



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND INNOVATION

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566 VOL.3 NO.1 JANUARY-APRIL 2023



2023



TEL. 035-454049 ต่อ 5107



FAX.035-454050



EMAIL : J-PHIN@PHCSUPHAN.AC.TH



[HTTPS://HE01.TCI-THAIJO.ORG/INDEX.PHP/J-PHIN/SUBMISSIONS](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/j-phin/submissions)



สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลทับใต้หลัก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
Journal of Public Health And Innovation : J-PHIN

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอกในส่วนภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สำนักงาน

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050
e-mail : j-phin@phcsuphan.ac.th
website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/submissions>

พิมพ์ที่

ร้านสุพรรณก๊อปปี้ 5/28-29 ตำบลรั้วใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
โทรศัพท์ 035-961579 โทรสาร 035-961579 e-mail : suphancopy.11@gmail.com

ISSN : 2773-899X (Online)

ISSN : 2773-9112 (Print)



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

Journal of Public Health And Innovation : J-PHIN

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
คณบดีสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

บรรณาธิการ

ดร.สุทธิดี สิริรักษ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

กองจัดการ

อาจารย์พรชัย ขุนคงมี
อาจารย์ ดร.สุภาพร บุญศิริลักษณ์
นางสาวกัลยาณี สุนทรสารทูล
นางสาวนฤมล เผ่าด้วง

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สิทธิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรงค์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยมณี
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักษณะจรูญกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวดี แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.ปริญญญา จิตอร่าม
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.อรอนพ สนธิไชย
อาจารย์ ดร.สฤทธ์ ผาอาจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความ
เพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏ
ในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีครั้งที่ 3 ฉบับที่ 1 ปีพุทธศักราช 2566 จัดทำโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพ และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ สร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอกในส่วนภาครัฐและเอกชน สวัสดิ์ปีใหม่อย่างเป็นทางการเล่มนี้เป็นเล่มที่หนึ่งของปี 2566 ปีกระต่าย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าปีนี้มีสิ่งดีๆ เข้ามาให้กับประเทศไทยเรา และหวังว่าในปีนี้มีแต่ความสุข รอยยิ้ม เริ่มต้นปีใหม่ที่มีแต่สิ่งดีงาม และหวังว่าบทความในวารสารนี้จะเป็นประโยชน์แก่ นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทางเว็บไซต์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี วารสารมีกำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย 10 เรื่อง บทความทุกเรื่องสามารถ Download ได้ในรูปแบบ pdf. File ขณะเดียวกันหากมีความสนใจในการ เขียนบทความ ทั้งด้านวิชาการ งานวิจัยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชนและสุขภาพตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงวารสารให้เหมาะสม ท่านผู้อ่านสามารถแจ้งมายังกองบรรณาธิการได้ จักขอบคุณยิ่ง

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนในการทำให้เสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article):

แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน.....1

ในเขตอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดอุดรธานี

Guidelines to Promote the People's Participation in the Prevention
of Road Accidents in Kut Chap District Area, Udon Thani Province

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....17

ในการปฏิเณรการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนต้น อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

Effectiveness of Resilience enhancing Program
on Drinking Refusal Self-efficacy among Early adolescence
Saiyok district, Kanchanaburi province

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนเองของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุข.....32

จังหวัดสุพรรณบุรี

Factors related to self-development of personnel
under the Suphanburi Provincial Public Health Office

การบูรณาการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี.....46

และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มพนักงานบริการ-
ทางเพศหญิง ที่ทำงานนอกสถานบริการทางเพศ ปี พ.ศ. 2560

Integrated HIV/STI Biological and Behavioral Surveillance
among Non-venue Base Female Sex Workers in 2017

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....60

ของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

Factors Influencing Preventive Health Behavior
towards Chronic Non-Communicable Diseases
among Working Age Population in Health Region 4, Ministry of Public Health

การประเมินตนเองของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท.....	71
ตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ในจังหวัดสุพรรณบุรี	
Self-Assessment of Sealed Container-Drinking Water Manufacturers based on Criteria of Good Manufacturing Practice (GMP 420) in Suphanburi Province	
ผลของการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุกันเสียในสถานที่ผลิตอาหาร.....	87
ประเภทผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป	
Effectiveness of developing a model to handle the issue of preservatives usage in meat-processing plants	
บทความวิชาการ (Academic Article):	
รายงานผลการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล.....	103
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี	
Nursing Emergency Response Center Performance Report at Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi Province	

แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในเขตอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

Guidelines to Promote the People's Participation in the Prevention of Road Accidents in Kut Chap District Area, Udon Thani Province

ไพบูลย์ ศรีพิมพ์สอ

Paiboon Sripimsor

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทอง อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

Banbothong Sub-District Health Promoting Hospital, Kut Chap District, Udon Thani Province

(Received: November 12, 2022; Revised: December 31, 2022; Accepted: December 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วม ศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วม และศึกษาแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรประชาชนอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่อาศัยในเขตอำเภอกุดจับ จำนวน 381 คน โดยใช้แบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.60$, $S.D.=0.89$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการปฏิบัติตามแผนการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับมาก ($M=3.94$, $S.D.=0.84$) ด้านการวางแผนการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับมาก ($M=3.53$, $S.D.=0.98$) ด้านการค้นหาปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.48$, $S.D.=0.97$) และด้านการประเมินผลการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.46$, $S.D.=1.08$)

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ โดยภาพรวมประชาชนขาดความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ ประชาชนไม่ทราบว่าจะได้รับผลประโยชน์หรือเสียผลประโยชน์มากนักน้อยเพียงใด มีความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนน้อย ไม่เคารพกฎจราจร ขาดวินัยและจิตสำนึกต่อส่วนรวม

แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ดังนี้ ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมภาคประชาชนให้เข้ามามีบทบาทในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องเข้ามามีบทบาททำงานร่วมกับประชาชนให้มากยิ่งขึ้น ด้านการให้ความรู้กับประชาชน เป็นการส่งเสริมโดยการจัดโครงการป้องกันอุบัติเหตุและสอดแทรกความรู้ให้แก่ประชาชน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: p.sripimsor_@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-7392938)

Abstract

This research is mixed methods research aimed at studying the level of participation. Study the problem. And study ways to promote public participation in preventing road accidents in Kut Chap District. Udon Thani. The sample is the population of people aged 20 years and older living in Kut Chap District. 381 people using the questionnaire Cronbach's Alpha Coefficient is 0.89 and in-depth interviews. Analyze data using descriptive statistics.

The research results showed that the overall level of public participation in road accident prevention was very high ($M=3.60$, $S.D.=0.89$), when considered on a case-by-case basis, it was found that the compliance aspects of the accident prevention plan were very high ($M=3.94$, $S.D.=0.84$), the accident prevention planning side was very high ($M=3.53$, $S.D.=0.98$), the accident prevention assessment side was moderate ($M=3.46$, $S.D.=1.08$).

Problems, Obstacles and Suggestions Overall, the public lacks cooperation from government agencies. The public doesn't know how much benefits or benefits they'll receive. Have little knowledge and understanding of the plan. Disrespect for traffic rules Lack of discipline and collective consciousness.

Guidelines for promoting public participation in road accident prevention are as follows: Promotion of public participation to play a role in road accident prevention. Both responsible agencies will have to play a more active role in working with the people, Up-to-date legislation/regulations and law enforcement, In terms of educating the public, it is promoted by organizing accident prevention projects and instilling knowledge to the public, in creating a network of cooperation between the government and the public to prevent road accidents and public relations Presenting factual information to the public thoroughly and all information must be up-to-date.

Keyword: Participation, Road accident prevention

บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเสียชีวิตทั่วโลก และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้มีอายุระหว่าง 15-29 ปี อีกทั้งอุบัติเหตุการจราจรทางถนน ยังเป็นภาระหนักทางเศรษฐกิจของประเทศและครอบครัว จากการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ เมื่อเดือน

กันยายน พ.ศ. 2558 หนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) คือ ลดอัตราการเสียชีวิต และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2563 ถือเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญต่อประเด็นความปลอดภัยทางถนน (WHO, 2015) ประเทศไทยมีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นอันดับ 1 ของประเทศในอาเซียน และเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากประเทศลิเบีย ด้วยอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเท่ากับ 36.2 ต่อแสนประชากร เกี่ยวเนื่องกับการขับขีรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 29.39 (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2554) ซึ่งรัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงประกาศให้ ปี พ.ศ. 2554–2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย ภายใต้กรอบปฏิญญามอสโก เพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ต่ำกว่า 10 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2563 ทั้งนี้รัฐบาลได้กำหนดนโยบายด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหา การเกิดอุบัติเหตุในการจราจร ด้วยการสร้างความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ในการตรวจจับเพื่อป้องกันการรายงานและการดูแลผู้บาดเจ็บ และขอให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ร่วมกันดำเนินมาตรการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างจริงจัง ตามกรอบทศวรรษความปลอดภัยทางถนนอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี เพื่อสร้างประเทศไทยให้เป็นเมืองปลอดภัย Safety Thailand ตามนโยบายของรัฐบาล โดยในหนึ่งกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนนั้น คือ กลยุทธ์การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนขององค์การอนามัยโลก ที่ประสบความสำเร็จที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้ว รูปแบบการร่วมกันหลายภาคส่วนเป็นสหสาขาในการแก้ไขปัญหา กระบวนการแก้ไข้ปัญหาที่สำเร็จ หลักการส่วนใหญ่จะสอดคล้องกับหลักการขององค์การอนามัยโลกที่สรุปไว้ (WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, Karolinska Institute, Sweden) ซึ่งประยุกต์เป็นกระบวนการแบบไทย ว่า “5ส” (ปัญญ์ จันทรพาณิชย์ และคณะ, 2559) ได้ดังนี้ 1. ส.สารสนเทศ (Information), 2. ส.สุดเสี่ยง (Priority), 3. ส.สหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary), 4. ส.สุดคุ้ม (Cost effective) และ 5. ส.ส่วนร่วม (Community participation)

การดำเนินงานการแก้ไข้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอภูเก็จ จังหัดอุดรธานี ในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบว่า มีผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนถึง 128 ราย เสียชีวิต 16 ราย (ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเก็จ) ซึ่งเป็นสาเหตุที่เกิดจากรถจักรยานยนต์ทั้งสิ้น รวมทั้งการสัญจรของประชาชนทั้งในและนอกพื้นที่ในแต่ละวันจำนวนมาก ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนบ่อยครั้งบนถนนสายหลัก รวมทั้งทางเข้าหมู่บ้านที่เชื่อมต่อกับถนนสายหลักและถนนในชุมชน การเกิดอุบัติเหตุทางถนนแต่ละครั้งทำให้เกิดผลกระทบและความสูญเสียมากมาย ทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สิน สุขภาพกาย สุขภาพใจ ครอบครัว สังคม วิธีการดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเกิดกับวัยทำงานที่เป็นกำลังหลักสำคัญของครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว ขาดรายได้จากการบาดเจ็บ

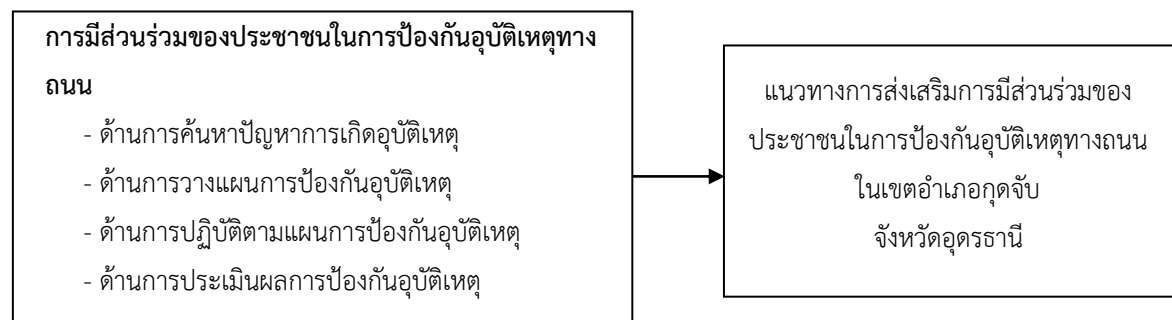
พิการ เสียชีวิต และปัญหาอื่น ๆ ที่จะตามมา ตลอดจนการเกิดภาวะพึ่งพิงทางสังคมต่อไป อย่างไรก็ตามอุบัติเหตุทางถนนยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่ผ่านมา พบว่าประชาชนยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ และถ้าจะให้บรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรภาคีทุกภาคส่วนให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่เป็นอยู่ การบริหารจัดการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนไม่ใช่เรื่องของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่ทุกหน่วยงาน ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะบทบาทของชุมชน จะเป็นพลังที่สามารถขับเคลื่อนให้เกิดความปลอดภัยทางถนน ทั้งนี้เนื่องจากอุบัติเหตุทางถนน มีสาเหตุปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องทั้งสภาพยานพาหนะ สภาพถนน สภาพแวดล้อม สมรรถนะและพฤติกรรมของผู้ขับขี่ โดยเฉพาะพฤติกรรมกรการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ควรคำนึงถึงความต้องการและความเหมาะสมของพื้นที่ จึงจะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนได้

ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษา แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอภูดัก จังหวัดอุดรธานี โดยศึกษาในด้านการค้นหาปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ ด้านการวางแผนการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ด้านการปฏิบัติตามแผนการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านการประเมินผลการป้องกันอุบัติเหตุ เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาและหาแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอภูดัก จังหวัดอุดรธานี ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอภูดัก จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอภูดัก จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอภูดัก จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษา คือ ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอกุดจับ จาก 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลเมืองเพีย ตำบลกุดจับ ตำบลขอนแก่น ตำบลตาลเลียน ตำบลสร้างก่อ ตำบลปะโค และตำบลเชียงเพ็ง จำนวน 39,033 คน (โปรแกรม Health Data Center: HDC ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2565)

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ประกอบด้วย

2.1 กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้ที่มีความเชื่อถือได้ มีความรู้ความชำนาญในด้านการจัดการความปลอดภัย และเกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ความปลอดภัย เพื่อให้ได้แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอกุดจับ ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรกุดจับ และนายกเทศมนตรีตำบลกุดจับ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ซึ่งทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

2.2 กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ตัวแทนของประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอกุดจับ จาก 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลเมืองเพีย ตำบลกุดจับ ตำบลขอนแก่น ตำบลตาลเลียน ตำบลสร้างก่อ ตำบลปะโค และตำบลเชียงเพ็ง จำนวน 381 คน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Wayne W. Daniel. 1995 : 180 ; อ้างถึงใน สมัทนา กลางคร และ วรพจน์ พรหม-สัตยพรต. 2553 : 112) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยการแยกประชากรออกเป็นรายตำบลก่อน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Lottery Method) คราวละ 1-2 คน ให้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ซึ่งกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เพศชาย หรือ เพศหญิง 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอกุดจับมากกว่า 6 เดือน 3) สามารถเข้าใจสื่อสารภาษาไทย หรือภาษาพื้นบ้านได้ 4) ไม่เป็นผู้พิการ 5) ไม่ป่วยด้วยโรคโรคจิตเวช 6) ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ (จตุรงค์ นาค, 2558) ที่ผ่านกระบวนการหาคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ด้านการสร้างเครื่องมือ และด้านสถิติ ประกอบด้วย 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check-list) และเติมตัวเลข จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการรับทราบข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในเขต อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการค้นหาปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 7 ข้อ ด้านการวางแผนการป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 6 ข้อ ด้านการปฏิบัติตามแผนการป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 6 ข้อ และด้านการประเมินผลการป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด = 5 ระดับมาก = 4 ระดับปานกลาง = 3 ระดับน้อย = 2 และระดับน้อยที่สุด = 1 เกณฑ์การพิจารณาการมีส่วนร่วมใช้เกณฑ์ของ เบสท์ (Best, 1970 : 204) โดยมีการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

4.50 - 5.00 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด

3.50 - 4.49 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับมาก

2.50 - 3.49 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

1.50 - 2.49 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับน้อย

1.00 - 1.49 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขต อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดอุดรธานี

ตอนที่ 4 แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขต อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดอุดรธานี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยเสนอแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อประเมินคุณภาพ ให้ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความสอดคล้องของแบบสอบถาม และคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 1.00

2. การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แบบมาตรวัด 5 ระดับ ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนในตำบลน้ำพัน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขออนุมัติหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดอุดรธานี ส่งไปยัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน และประธาน อสม.ในพื้นที่ ทั้ง 7 ตำบล เพื่อขออนุญาตทำการเก็บข้อมูลกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเชิงปริมาณไปให้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดอุดรธานี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล คือ วันที่ 1-30 มิถุนายน 2565

3. รวบรวมแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 381 ฉบับ

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน

5. นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติต่อไป

6. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดอุดรธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) มัธยฐาน (Median) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) และวิเคราะห์ข้อมูล จากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คปสอ.กุฉินารายณ์ จังหวัดอุดรธานี (ETKC 03/2565, ลงวันที่ 15 มีนาคม 2565)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลลักษณะทางประชากรของประชาชนในเขตอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี (n=381)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	112	29.4
	หญิง	269	70.6
อายุปัจจุบัน			
	20 - 35 ปี	88	23.1
	36 - 45 ปี	90	23.6
	46 - 55 ปี	137	36.0
	56 - 65 ปี	63	16.5
	66 ปีขึ้นไป	3	0.8
M=45.07, S.D.=11.23, Min=20, Max=72			
ระดับการศึกษาสูงสุด			
	ประถมศึกษา	66	17.3
	มัธยมศึกษาตอนต้น	73	19.2
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	83	21.8
	อนุปริญญา/ปวส.	13	3.4
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	117	30.7
	สูงกว่าปริญญาตรี	29	7.6
อาชีพ			
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	118	31.0
	รับจ้าง	70	18.4
	ค้าขาย	24	6.3
	ธุรกิจส่วนตัว	10	2.6
	เกษตรกร	159	41.7
สถานภาพการสมรส			
	โสด	72	18.9
	สมรส	286	75.0
	หย่า/แยกกันอยู่	14	3.7
	หม้าย	9	2.4
การได้รับทราบข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอกุดจับ			
	รับทราบ	330	86.6
	ไม่เคยรับทราบ	51	13.4

จากตารางที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.6 มีช่วงอายุระหว่าง 46 - 55 ปี ร้อยละ 36.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.0 และได้รับทราบข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในอำเภออุดจักษ์ ร้อยละ 86.6

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภออุดจักษ์ จังหวัดอุดรธานี (n=381)

แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน อุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภออุดจักษ์ จังหวัดอุดรธานี	M	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
1. ด้านการค้นหาปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ	3.48	0.97	ปานกลาง
2. ด้านการวางแผนการป้องกันอุบัติเหตุ	3.53	0.98	มาก
3. ด้านการปฏิบัติตามแผนการป้องกันอุบัติเหตุ	3.94	0.84	มาก
4. ด้านการประเมินผลการป้องกันอุบัติเหตุ	3.46	1.08	ปานกลาง
ภาพรวม	3.60	0.89	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า โดยรวมแล้วประชาชนในเขตอำเภออุดจักษ์ จังหวัดอุดรธานี มีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับมาก (M=3.60, S.D.= 0.89) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการปฏิบัติตามแผนการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M=3.94, S.D.= 0.84) รองลงมาคือ ด้านการวางแผนการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับมาก (M=3.53, S.D.= 0.98) ด้านการค้นหาปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ อยู่ในระดับปานกลาง (M=3.48, S.D.= 0.97) และด้านการประเมินผลการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับปานกลาง (M=3.46, S.D.= 1.08)

ผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภออุดจักษ์ จังหวัดอุดรธานี โดยภาพรวม 4 ด้าน ซึ่งพอสรุปได้ว่า

ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ด้านการค้นหาปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ ประชาชนมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับปานกลาง เนื่องจากการขาดข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ที่เพียงพอในการป้องกันอุบัติเหตุ ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้ามามีบทบาทสนับสนุนงบประมาณให้มากกว่านี้ ด้านการวางแผนการป้องกันอุบัติเหตุ ประชาชนเองไม่ทราบว่าเมื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนป้องกันอุบัติเหตุหรือการติดตามประเมินผลต่าง ๆ แล้ว จะได้รับผลประโยชน์หรือเสียผลประโยชน์มากน้อยเพียงใด และประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนน้อย ด้านการปฏิบัติตามแผนการป้องกันอุบัติเหตุ อำเภออุดจักษ์ เป็นพื้นที่ติดเขตอำเภอเมืองอุดรธานี บางคนก็ใช้ยานพาหนะโดยไม่ทราบถึงกฎระเบียบที่ชัดเจน จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง คนในพื้นที่เองก็ยังไม่เคารพกฎจราจร ขาดวินัยและจิตสำนึกต่อส่วนรวม ด้านการประเมินผลการป้องกันอุบัติเหตุ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลตรวจสอบ

โครงการต่าง ๆ ระดับปานกลาง เนื่องจากประชาชนคิดว่าไม่ใช่เรื่องของตนเองเอาเวลาตรงนั้นไปทำมาหากินดีกว่า ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกับทุกภาคเครือข่ายประชาชนทำงานร่วมกันทำให้ประชาชนและตัวแทนประชาชนได้เห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจร เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดและลดการสูญเสียที่จะตามมา

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ควรประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้อย่างทั่วถึง และควรจัดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะเรื่องนั้น ๆ ให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดทำแผนมากขึ้นกว่าเดิม และควรประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้อย่างทั่วถึง เพื่อสะดวกแก่การจัดทำแผนในการป้องกันอุบัติเหตุควรจัดทำโครงการรณรงค์/กิจกรรมที่สนองตอบต่อความต้องการของประชาชน และควรจัดประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงผลจากการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนป้องกันอุบัติเหตุ ควรกำหนดวิธีการประเมินผลให้ชัดเจน และควรมีการประชาสัมพันธ์ถึงผลงานที่ดำเนินการไปแล้วให้ประชาชนทราบ และควรเพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสาร เพื่อแจ้งข่าวสารเมื่อพบเห็นการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ เพื่อลดปัญหาการสูญเสีย

แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ด้วยการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 3 ท่าน ได้แก่ ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรกุดจับ สาธารณสุขอำเภอ กุดจับ และนายกเทศมนตรีตำบลกุดจับ ดังนี้

ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรกุดจับ กล่าวว่า เนื่องจากอำเภอ กุดจับ เป็นพื้นที่ติดอำเภอเมืองอุดรธานี ทำให้นักท่องเที่ยวและประชาชนจากต่างจังหวัดเข้ามาประกอบอาชีพ และสัญจรไปมาเป็นจำนวนมาก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จึงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาการจราจรในพื้นที่ เพราะฉะนั้นจึงควรปฏิบัติดังนี้

1. รณรงค์สวมหมวกกันน็อก เพื่อให้ประชาชนตื่นตัวและเห็นความสำคัญในการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ เช่น จัดขบวนแห่รณรงค์อย่างน้อยไตรมาสละครั้ง เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับประชาชนในพื้นที่และนักท่องเที่ยวที่เข้ามาในพื้นที่อำเภอ กุดจับ

2. จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ใช้รถใช้ถนน เช่น กลุ่มรถบริการสาธารณะ กลุ่มประชาชนทั่วไป โดยเชิญเจ้าหน้าที่จากขนส่งหรือวิทยากรมาบรรยายอย่างน้อยไตรมาสละครั้ง เพื่อปลูกฝังจิตสำนึก และระเบียบวินัยในการขับขี่ แนวทางที่กล่าวมาที่สำคัญที่สุดจะต้องมีการปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จ

นอกจากนี้ ปัจจุบันปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ที่เกิดขึ้นบ่อยสาเหตุหลักเกิดจากความประมาท ขาดการตรวจสอบสภาพยานพาหนะให้พร้อมใช้งานอย่างสม่ำเสมอ เพราะฉะนั้นจึงควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ภาครัฐจะต้องเข้ามาดูแลสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบเสนอข้อมูลความเป็นจริงของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตทรัพย์สินแก่ประชาชน ปลุกฝังให้ประชาชนเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายจราจรมากยิ่งขึ้น เพราะกฎหมายจราจรออกมา เพื่อมุ่งหวังให้ลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ

2. เชิญประชาชนทุกภาคส่วนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาอุบัติเหตุจราจร เช่น กลุ่มรถบริการสาธารณะ ผู้ประกอบการขนส่ง นักเรียน นักศึกษา หรือผู้นำท้องถิ่น จัดตั้งเป็นเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบปัญหาอุบัติเหตุจราจร ที่อาจจะเกิดขึ้นกับกลุ่มของตนเอง โดยดำเนินการในลักษณะ

2.1 เข้ากลุ่มศึกษาอบรมปัญหากฎหมายจราจรและกฎระเบียบต่าง ๆ เพื่อสร้างจิตสำนึกให้รับผิดชอบต่อสังคม

2.2 จัดตั้งเป็นคณะกรรมการภาคประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐเพื่อศึกษาปัญหาและจัดการการจราจรภายในกลุ่มของตนอย่างไรให้ปลอดภัย

2.3 ร่วมตรวจสอบผลการดำเนินการจัดการปัญหาการจราจรในกลุ่มของตน

สาธารณสุขอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี กล่าวว่า ปัจจัยที่สำคัญในการเกิดอุบัติเหตุ มี 4 ปัจจัยหลัก คือ ถนน ยานพาหนะ คน และปัจจัยภายใน/การบริหารจัดการ ดังนี้

1. ถนน ประชาชนช่วยกันดูแลสภาพถนนที่ตนเองสัญจร หากเกิดการชำรุดช่วยแจ้งให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทราบ หากประชาชนในพื้นที่ที่กำลังหรืองบประมาณที่จะช่วยภาครัฐ ในการซ่อมบำรุง ก็สามารถช่วยได้หรือไม่ก็ช่วยติดป้ายประชาสัมพันธ์ บอกเหตุต่าง ๆ ของคนที่สัญจรไปมาเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

2. ยานพาหนะ ที่ใช้ในท้องถนนจะต้องมีการตรวจสอบความพร้อมของรถตามที่กฎหมายกำหนด เบื้องต้นจะต้องเริ่มจากตัวบุคคลดูแลตรวจสอบของตนเองและคนในครอบครัวช่วยกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้คนใกล้ชิดเพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่มีสาเหตุมาจากยานพาหนะโดยเฉพาะรถบริการสาธารณะที่ต้องช่วยกันดูแลเป็นพิเศษเพราะหากเกิดอุบัติเหตุจะส่งผลกระทบต่อหลายชีวิต

3. ตัวบุคคล จะต้องผ่านการฝึกอบรมให้ความรู้ มีใบขับขี่ มีความชำนาญในการใช้รถใช้ถนน ความพร้อมของร่างกายควรพักผ่อนให้เพียงพอก่อนเดินทาง

4. ปัจจัยภายใน/การบริหารจัดการ หน่วยงานภาครัฐจะต้องเข้ามามีส่วนร่วม มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ตั้งด่านกวดขันดูแลประชาชน ควรทำอย่างต่อเนื่องไม่ใช่แค่ช่วงเทศกาล รัฐควรปลุกฝังเรื่องกฎระเบียบ กฎหมายการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนตั้งแต่เด็กในสถานศึกษา มีการเรียนการสอน

เป็นหลักสูตรให้ความสำคัญต่อทรัพยากรมนุษย์เพราะปัจจุบันการสูญเสียที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนถือเป็นการสูญเสียลำดับต้น ๆ ของประเทศ

5. แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภออุดจักษ์ จะต้องเริ่มจากการปลูกฝังจิตสำนึกและวินัยในการขับขี่ให้แก่ประชาชน โดยเริ่มต้นจากตนเองเป็นหลัก หากทุกคนปฏิบัติตามกฎหมายต่าง ๆ การเกิดอุบัติเหตุก็ลดลงสามารถนำตัวอย่างโครงการอาสาสมัครมาปรับใช้ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของอำเภออุดจักษ์

นายกเทศมนตรีตำบลอุดจักษ์ กล่าวว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ส่วนใหญ่มาจากประชาชนที่ไม่ทราบกฎจราจร ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ ความประมาท และปัญหาที่เจอบ่อยที่สุด คือ เมาแล้วขับ เพราะฉะนั้นจึงควรปฏิบัติ ดังนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาส่วนร่วมประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่าง ๆ เช่น เสียงตามสาย วิทยุชุมชน ป้ายประชาสัมพันธ์ตามสี่แยกต่าง ๆ ที่เรามีอยู่แล้ว

2. ประชุมผู้นำชุมชน อสม. กลุ่มต่าง ๆ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลให้กับประชาชนในพื้นที่ในด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุ

3. ปลูกฝังจิตสำนึกภายในโรงเรียน เพื่อให้เยาวชนไปเผยแพร่ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง และรู้จักวิธีป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุทางถนน

4. จัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อป้องกันอุบัติเหตุสวมหมวกกันน็อก

สรุป แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภออุดจักษ์ จังหวัดอุดรธานี ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ทรงคุณวุฒิและข้อเสนอแนะจากแบบสอบถามปลายเปิดของประชาชน ซึ่งสรุปได้ว่า

1. แนวทางด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมภาคประชาชนเข้ามามีบทบาทในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐหรือภาคเอกชน ควรจะต้องเข้ามามีบทบาททำงานร่วมกับประชาชนให้มากยิ่งขึ้น โดยการสนับสนุนงบประมาณเสนอข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน

2. แนวทางด้านการให้ความรู้กับประชาชนเป็นการส่งเสริมโดยการจัดโครงการป้องกันอุบัติเหตุและสอดแทรกความรู้ให้แก่ประชาชน เพื่อปลูกฝังระเบียบวินัยต่าง ๆ และต้องส่งเสริมให้ประชาชนทุกภาคส่วน โดยเฉพาะเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่จะเกิดขึ้นในพื้นที่อำเภออุดจักษ์ทุก ๆ ด้าน

3. แนวทางด้านการสร้างเครือข่ายความร่วมมือของภาครัฐกับประชาชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยจัดให้มีโครงการต่าง ๆ เช่น จัดตั้งคณะกรรมการภาคประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

4. แนวทางด้านการประชาสัมพันธ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงให้ประชาชนรับทราบอย่างทั่วถึงและข้อมูลต่าง ๆ จะต้องเป็นข้อมูลปัจจุบัน

อภิปรายผล

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ภาพรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่แล้ว จึงมีความรับผิดชอบต่อสังคม มีความรับผิดชอบในอาชีพของตน จึงคำนึงถึงความปลอดภัยต่อตนเองและผู้โดยสารและรู้ถึงอันตรายจากอุบัติเหตุ คิดว่าถ้าเกิดอุบัติเหตุจะต้องขาดรายได้ มีการบาดเจ็บอาจพิการหรือเสียชีวิต จึงมีความระมัดระวังในการขับขี่มากขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้ขับขี่มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมป้องกันอุบัติเหตุในการขับขี่เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับ พัทธนันท์ คงทอง (2556) ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุในเขตพื้นที่ตำบลท่ามิหรำ มี 3 ปัจจัย คือ คน รถ และสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ คนไม่เคารพกฎหมายจราจร และสอดคล้องกับ จุริรัตน์ สุนทรไชยา (2554) ที่พบว่า ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่าง เป็นเพราะผู้นำชุมชนมีหน้าที่ในการดำเนินการในส่วนนี้โดยตรงอยู่แล้ว รับทราบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ชัดเจน แต่ประชาชนในพื้นที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุ แต่ไม่สอดคล้องกับ จตุรงค์ นาค (2558) ที่พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในเทศบาลเมืองป่าตองอยู่ในระดับน้อย เกิดจากประชาชนขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะเข้ามาดูแลในด้านต่าง ๆ

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ที่ได้จากคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี โดยภาพรวม 4 ด้านซึ่งสรุปได้ว่า ประชาชนมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องน้อยเนื่องจากการขาดข้อมูลข่าวสารการประชาสัมพันธ์ที่เพียงพอในการป้องกันอุบัติเหตุ ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ เจ้าหน้าที่ส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้ามาเฝ้าระวังสนับสนุนงบประมาณ สอดคล้องกับ อรุณรัตน์ ไชยวิรัชโชติ (2546) ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปัญหาหลักประกอบด้วย ปัญหางบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินการและกำลังเจ้าหน้าที่ที่มีจำกัด ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนป้องกันอุบัติเหตุน้อย ส่วนใหญ่ใช้ยานพาหนะโดยไม่ทราบถึงกฎระเบียบที่ชัดเจนจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง คนในพื้นที่เองก็ยังไม่เคารพกฎจราจร ขาดวินัยและจิตสำนึกต่อส่วนรวม ที่จะดูแลบ้านเมืองของตนเองให้เกิดความปลอดภัย สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ผู้ขับขี่ยานพาหนะไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร เกี่ยวกับสัญญาณไฟจราจรกฎจราจร และการใช้สัญญาณไฟ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง เนื่องจากผู้ขับขี่อาจจะบังคับรถไปในทิศทางหรือตำแหน่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอกุดจับจังหวัดอุดรธานี ดังนี้ ควรประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้อย่างทั่วถึง และควรจัดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะเรื่องนั้น ๆ ให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

ในการดำเนินการจัดทำแผนมากขึ้นกว่าเดิม สอดคล้องกับ จินตวิทย์ เกษมสุข (2554) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิดร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ความรู้และความชำนาญร่วมกับวิทยาการที่เหมาะสม และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริง จึงหมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้ทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม และการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน

แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในอำเภออุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ แนวทางด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมภาคประชาชนให้เข้ามามีบทบาทในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐหรือภาคเอกชนควรจะต้องเข้ามามีบทบาททำงานร่วมกับประชาชนให้มากยิ่งขึ้น โดยการสนับสนุนงบประมาณเสนอข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน แนวทางด้านการให้ความรู้กับประชาชนเป็นการส่งเสริมโดยการจัดโครงการป้องกันอุบัติเหตุและสอดแทรกความรู้ให้แก่ประชาชน จัดตั้งกรรมการชุมชนเป็นอาสาสมัครและปฏิบัติงานร่วมเจ้าหน้าที่รัฐ และแนวทางด้านการประชาสัมพันธ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงให้ประชาชนรับทราบอย่างทั่วถึงและข้อมูลต่าง ๆ จะต้องเป็นข้อมูลปัจจุบัน สอดคล้องกับ วิไลวรรณ บัวชุม (2559) กล่าวว่า แนวเกิดการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแนวคิดในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรยุทธศาสตร์หลัก 5E การนำข้อกฎหมายมาบังคับใช้ ซึ่งมาตรการด้านกฎหมายนี้ก็เป็นเรื่องที่ต้องทำควบคู่ไปกับการรณรงค์ที่สร้างจิตสำนึก การอบรมประชาสัมพันธ์เผยแพร่แก่ผู้ใช้รถใช้ถนน ได้แก่ การปลูกฝังการให้ความรู้โดยเน้นไปที่เด็กและเยาวชนเป็นสำคัญในการฝึกอบรมเรื่องการเป็นผู้ใช้รถใช้ถนนที่ดี เช่น การรณรงค์ด้านวินัยจราจรให้นักเรียนนักศึกษา

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมโรค กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ควรกำหนดเป็นนโยบายส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน บูรณาการกับแผนงบประมาณและการจัดสรรทรัพยากรมนุษย์กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลอย่างครบกระบวนการ
2. กำหนดนโยบายหลักให้ผู้บริหาร ผู้นำชุมชนในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
3. เป็นแนวทางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้นำผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไปพัฒนาและปรับปรุงแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอภูซำ จังหวัดอุดรธานี
2. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมแบบ Holistic perspective ของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในอำเภอภูซำ จังหวัดอุดรธานี

References

- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. (2554). แผนรณรงค์เชิงกลยุทธ์ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2554-2563. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน.
- กฤตพงศ์ โรจน์รุ่งศศิธร. (2548). สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจรของผู้ขับขี่รถยนต์ในเขตนิคมอุตสาหกรรมแหลมบัว จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จตุรงค์ นาค. (2558). แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในเทศบาลเมืองป่าตอง อำเภอกระทุ่ม จังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, ภูเก็ต.
- จินตวีร์ เกษมสุข. (2554). การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรัสรัตน์ สุนทรไชยา. (2554). การมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์. อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการจัดการอุตสาหกรรม วิทยาลัยการบิหารและการจัดการสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง, กรุงเทพมหานคร.
- ชวนพิศ หนูจันทร์. (2552). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ตำบลเวียงอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ปัญญา จันทร์พานิชย์, ศาสตรา ธีรพร, สุชาติพิทย์ ภัทรกุลวณิชย์, ชลธิชา คำสอ, พานนท์ ศรีสุวรรณ, พรรษา สอนพุ่ม, กฤศ เรียงไธสง, บาร์เมษฐ์ ฝมคำ, วรัญชกรณ์ พลเขตร์. (2559). แนวทางการประเมิน การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน DHS-RTI. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- พัทธนันท์ คงทอง. (2556). พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุที่เกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์: กรณีศึกษาชุมชนตำบล ท่ามิหระ อำเภอบึง เมือง จังหวัดพัทลุง. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์), 5(9), 116-130.
- วิไลวรรณ บัวชุม. (2559). ประสิทธิภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนตามยุทธศาสตร์ 5E เพื่อลดอุบัติเหตุ ทางถนนของสำนักงานขนส่งจังหวัดเพชรบุรี. การศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตร มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์, นครนครปฐม.
- สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6 มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรุณรัตน์ ไชยวิริทโชติ. (2546). แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนในช่วงเทศกาล. วิทยานิพนธ์ วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมขนส่ง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า ธนบุรี, ธนบุรี.
- World Health Organization [WHO]. (2015). รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2558. ประเทศไทย : บริษัท สแกนด์-มีเดีย คอร์ปอเรชั่น จำกัด.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนต้น อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

Effectiveness of Resilience enhancing Program on Drinking Refusal Self-efficacy
among Early adolescence Saiyok district, Kanchanaburi province

จิรภัทร พุ่มฉายา

Jirapat Pumchaya

โรงพยาบาลไทรโยค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

Saiyok Hospital, Kanchanaburi Public Health Office

(Received: October 31, 2022; Revised: December 31, 2022; Accepted: December 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแข็งแกร่งในชีวิต การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต และเพื่อเปรียบเทียบความแข็งแกร่งในชีวิต การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-14 ปีที่กำลังศึกษาสังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี มีจำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน รวมทั้งหมด 46 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของกรอทเบอร์ค แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเก็บข้อมูลก่อน-หลังการใช้โปรแกรม สถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่าภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = -5.025, p < .001$ และ $t = -3.707, p = .001$ ตามลำดับ) และคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.37, p = .002$ และ $t = 2.53, p = .015$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ควรมีการนำแนวทางการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสนอในเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในสถานศึกษาเพื่อขยายผลใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนต้นอันจะส่งผลให้วัยรุ่นตอนต้นสามารถปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

คำสำคัญ: ความแข็งแกร่งในชีวิต, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, วัยรุ่นตอนต้น

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Jirapat34764@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-3787893)

ABSTRACT

This quasi-experimental aimed to compare the Resilience on Drinking Refusal Self-efficacy among Early adolescence between before and after attending the Resilience enhancing Program and to compare Resilience and Self-efficacy among Early adolescence between a group that attending the Resilience enhancing Program and a group which does not- attending Resilience enhancing. The pretest-posttest design was used in this study. The samples were early adolescence aged 10 - 14 years old in Secondary school under the Secondary Educational Service area of Kanchanaburi Province. There were 23 people in each experimental group and a control group, a total of 46 people. Research instruments included the Resilience enhancing Program that was applied from the Grotberg resilience model, the Resilience self-assessment questionnaire and the assessment of Self-efficacy in alcohol refusal. Data were collected before and after attending the program ended. Descriptive statistics were used to analyze general personal information such as frequency, percentage, mean, and standard deviation. The inference statistics were used to the compared difference between resilience and self-efficacy including pair t-test and independent t-test.

The results of this study found that there was a statistically significant increase in the mean resilience score and the perceived self-efficacy score for alcohol refusal in the experimental group (p -value $< .05$) ($t = -5.025$, $p < .001$ and $t = -3.707$, $p = .001$, respectively) and mean resilience and self-efficacy in refusal drinking alcohol scores after participating in the program in the experimental group increased significantly at the .05 level ($t = 3.37$, $p = .002$, and $t = 2.53$, $p = .015$, respectively).

The research recommendation is that the resilience approaches to the prevention of alcohol consumption should be applied in policy to implement in schools to expand the effect of Resilience enhancing programs on the perception of self-efficacy in refusing to drink alcohol in early adolescence. This will result in early adolescence being refusing to drink alcohol.

Keywords: Resilience, Self-efficacy, Alcoholic beverages, Early adolescence

บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยมากกว่า 230 ชนิด ซึ่งแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพในลำดับที่ 7 ของการตายและ

พิการของประชากรทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี โดยมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2563)

ปัจจุบันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นโดยพบว่าวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กันอย่างแพร่หลาย จากรายงานในปี ค.ศ. 2015 มีวัยรุ่นจำนวน 5.1 ล้านคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีจำนวน 1.3 ล้านคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเดือนที่ผ่านมา (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2017) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และอายุผู้ที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกมีช่วงอายุน้อยลงโดยกลุ่มที่ริเริ่มดื่มกลุ่มใหญ่ที่สุด คือ กลุ่มเยาวชน อายุ 15-19 ปี จากการศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทยพบว่า กว่า 1 ใน 3 ของเยาวชนชาย และ 1 ใน 4 ของเยาวชนหญิง เริ่มมีประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยมีอายุเฉลี่ย 13 ปี และอายุ 14 ปี ตามลำดับ (สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย, 2551) โดยเมื่อวัยรุ่นอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะดื่มมากขึ้น ส่วนความชุกของการดื่ม พบว่าเพศชาย และเพศหญิง มีความคล้ายคลึงกัน (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2017)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีผลกระทบต่อสมองในส่วนของฮิปโปแคมปัส จึงมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทและสมองส่งผลให้ สติปัญญา การคิด การรับรู้ ความจำลดลง ทั้งระยะสั้นและระยะยาว (Squeglia, Jacobus, & Tapert, 2014) ส่งผลกระทบต่อ การเรียน การขาดเรียน หรือผลการเรียนไม่ดี และมีโอกาสเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมเสี่ยงได้มากขึ้น เช่น การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การฆ่าตัวตาย การมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือการใช้ความรุนแรง การมีพฤติกรรมส่อไปในทาง การเกิดอาชญากรรม รวมทั้งการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2017)

ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) เป็นความสามารถของบุคคล ในการป้องกันหรือลดความรุนแรงให้บุคคลสามารถเผชิญและผ่านพ้นจากสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ 1) บุคคลรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (I have) 2) บุคคลรับรู้ว่ามีพลังเข้มแข็งภายใน (I am) และ 3) บุคคลมีทักษะทางสังคมและทักษะระหว่างบุคคล (I can) วัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีการตระหนักรู้ในตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีทักษะความสามารถทางสังคม มีทักษะในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความมุ่งมั่นตั้งใจ ในการประสบความสำเร็จแม้จะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือสถานการณ์ที่ท้าทาย (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2551)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) และ 2) ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่สามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล และการคงอยู่ของพฤติกรรมการสร้างสุขภาพ โดยการที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการได้นั้น ต้องผ่านกระบวนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อน หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม บุคคลนั้นก็จะพยายามปฏิบัติจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1997) และปัจจัยที่สำคัญและส่งผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นพบว่าเกิดจากปัจจัยที่เกิดจากภายในตัววัยรุ่นเองเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในการป้องกันในระดับบุคคลแนวทางหนึ่งในการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือการที่วัยรุ่นมีการสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์(อังสุมาลิน จันทรมณี, สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์, และจุฑารัตน์ สติธิปัญญา, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิตและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในต่างประเทศ ที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.19, p < .05$) ระดับของความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นตัวคาดการณ์ถึงอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น (John, Dinsmore & Hof, 2011) และพบว่าเด็กที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ เมื่อเป็นวัยรุ่นจะมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และติดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Wong et al., 2006) ในประเทศไทยจากการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยปกป้องด้านบุคคลมีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นไทยอย่างไรของ Takviriyannun, Phuphaibul, Villarruel, Vorapongsathorn & Panitrat, (2007) ได้มีการศึกษาผลของความแข็งแกร่งในชีวิตต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นไทยพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตทำนายการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยตรง ($\beta = -.19, p < .001$) วัยรุ่นไทยที่มีระดับความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลง และจากการวิจัยของจุฑารัตน์ กมลพรมงคล, พรณา หอมสินธุ์และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2555) พบว่านักเรียนที่ได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนจะรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และมีทักษะในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

จากเหตุผลผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนต้น เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ของ กรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมโดยการเสริมสร้างให้วัยรุ่นตอนต้นรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (I have) รับรู้ว่ามีความเข้มแข็งภายใน

(I am) และมีทักษะทางสังคมและทักษะระหว่างบุคคล (I can) ผ่านการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมจำนวน 4 สัปดาห์ โดยมุ่งหวังให้วัยรุ่นตอนต้นเกิดความแข็งแกร่งในชีวิต และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้สามารถปฏิเสธหรือขอการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ได้ในอนาคต

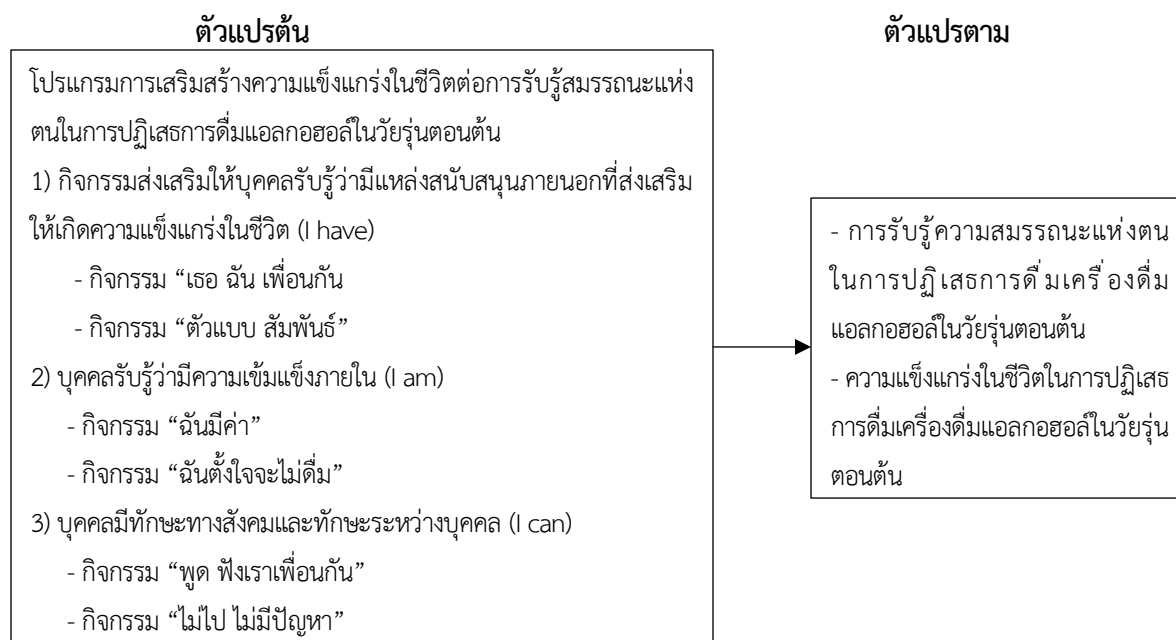
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแข็งแกร่งในชีวิต การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

2. เพื่อเปรียบเทียบความแข็งแกร่งในชีวิต การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความแข็งแกร่งในชีวิตของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) โดยความแข็งแกร่งในชีวิตนั้นกรอทเบิร์กอธิบายว่า เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคล ในการป้องกันหรือลดความรุนแรงให้บุคคลสามารถเผชิญและผ่านพ้นจากสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) บุคคลรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (I have) 2) บุคคลรับรู้มีความเข้มแข็งภายใน (I am) และ 3) บุคคลมีทักษะทางสังคมและทักษะระหว่างบุคคล (I can) และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ ที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคล มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิเสธการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ได้ ภายใต้สถานการณ์เสี่ยง ที่นำไปสู่การตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ อันจะทำให้วัยรุ่นมีสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ ในการป้องกันการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ต่อไปในอนาคต ซึ่งแสดงตามแผนภาพที่ 1 ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Design with Non-equivalent Groups) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10 – 14 ปี ที่ศึกษาในปีการศึกษา 2565 ในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง สังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จังหวัดกาญจนบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ วัยรุ่นตอนต้นทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุ 10-14 ปี ในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง สังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 1,724 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นวัยรุ่นตอนต้นทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุ 10-14 ปี ในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง สังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี มีจำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมกลุ่มละ 23 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ซึ่งคำนวณขนาด ของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาด อิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 หลังจากนั้นใช้เกณฑ์วิเคราะห์อำนาจการทดสอบของเบิร์นส์ และโกรฟ (Burns & Grove, 2005) จากการเปิดตารางสำหรับการทดลอง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (two sample independent groups test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของ กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 จึงมีจำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นวัยรุ่นตอนต้นทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุ 10-14 ปี และยินดี ให้ความร่วมมือในการศึกษา และผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยที่กำหนดไว้ และมีความ ผิดปกติในการเรียนรู้โดยการวินิจฉัยของแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือในชีวิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความแข็งแกร่ง ในชีวิตของกรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 คือ 1) บุคคลรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุน ภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (I have) ได้แก่ การมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพ การมีหลัก ปฏิบัติและกฎเกณฑ์ที่บ้าน การมีตัวแบบ การได้รับการสนับสนุนให้มีอิสระในการกระทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง และ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการ และความปลอดภัยในชีวิต 2) บุคคลรับรู้ว่า มีความเข้มแข็งภายใน (I am) ได้แก่ รับรู้ว่าเป็นที่รักและแสดงความรักต่อผู้อื่นได้ เป็นผู้มีความรักเห็นใจบุคคลอื่น มีความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นอิสระ รับผิดชอบการกระทำของตนเอง มีความหวัง ความศรัทธาและเชื่อมั่น และ

3) บุคคลมีทักษะทางสังคมและทักษะระหว่างบุคคล (I can) ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ การตระหนักในอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น และสามารถแสวงหาความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้ มีกิจกรรมตามแผนคือ มีการกำหนดให้เข้ากลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ กิจกรรมหลักในการดำเนินการแต่ละครั้ง มีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรม “เธอ ฉัน เพื่อนกัน” ซึ่งเป็นการให้ผู้เข้าร่วมในการวิจัยเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของการดำเนินกิจกรรม สร้างความคุ้นเคยกับเพื่อสมาชิก และสร้างการรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุน โดยมีกิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างเพื่อน โดยการทำกิจกรรมละลายพฤติกรรมและการเลือกปฏิบัติในการทำกิจกรรมร่วมกันใน 3 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลา 20 นาที

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรม “ตัวแบบ สัมพันธ์” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้การมีตัวแบบการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการไม่ดื่มเครื่องดื่ม

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรม “พูด ฟังเราเพื่อนกัน” ซึ่งเป็นกิจกรรมในการส่งเสริมให้สามารถบอกหรือพูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองในการสื่อสาร และฝึกทักษะการฟังอย่างตั้งใจ โดยการให้คู่บัดดี้ในแต่ละกลุ่มผลัดกันเล่าถึงความรู้สึกในการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือความรู้สึกที่มีต่อคนที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ฟังนั่งฟังโดยไม่โต้แย้ง เมื่อผู้เล่าเล่าจบผู้ฟังกล่าวชื่นชมในประเด็นที่เล่า และผลัดกันเล่าโดยให้ผู้ฟังเป็นผู้เล่าโดยใช้กติกาเดิมอีกครั้ง เมื่อเล่าจบผู้วิจัยสรุปประเด็นการเรียนรู้ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรม “ไม่ไป ไม่มีปัญหา” ซึ่งเป็นกิจกรรมในการส่งเสริมการแก้ไขปัญหาส่งเสริมให้มีทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่ม โดยให้ตัวแทนกลุ่มจับฉลากสถานการณ์ที่เพื่อนจะชวนไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อได้สถานการณ์แล้วกลุ่มจะแบ่งออกเป็น 2 ฝ่าย คือฝ่ายที่ต้องคิดคำชวนต่าง ๆ เพื่อให้เพื่อนไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอีกฝ่ายต้องคิดคำปฏิเสธในการไม่ไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อเสร็จแล้วให้กลุ่มส่งตัวแทนเพื่อแสดงบทบาทสมมติให้เพื่อนกลุ่มดู เมื่อจบผู้วิจัยสรุปเนื้อหา โดยผู้ฟังจะได้แนวทางและทักษะการปฏิเสธที่ดีเพื่อนำไปใช้ในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในอนาคต ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรม “ฉันมีค่า” ซึ่งเป็นกิจกรรมในการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้คู่บัดดี้แต่ละคู่ผลัดกันเล่าถึงสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสามารถปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ รวมทั้งบุคคล สิ่งสนับสนุนที่ตนเองมีในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนมาเล่าให้เพื่อนฟัง เมื่อฟังจบ ผู้วิจัยสรุปและให้การเสริมแรงในประเด็นที่เป็นประโยชน์เพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรม “ฉันตั้งใจจะไม่ดื่ม” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สร้างสัญญากับตนเองในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้แต่ละคนเขียนกระดาษรูปหัวใจที่ผู้วิจัยเตรียมให้ในการสัญญาว่าจะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้คู่บัดดี้เขียนให้กำลังใจในอีกฝั่งของกระดาษรูปหัวใจ เมื่อเสร็จให้ทุกคนอ่านคำสัญญาให้เพื่อนในกลุ่มฟัง เมื่ออ่านจบให้เพื่อนในกลุ่มชื่นชม เมื่อเสร็จกิจกรรมให้แต่ละคนนำกระดาษรูปหัวใจที่เขียน

นำไปให้บุคคลที่ไว้วางใจ เช่น ครู ผู้ปกครอง หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น บุคคลเหล่านี้จะมีหน้าที่กระตุ้นเตือนและให้กลุ่มตัวอย่างรักษาสัญญาที่ให้ไว้ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย สถานภาพครอบครัว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในครอบครัว ประสบการณ์ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสาเหตุในการดื่ม ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) ตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) บุคคลรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (I have) 2) บุคคลรับรู้ว่ามีความเข้มแข็งภายใน (I am) และ 3) บุคคลมีทักษะทางสังคมและทักษะระหว่างบุคคล (I can) แบบประเมินมีจำนวน 28 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ I have จำนวน 9 ข้อ I am จำนวน 10 ข้อ และ I can จำนวน 9 ข้อ ซึ่งคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่สามารถปฏิเสธได้อย่างแน่นอน 2 หมายถึง ค่อนข้างมั่นใจว่าจะไม่สามารถปฏิเสธได้ 3 หมายถึง อาจจะไม่สามารถปฏิเสธได้ 4 หมายถึง อาจจะสามารถปฏิเสธได้ 5 หมายถึง ค่อนข้างมั่นใจว่าจะสามารถปฏิเสธได้ 6 หมายถึง มั่นใจว่าจะสามารถปฏิเสธได้อย่างแน่นอน โดยมีการแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนน 12-31 = มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 31-51 = มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 52-72 = มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างแบบสอบถาม และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ ได้คำตัดสินความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1 เมื่อนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 และ 0.72 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน โดยติดต่อประสานงานกับ โรงเรียนที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตดำเนินการวิจัย ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากโรงเรียนจึงเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ และได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองก่อนร่วมเข้าร่วมการใช้ทุกคน แล้วจึงดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนต้น โดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับแบบวัดความแข็งแกร่งในชีวิต ก่อนเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดแบบวัดความแข็งแกร่งในชีวิต โดยใช้เวลาทั้งหมด 15 นาที และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนของกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต และกล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการฝึกอบรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) โดยหลังจากฝึกอบรมตามระยะเวลาโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และแบบวัดความแข็งแกร่งในชีวิตไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างซ้ำอีกครั้ง

2. กลุ่มควบคุม

หลังจากประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ครั้งแรก ผ่านไปตามระยะเวลาของโปรแกรม ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างซ้ำอีกครั้ง โดยไม่ทำกิจกรรมใด ๆ ในกลุ่มควบคุม

เมื่อได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มควบคุมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน ความแข็งแกร่งในชีวิต และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความแข็งแรงในชีวิต และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเครื่องตีเอลลกอฮอลล์ในวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเครื่องตีเอลลกอฮอลล์ในวัยรุ่นตอนต้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ EC.NO.17/2565 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย และกลุ่มควบคุม 23 ราย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออกจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 52.2 และ 56.5 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยที่ 12.71 และ 12.43 ปี ตามลำดับ และกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสมาชิกในครอบครัวที่ตีเอลลกอฮอลล์ ได้แก่ บิดาร้อยละ 82.6 และร้อยละ 82.5 ตามลำดับ มารดาร้อยละ 52.2 และร้อยละ 30.4 ตามลำดับ พี่หรือน้องร้อยละ 17.4 และร้อยละ 34.8 ตามลำดับ และเคยมีประสบการณ์การตีเอลลกอฮอลล์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอายุที่เริ่มตีเอลลกอฮอลล์มากที่สุดคือ อายุ ถึงร้อยละ 11.09 และร้อยละ 11.36 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ ($p=.745$), อายุ ($p=1.00$), ศาสนา ($p=1.00$), สมาชิกในครอบครัวที่ตีเอลลกอฮอลล์ ($p=.343$), และประสบการณ์การตีเอลลกอฮอลล์ ($p=.726$), ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเครื่องตีเอลลกอฮอลล์ของวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิต

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเษการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรง ในชีวิต

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	P - value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความแข็งแรงในชีวิต							
กลุ่มทดลอง (n=23)	107.30	10.06	115.00	11.26	-5.025	22	< .001*
กลุ่มควบคุม (n=23)	100.26	17.80	100.17	17.82	.810	22	.426
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน							
ในการปฏิบัติ เสร็จการดื่ม							
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
กลุ่มทดลอง (n=23)	65.34	8.95	69.00	5.96	-3.707	22	.001*
กลุ่มควบคุม (n=23)	62.61	11.05	62.43	10.92	1.699	22	.103

*p ≤ .05

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิต และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเษการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบทางสถิติพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเษการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = -5.025$, $p \leq .001$ และ $t = -3.707$, $p = .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเษการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เพิ่มขึ้นหรือไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเษการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		t	df	P - value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความแข็งแรงในชีวิต	115.00	11.26	100.17	17.82	3.37	44	.002
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเษการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	69.00	5.96	62.43	10.92	2.53	44	.015

*p ≤ .05

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=3.37$, $p=.002$ และ $t=2.53$, $p=.015$ ตามลำดับ)

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 วัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีความแข็งแกร่งในชีวิต และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานที่ 2 วัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีความแข็งแกร่งในชีวิต และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

วัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีความแข็งแกร่งในชีวิต เพิ่มขึ้นเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้วิธีการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตจากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต ของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ตาม 3 องค์ประกอบ คือ 1. รับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้นเนื่องจากได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมให้มีการรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 1 “เธอฉัน เพื่อนกัน” กิจกรรมครั้งที่ 2 “ตัวแบบ สัมพันธ์” โดยสร้างการรับรู้ว่ามีบุคคลรอบข้างเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนในขณะที่เจอเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต กำลังใจที่ได้รับส่วนใหญ่จะเป็นจากคนในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้อง และกำลังใจจากเพื่อน หลังจากได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ อบอุ่น รู้สึกว่าต้องต่อสู้กับปัญหา 2. รับรู้ว่ามีความเข้มแข็งภายใน กลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมให้มีการรับรู้ถึงความเข้มแข็งภายใน ได้แก่ กิจกรรมที่ 5 “ฉันมีค่า” กิจกรรมที่ 6 “ฉันตั้งใจจะไม่ดื่ม” โดยกิจกรรมเป็นการสร้างให้กลุ่มตัวอย่างได้บอกถึงข้อดีที่ตนเองมี ทำให้เกิดการเข้าใจและยอมรับตนเอง และรับรู้ว่ามีสิ่งที่ดีอยู่ในตนเอง ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจและสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีเมื่อมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ยากลำบากเกิดขึ้น และ 3. การมีทักษะทางสังคมและทักษะระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้นเนื่องจากได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ฝึก การมีทักษะทางสังคมและทักษะ ระหว่างบุคคล ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 “พูดฟัง เราเพื่อนกัน” กิจกรรมที่ 4 “ไม่ไป ไม่มีปัญหา” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะการปฏิเสธ ให้สามารถบอกหรือพูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึก

ของตนเองได้ ฝึกการประเมินและตระหนักถึงอารมณ์ของตนเองที่นำไปสู่สถานการณ์เสี่ยง และได้ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาของอารมณ์ที่นำไปสู่การตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกานดา นาควารีย์ พชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน (2558) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้แนวคิดของกรอทเบิร์กในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตของนักเรียนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้วิธีการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตจากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) สามารถทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ทักษะในการปฏิเสธการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจทำให้วัยรุ่นมีความคาดหวังจากผลลัพธ์จากการปฏิเสธการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ นำไปสู่การเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ Takviryanun, Phuphaibul, Villarruel, Vorapongsathorn & Panitrat. (2007) ที่ศึกษาผลของความแข็งแกร่งในชีวิตต่อพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นไทย พบว่า วัยรุ่นไทยที่มีระดับความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ที่ลดลง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานที่มีศักยภาพในการเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตและป้องกันหรือลดการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นได้ (Hurlock, 1967) จึงอาจกล่าวได้ว่า เมื่อวัยรุ่นตอนต้นได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตจะส่งผลให้มีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น และการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตทั้งสามองค์ประกอบ จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในการปฏิเสธการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ได้ในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำความรู้ในแนวทางการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในการป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ เสนอในเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในสถานศึกษาเพื่อขยายผลใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนต้น อันจะส่งผลให้วัยรุ่นตอนต้นสามารถปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ได้ในอนาคต
2. ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตไปใช้ในการเสริมสร้างการรับรู้เพื่อป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนต้นในบริบทพื้นที่อื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในนักเรียนในกลุ่มอื่นๆ หรือในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาและติดตามผลการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาว เพื่อวัดพฤติกรรมที่ยั่งยืน

Reference:

- กานดา นาควารี พชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 29(2), 46-63.
- จุฑาวดี กมลพรมงคล, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2555). ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาชาย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 7(2), 84-99
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2551). *คู่มือจัดกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาล*. 61(2), 18-27.
- สาวิตรี อักษรณักรชัย. *การเฝ้าระวังพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดีการพิมพ์; 2551.
- สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2563). *รายงานการผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2565 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1438820200823062406.pdf>
- อังสุมาลิน จันทรมณี, สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์, และจุฑารัตน์ สติธิปัญญา. (2560). ปัจจัยและพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหญิงในสถาบันอาชีวศึกษา: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 28(2), 117-129. doi: 10.14456/asj-psu.2017.31
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2005). *The Practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). The United States of America: Elsevier Saunders.
- Grotberg, E. H. (1995). *A Guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Retrieve February 02, 2018, from <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/283337/115519.pdf>

- Hurlock, E.B. (1967). *Adolescent development (3rd ed)*. New York: McGraw-Hill Book.
- Johnson, N., Dinsmore, J. A., & Hof, D. D. (2011). The relationship between college students' resilience level and type of alcohol use. *International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach*. 8, 67–82.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2017). *Underage Drinking*. Retrieved March 2, 2018, from <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/underagedrinking/underagefact.htm>
- Squeglia, L.M., Jacobus, J., & Tapert, S.F. (2014). The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. *NIH Public Access Author Manuscript*. 125, 501–510. doi:10.1016/B978-0-444-62619-6.00028-8.
- Takviriyannun, Phuphaibul, Villarruel, Vorapongsathorn & Panitrat. (2007). How do environmental risks and resilience factors affect alcohol use among Thai adolescents?. *Thai J Nurs Res*. 11(3), 151-165.
- Wong, M. M., Nigg, J. T., Zucker, R. A., Puttler, L. I., Fitzgerald, H. E., Jester, J. M., Glass, J. M., & Adams, K. (2006). Behavioral control and resiliency in the onset of alcohol and illicit drug use: A prospective study from preschool to adolescence. *Child Development*, 77 (4), 1016–1033.

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนเองของบุคลากร
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี**
**Factors related to self-development of personnel
under the Suphanburi Provincial Public Health Office**

นันทา นิมอนงค์

Nanta Nimanong

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

Suphanburi Provincial Public Health Office

(Received: November 9, 2022; Revised: December 22, 2022; Accepted: December 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับการพัฒนาตนเองของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี 2) เพื่อศึกษาระดับความสุขของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และ 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับการพัฒนาตนเองของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 370 คน เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีมีการพัฒนาตนเองอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ($M = 3.54$, $SD = .37$) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ด้านที่ได้คะแนนสูงสุดคือ ด้านเอกภาพของตนเอง ($M = 3.70$, $SD = .51$) ส่วนด้านทักษะพบว่ามีคะแนนต่ำสุด ($M = 3.42$, $SD = .37$) 2) บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีมีระดับความสุขรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ($M = 3.59$, $SD = .39$) โดยมีมีความสุขของบุคลากร พบว่า มิติที่มีคะแนนสูงสุด คือ มิติน้ำใจดี ($M = 3.82$, $SD = .54$) และมิติที่มีคะแนนต่ำสุดคือ สุขภาพเงินดี ($M = 3.24$, $SD = .76$) 3) ปัจจัยความสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการพัฒนาตนเองของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = .564$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีควรส่งเสริมให้บุคลากรลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มรายได้ ส่งเสริมการออมของบุคลากร และจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะในการแสดงออกแก่บุคลากร

คำสำคัญ: การพัฒนาตนเอง, ความสุขของบุคลากร

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nan_nanta@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0639922919)

ABSTRACT

This survey research Objectives were 1) to study the level of self-development of personnel under the Suphanburi Provincial Public Health Office, 2) to study the level of happiness of personnel under the Suphanburi Provincial Public Health Office, and 3) to analyze the relationship between happiness and self-development among personnel of the Suphanburi Provincial Public Health Office. The sample was 370 personnel of the Suphanburi Provincial Public Health Office. Data collection tools include questionnaires. Data analysis comprised descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation analysis.

The research results showed that 1) personnel of the Suphanburi Provincial Public Health Office had self-development at a high level ($M = 3.54$, $SD = .37$). When considering each aspect, I found that the aspect that received the highest score was the unity aspect ($M = 3.70$, $SD = .51$). The aspect with the lowest score was skill aspect ($M = 3.42$, $SD = .37$), 2) The personnel of the Suphan Buri Provincial Public Health Office had a high level of overall health ($M = 3.59$, $SD = .39$). The happiness dimension of whatever is multiplied by the highest score is sharing kindness ($M = 3.82$, $SD = .54$). The dimension with the lowest score was good financial health ($M = 3.24$, $SD = .76$), and 3) The happiness factor had a positive correlation with self-improvement of personnel at a statistically significant level of 0.001. ($r = .564$). According to the research, the Suphan Buri Provincial Public Health Office should encourage personnel to reduce expenses. Encourage personnel savings and organize activities to enhance the skills of expression personnel.

Keywords: Self-development, happiness, personnel.

บทนำ

ทรัพยากรมนุษย์ ถือว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานทุกประเภท บุคลากรนอกจากจะเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานแล้วบุคลากรยังเป็นผู้ที่มีส่วนผลักดันให้องค์กรมีการเติบโต และก้าวไปข้างหน้า องค์กรจะพัฒนาก้าวไกลได้ ต้องอาศัยบุคลากรที่มีศักยภาพ ดังนั้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จึงมีความสำคัญต่อทุกองค์กร โดยแผนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศนั้นมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด จะเห็นได้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในทุกฉบับจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 1: การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) โดยที่ศักยภาพของบุคลากรย่อมส่งผลต่อศักยภาพขององค์กร หากพนักงานทุกคนทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพย่อมทำให้องค์กรนั้น

มีประสิทธิภาพตามไปด้วย การช่วยส่งเสริมให้พนักงานทุกคนมีศักยภาพในการทำงานที่ดีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นภารกิจหนึ่งที่จำเป็นขององค์กร

ในส่วนของการทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดเป้าหมายสำคัญในการกำหนดกรอบและทิศทางการดำเนินงานในอนาคตตามแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากเป้าหมายนี้ได้ความสำคัญในเรื่องของทรัพยากรมนุษย์ ในขณะที่สำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี มีการกำหนดวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรบริหารจัดการสุขภาพที่ดี ภาศิเป็นเลิศ ระบบข้อมูลทันสมัย ใส่ใจเจ้าหน้าที่คนสุพรรณบุรีมีความสุข” โดยพันธกิจหนึ่งขององค์กรยังมุ่งเน้นไปที่บุคลากร ได้แก่ การเสริมสร้างความสุขให้บุคลากร และมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรอีกด้วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2565)

อย่างไรก็ตามการพัฒนาบุคลากรนั้น สิ่งสำคัญคือการส่งเสริมให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเอง ซึ่งการพัฒนาตนเองนั้นเป็นหนทางหนึ่งในการสร้างเสริมศักยภาพของตนเองให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ โดยการพัฒนาตนเองจะช่วยส่งเสริมบุคลากรมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะการทำงานดีขึ้น ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน อันจะเป็นผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น การที่บุคคลได้พัฒนาตนเองในหลายทิศทาง เพื่อบรรลุศักยภาพของตนเอง มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น เพิ่มพูนการรู้เท่าทันตนเอง ก่อให้เกิดการยอมรับตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ความเจริญส่วนบุคคลเป็นภาวะที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต (อุบล สาธิตกร, 2527) จากการทบทวนขอบเขตของการพัฒนาตนเองพบว่าแบ่งออกเป็น 4 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านทักษะ ด้านการกระทำให้สำเร็จ และด้านเอกภาพของตนเอง (Tom Boydell อ้างในสุนันทา ธีรวงษ์, 2533) สำหรับปัจจัยที่ส่งผลทำให้บุคคลมีความต้องการจะพัฒนาตนเองพบว่า มีหลายประการ อาทิ ความพึงพอใจ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะส่วนบุคคล และตามทฤษฎีการพัฒนาตนเอง ของ Bandura (1986) ได้ระบุถึงปัจจัยหลักของการพัฒนาตนเองไว้ 4 ประการ คือ (1) ประสบการณ์จากความสำเร็จ (2) การได้เห็นตัวแบบประสบความสำเร็จ (3) การพูดชักจูงจากผู้อื่น และ (4) สภาวะทางกาย เป็นต้น

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำตัวแปรความสุขของบุคลาการมาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองของบุคลากร เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้ให้มีนโยบายการสร้างสุขให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากความสุขเป็นความต้องการพื้นฐานมนุษย์ ประกอบกับจากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องพบว่าบุคคลที่มีความสุขจะส่งผลทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น ยอมรับบุคคลอื่น มีความปรารถนาที่จะช่วยเหลือบุคคลอื่น มีความเคารพตนเอง มองโลกในแง่ดี มองตนเองและผู้อื่นทางด้านบวก มีความเชื่ออำนาจภายในตน ไม่มีความขัดแย้งภายในตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง มีความรู้สึกผ่อนคลาย และสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ (ดวงพร หิรัญรัตน์, 2543) บุคคลที่มีความสุขมักจะมีพฤติกรรมและความสามารถที่จะนำไปสู่ผลสำเร็จในงานได้ เช่น การมีความคิดสร้างสรรค์

การมีทักษะในการตัดสินใจและแก้ปัญหาที่ดี เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานของบุคคล (Lyubomirsky, S. et. al., 2005) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับการพัฒนาตนเองของบุคลากร โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความสุข 9 มิติ อันประกอบด้วย 1. สุขภาพดี (Happy Body) 2. การผ่อนคลายดี (Happy Relax) 3. น้ำใจงาม (Happy Heart) 4. จิตวิญญาณดี (Happy Soul) 5. ครอบครัวดี (Happy family) 6. สังคมดี (Happy Society) 7. ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) 8. สุขภาพเงินดี (Happy 9. การงานดี (Happy work-life) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการพัฒนาบุคลากรเฉพาะด้านขององค์กรต่อไป

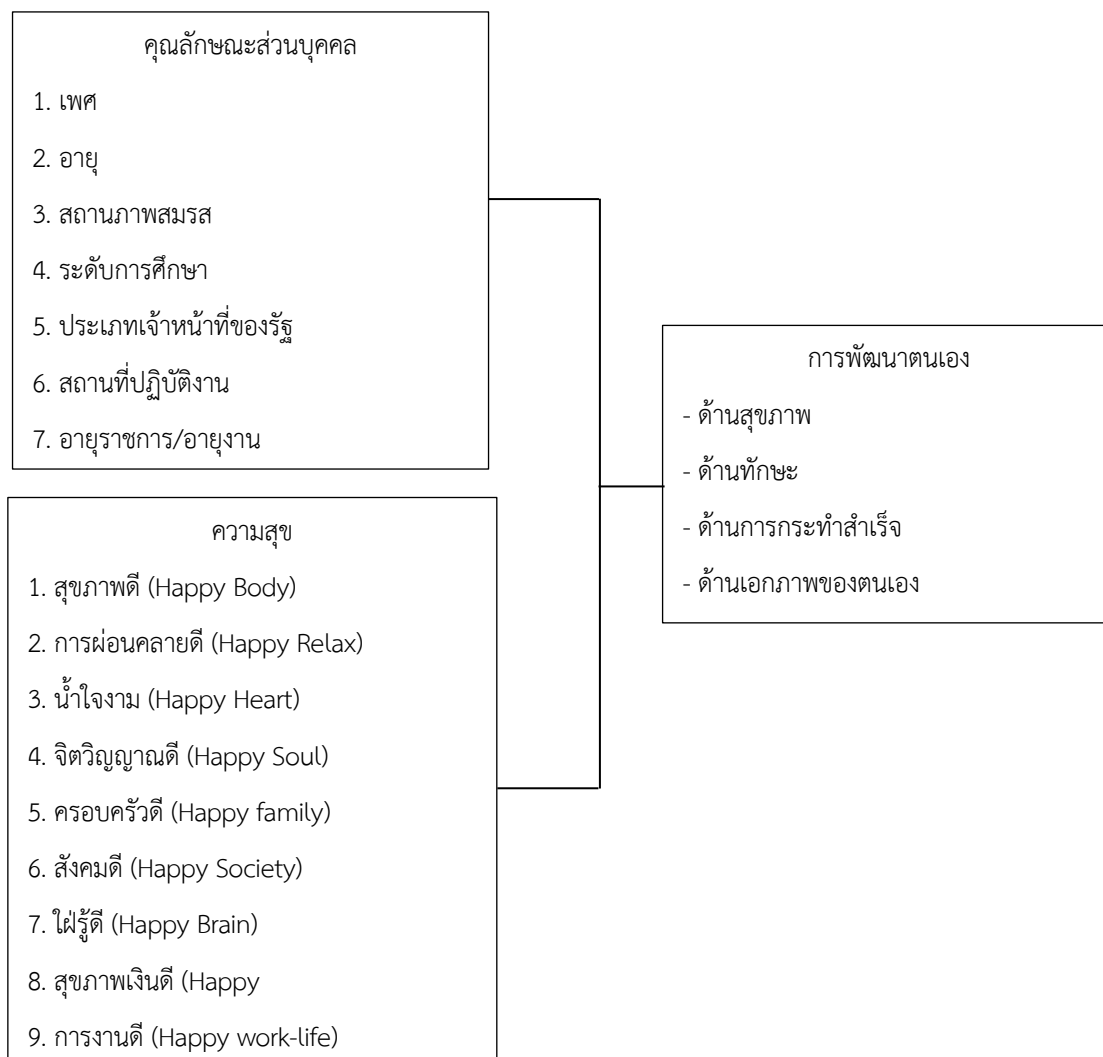
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการพัฒนาตนเองของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับความสุขของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนเองของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐาน

1. บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองอยู่ในระดับมากขึ้นไป
2. บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีมีระดับความสุขอยู่ในระดับมากขึ้นไป
3. คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนเองของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
4. ความสุขมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนเองของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 3,149 คน เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน ไม่รวมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากกระบวนการการบริหารงานบุคคลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปได้รับการมอบอำนาจให้ดำเนินการได้เอง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตร Yamane (1973: 1088-1089) จำนวน 355 คน แต่ได้เพิ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลกรณีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เนื่องจากตามโครงสร้างการบริหารงานมีการแบ่งกลุ่มงานออกเป็น 13 กลุ่มงาน ดังนั้น เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลครอบคลุมความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จึงเพิ่มการเก็บข้อมูลตามสัดส่วนของบุคลากร รวมจำนวน

ตัวอย่างที่จัดเก็บทั้งสิ้น 390 คนโดยแจกแบบสอบถามครอบคลุมทุกหน่วยงาน แต่ได้รับคืนมาทั้งสิ้น 370 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.87

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาตนเองของนักกรีฑาทีมชาติไทย ของ เสาวลี แก้วช่วย (2550) และแบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (2565) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และให้เติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการพัฒนาตนเอง จำนวน 48 ข้อ ข้อถามเป็นเชิงบวก จำนวน 38 ข้อ และเป็นคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ในแต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบให้คะแนน (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบใน 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการพัฒนาตนเอง ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยต่อการพัฒนาตนเอง ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลางต่อการพัฒนาตนเอง ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยต่อการพัฒนาตนเอง ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการพัฒนาตนเอง สำหรับเกณฑ์การแปลผลคือ ค่าคะแนน 4.21 – 5.00 แปลความว่า มีการพัฒนาตนเองในระดับสูงที่สุด ค่าคะแนน 3.41 – 4.20 แปลความว่า มีการพัฒนาตนเองในระดับสูง ค่าคะแนน 2.61 – 3.40 แปลความว่า มีการพัฒนาตนเองในระดับปานกลาง ค่าคะแนน 1.81 – 2.60 แปลความว่า มีการพัฒนาตนเองในระดับต่ำ ค่าคะแนน 1.00 – 1.80 แปลความว่า มีการพัฒนาตนเองในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข เป็นการสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรใน 9 มิติ ดังนี้ (1) สุขภาพดี (Happy Body) (2) การผ่อนคลายดี (Happy Relax) (3) น้ำใจงาม (Happy Heart) (4) จิตวิญญาณดี (Happy Soul) (5) ครอบครัวดี (Happy family) (6) สังคมดี (Happy Society) (7) ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) (8) สุขภาพเงินดี (Happy Money) และ (9) การงานดี (Happy work-life) จำนวน 54 ข้อ ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด โดยผู้วิจัยได้ปรับมาตรวัดจากเกณฑ์และการแปลผลตามที่เครื่องมือกำหนดเป็นแบบเพื่อให้เป็นรูปแบบเดียวกันกับแบบสอบถามส่วนที่ 2 ซึ่งในแต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบให้คะแนน (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบใน 5 ระดับ ได้แก่ มีความสุขระดับมากที่สุด ให้ 5 คะแนน มีความสุขในระดับมากให้ 4 คะแนน มีความสุขในระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน มีความสุขในระดับน้อยให้ 2 คะแนน มีความสุขในระดับน้อยที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผล คือ ค่าคะแนน 4.21 – 5.00 แปลความว่า มีความสุขในระดับมากที่สุด ค่าคะแนน 3.41 – 4.20 แปลความว่า มีความสุขในระดับมาก ค่าคะแนน 2.61 – 3.40 แปลความว่า มีความสุขในระดับปานกลาง ค่าคะแนน 1.81 – 2.60 แปลความว่า มีความสุขในระดับน้อย ค่าคะแนน 1.00 – 1.80 แปลความว่า มีความสุขในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ไม่ได้คัดเลือกเป็นอาสาสมัครในการวิจัยจำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาหาความเชื่อมั่นจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยแบบวัดการพัฒนาตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.889 และแบบวัดความสุข 9 มิติ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.855 รวมแบบถาม-ทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.865

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนวันที่ 1-30 เมษายน 2565 โดยมีขั้นตอน-ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้บริหารของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมข้อมูลในบุคลากรของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2. เก็บรวบรวมโดยประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานบุคคลของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อแจกแบบสอบถามให้บุคลากรสาธารณสุขตามโควตาที่กำหนดไว้ในแต่ละแห่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) โดยแปรผล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ ± 0.81 ถึง ± 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก ± 0.61 ถึง ± 0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง ± 0.41 ถึง ± 0.60 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ± 0.21 ถึง ± 0.40 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ± 0.00 ถึง ± 0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ 08/2565 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี มีคุณลักษณะส่วนบุคคลส่วนมาก ดังนี้ บุคลากรเป็นหญิง ร้อยละ 73.8 อายุอยู่ในช่วง 35-40 ปี ร้อยละ 30.0 อายุเฉลี่ย 41 ปี สถานภาพสมรส คือ สถานะสมรส/คู่ ร้อยละ 54.9 ระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.7 ประเภทเจ้าหน้าที่ของรัฐส่วนมากเป็นข้าราชการ ร้อยละ 56.2 สถานที่ปฏิบัติงาน

ส่วนมากคือโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 57.6 ประเภทตำแหน่งงาน ส่วนมากคือ ประเภทวิชาการ ร้อยละ 45.9 อายุงาน อยู่ระหว่าง ระยะเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 41.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะและข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (n=370)	ร้อยละ (100)
เพศ	หญิง	273	73.8
อายุ	อายุ 35-40 ปี ($\bar{X}$) = 41 ปี , SD = 10.39	73	30.0
สถานภาพการสมรส	สถานะสมรส/คู่	203	54.9
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	232	62.7
ประเภทเจ้าหน้าที่	ข้าราชการ	208	56.2
สถานที่ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลชุมชน	213	57.6
ประเภทตำแหน่ง	วิชาการ	170	45.9
อายุงาน	1-10 ปี	145	41.6

2. ผลการศึกษาระดับการพัฒนาตนเองของบุคลากร พบว่า บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีมีการพัฒนาตนเองอยู่ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.54 , SD = .37) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่ได้คะแนนสูงสุด คือ “ด้านเอกภาพของตนเอง”อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.70 , SD = .51) ส่วนด้านที่ได้คะแนนต่ำกว่าด้านอื่น คือ ด้านทักษะ ($\bar{X}$ = 3.42 , SD = .37) ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า “บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองอยู่ในระดับมากขึ้นไป” (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นบุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาตนเอง

การพัฒนาตนเอง		ระดับความคิดเห็นการพัฒนาตนเอง		
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความคิดเห็น
1	ด้านสุขภาพ	3.55	.37	มาก
2	ด้านทักษะ	3.42	.37	มาก
3	ด้านการกระทำสำเร็จ	3.50	.38	มาก
4	ด้านเอกภาพของตนเอง	3.70	.51	มาก
พฤติกรรมการพัฒนาตนเองภาพรวม		3.54	.31	มาก

3. ผลการศึกษาระดับความสุขของบุคลากร พบว่า บุคลากรสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีมีความระดับความสุขภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.59 , SD = .39) เรียงลำดับมิติของความสุขตามค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยดังนี้ (1) น้ำใจดี (Happy Heart) (2) จิตวิญญาณดี (Happy Soul) (3) ครอบครัวดี (Happy family) (4) การงานดี (Happy work-life) (5) ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) (6) สุขภาพดี (Happy Body) (7) สังคมดี (Happy Society) (8) การผ่อนคลายดี

(Happy Relax) และ (9) สุขภาพเงินดี (Happy Money) ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า “บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีมีระดับความสุขอยู่ในระดับมากขึ้นไป” (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความสุขของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามมิติความสุข

มิติความสุข	ระดับความสุข			
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความคิดเห็น	ลำดับ (Rank)
1 สุขภาพดี (Happy Body)	3.58	.56	มาก	6
2 การผ่อนคลายดี (Happy Relax)	3.31	.54	ปานกลาง	8
3 น้ำใจดี (Happy Heart)	3.82	.54	มาก	1
4 จิตวิญญาณดี (Happy Soul)	3.81	.54	มาก	2
5 ครอบครัวดี (Happy family)	3.74	.74	มาก	3
6 สังคมดี (Happy Society)	3.53	.51	มาก	7
7 ใฝ่รู้ดี (Happy Brain)	3.60	.63	มาก	5
8 สุขภาพเงินดี (Happy Money)	3.24	.76	ปานกลาง	9
9 การงานดี (Happy work-life)	3.63	.53	มาก	4
ความสุขภาพรวม 9 มิติ	3.59	.39	มาก	

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนเองของบุคลากร พบว่า

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล บุคลากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ประเภทพนักงานราชการ บุคลากรปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน และอายุงาน/อายุราชการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาตนเองโดยรวม และบุคลากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ประเภทข้าราชการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการพัฒนาตนเองโดยรวม ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพโสด สถานภาพสมรส พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราว บุคลากรปฏิบัติงานที่สำนักงาน-สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนเองโดยรวม สมมติฐาน “คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนเองของบุคคลสำนักงานสาธารณสุข-จังหวัดสุพรรณบุรี” จึงพบว่าคุณลักษณะบุคคลมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนเองของบุคคลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นเพียงบางส่วน (ตารางที่ 4)

4.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขของบุคลากรสังกัดสำนักงาน-สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีกับการพัฒนาตนเอง พบว่าทางบวกกับการพัฒนาตนเองของบุคลากร ในระดับปานกลาง ($r=.564$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย “ความสุขมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาตนเองของบุคคลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี” (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาตนเองกับตัวแปรปัจจัย

การพัฒนาตนเอง	r	P-value
คุณลักษณะส่วนบุคคล		
เพศ	.036	.486
อายุ	.100	.055
สถานภาพโสด	.049	.343
สถานภาพมีคู่สมรส	-.040	.437
การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	.164**	.002
การศึกษาระดับปริญญาตรี	-.149**	.004
ข้าราชการ	-.141**	.007
พนักงานราชการ	.134**	.010
พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราว	.090	.084
ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี	.011	.832
ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน	.146**	.005
ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-.047	.366
อายุงาน/อายุราชการ	.150**	.004
ความสุข		
สุขภาพดี (Happy Body)	.564***	.000
การผ่อนคลายดี (Happy Relax)	.326***	.000
น้ำใจดี (Happy Heart)	.409***	.000
จิตวิญญาณดี (Happy Soul)	.432***	.000
ครอบครัวดี (Happy family)	.233***	.000
สังคมดี (Happy Society)	.454***	.000
ใฝ่รู้ดี (Happy Brain)	.468***	.000
สุขภาพเงินดี (Happy Money)	.294***	.000
การทำงานดี (Happy work-life)	.429***	.000

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาตนเองของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุข-จังหวัดสุพรรณบุรีอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี นอกจากจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแล้วส่วนใหญ่บุคลากรยังได้รับความรู้อบรมมาเฉพาะทางด้านสาธารณสุข อีกทั้งปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานระดับนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชน และการปฏิบัติงานในหน่วยงานราชการมีประเมิณผลการปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งการดำเนินงานต่างๆ มีการกำหนดตัวชี้วัดของผลงาน ดังนั้น บุคลากรจึงมีพฤติกรรมการพัฒนาตนเองในทุกด้าน อาทิเช่น ด้านเอกภาพการ ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งวางแผนและการกำหนดเป้าหมาย-

2. ความสุขของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นหน่วยงานของทางราชการที่การดำเนินงาน มีความชัดเจน เนื่องจากมีระเบียบ วิธีปฏิบัติที่กำหนด ทั้งด้านบุคลากร ค่าตอบแทน การจัดสวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานมีความมั่นคงในอาชีพและรายได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม และเป็นหน่วยงานที่มีการจัดทำแผนพัฒนาความสุขของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และการปรับปรุงและพัฒนา แผนการดำเนินงานด้านการพัฒนาความสุขอย่างต่อเนื่อง การจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายขององค์กร นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่เป็นวิชาชีพที่ต้องทำงานด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงพบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีจุดเด่นด้านน้ำใจดีและจิตวิญญาณดีสูง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญเมื่อนุชนเรามีจิตใจดีและมีวิญญาณดีจะเป็นผู้ที่มีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) ให้คำจำกัด ความของความสุขว่าสภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหา ในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป และผลการศึกษาลดคล้องกับการศึกษา วิธิตา ศิริจรยาพงษ์ (2556) พบว่า ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาล รามาธิบดี มีระดับความคิดเห็นด้าน ความสุข และความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกัน กับ โรงพยาบาลพุทธชินราช (2560) ที่พบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลพุทธชินราช มีระดับความสุข อยู่ในระดับดี โดยมีมีความสุขที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มิติน้ำใจดี (Happy Heart) เนื่องจากผู้ที่ จะเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านสาธารณสุข มีความเสียสละ จะต้องมิจิตใจที่เอื้ออารี พร้อมเป็นผู้ให้ และคอยช่วยเหลือผู้อื่นตลอดเวลา จึงทำให้ความสุขของบุคลากรในมิติน้ำใจดี (Happy Heart) สูงที่สุด ในส่วนของความสุขมิติน้ำใจดีที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือมิติน้ำเงินดี (Happy Money) อาจเป็นเพราะการปฏิบัติงานในหน่วยงานของราชการ จะมีเงินเดือนค่าตอบแทนที่น้อยเมื่อเทียบกับ ค่าตอบแทนของหน่วยงานเอกชน ประกอบกับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจทำให้ค่าใช้จ่าย ในการดำรงชีวิตสูงขึ้น บุคลากรมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับการศึกษาของ

กรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์ และจันทรา สมตัว (2556) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มิติที่มีระดับความสุขต่ำสุด คือ มิติความสุขสุขภาพเงินดี และกฤษฎา บุญโยประการ (2560) ผลการศึกษาพบว่าด้านการเงินอยู่ในระดับไม่มีความสุข ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษา ชินกร น้อยคำยาง และปภาดา น้อยคำยาง (2553) ผลการศึกษา พบว่าความสุขในการทำงานของบุคลากรสำนักงานหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากมิติด้านการผ่อนคลายที่พบว่า เป็นมิติที่ทำให้บุคลากรมีความสุขระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยต่ำรองลงมาจากมิติการเงินดี เนื่องมาจากบุคลากรส่วนมากเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ต้องเข้าเวรเป็นกะ ส่งผลต่อการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอและลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นงานบริการที่ต้องเผชิญความเครียดจากปัญหาของผู้ป่วย การขาดแคลนบุคลากรสายงานหลักทำให้ส่วนหนึ่งต้องปฏิบัติงานล่วงเวลา จึงส่งผลให้มิติด้านนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำเช่นกัน

3. ความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาตนเอง จากเหตุผลที่บุคลากรส่วนใหญ่มีน้ำใจดีและจิตวิญญาณดี รวมกับมีความสุขด้านอื่นๆ จึงทำให้บุคลากรสามารถปรับตัวได้ดีและมีความพร้อมต่อการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ อย่างมีความสุขได้ ทำให้บุคลากรมีความพร้อมที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีเองเป็นหน่วยงานที่มีแผนการพัฒนาความสุขของบุคลากรในทุกมิติความสุข ทำให้ระดับความสุขของบุคลากรเพิ่มขึ้น ก็อาจจะทำให้การพัฒนาตนเองของบุคลากรเพิ่ม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับ ศิริพร ครุฑทาศ และคณะ (2561) พบว่าการที่นักศึกษาที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับนักศึกษา และอาจารย์ มีการให้กำลังใจ มีการชื่นชม มีความผูกพันประทับใจ ไว้วางใจ ก็จะส่งผลให้นักศึกษามีการพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น เช่นกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความสุขมีผลต่อการพัฒนาตนเองของบุคลากร โดยพบว่าด้านที่มีความสุขต่ำกว่าด้านอื่น คือ ด้านการเงินดีและการผ่อนคลายดี ดังนั้น หน่วยงานต้องมุ่งเน้นการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาให้แก่บุคลากรด้านการเงินและการผ่อนคลาย และให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเองด้านทักษะที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น จึงมีข้อเสนอการจัดกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

1. หน่วยงานควรจัดกิจกรรมการพัฒนาความสุขในมิติการผ่อนคลายดี เช่น จัดสถานที่สำหรับการพักผ่อน ในช่วงพักกลางวัน โดยอาจมีมุมหนังสือ มุมฟังเพลง เพื่อให้บุคลากรรู้สึกว่าได้รับการพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น และมิติสุขภาพเงินดี หน่วยงานควรจัดกิจกรรมในการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย เช่น โครงการอาหารกลางวันราคาถูกลำดับบุคลากร หรือการปลูกผักรับประทานเอง รวมถึงการกระตุ้นการออมเงิน การส่งเสริมการออมเงิน เช่น เชิญชวนสมัครสมาชิกสหกรณ์เพื่อออมเงิน

2. หน่วยงานจัดกิจกรรมเสริมสร้างการพัฒนาตนเองด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านทักษะความเสริมสร้างในเรื่องของการพัฒนาบุคลิกภาพในการกล้าแสดงออก การปรับตัวให้อยู่กับสังคม

ควรส่งเสริม ด้านการกระทำให้สำเร็จ ควรส่งเสริมเรื่องการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และการดำเนินงานเป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อค้นหาหรือพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับการเสริมสร้างความสุขและกระตุ้นแรงจูงใจการพัฒนาตนเองของบุคลากร

References

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก https://drive.google.com/file/d/1e_b429mvgtlW9P83iHb_dhOBwPiDRW-7/view
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แผนปฏิบัติการราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <https://www.moph.go.th/document/gUO1ejGwWpvqhrh1hrvRt1eJ6NGOliv6.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข.(2565). Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Happy%20MOPH_0.pdf
- กรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์ และจันทร์ธรา สมตัว. (2556). การสำรวจสุขภาวะบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ ปังบประมาณ 2556. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <http://203.157.71.148/Information/center/research-56/Kornkeaw.pdf>
- กฤษณา บุญโยประการ (2560). ระดับความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากร : กรณีศึกษาโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน. ค้นคว้าอิสระสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชินกร น้อยคำยาง และ ปภาดา น้อยคำยาง. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อดัชนีความสุขในการทำงานของบุคลากรในสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เงินรายได้สำนักหอสมุดกลาง) : สำนักงานหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ดวงพร หิรัญรัตน์. (2543). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อความสุขของเด็กกำพร้า ในสถานสงเคราะห์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พจน์ เพชรบุรินทร์. (2528). การพัฒนาตนเอง. อัดสำเนา.

- พิสิทธิ์ สารวิจิตร. (2525). ยุทธศาสตร์การพัฒนาดนเองและบุคลิกภาพจากระดับอนุบาลถึงปริญญาเอก .
กรุงเทพฯ. ภาชีเจริญการพิมพ์
- เรียม ศรีทอง. (2542). พฤติกรรมมนุษย์และการพัฒนาดนเอง. กรุงเทพฯ :บริษัทเวิร์ดเวฟ เอ็ดดูเคชั่น จำกัด.
- โรงพยาบาลพุทธชินราช. (2560). ผลการวิเคราะห์แบบสำรวจ Happinometer 2560. อัดสำเนา.
- วีรญา ศิริจรรยาพงษ์. (2556) ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามาริบดี.
มหาวิทยาลัย ยม หิตล / กรุงเทพฯ . (ออนไลน์) . เข้าถึงได้ จาก
https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/MU.the.2013.30
- เสาวลี แก้วช่วย. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาดนเองของนักกรีฑาทีมชาติไทย. วิทยานิพนธ์
หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทางการกีฬามหาบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัย ยม หิตล
- สุนันทา ถิรวงษ์. (2533). พัฒนาผู้จัดการ : พัฒนาดน แนะนำแนวทางเพื่อผู้จัดการ องค์การ และ
สถาบันการศึกษา กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2565). แผนปฏิบัติราชการด้านสุขภาพ จังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปี
งบประมาณ 2565. เข้าถึงได้จาก <https://spo.moph.go.th/web/dplan/>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
สังคม ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก
https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=develop_issue
- ศิริพร ครุฑทาศ และคณะ. (2561). ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนาดนเองของนักศึกษาวิทยาลัย
พยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก.วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี.
- ละออ นาคกุล และคณะ. (2557). ความต้องการพัฒนาดนเองของบุคลากรโรงพยาบาลรามาริบดี.วารสาร
วิทยาลัยพยาบาล กรุงเทพฯ.
- อุบล สาธิตกร. (2527). ผลการเข้ากลุ่มจัดสัมพันธคือความเจริญส่วนบุคคล. วิทยานิพนธ์ ครุศาสตร
มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bandura. A. (1986). Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory; New
Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs.
- Lyubomirsky,S.et.al. (2005).The benefits of frequent positive affect. Psychological Bulletin,
- Yamane, Tora. (1973). Statistics:An introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper&row,1973.

การบูรณาการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีและความชุกของการติดเชื้อ
เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิง
ที่ทำงานนอกสถานบริการทางเพศ ปี พ.ศ. 2560

Integrated HIV/STI Biological and Behavioral Surveillance among Non-venue
Base Female Sex Workers in 2017

นิรมล ปัญสุวรรณ¹, ฐิติพงษ์ ยิ่งยง¹, สุปิยา จันทรมณี¹, ภาณุพิชญ์ เทียงธรรม¹

Niramon Punsuwan¹, Thitipong Yingyong¹, Supiya Jantaramanee¹, Panupit Thiengtham¹

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค¹

Division of Epidemiology, Department of Disease Control¹

(Received: November 22, 2022; Revised: December 31, 2022; Accepted: December 31, 2022)

บทคัดย่อ

โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ในประเทศไทยเนื่องจากมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา โดยเฉพาะในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงใน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา ประจวบคีรีขันธ์ และภูเก็ต การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบลูกโซ่ การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามและการตรวจตัวอย่างเลือด การประเมินความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้สถิติ Chi-square และ Logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ Alpha 0.05 ผลการศึกษา พบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง 1,381 คน อายุที่เริ่มขายบริการทางเพศอยู่ระหว่าง 17 - 25 ปี ระยะเวลาของการขายบริการทางเพศเฉลี่ย 3 ปี มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 2.8 ซิฟิลิส ร้อยละ 2.4 และไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 3.4 การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่เพศสัมพันธ์ที่เป็นแฟนคนรักหรือคู่ที่อยู่กินด้วยกันอยู่ในระดับต่ำเพียง ร้อยละ 24.3 การสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีรูปแบบขายบริการที่ไม่เปิดเผยตัวได้ โดยเฉพาะรูปแบบการขายบริการที่ผ่านนายหน้าหรือผ่านทางโทรศัพท์ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่าพนักงานบริการหญิงที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวัง, ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี, พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี,
พนักงานบริการหญิงที่ทำงานนอกสถานบริการ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: niramon_ratta@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-4329886)

Abstract

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is still a major public health and medicine problem, particularly in Thailand. The number of newly infected cases has increased particularly among female sex workers (Non-venue FSW). This study aimed to assess the prevalence and determine factors associated with HIV infection among non-venue female sex workers in Chonburi, Chiang Mai Nakhon Ratchasima, Prachuabkirikhun, and Phuket. An analytic cross-sectional study was conducted. respondent-driven sampling (RDS) was used to select the samples. A validated questionnaire and blood specimen were used for data collection. Chi-square and logistic regression were used for the detection of the associations between variables at the significant level of $\alpha=0.05$. There were 1,381 FSWs who participated in the survey. Age at first receives money or gifts for sex between 17 - 25 years old. Duration of sex work average 3 years. HIV prevalence among Non-venue FSW was 2.8%, Syphilis prevalence 2.4%, and Hepatitis B prevalence was 3.6%. low condom uses with husband or lover and RDS reach hidden population such as agent and telephone. The education of Illiterate or below secondary school is very significant to address HIV/AIDS problems in these populations.

Keywords: Surveillance system, HIV infection rate, behavior related to HIV infection, Non-venue Female sex worker

บทนำ

โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ในประเทศไทยเนื่องจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา ถึงแม้ในปัจจุบันแนวโน้มการแพร่ระบาดของเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไปได้ลดลง โดยอัตราความชุกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มชายที่มารับการเกณฑ์ทหารลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.6 แต่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) กลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) และกลุ่มผู้ชายบริการทางเพศทั้งหญิงและชาย (SW) ยังคงสูงอยู่ จากการคาดประมาณ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิต โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2559 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 6,471 คน แยกเป็นเพศหญิง 2,139 คน และเป็นเด็ก 75 คน ประมาณร้อยละ 44 ของการติดเชื้อรายใหม่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์

กับชาย (รวม TG) ร้อยละ 11 เป็นผู้ขายเสพติดด้วยวิธีฉีด และร้อยละ 10 เป็นผู้ให้บริการทางเพศและลูกค้า (ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, 2560)

สำนักกระบาดวิทยา ได้พัฒนาระบบเฝ้าระวัง Second generation HIV surveillance โดยได้บูรณาการรวมเข้าด้วยกันระหว่างเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อกับระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มพนักงานบริการ โดยจะศึกษาประวัติการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้แหล่งข้อมูลอื่นที่นอกเหนือจากการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังเอชไอวี ได้แก่ ความชุกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Integrated Behavioral and Biological Surveillance - IBBS) (สำนักกระบาดวิทยา, 2551) ในปีพ.ศ. 2553 ได้ดำเนินการเฝ้าระวังในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงที่มีสถานที่ทำงานที่ชัดเจน (venue FSW) ใน 12 จังหวัดขึ้น แบ่งกลุ่มพนักงานบริการหญิงเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการหญิงตรงและกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง โดยสำรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจเลือด ตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการตรวจปัสสาวะ และศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจากการตอบแบบสอบถาม และในปี พ.ศ. 2554 สำนักกระบาดวิทยาจึงพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการที่ทำงานนอกสถานบริการทางเพศหรือไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Respondent Driven Sampling หรือ RDS) ใน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดภูเก็ต ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังที่ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีรูปแบบขายบริการที่ไม่เปิดเผยตัวได้โดยเฉพาะรูปแบบการขายบริการที่ผ่านนายหน้า หรือ ผ่านทางโทรศัพท์ ปัจจุบันรูปแบบการขายบริการทางเพศได้มีการเปลี่ยนแปลงจากรูปแบบการขายบริการที่ผ่านทางเจ้าของสถานบริการมาเป็นรูปแบบการขายบริการที่เป็นอิสระมากขึ้น พนักงานบริการมีการต่อรองราคากับลูกค้าด้วยตนเองและวิธีการเข้าถึงลูกค้าที่หลากหลายมากขึ้น (สำนักกระบาดวิทยา, 2556) จากการศึกษาเรื่องการขายบริการทางเพศของวัยรุ่นไทยบนสื่ออินเทอร์เน็ต ของกลุ่มวัยรุ่นไทยในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 14 – 21 ปี พบว่าวัยรุ่นไทยทั้งหมดเชื่อว่าการขายบริการทางเพศบนสื่ออินเทอร์เน็ตมีจริงและส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นหญิงที่ขายบริการโดยสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นหญิงเลือกขายบริการทางเพศโดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการขายบริการเพราะคิดว่าเป็นวิธีที่ลูกค้าติดต่อโดยตรงไม่ผ่านเอเยนต์ จึงไม่ถูกหักหัวคิว ง่าย สะดวก ทำได้ทุกที่ ทุกเวลา ตัวเองมีสิทธิ์ในการเลือกลูกค้า และคิดว่าวิธีนี้เป็นความลับ และพบความสัมพันธ์ของการขายบริการกับปัญหาทางการเงิน พฤติกรรมการใช้ของแพง และแรงจูงใจด้านการเงิน (สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์, 2557)

จากการประมาณพนักงานบริการทางเพศหญิง ในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีจำนวนราว 132,000 คน ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการเข้ารับบริการของประชากรกลุ่มนี้ ได้จากการสำรวจ IBBS กลุ่มพนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการ (venue FSW) ใน 12 จังหวัด ช่วงปีพ.ศ. 2553 - 2557 และสำรวจกลุ่มผู้ให้บริการที่ไม่สังกัดสถาน บริการ (non-venue FSW)

ด้วยวิธีการสุ่มแบบเครือข่าย (RDS) ใน 6 จังหวัด ช่วงปี พ.ศ. 2554 - 2558 พบว่ากลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ สูงกว่า และเข้าถึงบริการด้านป้องกันน้อยกว่ากลุ่มพนักงานบริการที่สังกัดสถานบริการ (Venue FSW) โดยพบอัตราความชุกของเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการ (venue FSW) จากร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ. 2553 เหลือร้อยละ 1.13 ในปี พ.ศ. 2557 และร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2559 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.4 เป็น ร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2558 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการติดเชื้อหนองในที่พบในกลุ่มที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) สูงกว่ากลุ่มที่สังกัดสถานบริการ (ร้อยละ 7.3, ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ) (ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, 2560)

อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงที่ทำงานนอกสถานบริการทางเพศในประเทศไทยน้อยเพื่อสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปพัฒนาโครงการทางด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะการส่งเสริมและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

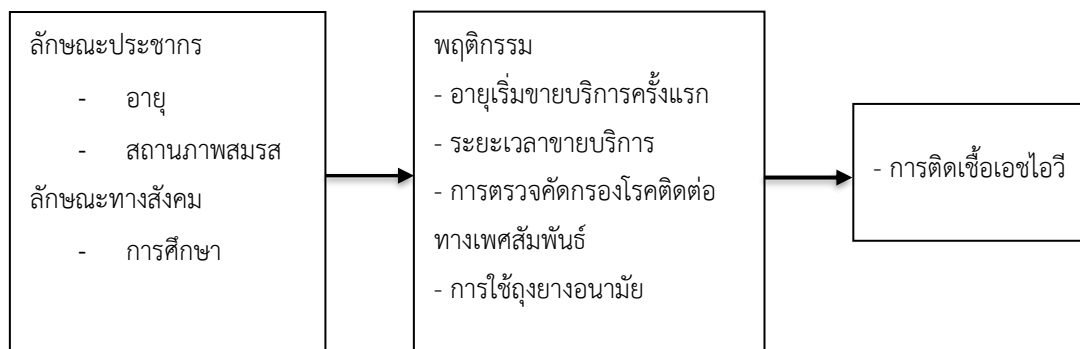
1. เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงที่ทำงานนอกสถานบริการทางเพศ
2. เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงที่ทำงานนอกสถานบริการทางเพศ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้วนี้ ศึกษาข้อมูลจากการเฝ้าระวัง second generation surveillance ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรม ข้อมูลด้านชีววิทยา ใช้กรอบแนวคิดของ Mosley and Chen (1984) ในการออกแบบการวิจัย วิเคราะห์และแปลผล โดย Mosley and Chen ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตราป่วยและอัตราตาย ในการวิจัยอัตราการรอดชีวิตของเด็ก ในการวิจัยนี้จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งแสดงตามแผนภาพที่ 1 ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ อาศัยข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงที่ทำงานนอกสถานบริการทางเพศใน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และจังหวัดภูเก็ต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ พนักงานบริการทางเพศหญิงที่ทำงานนอกสถานบริการทางเพศในจังหวัดชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา ประจวบคีรีขันธ์ และภูเก็ต จำนวน 1,381 คน ระยะเวลาการดำเนินงาน 1 ปี ระหว่าง ปี พ.ศ. 2559-2560

พนักงานบริการที่ทำงานนอกสถานบริการทางเพศ หมายถึง พนักงานบริการหญิงที่มีการซื้อขายบริการทางเพศ แบบอิสระ โดยมีรูปแบบการขายบริการดังต่อไปนี้ ขายบริการผ่านอินเทอร์เน็ต รูปแบบนางทางโทรศัพท์ รูปแบบขายบริการเตร็ดเตร่ริมถนน รูปแบบขายบริการบริเวณสวนสาธารณะ และขายบริการผ่านเอเยนต์

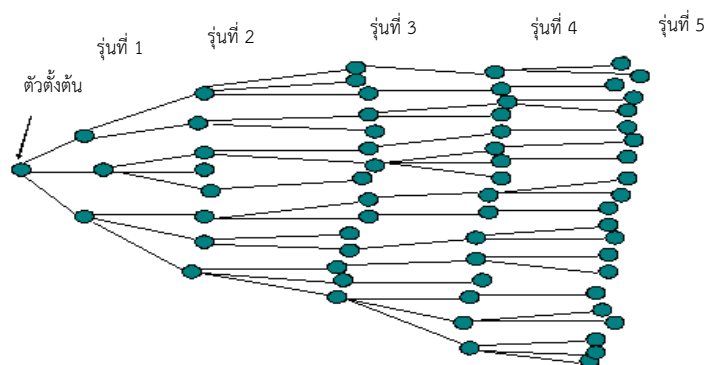
ลูกค้าทั่วไป หมายถึง ผู้ที่มารับบริการทางเพศโดยทั่วไป

ลูกค้าประจำ หมายถึง ลูกค้าที่มารับบริการทางเพศเป็นประจำกับหญิงขายบริการคนนั้นๆ

การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิค Respondent Driven Sampling (RDS) (Heckathorn DD, 1997) ผู้เข้าร่วมในการเฝ้าระวังจะได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบลูกโซ่ (RDS) ซึ่งใช้สำหรับเลือกตัวอย่างในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงได้ยาก วิธีนี้ยังช่วยลดอคติจากการสุ่มแบบการส่งต่อ-วิธีอื่น (Heckathorn DD, 2002) โดยผู้เข้าร่วมโครงการมี 2 บทบาท คือ การเป็นผู้รับการตอบแบบสอบถามและการเป็นผู้คัดเลือกสมาชิกรุ่นต่อไป เจ้าหน้าที่ที่จะทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการที่จะเป็นตัวตั้งต้นจากประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้มีการติดต่อกันมาก่อนหน้าแล้ว (เริ่มแรก คัดเลือกโดยเจ้าหน้าที่) การคัดเลือกสมาชิกรุ่นต่อไปจะมีการจำกัดจำนวนการแนะนำเพื่อนสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะง่ายต่อการกำหนดความยาวของห่วงลูกโซ่และความลึกในการเจาะถึงเครือข่ายกลุ่มประชากรเป้าหมาย เมื่อตัวตั้งต้นเลือกสมาชิกมาจากเครือข่ายของตนเองและผ่านการตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

แล้ว จะถือว่ารุ่นที่ 1 เสร็จสมบูรณ์ ในทำนองเดียวกัน ผู้เข้าร่วมโครงการรุ่นที่ 1 ก็จะกลายเป็นผู้คัดเลือก ซึ่งทำหน้าที่เลือกกลุ่มสมาชิกมาเข้าร่วมการสำรวจต่อไป (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 รูปแบบของการสำรวจด้วยวิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบลูกโซ่ (จากตัวตั้งต้น ถึงรุ่นที่ 5)



การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร สำหรับกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากที่สุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Guidelines for repeated behavioral survey in populations at risk of HIV, 2003) จาก Guidelines for repeated behavioral survey in populations at risk of HIV ของ USAID ดังนี้

$$n = D \frac{[Z_{1-\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_2 - P_1)^2}$$

สำหรับการสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ จะกำหนดให้ค่าสัดส่วนความแปรปรวนของการสุ่ม (D = Design Effect) = 2.0

P1 = ค่าสัดส่วนที่คาดว่าจะพบในการสุ่มตัวอย่างที่เป็นลักษณะแบบลูกโซ่ เช่น สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคนล่าสุดของหญิงขายบริการทางเพศที่ทำงานนอกสถานบริการ ในที่นี้จะใช้ค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.50 เพราะค่านี้เป็นค่าสัดส่วนที่มีความแปรปรวนมากที่สุดที่จะได้-ขนาดของตัวอย่างมากที่สุด ซึ่งเป็นสัดส่วนกันโดยตรง

P2 = ผลความแตกต่างของสัดส่วนที่เกิดขึ้นระหว่างการสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่-ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในกลุ่มตัวอย่าง ในที่นี้กำหนดให้มีค่าความแตกต่างของสัดส่วน เท่ากับ 15% ดังนั้นค่า P2 = 65%

$$\bar{P} = (P1+P2)/2$$

โดยมีค่า $\alpha=0.05$

ค่าเพาเวอร์ทางสถิติ Power $(1-\beta)=0.80$

$$n = 2 \left[\frac{1.645\sqrt{2(0.575)(0.425)} + 0.84\sqrt{(0.5)(0.5) + (0.65)(0.35)}}{(0.65-0.5)} \right]^2$$

$$n = 2[(1.15+0.58054)^2 / 0.0225] = 266.18$$

ดังนั้นจะได้ขนาดตัวอย่าง 267 ต่อจังหวัด ทั้งนี้ในการสำรวจจะรับผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มจากผลการคำนวณ ร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการใช้ข้อมูลไม่ได้ เนื่องจากความผิดพลาดจากการเข้าถึงของผู้เข้าร่วมการเฝ้าระวังจากการบันทึกรหัสโดยไม่ใช้เครื่องยิงบาร์โค้ด กรณีที่คู่มือฝึกขาด ตัวเลขไม่ชัดหรือการสูญเสียสิ่งส่งตรวจจากความผิดพลาดของระบบการขนส่ง จึงต้องการขนาดตัวอย่าง 280 ต่อจังหวัด รวมทั้งหมด 1,400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลพฤติกรรมจากการแบบสอบถาม และผลการตรวจเอชไอวี ซิฟิลิสและไวรัสตับอักเสบบี

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการ พ.ศ.2557 ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย จำนวน 8 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงาน อาชีพหลัก รายได้หลัก และการอาศัยอยู่กับ ครอบครัว

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางเพศ ประกอบด้วยคำถาม รสนิยมทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัย ความถี่ของการมี เพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ประกอบด้วย คำถาม การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 4 สภาวะสุขภาพและการตรวจหาการติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยคำถาม อาการผิดปกติเนื่องจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และประวัติการตรวจหาโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย คำถาม สถานที่ ช่วงเวลา ความถี่ของการเข้ารับบริการ และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 6 ความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้ คนที่มีสุขภาพแข็งแรงดื่มเชื้อเอชไอวีได้

ส่วนที่ 7 การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัวแสดงท่าทีรังเกียจ ถูกแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในคลินิกปฏิเสธที่จะให้การรักษา

ส่วนที่ 8 การคัดกรองวัณโรค ประกอบด้วย ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ไอมีเลือดปน น้ำหนักลด 3-5 กก.ต่อเดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปประมวลผล และจัดทำตารางวิเคราะห์ผลทางสถิติ เพื่อนำเสนอข้อมูลและสรุปผลวิจัย ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอ้างอิง ดัง รายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยการหาค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอ้างอิง ใช้สถิติ T-test, Chi-square test, logistic regression, multiple logistic regression ที่ใช้ใน การวิเคราะห์เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ ระหว่างตัวแปรต้นและ ตัวแปรตาม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ อาศัยข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในกลุ่มพนักงานบริการที่ทำงานนอกสถานบริการนำมาวิเคราะห์ ในภาพรวม ผู้ศึกษาจะใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,381 คน ค่ามัธยฐานอายุ 33 ปี อายุต่ำสุด 18 ปีและอายุสูงสุด 66 ปี สำหรับสถานะการศึกษาส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทย ระดับการศึกษาตั้งแต่ไม่ได้เรียนหนังสือถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด ช่วงอายุที่เริ่มขายบริการทางเพศอยู่ระหว่าง 17 - 25 ปี ระยะเวลาการทำงานบริการทางเพศเฉลี่ย 3 ปี รายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 20,000 บาทต่อเดือน

จำนวนแขกหรือลูกค้าทั่วไปที่ให้บริการต่อสัปดาห์เฉลี่ย 5 คน และจำนวนลูกค้าประจำที่ให้บริการต่อเดือนเฉลี่ย 2 คน ส่วนใหญ่มีการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งกับลูกค้าประจำ ร้อยละ 88.5 การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งกับลูกค้าชาจร ร้อยละ 91.2 และการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนคนรักหรือคู่ที่อยู่กินด้วยกันใน 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 24.3 การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ร้อยละ 83.6 นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มสุรา/เบียร์ขณะมี เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 69.8 และประวัติการเคยตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 57.2

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่มีการดื่มสุราและเบียร์ มีบางคนเคยเสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า (แอมเฟตามีน) กัญชา และยาไอ้ ประวัติการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าส่วนใหญ่เคยมีประวัติการปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ และการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 2.8 ซิฟิลิส ร้อยละ 2.4 และไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 3.4 (ตารางที่ 1) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่าไม่มีการศึกษาและการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนตัวแปรอื่นได้แก่ อายุ ระยะเวลาการขายบริการ อายุเมื่อเริ่มขายบริการ ประวัติการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำ 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (ตาราง ที่ 2)

ตารางที่ 1 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี

ผล	จำนวน	ร้อยละ
การติดเชื้อเอชไอวี		
ผลลบ	1,342	97.1
ผลบวก	39	2.8
การติดเชื้อซิฟิลิส		
ผลลบ	1,347	97.5
ผลบวก	34	2.4
การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
ผลลบ	1,334	96.6
ผลบวก	47	3.4

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	ผลบวก		ผลลบ		OR	95%CI	p-value
อายุ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ต่ำกว่า 33 ปี	18	2.6	668	97.4	1.00		
33 ปีขึ้นไป	21	3.0	674	97.0	1.16	0.61-2.19	0.656
ระยะเวลาการขายบริการ							
ต่ำกว่า 3 ปี	23	3.3	665	96.7	1.48	0.75-2.90	0.254
3 ปีขึ้นไป	14	2.2	599	97.7	1.00		
อายุที่เริ่มต้นขายบริการทางเพศ							

ตัวแปร	ผลบวก		ผลลบ		OR	95%CI	p-value
ต่ำกว่า 25 ปี	16	2.5	609	97.4	1.00		
25 ปีขึ้นไป	23	3.0	733	97.0	1.19	0.63-2.28	0.591
ระดับการศึกษา							
ต่ำกว่ามัธยมต้น	21	3.3	610	96.7	3.86	1.31-11.31	0.014
สูงกว่ามัธยมต้น	4	0.8	448	99.1	1.00		

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (ต่อ)

ตัวแปร	ผลบวก		ผลลบ		OR	95%CI	p-value
การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์							
ใช่	23	2.9	768	97.1	1.00		
ไม่ใช่	16	2.7	574	97.3	1.07	0.56-2.05	0.828
การใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำ 1 เดือนที่ผ่านมา							
ใช้ทุกครั้ง	18	0.03	629	97.2	1.00		
ใช้บางครั้ง/ ไม่ใช้เลย	4	0.05	80	95.2	1.75	0.58-5.29	0.324

อภิปรายผล

จากการศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงที่ทำงานนอกสถานบริการ 5 จังหวัด (เชียงใหม่ ชลบุรี ประจวบคีรีขันธ์ นครราชสีมา และภูเก็ต) มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 2.8 ความชุกการติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 2.4 และความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 3.4 โดยความชุกการติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานบริการที่ทำงานนอกสถานบริการสูงกว่าพนักงานบริการในสถานบริการซึ่ง ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในพื้นที่ 12 จังหวัด ของประเทศไทย พ.ศ.2557 พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงตรงและแฝงเท่ากับ ร้อยละ 1.6 และ 1.1 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษากลุ่มพนักงานบริการในกรุงเทพมหานคร ของ C Manopai boon, et all. พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานบริการที่ทำงานนอกสถานบริการ ร้อยละ 22.7 สูงกว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการที่ทำงานในสถานบริการทางเพศจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 10 เท่า (ร้อยละ 2.5) (C Manopai boon, 2016)

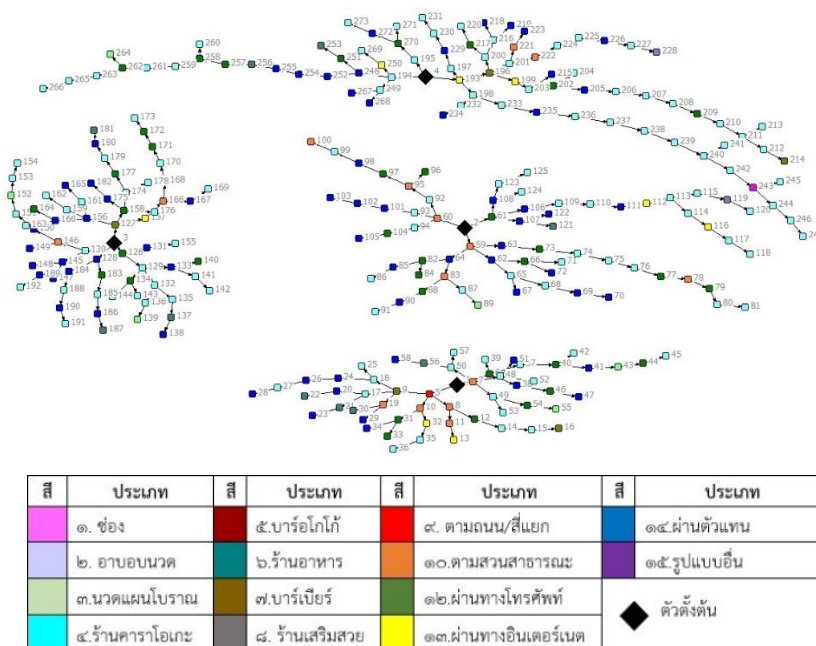
ในส่วนความชุกการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบการติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 2.4 สอดคล้องกับผลการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่อนองใน ร้อยละ 4.2 และหนองในเทียมที่สูงถึง ร้อยละ 18.1 ในพนักงานบริการที่ทำงานในสถานบริการ (สหภาพ พูลเกษร, 2562) แสดงให้เห็นถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เนื่องจากอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่เพศสัมพันธ์

ที่เป็นสามีหรือคนรักยังอยู่ใน ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 80) ซึ่งสาเหตุสำคัญของการไม่ใช้ถุงยางอนามัย สาเหตุหนึ่งมาจากความไว้วางใจในคู่เพศสัมพันธ์ดังกล่าว โดยเห็น ว่าไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง และเห็นว่าไม่จำเป็นต้อง-ใช้ถุงยางอนามัยซึ่งอาจจะเป็นความคิดที่ไม่ถูกต้อง จึงควรนำข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ถุงยาง-อนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย แจ้งแก่พนักงานบริการหญิง ให้ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่เพศสัมพันธ์ ทุกกลุ่มด้วย การดำเนินงานเฝ้าระวังในครั้งนี้ได้มีระบบการแจ้งผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายในวันเดียว และการส่งต่อเพื่อรักษา โดยเป็นความสมัครใจ ของกลุ่มเป้าหมาย การมีประวัติในการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา อยู่ระหว่างร้อยละ 53.9 - 68.1 ซึ่งมีค่าต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์ กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการ ที่ทำงานในสถานบริการ ในปี พ.ศ. 2557 โดยประสบการณ์ การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาของพนักงานบริการหญิงตรง เคยได้รับ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และทราบผล ร้อยละ 91 และในกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง เคยได้รับ การตรวจและทราบผลร้อยละ 88.8 (สหภาพ พูลเกษร, 2562)

จากการศึกษานี้พบความชุกของการการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 3.4 สอดคล้อง กับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศในเมือง Mekelle ประเทศเอธิโอเปีย พบความชุกการติดเชื้อไวรัส-ตับอักเสบบี ร้อยละ 6 (Gessesew Bugssa, 2015) ต่างจากการศึกษาความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและ ชิฟิลิสและความสัมพันธ์ของโรคร่วมไวรัสตับอักเสบบีและซีในประเทศรวันดาของ Mwumvaneza Mutagoma, et all. พบความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 1.4 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหญิง-ขายบริการที่สังกัดสถานบริการ (Mwumvaneza Mutagoma, 2015)

กลุ่มเป้าหมายมีรูปแบบการขายบริการทางเพศที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่ เช่น ผ่านทางโทรศัพท์ สวนสาธารณะ และนายหน้า (ตารางที่ 1) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่กลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่มีรูปแบบการขายบริการทางเพศอิสระ ตามคาราโอเกะ (รูปที่ 2) การดำเนินงานเฝ้าระวัง ที่ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ในครั้งนี้ เป็นการใช่วิธีการสุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ที่มีรูปแบบขายบริการที่ไม่เปิดเผยตัวได้ โดยเฉพาะรูปแบบการขายบริการที่ผ่านนายหน้าหรือผ่านทาง โทรศัพท์ ปัจจุบันรูปแบบการขายบริการทางเพศได้มีการเปลี่ยนแปลงจากรูปแบบการขายบริการ ที่ผ่านทางเจ้าของสถานบริการมาเป็นรูปแบบการขายบริการที่เป็นอิสระมากขึ้น พนักงานบริการ มีการต่อรองราคากับลูกค้าด้วยตนเองและวิธีการเข้าถึงลูกค้าที่หลากหลายมากขึ้น การเฝ้าระวังครั้งนี้ ทำให้เห็นขนาดปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มพนักงานบริการที่ทำงาน นอกสถานบริการ ซึ่งกลุ่มดังกล่าวไม่อยู่ในการดำเนินงานเฝ้าระวังความชุกการติดเชื้อเอชไอวี หรือ การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีประจำปี อีกทั้งผลความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และความสนใจในการรู้ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มดังกล่าวค่อนข้างต่ำ ซึ่งผลลัพธ์นี้นำไปใช้ประเมินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหา

เอดส์ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงได้ เพื่อให้มีความครอบคลุมพนักงานบริการหญิงทั้งในสถานบริการและพนักงานบริการหญิงที่ทำงานอิสระ



รูปที่ 2 เครือข่ายพนักงานบริการทางเพศที่ทำงานนอกสถานบริการ จังหวัดเชียงใหม่

การวิเคราะห์หัตถดอยโลจิสติก พบว่าระดับการศึกษาที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือจบระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีในประเทศเอธิโอเปีย พบว่าหญิงขายบริการที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าคนที่มีการศึกษาถึง 5 เท่า (Gessesew Bugssa, 2015) และผลการศึกษความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสและปัจจัยที่สัมพันธ์กับไวรัสตับอักเสบบีและซีในประเทศรวันดาของ Mwumvaneza Mutagoma, et all. พบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีสูงในหญิงบริการทางเพศที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือจบในระดับประถมศึกษา และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมต้นขึ้นไปไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส เนื่องจากมีความสามารถป้องกันตนเองด้วยการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโดยการเข้าถึงระบบบริการป้องกันและรักษา รวมถึงการมีอำนาจต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน (Mwumvaneza Mutagoma, 2015) สอดคล้องกับการศึกษา RDS กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศในจังหวัดกว๋างดง ประเทศจีน พบว่าคนที่มีการศึกษาสูงไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิสเนื่องจากมีการรับรู้และป้องกันความเสี่ยงของการติดเชื้อ (Li Y, 2011)

การนำผลการวิจัยไปใช้

- ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายหรือการรณรงค์ เรื่องการป้องกันโรคเอดส์-ในพนักงานบริการที่ทำงานนอกสถานบริการทางเพศ

2. ข้อค้นพบจากการศึกษาพบว่า มีพนักงานบริการทางเพศที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือจบเพียงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ควรมีการพัฒนาสื่อที่เข้าใจง่ายและช่องทางในการให้ความรู้ในการป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีและมีพฤติกรรมป้องกันโรคในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรเป็นการศึกษาไปข้างหน้าจากเหตุไปผล
2. ศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการเข้าถึงพนักงานบริการผ่านทางเว็บไซต์ เช่น การใช้ระบบออนไลน์ผ่านเว็บแอปพลิเคชัน เพื่อส่งกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการแบบเครือข่ายในการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Web RDS) เป็นต้น

References

- ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2560). รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ ปี 2560. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัทหนึ่งเจ็ด จำกัด สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.
- สำนักระบาดวิทยา. (2551). การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ ในกลุ่มพนักงานบริการ ปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.
- สำนักระบาดวิทยา. (2556). ผลการบูรณาการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ที่ทำงานนอกสถานบริการทางเพศ ในจังหวัดพื้นที่เฝ้าระวัง ปี พ.ศ. 2554. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์. (2557). การขายบริการทางเพศของวัยรุ่นไทยบนสื่ออินเทอร์เน็ต. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนครสวรรค์. หน้า 59-72
- สหภาพ พูลเกษร, ถนอม นามวงศ์. (2562). ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้ เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในพื้นที่ 12 จังหวัด ของประเทศไทย พ.ศ. 2557. วารสารโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค, 31(1), 40-54. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/253691/172472>

- Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems* 1997; 44:174-199
- Heckathorn DD. Respondent-Driven Sampling II: Deriving Valid Population Estimates from Chain-Referral Samples of Hidden Populations. *Social Problems* 2002; 49:11-34
- C Manopaiboon, D Prybylski, W Subhachaturas, S Tanpradech, O Suksripanich, U Siangphoe, et al. (2016). Unexpectedly high HIV prevalence among female sex workers in Bangkok, Thailand in a respondent-driven sampling survey. *Int J STD AIDS*. 2013 January; 24(1): 34–38.
- Mwumvaneza Mutagoma, Laetitia Nyirazinyoye, Dieudonné Sebuho, David J. Riede and Joseph Ntaganira.(2017). Syphilis and HIV prevalence and associated factors to their co-infection, hepatitis B and hepatitis C viruses prevalence among female sex workers in Rwanda. Mutagoma et al. *BMC Infectious Diseases* (2017) 17:525
- Gessesew Bugssa, Berhe Dessalegn, Balem Dimtsu and Yemane Berhane. (2015). Prevalence and Factors Associated with HIV AND Hepatitis B Virus Infections among Females Commercial Sex Workers in MEKELLE, ETHIOPIA: Cross-Sectional Study. *IJPSR* (2015), Vol. 6, Issue 1: 135-146.
- Li Y, Detels R, Lin P, et al. (2010). Prevalence of HIV and STIs and Associated Risk Factors Among Female Sex Workers in Guangdong Province, China. *J Acquire Immune Defic Syndr*.2010;53: 548–53.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

Factors Influencing Preventive Health Behavior
towards Chronic Non-Communicable Diseases

among Working Age Population in Health Region 4, Ministry of Public Health

วันเพ็ญ ยินดี^{1*}, วันนิศา รักษามาศย์²

Vanpen Yindee^{1*}, Wannisa Raksamat²

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี¹

King Narai Hospital, Lopburi Province¹

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²

Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute²

(Received: November 26, 2022; Revised: December 28, 2022; Accepted: December 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข รูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยแบบสำรวจ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวนทั้งสิ้น 230 คน ด้วยแบบสอบถาม ระหว่างเดือนกันยายน ถึงตุลาคม 2565 แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5) พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพรรณนา คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณด้วยนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย พบว่า อายุ รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย อาชีพ ประวัติการตรวจสุขภาพ ความรู้ และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ($R^2=.949$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05) โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุด คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($b = .567$) ซึ่งมีสมการพยากรณ์ คือ

Y พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง = $0.692 + 0.567(\text{ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ}) + 0.076(\text{อายุ}) + 0.016(\text{รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย}) + 0.011(\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง}) + 0.011(\text{ประวัติการตรวจสุขภาพ}) + 0.009(\text{อาชีพ})$

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, วัยทำงาน

*ผู้ให้การติดต่อ Corresponding e-mail: vanpenydy@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-815-9761

Abstract

This research was aimed to study factors influencing preventive health behaviors 3Aor 2Sor, towards chronic non-communicable diseases (NCDs) among working age population in health region 4, Ministry of public health. The research model is survey research. The data collected from the sample includes: The working-age population between the ages of 15-59 in health region 4 totals 230 people through a self-administered questionnaire during September to October 2022. A questionnaire consisting of 5 parts as follows: 1) Biosocial data 2) Knowledge of NCDs 3) Perception of NCDs 4) Health literacy 5) Health behaviors under the theory of 3Aor 2Sor. Statistics used to analyze the data include descriptive statistics, i.e., frequency values, percentage values, averages, standard deviations, and analyzing multiple regression equations with statistical significance of .05.

The result found that age, average monthly income, occupation, health check-up history, knowledge and health literacy about chronic non-communicable diseases affecting behavioral health 3Aor 2Sor in preventing the occurrence of chronic non-communicable diseases of the working age population in the health region 4, Ministry of public health ($R^2=.949$) statistically significant at 0.05. The highest predictive variables was health literacy about chronic non-communicable diseases ($b=.567$). The prediction equation was displayed as follows:

Y Preventive Health 3Aor 2Sor Behavior towards Chronic Non-Communicable Diseases = $0.692 + 0.567(\text{Health literacy}) + 0.076(\text{Age}) + 0.016(\text{Salary}) + 0.011(\text{Knowledge of NCDs}) + 0.011(\text{Health check-up history}) + 0.009(\text{Occupation})$

Keywords: Health literacy, Non-communicable diseases, Health behavior, Working age

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุหลักของการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทยนั้นมาจากกลุ่มโรค - ไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic non-Communicable diseases : NCDs) เป็นหลัก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น ปี 2561 มีประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงถึง 320,000 คนต่อปี และส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน (แก้วตา สังขชาติ และวรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, 2562) ความรุนแรงของโรคนี้เกิดขึ้นได้จากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านพฤติกรรม 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) เช่น การรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม ไขมันสูง อาหารปิ้งย่าง รับประทานผัก ผลไม้ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย

หรือออกกำลังกายไม่เพียงพอ นอนดึก พักผ่อนน้อย มีความเครียดสูง (สำนักงานกองทุนสนับสนุน-การสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยสังคมที่เลือกความสะดวกสบาย ทันสมัย และภาพลักษณ์ มากกว่าการให้คุณค่ากับสุขภาพ (แก้วตา สังขชาติ และวรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, 2562) นอกจากนี้ การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิตและการบริโภคที่เปลี่ยนไป มีกิจกรรมทางกายลดลง ดังนั้น พฤติกรรมเสี่ยงที่สะสมในชีวิตประจำวันจึงส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ-เรื้อรัง (ปวิตร คตโคตร, 2562)

จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในปี 2558 พบการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ-เรื้อรังเพิ่มขึ้นหนึ่งในสามของประชากรไทย โดยมีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีรายงานว่าในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ในเพศชายและร้อยละ 40 ในเพศหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน (ไม่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูง) ร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้อาการทวีความรุนแรงขึ้น (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) จากข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2562 - 2564) ของเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบไปด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก และสิงห์บุรี พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยทั้ง 8 จังหวัดมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และความดันโลหิตสูง สูงเป็นอันดับต้น ๆ ของเขต มีผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง มีการปรุงอาหารรสเค็ม รสหวาน และยังมีสิ่งบั่นทอนสุขภาพ เช่น บุหรี่ สุรา (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4, 2564)

การจัดการเพื่อให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่มีความเสี่ยงด้านต่าง ๆ อย่างได้ผล ทั้งการปรับพฤติกรรมบริโภคที่ไม่สมดุล ลด ละ การสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการออกกำลังกายเพียงพอ รวมถึงจัดการอารมณ์ความรู้สึกถูกต้องเหมาะสม ตามหลัก 3อ. 2ส. จำเป็นต้องมีกระบวนการที่สร้างให้ประชาชนที่เป็นเจ้าของสุขภาพตนเองได้เรียนรู้เข้าใจความเสี่ยงของตนเองว่าเป็นมากน้อยแค่ไหน แล้วค้นหาวิธีการด้วยตัวเอง ภายใต้การแนะนำและส่งเสริมจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยบุคคล เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ และปัจจัยแวดล้อม อย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เมื่อมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ ประเมิน และจัดการพฤติกรรมตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

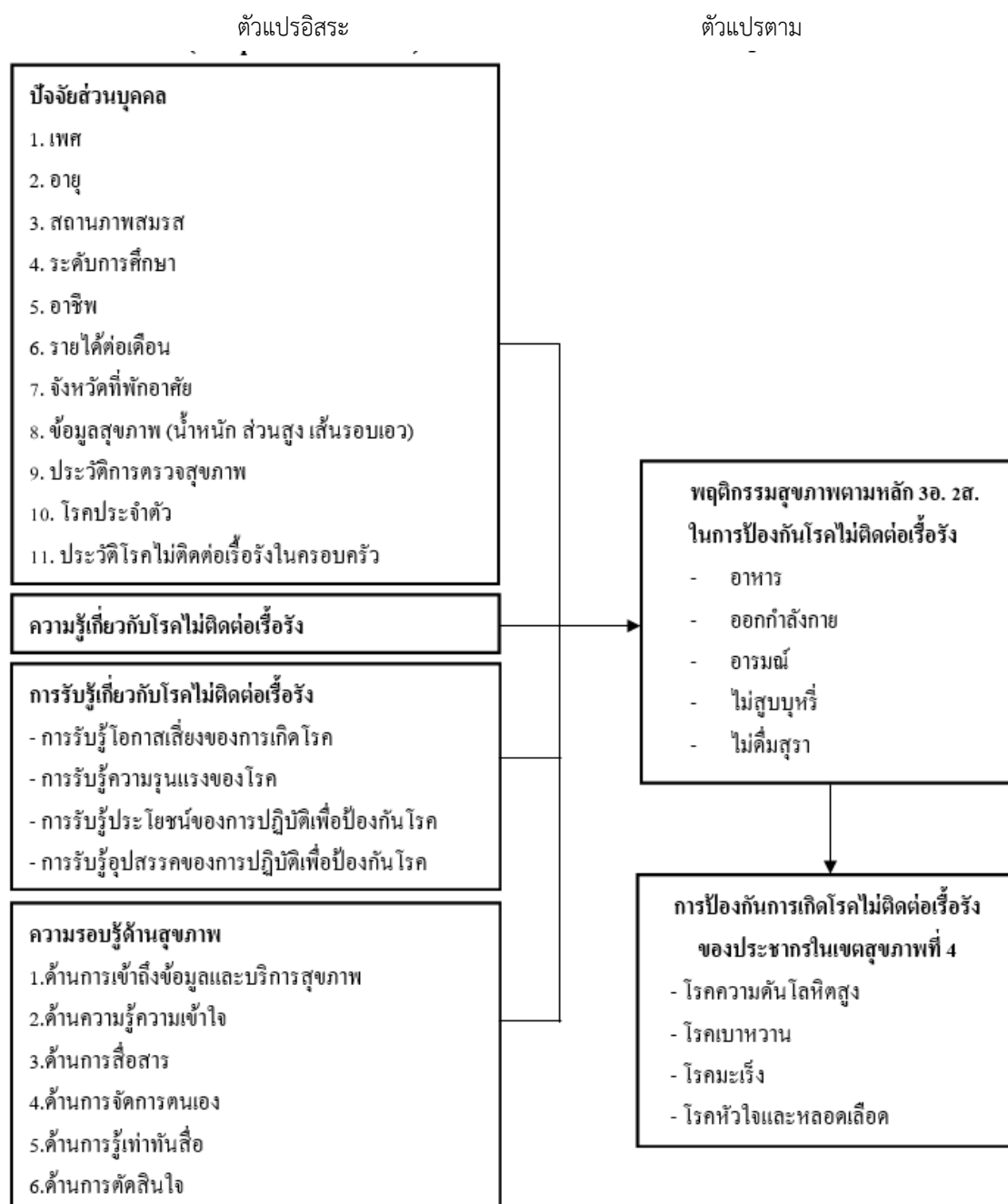
จากความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรด้านการแพทย์เล็งเห็นถึงประโยชน์จากการศึกษาข้อมูลสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ เขตสุขภาพที่ 4 ยังคงพบปัญหาการป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นอันดับต้น ๆ

ว่าปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศึกษาข้อมูลผู้ที่มีคนในครอบครัว มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนการให้ความรู้และพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในอนาคต อันจะส่งผลให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน และเป็นกำลังหลักที่สำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ประชากรวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี อ่างทอง นครนายก และสิงห์บุรี จำนวน 5,401,559 คน โดยประชากรอ้างอิงจากระบบสถิติทางการทะเบียนของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ปี 2564 (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4, 2564)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย กำหนดขนาดโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 โดยใช้สถิติทดสอบ F tests กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.15 คำนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.95 โดยเทียบเคียงจากการศึกษาแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลของ เบญจวรรณ สอนอาจ (2562) ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่ใกล้เคียงกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 230 คน และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด ให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่กำหนด จากนั้นจึงคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Consecutive sampling) โดยใช้เกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ที่ใช้คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusive criteria) คือ 1) เป็นผู้มีอายุระหว่าง 15-59 ปี 2) เป็นผู้ที่มีถิ่นพำนักอาศัยหรือทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 3) เป็นผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด)

เกณฑ์ที่ใช้คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusive criteria) คือ 1) เป็นผู้ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยหรือผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมวิจัย 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ การรับรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพ 30. 2ส. ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จังหวัดที่พำนักอาศัย ข้อมูลสุขภาพ (น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว) ประวัติการตรวจสุขภาพ โรคประจำตัว และประวัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในครอบครัว ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามในเรื่องสาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรค ความรุนแรงของโรค การรักษาโรค และการป้องกันโรค จำนวน 25 ข้อ แบบให้เลือกตอบแบบใช่ และ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งเป็นทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค รวมจำนวน 24 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนามาจากแนวคิดของนักปฎิบัติ Nutbeam (2008) (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และงานวิจัยของ เบญจวรรณ สอนอาจ (2562) จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. เป็นแบบสอบถามพฤติกรรม การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 15 ข้อ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (6 – 7 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 – 5 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1 – 2 วัน/สัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผลการตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถามมากกว่า 0.5 ทุกข้อ เมื่อวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายในโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จึงนำแบบสอบถามนี้ไปใช้เก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลที่ได้อาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามหลัก 3อ. 2ส. ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามหลัก 3อ. 2ส. โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ด้วยนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ KNH 16/2565 ลงวันที่ 6 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ การรับรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีปัจจัยสำคัญ 6 ปัจจัย ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย อาชีพ ประวัติการตรวจสุขภาพ ความรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีผลมาจากปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญที่สุด รองลงมาคือ อายุ รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประวัติการตรวจสุขภาพ และอาชีพ ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ การรับรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

Model	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในการป้องกันการเกิด- โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัย ทำงานในเขตสุขภาพที่ 4	Unstandardized Coefficient		Standardized Coefficient	t	P-value
		B	Std. Error	Beta		
6	(Constant)	.692	.110		6.290	.000*
	1.ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง (X ₄)	.567	.043	.623	13.299	.000*
	2.อายุ (X _{1,2})	.076	.015	.234	4.911	.000*
	3.รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย (X _{1,6})	.016	.003	.102	5.075	.000*
	4.ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (X ₂)	.011	.004	.053	2.770	.006*
	5.อาชีพ (X _{1,9})	.009	.002	.063	3.588	.000*
	6.ประวัติการตรวจสุขภาพ (X _{1,5})	.011	.005	.042	2.313	.022*

R² = .949; R = .974**, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 สามารถสร้างสมการพยากรณ์ได้ ดังนี้ $Y = 0.692 + 0.567(X_4) + 0.076(X_{1,2}) + 0.016(X_{1,6}) + 0.011(X_2) + 0.011(X_{1,9}) + 0.009(X_{1,5})$, $R^2 = 0.949$ โดยระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 $= 0.692 + 0.567(\text{ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ}) + 0.076(\text{อายุ}) + 0.016(\text{รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย}) + 0.011(\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง}) + 0.011(\text{ประวัติการตรวจสุขภาพ}) + 0.009(\text{อาชีพ})$, $R^2 = 0.949$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาชีพ และประวัติการตรวจสุขภาพ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงาน สอดคล้องกับจินตนา ต้นสุวรรณนนท์ (2561) พบว่า ปัจจัยการสื่อสาร ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ การเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อบุคคล และการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อเฉพาะกิจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ ของผู้บริโภควัยทำงานในเขตกรุงเทพและปริมณฑลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 และ ยังพบว่า การรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการบริโภคอาหารที่ไม่ประโยชน์ต่อร่างกาย (Kean, Prividera, Boyce, & Curry, 2012) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูลก่อนนำมาเผยแพร่ มีการให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงมีมาตรการลงโทษผู้ที่ให้ข้อมูลเท็จ รวมถึงส่งเสริมให้มีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ และควรส่งเสริมความสามารถในการประเมินสื่อเพื่อเสนอแนะแนวทางพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้อื่นได้ แสดงเห็นว่านอกจากการเปิดรับข่าวสารหรือสื่อในช่องทางต่าง ๆ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลนั้น ๆ ส่งผลกับการตัดสินใจในการนำข้อมูลหรือข่าวสารมาปรับใช้หรือนำมาปฏิบัติตามอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาเผยแพร่ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการนำข้อมูลไปปฏิบัติไม่ถูกต้องซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากอาจมีปัจจัยอื่นทำให้ประชากรวัยทำงานเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ครอบครัว เพื่อน ทีมสุขภาพ บรรทัดฐาน ตัวแบบมีส่วนทำให้ประชากรวัยทำงานเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ดังที่ Pender et al. (2006) กล่าวว่า สิ่งชักนำภายนอก เช่น การพูดคุยสนทนากับบุคคลอื่น ล้วนมีส่วนผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริม

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ

Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig (2004) ศึกษาเรื่องระดับความสามารถของแต่ละบุคคล ในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ วิธีการทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพ พื้นฐาน ที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม ใช้เครื่องมือแบบวัด TOFHLA และ REALM โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของแต่ละบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความพึงพอใจ ความคาดหวังของบุคลากรทางการแพทย์และปัจจัยอื่น ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ยังขาด ความใส่ใจในการอธิบายผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับการรู้หนังสือน้อยมีความไม่เข้าใจในการจัดการเงื่อนไข และการรักษาดูแล โรคของตนเองได้ไม่ดีพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อังคินันท์ อิทรกำแหง (2557) ได้สังเคราะห์และศึกษาดัชนีความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริม ด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ งดสูบบุหรี่ และการสุพรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาดัชนีวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ พร้อมทั้งประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย วัยผู้ใหญ่ และพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อผลลัพธ์ ทางสุขภาพ ผลศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีข้อจำกัดและอุปสรรคในด้านปัจจัยพื้นฐานในด้านการเรียนรู้ ขาดความตระหนักในการแสวงหาความรู้ยังเคยชินกับการรอให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลหรือ รู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่รอบด้าน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดมักไม่ชอบซักถามเพราะเกรงใจ และกลัวจะโดนดุ ทำให้โอกาสได้รับความรู้ค่อยน้อยไปด้วย จากข้อมูลประเมินได้ว่าผู้รับบริการมีความรู้ รอบด้านสุขภาพ อยู่ระหว่างระดับพื้นฐานกับระดับปฏิสัมพันธ์จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม พฤติกรรมหรือดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นอาจต้องอาศัยปัจจัย หลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล จึงจะส่งผลให้บุคคลเกิดการตระหนัก ในความรุนแรงของโรค การมีความรู้เพื่อการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ตลอดจนการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยให้ความรู้ ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือน เสริมพลังอำนาจในเรื่องของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือควบคุมโรค (กลุ่มพัฒนาระบบ สาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) เพื่อให้ส่งผลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว อันจะช่วยลดโอกาสการเจ็บป่วยของประชากรกลุ่มวัยทำงาน ที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตอย่างยั่งยืน ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) ยุทธศาสตร์ที่ 5 ปฏิรูปการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและควบคุมโรคให้สอดคล้องกับ สถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่ ซึ่งมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ลดภาวะเสี่ยงและควบคุมภาวะเจ็บป่วยได้ดี ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทั่วถึง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา ที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อลดโอกาสการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพในวัยทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยทำกรณีศึกษา เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบในการจัดการสุขภาพ

References

- แก้วตา สังขชาติ และวรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย. (2562). ถอดบทเรียน DHS South การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง. สงขลา: มูลนิธิสุขภาพภาคใต้.
- กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). รูปแบบการบริการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: อิมชั่น อาร์ต จำกัด.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การเสริมสร้างและ ประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน, กลุ่มวัยทำงาน. วันที่สืบค้น 20 สิงหาคม 2565, เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/uploads/file/Health%20Literacy/studywork.pdf>
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การสร้างเสริมและการประเมิน ด้านความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา ดันสุวรรณนนท์. (2561). ปัจจัยการสื่อสารและจิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค เพื่อ สุขภาพของผู้บริโภควัยทำงานในเขตกรุงเทพและปริมณฑล. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*, 11(4): 106-117.

- เบญจวรรณ สอนอาจ. (2562). แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ปวิตร คตโคตร. (2562). แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ. กองควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข: กองนวัตกรรมและวิจัย(กนว.).
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). กลุ่มโรค NCDs โรคที่คุณสร้างเอง. วันที่สืบค้น 20 สิงหาคม 2565, เข้าถึงได้จาก
<https://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/%20ncds/2/173/176-%E0%B8%81%E0%B8%A5%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84+NCDs.html>
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4. (2564). รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เขตสุขภาพที่ 4. วันที่สืบค้น 22 สิงหาคม 2565, เข้าถึงได้จาก
<https://rh4.moph.go.th/upload/93194d52dc6ff61e1a522104f0dbb96d.pdf>
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2557). การพัฒนาและใช้เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. รายงานการวิจัย
- Kean, L. G., Prividera, L. C., Boyce, A., & Curry, T. (2012). Media use, media literacy, and African American females' food consumption patterns. *Howard Journal of Communications*, 23(3): 197-214.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer A.M., and Kindig D.A. 2004. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.

**การประเมินตนเองของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท
ตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ในจังหวัดสุพรรณบุรี**
**Self-Assessment of Sealed Container-Drinking Water Manufacturers
based on Criteria of Good Manufacturing Practice (GMP 420) in Suphanburi Province**

ณัฏฐ์อริยา เดชะศิริพงษ์

Natharin Dechasiripong

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

Health Consumer Protection and Public Health Pharmaceutical Group, Suphanburi Public Health Office

(Received: January 14, 2023; Revised: February 18, 2023; Accepted: February 18, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเกี่ยวกับการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผู้รับผิดชอบในบทบาทของการเป็นผู้ประเมินเพื่อประเมินสถานประกอบการของตนเองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินและเปรียบเทียบผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (GMP 420) ในจังหวัดสุพรรณบุรีการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะ 1 ของ GMP 420 จากผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบ ของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จำนวนทั้งหมด 120 คน ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ t - test for Independent ผลการวิจัยพบว่า 1. ผลการประเมิน โดยผู้ประกอบการพบว่าผ่านตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) คะแนนรวม 86.03 คะแนน 2. ผลการประเมินโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พบว่า มีผลการประเมินผ่านตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) คะแนนรวม 79.62 คะแนน 3. ผลเปรียบเทียบผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์ วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) (ข้อกำหนดพื้นฐาน) โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบและพนักงาน เจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ด้วยสถิติการทดสอบค่า t พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยของ ผลรวมการประเมินตามข้อกำหนดพื้นฐาน (ตส.2 (63)) โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบ (ผปก.) และ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 (พจน.) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

การนำผลการวิจัยไปใช้ คือ ผลการเปรียบเทียบการประเมินฯ ที่แตกต่างกันระหว่าง ผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบ (ผปก.) และพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 จึงควรมีโครงการหรือกิจกรรมในการศึกษาของผู้ประกอบการ หรือผู้รับผิดชอบ ให้สามารถเป็นผู้ประเมิน มาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถแก้ไข ข้อบกพร่องที่พบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: วิธีการที่ดีในการผลิต, น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท, สถานที่ผลิตน้ำบริโภค, การประเมินตนเอง ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: natharin.d@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-8498788)

Abstract

This research was related to self-assessment of sealed container-drinking water manufacturers based on criteria of Good Manufacturing Practice (GMP 420). The objectives of this research were to evaluate and compare the result of the assessment of sealed container-drinking water manufacturers based on criteria of Good Manufacturing Practice (GMP 420) in Suphanburi Province by self-assessment and officer.

This descriptive research, 120 container-drinking water manufacturers were recruited to complete the assessment form of general and specific requirements of GMP420. Data was analyzed by using descriptive statistics and two independent samples t- tests.

The research results showed that (1) the assessment by the manufacturers based on criteria of Good Manufacturing Practice (GMP 420) was passed with a total score of 86.03 points; (2) the assessment by officers based on criteria of Good Manufacturing Practice (GMP 420) was passed with a total score of 79.62 points and (3) the comparison of the assessments by manufacturers and officers found that there was a statistically significant difference at the 0.05 level.

Research recommendations were there should be the projects or activities to enhance the potential of entrepreneur to be able to be assessors of sealed container-drinking water manufacturers based on criteria of Good Manufacturing Practice (GMP 420) with knowledge, understanding and ability to effectively correct defects.

Keywords: Good Manufacturing Practice, sealed container-drinking water, drinking water manufacturer, self- assessment

บทนำ

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 กำหนดให้น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท หรือที่รู้จักกันดีในรูปของน้ำดื่มบรรจุอยู่ในภาชนะบรรจุที่ต้องปิดผนึก หรือภาชนะที่มีฝาหรือจุกปิดซึ่งต้องปิดผนึกโดยรอบระหว่างฝาหรือจุกกับขวดหรือภาชนะบรรจุ และเมื่อเปิดใช้ทำให้สิ่งที่ปิดผนึกหรือส่วนที่ปิดผนึก หรือภาชนะบรรจุนั้นเสียไป จัดเป็นอาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน ต้องมีคุณภาพหรือมาตรฐาน ทั้งด้านฟิสิกส์ เคมี และจุลินทรีย์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกำหนด (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 (พ.ศ.2524) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท, 2524; ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2534) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่2), 2534; ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่284) พ.ศ.2547. เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่5), 2547) และต้องมีสถานที่ผลิตอาหารให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิต

ที่ดีในการผลิต (GMP: Good Manufacturing Practice) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ.2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร ซึ่งเป็นข้อกำหนดด้านมาตรฐานสถานที่ผลิตอาหารฉบับใหม่ (GMP 420) ที่ยกเลิกการใช้หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (GMP 220) และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 11 เมษายน 2564 เป็นต้นไป และผ่อนผันให้ผู้รับใบอนุญาตผลิตอาหาร หรือได้รับเลขสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน หรือได้รับใบอนุญาตนำเข้าหรือส่งอาหารเข้ามาในราชอาณาจักร ก่อนวันที่ 11 เมษายน 2564 ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามประกาศนี้ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ 11 เมษายน 2564 หรือมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 7 ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร, 2564; กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2564; กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2564 ข) ส่งผลให้สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศทุกแห่ง จำนวน 14,445 แห่ง ซึ่งรวมถึงสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 120 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565) (ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2566) ต้องปฏิบัติตาม GMP 420 ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะ 1 สำหรับการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแร่ธรรมชาติ หรือน้ำแข็งบริโภค ที่ผ่านกรรมวิธีการกรอง

ผลจากการดำเนินงานในการเฝ้าระวังและควบคุมคุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ในปีงบประมาณ 2562 โดยการสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 60 ตัวอย่าง พบไม่ผ่านมาตรฐาน จำนวน 17 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 28.33 และปีงบประมาณ 2563 เก็บตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จำนวน 65 ตัวอย่าง พบไม่ผ่านมาตรฐาน จำนวน 14 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 21.54 จากรายงานผลการทดสอบน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่าส่วนมากไม่ผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ ได้แก่ มีการตรวจพบแบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์ม เกินกว่า 2.2 ต่อน้ำบริโภค 100 มิลลิลิตร หรือ พบแบคทีเรียชนิด อีโคไล รองลงมาคือไม่ผ่านมาตรฐานด้านฟิสิกส์ คือ มีค่าความเป็นกรด - ด่าง อยู่นอกช่วง pH ที่ 6.5 ถึง 8.5 (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2562; กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2563)

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท รวมถึงสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทในจังหวัดสุพรรณบุรี ยังไม่ได้มาตรฐานอยู่เป็นจำนวนมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (สุภาพ วงศ์พัฒนาวุฒิ, 2552; กิตติมา ไมตรีประดับศรี,

นพวรรณ เทียงอวน, และธนิดา ไมตรีประดับศรี, 2552; ดาวิรรณ เศรษฐีธรรม และเนตรนภา เจียรแม, 2555; สุพัตรา คงจริง และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2555; เมธาวิ พลยิ่งและวรางคณา สังสิทธิสวัสดิ์, 2556; ขวัญล้วย เมฆสวัสดิชัย และชิดชนก เรือนก้อน, 2559; ณณิธร งามศิริ, 2560) ที่พบว่าสถานที่ผลิต และคุณภาพของผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคที่ผลิต โดยเฉพาะทางด้านฟิสิกส์ และด้านจุลชีววิทยา ยังพบว่าปัญหาอยู่มาก ทั้ง ๆ ที่สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทดังกล่าว ได้ผ่านมาตรฐานสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 220) พ.ศ.2544. เรื่องน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่3), 2544)

จากปัญหาดังกล่าว รวมถึงการประกาศและการมีผลบังคับใช้ GMP 420 ที่มีข้อกำหนดพื้นฐานเพิ่มเติมจาก GMP 220 คือ มีการตรวจประเมินตนเองโดยหน่วยงานภายในหรือหน่วยงานภายนอก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และต้องดำเนินการโดยผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ กรณีพบข้อบกพร่องต้องมีมาตรการแก้ไข (ข้อ 3.13 แบบบันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดพื้นฐาน (ตส.2 (63)) รวมถึงการวิจัยเกี่ยวกับมาตรฐานสถานที่ผลิตอาหารที่ผ่านมาเป็นการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตของพนักงานเจ้าหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญ จึงเป็นที่มาของการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบในบทบาทของการเป็นผู้ประเมินเพื่อประเมินสถานประกอบการของตนเอง และเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบให้สามารถพัฒนาสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้ได้ตามมาตรฐานสถานที่ GMP 420 ทั้งข้อกำหนดพื้นฐานและข้อกำหนดเฉพาะ อันเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดเพื่อให้สามารถผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีคุณภาพ ผ่านมาตรฐาน และปลอดภัยต่อการบริโภคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะ 1 ฯ โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบ
2. เพื่อประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะ 1 ฯ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) (ข้อกำหนดพื้นฐาน) โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบและพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

สมมติฐาน

ผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) (ข้อกำหนดพื้นฐาน) โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบและพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบและพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ไม่แตกต่างกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากร

ประชากรในการวิจัยนี้คือ ผู้ประกอบการ หรือผู้รับผิดชอบของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และได้รับอนุญาตก่อนวันที่ 1 มกราคม 2565 จำนวน 120 แห่ง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบ ซึ่งเป็นผู้ที่มีผลต่อการตัดสินใจในการพัฒนาสถานที่
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สะดวกหรือไม่ยินดีตอบแบบสอบถาม
2. สถานที่ผลิตที่แจ้งเลิกสถานที่ผลิตน้ำในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทระหว่างการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือจำนวน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ หรือผู้รับผิดชอบ และข้อมูลทั่วไปของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2. บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดพื้นฐาน (ตส.2 (63)) (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร, 2564) ทั้งหมด 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา หมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา หมวดที่ 3 การควบคุมกระบวนการผลิต หมวดที่ 4 การสุขาภิบาล และหมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล การประเมินในแต่ละข้อมีระดับการตัดสินใจแบบ 3 ระดับ คือ ดี พอใช้ และปรับปรุง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ผลการประเมิน**ความหมาย**

ดี (2 คะแนน)

สอดคล้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดทุกประการ

พอใช้ (1 คะแนน)

มีข้อบกพร่องบางส่วน หรือ ทั้งหมด แต่มีมาตรการอื่นที่สามารถป้องกันการปนเปื้อนในอาหาร และไม่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยโดยตรงกันอาหาร

ปรับปรุง (0 คะแนน)

มีข้อบกพร่องบางส่วน หรือ ทั้งหมด และไม่มีมาตรการอื่นที่สามารถป้องกันการปนเปื้อนในอาหาร รวมถึงมีผลกระทบต่อความปลอดภัยโดยตรงกันอาหาร

วิธีคิดคะแนน

$$\text{ร้อยละคะแนนที่ได้ในแต่ละหมวด} = \frac{\text{คะแนนที่ได้รวมของหมวดนั้น} \times 100}{\text{คะแนนเต็มรวมในหมวดนั้น}}$$

ส่วนที่ 3. บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดเฉพาะ 1 สำหรับการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแร่ธรรมชาติ หรือน้ำแข็งบริโภค ที่ผ่านกรรมวิธีการกรอง (ตส.3 (63)) (เฉพาะกรณีผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท และน้ำแร่ธรรมชาติที่ผ่านกรรมวิธีการกรอง) (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร, 2564) การประเมินในแต่ละข้อมีลักษณะให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ผ่าน หมายถึง มีการปฏิบัติที่สอดคล้องเป็นไปตามข้อกำหนด หรือ มีมาตรการอื่นในการป้องกันการปนเปื้อนอันตรายในอาหาร และไม่ผ่าน หมายถึง มีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องเป็นไปตามข้อกำหนด หรือ ไม่มีมาตรการอื่นในการป้องกันการปนเปื้อนอันตรายในอาหาร

เกณฑ์การยอมรับผลการตรวจว่าผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ต้องมี ผลการตรวจประเมินผ่านเกณฑ์ทั้งข้อ 1 และ ข้อ 2 ดังนี้

ข้อ 1. มีคะแนนที่ได้รวมแต่ละหมวดไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และต้องไม่พบข้อบกพร่องรุนแรงในบันทึกการตรวจตามข้อกำหนดพื้นฐาน (ตส.2 (63))

ข้อบกพร่องรุนแรง หมายถึง ข้อบกพร่องที่เป็นความเสี่ยงซึ่งอาจทำให้อาหารเกิดการปนเปื้อนไม่ปลอดภัยต่อการบริโภค ได้แก่ 1. ไม่มีห้องบรรจุ 2. ไม่มีวิธีการควบคุมกระบวนการลดอันตรายด้านจุลินทรีย์ให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยต่อการบริโภค หรือไม่มีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ และไม่มีบันทึกผล หรือใช้เครื่องมือวัดที่ไม่เหมาะสม 3. ไม่มีมาตรการป้องกันการปนเปื้อนจากคนพื้นผิวสัมผัสอาหาร สิ่งแวดล้อม 4. ในกระบวนการผลิต มีการขนย้ายวัตถุดิบ ส่วนผสม วัตถุเจือปนอาหาร หรือผลิตภัณฑ์สุดท้าย ที่ก่อให้เกิดการปนเปื้อนข้าม 5. ผลิตภัณฑ์สุดท้ายมีคุณภาพหรือมาตรฐานไม่เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ 2. มีผลการตรวจประเมิน “ผ่าน” ทุกข้อในบันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดเฉพาะ 1 สำหรับการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแร่ธรรมชาติ หรือน้ำแข็งบริโภค ที่ผ่านกรรมวิธีการกรอง (ตส.3 (63)) (เฉพาะกรณีผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท และน้ำแร่ธรรมชาติที่ผ่านกรรมวิธีการกรอง)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและชี้แจงแก่ผู้ประกอบการผู้รับผิดชอบในสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย มาตรการในการรักษาความลับ และข้อมูลต่าง ๆ ที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคล โดยให้อิสระในการตัดสินใจ และไม่มี การบังคับให้เข้าร่วมการวิจัย

โดยมีการดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จัดประชุมผู้ประกอบการ หรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและชี้แจงทำความเข้าใจแก่ผู้ผลิตเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัยเพื่อขอเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ
2. แจกเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงรายละเอียดในการประเมิน และเกณฑ์ในการประเมินโดยผู้วิจัย
3. ผู้ประกอบการ หรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยทำการประเมินตนเอง และส่งแบบประเมินกลับคืนมายังผู้วิจัย
4. พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีโดยใช้การลงพื้นที่ร่วมกับการตรวจประเมินแบบทางไกลสำหรับสถานประกอบการ (Remote Audit) ซึ่งเป็นวิธีการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารแบบเสมือนจริง (Virtual)
5. ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูลเนื้อหาที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปประมวลผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัยและนอกเหนือสมมติฐานการวิจัย โดยวิเคราะห์ค่าสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยประชากร (μ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประชากร (σ) เพื่อใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ หรือผู้รับผิดชอบ และข้อมูลทั่วไปของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดพื้นฐาน (ตส.2 (63)) และบันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดเฉพาะ 1 (ตส.3 (63)) โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบและพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) (ข้อกำหนดพื้นฐาน) โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบและพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 โดยใช้สถิติการทดสอบค่า t (t - test for Independent) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2565

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูลเนื้อหาที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำฐานข้อมูล วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบ และข้อมูลทั่วไปของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท พบว่า ผู้ประเมินเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 เพศหญิง ร้อยละ 46.7 โดยส่วนใหญ่แล้วมีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 40.0 และ 41-50 ปี ร้อยละ 38.3 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.0 และ มีมัธยมศึกษาระดับปลาย (ม.6) / ปวส. ร้อยละ 31.7 ผู้ประเมินมีสถานะเป็น ผู้ประกอบการ หรือผู้รับอนุญาต ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่แล้วมีใบอนุญาตผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทแบบไม่เข้าข่ายโรงงาน ร้อยละ 89.2 โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการกิจการ มาแล้ว 6 – 10 ปี ร้อยละ 35.0 และ 11 – 15 ปี ร้อยละ 30.0 มีจำนวนคนงานทั้งหมด (นับรวมทั้งคนงานประจำและชั่วคราว) 1 – 5 คน ร้อยละ 55.0 และ 6 – 10 คน ร้อยละ 33.3 สถานที่ผลิตทุกแห่งมีลักษณะของภาชนะ/บรรจุภัณฑ์เป็นขวดพลาสติกใส ร้อยละ 100 รองลงมาคือถังใช้ซ้ำ ร้อยละ 25.0 ส่วนมากแล้วมีจำนวนเลขสารบบอาหารของผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 6 – 10 รายการ ร้อยละ 51.7 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบ และข้อมูลทั่วไปของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (N=120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	53.3
หญิง	56	46.7
อายุ (ปีเต็ม)		
20 – 30 ปีเต็ม	10	8.3
31 – 40 ปีเต็ม	48	40.0
41 – 50 ปีเต็ม	46	38.3
51 – 60 ปีเต็ม	4	3.3
61 ปีเต็มขึ้นไป	12	10.0
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาระดับต้น (ม.3) / ปวช.	26	21.7
มัธยมศึกษาระดับปลาย (ม.6) / ปวส.	38	31.7
ปริญญาตรี	42	35.0
สูงกว่าปริญญาตรี	14	11.7
ตำแหน่ง/หน้าที่ของผู้ประเมิน		
ผู้ประกอบการ / ผู้ดำเนินกิจการ / ผู้รับอนุญาต	88	73.3
ผู้รับผิดชอบ / ผู้ดูแล / ผู้จัดการ	32	26.7
ประเภทใบอนุญาตของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท		
เข้าข่ายโรงงาน (อ.2)	13	10.8
ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1)	107	89.2
ระยะเวลาในการดำเนินกิจการ (ปีเต็ม)		
1 – 5 ปีเต็ม	20	16.7
6 – 10 ปีเต็ม	42	35.0
11 – 15 ปีเต็ม	36	30.0
16 – 20 ปีเต็ม	10	8.3
21 ปีเต็มขึ้นไป	12	10.0
จำนวนคนงานทั้งหมด (นับรวมทั้งคนงานประจำและชั่วคราว)		
1 – 5 คน	66	55.0
6 – 10 คน	40	33.3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย เรียงลำดับดังนี้

1. ผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะ 1 พบว่า มีผลการประเมินผ่านตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน

และข้อกำหนดเฉพาะ คะแนนรวม 86.03 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดในหมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล (82.55 คะแนน) รองลงมาคือ หมวดที่ 4 การสุขาภิบาล (84.32) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะ 1 โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบ (N=120)

การประเมิน	คะแนนที่ได้	ผลการประเมิน
ข้อกำหนดพื้นฐาน (ตส.2 (63))	86.03	ผ่าน
หมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา	88.61	ผ่าน
หมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และ การบำรุงรักษา	88.13	ผ่าน
หมวดที่ 3 การควบคุมกระบวนการผลิต	86.53	ผ่าน
หมวดที่ 4 การสุขาภิบาล	84.32	ผ่าน
หมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล	82.55	ผ่าน
ข้อกำหนดเฉพาะ 1 (ตส.3 (63))	-	ผ่าน

2. ผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พบว่า มีผลการประเมินผ่านตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะ คะแนนรวม 79.62 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดในหมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา (71.28 คะแนน) รองลงมา คือ หมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล (72.60 คะแนน) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะ 1 โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 (N=120)

การประเมิน	คะแนนที่ได้	ผลการประเมิน
ผลรวมการประเมินตามข้อกำหนดพื้นฐาน (ตส.2 (63))	79.62	ผ่าน
หมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา	71.28	ผ่าน
หมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และ การบำรุงรักษา	83.70	ผ่าน
หมวดที่ 3 การควบคุมกระบวนการผลิต	86.09	ผ่าน
หมวดที่ 4 การสุขาภิบาล	84.43	ผ่าน
หมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล	72.60	ผ่าน
ข้อกำหนดเฉพาะ 1 (ตส.3 (63))	-	ผ่าน

3. ผลเปรียบเทียบผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) (ข้อกำหนดพื้นฐาน) โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบและพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ด้วยสถิติ

การทดสอบค่า t (t - test for Independent) พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยของผลรวมการประเมินตามข้อกำหนดพื้นฐาน (ตส.2 (63)) โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบ (ผปก.) และพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 (พนง.) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพิจารณาเป็นรายหมวด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) ในหมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา หมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา และหมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) (ข้อกำหนดพื้นฐาน) โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบ (ผปก.) (N=120) และพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 (พนง.) (N=120)

การประเมิน		คะแนนที่ได้		p-value
		μ	σ	
ผลรวมการประเมินตามข้อกำหนดพื้นฐาน (ตส.2 (63))	พนง.	79.62	4.13	0.001*
	ผปก.	86.03	6.63	
ม.1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา	พนง.	71.28	7.14	0.001*
	ผปก.	88.61	6.36	
ม.2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา	พนง.	83.70	5.33	0.001*
	ผปก.	88.13	8.36	
ม.3 การควบคุมกระบวนการผลิต	พนง.	86.09	3.25	0.502
	ผปก.	86.53	6.38	
ม.4 การสุขาภิบาล	พนง.	84.43	6.58	0.934
	ผปก.	84.32	12.02	
ม.5 สุขลักษณะส่วนบุคคล	พนง.	72.60	10.06	0.001*
	ผปก.	82.55	13.53	

* $p < 0.05$

อภิปรายผล

ผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะ 1 ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบผ่านเกณฑ์การยอมรับว่าผ่านตามมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งการประเมินโดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบและพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ถึงแม้ว่าผลการประเมินของผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบจะมากกว่าผลการประเมินของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคะแนนรวมผลการประเมินตามข้อกำหนดพื้นฐาน (ตส.2(63)) และในรายหมวด

ได้แก่ หมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา หมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา และหมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล

จากผลการผ่านมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) แสดงให้เห็นว่า หลังจากที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีไปแล้ว สถานประกอบการยังคงรักษามาตรฐานสถานที่ผลิตให้ได้ตามมาตรฐานของหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตน้ำบริโภค โดยเฉพาะประเด็นของการควบคุมกระบวนการผลิตและจัดอันตรายนด้านจุลินทรีย์ให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยต่อการบริโภค ที่เป็นเช่นนี้ เพราะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีให้ความสำคัญกับการมีน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ปลอดภัยสำหรับประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี รวมถึงพื้นที่ใกล้เคียง มีการดำเนินการตรวจเฝ้าระวังสถานที่ผลิตและคุณภาพหรือมาตรฐานผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทอย่างเป็นประจำ และผู้ประกอบการมีความตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญในการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ได้มาตรฐานอันจะส่งผลให้มีการดูแลมาตรฐานสถานประกอบการให้ได้มาตรฐานของหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตน้ำบริโภคตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ของตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผลการผ่านประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) นี้สอดคล้องกับการวิจัยของสุภาพ วงศ์พัฒนาวุฒิ (2552) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนมาตรฐานจีเอ็มพีกับคุณภาพน้ำของสถานที่ผลิตในจังหวัดมุกดาหาร, การศึกษาของอุษณีย์ ทองใบ (2552) เรื่อง การศึกษาสถานการณ์การปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในน้ำดื่ม เครื่องดื่ม และภาชนะที่ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม และ กิตติมา ไมตรีประดับศรี, นพวรรณ เทียงอวน, และธนิดา ไมตรีประดับศรี (2552) ที่ศึกษาคุณภาพของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ในเขตภาคตะวันออกเฉียงและจังหวัดใกล้เคียง ปีงบประมาณ พ.ศ.2548 -2550 แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) มีความแตกต่าง หรือไม่สอดคล้องกับการวิจัยของสุพัตรา คงจริง และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2555) ที่ศึกษาการประเมินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิทโดยชุมชนในจังหวัดตรัง ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต และคุณภาพน้ำที่ผลิตได้ เมธาวิ พลยิ่งและวรางคณา สังสิทธิสวัสดิ์ (2556) ที่ศึกษาการสำรวจสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ และ ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2555) ที่ศึกษาสถานการณ์การปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในน้ำดื่ม เครื่องดื่ม และภาชนะที่ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่าสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิทไม่ผ่านตามมาตรฐานสถานที่ผลิตให้ได้ตามมาตรฐานของหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตน้ำบริโภค และน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพหรือมาตรฐาน

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีกระบวนการผลิตที่เป็นระบบ มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันตลอดทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกและ

ตรวจสอบคุณภาพน้ำดิบ การกรองและฆ่าเชื้อ การดูแลควบคุมการผลิตและผลิตภัณฑ์ รวมถึงการล้างทำความสะอาดและการเก็บรักษา ดังนั้นความบกพร่องในการปฏิบัติ ณ จุดใด ๆ โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม สามารถทำให้น้ำบริโภคที่ผลิตเกิดการปนเปื้อนได้ ดังนั้นการยึดถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะ 1 สำหรับการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแร่ธรรมชาติ หรือน้ำแข็งบริโภค ที่ผ่านกรรมวิธีการกรอง จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การประเมินตนเอง ถือเป็นหนึ่งในวิธีที่ทำให้ผู้ผลิตตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) เพื่อการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีคุณภาพหรือมาตรฐานตามที่กำหนด แต่อย่างไรก็ตามหมวดที่เป็นข้อบกพร่องรุนแรงเช่น ห้องบรรจุ การควบคุมกระบวนการผลิตด้านจุลินทรีย์ให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยต่อการบริโภค มาตรฐานป้องกันการปนเปื้อนจากคน พื้นผิวสัมผัสอาหาร สิ่งแวดล้อม มีกระบวนการผลิตที่ก่อให้เกิดการปนเปื้อนข้าม และคุณภาพหรือมาตรฐานน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท อาจยังต้องเป็นหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ต้องทำการประเมิน และการติดตาม และเฝ้าระวังเพื่อดูแลอย่างใกล้ชิดต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลจากการเปรียบเทียบผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) โดยผู้ประกอบการหรือผู้รับผิดชอบ และพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ที่พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินการ โครงการ กิจกรรม การวางแผนงาน ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการ หรือผู้รับผิดชอบสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตลอดจนถึงพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ให้สามารถพัฒนาสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ดังนี้

1. มีโครงการหรือกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการ หรือผู้รับผิดชอบ ให้สามารถเป็นผู้ประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถแก้ไขข้อบกพร่องที่พบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลการประเมินมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ใช้เป็นข้อมูลของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ในการวางแผนการพัฒนาสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้ได้ตามมาตรฐาน

3. มีโครงการหรือกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ให้มีความสามารถในการตรวจประเมินตามมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) เนื่องจากอยู่ใกล้กับสถานประกอบการซึ่งสามารถตรวจประเมิน เฝ้าระวัง และให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

4. ผลการวิจัยที่ได้ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ หรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ผลิต ในบทบาทของการเป็นผู้ประเมินที่มีศักยภาพตามการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ทั้งข้อกำหนดพื้นฐาน และข้อกำหนดเฉพาะสำหรับการพัฒนางาน ในบทบาทของการส่งเสริมผู้ประกอบการของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ตลอดจนถึงกองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นผู้ประเมินที่มีศักยภาพตามการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ของผู้ประกอบการ หรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ผลิต
2. ควรมีการศึกษาเพื่อหาการปนเปื้อนที่มีในแต่ละขั้นตอนการผลิต เช่น การเก็บตัวอย่างน้ำดิบ น้ำที่ผ่านการกรองในแต่ละขั้นตอน น้ำที่ผ่านการฆ่าเชื้อ และน้ำที่บรรจุในภาชนะบรรจุเรียบร้อยแล้ว มาตรวจวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบการปนเปื้อนในแต่ละขั้นตอนการผลิต เพื่อให้ทราบสาเหตุของการปนเปื้อนที่แท้จริง
3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ผลิต ซึ่งอาจจะส่งผลต่อคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงและลึกซึ้งกว่าการสังเกตและสอบถามในระยะเวลานั้น
4. ควรมีการศึกษาดูบทบาทหน้าที่ของผู้ควบคุมการผลิตอาหารในสถานที่ผลิตน้ำบริโภค ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ จรรยาบรรณวิชาชีพของผู้ควบคุมการผลิตอาหาร และกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจน เพื่อการควบคุมกำกับผู้ควบคุมการผลิตอาหาร ให้ปฏิบัติหน้าที่ควบคุมการผลิตให้ได้น้ำบริโภคที่มีคุณภาพมาตรฐาน ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งกับสถานที่ผลิต ผู้ควบคุมการผลิตอาหาร และประชาชนผู้บริโภค

References

- กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2564 ก). *คู่มือการตรวจสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็นกฎหมาย (GMP 420)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2564 ข). *คู่มือสำหรับผู้ควบคุมการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแร่ธรรมชาติ และน้ำแข็งบริโภค*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- กิตติมา ไหมตรีประดับศรี, นพวรรณ เทียงอวน, และธิดา ไหมตรีประดับศรี. (2552). คุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดใกล้เคียง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 – 2550. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 34(1), 37-42.

- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2562). ผลการดำเนินงานกลุ่มงานคุ้มครองกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. สุพรรณบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2563). ผลการดำเนินงานกลุ่มงานคุ้มครองกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563. สุพรรณบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
- ชวัลวลัย เมฆสวัสดิชัย และชิตชนก เรือนก้อน. (2559). คุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทในจังหวัดสระบุรีและแนวทางการปรับปรุง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 8(1), 139 -148.
- ดาร์วรรณ เศรษฐีธรรม และเนตรนภา เจียรเม. (2555). สถานการณ์การปนเปื้อนจุลินทรีย์ในน้ำดื่มเครื่องดื่ม และภาชนะที่ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(3), 87-96.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 (พ.ศ.2524) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (2524). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 98 ตอนที่ 157, หน้า 52-56.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2534). เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่2). (2534). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 108 ตอนที่ 61, หน้า 3041-3042.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่284) พ.ศ.2547. เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่5). (2547). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 122 ตอนพิเศษ 9 ง, หน้า 1-2.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร. (2564). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 138 ตอนที่พิเศษ 31 ง, หน้า 24-26.
- ผณินทร งามศิริ. (2560). การประเมินตนเอง ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ในจังหวัดฉะเชิงเทรา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตร มหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เมธาวี พลยัง และวรางคณา สังสิทธิสวัสดิ์. (2556). การสำรวจสถานที่น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (จีเอ็มพี) ในจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 18(6), 1049-1062.
- ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2566). ข้อมูลสถานประกอบการและสถานบริการด้านสุขภาพ จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2565. สุพรรณบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

- สุภาพ วงศ์พัฒนวุฒิ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน GMP น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกับคุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท. ของสถานที่น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทในจังหวัดมุกดาหาร. *วารสารอาหารและยา*, 16(3), 48-56.
- สุพัตรา คงจริง และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2555). การประเมินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท โดยชุมชนในจังหวัดตรัง ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต และคุณภาพน้ำที่ผลิตได้. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 4(2), 64-84.
- อุษณีย์ ทองใบ. (2552). เอกสารวิชาการเรื่องการประเมินคุณภาพมาตรฐานน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทในเขตตรวจราชการที่ 2 (จังหวัดอ่างทอง สิงห์บุรีลพบุรีและชัยนาท) ปีงบประมาณ 2552. ในการประชุมวิชาการเรื่องคุณภาพมาตรฐานน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

ผลของการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุกันเสียในสถานที่ผลิตอาหาร
ประเภทผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป

Effectiveness of developing a model to handle the issue of
preservatives usage in meat-processing plants

บัณฑิต ต้วมศรี

Bundit Toumsri

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

Phetchaburi Provincial Public Health Office

(Received: January 18, 2023; Revised: February 19, 2023; Accepted: February 19, 2023)

บทคัดย่อ

รายงานศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี มีเด็กป่วยด้วยภาวะ Methemoglobin พร้อมกันในหลายจังหวัดจากการรับประทานไส้กรอกที่มีไนเตรต-ไนไตรต์เจือปนปริมาณสูง ในจำนวนนี้มีเด็กจากจังหวัดเพชรบุรี 2 ราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีจึงสนใจที่จะแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุกันเสียในผลิตภัณฑ์ดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพมาจัดการใช้กระบวนการพัฒนาแบบวงจรการวิจัย (PAOR) จนกว่าจะได้แนวทางการแก้ปัญหาสำเร็จ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้วัตถุกันเสียในสถานที่ผลิตอาหารประเภทเนื้อสัตว์แปรรูปและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุกันเสียในอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์แปรรูปในจังหวัดเพชรบุรีแบบมีส่วนร่วม โดยสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปจากสถานที่ผลิตในจังหวัดเพชรบุรีทั้งหมด 12 แห่งเพื่อตรวจหาวัตถุกันเสีย จากนั้นตรวจสอบสถานที่ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูป พร้อมการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับอนุญาตหรือผู้ควบคุมการผลิต เพื่อเก็บข้อมูล ข้อเท็จจริง ค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการผลิต ประเมินความรู้เกี่ยวกับการผลิตและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการผลิตเนื้อสัตว์แปรรูป นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงพรรณนา เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดเวทีระดมความคิดเห็น โดยใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เสนอมาตรการ/แนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุกันเสียในอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์แปรรูป และนำสู่การปฏิบัติจริง จากนั้นสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปเพื่อตรวจหาวัตถุกันเสียหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหา เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหา ผลการศึกษาพบว่าหลายมาตรการ มีส่วนในการกระตุ้นให้ผู้ผลิตฯ ผลิตสินค้าที่มีความปลอดภัยมากขึ้น ผลการตรวจหาวัตถุกันเสียในตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 91.67 ภายหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหา ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.005$)

คำสำคัญ : ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป, วัตถุกันเสีย, รูปแบบการแก้ไขปัญหา

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nid14t@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 065-7826326)

Abstract

Ramathibodi Poison Center Report Have a child with a condition Methemoglobin Simultaneously in many provinces from eating sausages that contain high amounts of nitrates - nitrites. Of these, there are 2 children from Phetchaburi Province. The Phetchaburi Provincial Public Health Office is therefore interested in solving the problem of the use of preservatives in such products. This study is research and development using a qualitative research process to manage. Use a research cycle development process (PAOR) until a successful solution is achieved. The objectives of this study were to study the situation of preservatives usage in processed meat food production places and to study the results of a participatory development of a model to solve the problem of preservatives usage in processed meat products in Phetchaburi Province. Samples of processed meat products were randomly collected from 12 production sites in Phetchaburi Province to detect preservatives. Then inspect the place of processed meat production. with an interview In-depth licensee or production supervisor to collect information, facts, find problems that occur during production Assess your knowledge of production and the laws related to processed meat production. Data were used for descriptive analysis. to be used as input data in organizing a brainstorming forum By using focus group format to propose measures/solutions to solve the problem of using preservatives in processed meat products. and put into practice Processed meat products were then randomly taken to detect preservatives after the intervention. Comparison of the results before and after the intervention with the problem solving model. The results of the study revealed that many measures Participate in encouraging manufacturers produce more secure products The results of the detection of preservatives in samples of processed meat products. Passing the standard criteria increased from 16.67 percent to 91.67 percent after the intervention with the problem solving model. which increased statistically significantly ($P=0.005$).

Keywords: processed meat products, preservatives, problem solving model

บทนำ

เนื่องจากปลายเดือนมกราคมและต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีได้รับรายงานจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีพบเด็กเกิดภาวะเมทฮีโมโกลบิน (Methemoglobin) จากการทานไส้กรอกไม่มีเลขสารบบอาหารจำนวน 2 ราย ต่อมาได้รับรายงานจากศูนย์พิษวิทยารามาธิบดีว่า วันที่ 28 มกราคม 2565 วันเดียว มีเด็กป่วยด้วยภาวะเมทฮีโมโกลบิน (Methemoglobin) จำนวน 6 คน ใน 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ 2 คน เพชรบุรี 1 คน สระบุรี 1 คน ตรัง 1 คน และกาญจนบุรี 1 คน โดยทั้งหมดมีประวัติกินไส้กรอก ซึ่งไม่มียี่ห้อ ไม่มีเอกสารกำกับ อาการของผู้ป่วย คือ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ เหนื่อย หายใจเร็ว ตัวเขียว ระดับออกซิเจนที่วัดปลายนิ้วต่ำ ยังไม่มีรายใดที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต(ชนาธิป ไชยเหล็ก,2565) โดยพบว่าไนไตรต์-ไนเตรตเป็นสารเคมีที่นิยมใช้เป็นสารกันเสีย และทำให้เกิดสีในเนื้อสัตว์เป็นสีแดงอมชมพูในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป จำพวกไส้กรอก แหนม นอกจากนี้ยังมีรายงานจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรณีเด็กกินไส้กรอกไม่มีเลขสารบบอาหาร แล้วพบอาการป่วยภาวะเมทฮีโมโกลบิน (Methemoglobin) จำนวน 10 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุระหว่าง 1 - 12 ปี ในจังหวัดเพชรบุรี 3 ราย ตรัง 3 ราย เชียงใหม่ 2 ราย กาญจนบุรี 1 ราย และสระบุรี 1 ราย และจากศูนย์ทดสอบของนิตยสารฉลาดซื้อ สุ่มทดสอบปริมาณสารไนเตรตและไนไตรต์จากตัวอย่างไส้กรอกในท้องตลาด 15 ตัวอย่าง โดยมีเพียงยี่ห้อเดียว ไม่พบทั้งไนเตรตและไนไตรต์ ขณะที่อีก 14 ยี่ห้อ มีการเจือปนของสารดังกล่าว มี 3 ยี่ห้อ หรือร้อยละ 20 พบปริมาณสารดังกล่าวเกินมาตรฐาน(ศูนย์ข่าวผู้บริโภค,2565)

เนื่องจากอาหารจำพวกลูกชิ้น ไส้กรอก แหนม เป็นอาหารที่คนทั่วไปนิยมรับประทาน โดยเฉพาะเด็กๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีอาหารเหล่านี้ขายทั่วไปในโรงเรียน ตลาดนัด แม้กระทั่งร้านสะดวกซื้อ เนื่องจากมีรสชาติอร่อย หาซื้อง่าย และสะดวกในการทาน แต่จากงานวิจัยหลายชิ้นงานพบว่าในกลุ่มอาหารเหล่านี้มักมีการใส่วัตถุกันเสียไม่ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดทั้งชนิดและปริมาณที่กำหนด โดยวัตถุกันเสียที่นิยมใช้ได้แก่สารไนเตรต-ไนไตรต์ (Nitrate-Nitrite) เป็นสารเคมีที่ใช้เป็นวัตถุกันเสีย โดยป้องกันการเกิดปฏิกิริยาออกซิเดชันที่เป็นสาเหตุทำให้อาหารบูดเน่า และช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์จำพวกคลอสทริเดียมบอ툴ินัม (Clostridium botulinum) และ คลอสทริเดียมเพอร์ฟริงเจน (Clostridium perfringens) นอกจากนี้สารไนเตรต-ไนไตรต์ ยังทำให้เกิดสีในเนื้อสัตว์ โดยทำให้เกิดสีแดงอมชมพูในผลิตภัณฑ์เนื้อแปรรูป เช่น ไส้กรอก แฮม เบคอน แหนม กุนเชียง เนื้อเค็ม (ศิริกาญจน์ วิเศษสุวรรณภูมิ,2560,หน้า 53-57) ในส่วนของกรดเบนโซอิกและกรดซอร์บิก นิยมนำมาใช้ในอาหารสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ได้ซึ่งมีผลต่อผนังเซลล์และเอนไซม์ของจุลินทรีย์ผิดปกติไปในขณะเดียวกันจะยับยั้งการสร้างเอนไซม์บางชนิดและปฏิกิริยาการทำงานของเอนไซม์ที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีพของจุลินทรีย์ ทำให้เชื้อจุลินทรีย์ไม่สามารถเจริญเติบโตต่อไปได้ ส่วนการรับประทานกรดเบนโซอิกในปริมาณมากจะทำให้เกิดอาการปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน นอกจากนี้ยังทำให้

ประสิทธิภาพการทำงานของตับและไตลดลงหรืออาจพิการได้ ในผลิตภัณฑ์ลูกชิ้นทุกชนิดนั้นในเบื้องต้นข้อกำหนดชนิดและปริมาณการใช้วัตถุกันเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดดังนี้ ผลิตภัณฑ์ลูกชิ้น/หมูยอ ไม่อนุญาตให้ใช้ วัตถุกันเสียประเภท ไนเตรต ,ไนไตรต์ และกรดเบนโซอิก แต่อนุญาตให้ใช้ กรดซอร์บิก ปริมาณไม่เกิน 1,500 มก./กก. ผลิตภัณฑ์ไส้กรอก/แฮม ไม่อนุญาตให้ใช้ วัตถุกันเสียประเภทไนเตรต และกรดเบนโซอิก แต่อนุญาตให้ใช้ ไนไตรต์ปริมาณไม่เกิน 80 มก./กก. และกรดซอร์บิก ปริมาณไม่เกิน 1,500 มก./กก.(ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 381 พ.ศ. 2559,2559)

ปัญหาการใช้วัตถุกันเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปจึงเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาหาสาเหตุและหาแนวทางการแก้ปัญหา เนื่องจากเป็นงานในความรับผิดชอบและส่งผลกระทบโดยตรงกับผู้บริโภคส่วนใหญ่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้วัตถุกันเสียในสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์แปรรูปในจังหวัดเพชรบุรี

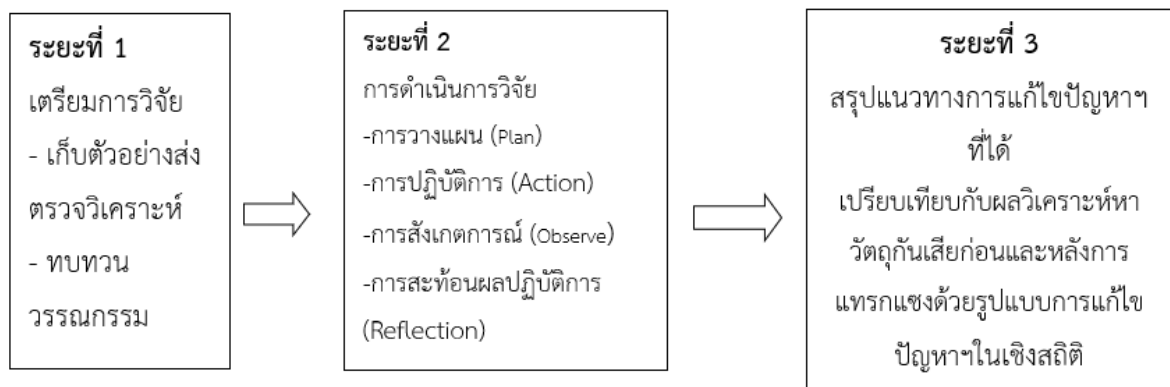
2.เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุกันเสียในอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์แปรรูปในจังหวัดเพชรบุรีแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

สมมติฐานการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุกันเสียในอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์แปรรูปในจังหวัดเพชรบุรีแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สามารถแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุกันเสียไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุกันเสียในสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ที่มีการนำเสนอมาตรการ/แนวทางการแก้ไขการใช้วัตถุกันเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป โดยประเมินผลจากการ ตรวจหาวัตถุกันเสียจากตัวอย่างผลิตภัณฑ์แปรรูปในสถานที่ผลิตที่ได้รับอนุญาตจำนวน 8 แห่งและยังไม่ได้รับอนุญาตจำนวน 4 แห่ง ก่อนและหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุกันเสียในสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์แปรรูปที่ถูกนำเสนอโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (The research and Development)) โดยใช้ กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) มาจัดการใช้กระบวนการพัฒนาแบบ PAOR จนกว่าจะได้แนวทางการแก้ปัญหาสำเร็จ ประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหการใช้วัตถุดิบเสียในสถานที่ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปจากการตรวจหาวัตถุดิบเสียจากตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป เปรียบเทียบก่อนและหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหานั้นที่ได้นำเสนอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาเกี่ยวกับประชากร คือ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปจากสถานที่ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูป ในจังหวัดเพชรบุรี

เครื่องมือในการวิจัยและเก็บข้อมูล

(1) “บันทึกการเก็บตัวอย่าง” สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นแบบบันทึกของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ใช้ในการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 (กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา,2565)

(2) บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดพื้นฐาน (แบบ ตส.2) (กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา,2565) และ กล้องถ่ายภาพ

(3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (แบบกึ่งโครงสร้าง) จะตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา จากมหาวิทยาลัยพระยา ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยและประเมินผลโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี และผู้เชี่ยวชาญด้านคุ้มครองผู้บริโภคประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

3.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับการศึกษา และประสบการณ์การผลิตเป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ผลิตหรือผู้ควบคุมการผลิตเป็นผู้ตอบคำถาม โดยมีคำถามที่ตั้งไว้ล่วงหน้าจำนวน 12 ข้อและการถามอาจปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ตามคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์

3.2 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการผลิต และ วัตถุดิบเสียที่ใช้ พร้อมข้อเสนอแนะ

(4) แนวคำถามในเวทีระดมความคิดเห็น โดยขบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และ กล้องถ่ายภาพ โดยแนวคำถามและประเด็นคำถาม ในเวทีระดมความคิดเห็น จะตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ร่วมเวทีเป็นผู้ตอบคำถาม โดยมีคำถามที่ตั้งไว้ล่วงหน้า จำนวน 6 ข้อ มีการถามเพิ่มเติมจากที่ตั้งไว้ล่วงหน้ากรณีพบประเด็นใหม่ที่น่าสนใจและเกี่ยวกับงานวิจัย โดยคำถามเน้นไปในเรื่องการแสดงความคิดเห็นและข้อเท็จจริงของผู้เข้าร่วมเวทีทุกคน

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัย เป็นขั้นตอนของการสรุปประเด็นปัญหาและสถานการณ์ปัญหา ของงานที่ได้ดำเนินการมาแล้ว ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาคือ ยังส่งผลกระทบต่อผู้บริโภค

- การทบทวนวรรณกรรม รวบรวมเอกสารทางวิชาการ ประกาศ/คำสั่งจังหวัด วารสาร รายงานการศึกษาบทความและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตลอดจนข้อมูลที่ได้จากหน่วยงานราชการ และ รายงานการประชุม

- เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปตรวจวิเคราะห์หาประเภทและปริมาณของวัตถุ กันเสีย โดยการสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปจากสถานที่ผลิตทุกแห่งในจังหวัดเพชรบุรี เลือก เก็บผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปที่มียอดขาย/ยอดการผลิตสูง 2 ลำดับ แรกของสถานที่ผลิตแต่ละแห่ง กรณี มีผลิตภัณฑ์เพียงชนิดเดียวให้เก็บตัวอย่างเพียง 1 ผลิตภัณฑ์ โดยไม่มีการแจ้งผู้ประกอบการล่วงหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริง ส่งตรวจวิเคราะห์ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 5 สมุทรสงคราม

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยการประเมินผลจากการตรวจหาวัตถุกันเสีย จาก ตัวอย่างผลิตภัณฑ์แปรรูปจากสถานที่ผลิตฯ โดยสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปจากสถานที่ผลิต ทุกแห่ง เลือกเก็บผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปที่มียอดขายสูง 2 ลำดับแรกของแต่ละแห่ง กรณีมีผลิตภัณฑ์ เพียงชนิดเดียวให้เก็บตัวอย่างเพียง 1 ผลิตภัณฑ์

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

(1) การเตรียมการ การกำหนดประเด็นปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาจาก

1.1 ตรวจสถานที่ผลิตฯ เพื่อเก็บข้อมูลการใช้วัตถุดิบ ส่วนประกอบ วัตถุดิบอาหาร ทุกชนิด สูตรการผลิต ขั้นตอนการผลิต การชั่ง การตวง ส่วนผสมและขั้นตอนของการผลิต

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเก็บข้อมูลข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ วัตถุดิบที่ใช้ ชนิดของวัตถุดิบ เสียที่ใช้ ขั้นตอนการผลิต ปริมาณการใช้ เพื่อตรวจสอบสอดคล้องกับข้อมูลการตรวจสถานที่ ค้นหาปัญหาที่ เกิดขึ้นระหว่างการผลิต ประเมินความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ข้อห้ามต่าง ๆ ในการผลิต

(2) วิเคราะห์ ประเมิน สังเคราะห์ปัญหาที่ได้จากการตรวจสถานที่ผลิตและการสัมภาษณ์ เชิงลึก แล้วจึงเลือกประเด็นปัญหามาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดเข้าสู่ กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

(3) นำปัญหาที่ได้มาปรับปรุง โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วย ผู้วิจัยผู้ประกอบการ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่จากกองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อวิเคราะห์ปัญหา นำเสนอมาตรการ/แนวทางการแก้ไขปัญหา แบบการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย เพื่อให้ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาคำถามการใช้วัตถุดิบเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป โดยใช้แนวคำถามประเด็นคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้า บันทึกข้อมูลที่ได้จากการทำกระบวนการกลุ่มลงในสมุดบันทึก เพื่อสรุปผลสัมฤทธิ์ของกระบวนการ

(4) ประยุกต์ใช้ เป็นขั้นตอนของการนำไปปฏิบัติจริง คณะทำงานนำเสนอมาตรการ/แนวทางการแก้ไขปัญหาก็ได้ ไปปฏิบัติจริงในสถานประกอบการ โดยให้สถานประกอบการแต่ละที่ประเมินผลมาตรการ/แนวทางการแก้ไขปัญหาก็ให้เหมาะสมกับตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) โดยการประชุมคณะทำงาน ร่วมประเมินผลมาตรการ/แนวทางการแก้ไขปัญหาคำถามการใช้วัตถุดิบเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป โดยการวิเคราะห์หาปัญหาค้นหาจุดแข็ง จุดด้อยและโอกาสของการพัฒนา นำไปสู่การเสนอรูปแบบการแก้ไขปัญหาก็สามารถนำมาปฏิบัติจริงและปรับเปลี่ยนแก้ไขให้ทันสถานการณ์อยู่เสมอ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลปฏิบัติการ (Reflection) เปรียบเทียบผลตรวจวิเคราะห์หาวัตถุดิบเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปก่อนและหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหาก็โดยใช้ สถิติ ร้อยละ และ exact probability test เพื่อดูประสิทธิภาพของรูปแบบการแก้ไขปัญหาก็ที่ได้นำเสนอ

เก็บตัวอย่างเนื้อสัตว์แปรรูปจากสถานที่ผลิตและชนิดเดียวกันกับที่เก็บตัวอย่างในครั้งแรก เพื่อตรวจวิเคราะห์หาวัตถุดิบเสีย โดยไม่มีการแจ้งผู้ประกอบการล่วงหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริง รวบรวมผลการตรวจวิเคราะห์หลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหาก็

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย (Evaluation) ประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาคำถามการใช้วัตถุดิบเสียในสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป จังหวัดเพชรบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การแปลผลเปรียบเทียบผลตรวจวิเคราะห์หาวัตถุดิบเสียทั้งด้านปริมาณและชนิดของวัตถุดิบเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปก่อนและหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหาก็โดยใช้ สถิติร้อยละ และ exact probability test เพื่อดูประสิทธิภาพของรูปแบบการแก้ไขปัญหาก็ที่ได้นำเสนอ

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยเก็บข้อมูลจากผู้ประกอบการผลิตเนื้อสัตว์แปรรูป ซึ่งถือเป็นการวิจัยในมนุษย์ ดังนั้นเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการ ขอ

รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบแก้ไขเพื่อให้การดำเนินการวิจัยมีความชัดเจน และผลการศึกษาวิจัยเกิดประโยชน์แก่ประชาชน เลขที่ คจม.พบ.034/2565 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ควรแสดงผลการปกป้องอาสาสมัครในการวิจัยที่ชัดเจน

การป้องกันและละเมิดสิทธิของผู้ตอบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ทราบว่า การตอบสัมภาษณ์ไม่มีผลกระทบใดๆ การตอบสัมภาษณ์ไม่ได้ระบุชื่อนามสกุล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบสัมภาษณ์ในบางข้อ ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ และคำตอบของแบบสัมภาษณ์ที่ได้จะถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติและแปลผลข้อมูลโดยไม่อ้างอิงตัวบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ และนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

กระบวนการที่เกิดขึ้นจากการวิจัย

1. การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์หาวัตถุกันเสียในตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปในสถานที่ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปทั้งหมด 12 แห่ง เป็นสถานที่ผลิตที่ได้รับอนุญาตแล้ว 8 แห่ง ยังไม่ได้รับอนุญาต 4 แห่ง แยกเป็นสถานที่ผลิตไส้กรอกจำนวน 1 แห่ง ผลิตลูกชิ้นปลา 1 แห่ง ที่เหลือเป็นสถานที่ผลิตที่ผลิตหลายชนิดได้แก่ หมูยอ/ลูกชิ้นหมู ลูกชิ้นวัว และลูกชิ้นไก่ จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8, 8 และ 84 ตามลำดับ ผลจากการสุ่มเก็บตัวอย่างจากสถานที่ผลิตทั้ง 12 แห่ง ส่งตรวจวิเคราะห์เพื่อหาวัตถุกันเสียจำนวนทั้งหมด 24 ตัวอย่าง พบตกมาตรฐาน 20 ตัวอย่าง ผ่านมาตรฐาน 4 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ 16.77 ตามลำดับ โดยพบกรดเบนโซอิกซึ่งเป็นวัตถุกันเสียที่ห้ามใช้ 18 ตัวอย่าง (ร้อยละ 75.00) พบไนเตรตซึ่งเป็นวัตถุกันเสียที่ห้ามใช้ 2 ตัวอย่าง (ร้อยละ 8.33) ไม่พบวัตถุกันเสียชนิดใดเลย 4 ตัวอย่าง (ร้อยละ 16.67)

2. การปฏิบัติการ (Action) ผลการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการและการตรวจสถานที่ผลิตทุกแห่งหลังจากนั้น นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการตรวจสถานที่ มาวิเคราะห์ ประเมิน สังเคราะห์ ปัญหา เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดเวทีระดมความคิดเห็นโดยใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ได้ผลการดำเนินการแยกเป็นประเด็นดังนี้

(1) ผลการตรวจวิเคราะห์ไส้กรอก ทั้ง 4 ตัวอย่าง พบว่าผ่านมาตรฐาน 2 ตัวอย่าง พบ ไนเตรต 2 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นวัตถุกันเสียที่กฎหมายห้ามใช้ ผลการตรวจสถานที่ผลิตไม่พบไนเตรตในสถานที่ผลิตโปแตสเซียม ไนไตรต์ ซึ่งกฎหมายกำหนดให้ใช้ได้ ผู้ประกอบการแจ้งว่าไม่มีการใช้ในแต่อย่างใดพิจารณาแล้วมีข้อสังเกตจากผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าปริมาณที่พบมีปริมาณน้อยมาก อาจเป็นไปได้ว่ามีการปนเปื้อนมาจากวัตถุดิบประเภทอื่น เช่น กระเทียม หรือเครื่องปรุงอื่น ๆ ซึ่งผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่เห็นพ้องกันว่าควรส่งตรวจวิเคราะห์อีกครั้ง

(2) ผู้ประกอบการไม่ทราบว่าวัตถุกันเสียที่ใช้ชื่อว่าอะไรและเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายหรือไม่ ถึงร้อยละ 58.33, ผู้ประกอบการทราบว่าวัตถุกันเสียชื่อว่าอะไรและวัตถุกันเสียที่ใช้ดังกล่าวไม่

เป็นไปตามกฎหมาย กำหนดร้อยละ 25 ในประเด็นดังกล่าวในเวทีสนทนา แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรก ทราบว่าวัตถุดิบเสียที่ใช้ผิดกฎหมาย แต่ก็ยังใช้ ให้เหตุผลว่าผู้จำหน่ายวัตถุดิบเสียเป็นผู้ให้ข้อมูลว่า โปแทสเซียมซอร์เบท มีคุณสมบัติในการกันเสียได้ไม่แพ้กับโซเดียม เบนโซเอท กรณีการใช้กับเนื้อสัตว์แปรรูป โดยในนี้มีอยู่ 1 รายที่ให้ข้อมูลว่าเคยมีการทดลองใช้แต่ผลิตภัณฑ์เสียเร็วกว่าการใช้โซเดียม เบนโซเอท โดยผลิตภัณฑ์จะมีลักษณะเป็นยางเหนียว และลูกชิ้นเสียสภาพมีน้ำออกจากถุง ได้ขอตกลงให้ผู้ซื้อโซเดียมเบนโซเอท หยุดการใช้ทันที ให้พิจารณาการใช้วัตถุดิบเสียชนิดอื่น โดยเริ่มทดลองใช้ในปริมาณน้อยๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้กับโซเดียม เบนโซเอท โดยวัตถุดิบเสียที่ถูกพิจารณาให้นำมาใช้แทนได้แก่ โปแทสเซียม ซอร์เบท หรือ โซเดียมอซิเตท ซึ่งจะได้ดำเนินการส่งตรวจวิเคราะห์อีกครั้ง กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่ไม่ทราบว่าวัตถุดิบเสียที่ใช้ชื่อว่าอะไร และเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายหรือไม่ ผู้ประกอบการกลุ่มนี้พร้อมทำการเปลี่ยนแปลงการใช้ชนิดของวัตถุดิบเสียตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำ แต่ก็ยังมีความกังวลว่าจะมีประสิทธิภาพเทียบเท่า โซเดียม เบนโซเอทหรือไม่ โดยทุกที่หยุดการใช้โซเดียม เบนโซเอท พิจารณาการใช้วัตถุดิบเสียชนิดอื่นทันที

(3) การเก็บรักษาผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปของผู้ผลิต ผู้จำหน่าย มีผลต่ออายุของผลิตภัณฑ์ โดยผู้ประกอบการให้ข้อมูลว่าระยะเวลาที่สินค้าประเภทลูกชิ้นจะอยู่ในท้องตลาด ไม่เกิน 5 วัน ร้อยละ 66.67, 6 – 10 วัน ร้อยละ 25 (ภายใต้อุณหภูมิ 0- 4 องศาเซลเซียส) สถานที่ผลิตมีการกำหนดวันหมดอายุจากวันผลิต 6 – 10 วัน ร้อยละ 50 และ ไม่เกิน 5 วัน ร้อยละ 25 ซึ่งผู้ประกอบการให้ความเห็นว่าภายใต้อุณหภูมิ 0- 4 องศาเซลเซียส เช่นการแช่ไว้ในถังน้ำแข็ง หรือช่องแช่แข็งของตู้เย็น ผลิตภัณฑ์สามารถมีอายุอยู่ได้ 3- 5 วันโดยไม่จำเป็นต้องใส่วัตถุดิบเสีย แต่ปัญหาที่พบคือผู้ที่รับสินค้าไปจำหน่าย เช่น ร้านขายส่ง พ่อค้าแม่ค้าตลาดนัด มักจะนำผลิตภัณฑ์ดังกล่าวไปวางจำหน่ายโดยไม่อยู่ภายใต้อุณหภูมิที่กำหนด เช่น วางโชว์ไว้บนแผงขายของ ซึ่งมีเพียงน้ำแข็งจำนวนเล็กน้อยวางไว้ด้านล่างหรือไม่มีเลย โดยเฉพาะตลาดนัดซึ่งมักจะวางไว้กลางแจ้งเป็นเวลา 4-5 ชั่วโมง ทำให้ไม่มีการเก็บรักษาภายใต้อุณหภูมิที่ผู้ผลิตกำหนด ซึ่งคณะทำงานเห็นว่าหน่วยงานภาครัฐควรมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้จำหน่ายหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นความสำคัญกับการเก็บรักษาผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป

(4) การปิดผนึกผลิตภัณฑ์เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่ออายุของผลิตภัณฑ์ การปิดผนึกโดยกรมัตตยารเป็นวิธีการที่ผู้ผลิตนิยมใช้เพราะ สะดวก ประหยัด และเป็นที่ต้องการของลูกค้ามากกว่าการบรรจุแบบสุญญากาศ ซึ่งผู้ประกอบการบางส่วนเห็นด้วยที่จะบรรจุแบบสุญญากาศ

(5) ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปที่ผลิตในสถานที่ผลิตจังหวัดเพชรบุรีมีสัดส่วนของสถานที่ผลิตที่จำหน่ายภายในจังหวัด 100 % ร้อยละ 41.66, จำหน่ายภายในจังหวัด 61-99 % ร้อยละ 25 ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่มีการผลิตและขายอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี ผู้ประกอบการที่ผลิตและส่งผลิตภัณฑ์ให้กับลูกค้าที่ใช้ลูกชิ้นเป็นรายวันจึงไม่จำเป็นต้องใส่วัตถุดิบเสีย โดยจะไม่ใส่วัตถุดิบเสียกรณีที่สินค้านั้นใช้หมดภายใน 2-3 วัน และหากจำเป็นต้องใช้วัตถุดิบเสียก็จะใช้ที่ถูกต้องตามกฎหมาย

(6) ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงฉลากของผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป

การแจ้งชนิดของวัตถุดิบเสียไว้บนฉลากผลิตภัณฑ์ ผู้ประกอบการไม่แจ้งชื่อวัตถุดิบเสีย ร้อยละ 75, มีการใส่วัตถุดิบเสียแต่แจ้งว่าไม่มีวัตถุดิบเสีย ร้อยละ 25 และไม่มีฉลาก (ยังไม่ได้รับอนุญาต) ร้อยละ 33.33,

การแสดงวันหมดอายุบนฉลากสินค้า ผู้ประกอบการไม่แสดง ร้อยละ 58.33, ไม่มีฉลาก (ยังไม่ได้รับอนุญาต) ร้อยละ 33.33, แสดง ร้อยละ 8.33

ส่วนผสมที่อาจก่อให้เกิดอาการแพ้แต่ไม่มีแจ้งเตือน ผงชูรส ร้อยละ 83.33, แป้งสาลี ร้อยละ 58.34 และซอส/ซีอิ๊ว ที่ทำจากถั่วเหลือง ร้อยละ 16.67

พบส่วนผสม/เครื่องปรุงที่ใส่โดยไม่ระบุที่ฉลาก/หรือสูตรส่วนผสม ได้แก่ ผงชูรส ร้อยละ 83.33, แป้งเหนียว ร้อยละ 66.67, แป้งสาลี ร้อยละ 58.34 ,คาราเมล ร้อยละ 25.00 , Baking Soda(ผงฟู) ร้อยละ 16.67,น้ำตาลทรายแดง ร้อยละ 16.67, สีผสมอาหาร ร้อยละ 8.33 และTitanium Dioxide ร้อยละ 8.33 จากประเด็นข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่ไม่มีการแจ้งว่ามีการเติมวัตถุดิบเสียไว้บนฉลากไม่มีการแจ้งวันหมดอายุของสินค้าไว้บนฉลาก ผู้ประกอบการบางส่วนยิ่งไปกว่าการไม่แจ้งชื่อวัตถุดิบเสียคือใส่วัตถุดิบเสียแต่แจ้งว่าไม่มีการใส่วัตถุดิบเสีย และปัญหาที่เด่นชัดคือ ในรายชื่อของผู้ที่ไม่ขออนุญาตผลิต จะไม่มีการแสดงฉลากและจะไม่แจ้งรายละเอียดใดๆให้ผู้บริโภคทราบเลย นอกจากนี้มีประเด็นของส่วนผสมที่อาจก่อให้เกิดการแพ้ตามที่กฎหมายกำหนดให้แจ้งไว้บนฉลาก แต่จะเห็นได้ว่าไม่มีสถานที่ผลิตใดเลยแสดงให้เห็นให้ผู้บริโภคได้ทราบ ประเด็นสุดท้ายคือส่วนผสม/เครื่องปรุงที่ใส่โดยไม่ระบุที่ฉลากหรือส่วนผสม นั้นมีจำนวนมาก ที่สถานที่ผลิตที่มีการใช้แต่ไม่มีการใส่ไปในสูตรส่วนผสม ซึ่งในปัญหาในเรื่องของการแสดงฉลากก็อาจสรุปได้อีกเช่นกันว่าผู้ประกอบการขาดความรู้ด้านการแสดงฉลากอาหารตามที่กฎหมายกำหนด

(7) ข้อมูลเรื่องของกระบวนการผลิต การใช้อุปกรณ์ซึ่ง ตวง วัด วัตถุดิบเสีย/วัตถุดิบอาหารอื่นๆ ที่เหมาะสมและควรจะใช้คือเครื่องดิจิตอลขนาดเล็กเพราะมีการใส่ในปริมาณน้อยมากเมื่อเทียบกับวัตถุดิบหลักจำพวกเนื้อสัตว์หรือแป้ง พบว่ามีการใช้ เครื่องซึ่งดิจิตอล ร้อยละ 33.33, เครื่องซึ่งสปริงขนาดเล็ก ร้อยละ 33.33 และ อุปกรณ์การตวงอื่นๆ (แก้ว ถ้วยกาแฟ ทับพี และช้อน) ร้อยละ 33.33 ของสถานที่ผลิต

3.การสังเกตการณ์ (Observe) โดยจัดให้มีการประชุมของ คณะทำงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลความเป็นไปได้ของ มาตรการ/แนวทางการแก้ไขการปัญหา (ที่ได้จากการทำ Focus group) และนำมาพัฒนาปรับปรุง ให้สมบูรณ์ไม่ขัดต่อกฎหมายและนำไปปฏิบัติได้จริงในสถานประกอบการ แล้วจึงให้ผู้ประกอบการนำไปปฏิบัติจริงในสถานที่ผลิตฯ โดยผู้ประกอบการผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปประเภทลูกชิ้น/หมูยอเลือกใช้ โปแทสเซียม ซอร์เบท แทน โปแทสเซียม เบนโซเอท ตามที่กฎหมายกำหนด

4. การสะท้อนผลปฏิบัติการ (Reflection) โดยเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปจากสถานที่ผลิตส่งตรวจวิเคราะห์หาวัตถุดิบเสียอีกครั้ง หลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหามาเปรียบเทียบก่อนและหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหามาว่าสามารถแก้ไขปัญหาวัตถุดิบเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปได้จริงหรือไม่ ในเชิงสถิติ จะเห็นได้ว่าหลายมาตรการ มีส่วนช่วยให้ตัวอย่างมีความปลอดภัยมากขึ้น ผลการตรวจหาวัตถุดิบเสียในตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น

จากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 91.67 ภายหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหาวัว ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.005$) โดยไม่พบการใช้วัตถุดิบเสียที่กฎหมายห้ามใช้ในทุกตัวอย่าง ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละผลการตรวจหาวัตถุดิบเสีย ก่อนและหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหาวัววัตถุดิบเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป แยกตามประเภทผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป

ประเภท ผลิตภัณฑ์ เนื้อสัตว์แปรรูป	จำนวนตัวอย่าง ที่ส่งตรวจ วิเคราะห์	ผลการตรวจวัตถุดิบเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐาน				P-value
		ก่อนการแทรกแซง		หลังการแทรกแซง		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไส้กรอก	4	2	50	4	100	0.627
ลูกชิ้นหมู	8	1	12.50	7	87.5	0.178
ลูกชิ้นเนื้อวัว	6	1	16.67	5	83.33	0.316
ลูกชิ้นไก่	4	0	0	4	100	0.208
ลูกชิ้นปลา	1	0	0	1	100	1.000
หมูยอ	1	0	0	1	100	1.000
รวม	24	4	16.67	22	91.67	0.005*

* $p<0.05$

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าผลการตรวจหาวัตถุดิบเสีย ก่อนและหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหาวัวแยกตามรายผลิตภัณฑ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเพราะว่าจำนวนตัวอย่างมีจำนวนน้อย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อดูภาพรวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 24 ตัวอย่าง พบว่าผลการตรวจหาวัตถุดิบเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 91.67 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.005$)

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละผลการตรวจหาวัตถุดิบเสีย ก่อนและหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหาวัววัตถุดิบเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป แยกตามประเภทผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปและวัตถุดิบที่ตรวจพบ

ประเภทผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละของผลการตรวจหาวัตถุดิบเสียตกเกณฑ์มาตรฐาน							
		กรดเบนโซอิก		กรดซอร์บิก		ไนเตรต		ไนไตรต์	
		ก่อนการแทรกแซง	หลังการแทรกแซง	ก่อนการแทรกแซง	หลังการแทรกแซง	ก่อนการแทรกแซง	หลังการแทรกแซง	ก่อนการแทรกแซง	หลังการแทรกแซง
ไส้กรอก	4	0	0	0	0	50	0	0	0
ลูกชิ้นหมู	8	87.5	0	0	12.5	0	0	0	0
ลูกชิ้นเนื้อวัว	6	83.33	0	0	16.67	0	0	0	0
ลูกชิ้นไก่	4	100	0	0	0	0	0	0	0
ลูกชิ้นปลา	1	100	0	0	0	0	0	0	0

หมุยอ	1	100	0	0	0	0	0	0	0
รวม	24	75	0	0	8.33	8.33	0	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่าผลการตรวจวัดถุกันเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปก่อนการแทรกแซง ด้วยรูปแบบการแก้ปัญหาถุกันเสีย พบกรดเบนโซอิกถึงร้อยละ 75 และ ไนเตรต ร้อยละ 8.33 ซึ่งเป็นวัตถุ กันเสียที่กฎหมายห้ามใช้ทั้งสองชนิดในลูกชิ้นและไส้กรอก ภายหลังการแทรกแซง ผลการตรวจวัดถุกันเสียไม่ พบทั้งกรดเบนโซอิกและไนเตรต แต่พบกรดซอร์บิกปริมาณเกินเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 8.33 โดยตามกฎหมาย กำหนดให้พบกรดซอร์บิกได้แต่จำกัดปริมาณไว้

การนำผลการวิจัยไปใช้

มาตรการการแก้ปัญหการใช้วัตถุกันเสียในผลิตภัณฑ์แปรรูปจากเนื้อสัตว์ที่คณะทำงานฯ เสนอให้นำไปใช้

แนวทางดำเนินการสำหรับผู้ประกอบการผลิตเนื้อสัตว์แปรรูป (ระยะเร่งด่วน)

(1) ให้ผู้ประกอบการเลือกใช้วัตถุกันเสียให้ถูกต้องตามกฎหมายทั้งชนิดและปริมาณ

1.1 แจ้งเป็นหนังสือเวียน/จัดประชุม ให้ผู้ประกอบการผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปทั้งที่ขออนุญาต ถูกต้องแล้วหรือยังไม่ได้รับอนุญาตอนุญาตให้ทราบข้อกำหนดของกฎหมาย พร้อมบทกำหนดโทษ ให้ความรู้ เกี่ยวกับวัตถุกันเสียที่ใช้ในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป

คำแนะนำเพิ่มเติมให้สถานที่ผลิตแต่ละแห่งแบ่งประเภทสินค้าสินค้า/ลูกค้าให้ชัดเจนโดยแบ่ง ดังนี้

- สินค้าที่ผลิตโดยไม่จำเป็นต้องใส่วัตถุกันเสีย ได้แก่สินค้าที่ขายได้หมดก่อนที่สินค้านั้นจะ เสื่อมสภาพ/ก่อนจะหมดอายุ ได้แก่สินค้าที่ขายให้แก่ลูกค้าเป็นรายวัน สั่งซื้อทุกวัน หรือสินค้าที่ลูกค้าซื้อทุกวัน เนื่องจากขายหมดทุกวัน

- สินค้าที่ผลิตขึ้นมาแล้วขายเอง เก็บรักษาเอง ไม่จำเป็นต้องใส่วัตถุกันเสีย

- สินค้าที่ใช้การเก็บรักษาโดยการแช่แข็ง ไม่ต้องใส่วัตถุกันเสีย

- สินค้าที่ผู้ผลิตจำเป็นต้องใส่วัตถุกันเสีย ให้ใช้วัตถุกันเสียที่ไม่ฝ่าฝืนกฎหมาย โดยคำนึงถึง ปริมาณของวัตถุกันเสียที่ใช้ด้วย

1.2 แจ้งผู้ประกอบการผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปที่ใช้วัตถุกันเสียไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ให้เลือก วัตถุกันเสียได้ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดและเหมาะสมกับชนิดของเนื้อสัตว์แปรรูป

1.3 กำหนดให้สถานที่ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปใช้เครื่องตรวจวัดให้เหมาะสมกับปริมาณวัตถุดิบที่ใช้ เช่น เครื่องชั่งดิจิตอลสำหรับชั่งวัตถุกันเสีย

(2) ให้สถานที่ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปที่ยังไม่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการขออนุญาตผลิตให้ถูกต้อง ตามกฎหมาย

(3) การดำเนินการในเรื่องฉลากวัตถุกันเสีย กำหนดให้สถานที่ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปที่ได้รับอนุญาตแล้วให้แสดงฉลากให้ถูกต้องตามกฎหมาย แสดงข้อมูลสำหรับผู้แพ้อาหาร แสดงส่วนประกอบทุกชนิดที่มีการใช้ในการผลิต (เพิ่มเป็นนโยบายเร่งด่วนในการทำงานของกลุ่มงานคุ้มครองฯ)

(4) ผู้ประกอบการต้องมีผลตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตเก็บไว้ให้เจ้าหน้าที่ตรวจทุกปี

(5) ต้องไม่มีการตรวจพบวัตถุกันเสียผิดกฎหมายที่ไม่ใช้ในการผลิตในสถานที่ผลิต

(6) กำหนดให้สถานที่ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปใช้เครื่องตรวจวัดให้เหมาะสมกับปริมาณวัตถุดิบที่ใช้ เช่น เครื่องชั่งดิจิตอลสำหรับชั่งวัตถุดิบเสีย

(7) สถานที่ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปต้องขออนุญาตให้ถูกต้องตามกฎหมาย (รอตตรวจอนุญาตเพิ่ม 2 ราย)

แนวทางดำเนินการสำหรับเจ้าหน้าที่ (เพื่อความยั่งยืน)

(1) ดำเนินการตามกฎหมายกำหนดกับผู้ประกอบการที่ฝ่าฝืนกฎหมายโดยการบังคับใช้กฎหมายในเรื่อง

(2) กำหนดให้มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ในพื้นที่รับผิดชอบของทุกอำเภอ โดยเป็นตัวชี้วัดใน รพ.สต.ติดตามและการนิเทศงานในพื้นที่

2.1 สำรวจและตรวจสอบสถานที่ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปทุกแห่งในแต่ละอำเภอ โดยการจัดทำทำเนียบผู้ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปในแต่ละอำเภอ พร้อมทั้งผลักดันให้ผู้ผลิตที่ยังไม่ได้ขออนุญาตดำเนินการขออนุญาตให้ถูกต้องตามกฎหมาย

2.2 เจ้าหน้าที่ทุกอำเภอตรวจสอบสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป โดยให้มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปที่มีการขออนุญาตถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้น (ตลาดนัดสีขาว) กรณีพบผลิตภัณฑ์ไม่ถูกต้องที่มีสถานที่ผลิตในจังหวัดเพชรบุรี ให้ผลักดันให้ผู้ผลิตที่ยังไม่ได้ขออนุญาตดำเนินการขออนุญาตให้ถูกต้องตามกฎหมายตาม 2.1 กรณีพบผลิตภัณฑ์ไม่ถูกต้อง มีสถานที่ผลิตไม่อยู่ในจังหวัดเพชรบุรี ให้แจ้งข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เพื่อส่งข้อมูลให้จังหวัดผู้ผลิตต่อไป

(3) เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปที่จำหน่ายในเขตโรงเรียนในทุกอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี

3.1 สำรวจผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปที่จำหน่ายบริเวณโรงเรียนในประเด็นของ ชื่อผลิตภัณฑ์ เลขสารบบอาหาร สถานที่ผลิต ที่กลุ่มผู้ค่านำมาจำหน่ายให้กับนักเรียนบริเวณโรงเรียน

3.2 สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปที่จำหน่ายบริเวณโรงเรียนเพื่อตรวจหาวัตถุกันเสียโดยชุดทดสอบเบื้องต้น

(4) งานเครือข่ายรณรงค์/ให้ความรู้เจ้าของตลาดสด เจ้าของตลาดนัด ทำความเข้าใจกับแม่ค้า เพื่อให้เข้าใจในเรื่องการเก็บรักษาผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปต้องมีการควบคุมอุณหภูมิให้ได้ตามที่ผู้ผลิตแนะนำ

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การใช้วัตถุดิบเสียในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปในจังหวัดเพชรบุรี พบปัญหาการใช้วัตถุดิบเสียในสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย โดยพบว่า สถานที่ผลิตไส้กรอกมีการตรวจพบไคเตรตซึ่งเป็นวัตถุดิบเสียที่ห้ามใช้ในตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่สุ่มตรวจ ในสถานที่ผลิตลูกชิ้นเนื้อวัว ลูกชิ้นหมู ลูกชิ้นปลาและหมูยอมีการตรวจพบกรดเบนโซอิก ซึ่งเป็นวัตถุดิบเสียที่ห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ซึ่งผลิตภัณฑ์ที่ตรวจพบวัตถุดิบเสียไม่เป็นไปตามข้อกำหนดกฎหมายคิดเป็นร้อยละ 83.33 ของผลิตภัณฑ์ที่สุ่มตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องจากงานวิจัยหลายฉบับที่เคยศึกษากันมาก่อนหน้านี้(บุญสงค์ ลิ้มสุพรรณนธ์, 2561, หน้า 58-66) การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุดิบเสียในสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปที่ดำเนินการในครั้งนี้ มีการใช้กระบวนการวิจัย PAOR มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหา ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการตรวจสอบสถานที่และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบการ ผลการวิจัยบอกถึงการขาดความรู้ทางด้านกฎหมายและองค์ความรู้ทางวิชาการในการผลิตอาหารประเภทเนื้อสัตว์แปรรูปของผู้ประกอบการ นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่มากกว่าที่คาดไว้เช่นการแสดงฉลากที่ไม่ถูกต้อง ขบวนการการชั่งตวงวัตถุดิบเสียที่ไม่ได้มาตรฐาน การวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวนำมาซึ่งขบวนการระดมความคิดโดยการสนทนากลุ่ม มีการนำเสนอเสนอแนวทางการการแก้ไขปัญหา การทดลองนำไปใช้ การปรับปรุงแนวทางโดยคณะทำงาน จนในที่สุดมีการเสนอมาตรการการแก้ไขปัญหาการใช้วัตถุดิบเสียในผลิตภัณฑ์แปรรูปจากเนื้อสัตว์ที่คณะทำงานฯเสนอให้นำไปใช้แบ่งเป็น แนวทางดำเนินการสำหรับผู้ประกอบการผลิตเนื้อสัตว์แปรรูป (ระยะเร่งด่วน) เพื่อแก้ปัญหาเร่งด่วนให้มีการใช้วัตถุดิบเสียในเนื้อสัตว์แปรรูปให้ถูกต้องตามกฎหมายกำหนด และ แนวทางดำเนินการสำหรับเจ้าหน้าที่ (เพื่อความยั่งยืน) เพื่อการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนต่อเนื่อง หลังจากนำแนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าวไปใช้แล้ว จึงมีการสุ่มตรวจวิเคราะห์หาวัตถุดิบเสียในตัวอย่างเนื้อสัตว์แปรรูปอีกครั้ง ผลการตรวจหาวัตถุดิบเสียในตัวอย่างผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 91.67 ภายหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหา ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.005$) แสดงว่าแนวทางการแก้ปัญหาก็ถูกนำเสนอสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ในเบื้องต้น

จุดเด่นของงานวิจัยในครั้งนี้คือจำนวนสถานที่ผลิตที่ยังมีจำนวนไม่มาก ทำให้สามารถเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ได้ทั่วถึงและครอบคลุมทุกแห่ง รวมถึงสามารถตรวจสอบสถานที่ผลิตและสัมภาษณ์เชิงลึกได้ครอบคลุมทุกแห่ง ทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถบ่งบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างตรงประเด็น สามารถนำมาซึ่งแนวทางการแก้ปัญหาที่ดำเนินการได้จริงและครอบคลุมทุกประเด็น ข้อจำกัดของงานวิจัยคือจำนวนตัวอย่างแต่ละชนิดมีจำนวนไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการแทรกแซงด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหายังไม่พบเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงการตรวจวิเคราะห์มีค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากไม่มีชุดทดสอบเบื้องต้น (test kits)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตรการให้ความรู้ผู้ประกอบการอาหารว่า สามารถลดปัญหาการขาดความรู้ และสามารถลดการกระทำผิดกฎหมายในการประกอบการด้านอาหารได้หรือไม่ เช่น

หลักสูตรผู้ควบคุมการผลิตน้ำแข็งบริโภคและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท, ผู้ควบคุมการผลิตอาหารกระป๋องชนิดกรดต่ำ (LACF) หรือผู้ผลิตนมโค โดยจะมีการกำหนดให้สถานที่ผลิตอาหารเหล่านี้ต้องมีผู้ควบคุมการผลิต ที่ผ่านการอบรมและสอบวัดความรู้ตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด ซึ่งจะทำให้ผู้ประกอบการมีความรู้ความเข้าใจการผลิตอาหารกลุ่มนั้น ๆ มีความรู้ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เข้าใจและรับผิดชอบต่อผู้บริโภคมากขึ้น ซึ่งถ้าหลักสูตรเหล่านั้นได้ประโยชน์และแก้ปัญหาการกระทำผิดกฎหมายได้ ก็ควรทำพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ประกอบการผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปต่อไป

ปัญหาที่ได้จากการทำวิจัย

(1) ผู้ผลิต บางส่วนเจตนากระทำผิดกฎหมาย ผู้ผลิตขาดจิตสำนึกในการผลิตสินค้าที่ดี มีมาตรฐาน ส่วนมากขาดความรู้ความ เข้าใจในข้อกฎหมาย และความรู้ทางวิชาการในอาชีพของตนเอง เพื่อให้มีการผลิตสินค้าที่มีคุณภาพมาตรฐาน

(2) ในสถานที่ผลิตเนื้อสัตว์แปรรูป ที่ยังไม่มี การขออนุญาตให้ถูกต้องตามกฎหมาย เป็นอีกหนึ่งปัญหาของการใช้วัตถุดิบเสียไม่ถูกต้องตามกฎหมายกำหนด เพราะจะเป็นสถานที่ที่จะไม่ได้รับการตรวจสอบทั้งด้านขบวนการผลิต วัตถุดิบประกอบ รวมไปถึงฉลากของสินค้า ซึ่งจะพบว่าในหลายจังหวัด จะพบการขายผลิตเนื้อสัตว์แปรรูปที่ไม่ระบุแหล่งผลิต/ผู้ผลิต ซึ่งมีอยู่มากในตลาดนัดหรือร้านค้าออนไลน์ โดยเฉพาะในเด็กที่กินไส้กรอกแล้วเกิด Methemoglobinemia ในหลายจังหวัดตามข่าว

References

- กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.(2565).ดาวโหลดแบบฟอร์ม.สืบค้นเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2565 จาก <http://www.fda.moph.go.th/sites/food/SitePages/Download.aspx>.
- กิตติมา โสณะมิตร และเอกสิทธิ์ เดชานุวัตติ. (2564). การประเมินการได้รับสัมผัสไนไตรต์และไนเตรตจากการบริโภคผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 63(1), 160-172.
- ชนาธิป ไชยเหล็ก.(2565). ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี. สืบค้นเมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน 2565 จาก <https://www.thestandard.co/rama-warned-methemoglobin-after-child-ate-sausage/>.
- จิตรัตน์ หวังรัตนภักดิ์ .(2562). การศึกษาปริมาณกรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก ไนเตรต ไนไตรต์ ในอาหารกล่องพร้อมรับประทานชนิดแช่แข็งที่จำหน่ายในร้านสะดวกซื้อ. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 9-19.
- ตรีชฎา อุทัยดา. (2563).การพัฒนาลูกชิ้นหมูและศึกษาอายุการเก็บรักษาด้วยการเปรียบเทียบชนิดของบรรจุภัณฑ์.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 22(1), 45-50.
- นพณัฐ ทวีกุล. (2564).การศึกษาปัญหาไม่เหมาะสมในร้านชำอำเภอท่ายางจังหวัดเพชรบุรี.เข้าถึงได้จาก http://pbio.moph.go.th/oldweb/?page_id=15532.

- บุญสงค์ ลีสุรพลานนท์.(2561).การศึกษาสถานการณ์การใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ จังหวัดนครราชสีมา 2560. *วารสารอาหารและยา*, 58-66.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 381) พ.ศ. 2559. เรื่องวัตถุเจือปนอาหาร (ฉบับที่ 4).(2559). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 133 ตอนพิเศษ 298 ง, 3-4.
- พัชรภรณ์ เกียรตินิติ,ประวัติ.ชรินทร์.(2564).การประเมินความเสี่ยงของการสัมผัสกรดเบนโซอิกและกรดซอร์บิกจากการบริโภคหมูยอในเขตสุขภาพที่ 10 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๐ อุบลราชธานี. *วารสารอาหารและยา* . 28(3), 39-41.
- พรณพิสุทธิ์ สันติภราดร.(2565). ภาควิชาเภสัชเคมี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2565 จาก <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/326>
- สัณห์รัฐ ชูแสง, เบญจมาศ วงศ์สาลิล, ศิริลักษณ์ มีสุวรรณ, ดลฤทัย ศรีทะ, ธนฤต จันทรงค์ และ กนกวรรณ สิงห์อาษา.(2564).ไนเตรตในผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูปในตลาดนัดในเขตเทศบาล ตำบลบางพระอำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี.*วารสารอาหารและยา*.28(2). 59-63.
- สุชาติ ถนอมวรภรณ์.(2562).การศึกษาการใช้วัตถุกันเสียและสีสังเคราะห์ในแผ่นแป้งโรตีสายไหม จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารอาหารและยา*,76-92.
- ศิริกาญจน์ วิเศษสุวรรณภูมิ. (2560). *ปฏิบัติการการจัด สารในไตรต*. Foodie's Corner. ศูนย์เทคโนโลยีโลหะ และวัสดุแห่งชาติ (MTEC), 53-57.
- ศูนย์ข่าวผู้บริโภค.(2565).*นิตยสารฉลาดซื้อ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค 2565*. สืบค้นเมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน 2565 จาก <https://www.consumerthai.org/consumers-news/ffc-news/597>.
- อริสรา เรืองคำ และพัชรินทร์ วัฒนสิน.(2563).การประเมินความเสี่ยง กรดเบนโซอิก กรดซอร์บิก ไนเตรต และไนไตรต์ สีสันทรีย์สังเคราะห์ เชื้อจุลินทรีย์ชนิด Staphylococcus aureus และ Salmonella spp. ในเนื้อสัตว์แปรรูปประเภทเนื้อหมักในเขตพื้นที่ จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 29(5), 831-838.

รายงานผลการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล
 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี
 Nursing Emergency Response Center Performance Report
 at Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi Province

ณัตยา ขนุนทอง

Nattaya Khanunthong

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi Province

(Received: February 15, 2023; Revised: March 17, 2023; Accepted: March 17, 2023)

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคที่อุบัติใหม่และมีการแพร่ระบาดไปในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่มีการแพร่ระบาดมาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต สร้างความเสียหายด้านเศรษฐกิจของประชาชนและประเทศ กระทรวงสาธารณสุข นำแนวคิดระบบบัญชาการเหตุการณ์มาใช้ในการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินนี้

บทบาทของพยาบาลภายใต้กรอบแนวคิด “ระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ที่เน้นการมีหัวหน้าโดยตรงเพียงคนเดียว” ทำให้เกิดการก่อตั้ง “ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล” โดยทำหน้าที่สนับสนุนผู้บัญชาการเหตุการณ์ทุกด้านอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัย กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี จึงได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลขึ้น เพื่อ 1. เป็นศูนย์รวมด้านการบริหารจัดการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การสั่งการ (Command) การควบคุมระบบบริการพยาบาล (Control) ประสานความร่วมมือ (Coordination) และการสื่อสาร (Communication) 2. กำหนดตำแหน่งและบทบาทหน้าที่บุคลากรพยาบาล ให้ชัดเจนและเหมาะสมกับภาระงาน และ 3. จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ครอบคลุมทั้ง 3 S ได้แก่ Staffs, Stuffs และ Systems

ผลการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล พบว่า 1. มีสถานที่ตั้งและบริหารจัดการได้ 2. แต่งตั้งและกำหนดบทบาท หน้าที่ของผู้บัญชาการและผู้รับผิดชอบด้านต่างๆ ได้ 3. มีแนวทางปฏิบัติงานที่เหมาะสมและครอบคลุมการระบาดของโรคโควิด 19 ได้ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเกิดการระบาด ระยะขณะเกิดการระบาดและระยะหลังเกิดการระบาด นอกจากนี้ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ฉุกเฉินหรือภัยพิบัติอื่นได้

คำสำคัญ: ผลการดำเนินงาน, ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล, กลุ่มการพยาบาล

Abstract

The situation of the pandemic of the 2019 coronavirus disease, which is a new virus that has emerged and spread to many countries around the world, including Thailand, had outbreak since January 2020, the Ministry of Public Health has announced the 2019 coronavirus disease (COVID-19) as a dangerous communicable disease under the communicable diseases Act as a public health emergency that poses a threat to life and causes damage to the economy of the people and the country. Thailand Ministry of Public Health has adopted the concept of an incident command system to respond to such emergencies.

The role of nurses under the conceptual framework of the "Public Health Emergency Incident Command System," which emphasizes having only one direct leader, resulting in the establishment of the "Nursing Emergency Response Operations Center" by supporting the Incident Commander of all events with quality and efficiency.

To be sure patients and operators are safe. Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi province, is a nursing department of such importance. Therefore, the Nursing Emergency Response Center was established to: This includes the command "command." Controlling the nursing service system (control) coordinating cooperation (coordination) and communication (communication) 2. Identify the positions, roles, and responsibilities of nursing personnel in the nursing emergency response center. To be clear and suitable for the workload and 3. Develop operational guidelines for a variety of situations to cover all 3 S's: staff, stuff, and system.

According to the results of the establishment of the nursing emergency response center, it was found that: 1. It has a location and can be managed under changing circumstances. 2. There is an appointment and a role assignment that define the duties of the commander and the roles responsible for various responsibilities. 3. Appropriate operational guidelines have been established and can cover all three phases of the COVID-19 outbreak: the pre-outbreak period, the outbreak period, and the disease It can also be applied to emergency situations or other disasters that may occur.

Keywords: performance, nursing emergency response operations center, nursing department

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นไวรัสที่อุบัติใหม่ และมีการแพร่ระบาดไปในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 ลุกลามไปทั่วโลกและเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 ราย เสียชีวิต 126,761 ราย โดยประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ติดเชื้อสูงสุด 609,516 ราย เสียชีวิตสูงสุด 26,057 ราย (Dong, Du, & Gardner, 2020)

ประเทศไทยพบการแพร่ระบาดครั้งแรก ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ส่วนการระบาดรอบที่สอง ในประเทศไทยนั้น เริ่มในช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ติดเชื้อโดยไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศ ซึ่งคาดว่าเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวเมียนมาในตลาดกึ่งจังหวัดสมุทรสาคร (สุรัชไชยธรรมศิริชัย, 2563) โดยการระบาดรอบที่สอง นี้มีความต่างจากการระบาดระลอกแรกในหลายด้าน เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากกว่า มีการกระจายไปหลายจังหวัด การระบาดในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน เนื่องจากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการใช้เทคโนโลยี มีผลกระทบต่อตัวบุคคล เช่น ตกงาน หรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) (บัญชา เกิดมณี, สุรัชไชยธรรมศิริชัย, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ทิฆัมพรย์, 2563) และการระบาดระลอกที่สามเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 ในกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันยังคงมีการระบาดไปทั่วทุกจังหวัด ช่องทางหลักในการติดต่อของโรค คือจากคนสู่คน ผ่านทางละอองเสมหะ เมื่อได้รับเชื้อร้อยละ 80 จะมีอาการคล้ายไข้หวัดหรือไข้หวัดใหญ่ ระลอกที่สามมีความแตกต่างจากในระลอกแรกทั้งด้านความรวดเร็วของการระบาดและความรุนแรง โดยมีรูปแบบเป็นการติดเชื้อภายในครัวเรือนหรือผู้สัมผัสใกล้ชิด ส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (วลัยพร รัตนเศรษฐ และสมศักดิ์ วาณิชยาภรณ์, 2564)

กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency) ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต สร้างความเสียหายด้านเศรษฐกิจของประชาชนและประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดระบบบัญชาการเหตุการณ์มาใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินดังกล่าว ดังนั้นการจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบทบาทของพยาบาลภายใต้กรอบแนวคิด “ระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ที่เน้นการมีหัวหน้าโดยตรงเพียงคนเดียว” จึงทำให้เกิดการก่อตั้ง “ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล” โดยทำหน้าที่สนับสนุนผู้บัญชาการเหตุการณ์ ในการกำหนดนโยบาย บริหารจัดการทรัพยากรทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ และประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรพยาบาลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพในการจัดระบบบริการพยาบาลให้เป็นไปได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัย (กรมควบคุมโรค, ม.ป.ป.)

จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) สามารถสรุปการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโควิด 19 ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี แบ่งตามระลอก ได้ดังนี้

ระลอกแรกและระลอกที่สอง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2563 – มีนาคม พ.ศ.2564 สายพันธุ์อื่น ไม่มีผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ระลอกที่สาม ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ.2564 - ธันวาคม พ.ศ.2564 สายพันธุ์อัลฟา/เดลต้า มีผู้ป่วยเข้ารับบริการทั้งหมด 5,855 ราย เสียชีวิต 192 ราย ร้อยละ 3.27 เป็นเพศชาย 95 ราย ร้อยละ 49.49 เพศหญิง 97 ราย ร้อยละ 50.51 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด แบ่งตามอายุได้ดังนี้ อายุ 21-30 ปี 5 ราย 31-40 ปี 7 ราย 41-50 ปี 18 ราย 51-60 ปี 29 ราย 61-70 ปี 48 ราย 71-80 ปี 53 ราย และ 81ปีขึ้นไป 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.60, 3.64, 9.37, 15.10, 25.00, 27.60 และ 16.66 ตามลำดับ ไม่มีผู้เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นผู้เสียชีวิตที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม 3 ราย ร้อยละ 1.56 (Sinovac/AstraZeneca) ไม่ฉีดวัคซีน 189 ราย ร้อยละ 98.44 เป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อ 12 ราย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงเช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคหัวใจและมีภาวะน้ำหนักเกิน 183 ราย ร้อยละ 95.31

ระลอกที่สี่ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2565 - ปัจจุบัน สายพันธุ์โอมิครอน มีผู้ป่วยเข้ารับบริการทั้งหมด 8,024 ราย เสียชีวิต 123 ราย ร้อยละ 1.53 เป็นเพศชาย 70 ราย ร้อยละ 56.91 เพศหญิง 53 ราย ร้อยละ 43.09 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด แบ่งตามอายุได้ดังนี้ อายุ 21-30 ปี 5 ราย 31-40 ปี 4 ราย 41-50 ปี 9 ราย 51-60 ปี 15 ราย 61-70 ปี 19 ราย 71-80 ปี 28 ราย และ 81ปีขึ้นไป 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.06, 3.25, 7.31, 12.19, 15.44, 22.76 และ 34.95 ตามลำดับ ไม่มีผู้เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นผู้เสียชีวิตที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม 15 ราย ร้อยละ 12.19 (AstraZeneca/Moderna/Pfizer) ได้รับวัคซีน 3 เข็ม 3 ราย ร้อยละ 2.43 ไม่ฉีดวัคซีน 105 ราย ร้อยละ 85.36 เป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อ 9 ราย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงเช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคหัวใจและมีภาวะน้ำหนักเกิน 115 ราย ร้อยละ 93.45

เนื้อเรื่อง

ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

การจัดการสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบทบาทของพยาบาล ภายใต้กรอบแนวคิด “ระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ที่เน้นการมีหัวหน้าโดยตรงเพียงคนเดียว” โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี จึงได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลขึ้น เพื่อให้การบริหารจัดการทางพยาบาลที่สะดวก และทันที่ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างตลอดเวลา รวมทั้งให้ความช่วยเหลือทางพยาบาลภายในและภายนอกองค์กร โดยทำหน้าที่สนับสนุนผู้บัญชาการเหตุการณ์ ในการกำหนดนโยบาย บริหารจัดการทรัพยากรทางพยาบาลอย่างเป็นระบบ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ และประสานความร่วมมือระหว่าง

องค์กรพยาบาลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพในการจัดระบบบริการพยาบาลให้เป็นไปได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล

1. สั่งการ (Command) เพื่อดำเนินงานตามข้อสั่งการ หรือนโยบายของผู้บังคับบัญชา
2. ควบคุมระบบบริการพยาบาล (Control) ป้องกัน กำกับติดตาม และประเมินผล โดยจัดการอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาล ทรัพยากรและวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และออกแบบระบบบริการพยาบาล เพื่อจัดการกับภาวะฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
3. ประสานความร่วมมือ (Coordination) กับบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินให้กลับคืนสู่ภาวะปกติภายในระยะเวลาที่สั้นที่สุด เกิดความปลอดภัยต่อทั้งผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและญาติ ผู้มีความเสี่ยง ประชาชนและชุมชน
4. สื่อสาร (Communication) นโยบาย กลยุทธ์ ระบบงานการพยาบาลให้แก่พยาบาล รวมทั้งสื่อสารสาธารณะกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ที่มีความเสี่ยง ประชาชน ชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องกับภาวะฉุกเฉิน สามารถในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกัน ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของโรคอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

แนวปฏิบัติของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เป็นศูนย์รวมด้านการบริหารจัดการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การสั่งการ (Command) การควบคุมระบบบริการพยาบาล (Control) ประสานความร่วมมือ (Coordination) และการสื่อสาร (Communication) 2) กำหนดตำแหน่ง และบทบาทหน้าที่บุคลากรพยาบาลของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลให้ชัดเจน และเหมาะสมกับภาระงาน และ 3) จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ครอบคลุมทั้ง 3 S ได้แก่ Staffs, Stuffs และ Systems โดยศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล มีการดำเนินการมาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงปัจจุบัน

ผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 : เป็นศูนย์รวมด้านการบริหารจัดการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉิน

1. ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการที่สำนักงานกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ชั้น 5 อาคารสนับสนุนบริการ เลขที่ 950 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ถนนพระพันวษา ตำบลท่าพี่เลี้ยง อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี เบอร์โทรศัพท์ 035-514999 ต่อ 4600 ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาล เป็นผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เฉพาะสาขา ทำหน้าที่ประสานกลุ่มภารกิจต่าง ๆ ของศูนย์ ได้แก่

1.1 การสั่งการ (Command) เพื่อดำเนินงานตามข้อสั่งการ หรือนโยบายของผู้บังคับบัญชา เหตุการณ์

1.2 การควบคุมระบบบริการพยาบาล (Control) เพื่อป้องกัน กำกับติดตาม และประเมินผล โดยจัดการอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาล ทรัพยากร และวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และออกแบบ ระบบบริการพยาบาล เพื่อจัดการกับภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ปกป้องชีวิต และ ลดผลกระทบจากความรุนแรงของภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น

1.3 ประสานความร่วมมือ (Coordination) กับบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว สามารถ จัดการภาวะฉุกเฉินให้กลับคืนสู่ภาวะปกติภายในระยะเวลาที่สั้นที่สุด เกิดความปลอดภัยต่อทั้งผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและญาติ ผู้มีความเสี่ยง ประชาชน และชุมชน

1.4 การสื่อสาร (Communication) นโยบาย กลยุทธ์ ระบบงานการพยาบาลให้แก่พยาบาล รวมทั้งสื่อสารสาธารณะกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ที่มีความเสี่ยง ประชาชน ชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง กับภาวะฉุกเฉิน มีความสามารถในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกัน ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของโรคอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง

2. การบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล ใช้หลัก 2P3R (Preparedness Prevention & Mitigation Response and Recovery) โดยแบ่งการบริหารจัดการ ออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และระยะหลังเกิดเหตุ

2.1 ระยะก่อนเกิดเหตุ เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของทีมงานในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การเตรียมทีมบุคลากรด้านการพยาบาล โดยการประชุมทีม และเชิญอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการด้านภัยพิบัติและด้านการควบคุมการติดเชื้อมาให้ความรู้ รวมทั้งการซักซ้อมการสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันรายบุคคล PPE (Personal Protective Equipment) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ประกอบด้วยเสื้อคลุมแขนยาวรัดข้อมือ หน้ากากอนามัย (Surgical mask) หรือหน้ากากกรองอนุภาค เช่น N95 ,N100 ขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย หรือหัตถการ/ กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย แวนตาหรือกระจังกันใบหน้า ถุงมือ การเตรียมสถานที่คัดกรอง ผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทีมกลุ่มการพยาบาลร่วมกับทีมบริหารของโรงพยาบาลได้สำรวจพื้นที่ ในการคัดกรองผู้ที่สงสัยว่าจะได้รับเชื้อโควิด 19 โดยระยะแรกเริ่มที่หอผู้ป่วยบรรเทาเจ็บไข้ ศิลปอาชา.2 (บจศ.2) ชั้นล่าง เมื่อมีผู้รับบริการมากขึ้น จึงได้มีการจัดตั้งคลินิก ARI (Acute Respiratory Infection) บริเวณด้านหน้าของโรงพยาบาล ปรับโครงสร้างหอผู้ป่วยติดเชื้อ บจศ.2 เป็นที่รับผู้ป่วยโควิด 19 การตรวจรักษาพยาบาลที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีการกำหนดทางเดินเข้า - ออก ของโรงพยาบาล มีจุดคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าอาคาร ปรับโครงสร้างบริเวณเคาท์เตอร์ให้บริการผู้ป่วยจากไม่มีอุปกรณ์ ป้องกันเป็นเคาท์เตอร์ที่มีผนังใสป้องกันละอองฝอย งานการพยาบาลผู้ป่วยได้มีการปรับหอผู้ป่วยพิเศษ 5/4 เป็นหอผู้ป่วยโควิด 19 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการปรับโครงสร้างให้มีห้อง AIIR (Airborne

Infection Isolation Room) เตรียมจัดหาสถานที่ในการเปิดโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด 19 ในกรณีที่มีอาการไม่รุนแรง การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ การจัดระบบรับ-ส่งผู้ป่วย อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ยาและเวชภัณฑ์ การกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การจัดเตรียมคู่มือ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จัดทำแผนเผชิญเหตุ โดยการซ้อมรับผู้ป่วยและซ้อม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายใต้ชื่อ “ฉลามเขื่อน” แผนบริหารอัตรากำลังและอัตรากำลังสำรองผู้ปฏิบัติงาน มีการบริหารอัตรากำลังร่วมกันโดยการใช้ระบบ Pool Nurse แผนประสานงาน แผนบริหาร ความต่อเนื่องขององค์กร (Business Continuity Plan) แผนงบประมาณด้านการเบิกจ่ายค่าตอบแทน รวมถึงการวางแผนนิเทศ กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ประสานงานและวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย ในกรณีที่เกิดการระบาดมากในพื้นที่

2.2 ขณะเกิดเหตุ เป็นการตอบโต้สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ประกอบด้วย การเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล (Nursing Emergency Operation Center : EOC) การดำเนินการตามแผนเผชิญเหตุ มีการประชุมสื่อสารกับคณะทำงาน EOC มีการปรับเปลี่ยน อย่างต่อเนื่องเพื่อตอบปัญหาในสถานการณ์แต่ละวัน การบริหารอัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติตามแผน บริหารอัตรากำลัง การจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ร่วมกับทีมสหสาขาในการปฏิบัติ ตามนโยบายของโรงพยาบาล ได้แก่ ลดการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป การจัดตั้งจุดคัดกรองผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง Patient Under Investigation: PUI เปิด ARI Clinic งดผ่าตัดในราย Elective ลดจำนวน ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักและปรับเปลี่ยนหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 1 เป็นหอผู้ป่วยวิกฤตโควิด 19 รองรับ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ๆ การจัดหอผู้ป่วยเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 19 การบริหารจัดการเตียงเพื่อรับผู้ป่วยตามสถานการณ์ การเฝ้าระวัง คัดกรอง การเปิดโรงพยาบาล สนามตามแผนที่ จัดเตรียมไว้ (ศูนย์ ห่วงใยคนสุพรรณ แห่งที่ 2 โรงพยาบาลสนาม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตสุพรรณบุรี) เปิด Community Isolation: CI ที่สนามกีฬาแห่งที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เปิด CI กีฬาเบด ที่ตำบลสนามชัย อำเภอเมืองสุพรรณบุรีและ CI วัดศรีบัวบานอำเภอเมืองสุพรรณบุรี (ตรวจคัดกรอง รับยา แบบ One stop service) ติดตามอาการของ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกคนเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง การนิเทศ กำกับติดตาม การสนับสนุน ช่วยเหลือให้กำลังใจ การจัดการเบิกจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน ตามระเบียบที่กระทรวงการคลัง กำหนด

2.3 ระยะหลังเกิดเหตุ เป็นการฟื้นฟูและการดำเนินการป้องกันบริหารจัดการเตียงผู้ป่วย กลับสู่ภาวะปกติ การสรุปผลการดำเนินงาน และสรุปถอดบทเรียนเหตุการณ์ที่มีการระบาดของไวรัสโควิด 19 การนำข้อมูลและผลสรุปการดำเนินงานมาจัดทำแผนปฏิบัติ เพื่อแก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ การนำข้อมูลผลสรุปถอดบทเรียนมาปรับปรุง พัฒนาการจัดทำแผนเผชิญเหตุ และแผนบริหาร ความต่อเนื่องขององค์กร (Business Continuity Plan: BCP) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส โควิด 2019 (โควิด 19) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี

ประเด็นที่ 2 : กำหนดตำแหน่ง และบทบาทหน้าที่บุคลากรพยาบาลของศูนย์ปฏิบัติการ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลให้ชัดเจน และเหมาะสมกับการะงาน

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ออกแบบ
การกำหนดบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับทีมงานของโรงพยาบาล เพื่อสะดวกในการติดต่อ
ประสานงานและรายงานสถานการณ์อย่างทันทั่วถึง โดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการหรือ
ชำนาญการพิเศษซึ่งดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลต่างๆ เป็นหัวหน้าทีมในการดำเนินงาน
สามารถติดต่อประสานงานได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

บทบาทหน้าที่ของผู้บัญชาการ (Nursing Commander)

1. กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการบัญชาการภาวะฉุกเฉิน
2. สั่งการและดำเนินงานตามข้อสั่งการเพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย ของผู้บังคับบัญชา
เหตุการณ์ของโรงพยาบาล
3. จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน
4. ติดตามสถานการณ์และประเมินผล โดยการจัดอัตรากำลังของบุคลากรพยาบาล
ทรัพยากรและวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์
5. ประสานระดับนโยบายกับทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและ
ภายนอกองค์กร เพื่อการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว ติดตาม ประเมิน และแก้ไขปัญหา
การดำเนินงานในส่วนต่าง ๆ
6. เสริมสร้างขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติงานให้แก่ทีม
7. ตัดสินใจยกระดับหรือลดระดับความเข้มข้นในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน
ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลและสั่งการหน่วยงานย่อยในระบบบัญชาการ
ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล

ทีมภารกิจด้านยุทธศาสตร์:

1. เสนอกลยุทธ์ มาตรการ เป้าหมายในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์
2. ประเมินผลการดำเนินงานตามกลยุทธ์ มาตรการ เป้าหมาย เพื่อปรับปรุงกลยุทธ์/
มาตรการให้เหมาะสมตามสถานการณ์
3. จัดสรุปบทเรียนการดำเนินงาน (After Action Review, AAR) ในระยะฟื้นฟูหลังเกิด
ภาวะฉุกเฉินแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์

กลุ่มภารกิจตระหนักรู้และประเมินสถานการณ์ (Situation Awareness Team)

1. เผื่อระวัง ติดตาม วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงที่เป็นภาวะฉุกเฉิน
อย่างใกล้ชิด
2. รวบรวมจัดทำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ฉุกเฉินทั้งหมด
3. จัดทำสรุปรายงานสถานการณ์เป็นระยะ

4. ร่วมกับกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และวิชาการ (Strategic and Technical Advisory Group: STAG) เสนอข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อกำหนดทางเลือกในการตัดสินใจต่อผู้บัญชาการ

5. ประสานข้อมูลกับกลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (Operation) เพื่อส่งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน EOC

6. เสนอข้อพิจารณาเพื่อตัดสินใจ ยกระดับ ลดระดับปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

7. จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอผู้บัญชาการเหตุการณ์

8. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ด้านสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)

1. เฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ประเมินการรับรู้ของสาธารณะเพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงและจัดทำแผนการสื่อสาร

2. เฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ทุกช่องทาง และประเมินสถานการณ์รับรู้ของสาธารณะ จัดทำแผนการสื่อสารความเสี่ยงและตอบโต้ที่เหมาะสมและรวดเร็ว

3. จัดทำข้อมูลข่าวสาร ประเด็นข่าว (Press release) ประเด็นสาร (Talking point) ที่ถูกต้องแม่นยำและครบถ้วน เหมาะกับสถานการณ์

4. ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง (ผ่านช่องทางต่าง ๆ รวมทั้งผลิตสื่อเพื่อเผยแพร่ด้วยรูปแบบและภาษาที่เหมาะสม)

5. ประสานกับกลุ่มภารกิจต่าง ๆ เพื่อจัดการข้อมูลจำเป็นเพื่อเผยแพร่และสื่อสารความเสี่ยง

6. ประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงต่อผู้บัญชาการเหตุการณ์

7. จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอผู้บัญชาการเหตุการณ์

8. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

กลุ่มภารกิจสำรองเวชภัณฑ์ และส่งกำลังบำรุง (Stocking and Logistics)

1. จัดทำแผนหาสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก สำรองเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์เทคโนโลยีและสารสนเทศ (Information Technology) อุปกรณ์และระบบสื่อสาร เสี่ยงและอุปกรณ์ยังชีพ และยานพาหนะ

2. จัดทำแผนกระจายดูแลกำกับและจัดส่งเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์เทคโนโลยีและสารสนเทศ อุปกรณ์และระบบสื่อสาร เสี่ยงและอุปกรณ์ยังชีพ และยานพาหนะตามแผนที่กำหนด

3. จัดทำแผนจัดตั้งสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับทีมปฏิบัติการและศูนย์พักคอย

4. ดูแลรักษาทีมปฏิบัติการที่ได้รับมีความเสี่ยงและเจ็บป่วย

5. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

กลุ่มการเงินและงบประมาณ

1. วางแผนงบประมาณของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล
(Nursing Emergency Operation Center : EOC)

2. จัดทำธุรการ การเงิน งบประมาณ สนับสนุนภารกิจ EOC
3. ติดตามการเบิกจ่ายงบประมาณและรายงาน EOC
4. สนับสนุนงบประมาณให้ทีมปฏิบัติการได้ทันเวลา
5. บันทึกเวลาปฏิบัติงานและจ่ายค่าตอบแทนตามวันเวลา
6. สรุปรายงานทางการเงินและวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงานและความคุ้มค่า
7. วางแผนงบประมาณขดเคยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติงาน
8. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ด้านกฎหมาย

1. ทบทวน รวบรวม วิเคราะห์ พร้อมจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย
ที่มีความเกี่ยวข้องกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

2. เป็นที่ปรึกษาทางด้านกฎหมาย
3. ร่าง ปรับปรุง หรือเพิ่มเติมกฎระเบียบ ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน
4. สื่อสารและถ่ายทอดกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ปฏิบัติงานเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง
5. ประเมินผลของกฎหมายที่บังคับใช้
6. จัดเก็บหลักฐาน ข้อมูลสื่อสาร วิธีการรวบรวมวัตถพยานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
7. กำหนดกฎหมายรองรับ
8. จัดทำคำร้องขอเพื่อแจ้งความและให้ความร่วมมือตามกฎหมาย
9. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ด้านความปลอดภัย (Safety)

1. วิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละกลุ่มภารกิจ
2. วางแผนการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละ

กลุ่มภารกิจ

3. จัดทำแผนด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละกลุ่มภารกิจ
4. ประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการ/แผนด้านความปลอดภัยเพื่อปรับปรุงแนวทาง
5. ให้คำปรึกษาทางความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของบุคลากร
6. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ด้านดูแลรักษาผู้ป่วย (Case Management)

1. จัดทำมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยตลอดจนแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. ประสานกับห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขเพื่อจัดทำแนวทางการส่งตรวจทางปฏิบัติการที่เหมาะสม
3. ประสาน จัดเตรียมสถานที่ ดูแลระบบมาตรฐานสำหรับการคัดกรอง การแยกกัก และการรักษาผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ
4. จัดทีมดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic case) และฝึกซ้อมทีมเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม
5. จัดทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำปรึกษาด้านการแพทย์และการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่สถานพยาบาลที่รับดูแลรักษาผู้ป่วย
6. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

กลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (Operation)

1. ประเมินความต้องการของทีมปฏิบัติการทางพยาบาล ในการเข้าช่วยเหลือต่อสถานการณ์และจัดระบบการปฏิบัติภาคสนามในการปฏิบัติการจัดการภาวะฉุกเฉิน
2. จัดระบบการปฏิบัติการภาคสนาม
3. ตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสาร
4. วางแผนและปฏิบัติการควบคุมสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินในพื้นที่
5. รายงานสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ร้องขอการสนับสนุนผ่านภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์แบบ Real Time
6. จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงาน และประเมินผลการปฏิบัติงานเสนอผู้บัญชาการเหตุการณ์

7. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ด้านกำลังคน (Human Resources : HR)

1. จัดทำฐานข้อมูลกำลังคน
2. จัดหากำลังคนสนับสนุนในภาวะฉุกเฉินตามผู้บัญชาการเหตุการณ์กำหนด
3. จัดทำแผนการระดมทรัพยากรด้านกำลังคน
4. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ด้านประสานงานและเลขานุการ (Liaison)

1. จัดทำทำเนียบเครือข่ายเพื่อการประสานงานทั้งภายในภายนอก
2. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งภายในภายนอก

3. ประสานหาสถานที่สำหรับการปฏิบัติงานของกลุ่มภารกิจต่าง ๆ ในระบบบัญชาการเหตุการณ์ให้เพียงพอ

4. ประสานจัดการประชุม จัดทำปฏิทินการปฏิบัติงานของกลุ่มภารกิจต่าง ๆ ในระบบบัญชาการเหตุการณ์

5. สรุปรายงานการประชุม ข้อเสนอ ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและสื่อสารข้อเสนอไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว

6. วางแผนและผลักดันให้ข้อเสนอของบัญชาการเหตุการณ์ได้รับการปฏิบัติอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

7. ให้การสนับสนุนงานด้านบริหารจัดการและอำนวยความสะดวกในทุก ๆ ด้านให้กับกลุ่มภารกิจต่าง ๆ ในระบบบัญชาการเหตุการณ์

8. รับผิดชอบงานสารบรรณของระบบบัญชาการเหตุการณ์

9. จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอผู้บัญชาการเหตุการณ์

10. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ประเด็นที่ 3 : จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ครอบคลุมทั้ง 3S

การจัดองค์ประกอบของศูนย์บัญชาการภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล ตามแนวคิด 3 S ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ Staffs, Stuffs และ Systems

Staffs หมายถึง การบริหารจัดการกำลังคน แผนการจัดอัตรากำลังสำรอง และการพัฒนาศักยภาพของกำลังคนและอัตรากำลังสำรองให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สัมผัสเสี่ยงและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อทั้งตนเอง ผู้ป่วย ประชาชนและชุมชน

Stuffs หมายถึง สถานที่ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องมือระบบสื่อสาร ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง งบประมาณและคู่มือมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติ มีรายละเอียดดังนี้

1. สถานที่ปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลประกอบด้วย

1.1 ห้องสำหรับผู้บัญชาการภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล และผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในแต่ละกลุ่มภารกิจของศูนย์

1.2 ห้องประชุม

1.3 ห้องพักในกรณีที่ต้องปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมงหรือกักกัน

1.4 ห้องอาบน้ำ ห้องน้ำ และห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า

1.5 ห้องพักผ่อน และห้องรับประทานอาหาร

2. อุปกรณ์ ประกอบด้วย

2.1 โต๊ะ และเก้าอี้ คอมพิวเตอร์ และพริ้นเตอร์

2.2 โปรแกรมใช้งาน เช่น โปรแกรมประชุมทางไกล

2.3 เครื่องมือและอุปกรณ์ระบบสื่อสาร ได้แก่ โทรศัพท์ โทรสาร Wi-Fi internet, microphone เครื่องเสียง จอภาพและเครื่องฉายภาพ Projector

2.4 วัสดุ อุปกรณ์สำนักงานต่าง ๆ ได้แก่ กระดาษ หมึกพิมพ์ ของเอกสาร

3. ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับจำนวน ประเภท สมรรถนะ การได้รับการอบรม ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากรสายสนับสนุนอื่นในความรับผิดชอบขององค์กรพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการจัดอัตรากำลังและอัตรากำลังสำรอง

3.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์

3.4 ยา และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้เพียงพอและพร้อมใช้ เช่น อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลตามแผนการคำนวณการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลสำหรับพยาบาล

3.5 ข้อมูลชุดสื่อการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน เช่น การปฏิบัติตัวเมื่อต้องกักกันการเฝ้าระวังอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาล การปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขตามการปฏิบัติแบบใหม่ (New Normal)

3.6 ข้อมูลชุดสื่อการสอนฝึกทักษะการใส่และถอดชุด Personal Protective Equipment: PPE คู่มือและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งแบบแผ่นพับ และวิดีโอ

3.7 ข้อมูลแผนเผชิญเหตุ (incident action plan) ในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสถานที่ ด้านบุคลากร ด้านการจัดระบบบริการ เป็นต้น

3.8 ข้อมูลแผนการประสานงาน กับบุคลากรทางการแพทย์ในองค์กร สหวิชาชีพ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนอกองค์กร

3.9 ข้อมูลแผนบริหารความเสี่ยงในระบบบริการเพื่อความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงาน

3.10 ข้อมูลแผนงบประมาณด้านการเบิกจ่ายค่าตอบแทน ค่าเสี่ยงภัย และอื่น ๆ แก่บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Systems หมายถึง ระบบปฏิบัติงาน การบริหารจัดการระบบปฏิบัติงาน ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่วางแผน กำหนดและมอบหมายผู้รับผิดชอบ กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน และระบบกำกับติดตามสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน

บทสรุป

1. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล ตั้งอยู่ที่ สำนักงานกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ชั้น 5 อาคารสนับสนุนบริการ เลขที่ 950 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร ถนนพหลโยธิน ต.ท่าพี่เลี้ยง อ. เมือง จ.สุพรรณบุรี เบอร์โทรศัพท์ 035-514999 ต่อ 4600

2. แต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้บัญชาการภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล และผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในแต่ละกลุ่มภารกิจของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล
3. กลุ่มการพยาบาลสามารถบริหารจัดการเพื่อตอบโต้กับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยแบ่งเป็นระยะคือ 1) การบริหารการพยาบาลระยะก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 2) การบริหารการพยาบาลระยะขณะเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 และ 3) การบริหารการพยาบาลระยะหลังเกิดการระบาดของโรคโควิด-19
4. นำวิธีการปฏิบัติการของศูนย์ปฏิบัติการการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ฉุกเฉินหรือภัยพิบัติอื่นได้
5. ผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถนำแนวทางการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มการพยาบาลของตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

1. จากสถานการณ์การระบาดที่รุนแรงในช่วงแรกก่อปรกกับการตื่นกลัวของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน
การให้องค์ความรู้ที่ถูกต้อง การจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันตัวที่ได้มาตรฐานรวมทั้งการซักซ้อมต่าง ๆ ในการพยาบาล เช่นการคัดแยก การช่วยเหลือช่วยหายใจ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ฯลฯ ถือเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะเพิ่มความมั่นใจให้กับพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
2. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมี ผู้ป่วยมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก เมื่อเกิดสถานการณ์ระบาดขึ้นจึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการหอผู้ป่วยใหม่ ปิดบริการบางหอผู้ป่วย มีการควรรวมหอผู้ป่วยที่อยู่ในสาขาเดียวกันและปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามสถานการณ์ที่รุนแรงเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 ทั้งภายในโรงพยาบาลและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน
3. การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม โรงเรียนหรือมหาวิทยาลัยที่สังกัดในพื้นที่ การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคหรือองค์กรโทรศัพท์หรือแม้แต่โรงพยาบาลเอกชน วัดและมูลนิธิ จิตอาสาต่าง ๆ ฯลฯ ถือเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะเมื่อเกิดภาวะเตียงในโรงพยาบาลไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จำเป็นต้องเปิดโรงพยาบาลสนามหรือศูนย์พักคอย ก็จะได้รับช่วยเหลืออย่างทันท่วงที
4. การบริหารอัตรากำลังพยาบาลแบบระบบ Pool Nurses ส่วนหนึ่งไว้ที่กลุ่มการพยาบาลจะสามารถจัดสรรพยาบาลให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามสถานการณ์รุนแรงที่ปรับเปลี่ยนตลอดเวลาได้อย่างทันท่วงที

5. การรับฟังปัญหา ข้อคับข้องใจและข้อเสนอจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริง ในสถานการณ์ระบาด รวมทั้งการให้กำลังใจ ดูแลและจัดสวัสดิการตอบแทนให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมถือเป็นการเพิ่มขวัญและกำลังใจที่ดีในการดำรงบุคลากรไว้ในระบบต่อไปได้

References

- กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). *การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค*. สืบค้น 9 มกราคม 2566, จาก http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20170616075301.pdf
- ปัญญา เกิดมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ที่มทรัพย์. (2563). แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. *วารสารก้าวหน้าทางโลกวิทยาศาสตร์*, 20(1), 1-12.
- วลัยพร รัตนเศรษฐ และสมศักดิ์ วานิชยาภรณ์. (2564). บทบาทของภาครัฐในการบริหารจัดการกับการแพร่ระบาดของโควิด-19. *วารสารการบริหารและสังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 4(2), 71-87.
- สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. (2563). โควิด-19: การระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทยปลายปี 2563. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10(3), 1-2.
- Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet infectious diseases*, 20(5), 533-534.



คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม (Journal of Public Health And Innovation: J-PHIN) ขอเชิญอาจารย์ นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร เพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลับนกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสองปีแรก ปี พ.ศ. 2564-2565 ฟรี)
 - อาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกงานนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - บุคคลอื่น ๆ หรือไม่ได้เป็นอาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 18

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 15 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16

7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย

- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

Copyright Notice

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม” โดยส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
 77 หมู่ 4 ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
 (โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050
 e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th

v

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ – นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ – นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

77 หมู่ 4 ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050

e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th