



วารสาร

การส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อม
ปีที่ 12 มกราคม - ธันวาคม 2565

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health Vol 12 January - December 2022

ISSN: 2822-0471 (Online)

ISSN: 2228-9410 (Print)

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย วิชาการ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

คณะที่ปรึกษา

แพทย์หญิงนงนุช	ภัทรอนันตนาพ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์	แสงสว่าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงสิตาพัฒน์ ยุตบุตร

รองบรรณาธิการ

1. ทันตแพทย์อรรถ ปัญญา
2. นางอุมพร นิมิตระกุล

กองบรรณาธิการ

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงโชติรส พันธุ์พงษ์ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. นายแพทย์ศุภฤกษ์ สี่รุ่งเรือง | กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย |
| 3. ผ.ศ.จริยาพร ศรีสว่าง | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. ร.ศ.เดชา ทำดี | คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. ดร.ชิดชนก เรือนก้อน | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 6. ดร.ปลื้มจิตร โชติกะ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ |
| 7. ดร.กาญจนา ปินตาคำ | สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย |
| 8. ร.ศ.ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 9. รศ.ดร.วราภรณ์ บุญเชียง | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 10. ดร.กฤติพิชญ์ ฐิติพิชยานันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 11. รศ.ดร.เศรษฐ์ สัมภัตตะกุล | คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 12. ผ.ศ.จักรกฤษณ์ วัชรราชกูร์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 13. นางปิยพร เสาร์สาร | นักวิชาการอิสระ |
| 14. ผ.ศ.เพิ่มศักดิ์ สุริยะจันทร์ | นักวิชาการอิสระ |
| 15. ดร.นารถดา ชันธิกุล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ |
| 16. นางอโนชา วิปุลกร | นักวิชาการอิสระ |

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



คณะทำงาน

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. นางสาวศิริราไพ ภูธรใจ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. ทันตแพทย์หญิงวิรัชชา พุ่มทอง | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 3. แพทย์หญิงภคมน เชาวศิริลป | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 4. แพทย์หญิงปิยาภา วงศ์หล้า | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 5. นางนงค์เยาว์ แสงคำ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 6. นางสาววัชรวิศา ศิริกุลเสถียร | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 7. นางสาวพินทรพจน์ พรหมเสน | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 8. นายกฤษณะ จตุรงค์ศรีมี | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5327-6856 ต่อ 218 โทรสาร 0-5327-4014, 0-5318-8938

เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

สารบัญ

ปีที่ 12 มกราคม – ธันวาคม 2565

หน้า

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา 1 - 16
ปริญญช เชิดชูเหล่า¹, อัญญารัตน์ ภมรมาณพ², วุฒิพงษ์ ยอดคำ³, พงษ์ฤทธิ์ ชัยดรณ⁴
- สถานการณ์ พื้ตกกระ สาเหตุ ปัจจัย และแนวทางแก้ไข 17 - 25
รังสิมันต์ ฝากมิตร¹, วราภรณ์ บุญเชียง², อาริรัตน์ นิรันดร์สิทธิ์³, ณภัทร เกียรติไชยากร⁴
- สถานการณ์การดำเนินงานพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2560-2564 26 - 41
นิราช นอรัตน์¹, วิภา ฤกษ์นุรักษ์², นนธภัทร อีระวรรณะสิริ³, อธิษฐรา ลำแดงสุข⁴
- การศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 42 - 50
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
โกวิท เป็งวงศ์¹, รวีวรรณ วังพฤษ², นันทวัน จันทร์ตา³, วราพร สุภา⁴,
กฤษณา กาเผือก⁵, เดชา ทำดี⁶

บทความวิชาการพิเศษ

51 - 58

- บทสรุปที่ยังไม่ได้ขอยุติกรณีขอคืนบ้านพักไปใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการ 51 - 58
ศุภชัย บุญอำพันธ์

การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา

The Development on Operation Process of GREEN and CLEAN Hospital in Phayao Province

ปริยานุช เชิดชูเหล่า¹, อัญญรัตน์ ภมรมานพ², วุฒิพงษ์ ยอดคำ³, พงษ์ ชัยตรณ⁴

Preeyanuch Cherdchoolao¹, Aunyarat Bhamaramanaba², Wuttipong Yodkam³, Breudhi Chaidaroon⁴

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

Phayao Provincial Public Health Office

¹Corresponding author, E-mail: Preeyanuch63@yahoo.com

(Revised: August 8, 2022; Revised: September 09, 2022; Accepted: September 12, 2022)

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลมีกิจกรรมซึ่งก่อให้เกิดของเสียที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมโดยรอบ การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักวิชาการจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การบริหารจัดการโดยใช้กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN จะสามารถบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ของจังหวัดพะเยา โดยใช้แนวคิดการบริหารงานอย่างมีคุณภาพ (PDCA) ใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) ได้แก่ วิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน กำหนดเป้าหมายและวางแผนดำเนินงานในระดับจังหวัดโดยใช้แนวคิด SIX Auditing Blocks (SAB) และ Program Evaluation Review Technics (PERT) 2) การดำเนินการ (Do) นำแผนงานที่กำหนดไว้มาปฏิบัติ ควบคู่กับแนวคิดการนำองค์การโดยผู้นำระดับสูง, ระบบพี่เลี้ยง, การเยี่ยมเสริมพลัง, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย 3) การประเมินผล (Check) ประเมินผลการปฏิบัติงานและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 4) การปรับปรุง (Act) คือ ทบทวน ปรับแนวทางการดำเนินงาน สู่การพัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2565 รวบรวมข้อมูลจากเอกสารการดำเนินงาน การประชุมกลุ่ม การลงพื้นที่ติดตาม นิเทศงาน ทำการศึกษาในโรงพยาบาลในสังกัดจำนวน 7 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาเทียบกับค่าเป้าหมาย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN and CLEAN Hospital ในระดับดีมากพลัส 100% (ค่าเป้าหมาย 60%) บรรลุเป้าหมายเป็นลำดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 1, มีการดำเนินงาน รพ.สต. GREEN and CLEAN สะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 เป็นต้นมา จำนวน 39 แห่ง 2) ผลลัพธ์ (Outcome) มีชุมชนเครือข่ายอาหารปลอดภัย 31 เครือข่าย, มีโรงพยาบาลนอกสังกัดเข้าร่วมประเมิน GREEN and CLEAN Hospital 3 แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก plus 1 แห่ง โดยเป็นจังหวัดเดียวในเขตสุขภาพที่ 1 ที่ขยายการดำเนินงานสู่

โรงพยาบาลนอกสังกัด และ มี Best practice/นวัตกรรม/ผลงานวิจัยในพื้นที่ที่ได้รับรางวัลผลงานนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital รางวัลชนะเลิศระดับประเทศ 1 แห่ง รางวัลชนะเลิศระดับเขต 1 แห่ง

ปัจจัยความสำเร็จของการยกระดับผลการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยาเกิดจากการนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง กลุ่มพี่เลี้ยง บุคลากรผู้รับผิดชอบงานและการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย สามารถยกระดับโรงพยาบาลสู่การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ชุมชนเพื่อประโยชน์ด้านสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในจังหวัดพะเยาอย่างยิ่งยวด

คำสำคัญ : โรงพยาบาล, GREEN and CLEAN, พะเยา

ABSTRACT

Since activities in hospitals have caused waste which affects environmental problems, then, environmental health development is extremely important. The use of CLEAN strategies and GREEN activities would enable effective environmental management. Therefore, this research aims to Enhance the operation process of GREEN and CLEAN Hospital in Phayao Province based on the quality management concept (PDCA) consisting of 4 steps: 1) Plan: analyze current situations, set goals, and plan for actions provincially; based on the concept of SIX Auditing Blocks (SAB) and Program Evaluation Review Technics (PERT). 2) Do: Implement the established plans together with the Organization Leadership Concept consisting of senior leaders, a mentor system, empowerment visits, exchange learnings, and integration of the cooperation within network partners. 3) Check: Evaluate the operation and its obstacles. 4) Act: Improvement: review and adjust working directions toward Continuous Quality Improvement: CQI. This research has conducted during the fiscal year 2019-2022. Information was collected from documentary review, group discussion, areas monitoring, and supervision. The study has done within 7 affiliated hospitals, quantitative data analysis by descriptive statistics compared to the target value, and Content Analysis was used to analyze the qualitative data.

The results were; 1) The outputs of working operation in the fiscal year 2022: the affiliated hospitals of Phayao Public Health Office have passed the assessment criteria of GREEN and CLEAN Hospital at an excellent level of 100% (target value is 60%) and achieve the target goals at rank 2nd of Area Health region 1. 2) Outcomes: 39 Tambon Health Promoting Hospitals have implemented GREEN and CLEAN Hospital since the fiscal year 2019, the occurrence of 35 Food safety networks, 3 non-affiliated hospitals participated in GREEN and CLEAN Hospital evaluation and one of these achieved the excellent level and is the only province in Area Health region 1 were expanding the operation to non-affiliated hospitals. Among these, one hospital was rewarded the first winner nationally for its best practices/innovations/research within the local area and another hospital was rewarded the second winner in Area Health region 1.

The factors of success in the Operation Process of GREEN and CLEAN Hospital in Phayao Province are derived from leading the organization by senior leaders; advisors; responsible personnel; and the

integration of operations with network partners, which Enhance hospitals to become one good model in the community to benefit the environment and sustain health promotion for Phayao population.

Keywords: hospital, GREEN and CLEAN, Phayao

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) ของกระทรวงสาธารณสุขและแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 มุ่งเน้นการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ เร่งสร้างความร่วมมือพหุภาคีและส่งเสริมความรับผิดชอบร่วมกันในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจ และความมั่นคงทางสังคม สิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนไทยอย่างยั่งยืน¹ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) ให้มีการดำเนินงานเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมภายใต้โครงการ GREEN & CLEAN Hospital โดยโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน และยกระดับโรงพยาบาลไปสู่การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ชุมชน โดยจัดระดับโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีมาก Plus การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลใช้หลักการสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) ประกอบด้วยกลยุทธ์ CLEAN ได้แก่ การสื่อสารสาธารณะ (Communication) การสร้างบทบาทผู้นำ (Leader) ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ (Effectiveness) การสร้างกิจกรรมที่มีส่วนร่วม (Activity) ภาวเครือข่าย (Network) และกิจกรรม GREEN ได้แก่ การจัดการมูลฝอย (Garbage) การ

พัฒนาสิ่งแวดล้อม HAS (Rest room) การจัดการด้านพลังงาน (Energy) การจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment) การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่ม (Nutrition) จะสามารถบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้มาใช้บริการในการรณรงค์และขยายผลสู่สังคมได้ต่อไป² ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital แบบขั้นบันไดโดยเริ่มพัฒนาการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2560 และสิ้นสุดในปีงบประมาณ 2565 โดยมีค่าเป้าหมายในแต่ละปีดังนี้

ปีงบประมาณ 2560 ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน ร้อยละ 75

ปีงบประมาณ 2561 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 20

ปีงบประมาณ 2562 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 ระดับดีมาก Plus จังหวัดละ 1 แห่ง

ปีงบประมาณ 2563 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 75 ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 30

ปีงบประมาณ 2564 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 90 ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 40

ปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98

จังหวัดพะเยามีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาทั้งหมดจำนวน

9 แห่ง จำแนกเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก (Extended OPD) 2 แห่ง ผลการประเมินโรงพยาบาลตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ในปีงบประมาณ 2560 มีโรงพยาบาลในสังกัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 66.67, ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 33.33 (ค่าเป้าหมายผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไปร้อยละ 75) ผลการประเมินในปีงบประมาณ 2561 ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไปร้อยละ 100, ระดับดีมาก ร้อยละ 22.2 (ค่าเป้าหมายผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไปร้อยละ 100, ดีมากร้อยละ 20) จากผลการดำเนินงานในระยะ 2 ปีแรกถึงแม้จะมีผลการดำเนินงาน ที่ผ่านตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ แต่เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดที่จะพัฒนาต่อไปในปีงบประมาณ 2562-2565 พบว่า การจะบรรลุเป้าหมายระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 98 ในปีงบประมาณ 2565 นั้น จังหวัดพะเยาจำเป็นต้องขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีมากขึ้นไปให้ได้ทุกแห่ง ซึ่งในระหว่างการทำงานในระยะ 2 ปีแรกนั้น พบปัญหาสำคัญในการดำเนินงาน คือ

- 1) ปัญหาด้านบุคลากร ได้แก่ ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน, เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน
- 2) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ ไม่มีคณะทำงาน, ดำเนินงานเพียงกลุ่มงาน/ฝ่ายงานเดียว, ไม่มีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและการวางแผนปฏิบัติงานส่งผลให้ขาดงบประมาณในการพัฒนา ขาดฐานการเรียนรู้/แหล่งเรียนรู้ที่เป็นต้นแบบในการนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานภายในจังหวัด ทำให้การจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลในสังกัดยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้
- 3) โรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก (Extended OPD) 2

แห่ง ขับเคลื่อนได้เฉพาะระดับพื้นฐานเท่านั้น ไม่สามารถขับเคลื่อนให้ถึงระดับดีมากได้เนื่องจากไม่มีบริการผู้ป่วยในตามเกณฑ์ที่กำหนด จากปัญหาดังกล่าวจึงเป็นความท้าทายในการพัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุตัวชี้วัดตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) หรือ วงจรคุณภาพหรือวงจรเดมมิง (Deming Cycle: PDCA) เป็นกระบวนการที่ใช้ปรับปรุงการทำงานขององค์กรอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง วงจรเดมมิง 1 รอบ จะมีกิจกรรม 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย PDCA คือ การวางแผน (Plan), การนำไปปฏิบัติ (Do), การตรวจสอบ (Check) และการปฏิบัติการแก้ไข (Act) การหมุนวงจรอย่างถูกต้องตามขั้นตอน 1 รอบ จะส่งผลให้เกิดการปรับปรุงหรือแก้ไข ปัญหาได้ 1 ระดับ การทำตามวงจรคุณภาพอย่างตั้งใจและถูกต้องจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในการทำงาน เมื่อวงจรคุณภาพหมุนซ้ำจะทำให้เกิดการปรับปรุงและระดับของผลลัพธ์จะเพิ่มสูงขึ้น⁴ องค์กรต่าง ๆ จึงนำหลักการนี้มาใช้ในการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพเพื่อปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมขององค์กรอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นการศึกษาของ ภาณุพันธ์ ไพฑูรย์⁵ พบว่าการนำหลักบริหารองค์กรและการพัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้ในการขับเคลื่อนพัฒนาการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว ส่งผลให้ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอเมืองพะเยาผ่านการประเมินคุณภาพ รพ.สต.ระดับ 5 ดาว ครบทุกแห่งในปีงบประมาณ 2562 และเป็นอำเภอแรกในจังหวัดพะเยาที่ผ่านระดับ 5 ดาว 100% การศึกษาของ อัสดา กุลาสาและ ธัชชัย จิตรนันท์⁶ พบว่า การใช้

วงจรคุณภาพ PDCA เป็นวิธีปฏิบัติดี (Best Practices) ในการดำเนินงานสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาฬสินธุ์เขต 2 เช่นเดียวกับน้ำทิพย์ จงศิริและวัชรพงษ์ แสนใจยา⁷ ได้นำวงจรคุณภาพ PDCA ขับเคลื่อนพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลแพร่ ส่งผลให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลในระดับดีมาก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา โดยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย มีหน้าที่ในการสนับสนุนขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยาให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดภายในปีงบประมาณ 2565 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดในการแก้ปัญหาและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยวงจรคุณภาพ PDCA พัฒนาการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา สู่การพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง (CQI) ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 – 2565 เพื่อให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาเป็นโรงพยาบาลตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมากขึ้นไป 100% ภายในปี 2565 และยกระดับโรงพยาบาลสู่การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ชุมชนเพื่อประโยชน์ด้านสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในจังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อยกระดับผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ของจังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อยกระดับผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ของจังหวัดพะเยา ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2565 โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนสำคัญในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital จำนวน 40 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้มีส่วนสำคัญ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ขับเคลื่อนนโยบาย GREEN & CLEAN Hospital ประกอบด้วย รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา เจ้าหน้าที่กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข รวมจำนวน 4 คน

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน GREEN & CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา 9 แห่ง แห่งละ 3 คน รวม 27 คน

3. กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มภาคีเครือข่ายอาหารปลอดภัยในพื้นที่ จำนวน 3 เครือข่าย เครือข่ายละ 3 คน รวม 9 คน

ผู้วิจัยใช้แนวทางการดำเนินงาน ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีระดับการประเมินได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีมาก Plus เป็นค่าเป้าหมายในการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารงานอย่างมีคุณภาพ (PDCA) แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

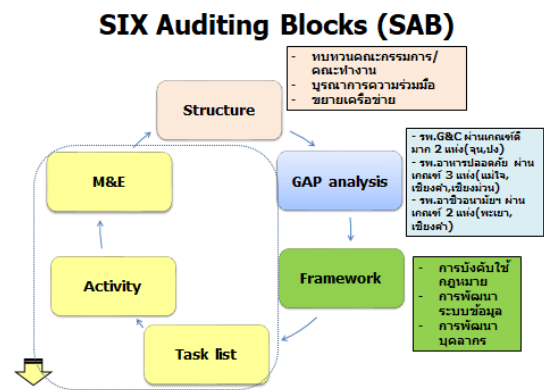
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นขั้นตอนวิเคราะห์สภาพการณ์หรือบริบททั่วไปของ

การดำเนินงานในปีที่ผ่านมา โดยพิจารณาจากผลการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital รวมทั้งกำหนดเป้าหมายและวางแผนดำเนินงานในระดับจังหวัดจำแนกเป็นรายปีงบประมาณ 2562-2565 การดำเนินงานในขั้นตอนนี้จะใช้แนวคิด SIX Auditing Blocks (SAB) ดังภาพที่ 1 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 1 ได้กำหนดเป็นนโยบายสำหรับการตรวจนิเทศงานในการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงานประกอบด้วย

1) การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis)

สภาพการณ์ปัจจุบันของการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ประจำปีงบประมาณ 2561 พบว่าในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลในสังกัด พบปัญหาสำคัญในการดำเนินงาน คือ 1) ปัญหาด้านบุคลากร ได้แก่ ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน, เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน 2) ปัญหาด้านการบริหาร

จัดการ ได้แก่ ไม่มีคณะทำงาน, ดำเนินงานเพียงกลุ่มงาน/ฝ่ายงานเดียว, ไม่มีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและการวางแผนปฏิบัติงานขาดงบประมาณในการพัฒนา 3) โรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก (Extended OPD) 2 แห่ง ขับเคลื่อนได้เฉพาะระดับพื้นฐานเท่านั้น ไม่สามารถขับเคลื่อนให้ถึงระดับดีมากได้เนื่องจากไม่มีบริการผู้ป่วยในตามเกณฑ์ที่กำหนด



ภาพที่ 1 ผังการวิเคราะห์ SIX Auditing Blocks (SAB) GREEN & CLEAN Hospital

ตารางที่ 1 ค่าเป้าหมายการพัฒนาการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2562 - 2565

ปีงบประมาณ	นโยบายกระทรวงสาธารณสุข	นโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
2562	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 ระดับดีมาก Plus จังหวัดละ 1 แห่ง	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 (ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง) ระดับดีมาก Plus จังหวัดละ 1 แห่ง รพ.สต. GREEN and CLEAN อำเภอละ 1 แห่ง
2563	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 75 ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 30	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 75 (ผ่านเกณฑ์ 6 แห่ง) ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 30 (ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง) รพ.สต. GREEN and CLEAN ขยายผลอำเภอละ 1 แห่ง
2564	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 90 ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 40	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 90 (ผ่านเกณฑ์ 7 แห่งขึ้นไป) ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 40 (ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง) รพ.สต. GREEN and CLEAN ขยายผลอำเภอละ 1 แห่ง
2565	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98 รพ.สต. GREEN and CLEAN อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98 (ผ่านเกณฑ์ 7 แห่งขึ้นไป) รพ.สต. GREEN and CLEAN ขยายผลอำเภอละ 1 แห่ง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการณ์ปัจจุบันผนวกกับนโยบายการพัฒนาจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ได้สรุปเป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละปีงบประมาณตามสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลในสังกัด ทั้งนี้ จังหวัดพะเยาได้เพิ่มกลุ่มเป้าหมายการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับเครือข่าย GREEN Community ในชุมชน โดยกำหนดให้มีการพัฒนา GREEN and CLEAN ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 1 แห่ง ส่วนกรณีโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริการผู้ป่วยนอกได้กำหนดให้ผ่านเกณฑ์ในระดับพื้นฐาน และไม่นำมานับจำนวนในการรายงานส่งกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากไม่เข้าเงื่อนไขการพัฒนา ดังนั้น จึงมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการพัฒนาจำนวน 7 แห่ง (ตารางที่ 1)

2) การวิเคราะห์โครงสร้าง (Structural Analysis) โครงสร้างการดำเนินงานทั้งภายในองค์กร ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาทั้งระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภายนอกองค์กร ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่, คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลนอกสังกัด เครือข่ายชุมชนเกษตรปลอดสารพิษ หน่วยงานดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่คล้ายคลึงกันหลายหน่วยงาน ค้นพบที่สำคัญของโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของการพัฒนางาน GREEN & CLEAN Hospital คือขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และขาดการบูรณาการทำงานร่วมกัน ดังนั้น จึงต้องมีการทบทวนคณะกรรมการ/คณะทำงานทั้งภายในและ

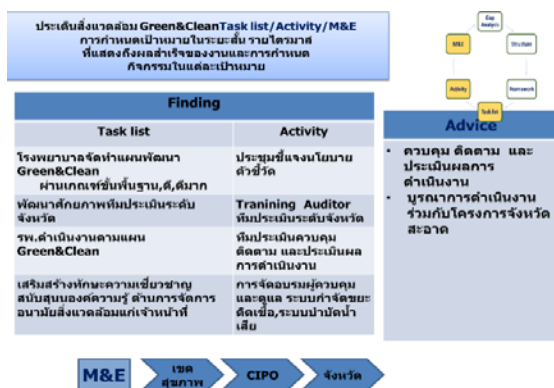
ภายนอกองค์กร พิจารณาความเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่สามารถเข้ามาร่วมสนับสนุนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับการพัฒนางาน GREEN & CLEAN Hospital ให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยบูรณาการความร่วมมือในทุกระดับทุกภาคส่วน และสร้างความเข้าใจ ขยายเครือข่ายในการประสานการดำเนินงานสู่ชุมชน

3) กรอบปฏิบัติการ (Framework)

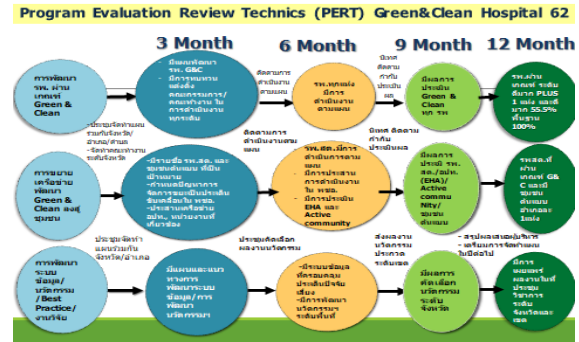
วิเคราะห์การดำเนินงานตามแนวคิด PIRAB ของกระทรวงสาธารณสุขได้แก่ P: Partner **เครือข่ายพันธมิตร** พบว่า เครือข่ายยังไม่ทราบแนวทางการดำเนินงาน ขาดการมองเป้าหมายร่วมกัน ขาดการประสานความร่วมมือกับองค์กรภายนอก ดังนั้น มาตรการในการดำเนินงาน จึงประกอบด้วย การประสานงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมุ่งสู่ GREEN Community พัฒนา รพ.สต. นำร่อง GREEN & CLEAN อำเภอละ 1 แห่ง และพัฒนาชุมชนต้นแบบอาหารปลอดภัย รพ.สต.ละ 1 แห่ง I: Invest **งบประมาณ** พบว่า การพัฒนาด้านโครงสร้างขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ไม่มีการวางแผนมาก่อน มาตรการในการดำเนินงาน ควรมีการจัดทำแผนงบประมาณของสถานบริการ (ระบบบำบัดนำเสีย) จัดทำแผนขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก จังหวัด/งบประมาณของโรงพยาบาล (ที่พักรวมผลย ทั่วไป ที่พักรวมผลยติดเชื้อ โรงอาหาร เป็นต้น) R: Regulate **Legislate กฎหมาย** พบว่า การจัดการขยะติดเชื้อยังไม่สามารถดำเนินการได้ตาม พรบ.สาธารณสุข พ.ศ.2535 ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเข้ามาดำเนินการ มาตรการในการดำเนินงาน ประสานการดำเนินงานโดยใช้มติที่ประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) ในการผลักดันการจัดการขยะติดเชื้อเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการจัดการมูลฝอยระดับจังหวัด

A: Advocate สื่อสารเพื่อสร้างการทำงานร่วมกัน พบว่า การสื่อสารด้านการทำงานยังไม่ตรงความต้องการของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ขาดการขยายผลเพื่อเผยแพร่ Best Practice ระบบฐานข้อมูลยังไม่ครอบคลุมมาตรการในการดำเนินงานประกอบด้วย บูรณาการดำเนินงานร่วมกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มกฎหมาย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทันตสาธารณสุข เป็นต้น สนับสนุนองค์ความรู้ ข้อมูลวิชาการ สื่อ คู่มือ การดำเนินงานตามความต้องการของพื้นที่ จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาดูงาน และพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้ครอบคลุม เช่น การจัดการขยะติดเชื้อในคลินิกเอกชน, คลินิกคน คลินิกสัตว์ เป็นต้น

B: Building Capacity พัฒนาศักยภาพบุคลากร พบว่า บุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขาดการพัฒนาองค์ความรู้ที่เหมาะสม ควรพัฒนาทักษะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับ (จังหวัด อำเภอ โรงพยาบาล ตำบล ชุมชน) เพื่อเชื่อมโยงแก้ไข ปัญหาจากการทำงาน



ภาพที่ 2 การกำหนด Task list และ Activity/Project และ M&E process



ภาพที่ 3 การกำหนด Program Evaluation Review Technics (PERT)

4) การกำหนดเป้าหมายระยะสั้น (Task list) กำหนดเป้าหมายระยะสั้นของการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา ได้แก่ โรงพยาบาลจัดทำแผนพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital ของตนเอง พัฒนาศักยภาพบุคลากร เป็นต้น ดังภาพที่ 3

5) การกำหนดกิจกรรมในแต่ละเป้าหมาย (Activity/Project) กำหนดกิจกรรมในแต่ละเป้าหมายควบคู่กับเป้าหมายระยะสั้น ตาม Task list โดย Activity/Project (การกำหนดกิจกรรมในแต่ละเป้าหมาย) ได้แก่ จัดประชุมชี้แจงนโยบาย ตัวชี้วัดการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแต่ละปี ประชุมหารือกับกลุ่มงานที่มีความเกี่ยวข้อง กำหนดทีมประเมินระดับจังหวัด เพื่อดำเนินการควบคุม ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน กำหนดการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

6) การกำกับ ติดตาม และประเมินผล (M&E process) ใช้เทคนิคการประเมินผลตามแนวคิด Program Evaluation Review Technics (PERT) เพื่อกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานและประเมินผล โดยแบ่งเป็น 4 ไตรมาส ดังตัวอย่างภาพที่ 3

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ (Do) ผู้วิจัย นำแผนงานที่กำหนดไว้มาปฏิบัติโดยประยุกต์การ

ดำเนินงานร่วมกับกลยุทธ์ CLEAN, แนวคิดการนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง, การใช้ระบบพี่เลี้ยง, การเยี่ยมเสริมพลัง, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย กำหนดเป็นกิจกรรมสำคัญ ได้แก่

1) ประชุมชี้แจงนโยบายแก่ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง

2) โรงพยาบาลจัดทำแผนพัฒนาการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ของตนเอง

3) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การอบรมการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย การอบรมผู้สัมผัสอาหาร เป็นต้น

4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาเป็นต้นแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN ในระดับจังหวัด ได้แก่ การร่วมลงนามข้อตกลง MOU ร่วมกับคณะผู้บริหารเกี่ยวกับการจัดการขยะตามโครงการจังหวัดสะอาด การดำเนินงาน 5 ส. การจัดการขยะในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

5) จัดทำกลุ่มสื่อสารในแอปพลิเคชัน LINE ในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และระดับเขต

6) จัดระบบพี่เลี้ยง เพื่อติดตามให้คำแนะนำ สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่

7) การกำกับติดตามงานในที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลทุกเดือน

8) ติดตามเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ (On site Visit) โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่ายอาหารปลอดภัย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข มหาวิทยาลัยพะเยา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9) สนับสนุนการพัฒนาผลงานวิจัย/นวัตกรรม GREEN & CLEAN Hospital ของหน่วยงานในพื้นที่สู่ระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล (Check)
ประเมินผลการปฏิบัติงานนโยบายทุกไตรมาส และตรวจสอบผลดำเนินงาน เทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดในแต่ละปี

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง (Act) คือ ประชุมกลุ่มคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital เมื่อสิ้นปีงบประมาณ สรุปประเด็นปัญหา อุปสรรค ที่รวบรวมได้จากการทบทวนผลการดำเนินงาน ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ปรับแนวทางการดำเนินงาน และวนเข้าสู่ระบบการวางแผนงาน (Plan) ในปีงบประมาณถัดไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) รวบรวมข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม ผู้มีส่วนสำคัญในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา จำนวน 40 คน

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) รวบรวมข้อมูลจากแผนปฏิบัติการ แผนการดำเนินงานจากการจัดทำ SIX Auditing Blocks (SAB), Program Evaluation Review Technics (PERT) แบบรายงานผลการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital แบบรายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย แบบรายงานการจัดบริการคลินิกอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล เอกสารประกอบการนิเทศงาน ข้อมูลผลการรับรองการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ผลงานวิจัยและนวัตกรรมการดำเนินงาน GREEN &

CLEAN Hospital ของสถานพยาบาลในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา หมายเลขรับรองการวิจัยเลขที่ 24/2562

ผลการวิจัย

ผลจากการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการวิจัยจำแนกได้ ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2562 – 2565

ค่าเป้าหมายจังหวัดพะเยา	2562	2563	2564*	2565
ระดับดีมากขึ้นไป	3 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	7 แห่ง
ระดับดีมาก Plus	1 แห่ง	3 แห่ง	3 แห่ง	7 แห่ง
รพ.สต. GREEN and CLEAN	9 แห่ง	เพิ่ม 9 แห่ง	เพิ่ม 9 แห่ง	เพิ่ม 9 แห่ง
ผลงาน				
ระดับดีมากขึ้นไป	5 แห่ง	6 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง
ระดับดีมาก Plus	3 แห่ง	6 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง
รพ.สต. GREEN and CLEAN	13 แห่ง	17 แห่ง	0	9 แห่ง

* หมายเหตุ ในปีงบประมาณ 2564 มีสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ทั่วประเทศ จึงพักการประเมินและติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ชั่วคราว

1. ผลการดำเนินงาน (Output) การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา จำแนกรายปีงบประมาณพบว่า สามารถดำเนินการมากกว่าค่าเป้าหมาย ทุกปี โดยในปี 2565 โรงพยาบาลในสังกัด ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus ทุกแห่ง ร้อยละ 100 (ตารางที่ 2) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมพัฒนาดำเนินการรพ.สต. GREEN and CLEAN ยอดสะสมจำนวน 39 แห่ง

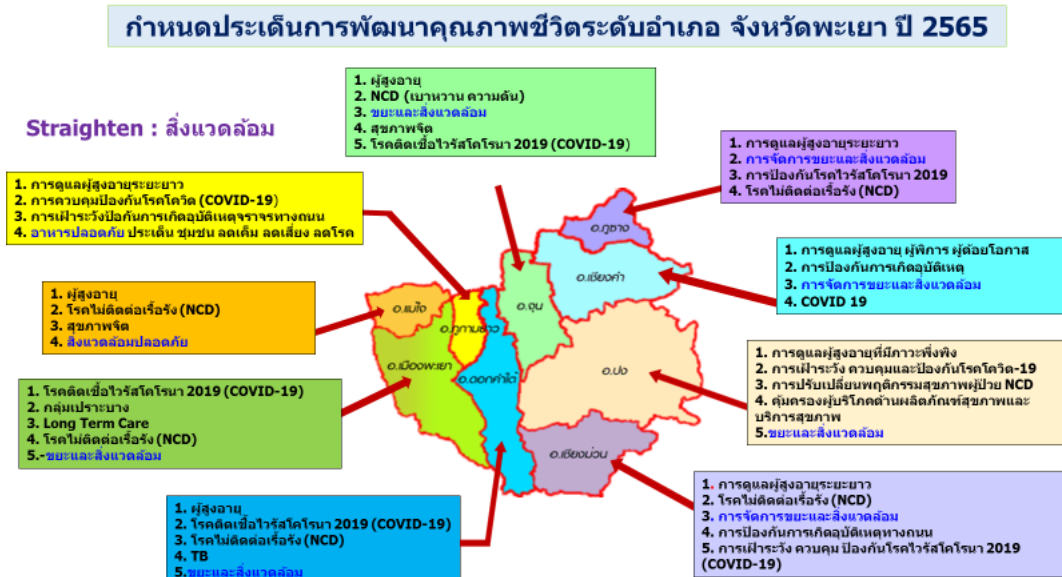
2. ผลลัพธ์ (Outcome) จากการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยมีชุมชนเครือข่ายอาหารปลอดภัยทั้งสิ้น 31 เครือข่าย มีโรงพยาบาลนอกสังกัดเข้าร่วมประเมิน GREEN and CLEAN Hospital จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพะเยาราม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา และโรงพยาบาลค่ายขุนเจืองธรรมิกราช โดยโรงพยาบาลพะเยารามเข้าร่วมดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 ผ่านเกณฑ์ระดับดี และปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus

ตารางที่ 3 ผลงานวิจัย/นวัตกรรม/Best Practice การประกวดนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital ระดับเขต และระดับประเทศ

ปีงบประมาณ	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน	รางวัล
2562	กระบวนการจัดการขยะ รพ.จุน	รพ.จุน	รางวัลรองชนะเลิศอันดับสาม การประกวดนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital ระดับเขต
	การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะเปียกอย่างมีส่วนร่วม	รพ.เชียงคำ	รางวัลชมเชย การประกวดนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital ระดับเขต
	การจัดการขยะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา	สสจ.พะเยา	รางวัลรองชนะเลิศอันดับสอง การประกวดการจัดการขยะมูลฝอย “สำนักงานสะอาด” จังหวัดพะเยา ประจำปี 2562
2563	รวมพลังคนโลกสวย	รพ.เชียงใหม่	รางวัลชนะเลิศการประกวดนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital ระดับเขต และ รางวัลชนะเลิศการประกวดนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital ระดับประเทศ ประเภท นวัตกรรมเชิงกระบวนการ
	กระบวนการจัดการขยะอินทรีย์ในโรงพยาบาลแม่ใจ โดยใช้ไส้เดือนดิน	รพ.แม่ใจ	รางวัลรองชนะเลิศการประกวดนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital ระดับเขต ตัวแทนส่งเข้าประกวดระดับประเทศ
	แค่ปรับเวลางานก็แบ่งปันกระแสไฟได้	รพ.เชียงใหม่	รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การประกวดนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital ระดับเขต
	นวัตกรรม Save IV Line	รพ.ปง	รางวัลรองชนะเลิศอันดับสอง การประกวดนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital ระดับเขต
	การแปรรูปขยะเปียก	รพ.พะเยา	รางวัลชมเชยการประกวดนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital ระดับเขต
	นวัตกรรม เศษผ้า ฆ่าไวรัส	รพ.จุน	รางวัลชมเชยการประกวดนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital ระดับเขต
2565	Power of Siring	รพ.ปง	รางวัลชนะเลิศ ประเภทนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ครั้งที่ 15 พ.ศ. 2565
	บำบัดซ้ำ บำรุงสุข	รพ.เชียงใหม่	นำเสนอการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ครั้งที่ 15 พ.ศ. 2565

3. Impact มี Best practice/นวัตกรรม/ผลงานวิจัยในพื้นที่จำนวน 11 เรื่อง ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับประเทศ 2 เรื่อง (ตารางที่ 3) และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนผ่านการดำเนินงานคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกแห่ง ซึ่งประเด็นการขับเคลื่อนที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม และการดำเนินงานอาหารปลอดภัย (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 ตัวอย่างประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2565

4. ปัจจัยความสำเร็จ จากการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital โดยใช้แนวคิด PDCA ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานจนประสบความสำเร็จ จากการประชุมกลุ่มถอดบทเรียนพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้บรรลุผลสำเร็จ คือ

1) การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง การนำนโยบายสู่การปฏิบัติด้วยวิสัยทัศน์ของผู้บริหารองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายทำให้เกิดความร่วมมือจากทุกคนในองค์กรตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน ผ่านการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ในโรงพยาบาล คณะกรรมการอาหารปลอดภัย ร่วมพัฒนานโยบาย GREEN and CLEAN โดยมีผู้บริหาร หัวหน้างาน และผู้เป็นแกนหลักในการทำงาน (Key man) มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน

2) ระบบพี่เลี้ยง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ถือแนวคิดการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการในสังกัดในรูปแบบของการเป็นพี่เลี้ยงมากกว่าแนวคิดของระบบสั่งการแบบแนวตั้งทำหน้าที่ในการเป็นแบบอย่างและดูแลให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ชี้ให้เห็นประเด็นปัญหา ร่วมหาทางแก้ไขให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ ใช้ระบบการสื่อสารแบบสองทาง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

3) บุคลากร เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และคณะทำงานในหน่วยบริการ มีความกระตือรือร้นในการพัฒนาการดำเนินงาน มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital ของหน่วยงานตนเองให้ประสบความสำเร็จ ถึงแม้บางแห่งจะบรรลุเป้าหมายในปีแรกๆของการพัฒนา แต่ยังคงต้องอดทนอย่างต่อเนื่อง อันจะเห็นได้จากการพัฒนานวัตกรรมและการวิจัยอย่างสม่ำเสมอ

4) การบูรณาการการดำเนินงาน ร่วมกับภาคีเครือข่าย ช่วยลดระยะเวลาในการทำงาน และเร่งให้การดำเนินงานบรรลุผลเร็วขึ้น ภาคีเครือข่ายที่สำคัญของงาน GREEN and CLEAN Hospital คือ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขที่ร่วมดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย จนบรรลุเป้าหมายมีเครือข่ายอาหารปลอดภัยในชุมชน, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาที่ร่วมตรวจประเมินอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล รวมทั้งร่วมตรวจสอบให้คำแนะนำเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสีย นอกจากนี้ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยอันตรายและมูลฝอยติดเชื้อ ทำให้เกิดชุมชนจัดการขยะที่ยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา โดยการนำแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์สภาพการณ์ บริบทการดำเนินงาน การวางแผน การกำหนดเป้าหมาย การนำแผนสู่การปฏิบัติการตรวจสอบและการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ทำให้จังหวัดพะเยาจนบรรลุ

ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ โรงพยาบาลในสังกัดผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีมาก Plus ในปีงบประมาณ 2565 ทุกแห่ง บรรลุเป้าหมายเป็นอันดับสองของเขตสุขภาพที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของภานุพันธ์ ไพฑูรย์⁵ ที่พบว่า การนำหลักบริหารองค์กรและการพัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้ในการขับเคลื่อนพัฒนาการดำเนินงาน รพ.สต. ติดดาว ส่งผลให้ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอเมืองพะเยาผ่านการประเมินคุณภาพ รพ.สต. ระดับ 5 ดาว ครบทุกแห่งในปีงบประมาณ 2562 และเป็นอำเภอแรกในจังหวัดพะเยาที่ผ่านระดับ 5 ดาวทุกแห่ง สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง⁸ ที่ใช้กระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA ดำเนินการจัดการประชุมชุมชนบ้านศรีบุญเรือง หมู่ที่ 2 ตำบลพงษ์ อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน บรรลุความสำเร็จเป็นชุมชนปลอดภัยในปี 2565 สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำทิพย์ จงศิริและ วัชรพงษ์ แสนใจยา⁶ ที่ได้นำวงจรคุณภาพ PDCA ขับเคลื่อนพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลแพร่ ส่งผลให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลในระดับดีมาก

ปัจจัยความสำเร็จ ผลการศึกษาที่พบว่ามีการพัฒนาการดำเนินงานที่ต่อยอดไปยังหน่วยบริการระดับอื่น ๆ ได้แก่ การพัฒนา รพ.สต. GREEN and CLEAN ซึ่งจังหวัดพะเยาได้ดำเนินการพัฒนาตั้งแต่ปี 2562 โดยกรมอนามัยเพื่งมอบหมายให้เป็นเป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565, การขยายผลการดำเนินงานในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมในพื้นที่ รวมทั้งสามารถพัฒนาการดำเนินงานในโรงพยาบาลนอกสังกัดได้เป็นจังหวัดแรกของเขตสุขภาพที่ 1 เหล่านี้

ล้วนเป็น Outcome และ Impact ของการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา จากการประชุมกลุ่มบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยา ปัจจัยสำคัญที่ทำให้บรรลุผลสำเร็จ คือ

1) การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่า การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในจังหวัดพะเยา มีผู้บริหารระดับสูงเข้ามารับทราบและติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งพบว่า ทุกอำเภอในจังหวัดพะเยาขับเคลื่อนการดำเนินงานที่สนับสนุนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital ของจังหวัดพะเยา ได้แก่ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล จิตรเอื้อและคณะ⁹ ที่พบว่า ภาวะผู้นำของบุคลากรทุกคนและทุกระดับมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและผลักดันในการพัฒนาองค์กร ในการสร้างวิสัยทัศน์สร้างความเข้าใจ สร้างความคิดอย่างเป็นระบบ สร้างวินัยในการพัฒนาตนเอง สร้างการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม และพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง

2) ระบบพี่เลี้ยง สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดพะเยา มีแนวคิดการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการในสังกัดในรูปแบบของการเป็นพี่เลี้ยงมากกว่าแนวคิดของระบบสั่งการแบบแนวดิ่ง กิตติศักดิ์ แก้วบุตรดีและอัจฉรา กิจเดช¹⁰ ได้กล่าวไว้ว่า พี่เลี้ยง คือ ผู้ให้คำปรึกษาในหน่วยงานซึ่งมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์เข้ามาทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงเพื่อเพิ่มทักษะและความสามารถให้น้องเลี้ยงในการปฏิบัติงาน หรือแม้กระทั่งการปรับตัวให้เข้า

กับงานในความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการสร้างพื้นฐานความมั่นคง และยั่งยืนให้กับองค์กร

3) บุคลากร นับเป็นปัจจัยสำคัญใน

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานภายในองค์กร ให้บรรลุเป้าหมาย ส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กร ดังการศึกษาของสุปัญญา สนทรนนธ์¹¹ ที่พบว่า บุคลากรในองค์กรมีความรู้ความสามารถและมีความรับผิดชอบ ส่งผลต่อปัจจัยความสำเร็จขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รางวัลการบริหารจัดการที่ดี

4) การบูรณาการการดำเนินงาน

ร่วมกับภาคีเครือข่าย การบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย ส่งผลให้เกิดกระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมและลดปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ ดังการศึกษาของ นววรรณ รัตสุข¹² ที่พบว่า การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน เป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญในการร่วมกันขับเคลื่อนการจัดการขยะในชุมชนให้เป็นอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital จังหวัดพะเยาที่นำแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA มาพัฒนาร่วมกับการวิเคราะห์ SIX Auditing Blocks (SAB) และ Program Evaluation Review Technics (PERT) และแนวคิดการนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง, ระบบพี่เลี้ยง, การบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเป็นรูปแบบในการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital หากนำไปพัฒนากระบวนการดำเนินงาน

ด้านอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงควรมีการศึกษวิจัยเพิ่มเติม

2. ควรพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานเครือข่ายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย

3. ควรพัฒนาการดำเนินงาน รพ.สต. GREEN and CLEAN ในจังหวัดพะเยาให้ครอบคลุมทุกแห่ง

4. ควรส่งเสริมสนับสนุน บุคลากรในการพัฒนาทักษะความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยและนวัตกรรมด้าน GREEN and CLEAN Hospital อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 กรุงเทพมหานคร: ศูนย์บริการวิชาการมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560
2. กรมอนามัย. แนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2564. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. ญัตติณพัชร อ่อนตาม. เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย, ปีที่ 1; ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2562): 39 – 46.

5. ภาณุพันธ์ ไพฑูรย์. ปัจจัยความสำเร็จการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดตามเขตอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, ปีที่ 6; ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2563: 168-77.
6. อัลดา กุลาสาและ ธัชชัย จิตรนนท์.การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษา กาฬสินธุ์ เขต 2. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, ปีที่ 7; ฉบับที่ 6 เดือนมิถุนายน 2563: 145-55.
7. น้ำทิพย์ จงศิริและวัชรพงษ์ แสนใจยา. การพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่, ปีที่ 29 ; ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564: 66-79.
8. สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง. ปรับ-น่าน-เปลี่ยน ตอนที่ 3-1 จากแผนชุมชนสู่ชุมชนปลอดภัย (Zero waste). [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <https://www.hrdi.or.th/Articles/Detail/101>
9. นฤมล จิตรเอื้อ,เฉลิมชัย กิตติศักดิ์นาวิน, และ นลินธัฐ ดีสวัสดิ์. บทบาทภาวะผู้นำในการพัฒนาองค์กรสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, Silpakorn University, ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ: ปีที่ 10 ;ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2560 :1738-54.
10. กิตติศักดิ์ แก้วบุตรดีและ อัจฉรา กิจเดช. พัฒนาการด้วยระบบพี่เลี้ยง (มีอาชีพ). วารสาร Mahidol R2R e-Journal, ปีที่ 5; ฉบับที่ 1, 2561:1-8.

11. สุปัญญา สุนทรนนท์. ปัจจัยความสำเร็จขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รางวัลการบริหารจัดการที่ดี : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลโพสะ จังหวัดอ่างทอง. วารสารมหาจุฬานาครทรรณ, ปีที่ 9 ; ฉบับที่ 5 เดือน พฤษภาคม 2565 : 373 - 87.
12. นภวรรณ รัตสุข. การจัดการขยะแบบบูรณาการในชุมชน. วารสาร Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี , ปีที่ 3; ฉบับที่ 5 เดือนกันยายน-ตุลาคม 2559: 260-73.

สถานการณ์ ฟันตกกระ สาเหตุ ปัจจัย และแนวทางแก้ไข

The Situation of Dental Fluorosis, Causes Factors and Solutions

รังสิมันต์ ฝากมิตร¹, วราภรณ์ บุญเชียง², อารีรัตน์ นิรันดร์สิทธิรัชต์³, ณภัทร เกียรติไชยากร⁴Rangsiman Fakmit¹, Werapon Boonchieng², Areerat Nirunsitthirat³, Napat Kietchaiyakorn⁴โรงพยาบาลบ่อเกลือ¹, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่², คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³,
โรงเรียนปรินส์รอยแยลส์ วิทยาลัย จังหวัดเชียงใหม่⁴Bo Kluea Hospital¹, Faculty of Public Health Chiang Mai University², Faculty of Dentistry Chiang Mai
University³, Prince Royal's College Chiang Mai⁴¹Corresponding author, E-mail: rangsimanfakmit@gmail.com

(Revised: October 6, 2022; Revised: October 17, 2022; Accepted: October 20, 2022)

บทคัดย่อ

ฟันตกกระ เป็นความผิดปกติของชั้นเคลือบฟัน พบมากโดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน สาเหตุเกิดจากการที่ร่างกายได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณมาก ในช่วงที่เกิดกระบวนการสร้างเคลือบฟัน ส่งผลให้ชั้นเคลือบฟันเกิดการสะสมแร่ธาตุน้อยลงและเกิดรูพรุนขึ้น

ฟันตกกระเป็นโรคประจำถิ่น สามารถพบได้ในหลายพื้นที่ของโลกรวมถึงประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่พบได้ในบริเวณเชิงเขาของภูเขาสูงและพื้นที่ในบริเวณที่อดีตเคยเป็นทะเลมาก่อน ในประเทศไทยพบมากในภาคเหนือ ปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุของฟันตกกระคือการบริโภคน้ำจากแหล่งน้ำที่มีปริมาณฟลูออไรด์สูงมากกว่า 0.7 ppm หรือ 0.7 มิลลิกรัมต่อลิตร และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ การได้รับฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงในกระแสน้ำของมารดาระหว่างการตั้งครรภ์สู่ทารกในครรภ์

ฟันตกกระสามารถป้องกันได้โดยไม่บริโภคน้ำที่มีฟลูออไรด์สูง เลือกใช้น้ำจากแหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์ต่ำ เช่น น้ำฝน น้ำผิวดิน น้ำบริโภคบรรจุขวดและน้ำกรองแบบรีเวอร์สออสโมซิส ในระดับพื้นที่หรือประเทศ อาจใช้นโยบายควบคุมปริมาณฟลูออไรด์ที่ได้รับจากแหล่งน้ำที่ใช้อุปโภคและบริโภค นอกจากนี้การควบคุมปริมาณการบริโภคฟลูออไรด์เป็นส่วนผสมสำหรับเด็กช่วงอายุต่าง ๆ ก็เป็นเรื่องสำคัญอีกด้วย

คำสำคัญ: ฟันตกกระ ฟลูออไรด์ การแก้ไขฟันตกกระ

ABSTRACT

Dental fluorosis is an abnormality of the tooth enamel, mostly found in school-aged children. The cause of Dental fluorosis is when the body is exposed to large amount of fluoride during the process of enamel formation, leading to enamel with lower mineral substance and greater porosity

Dental fluorosis is an endemic disease that could be found in many parts of the world including Thailand. The main factor of Dental fluorosis is the consumption of high fluoride concentration more than

0.7 ppm or 0.7 milligrams per liter in water and other related factor is the exposure to high concentrations of fluoride from mother to the fetus during pregnancy.

Dental fluorosis can be prevented by the refraining of high fluoride water intake. The low fluoride level waters such as rain water, surface water, bottled water and reverse osmosis filtered water are chosen as drinking water. Health policy should be an issue of the regulations to control the fluoride in water supply for use and consumption. In addition, the limitation control of fluoride toothpaste is important for children at different ages.

Keywords: Dental Fluorosis, Fluoride, Dental Fluorosis solutions

บทนำ

ฟันตกกระ (Dental fluorosis) คือความผิดปกติของชั้นเคลือบฟัน เกิดจากการที่ร่างกายได้รับฟลูออไรด์ปริมาณสูง ในขณะที่เกิดกระบวนการสร้างเคลือบฟัน โดยมีการตรวจพบได้โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน ส่งผลต่อโครงสร้างองค์ประกอบของ แร่ธาตุในเคลือบฟันเปลี่ยนไป เกิดลักษณะฟันที่ผิวที่เป็นรูพรุนบริเวณใต้ชั้นเคลือบฟันมากขึ้น และทำให้เคลือบฟันมีความแข็งแรงลดลง¹ ลักษณะของฟันตกกระเป็นรอยโรคสีขาวขุ่น ทึบแสงพาดขวางตัวฟัน ไปจนถึงลักษณะเป็นหลุมบนผิวเคลือบฟัน หรือผิวเคลือบฟันแตกออกไปจนมีการติดสีเหลืองและน้ำตาล มักพบรอยโรคบริเวณผิวฟันด้านแก้มบริเวณปลายตัดลงมาทางคอฟัน ซึ่งฟันตกกระมีระดับความรุนแรง แบ่งตามดัชนีของดีน (Dean's Index) จากการตรวจสอบสุขภาพฟันแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

1) ระดับสงสัย (Questionable) คือ พบมีการเปลี่ยนแปลงความโปร่งแสงในเคลือบฟันเล็กน้อย มีจุดสีขาวเล็ก ๆ

2) ระดับน้อยมาก (Very mild) คือ พบจุดสีขาวเล็ก ๆ กระจายอยู่ทั่วฟัน แต่ไม่เกินร้อยละ 25 ของผิวฟันทั้งหมด หรืออาจพบเส้นสีขาวขนาด

1 - 2 มิลลิเมตร ที่ปลายยอดฟันของฟันกรามน้อยหรือฟันกราม

3) ระดับน้อย (Mild) คือ พบลักษณะฟันสีขาวขุ่นในเคลือบฟัน กระจายทั่วไปแต่ไม่เกินร้อยละ 50 ของผิวฟันทั้งหมด

4) ระดับปานกลาง (Moderate) คือ พบความผิดปกติของผิวฟันทั้งหมด มีการสีของผิวฟัน พบการติดสีเหลืองน้ำตาลบนผิวฟัน

5) ระดับรุนแรง (Severe) คือ พบความผิดปกติทั่วทั้งผิวฟัน ผิวฟันมีลักษณะขรุขระชัดเจน และมีการติดสีน้ำตาลเป็นบริเวณกว้าง

ฟันตกกระส่งผลกระทบต่อความแข็งแรง ประสิทธิภาพการใช้งาน การเกิดฟันผุและความสวยงามของฟัน ซึ่งปัญหาด้านความสวยงามเป็นปัญหาหลักของฟันตกกระ ส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพในแต่ละบุคคล ต่อสุขภาพจิตและการเข้าสังคมของผู้ที่มีฟันตกกระเป็นอย่างมาก

เนื้อหาและสาระสำคัญ

สถานการณ์ฟันตกกระ

ประเทศไทยมีการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติซึ่งรวมถึงการสำรวจสภาวะฟันตกกระ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560

การสำรวจสถานะพื้ตกกระระดับประเทศพบพื้ตก
ปกติร้อยละ 97.7 ระดับสงสัยร้อยละ 1.8 ระดับ
น้อยมากร้อยละ 0.3 ระดับน้อยร้อยละ 0.1 ระดับ
ปานกลางร้อยละ 0.1 แต่ไม่พบพื้ตกกระในระดับ
รุนแรง ส่วนการสำรวจสถานะพื้ตกกระในเขต
ภาคเหนือ โดยเก็บข้อมูลจากจังหวัดเชียงใหม่และ
จังหวัดแพร่ พบพื้ตกปกติร้อยละ 95.2 ระดับสงสัย
ร้อยละ 3.7 ระดับน้อย ร้อยละ 0.1 และระดับปาน
กลาง ร้อยละ 0.1 แต่ไม่พบพื้ตกกระในระดับ
รุนแรง และการสำรวจปริมาณฟลูออไรด์ในแหล่ง
น้ำในประเทศ พบระดับปริมาณฟลูออไรด์เกิน
มาตรฐาน (มากกว่า 0.7 มิลลิกรัม/ลิตร) ใน
น้ำประปาในหลายจังหวัด เช่น จ.แพร่ ณ หมู่ 5
บ้านเหล่า ต.นาจักร อ.เมือง 0.05-3.36 มิลลิกรัม/
ลิตร จ.นครนายก ณ ศูนย์พัฒนา เด็กเล็กวัดวังยาย
ฉิม ต.หินตั้ง อ.เมือง 0.05-1.10 มิลลิกรัม/ลิตร,
จ.สมุทรสาคร ณ โรงเรียนเทศบาล วัดดอนไก่ดี
ต.ตลาด อ.กระทุ่มแบน 0.06-1.05 มิลลิกรัม/ลิตร,
จ.สงขลา ณ โรงเรียนบ้านเขาพระ ต.เขาพระ
อ.รัตภูมิ 0.05-3.64 มิลลิกรัม/ลิตร และพบระดับ
ปริมาณฟลูออไรด์เกินมาตรฐานในน้ำบาดาล
ใน จ.กระบี่ 0.04-0.82 มิลลิกรัม/ลิตร ณ โรงเรียน
พนมเบญจา ต.เขาพนม อ. อ่าวลึก 0.04-0.82
มิลลิกรัม/ลิตร² จากรายงานผลการสำรวจสถานะ
สุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 7 ประเทศไทยในปี
พ.ศ. 2555 ในการสำรวจสถานะพื้ตกกระ
ระดับประเทศพบว่า พบพื้ตกปกติร้อยละ 90.8
ระดับสงสัยร้อยละ 7.1 ระดับน้อยมาก ร้อยละ 1.5
ระดับน้อย ร้อยละ 0.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ
0.2 แต่ไม่พบพื้ตกกระในระดับรุนแรง ส่วนการ
สำรวจสถานะพื้ตกกระในภาคเหนือโดยเก็บ
ข้อมูลจาก จังหวัดเชียงรายและจังหวัดลำพูน
พบพื้ตกปกติ ร้อยละ 87.0 ระดับสงสัย ร้อยละ 7.1

ระดับมาก ร้อยละ 1.5 ระดับน้อย ร้อยละ 0.3
ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.2 แต่ไม่พบพื้ตกกระ
ในระดับรุนแรง และการสำรวจปริมาณฟลูออไรด์
ในแหล่งน้ำในประเทศ พบตัวอย่างน้ำที่มีฟลูออไรด์
เกินมาตรฐานใน 2 จังหวัด ได้แก่ จ.ลำพูน ณ
โรงเรียนโบบุญป่าซาง และประปาหมู่ 2 ต.ป่าซาง
อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 1.91 และ 2.70 มิลลิกรัม/ลิตร
ตามลำดับ และ จ.ระนอง โรงเรียนบ้านบางเบน
อ.กะเปอร์ จ.ระนอง ฟลูออไรด์ 0.87 มิลลิกรัม/
ลิตร³ และจากรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพ
ช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 6 ประเทศไทย ในปี พ.ศ.
2549-2550 การสำรวจสถานะพื้ตกกระ
ระดับประเทศ พบพื้ตกปกติร้อยละ 94.21 ระดับ
สงสัยร้อยละ 3.19 ระดับน้อยมากร้อยละ 1.24
ระดับน้อยร้อยละ 0.37 ระดับปานกลาง ร้อยละ
0.09 และระดับรุนแรงร้อยละ 0.02 ส่วนการ
สำรวจสถานะพื้ตกกระในภาคเหนือ พบพื้ตก
ปกติ ร้อยละ 86.7 ระดับสงสัย 6.9 ระดับมาก 3.2
ระดับน้อย 1.6 ระดับปานกลาง 0.5 แต่ไม่พบพื้
ตกกระในระดับรุนแรง 16 จังหวัด ได้แก่
กรุงเทพมหานคร พะเยา อุดรดิตถ์ ลำพูน อุทัยธานี
สุพรรณบุรี นครนายกสมุทรสงคราม ตราด
หนองบัวลำภู มุกดาหาร ชัยภูมิ ศรีสะเกษ ระนอง
นครศรีธรรมราช ตรัง และสตูล⁴ อย่างไรก็ตาม
พบว่าจากรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่อง
ปากแห่งชาติแต่ละครั้งที่ผ่านมา พบว่าภาคเหนือมี
ความชุกของพื้ตกกระสูงกว่าภาคอื่น ๆ ของ
ประเทศไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ Mcgrady
และคณะ ได้กล่าวว่าในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบน
ของประเทศไทย มีสายแร่ฟลูออไรด์พาดผ่านมา
ตามแนวใต้ผิวดิน ทำให้เกิดการปนเปื้อนของ
ฟลูออไรด์ลงในแหล่งน้ำในปริมาณที่สูงกว่า
มาตรฐาน ทั้งน้ำใต้ดินและน้ำบนผิวดิน⁵ เมื่อ

ประชาชนบริโภคแหล่งน้ำตามธรรมชาติเหล่านี้ จึงได้รับผลกระทบจากปริมาณฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำในระดับที่สูงกว่ามาตรฐานจนก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้

นอกจากนี้ยังมีรายงานสำรวจความชุกสภาวะฟันตกกระในพื้นต่าง ๆ ของประเทศไทย พบว่าการเกิดฟันตกกระสัมพันธ์กับการบริโภคน้ำจากแหล่งน้ำที่มีปริมาณฟลูออไรด์สูง โดยสัมพันธ์กับการพบฟันตกกระในฟันแท้ 4 ซี่หน้า เช่น การศึกษาของ Siriruk Nakornchai และคณะ ศึกษาความชุกฟันตกกระของฟันกรามแท้ซี่กลางบน ในกลุ่มเด็กอายุ 8 - 10 ปี จำนวน 707 คน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบฟันตกกระร้อยละ 18.4 โดยแบ่งเป็นระดับน้อยมากร้อยละ 16.1 และระดับน้อยร้อยละ 2.3 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดฟันตกกระ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว และประวัติการใช้ฟลูออไรด์เสริม⁶ และการศึกษาของชนิษฐา อุปการ และทิพยาภรณ์ มาลา ศึกษาความชุกฟันตกกระของฟันและพฤติกรรมการบริโภคน้ำในครัวเรือนในกลุ่มเด็กชั้นประถมศึกษา ในปี 2558 จำนวน 403 คน ในพื้นที่ ต.สะพานไม้แก่น อ.จะนะ จ.สงขลา พบฟันตกกระร้อยละ 26.3 โดยแบ่งเป็นระดับสงสัยหรือน้อยมากร้อยละ 69.8 ระดับน้อยร้อยละ 17.9 และระดับปานกลางหรือรุนแรงร้อยละ 12.3 และพฤติกรรมการบริโภคน้ำในครัวเรือน โดยใช้น้ำจากน้ำประปาและน้ำบาดาล ซึ่งเป็นแหล่งน้ำที่พบว่ามีฟลูออไรด์ปริมาณสูงเกินกว่า 0.7 ppm ของตำบลสะพานไม้แก่น และแหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์ต่ำ เช่น น้ำจากบ่อน้ำตื้น น้ำฝน น้ำดื่มบรรจุขวด น้ำจากแม่น้ำและธารน้ำ ผลการศึกษาพบว่าประชาชนมีแนวโน้มใช้น้ำจากแหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์ต่ำมากกว่า ส่วนพฤติกรรม

การใช้น้ำในการบริโภคในครัวเรือนยังมีการใช้เพื่อดื่ม หุงข้าวหรือประกอบอาหาร และขงนม⁷

ฟันตกกระเป็นโรคประจำถิ่นสามารถพบได้ในหลายพื้นที่ของโลก มีอุบัติการณ์และความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน⁸ การเกิดฟันตกกระสัมพันธ์กับปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำ ที่มีแหล่งกำเนิดมาจากทางธรณีวิทยา แหล่งน้ำที่มีปริมาณฟลูออไรด์สูงส่วนใหญ่พบในได้บริเวณเชิงเขาของภูเขาสูงและพื้นที่ในบริเวณที่อดีตเคยเป็นทะเลมาก่อน โดยมีการทับถมทางธรณีวิทยา กักเก็บ แร่ธาตุไว้ในชั้นดิน เกิดสายแร่ฟลูออไรด์ที่พาดผ่านในบริเวณพื้นที่เหล่านั้น เช่น สายแร่ฟลูออไรด์ที่ทอดยาวผ่านประเทศซีเรีย จอร์แดน อียิปต์ ลิเบีย แอลจีเรีย ชูดานและเคนยา อีกสายหนึ่งที่ทอดยาวผ่านประเทศตุรกี อิรัก อิหร่าน อัฟกานิสถาน อินเดีย ภาคเหนือของไทยและจีน และมีรายงานการพบสายแร่ฟลูออไรด์ในบางพื้นที่ในสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่น ดังนั้นในพื้นที่เหล่านี้จึงมีรายงานอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดฟันตกกระมากกว่าพื้นที่อื่น ๆ ของโลก⁹

ในประเทศไทย อ้างอิงจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549 - 2550 ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 และครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 การสำรวจสภาวะฟันตกกระในเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ระดับประเทศ พบความชุกของฟันตกกระร้อยละ 5.79 10.2 และ 2.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบความรุนแรงของฟันตกกระในระดับสงสัย ส่วนข้อมูลในระดับภาคอ้างอิงจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549 - 2550 ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 และครั้งที่

8 พ.ศ.2560 ในการสำรวจสถานะฟันตกกระในเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีเช่นเดียวกัน พบว่ามีฟันตกกระกระจายอยู่ในทุกภาคของประเทศไทย โดยภาคเหนือพบความชุกของฟันตกกระมากที่สุด ร้อยละ 13.3 13 และ 4.8 ตามลำดับ โดยพบความรุนแรงของฟันตกกระในระดับสงสัยเป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกันผลสำรวจระดับประเทศ และข้อมูลการสำรวจแหล่งน้ำที่มีปริมาณฟลูออไรด์สูงเกินมาตรฐาน พบว่าพื้นที่ในภาคเหนือพบแหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์เกินมาตรฐานหลายจุดเมื่อเทียบกับทุกภาค²⁻⁴

เนื่องจากฟันตกกระเป็นโรคประจำถิ่น ที่พบเฉพาะในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์สูง จึงพบว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในระดับประเทศจึงค่อนข้างต่ำกว่าในพื้นที่ที่พบปัญหาจริง จากการสุ่มพื้นที่ลงตรวจเก็บข้อมูล โดยมีตัวอย่างเปรียบเทียบจากข้อมูลทางสถิติจากการสำรวจความชุกของฟันตกกระจำแนกตามจังหวัดและระดับความรุนแรง ตัวอย่างเช่น การสำรวจของศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย พ.ศ. 2563 มีการสุ่มตรวจฟันตกกระในกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 จำนวน 925 คน ใน 5 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงของการมีปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำสูง ได้แก่ จ.เชียงใหม่ จ.ลำพูน จ.ลำปาง จ.พะเยาและ จ.แม่ฮ่องสอน จำนวน 925 คน พบนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีฟันตกกระร้อยละ 22.3 โดยแบ่งเป็น ฟันตกกระในระดับสงสัยร้อยละ 39 ระดับน้อยมากร้อยละ 17 ระดับน้อยร้อยละ 12 ระดับปานกลางร้อยละ 13 และระดับรุนแรงร้อยละ 19 การสำรวจของศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย พ.ศ. 2559 - 2561 พบว่า จ.ลำพูน จ.ลำปาง จ.เชียงใหม่ และ จ.พะเยา มีความชุกของการเกิดฟันตกกระมาก

ที่สุดร้อยละ 41.1 38.9 15.3 และ 9.2 ตามลำดับการศึกษาของ นิภาพรณ โอศิริพรรณ ความชุกของฟันตกกระจำแนกตามปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำที่บริโภคในพื้นที่ อ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่ และ อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน พบว่าในน้ำที่มีปริมาณฟลูออไรด์เกิน 0.7 มิลลิกรัมต่อลิตร สัมพันธ์กับความชุกในการเกิดฟันตกกระ (ไม่รวมฟันตกกระระดับสงสัย) มากถึงร้อยละ 71.74¹⁰ การศึกษาของ สุรางค์ หมั่นกันต์ พบความชุกของฟันตกกระในกลุ่มเด็กอายุ 11-13 ปี ในพื้นที่บ้านสันคะยอม ต.มะเขือแจ้ อ.เมือง จ.ลำพูน ร้อยละ 95.1¹¹ และมีรายงานการพบฟันตกกระในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ ในภาคทางตะวันตก¹² เช่น จ.กาญจนบุรี และ จ.เพชรบุรี และมีรายงานการพบฟันตกกระรุนแรงในหลายพื้นที่ในเขตภาคกลางและภาคใต้ เช่น จ.สุพรรณบุรี จ.นครปฐม และ จ.สงขลา เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าฟันตกกระเป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์สูง จึงไม่สามารถนำมาพิจารณาในภาพรวมของระดับประเทศได้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดฟันตกกระ

ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเกิดฟันตกกระ ได้แก่ ปริมาณฟลูออไรด์ที่เข้าสู่ร่างกาย ระยะเวลาที่ร่างกายได้รับฟลูออไรด์ และการได้รับฟลูออไรด์ ในขณะที่เกิดกระบวนการสร้างเคลือบฟัน¹³ และมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับฟันตกกระปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การศึกษาของ Siriruk Nakornchai และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดฟันตกกระในเด็กอายุ 8-10 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยพบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะฟันตกกระ ได้แก่ ประวัติการได้รับฟลูออไรด์เสริม⁶ ส่วน

การศึกษาของของ Mcgrady และคณะได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดฟันตกกระในเด็กอายุ 8 - 13 ปี ใน จ.เชียงใหม่ พบว่าการบริโภคน้ำดื่มที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์มากกว่า 0.9 ppm และการใช้น้ำที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์มากกว่า 1.6 ppm ในการประกอบอาหาร สัมพันธ์กับการเกิดฟันตกกระอย่างมีนัยสำคัญ⁵ ส่วนการศึกษาของ Ferreira และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดฟันตกกระของประชาชนในพื้นที่ชนบทในประเทศบราซิล พบว่าปริมาณความเข้มข้นของฟลูออไรด์และคาร์บอนเนตของน้ำในบ่อน้ำที่ใช้บริโภคมีอิทธิพลต่อการเกิดฟันตกกระ และพบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ในแง่ของความรุนแรงของฟันตกกระ¹⁴ อาจกล่าวได้ว่าปริมาณฟลูออไรด์ที่รับเข้าสู่ร่างกายในปริมาณมากส่งผลให้เกิดฟันตกกระ การรับฟลูออไรด์เข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่มาจากการ บริโภคน้ำที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์สูง หรือมาจากการได้รับฟลูออไรด์เสริมปริมาณมาก ทำให้ฟลูออไรด์เข้ามาสะสมในร่างกายโดยเฉพาะในช่วงเวลาที่เกิดกระบวนการสร้างเคลือบฟัน สำหรับความเสี่ยงต่อการเกิดฟันตกกระในฟันน้ำนม เกิดขึ้นในช่วงระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดาอายุครรภ์ประมาณ 6 เดือน ในฟันแท้ เกิดในช่วงเด็กอายุระหว่าง 15 ถึง 30 เดือน หรือ 1 ถึง 3 ปี เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เกิดกระบวนการสร้างเคลือบฟัน¹⁵

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าฟันตกกระมีสาเหตุมาจากการได้รับฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเข้าสู่ร่างกายอย่างต่อเนื่อง ในช่วงระหว่างการสร้างเคลือบฟัน ส่งผลให้มีการสะสมแร่ธาตุน้อยลงและเกิดรูพรุนในชั้นใต้ผิวเคลือบฟัน โดยปัจจัยหลักของความรุนแรงในฟันตกกระมีอยู่สามปัจจัย คือ 1) ปริมาณฟลูออไรด์ที่เข้าสู่ร่างกาย

2) ระยะเวลาที่ร่างกายได้รับฟลูออไรด์และ
3) ช่วงเวลาที่ได้รับฟลูออไรด์ในขณะที่เกิดกระบวนการสร้างเคลือบฟัน ปัจจัยรอง เช่น การตอบสนองของร่างกายต่อฟลูออไรด์ของแต่ละบุคคล น้ำหนักตัว ภาวะโภชนาการ และการเจริญเติบโตของกระดูก ส่วนแหล่งที่มาของฟลูออไรด์ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันตกกระได้แก่ น้ำดื่มที่มีฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูง ฟลูออไรด์เสริมโดยเฉพาะยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ฟลูออไรด์เฉพาะที่ และอาหารเสริมสำหรับเด็ก¹⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดฟันตกกระ การศึกษาของ Nakornchai และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดฟันตกกระในเด็กอายุ 8 - 10 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดฟันตกกระในการศึกษานี้มีอยู่สองปัจจัย ได้แก่ ฐานะของครอบครัว และประวัติการได้รับฟลูออไรด์ แต่ไม่ควรละเลยปัจจัยเหล่านี้หากพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงร่วมในการเกิดฟันตกกระ⁶ และการศึกษาของ Mascarenhas พบว่า มี 4 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดฟันตกกระ ได้แก่ น้ำดื่มที่มีฟลูออไรด์ การใช้ฟลูออไรด์เสริม การใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบและนมผงสำหรับทารก¹⁶

ดังนั้นอาจจะสรุปได้ว่าการบริโภคน้ำดื่มที่มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์สูง จะสัมพันธ์กับการเกิดฟันตกกระมากที่สุด ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น งานวิจัยต่าง ๆ ก็ได้แสดงความสัมพันธ์กับการเกิดฟันตกกระไว้ ดังนั้นจึงไม่ควรละเลยการพิจารณาปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดฟันตกกระด้วย

ความเสี่ยงต่อการเกิดฟันน้ำนมตกกระสามารถเกิดขึ้นได้ ในระยะตั้งครรภ์ประมาณ 6 เดือน ขณะที่มีการสร้างฟันน้ำนม ในขั้นตอนของ

การสะสมแร่ธาตุ เนื่องจากฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงในกระแสเลือดของมารดาสามารถผ่านรกไปสู่เด็กในครรภ์ได้¹⁷ ส่วนความเสี่ยงต่อการเกิดฟันตกรรในฟันแท้ เกิดในเด็กช่วงอายุระหว่าง 15 ถึง 30 เดือน หรือในช่วงอายุประมาณ 1 ถึง 3 ปี เพราะเป็นช่วงของการสร้างฟันแท้ โดยเฉพาะในขั้นตอนของการสะสมแร่ธาตุ ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของการได้รับฟลูออไรด์เข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่เหมาะสม¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Burt ในปี 1992 ได้รายงานว่าการรับฟลูออไรด์เข้าสู่ร่างกายในระดับที่ปลอดภัยสำหรับการบริโภคต่อวัน คือ 0.05-0.07 มิลลิกรัมฟลูออไรด์/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน หากได้รับฟลูออไรด์เกินในปริมาณที่สูงกว่าระดับนี้จะมีผลเสี่ยงต่อการได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณมากแบบเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดโรคฟันตกรรอย่างชัดเจน¹⁸

การศึกษาของ Thylstrup และ Fejerskov ได้รายงานว่าการฟันหลังมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันตกรรได้รุนแรงกว่าฟันหน้า ฟันตกรรสามารถพบได้ทั้งขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง โดยฟันกรามน้อยและฟันกรามบน มักจะพบฟันตกรรบริเวณด้านเพดานปาก (palatal surface) ส่วนฟันกรามน้อยและฟันกรามล่างมักจะพบฟันตกรรบริเวณด้านแก้ม (buccal surface) และในฟันหน้าทั้งบนและล่างมักพบบริเวณด้านแก้มเช่นกัน⁽¹⁷⁾

แนวทางการแก้ไขฟันตกรร

การป้องกันการเกิดฟันตกรรในระดับชุมชน จะใช้นโยบายสำหรับการเข้าไปควบคุมปริมาณฟลูออไรด์ที่ได้รับจากแหล่งน้ำที่ใช้อุปโภคและบริโภค โดยการเก็บตัวอย่างน้ำในแหล่งต่าง ๆ หรือน้ำที่ใช้อุปโภคบริโภคใน ไปตรวจวิเคราะห์หาปริมาณฟลูออไรด์ ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายไม่มากนัก การ

ตรวจเพื่อให้ทราบปริมาณฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำจะช่วยวางแผนและป้องกันการเกิดฟันตกรรในชุมชนได้ อีกทั้งยังมีนโยบายให้ประชาชนเลือกใช้ น้ำจากแหล่งน้ำที่มีฟลูออไรด์ต่ำ เช่น น้ำฝน น้ำผิวดิน หรือบริโภคน้ำบรรจุขวด¹² หรือการติดตั้งกรองน้ำแบบรีเวิร์สออสโมซิส (Reverse Osmosis) ให้แก่ชุมชน โดยปริมาณการรับฟลูออไรด์เข้าสู่ร่างกายในระดับที่ปลอดภัยสำหรับการบริโภคน้ำต่อวันของกรมอนามัยไม่ควรเกิน 0.7 มิลลิกรัม/ลิตร หากได้รับเกินระดับนี้จะมีผลเสี่ยงต่อการได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณมากแบบเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดฟันตกรรอย่างชัดเจน

การรักษาฟันตกรร พิจารณาวางแผนการรักษาตามระดับความรุนแรง และควรคำนึงถึงความสวยงามของฟันภายหลังรักษา¹⁹ ในฟันตกรรระดับน้อยหรือไม่รุนแรง ใช้วิธีการรักษาแบบไมโครอะเบรชัน (microabrasion) คือการขัดเอาเฉพาะส่วนผิวฟันส่วนบนที่มีสีขาวขุ่นออกไป ร่วมกับการฟอกสีฟันเพื่อปรับให้ฟันมีสีใกล้เคียงกันหรือพบว่าการติดคราบสีบนผิวเคลือบฟัน^{20,21} และมีการใช้สารเคมีบางอย่าง เช่น โซเดียมฟลูออไรด์ หรือ CPP - ACP ทาลงบนผิวฟันเพื่อส่งเสริมการดูดกลับของแร่ธาตุ (remineralization of enamel) คินสู่เคลือบฟัน ซึ่งช่วยให้รอยขาวขุ่นน้อยลงได้²² ส่วนฟันตกรรในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง จะไม่สามารถใช้วิธีการรักษาแบบข้างต้นได้ จะเริ่มพิจารณาวางแผนการรักษา โดยเริ่มมีการกรอเนื้อฟัน การบูรณะฟันด้วยวัสดุอุดสีเหมือนฟัน การทำเคลือบฟันเทียมหรือ วีเนียร์ veneer หากเกิดการสูญเสียชั้นเคลือบฟันในบริเวณกว้างหรือชั้นเคลือบฟันมีความอ่อนแอมาก ควรได้รับการบูรณะด้วยการทำครอบฟัน ไปจนถึงการบูรณะฟันทั่วช่องปาก²³ และผู้ปกครองควรมีส่วน

ร่วมในการควบคุมปริมาณฟลูออไรด์ที่เข้าสู่ร่างกาย เด็กจนถึงอายุ 7 ปี²⁰ วิธีการเหล่านี้เป็นวิธีการแก้ไข ปัญหาที่ปลายเหตุ โดยฟันภายในช่องปากไม่สามารถเปลี่ยนแปลงกลับมาเป็นฟันปกติได้

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าฟันตกกระมีสาเหตุหลักมาจากการได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณมากเข้าสู่ร่างกาย ในระยะที่มีการสร้างเคลือบฟัน สามารถเกิดได้ทั้งในฟันแท้และฟันน้ำนม โดยความรุนแรงของฟันตกกระขึ้นอยู่กับระดับฟลูออไรด์ที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย ฟันตกกระส่งผลกระทบต่อความสวยงามของฟันเด็กที่มีปัญหาฟันตกกระระดับรุนแรง มักจะมีปัญหาขาดความมั่นใจและส่งผลต่อบุคลิกภาพ การป้องกันการเกิดฟันตกกระในชุมชนสามารถทำได้ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย เช่น การตรวจวัดปริมาณฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำ เพื่อควบคุมปริมาณฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำที่ใช้บริโภค หรือการควบคุมปริมาณฟลูออไรด์จากแหล่งอื่นๆ ได้แก่ การควบคุมปริมาณการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กแต่ละช่วงอายุ เป็นต้น การศึกษาฟันตกกระในระดับชุมชนเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญเนื่องจากทำให้สามารถนำไปใช้ระบุตำแหน่งและขนาดของปัญหาในพื้นที่ เพื่อใช้ในการวางแผนป้องกันการเกิดฟันตกกระ โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Fejerskov O, Manji F, Baelum V. The nature and mechanisms of dental fluorosis in man. J Dent Res. 1990;69 Spec No:692-721.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2556.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2561.
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550. กรุงเทพฯ: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2551.
5. McGrady MG, Ellwood RP, Srisilapanan P, et al. Dental fluorosis in populations from Chiang Mai, Thailand with different fluoride exposures - paper 1: assessing fluorosis risk, predictors of fluorosis and the potential role of food preparation. BMC Oral Health. 2012;12:16.
6. Nakornchai S, Hopattaraput P, Vichayanrat T. Prevalence, Severity and Factors Associated with Dental Fluorosis among Children Aged 8-10 Years in Bangkok, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2016;47(5):1105-11.
7. ขนิษฐา อุปการ, ทิพยาภรณ์ มาลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะฟันตกกระในเด็กวัยเรียนกับพฤติกรรมการบริโภคน้ำในครอบครัวที่มีเด็กฟันตกกระของตำบลสะพานไม้แก่น อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 2560. 7(2).
8. Leverett D. Prevalence of dental fluorosis in fluoridated and nonfluoridated communities--a

- preliminary investigation. J Public Health Dent. 1986;46(4):184-7.
9. World Health Organization. [Internet]. Water Sanitation and Health: Water-related diseases – Fluorosis; 2021 [Cited 2021 Apr 4]. Available from <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health/burden-of-disease/other-diseases-and-risks/fluorosis>
10. นิภาพรณ โอศิริพันธุ์. การรับรู้สภาวะฟันตกระของประชาชนในตำบลดอยเต่า. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
11. สุรางค์ หมื่นกันท์. สภาวะฟันตกระและพฤติกรรมการป้องกันการได้รับฟลูออไรด์สูงจากน้ำบริโภคของประชาชนบ้านสันคะยอม ตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
12. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน; 2557. น้ำดื่มชุมชนฟลูออไรด์สูงเกินเหตุฟันตกระ. [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ค. 2565]; เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/26539-%20เหตุฟันตกระ.html>
13. Den Besten PK, Thariani H. Biological mechanisms of fluorosis and level and timing of systemic exposure to fluoride with respect to fluorosis. J Dent Res. 1992;71:1238-43.
14. Ferreira EF, Vargas AM, Castilho LS, et al. Factors associated to endemic dental fluorosis in Brazilian rural communities. Int J Environ Res Public Health. 2010;7(8):3115-28.
15. Abanto AJ, Rezende KM, Marochio SM, et al. Dental fluorosis: exposure, prevention and management. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009;14(2):E103-7.
16. Mascarenhas AK. Risk factors for dental fluorosis: a review of the recent literature. Pediatr Dent. 2000;22(4):269-77.
17. Thylstrup A, Fejerskov O. Clinical appearance of dental fluorosis in permanent teeth in relation to histologic changes. community Dent Oral Epidemiol. 1978; 6 (6): 315-28.
18. Burt BA. The changing patterns of systemic fluoride intake. J Dent Res. 1992;71(5):1228-37.
19. Alkhatib MN, Holt R, Bedi R. Aesthetically objectionable fluorosis in the United Kingdom. Br Dent J. 2004;197(6):325-8.
20. Cavaleiro JP, Girotto BD, Restrepo M, et al. Clinical aspects of dental fluorosis according to histological features: a Thylstrup Fejerskov Index review. CES odontol. 2017;30(1):41-50.
21. Pini NI, Sundfeld-Neto D, Aguiar FH, et al. Enamel microabrasion: An overview of clinical and scientific considerations. World J Clin Cases. 2015; 3(1):34-41.
22. Sundfeld RH, Sundfeld-Neto D, Machado LS, et al. Microabrasion in tooth enamel discoloration defects: three cases with long-term follow-ups. J Appl Oral Sci. 2014;22(4):347-54.
23. Sherwood IA. Fluorosis varied treatment options. J Conserv Dent. 2010;13(1): 47-53.

สถานการณ์การดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์
GREEN & CLEAN Hospital เขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2560-2564
The Situation of Environmental Health Development in Hospital Using GREEN
& CLEAN Hospital Criteria in Health Region 1: Fiscal Years 2017-2021

นิราช นอรัตน์¹, วิภู กฤษณรักษ์², นนธภัทร ชีระวรรณะสิริ³, อธิฐวรา สำแดงสุข⁴

Nirach Norrach¹, Wipoo Krisanuraks², Nonthaphat Theerawasttanasi³, Ithawara Samdangsuk⁴

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย

Health Promotion Center Region 1 Chiangmai

¹Corresponding author, E-mail: nirach179@gmail.com

(Revised: October 21, 2022; Revised: November 4, 2022; Accepted: November 9, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital และศึกษาปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 1 รูปแบบการศึกษาเป็นวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มเป้าหมายคือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 107 แห่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชน 89 แห่ง (ร้อยละ 83.18) โรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่ง (ร้อยละ 7.48) โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ 7 แห่ง (ร้อยละ 6.54) และโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง (ร้อยละ 2.8) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากผลการประเมินการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระหว่างปีงบประมาณ 2560-2564 และใช้ข้อมูลรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานปี 2560-2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ถึงกันยายน 2564 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการประเมินระดับพื้นฐานและระดับดีร้อยละ 100 ระดับดีมากร้อยละ 93.46 และระดับดีมาก Plus ขึ้นไปร้อยละ 70.09 จังหวัดที่สามารถยกระดับการพัฒนาตามเกณฑ์ได้ถึงระดับดีมาก Plus ร้อยละ 100 คือ จังหวัดแพร่ และจังหวัดลำปาง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกรายจังหวัดพบว่า มีบางจังหวัดไม่สามารถขับเคลื่อนให้ผ่านตามค่าเป้าหมายระดับดีมากขึ้นไปถึงร้อยละ 90 ได้คือ จังหวัดพะเยา ร้อยละ 85.71 และจังหวัดน่าน ร้อยละ 73.33

ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานที่พบในโรงพยาบาลบางจังหวัดที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากโรงพยาบาลมีศักยภาพในการขับเคลื่อนการพัฒนาที่แตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ บางแห่งมีข้อจำกัดด้านกำลังคนที่ไม่เพียงพอ บางแห่งงบประมาณสนับสนุนได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ บางแห่งมีอาคารสถานที่ที่มีข้อจำกัดในการปรับปรุงพัฒนา และบางแห่งมีการสื่อสารภายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนการดำเนินการ ส่งผลให้การยกระดับการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หลายโรงพยาบาลไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้น

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และระดับพื้นที่ ควรวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัจจัยที่ส่งผลกระทบและปัญหาอุปสรรคที่ส่งต่อการขับเคลื่อนโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital เพื่อปรับแนวทางและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานร่วมกัน เน้นการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชนและท้องถิ่น และมีการขยายผลการดำเนินงานสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นการยกระดับการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ให้มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน และสามารถรักษาคุณภาพการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล, GREEN & CLEAN Hospital, เขตสุขภาพที่ 1

ABSTRACT

The objectives of this research were to study the situation of environmental health development in hospitals according to the GREEN & CLEAN Hospital criteria and to study the problems and obstacles in the implementation of the Health Region 1. The study model was descriptive research. The target groups were 107 hospitals under the Ministry of Public Health in Health Region 1, 89 community hospitals (83.18 percent), 8 general hospitals (7.48 percent), 7 hospitals under the Department of Academic Affairs (6.54 percent), and Three central hospitals (2.8 percent). Collecting data using secondary data from the results of the environmental health development assessment in hospitals according to the GREEN & CLEAN Hospital criteria during the fiscal year 2017-2021 were used and the data from the government inspection report and the supervision of the year 2017-2020 were used. Data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that from the fiscal year 2017 to the present (September 2021), hospitals under the Ministry of Public Health Passed the assessment at the basic level and the good level of 100 percent, 93.46% at the very good level, and the very good level, plus 70.09 percent. The criteria reached a very good level, plus 100% were Phrae Province and Lampang Province. When analyzing the data by provinces, it was found that some provinces were unable to drive past the very good target value. 90% were obtained from Phayao Province 85.71% and Nan Province 73.33%.

Problems and obstacles of operations found in hospitals in some provinces that have not yet been able to achieve the specified goals. This is because the hospital has the potential to drive development that varies according to the context of the area. Some places have insufficient manpower constraints. In some places, the support budget is not allocated enough for management. Some places have buildings that have limitations for improvement. And some have insufficiently effective internal communication to drive operations. As a result, upgrading the development of hospitals according to the GREEN & CLEAN Hospital criteria, many hospitals failed to meet the standards. Therefore, the relevant organization at the central, regional, and local levels should analyze the operating results factors affecting problems, and obstacles affecting the drive of GREEN & CLEAN Hospital to adjust the guidelines and exchange knowledge in working together. Emphasis on participation with community and local network partners has expanded the operating results to sub-district health-promoting hospitals and local administrative organizations. To

enhance the operation of hospital development according to the GREEN & CLEAN Hospital criteria to have standardized environmental health management. This makes it possible to maintain the quality of operations continually.

Keywords: environmental health development, GREEN & CLEAN Hospital, Health Region 1

บทนำ

โรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการประชาชน ทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขที่มีบทบาทครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาพยาบาลการป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ในแต่ละวันจึงมีกิจกรรมเป็นจำนวนมากจากผู้มาใช้บริการรวมทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ที่ก่อให้เกิดของเสียหลากหลายประเภท เช่น เศษอาหารจากตักผู้ป่วย โรงอาหาร ร้านอาหาร สิ่งปฏิกูลที่เกิดจากการขับถ่าย จากส้วมหลัง ตลอดจนมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์ มีการใช้พลังงาน และการใช้สารเคมีในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้หากมีการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้มาใช้บริการ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อม และโรคจากการทำงาน เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายการปฏิบัติภายใต้ยุทธศาสตร์ ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence) กำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ภายใต้โครงการ GREEN & CLEAN Hospital เพื่อให้มีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ในปัจจุบันจากสถานการณ์การแพร่

ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงโรงพยาบาล เช่น การแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ การแพร่กระจายเชื้อจากมูลฝอยติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อจากน้ำเสียที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับได้ว่าการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักวิชาการนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง¹

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อประชาชนสุขภาพดี ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพจากการดำเนินกิจกรรมของสถานพยาบาล มุ่งเน้นการจัดการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าว กำหนดให้ปฏิบัติครอบคลุมโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย เป็นหน่วยงานภาครัฐภายใต้กระทรวงสาธารณสุขที่มีพื้นที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบไปด้วย 8 จังหวัด ในเขตภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยาแพร่ น่าน และ แม่ฮ่องสอน มีจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้นจำนวน 107 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์

3 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 89 แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการต่างๆ จำนวน 7 แห่ง โดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้มีการวางแผนบูรณาการการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 1 ภายใต้คลัสเตอร์อนามัยสิ่งแวดล้อม (ENV cluster) ซึ่งประกอบด้วย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 1 เชียงใหม่ (สคร.1) สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ (สบส.1) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทั้ง 8 จังหวัด

หน่วยงานที่รับผิดชอบได้ร่วมกันวางแผนและสนับสนุนให้มีการขับเคลื่อนโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ให้สามารถพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน ผ่านกิจกรรม GREEN ประกอบด้วย การจัดการมูลฝอยทุกประเภท (G: Garbage) การจัดการห้องส้วม (R: Restroom) การลดใช้พลังงาน (E: Energy) การจัดการสภาพแวดล้อม (E: Environment) และการสุขาภิบาลอาหาร (N: Nutrition) และใช้กลยุทธ์ CLEAN เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจ (C: Communication) การสร้างบทบาทนำเพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงาน (L: Leader) การดำเนินการที่เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ (E: Effectiveness) การสร้างกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกอย่างมีส่วนร่วม (A: Activity) และการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายชุมชนและท้องถิ่น (N: Network)¹ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่

เสริมสร้างกระบวนการให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในองค์กรมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผลักดันให้เกิดความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการขยายสู่ชุมชน รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการตอบโต้ความเสี่ยงของการแพร่ระบาดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หากโรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่ลดผลกระทบต่อสุขภาพจากกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล ส่งผลให้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง ทำให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีได้

จากการดำเนินงานตามโครงการฯ มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจำนวนทั้งสิ้น 107 แห่ง ที่ผ่านมามีการประเมิน นิเทศ ติดตามผลการดำเนินงาน แต่ไม่ได้มีการวิเคราะห์ให้เห็นสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ที่ชัดเจน และยังมีโรงพยาบาลหลายแห่งในบางจังหวัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่สามารถยกระดับการดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแต่ละปี โดยในปีงบประมาณ 2560 มีโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน จำนวน 12 แห่ง ปีงบประมาณ 2561 มีโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดี จำนวน 26 แห่ง ระดับดีมาก จำนวน 66 แห่ง ปีงบประมาณ 2562 มีโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดี จำนวน 10 แห่ง ระดับดีมาก จำนวน 30 แห่ง ปีงบประมาณ 2563 มีโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก จำนวน 17 แห่ง ระดับดีมาก Plus จำนวน 46 แห่ง และปีงบประมาณ 2564 มีโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก จำนวน 8 แห่ง ระดับ

ดีมาก Plus จำนวน 35 แห่ง หากไม่ได้รับการสนับสนุนและพัฒนา อาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสิ่งแวดล้อมและประชาชนในพื้นที่ได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ของเขตสุขภาพที่ 1 เพื่อเป็นแนวทางในการยกระดับการดำเนินโครงการสถานบริการสาธารณสุขมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ในระดับสูงสุดสามารถรักษาคุณภาพการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องแบบยั่งยืน ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานและเอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เขตสุขภาพที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2560-2564
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เขตสุขภาพที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2560-2564

รูปแบบการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา 1 มิถุนายน 2564 – 30 กันยายน 2564

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 1 ที่มี

การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital จำนวน 107 โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์การตรวจประเมินตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยการประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 2 กิจกรรม (GREEN และ CLEAN) รวมจำนวน 16¹ ข้อ โดยมีระดับของผลการประเมินดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน หมายถึง การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital รวมทุกประเด็นจำนวน 10 ข้อ

2. การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดี หมายถึง การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital รวมทุกประเด็นจำนวน 10 ข้อ และเพิ่มกิจกรรม GREEN 2 ข้อ คือ การพัฒนาส่วนอาคารผู้ป่วยในให้ได้มาตรฐาน HAS และการจัดการมูลฝอยได้ครบทุกประเภท รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ

3. การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก หมายถึง การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital รวมทุกประเด็นจำนวน 12 ข้อ และเพิ่มกิจกรรม GREEN อีก 2 ข้อ คือ เพิ่มกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN และการ

นำไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายการพัฒนากิจกรรม GREEN ลงสู่ชุมชน จนเกิดเป็น GREEN Community รวมทั้งสิ้น 14 ช้อ

4. การพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus หมายถึง การดำเนินงานพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital รวมทุกประเด็นจำนวน 14 ช้อ และเพิ่มกิจกรรม GREEN อีก 2 ช้อ คือ โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital) และโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป รวมทั้งสิ้น 16 ช้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำโครงการวิจัยเพื่อเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 25.1/2564 วันที่ 25 สิงหาคม 2564

2. ทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ของเขตสุขภาพที่ 1 ไปยังกลุ่มพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมเมืองและชุมชน สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย เพื่อขอใช้ข้อมูลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2564 นำข้อมูลนี้มารวบรวมเป็นข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เขตสุขภาพที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2560-2564 รวมทั้งขออนุญาตใช้ข้อมูลจากรายงาน

การตรวจราชการและนิเทศงานของปี 2560 ถึงปี 2563 จากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาข้อมูลรายงานการตรวจราชการของปี 2564 ยังต้องรอการตรวจทานให้สมบูรณ์)

3. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคำนวณค่าความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และผลการดำเนินงานพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 1 ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564 แยกรายจังหวัด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคำนวณค่าความถี่และร้อยละ

3. วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital แยกตามเกณฑ์ทั้ง 16 ประเด็น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2564 จากการลงพื้นที่ตรวจประเมินโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคำนวณค่าความถี่และร้อยละและนำมาวิเคราะห์และอภิปรายในประเด็นที่น่าสนใจ

4. วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามหลัก (Key risk area/ Key risk factor) จากผลการตรวจราชการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมเมืองและชุมชน สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ปีงบประมาณ 2560 ถึงปี 2564 และจาก

รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานของปี 2560 ถึงปี 2563 นำมาสรุปผลการศึกษาให้ครอบคลุมทั้งสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคได้ 4 ประเด็นดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ดำเนินงานตามเกณฑ์พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital ของเขตสุขภาพที่ 1 จำแนกประเภทโรงพยาบาลตามขนาดของรพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ลำดับ	จังหวัด	ประเภทโรงพยาบาล (N=107)				รวม (ร้อยละ)
		รพศ.	รพท.	รพช.	รพ.สังกัด กรมวิชาการ	
1	เชียงราย	1	0	17	0	18 (16.82)
2	พะเยา	0	2	5	0	7 (6.54)
3	แพร่	0	1	7	0	8 (7.48)
4	น่าน	0	1	14	0	15 (14.02)
5	เชียงใหม่	1	2	21	5	29 (27.10)
6	ลำพูน	0	1	7	0	8 (7.48)
7	ลำปาง	1	0	12	1	14 (13.08)
8	แม่ฮ่องสอน	0	1	6	1	8 (7.48)
รวม(ร้อยละ)		3(2.80)	8(7.48)	89(83.18)	6(6.54)	107(100)

จากตารางที่ 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 ที่ดำเนินงานตามเกณฑ์พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital จำนวนทั้งสิ้น 107 แห่ง โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 27.10 รองลงมาอยู่ในจังหวัดเชียงรายร้อยละ 16.82 จังหวัดน่านร้อยละ 14.02 จังหวัดลำปางร้อยละ 13.08 จังหวัดลำพูน จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดแพร่ร้อยละ 7.48 เท่ากัน และจังหวัดที่มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการน้อยที่สุดคือจังหวัดพะเยาคิดเป็นร้อยละ 6.54 เมื่อจัดกลุ่มประเภทโรงพยาบาลตามขนาดของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 83.18 รองลงมาเป็น

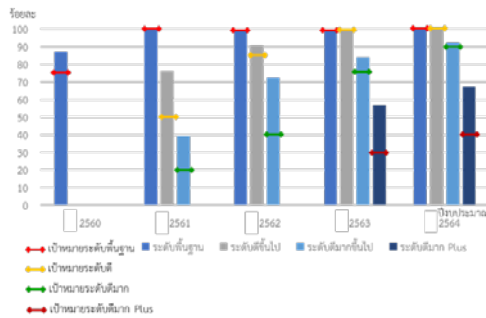
โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 7.48 โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการและโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 6.54 และร้อยละ 2.80

2. ข้อมูลผลการดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 1 ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564

นำเสนอเป็นแผนภูมิภาพรวมของผลการดำเนินงานแยกรายปี (แผนภูมิที่ 1) แผนภูมิแนวโน้มการพัฒนาสู่เป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดแยกรายปี (แผนภูมิที่ 2) และแผนภูมิการพัฒนาสู่เกณฑ์ที่กำหนดของปี 2564 แยกรายจังหวัด (แผนภูมิที่ 3)

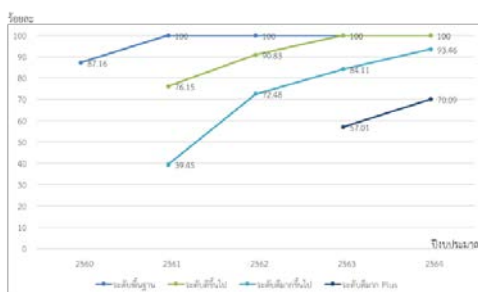
แผนภูมิที่ 1 ผลการดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN

Hospital เทียบค่า เป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564



จากแผนภูมิที่ 1 แสดงให้เห็นสถานการณ์ที่เป็นภาพรวมของผลการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564 ของเขตสุขภาพที่ 1 พบว่าภาพรวมผ่านเกณฑ์ทั้งระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีมาก Plus ตามค่าเป้าหมายที่กำหนดทุกปี (ค่าเป้าหมายแต่ละระดับ กรมนามัยจะมีการปรับระดับค่าร้อยละของเป้าหมายทุกปี)

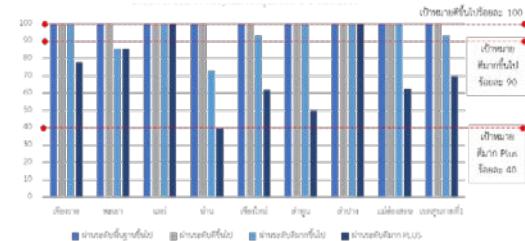
แผนภูมิที่ 2 แนวโน้มผลการดำเนินงานแต่ละระดับในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 – 2564



จากแผนภูมิที่ 2 แสดงแนวโน้มในภาพรวมของผลการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564 แยกรายปี รวมระยะเวลา 5 ปี แต่ละปีรายงานผลเป็นร้อยละของจำนวนโรงพยาบาลที่พัฒนาได้ตามเกณฑ์ของแต่ละระดับ ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมาทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ส่วน

เกณฑ์ระดับอื่นที่ยกระดับขึ้นไปแต่ละปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนถึงปี 2564 พัฒนาผ่านตามเกณฑ์ได้ทั้ง 4 ระดับ แสดงให้เห็นแนวโน้มในภาพรวมของโรงพยาบาลในเขต 1 ทั้ง 107 แห่ง สามารถดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เข้าสู่เป้าหมายตามที่กำหนดได้ (จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมต้องผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานและระดับดีร้อยละ 100 ผ่านระดับดีและดีมากร้อยละ 90 และผ่านระดับดีมาก Plus ร้อยละ 40) และมีแนวโน้มว่าสามารถยกระดับผลการดำเนินงานให้เพิ่มขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

แผนภูมิที่ 3 ผลการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เขตสุขภาพที่ 1 ปี พ.ศ. 2564



จากแผนภูมิที่ 3 แสดงผลการดำเนินงานเฉพาะปี 2564 นำเสนอแยกรายจังหวัด และนำมาเทียบค่าเป้าหมายของกรมนามัยที่กำหนดในปีงบประมาณ 2564 โดยให้แต่ละจังหวัดมีผลการดำเนินงานผ่านระดับพื้นฐาน และระดับดีขึ้นไปร้อยละ 100 พบว่าทุกจังหวัดสามารถดำเนินการผ่านระดับพื้นฐานได้ตามเป้าหมาย ส่วนระดับดีมากขึ้นไปกำหนดให้ผ่านที่ระดับร้อยละ 90 มีจังหวัดที่ผ่านค่าเป้าหมายจำนวน 6 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดแพร่ ลำพูน ลำปาง เชียงราย เชียงใหม่ และแม่ฮ่องสอน มีจังหวัดที่ไม่ผ่านค่าเป้าหมายจำนวน 2 จังหวัด คือ จังหวัดน่าน และพะเยา ส่วนระดับดีมาก Plus กำหนดให้จำนวน

โรงพยาบาลของแต่ละจังหวัดผ่านร้อยละ 40 พบว่าทุกจังหวัดสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย

3. ปัญหาอุปสรรค

3.1.จากผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผู้วิจัยนำรายงานการตรวจราชการและนิเทศงาน ปี 2560 - 2563 เขตสุขภาพที่ 1 มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามหลัก Key risk area/ Key risk factor สรุปได้ดังนี้

การศึกษาประเด็นปัญหาและอุปสรรคนี้ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานเขตสุขภาพที่ 1 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2563 เรื่องการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital และนำข้อมูลที่ได้มาสรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงหรือเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานได้ 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางแห่งไม่มีกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย มีการบริหารจัดการโดยการกำหนดให้งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานไม่เพียงพอ ขาดการสร้างบรรยากาศที่มีผลต่อการกระตุ้นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่มีประสิทธิภาพ และไม่บรรลุตามเป้าหมาย

2) ด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาลขาดทักษะและความสามารถเฉพาะทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม บางแห่งไม่มีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยตรง ขาดความเข้าใจในเกณฑ์มาตรฐาน บางแห่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานขาดความพร้อมในการนำมาตรฐานต่างๆ

มาดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบหน้างานยังขาดองค์ความรู้เฉพาะด้าน เช่น การจัดการและการบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบประปา เป็นต้น การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีข้อจำกัด แหล่งเรียนรู้ส่วนภาครัฐยังไม่เพียงพอ กับความต้องการของพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานขาดการพัฒนา ร่วมกับหน่วยงานภายนอกทำให้ขาดแรงกระตุ้นในการขับเคลื่อนการพัฒนา รวมทั้งการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยครั้งทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินการขาดความต่อเนื่อง

3) ด้านการบริหารจัดการ การสื่อสารในระดับองค์กรสู่การปฏิบัติในระดับเจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติยังไม่ชัดเจนในมาตรการและแนวทางปฏิบัติ การจัดทำฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมยังไม่สมบูรณ์ทำให้ขาดการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดำเนินงาน การบริหารจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย สถานที่เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ห้องน้ำผู้พิการ มีความจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีข้อจำกัด สถานที่รับตรวจมีไม่เพียงพอ และไม่เอื้อต่อการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น การตรวจตัวอย่างอาหาร/ภาชนะ การเพาะเชื้อ การตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำที่มีค่าใช้จ่ายและมีขั้นตอนการเก็บการนำส่งที่ต้องได้รับการฝึกฝน

4) ด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ โครงสร้าง/แบบแปลนของอาคารที่เป็นอาคารเก่า มีความชำรุดตามอายุการใช้งานที่ยาวนาน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด มาตรฐานบางข้อจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาและงบประมาณในการปรับปรุงเชิงโครงสร้างจำนวนมาก เช่น การพัฒนาด้านภูมิสถาปัตยกรรม ระบบบำบัดน้ำเสีย สถานที่เก็บรวบรวมพัสดุขยะติดเชื้อ ห้องน้ำผู้พิการทั้งอาคารผู้ป่วยใน อาคารผู้ป่วย

นอก หรือโรงครัวของโรงพยาบาล การขยายขนาดโรงพยาบาลด้านอาคารสิ่งก่อสร้างที่ขาดการจัดการอย่างรัดกุมส่งผลกระทบต่อโครงสร้างเดิม เช่น การขยายขนาดโรงพยาบาลที่ขาดการศึกษาข้อมูล Master plan ทำให้อาคารสร้างทับระบบท่อระบายน้ำ และระบบท่อประปา ส่งผลให้การบริหารจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย และระบบประปามีความยากลำบาก

3.2. จากผลการศึกษาการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผู้วิจัยนำผลการดำเนินงานปี 2560-2564 มาสรุปเป็นข้อมูลปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานดังนี้

1) โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน ส่วนใหญ่พบปัญหาด้านโครงสร้างของอาคารสถานที่ที่ไม่ผ่านมาตรฐาน และระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถยกระดับผลการดำเนินงานในระดับสูงขึ้นได้ทำให้ผลงานสะสมในปี 2564 มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการได้เพียงระดับดีจำนวน 7 แห่ง คือ โรงพยาบาลแม่แตง โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลภูเพียง และโรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน

2) เกณฑ์ตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ที่ใช้ประเมิน รายข้อของเกณฑ์ที่โรงพยาบาลพัฒนาได้น้อยที่สุด คือ เกณฑ์ข้อที่ 15 “โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)”² เนื่องจากเกณฑ์ข้อนี้มีมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยหลายข้อ ที่

โรงพยาบาลในพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ ดังนี้ (ก.) เกณฑ์ข้อที่ 15.1 ต้องมีการคัดเลือกวัตถุดิบที่นำมาประกอบอาหารและอาหารแปรรูป ซึ่งตามเกณฑ์ต้องมีการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เช่น ผักและผลไม้ที่นำมาใช้ต้องผ่านเกษตรอินทรีย์มาตรฐาน PGS มก. หรือ GAP เป็นต้น ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่มีขนาดเล็ก และอยู่ในพื้นที่ห่างไกลคัดเลือกวัตถุดิบได้เพียงเท่าที่มีในพื้นที่เท่านั้น เช่น รับประทานผลไม้จากพ่อค้าแม่ค้ารายย่อยในชุมชน ซึ่งไม่ทราบว่าเป็นมาตรฐานเกษตรอินทรีย์หรือไม่ ขั้นตอนการตรวจสอบหาสารเคมีในอาหารตรวจตัวอย่างอาหาร/ภาชนะ การเพาะเชื้อมีข้อจำกัดหลายประเด็น ทั้งทักษะการทำงาน ทั้งการสนับสนุนชุดตรวจ สถานที่รับตรวจมีไม่เพียงพอและไม่เอื้อต่อการดำเนินงานในพื้นที่ (ข.) เกณฑ์ข้อที่ 15.4 ไม่สามารถดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจง ตาม พ.ร.บ. จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2560 ได้ เพราะในพื้นที่ไม่มีร้านสหกรณ์ที่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์รับรองหรือไม่มีกลุ่มเกษตร เช่น วิสาหกิจชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี ที่ได้รับการรับรอง หรือเป็นผู้ผลิตในชุมชนที่ไม่ได้ผ่านการรับรอง เป็นต้น (ค.) เกณฑ์ข้อที่ 15.5 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 ไม่สามารถดำเนินการจัดตลาดให้มี Green Market เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

3) กระบวนการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ในขั้นตอนที่โรงพยาบาลต้องส่งแบบประเมินตนเอง และต้องจัดเตรียมเอกสารประกอบการประเมินเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

พบปัญหาการรวบรวมเอกสารได้ไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน เอกสารบางรายการเกิดการสูญหายจากการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ส่งผลให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง บางแห่งต้องเริ่มจัดทำเอกสารประกอบการประเมินใหม่ทุกปีทำให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อน และสิ้นเปลืองทรัพยากรขององค์กร

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาด้านสถานการณ์การดำเนินงาน ผู้วิจัยพบว่า การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ของเขตสุขภาพที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2560-2564 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 ที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้ง 107 แห่งนั้น ในภาพรวมสามารถดำเนินการพัฒนาได้ตามเป้าหมายทุกปี แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกรายจังหวัดพบว่าบางจังหวัดยังไม่สามารถขับเคลื่อนผลการดำเนินงานให้ผ่านตามค่าเป้าหมายได้ ได้แก่ จังหวัดพะเยา และจังหวัดน่าน (ระดับดีมากยังไม่ถึงเป้าหมายร้อยละ 90) เมื่อพิจารณาสถานการณ์การดำเนินงานจากผลงานสะสมจนถึงปี 2564 พบว่ามีจังหวัดที่สามารถพัฒนาได้ตามเกณฑ์มากที่สุด คือ จังหวัดแพร่ และลำปาง โดยโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดแพร่และลำปางสามารถพัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ถึงระดับดีมาก Plus ซึ่งจากการนำข้อมูลที่ติดตามสรุปการตรวจนิเทศตั้งแต่ปี 2560 มาวิเคราะห์พบว่า จังหวัดแพร่เป็นจังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานในระดับดีมากสูงที่สุดตั้งแต่ปี 2560 เป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ทักษะด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และกลยุทธ์อื่นๆ เช่นเดียวกับลำปาง เชียงราย

แม่ฮ่องสอน และลำพูน ได้มีการพัฒนาผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป็นลำดับถัดไปในแต่ละปี

ในบางจังหวัดยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากมีโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการพัฒนาที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานเขตสุขภาพที่ 1³ ที่พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีข้อจำกัดด้านกำลังคนที่ไม่เพียงพอ บางแห่งงบประมาณสนับสนุนได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ บางแห่งมีอาคารสถานที่ที่มีข้อจำกัดในการปรับปรุงพัฒนา และบางแห่งมีการสื่อสารภายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนการดำเนินการ ส่งผลให้การยกระดับการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หลายโรงพยาบาลไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน จากผลการศึกษาด้านสถานการณ์ดังกล่าวสามารถสรุปและอภิปรายแยกเป็นรายด้านที่สำคัญ 3 ด้านดังนี้

1. ด้านกลุ่มประชากรที่ศึกษา โรงพยาบาล

ในเขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วยโรงพยาบาลหลายระดับ ตั้งอยู่ตามพื้นที่ที่ภูมิศาสตร์แตกต่างกันไป ประกอบไปด้วยทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการสถานบริการสาธารณสุขมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital จำนวนทั้งสิ้น 107 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่กระจายอยู่ตามอำเภอต่างๆ รongลงมาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ และโรงพยาบาลศูนย์ตามลำดับ ซึ่งมีศักยภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานต่างกันตามบริบทของพื้นที่ แยกตามประเภทและระดับผลงานของโรงพยาบาลได้ ดังนี้

1) โรงพยาบาลศูนย์ จำนวนทั้งสิ้น 3 แห่ง ผลงานสะสมในปี 2564 มีโรงพยาบาลที่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้ในระดับดีมาก Plus จำนวน 2 แห่ง และดีมากจำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลนครพิงค์

2) โรงพยาบาลทั่วไป จำนวนทั้งสิ้น 8 แห่ง ผลงานสะสมในปี 2564 โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้ในระดับดีมาก Plus

3) โรงพยาบาลชุมชนจำนวนทั้งสิ้น 89 แห่ง ส่วนใหญ่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้ดี ในขณะที่หลายแห่งมีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน ทำให้ผลงานสะสมในปี 2564 มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการได้เพียงระดับดี จำนวน 7 แห่ง กำลังขับเคลื่อนให้ยกระดับดีมาก หรือดีมาก Plus

4) โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ จำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง ผลงานสะสมในปี 2564 มีโรงพยาบาลที่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้ในระดับดีมาก Plus จำนวน 5 แห่ง และดีมากจำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสวนปรุง

จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการเป็นโรงพยาบาลที่มีกระบวนการ/กิจกรรม ทั้งของ GREEN & CLEAN ที่ครอบคลุม เนื่องจากมีศักยภาพทั้งด้านจำนวนบุคลากรและปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ มีการนำกลยุทธ์ต่างๆตามศักยภาพของโรงพยาบาลมาดำเนินการกิจกรรมนี้เพื่อให้เกิดการบริการที่ควบคู่ไปกับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงสามารถพัฒนาได้ตามเกณฑ์ในระดับที่สูงจนถึงระดับดีมากplusได้ ขณะเดียวกัน กิจกรรมนี้บูรณาการไปพร้อมกับการเตรียมรับ

การประเมินระบบคุณภาพของโรงพยาบาล (HA) จาก สรพ. ซึ่งมีเกณฑ์ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมระบุในตอน II-3 เรื่องสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยของการประเมิน HA ด้วย⁴ แต่เกณฑ์ของ GREEN & CLEAN Hospital จะมีรายการประเมินที่เฉพาะเจาะจง

ส่วนโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดในการยกระดับการพัฒนาให้สูงขึ้นส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง จำนวนและทักษะด้านสิ่งแวดล้อมของบุคลากร โครงสร้างและสาธารณูปโภคอื่นๆ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และระดับพื้นที่ควรมีแผนการดำเนินการร่วมกันในการช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนตามความต้องการของพื้นที่ เช่น กำลังคน องค์ความรู้ งบประมาณ เป็นต้น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) เป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถช่วยการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง เพราะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นการเปิดโอกาสให้พื้นที่ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน เรียนรู้ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ใช้กระบวนการกลุ่มในบรรยากาศที่เป็นมิตรมีเป้าหมายการเรียนรู้ไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการสร้างความเข้าใจและพัฒนาแนวปฏิบัติในเรื่องนั้นๆให้สำเร็จ⁵ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จึงอาจลดปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ได้ จนสามารถยกระดับผลการดำเนินการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับสูงสุดได้

2. ด้านเกณฑ์ต่าง ๆ รายข้อที่กำหนดไว้ในมาตรฐานการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital จากเกณฑ์ที่กำหนดในมาตรฐานการประเมินทั้ง 16 ประเด็น เรียงลำดับเกณฑ์ที่เป็นประเด็นกิจกรรมพื้นฐานจนถึงประเด็นระดับท้าทาย พบว่า

ผลการดำเนินงานเมื่อแยกตามรายชื่อของเกณฑ์ที่กำหนด พบว่าเกณฑ์ที่โรงพยาบาลต่างๆ สามารถพัฒนาได้มากที่สุดคือเกณฑ์ข้อที่ 5 “มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร” และข้อที่ 6 “มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคารโดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ”อภิปรายได้ ดังนี้

1) เกณฑ์ข้อที่ 5 มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร หมายถึงการใช้พลังงานไฟฟ้า/เชื้อเพลิง รวมถึงทรัพยากรอื่นๆอย่างประหยัด พื้นที่ทำงานมีกิจกรรมที่สื่อให้เห็นถึงมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรม เช่น การกำหนดเวลาการเปิดปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า การตั้งค่าอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส การใช้รถยนต์ร่วมกัน (Car pool) ส่งเสริมการใช้จักรยานในโรงพยาบาล รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอเพียงภาพถ่ายที่พื้นที่ได้ดำเนินการ แต่ขาดการนำเสนอผลลัพธ์หรือผลผลิตที่เกิดขึ้น เช่น การลดลงหรือเพิ่มขึ้นของรายจ่ายค่าไฟฟ้า/น้ำประปา ค่าเชื้อเพลิง นวัตกรรมทดแทน เป็นต้น ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน ควรพิจารณาเกณฑ์ข้อ 5 ให้เกิดความครอบคลุมมากขึ้น เช่น มีการบันทึก/วิเคราะห์การลด/เพิ่มค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบกับก่อนและหลังใช้มาตรการ และมีแผนการจัดการพลังงานในระดับองค์กรต่อไป

2) เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่

สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมได้ดีทั้งภายในและภายนอกอาคาร มีความสะดวกในการให้บริการสะอาด ระบายอากาศได้ดี แสงสว่างเพียงพอ เป็นระเบียบเรียบร้อย ปลอดภัย และไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน เช่น กิจกรรม 5 ส กิจกรรมสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Workplace) มีการจัดการน้ำเสียที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล เพราะบางแห่งขาดการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียทั้งก่อนและหลังบำบัด

จากผลการศึกษาในหัวข้อปัญหาและอุปสรรคที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น เกณฑ์ที่โรงพยาบาลพัฒนาได้น้อยที่สุดดังกล่าว ผู้วิจัยได้เสนอการใช้กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้เป็นกิจกรรมที่สำคัญเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ให้ได้ตามเกณฑ์ และหน่วยงานส่วนกลางควรพิจารณาปรับเกณฑ์ หรือจัดหมวดหมู่เกณฑ์ให้มีระดับความท้าทายในการพัฒนาให้เหมาะสมกับประเภทของโรงพยาบาล ขณะเดียวกันเกณฑ์ข้อใดที่พัฒนาได้ดีหรือทำได้มาก หน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ต้องบูรณาการร่วมกันในการเสริมพลัง เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพของโรงพยาบาลด้านระบบคุณภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม

3. ด้านการดำเนินงานตามเกณฑ์การตรวจประเมิน

1) การประเมินตามการจัดกิจกรรม GREEN (1) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลที่ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง

โดยการเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผา ซึ่งไม่สามารถสามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผามูลฝอย และห้องเผาควันให้ได้ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด เนื่องจากเตาเผามีอายุการใช้งานที่ยาวนานขาดการบำรุงรักษา ผู้ปฏิบัติหน้างานไม่มีความชำนาญ ดังนั้นหน่วยงานระดับจังหวัดควรมีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตั้งแต่กระบวนการคัดแยกเก็บรวบรวม การเก็บขน และการกำจัด ที่ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กในพื้นที่ห่างไกลที่มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบของการดำเนินงานให้เกิดความเหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น เปลี่ยนจากการกำจัดเองเป็นการส่งกำจัด ดังการศึกษาของอภิชาติ พิมลไพบุลย์⁶ ที่ทำการศึกษาต้นทุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่าการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนมีค่าเฉลี่ยต้นทุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไปถึง 2.23 เท่า ซึ่งควรศึกษาหาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อลดต้นทุนในการกำจัด และเพิ่มประสิทธิภาพไม่ให้เกิดมลพิษแก่ประชาชน ฉะนั้น การจัดส่งให้หน่วยงานอื่นที่มีเตาเผามูลฝอยติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพในการกำจัด จึงเป็นทางเลือกที่ดี นอกจากนี้หน่วยงานระดับเขตสุขภาพควรให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานระดับส่วนกลาง สนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการให้การพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลผ่านตามมาตรฐาน ปรับปรุง แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสม และเอื้อต่อการปฏิบัติในพื้นที่ (2) โรงพยาบาลควรส่งเสริมสนับสนุนให้นำหลัก 3R มาใช้ในการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป เน้นให้มีการสื่อสารข้อมูล/การให้ความรู้ให้บุคลากร และผู้รับบริการเกิดความตระหนักใน

การคัดแยกมูลฝอย จะส่งผลให้ปริมาณมูลฝอยในพื้นที่ลดลงได้

2) การประเมินตามการจัดกิจกรรม CLEAN ควรนำกลยุทธ์หลัก CLEAN บรรจุเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การประเมิน เพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนักในการดำเนินการพัฒนากิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital ดังเช่นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลดโลกร้อนร้อน ด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12⁷ พบว่าความตระหนักและการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลดโลกร้อน ($p=0.007$ และ $p=0.008$) ดังนั้นการสร้างความตระหนักแก่บุคลากรโดยผ่านกลยุทธ์ CLEAN และนำกลยุทธ์ CLEAN เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การประเมิน อาจทำให้พัฒนากิจกรรม GREEN & CLEAN ได้ดังนี้

C: Communication ควรกำหนดให้โรงพยาบาลมีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจการดำเนินงานผ่านช่องทางต่างๆ และควรต้องมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการสร้างกระแสความรู้ความเข้าใจทั้งบุคลากรในองค์กรและผู้รับบริการ

L: Leader ควรกำหนดให้มีบุคคลต้นแบบด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในองค์กร โดยต้นแบบที่สำคัญอาจเป็น “ผู้บริหาร” หรือ “หัวหน้างาน” หรือ “ผู้ที่เป็นแกนหลักในการดำเนินการ” และขยายผลสู่องค์กรในภาพรวม

E: Effectiveness ควรมีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามกิจกรรม GREEN ที่มี

ความต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม เช่น การจัดการขยะทุกประเภท การจัดการด้านพลังงาน เป็นต้น

A: Activity ควรมีการสร้างกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วม มีการสนับสนุนจูงใจให้เกิดกิจกรรมและนวัตกรรมใหม่ๆ

N: Network ควรมีการร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชนและท้องถิ่น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ร่วมกัน และมีการขยายผลการดำเนินงานสู่สถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ด้านนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันให้การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการทุกปี เพื่อส่งผลให้เกิดการพัฒนาและขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านบุคลากร ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกับหน่วยงานภายนอก พัฒนาให้มีทักษะและความสามารถเฉพาะทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสีย การบำรุงรักษาระบบประปา ระบบจัดการขยะ เป็นต้น

3. ด้านการบริหารจัดการ ควรเน้นการสื่อสารด้านมาตรการและแนวทางปฏิบัติจากระดับองค์กรสู่ระดับการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ และเอื้อต่อการดำเนินงานในพื้นที่ให้สะดวก เช่น การตรวจตัวอย่างอาหาร/ภาชนะ การเพาะเชื้อ การตรวจ

วิเคราะห์คุณภาพน้ำ ควรลดขั้นตอนที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

4. ด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีช่องทางสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุง แก้ไข หรือก่อสร้างอาคารสถานที่ทดแทนอาคารเก่าที่มีความชำรุดตามอายุการใช้งานที่ยาวนาน มาตรฐานบางข้อที่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลา และงบประมาณในการปรับปรุงเชิงโครงสร้างจำนวนมาก ควรมีการจัดทำแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหา เช่น การพัฒนาด้านภูมิสถาปัตยกรรม ระบบบำบัดน้ำเสีย สถานที่เก็บรวบรวมพักขยะติดเชื้อ ห้องน้ำผู้พิการ ทั้งอาคารผู้ป่วยใน อาคารผู้ป่วยนอก หรือโรงครัวของโรงพยาบาล และควรมีการกำกับติดตามผ่านคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

5. หน่วยงานส่วนกลาง ควรมีข้อกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมแก้ปัญหา มูลฝอยอันตรายที่สะสมในโรงพยาบาล และสนับสนุนให้มีการพัฒนากิจกรรม GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิด GREEN Community

6. ด้านกระบวนการขอรับการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หน่วยงานส่วนกลางควรมีระบบสารสนเทศที่อำนวยความสะดวกให้กับผู้ปฏิบัติงานสามารถประเมินตนเองผ่านระบบสารสนเทศแทนการใช้กระดาษ ทำให้จัดส่งข้อมูลการประเมินตนเองให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้อย่างรวดเร็ว และไม่สูญหาย

7. ด้านรูปแบบการประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

1) ควรมีการปรับปรุงเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ให้มีความยืดหยุ่น เช่น

ควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการประเมินจากเดิมที่ต้องดำเนินการให้ผ่านทุกข้อ เป็นรูปแบบการให้คะแนนในแต่ละหัวข้อ และสรุปผลคะแนนเป็นช่วงตามร้อยละที่กำหนด เพื่อเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถดำเนินการผ่านได้ในเกณฑ์บางข้อ สามารถวางแผนพัฒนาตนเองในการดำเนินงานไปได้อย่างต่อเนื่อง

2) ควรมีการพิจารณาเกณฑ์การประเมินให้รองรับการดำเนินงานตามประเภท/ศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น มีเกณฑ์การพิจารณาสำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ไม่มีอาคารผู้ป่วยใน แต่เปิดให้บริการเฉพาะอาคารผู้ป่วยนอก เป็นต้น

3) ควรขยายผลการดำเนินงานประเมินคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital สู่วิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีความพร้อมและมีศักยภาพ เพื่อขยายผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มีความครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
2. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลความปลอดภัย Food Safety Hospital. พิมพ์ครั้งที่ 3. สมุทรสาคร: บอรัญ ทุ ปี พบลีซิงจำกัด; 2561.
3. ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. รายงานการตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 1 [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่; 2563

[เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hpc1.go.th/hpc1/th/abouthpc1/indeparment/statagic/category/133-inspector1.html>

4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 [อินเทอร์เน็ต]. ตุลาคม 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.ha.or.th> > Contents
5. สำนักงานประกันคุณภาพ. โครงการการจัดการความรู้ปี 2563 : การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดความรู้ [อินเทอร์เน็ต]. กันยายน 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก <https://qdrm.ku.ac.th>
6. อภิชาติ พิมพ์ไพบูลย์. ต้นทุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]; ปีที่ 7: หน้า77-86. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/84749>; 2564.
7. อนุรัตน์ ไชยนิราช, ชมพูนุช สุภาพวานิช, กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ และพัชรินทร์ สมบูรณ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลดโลกร้อน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]; ปีที่ 4:หน้า75-90. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/issue/view/7813>

การศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Incidence of postpartum depression, Health Promotion Hospital, Chiang Mai

โกวิท เป็งวงศ์¹, รวีวรรณ วังพฤษ², นันทวัน จันทรตา³,วราพร สุภา⁴, กฤษณา กาเผือก⁵, เดชา ทำดี⁶Kowit Pengwong¹, Raweevan Wangphruk², Nantawan Janta³, Waraporn Supa⁴,Krissana Kapheak⁵, Dacha Tamdee⁶^{1,2,3,4,5}โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่⁶คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่Health Promotion Hospital Center Region 1 Chiangmai^{1,2,3,4,5}, Nursing, Chiang Mai University⁶¹Corresponding author E-mail: kowit_11229@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เก็บข้อมูลจากแม่หลังคลอดที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ซึ่งคัดเลือกแม่หลังคลอดที่สามารถพูดคุยนสื่อสารภาษาไทยและสามารถอ่านภาษาไทยได้ จำนวน 125 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2564 ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 27.7 ปี มีสัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง รายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันกับสามี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีสิทธิการรักษาพยาบาลประกันสังคม และไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 45.6 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 52 มีจำนวนบุตรปัจจุบันทั้งหมด 1 คน มีการฝากครรภ์ครบ ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ไม่มีประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ สามีไม่เข้าร่วมโครงการฝากคลอด ร้อยละ 58.4 ข้อมูลการคลอดพบว่ากลุ่มตัวอย่างคลอดปกติ ร้อยละ 69.6 อายุครรภ์ขณะคลอดส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป เพศทารกร้อยละ 57.6 เป็นเพศชาย น้ำหนักแรกคลอดอยู่ระหว่าง 2,500 – 3,800 กรัม ทารกร้อยละ 76.8 ไม่มีปัญหาตัวเหลืองและปัญหาสุขภาพอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.8 ไม่มีปัญหาแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด และส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรหลังคลอด ข้อมูลจากแบบบันทึกภาวะซึมเศร้า ไม่มีความเครียดจากการดูแลบุตร ไม่มีภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอด และกลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลพร้อมทารกหลังคลอด กระบวนการให้บริการก่อนกลับบ้านพบว่า คำแนะนำที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดร้อยละ 100 คือ เรื่องการส่งเสริมให้ทารกได้รับนมแม่ การบีบเก็บน้ำนม และได้รับคำแนะนำเรื่องการแจ้งเกิดบุตร หลังกลับบ้านเมื่อติดตามพบว่า เรื่องที่มีการให้คำแนะนำมากที่สุดร้อยละ 100 คือ เรื่องการประคบและดูแลสุขภาพทารกแรกเกิด ครอบครัวการดูแลสายสะดือ และการประคบ

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจระบบบริการ ของโรงพยาบาลในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.45

สรุปผลการศึกษาศถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่1เชียงใหม่ จากคำแนะนำที่ให้และการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องสร้างความพึงพอใจและมีความเชื่อมั่นในการเลี้ยงดูทารกจึงมีเพียงความเครียดจากการดูแลบุตรตามภาวะปกติทั่วไป แต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านระบบบริการในการติดตามเยี่ยมก็สร้างความพึงพอใจให้แม่หลังคลอดในระดับมาก

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, แม่หลังคลอด, สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอด

ABSTRACT

The objective of this research is to study the situations associated with postpartum depression in a Health Promotion hospital Chiang Mai using data collected from mothers who receive services at the Health Promotion Hospital Chiang Mai. The questionnaires were answered by the 125 selected Thai-communicated mothers aged an average of 27.7 years, Thai nationality, Buddhism, employed with 5,001 – 10,000 baht income, mostly living with their husbands, graduating from high school, having social welfare for medical treatment, no underlying disease or chronic disease, no alcohol drinking and smoking history, no drug-using during pregnancy, not participating in the maternity care program. Most of the sample group was first gravida, currently has 1 child, no miscarriage records, complete antenatal care, and normal delivery. Gestational age at birth is mostly 37 weeks or above. The gender of most of the babies was male. The birth weight was between 2,500 to 3,800 grams. Most of the mothers had no disease or complications during pregnancy and no postpartum complications. Most babies had no jaundice or other conditions. Most of the mothers left the hospital with their babies and mostly had babysitters. The mothers had no postpartum stress, no postpartum depression, and mostly had babysitters.

The results of health education advice for mothers prior to leaving the hospital found that the most recommended practice was breastfeeding promotion, breast milk pumping technique, and 100% advice for baby birth announcements. The results of a study on the service process after leaving the hospital found the most advised practice was the assessment and health care of the newborn covering umbilical cord care and evaluation of complications of mothers and infants for 100%. The sample group had a high level of satisfaction with a total mean of 4.45.

The results of this study at Health Promotion Hospital Chiang Mai showed that the target group received advised practices prior and after leaving the hospital was highly satisfied with the service, a minority of the target group had stress from child care, but no postpartum depression was found.

Keywords: postpartum depression, postpartum mother, the situation of mother's postpartum depression

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างของสังคมไทยกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากยิ่งขึ้น สามีต้องทำงานเพื่อเลี้ยงดูครอบครัวจึงส่งผลทำให้แม่ตั้งครรภ์และหลังคลอดต้องดูแลตนเอง ผนวกกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของระดับฮอร์โมนที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์และหลังคลอด ส่งผลให้อารมณ์แปรปรวน อาจทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของอาการและระยะเวลาที่เกิด คุณแม่คนเดียวกันแต่คนละครราก็อาจจะมีอาการซึมเศร้าแตกต่างกันได้ โดยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หรืออาการซึมเศร้าหลังคลอด หรือ อารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues, Maternity blues) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยที่สุด 1 ใน 6 ของอาการผิดปกติของแม่หลังคลอด¹ จากการศึกษาในรูปแบบรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยต่างๆ เรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจำนวน 291 การศึกษาพบว่า แม่หลังคลอดจาก 56 ประเทศมีอุบัติการณ์ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเฉลี่ยร้อยละ 17.7 โดยพบต่ำสุดที่สิงคโปร์ร้อยละ 3 และสูงสุดที่ประเทศชิลีร้อยละ 38² เช่นเดียวกับการศึกษาของประเทศอเมริกาศึกษาใน 31 รัฐ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอดเฉลี่ยร้อยละ 13.2³ ในแถบเอเชียมีการรวบรวมข้อมูลสถานะการณ์ภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอด ในเวียดนามตั้งแต่ปี 2010-2020 พบภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอดตั้งแต่ร้อยละ 8.2 ถึงร้อยละ 48.1 และพบได้ตั้งแต่ 1 เดือนจนถึง 12 เดือนหลังคลอด⁴

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่าสูงถึงร้อยละ 16.8 และแม่หลังคลอดมีความเสี่ยงเกิดภาวะ

ซึมเศร้าน่าขึ้น 3 เท่าเมื่อเทียบกับช่วงเวลาอื่นๆ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักมีอาการรุนแรงในช่วง 3 เดือนแรก เป็นปัจจัยขัดขวางต่อการเลี้ยงดูบุตร มักจะมีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร เช่น ขาดปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ขาดการแสดงความรักการกระตุ้นและการสัมผัสที่อบอุ่นต่อทารก⁵ แม้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแสดงพฤติกรรมด้านบวกกับบุตรน้อยลงและแสดงพฤติกรรมทางด้านลบต่อบุตรมากกว่า เช่น การแสดงอารมณ์ ปฏิกริยาการพูดและการเล่นกับบุตร ส่งผลให้การตอบสนองระหว่างแม่และบุตรไม่มีความสอดคล้องกัน อันเป็นสาเหตุต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้ของลูกเป็นไปอย่างล่าช้าหรือมีความผิดปกติ และแม่ที่ซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความคิดของตนเองที่จะทำร้ายบุตร (Child harming thoughts) ทั้งทางด้านความถี่และความรุนแรง⁶ นอกจากนี้แม่หลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ส่งผลต่อการดูแลตนเอง และพัฒนาการของทารก ซึ่งควรได้รับการดูแลที่ดีที่สุดจากแม่ ทำให้ทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร และยังส่งผลต่อความสัมพันธ์กับคู่สมรส ทำให้ไม่เป็นที่พึงพอใจของสามี คุณภาพชีวิตต่ำลง และอาจรุนแรงถึงขั้นสามารถฆ่าตัวตายได้ในที่สุด⁷⁻⁸ นอกจากนี้ปัจจัยด้านร่างกายภายหลังการคลอด การลดลงของฮอร์โมนบางตัว ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่ลดลงอย่างรวดเร็วภายหลังคลอดบุตร ก็ทำให้แม่หลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁹ และปัจจัยอื่นที่สามารถทำนายถึงประเด็นที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ความพร้อมในการมีบุตรครั้งนี้

ความเครียดจากการเลี้ยงดู นอกจากปัจจัยที่เป็นสาเหตุจากทางด้านร่างกายแล้ว จากหลายๆ การศึกษาพบว่าปัจจัยสาเหตุที่มาจากทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีแตกต่างกันไป เช่น บุคลิกภาพที่แตกต่างกันไปของมารดา การต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทในการเป็นมารดา มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ความพึงพอใจในบทบาทของมารดา การสนับสนุนทางสังคม การมีอิสระในชีวิตประจำวัน และความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง^{10,11,12} ดังนั้นพยาบาลต้องมีการเฝ้าระวังและต้องประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ต้องคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ให้สูขศึกษาด้านการดูแลสุขภาพจิต (psycho-education) แนะนำเรื่องโภชนาการในช่วงตั้งครรภ์โดยเฉพาะอาหารที่ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่างๆหรือกิจกรรมทางศาสนาในระยะหลังคลอด

กรมอนามัยจัดทำโครงการพัฒนาระบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในมารดาเพื่อลดการพัฒนารวมวัย ซึ่งอยู่ภายใต้กิจกรรมสำคัญชื่อโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ในยุทธศาสตร์ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ ที่มีตัวชี้วัดยุทธศาสตร์คือ ร้อยละ 85 ของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยและจากการดำเนินงานนำร่องของกรมอนามัยปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีอัตราแม่ซึมเศร้าหลังคลอด 10-30% ในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ อุบลราชธานี บุรีรัมย์ นครศรีธรรมราช และสงขลา เพื่อเป็นการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่เป็นโรงพยาบาล 60 เตียง งานสูติกรรมหลังคลอด

มีการดำเนินงานประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และมีการใช้กระบวนการให้บริการด้าน Social Support โดยให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะรอคลอดจนถึงระยะหลังคลอด แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

แม่หลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการดูแลอย่างเป็นระบบที่ชัดเจนและเกิดความต่อเนื่อง ผู้ศึกษาในฐานะนักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่มีบทบาททำงานร่วมกับงานสูติกรรม (หลังคลอด) จึงเห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและกระบวนการดังกล่าวเพราะจากการติดตามเยี่ยมบ้านในคนไข้ที่มีปัญหาด้านสังคมในชุมชนพบว่าหลายครั้งมีปัญหาเรื่องภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของแม่ตามมาด้วย ดังนั้นจึงมีความสนใจเรื่องสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถนำมาวางแผนในการให้บริการในงานสังคมสงเคราะห์และพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ครอบครัวของผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน สิงหาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาต เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล และแจ้งขั้นตอนการ เก็บข้อมูลแก่งานยุติกรรม1และ2 (งานหลังคลอด) และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยเลขที่ 20/2563 จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่เรียบร้อยแล้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มประชากร คือ แม่ หลังคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์ อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 125 คน ซึ่งการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้สูตรของ Thorndike

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งประกอบด้วย ข้อ คำถามปลายปิด และปลายเปิด ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการตั้งครรภ์และการ คลอด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการการ ให้บริการ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของ แม่หลังคลอด(แบบประเมินจากกรมสุขภาพจิต)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจ ของระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่1 เชียงใหม่

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลขึ้น แล้ว นำเครื่องมือดังกล่าวเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และอาจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ กับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC) ได้ค่า $IOC=0.87$

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น

(Reliability) ภายหลังจากการตรวจสอบความ เทียบตรงและปรับปรุงข้อคำถามในแบบบันทึก ข้อมูล ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามไป Pre-test กับ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 10 ชุด แล้วนำแบบสอบถามที่เก็บตัวอย่างมาทดสอบ ความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จาก ข้อมูลทั่วไปของแม่หลังคลอด และบุตร จาก แบบสอบถามทั้ง 5 ส่วนมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิง พรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.6 มีอายุระหว่าง 18-35 ปี อายุสูงสุด 43 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี และอายุเฉลี่ย 27.7 ปี ร้อยละ 68.8 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 85.6 นับถือศาสนา พุทธ ส่วนใหญ่ร้อยละ 52 ประกอบอาชีพรับจ้าง มี รายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 96 กลุ่มตัวอย่างอยู่ด้วยกันกับสามี และ

ร้อยละ 24 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 48 มีสิทธิการรักษาพยาบาลประกันสังคมมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ที่แพทย์ระบุ

ข้อมูลการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ร้อยละ 100 ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 99.2 ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 97.6 ไม่มีประวัติการดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 92 ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 88 มีการฝากครรภ์ครบ ร้อยละ 80 ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 58.4 สามี่ไม่เข้าร่วมโครงการเฝ้าคลอด ร้อยละ 52 มีจำนวนบุตรปัจจุบัน 1 คน และ ร้อยละ 45.6 มีการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งแรก

ข้อมูลการคลอดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.6 คลอดโดยวิธีการคลอดปกติ (normal delivery) ร้อยละ 86.4 มีอายุครรภ์ขณะคลอด 37 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 57.6 ทารกเป็นเพศชาย ร้อยละ 80 ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 2,500 – 3,800 กรัม

ข้อมูลการดูแลระยะหลังคลอดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 99.2 กลับบ้านพร้อมทารก ร้อยละ 92.8 ไม่มีปัญหาแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 92 มีผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรหลังคลอด ร้อยละ 90.4 ไม่มีความเสี่ยงจากการประเมินสภาพทารกแรกเกิด (Apgar's score) ร้อยละ 84.8 ไม่มี ความเครียดจากการดูแลบุตร ร้อยละ 76.8 ไม่มี ปัญหาตัวเหลืองของทารก

ข้อมูลกระบวนการให้บริการขณะอยู่ใน รพ. พบว่าเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจาก กระบวนการให้บริการมากที่สุดร้อยละ 100 คือ เรื่องการส่งเสริมสนับสนุนให้ทารกได้รับนมแม่และ

สอนการบีบเก็บน้ำนม และได้รับคำแนะนำการ แง้งเกิดบุตร รองลงมา ร้อยละ 99.2 คือเรื่อง ประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่พร้อมให้คำแนะนำ

ข้อมูลกระบวนการให้บริการหลังกลับบ้าน พบว่า เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำมากที่สุด ร้อยละ 100 คือ เรื่องการประเมินและดูแลสุขภาพ ทารกแรกเกิด ครอบคลุมการดูแลสายสะดือ และ การประเมินภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก รองลงมา ร้อยละ 99.2 คือการได้รับคำแนะนำเรื่อง การแ่งเกิดบุตร และสอนสุขศึกษาแม่หลังคลอด การดูแลตนเองและทารก

ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอด ผล จากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 100 มีผลตามแบบคัด กรองโรคซึมเศร้า 2Q ในระดับปกติ และผลตาม แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ที่ศึกษาไม่มีอาการของ โรคซึมเศร้า

ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของระบบ บริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับ มากทุกประเด็น เรียงตามลำดับดังนี้ การให้ข้อมูล การดูแลเต้านม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 การได้รับ ข้อมูลการดูแลบุตรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 การดูแล เอาใจที่ดีและต่อเนื่องจากบุคลากรทุกระดับมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 การได้รับคำแนะนำการทำ ความสะอาดร่างกายในระยะหลังคลอด มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.44 การได้รับข้อมูลที่ดีในระหว่างที่มารับ การคลอด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 การได้รับการ ดูแลเฝ้าไข้จากการคลอด และได้รับข้อมูลภาวะ โภชนาการและการกินอาหารที่เหมาะสมของแม่

หลังคลอด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 เท่ากัน และภาพรวมระดับความพึงพอใจของระบบบริการ อยู่ในระดับมากได้ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.45

การอภิปรายและสรุปผล

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของแม่หลังคลอดที่หน่วยงานได้จัดให้มีโปรแกรมการประเมินแบบคัดกรองความเครียด (ST5) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม 9Q สำหรับแม่หลังคลอดทุกราย การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.8 ไม่มีความเครียดจากการดูแลบุตร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 100 มีผลแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม 2Q ปกติและไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า รวมถึงกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ข้อมูลการดูแลบุตรที่ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 แสดงว่าการจัดโปรแกรมดังกล่าวของหน่วยงานมีความสำคัญอย่างมากกับแม่หลังคลอด แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมและอาจทำให้แม่หลังคลอดรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งจะปรับตัวต่อการเปลี่ยนบทบาทในการเป็นมารดาที่จะดูแลบุตรตามข้อมูลการดูแลบุตรของโปรแกรมที่จัดให้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในแม่ที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการจัดการความเครียดจากการดูแลบุตรหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่บุตรต้องรักษาตัวที่หออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นเวลานาน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในแม่กลุ่มนี้⁷

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92 มีผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรหลังคลอด เช่น สามี และญาติ นั้นแสดงให้เห็นว่าแม่

หลังคลอดรู้สึกคลายกังวลที่จะต้องดูแลบุตรคนเดียวหลังจากคลอด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในแม่หลังคลอดที่พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 18.8 ภาวะวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในแม่⁸ ดังนั้นควรนำปัจจัยดังกล่าวมาวางแผนหรือสร้างแนวทางการดูแลแม่หลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในแม่หลังคลอด

ผลการศึกษาข้อมูลกระบวนการการให้บริการและระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยงาน ทั้งในเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพแม่หลังคลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจและความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พร้อมให้คำแนะนำที่ได้รับคะแนนการให้บริการร้อยละ 99.2 ในเรื่องความพึงพอใจการได้รับข้อมูลคำแนะนำภาวะโภชนาการและการกินอาหารที่เหมาะสมของแม่หลังคลอดที่อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 และในเรื่องการได้รับการดูแลเอาใจที่ดีและต่อเนื่องจากบุคลากรทุกระดับ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 นั้น แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานให้ความสำคัญกับแม่หลังคลอดต่อการรับบริการรวมถึงให้ความสำคัญกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่ให้การบริการ ดูแลและการให้คำแนะนำแก่แม่หลังคลอดจึงทำให้ไม่พบภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การป้องกันและการดูแลพบว่าการดูแลแม่เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum psychosis) พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะ

ซึมเศร้าหลังคลอดและให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด ระยะตั้งครรภ์ต้องมีการเฝ้าระวังและการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกราย สอนสุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) แนะนำเรื่องโภชนาการในช่วงตั้งครรภ์โดยเฉพาะอาหารที่ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าส่งเสริมการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่างๆหรือกิจกรรมทางศาสนาในระยะหลังคลอด และพยาบาลต้องมีการประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วย⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1) ค้นข้อมูลให้กับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลแม่หลังคลอด เพื่อการพัฒนากระบวนการให้บริการและระบบบริการของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) นำข้อมูลมาวางแผนในการให้บริการในงานสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากปัจจุบันข้อมูลและการดูแลแม่หลังคลอด ในรูปแบบการออกติดตามเยี่ยมที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่1 เชียงใหม่ยังไม่ชัดเจน การนำข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวไปทำการศึกษาวิจัยต่อในประเด็นการตรวจสอบความต้องการของผู้รับบริการ การพัฒนาแนวทางการดูแล การวางแผนการป้องกัน การคัดลอกเคสที่ต้องติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลเกี่ยวกับการดูแลแม่และ

บุตรหลังคลอดที่บ้าน น่าจะเป็นรูปแบบที่สามารถดูแลได้ครอบคลุมในรายที่ประเมินแล้วมีแนวโน้มอาจเกิดภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอด ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องไปอีกช่วงระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องอาจวางแผนรูปแบบการดูแลและทำการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างแผนหรือแนวทางการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องครอบคลุมทั้งครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต,สถาบันราชานุกูล. มอบความสุขนี้ให้แม่ : Happiness for Mom. ข่าวแจกสถาบันราชานุกูล. [ออนไลน์]. (10 สิงหาคม 2560). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://th.rajanukul.go.th>
2. Jennifer HH, Taylor CH and Itzel A. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. Frontiers In Psychiatry[Internet]. 2018 February[cited 2020 July 10]; 8:248. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
3. Brenda LB, Jean YK, Shanna C, Denise VD, Lee W, Suzanne F, et al. Vital Signs: Postpartum Depressive Symptoms and Provider Discussions About Perinatal Depression-United States. Morbidity and Mortality and Weekly Report [Internet]. 2020 May [cited 2020 Jan 10]; 69(19):575–81, Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6919a2.htm?s_cid=mm6919a2_w
4. Huong TTN, Anh PH, Ly TKDo, Stephen S and Huyen THN: The Rate and Risk Factors of Postpartum Depression in Vietnam From 2010 to 2020: A

- Literature Review. Frontier in Psychology[Internet]. 2021 Oct [cited 2021 Dec 3]; Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.731306/full>.
5. มติชนออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ: สำนักงาน;2560.เดือน ‘แม่หลังคลอด’ 3 เดือนเสี่ยงซึมเศร้ารุนแรง เปิดวิธีสังเกต พร้อมแนวทางช่วยเหลือ;2560[เข้าถึง เมื่อ 28 มิ.ย. 2563]; [ประมาณ 10.00 น.]. เข้าถึงได้จาก https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_624247.
6. กรมอนามัย, สำนักส่งเสริมสุขภาพ.. คู่มือเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้าในมารดาเพื่อลูกวัยพัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้สำหรับจิตอาสาครอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ซีจีทูล จำกัด; 2562.
7. Letourneau N, Stewart M, Dennis CL, Hegadoren K, Duffett-Leger L, Watson B. Effect of home-based peer support on maternal-infant interactions among woman with postpartum depression: a randomized controlled trial. ใน: คชารัตน์ ปรีชล. ภาวะซึมเศร้าหลัง คลอด การป้องกันและการดูแล. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2559 ปีที่9; ฉบับที่2: ก.ค.-ธ.ค.59. น.6(24-38).
8. Justine S, Germain H, Patrick E, Jean-Yves R, Olivier B. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Womens Health (Lond) [Internet]. 2019 Apr [cited 2021 Nov 3]; v15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492376/>
9. Lowdermilk DL. Postpartum complications: postpartum psychologic complication. ใน : สุวริย์ เพชรแต่ง และคชารัตน์ ปรีชล. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในชุมชนตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2564 ปีที่ 14; ฉบับที่ 2: ก.ค.-ธ.ค.64. น. 207-21
10. วรัญญา ทรัพย์เจริญ, พิษนันท์ อูยานุกูล และรัศมน กัลยาศิริ.ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการได้รับคว้นบุหรืมือสองระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงหลังคลอดบุตร .Chulalongkorn Medical Bulletin [อินเทอร์เน็ต]. March- April 2019 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2563];1(2):167-75.เข้าถึงได้จาก : <https://he01.tci-thaijo.org/article/download/D0I:10.14456/chulamedbull.2019.15>.
11. Hoang TO. Factors predicting postpartum depression among women in Hai Phong City, Vietnam[Internet] [The Master Degree of Nursing Science]. Chonburi: Burapha University ;2015 [cited 2021 Dec 10]. Available from: http://digital_collect.lib.buu.ac.th>dcms>files
12. WHO, Report of the UNFPA meeting. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries; 30 January - 1 February 2008; Geneva, Switzerland. Available from: <https://apps.who.int>rest>bitstreams>retrieve>

บทความวิชาการพิเศษ**บทสรุปที่ยังไม่ได้ข้อยุติกรณีขอคืนบ้านพักไปใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการ****Uncompleted conclusion Regarding the authorization of rent payments for government employees' residences.**

ศุภชัย บุญอำพัน

supachai boonumpun

สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

Phayao Provincial Public Health Office

¹Corresponding author, E-mail: boonum11a@hotmail.com

(Revised: November 07, 2022; Revised: November 15, 2022; Accepted: November 17, 2022)

บทคัดย่อ

ค่าเช่าบ้านข้าราชการ เป็นสิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่ข้าราชการได้รับโดยชอบกฎหมายตามพระราชกฤษฎีกาค่าเช่าบ้านข้าราชการ พ.ศ. 2547 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ที่ช่วยเหลือข้าราชการที่ได้รับความเดือดร้อนในเรื่องที่อยู่อาศัยเพราะราชการเป็นเหตุ ประเด็นปัญหาที่จะนำเสนอเป็นกรณีข้าราชการที่มีสิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการ ได้เข้าพักในที่พักของทางราชการตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด ถ้าผู้ที่เข้าพักทำหนังสือขอคืนบ้านพักไปใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการ โดยอ้างว่าบ้านที่จัดให้พักมีความคับแคบและไม่เหมาะสมกับครอบครัว เนื่องจากมีสมาชิกในครอบครัวหลายคน และไม่สะดวกในการเดินทาง หากผู้มีอำนาจอนุมัติตามคำขอ จะเป็นการเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการโดยชอบด้วยกฎหมาย หรือไม่

ABSTRACT

According to Royal Decree Housing Rent of Government Official B.E. 2547 (2004) and modifications. This is a legal provision that allows civil servants who have experienced housing hardship due to government work to receive the rent of a public servant's home. The topic to be presented is the instance in which the government arranges housing for civil officials in accordance with criteria established by the Ministry of Finance, which is an exception to the right to reimburse the civil servant's house rent. In order to exercise the entitlement to rent reimbursement, a later request to return the residence was lodged. Claim that the offered house is too small and unsuitable for the family due to the size of the family and the difficulty of travel. If the authorized person approves the request, will it be legal to reimburse a public servant for the cost of housing?

บทนำ

ค่าเช่าบ้านข้าราชการ เป็นสิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่ข้าราชการได้รับโดยชอบกฎหมายตามพระราชกฤษฎีกาค่าเช่าบ้านข้าราชการ พ.ศ. 2547 และที่แก้ไขเพิ่มเติม¹ เป็นการช่วยเหลือข้าราชการที่ได้รับความเดือดร้อนในเรื่องที่อยู่อาศัยเพราะราชการเป็นเหตุให้มีสิทธิได้รับค่าเช่าบ้านข้าราชการ เจื่อนไขในการได้สิทธิค่าเช่าบ้านข้าราชการ มีว่า “ข้าราชการผู้ใดได้รับคำสั่งให้เดินทางไปประจำสำนักงานในต่างท้องที่ มีสิทธิได้รับค่าเช่าบ้านข้าราชการเท่าที่ต้องจ่ายจริงตามที่สมควรแก่สภาพแห่งบ้าน แต่อย่างสูงไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนดไว้ตามบัญชีอัตราค่าเช่าบ้านข้าราชการ เว้นแต่ผู้นั้น (1) ทางราชการได้จัดที่พักให้ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด (2) มีเคหสถานอันเป็นกรรมสิทธิ์ของตนเองหรือคู่สมรสในท้องที่ที่ไปประจำสำนักงานแห่งใหม่ โดยไม่มีหนี้ค้างชำระกับสถาบันการเงิน (3) ได้รับคำสั่งให้เดินทางไปประจำสำนักงานแห่งใหม่ต่างท้องที่ตาม คำร้องของตนเอง”² ข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ย่อมได้รับสิทธิประโยชน์และสวัสดิการค่าเช่าบ้านข้าราชการตามกฎหมายดังกล่าวเช่นเดียวกัน ถ้ามีข้อเท็จจริงเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนด วัตถุประสงค์ของการนำเสนอบทความนี้ เป็นการนำเสนอกรณีข้าราชการที่มีสิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการ ที่ทางราชการได้จัดให้เข้าพักในที่พักของทางราชการตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด ทำให้ไม่สามารถใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการได้ ถ้าผู้ที่เข้าพักทำหนังสือขอคืนบ้านพักไปใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านแทน โดยอ้างว่าบ้านที่จัดให้พักมีความคับแคบและไม่เหมาะสมกับครอบครัว เนื่องจากมีสมาชิกในครอบครัวหลายคน และไม่สะดวกในการเดินทาง

หากผู้มีอำนาจอนุมัติตามคำขอ จะเป็นการเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการโดยชอบหรือไม่ ในเรื่องนี้มีคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด ในคดีหมายเลขแดงที่ อ.222/2555³ วินิจฉัยไว้อย่างน่าสนใจ

เนื้อหา

เมื่อข้าราชการเดินทางไปประจำสำนักงานในต่างท้องที่ ไม่มีเคหสถานอันเป็นกรรมสิทธิ์ของตนเองหรือ คู่สมรสในท้องที่ที่ไปประจำ และไม่ได้ไปประจำสำนักงานในต่างท้องที่ตามคำร้องของตนเอง จะใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการได้ต่อเมื่อทางราชการไม่ได้จัดให้ข้าราชการผู้นั้นเข้าพักในที่พักของทางราชการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด หลักเกณฑ์ที่ใช้คือ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการจัดข้าราชการเข้าพักอาศัยในที่พักของทางราชการ พ.ศ. 2560 กระทรวงการคลังแจ้งให้ส่วนราชการถือปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุข เป็นส่วนราชการที่ต้องถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งในการจัดข้าราชการเข้าในที่พักของทางราชการให้เหมาะสมกับข้าราชการและบุคลากรในสังกัดแต่ละประเภท ส่วนราชการสามารถออกระเบียบกฎหมายมาใช้บังคับได้โดยไม่ขัดหรือแย้งกับหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด อาทิระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเข้าพักอาศัยในบ้านพักของโรงพยาบาล พ.ศ. 2528 เป็นระเบียบในการจัดบุคลากรเข้าพักในบ้านพักของโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากรในสังกัดในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล โดยตามข้อ 10 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะอนุญาตให้ผู้ขออนุญาตเข้าพักอาศัยในบ้านพักโรงพยาบาล ให้ถือลำดับความสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ตามลักษณะความ

รับผิดชอบและความจำเป็นของทางราชการเป็นหลักหรือแนวทางในการพิจารณา ในกรณีที่มีความรับผิดชอบและหน้าที่เหมือนกัน ให้ผู้มีสิทธิเข้าพักอาศัยในบ้านพักของทางราชการ ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนดเข้าพักก่อน³ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ได้ออกระเบียบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการจัดข้าราชการเข้าพักอาศัยในที่พักของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร พ.ศ. 2564 โดยกำหนดประเภทที่พักอาศัยและผู้มีสิทธิเข้าพัก เพื่อให้ผู้มีอำนาจพิจารณาจัดบุคคลเข้าพักอาศัยในที่พักของทางราชการ⁴ สาระสำคัญของการจัดเข้าพักในที่พักราชการ คำนึงถึงสิทธิของข้าราชการที่ได้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการเป็นสำคัญไม่ว่าผู้นั้นกำลังใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการอยู่หรือไม่ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเรื่องที่พักอาศัยในระหว่างปฏิบัติหน้าที่ราชการและช่วยให้ประหยัดงบประมาณค่าเช่าบ้านข้าราชการ ยกเว้นผู้มีสิทธิได้รับค่าเช่าบ้านข้าราชการ และยื่นขอใช้สิทธินำหลักฐานการชำระค่าเช่าซื้อหรือค่าผ่อนชำระเงินกู้ เพื่อชำระราคาบ้านมาเบิกจากทางราชการในท้องที่ที่ปฏิบัติราชการ และได้รับอนุมัติให้ใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการในท้องที่นั้นอยู่ก่อนแล้ว ผู้มีอำนาจจัดที่พักไม่ต้องจัดข้าราชการผู้นั้นเข้าพักในที่พักอาศัยของทางราชการ เพื่อให้ใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการนำไปชำระค่าเช่าซื้อหรือค่าผ่อนชำระเงินกู้เพื่อชำระราคาบ้านได้ต่อไป แม้ต่อมาข้าราชการดังกล่าวได้รับคำสั่งให้เดินทางไปประจำสำนักงานใหม่ซึ่งอยู่ในท้องที่เดียวกัน ก็ไม่ต้องจัดข้าราชการผู้นั้นเข้าพักอาศัยในที่พักของทางราชการเช่นกัน⁵ หากผู้มีอำนาจจัดที่พักให้ข้าราชการผู้มีสิทธิได้รับค่าเช่าบ้านข้าราชการเข้าพักแล้ว ข้าราชการผู้นั้น ไม่เข้าพักให้ถือว่าสละ

สิทธิการเข้าพัก และถือว่าทางราชการได้จัดที่พักอาศัยให้อยู่แล้ว ทำให้หมดสิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการ⁶

ประเด็นปัญหาที่เป็นบทสรุปที่ยังไม่ได้ข้อยุติในทางปฏิบัติ คือ หากที่ผู้ที่พักอาศัยที่พักของทางราชการ ทำหนังสือขอคืนบ้านพักไปใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านแทน โดยอ้างว่าบ้านที่จัดให้มีความคับแคบและไม่เหมาะสมกับครอบครัว เนื่องจากมีสมาชิกในครอบครัวหลายคน และไม่สะดวกในการเดินทาง และผู้มีอำนาจอนุมัติตามคำขอ จะเป็นการเบิกค่าเช่าบ้านโดยชอบหรือไม่ เรื่องนี้มีกรณีศึกษาจากคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด ในคดีหมายเลขแดงที่ อ.222/2555 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2555 มีข้อเท็จจริงว่า ข้าราชการผู้มีสิทธิได้รับค่าเช่าบ้านข้าราชการซึ่งย้ายมาปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงาน แจ้งความประสงค์ขอเข้าพักอาศัยในบ้านพักข้าราชการ แต่บ้านพักมีไม่เพียงพอ จึงให้ประสานกับผู้ที่พักอาศัยในบ้านพักราชการอยู่แล้ว เพื่อขอให้คืนบ้านพัก ผู้ที่พักอาศัยที่พักของทางราชการอยู่แล้ว จึงทำหนังสือขอคืนบ้านพัก เพื่อไปใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านแทน โดยอ้างว่าบ้านจัดให้พักอาศัยมีความคับแคบและไม่เหมาะสมกับครอบครัว เนื่องจากมีสมาชิกในครอบครัวถึง 7 คน ไม่สะดวกในการเดินทาง และมีเงื่อนไขว่า หากทางราชการอนุญาตให้ไปเช่าซื้อบ้าน จะดำเนินการติดต่อบ้านเช่าและออกจากบ้านพักของทางราชการ เจ้าหน้าที่บันทึกให้ความเห็นว่าเห็นควรอนุญาตเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ข้าราชการมีบ้านพักของตนเอง ผู้มีอำนาจมีคำสั่งอนุญาตในวันเดียวกัน และได้จัดให้ข้าราชการรายอื่นที่มีสิทธิได้รับค่าเช่าบ้านข้าราชการเข้าพักแทน ผู้นั้นจึงได้ไปเช่าซื้อบ้านและนำหลักฐานค่าผ่อนชำระเงินกู้เพื่อชำระราคาบ้านมาเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการราชการ

ต่อมาสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินภูมิภาค มีหนังสือถึงผู้บังคับบัญชาของผู้อนุมัติว่า การอนุญาตให้ข้าราชการที่ซื้อคินบ้านพักออกจากบ้านพักที่ทางราชการจัดให้อยู่แล้ว โดยทางราชการไม่ได้เรียกบ้านพักคิน ไปเช่าบ้าน เช่าซื้อ หรือกู้เงินเพื่อซื้อบ้านอยู่อาศัย แล้วผู้อนุมัติให้ข้าราชการนั้นนำหลักฐานมาเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการ น่าจะไม่ชอบด้วยกฎหมาย ตามหลักเกณฑ์การเบิกค่าเช่าบ้านและสิทธิเข้าพักอาศัยบ้านพักของทางราชการ และมาตรา 7(1) แห่งพระราชกฤษฎีกาค่าเช่าบ้านข้าราชการ เป็นเหตุให้ทางราชการต้องจ่ายเงินโดยไม่พึงต้องจ่าย จึงเห็นควรดำเนินการหาผู้รับผิดชอบทางแพ่งเพื่อชดใช้เงินให้แก่ทางราชการ ในระหว่างที่มีการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่ กรมบัญชีกลางมีหนังสือแจ้งผู้บังคับบัญชาผู้อนุมัติ ให้ระงับการเบิกจ่ายค่าเช่าบ้านไว้ก่อนจนกว่าจะถึงที่สุด ผู้อนุมัติจึงมีคำสั่งระงับการเบิกค่าเช่าบ้านของข้าราชการรายดังกล่าว และมีหนังสือแจ้งให้คินเงินค่าเช่าบ้านที่ได้รับไปทั้งหมด ข้าราชการผู้นั้นอุทธรณ์ และฟ้องคดีปกครองตามลำดับ

ศาลปกครองสูงสุด มีคำพิพากษาที่เป็นประเด็นสำคัญ คือ

1. ประเด็นว่าคำสั่งอนุมัติให้เบิกค่าเช่าบ้าน เป็นคำสั่งทางปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายหรือไม่ ศาลวินิจฉัยว่าการพิจารณาค่าขอคินบ้านพัก ผู้มีอำนาจจะต้องพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงที่ปรากฏตามคำขอและพยานหลักฐานที่เห็นว่าจำเป็นแก่การพิสูจน์ข้อเท็จจริงดังกล่าว ตามมาตรา 28 และ 29 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 เมื่อซื้อคินบ้านพักโดยอ้างบ้านพักที่จัดให้มีความคับแคบไม่เหมาะสมกับครอบครัว ผู้มีอำนาจพิจารณา

แล้วอนุญาตให้คินบ้านพัก เพื่อไปใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้าน ถือว่าผู้มีอำนาจได้ตรวจสอบข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานอื่น เพื่อพิสูจน์ข้ออ้างว่ามีอยู่จริงแล้วและได้รับความเดือดร้อนในเรื่องที่อยู่อาศัย จึงใช้ดุลพินิจให้คินหรือออกจากบ้านพัก สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านของกรมบัญชีกลางตามหนังสือ ที่ กค 0526.5/6844 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2539 เหตุยกเว้นที่ทำให้ไม่มีสิทธิเบิกค่าเช่าบ้านจึงหมดไปนับแต่วันที่ออกจากบ้านพักและคำสั่งดังกล่าวถือเป็นคำสั่งทางปกครองที่มีผลผูกพันเท่าที่ยังไม่มีการเพิกถอนตามมาตรา 42 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 และไม่ปรากฏว่าได้มีการเพิกถอนคำสั่งอนุญาตให้คินบ้านพักเพื่อไปใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านแต่อย่างใด เมื่อปรากฏว่าหลังจากนั้น ผู้นั้นได้ทำสัญญาจะซื้อขายที่ดินพร้อมสิ่งปลูกสร้างและทำสัญญากู้เงินกับธนาคาร ผ่อนชำระเป็นรายเดือน จึงมีสิทธินำหลักฐานการผ่อนชำระมาเบิกค่าเช่าบ้านได้ ตามมาตรา 16 แห่งพระราชกฤษฎีกาค่าเช่าบ้านข้าราชการ พ.ศ. 2527 การที่มีคำสั่งอนุมัติเบิกค่าเช่าบ้าน จึงเป็นคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย

2. ประเด็นว่า เพิกถอนคำสั่งภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ ศาลวินิจฉัยว่าแม้คำสั่งอนุมัติให้เบิกค่าเช่าบ้านจะเป็นคำสั่งทางปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย แต่คำสั่งดังกล่าวอาจถูกเพิกถอนได้ ตามมาตรา 49 แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า เจ้าหน้าที่หรือผู้บังคับบัญชาของเจ้าหน้าที่อาจเพิกถอนคำสั่งทางปกครองได้ตามหลักเกณฑ์ในมาตรา 51 มาตรา 52 และมาตรา 53 ไม่ว่าจะพ้นขั้นตอนการกำหนดให้อุทธรณ์หรือให้โต้แย้งตามกฎหมายนี้หรือกฎหมาย

อื่นมาแล้วหรือไม่ และวรรคสองบัญญัติว่า การเพิกถอนคำสั่งทางปกครองที่มีลักษณะเป็นการให้ประโยชน์ต้องกระทำภายในเก้าสิบวันนับแต่ได้รู้ถึงเหตุที่จะให้เพิกถอนคำสั่งนั้น เว้นคำสั่งทางปกครองจะทำได้ขึ้นเพราะการแสดงข้อความอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อเท็จจริงซึ่งควรบอกให้แจ้งหรือการข่มขู่หรือการชักจูงใจโดยการให้ทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดที่มีชอบด้วยกฎหมาย เมื่อสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินภูมิภาคแจ้งว่า การที่ผู้อนุญาตให้ข้าราชการขอคืนบ้านพักที่จัดให้อยู่แล้วโดยทางราชการไม่ได้เรียกบ้านพักคืน ออกไปเช่าบ้าน เช่าซื้อหรือซื้อบ้านอยู่อาศัยแล้วอนุมัติให้ข้าราชการนั้นเบิกค่าเช่าบ้าน หรือนำหลักฐานการชำระค่าเช่าซื้อมาเบิกค่าเช่าบ้าน นั้น น่าจะไม่ชอบด้วยกฎหมายเป็นเหตุให้ทางราชการต้องจ่ายเงินโดยไม่พึงจ่าย จึงเห็นควรดำเนินการพิจารณาหาผู้รับผิดชอบทางแพ่งเพื่อชดใช้เงินให้กับทางราชการ ผู้บังคับบัญชาของผู้อนุมัติให้เบิกค่าเช่าบ้าน จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิด ในระหว่างสอบสวน กรมบัญชีกลางมีหนังสือถึงผู้บังคับบัญชาของผู้อนุมัติให้เบิกค่าเช่าบ้าน ให้ระงับการเบิกจ่ายค่าเช่าบ้านข้าราชการไว้ก่อนจนกว่าจะถึงที่สุด คณะกรรมการมีความเห็นว่าแม้จะได้เคยอาศัยในบ้านพักที่ทางราชการจัดให้อยู่แล้วแต่ต่อมาครอบครัวใหญ่ขึ้นทำให้บ้านพักคับแคบไม่เหมาะสม จึงขอคืนบ้านพักเพื่อไปเช่าซื้อหรือกู้เงินเพื่อซื้อบ้านและนำหลักฐานมาเบิกค่าเช่าบ้าน ผู้มีอำนาจอนุมัติได้รับคืนและนำบ้านพักคืนไปให้ผู้อื่นที่มีสิทธิเบิกค่าเช่าบ้านเช่าอยู่อาศัยแทนแล้วบ้านพักจึงไม่ว่าง จึงไม่ต้องคืนเงินค่าเช่าบ้านที่เบิกไปให้แก่ทางราชการ ตามแนวการตอบข้อหารือสิทธิเบิกค่าเช่าบ้าน ของกรมบัญชีกลาง ตาม

หนังสือที่ กค 0526.5/6844 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2539 แต่กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้นั้นอาศัยอยู่ในบ้านพักที่ทางราชการจัดให้แล้ว ต่อมาขอคืนบ้านพักเพื่อไปเบิกค่าเช่าบ้านนั้น ถือว่าเป็นผู้แสดงความประสงค์จะขอสละสิทธิออกจากบ้านพักเอง ทำให้ไม่มีสิทธิเบิกค่าเช่าบ้านนับแต่วันที่ออกจากบ้านพัก จึงต้องคืนเงินค่าเช่าบ้านที่ได้รับไปทั้งหมด หากไม่สามารถเรียกคืนได้ให้เรียกชดใช้จากผู้อนุมัติ และกรมบัญชีกลางมีหนังสือถึงผู้บังคับบัญชาให้เรียกให้ข้าราชการผู้นั้นชดใช้เงินคืนแก่ทางราชการ จึงมีหนังสือแจ้งให้ข้าราชการผู้นั้นทราบและลงลายมือรับทราบแล้ว และมีหนังสือแจ้งจำนวนเงินค่าเช่าบ้านที่ได้รับไปทั้งหมด กรณีจึงถือได้ว่าผู้อนุมัติได้ดำเนินการเพิกถอนคำสั่งอนุมัติให้เบิกค่าเช่าบ้าน ซึ่งเป็นคำสั่งทางปกครองที่มีลักษณะเป็นการให้ประโยชน์ภายในเก้าสิบวันนับแต่ได้รู้ถึงเหตุที่จะให้เพิกถอน ตามมาตรา 49 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

3. ประเด็นว่า การเพิกถอนคำสั่งอนุมัติให้เบิกค่าเช่าบ้าน และสั่งให้คืนเงินค่าเช่าบ้านที่ได้รับไปทั้งหมด ชอบด้วยกฎหมายหรือไม่ ศาลวินิจฉัยว่าการเพิกถอนคำสั่งทางปกครองที่มีลักษณะเป็นการให้ประโยชน์แก่ผู้รับคำสั่ง โดยปกติต้องเพิกถอนให้มีผลในขณะที่มีคำสั่งหรือให้มีผลในอนาคต และจะต้องมีเหตุอย่างหนึ่งอย่างใดตามมาตรา 53 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 ดังต่อไปนี้ (1) มีกฎหมายกำหนดให้เพิกถอนได้หรือสงวนสิทธิในการเพิกถอนได้ในคำสั่งทางปกครองนั้น (2) คำสั่งทางปกครองนั้นมิกำหนดให้ผู้รับประโยชน์ต้องปฏิบัติแต่ไม่มีการปฏิบัติ ภายในเวลาที่กำหนด (3) ข้อเท็จจริงและพฤติการณ์เปลี่ยนแปลงไป ซึ่ง

หากมีข้อเท็จจริงหรือพฤติการณ์เช่นนั้นในขณะทำคำสั่งทางปกครองแล้ว เจ้าหน้าที่คงจะไม่ทำคำสั่งทางปกครองนั้น และหากไม่เพิกถอนจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อประโยชน์สาธารณะ (4) บทกฎหมายเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งหากมีบทกฎหมายเช่นนั้นในขณะทำคำสั่งทางปกครองแล้ว เจ้าหน้าที่คงจะไม่ทำคำสั่งทางปกครองนั้น (5) อาจเกิดความเสียหายอย่างร้ายแรงต่อประโยชน์สาธารณะหรือต่อประชาชนอันจำเป็นต้องป้องกันหรือขจัดเหตุดังกล่าว และหากจะเพิกถอนคำสั่งที่ให้ประโยชน์แก่ผู้รับคำสั่งโดยให้มีผลย้อนหลังจะต้องมีเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 53 วรรคสี่ ที่บัญญัติว่า คำสั่งทางปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งเป็นการให้เงินหรือให้ทรัพย์สินหรือให้ประโยชน์ที่อาจแบ่งแยกได้ อาจถูกเพิกถอนทั้งหมดหรือบางส่วนโดยให้มีผลย้อนหลัง หรือไม่มีผลย้อนหลัง หรือมีผลในอนาคตไปถึงขณะใดขณะหนึ่งตามที่กำหนดได้ ในกรณีดังต่อไปนี้ (1) มิได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติล่าช้าในอันที่จะดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของคำสั่งทางปกครอง (2) ผู้ได้รับประโยชน์มิได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติล่าช้าในอันที่จะดำเนินการให้เป็นไปตามเงื่อนไขของคำสั่งทางปกครอง ซึ่งเจตนารมณ์ของพระราชกฤษฎีกาค่าเช่าบ้านข้าราชการ พ.ศ.2527 มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือข้าราชการที่ได้รับความเดือดร้อนในเรื่องที่อยู่อาศัยอันเนื่องมาจากทางราชการเป็นเหตุ และได้ผ่อนผันให้มีการใช้หลักฐานที่ข้าราชการเช่าซื้อบ้านหรือผ่อนชำระเงินกู้เพื่อชำระราคาบ้านมาเบิกค่าเช่าบ้านได้ในบางกรณี เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏว่า ผู้อนุญาตได้อนุญาตให้คืนหรือออกจากบ้านพักเพื่อไปใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้าน และผู้นั้นได้ทำสัญญาจะซื้อจะขายที่ดินพร้อมสิ่งปลูกสร้าง และทำสัญญากู้เงินกับ

ธนาคาร นำหลักฐานการผ่อนชำระมาเบิกค่าเช่าบ้าน จึงไม่มีเหตุที่ผู้นั้นมิได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติล่าช้าในอันที่จะดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของคำสั่งทางปกครองแต่อย่างใด และคำสั่งดังกล่าวไม่ปรากฏเงื่อนไขใดๆให้ผู้นั้นปฏิบัติแต่อย่างใด ดังนั้น การมีคำสั่งระงับการเบิกจ่ายเงินค่าเช่าบ้าน และสั่งให้คืนเงินค่าเช่าบ้านที่ได้รับไปทั้งหมด จึงไม่ชอบด้วยกฎหมาย

สรุปผล

ผลของการนำข้อเท็จจริงขึ้นสู่ศาลเพื่อพิจารณา ทำให้ข้าราชการผู้นั้นยังคงได้สิทธินำหลักฐานเช่าซื้อบ้านหรือผ่อนชำระเงินกู้เพื่อชำระราคาบ้านมาเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการได้ต่อไป คำสั่งของผู้มีอำนาจที่อนุญาตให้คืนบ้านพักไปใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการเป็นคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย เพราะก่อนมีคำสั่งได้มีการตรวจสอบเหตุผลความจำเป็นของการคืนบ้านพักและมีข้าราชการรายใหม่ขอเช่าพักในที่พักของทางราชการแทน แสดงให้เห็นว่าที่พักของทางราชการมีไม่เพียงพอต่อข้าราชการที่จะจัดให้ข้าราชการที่มีสิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการเช่าพัก แม้ไม่อนุญาตให้คืนบ้านพัก ก็ต้องอนุญาตให้ข้าราชการอีกรายเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการ ซึ่งศาลปกครองสูงสุดได้ชี้ให้เห็นเจตนารมณ์ของพระราชกฤษฎีกาค่าเช่าบ้านข้าราชการ พ.ศ. 2527 ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือข้าราชการที่ได้รับความเดือดร้อนในเรื่องที่อยู่อาศัยอันเนื่องมาจากทางราชการเป็นเหตุ และได้ผ่อนผันให้มีการใช้หลักฐานที่ข้าราชการเช่าซื้อบ้านหรือผ่อนชำระเงินกู้เพื่อชำระราคาบ้านมาเบิกค่าเช่าบ้านได้ในบางกรณี การที่กรมบัญชีกลางเห็นว่าผู้นั้นอาศัยอยู่ในบ้านพักที่ทางราชการจัดให้แล้ว ต่อมาขอคืนบ้านพักเพื่อไปเบิกค่าเช่าบ้านนั้น

ถือว่าเป็นผู้แสดงความประสงค์จะขอสละสิทธิออกจากบ้านพักเอง ทำให้ไม่มีสิทธิเบิกค่าเช่าบ้านนับแต่วันที่ออกจากบ้านพัก จึงต้องคืนเงินค่าเช่าบ้านที่ได้รับไปทั้งหมด ผู้เขียนเห็นว่าเป็นการพิจารณาข้อเท็จจริงเพียงการขอคืนที่ไม่ได้พิจารณาเหตุผลความจำเป็นและสิทธิที่จะนำค่าเช่าบ้านข้าราชการไปชำระราคาค่าบ้านเพื่อให้มีบ้านเป็นของตนเองของผู้ขอคืนซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์เดิมของผู้พระราชกฤษฎีกาค่าเช่าบ้านข้าราชการ พ.ศ. 2527 ประกอบกับข้อเท็จจริงที่ว่าจำนวนบ้านพักข้าราชการมีไม่เพียงพอต่อการจัดให้ผู้มีสิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการเข้าพัก ทำให้ ข้าราชการสามารถใช้สิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการได้ จึงควรให้เป็นดุลพินิจของผู้มีอำนาจพิจารณาโดยไม่เกิดความเสียหายต่อราชการ ซึ่งตามข้อเท็จจริงในเรื่องนี้ ราชการไม่ได้รับความเสียหายและข้าราชการผู้นั้นมีบ้านเป็นของตนเองจากการใช้สิทธินำหลักฐานการผ่อนชำระเงินกู้เพื่อชำระราคาบ้านมาเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการ ทำให้ข้าราชการผู้นั้นมีขวัญกำลังใจในการทำงาน แต่อย่างไรก็ตามผลของคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดในคดีนี้มีผลผูกพันเฉพาะคู่ความในคดีเท่านั้น กระทรวงการคลังยังไม่ได้นำข้อเท็จจริงในคดีนี้ไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติแต่อย่างใด จึงเป็นบทสรุปที่ยังไม่ได้ข้อยุติ เพราะตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการจัดข้าราชการเข้าพักอาศัยในที่พักของทางราชการที่กระทรวงการคลังกำหนด ถ้าผู้มีอำนาจจัดที่พักให้ข้าราชการผู้มีสิทธิได้รับค่าเช่าบ้านข้าราชการเข้าพักแล้ว ข้าราชการผู้นั้นไม่เข้าพักให้ถือว่าสละสิทธิการเข้าพัก และถือว่าทางราชการได้จัดที่พักอาศัยให้อยู่แล้ว ทำให้หมดสิทธิเบิกค่าเช่าบ้านข้าราชการ แต่ถ้ามีข้อเท็จจริงเพิ่มว่าบ้านพักราชการมีไม่เพียงพอต่อผู้มีสิทธิเบิกค่าเช่าบ้าน

ข้าราชการ และข้าราชการผู้มีสิทธิประสงค์จะขอเข้าพักในที่พักของทางราชการ เพราะมีความเดือดร้อนเรื่องที่พักอาศัย โดยขอสับเปลี่ยนกับผู้มีสิทธิเบิกค่าเช่าบ้านที่เข้าพักอยู่เดิมที่ประสงค์ขอไปใช้สิทธิเบิกค่าบ้านข้าราชการ โดยการเช่าซื้อบ้านเป็นของตนเอง ผู้มีอำนาจอาจใช้ดุลพินิจพิจารณาอนุญาตได้ตามแนวทางและหลักกฎหมายที่ศาลนำมาใช้วินิจฉัยไว้ในคดีนี้ได้

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชกฤษฎีกาค่าเช่าบ้านข้าราชการ พ.ศ. 2547 และที่แก้ไขเพิ่มเติม: [อินเทอร์เน็ต]. 2547 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/page/47_phrd_khaaechaabaank_haaraachkaar_2547_update_laasud.pdf
2. คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด ที่ อ.72/2555 [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก :<https://www.admincourt.go.th/admincourt/Casefile/admcase/document/signed/pdf/2549/01012-490380-1f-550330-0000097740.pdf>
3. ระเบียบสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเข้าพักอาศัยในบ้านพักของโรงพยาบาล พ.ศ. 2528 [อินเทอร์เน็ต]. 2528 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com_remository&Itemid=813&func=startdown&id=119
4. ระเบียบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการจัดข้าราชการเข้าพักอาศัยในที่พัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร พ.ศ. 2564

- [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก : http://www.ppho.go.th/webppho/news_file/0005220210524113340.pdf
5. หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการจัดข้าราชการเข้าพักอาศัยในที่พักของทางราชการ พ.ศ. 2560: ข้อ 4(4) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://saraban-law.cgd.go.th/easinetimage/inetdoc?id=show_CGD.A.22252_1_BCS_1_pdf
 6. หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการจัดข้าราชการเข้าพักอาศัยในที่พักของทางราชการ พ.ศ.2560: ข้อ 4(11) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://saraban-law.cgd.go.th/easinetimage/inetdoc?id=show_CGD.A.22252_1_BCS_1_pdf

ข้อแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) จัดทำโดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ยินดีรับบทความวิชาการ บทความวิจัย การจัดการความรู้ นวัตกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยอนามัยสิ่งแวดล้อม การแพทย์ทั่วไป และการสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการของ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่ประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่บทความต้นฉบับที่จะตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แก้ไขและปรับปรุง อย่างน้อย 3 ท่าน

วารสารจัดทำปีละ 1 ฉบับ มกราคม – ธันวาคม กำหนดการออกวารสารฯ ในเดือนธันวาคม เพื่อให้การตีพิมพ์วารสารเป็นไปตามมาตรฐานและมีรูปแบบเดียวกัน กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับ วันที่มีการรับรองตีพิมพ์จากบรรณาธิการ และคำแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์วารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)** เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปเอกสารอ้างอิงก็ได้

2. **บทความวิชาการทั่วไป (General article)** ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ การจัดการความรู้ นวัตกรรม การรวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง

3. **รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

4. **บทความพิเศษ (special article)** เป็นบทความประเภทกึ่งบทความวิชาการทั่วไป กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ

การเตรียมต้นฉบับ

1. **ต้นฉบับภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ** องค์ประกอบต่าง ๆ ของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการให้ทำตามคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับนี้ บทความส่วนที่เป็นภาษาอังกฤษ ควรให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้องด้านการใช้ภาษาก่อน

2. **การพิมพ์** ให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word โดยจัดหน้ากระดาษ ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) ตั้งค่าน้ำกระดาษสำหรับการพิมพ์ห่างจากขอบบนกระดาษ 1 นิ้ว (1.25 นิ้ว เฉพาะหน้าแรก) ขอบล่าง 0.8 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 0.8 นิ้ว จัดสองคอลัมน์ (ยกเว้นบทความภาษาไทย บทความภาษาอังกฤษ และเอกสารอ้างอิงให้จัดหนึ่งคอลัมน์) ความกว้างคอลัมน์ 2.98 นิ้ว ระยะห่างระหว่างคอลัมน์ 0.25 นิ้ว ใส่หมายเลขหน้ากำกับอยู่ด้านบนขวาทุกหน้า

3. **รูปแบบตัวอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษรทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษใช้ขนาดเดียวกัน ดังนี้

- 1) ชื่อเรื่องใช้ตัวอักษรขนาด 18 pt. ตัวหนา
- 2) ชื่อผู้นิพนธ์บทความใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
- 3) ชื่อหน่วยงานที่สังกัด และตำแหน่งทางวิชาการของผู้นิพนธ์บทความ (ถ้ามี) ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt.
- 4) หัวข้อหลักใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวหนา หัวข้อรองใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวหนา
- 5) เนื้อหาทุกส่วนใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
- 6) ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt

4 **จำนวนหน้า** ไม่ควรเกิน 16 หน้า รวมตาราง รูปภาพ และเอกสารอ้างอิง

5 **ตาราง รูปภาพ ภาพลายเส้น แผนภูมิ และกราฟ** หากมีขนาดเล็กให้แทรกไว้ในเนื้อหาที่จัดเป็น 2 คอลัมน์ หากมีขนาดใหญ่ให้จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ผู้นิพนธ์บทความคัดเลือกเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น เรียงลำดับให้สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง ชื่อตารางให้อยู่ด้านบนของตาราง ส่วนชื่อรูปภาพแผนภูมิ และกราฟให้อยู่ด้านล่าง พร้อมทั้งคำอธิบายสั้น ๆ ที่สื่อความหมายได้สาระครบถ้วน

6 **การส่งต้นฉบับ** ให้ส่งบทความต้นฉบับ (ในรูปแบบไฟล์ word) พร้อมแบบนำเสนอบทความเพื่อตีพิมพ์และหนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์ ทางระบบจัดการวารสารออนไลน์ (ThaiJo) ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

ส่วนประกอบของบทความ

1. **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช่คำย่อ

2. **ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (Authors and co-authors)** ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่

ระบุคำหน้าและตำแหน่งทางวิชาการไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจาก ชื่อเรื่อง หาก ถ้ามีผู้นิพนธ์หลายคนให้ใช้หมายเลข ¹ หรือ ² กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3. **สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (Affiliation)** ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้นิพนธ์โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ที่เชิงอรรถของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4. **บทคัดย่อ (Abstract)** บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

5. **คำสำคัญ (Keywords)** ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6. เนื้อหาในบทความ (Main texts)

6.1 บทนิพนธ์ต้นฉบับ/บทความวิจัย (Research articles) ประกอบด้วย

6.1.1 **บทนำ (Introduction)** นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย

6.1.2 **วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)** นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา ค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย

6.1.3 **สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis)** (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

6.1.4 **วิธีดำเนินการวิจัย (Research methodology)** นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น

6.1.5 **ประชากร (Population)** นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

6.1.6 **กลุ่มตัวอย่าง (Sample)** นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง

6.1.7 **เครื่องมือการวิจัย (Research instrument)** นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย

6.1.8 **การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)** นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.9 **การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)** นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1.10 **ผลการวิจัย (Results)** นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบาย

ผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.1.11 สรุปผลการวิจัย (Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย

6.1.12 การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นว่าการวิจัยสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน

6.1.13 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง ตลอดจนข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหาหรือ ตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุป ที่สมบูรณ์

6.2 บทความวิชาการทั่วไป (General article) : ประกอบด้วย

6.2.1 บทนำ (Introduction) กล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าสนใจ ก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

6.2.2 เนื้อเรื่อง (Body) นำเสนอให้เห็นถึงปรากฏการณ์หรือองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นในวงวิชาการ ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุที่นำไปสู่ผล (causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่าง ๆ และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ทางวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า และจากประสบการณ์ของ ผู้นิพนธ์บทความ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

6.2.3 บทสรุป (Conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้เนื้อหาสาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

6.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) : ประกอบด้วย

6.3.1 บทคัดย่อ (abstract) บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

6.3.2 บทนำ (introduction) นำเสนอความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการศึกษา

6.3.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) เขียนทบทวนเฉพาะประเด็นที่น่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการวินิจฉัยโรค ปัจจัยเสี่ยง หรือสาเหตุของโรค ความสัมพันธ์กับภาวะบางอย่าง ที่ลักษณะคลินิกที่หายาก เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวต้องแตกต่างเป็นพิเศษจากรายงานผู้ป่วยรายอื่นที่เคยรายงานก่อนหน้านี้ และ ยังไม่เคยกล่าวถึงในตำราวิชาการมาตรฐาน

6.3.4 บทวิจารณ์ (Discussions) นำเสนอรายงานผลการศึกษการวิเคราะห์ หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การศึกษาควรอธิบาย

ผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการศึกษาให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.3.5 บทสรุป (Conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับ ได้นิยามสาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

6.4 บทความพิเศษ (special article) อนุโลมตามผู้เขียน แต่ให้มีขอบข่ายรูปแบบการเขียนคล้ายกับบทความวิชาการทั่วไป

7 เอกสารอ้างอิง (Reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิงในบทความอย่างครบถ้วน

การอ้างอิงเอกสาร

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใส่หัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ได้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

หลักเกณฑ์การอ้างอิงให้ใช้ระบบ Vancouver

1. รูปแบบการอ้างอิงในเนื้อเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90⁽¹⁾
2. รูปแบบการอ้างอิงเอกสาร กรณีผู้เขียนมากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อเฉพาะ 3 คน แรก ตามด้วย “และคนอื่นๆ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journal Indexed in Index Medicus ใส่ เลขหน้าเริ่มต้นถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ ซ้ำกัน เช่น 61-9

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author)./ชื่อบทความ(Title of article)./ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year).;/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร(Volume/(No).:/หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). เช่น

1. สุคนธา ปัทมสิงห์ฯ. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2542; 8 : 517-25.
1. Borland R, Chapman S, Owen N, et al. Effects of workplace smoking bans on cigarette Consumption. Am J Public Health 1990; 80: 178-80.

หนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) เช่น

1. ไพบูลย์ เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535. Borenstein M, Hedges LV, Higgins J P. T, et al. Introduction to Meta-Analysis. West Sussex, United Kingdom : Wiley; 2009.

วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา เช่น

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
1. Nitising C. Relationship between maternal self-efficacy, social support and maternal depression among Thai adult mothers with children under one year old. [M.P.H.M Thesis in Primary Health Care Management]. Nakhonpathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2008.

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen]//เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....เช่น

1. จิราภรณ์ จันทรรุ่ง. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์.[ออนไลน์].(ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก<http://161.20096.214/guide/vancouver.pdf>
1. Kirk O. Encyclopedia of chemical technology [Online]. 3rd ed. New York: John Wiley; 1984, Available from: DIAGLOG Information Services, Palo Alto (CA) [Accessed 2009 Aug 28].

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
3. เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 ฉบับ

(ตัวอย่างรูปแบบ บทนิพนธ์ต้นฉบับ/บทความวิจัย)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนแรก *, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 2 และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 3

Name Last name1, Name Last name2 and Name Last name3

สังกัด, เลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์1, 2, 3

Affiliation, No. Road, Sub-district, District, Province, Postal code1, 2, 3

*Corresponding author E-mail: พิมพ์อีเมลของผู้ติดต่อหลักตรงนี้

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้วไม่เกิน 500 คำ

คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คั่นคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 300 คำ

KEYWORDS: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คั่นคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

บทนำ

(Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

(Objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

สมมุติฐานการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun

PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ประชากร

ประชากร (Population) นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย (Research instrument) นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย (Results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือ

ตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัย ให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้า มีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย (Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นว่าคุณค่าการวิจัยสอดคล้อง หรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย ที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทาง ทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน โดยใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้า มีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำ ผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง โดยใช้ ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามี

ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เป็น ข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะ เดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหา หรือตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือ ข้อสรุปที่สมบูรณ์ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามี ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 14 พอยต์

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year)/;เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No)/:หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับ ปริญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับ ปริญา ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/ screen]’//เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....

(ตัวอย่างรูปแบบ บทความวิชาการทั่วไป/บทความพิเศษ)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนแรก *, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 2 และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 3

Name Last name1, Name Last name2 and Name Last name3

สังกัด, เลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์1, 2, 3

Affiliation, No. Road, Sub-district, District, Province, Postal code1, 2, 3

*Corresponding author E-mail: พิมพ์อีเมลของผู้ติดต่อหลักตรงนี้

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 500 คำ

คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 300 คำ

KEYWORDS: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

บทนำ

(Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

เนื้อหา

(Content) นำเสนอผลการศึกษาจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์ ควรอธิบายผลการศึกษาด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหา พร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

สรุปผล

(Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่ โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun

PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year)/;เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No)/:หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen]’//เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....

(ตัวอย่างรูปแบบ รายงานผู้ป่วย)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนแรก *, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 2 และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 3

Name Last name1, Name Last name2 and Name Last name3

สังกัด, เลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์1, 2, 3

Affiliation, No. Road, Sub-district, District, Province, Postal code1, 2, 3

*Corresponding author E-mail: พิมพ์อีเมลของผู้ติดต่อหลักตรงนี้

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 500 คำ

คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 300 คำ

KEYWORDS: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

บทนำ

(Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

วัตถุประสงค์

(Objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

วิธีดำเนินการ

วิธีดำเนินการ (Methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ประชากร

ประชากร (Population) นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย (Research instrument) นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

รายงานผู้ป่วย

(Case report) นำเสนอรายงานผลการจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์บทพบเฉพาะประเด็นที่น่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการวินิจฉัยโรค ปัจจัยเสี่ยง หรือสาเหตุของโรค ความสัมพันธ์กับภาวะบางอย่าง ที่ลักษณะคลินิกที่หายาก เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวต้องแตกต่างเป็นพิเศษจากรายงานผู้ป่วยรายอื่นที่เคยรายงานก่อนหน้านี้ และ ยังไม่เคยกล่าวถึงในตำราวิชาการมาตรฐาน ค ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟแทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ตัวอักษร TH

Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ
ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด 14 พอยต์

บทวิจารณ์

(Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็น
ว่าผลสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์
สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะ
เหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัย
อะไรที่มาสสนับสนุน โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun
PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้
ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด 14 พอยต์

สรุปผล

(Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะ
ประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย โดยใช้
ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้า
มีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK
ขนาด 14 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร
TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้
(Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำ
ผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง โดยใช้
ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามี
ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด
14 พอยต์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เป็น
ข้อเสนอแนะให้ผู้ที่ทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะ
เดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหา
หรือตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือ
ข้อสรุปที่สมบูรณ์ โดยใช้ตัวอักษร
TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามี
ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด
14 พอยต์

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title
of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal)
ปีที่ (Year);/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร
(Volume/(No)/:/หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page).
ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of
the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป
(Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication)
: สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year)
ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับ
ปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับ
ปริญญา
ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title
of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the
Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้า
ถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่; ฉบับที่: [หน้า/
screen]’//เข้าถึงได้จาก/Available from :
URL://http://.....

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ

ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ

ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน

ขอส่งบทความประเภท

ชื่อเรื่อง(ไทย)

ชื่อเรื่อง(อังกฤษ)

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....หมู่ที่..... ซอย

ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์

โทรสาร.....E-mail:

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว
☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง
☐ บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อ

พิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ลงนาม

(.....)

หนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์บทความ
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

เรียน บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ตามที่ข้าพเจ้า.....
ได้ส่งบทความเรื่อง.....
เพื่อตีพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และกอง
บรรณาธิการได้รับพิจารณาบทความของข้าพเจ้าเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
ทั้งนี้ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม (ถ้ามี) ขอรับรองว่า บทความที่เสนอนี้ยังไม่เคยได้รับการตีพิมพ์หรือ
ไม่ได้อยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือแหล่งตีพิมพ์อื่นใด หรือได้รับการตอบรับให้
ตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยอมรับนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของ วารสารการส่งเสริม
สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ทั้งยินยอมให้กองบรรณาธิการมีสิทธิ
พิจารณาและตรวจแก้ต้นฉบับได้ตามที่เห็นสมควร พร้อมนี้ขอมอบลิขสิทธิ์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ให้แก่
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หากมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับภาพ แผนภูมิ ข้อความส่วนใด
ส่วนหนึ่ง และ/หรือข้อคิดเห็นที่ปรากฏในบทความ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงฝ่าย
เดียว

หาก กองบรรณาธิการวารสาร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ตรวจพบว่าคำรับรองดังกล่าวไม่เป็นความ
จริง รวมทั้งหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของวารสารบัณฑิตวิจัย
กองบรรณาธิการ มีสิทธิ์ยกเลิกบทความของข้าพเจ้าออกจาก วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า และข้าพเจ้าขอ
รับรองและยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งลงนามรับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรอง
ฉบับนี้

ลงนามผู้นิพนธ์หลัก (คนที่ 1)

ลงนามผู้นิพนธ์ร่วม (คนที่ 2)

.....
(.....)
...../...../.....

.....
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ: ให้ผู้นิพนธ์หลักและผู้นิพนธ์ร่วมลงนามให้ครบทุกท่าน หากมีผู้นิพนธ์มากกว่า 2 ท่าน สามารถ
เพิ่มเติมรายชื่อผู้ลงนามข้างท้ายได้ ตามจำนวนผู้นิพนธ์บทความทั้งหมด