใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (X^2 - test)

ตอนที่สอง เป็นการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม (focused group interview) เน้นกิจกรรมการสนทนากลุ่มย่อย สัมภาษณ์และถอดบทเรียนการสังเกตการณ์ กิจกรรมการสัมภาษณ์ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มร้านขายยาแผนปัจจุบัน อายุ ≥ 35 ปี และกลุ่มร้านขายยาแผนปัจจุบัน อายุ < 35 ปี สรุปบทเรียนจากกิจกรรมการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์การประเมินร้านยาคุณภาพและร้านยาทั่วไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการควบคุมกำกับให้สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชทุกแห่งในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่หนึ่งการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.50 เพศชาย ร้อยละ 28.50 มีอายุเฉลี่ย 37.03 ปี อายุผู้ประกอบการต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 76 ปี เกือบครึ่งของกลุ่มอายุผู้ประกอบการอยู่ในช่วง 25-35 ปี ร้อยละ 49.80 ผู้ประกอบการจบการศึกษาทางด้านเภสัชศาสตร์ ร้อยละ 78.30 และจบการศึกษาสาขาอื่นๆ ร้อยละ 21.70 ส่วนใหญ่ขออนุญาตเปิดร้านก่อนวันที่ 25 มิถุนายน 2557 ร้อยละ 65.2 ซึ่งระยะเวลาเปิดร้านเฉลี่ย 7.69 ปี ระยะเวลาเปิดร้านต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 54 ปี รายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 20,000-30,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.30 รองลงมาอยู่ในช่วง 30,000-40,000 บาท ร้อยละ 23.20 ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลเรื่องหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนจากแหล่งข้อมูลสื่อบุคคลภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 3.08) รับรู้จากหนังสือแจ้งจากหน่วยงานภาครัฐมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.40) รองลงมา จากการอบรม/สัมมนา ($\bar{X}$ = 3.26) และการศึกษาดูงานที่เกี่ยวข้องน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.57) การรับรู้ข้อมูลเรื่องหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนจากแหล่งข้อมูลสื่อมวลชนในภาพรวมอยู่ที่ระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 3.07) โดยผู้ประกอบการรับรู้ข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต/เฟซบุ๊ค/ไลน์อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.87) รองลงมาเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ ($\bar{X}$ = 2.92) และโฆษณาวิทยุ/โทรทัศน์ น้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.42) ปัจจัยด้านความรู้ของผู้ประกอบการร้านขายยา จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนนภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.70 รองลงมาระดับพอใช้ ร้อยละ 20.30 และไม่มีต้องปรับปรุง

ตารางที่ 1 แสดงระดับความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกตามรายหมวด (n = 207)

หมวดความพร้อมต่อการปฏิบัติตาม GPP	$\bar{\chi}$ ±SD	ระดับความพร้อม
1.สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	4.28±0.60	ดี
2. วัสดุอุปกรณ์	4.14±0.82	ดี
3. บุคลากร	4.29±0.66	ดี
4. การควบคุมคุณภาพยา	4.19±0.62	ดี
5. การปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน	4.08±0.59	ดี
รวม	**4.20±0.56**	**ดี**

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ระดับความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยแบ่งระดับความพร้อม เป็น 3 ระดับ คือ ดี (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00) พอใช้ (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66) และต้องปรับปรุง (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) พบว่า ภาพรวมทั้ง 5 หมวด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 อยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายหมวด พบว่า ทุกหมวดมีระดับความพร้อมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคัมภีร์ ตันภูมิประเทศ[5] และ ทิยานันท์ สุทธิจุฑามณี[6] โดยหมวดบุคลากร มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.29) รองลงมาเป็นความพร้อมด้านสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ($\bar{X}$ = 4.28) ส่วนหมวดความพร้อมด้านการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 4.08)

ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชกับปัจจัยต่าง ๆ (n = 207)

ปัจจัย		ระดับความพร้อม		p-value
		ดี	พอใช้	
1. เพศ	ชาย	47(79.7%)	12 (20.3%)	0.923 [a]
	หญิง	117(79.1%)	31 (20.9%)	
2.อายุ	$<$35 ปี	94(91.3%)	9 (8.7%)	<0.001 [a]
	$\geq$35 ปี	70 (67.3%)	34 (32.7%)	
3. การศึกษา	จบทางด้านเภสัชศาสตร์	131 (80.9%)	31 (19.1%)	0.271 [a]
	จบสาขาอื่น ๆ	33 (73.3%)	12 (26.7%)	
4. ประเภทร้านยา	อนุญาตก่อน25มิ.ย.2556	92 (68.1%)	43(31.9%)	<0.001 [a]
	อนุญาตหลัง25มิ.ย. 2556	72 (100%)	0 (0%)	

ปัจจัย		ระดับความพร้อม		p-value
		ดี	พอใช้	
5. ระยะเวลาดำเนินกิจการ	น้อยกว่า 10ปี	129 (84.3%)	24 (15.7%)	<0.01[a]
	10-19 ปี	24 (64.9%)	13 (35.1%)	
	20 ปีขึ้นไป	11 (64.7 %)	6 (35.3 %)	
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	≤30,000 บาท	65(74.1%)	24 (26.9%)	0.365 [a]
	30,001-50,000 บาท	66(84.6%)	12 (15.4%)	
	> 50,000 บาท	33(82.5%)	7(17.5%)	
7. ระดับการรับรู้ข้อมูลGPP	ระดับดี	36(90.0%)	4 (100%)	0.163 [a]
	ระดับพอใช้	108(77.1%)	32(22.9%)	
	ระดับต้องปรับปรุง	20(74.1%)	7(25.9%)	
8. ระดับความรู้ GPP	ระดับดี	132(80.0%)	33(20.0%)	0.587 [a]
	ระดับพอใช้	32(76.2%)	10(23.8%)	

[a] = p-value from Chi - square test

จากตารางที่ 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราช กับข้อมูลส่วนบุคคลการรับรู้ข้อมูลเรื่องหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนและความรู้เรื่องหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนพบว่า ความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอายุ ประเภทร้านยา และระยะเวลาเปิดร้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของทิยานันท์ สุทธิจุฑามณี 6ซึ่งระบุว่าผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีอายุต่างกันจะมีความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนโดยรวมแตกต่างกัน

ตอนที่สอง เป็นการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focused group interview)

กลุ่มร้านขายยาแผนปัจจุบัน อายุ ≥ 35 ปี

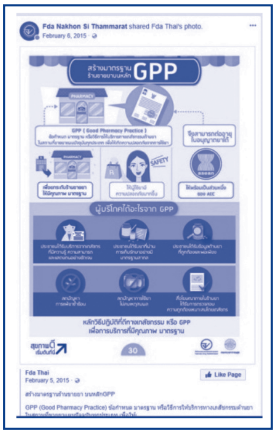
ประเด็นที่ 1 ความพร้อมของผู้ประกอบการ พบว่า หมวดที่ 5การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนเป็นหมวดที่ผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันไม่พร้อมปฏิบัติมากที่สุดเนื่องจากไม่ทราบว่าจะใช้เอกสารแบบฟอร์มใดบันทึกอย่างไร

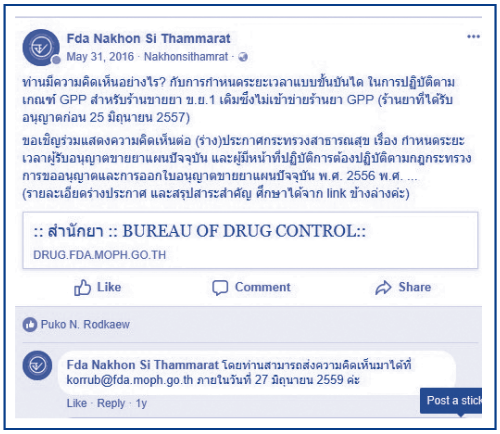
นอกจากนี้ผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบัน ยังต้องการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนในการจัดทีมเจ้าหน้าที่ ลงตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำและวิธีปฏิบัติตามหัวข้อต่างๆ ที่ระบุไว้ในหลักเกณฑ์ GPP ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน ก่อนที่จะออกตรวจประเมินมาตรฐานตามหลักเกณฑ์ GPP จริงและอยากมีโมเดลตัวอย่างการจัดกลุ่มยาในร้านขายยาแผนปัจจุบันตามหลักวิชาการซึ่งชมรมร้านขายยาจังหวัดนครศรีธรรมราช ต้องมีแนวทางพัฒนาร้านขายยาในจังหวัดนครศรีธรรมราชเพื่อปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เกณฑ์ GPP ดังนั้น 1) ชมรมร้านขายยาควรต่อรองราคากับทาง

ร้านที่ทำวัสดุปิดทึบตู้จำหน่ายยากรณีที่เภสัชกรไม่ได้อยู่ปฏิบัติหน้าที่ในร้านขายยา ตามเกณฑ์ร่วมกัน เพื่อให้ได้ราคาที่ถูกลงและเป็นวัสดุปิดทึบที่สกรีนข้อความตามที่ระบุไว้ในเกณฑ์ GPP ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด 2) ชมรมร้านขายยาควรเป็นศูนย์กลางในการจัดหาอุปกรณ์ตามที่ระบุไว้ในเกณฑ์ GPP ของร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร่วมกัน เช่น เครื่องปรับอากาศ ถังดับเพลิง ที่วัดส่วนสูง เทอร์โมมิเตอร์ เป็นต้น เพื่อต่อรองราคาร่วมกันและเพื่อร่วมมือช่วยกันขับเคลื่อนร้านขายยาแผนปัจจุบันให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ GPP ในจังหวัด

ประเด็นที่ 2 การรับรู้ข้อมูลของผู้ประกอบการพบว่าช่องทางติดตามข้อมูลจะเป็นแบบไม่เป็นทางการเนื่องจากเป็นสังคม 4.0

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้พัฒนาช่องทางติดต่อทาง Facebook/Facebookfanpage พบว่าเคยรู้จักและติดตาม 2 ราย ไม่เคยรู้จักและติดตาม 8 ราย และส่วนใหญ่อยากติดตามผ่านช่องทางนี้ต่อไป





นอกจากช่องทางดังกล่าวข้างต้นแล้วยังต้องการจัดตั้ง Line Group ของในกลุ่มต้องประกอบด้วย ร้านขายยาแผนปัจจุบันทุกร้านและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน GPP จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อไว้ส่งข้อมูลเสนอแนะแนวทางข้อดำเนินการ รายละเอียด และสอบถามข้อสงสัย รวมถึงแบบฟอร์มต่างๆ เพื่อเป็นการขับเคลื่อน GPP ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร่วมมือกันแก้ปัญหาและหาแนวทางที่จะปฏิบัติร่วมกัน โดยตั้งชื่อ Line Group "**GPP นครศรี ปี** 61 **(สสจ.)**" โดยในกลุ่มนี้มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน GPP จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นแกนหลัก ตั้งเป็นกลุ่มปิดเฉพาะร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชเท่านั้น และขอความร่วมมือให้ส่งเฉพาะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อน GPP ร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชจริงๆ

กลุ่มร้านขายยาแผนปัจจุบัน อายุ <35 ปี

ประเด็นที่ 1 ความพร้อมของผู้ประกอบการ พบว่าหมวดที่ไม่พร้อมมากที่สุด คือหมวด4 หมวดการควบคุมคุณภาพยาระบบการควบคุมการเสื่อมอายุยา ณ จุดจำหน่าย การทำลายทิ้ง ส่งคืนยาเสื่อมคุณภาพ รวมถึงการจัดทำเอกสารควบคุมคุณภาพยาต่างๆ นอกจากนี้ สิ่งที่กลุ่มร้านขายยาแผนปัจจุบันกลุ่มนี้ ต้องการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชช่วยสนับสนุนและอำนวยความสะดวก คือ 1) การจัดประชุมหลักเกณฑ์ GPP โดยเฉพาะ เพื่อให้ร้านขายยาแผนปัจจุบันเพื่อเปิดโอกาสให้สื่อสารสองทาง (Two way Communication) ได้มีโอกาสซักถามประเด็นการปฏิบัติที่มีความสงสัย 2) อยากได้รับข้อมูลที่ต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน ทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช อยากให้ชมรมร้านขายยาจังหวัดนครศรีธรรมราช ร่วมกันจัดประชุมวิชาการ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ GPP ตลอดจนพัฒนาความรู้ทางด้านเภสัชกรรมชุมชน

ประเด็นที่ 2 การรับรู้ข้อมูลของผู้ประกอบการ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้พัฒนาช่องทางติดต่อทาง Facebook/Facebookfanpage พบว่า เคยรู้จักและติดตาม 7 ราย ไม่เคยรู้จักและติดตาม 3 ราย และส่วนใหญ่อยากติดตามผ่านช่องทางนี้ต่อไป

สำหรับช่องทางเพิ่มเติมในการติดต่อสื่อสารช่องทางอื่นๆ เช่น ออนไลน์/อินเตอร์เน็ต ต้องการจัดตั้ง Line Group ของร้านขายยาแผนปัจจุบัน ทุกร้านและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชเพื่อไว้ส่งข้อมูล และสอบถามข้อสงสัย ข้อดำเนินการ รายละเอียด รวมถึงเอกสารแบบฟอร์มต่างๆ เพื่อเป็นการขับเคลื่อน GPP ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร่วมมือกันแก้ปัญหาและหาแนวทางที่จะปฏิบัติร่วมกัน

จากกิจกรรมสนทนากลุ่ม (focused group interview) กลุ่มผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบัน ที่มีอายุ ≥ 35 ปี และกลุ่มผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบัน ที่มีอายุ < 35 ปี

ข้อสรุป พบว่า ต้องทำแนวทางเพื่อปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) ของร้านขายยาแผนปัจจุบันในบริบทของจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยนำนโยบายไทยแลนด์ 4.0 เช่น สื่อออนไลน์ Social Media ดังนี้

1. การจัดตั้ง Line Group สมาชิกในกลุ่มประกอบด้วย ผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันทุกร้านและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน GPP จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อไว้ส่งข้อมูล เสนอแนะแนวทางข้อดำเนินการ รายละเอียด และสอบถามข้อสงสัย รวมถึงแบบฟอร์มต่างๆ เพื่อเป็นการขับเคลื่อน GPP ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร่วมมือกันแก้ปัญหาและหาแนวทางที่จะปฏิบัติร่วมกัน โดยตั้งชื่อ Line Group "**GPP นครศรีปี 61 (สสจ.)**" โดยในกลุ่มนี้มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน GPP จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นแกนหลักตั้งเป็นกลุ่มปิดเฉพาะร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชเท่านั้น และขอความร่วมมือให้ส่งเฉพาะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อน GPP ร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชจริงๆ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จัดทำ Facebook/Facebookfanpage ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นช่องทางประชาสัมพันธ์ สื่อสารข้อมูลความรู้และข้อปฏิบัติของหลักเกณฑ์ GPP แก่ร้านขายยาแผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน

3. ชมรมร้านขายยาจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นศูนย์กลางเพื่อประสานและเจรจาต่อรองราคาร่วมกันและเป็นการร่วมมือในระดับเครือข่ายของร้านขายยาแผนปัจจุบันในการขับเคลื่อนร้านขายยาให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ GPP ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ตลอดจนการพัฒนาสถานที่หรือจัดหาอุปกรณ์ตามที่ระบุไว้ในหลักเกณฑ์ GPP ของร้านขายยาแผนปัจจุบันร่วมกัน เช่น การจัดหาวัสดุปิดทึบตู้จำหน่ายยากรณีที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ การติดตั้งเครื่องปรับอากาศถังดับเพลิง ที่วัดส่วนสูง เทอร์โมมิเตอร์เป็นต้น

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จัดและสนับสนุนทีมเจ้าหน้าที่ เพื่อลงตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำและวิธีปฏิบัติตามหัวข้อต่างๆ ระบุไว้ในหลักเกณฑ์ GPP ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ในกรณีที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันร้องขอให้ไปช่วยแนะนำพัฒนา ณ ร้านยานั้นๆ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. ความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดนครศรีธรรมราชโดยภาพรวมและรายหมวดอยู่ในระดับดี ดังนั้นภาครัฐควรเร่งผลักดันให้มีการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

2. การรับรู้ข้อมูลแหล่งข้อมูลสื่อมวลชนประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันรับรู้จากอินเตอร์เน็ต/เฟซบุ๊ค/ไลน์มากที่สุด หน่วยงานภาครัฐควรมีการจัดทำเฟซบุ๊คของหน่วยงานเพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารแก่ผู้ประกอบการหรือประชาชนเพื่อสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเหตุการณ์ตลอดจนเตือนภัยเร่งด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคต่อไป

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. ควรจะมีส่งเสริม สนับสนุน ให้คำแนะนำ ตรวจเยี่ยมผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน พร้อมทั้งเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการพัฒนายกระดับร้านขายยา โดยเฉพาะร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผู้ประกอบการกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ก่อนช่วงเวลาภายในระยะเวลาที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาไม่เกิน 8 ปี นับแต่ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 บังคับใช้

2. ควรจะมีการส่งเสริมให้ร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านเกณฑ์ หลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น การคัดกรองโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐ

3. ควรจะมีการผลักดันให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาปฏิชีวนะที่ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาในร้านขายยาแผนปัจจุบันโดย ผลักดันให้มีข้อกฎหมายที่ระบุให้จำหน่ายยาปฏิชีวนะ เฉพาะในร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ที่ผ่านเกณฑ์ หลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี เพื่อนร่วมงานและครอบครัว ที่กรุณาให้ความร่วมมือและสนับสนุนการทำวิจัยเป็นอย่างดี ...■

บรรณานุกรม

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **การสาธารณสุขไทย 2551 - 2553.** พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข., 2554.
2. สำนักพัฒนาคุณภาพร้านยา.(ม.ป.ป.). **ร้านยาคุณภาพ.** สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2559., www.ladytip.com/health-beauty/drug-store.html.
3. สุวิทย์วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์ และ ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. **ระบบยาของประเทศไทย.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย., 2545.
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557. **ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 131 ตอนพิเศษ** 223 ง. 5 พฤศจิกายน2557 : 7.
5. คัมภีร์ ตันภูมิประเทศ และธีรยา วรปาณิ. ความคิดเห็นและการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์และวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ในจังหวัดตาก. **วารสารอาหารและยา.** สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 22 : 25 - 32., 2558.
6. ทิยานันท์ สุทธิจุฑามณี. **การศึกษาความพร้อมในการปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดพังงา.** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยรามคำแหง., 2558.

งานวิจัย

โดย...กาญจนา เลิศวุฒิ วันเพ็ญ โพธิยอด
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
ชัยธรณ์ อุ่นบ้าน
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดลำพูน

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม การป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน จังหวัดลำพูน

The Development model of participation to prevent road traffic accident Lamphun Province

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย จังหวัดลำพูน ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การติดตามสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดลำพูน จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม การสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน - ธันวาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ปัจจัยสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การบูรณาการแผนงาน การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการและติดตามอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่า

1. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เครือข่ายใช้ข้อมูลวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิต การสำรวจจุดเสี่ยง ประชุมวางแผนร่วมกันกำหนดหาแนวทางแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร มีการบูรณาแผนปฏิบัติการ งบประมาณ การติดตามและประเมินผล

2. การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อพัฒนาฐานข้อมูลการเสียชีวิต 3 ฐานเชิงประจักษ์จากหลายหน่วยงานที่มีเอกภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน สามารถนำไปใช้การวางแผนระบุมาตรการการป้องกันอุบัติเหตุให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ แต่ระบบการเก็บข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตของแต่ละภาคีเครือข่าย ควรมีการพัฒนาจัดระบบให้เป็นมาตรฐาน ออกแบบระบบข้อมูลตามลักษณะการใช้งานของทุกภาคีเครือข่าย สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่ได้

การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ปัจจัยสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การบูรณาการแผนงาน การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการและติดตามอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนา, อุบัติเหตุจราจร, การมีส่วนร่วม

Abstract

The objective of this study was to develop model to prevent traffic accidents through participation of the network, Lamphun Province. The four steps are including planning actiing observing and reflectioing. The target group for the study included 30 lamphun provincial health traffic board. Data collection tools were record forms reports group discussion and depth interviews Data were collected from September-December 2016 ; and analyzed by descriptive statistics and content analysis

The development of traffic accident prevention model were involvement of the networks, utilizing information for management and continuous monitoring.

The result found that

1. Developed activities in model included setting up of networking utilizing data on the causes of deaths, survey of accident prone location , meeting among stakeholders to set the targets and identify approaches to reduce traffic accidents, integration of action plan budget and monitoring and evaluation.

2. Used of information system to develop three empirical death databases from multiple units with integrity, can be used to plan the identification of accident prevention measures to suit the context of the area. The injury and death information system of each network partner. The system should be developed as a standard. Design of data systems based on usage characteristics of all network partners. Data can be used to prevent traffic accidents in the area.

Keywords : Development, Traffic accidents, Participation

บทนำ

อุบัติเหตุจราจร (Road Traffic Accidents) เป็นปัญหาระดับโลกของสังคมที่ใช้รถในการคมนาคมขนส่งที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2573 หากแต่ ละประเทศไม่มีมาตรการที่ดีในการป้องกันอุบัติภัยทางถนน จำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเฉลี่ยปีละ 2.4 ล้านคน และจากรายงานสถานการณ์ด้านความปลอดภัยทางถนนของโลกสถาบันวิจัยคมนาคมมหาวิทยาลัยมิชิแกน USA กับ WHO รายงาน 10 อันดับ สถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2557 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับที่ 2 ของโลก รองจากอันดับที่ 1 คือ นามิเบีย อันดับที่ 3 คือ อิหร่าน ประเทศไทยเป็นหนึ่งในหลายประเทศทั่วโลกที่กำลังเผชิญกับผลกระทบจากอุบัติเหตุจราจรอย่างหนักหน่วง ทำให้รัฐบาล ต้องยกให้ปัญหาดังกล่าวเป็นวาระแห่งชาติ โดยกำหนดให้ปี 2554 - 2563 ให้ทุกภาคส่วนดำเนินโครงการทศวรรษความปลอดภัยทางถนน (http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/tonkit31.pdf) สำหรับประเทศไทยการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรก็นับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เช่นกัน จากสถิติของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ สถิติอุบัติเหตุทางถนนทั้งประเทศ พ.ศ. 2558 มีจำนวน 69,371 ครั้ง เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2557 ร้อยละ 10.51 ผู้เสียชีวิต 6,268 คน ลดลงจาก พ.ศ. 2557 ร้อยละ 1.66 ผู้บาดเจ็บ 18,160 คน ลดลงจาก พ.ศ. 2557 ร้อยละ 22.55 พบว่าการเกิดอุบัติเหตุจราจรไม่ใช่เรื่องบังเอิญแต่สามารถป้องกันได้ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจร ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม การป้องกันหรือการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรที่มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีการดำเนินการหลายๆ มาตรการอย่างเป็นระบบในประเทศที่มีรายได้สูง

หลายแห่งได้แสดงให้เห็นว่าสามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและอัตราตายได้อย่างรวดเร็วในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งนี้เป็นผลจากการพิจารณาปัญหาอย่างเป็นระบบ (systems approach) และเน้นมาตรการทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ยานพาหนะ และผู้ใช้ถนนมากกว่าการเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้ถนนแต่เพียงอย่างเดียว สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศได้ มีการดำเนินการด้วยรูปแบบง่ายๆ ที่ได้ผล เช่น การติดตั้ง Rumble strips ในประเทศกาน่า สามารถลดการชนลงได้ ร้อยละ 35 ลดการเสียชีวิตได้ ร้อยละ 55 โดยมีต้นทุนการดำเนินงานต่ำเมื่อเทียบกับการบังคับใช้กฎหมายด้วยวิธีอื่น (Afukaar FK, 2003) ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรของ European Union Road Federation ก็ให้น้ำหนักของการแก้ไขปัญหาด้วยวิศวกรรมจราจรทางถนน ค่อนข้างสูงเนื่องจากได้ผลเร็วเมื่อเทียบกับการแก้ ปัญหาด้วยวิธีอื่น (Fitzpatrick, Kay et al, 2000) จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่มีสถิติการเกิดอุบัติเหตุการจราจรสูงเป็นอันดับที่ 1 ของเขตบริการสุขภาพที่ 1 แนวโน้มข้อมูล ปี 2556 - 2558 พบอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ เพิ่มขึ้น อัตรา 27.43 ต่อแสนประชากร (111 คน) อัตรา 34.05 ต่อแสนประชากร (138 คน) และ อัตรา 34.53 ต่อแสนประชากร (144 คน) ตามลำดับ โดยในปี 2558 มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร เฉลี่ยประมาณวันละ 15 คน และมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเดือนละ 6 - 7 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2558) พาหนะที่เกิดอุบัติเหตุจราจรมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ คิดเป็น ร้อยละ 89.1 ของการเกิดอุบัติเหตุ เวลาที่เกิดอุบัติเหตุอยู่ในช่วงเวลา 15.00 - 24.00 น. กลุ่มอายุที่เกิด อุบัติเหตุสูงสุด คือ 15 - 25 ปี แม้ว่าที่ผ่านมาจังหวัดลำพูนมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงเห็นผลไม่ชัดเจน เนื่องจากเป็นการแก้ไขตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขาดพลังของความมีส่วนในการแก้ไขด้วยทิศทางเดียวกัน จะเห็นได้จากแนวโน้ม ของข้อมูลสถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตยังมิได้ลดลง โดยจุดอ่อนของระบบการจัดการการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอยู่ ที่การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ขาดการใช้ข้อมูลร่วมกัน ขาดการประเมินที่เป็นระบบ ซึ่งความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการ ขับเคลื่อนนโยบาย จังหวัดลำพูนจึงได้พัฒนาระบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวขึ้นใหม่โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร ประชุมวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุจราจร (Dead case conference) สร้างเครือข่าย การใช้ข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุ ร่วมกับการสำรวจพื้นจุดเสี่ยงนำมาวางแผนและกำหนดเป้าหมายการแก้ไขปัญหาแต่การป้องกันหรือการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีการดำเนินการหลายๆ มาตรการอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อลดอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร หาแนวทางและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมการป้องกันจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน จังหวัดลำพูน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนเพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตลง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการศึกษาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยทีมสหสาขาและการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน
2. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนในการลดอุบัติเหตุจราจรทางถนนในจังหวัดลำพูนและขยายผลไปในเครือข่ายอำเภอ
3. ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยทางถนนของประชาชนลดการบาดเจ็บและเสียชีวิต

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc. Taggart โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning)
2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)
3. ขั้นตอนการสังเกต (Observation)
4. ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

กรอบแนวคิด

การวางแผน

☛วิเคราะห์
ข้อมูลสถานการณ์
ปัญหาอุบัติเหตุจราจร
จังหวัดลำพูน
ปี 58 - 59

☛อัตราตาย

☛การให้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน
ของแต่ละ
ชุดปฏิบัติการ
ALS BLS FR

การปฏิบัติตามแผน

☛รูปแบบการป้องกัน
แก้ไขปัญหาบูรณาการ

<u>ด้านคน</u>
- พฤติกรรมการขับรถ
- ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร
- ประสบการณ์ในการขับขี่
- ประสาทการรับรู้ ความตั้งใจในการขับขี่
- ภาวะร่างกาย
- เพศ อายุ

<u>ด้านพาหนะ</u>
- สภาพยานพาหนะ ไม่ปลอดภัย

<u>ด้านถนน</u>
- สภาพภาพผิวทาง
- อุปกรณ์ควบคุมจราจร
- ไฟฟ้าส่องสว่าง
- แนวเส้นทางและรูปตัด รัศมีโค้ง การยกโค้ง การขยายโค้งระยะมองเห็น

การสังเกต/บันทึกผล

☛การดำเนินการ
ตามรูปแบบ 5 มาตรการ
- มาตรการความปลอดภัย
- มาตรการเรื่องข้อมูล
- มาตรการด้านกฎหมาย
- มาตรการการสื่อสาร ความเสี่ยง
- มาตรการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

การสะท้อนกลับ

☛การประเมินผล
☛การจัดการ
สิ่งแวดล้อม จุดเสี่ยง

☛การจัดการ 3 ฐานข้อมูล
ผู้เสียชีวิต
จากอุบัติเหตุจราจร

☛การบังคับใช้กฎหมาย

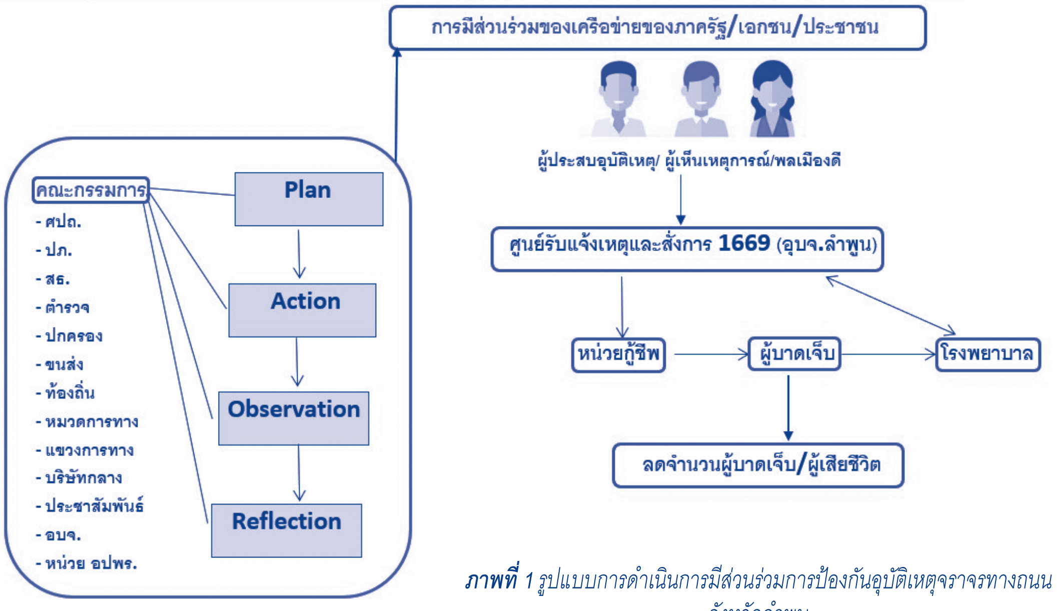
☛การสื่อสารความเสี่ยง
รณรงค์ขับขี่ปลอดภัย

☛การมีส่วนร่วม
ของชุมชุน/อปท.

☛การบริการแพทย์ฉุกเฉิน
ของชุดปฏิบัติการ
แต่ละระดับ

☛จำนวนการเกิดอุบัติเหตุ/
เสียชีวิต/การสอบสวน
อุบัติเหตุหมู่

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนจังหวัดลำพูนครั้งนี้มีผลการพัฒนาด้านการวางแผน มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบสังเกตและการติดตามประเมินผลสะท้อนกลับในเวทีการประชุมทั้งภาครัฐ/เอกชนและภาคประชาชน และที่สำคัญศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการได้ถ่ายโอนไปให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน และเป็นต้นแบบการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุ และศูนย์สั่งการแห่งแรกของภาคเหนือ และเตรียมพร้อมพัฒนาบุคลากร ระบบให้มีความทันสมัย รวดเร็วและปลอดภัย โดยบูรณาการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ประสบเหตุด่วน-เหตุร้าย ทุกพื้นที่ของจังหวัดลำพูน อย่างเต็มรูปแบบ



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินการมีส่วนร่วมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน จังหวัดลำพูน

สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดลำพูน แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน มีบทบาทเป็นเลขานุการ เป็นผู้ประสานงานหลัก กำหนดการประชุม12 ครั้ง/ปี พัฒนารวมกลุ่มวิชาการ ส่งเสริมให้เกิดการแก้ไขเพื่อลดขนาดปัญหาความไม่ปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนทุกระดับ ประสานการดำเนินงานกับทีมสหสาขา กำหนดกลไกการขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยทางถนน ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนมาตรการที่เกี่ยวข้องด้านความปลอดภัยทางถนนโดยใช้ข้อมูลทางวิชาการ บูรณาการแผนปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนจังหวัดลำพูน มีแผนเผชิญเหตุ มาตรการรองรับเมื่อมีสถานการณ์ฉุกเฉิน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากเครือข่ายบริการ นำเสนอสถิติการบาดเจ็บจราจรทางถนนและเสียชีวิต โดยการคืนข้อมูลในที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์ฯเตรียมความพร้อมเครือข่ายบริการสาธารณสุขและทีมช่วยเหลือทุกระดับให้การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุตามมาตรฐานการดูแลผู้บาดเจ็บ พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทีมกู้ชีพ ส่งเสริม สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน พัฒนาปรับปรุงระบบข้อมูลการบาดเจ็บ เก็บรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่ใช้คำจำกัดความสากล ว่าเป็นการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรภายใน 30 วัน หลังเกิดอุบัติเหตุ พร้อมทั้งกระตุ้นให้มีการประสานความร่วมมือในการพัฒนาระบบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดระบบบริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลการฟื้นฟูสภาพ โดยผ่านกระบวนการบูรณาการ ด้านการรักษา มีการอบรมและพัฒนาบุคลากร การสร้างช่องทางการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้รวดเร็วและทั่วถึงเพื่อให้ผู้ป่วยที่จำเป็นทุกคนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพและทันการณ์ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุงการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลและสถิติการเกิดอุบัติเหตุบนถนนให้เป็นระบบมีความถูกต้องและเป็นเอกภาพเพื่อประโยชน์ในการใช้อ้างอิงและประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ สอบสวนอุบัติเหตุหมู่ตามเกณฑ์ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค สนับสนุนการสร้างเครือข่ายการสอบสวนเชิงวิชาการแบบสหสาขา ผลักดันการสังเคราะห์ความรู้ด้านการควบคุม

ป้องกันการบาดเจ็บเครือข่ายสหสาขาที่รับผิดชอบเพื่อนำไปสู่การสร้างมาตรการนโยบายในจังหวัดลำพูน

กองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัดลำพูน วิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติตามกฎจราจร ดำเนินการตามมาตรการการบังคับใช้กฎหมาย 10 รสขม อย่างเข้มงวดต่อเนื่อง ได้แก่ 1) ความเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด 2) ขับรถย้อนศร 3) ฝ่าฝืนสัญญาณจราจร 4) ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย 5) ไม่มีใบขับขี่ 6) แซงในที่คับขัน 7) เมาสุรา 8) ไม่สวมหมวกนิรภัย 9) มอเตอร์ไซค์ไม่ปลอดภัย 10) ใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับรถ

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดลำพูน ที่ทำการปกครองจังหวัดลำพูน สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมเป็นทีมกู้ชีพ และการตั้งด่านชุมชน ประชาคมชุมชน/หมู่บ้านสนับสนุนจิตอาสา สมาชิกในชุมชนทำความดีด้วยหัวใจ เฝ้าระวังผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง สนับสนุน 1 ท้องถิ่น 1 ถนนปลอดภัย

สำนักงานขนส่งจังหวัดลำพูน จัดระเบียบการขนส่งทางบก กำกับ ดูแล ตรวจสอบ ตรวจตราให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ปลอดภัย ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก กฎหมายว่าด้วยรถยนต์ กฎหมายว่าด้วยล้อเลื่อน และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง แก้ไข ป้องกันและส่งเสริมสวัสดิภาพการขนส่งทางบก ส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายระบบการขนส่งทางบก ตรวจสอบสภาพรถ จัดระเบียบการขนส่งทางบก ให้ความรู้เรื่อง พ.ร.บ. ขนส่งทางบก ตรวจสอบใบจดทะเบียนรถ ใบอนุญาตขับขี่ ตรวจสอบระบบกล้อง CCTV ประสานงานกับองค์กรและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานแขวงทางหลวงลำพูน แขวงทางหลวงชนบทลำพูน รวบรวมข้อมูลความปลอดภัยทางถนน สิ่งแวดล้อม ปรับปรุงภูมิทัศน์ จุดเสี่ยง การปรับปรุงถนนที่ชำรุด ตรวจสอบสิ่งอันตรายข้างทาง เช่น ไฟฟ้า แสงสว่าง สัญญาณไฟจราจร เสาป้าย จุดตัดทางรถไฟ จัดจุดพักรถ และจุดบริการ อำนวยความสะดวกให้ประชาชนผู้ใช้รถ ใช้ถนน

บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถสาขาลำพูน ตรวจสอบประวัติการทำประกันภาคบังคับและภาคสมัครใจ ประวัติการทำประกันรถคันที่เกิดเหตุให้การช่วยเหลือด้านการประกันภัยกับผู้ประสบเหตุ

ประชาสัมพันธ์จังหวัดลำพูน ผลิตสปอต ข่าวประชาสัมพันธ์ รณรงค์ สร้างความตระหนัก ผ่านสื่อต่างๆ

องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน สนับสนุนรถกู้ชีพพร้อมอุปกรณ์ ให้หน่วยกู้ชีพ สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดลำพูน จัดอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน และดำเนินการเป็นที่ปฏิบัติศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669

อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ร่วมเป็นหน่วยกู้ชีพ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร และร่วมปฏิบัติงานกับหน่วยงานภาครัฐ

ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน จังหวัดลำพูน ผลการศึกษา พบว่า

1. การวางแผน วิเคราะห์ปัญหาอุบัติเหตุจราจร พบว่า จุดแข็ง ผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุนและเห็นความสำคัญกับปัญหาอุบัติเหตุ จุดอ่อน ที่ผ่านมาการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรเป็นการดำเนินงานตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน และการประเมินผลยังไม่เป็นระบบ โอกาส นโยบายกระจายอำนาจ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ภาวะคุกคาม ความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ยานพาหนะเพิ่มขึ้น อุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่ม คณะผู้วิจัยจึงใช้ กระบวนการแบบมีส่วนร่วม และการนำข้อมูลมาใช้ เพื่อบูรณาการแผนป้องกันอุบัติเหตุจราจร โดยใช้ผลวิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรมาเป็นจุดเชื่อม และเริ่มต้นการแก้ไขปัญหาด้วยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการแผนและปรับเพิ่มกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิศวกรรมจราจร ด้านการสื่อสารความเสี่ยง และด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำร่างแผนปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุจราจร เสนอแผนคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยจังหวัดลำพูน เพื่อขอมติอนุมัติแผน

2. การปฏิบัติตามแผนประชุมคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนน 6 ครั้ง ประชุมคณะทำงานบูรณาการข้อมูลเสียชีวิต 3 ฐาน 4 ครั้ง ประชุมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2 ครั้ง ประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 ครั้ง ประชุมพัฒนาศักยภาพการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับทีมปฏิบัติการ ALS BLS FR 1 ครั้ง ประชุม Dead care conference 1 ครั้ง สำรวจจุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุบ่อย 2 ครั้งมีการแก้ไขปัญหาด้านวิศวกรรมจราจร โดยเพิ่มป้ายเตือนทางแยกและทางโค้ง ติดตั้งกล้อง CCTV ตัดแต่งกิ่งไม้ที่บังป้ายจราจร ติดกระจกนูน ติดไฟถนนเพิ่มความสว่าง

จากการวิเคราะห์สาเหตุเกิดอุบัติเหตุ มาจากพฤติกรรมผู้ขับขี่ คือ การขับรถเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย ได้มีการแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยง 24 จุด หน่วยกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยเบื้องต้นได้ทันเวลา หลังจากได้รับแจ้งจากศูนย์สั่งการ 1669

สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ปีงบประมาณ 2559 พบว่าอัตราเสียชีวิต เท่ากับ 36.41 ต่อแสนประชากร อัตราสูงสุด คือ อำเภอเมือง 47.44 ต่อแสนประชากร รองลงมา ได้แก่ อำเภอบ้านโฮ่ง ป่าซาง เวียงหนองล่อง ลี้ แม่ทา และบ้านธิ อัตรา 46.65 37.61 33.82 25.85 17.80 และ 17.04 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 58.11 นำส่งผู้ป่วยอุบัติเหตุ จราจรโดยระบบ EMS พบว่า Response Time ของผู้ป่วยวิกฤติสีแดงภายใน 10 นาที ร้อยละ 72.45 (ตาราง 1 ,2)

จากรายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่งทางบก จังหวัดลำพูน จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง ในปีงบประมาณ 2559 พบว่า มีจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตทั้งหมดจากอุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก จำนวน ร้อยละ 98.10 เสียชีวิต ร้อยละ 1.89 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมดจากอุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก เป็นผู้บาดเจ็บที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดจำนวน ร้อยละ 86.48 ผู้เสียชีวิตมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัด จำนวน ร้อยละ 75 จำแนกการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามจุดที่เกิดเหตุ ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุบนทางหลวง ร้อยละ 55.24 รองลงมา ได้แก่ ถนนชนบท ร้อยละ 36.79 ถนนในเมือง ร้อยละ 6.61 ไม่ทราบ ร้อยละ 1.37 อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1 : 0.58 กลุ่มอายุผู้บาดเจ็บสูงสุด คือ อายุ 15 - น้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 14.29 รองลงมา คือ อายุ 20 - น้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 12.58 และ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.17 ตามลำดับ ผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.22 รองลงมา คือ อายุ 25 - น้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 12.84 และ อายุ 20 - น้อยกว่า 25 ปี คือ ร้อยละ 14.86 ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือ เวลา 16.00 - 20.00 น.ร้อยละ 32.37รองลงมา เวลา 20.00 - 24.00 น. ร้อยละ 18.93 และเวลา 08.00 - 12.00 น. ร้อยละ 16.14

ประเภทของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต เป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 80.35 จำแนกตามพาหนะ พบว่า บาดเจ็บและเสียชีวิต จากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 86.29

พฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า ผู้บาดเจ็บทั้งหมด ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 64.74 แต่พบว่าผู้เสียชีวิตทั้งหมด จำนวน 148 คน ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 79 คน ร้อยละ 53.38 ผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่บาดเจ็บไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 86.14 ซึ่งสอดคล้องผู้เสียชีวิต พบว่า ไม่สวมหมวกนิรภัย จำนวน 97 คน ร้อยละ 91.51 ผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถยนต์ที่บาดเจ็บไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 72.68 แต่พบว่า ผู้เสียชีวิตไม่คาดเข็มขัดนิรภัย 18 คน ร้อยละ 69.23

ตาราง 1 จำนวน อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนจังหวัดลำพูนจำแนกรายอำเภอ ปี พ.ศ. 2558 - 2559

อำเภอ	ปี พ.ศ.2558			ปี พ.ศ.2559		
	ปชก.ทะเบียนราษฎร์	จำนวน (คน)	อัตราตายต่อแสน ปชก.	ปชก.ทะเบียนราษฎร์	จำนวน (คน)	อัตราตายต่อแสน ปชก.
เมือง	144,730	48	33.16	145,433	69	47.44
แม่ทา	39,306	12	30.53	39,324	7	17.80
บ้านโฮ่ง	40,965	14	34.17	40,725	19	46.65
ลี้	69,393	17	24.50	69,623	18	25.85
ทุ่งหัวช้าง	20,020	3	14.98	20,116	5	24.85
ป่าซาง	55,827	14	25.08	55,824	21	37.61
บ้านธิ	17,417	4	22.97	17,601	3	17.04
เวียงหนองล่อง	17,810	เปิดบริการปี 59		17,739	6	33.82
รวม	405,468	112	27.62	406,385	148	36.41

ตาราง 2 จำนวนร้อยละการตายจากอุบัติเหตุจราจร จังหวัดลำพูน จำแนกตามสถานที่ตาย ปีงบประมาณ 2558 - 2559

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2558					ปี งบประมาณ 2559				
	จำนวนตาย	ตายที่เกิดเหตุ		ตายใน รพ.		จำนวนตาย	ตายที่เกิดเหตุ		ตายใน รพ.	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เมือง	48	24	50	24	50	69	47	68.12	22	31.88
แม่ทา	12	10	83.33	2	16.67	7	4	57.14	3	42.86
บ้านโฮ่ง	14	11	78.57	3	21.43	19	11	57.89	8	42.11
ลี้	17	12	70.59	5	29.41	18	9	50	9	50
ทุ่งหัวช้าง	3	3	100	0	0	5	2	40	3	60
ป่าซาง	14	9	64.29	5	35.71	21	10	47.62	11	52.38
บ้านธิ	4	3	75	1	25	3	0	0	3	100
เวียงหนองล่อง	0	0	0	0	0	6	3	50	3	50
รวม	112	72	64.29	40	35.71	148	86	58.11	62	41.89

ตาราง 3 อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน จังหวัดลำพูน จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2559

อำเภอ	จำนวนประชากร	จำนวนบาดเจ็บ	อัตราต่อแสน ปชก.
เมือง(รพ.ลำพูน,หริภุญชัย ศิริเวช)	145,433	3744	2574.38
แม่ทา	39,324	720	1830.94
บ้านโฮ่ง	40,725	734	1802.33
ลี้	69,623	789	1133.24
ทุ่งหัวช้าง	20,116	181	899.78
ป่าซาง	55,824	534	956.57
บ้านธิ	17,601	630	3579.34
เวียงหนองล่อง	17,739	332	1871.58
รวม	406,385	7664	1885.89

3. การสังเกตและบันทึกผล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนน 30 คน ได้แก่ หน่วยงานตำรวจภูธร 4 คน ตำรวจทางหลวง 2 คน สำนักงานสาธารณสุข 4 คน ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย 4 คน และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัย 1 คน ปกครองจังหวัด 2 คน ขนส่งจังหวัด 2 คน แขวงการทาง/ทางหลวงชนบท 2 คน ประชาสัมพันธ์จังหวัด 2 คน องค์การบริหารส่วนจังหวัด 2 คน ท้องถิ่นจังหวัด 2 คน หน่วยกู้ชีพภาคเอกชน 2 คน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน 1 คน พบว่า

3.1 มาตรการบริหารจัดการข้อมูล บูรณาการข้อมูลการเสียชีวิต3 ฐาน ได้แก่ ข้อมูลจากกองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัดลำพูน บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด สาขาลำพูน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลาเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานได้ จากการดำเนินงาน ประชุมการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด / อำเภอ เพื่อบูรณาการข้อมูลทั้ง 3 ฐาน ให้ชัดเจนรูปแบบ เดิมสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดลำพูน รวบรวม 3 ฐาน โดยใช้ข้อมูลจากตำรวจเป็นหลัก แต่อีก 2 ฐาน ใช้ตรวจสอบข้อมูล ผลการบูรณาการข้อมูล ซึ่งมีผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเป็นเลขานุการได้มีคำสั่งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดลำพูน โดยแต่งตั้งคณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัด ดำเนินการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุจราจรดังนี้

◈ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน รับผิดชอบรวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บทั้ง admit และไม่ Admit โดยใช้ข้อมูลจากข้อมูลระบบรายงานการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ หรือระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) รวมทั้งข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน แยกเป็นรายบุคคล โดยใช้ข้อมูลจากใบมรณบัตรและหนังสือรับรองการตายและมีฐานข้อมูลรายงานอุบัติเหตุ ได้แก่ การลงข้อมูลจาก IS, ระบบรายงานปกติ 43 แฟ้ม, ITEMS สพฉ., PHERS สธฉ. 19 สาเหตุ, รายงานการสอบสวนสาเหตุการตายตามเกณฑ์ของสำนักระบาดวิทยา

◈ กองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัดลำพูน รับผิดชอบรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงสาเหตุ ประเภทรถ ฐานความผิดต่างๆ และข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน แยกเป็นรายบุคคล

◈ บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ลำพูน รับผิดชอบรวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บและข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน แยกเป็นรายบุคคล

จากการประชุมบูรณาการข้อมูลเสียชีวิต 3 ฐาน ของคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดลำพูน ครั้งที่ 3 ยังมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลการตาย ซึ่งสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย.เป็นเจ้าภาพหลักในการบูรณาการข้อมูล รูปแบบเดิมใช้ฐานข้อมูลของตำรวจเป็นหลัก และมีการขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนตลอดทั้งปี รูปแบบใหม่ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัดลำพูน และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัดสาขาลำพูน ได้บูรณาการข้อมูลสถิติอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่เพื่อให้กระบวนการจัดเก็บข้อมูลสถิติอุบัติเหตุทางถนนมีความเป็นเอกภาพและสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหา ยังมีช่องว่างการบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร พบว่ามีการคลาดเคลื่อน

ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิต ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุข 148 ราย กองบังคับการตำรวจภูธร 100 ราย บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัย 110 ราย ข้อมูลบูรณาการของศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดลำพูน 120 ราย (ตาราง 4)

ตาราง 4 ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรจาก 3 ฐานข้อมูล จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2559

หน่วยงาน	ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรายเดือน												รวม	ส่วนต่างกับข้อมูลของสาธารณสุข
	ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.		
สาธารณสุข	11	13	19	17	12	11	11	4	10	4	16	20	148	
ตำรวจ	10	11	8	11	6	9	11	4	8	3	11	8	100	48
บ.กลาง ฯ	7	9	15	9	14	9	9	2	7	3	10	16	110	38
ข้อมูลบูรณาการ(ศปถ.จ)	10	11	8	11	6	9	11	4	10	4	15	21	120	28

3.2 การสอบสวนการตายจากอุบัติเหตุทางถนนตามเกณฑ์ดังนี้

◈ ระดับจังหวัด สอบสวนอุบัติเหตุ ตามเกณฑ์ของสำนักระบาดวิทยา จำนวน 1 เหตุการณ์ดำเนินการสอบสวนร่วมกับทีมสอบสวนสหาขา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จำนวน 1 เหตุการณ์ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร กรณีอุบัติเหตุรถกระบะเสียหลักชนป้ายบอกทาง เสียชีวิตที่เกิดเหตุ 6 ราย

◈ ระดับอำเภอ: มีการสอบสวนการเสียชีวิตที่เกิดเหตุในพื้นที่อำเภอทุกราย มีแบบสอบสวนกรณีเสียชีวิตอุบัติเหตุจราจรในระดับอำเภอ จำนวน 19 ราย

3.3 มาตรการด้านการป้องกัน

ด่านชุมชน มีกลไกในการขับเคลื่อนให้หน่วยงานหรือองค์กรในจังหวัด/อำเภอ มีมาตรการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนน หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถานศึกษา สถานประกอบการ สถานที่ราชการต่างๆ เช่น รณรงค์ส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย เมาไม่ขับ วินัยจราจร ฯลฯ

◈ การดำเนินงานมาตรการด่านชุมชนของจังหวัดลำพูน สนับสนุนสื่อเพื่อดำเนินการตามมาตรการองค์กรครบทุกสถานบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. ทุกแห่ง ได้แก่ แผ่นพับหลัก 3 ต. เพื่อปกป้องลูกหลาน แผ่นพับตั้งด่านชุมชนสกัดกลุ่มเสี่ยงเลี่ยงอุบัติเหตุ จุลสารจับตาโรคและภัยสุขภาพ "**อุบัติเหตุป้องกันได้**" ด่านชุมชนลดอุบัติเหตุใช้หลัก 3 ต. เตรียม ตั้ง ติดตาม

จำนวนด่านชุมชนช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2559 ดำเนินการจัดตั้งจุดตรวจ จุดสกัด และด่านชุมชน 1 หมู่บ้าน หรือ 1 ชุมชน ต่อ 1 ด่าน จำนวน 585 ด่าน องค์กรความปลอดภัยทางถนน ในหน่วยงานสาธารณสุข, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง รถพยาบาล : กำหนดนโยบาย/มาตรการองค์กรให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งและสนับสนุนสื่อ เพื่อดำเนินการตามมาตรการองค์กรครบทุกสถานบริการและอปท. ทุกแห่ง พนักงานขับรถผ่านการอบรมจำนวน 32 คน โรงพยาบาลรัฐ 8 แห่ง โรงพยาบาลลอกชน 2 แห่ง รถหน่วยกู้ชีพ 3 แห่ง, ติดป้ายสติ๊กเกอร์จำกัดความเร็ว (80 กม./ชม.), ตรวจมาตรฐานรถและอุปกรณ์ความปลอดภัย ตามมาตรฐานการตรวจรับรองรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการทำประกันภัยอุบัติเหตุ รถยนต์ราชการของส่วนราชการทุกหน่วย : สติ๊กเกอร์จำกัดความเร็ว (90 กม./ชม.) ตามมาตรการองค์กรความปลอดภัย เน้นให้บุคลากรทุกคนต้องปฏิบัติตามกฎจราจร กฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและเป็นแบบอย่างที่ดี

4. การสะท้อนกลับ จากการสังเกต พบว่าการใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตด้วยการประชุม Dead case conference จำนวน 20 ราย วิเคราะห์หาสาเหตุ การเกิดอุบัติเหตุจราจรในจุดเสี่ยง การแก้ไขปัญหาด้านวิศวกรรมจราจร การบังคับใช้กฎหมาย และบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเน้นการปรับปรุงด้านวิศวกรรม

สรุป

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน จังหวัดลำพูน ปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน

1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่ รวมทั้งมีแผนปฏิบัติงานบูรณาการ งบประมาณ โดยมีกิจกรรมที่ได้มาจากร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล จากรูปแบบเดิมแต่ละภาคีเครือข่ายต่างก็มีแผนปฏิบัติงานประจำปีและต่างก็ดำเนินการตามบทบาทภารกิจ ซึ่งบางกิจกรรมซ้ำซ้อน ในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ เช่น การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การซ้อมแผน การจัดประชุม รูปแบบใหม่ที่ได้ มีการบูรณาการแผนปฏิบัติงาน/กิจกรรมร่วมกัน ได้จัดกิจกรรมการซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุจราจร จำนวน 1 ครั้ง การรณรงค์ช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ 2 ครั้ง การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน ในสถานศึกษา สถานประกอบการ หมู่บ้าน/ชุมชน 4 ครั้ง

2. การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อพัฒนาฐานข้อมูลการบาดเจ็บรวมทั้งข้อมูลเสียชีวิต 3 ฐานเชิงประจักษ์จากหลายหน่วยงานที่มีเอกภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน สามารถนำไปใช้การวางแผนระบุมาตรการการป้องกันอุบัติเหตุให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ แต่ระบบการเก็บข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตของแต่ละภาคีเครือข่าย ได้กำหนดนิยามแตกต่างกัน รูปแบบเดิมต่างก็ใช้ข้อมูลของแต่ละหน่วยในการป้องกันแก้ไขปัญหา รูปแบบใหม่ ได้มีการพัฒนาจัดระบบให้เป็นมาตรฐาน ประชุมพิจารณาหาข้อเท็จจริง สาเหตุส่วนต่างข้อมูลการเสียชีวิต ตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความแตกต่าง โดยใช้หมายเลขบัตรประชาชน ชื่อ สกุล วันเวลาเกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ พบว่า ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุข จะมีความครบถ้วนมากกว่าเนื่องจากมีหลักฐานรายบุคคลและมีการเก็บข้อมูลผู้บาดเจ็บหลังเกิดเหตุครบ 30 วัน ตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกและศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับประเทศที่กำหนดไว้ มติจากการประชุม ก็ให้ใช้ข้อมูลจากสาธารณสุขเป็นข้อมูลบูรณาการของศูนย์ความปลอดภัยทางถนนของจังหวัดลำพูน และเพิ่มเติม

ข้อมูลรายชื่อที่ไม่มีจากข้อมูลของกองบังคับการตำรวจภูธร และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัย ทำให้ข้อมูลบูรณาการร่วมมีความครบถ้วนมากขึ้น สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่ได้

3. ด้านความปลอดภัย สำรวจกำหนดจุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง โดยใช้สถิติข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุย้อนหลังในการกำหนดจุดเสี่ยง และข้อมูลลักษณะความเสี่ยง 8 อำเภอ นำเสนอข้อมูลพิจารณาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน วิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิต พบว่า ขับรถเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัยไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร สภาพรถชำรุด ขับรถขณะเมาสุรา ขับรถย้อนศร จาการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ได้กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่จุดเสี่ยงร่วมกันและจากาติดตามดูที่จุดเสียง มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดมทรัพยากรในการปรับปรุงวิศวกรรมจราจร ซ่อมแซมถนนที่ชำรุด ตัดแต่งกิ่งไม้บริเวณข้างทาง ติดแผงกั้นจราจรไม่ให้ขับรถย้อนศร ติดป้ายสัญญาณไฟ ตีเส้นจราจรให้ชัดเจน ติดตั้งหลักล้มลุก และประชาคมหมู่บ้านในพื้นที่จุดเสี่ยงให้มีส่วนร่วมในการสร้างจิตสำนึกและความตระหนักของประชาชนในเรื่องความปลอดภัยทางถนนและคืนข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุในเวทีประชุมหมู่บ้าน

4. ด้านกฎหมาย ให้ความรู้ประชาชนปฏิบัติตามกฎหมายจราจรอย่างบทลงโทษที่เกี่ยวข้องกับ 10 ฐานความผิดด้านจราจร การตั้งด่านตรวจ จัดช่องทางรถมอเตอร์ไซด์ ทำลูกระนาดบนถนนเสี่ยง ติดตั้งป้ายเตือน ตั้งจุดตรวจวัดความเร็วของการใช้รถยนต์และรถมอเตอร์ไซด์ การตรวจจับความเร็ว และไม่ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ มีการดำเนินตามกฎหมายอย่างเข้มงวด

5. ด้านการสื่อสารความเสี่ยง สร้างแหล่งเรียนรู้รณรงค์สร้างกระแสและความตระหนักด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจร พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ขับขี่ ในเรื่องสวมหมวกนิรภัย เมาไม่ขับ ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร ประชาสัมพันธ์เรื่องการขับขี่ปลอดภัย จัดทำสปอต ผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

6. ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาศักยภาพด้านการป้องกันดูแลรักษาตามมาตรฐานของทีมบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ได้แก่ทีม ALS BLS FR และอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ 4 ครั้ง มีความพร้อมในการปฏิบัติงานได้ทันทีกรณีเกิดเหตุ มีการบูรณาการการสอบสวนอุบัติเหตุหมู่โดยทีมสหสาขา 1 เหตุการณ์เป็นรูปแบบใหม่รูปแบบเดิมจะมีเฉพาะทีม SRRT ของสำนักงานสาธารณสุข การสอบสวนระดับอำเภอ 19 ราย อัตราการเสียชีวิต 36.41 ต่อแสนประชากร ถึงแม้จะยังไม่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา อัตรา 27.62 ต่อแสนประชากร

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ต้องใช้ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานแก้ไขป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร โดยการประชุมวางแผน เครือข่ายมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ ทักษะ ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การบูรณาการแผนปฏิบัติการ กิจกรรม งบประมาณร่วมกัน เครือข่ายร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุการเสียชีวิต โดยการประชุมร่วมกันหาวิธีแก้ไขจุดเสี่ยงที่สำรวจไว้ ทำให้สามารถป้องกันการเกิดอุบัติได้ในระดับหนึ่ง รูปแบบที่มีการวางแผนแก้ไขในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แขวงการทาง ติดตั้งป้ายจราจร การปรับปรุงถนนที่ชำรุด ติดป้ายเตือน ลดระดับความเร็ว ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตัดแต่งกิ่งต้นไม้ รื้อถอน ติดตั้งหลักล้มลุก ติดตั้งป้ายสัญญาณไฟ ตีเส้นจราจรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน เน้นให้ความสำคัญต่อสนับสนุน หนุนเสริมบทบาทหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ปลูกสร้างจิตสำนึกให้มีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนร่วมมือกัน สร้างถนนที่ปลอดภัยรวมถึงสิ่งแวดล้อมข้างทาง เช่น การดูแลต้นไม้ การลดจุดอับสายตา การระดมทรัพยากรในพื้นที่ กำหนดเรื่องนโยบายความปลอดภัยของหมู่บ้าน/ชุมชนเป็นนโยบายร่วมกับภาคประชาชน โดยใช้สถิติข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ จะส่งผลให้การพัฒนาขยายไปได้อย่างต่อเนื่องช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุจราจรได้ (พิชัย

ธานีฌชานนท์) การบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน โดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยมีคำจำกัดความของรายละเอียดข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อความไม่ซ้ำซ้อนและนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อหาแนวทางมาตรการในการจัดการกับปัญหาได้ตรงจุด และมีเจ้าภาพชัดเจน ในการแก้ไขปัญหา พัฒนาโปรแกรมข้อมูลและระบบรายงานให้ง่ายต่อการลงบันทึก และไม่ซ้ำซ้อน การรณรงค์สื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องอุบัติเหตุทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกิจกรรมความปลอดภัยทางถนนในสถานประกอบการ/สถานศึกษา เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน (จป.) ในสถานประกอบการ มีการนำเรื่องความปลอดภัยทางถนน มากำหนดแนวทางดำเนินงาน ตั้งแต่ บ่งชี้ความเสี่ยง ทบทวน/กำหนดแผนงาน ดำเนินการและติดตามผล การถอดบทเรียน การเผยแพร่บทความผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมผ่านสื่อต่างๆ เป็นการสร้างกระแสและความตระหนักการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชนเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ ยอมรับมาตรการด้านกฎหมายและวิศวกรรมจราจร การประชาสัมพันธ์วงกว้างจะช่วยให้ประชาชนมีความตื่นตัว และสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย จะช่วยเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากมองเห็นปัญหาและอันตรายจากอุบัติเหตุ แต่ต้องใช้ระยะเวลา แต่การประชาสัมพันธ์แม้จะเพิ่มความตระหนักได้จริงแต่ได้ผลน้อยมากกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Suriyawony P.Pitapolkampim A.,2002.) แต่ก็เริ่มให้คนมองเห็นปัญหาและคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดอันตรายต่อตนเอง (สุพิชา) ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับมารตาการอื่นอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะที่ดีในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ สอดคล้องกับแนวคิดฟลิบโป (Flipo,1984.) กล่าวถึงความสำคัญการฝึกอบรม จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะดีขึ้น ผลที่ได้จะเพิ่มขึ้นคือคุณภาพบริการ ถึงแม้ว่าอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร 36.41 ต่อแสนประชากรยังไม่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา อัตราตาย 27.62 ต่อแสนประชากร เนื่องจากมีการบูรณาการข้อมูลการเสียชีวิต 3 ฐาน มีความครบถ้วน ถูกต้อง ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้น แต่ถ้ามีการบูรณาการดำเนินงานตามรูปแบบใหม่อย่างมีส่วนร่วมต่อเนื่องและยั่งยืน คาดว่าในอนาคตอัตราตายคงลดลงได้

ข้อจำกัด ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่ดำเนินการด้วยคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนน จังหวัดลำพูน ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อเนื่องในระดับอำเภอ กิจกรรมที่ดำเนินการในรูปแบบพลวัตรเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การทำงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจร มีความเกี่ยวข้องกับบุคคล สังคมและชุมชนในมิติต่างๆ ภายใต้บริบทที่แตกต่างกันด้านพื้นที่ การนำกระบวนการจัดการความรู้ การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ เทคนิคต่างๆ มาใช้ นับว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมาย ค้นหาปัจจัยความสำเร็จและองค์ความรู้ใหม่ด้วยความร่วมมือของชุมชน นวตกรรมที่ได้มาพัฒนางาน ทำให้บุคลากรในเครือข่ายได้มีโอกาสพัฒนา ประชาชนได้รับประโยชน์เกิดการเรียนรู้ มีความตระหนักและปฏิบัติต่อเนื่อง
2. จากผลการศึกษาที่มีรูปแบบการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในระดับจังหวัด ควรมีการขยายผลการทำงานถึงระดับอำเภอ โดยส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานและบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ น.พ.วิทยา พลสีลา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน น.พ.สุริยพงศ์ณ สุริยพงษากุล นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน น.พ.วิทยา หลิวเสรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ น.พ.วาที สิทธิ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ...■

บรรณานุกรม

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. **"สรุปผลโครงการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนประจำเดือน (การวิเคราะห์สาเหตุอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัด)"** (23 สิงหาคม 2556), 3. www.roadsafetythailand.com/main/files/data/.../report2-19-09-56.pdf.

มูลนิธิไทยโรดส์. **รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ปี 2555 - 2556.** กรุงเทพมหานคร.

ณัฐกานต์ ไวยเนตร. **แนวทางการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน** (Road Traffic Injury Investigation). นนทบุรี : กลุ่มงานระบาดวิทยา โรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา., 2549.

Kemmis, S.and R. Mc. Taggart. The Action Research Planner Victoria : Deakin University Press., 1988.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. **รายงานประจำปี พ.ศ. 2557.**

พิชัย ธานีรณานนท์. **ถนนปลอดภัยด้วยหลักวิศวกรรม** (Engineering Safer Roads). สงขลา : บริษัท ลิมบราเดอร์การพิมพ์ จำกัด.

พลกฤต แสงอาวุธ. **"การประเมินผลนโยบายการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ในเขตภาคใต้"** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สาขาวิชานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ., 2552.

วชิระ กาญจนวิภาดา. **"ผลของการบังคับใช้กฎหมายเพื่อลดจานวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรช่วงเทศกาลปีใหม่และเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2550 - 2551 จังหวัดลาพูน"**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่., 2552.

Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementationand Evaluation. Rural Development Committee Center for InternationalStudies, Cornell University., 1981.

ชัชนภ กิตติ์นิธิ. **"การแก้ไขปัญหาการจราจรในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่ปริมณฑล"**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น., 2557.

วชิระ กาญจนวิภาดา. **"ผลของการบังคับใช้กฎหมายเพื่อลดจานวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรช่วงเทศกาลปีใหม่และเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2550 - 2551 จังหวัดลาพูน"**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่., 2552.

โดย...จีรวรรณ หัสโรค์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การศึกษาการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว เขตสุขภาพที่ 7

Family Health Volunteer Development Health Region 7

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการประเมินผลโครงการ CIPP MODEL มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัวในเขตสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม ทำการศึกษาในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด อำเภอ และ กลุ่ม อสค. 77 อำเภอๆ ละ 30 คน พร้อมทั้งแบบประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มป่วย จำนวน 175 คน เก็บข้อมูลในเดือนเมษายน 2560 - สิงหาคม 2560 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการศึกษาพบว่า

บริบทการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) สอดคล้องกับสถานการณ์ของการเจ็บป่วยของเขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราตายด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วง ปี พ.ศ. 2552 - 2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นตัวชี้วัดของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2561

ปัจจัยนำเข้าการพัฒนาอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีความพร้อมทั้งด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยี คู่มือแนวทาง ที่สำคัญในระดับหมู่บ้านมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของ อสม. ที่จะเป็นศูนย์การเรียนรู้การดูแลสุขภาพระหว่าง อสม. และ อสค.

กระบวนการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว ดำเนินการโดยจัดประชุม อสค. จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลาครึ่งวัน เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพและการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมหมอครอบครัว ในส่วนการกำกับติดตาม มีการบูรณาการร่วมกับการออกพื้นที่ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน และข้อมูลจากเว็ปไซต์ Thaiphc.net

ผลลัพธ์การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว เขตสุขภาพที่ 7 ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสค. ร้อยละ 91.7 เมื่อเทียบกับเป้าหมาย และผ่านการประเมินครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 92.90 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ทั้งด้านด้านพฤติกรรมสุขภาพของ ด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว แต่มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในประเด็นการออกกำลังกาย และเมื่อให้ อสม.จับคู่กับ อสค. พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะการรับประทานอาหารรสจืด หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม ผงปรุงรส และผู้ป่วยออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ การพัฒนา อสค. คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงควรมีทีมสหวิชาชีพ เป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสค. เพราะต้องดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 2) กลุ่มผู้ป่วยไตวาย ควรใช้กระบวนการกลุ่มในการเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสค. โดยใช้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นสถานที่ในการคัดกรองสุขภาพและพบปะระหว่างผู้ป่วยและ อสค. ในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคการจับคู่ระหว่าง อสม. และ อสค.

คำสำคัญ : อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

Abstract

The purpose of this research is to study about situation and evaluate the development of Health Region 7's Family Health Volunteer in the area of Health Region 7 by using questionnaire and interview study in the group the public health district sub-district and group of Family Health Volunteer 77 sub-district each take 30 peoples with evaluated from of assessment of behavior change in the case group. This research gathers information during April 2018 to August 2018. The qualitative data analysis by using statistic percentage distribution average standard deviation analysis of content data. The study indicated that,

The context of Family Health Volunteer development : According to the situation of sickness of Health Region 7 by NCDs during 2009 - 2015 is toward higher and the development of the family health volunteer is the indicator of Ministry of Public Health in 2018.

Input of Family Health Volunteer development : Ready for budget staff equipment and technology handbook with important in each sub-district. There are community primary health care center (CPHCC) in the office village health volunteers (VHVs) there will be the leaning center of public health care between VHVs. and family health volunteer.

Process of Family Health Volunteer development : Operated by build the family health volunteer. meeting one time per year, using length time half day for take the knowledge of health care and communicate between the volunteers. Follow up process there are integrated with duty operation and reference by www.Thaiphc.net

Product of Family Health Volunteer development : Health Region 7, there are implementation potentiality development 91.70% by family health volunteer for target and pass the evaluation of potential health care 92.90% the most of this evaluate is excellent both health care behavior and practices of family member, but there is limitation of the bed patient in the factor of exercise VHVs. And Family health volunteer. found that the patient, there are getting better especially eating tasteless food avoid salty food seasoning power and the patient add on for exercise.

The Proposal of this research is :

1) The bed patient must have a Family Care Team to be the mentor for Family health volunteer. because of there are needed a holistic health care

2) The kidney failure patient uses the process of surveillance behavior health

3) Chronic Non - Chronic patients should be using VHVs. to be the mentor for Family health volunteer. by screening from CPHCC. in the health care and group build up with the patient and Family health volunteer. in the behavior follow up the patient by using the technique of matching between VHVs. and Family health volunteer.

Keywords : Family Health Volunteer.

บทนำ

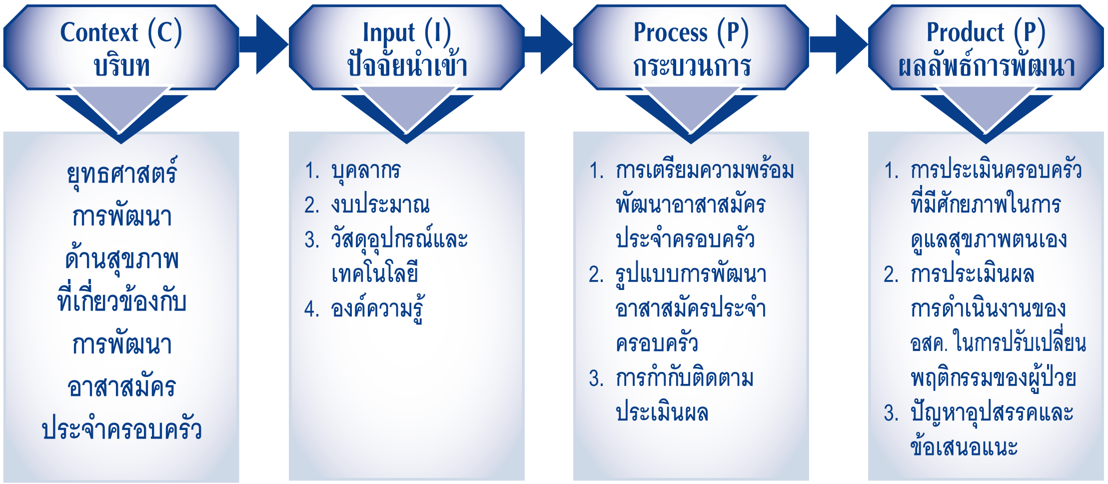
สถานการณ์ของการเจ็บป่วยมีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น โดยเขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราตายด้วยกลุ่มโรค NCDs ในช่วง ปี พ.ศ. 2552 - 2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.39 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2552 เป็น 16.10 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2558 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมสถานะของโรคได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยในปี 2559 ควบคุมได้ร้อยละ 17.1 และ 38.03 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 40 และ 50) อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2558 - 2559 มีแนวโน้มสูงขึ้น

ในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. เพื่อช่วยดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว โดยกำหนดเป้าหมายให้มี อสค. จำนวน 4 ล้านคน ภายใน 5 ปี (พ.ศ. 2559 - 2564) โดยเริ่มจากกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อน เพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการดูแลปฏิบัติจาก อสค. ในครอบครัว ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาการพัฒนาศักยภาพ อสค. ในเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ และจังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการพัฒนา อสค. ในเขตสุขภาพที่ 7 ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว ในเขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว ในเขตสุขภาพที่ 7

แนวคิดการศึกษาการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว



การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการประเมินผลโครงการ CIPP MODEL มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัวและประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ สอบถาม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

พื้นที่ศึกษา ทำการศึกษาในพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วยจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ และคัดเลือกพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive) ในการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว คือ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการศึกษา จำนวน 3 กลุ่ม คือ

1. บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด ระดับอำเภอ โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 8 คน

2. อาสาสมัครประจำครอบครัวที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพในปี 2560 โดยการคัดเลือกแบบ หลายขั้นตอน (Multistage Stage Sampling) ในพื้นที่ 77 อำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 อำเภอละ 30 คน จำนวน 2,310 คน

3. กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว ในปีงบประมาณ 2560 ของอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 175 คน คัดเลือกจากความพร้อมและความสมัครใจในการจัดเก็บข้อมูล

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาบริบทการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาเครื่องมือการศึกษาการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยการทบทวนเอกสารงานวิจัย และนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกพื้นที่ศึกษาและสำรวจข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ศึกษาและจัดทำเครื่องมือในการศึกษาและนำเครื่องมือมาตรวจหาประสิทธิภาพ แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อคำถามกับกรอบแนวคิด

2. ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่ศึกษา

2.1 แบบสัมภาษณ์กระบวนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว ในกลุ่มหัวหน้างานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 4 คน และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ ที่ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยงตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ จังหวัดละ 1 อำเภอๆ ละ 1 คน รวม 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 จัดทำแบบประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยจัดประชุมหัวหน้างานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด อำเภอ เพื่อจัดทำเครื่องมือประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามกรอบการประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.3 ประชุมชี้แจงการจัดเก็บข้อมูลแบบประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนแก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ ในการประชุมชี้แจงการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด พร้อมทั้งสนับสนุนแบบประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เขตสุขภาพที่ 7 อำเภอละ 30 ชุด

2.4 ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ สุ่มประเมินศักยภาพ อสค. ในการดูแลสุขภาพอำเภอละ 1 ตำบลๆ ละ 30 คน

2.5 ประชุมชี้แจงการใช้แบบแบบติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลักสูตร อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนประจำปีงบประมาณ 2560 เพื่อให้

อสม. มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยง อสค. ในการให้ความรู้และเป็นพี่เลี้ยงในการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 175 คน

3. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
4. สรุปและจัดทำรายงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กระบวนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว แบบแบบประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เขตสุขภาพที่ 7 และแบบประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในครอบครัว เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล : ข้อมูลเชิงปริมาณ เมื่อได้แบบสอบถามทั้งหมดแล้วนำมาตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ทำคู่มือลงรหัส และนำไปลงรหัส นำมาคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการแจกแจงความถี่และคำนวณร้อยละและค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ เมื่อได้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแล้วนำมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) รายงานโดยใช้วิธีพรรณนาวิเคราะห์

ผลการศึกษา

ด้านบริบท เขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราตายด้วยกลุ่มโรค NCDs ในช่วง ปี พ.ศ. 2552 - 2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 10.39 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2552 เป็น 16.10 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2558 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมสถานะของโรคได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดโดยในปี 2559 ควบคุมได้ร้อยละ 17.1 และ 38.03 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 40 และ 50) อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2558 - 2559 มีแนวโน้มสูงขึ้น และในปีงบประมาณ 2560 การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นตัวชี้วัดของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ในคณะที่ 3 เรื่องการบริหารทรัพยากรมนุษย์จึงทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัวของจังหวัดมีความชัดเจน

ปัจจัยนำเข้า ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยี และองค์ความรู้ มีความพร้อมในการดำเนินงานพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว เนื่องจากมีการประชุมเตรียมความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และมีคู่มือแนวทางที่ชัดเจน ที่สำคัญในระดับหมู่บ้านมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของ อสม. ที่จะเป็นศูนย์การเรียนรู้การดูแลสุขภาพระหว่าง อสม. และ อสค. แต่พบว่า มีข้อจำกัดในการขับเคลื่อนงาน เนื่องจากมีการปรับเป้าหมายการพัฒนา เพิ่มขึ้น แต่งบประมาณเท่าเดิม ทำให้ทั้ง 4 จังหวัด ต้องมีการปรับเป้าหมายการพัฒนา อสค. ใหม่ พร้อมทั้งขาดคู่มือการดูแลสุขภาพให้กับ อสค. ทุกคน ทำให้งานการพัฒนา อสค. ของเขตสุขภาพที่ 7 ล่าช้า

กระบวนการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดมีความพร้อมในการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ชัดเจน ด้านการเตรียมการ มีแผนงาน/โครงการรองรับในการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัวมี 2 จังหวัดที่รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในระดับพื้นที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ ด้านรูปแบบการพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับ อสม. ดำเนินการคัดเลือก อสค. มีการจัดประชุมให้ความรู้การดูแลสุขภาพ และการสื่อสารระหว่างทีมหมอครอบครัวใช้ระยะเวลา ครึ่งวัน ยกเว้น 1 จังหวัด ใช้ระยะเวลา 1 วัน โดยภาคเช้าเป็นให้ความรู้และระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสาธารณสุข และ อสม ส่วนภาคบ่ายจะฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มวัยต่อในพื้นที่ ด้านการกำกับติดตามประเมินผล มีการกำกับติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยวิธีการออกนิเทศติดตามในพื้นที่ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน การติดตามการบันทึกข้อมูลทางเว็ปไซต์ Thaiphc.net การสุ่มประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลลัพธ์การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว เขตสุขภาพที่ 7 มีเป้าหมายการพัฒนา อสค. จำนวน 44,780 คน ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสค. จำนวน 41,082 คน คิดเป็น ร้อยละ 91.7 และทำการสุ่มประเมินแบบมีขั้นตอน ในพื้นที่ 77 อำเภอๆ ละ 1 ตำบลๆ ละ 30 คน รวมทั้งหมด 2,310 คน พบว่า อสค. ผ่านการประเมินครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (ทำได้มากกว่า 7 ข้อขึ้นไป) จำนวน 2,146 คน คิดเป็น ร้อยละ 92.90 และไม่ผ่านการประเมินครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 164 คน คิดเป็น ร้อยละ 7.1 ในส่วนของความพึงพอใจ พบว่า อสค. มีความพึงพอใจต่อการพัฒนา อสค. ในระดับดีมาก และเมื่อแยกการประเมินศักยภาพในการดูแลสุขภาพเป็นรายด้านมีรายละเอียด คือ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพของ อสค. พบว่า อสค. ปฏิบัติได้มากที่สุดคือ การได้รับคำแนะนำจาก อสม. และหรือสามารถเข้าร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว และการไม่สูบบุหรี่ ในส่วนที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน และการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว พบว่า สามารถปฏิบัติได้มากที่สุดคือ การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการดูแลให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารและดื่มน้ำเปล่าได้ ในส่วนที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเป็นประจำ และการแนะนำให้ผู้ป่วยไม่ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ บำรุงจิตใจ เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ

การประเมินผลการดำเนินงานของ อสค. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยทำการศึกษาในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ในผู้ป่วย จำนวน 175 คน พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะการรับประทานอาหารรสจืด หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม ผลชูรส ผลปรุงรส และการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวยืดเหยียดกล้ามเนื้อวันละ 30 นาที ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้เพิ่มขึ้นจาก 124 คน ร้อยละ 70.85 เป็น 155 คน ร้อยละ 88.57 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากเดิม 112 คน ร้อยละ 64 เพิ่มขึ้นเป็น 151 คน (ร้อยละ 86.28)

อภิปรายผล

เป้าหมายการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2579) ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 ด้าน คือ 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรค เป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) แท้ที่จริงมุ่งหวังให้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self Care) ดังนั้นการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อให้ประชาชนมีบทบาทในสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนายุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข รวมทั้งยุคที่สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มและการเจ็บป่วยมีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับปีงบประมาณ 2560 การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นตัวชี้วัดของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ในคณะที่ 3 เรื่องการบริหารทรัพยากรมนุษย์ จึงทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัวของจังหวัดมีความชัดเจน ถึงแม้ว่าการพัฒนา อสค. ไม่ปรากฏในยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7

ด้านปัจจัยนำเข้าในการพัฒนา อสค. พบว่า มีความพร้อมในการพัฒนา อสค. เนื่องจากมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของ อสค. มีวัสดุการแพทย์สามารถคัดกรองสุขภาพและปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ สอดคล้องกับหลักการพัฒนา อสค. ของกระทรวงสาธารณสุข คือ การให้ อสม. เป็นเสมือนแม่ข่ายในการทำงานและถ่ายทอดความรู้สู่ อสค. (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, คู่มือ อสค., 2559) แสดงถึงความยั่งยืนของการพัฒนาประชาชนให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ถึงแม้ว่าในระยะแรกของการดำเนินงานมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ แต่ในพื้นที่หลายแห่งได้รับงบประมาณสนับสนุน

จากกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษา วิชัย เสนชุ่ม, พฤฒินันท์ สุฤทธิ์ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2554) ศึกษาปัจจัยของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับสนับสนุนจากภาครัฐสัมพันธภาพในครอบครัว การมีและเข้าถึงทรัพยากร

ด้านกระบวนการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว ทั้ง 4 จังหวัดมีกระบวนการพัฒนา อสค. ที่ชัดเจน ทั้งการกำหนดเป้าหมาย รูปแบบการพัฒนา การติดตามประเมินผล แต่มีข้อสังเกต คือ อสค. ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้ารับการพัฒนาศักยภาพได้ครบทุกคน เนื่องจากการเดินทางไม่สะดวก และมีภาระดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ผู้เข้าประชุมบ้างส่วนเป็น อสม. แต่มีผู้ป่วยที่ต้องดูแลในครอบครัวซึ่งซ้ำซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิยา พิมแพง (2546. วิทยานิพนธ์ วทม. จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย) พบว่า แกนนำประจำครอบครัว เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างเดียว ร้อยละ47.3ส่วนที่เหลือจะมีบทบาททางสังคมอื่นๆโดยเฉพาะ อสม. ซึ่งมีภารกิจอื่นๆ นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวอย่างเดียว จึงมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมประชุม/อบรม ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้นกระบวนการพัฒนา อสค. ควรเพิ่มรูปแบบการพัฒนา คือ รูปแบบแรกเป็นการให้ความรู้ให้กับญาติผู้ป่วยเมื่อมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข พร้อมทั้งระบบติดต่อสื่อสารระหว่างทีมหมอครอบครัว และอีกรูปแบบ คือ การใช้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นสถานที่นัดหมายพบปะระหว่าง อสค. และทีมหมอครอบครัว นอกเหนือจากการออกเยี่ยมบ้าน ร่วมทั้งการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมหมอครอบครัว จะทำให้ อสค. มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้

ผลลัพธ์การพัฒนา อสค. ในเขตสุขภาพที่ 7 เมื่อเทียบกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดยังน้อยกว่าที่กำหนด เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขต้องใช้เลขที่บัตรประชาชนของ อสค. คีย์ข้อมูลเข้าระบบ ในเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/ ทำให้เป้าหมาย อสค. ที่บุคลากรสาธารณสุขดำเนินการพัฒนา น้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากข้อจำกัดของบุคลากรในระดับตำบลมีจำนวนจำกัด และเมื่อประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า มีครอบครัวผ่านการประเมิน ร้อยละ 92.9 และระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมเป็น อสค. ในระดับดีมาก ประกอบกับการประเมินผลการดำเนินงานของ อสค. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย พบว่ามีพฤติกรรมดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพระดับความดันโลหิตสูงได้เพิ่มขึ้นจาก 124 คน ร้อยละ 70.85 เป็น 155 คน ร้อยละ 88.57 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากเดิม 112 คน ร้อยละ 64 เพิ่มขึ้นเป็น 151 คน (ร้อยละ 86.28) ดังนั้นการวัดผลลัพธ์การพัฒนา อสค. ในเชิงปริมาณแล้ว ควรส่งเสริมให้บุคลากรวัดผลลัพธ์เชิงคุณภาพในการลดปัญหาสุขภาพของชุมชนอย่างไรเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ต่อไป

การประเมินครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในส่วน อสค. และ ผู้ป่วยในครอบครัวพบว่า ปฏิบัติได้น้อยที่สุดเหมือนกันคือ การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน และการดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเป็นประจำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ดังนั้นการพัฒนา อสค. ควรมีการเพิ่มความรู้ในด้านนี้ให้กับ อสค. เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับ อสค. สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น เนื่องจาก อสค. ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 51 ขึ้นไป ร้อยละ 43 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิยา พิมแพง (2546 วิทยานิพนธ์ วทม.จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย) ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า อายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 42.3) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.4) ดังนั้นกระบวนการพัฒนา อสค. ต้องเน้นกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง

จากการศึกษาการพัฒนา อสค. ในเขตสุขภาพที่ 7 ผู้ศึกษาจึงเสนอรูปแบบการพัฒนา อสค. ในเขตสุขภาพที่ 7 ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ต้องมีทีมสหวิชาชีพ เป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสค. เพราะต้องดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งบางครั้ง อสม. หรือ care giver ต้องไปสลับดูแลผู้ป่วยร่วมกับ อสค. รวมทั้ง อสค. เองต้องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการสร้างรายได้ให้กับ อสค. ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

กลุ่มกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะไตวาย ใช้กระบวนการกลุ่มในการฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการประเมินติดตามผลการทำงานของไต ซึ่งกลุ่มนี้โรงพยาบาลชุมชน เป็นผู้สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กลับผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน และส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และ ความดันโลหิต กลุ่มให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสค. โดยใช้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านเป็นสถานที่ในการคัดกรองสุขภาพและพบปะระหว่างผู้ป่วยและ อสค. ในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ โดยใช้เทคนิคการจับคู่ระหว่าง อสม. และ อสค.

ประกอบกับการมีระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมหมอครอบครัวที่รับผิดชอบระหว่าง อสค. เช่น โทรศัพท์ ไลน์ เป็นต้น พร้อมทั้งมีสื่อความรู้การดูแลสุขภาพที่เข้าถึงง่าย เช่น เว็ปไซต์, แอพพิเคชั่น สำหรับ อสค. ที่จะเข้าไปแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพที่เชื่อถือได้ พร้อมทั้งตอบคำถามให้กับ อสค. เมื่อมีปัญหาในการดูแลสุขภาพหรือการเข้าถึงระบบบริการของภาครัฐ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

1. ควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา อสค. ในกลุ่มที่ต้องสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม และการติดตามสนับสนุน อสค. ในระดับครัวเรือน ที่เหมาะสม

2. ควรพัฒนาและเพิ่มช่องทางการสื่อสารและแสวงหาความรู้ให้กับ อสค. ทั้ง เว็ปไซต์, แอพพิเคชั่น ไลน์ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลการรับบริการสุขภาพจากสถานบริการภาครัฐให้มากขึ้น

3. ในเขตชุมชนเมือง หน่วยบริการสุขภาพควรจัดระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพได้ทั่วถึง เนื่องจากกลุ่มนี้มีข้อจำกัดโดยเฉพาะเวลาในการเข้ารับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้ร้านขายยาเข้าร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการศึกษา

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนา อสค. ในเชิงคุณภาพ เช่น การลดปัญหาสุขภาพในครอบครัว ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของครอบครัว เป็นต้น และการศึกษาและพัฒนารูปแบบการสร้างกลไกในการเข้าถึงบริการสุขภาพของ อสค. ที่ไม่ต้องมารับบริการจากหน่วยบริการสาธารณสุข เช่น การส่งข้อมูลผลการตรวจสุขภาพผ่านทางไลน์ หรือ ระบบการส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยเพื่อลดเวลาในการมารักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุข ...■

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. **การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน., 2545.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. **คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว.** นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย., 2559.

จีรวรรณ หัสโรค์. **รายงานการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน เขตสุขภาพที่ 7 ประจำปีงบประมาณ 2560.** ขอนแก่น : สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 ขอนแก่น., 2560.

จินตนา บุญยิ่ง. **ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี.** วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 22 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2556. นนทบุรี : สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข., 2555.

วิชัย เสนชุ่ม, พฤฒินันท์ สุฤทธิ์ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. **ศึกษาปัจจัยของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก.** วารสารการพยาบาลและสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2554 .พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2559 เข้าถึงจาก http://www.nurse.nu.ac.th/Journal/data/Vol.5%20No.2., 2554.

นงนุช โอบะ และคณะ. **พัฒนารูปแบบการถ่ายทอดความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับแกนนำสุขภาพชุมชน.** พิษณุโลก : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2559. เข้าถึงจาก http:/www.riclib.nrct.go.th., 2551.

นันทิยา พิมแพง. **การมีส่วนร่วมของแกนนำประจำครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2559 เข้าถึงจาก http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/11672., 2546.

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ . (2535) . วิธีทางการประเมินทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. **เอกสารสรุปผลตรวจราชการภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2560.** ขอนแก่น : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7., 2560.

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. **แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2559 - 2561.** ขอนแก่น : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7., 2560.

ผลิตโดย

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 0 2193 7000 ต่อ 18712
Website : www.phc.moph.go.th

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
PRIMARY HEALTH CARE DIVISION

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT